

DiHAG

nieuws

www.dihag.nl

Jaargang 14 | nr 1 | januari 2012 |

Inhoud

- Leeswijzer
- Indicatoren en transparantie
- DM type 2 praktijkwijzer
- Agenda

LEESWIJZER

In deze eerste DiHAG-nieuwsbrief van 2012 aandacht voor *Indicatoren en transparantie* onder het motto *De betaler wil waar voor zijn geld*. Dat is immers een belangrijk item in de ogen van de minister! **Lisette Romijn** en **Fokke Meima** lichten toe.

Kent u het begrip *scharnierconsult*? De nieuwe DM type 2 praktijkwijzer geeft het antwoord. Lees de bijdrage van **Daniel Tavenier**.

De redactie

[▲ terug naar inhoudspagina](#)

INDICATOREN EN TRANSPARANTIE

Transparantie over de kwaliteit van zorg is van evident belang: de patiënt wil graag een optimaal resultaat, de zorgverlener wil zijn professionele plicht optimaal vervullen en de betaler wil waar voor zijn geld. Het laatste argument wordt met meer aandrang gehanteerd nu de minister bij de contractering van de huisartsenzorg meer wil gaan letten op uitkomsten van zorg en de mogelijkheid om daar met financiële prikkels op te sturen⁽¹⁾. Daarbij kunnen indicatoren worden gebruikt als parameters van zorg (*een variabele die de uiteindelijke toestand van een systeem bepaalt wanneer deze een waarde toegekend krijgt* - bron: Wikipedia)

Lisette Romijn, Fokke Meima

De sturing kan zowel intern (huisartsen sturen collega-huisartsen, zoals in een zorggroep) of extern (door verzekeraars of inspectie) plaatsvinden. **Donabedian**⁽²⁾ formuleerde in 1978 een indeling van indicatoren:

INDICATOR	VOORBEELD
Structuur	Heeft de praktijk een diabetespreekuur?
Proces	Welk percentage patiënten met diabetes type 2 kreeg in de laatste twaalf maanden een HbA1c meting?
Uitkomst	Bij welk percentage patiënten werd een streefwaarde behaald?
Bereikbaarheid	Welk percentage patiënten heeft (geografische of financiële) toegang tot de zorg?
Cliënttevredenheid	Gemiddelde score op een cliëntvragenlijst (bijv. CQ rapportcijfer)

Deze indicatoren beschrijven de toestand op een moment in de tijd (dwarsdoorsnede). Daarnaast is er behoefte om ook een longitudinaal element te meten: niet alleen het percentage patiënten met een bloeddruk beneden de streefwaarden, maar ook het percentage patiënten bij wie een te hoge waarde gevolgd is door een adequate actie, is belangrijk.

Voorham et al onderzochten in het project *GIANTT (Groningen Initiative to Analyse Type 2 Diabetes)* de bereidheid van artsen om bij *glycaemisch onvoldoende ingestelde patiënten met diabetes* de behandeling bij te stellen. Initiëren van een glycaemische behandeling gebeurde bij minder dan de helft van de patiënten, intensiveren van de behandeling bij een kwart⁽³⁾. Daar valt dus nog wat te winnen, maar er gebeurt tenminste iets. Dit zou kunnen betekenen dat een dwarsdoorsnede-indicator een onderschatting van de zorgkwaliteit kan geven. Om dit te onderzoeken werden in het GIANTT-project gegevens van meer dan 1900 mensen met diabetes type 2 nauwkeurig in kaart gebracht. Deels geautomatiseerd en deels handmatig werd bekeken of huisartsen bij een indicatorwaarde onder de norm correctief handelden (*versnelde controle, initiëren of intensiveren van behandeling, of andere acties waarmee binnen het volgende kwartaal de streefwaarde alsnog behaald werd*).

De onderschatting van de dwarsdoorsnede meting bleek aanzienlijk: bij de glycaemische instelling bereikte 54% van de patiënten de streefwaarde, maar bleek 75% adequaat behandeld te zijn. Bij de bloeddrukregulering waren deze percentages respectievelijk 31% en 58%⁽⁴⁾.

De gebruikelijke indicatoren geven dus een aanzienlijke onderschatting van de werkelijke zorgkwaliteit. Daarnaast is er aanzienlijke *confounding* door verschillen in samenstelling van de patiëntenpopulatie.⁽⁵⁾

Dwarsdoorsnede-indicatoren worden met al hun inherente onzekerheden gebruikt in kwaliteitsverbeterprogramma's, vaak met behulp van feedback. De effecten hiervan zijn bescheiden, in de orde van grootte van vier mmol/mol HbA1c.⁽⁶⁾ Wellicht is het effect wat krachtiger als de feedback selectief gericht wordt aan matig presterende zorgverleners⁽⁷⁾ en als de norm niet het groepsgemiddelde is, maar het niveau van de best presterenden.⁽⁸⁾ Ook bestaat er toenemend belangstelling voor prestatiefinanciering met indicatorsturing. De ervaring bij feedback suggereert dat dit waarschijnlijk niet succesvol zal zijn, al is een financiële prikkel wellicht sterker dan professionele feedback.

In Engeland is sinds 2004 ervaring opgedaan met het *Quality Outcomes Framework (QOF)*, een omvangrijk programma van prestatiefinanciering, met 136 indicatoren! De huisartsen bleken in hoge mate te voldoen aan de gestelde normen en verdienen met de premies inmiddels 25% van hun inkomen. Maar heeft het de patiënt geholpen?

Onderzoek van Serumaga⁽⁹⁾ en Campbell⁽¹⁰⁾ laat zien dat het voor de bloeddrukregulatie niets uitmaakt; voor een gemengde indicatorset voor astma, diabetes en cardiovasculaire aandoeningen was er kort na de introductie van het QOF een stijging van indicatorscores, die snel daarna weer de reeds eerder aanwezige trend volgde.

Het lijkt alsof huisartsen in de loop der tijd hun prestaties verhogen maar daarbij niet of niet langdurig gestuurd kunnen worden met prestatieprikkels.

En bij ons...?

Er is ook in ons land maatschappelijke druk om de eerstelijnszorg met indicatoren te beschrijven en daaraan beleids- en financiële consequenties te verbinden. Uiteraard is daarvoor een valide en betrouwbare indicatorset nodig. De eisen gesteld aan zo'n set worden beschreven in de Indicatorstandaard^a. Recent is een dataset diabetes-indicatoren vastgesteld die door de LHV/NHG/DVN ondersteund wordt en bestaat uit valide indicatoren^b. De voordelen van transparantie moeten niet omslaan in nadelen als administratieve lasten. Want dan gaat kostbare tijd van de huisarts verloren ten koste van de patiënt. Het advies is daarom aan de slag te gaan en je te beperken tot de vastgestelde indicatorset voor de diabeteszorg. De indicatorenengids voor diabetes is vastgesteld door de stuurgroep van Zichtbare Zorg (ZiZo) waarin naast het NHG en de LHV ook VWS, IGZ, ZN en de NPCF

participeren. Daarmee hebben deze partijen zich geconformeerd aan een set van indicatoren. Bovendien is deze set getest op validiteit, betrouwbaarheid, relevantie en acceptatie door *IQ Healthcare* (UMC St Radboud, Nijmegen).

Ontwikkelingen

Recent is er door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in het kader van het thematisch toezicht een onderzoek gedaan onder 20 zorggroepen. Hierbij werden zgn. organisatorische indicatoren uitgevraagd. Deze indicatoren zijn niet vastgesteld door de stuurgroep van ZiZo. De LHV heeft bezwaar gemaakt vanwege de administratieve lasten die dergelijke indicatoren met zich meebrengen. Tevens mist een bewezen effect op de kwaliteit van zorg en een kosteneffectiviteits-analyse.

De medisch inhoudelijke indicatoren voor de diabeteszorg (ZiZo), worden momenteel op zorgroepniveau uitgevraagd. Deze externe transparantie is verplicht gesteld door het ministerie van VWS. De huisartsenkeopels willen het databeheer zoveel mogelijk in eigen beheer houden. Zij trekken hierin gezamenlijk op met de patiëntenverenigingen van de chronische aandoeningen. De data uitvraag, de bewerking en interpretatie van de data geschiedt onder toezicht van een werkgroep van de adviesgroep ketenzorg^c. Dit traject is volop in ontwikkeling. In de toekomst zal vooral de zorgverzekeraar over gegevens op praktijkniveau willen beschikken.

Conclusie

De algemeen gebruikte datasets zijn nuttige instrumenten om zorg te beschrijven. Zij vertonen echter belangrijke tekortkomingen en bereken daarmee de waarde als 'sturings- en sanctie instrument'. De *Inspectie Gezondheidszorg* is echter voor precies dat doel geïnteresseerd in het gebruik van indicatoren. Bij uitvraag van indicatoren moet daarom zorgvuldig bezien worden wie beschikking krijgt over de gegevens en voor welk doel ze gebruikt gaan worden.

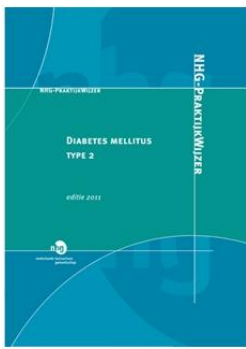
a. www.zichtbarezorg.nl/page/Programma-Zichtbare-Zorg/Indicatorstandaard

b. www.diabetesfederatie.nl/zorg/data-en-indicatoren.html

c. www.adviesgroepketenzorg.nl

Literatuur

1. Schippers. Brief aan NZa dd 28-11-2011: verzoek uitvoeringstoets bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg. 2011.
2. Donabedian A. The quality of medical care. *Science*. 1978 May 26;200(4344):856-64.
3. Voorham J, Haaijer-Ruskamp FM, van der Meer K, de Zeeuw D, Wolffenbuttel BH, Hoogenberg K, et al. [Kwaliteit van de behandeling van type 2 diabetes. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2010;154:A775.
4. Voorham J, Denig P, Wolffenbuttel BH, Haaijer-Ruskamp FM. Cross-sectional versus sequential quality indicators of risk factor management in patients with type 2 diabetes. *Med Care*. 2008;46:133-41.
5. Bruggen van R. Quality of Diabetes Care in General Practice. Academisch proefschrift Universiteit Utrecht; 2009.
6. Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, Grimshaw JM, Sundaram V, Rushakoff RJ, et al. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycaemic control: a meta-regression analysis. *JAMA*. 2006;296:427-40.
7. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:433-6.
8. Kiefe CI, Allison JJ, Williams OD, Person SD, Weaver MT, Weissman NW. Improving quality improvement using achievable benchmarks for physician feedback: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001;285:2871-9.
9. Serumaga B, Ross-Degnan D, Avery AJ, Elliott RA, Majumdar SR, Zhang F, et al. Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study. *BMJ*. 342:d108.
10. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med*. 2009;361:368-78.



DIABETES MELLITUS TYPE 2 PRAKTIJKWIJZER

De *NHG-praktijkwijzer diabetes mellitus type 2* is in 2011 geheel vernieuwd met als doel de huisarts en POH-er *up to date* te ondersteunen bij het uitvoeren van de diabeteszorg in de praktijk. De praktijkwijzer wil op eenvoudige wijze *het systematisch organiseren en uitvoeren van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk* mogelijk maken.

Daniel Tavenier

In de nieuwe zorgwijzer is veel aandacht besteed aan het zelfmanagement door de patiënt. Hierin zijn niet alleen de *targets* (streefdoelen) belangrijk, maar ook de mogelijkheid om de patiënt een centrale rol te geven. Het streven is om een balans te vinden tussen eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en de inzet van de zorgverlener.

Het hele zorgproces wordt beschreven. Nieuw daarin is het zogeheten *scharnierconsult*. Juist dit consult wil de aandacht voor zelfmanagement en betrokkenheid van de patiënt bij zijn of haar zorg centraal stellen.

Bij de aanschaf van de praktijkwijzer wordt de mogelijkheid gegeven om op de website van het NHG documenten en updates te downloaden.

Voor meer informatie of het bestellen van de praktijkwijzer zie: http://nhg.artsennet.nl/winkel/winkel_implementatie.htm

[▲ terug naar inhoudspagina](#)

AGENDA

- 18 januari 2012 Symposium *Diabetes en Werk*, UniePlaza Culemborg, v.a. 14.00 uur
[Meer info en aanmelding](#)
- 8 en 9 maart 2012 Sterrencursus Diabetes, Zaltbommel. [Meer info en aanmelding](#)
- 30 maart 2012 Nationale Diabetesdag, Jaarbeurs Utrecht. [Meer info en aanmelding](#)
- 19 & 21 juni 2012 Langerhans symposium. [Meer info](#)

COLOFON

Deze nieuwsbrief is een uitgave van de Diabetes Huisartsen Advies Groep, *DiHAG*. De nieuwsbrief verschijnt vier maal per jaar.

Redactie

Willem van Gerwen (*eindredactie*), Wim de Grauw, Daniel Tavenier, Mattees van Dijk, Ymte Groeneveld

Redactie-adres

DiHAG, p/a NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht

✉ DiHAG@nhg.org | ☎ 030-2823500 | Fax 030-2823501 | www.dihag.nl

De DiHAG wordt financieel ondersteund door MSD BV, Eli Lilly, NOVO Nordisk bv, AstraZeneca-Bristol-Meyers Squibb, sanofi aventis Netherlands BV.

Aanmelden *DiHAG* nieuwsbrief

Wilt u onze nieuwsbrief rechtstreeks elektronisch ontvangen? Meldt u dan aan op dihag@nhg.org met vermelding 'DiHAG nieuwsbrief'. De nieuwsbrief verschijnt minimaal vier keer per jaar.

[▲ terug naar inhoudspagina](#)