

# DiHAG

## nieuwsbrief

Jaargang 11 | Nummer 3 | september 2009 | **THEMA: DIABETESINDICATOREN en EXTERNE VERANTWOORDING**

Diabetes Huisartsen Advies Groep 

DiHAG

## Leeswijzer

De rol van indicatoren staat opnieuw centraal in deze nieuwsbrief, met deze keer het vizier op de rol van de indicatoren bij een externe verantwoording. Zomaar wat vragen hierbij: Gaat de zorgverzekeraar inderdaad op de stoel van de huisarts zitten? Waarom is de ICT (de HIS-sen) nog steeds niet op orde? En wat betekent dat allemaal voor de diverse zorggroepen in den lande? Wat is de rol en inbreng van de patiënt, worden huisartsen op het gedrag van de patiënt afgerekend? Gaat de functionele bekostiging iets betekenen voor de dagelijkse praktijk in zorggroepen? Is er straks sprake van prestatiebekostiging?

Deze DHAG nieuwsbrief beoogt niet het laatste woord over het gebruik van indicatoren voor externe rapportage te hebben, maar hoopt een aanzet te geven voor een ferme discussie hierover. Guy Rutten (*Onomkeerbaar proces*), Kees in 't Veld (*Het zijn niet de cijfers die tellen, maar wat je ermee doet*), een zorgverzekeraar (*Goede zorg moet nog blijken*) en een patiëntenorganisatie (*Leveren van beste zorg samen met de zorgverlener*) doen daarbij hun duit in het zakje. José Braspenning en Margriet Bouma hameren op het belang van een adequate registratie, en tot slot pikt Floris van de Laar er één indicator uit, de 'klinische erwt'. Lees zijn hilarische no nonsense bijdrage.

Kortom, een nieuwsbrief die vraagt, nee schreeuwt, om een reactie van u als lezer ([dihag@nhg.org.nl](mailto:dihag@nhg.org.nl))!

Namens de redactie, Willem van Gerwen

## Inhoud

Leeswijzer	1
Externe verantwoording, een onomkeerbaar proces!	1
Strijden voor goede zorg	2
Klinische erwt	2
Een zorgverzekeraar aan het woord	3
'It's not the data... it's what you do with it'	3
Diabetesindicatoren: zorg of registratie?	4

## Onomkeerbaar proces!

**In de vorige Nieuwsbrief heb ik de contouren geschetst van een kwaliteitsbeleid op het gebied van diabeteszorg. Daarbij stelde ik expliciet dat externe verantwoording naar de patiënt toe niet meer ter discussie staat. Externe verantwoording naar zorgverzekeraars en overheid lijkt ook vanzelfsprekend. Toch wordt maar zelden de vraag gesteld tot hoever die verantwoording kan en moet gaan.**

door: Guy Rutten, voorzitter DiHAG



Meestal wordt er van uitgegaan dat gemiddelden en frequenties op het niveau van een huisartspraktijk, ziekenhuis of zorggroep precies dat opleveren wat de betrokken partijen willen weten. Is dat niet wat al te simpel? Dan is er nog de 'interne' verantwoording: als huisarts krijgt u gegevens over de door u verleende diabeteszorg met de bedoeling op basis daarvan de kwaliteit van uw zorgverlening te verbeteren. De meeste huisartsen willen dat ook, zo meldde Kees in 't Veld in de vorige DiHAG nieuwsbrief. Om welke vorm van verantwoording het ook gaat, het is zaak daarvoor indicatoren te kiezen die 'er toe doen'. Indicatoren waarvan vaststaat dat ze samenhangen met de kwaliteit van leven van mensen met diabetes. En dus met het voorkómen van complicaties. Niet meer en niet minder. Wij, zorgverleners, zijn er om die complicaties te voorkomen.

### Proces- en uitkomstindicatoren

Om welke indicatoren gaat het dan? Volgens het beschikbare wetenschappelijk onderzoek welgeteld om 16. Zes daarvan hebben betrekking op de mate waarin jaarlijks een volledige 'jaarcontrole' wordt uitgevoerd. Van belang zijn ook de mate waarin artsen tijdig de medicatie verhogen als de afgesproken streefwaarden niet worden gehaald; de mate waarin patiënten de medicatie ook echt slikken (drie indicatoren); het percentage van de mensen dat nog rookt en een gericht rookstopadvies krijgt; het percentage van de mensen met micro-albuminurie dat een ACE-remmer of A2-antagonist krijgt voorgeschreven; de tevredenheid van patiënten over de verleende zorg en tenslotte het percentage van de patiënten dat de afgesproken streefwaarden voor HbA1c, bloeddruk

en LDL-cholesterol haalt. Het is dus verstandig bij het meten van kwaliteit een combinatie van 'proces-' en 'uitkomstindicatoren' toe te passen. Procesindicatoren zijn relatief eenvoudig meetbaar en hebben het voordeel dat ze ook goed te verbeteren zijn. Probleem bij de 'uitkomst'-indicatoren is, dat ze van talrijke factoren afhankelijk zijn, bijvoorbeeld van de patiëntpopulatie. In mijn vorige bijdrage wees ik daar al op.

Wat valt over deze set van indicatoren nog meer te zeggen? Ik noem vier aspecten.

1. Met de set van indicatoren die in de HISSen kunnen worden vastgelegd komen we een heel eind, het is nu echt de hoogste tijd dat deze indicatoren gemakkelijk uit ieder HIS kunnen worden geëxtraheerd. De HIS-gebruikersverenigingen dienen hun verantwoordelijkheid te nemen.
2. Als we de tevredenheid van de diabetespatiënten systematisch meten dan is dat niet alleen een relevante indicator, maar benadrukken we tevens dat diabeteszorg 'geneeskunst' is, niet alleen een keurslijf waarin een bij voorkeur slank lichaam fraaie biomedische waarden produceert.
3. De diabeteszorg moet goed gestructureerd zijn. Maar er is geen enkele structuur die aantoonbaar beter is dan een andere, er zijn dus geen 'structuurindicatoren'.
4. De *therapietrouw* van patiënten en de 'klinische inertie' van dokters zijn moeilijker meetbaar, maar daarom niet minder relevant.

We bevinden ons in een onomkeerbaar proces waarin degenen die diabeteszorg verlenen samen met alle andere betrokken partijen langzaam maar zeker moeten toewerken naar een vorm van kwaliteitsmeting waarvan iedereen kan zeggen dat we precies dat meten wat we *willen* weten.

Patiëntenorganisatie DVN én zorgverlener

## Strijden voor goede zorg voor iedereen met diabetes

In mei van dit jaar meldde het RIVM dat er in 2007 al bijna een miljoen mensen met diabetes (type 2) in Nederland waren. Diabetesvereniging Nederland (DVN) realiseert zich terdege wat deze toename voor Nederland betekent. Het diabetesveld heeft hierop al geanticipeerd met een zorgstandaard, zeer inspirerend. Hier ligt de toekomst voor patiënt en behandelaar. Namens al deze mensen eist DVN kwaliteit in de zorg. De relatie tussen patiënt en zorgverlener is daarbij van het grootste belang om de zorg te doen slagen.



door: Maarten Ploeg MHCM, directeur Diabetesvereniging Nederland

DVN is hard op de kwaliteitseis, omdat kwaliteit de leidraad is voor die Zorgstandaard.

DVN wil met het benoemen van slechts enkele kritische succesfactoren voorkomen dat we door de bomen het bos niet meer zien. Deze factoren maken het succes al mogelijk, zoals bijvoorbeeld de kwaliteitseis aan de praktijkondersteuner en de eis om het behandelplan aan de patiënt ter beschikking te stellen. DVN heeft in 2008 geconstateerd dat nog lang niet alle (type 2) patiënten ook echt hun behandelplan kennen. Het consequent aanbieden van educatie en informatie maakt mensen met diabetes zelfredzaam. Ook maken we mensen bewust van hun keuzevrijheid. Zo wordt de zorg eenvoudiger te leveren en stijgt de kwaliteit als vanzelf. DVN stelt eisen aan zelfmanagementmogelijkheden zoals (digitale) hulpmiddelen. Zorgverleners selecteren we op kwaliteitscriteria. Leveranciers van diabetes hulpmiddelen (apotheken en webshops) zijn te selecteren op bijvoorbeeld prijs en service.

### Zorg inkopen op basis van juiste kwaliteitsstandaard

Zorgverzekeraars kopen zorg in en hanteren daarbij de zorgstandaard. Dan mag je ervan uit gaan dat de zorg ook wordt geleverd volgens die standaard. Uit de Diabeteszorgmonitor blijkt

dat echter niet. Maar die standaard is wel waarop wij zorgverleners uitkiezen en afrekenen; partijen kunnen zich eenvoudig onderscheiden door de basis op orde te hebben en daarbij te excelleren. Wij gaan zorgverleners certificeren. Met de CQ-index kunnen we niet voldoende onderscheid maken en zijn de kosten te hoog. Met onze achterban, en met een miljoen Nederlanders met diabetes, is het eenvoudig om zorggroepen te meten op basis van onze kritische succesfactoren. De scores delen we met publiek en zorgverzekeraars ter ondersteuning van hun keuze. Uiteraard zijn wij er niet voor om zorgverleners bij voorbaat uit te sluiten slechts op basis van dergelijke scores, wij blijven in dialoog met alle zorgverleners. Pas als laatste stap kiezen we ervoor om onze klandizie elders aan te bieden.

Deze DVN-plannen klinken goed, maar hoe werkt dit in de praktijk? Qua kwaliteit hanteren we de jaarlijkse Diabeteszorgmonitor. DVN-vrijwilligers zijn straks opgeleid in de Masterclass Zorgkwaliteit, zij werken samen met zorgverleners en met de DVN-afdelingen om de geboden zorg te beoordelen. Hard op de kwaliteitseis, gericht op een duurzame relatie met zorgverleners. Zo biedt DVN tegenwicht aan alle benchmarks en metingen; wij bepalen zelf wat voor ons en onze achterban het beste is. Voor een fractie van de prijs middels ervaringsdeskundige consultancy. Zo strijdt DVN voor de beste zorg voor iedereen met diabetes, samen met de zorgverlener.

Wilt u reageren?

Mail dan naar [directie@dvn.nl](mailto:directie@dvn.nl), met vermelding 'DVN-artikel DiHAG nieuwsbrief'

## Klinische erwt

Heeft u al gehoord van de klinische erwt, door sommige gekscherend 'klinische inertie' genoemd? Vast wel, want als trouw lezer van deze nieuwsbrief weet u dat er onder ons dokters zijn die "de behandeling niet aanpassen terwijl er wél alle reden toe is" (DiHAG nieuwsbrief juni 2009). Dat dit vóórkomt is natuurlijk een regelrechte schande, een gotspe, een blamage voor de huisartsgeneeskunde en een directe ramp voor iedereen die een montere en kwieke patiëntenpopulatie voorstaat. Het is dus maar goed dat de klinische erwt op de zwarte lijst staat van zestien indicatoren die een vroegevolle diabeteszorg in de weg staan. Zo kunnen we deze laffe, melige en vormeloze collega's gemakkelijk identificeren en elimineren uit ons lucratieve DBC-circus. Wat mij betreft zetten we ze allemaal op de boot naar Groenland: medische ontwikkelingshulp. Daar doen ze geen kwaad, want die Eskimo's leggen toch het loodje voor ze ook maar een beetje suikerziek kunnen worden. Bovendien komen in dat klimaat die geitenwollen sokken nog van pas ook.

Ik heb wel een vermoeden hoe ze er gekomen zijn, die klinische erwttjes. Allemaal adepten van de kwaktheorie der somatische fixatie. Ooit was het simpel: patiënt kwam bij de dokter, patiënt wees de pijn aan, dokter schreef pil voor en iedereen was tevreden. Softe pluizen uit Nijmegen hebben gemeend dit gezonde en volstrekt natuurlijke ritueel de nek om te moeten draaien door het af te serveren met hun 'somatische fixatie'-idee. Generaties huisartsen meenden vervolgens vooral te moeten luisteren en allerlei overdreven aandacht te moeten geven aan de beléving van de klacht, de wénsen van de patiënt en de verwáchtungen van de omgeving. Guttegut, guttegut, kijk ze eens consultvoeren, die zelfbenoemde hoeders van het zielenleven met een artsenbul. Knikje hier, hummetje daar, dertig seconden stilte zus, kleine parafrasering zo, en na dertig minuten psychosociale opgravingwerkzaamheden mag de patiënt naar huis ('Dag Piet, tot de volgende keer'), om zijn cholesterol te overdenken. En nu zitten we dus opgescheept met deze lading klinische tuinbonen die als we niet uitkijken onze targets compleet vernakelen. De patiënten lopen nog met ze weg ook! Gelukkig is het politieke klimaat intussen dermate verhard dat niemand onder de verstandige protocolvolgende collega's zal treuren als we dit onkruid samen met andere ongewenst denkenden op de boot zetten richting Nuuk. Met de groenten van Hak. Dat dan weer wel.

Floris van de Laar, huisarts



In juni vond in Zeist weer de tweedaagse DiHAG Sterrencursus Diabetes mellitus type 2 plaats, bestemd voor huisartsen met sterke interesse in diabeteszorg. Cursisten uit het verleden zijn nu kaderartsen diabetes of nog in opleiding tot kaderarts. Allemaal zijn het warme pleitbezorgers als het gaat om door de huisarts geleverde diabeteszorg. Voor een verslag van de cursus, incl. presentaties en workshops, ga naar [steunpuntdiabetes.nl](http://steunpuntdiabetes.nl)

Zorgverzekeraar aan het woord

## Goede diabeteszorg moet ook nog blijken

**Het klopt precies wat de redactie van de DiHAG Nieuwsbrief schrijft: er zijn allerlei vijandbeelden die bij sceptici in huisartsenland de ronde doen als het gaat om de beleving van de interne en externe 'indicatoren' bij het beoordelen van goede diabeteszorg. Het is daarom goed dat deze nieuwsbrief ze wil 'ontmythologiseren'.**

door: Joel Gijzen,  
directeur Zorg van zorgverzekeraar CZ



### Ontmythologisering

Om direct een mythe van formaat bij de kop te pakken: "De zorgverzekeraar gaat op de stoel van de huisarts zitten - en bepaalt zodoende

de wat goede diabeteszorg is". Klinklare onzin! We wijzen de artsen juist op hun positie op hun eigen stoel en op hun eigen kwaliteits-toolkit: de zelf doordachte, zelf uitgesproken en zelf opgeschreven zorgstandaarden. CZ bepaalt of

definieert op dit punt helemaal niets. Dat is al gebeurd door experts met kennis van goede diabeteszorg. De wetenschappelijk verantwoorde Zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) is daar een fraai resultaat van. Verzekeraars hoeven er als inkoper van zorg alleen maar voor te betalen. Met als resultaat dat hun verzekerden de beste diabeteszorg kunnen krijgen die er is.

Ik durf dan ook te stellen dat huisartsen die werken volgens hun eigen doordachte zorgstandaarden - en daarover transparant zijn - onvoorwaardelijk kunnen rekenen op CZ. 'Hoezo onvoorwaardelijk,' zult u zeggen, 'als we als huisartsen ook nog transparant moeten zijn? Dan moeten huisartsen dus toch rekening en verantwoording afleggen, nietwaar? En gaan verzekeraars alsnog op de stoel van de dokter zitten.' Ook dat is een mythe. Ik leg het u uit.

Zorgverzekeraars worden door hun klanten afgerekend op het resultaat dat telt: de beste ingekochte zorg voor de beste prijs (lees: premie). Wie daar niet op kan rekenen, rekent vandaag de dag makkelijk af met zijn verzekeraar. En stapt vervolgens naar een zorgverzekeraar waar hij wel terecht kan voor én de beste premie én de beste zorg én de beste gids naar die goede zorg.

### Afspraken nakomen is de norm

Om dat te kunnen waarmaken moet de zorgverzekeraar onder die condities zorg gaan inkopen, bijvoorbeeld goede diabeteszorg, zoals CZ dat op grote schaal doet. Daarbij zijn blauwe ogen geen leidraad, maar wel bijvoorbeeld de afspraken met diabeteszorggroepen die worden betaald voor zorg die ze leveren op grond van toepassing van de NDF-zorgstandaard, met daarin de bekende proces- en resultaatindicatoren.

Noem het transparantie, maar het is in feite gewoon het nalopen en afvinken van gemaakte afspraken over de te leveren (=gecontracteerde) zorg. Goede diabeteszorg mag dan wel vanzelfsprekend lijken, maar moet ook nog blijken. Dat belang is zo groot voor de patiënt/premiebetaler dat hij niet alleen op 'gemaakte afspraken' kan vertrouwen. Het is daarbij onze overtuiging dat goede diabeteszorg leidt tot een betere gezondheid en beter welzijn - en uiteindelijk tot een betere besteding van middelen.

Is meten ook weten? (2)

## 'It's not the data... it's what you do with it'

**Elke professional wil uitblinken in zijn of haar vak. Goede, misschien wel de beste zorg leveren. Het verzamelen van gegevens over die zorg en het vergelijken van de uitkomsten met de resultaten van andere praktijken geeft inzicht in de prestaties. Om het verzamelen van (vergelijkbare) gegevens mogelijk te maken zijn indicatoren nodig. Een indicator is een aspect van zorg uitgedrukt in een getal.**

Een indicator heeft zeggingskracht over de kwaliteit en is relevant, 'moet er toe doen', is specifiek voor de ziekte of aandoening of voor een aspect van de praktijkvoering. Bovendien is een bruikbare indicator meetbaar, toepasbaar en beschikbaar. Tot slot is een geschikte indicator gevoelig voor verandering. Een mix van indicatoren geeft het beste beeld van de kwaliteit van de zorg in de huisartsenpraktijk.

De laatste tijd doet een nieuw begrip zijn intrede: de prestatie-indicator. Vooral zorgverzekeraars, maar ook vertegenwoordigers van patiënten en consumenten zetten in op prestatie-indicatoren. Maar wat een prestatie-indicator precies is, is minder goed omschreven. Het verbeteren op zowel structuur, proces als uitkomst kan immers gezien worden als een prestatie! NHG en LHV geven er dan ook de



door:  
Kees in 't Veld, huisarts / hoofd  
NHG-afdeling Implementatie

voorkeur aan, hierin gesteund door gerenommeerde onderzoeksinstituten als de afdeling IQ Healthcare van het UMC St Radboud, om zowel voor de interne kwaliteitsverbetering als voor externe transparantie en verantwoording deze mix van indicatoren te volgen.

### Uniformiteit gewenst

En, nu we het over transparantie en het afleggen van externe verantwoording hebben, data verzamelen is één ding, wat je vervolgens met die gegevens doet een ander. Eigenlijk kunnen uitslagen alleen goed geïnterpreteerd worden in het licht van het doel waarvoor de gegevens zijn verzameld. Het strikt hanteren van die regel betekent dat u in de praktijk meerdere keren per jaar gegevens zou moeten verzamelen om 'alle heren te dienen'. Dat kost tijd en menskracht, zeker zolang de HIS-sen niet met één druk op de knop de resultaten produceren (zie ook het artikel van Braspenning & Bouma op de volgende pagina). Om die reden maken NHG en LHV zich sterk voor uniforme sets van indicatoren,

➔ Lees verder op pagina 4

in de eerste plaats gericht op het ondersteunen van de kwaliteitsborging en verbetering in de praktijk en met als afgeleid doel het vergroten van het inzicht voor patiënten en zorgverzekeraars in de resultaten van de praktijk. Voor de HISsen geven de sets duidelijkheid over de vraag om welke indicatoren het gaat. U vindt de indicatorensets op de NHG-site ([nhg.artsennet.nl](http://nhg.artsennet.nl))

→ kenniscentrum → implementaties → indicatoren). De set indicatoren (gebaseerd op de NHG-Standaard) stelt u in staat om het gesprek met de zorgverzekeraar aan te gaan bij het maken van afspraken over de zorg voor mensen met diabetes.

Als u de NHG-Standaard volgt mag u er van uitgaan dat u verbeteringen realiseert. Maar

niet iedere praktijk hoeft steeds opnieuw aan te tonen dat de verbeteringen zijn gerealiseerd. Een richtlijn in een NHG-Standaard is niet automatisch de norm op het moment van publicatie. Soms kost het tijd om de richtlijn in de praktijk te kunnen brengen.

## Diabetesindicatoren: zorg of registratie?

**Ook deze DiHAG-nieuwsbrief maakt duidelijk: de roep om inzicht in de kwaliteit van geleverde zorg neemt toe. Patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en toezichthouders willen elk vanuit hun eigen perspectief geïnformeerd worden om prikkels te ontvangen of te geven ter stimulerende van de kwaliteit van zorg. In de eerste lijn zijn diabetesindicatoren ontwikkeld ten behoeve van de interne kwaliteitsverbetering zoals in de NHG-Praktijkaccreditering<sup>1</sup>, maar ook om verantwoording af te leggen aan bijvoorbeeld zorgverzekeraars zoals in de diabeteszorggroepen.**



Margriet Bouma

door: Jozé Braspenning, IQ healthcare UMC St Radboud en Margriet Bouma, NHG, lid DiHAG



Jozé Braspenning

Over de kernset van benodigde indicatoren lopen de meningen voor de diabeteszorg niet sterk uiteen, maar de omvang van de sets verschilt nogal eens.

Maar hoe staat het met de gegevensverzameling? De huisarts levert in Nederland de meeste diabeteszorg. De gegevens staan in de medische dossiers, die doorgaans elektronisch worden vastgelegd, maar wat zeggen de cijfers uit het HIS over de geleverde zorg?

### Uniforme registratie

Om de benodigde gegevens uit een Huisarts Informatie Systeem (HIS) te genereren moeten de indicatoren worden vertaald in zogenaamde

specificaties. Een uitslag van een onderzoek kan op verschillende plaatsen in het HIS worden genoteerd. Afspraken zijn nodig over de plek waar de gegevens moeten worden weggeschreven en waar de software op zoek gaat naar de gegevens. In het NHG-project Uniforme Rapportage zijn deze specificaties uitgewerkt voor de meest gebruikte diabetesindicatoren<sup>2</sup>. Wat kunnen we op dit moment zeggen over de diabeteszorg als we op deze manier gegevens in huisartsenpraktijken gaan verzamelen?

### Zorgcijfers?

In twintig LINH-praktijken<sup>3</sup> zijn via extractie uit het HIS gegevens verzameld over enkele kernindicatoren (periode: 2006-2007). Deze praktijken hadden hun diabetespatiënten goed in beeld met gemiddeld 5% bekende diabetespatiënten. Volgens het elektronisch medisch dossier (EMD) wordt bij tweederde van deze patiënten het HbA1c en de bloeddruk bepaald; informatie over voetonderzoek zien we bij ongeveer 20% van de patiënten net als informatie over het

roken. De individuele verschillen tussen de praktijken zijn groot. Soms blijkt uit het EMD dat een praktijk helemaal geen voetonderzoek wordt gedaan en soms lijkt het erop dat lang niet alle gegevens genoteerd worden of niet op de onderzochte plek staan. Zo zagen we bijvoorbeeld onwaarschijnlijk lage cijfers (gemiddeld 7%) wat betreft het aantal funduscontroles.

### Toekomst

De betrouwbaarheid van de scores op de diabetesindicatoren staat of valt met een adequate registratie. Nu er afspraken liggen over de zoekstrategie van software ter ondersteuning van het genereren van cijfers over de kwaliteit van de diabeteszorg uit het HIS, is het zaak dat praktijkmedewerker met elkaar afspraken maken over uniforme rapportage in het HIS. Dit vergt een implementatiestrategie, want de huidige registratie lijkt niet naadloos aan te sluiten bij de werkelijkheid. Naarmate de registratie beter op orde is, zeggen de cijfers meer over de kwaliteit van de geleverde zorg.

- 1 [www.praktijkaccreditering.nl](http://www.praktijkaccreditering.nl)
- 2 Uniforme rapportage en indicatoren voor de kwaliteit van de huisartsenzorg, TR van Althuis, NHG, 2008 [www.lin.h.nl](http://www.lin.h.nl)

## 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 (eindredactie), Wim de Grauw, Daniel Tavenier, Mattees van Dijk, Peter Wessels, Debora van Loon

**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 I [www.steunpuntdiabetes.nl](http://www.steunpuntdiabetes.nl)

De DiHAG wordt financieel ondersteund door Astra Zeneca, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, LifeScan, Merck Sharp & Dohme, Novo Nordisk, Pfizer en sanofi -aventis (unrestricted grant).

## AGENDA 2009

**29-09 t/m 02-10-2009** EASD conferentie 2009, Wenen (Oostenrijk)  
**18-11-2009** Terugkomdag DiHAG Sterrencursus, Zeist

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