

# DiHAG

## nieuwsbrief

Jaargang 10 | Nummer 2 | juni 2008 | **THEMA: ZORGGROEPEN EN KETEN-DBC**

Diabetes Huisartsen Advies Groep 

DiHAG

## Leeswijzer

De eerste DiHAG nieuwsbrief in de nieuwe opzet is erg goed ontvangen, en dat stimuleerde de redactie om met veel enthousiasme en inzet door te gaan op de ingeslagen weg. Thema van deze nieuwsbrief: diabetes zorggroepen en keten-DBC's. Een grote rol bij het beschrijven hiervan is weggelegd voor onze onlangs afgestudeerde diabeteskaderartsen. Zij beschrijven voor u de landelijke ontwikkelingen op dit gebied, met toch her en der een relativerende kanttekening. Een jonge arts vraagt zich af, keten-DBC, *what's in a name?* Het doet hem denken aan iets penitentiairs. Lees de column van Floris van de Laar.

Maar de allesomvattende conclusie is: taakherschikking is positief voor kwaliteit van zorg, met communicatie als sleutelwoord in het voorkomen van potentiële risico's van versnippering van zorg. Het HIS dient daarin een centrale rol te spelen, evenals het meetbaar maken van de geleverde zorg. De huisartsenzorg is sterk aan het veranderen. Steeds meer zal de 'juiste zorg door de juiste hulpverlener op het juiste moment aan de juiste patiënt' moeten worden geleverd, met de huisarts als verantwoordelijk regisseur.

Willem van Gerwen,  
hoofdredacteur DiHAG nieuwsbrief

## Keten-DBC diabetes, een tussenbalans

**Op de NDF Nationale DiabetesDag (NDD) is onlangs verslag gedaan van de stand van zaken rondom de tien regionale ketenzorgprojecten in het ZonMW programma Diabetes Ketenzorg. De studie naar de ervaringen bij deze nieuwe werkvorm en financiering wordt uitgevoerd door het RIVM. In het project worden medische uitkomsten en gegevens uit interviews met zorgverleners, verzekeraars en patiënten verzameld en geëvalueerd. Het definitieve rapport wordt over een jaar verwacht. Op basis van de resultaten besluit het kabinet in 2009 over voortzetting van de keten-DBC diabetes en eventuele uitbreiding van keten-DBC's naar andere chronische ziekten zoals COPD en hart- en vaatziekten.**

door: Daniel Tavenier, huisarts / diabeteskaderarts

Op de NDD werden de resultaten van de nulmeting van zeven (van de tien) zorggroepen gepresenteerd. Het project IDITOP (*elders in deze uitgave beschreven*) is hiervan een voorbeeld. De zorggroepen zijn zeer verschillend, zowel in grootte als in organisatiegraad. Dat was een bewuste keuze: op die manier wordt in diverse situaties ervaring opgedaan met ketenzorg. Nadrukkelijk werd gesteld dat in dit exploratief onderzoek slechts uitspraken zullen worden gedaan over de uitvoerbaarheid van diabetesketenzorg via een DBC-financiering. Natuurlijk, de veronderstelling bij de start is dat de keten-DBC sturend is in het vormen van multidisciplinaire zorggroepen, dat ketenzorg de kwaliteit van de diabeteszorg verhoogt, dat de effectiviteit verbetert en dat de zorg beter betaalbaar wordt.

Maar nogmaals, daar geeft de studie vooralsnog geen antwoord op, en verwacht dus geen uitspraak over de vraag of de aanpak via zorggroepen kwalitatief betere zorg oplevert dan de oude situatie. U krijgt slechts antwoord op de vraag of diabeteszorg als ketenzorg met financiering via een DBC uitvoerbaar is!

### Voetnoot

Binnen een goede ketenzorgorganisatie zijn goede ICT-voorzieningen noodzakelijk voor actuele en complete informatievoorziening voor

alle zorgverleners. Evaluatie van kwaliteit van zorg is onmogelijk als die voorzieningen ontbreken. Om die reden is op het NDD-congres in maart jl. een manifest ondertekend waarin wordt aangegeven dat binnen vijf jaar beproefde technische standaarden ontwikkeld dienen te zijn voor de uitwisseling van diabeteszorg gerelateerde informatie. Het manifest 'Elektronische gegevensuitwisseling voor de diabeteszorg' werd als eerste ondertekend door minister Klink (VWS); na hem volgden NDF, NPCF, ZN, IZIT, Nictiz en Preventzorg. De eerste resultaten zullen al in 2008 zichtbaar dienen te zijn. Natuurlijk, er zijn al diverse aanbieders van ICT-oplossingen, maar belangrijker is dat er een algemene nationale standaard komt!

Minister Klink van VWS



## Inhoud

Leeswijzer	1
Keten-DBC diabetes, een tussenbalans	1
Symposium diabeteszorggroepen	2
Een proeve van een diabeteszorgstructuur	3
Veronicataal!	3
Een koploper aan het werk	4
Agenda	4

Relatie tussen geld en zorg ontbreekt

## Symposium diabeteszorggroepen

**De eerste diabeteskaderartsen studeerden onlangs af. Ze volgden een postacademische opleiding van twee jaar en zijn niet alleen wetenschappelijk geschoold als 'diabetoloog', maar hebben ook een managementopleiding voltooid. In december jl. organiseerden de kaderartsen in spe een drukbezocht symposium over diabeteszorggroepen.**

door: Mattees van Dijk, huisarts / diabeteskaderarts

Els de Bruijn, projectleider ZonMW diabetes zorggroepen, opende de dag met informatie over de zogeheten koplopergroepen (tien diabetes zorggroepen). Deze groepen ontvangen een ZonMW-subsidie om ervaring op te doen met een concept keten-DBC diabetes als nieuwe financieringsvorm.

Hans van Wijland, diabeteskaderarts in opleiding, schilderde de eeuwige strijd tussen prijs en kwaliteit: zorgverzekeraars willen een lage prijs, overheid en de patiënt willen kwaliteit.

Bij de kwaliteitsindicatoren wordt onderscheid gemaakt tussen proces-, structuur- en uitkomstindicatoren. Daarnaast worden nog interne en externe indicatoren onderscheiden. Het belang van deze vormen van kwaliteitsmeting dient enigszins gerelativeerd te worden. Artsen hebben invloed op procesindicatoren, verzekeraars op structuurindicatoren en patiënten op uitkomstindicatoren. Er is bewijs dat goede uitkomstindicatoren leiden tot een betere gezondheidsuitkomst, maar geldt dit ook voor procesindicatoren? Wordt de uitkomstmaat beter door toename van het aantal uitgebreide diabetische jaarcontroles in je praktijk? Maar patiëntgedrag is veel moeilijker te beïnvloeden dan doktersge-

drag. Kwaliteitsindicatoren zijn verder sterk afhankelijk van het perspectief van waaruit naar kwaliteit gekeken wordt. De patiënt wil aandacht voor zijn gezondheidsprobleem en wil educatie over zijn ziekte, terwijl de dokter een daling van het HbA1c tot zijn primaire doelstelling maakt. De vraag welke kwaliteitparameters

*'Focus meer op kwaliteit van leven van de patiënt met diabetes, verbeter zijn inzicht in het ziekteproces, en leg minder nadruk op de harde uitkomstmaten'*

de symposiumdeelnemers nu echt belangrijk vonden, leverde verrassende aanbevelingen op: probeer inzicht te krijgen in kwaliteit van leven van de patiënt, wees alert op complicaties en verbeter zijn inzicht in het ziekteproces. Leg minder nadruk op de harde uitkomstmaten.

### Geld voor zorg of geldzorgen ?

In de workshop over de financiering van zorggroepen kwam niet de keten-DBC aan de orde, maar werd vooral ingegaan op de relatie tussen geïnvesteerde gelden en kwaliteit van zorg, of

liever gezegd het ontbreken daarvan. De relatie tussen meer geld voor diabeteszorg en betere uitkomsten is nooit aangetoond. Wel waren er zorgen over het principe "wie betaalt bepaalt", als het om kwaliteit gaat. Zijn het de zorgverzekeraars en andere financiers die mogen bepalen welk kwaliteit het product heeft, of zijn dat de artsen en hun patiënten?

### ICT nog altijd achilleshiel

De workshop ICT van Raynold Bruessing en Herman Leverink maakte duidelijk dat ICT nog altijd de achilleshiel vormt van de diabeteszorggroep, mede ook door de sterk regionaal gekleurde wensen en het ontbreken van een landelijk EPD voor diabetes zorggroepen: veel aanbieders, geen nationale standaard! Als men kwaliteitsbeleid serieus wil doorvoeren, is een op diabetes zorggroepen gericht EPD een *conditio sine qua non*.

Theo van Aardenne schetste een organisatie-model voor diabeteszorggroepen. Elders in deze uitgave leest u zijn bijdrage onder de titel *Proeve van een diabeteszorgstructuur*.

De dag werd afgesloten door Maarten Ploeg, de nieuwe directeur van de DVN, die duidelijke taal sprak over de eisen van de diabetespatiënt: "Het is nooit goed genoeg..."



Mattees van Dijk

Echter... versnippering ligt op de loer

## Taakherschikking positief voor kwaliteit van zorg

**De Inspectie voor de Gezondheidszorg trekt na een onderzoek naar taakherschikking de conclusie dat er vanuit het perspectief van de patiënt en gelet op de kwaliteit van zorg reden is om taakherschikking te stimuleren. Het onderzoek geeft niet alleen inzicht in de voordelen, maar richt zich ook op de risico's. Belangrijke bevinding daarbij is dat taakherschikking tot meer versnippering in de zorg kan leiden.**



door: Daniel Tavenier

Het verkennende onderzoek heeft vijf voorbeelden van taakherschik-

king onderzocht, één daarvan is de huisartsenzorg voor diabetespatiënten. Conclusie: herschikking komt de kwaliteit ten goede! Verder

neemt de effectiviteit en patientveiligheid toe, omdat praktijkondersteuners de patiënten vaker zien dan (voorheen) de artsen. Patiënten zijn tevreden, omdat zij meer aandacht krijgen en het als laagdrempelig ervaren. Er zijn geen extra risico's als voldaan wordt aan voorwaarden van opleiding, juiste toepassing van protocollen en goede communicatie.

Een potentieel risico kan zijn dat de praktijkondersteuner zich niet aan het protocol houdt of (omgekeerd) daarop zo gericht is dat de kwaliteit van leven van de patiënt uit het oog wordt verloren. De huisarts kan daardoor het overzicht en daarmee de regie verliezen. Verder kunnen zijn kennis en vaardigheden 'verwateren'. Tenslotte kan de praktijkondersteuner signalen missen als deze niet direct met de diabeteszorg te maken hebben.

Het is dus des te belangrijker dat bevoegdheden en verantwoordelijkheden helder zijn, dat er protocollen zijn en dat er controle is op de naleving daarvan en dat elke professional goed opgeleid is en blijft. Communicatie is het sleutelwoord en van essentieel belang in het voorkomen van potentiële risico's. Het HIS dient daarin een centrale rol te spelen, evenals het meetbaar maken van de geleverde zorg. De gesignaleerde risico's worden in veel gevallen goed ondervangen.

Alles overziend overheerst het beeld dat de huisartsenzorg sterk zal gaan veranderen. Steeds meer zal de 'juiste zorg door de juiste hulpverlener op het juiste moment aan de juiste patiënt' worden geleverd.

*Bron:*  
Staat van de gezondheidszorg 2007. Taakher-schikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg. Rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, december 2007.

## Een proeve van een diabeteszorgstructuur

**De NDF Zorgstandaard Diabeteszorg stelt dat diabeteszorg multidisciplinair van karakter is en primair tot de eerstelijnszorg behoort. Het kernteam (eerste schil) in de eerste lijn wordt gevormd door huisarts, praktijkondersteuner, eerstelijns diabetesverpleegkundige, praktijkassistente en diëtiste. Voor de patiënt moet op elk moment duidelijk zijn wie de regie over de zorg heeft, ook als tweedelijnszorg wordt ingeschakeld. Het bij deze visie aansluitend beleid (zorgverzekeraar; VWS) zal zeker wijzigen wanneer huisartsen niet in staat blijken om de organisatie van de diabeteszorg goed te regelen. Hier ligt dus de uitdaging om de diabeteszorg definitief onder de verantwoordelijkheid van de huisartsen te brengen. In deze bijdrage schets ik de diabetesstructuur zoals de LHV die voor ogen staat.**



door: Theo van Ardenne, hoofd juridische afdeling van de LHV

### Samenwerking is het sleutelwoord

Zorgverzekeraars, met in hun kielzog het ministerie van VWS, omarmen het idee dat samenwerking nodig is

om de kosten van de zorg beheersbaar te houden. Minimaal drie huisartsen moeten hiertoe gezamenlijk besluiten om voor financiering in aanmerking te komen. Zeggenschap in de vorm van het afleggen van verantwoording over de totale diabeteszorg (medisch inhoudelijk, financieel en juridisch) ligt bij alle huisartsen gezamenlijk, het laatste woord is altijd aan de huisarts. De aanbevolen juridische structuur is de (coöperatieve) vereniging met een bestuur dat verantwoording aflegt aan de Algemene Ledenvergadering (ALV): de ALV is het parlement en het bestuur de regering. Initiatieven worden door het bestuur aan de ALV voorgelegd.

### Zeggenschap ligt bij de huisarts

Het bestuur kan alleen plannen uitvoeren die voldoende draagkracht hebben. Het gaat daarbij niet alleen over de inhoud van de zorg, maar ook om de financiële vergoeding. De huisarts geeft bij het vaststellen van het mandaat voor het bestuur aan of hij meedoet of niet. De huis-

arts kan hiertoe niet worden verplicht. Een verstandig bestuur zal dit, voorafgaand aan de onderhandelingen met de zorgverzekeraar(s), contractueel met elke individuele huisarts vastleggen. Doet een bestuur dat niet, dan ligt een bestuurdersaansprakelijkheid op de loer.

### Uitvoering in handen van een BV

Er dient een strikte scheiding te zijn tussen het vaststellen van het beleid (mandaat bestuur) en de uitvoering van de werkzaamheden. De uitvoering wordt in handen gegeven van een besloten vennootschap (BV), met zeggenschap bij de aandeelhouder. De aandeelhouder is de (coöperatieve) vereniging. Het bestuur van de vereniging heeft de zeggenschap over de aandelen, maar moet altijd verantwoording afleggen aan de ALV. Een bestuur kan dus nooit een besluit nemen dat niet door alle huisartsen wordt gedragen.

### Organisatie van werkzaamheden

Van de vereniging kunnen alleen praktiserende huisartsen lid zijn. De diabeteszorg vindt plaats in de praktijk van de aangesloten huisarts. De organisatie van de werkzaamheden kan in handen komen van een niet-huisarts, die wordt benoemd door de aandeelhouder. Het bestuur (ook huisartsen) zal een professioneel bestuur moeten zijn, dat financieel wordt gecompenseerd voor de tijd die hij niet aan zijn praktijk kan besteden.

## VERONICATAAL

**Keten-DBC diabetes type 2. Voor een huisarts van de Veronica-generatie klinkt dat als muziek in de oren. Keten-DBC diabetes type 2. In de juiste cadans uitgesproken is het een ronkende slogan die we wat mij betreft breed moeten uitventen. Het 'je bent jong en je wilt wat' is er destijds massaal ingepompt bij wat we, met dank aan Leo Beenhakker, de patatgeneratie zijn gaan noemen. Deze doelgroep lijkt me, over patat gesproken, wel toe aan een stukje marktconforme diabeteszorg. Het communiceren van onze boodschap in oneliners en soundbites heeft grote voordelen en is erg modern. Zolang het maar blijft hangen tot na de reclame en enigszins refereert aan het *gesundes Volksempfinden*, dan hoeft niet iedereen het te snappen. Neem nu 'ketenzorg'. Jan en Alleman heeft het er over, maar tot voor kort had ik eigenlijk geen flauw benul wat het was. Pas toen ik verzeild raakte in een workshop over iets moeilijks kreeg ik het door. Verder waren er vooral parttime middenkader management mevrouwen, en het vuur waarmee zij over 'ketenpartners' en de 'primaire processen' spraken onderstreepte het *Grote Be-lang*. Langaam ging het dagen dat ketenzorg niets met het welzijn van arrestanten te maken heeft, maar gewoon 'samenwerken' betekent. En dat 'ketenpartners' geen sadomasochistisch verbond is maar dat ik dat ben samen met de diëtist, de POHer en de oogarts! Wat een deceptie. Wie wil er nu betalen voor een paar polderende hulpverleners? Soft gedoe en oude politiek. Nee, keten-DBC diabetes type 2 zal het zijn. De meformine komt naar je toe deze zomer, keihard de lekkerste. Succes verzekerd.**

Floris van de Laar, huisarts

### Veel steun bij overlijden Evert van Ballegooie

#### Dank u wel!



Tijdens de ziekte van Evert en na zijn overlijden voelden wij de nabijheid en de vriendschap van heel veel mensen. Het aantal kaarten, brieven, bloemen en andere blijken van medeleven is letterlijk ontelbaar. Naast de steun van collega's van Evert uit de medische wereld was er ook de grote stroom reacties van mensen met diabetes, die bij Evert onder behandeling waren. Wij waren ontroerd door alle lieve woorden op de website en de belangstelling tijdens de herinneringsbijeenkomst in Zwolle. Wij hebben gemerkt dat Evert veel betekende voor heel veel mensen. Dit alles steunt ons om het verlies van Evert te verwerken. Veel dank voor al dit medeleven.

Bep van Ballegooie, Elize, Frederik en Philip

## Het IDITOP project



Zoals u elders in deze nieuwsbrief kunt lezen, lopen er momenteel tien koploperprojecten op het gebied van diabetesketenzorg. Een van die projecten is het IDITOP-project, het Integrale Diabetes Totaal Programma in de regio Oostelijk Zuid Limburg (OZL). Jan Palmen, beschrijft hoe dit initiatief tot stand kwam, en hoe het project in de praktijk werkt. Jan Palmen (huisarts in het Aarveld Medisch Centrum) is diabeteskaderarts en DiHAG kerngroep lid.

# Een koploper aan het werk

door: Jan Palmen

In Januari 2005 kwam voor het eerst de werkgroep *Research en Development* van de holding HOZL (Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg) bijeen. In de werkgroep zaten, naast huisartsen en een internist-diabetoloog, ook patiënten en een bedrijfskundige. Opdracht was het ontwikkelen van een visiedocument en aansluitend het schrijven van een bedrijfsplan om de diabeteszorg in Oostelijk Zuid Limburg te optimaliseren conform de NDF-Standaard. (*Meetbare verbetering van gezondheidsparameters tegen een acceptabele prijs.*) Dit visiedocument werd de onderlegger voor het door ZonMW gesubsidieerde IDITOP-project, dat in maart 2006 officieel van start ging als diabeteszorggroep Parkstad, met 113 deelnemende huisartspraktijken.

### A-, B- en C-praktijken

Het begeleidende expertteam bestond uit drie huisartsen en acht diabetesverpleegkundigen. Twee van de drie huisartsen, Maril Boesten en Jan Palmen zijn destijds gestart met de diabeteskaderopleiding. Het gebied OZL werd opgedeeld in drie regio's, waarbij elke regio een expertarts kreeg toegewezen, met twee of drie diabetesverpleegkundigen. De expertartsen voerden overleg met het IDITOP-managementteam, met internist-endocrinologen en met de regiovoorzitters van de DVN. Bovendien hielden ze zich bezig met het ontwikkelen en schrijven van diabetes

ketenzorgmodellen en – niet onbelangrijk – ze waren vraagbaak voor de aan hen toegewezen huisartsen bij de implementatie van het diabeteszorgmodel. Er werd gestart met een nulmeting om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de diabeteszorg in de deelnemende praktijken. Alle 113 aangesloten huisartspraktijken vulden via de HOZL-website ([www.hozl.nl](http://www.hozl.nl)) elektronisch alle bij hen bekende diabetesindicatoren in. Dat betrof proces-structuur en outcomeparameters. Vervolgens werden alle 113 huisartspraktijken gevisiteerd om een indruk te krijgen van de diabeteszorg in de deelnemende praktijken. Aan de hand van een checklist werden de praktijken geclassificeerd.

**A-praktijk:** optimale infrastructuur, er wordt gewerkt met een diabeteszorgprotocol en er is een gediplomeerde POH-er aanwezig (36%; n=41)

**B-praktijk:** goede infrastructuur, echter nog geen diabeteszorgprotocol en/of POH-er aanwezig. Implementatie op korte termijn mogelijk (26%; n=29)

**C-praktijk:** geen optimale infrastructuur, geen diabeteszorgprotocol, geen POH-er (38%; n=43)

### Huidige stand van zaken

De artsen en praktijkondersteuners worden nu sinds ruim een jaar structureel en intensief begeleid door een diabetesverpleegkundige. Alle 113 praktijken hebben inmiddels een praktijkon-

dersteuner in dienst. De mate van projectondersteuning is gebaseerd op informatie uit de praktijkvisitaties. De *C-praktijken* krijgen in de aanloopfase (uiteraard) meer steun aangeboden. Alle POH-ers volgen eenmaal per maand een nascholingsprogramma van een dag. Deze nascholing duurt acht maanden en wordt afgesloten met een praktijkopdracht en een certificaat. De huisartsen volgen de insulinecursus van Langerhans (tijdsbelasting 15 uur).

### Ons model

De HOZL-BV is medio december 2006 opgericht, met (vrijwel) alle huisartsen als aandeelhouder. De HOZL-BV kent een aantal werkmaatschappijen zoals: het ELBC (Eerste-Lijns-Business-Center), het HDBC (Huisartsen Diagnostiek en Behandeling Centrum), de huisartsenpost (Night-Care) en HCZ (Huisartsen Chronische Zorg). Bij deze laatste werkmaatschappij is het IDITOP-project ondergebracht. Inmiddels zijn er soortgelijke initiatieven ontwikkeld met betrekking tot COPD en Hartfalen.

## Colofon

### Uitgave van de DiHAG, de Diabetes Huisartsen Advies Groep

De DiHAG nieuwsbrief verschijnt vier maal per jaar in een oplage van 13.000.

**Redactie:** Willem van Gerwen, hoofd-/eindredacteur (afd. Huisartsgeneeskunde UMC St Radboud Nijmegen) Inge Bobbink, Wim de Grauw, Daniel Tavenier, Matthees van Dijk, Peter Wessels, Marian van Brederode.

**Redactie-adres:** DiHAG, p/a NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht. E [DiHAG@nhg.org](mailto:DiHAG@nhg.org). T 030-2823500 F 030-2823501 | [www.dihag.nl](http://www.dihag.nl)

De DiHAG wordt financieel ondersteund door AstraZeneca, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Life-Scan, Merck Sharp & Dohme, Novo Nordisk, Pfizer en Sanofi-aventis (unrestricted grant).

## AGENDA 2008

**18-19 juni - 4e Langerhans Symposium,** Zwolle, Diabeteszorg op maat, praktische problemen richtlijnoverstijgend benaderd

**6 november - 11e Utrechtse Diabetesdag** (PAO Huisartsen), Utrecht. In samenwerking met DiHAG

**4-7 september - WONCA Europa,** Istanbul

**8-11 september - EASD,** Rome

**6 november - 11e Utrechtse Diabetesdag** (PAO Huisartsen), Utrecht. In samenwerking met DiHAG

De meest actuele agenda-informatie vindt u op onze website [www.dihag.nl](http://www.dihag.nl)  
Ook vindt u daar meer achtergrondinformatie over bovengenoemde onderwerpen.