



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## From protocol to personalised care: improving and tailoring diabetes management in general practice

Bruggen, S. van

### Citation

Bruggen, S. van. (2021, September 23). *From protocol to personalised care: improving and tailoring diabetes management in general practice*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3213595>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3213595>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

# Samenvatting (Nederlands)

## Achtergrond

Diabetes type 2 is een chronische aandoening. Deze ontstaat wanneer het lichaam insuline niet goed kan gebruiken, waardoor de spiegel van HbA1c (een bloedwaarde die iets zegt over de hoeveelheid glucose in het bloed) in het bloed stijgt. Als de HbA1c-spiegel structureel te hoog blijft, kan dat ernstige gevolgen hebben zoals hart- en vaatziekten, blindheid, amputatie van ledematen en vroegtijdig overlijden. Wereldwijd neemt het aantal patiënten met diabetes type 2 sterk toe. Deze groei wordt verklaard door diverse factoren, zoals de vergrijzing en een toename van het aantal mensen met (ernstig) overgewicht. Nederland vormt hierop geen uitzondering.

De sterke groei van het aantal diabetespatiënten heeft haar weerslag op de Nederlandse huisartsenzorg, oftewel de 'eerste lijn'. Goede diabeteszorg vereist regelmatige controle op gezondheidsparameters, zoals HbA1c, zodat het risico op complicaties vroegtijdig kan worden opgemerkt en behandeld. Daarnaast hebben veel patiënten begeleiding nodig rondom gewichtsverlies, stoppen met roken en stimulering van lichaamsbeweging ' kortom, het verwerven van een gezondere leefstijl. Om tot een gezonde leefstijl te komen én die met succes te behouden, hebben patiënten het vermogen nodig om op adequate wijze de regie te voeren over het leven met hun aandoening. Dit vermogen om zelf de regie te voeren wordt ook wel zelfmanagement genoemd. Regelmatige begeleiding is van belang om de zelfmanagementvaardigheden bij patiënten te versterken. Vanwege al deze factoren vormt de diabeteszorg een aanzienlijke belasting voor de huisartsenpraktijk.

Om de diabeteszorg in de eerste lijn te verbeteren zijn vanaf 2007 regionale zorggroepen opgericht. Deze zorggroepen hebben als doel om bekende barrières rondom de uitvoering van diabeteszorg te slechten, zoals gebrek aan tijd, moeite om het overzicht te bewaren over de almaar uitdijende diabetespopulatie en knelpunten bij delegatie van zorgtaken naar de praktijkondersteuner. Zorggroepen bieden specifieke voorzieningen aan huisartsenpraktijken, waaronder een gestructureerd zorgprotocol. Dit zorgprotocol omvat jaarlijks vier consulten bij de huisartsenpraktijk voor iedere diabetespatiënt, waarbij aan diabetes gerelateerde zorg wordt geleverd. Onderdeel hiervan vormt bijvoorbeeld controle van specifieke biomedische bloedwaarden (zoals HbA1c en cholesterol) en – ten behoeve van een gezonde leefstijl - aandacht voor versterking van zelfmanagementvaardigheden. Praktijken ontvangen hulp bij de implementatie van het zorgprotocol, onder andere rondom taakdelegatie van huisartsen naar praktijkondersteuners. Daarnaast faciliteren veel zorggroepen digitale systemen die gekoppeld zijn aan huisarts-informatiesystemen, om laagdrempelig inzicht te verkrijgen in de

diabeteszorg die patiënten vanuit de huisartsenpraktijk ontvangen. Ook dienen zorggroepen als belangenbehartiger van huisartsen richting zorgverzekeraars. Zo onderhandelen zorggroepen met zorgverzekeraars over de inhoud van het zorgprotocol, de vergoeding daarvan alsmede doelstellingen ten aanzien van geleverde zorg, zoals het percentage patiënten met bijvoorbeeld een bloeddrukbeplating.

De afgelopen jaren zijn er in toenemende mate twijfels geuit ten aanzien van zorggroepen. Er leeft het gevoel dat zorggroepen, ondanks de kosten en bureaucratie die daarmee gemoeid zijn, weinig klinische relevantie hebben. Ook wordt ervaren dat het diabetesprotocol het lastig maakt om de zorg af te stemmen op behoeften van individuele patiënten.

Voor dit proefschrift is eerst de relatie tussen het volgen van een gestructureerd diabetesprotocol en de uitkomsten voor patiënten bestudeerd. Daarnaast hebben we onderzocht wat praktijken nodig hebben om zorg op de behoeften van hun patiënten af te stemmen. Daartoe hebben we het effect van loslating van het zorgprotocol en randvoorwaarden voor succesvolle implementatie van zelfmanagementinterventies geëvalueerd. Tevens hebben we de uitkomsten op patiëntniveau ten aanzien van tevredenheid, kwaliteit van leven en monitoring gemeten.

## **Bevindingen van dit proefschrift**

### **Gestructureerd diabetesprotocol heeft meerwaarde voor patiënten met diabetes**

Allereerst hebben wij onderzocht of zorggroepdeelname in algemene zin samengaat met een verbetering van de monitoring van patiënten (zie hoofdstuk 2). De monitoring van patiënten werd daarbij als goed beschouwd wanneer er gedurende een kalenderjaar minimaal één meting is bepaald van drie biomedische kernindicatoren (HbA1c, systolische bloeddruk en cholesterol) alsmede drie leefstijlgerichte kernindicatoren (BMI, rookgedrag en lichaamsbeweging). Deze definitie is gebaseerd op de NHG-richtlijnen voor diabetes type 2 en is in het onderzoek samengevat als ‘aanbevolen monitoring’.

Om een beeld te krijgen van het effect van zorggroepdeelname op de aanbevolen monitoring, hebben we twee analyses uitgevoerd. De eerste analyse had betrekking op de zes praktijken die in januari 2014 toetraden tot de Eerstelijns Zorggroep Haaglanden (ELZHA) – een zorggroep in Den Haag en omgeving die in 2019 met een aantal andere regionale huisartsenorganisaties is gefuseerd tot Haaglandse Dokters (Hadoks). Bij deze nieuwe praktijken hebben we onderzocht of het aantal patiënten met aanbevolen monitoring aan het eind van 2014 hoger was ten

opzichte van januari 2014. Dit bleek het geval; de aanbevolen monitoring was aan het eind van kalenderjaar 2014 aanzienlijk hoger dan bij aanvang van het jaar.

Daarna is onderzocht of voor deze nieuwe praktijken na een jaar zorggroepdeelname de aanbevolen monitoring verschilde van ervaren praktijken, die minimaal drie jaar deelnamen aan de zorggroep. Uit deze analyse bleek dat er aan het eind van kalenderjaar 2014 geen verschil meer was tussen ervaren en nieuwe praktijken wat betreft het aantal patiënten met aanbevolen monitoring. Kortom, wanneer praktijken zich aansluiten bij een zorggroep, maken ze in het eerste tijd waarschijnlijk een intensief leerproces door. Na een jaar bevinden ze zich op hetzelfde niveau als ervaren praktijken.

Hoofdstuk 3 gaat in op de vraag wat de meerwaarde van aanbevolen monitoring voor patiënten is. Daartoe zijn voor kalenderjaar 2014 de HbA1c-uitkomsten van patiënten met aanbevolen monitoring vergeleken met de uitkomsten van patiënten met incomplete monitoring. De NHG-richtlijnen rapporteren een grenswaarde met betrekking tot het HbA1c-niveau voor drie groepen diabetespatiënten. Deze groepen zijn ingedeeld op basis van een risicoprofiel dat afhankelijk is van de leeftijd van de patiënt, het type behandeling en de duur van de diabetes. Voor patiënten jonger dan zeventig jaar alsmede oudere patiënten die alleen metformine-monotherapie gebruiken, is de geadviseerde maximumwaarde 53 mmol/mol. Voor patiënten boven de zeventig jaar die zwaardere diabetesmedicatie gebruiken maar korter dan tien jaar diabetes hebben, ligt de grens bij 58 mmol/mol. De derde categorie betreft de kwetsbaarste patiënten - ouder dan zeventig, met zwaardere medicatie gebruiken én langer dan tien jaar de diagnose van diabetes - ligt de grenswaarde bij 64 mmol/mol.

In alle drie de groepen hebben we de HbA1c-niveaus van patiënten met aanbevolen monitoring vergeleken met incompleet gemonitorde patiënten. Uit de resultaten blijkt dat in alle drie de groepen de HbA1c-waarde van patiënten met aanbevolen monitoring significant ongeveer 2 mmol/mol lager ligt dan bij de incompleet gemonitorde patiënten. Met andere woorden: aanbevolen monitoring weerspiegelt niet alleen een administratieve realiteit, maar is daadwerkelijk een indicatie voor betere HbA1c-uitkomsten.

### **Uitkomsten zijn verschillend voor groepen diabetespatiënten**

*Bij sociaal-economisch kwetsbare patiënten is de gezondheidswinst het grootste*

De regio Haaglanden wordt gekenmerkt door grote diversiteit ten aanzien van sociaal-economische status (SES). Daarom betrof de volgende stap een vergelijking van welvarende

en kwetsbare gebieden ten aanzien van de aanbevolen monitoring, de HbA1c-uitkomsten én de relatie tussen die twee elementen. Dit onderzoek is beschreven in hoofdstuk 4.

Voor dit onderzoek zijn alle Haagse huisartsenpraktijken op basis van een zogenaamde 'achterstandsscore', die de gemeente Den Haag registreert, toegekend aan drie categorieën: kwetsbaar, welvarend of gemiddeld. Daarnaast zijn de omliggende randgemeenten (Wassenaar, Leidschendam-Voorburg en Voorschoten) ondergebracht in de categorie 'welvarende periferie'.

Vervolgens zijn de welvarende en de kwetsbare Haagse gebieden alsmede de welvarende periferie vergeleken met de gemiddelde categorie. We zagen dat de aanbevolen monitoring in zowel de Haagse als perifere welvarende categorie niet significant verschilde van de gemiddelde categorie. Wel was het HbA1c in de achterstandscategorie significant ongunstiger dan in de gemiddelde categorie; het verschil betrof ongeveer 2 mmol/mol.

Ook hebben we onderzocht of de SES-categorieën verschilden ten aanzien van de relatie tussen monitoring en HbA1c-niveau. Het HbA1c-verschil tussen goed en onvoldedig gemonitorde patiënten was significant groter in de kwetsbare groep: dit bedroeg ruim 3 mmol/mol, terwijl het verschil in de gemiddelde categorie ruim 1 mmol/mol was. Oftewel: binnen de zorggroepsetting heeft de kwetsbare categorie het meeste baat bij aanbevolen monitoring.

Gegeven het feit dat kwetsbare SES bekend staat als een factor die de kans op gunstige(re) gezondheidsuitkomsten belemmert, bijvoorbeeld vanwege beperkte gezondheidsvaardigheden bij de patiënt, is dit een interessante bevinding. Vanuit de wetenschappelijke literatuur weten we dat bij zorgverleners soms sprake is van barrières rondom de zorg voor diabetespatiënten met een kwetsbare SES, met name op het gebied van leefstijlbegeleiding. Zo hebben huisartsen en praktijkondersteuners vaak twijfels over het effect van leefstijlbegeleiding en hun eigen vermogen om goede begeleiding kunnen bieden. Ook is er terughoudendheid vanwege angst dat de relatie met de patiënt dan op het spel komt te staan. Adequate monitoring van biomedische indicatoren én voldoende aandacht voor leefstijlbegeleiding wordt echter - juist in deze groep - weerspiegeld in aanzienlijk betere HbA1c-waarden.

### **Zorg op maat voor verschillende groepen patiënten: 'Protocol los'**

Zoals in hoofdstuk 5 is beschreven, hebben vier huisartsenpraktijken die de organisatie van hun ketenzorgprogramma's volgens de kwaliteitsstandaard van zorggroep ELZHA uitstekend op orde hadden, deelgenomen aan het onderzoeksproject 'Protocol los'. Doel van dit project

was om ontwikkeling van zorg op maat bij diabetespatiënten te stimuleren. Daartoe is het effect van protocolvrije zorg geëvalueerd en is onderzocht wat randvoorwaarden zijn voor succesvolle implementatie van zelfmanagementinterventies.

Deelnemende praktijken konden het ketenzorgprotocol loslaten bij een relatief veilige populatie - patiënten die al minimaal een jaar gestructureerde diabeteszorg ontvingen met een relatief gunstig HbA1c. Ze konden één of meerdere interventies kiezen, geïnspireerd door een landelijk erkende 'toolkit' met een breed aanbod aan zelfmanagementinterventies. Vervolgens maakten de praktijken naar eigen inzicht een implementatieplan. Dat plan vormde de basis voor de daadwerkelijke implementatie. Door middel van groepsbijeenkomsten en interviews op locatie met individuele praktijken is onderzocht hoe praktijken de protocolvrije zorg ervoeren. Ook is op die wijze het verloop van het implementatieproces in iedere praktijk geëvalueerd.

Daarnaast is in kaart gebracht hoe patiënten de protocolvrije zorg en de geïmplementeerde zelfmanagementinterventies ervoeren. Bij patiënten zijn aan het begin en na afloop van het project vragenlijsten afgenomen die de tevredenheid met de diabeteszorg, algemeen welbevinden en ervaren gezondheid in kaart brachten. Bij patiënten is ook gemeten in hoeverre de aanbevolen monitoring op peil bleef.

Uit deze studie kwamen de volgende bevindingen naar voren.

### ***Effect van protocolvrije zorg: ruimte voor reflectie t.a.v. zorg op maat***

De meeste praktijken ervoeren de kans om het ketenzorgprotocol los te laten als bevrijdend. Tegelijkertijd gaf het soms ook onzekerheid. Nu het ketenzorgprotocol wegviel, werden praktijken immers op zichzelf teruggeworpen, en op hun eigen inschatting van wat de juiste zorg voor hun patiënten was. Niettemin gaven de meeste praktijken aan dat het loslaten van het protocol ruimte creëerde om na te denken over de vraag hoe de zorg in de eigen praktijk het beste kon worden afgestemd op hun patiënten.

De praktijken verschilden ten aanzien van SES-regio en daarmee met betrekking tot patiëntkenmerken zoals gezondheidsvaardigheden. Deze diversiteit werd weerspiegeld in de gekozen zelfmanagementinterventies; deze liepen uiteen van een sms-service in een kwetsbare SES-populatie om de opkomst bij het diabetesspreekuur te verbeteren tot - in een welvarende wijk - een digitaal portaal om patiënten de ruimte te geven zelfstandig vanuit huis hun gezondheidsuitkomsten te monitoren en het consult voor te bereiden.

### ***Randvoorwaarden voor succesvolle implementatie van zelfmanagementinterventies***

#### **- Oog voor de behoeften van de patiëntpopulatie**

Als praktijken duidelijk zicht hadden op de behoeften van patiënten - die per praktijk dus aanzienlijk konden verschillen - was dat een krachtige stimulans om het implementatieproces grondig aan te pakken. Wanneer het implementatieproces langer duurde dan voorzien, of er sprake was van praktische of logistieke tegenvallers, gaf de focus op het patiëntperspectief praktijken de energie om de schouders eronder te blijven zetten.

#### **- Samenwerking binnen het praktijkteam**

Een goede samenwerking tussen de verschillende geledingen van de huisartsenpraktijk – huisartsen, praktijkondersteuners, assistenten – was van groot belang voor het implementatieproces. Zorgvuldig overleg over de beoogde interventie(s), het bouwen van een implementatieplan dat gedragen werd door binnen alle lagen van het team, en voldoende afstemming ten aanzien van logistiek droeg bij aan een geïntegreerde implementatie.

#### **- Voldoende haalbaarheid van interventies**

Ook is gebleken dat de instrumenten goed moeten functioneren. Bij het digitale patiëntportaal was dat niet het geval: de implementatie werd belemmerd door technische tekortkomingen voor zowel de zorgverlener als de patiënt. Deze interventie maakte geen onderdeel uit van de toolkit; er was voor gekozen omdat deze net beschikbaar was gesteld, en aansloot op het elektronische diabeteszorgsysteem dat alle praktijken gebruikten. Het bleek nog onvoldoende geschikt voor implementatie in de praktijk. Voor huisartsenpraktijken kan het lastig zijn om e-health-instrumenten op hun geschiktheid te beoordelen. Dit vereist immers niet alleen specialistische technische kennis, maar ook inzicht in ervaringen van gebruikers. Daarom raden we aan om samenwerking te zoeken met academische expertisecentra die deze kennis in huis hebben en onafhankelijk advies kunnen geven.

### ***Impact van protocolvrije zorg op maat op patiënten***

Uit onze bevindingen bleek dat het aantal patiënten met aanbevolen monitoring gedurende de loop van het project daalde. In eerste instantie zou dat als zorgwekkend kunnen worden opgevat. Dit roept echter ook vragen op over de mate waarin onze definitie van monitoring zoals aanbevolen van toepassing is op patiënten met een langdurige en stabiele HbA1c-spiegel die onder de geadviseerde bovengrens blijft. Afgezien van dat punt nam ook de tevredenheid iets af. Dit onderstreept het belang van voldoende focus op de behoeften van de patiënt omtrent de diabeteszorg.

Onze bevindingen sluiten aan op een internationale discussie rondom de vraag waarom zelfmanagementinterventies vaak zo weinig lijken op te leveren. Daarin wordt onder andere naar voren gebracht dat huisartsenpraktijken – gegeven de hectiek van alledag - in onderzoekssettings vaak onvoldoende prioriteit geven aan zorgvuldige implementatie van interventies; en dat er andersoortige stimulansen benodigd zijn om adequate implementatie aan te moedigen. Naar onze overtuiging kan uit onze bevindingen worden geconcludeerd dat we die stimulansen hebben gevonden: het mogen loslaten van het ketenzorgprotocol en de vrijheid om zelf interventies te kiezen die passen bij de patiëntpopulatie én de eigen praktijk zijn voor de studiepraktijken belangrijke handvatten gebleken om de schouders te zetten onder het implementatieproces, en een uitstekende implementatie tot stand te brengen.

Ten aanzien van de patiëntuitkomsten valt op dat de tevredenheid van patiënten met de diabeteszorg, ondanks tevredenheid met de geïmplementeerde interventies, gaandeweg licht afnam. Met betrekking tot deze studie kunnen, gelet op de onderzoeksopzet, geen causale relaties worden vastgesteld; we kunnen dus niet bepalen in hoeverre de lagere tevredenheid veroorzaakt werd door de studie-opzet. Wel weten we vanuit bestaande literatuur dat er een relatie bestaat tussen consultreductie en verminderde tevredenheid. Daarnaast daalde ook het aantal patiënten met aanbevolen monitoring. Dat lijkt met het oog op de NHG-richtlijnen in principe een onwenselijke uitkomst. Gegeven het feit dat in deze studie patiënten werden geïncludeerd die een bewezen stabiele diabetesinstelling hadden, is het echter de vraag of voor deze patiënten daadwerkelijk jaarlijks een controle op alle kernindicatoren benodigd is. Zo lang dat nog niet duidelijk is, raden we voor deze patiënten vooralsnog minimaal één jaarlijks consult aan.

## Conclusie en aanbevelingen

Aan de onderzoeken die in dit proefschrift beschreven zijn, kunnen een aantal conclusies worden verbonden.

Allereerst laat ons cohortonderzoek zien dat deelname van huisartsen aan een zorggroep meerwaarde heeft voor patiënten: het aantal patiënten dat systematisch wordt gemonitord volgens de NHG-richtlijnen neemt sterk toe. Hoewel het nooit uitgesloten kan worden dat zorg wel geleverd wordt maar bijvoorbeeld om technische redenen niet als zodanig geregistreerd is, blijkt er niettemin een duidelijk verschil te zijn in de HbA1c-uitkomsten van patiënten met aanbevolen dan wel incomplete monitoring: patiënten met aanbevolen monitoring hebben een significant gunstiger HbA1c. Hieruit kan worden geconcludeerd dat gestructureerde



diabeteszorg met collectieve ondersteuning vanuit een zorggroepsetting samengaat met betere patiëntuitkomsten.

In een gestructureerde zorgsetting blijkt bovendien dat er sprake is van minder sociaal-economische verschillen: ongeacht het SES-gebied is het aandeel patiënten met aanbevolen monitoring even groot. Wel heeft de kwetsbare categorie het meeste baat bij aanbevolen monitoring: het aan monitoring gerelateerde HbA1c-verschil is in die groep significant groter dan gemiddeld. Dit pleit voor zorg die zo veel mogelijk wordt afgestemd op de behoeften van groepen patiënten. Wanneer praktijken de organisatie van hun ketenzorgprogramma's goed op orde hebben, kan protocolvrije zorg een stimulans zijn tot reflectie op het thema 'zorg op maat'. Indien praktijken goed letten op de behoeften van hun patiënten, er sprake is van adequate samenwerking binnen het team en interventies geschikt zijn voor implementatie, leidt dit tot persoonsgerichte zorg die grondig en met veel betrokkenheid wordt geleverd.

Tegelijkertijd roepen deze conclusies ook nieuwe vragen op. Daarom worden in hoofdstuk 6 een aantal aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek. Bij alle bovengenoemde onderzoeken is om belangrijke redenen gekozen voor een observationele studie-opzet. Daardoor kan bijvoorbeeld niet worden beoordeeld in hoeverre de zorggroepaanpak een-op-een leidt tot betere monitoring, en of betere monitoring de oorzaak is van gunstiger HbA1c-uitkomsten. Om het daadwerkelijke effect van collectieve ondersteuning en een gestructureerd zorgprotocol op gezondheidsuitkomsten beter te kunnen begrijpen, is vervolgonderzoek nodig.

Gelet op de variëteit in individuele praktijken ten aanzien van allerlei factoren - zoals type organisatie, praktijkomvang en opleidingsniveau van praktijkondersteuners - is er bovendien meer inzicht benodigd in de behoeften en ervaringen van individuele praktijken. Het is immers niet ondenkbaar dat praktijken verschillen wat betreft hun behoeften ten aanzien van ondersteuning bij de uitvoering van diabeteszorg. Daarnaast kenmerkt de ondersteuning vanuit zorggroeperspectief zich door het bieden van enerzijds houvast en anderzijds flexibiliteit. Om een optimale balans tussen houvast en flexibiliteit te vinden die recht doet aan de diversiteit van praktijken, is meer inzicht gewenst in de vraag wanneer praktijken er klaar voor zijn om het zorgprotocol los te laten.

In ons onderzoek 'Protocol los', waar afstemming van de zorg op de behoeften van patiënten centraal stond, daalde het aantal patiënten met aanbevolen monitoring na verloop van tijd significant. Zoals eerder besproken is het niet duidelijk in hoeverre lagere monitoring bij deze patiëntgroep - die 'fitted' diabeten betrof - een zorgelijke uitkomst is. Met het oog op

de diversiteit van de populatie patiënten met diabetes is het nader onderzoek naar optimale diabetesmonitoring in verschillende groepen patiënten wenselijk.

Er zijn aanwijzingen dat taakdelegatie naar praktijkondersteuners samengaat met een lagere werktevredenheid van huisartsen. Vanuit het perspectief van duurzame, toekomstbestendige diabeteszorg is diepgaander onderzoek naar factoren die de tevredenheid verbeteren van belang.

Tenslotte hebben we met dit onderzoek inzicht verkregen in de relatie tussen diabeteszorg binnen een zorggroepsetting en patiëntuitkomsten. Gegeven het feit dat de zorggroepsystematiek soms als duur en weinig kosteneffectief wordt gezien, wordt systematisch onderzoek naar de financiële kosten in verhouding tot de klinische uitkomsten aanbevolen.

Wanneer we teruggaan naar de uitkomsten van ons onderzoek, kunnen de bevindingen worden vertaald in onderstaand stappenplan.

## **Stappenplan: route naar sterke, persoonsgerichte diabeteszorg**

### **1. Werk aan een solide basis**

Gebruik een protocol met systematische ondersteuning bij de implementatie om de diabeteszorg te structureren

### **2. Bezint eer ge begint: ga na hoe zorg op maat bij patiënten en in de eigen praktijk gestalte kan krijgen**

Neem de ruimte om te bezinnen op de vraag wat 'zorg op maat' voor patiënten in de eigen praktijk betekent; verken actief de behoeften van patiënten, draag zorg voor een goede samenwerking binnen het team en let erop dat interventies binnen de praktijk haalbaar zijn

### **3. Probeer te voorkomen dat patiënten uit zicht raken**

Hoe de interventie er ook uit ziet, let erop dat iedere patiënt in ieder geval eens per jaar wordt gezien

### **4. Houd rekening met specifieke zorgbehoeften afhankelijk van SES**

Wees erop alert dat voor 'zorg op maat' voor patiënten met een kwetsbare SES-achtergrond kan betekenen dat er behoefte is aan extra houvast ten aanzien van de zorg

Dit stappenplan is bedoeld als handreiking voor huisartsenpraktijken om optimale diabeteszorg te bieden, vertrekkend van een stevige basis naar zorg die recht doet aan de behoeften van de patiënt.