

ZorgstandaardDiabetes.nl

[Home](#) [Type 2](#)

[Home](#) [Zwangerschapsdiabetes](#)

Zwangerschapsdiabetes

Zwangerschapsdiabetes (diabetes gravidarum, gestational diabetes mellitus of GDM) is elke vorm van hyperglykemie die tijdens de zwangerschap wordt ontdekt, onafhankelijk van het feit of deze afwijking na de zwangerschap weer verdwijnt.

Zwangerschappen gecompliceerd door GDM worden gekenmerkt door een hogere kans op maternale en perinatale complicaties, zoals macrosomie, schouderdystocie (neonatale fracturen of plexusletsel), neonatale hypoglykemie en neonatale hyperbilirubinemie. Tevens ontwikkelt minimaal 50 procent van de vrouwen met een doorgemaakte GDM binnen vijf tot tien jaar na de bevalling diabetes type 2.

[Home](#) [Zwangerschapsdiabetes](#) [Volwassen](#) [Inhoud](#) [Algemeen](#) [Risicofactoren](#)

Risicofactoren

De algemene risicofactoren voor GDM zijn:

- Een eerdere GDM in de voorgeschiedenis
- Een BMI > 30 (kg/m²) bij de eerste prenatale controle
- Een eerder kind met een geboortegewicht > P95 of > 4500 gram
- Een eerstegraads familielid met diabetes type 2
- Bepaalde etnische groepen waarin diabetes veel voorkomt (Zuid-Aziaten, o.a. Hindostanen, Afro-Caribiërs, vrouwen uit het Midden-Oosten, Marokko en Egypte)
- Onverklaarde intra-uteriene vruchtdood in de voorgeschiedenis
- Polycysteus ovariumsyndroom

[Home](#) [Zwangerschapsdiabetes](#) [Volwassen](#) [Inhoud](#) [Algemeen](#) [Screening en diagnostiek](#)

Screening en diagnostiek

Het onderscheid tussen screening en diagnostiek is in dit kader belangrijk. Bij screening worden alle of bepaalde groepen vrouwen getest zonder dat zij klachten of symptomen hebben die wijzen op GDM. Diagnostiek is onderzoek naar GDM op basis van symptomen (bijvoorbeeld snelle groei van de foetus of polyhydramnion) of klachten bij de moeder (bijvoorbeeld polydipsie).

Voor screening en diagnostiek wordt verwezen naar [de meest recente landelijke richtlijn](#) (NVOG, 2010) wat betreft:

- Welke patiënten gescreend worden
- Welke meetmomenten gehanteerd worden
- Welke methodes gebruikt worden
- Bij welke fenomenen (foetale groeiversnelling en/of polyhydramnion) diagnostiek wordt verricht
- Welke methode gebruikt wordt voor diagnosestelling

De obstetrische taakverdeling tussen eerstelijns verloskundige, tweedelijns verloskundige en gynaecoloog bij patiënten met GDM hangt af van de obstetrische en endocriene situatie, zoals beschreven wordt in de [paragraaf organisatie](#).

[Home Zwangerschapsdiabetes Volwassen Inhoud Behandeling en begeleiding](#) Inhoud diabeteszorg

Inhoud diabeteszorg

Tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed

Het multidisciplinair behandelteam, onder verantwoordelijkheid van de internist, is er verantwoordelijk voor dat de volgende aspecten in de voorlichting en behandeling zijn opgenomen en worden geregistreerd:

- Voorlichting en uitleg over GDM
- Monitoring bloedglucoseregulatie
- Individuele dieetbehandeling
- Leefstijladviezen
- Medicamenteuze behandeling¹
- Bewaking werk-zwangerschap-gezondheidsrisico's
- Endocrien beleid bij bevalling
- Endocrien beleid in kraambed
- Voorlichting over consequenties voor de langere termijn (o.a. de kans op diabetes type 2 en het herhaalrisico op GDM bij een volgende zwangerschap)
- Werkafspraken tussen de eerste en de tweede lijn

[Home Zwangerschapsdiabetes Volwassen Inhoud Behandeling en begeleiding](#) Inhoud obstetrische zorg

Inhoud obstetrische zorg

Tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed

Het multidisciplinair behandelteam, onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog, draagt zorg dat de volgende aspecten in de voorlichting en behandeling zijn opgenomen en worden geregistreerd:

- Werkafspraken tussen de eerste en de tweede lijn
- Monitoring foetale groei in tweede en derde trimester

- Obstetrisch beleid bij de bevalling
- Bespreken van beleid na de bevalling (o.a. lactatiebeleid en bloedglucose controle neonaat)
- Beleid bij diagnose < 20 weken: als bij PDM

[Home Zwangerschapsdiabetes Volwassen Inhoud Behandeling en begeleiding](#) Inhoud pediatrische zorg

Inhoud pediatrische zorg

Bij partus in de tweede lijn

De kinderarts, nadat deze door de verloskundige/gynaecoloog op de hoogte is gesteld, draagt verantwoordelijkheid voor de volgende aspecten in de behandeling en zorgt dat deze worden geregistreerd:

- Directe opvang van de neonaat
- Beleid ter monitoring van bloedglucosewaarden
- Beleid bij neonatale hypoglykemie

[Home Zwangerschapsdiabetes Volwassen Inhoud Behandeling en begeleiding](#) Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg als integraal onderdeel van de diabeteszorg

Farmaceutische zorg vormt een integraal onderdeel van de diabeteszorg. Het omvat farmacotherapie én farmaceutische dienstverlening.

Onder farmacotherapie wordt daarbij verstaan: de therapie die bestaat uit de behandeling met geneesmiddelen met als doel dat de juiste patiënt de juiste medicatie krijgt voor de juiste indicatie. Farmaceutische dienstverlening is de zorg en dienstverlening daaromheen zoals de begeleiding bij uitgifte van medicatie, medicatiebewaking en voorlichting en advies met betrekking tot genees- en hulpmiddelen.

Binnen farmacotherapie en farmaceutische dienstverlening zijn in het kader van integrale diabeteszorg de volgende zes elementen van belang:

1. Er is sprake van een continu cyclisch proces waarbij aandacht is voor de juiste, geïndividualiseerde farmacotherapie en ondersteuning van het zelfmanagement van de patiënt
2. Voorlichting en advies over, begeleiding bij en evaluatie van gebruik van geneesmiddelen, situationele zorg en (specifieke) farmacotherapeutische vragen
3. Hulpmiddeleninstructie en -begeleiding
4. Medicatiebeleid
5. Beschikbaarheid van kwalitatief goede medicatie en hulpmiddelen
6. Aanleg, beheer en overdracht van het medicatiedossier/patiëntendossier

In zijn algemeenheid geldt dat in het kader van farmacotherapie en farmaceutische dienstverlening de volgende patiëntgroepen specifieke aandacht vragen:

- Ouderen en kwetsbare (frailty) ouderen

- Patiënten met co- en multimorbiditeit
- Patiënten met een andere culturele achtergrond en niet-westerse bevolkingsgroepen en/of laaggeletterden
- Tieners
- Patiënten met sociale/maatschappelijke problematiek

Farmaceutische zorg voor mensen met diabetes vindt plaats conform het NDF document '[Farmaceutische zorg als integraal onderdeel van de diabeteszorg](#)'¹.

[Home Zwangerschapsdiabetes Volwassen Organisatie Generiek Privacy](#)

Privacy

Het recht op privacy is een individueel grondrecht en zowel binnen de gezondheidszorg als daarbuiten van belang. Voor medische zaken geldt dat deze verdedigd moet worden binnen, maar zeker ook buiten de gezondheidszorg. Er worden vele gegevens van patiënten verzameld en vastgelegd. Van de zorgaanbieders wordt transparantie gevraagd terwijl tegelijkertijd de privacy van de patiënt gewaarborgd dient te worden. Specifieke wetgeving voor het waarborgen van de privacy van de patiënt is hierbij dan ook onontbeerlijk. Zonder te pretenderen volledig te zijn worden enkele punten uitgelicht.

Ten eerste heeft de behandelaar een geheimhoudingsplicht op grond van de [wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg](#) (wet BIG) en de [wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst \(WGBO\)](#). Deze geheimhoudingsplicht geldt ook voor andere personen die betrokken zijn bij de behandeling en de beschikking krijgen over de gegevens van de patiënt.

In de '[Wet Bescherming Persoonsgegevens](#)' is vastgelegd om welke reden persoonsgegevens mogen worden verzameld en op welke wijze deze dienen te worden bewaard zodat de privacy van de patiënt gewaarborgd blijft, nu en in de toekomst. Dit houdt onder meer in dat alleen gegevens noodzakelijk voor de behandeling van de patiënt worden vastgelegd en dat die gegevens ook uitsluitend worden gebruikt voor de behandeling. Indien er meer gegevens worden vastgelegd en deze worden gebruikt voor andere doeleinden dan de behandeling dient hiervoor eerst toestemming te worden gevraagd aan de patiënt. Het dossier is zo opgeborgen dat onbevoegden geen toegang hebben. De regels voor de ruimtelijke privacy van de patiënt zijn vastgelegd in de WGBO. Ruimtelijke privacy houdt in dat de behandeling van de patiënt plaats vindt buiten de waarneming van anderen, tenzij de patiënt ermee instemt dat de behandeling kan worden waargenomen door anderen. De zorg is zo georganiseerd dat de privacy is gewaarborgd.

[Home Zwangerschapsdiabetes Volwassen Organisatie Generiek Toegankelijkheid](#)

Toegankelijkheid

Goede diabeteszorg is voor iedere patiënt in ons land beschikbaar. Er wordt adequate tijd uitgetrokken voor het consult. Indien van toepassing zijn de spreekuurtijd van de arts en andere hulpverleners als de praktijkondersteuner, diabetesverpleegkundige, diëtist en psycholoog vanuit patiëntperspectief op elkaar afgestemd. Dit gebeurt zo dat de geleverde zorg veilig, effectief en niet onnodig belastend is.

De spreekkamer en andere praktijkruimten voldoen aan de gebruikelijke kwaliteitsnormen en de geldende normen voor uitrusting en apparatuur en zijn goed toegankelijk voor de patiënt. Tenslotte dient de (telefonische) bereikbaarheid van het behandelteam in geval van medische calamiteiten gewaarborgd te zijn.

Wettelijk kader

[Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst \(WGBO\)](#): Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is de toestemming van de patiënt vereist.

In het kader van de behandelingsovereenkomst richt de hulpverlener een dossier in over de behandeling van de patiënt. Hij legt in het dossier gegevens vast over de gezondheid van de patiënt en de hiertoe uitgevoerde verrichtingen en neemt tevens andere gegevens op die noodzakelijk zijn voor een goede hulpverlening¹.

Volgens de WGBO zorgt de hulpverlener ervoor dat aan 'anderen dan de patiënt' geen inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in het dossier worden verstrekt zonder toestemming van de patiënt². Onder 'anderen dan de patiënt' vallen niet diegenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst. Diegenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandelingsovereenkomst, zijn die personen die 'rechtstreeks betrokken zijn bij de zorg'. Dit wordt gekoppeld aan aandachtspunt 4 uit de handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg³. Hierin wordt gezegd dat een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject zich ervan vergewist dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en dat hij collega's informeert over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen. Dit betekent dus dat de patiënt wordt *geïnfomeerd* over het feit dát en met wie gegevens worden gedeeld. Indien daartegen bezwaar gemaakt wordt, moeten de bezwaren gewogen worden tegen de achtergrond van het feit dat dat hulpverlener verantwoorde zorg moet kunnen verlenen.

[Home Zwangerschapsdiabetes Volwassen Organisatie GDM specifiek](#) Behandelteam

Behandelteam

De begeleiding van vrouwen met zwangerschapsdiabetes (GDM) vraagt om een multidisciplinaire aanpak, waarbij de noodzaak tot duidelijke onderlinge afspraken en afstemming van de werkzaamheden groot is. De diversiteit in zorg vereist een gecoördineerde communicatiestructuur en landelijk vastgestelde afspraken ten aanzien van beleid en doorverwijzing. Op regionaal en lokaal niveau dient door de verschillende partijen hier door middel van protocollen handen en voeten aan gegeven te worden.

Het multidisciplinair behandelteam bij diabetes en zwangerschap bestaat in elk geval uit de volgende disciplines (in alfabetische volgorde):

- Diabetesverpleegkundige
- Diëtist
- Gynaecoloog
- Huisarts/Praktijkondersteuner (POH)
- Internist
- Kinderarts
- Eerstelijns en tweedelijns (klinisch) verloskundigen. De eerstelijns verloskundige is betrokken bij dieetbehandelde GDM en bij het kraambed

Op lokaal niveau wordt naar een zo effectief mogelijk logistiek systeem voor het functioneren van het multidisciplinair behandelteam gestreefd met adequate (informatietechnologische) communicatiekanalen.

In de regel is de verloskundige uit de eerste lijn niet betrokken bij hulpverlening in de tweede lijn. Indien dit wel het geval is, bestaan er duidelijke werkafspraken. Het hier beschreven multidisciplinaire behandelteam heeft echter ook beleidsmakende taken. Hierbij is de inbreng van de eerstelijns verloskundige uiteraard wel van belang.

Afhankelijk van lokale afspraken kunnen de volgende disciplines het multidisciplinair behandelteam bij zwangerschapsdiabetes aanvullen, dan wel hebben zij met dit behandelteam structurele werkafspraken:

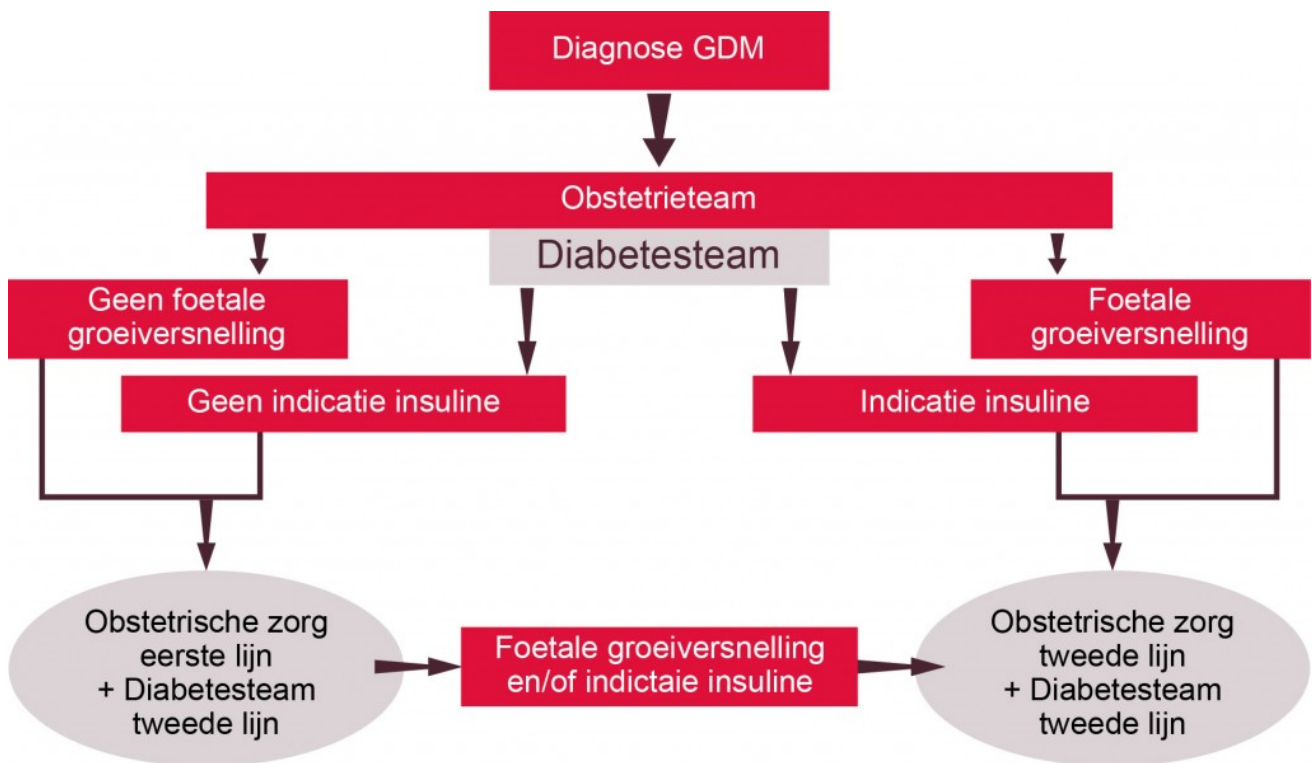
- Anesthesist
- Apotheker
- Echoscopist
- (Bekken)Fysiotherapeut
- Huisarts (indien al niet bij de zorg betrokken)
- Klinisch chemicus
- Lactatiekundige
- Maatschappelijk werk/medisch psycholoog
- Nefroloog
- Oogarts

De medische verantwoordelijkheid voor de zwangerschap en de bevalling ligt in het multidisciplinair behandelteam bij de gynaecoloog, waarbij de internist een eigen verantwoordelijkheid heeft voor het endocrinologische deel van de behandeling. Alle betrokken professionals hebben hun individuele verantwoordelijkheid zoals vastgelegd in [de wet BIG](#).

[Home Zwangerschapsdiabetes Volwassen Organisatie GDM specifiek](#) Behandelroute

Behandelroute

Uitgangspunt bij de behandeling van patiënten met zwangerschapsdiabetes (GDM) is dat bij elke vrouw met GDM, ook als zij (nog) geïndividualiseerde voedingszorg ontvangt, er een indicatie is voor participatie van de specialistische diabetes- en obstetrische zorg. De mate van participatie zal afhangen van de benodigde behandeling en de te verwachten risico's, bijvoorbeeld op basis van de groei van het kind.



Figuur 1: stroomdiagram na de diagnose GDM in de eerste lijn. Bij andere obstetrische pathologie naast GDM komt de patiënte ook in de tweede lijn voor obstetrische en diabetologische zorg.

Vrouwen bij wie de diagnose GDM in de eerste lijn wordt gesteld, worden in elk geval voor een eenmalige consultatie verwezen naar het multidisciplinaire behandelteam in de tweede lijn voor endocriene en obstetrische evaluatie. Wanneer dieetbehandeling alleen voldoende blijkt te zijn en er geen andere indicaties zijn voor diabetes gerelateerde risico's, kan de obstetrische zorg in de eerste lijn worden uitgevoerd. De diabetologische behandeling wordt standaard door het multidisciplinair behandelteam in de tweede lijn verzorgd, ook bij uitblijven van insulinebehandeling. Wanneer tijdens het verdere verloop van de zwangerschap insulinebehandeling gestart dient te worden, vindt vanaf dat moment ook de obstetrische behandeling in de tweede lijn plaats.

Bij obstetrische complicaties wordt in ieder geval naar de gynaecoloog verwezen. Ter optimale detectie van foetale groeiversnelling wordt geadviseerd om elke maand (bijvoorbeeld bij 28, 32 en 36 weken) een echografische meting van de foetale grootte te verrichten. Bij foetale groeiversnelling en/of insulinebehandeling dient de bevalling in het ziekenhuis te geschieden, gezien de noodzaak tot voldoende betrouwbare meting van de bloedglucosewaarden bij de neonat en de risico's voor een gecompliceerde bevalling (schouderdystocie). De algemene uitgangspunten van richtlijnen en zorgstandaard dienen op lokaal niveau door bestaande verloskundige samenwerkingsverbanden te worden omgezet naar protocollen.

[Home Zwangerschapsdiabetes Volwassen Organisatie GDM specifiek](#) Procesgang zwangerschap en bevalling

Procesgang zwangerschap en bevalling

Na de diagnose GDM wordt standaard verwezen naar het multidisciplinair behandelteam voor endocriene educatie, obstetrische evaluatie en behandeling. Specifieke aandachtspunten hierbij zijn:

- Aanleren van zelfcontrole van de bloedglucosewaarden en interpretatie van de gemeten waarden
- Aanwezigheid van een communicatiestructuur voor het monitoren van de bloedglucose dagcurves die de patiënte maakt

- Consultatie door een diëtist binnen 1 week na de diagnosestelling
- Aanwezigheid van een overlegstructuur tussen gynaecoloog en verloskundigen in de eerste en tweede lijn
- Aanwezigheid van een structurele verslaglegging en schriftelijke communicatie
- GDM: bij goede regulering van de bloedglucosewaarden en geen insulinegebruik kan de obstetrische zorg door de eerstelijns verloskundige gecontinueerd worden, indien daar op lokaal niveau voor is gekozen en voorwaarden voor zijn gecreëerd
- Bevalling dient bij PDM en bij GDM met insulinebehandeling altijd in een (poli-) klinische setting in de tweede lijn te geschieden
- Bij macrosomie (foetale groeiversnelling) en/of bij insulinebehandeling dient de bevalling in de tweede lijn te geschieden, omdat in die setting bloedglucosecontroles bij de neonat optimaal uitgevoerd kunnen worden en vanwege mogelijke complicaties bij de bevalling

[Home Zwangerschapsdiabetes Volwassen Organisatie GDM specifiek](#) Procesgang na de bevalling

Procesgang na de bevalling

Voor de directe periode na de bevalling dienen er vaste intramurale afspraken te zijn over kraambedzorg en de begeleiding en de regulatie van de bloedglucosewaarden. Het kraambed vindt in het algemeen thuis plaats en wordt begeleid door de verloskundige, indien nodig in combinatie met de huisarts, en het behandelteam in het ziekenhuis.

De zorgverleners in de eerste lijn spelen een cruciale rol bij de begeleiding van de vrouw met GDM op de lange termijn, met name wat betreft de kans op diabetes type 2 en/of het metabool syndroom. Identificatie van een vrouw met een doorgemaakte GDM als een 'vasculair/diabetologisch hoog risicopatiënt' binnen een volgsysteem is daarom wenselijk. Leefstijladviezen zijn standaard onderdeel van de follow-up na een doorgemaakte GDM.

[Home Zwangerschapsdiabetes Volwassen Organisatie GDM specifiek](#) Organisatorische randvoorwaarden

Organisatorische randvoorwaarden

In zijn algemeenheid moet bij zwangerschapsdiabetes (GDM) tenminste aan de volgende organisatorische randvoorwaarden kunnen worden voldaan:

- De verantwoordelijkheden van de individuele leden van het multidisciplinair behandelteam zijn juridisch beschreven binnen de geldende wet- en regelgeving
- Het behandelteam werkt conform een gezamenlijk opgesteld en geaccordeerd werkprotocol, gebaseerd op bestaande (inter)nationale richtlijnen en met duidelijke afspraken over de inhoud, afstemming en organisatie van de zorg
- De leden van het behandelteam zijn gekwalificeerd, door middel van relevante en actuele scholing en ervaring, in diabetes en zwangerschap
- De zorg wordt uitgevoerd in teamverband waarbij de relevante specialisten structureel met elkaar samenwerken en elkaar consulteren wanneer de zorg het eigen vakgebied overstijgt
- Er is een adequate gegevensuitwisseling en een gestandaardiseerde, transparante dossiervorming
- Kwaliteitsparameters worden vastgelegd
- De zorg bij een zwangerschap bij diabetes type 1 en type 2 alsmede bij GDM is gespecificeerd

in een voor iedere discipline toegankelijke set protocollen in combinatie met praktische afspraken

- De bereikbaarheid van het behandelteam is gegarandeerd gedurende 24 uur per dag en is ingebed in de bestaande 24-uursbereikbaarheid van de ziekenhuisorganisatie
- Er zijn regionale en lijn overstijgende samenwerkingsafspraken tussen de bij zwangerschap en diabeteszorg betrokken professionals
- Er zijn vaste afspraken over doorverwijsprocedures en er is een gestandaardiseerde terugverwijsprocedure
- Er is een gecombineerd obstetrisch-diabetologisch spreekuur dan wel vaste logistieke afspraken
- Er wordt op gestructureerde wijze individuele dieetbegeleiding gegeven
- Er is een structurele overlegvorm binnen het multidisciplinair behandelteam, bijvoorbeeld voor/nabespreking van patiënten
- De patiënten worden structureel geïnformeerd over de inhoud van de zorg, de betrokken disciplines en specialisten en diens verantwoordelijkheden
- Het patiëntaanbod is voldoende om praktische expertise te verkrijgen en te kunnen onderhouden

[Home Zwangerschapsdiabetes Volwassen Kwaliteit Dataregistratie & indicatoren](#) Algemeen

Algemeen

De [NDF](#) ziet het verwerven van inzicht in de kwaliteit van diabeteszorg als een van de belangrijkste onderdelen van haar beleid. Het gaat hierbij om het reduceren van risico's, verbetering van de service, verbetering van de informatievoorziening en het verhogen van de veiligheid; samenvattend het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Voor de uitvoer van kwaliteitsbeleid zijn kennis en inzicht onmisbaar. Dit vereist onder meer de beschikbaarheid van betrouwbare en actuele data. Deze data worden gebruikt om aan bestaande vragen op het gebied van analyse, kwaliteitsverbetering en rapportage te kunnen voldoen. Deze vragen zijn weer gerelateerd aan goede door het veld geformuleerde kwaliteitsindicatoren.

[Home Zwangerschapsdiabetes Volwassen Kwaliteit Dataregistratie & indicatoren](#) Data voor kwaliteitsinformatie

Data voor kwaliteitsinformatie

Als er sprake is van zwangerschapsdiabetes (GDM) worden de volgende gegevens vastgelegd:

Algemeen:

- Manier/reden van detectie
- Screening
- Diagnostiek
- Zwangerschapsduur bij detectie
- Indien < 20 weken: beleid als bij PDM (zie gegevensregistratie PDM)
- Communicatie huisarts/verloskundige /andere zorgverleners (protocollair vastgelegd)

Zorg tijdens de zwangerschap:

- Echoscopie voor foetale groei
- HbA1c*
- Bloeddruk*
- Gegevens omtrent zelfmeting/monitoring van de bloedglucosewaarden
- Gegevens omtrent individuele dieetbehandeling
- Leefstijladviezen
- Gegevens over de bewaking werk-zwangerschap-gezondheidsrisico's
- Insulinebehandeling ja/nee
- Gegevens rond de voorlichting over bevalling en kraambed
- Gegevens rond de voorlichting over borstvoeding
- Gegevens rond de voorlichting over consequenties voor de langere termijn (o.a. de kans op diabetes type 2 en het herhaalrisico op GDM bij een volgende zwangerschap)
- Werkafspraken tussen de eerste en de tweede lijn

Zorg na de zwangerschap:

- Verslaglegging zwangerschap en bevalling
- Gegevens omtrent de voorlichting over en het verloop van de borstvoeding
- Medicatie*
- Post partum nacontrole (vindt plaats tussen 6-12 weken na de bevalling)

*Zoals beschreven in de [e-Diabetes Kernset](#).

[Home Zwangerschapsdiabetes Volwassen Kwaliteit Dataregistratie & indicatoren](#) Kwaliteitsindicatoren

Kwaliteitsindicatoren

Algemeen

[Indicatoren voor vrouwen met zwangerschapsdiabetes \(GDM\)](#)

Algemeen

Betrouwbare en actuele data vormen de basis voor door het veld geformuleerde kwaliteitsindicatoren. De NDF is als ontwikkelaar en beheerder van de NDF Zorgstandaard verantwoordelijk voor de multidisciplinaire vaststelling van een set van kwaliteitsindicatoren die van toepassing is op de in de Zorgstandaard beschreven zorg, zowel wat betreft inhoud als wat betreft organisatie. De NDF destilleert deze multidisciplinaire set uit bestaande door beroepsorganisaties zelf vastgestelde sets van indicatoren.

De ontwikkeling van indicatoren is daarmee in principe de verantwoordelijkheid van de verschillende bij de NDF aangesloten beroepsorganisaties zelf. Het is daarbij belangrijk dat de organisaties er voor zorgen dat de ontwikkelde indicatoren zoveel als mogelijk op elkaar aansluiten. De NDF is als koepel, daar waar het niet door het veld zelf opgepakt wordt, de aangewezen partij om het voortouw te nemen in de formulering van relevante structuur- en organisatie indicatoren. Eén en ander uiteraard in samenspraak met haar lidorganisaties.

Indicatoren zijn niet statisch, om die reden wordt aanbevolen voor de meest recente versie van

beroepsspecifieke indicatoren te kijken bij de eigen beroepsvereniging. Als aanpassingen aan beroepsspecifieke sets consequenties hebben voor de multidisciplinaire NDF set, worden deze meegenomen in de eerstvolgende actualisatieronde.

Omdat de toepasbaarheid van de verschillende indicatoren op korte termijn varieert of wel omdat bepaalde begrippen uit de set nog onvoldoende zijn geoperationaliseerd, zijn de in de NDF Zorgstandaard opgenomen indicatoren verdeeld in drie verschillende fases. Er is voor gekozen om wel alle indicatoren, ongeacht de fase, al te benoemen in de NDF Zorgstandaard teneinde zicht te blijven houden op de totale set aan multidisciplinaire indicatoren waaraan de interne kwaliteit van zorg van een keten op termijn zou kunnen worden afgemeten.

De fasering van de verschillende indicatoren is als volgt:

- Fase 1
De kwaliteitsindicatoren uit fase 1 zijn op korte termijn toe te passen en kunnen al door zorgketens worden geleverd
- Fase 2
De kwaliteitsindicatoren in fase 2 hebben nadere operationalisatie nodig en/of moeten aan een praktijktest worden onderworpen. Het kan ook gaan om indicatoren waarbij het voor de oplevering noodzakelijk is bestanden van verschillende zorgverleners te koppelen. Op dit moment zijn de ICT-voorzieningen vaak nog te beperkt om dit te realiseren. Er bestaat dus nadrukkelijk nog geen consensus over deze indicatoren
- Fase 3
Kwaliteitsindicatoren in fase 3 dienen nog volledig geoperationaliseerd te worden, waarna ze als fase 2 indicatoren aan een praktijktest moeten worden onderworpen

Indicatoren voor vrouwen met zwangerschapsdiabetes (GDM)

De ontwikkelgroep van het NDF zorgstandaard addendum Diabetes en Zwangerschap heeft de volgende [fase 2 kwaliteitsindicatoren](#) opgesteld voor diabetes en zwangerschap.