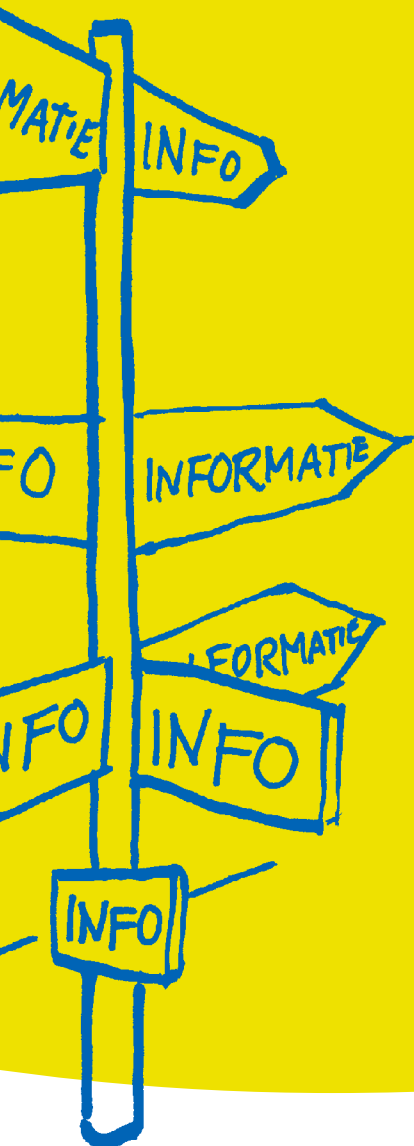
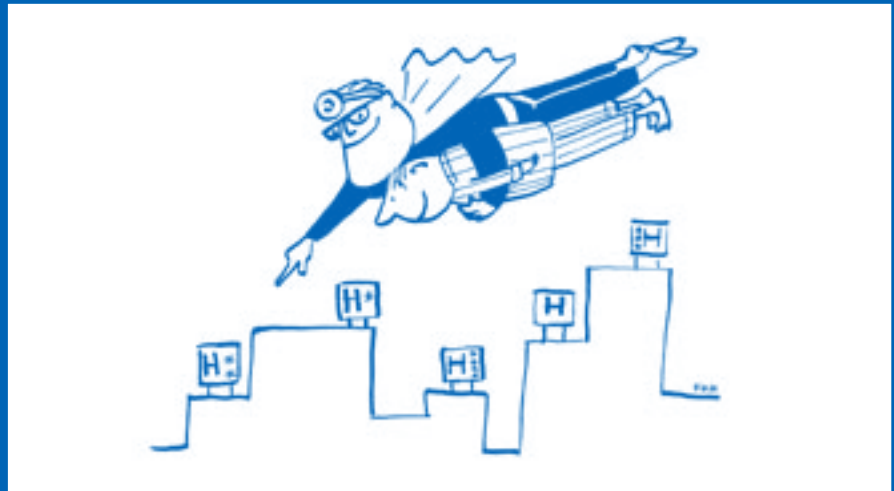


Kwaliteit van zorg rond diabetes in de etalage

Set externe indicatoren



Dr. G.E.G.M. Storms

Drs. N. Beersen

“Kwaliteit van zorg rond diabetes in de etalage”

Indicatoren voor diabetes als onderdeel van het ZonMw project ‘Kwaliteit van zorg in de etalage’



Utrecht, februari 2006

**Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
Orde van Medisch Specialisten**



In het project “Kwaliteit van zorg in de etalage” hebben het **Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg** CBO en de **Orde van Medische Specialisten**, in **opdracht** van **ZonMw** aandoeningspecifieke indicatoren ontwikkeld. Het project is een onderdeel van het voorhoede project “Consumenteninformatie over aandoeningspecifieke zorgproducten” .

Dit project wordt uitgevoerd in nauwe samenwerking met **Wetenschappelijke beroepsverenigingen, zorgverzekeraars** en consumenten (**NPCF en Consumentenbond**). De afstemming heeft ook betrekking op de activiteiten die ZN (inkoopgids!) en Consumentenbond reeds op het gebied van indicatorontwikkeling zijn gestart.

Samenstelling werkgroep externe indicatoren diabetes:

J.J. Gillissen, directeur diabetes vereniging Nederland

J.T.A. te Gussinklo, vertegenwoordiger Zorgverzekeraars Nederland, internist (np)

Mw. J. Hortensius, vertegenwoordiger EADV (verpleegkundig specialist diabetes)

Mw. S.A.N.T. Landewé-Cleuren, internist -endocrinoloog

Dr B.J. Potter van Loon, internist -nefroloog

Dr J.J.J. de Sonnaville, internist -endocrinoloog

Dr G.E.G.M. Storms, internist

Mw. drs N.Beersen, adviseur CBO

Centraal begeleidingsteam:

Dr. J.J.E. van Everdingen (CBO)

Ir. T.A. van Barneveld (CBO)

Mw. Dr. M. Kallewaard (Orde van Medisch Specialisten)

Mw. Drs. N. Beersen (CBO)

Mw. Drs. J.J van Croonenborg (CBO)

Inhoudsopgave

1.	Procesbeschrijving	5
1.1.	Waarom externe indicatoren bij diagnose-behandeling-combinaties?	5
1.2.	Hoe is het project 'kwaliteit van zorg in de etalage' tot stand gekomen?	5
1.3.	Voor wie zijn de indicatoren uit het project bedoeld?	5
1.4.	Waarom participeren Orde en wetenschappelijke verenigingen in dit traject?	6
1.5.	Welke werkgroepen?	6
1.6.	Welke afspraken zijn er gemaakt met de Nederlandsche Internisten Vereniging	7
1.7.	Hoe zijn de indicatoren tot stand gekomen?	8
2.	Factsheets indicatoren diabetes	10
1	Organisatiestructuur van diabeteszorg	10
2	HbA1c	13
3	Bloeddruk	16
4	Oogzorg	20
5	Voetzorg	24
3.	Lijst met besproken en afgewezen indicatoren	28
4.	Leeswijzer	36
4.1	Wat is een indicator?	36
4.2	Wat is het doel van de gekozen indicatoren?	36
4.3	Wat is goede diabeteszorg?	37
4.4	Welke indicatoren heeft de NIV voor goede diabeteszorg gekozen en waarom?	42
4.5	Wat zou de score op deze indicatoren kunnen betekenen?	43
5.	Verwerken commentaar consultatieronde	45
6.	Lijst gebruikte afkortingen	59
Bijlage 1	Autorisatie indicatoren door NIV	61

1 Procesbeschrijving diabetes

1.1 Waarom externe indicatoren bij diagnose behandeling combinaties?

Per 1 januari 2005 zijn in Nederland de diagnose-behandeling-combinaties (DBC's) ingevoerd. De omslag van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde zorg betekent een omschakeling van budgetfinanciering naar DBC-financiering. Voor 10 procent van de DBC's geldt dat ze worden gebaseerd op vrij onderhandelbare DBC-prijzen. Voor dit gedeelte van de DBC's zullen zorginstellingen en zorgverzekeraars namens de patiënten met elkaar gaan onderhandelen over de prijs, het volume en de kwaliteit van de DBC's. Dit is een belangrijke mijlpaal op de weg naar meer vraaggestuurde ziekenhuiszorg aan de hand van prestatiegegevens. Deze kunnen met behulp van zogenoemde externe indicatoren worden gepresenteerd.

1.1 Hoe is dit project tot stand gekomen?

Alle partijen in de gezondheidszorg zijn het erover eens dat externe indicatoren bij de invoering van de DBC's een cruciale rol gaan spelen. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft via de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw) het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en de Orde van Medische Specialisten uitgenodigd om in een samenwerkingsverband een subsidieaanvraag in te dienen voor het project "Aandoenings specifieke indicatoren: patiëntveiligheid en effectiviteit". Het project is een onderdeel van het voorhoedeproject "Consumenteninformatie over aandoenings specifieke zorgproducten" (Brief van ZonMw aan het CBO en de Orde van Medisch Specialisten). Voor de validering van de externe indicatoren in het onderhavige project, is de ontwikkeling van de interne indicatoren essentieel. Daarom zal het samenwerkingsverband tussen het CBO en de Orde van Medisch Specialisten nauw samenwerken en afstemming zoeken met de activiteiten die worden ontplooid in het kader van de te gunnen subsidie door VWS aan de Orde van Medisch Specialisten voor de ontwikkeling van interne indicatoren. Externe indicatoren kunnen pas goed gebruikt worden als het zorgproces adequaat is beschreven, de beschrijving breed is gedragen en als er een set interne indicatoren beschikbaar is voor verder uitdieping van eventueel gebleken tekortkomingen.

De activiteiten ten behoeve van het huidige project dienen te geschieden in nauwe samenwerking met de Wetenschappelijke Verenigingen (WV-en) en in goede afstemming met de ziekenhuizen, zorgverzekeraars en consumenten. De afstemming heeft ook betrekking op de activiteiten die Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (inkoopgids!) en Consumentenbond reeds op het gebied van indicatorontwikkeling zijn gestart.

De te ontwikkelen indicatoren dienen inzicht te geven in de kwaliteit van zorg wat betreft twee onderdelen: effectiviteit en veiligheid. Voor een derde onderdeel, de ontwikkeling van indicatoren voor patiëntgerichtheid, zijn Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en de Universiteit van Amsterdam (UVA) benaderd.

1.2 Voor wie zijn de indicatoren uit het project 'kwaliteit van zorg in de etalage' bedoeld?

In dit project gaat het primair om het ontwikkelen van keuze- (verantwoordings) informatie gekoppeld aan DBC's voor patiënten en consumenten. Daar de patiënt echter te maken

heeft met een verzekeraar die zorg voor hem/haar inkoop zijn deze indicatoren idealiter ook geschikt voor de inkoop van zorg.

De Orde van Medisch Specialisten en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben in onderling overleg afgesproken dat voor de zorginkoop van 2007 gebruik gemaakt wordt van de door de verschillende werkgroepen van de Wetenschappelijke Verenigingen (zie paragraaf 5) ontwikkelde indicatoren.

1.3 Waaronderlicperen de Orde van Medisch Specialisten en de wetenschappelijke verenigingen in dit traject?

Nadat de afgelopen decennia eerst op vrijwillige basis allerlei vormen en systemen van prestatie­meting werden geïntroduceerd in de vorm van intercollegiale toetsing en vergelijking, is die roep om transparantie en verantwoording inmiddels zo groot geworden dat ook de maatschappij, inclusief de overheid, de zorgaanbieders hierop aanspreekt. Zo staat op de website van het Ministerie van VWS: 'De overheid vraagt dat de partijen in de zorg hun wettelijke vastgelegde verantwoordelijkheden waarmaken. (...). Het behoort tot de professionaliteit van zorgaanbieders om zich publiekelijk te verantwoorden over de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg.' In het verlengde van het project Modernisering Regelgeving heeft de Orde van Medisch Specialisten samen met de Wetenschappelijke Verenigingen het 'Geïntegreerd Kwaliteitsbeleid Medisch Specialisten' ontwikkeld, waarin diverse kwaliteitsinstrumenten zijn uitgewerkt. Hierbij nemen richtlijnen en indicatoren een belangrijke plaats in.

De vraag naar transparantie en verantwoording is door verschillende partijen op de agenda gezet en opgepakt. Zodoende worden ziekenhuizen en specialisten nu door diverse instanties jaarlijks gevraagd getallen aan te leveren over uiteenlopende onderwerpen. Men denke o.a. aan de enquêtes van de Consumentenbond, de basisset Prestatieindicatoren van de inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en ZN-indicatoren voor de inkoop van zorg. De vragen zijn tot nu toe niet of onvoldoende op elkaar afgestemd.

Met het ZonMw-project hoopt de Orde van Medisch Specialisten hierin een zekere trechtering en meer uniformering te verkrijgen waardoor de indicatoren ook beter onderling vergelijkbaar worden. Voor de Orde van Medisch Specialisten was het dan ook een belangrijke voorwaarde dat bij het starten van het project verzekeraars, consumenten en IGZ zich zouden committeren aan dit traject.

1.4 Welke werkgroepen?

De in dit project te ontwikkelen indicatoren hebben betrekking op de specialismen (maatschappen) die primair verantwoordelijk zijn voor de hieraan gekoppelde DBC's. Zie tabel 1 voor de aandoeningen waarvoor externe indicatoren worden ontwikkeld.

Tabel 1. Aandoeningen en wetenschappelijke verenigingen

Aandoening	Wetenschappelijke vereniging
Liesbreuk	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
Diabetes mellitus	Nederlandsche Internisten Vereeniging
Incontinentie bij de vrouw	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
Staaroperatie (cataract)	Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
Heup- en knie vervanging	Nederlandse Orthopaedische Vereniging
Mammacarcinoom	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Voor elk van bovenstaande onderwerpen is een werkgroep opgericht. Naast specialisten uit de verantwoordelijke wetenschappelijke vereniging zijn daar waar gewenst ook specialisten die ondersteuning bieden (bijv. radiologen, microbiologen, anaesthesiologen, pathologen etc.) aan de zorg die met de betreffende DBC's wordt geleverd betrokken. Daarnaast is per werkgroep een vertegenwoordiger van de verzekeraars, patiënten en indien gewenst verpleegkundigen uitgenodigd. De verantwoordelijke wetenschappelijke vereniging is eigenaar van de uiteindelijke indicatorenset. De overige betrokkenen hadden een adviserende rol.

De werkgroep externe indicatoren diabetes bestond uit de volgende leden:

J.J. Gillissen, directeur diabetes vereniging Nederland
J.T.A. te Gussinklo, vertegenwoordiger Zorgverzekeraars Nederland, internist (np)
Mw. J. Hortensius, vertegenwoordiger EADV (verpleegkundig specialist diabetes)
Mw. S.A.N.T. Landewé-Cleuren, internist -endocrinoloog
Dr B.J. Potter van Loon, internist -nefroloog
Dr J.J.J. de Sonnaville, internist -endocrinoloog
Dr G.E.G.M. Storms, internist
Mw. drs N. Beersen, adviseur CBO

1.5 Welke afspraken zijn er gemaakt met de Nederlandsche Internisten Vereniging?

De werkgroep had als opdracht om in maart 2006 de definitieve indicatorenset op te leveren aan ZonMw. De werkgroep externe indicatoren diabetes heeft voordat zij de definitieve set oplevert, de set ter consultatie aangeboden aan de leden van de Nederlandsche Internisten Vereniging (NIV).

De concept indicatorset is parallel ter consultatie aangeboden aan alle betrokken partijen: vereniging van ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Consumentenbond, ZN, IGZ, Orde van Medisch Specialisten, Eerste Associatie van Diabetes Verpleegkundigen (EADV), Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Diabetes Nutrition Organisation (DNO) en de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVP).

Na het verwerken van het binnengekomen commentaar door de werkgroep worden de indicatoren door het bestuur ter goedkeuring voorgelegd aan de ledenvergadering van de NIV en daarna door CBO/Orde van Medisch Specialisten aangeboden aan begeleidingscommissie van ZonMw.

1.6 Hoe zijn de indicatoren tot stand gekomen?

Iedere werkgroep is begonnen met het vaststellen voor welke patiëntengroepen, verrichtingen en kwaliteitsdomeinen indicatoren worden ontwikkeld.

"De ontwikkeling is voor de klinische indicatoren zoals deze gelden voor diabeteszorg voor internisten in ziekenhuizen. In de eerste lijn worden mensen met diabetes type 2, die geen complicaties van de diabetes vertonen, behandeld met tabletten en eenvoudige insuline schema's. Mensen met type 2 diabetes met complicaties, gecompliceerde insuline schema's en mensen met type 1 diabetes worden in de tweede lijn behandeld. Deze twee populaties worden gedefinieerd door de eerste lijn, die op indicatie worden doorverwezen. Het betreft dan ook twee groepen die niet met elkaar vergeleken kunnen worden wat de uitkomsten betreft."

De werkgroep externe indicatoren diabetes heeft besloten om indicatoren te ontwikkelen voor de mensen met diabetes die als gecompliceerd en ongecompliceerd omschreven staan in de DBC codering. De werkgroep is echter van mening dat de definities van gecompliceerd en ongecompliceerde diabetes in de huidige vorm niet eenduidig zijn. De set externe indicatoren wordt dan ook ontwikkeld voor de DBC-codes 221 en 222 tezamen.

Het aantal mensen met diabetes mellitus dat behandeld wordt met insulinepompen (DBC 223) is zeer ongelijk verdeeld over de Nederlandse ziekenhuizen, daarbij speelt casemix tevens een rol. Voor de huidige set indicatoren is controle voor verschillen in demografische en sociaal-economische samenstelling of in gezondheidsstatus van patiëntengroepen niet nodig volgens de werkgroep.

De DBC code met betrekking tot zwangerschapsdiabetes (224) is een relatief kleine groep. De werkgroep is van mening dat de toewijzing van deze DBC code niet eenduidig wordt toegepast. De code wordt zowel gebruikt voor mensen met diabetes die zwanger zijn (chronische zorg) als ook voor mensen die in de laatste fase van de zwangerschap diabetes ontwikkelen (acute zorg). 224 wordt niet meegenomen in het traject van externe indicatorontwikkeling.

De te ontwikkelen indicatoren dienen inzicht te geven in de kwaliteit van zorg wat betreft twee onderdelen: effectiviteit en veiligheid.

In opdracht van de Orde van Medisch Specialisten is een methodologisch instrument ontwikkeld dat dient als evaluatie- en toetsingskader voor indicatoren. In de toekomst te ontwikkelen zorginhoudelijke indicatoren dienen aan de methodologische eisen van dit zogenaamde AIRE – instrument (Appraisal of Indicators, Research and Evaluation) te voldoen. Bij het opstellen de indicatoren zijn alle relevante elementen uit het AIRE-instrument toegepast.

Vervolgens is geïnventariseerd welke indicatoren nationaal en internationaal reeds zijn ontwikkeld. Daarvoor zijn de volgende bronnen benut:

- a. Nederlandse evidence based richtlijnen

- b. Internationale evidence based richtlijnen
- c. Websites van organisaties gespecialiseerd op het terrein van kwaliteitsindicatoren.
- d. Systematische zoekactie naar (inter)nationale literatuur
- e. Indicatoren voorgedragen door andere partijen in project (bijvoorbeeld ZN/ IGZ NPCF, Consumentenbond indicatoren).
- f. Expert opinion (o.a. werkgroepleden)

Op basis van bovenstaande bronnen is een overzicht van potentiële indicatoren (groslijst) gemaakt. De geïdentificeerde potentiële indicatoren zijn gerangschikt naar structuur, proces of uitkomstindicatoren. Daar waar beschikbaar werd vermeld op welke populaties en op welk verrichtingen de gevonden indicatoren betrekking hadden.

Door de groslijst in verschillende vergaderingen te bespreken heeft de Werkgroep een uiteindelijk lijst van vijf indicatoren kunnen samenstellen. Argumentatie voor afwijzing van indicatoren uit de lijst is gedocumenteerd (zie paragraaf 2). Iedere indicator is uitgewerkt in een factsheet (zie paragraaf 3 factsheets). In de factsheets worden per indicator de volgende eigenschappen van de indicator beschreven (proces, structuur, uitkomst) en het kwaliteitsdomein waarop de indicator betrekking heeft (veiligheid, effectiviteit, etc.). Tevens wordt beschreven of er sprake is van variatie in de kwaliteit van zorg. In het verlengde hiervan wordt beschreven of (en zo ja, hoe) er mogelijkheden tot verbetering zijn. De operationalisatie (teller, noemer etc.) van de indicator wordt gegeven. Voor iedere indicator wordt de validiteit, betrouwbaarheid, het discriminerend vermogen en de registreerbaarheid beschreven. Tot slot worden suggesties gegeven voor eventueel geconstateerde beperkingen (bijv. case mix correctie, balansindicatoren etc.).

Om als keuze-informatie voor de patiënt te kunnen dienen, zijn leeswijzers voor de indicatoren onontbeerlijk. In de laatste fase van het traject is een leeswijzer ontwikkeld door de projectleiding in afstemming met de voorzitter van de werkgroep (zie paragraaf 4). Deze leeswijzers zullen de komende maanden door andere partijen (Consumentenbond, NPCF en RIVM (Kiesbeter.nl) nog verder worden ontwikkeld.

Om te komen tot de uiteindelijke set van indicatoren heeft de werkgroep externe indicatoren voor diabetes vijf keer vergaderd en zijn er twee schriftelijke rondes gehouden, gedurende de periode oktober 2005 tot en met februari 2006.

2. Factsheets indicatoren diabetes

1. Organisatiestructuur van diabeteszorg

Relatie tot kwaliteit	<p>De behandeling van diabetes mellitus is goed omschreven dankzij het bestaan van duidelijke richtlijnen en de effecten van goede diabeteszorg zijn algemeen bekend.</p> <p>De Nederlandse Diabetesfederatie heeft de Zorgstandaard voor Goede Diabeteszorg opgesteld (NDF zorgstandaard, 2003). In deze standaard is de organisatiestructuur beschreven, die nodig is voor een goede uitvoering van diabeteszorg.</p> <p>Er is een checklist met verschillende aspecten van deze organisatiestructuur opgesteld om na te gaan of hieraan wordt voldaan.</p>
Definitie	Aanwezigheid van een organisatiestructuur nodig voor het uitvoeren van goede diabeteszorg volgens de zorgstandaard van de NDF.
Teller	Aantal keren dat ja is aangevinkt op de checklist “organisatiestructuur van de diabeteszorg”
Noemer	Totaal aantal items van de checklist “organisatiestructuur van de diabetes zorg”
In/ exclusiecriteria	<p>Inclusie : DBC-codes 221, 222 en 223. Diabetes mellitus type 1 en type 2.</p> <p>Exclusie : DBC-code 224</p>
Type indicator	Structuurindicator
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

Checklist organisatiestructuur van de diabetes zorg		
Er is een multidisciplinair diabetesteam bestaande uit een internist die speciaal verantwoordelijk is voor de diabeteszorg, een diabetes verpleegkundige en een diëtist. Een podotherapeut en psycholoog zijn voor consultatie beschikbaar. Notulen van het teamoverleg zijn beschikbaar.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Aanwezigheid van een multidisciplinair voetenteam (hierin hebben minimaal zitting een internist, diabetesverpleegkundige (optioneel), podotherapeut, revalidatiearts, orthopeed en/of vaatchirurg). Schoenvoorziening loopt via de revalidatiearts of orthopedisch chirurg en orthopedisch schoenmaker in het ziekenhuis of gestructureerde samenwerking met een voetenteam in de regio. Notulen van het teamoverleg zijn beschikbaar.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Er is een multidisciplinair elektronisch patiëntendossier.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Er is een gedocumenteerd, met de mens met diabetes vastgesteld individueel behandel- en educatieplan met daarin minimaal met de mens met diabetes overeengekomen streefwaarden + actieplan om dit te bereiken. (bijvoorbeeld in de vorm van een jaarbrief die bij voorkeur verstuurd is aan de	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

mens met diabetes).		
Er is een protocol voor perioperatieve behandeling van mensen met diabetes in het ziekenhuis op het intranet en/of in de assistentenklapper. Het protocol dient 2-jaarlijks geupdate te worden en aangevuld te worden met een presentatie in het multidisciplinair diabetesteam.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Er bestaan vaste afspraken over de communicatie bij verwijzing tussen diabetesteam in de 1 ^e en de 2 ^e lijn en de wijze van de over en weer te leveren informatie en overdracht.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Totaal aantal keer ja		

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

De rapporten van de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ, 2005; IGZ, 2006) komt naar voren dat niet overal wordt voldaan aan de Zorgstandaard voor goede diabeteszorg. Met name de invulling van de diabeteszorg op lokaal niveau en de organisatiegraad van de diabeteszorg variëren sterk.

De mens met diabetes kan in beginsel de dagelijkse behandeling van de ziekte zelf uitvoeren. De uitkomsten van de diabeteszorg worden grotendeels bepaald door zijn/haar dagelijkse beslissingen en handelingen. Hij/zij is daarmee hoofdbehandelaar en direct verantwoordelijk voor de dagelijkse beslissingen in de behandeling. Directe betrokkenheid van de mens met diabetes is van groot belang en kan bereikt worden door jaarlijks samen met het diabetesteam een behandel- en begeleidingsplan op te stellen.

Het werken met een elektronisch patiëntendossier (EPD) wordt als basisvoorwaarde voor goede diabeteszorg gezien. "Goede ICT-voorzieningen zijn een vereiste om het zorgproces te faciliteren en rapportages mogelijk te maken" (rapport Diabeteszorg beter). De meeste ziekenhuizen hebben echt nog geen goed functionerend EPD.

Mogelijkheden tot verbetering

Het is haalbaar om op ieder item "ja" te scoren. Men kan leren van ervaringen van andere ziekenhuizen.

Vanuit de NDF worden initiatieven genomen om een module voor een EPD te ontwikkelen. Bij het ontwikkelen hiervan heeft het diabetesteam wel te maken met de (on)mogelijkheden van het ziekenhuis en het adherentiegebied.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Het is in beperkte mate mogelijk de items naar eigen inzicht in te vullen.

Validiteit:

"Het structureren van de diabeteszorg wordt gezien als een voorwaarde om goede diabeteszorg volgens de richtlijnen te realiseren."

(de Zorgstandaard voor goede diabeteszorg, rapport: Diabeteszorg beter).

Betrouwbaarheid

Het is moeilijk om precies aan te geven wanneer er een ja kan worden aangevinkt. Er bestaan geen absoluut eenduidige items.

Discriminerend vermogen

Vanwege de aanwezige variatie in de organisatie van de diabeteszorg kan er onderscheid gemaakt worden tussen verschillende ziekenhuizen.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Er bestaat voor deze indicator geen case-mix discussie. Wel bestaan er grote verschillen tussen mensen met diabetes: de educatie zal zo nodig aangepast moeten worden in verband met kennisniveau, leeftijd en leefwijze. Overigens moet voor iedere mens met diabetes een behandel- en educatieplan opgesteld worden.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Het verzamelen van gegevens is problematisch omdat nog weinig wordt gewerkt met een elektronisch patiëntendossier en voorts omdat het de organisatie van de zorg betreft. Afspraken over communicatie en samenwerking staan weliswaar omschreven, en een protocol is op te vragen, maar het beoordelen van persoonlijke plannen is moeilijk. Dit zou kunnen gebeuren door middel van steekproeven van de jaarbrief.

Referenties

- Zorgstandaard voor goede diabeteszorg, NDF, april 2003. Bereikbaar op <http://www.diabetesfederatie.nl/zorgstandaard.htm>
- Diabeteszorg beter. Rapport van de Taakgroep Programma Diabeteszorg, 3 juni 2005
- Effectiviteit van diabeteseducatie, een verkenning, ir. B.J.Looise e.a., NIGZ, 2005
- Inspectie voor de gezondheidszorg. Het resultaat telt. Prestatie indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Mei 2005 Bereikbaar op: https://webcollect.rivm.nl/deverbetermeter/achtergronddocumenten/Rapport_Het_resultaat_telt.pdf
- Inspectie voor de gezondheidszorg. Het resultaat telt 2004. Prestatie indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. April 2006. Bereikbaar op: www.igz.nl

2. Laboratorium jaarcontrole

Relatie tot kwaliteit	Het doel van de diabetesbehandeling is het voorkomen van korte- en lange termijn complicaties van diabetes mellitus door een zo optimaal mogelijke regulatie van de bloedsuikers van de mens met diabetes, en door een optimale regulatie van additionele risicofactoren voor het ontwikkelen van lange termijn complicaties. Regelmatige monitoring van de mate van diabetesregulatie, van de risicofactoren voor complicaties, en door middel van laboratoriumonderzoek vaststellen van de ernst waarmee sommige van deze complicaties optreden zijn essentieel om het proces van zorgverlening tijdig bij te kunnen sturen.
Definitie	Het percentage mensen met diabetes mellitus bij wie in de afgelopen 12 maanden alle volgende laboratoriumparameters zijn gemeten: HbA1c, kreatinine, microalbumine, totaal cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol en triglyceriden (nuchter)
Teller	Mensen met diabetes mellitus bij wie bovengenoemde waarden gemeten zijn in de afgelopen 12 maanden.
Noemer	Totaal aantal mensen met diabetes mellitus, gemeten in de afgelopen 12 maanden
In/ exclusiecriteria	Inclusie : DBC-codes 221, 222 en 223. Diabetes mellitus type 1 en type 2. Exclusie : DBC-code 224
Type indicator	Procesindicator
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Het tijdig opsporen en behandelen van lange termijn complicaties van diabetes is van het grootste belang om de uiteindelijke prognose van diabetes mellitus te verbeteren, met name nu lange termijn interventiestudies hebben laten zien dat intermediaire complicatie-eindpunten worden verminderd (Gæde et al, 2003) en ook harde eindpunten gunstig worden beïnvloed (The Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993; The Diabetes Control and Complications Trial/ Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Research Group, 2000; The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group, 2005; UKPDS, 1998; Gæde et al, 2003; Bojestig et al., 1994; NIV Richtlijn Diabetische nefropathie; Finne et al., 2005). Het betreft hier het reageren op vroegtijdige signalen van diabetische complicaties en het controleren van het effect van deze acties. Wanneer het optreden van complicaties onvoldoende wordt bewaakt en onvoldoende actie wordt ondernomen, zal dit de prognose uiteindelijk schaden.

Uiteraard is het voor het diabetesteam ook belangrijk inzicht te hebben in het percentage mensen met een HbA1c \leq 7.0% en het percentage met een HbA1c $>$ 8.5%. Deze uitkomstindicatoren zijn evenwel voor intern gebruik.

Mogelijkheden tot verbetering

Het bewaken van lange termijn diabetische complicaties en van risicofactoren voor complicaties door middel van laboratoriumdiagnostiek wordt vrijwel overal verricht. Interventiestudies hebben laten zien dat het intensief bewaken en zo nodig aanpassen van de behandeling leidt tot betere resultaten (Gæde et al, 2003). Intensivering van controles en de mens met diabetes regelmatig confronteren met het al dan niet bereiken van doelstellingen ten aanzien van de laboratoriumwaarden zal de intermediaire eindpunten en uiteindelijk ook de harde lange termijn eindpunten verbeteren.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Het betreft een procesindicator. Een hoge score zegt niet direct iets over de kwaliteit van de behandeling, maar wel iets over het surveillancesysteem. De indicator moet in samenhang gezien worden met de door de NIV ontwikkelde interne indicatoren (deze komen beschikbaar in de loop van 2006).

Ten aanzien van de lipidenparameter dient opgemerkt te worden dat jaarlijks bepalen van lipidenwaarden bij mensen met ongecompliceerde diabetes type 1 en met een normaal lipidenprofiel niet efficiënt is. Echter aangezien type 1 en 2 vaak niet is te onderscheiden met de huidige registraties wordt dit niet meegenomen in de indicator. Dit zal in de toekomst veranderen. Als de meeste ziekenhuizen een goed functionerend EPD hebben zal het makkelijk zijn om die mensen met diabetes die een normaal lipidenprofiel hebben te selecteren. Voor die mensen met diabetes kan dan ook beargumenteerd worden afgeweken.

Validiteit

Kennis van intermediaire eindpunten en de waarden van risicofactoren is een voorwaarde voor effectieve primaire en secundaire preventie van lange termijn diabetische complicaties bij zowel type 1 als bij type 2 diabetes.

Betrouwbaarheid

Met het meten van deze set laboratoriumparameters krijgt het aspect van de jaarlijkse check-up aandacht. Door de kwaliteitscontrole, waaraan alle ziekenhuislaboratoria meedoen, is de kwaliteit van de data gegarandeerd. Een goed rapportagesysteem maakt het betrouwbaar verzamelen van data eenduidig.

Discriminerend vermogen

Het inventariseren van laboratoriumparameters gericht op preventie van lange termijn complicaties van diabetes mellitus verdient structureel aandacht. Dit is een voorwaarde voor een effectieve strategie ter voorkoming van lange termijn complicaties. Omdat nog niet alle ziekenhuizen een diabetespoli hebben, kunnen er op sommige plaatsen nog lacunes in het screenen van deze risicofactoren bestaan.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Voor een procesparameter als deze is dit niet aan de orde .

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Via het ziekenhuis informatie systeem (ZIS) is bij elke zorgaanbieder te registreren bij hoeveel mensen met diabetes bovengenoemde laboratoriumparameters in de afgelopen 12 maanden verricht zijn. Dit kan op plaatsen waar nog geen elektronisch patiënten dossier aanwezig is door de DBC registratie en de laboratoriumdatabase naast elkaar te leggen.

Samenvatting

Het verrichten van een jaarlijks laboratorium check-up is onderdeel van het initiëren en controleren van het effect van de gegeven behandeling, en is gericht op behandeling van de diabetes (bloedglucosewaarden) en het beïnvloeden van additionele risicofactoren voor het optreden van lange termijn complicaties.

Referenties

- Diabetes Control and Complications Trial research Group, The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-Term Complications in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. New England Journal of Medicine, 1993 September 30, (329) 977-986
- The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Research Group. Retinopathy and nephropathy in patients with type 1 diabetes four years after a trial of intensive therapy. New England Journal of Medicine 2000; (342):381-389
- Intensive Diabetes Treatment and Cardiovascular Disease in Patients with Type 1 Diabetes. The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group New England Journal of Medicine 2005; (353):2643-2653
- UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33) Lancet 1998; 352: 837.
- Bojestig, M, Arnqvist, HJ, Hermansson, G, et al. Declining incidence of nephropathy in insulin-dependent diabetes mellitus. New England Journal of Medicine 1994; (330) 15-18.
- Finne P, Reumanen A, Stenman S, Grop P-H, Gronlagen-Riska C: Incidence of end-stage renal disease in patients with type 1 diabetes mellitus. JAMA 2005; 294: 1782
- Gæde P., Vedel P., Larsen N., Jensen G. V.H., Parving H.-H., Pedersen O. Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2003, Jan 30; (348): 383-393
- Nederlandsche Internisten Vereniging Richtlijn. Diabetische nefropathie p 11 (afnemende incidentie DN). Bereikbaar op : <http://www.internisten.nl/>

3. Bloeddruk

Relatie tot kwaliteit	Bloeddruk speelt een belangrijke rol in het ontstaan van macrovasculaire en microvasculaire complicaties bij mensen met diabetes. Intensieve controle van de bloeddruk beperkt deze complicatie alsmede diabetes gerelateerd overlijden, het ontstaan CVA en microvasculaire complicaties (UKPDS, 1998)
Definitie bloeddruk	Percentage mensen met diabetes mellitus bij wie bloeddruk is gemeten
Teller	Aantal mensen met diabetes mellitus waarbij in het afgelopen jaar minstens 1 maal de bloeddruk is gemeten
Noemer	Totaal aantal mensen met diagnose diabetes mellitus (gemeten in het afgelopen jaar).
Definitie verhoogde bloeddruk	Percentage mensen met diabetes mellitus met een verhoogde bloeddruk
Teller	Aantal mensen met diabetes mellitus met een bloeddruk > 140/90 mm Hg (gemeten in het afgelopen jaar).
Noemer	Totaal aantal mensen met diabetes mellitus met bekende bloeddruk (gemeten in het afgelopen jaar).
Definitie benodigde therapie	Percentage mensen met diabetes mellitus met te hoge bloeddruk met anti-hypertensieve medicatie
Teller	Aantal mensen met diabetes mellitus met anti-hypertensieve medicatie met een bloeddruk > 140/90 mm Hg (gemeten in het afgelopen jaar).
Noemer	Aantal mensen met diabetes mellitus met bloeddruk > 140/90 mm Hg (gemeten in het afgelopen jaar).
In/ exclusiecriteria	Inclusie : DBC-codes 221, 222 en 223. Diabetes mellitus type 1 en type 2. Exclusie : DBC-code 224
Type indicator	Procesindicator
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Een verhoogde bloeddruk (RR > 140/90 mm Hg) moet volgens de CBO/NDF standaard worden behandeld met antihypertensiva, onafhankelijk of het type 1 of type 2 diabetes betreft. Er wordt aangeraden om te starten met ACE remmers en zo nodig een tweede of derde medicament toe te voegen. Uit o.a. de UKPDS studie (UKPDS, 1998) is bekend dat vaak meerdere medicamenten nodig zijn en zelfs dan wordt de bloeddruk van < RR 140/90 mm Hg vaak niet gehaald. Dit kan van vele factoren afhangen, zoals non-compliance van de

mens met diabetes of onvoldoende aandacht van de behandelaar. Het staat echter vast dat een verhoogde bloeddruk behandeling behoeft en dat iedere verlaging, ook als het doel niet bereikt wordt, een gunstig effect heeft.

Het meten van de indicator “Benodigde therapie” is complex. Allereerst zal deze niet uit de verf komen als de bloeddruk niet gemeten wordt. Uit bestaande gegevensverzamelingen blijkt echter dat bij de meeste mensen met diabetes minstens een maal per jaar de bloeddruk wordt gemeten. Verder is het wel of niet hebben van te hoge bloeddruk sterk afhankelijk van de case mix, maar dat maakt voor deze indicator niet uit, omdat bij iedere verhoogde bloeddruk therapie gestart moet worden. Gegevens van databases zijn hierover niet bekend. De variabiliteit is dus onbekend.

Mogelijkheden tot verbetering

Hoe hoger de organisatiegraad van het diabetesteam des te hoger zal deze parameter scoren. Het betreft het ondernemen van actie naar aanleiding van een meting die boven de norm ligt.

Bij een bekende verhoogde bloeddruk moeten verschillende maatregelen genomen worden om een goede bloeddruk te bereiken: regelmatige bloeddrukcontrole (elke 3 maanden), bewustwording creëren bij de mens met diabetes, overtuigen nut medicatie-inname, zo nodig tussentijdse bloeddrukcontroles afspreken.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Het grootste probleem bij deze parameter zal het vastleggen van de diagnose hypertensie en het vastleggen van het geven van medicatie zijn. Dit gebeurt vaak in het medisch dossier en wordt niet vastgelegd op een elektronische manier waardoor het eenvoudig te rapporteren is. Verder zal vastgelegd moeten worden dat medicatie wordt gegeven voor een bepaalde diagnose, de zogenaamde koppeling tussen diagnose en therapie. De medicatie voor hypertensie bestaat uit een breed palet van mogelijkheden. Medicatie kan worden gestopt of niet gekozen vanwege bijwerkingen of interacties met andere medicamenten. Daarom is het praktisch niet haalbaar om te eisen dat bepaalde medicamenten gegeven moeten worden. Uit meerdere studies (UKPDS, 1998) blijkt ook dat het gaat om de bloeddrukverlaging en niet om een bepaald medicament, ofschoon de discussie hierover nog niet voorbij is in de literatuur.

Validiteit

Hypertensie is een van de belangrijkste risicofactoren voor micro- en macrovasculair lijden. Behandeling levert veel winst op. Goede bloeddrukcontrole betekent verbetering van klinische uitkomstmaten. De richtlijn van CBO/NDF is hier duidelijk over. Of behandelen van verhoogde bloeddruk goede kwaliteit van zorg weergeeft staat dan ook niet ter discussie.

Betrouwbaarheid

Bloeddruk is geen stabiele biologische meting. Deze kan afhankelijk van de omstandigheden duidelijk wisselen van meting tot meting. Dit is bij voorbeeld de reden dat de diagnose pas kan worden gesteld na twee metingen. Ook bij de therapie moet er rekening mee worden gehouden dat één afwijkende meting, als er bijzondere omstandigheden zijn, niet steeds tot aanpassingen van de therapie hoeft te leiden. Deze bijzondere omstandigheden zijn voor een internist dagelijkse overwegingen om de therapie al dan niet aan te passen. Voor onze

parameter heeft dit geen invloed omdat we niet uit gaan van een goede bloeddruk maar of er al dan niet behandeld wordt.

Uit onderzoek blijkt dat de gemeten bloeddruk afhankelijk is van de meetmethode die is gebruikt. (Houweling et al, 2006) Voor de indicator bloeddruk wordt uitgegaan van een gemiddelde van twee metingen (zoals beschreven in het merendeel van de internationale richtlijnen)

Discriminerend vermogen

Er zijn geen gegevens bekend of deze indicator discrimineert. Aangezien de organisatie van de diabeteszorg de uitkomst naar de mening van de werkgroep zeker beïnvloedt, kan worden aangenomen dat de indicator discrimineert is in verband met een verschillende inrichting van de organisatie van zorg. Voor een goed resultaat is een keten van acties in de organisatie nodig: het jaarlijks meten van de bloeddruk, het bevestigen van de diagnose bij verhoogde bloeddruk bij een tweede meting, het ondernemen van actie vanwege een verhoogde bloeddruk door de mens met diabetes in te lichten en het starten van de medicatie en vervolgens het meten van het resultaat van de medicatie. Deze keten van complexe ingrepen moet wat kwaliteit van zorg betreft verschillen tussen diabetes teams laten zien.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Er bestaat voor deze indicator geen case-mix discussie. Iedereen met diabetes en een verhoogde bloeddruk heeft medicatie nodig. Wel kunnen de populaties verschillen in prevalentie van hoge bloeddruk, zodat het werk dat in de bloeddrukbehandeling moet worden gestopt van team tot team behoorlijk kan verschillen.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Het verzamelen van deze gegevens zal complex zijn als omdat ze uit de het medisch dossier moeten worden verzameld. Indien dat moet gebeuren op basis van handgeschreven tekst moet eerst worden gezocht naar de laatst gemeten bloeddruk, vervolgens of er medicatie is gegeven voor een verhoogde bloeddruk en dan naar het resultaat van de bloeddruk. Dit is voor de hele diabetespopulatie niet haalbaar. Het aantal rapportages met betrekking tot deze indicator zal toenemen naarmate er meer EPD's in gebruik zullen worden genomen. Bij de opzet van deze EPD's kan eraan worden gedacht om de medicatie van een label te voorzien waarop de diagnose waarvoor deze medicatie wordt gegeven, wordt vermeld.

Ongewenste effecten

De ziekenhuizen die al een EPD hebben kunnen als eerste rapporteren. Keerzijde hiervan is dat zij ook als eerste de kritiek over zich heen krijgen van verzekeraars en mensen met diabetes. Dit zal pioniers altijd overkomen.

Samenvatting

Behandelen van een verhoogde bloeddruk bij mensen met diabetes is een van de meest economische ingrepen ter beperking van macro- en microvasculaire complicaties. Het al dan niet behandelen van een verhoogde bloeddruk geeft dan ook de kwaliteit van handelen van een diabetes team weer. Het jaarlijks meten van de bloeddruk blijkt geen probleem te zijn in de bestaande diabetes-databases, dit scoort bijna altijd boven de 95%. Het ingrijpen

vanwege verhoogde bloeddruk is echter niet bekend. De indicator “benodigde therapie” meet of het team actie heeft ondernomen in verband met een verhoogde bloeddruk, ook al is dit zonder de gewenste drempel te halen. Dit laatste is een bekend probleem in studie over diabetes en hypertensie, zodat dat niet aan het team kan worden toegerekend.

Referenties

- Gæde P., Vedel P., Larsen N., Jensen G. V.H., Parving H.-H., Pedersen O. Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2003, Jan 30; (348): 383-393
- Houweling S, Kleefstra N, Lutgers H, Groenier Kh, Jong BM, Bilo H. Pitfalls in blood pressure measurement in daily practice. Fam Pract. 2006 Feb;23(1):20-7.
- Nederlandse Diabetes Federatie. Zorgstandaard voor goede diabeteszorg, NDF, april 2003. Bereikbaar op <http://www.diabetesfederatie.nl/zorgstandaard.htm>
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO/ Nederlandse Diabetes Federatie Richtlijnen: diabetische retinopathie, diabetische nefropathie, diabetische voet & hart- en vaatziekten bij diabetes mellitus. Utrecht: CBO; 1998
- UK Prospective Diabetes Study Group: Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38 [published erratum appears in BMJ. 1999;318:29]. BMJ. 1998;317:703-713.

4. Oogzorg

Relatie tot kwaliteit	Retinopathie is een veel voorkomende complicatie die tot blindheid kan leiden. De prevalentie van retinopathie is sterk gerelateerd aan de duur van diabetes (American Diabetes Association, 2004). Oogheekundige screening draagt bij aan het voorkomen van ernstige oogheekundige complicaties bij mensen met diabetes mellitus (Richtlijnen diabetes CBO/NDF, 1998).
Definitie	Het percentage mensen met diabetes mellitus bij wie de afgelopen 12 maanden een oogonderzoek heeft plaatsgevonden.
Teller	Mensen met diabetes mellitus, bij wie de afgelopen 12 maanden een oogonderzoek heeft plaatsgevonden
Noemer	Totaal aantal mensen met diabetes mellitus
In/ exclusiecriteria	Inclusie : DBC-codes 221, 222 en 223. Diabetes mellitus type 1 en type 2. Exclusie : DBC-code 224 Nieuwe type 1 mensen met diabetes (≤ 5 jaar)
Type indicator	Procesindicator
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

De hoofdbehandelaar van de cliënt met diabetes is verantwoordelijk voor de screening van de ogen (Richtlijnen diabetes CBO/NDF, 1998). Volgens deze richtlijn is eens per twee jaar een funduscontrole nodig. Bij diabetes die langer dan 10 jaar bestaat, een HbA1c boven de 7, verhoogde bloeddruk, zwangerschap, puberteit, micro- of macroalbuminurie of verminderde nierfunctie dient dit jaarlijks te gebeuren. Uit tweedelijns onderzoek blijkt dat deze taak sterk wisselend wordt ingevuld en dat veel cliënten met diabetes niet het oogonderzoek krijgen waar ze volgens de norm (IGZ, 2005) recht op hebben.

De oorzaak hiervan kan zowel bij de hulpverlener als bij de cliënt liggen.

Uitzondering: funduscontrole type 1 is pas noodzakelijk na 5 jaar na het stellen van de diagnose.

Mogelijkheden tot verbetering

Door bijvoorbeeld bij de jaarcontrole systematisch na te gaan of oogheekundige onderzoek het laatste jaar heeft plaats gevonden, kan zo nodig tijdig worden verwezen naar een oogarts of fundusfotografie. Uit de inspectierapporten voor de externe prestatie-indicatoren blijkt dat de mate van registratie en van funduscontrole veel verbetering behoeft (IGZ, 2005; IGZ, 2006). Deze indicator kan een goede registratie in de ziekenhuizen bevorderen wat een belangrijke kwaliteitsverbetering tot gevolg zal hebben.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Oogheelkundig onderzoek is de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar van de diabetes. Deze dient dit vast te leggen in het medisch dossier van de mens met diabetes. Vaak is het moeilijk om deze aantekeningen terug te vinden en meestal zal hier geen elektronische registratie van zijn. Dit hoeft geen probleem te zijn als de oogheelkundige controles alleen bij de oogartsen in hetzelfde ziekenhuis plaatsvinden omdat dan door het matchen van de DBC codes diabetes van de mensen met diabetes van de internist te matchen zijn met de poli populatie van de oogarts. Maar mensen met diabetes kunnen natuurlijk ook naar een oogarts gaan die niet aan het ziekenhuis verbonden is, zoals dikwijls het geval is. Verder hoeft het verzoek van de hoofdbehandelaar aan de mens met diabetes niet altijd door hem/haar gevolgd te worden of door de oogarts te worden gehonoreerd door een tijdige afspraak.

Validiteit

Mensen met diabetes horen 1-2 jaarlijks een oogcontrole te ondergaan. Exclusie: nieuwe type 1 mensen met diabetes pas 5 jaar. Dit wordt aanbevolen in de richtlijnen, zoals ze zijn opgesteld onder leiding van het CBO en de NDF (CBO/ NDF, 1998). De organisatie van de oogzorg is een spiegel van de organisatie van de totale zorg voor de mens met diabetes door het team. Door de oogzorg als een belangrijk deel op te nemen in de jaarlijkse controle is het organisatorisch mogelijk om de kwaliteit op korte termijn op een aanvaardbaar niveau te brengen.

Betrouwbaarheid

Fundusinspectie is de gouden standaard voor het screenen op diabetische oogziekte. Bij herhaling van het onderzoek zal dit veelal dezelfde ernst van de retinopathie opleveren. Vastleggen van de fundussituatie via fotografie maakt een objectief oordeel mogelijk. Een kwantitatieve beoordeling in de verschillende stadia van retinopathie is internationaal vastgelegd. Bij grotere studies als de DCCT (DCCT, 1993) is hiermee veel ervaring opgedaan.

Discriminerend vermogen

De hierboven gedefinieerde indicator oogzorg is niet sterk afhankelijk van case mix, mits de groep mensen met recent (< 5 jaar) vastgestelde type 1 diabetes niet te groot is. Hoewel de medewerking van zowel de verwijzend arts, als de cliënt als ook de oogarts nodig is voor een tijdige oogheelkundige screening, ligt de verantwoordelijkheid bij de hoofdbehandelaar. Lage percentages voor oogheelkundige controle zijn dan ook vooral toe te schrijven aan organisatorische beperkingen bij de hoofdbehandelaar. Uit het rapport van de IGZ blijkt bij de ziekenhuizen die getallen kunnen leveren een duidelijke variatie te bestaan in het percentage oogfundus inspecties.

Minimale bias/ beschrijving relevante case-mix

Het betreft hier een proces indicator die niet sterk afhankelijk is van case mix. Al komt bij bepaalde groepen meer retinopathie voor, dan bij anderen, toch heeft dit weinig invloed op deze proces indicator. Wel is het zo dat mensen met diabetes korter dan 10 jaar, zonder complicaties, een normale bloeddruk en een HbA1c onder de 7 maar 1 keer per twee jaar een funduscontrole nodig hebben, maar deze groep hoeft bij de internist niet groot te zijn. Bij

onderzoek in twee ziekenhuizen werd het percentage mensen met diabetes dat jaarlijks controle nodig hebben bepaald op 78 en 85%. Daarbij moet nog geteld worden de helft van de mensen die tweejaarlijks een controle nodig hebben, zodat de percentage op 89 en 92% uitkomen. (Storms et al, 2002) Het percentage kan ook lager zijn wanneer de jaarcontrole of fundusfotografie niet precies ieder jaar maar bijvoorbeeld iedere 13 of 14 maanden plaats vindt. In dit geval daalt het percentage mensen jaarlijks oogheelkundig onderzoek heeft ondergaan met ongeveer 10% zonder dat er nu sprake hoeft te zijn van slechte zorg. Dit betekent dat de uitkomst van deze indicator best kan variëren (70 tot 90) zonder slechte kwaliteit aan te geven.

Registreerbaarheid/ haalbaarheid registratie/tijdsinvestering

Om te kunnen registreren wie op een bepaald moment fundusonderzoek heeft ondergaan is een geautomatiseerd systeem nodig. Uit het rapport van de IGZ, Het Resultaat Telt, blijkt dat dit in veel ziekenhuizen nog niet beschikbaar is (IGZ, 2005; IGZ, 2006). Een aantal ziekenhuizen registreert echter wel, zodat het haalbaar lijkt te zijn. Een toenemend gebruik van een elektronisch patiëntendossier zal de registratie in de komende jaren zeker fors doen toenemen. Een relatief eenvoudig tijdelijk alternatief is aan de bestaande systemen (bv mirador) een veld te hangen waarop de behandelaar kan aangeven wanneer oogheelkundig onderzoek heeft plaats gevonden. De invoering van deze systemen zullen de poort openen voor onder andere de transparantie in de oogheelkundige zorg voor mensen met diabetes.

Samenvatting

Diabetische retinopathie kan, indien op tijd gediagnosticeerd, worden behandeld zodat het risico op blindheid aanzienlijk kleiner wordt. Voor deze diagnose is fundusonderzoek nodig. De behandelend internist is primair verantwoordelijk voor de tijdige controle van de fundus. De organisatie hiervan ligt bij het diabetesteam. Er bestaat geen discussie over de validiteit van de indicator percentage funduscontrole bij mensen met diabetes, die is vastgelegd door de standaard van CBO en NDF. Uit het inspectierapport blijkt dat er ruime variatie is in zowel het al dan niet registreren, als ook in de aangegeven percentages door ziekenhuizen die wel een registratie hebben. Kwaliteitsgroei van de diabeteszorg zal door deze indicator dan ook worden gestimuleerd. Het organiseren van de oogzorg is complex, maar de verantwoordelijkheid hiervoor ligt volgens de standaard bij de hoofdbehandelaar.

Referenties

- American Diabetes Association: Clinical Practice Recommendations 2004. Retinopathy in Diabetes (Position Statement). Diabetes Care. 2004;27(suppl 1):84-87
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO/ Nederlandse Diabetes Federatie Richtlijnen: diabetische retinopathie, diabetische nefropathie, diabetische voet & hart- en vaatziekten bij diabetes mellitus. Utrecht: CBO; 1998
- Diabetes Control and Complications Trial research Group, The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-Term Complications in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. New England Journal of Medicine, 1993 September 30, (329) 977-986
- Inspectie voor de gezondheidszorg. Het resultaat telt. Prestatie indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Mei 2005 Bereikbaar op:

https://webcollect.rivm.nl/deverbetermeter/achtergronddocumenten/Rapport_Het_resultaat_telt.pdf

- Inspectie voor de gezondheidszorg. Het resultaat telt 2004. Prestatie indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. April 2006. Bereikbaar op: www.igz.nl
- Storms, ten Have en Dijkstra. Indicatoren voor verbetering van de diabeteszorg, CBO, 15-04-2002, pp 25-26

5. Voetzorg

Relatie tot kwaliteit	Perifere neuropathie en perifeer arterieel vaatlijden, al dan niet gecombineerd met standsafwijkingen van de voeten, kunnen aanleiding geven tot invaliderende voetproblemen bij mensen met diabetes mellitus. Georganiseerde voetzorg en jaarlijks voetonderzoek zijn als onderdeel van de complicatie-screening bij mensen met diabetes mellitus van belang om (ernstige) voetulcera te voorkomen, het aantal ziekenhuisopnames te verminderen en amputaties (van een deel) van de voet te voorkomen.
Definitie	Het percentage mensen met diabetes mellitus bij wie de afgelopen 12 maanden een voetonderzoek heeft plaatsgevonden.
Teller	Aantal mensen met diabetes mellitus bij wie een recent (< 12 maanden) gedetailleerd voetonderzoek heeft plaatsgevonden (onderzoek op standsafwijkingen, inspectie schoeisel, onderzoek op aanwezigheid van neuropathie en ischemie)
Noemer	Aantal mensen bekend met diabetes mellitus
In/ exclusiecriteria	Inclusie : DBC-codes 221, 222 en 223. Diabetes mellitus type 1 en type 2. Exclusie : DBC-code 224
Type indicator	Procesindicator
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Voetzorg bij mensen met diabetes mellitus is in het algemeen een ondergewaardeerd onderdeel van de diabeteszorg is. Dat heeft onder meer als achtergrond dat de vereiste multidisciplinaire aanpak in de praktijk moeilijk te realiseren is.

Adequate registratie is een probleem door het veelal ontbreken van elektronische verslaglegging. Daartegenover staat dat het kunnen aanbieden van adequate voetzorg een duidelijk onderscheidende parameter kan zijn.

Diabetische voetulcera gaan gepaard met een hoge ziektelast voor de mens met diabetes en voor de gezondheidszorg. Het vergt in het algemeen anderhalf tot drie maanden voor het huiddefect genezen is. Gedurende deze periode is er verlies van mobiliteit, dient de mens met diabetes frequent het ziekenhuis te bezoeken, is er een aanzienlijke kans op infecties en ondergaat een deel van de mensen met diabetes een operatieve ingreep aan de voet. Op basis van twee recente Nederlandse onderzoeken kon berekend worden dat er in 2005 minimaal 19.500 mensen met diabetes (3% van de totale diabetespopulatie) met een voetulcus waren, en dat bij ongeveer 15% van deze mensen met diabetes een amputatie van (een deel) van het been werd verricht (Muller 2002, Van Houtum 2004). De directe kosten van de behandeling zijn hoog. In een recente Zweedse analyse waren deze kosten ongeveer 17.000 euro voor een ulcus dat zonder amputatie geneest, en waren de kosten gerelateerd aan een amputatie ongeveer 32.000 euro (Ragnarson Tenvall 2004). Bij het

ontstaan van een ulcus zijn meestal verschillende mechanismen betrokken. Daarom is een multidisciplinaire benadering nodig om ulcera, amputaties, verlies van kwaliteit van leven en kosten te voorkomen. Een gestructureerde organisatie van zorg, waarbij alle mensen met diabetes toegang hebben tot adequate, geprotocolleerde voetzorg, is een tweede randvoorwaarde. Gebrek aan aandacht, kennis en vaardigheden bij zowel de mens met diabetes als de zorgverlener leidt nog steeds tot onvoldoende preventie en zorg. Zowel Nederlandse als internationale onderzoeken hebben aangetoond dat door adequate behandeling en meer aandacht voor educatie de slechte prognose van een voetulcus aanzienlijk verbeterd kan worden. Zo nam bijvoorbeeld het aantal amputaties in Nederland in de periode 1991-2000 af met 34 % (van Houtum 2004).

Samenvattend zal vroege opsporing van een voet 'at risk' en adequate, tijdige behandeling van een voetulcus, leiden tot een verbeterde kwaliteit van leven, behoud van zelfstandigheid en een collectieve lastenverlichting voor de gezondheidszorg.

Mogelijkheden tot verbetering

Hierbij dient men onderscheid te maken tussen preventie en behandeling.

Tot de preventie behoort het uitvoeren van het jaarlijks voetonderzoek. Afspraken dienen gemaakt te worden wie dit zal verrichten. Aan de hand hiervan wordt een risicostratificatie opgesteld met de daarbij passende maatregelen, waarbij speciale aandacht voor het schoeisel niet mag ontbreken. Dit jaarlijks voetonderzoek en het opstellen van het risicoprofiel, vormen, samen met educatie, de hoeksteen van de preventie. De bestaande richtlijnen van de NDF/CBO en de NHG-standaard lenen zich hier volgens de werkgroep uitstekend voor.

Aanwezigheid van een multidisciplinair voetenteam is een randvoorwaarde voor de behandeling van een voetulcus. Hoe hoger de organisatiegraad van dit voetenteam, waarbij het voeren van gemeenschappelijke gesprekken essentieel is, hoe groter de winst zal zijn, in de zin van vroegtijdig onderkennen van voetproblemen, vermindering van het aantal ziekenhuisopnames en amputaties.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

De definitie voetenteam is voor verschillende interpretaties vatbaar. Op basis van de Nederlandse CBO-consensus is echter voor participatie van een minimaal aantal specialismen gekozen en voor het verrichten van een minimaal aantal gemeenschappelijke gesprekken (eenmaal per week). Vaak liggen afspraken betreffende samenstelling en werkwijze niet op papier vast wat de interpretatie van aanwezigheid van een voetenteam bemoeilijkt.

Gezien het ontbreken van een EPD bij de meerderheid van de ziekenhuizen, zullen gegevens met betrekking tot de uitvoering van de jaarlijkse voetcontrole (meestal enkel op papier beschikbaar) niet gemakkelijk traceerbaar zijn. Het reproduceren van deze gegevens zal in de praktijk veel tijd vergen.

Validiteit

Jaarlijks voetonderzoek bij mensen met diabetes mellitus wordt in diverse richtlijnen voorgeschreven om diabetische voetproblematiek te voorkomen en het aantal amputaties te verminderen. Deze benadering levert veel winst op, voor de mens met diabetes, voor de zorgverlener en uit het oogpunt van kostenbeheersing. Kwalitatief goede diabeteszorg

vereist een jaarlijkse voetcontrole en frequenter zonodig en de aanwezigheid van een multidisciplinair voetenteam.

Betrouwbaarheid

Het uitvoeren van het voetonderzoek vergt een zekere expertise die, afhankelijk van de onderling gemaakte afspraken, door de behandelend arts of door de diabetesverpleegkundige uitgevoerd kan worden. In de diverse richtlijnen wordt gedetailleerd beschreven uit welke onderdelen dit dient te bestaan en welke actie hieraan gekoppeld dient te worden. Voor de externe indicatoren zal vooral het proces (uitvoering van de voetcontrole) een rol spelen, en niet zozeer de uitkomsten in de zin van percentage ulcera, ziekenhuisopnames en amputaties

Discriminerend vermogen

De indicator voetonderzoek en voetenteam heeft volgens de werkgroep bij uitstek een discriminerend vermogen. Door het aanbieden van multidisciplinaire voetenzorg kan het ene ziekenhuis zich op duidelijke wijze van het andere onderscheiden. Ook het inzichtelijk kunnen maken dat voetcontrole bij mensen met diabetes mellitus deel uitmaakt van de jaarlijkse complicatie-screening heeft een discriminerend vermogen; het is een maat voor de kwaliteit van de geleverde zorg.

Minimale bias / beschrijving relevante case-mix

Dit is voor deze procesindicator niet van toepassing.

Registreerbaarheid / haalbaarheid registratie / tijdsinvestering

Het probleem van de registreerbaarheid zit in het ontbreken van een EPD in de meeste ziekenhuizen. Verzameling van gegevens uit de, veelal, papieren status van het jaarlijks voetonderzoek en de risicostratificatie is tijdrovend. De registratie van deze indicator zal sterk verbeteren na invoering van een EPD omdat deze informatie dan via een eenvoudige procedure verkregen kan worden. De aanwezigheid van een operationeel voetenteam is gemakkelijker registreerbaar aan de hand van spreekuuroverzichten en gemaakte notulen tijdens werkbesprekingen.

Ongewenste effecten

De ziekenhuizen met een EPD zullen als voorlopers voor de anderen fungeren en de eerste kritiek ontvangen. Anderzijds zal juist de transparantie die geboden wordt in hun voordeel werken. Ziekenhuizen die lang achterblijven met aanleveren van indicatoren prijzen zichzelf op deze manier uit de markt.

Referenties

- Apelqvist J, Larsson J. What is the most effective way to reduce incidence of amputation in the diabetic foot? *Diabetes Metab Res Rev* 2000; 16(Suppl 1): S75-83
- Bakker K, Schaper NC. Het diabetisch voetulcus: nieuwe ontwikkelingen in de behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2000;144: 413-8
- Consensus NDF/CBO Diabetische voet. Utrecht: CBO; 2002

- Muller IS, de Grauw WJ, van Gerwen WH, Bartelink ML, van Den Hoogen HJ, Rutten GE. Foot ulceration and lower limb amputation in type 2 diabetic patients in Dutch primary health care. *Diabetes Care* 2002; 25: 570-4, 2002
- G.E.H.M. Rutten, S. Verhoeven, R.J. Heine, W.J.C. de Grauw, P.V.M. Cromme, K. Reenders, E. van Ballegooie, Tj. Wiersma. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Februari 1999
- Ragnarson Tenvall G, Apelqvist J. Health-economic consequences of diabetic foot lesions. *Clin Infect Dis* 2004;39 Suppl 2: S132-9
- Van Houtum WH, Rauwerde JA, Ruwaard D, chaper NC, Bakker K. Reduction in diabetes-related lower –extremity amputations in the Netherlands: 1991-2000. *Diabetes Care* 2004; 27: 1042-6

3. Lijst met besproken en afgewezen indicatoren:

Naam indicator	Beschrijving/ belang	Kwaliteitsdomein	Type	Bron	Reden van afwijzing
OVERIG					
	Het ziekenhuisafsprakensysteem 'reserveert' zelf de afspraken aansluitend met de verschillende behandelaren, in plaats van dat men zelf de assistent van elke behandelaar moet benaderen om een afspraak te maken.	Effectiviteit	Structuur	16	In de veel ziekenhuizen is een dergelijk systeem niet aanwezig. In geval van geïntegreerde diabeteszorg kan dit goed afgehandeld worden door de diabetespoli. Zit al in de vragenlijst met de one stop poli. Als zodanig niet specifiek voor de diabeteszorg, maar een algemene parameter voor ziekenhuizen.
	People with selected diabetes risk factors who have had their glucose levels measured at least once T: Number of people who have had their blood glucose measured/ N: total number of with a specific diabetes risk factor (obesity)	Effectiviteit	Proces	1	Dit hoort thuis bij preventie en valt buiten het bestek van dit onderwerp. Dit is ook een minimum vereiste voor de zorg en zal zo hoog scoren dat er geen variatie is.
	Type of diabetes treatment: (a) treatment without medication (b) treatment without medication (diet/exercise) (a+b) both T: (a) or (b) or (a+b)/ N: number of people with diabetes who are following some type of treatment	Geen	Structuur	1	Geen relatie met kwaliteit van de behandeling, maar een beschrijving van de case mix.
	% patiënten dat jaarrapport krijgt (Communicatie)	Patiëntgerichtheid	Proces	2	Is wel van belang voor de kwaliteit maar nog geen geaccepteerde bedrijfsvoering. Wel zou op een andere manier gevraagd kunnen worden naar de communicatie van gegevens naar de mens met diabetes. Vertaald in de verkorte groslijst
	People with diabetes who have blood glucose levels under control T: Total number of people with blood glucose < 126 mg/ dl N: number of diabetes who claim to be following some type of treatment	Effectiviteit	Uitkomst	1	Random glucosewaarden te willekeurig; geen relatie met kwaliteit van de behandeling. Eén bloedsuiker zegt niets over de instelling van de diabetes.
	People with diabetes who claim to be following some type of treatment T: Number of diabetes who claim to be following some type of treatment N: number of people who claim to have diabetes	Geen	Structuur	1	Geen relatie met kwaliteit van de behandeling
	Percentage mensen met diabetes dat gedurende de laatste 12 maanden voor een diabetescontrole is geweest uit de totale groep waarvan de arts hoofdbehandelaar is.	Effectiviteit	Proces	4	Dit vraagt eigenlijk naar no shows op de poli, wat geen directe maat van de kwaliteit van zorg is maar meer een case mix parameter. Vaag geformuleerd; deze controle kan gaan van recept uitschrijven tot jaarcontrole en alles ertussenin
	Case mix. % met macrovasc. Aandoeningen Case mix. % boven 65 jr	Geen	Structuur	2	Geen relatie met kwaliteit van de behandeling

Naam indicator Beschrijving/ belang	Kwaliteitsdomein	Type	Bron	Reden van afwijzing
**% dialyse	Geen	Uitkomst	2	Geen relatie met kwaliteit van de behandeling, sterk afhankelijk van het wel of niet aanwezig zijn van dialyse in het ziekenhuis.
Educatie Tevredenheid	Patiëntgerichtheid	Uitkomst	3	Geen eenduidige manier van meten van deze parameter. Geeft eindeloze discussie.
Diëtist bezocht	Effectiviteit	Proces	3	Niet iedere mens met diabetes hoeft naar een diëtist. Wel moet gekeken worden of het nodig is. Waarschijnlijk zal het grootste deel wel verwezen worden; echter niet altijd noodzakelijk
Quality of life: number of sick days/ total number of days	Effectiviteit	Uitkomst	6	Geen relatie met diabetes, moeilijk te definiëren en wordt bijna nergens vastgelegd.
Alcohol	Effectiviteit	Uitkomst	6	Bemoedigt regulatie vaak wel doch heeft geen impliciete relatie met diabetes Geen belangrijke parameter, alleen bij alcoholisme, maar dat is geen groot probleem bij de gemiddelde populatie.
OOGZORG				
Het percentage van de bij de internist bekende patiënten met diabetes, die een fundusscopie of fotografie hebben ondergaan, <i>bij de internist bekende patiënten met diabetes, dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december een fundusscopie of fundusfotografie hebben ondergaan.</i>	Effectiviteit	Proces	5	Is in een andere vorm als de inspectie-indicator opgenomen in de set indicatoren. Oogzorg wel belangrijk. Afankelijk van de mix (type 1 of type 2) kan het % verschillen: type 1 heeft eerste 5 jaar niet naar oogarts. Het % kan nooit 100% zijn. Bij afwezigheid retinopathie of risicofactoren hoeft fundusonderzoek maar eens per 2 jaar plaats te vinden.
<i>N: Aantal bij de internist bekende patiënten met diabetes in de periode van 1 januari tot en met 31 december.</i>				Dit is betere parameter dan alleen kijken naar % door internist verwezen ptn. Invulling hoeft niet betrouwbaar te zijn. (Niet van ieder bezoek aan oogarts in of buiten het ziekenhuis krijgt internist een verslag. Men gaat daarom ook af op wat patiënt vertelt.)
Percentage of patients who received a dilated eye exam or seven standard field stereoscopic photos with interpretation by an ophthalmologist or optometrist or imaging validated to match diagnosis from these photos during the reporting year, or during the prior year, if patient is at low risk for retinopathy	Effectiviteit		15	Is in een andere vorm opgenomen in de set indicatoren.
Mensen met diabetes met retinopathie die behandeling behoeven en die het tijdig hebben gekregen	Effectiviteit	Proces	7	Moeilijk meetbaar. Is afhankelijk van heel veel factoren. Ook sterk afhankelijk van de oogarts. Nauweijks na te gaan. Wat is 'tijdig' Definitie niet helder
% ptn met retinopathie: background maculopathie proliferatieve retinopathie	Effectiviteit	Uitkomst	11	Zegt iets of je goed diagnosticeert. Afankelijk van de oogarts
Oogonderzoek blind/slechtzien DRP	Effectiviteit	Uitkomst	3	Te complex en zeldzaam eindpunt. Zegt weinig over kwaliteit, wel over case-mix.
Ooginsp % met afwijkende fundus	Effectiviteit	Uitkomst	2	Te complex eindpunt. Zegt weinig over kwaliteit, wel over case-mix.
% blind	Effectiviteit	Uitkomst	2	Te complex en zeldzaam eindpunt. Zegt weinig over kwaliteit, wel over case-mix..

Naam indicator Beschrijving/ belang	Kwaliteitsdomein	Type	Bron	Reden van afwijzing
MICRO-ALBUMINURIE				
Micro-albuminurie % > grenswaarde normaal	Effectiviteit	Uitkomst	2	Als interne indicator overwegen
Percentage mensen met diabetes met microalbuminurie (> 30 mg/24 uur).	Effectiviteit	Uitkomst	4	Geen externe uitkomst. Zegt iets over case-mix. Microalbuminurie kan al binnen 1 à 2 weken verminderen door verbeterde zorg en is sterk wisselend van dag tot dag.
Micro- albuminurea MAU <=20 mg/l	Effectiviteit	Uitkomst	6	Geen externe uitkomst.
Percentage mensen met diabetes met een verhoogde microalbuminurie (b.v. > 30 mg/24 uur) en/of een bloeddruk boven 150/85 mmHg dat antihypertensiva voorgeschreven krijgt	Effectiviteit	Uitkomst	4	Geen externe uitkomst.
Nephropathy	Effectiviteit	Uitkomst	13	Als interne indicator overwegen. Sterk afhankelijk van case-mix.
% patiënten met te hoog kreatinine 2	Effectiviteit	Uitkomst	11	Als interne indicator overwegen. Sterk afhankelijk van case-mix.
Nierfunctie kreatinine meting (onder 50 jaar) nierfalen % kreat > 130,	Effectiviteit	Uitkomst	3	Als interne indicator overwegen. Sterk afhankelijk van case-mix.
End stage renal disease/ patients onder dialysis	Effectiviteit	Uitkomst	6	Als interne indicator overwegen. Sterk afhankelijk van case-mix.
Creatinine Crea <=106.1 umol/l	Effectiviteit	Uitkomst	6	Als interne indicator overwegen. Sterk afhankelijk van case-mix.
HbA1c				
Gemiddelde HbA1C - waarde bij diabetes type 1 en 2. voor de periode van 1 januari tot en met 31 december Ta. Som van alle HbA1c waardes van patiënten met diabetes type 1 van 1 januari tot en met 31 december. N 1) Aantal HbA1c bepalingen bij patiënten N 2) Aantal patiënten bij wie HbA1c bepaling(en) zijn verricht	Effectiviteit	Uitkomst	5	Discussie rondom indicator HbA1c. Binnen de werkgroep was er geen communis opinio over de positie van de indicator HbA1c. De indicator HbA1c zoals deze door de IGZ gehanteerd wordt is een uitkomstparameter en alhoewel deze informatie geeft over de kwaliteit van zorg is de werkgroep van mening dat de indicator HbA1c thuishoort in de set interne indicatoren gericht op werktuigen voor de internist om zijn/haar resultaten te verbeteren. Als externe indicator oordeelt de werkgroep dat HbA1c (of percentage HbA1c ≤ 7%) in deze fase ongeschikt is, omdat de voorkeur dient gegeven te worden aan structuur- en proces- indicatoren. Immers de wijze waarop de zorg ingebed is en hoe deze gegeven worden, zijn voor de zorgverlener en ook voor de individuele patiënt de variabelen bij diabeteszorg waarop de zorgverlener sec afgerekend kan worden.
% mensen met diabetes met een HbA1c <- 8.0%	Effectiviteit	Uitkomst	7	Anders gezegd, het kiezen voor een structuur indicator en een procesindicator ondervangt eventuele verschillen in uitkomstindicator veroorzaakt door case-mix. Structuur en proces indicatoren zijn hiervoor ongevoelig. Zie hierboven

Naam indicator Beschrijving/ belang	Kwaliteitsdomein	Type	Bron	Reden van afwijzing
Percentage mensen met diabetes met een HbA1c kleiner of gelijk aan 8,5%.	Effectiviteit	Uitkomst	4	Zie hierboven
% of patients with most recent A1c level > 9.0% (poor control)	Effectiviteit	Uitkomst	15	Zie hierboven
HbA1c <= mean +4SD	Effectiviteit	Uitkomst	7	Zie hierboven
HbA1c (het gemiddelde en het percentage boven 7,0 en 8.5 %)*	Effectiviteit	Uitkomst	10	Zie hierboven
BLOEDDRUK				
Th.RR % behandeld	Effectiviteit	Proces	2	Is in een andere vorm opgenomen in de set indicatoren.
Th.RR % behandeld met RR > 140/85	Effectiviteit	Proces	2	Is in een andere vorm opgenomen in de set indicatoren.
% mensen met diabetes met een bloeddrukwaarde die minder dan 12 maanden oud is (minimaal 1x per jaar gemeten)	Effectiviteit	Proces	2, 3, 4, 7, 8, 11	Is in een andere vorm opgenomen in de set indicatoren.
% of patients with most recent blood pressure < 140/80 mm Hg	Effectiviteit	Uitkomst	15	Is in een andere vorm opgenomen in de set indicatoren.
% mensen met diabetes met een systolische bloeddruk <- 140mm Hg	Effectiviteit	Uitkomst	4, 7, 9, 11,	Te complex en zegt meer over case mix dan over kwaliteit.
150 : Behandelars met een elektronische patiëntendatabase kunnen deze indicator nog verfijnen door bij mensen met diabetes onder de 60 jaar de grens bij 140 mmHg te leggen, en bij de 60-plussers de grens bij 160 mmHg te leggen.				
Bloeddruk % > 160/90 %<140/85	Effectiviteit	Uitkomst	3	Te complex en zegt meer over case mix dan over kwaliteit.
Blood pressure BP sys <= 140, BP dia <= 90, BP <=140&<=90	Effectiviteit	Uitkomst	6	Te complex en zegt meer over case mix dan over kwaliteit.
BP <140/90mm/Hg (65%) 130/80 mm/Hg (35%)	Effectiviteit	Uitkomst	13	Te complex en zegt meer over case mix dan over kwaliteit.
Systolische bloeddruk (het gemiddelde en het percentage boven 150 mmHg)	Effectiviteit	Uitkomst	10	Te complex en zegt meer over case mix dan over kwaliteit.
SystRR % < 140 mmHg en < 160 mmHg	Effectiviteit	Uitkomst	2	Te complex en zegt meer over case mix dan over kwaliteit.
DiastRR % < 80 mmHg en % < 90 mmHg.	Effectiviteit	Uitkomst	2	Te complex en zegt meer over case mix dan over kwaliteit.
CHOLESTEROL EN LIPIDEN				
Percentage mensen met diabetes waarvan een recente (< 12 maanden oud) albumine gehalte bekend is.	Effectiviteit	Proces	3,4,8,11	Is in een andere vorm opgenomen in de set indicatoren.
Percentage mensen met diabetes waarvan een recent (< 12 maanden oud) creatinine bekend is.	Effectiviteit	Proces	3,4,11	Is in een andere vorm opgenomen in de set indicatoren.

Naam indicator Beschrijving/ belang	Kwaliteitsdomein	Type	Bron	Reden van afwijzing
Percentage mensen met diabetes, waarbij het cholesterol (Totaal en HDL) en triglyceriden bepaald zijn gedurende het laatste jaar. T: mensen met diabetes, waarbij het cholesterol (Totaal en HDL) en triglyceriden bepaald zijn gedurende het laatste jaar N: totaal aantal mensen met diabetes	Effectiviteit	Proces		Is in een andere vorm opgenomen in de set indicatoren.
% mensen met diabetes met anti- hyperlipidemische medicatie T: aantal mensen met diabetes met hyperlipidemische medicatie N: aantal mensen met diabetes met een cholesterol > 5 mmol/l dat wordt behandeld voor hyperlipideamie	Effectiviteit	Proces		Deze indicator zegt meer over case mix dan kwaliteit. Is meer een interne indicator.
Triglic. % nuchter < 3 mmol/	Effectiviteit	Uitkomst	2	Van de lipiden niet de belangrijkste, tweede keus dus niet meenemen.
Triglycerides TG <= 2mmol/l	Effectiviteit	Uitkomst	6	Van de lipiden niet de belangrijkste, tweede keus dus niet meenemen.
% mensen met diabetes met een totaal cholesterol <- 5 mmol/l Hg	Effectiviteit	Uitkomst	2, 4, 6, 7,	Afhankelijk van veel factoren en is geen goede maat voor de kwaliteit van de zorg.
LDLChol % gemeten	Effectiviteit	Proces	2, 16	Is in een andere vorm opgenomen in de set indicatoren...
LDLChol % < 2.6 mmol/l	Effectiviteit	Uitkomst	2	Afhankelijk van veel factoren en is geen goede maat voor de kwaliteit van de zorg.
HDLChol % > 1 mmol/l	Effectiviteit	Uitkomst	2	Afhankelijk van veel factoren en is geen goede maat voor de kwaliteit van de zorg. Is moeilijk therapeutisch te beïnvloeden.
Totaal cholesterol (het gemiddelde en het % boven 6,5 mmol/l en onder de 5 mmol/l)	Effectiviteit	Uitkomst	10	Als de nieuwe norm wordt dat iedere cliënt met diabetes een statine moet hebben wordt dat een goede indicator, niet het afkappunt. Zie 63
% behandeld met Chol > 5 mmol/l	Effectiviteit	Uitkomst	2	Afhankelijk van veel factoren en is geen goede maat voor de kwaliteit van de zorg.
Th. Gluc. % insuline	Effectiviteit	Proces	2	Geen maat voor de kwaliteit maar van de case mix.
LDL < 130mg/dl; LDL < 100 mg/dl	Effectiviteit	Uitkomst	13, 15	Geen maat voor de kwaliteit maar van de case mix.
Percent of patients with diabetes who had a lipid profile in the past two years	Effectiviteit	Proces	8, 9, 11, 13	Deze indicator discrimineert niet anno 2005. in andere vorm opgenomen.
% patiënten met afwijkend lipidenpectrum: totaal cholesterol < 5,0 mmol/l LDL cholesterol < 2,6 mmol/l HDL cholesterol > 1,0 mmol/l triglyceriden < 3,0 mmol/l	Effectiviteit	Uitkomst	11	Veel te complex. Mogelijk wel geschikt voor intern gebruik.
ANGINA PECTORIS				
Percentage mensen met diabetes met angina pectoris, dat anti-angineuze medicatie krijgt	Effectiviteit	Proces	7, 4	Niet afhankelijk van diabetesteam in engere zin, maar meer van de cardioloog.

Naam indicator Beschrijving/ belang	Kwaliteitsdomein	Type	Bron	Reden van afwijzing
Percentage patiënten met hartinfarct, CVA	Effectiviteit	Uitkomst	10	Het optreden van hartinfarcten en CVAs zegt weinig over de kwaliteit van huidige zorg, omdat ze een lange ontstaansgeschiedenis hebben en door zoveel meer dan alleen kwaliteit van zorg worden beïnvloed. Maar zegt wel wat over case mix;
Therapy/ symptoms anginal chest pain	Effectiviteit	Proces	6	Niet afhankelijk van diabetesteam in engere zin, maar meer van de cardioloog.
Myocardial infarction/ number treated	Effectiviteit	Uitkomst	6	Case mix parameter
% CVA	Effectiviteit	Uitkomst	2	Case mix parameter
% Myocard Infarct	Effectiviteit	Uitkomst	2	Case mix parameter
% CHD	Effectiviteit	Uitkomst	12	Case mix parameter
% Fatal CHD	Effectiviteit	Uitkomst	12	Case mix parameter
% Stroke	Effectiviteit	Uitkomst	12	Case mix parameter
% Fatal Stroke	Effectiviteit	Uitkomst	12	Case mix parameter
VOETZORG				
Percentage mensen met diabetes met niet ulcereuze voetafwijkingen (callus, drukpunten, roodheid, vasculopathie, neuropathie)	Effectiviteit	Uitkomst	7, 4	Geen relatie tot kwaliteit van zorg. Zegt iets over case mix.
% ptn met afwijkingen aan voet	Effectiviteit	Uitkomst	11	Te specifiek; vage formulering Zegt iets over case mix.
Voetonderzoek ulcus amputatie 1x/ jr % gemeten	Effectiviteit	Proces	3	Zoals hier geformuleerd is het te vaag om te gebruiken voor extern. Belangrijk onderwerp; Ervating bij huisartsonderzoek leert dat dit in praktijk te weinig gebeurd. Wel nuttig verder uit te werken. Invulling nu nog erg afhankelijk van idee van dokter. Zou mooi zijn als gevraagd zou kunnen worden of er een opmerking over voetonderzoek in de status is gemaakt het laatste jaar.
Voetonderzoek ulcus amputatie high risk	Effectiviteit	Uitkomst	3	Zoals hier geformuleerd is het te vaag om te gebruiken voor extern.
Acute/ healed ulcer	Effectiviteit	Uitkomst	6	Zoals hier geformuleerd is het te vaag om te gebruiken voor extern.
*% Amputatie boven de enkel	Effectiviteit	Uitkomst	2, 6	Zoals hier geformuleerd is het te vaag om te gebruiken voor extern.
Voetinsp % met afwijkingen	Effectiviteit	Uitkomst	2	Niet voor extern, te specifiek

Naam indicator Beschrijving/ belang	Kwaliteitsdomein	Type	Bron	Reden van afwijzing
HYPERGLYCEMIE EN HYPOGLYCEMIE				
Percentage mensen met diabetes dat het afgelopen jaar een of meer ernstige hypoglykemieën heeft doorgemaakt	Veiligheid	Uitkomst	4	Moelijk voor extern. Voor intern zeker wel bruikbaar. Zijn er te weinig dan ben je als arts niet agressief genoeg. Te veel dan ben je te agressief. Patiëntfactoren spelen hierin belangrijke rol: bv angst voor hypo's
Hypoglycaemia (needed intervention by third person)	Veiligheid	Uitkomst	6, 14	Deze indicator is ondermeer van belang om te controleren dat het HbA1c niet wordt verlaagd ten koste van teveel hypoglykemieën. Ook is het een indicator om de patiëntenvoorlichting mee te controleren. Hypo's veroorzaken geen irreversibele schade. Hypo's treden vaker op als een diabetespopulatie een gemiddeld laag HbA1c heeft. Vandaar dat het optreden van hypo's eerder een teken is van goede dan van slechte zorg is. Het is tevens een van de weinige indicatoren voor patiëntveiligheid.
Hypo gr.3 met minstens 1 in de laatste 12 maanden	Veiligheid	Uitkomst	2	Niet voor extern; van veel factoren afhankelijk. Zie hierboven.
Prevalence of people with hyperglycemia	Veiligheid	Uitkomst	1	Niet goed geformuleerd. Zie hierboven.
Total number of people with blood glucose >= 126 mg/dl or who are being treated with medication / total number of participants in the study	Veiligheid	Uitkomst	4	Vage formulering; geen conclusie te verbinden aan aantal random hoge waarden.
Hyperglycemia (needed intervention by third person)	Veiligheid	Uitkomst	4	Vage formulering, te specifiek.
Hyper gr.3 met minstens 1 in de laatste 12 maanden	Veiligheid	Uitkomst	2	Niet goed geformuleerd.
GRIEP				
Percent of adults with diabetes who had an influenza immunization in the past year	Geen	Proces	9, 14	Geen relatie met tweede lijns zorg. Deze vaccinatie is verantwoordelijkheid huisarts (en pt!). Niet opnemen.
BMI				
% ptn met BMI < 25 BMI > 30	Effectiviteit	Uitkomst	2, 3, 11	Interessant gegeven, zegt niets over kwaliteit van zorg.
Weight Height BMI female <= 25.0, BMI male <=27.5	Effectiviteit	Uitkomst	6	Interessant gegeven, zegt niets over kwaliteit van zorg.
ROKEN				
Roken% rokers dat stopte	Effectiviteit	Uitkomst	2, 3, 11	Afhankelijk van teveel andere factoren; weinig uitstaande met kwaliteit van zorg. Moeilijk te objectiveren resultaat.
OPNAME IN ZIEKENHUIS				
Hospital admissions for adults with uncomplicated, uncontrolled diabetes per 100,000 population	Effectiviteit	Uitkomst	9	Te veel co-morbiditeit. Bij registratie geen rekening mee gehouden. De reden voor opname is dan meestal het gevolg van iets anders en dus als zodanig niet relevant.

Naam indicator Beschrijving/ belang	Kwaliteitsdomein	Type	Bron	Reden van afwijzing
Hospital admissions for adults with <i>short-term complications</i> of diabetes per 100,000 population	Effectiviteit	Uitkomst	9	Te veel co-morbiditeit. Bij registratie geen rekening mee gehouden. De reden voor opname is dan meestal het gevolg van iets anders en dus als zodanig niet relevant.
Hospital admissions for adults with long-term complications of diabetes per 100,000 population	Effectiviteit	Uitkomst	9	De reden voor opname is dan meestal het gevolg van iets anders en dus als zodanig niet relevant.
Hospital admissions for lower extremity amputations for patients of all ages with diabetes per 1,000 population	Effectiviteit	Uitkomst	9	Wel interessant gegeven, niet voor extern.
Percentage patiënten met 1 of meer klinische opname wegens hyperglycemische ontregeling.	Effectiviteit	Uitkomst	10	Te veel co-morbiditeit. Bij registratie geen rekening mee gehouden. Vaak hyperglycemische ontregeling op basis van onderliggende aandoening.
Hospital days (nr patients/ duration)	Doelmatigheid	Uitkomst	6	Geen relatie tot kwaliteit van zorg.

Oorsprong van de indicatoren:

- 1 WHO: proposed basic indicators. Bereikbaar op: <http://www.paho.org/English/AD/DPC/NC/diabetes-eng-r&i.pdf>
- 2 F. Storms (*inhoudelijk expert*)
- 3 NDF zorgstandaard voor goede diabetes zorg. Bereikbaar op: <http://www.diabetesfederatie.nl/Adobe/Zorgstandaard.pdf>
- 4 Indicatoren voor verbetering van de diabeteszorg. Storms, ten Have, Dijkstra
- 5 Het resultaat telt. Prestatie indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Mei 2005 inspectie voor de gezondheidszorg. Bereikbaar op: https://webcollect.rivm.nl/deverbetermeter/achtergronddocumenten/Rapport_Het_resultaat_telt.pdf
- 6 DiabCare Q-net,
- 7 ZN inkoopgids kwaliteitsindicatoren. Bereikbaar op: http://www.ggzbeleid.nl/pdfdbc/dbc_zn_inkoopgids.pdf
- 8 Denemarken nationale indicator project. Bereikbaar op: <http://www.nip.dk/>
- 9 Amerikaanse Agency for healthcare and Quality
- 10 P. ten Have (*methodologisch expert CBO*)
- 11 Taakgroep diabetes zorg beter
- 12 United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Risk Engine
- 13 clinical standards, performance criteria and scoring standards for adult patients. American Diabetes Association/ National Committee for Quality Assurance. Bereikbaar op: <http://www.ncqa.org>
- 14 National Healthcare quality report (AHRQ)
- 15 National Diabetes Quality Improvement Alliance, Performance Measurement Set for Adult Diabetes , Approved January 21, 2005
- 16 Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

4. Leeswijzer

Deze leeswijzer is bedoeld als begeleidende tekst voor consumenten/mensen bij de prestatiegegevens die tzt door de NIV-leden openbaar worden gemaakt op hun eigen (ziekenhuis)websites en op www.kiesbeter.nl (website van het RIVM, ontwikkeld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)

4.1 Wat is een indicator?

Als u in het ziekenhuis wordt behandeld dan gaat u ervan uit dat u de beste zorg krijgt. Hoe weet u dat de zorg goed is? Dat is lastig te bepalen omdat hierbij meerdere factoren een rol spelen.

De Nederlandsche Internisten Vereniging (NIV) geeft aan mensen met diabetes en consumenten informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Hiervoor gebruiken zij indicatoren. Een indicator is niet meer dan een signaal dat een globale indruk geeft over de kwaliteit van zorg. Als indicatoren uniform worden gehanteerd en op systematische wijze zijn verzameld, kunnen ze ook onderling vergeleken worden. De NIV heeft in overleg met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, de diabetes vereniging Nederland, de Eerste Associatie van Diabetes Verpleegkundigen en verzekeraars voor de kwaliteit van diabeteszorg de volgende indicatoren gekozen:

1. *Organisatiestructuur van diabeteszorg.*
2. *Percentage mensen met diabetes mellitus, waarbij in de afgelopen 12 maanden alle volgende van de laboratoriumparameters zijn gemeten: HbA1c, kreatinine, microalbumine, totaal cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol en triglyceriden (nuchter)*
 - 3.1 *Percentage mensen met diabetes mellitus bij wie bloeddruk is gemeten*
 - 3.2 *Percentage mensen met diabetes mellitus met een verhoogde bloeddruk*
 - 3.3 *Percentage mensen met diabetes mellitus met te hoge bloeddruk met anti-hypertensieve medicatie*
4. *Het percentage mensen met diabetes mellitus bij wie de afgelopen 12 maanden een oogonderzoek heeft plaatsgevonden.*
5. *Het percentage mensen met diabetes mellitus bij wie de afgelopen 12 maanden een voetonderzoek heeft plaatsgevonden.*

4.2 Wat is het doel van de gekozen indicatoren?

Het is de bedoeling dat de komende jaren door alle internisten in Nederland dezelfde informatie wordt geleverd over de kwaliteit van zorg rond behandeling diabetes aan de hand van deze indicatoren. Deze informatie is openbaar en voor het publiek toegankelijk via de websites van ziekenhuizen en van de overheid (KiesBeter.nl). Mensen met diabetes en consumenten kunnen in de toekomst op basis hiervan vergelijkingen maken en zijn dan mogelijk beter in staat keuzes te maken wat betreft ziekenhuis en behandeling. De gegevens zullen ook gebruikt worden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor het uitvoeren van toezicht en door de Zorgverzekeraars voor onderhandelingen met ziekenhuizen. De Consumentenbond zal de gegevens gebruiken in een soort ziekenhuisvergelijker.

4.3 Wat is goede diabeteszorg?

Diabetes mellitus is een chronische stofwisselingsziekte die wel behandeld maar niet genezen kan worden. Mensen met diabetes hebben een verstoorde suikerhuishouding, en meestal ook een verstoorde eiwit- en vethuishouding. De behandeling van diabetes is in eerste instantie gericht op het normaliseren van de suikerhuishouding.

Glucose (suiker) is de belangrijkste brandstof voor de cellen van het lichaam. Zonder glucose kunnen de cellen niet functioneren. Glucose uit ons voedsel komt via het spijsverteringskanaal in de bloedbaan terecht. Met behulp van het hormoon insuline wordt de glucose vanuit het bloed opgenomen in de lichaamscellen. Insuline wordt gemaakt in de alveesklier, ook wel pancreas genoemd. Er is steeds een evenwicht tussen het glucosegehalte in het bloed en de hoeveelheid insuline. Zodra er glucose in het bloed komt, geeft de alveesklier insuline af aan het bloed en wordt glucose opgenomen door de lichaamscellen. Als het bloedglucoseniveau is gedaald, neemt de insulineproductie weer af. Door dit evenwicht blijft bij gezonde mensen het bloedglucosegehalte tussen de 4 en 7 millimol per liter.

Wanneer de alveesklier geen of te weinig insuline maakt, wordt de bloedglucosespiegel te hoog en is er sprake van diabetes mellitus. De belangrijkste klachten daarbij zijn veel plassen, dorst en moeheid.

Indeling

Er zijn twee varianten van diabetes mellitus: type 1 en type 2.

Bij diabetes mellitus type 1 maakt de alveesklier helemaal geen insuline aan. De hoeveelheid glucose in het bloed is dan continu te hoog. Deze vorm van diabetes openbaart zich meestal op jonge leeftijd.

De oorzaak van hoge bloedglucosespiegels bij diabetes mellitus type 2 is een combinatie van factoren. Ten eerste maakt de alveesklier te weinig insuline aan. Daarnaast is er sprake van insulineresistentie. Dat wil zeggen dat de cellen minder gevoelig zijn geworden voor insuline waardoor de opname van glucose moeilijker verloopt. Bovendien produceert de lever te veel glucose. In een gezond lichaam reguleert insuline de glucoseproductie van de lever. Met te weinig insuline wordt de lever niet meer gereguleerd waardoor het te veel glucose produceert.

Naast een verstoorde glucosehuishouding zijn bij diabetes type 2 de eiwithuishouding en vethuishouding ook uit balans. Bovendien hebben mensen met type 2 diabetes vaak een te hoge bloeddruk en zijn ze dikwijls te zwaar. Al deze factoren verhogen het risico op hart- en vaatziekten. Daarom wordt diabetes type 2 ook niet gezien als een aparte, op zichzelf staande ziekte, maar eerder als onderdeel van een complex aan risicofactoren voor het ontstaan van hart- en vaatziekten.

Type 2 diabetes ontwikkelt zich meestal pas op latere leeftijd. De laatste jaren komt type 2 diabetes ook steeds meer bij jongere mensen en zelfs bij kinderen vanaf 6 jaar voor.

In Nederland hebben ongeveer 600.000 mensen diabetes mellitus waarvan 90% type 2. Ieder jaar komen er 72.500 nieuwe mensen met diabetes bij. Dit zijn behoudende schattingen.

Complicaties

Als diabetes niet wordt behandeld kan het op (lange) termijn leiden tot ernstige complicaties. De meest voorkomende complicaties zijn:

- oogaandoeningen, in het ergste geval leidend tot blindheid;
- nieraandoeningen, in het ergste geval leidend tot sterfte;
- voetaandoeningen, in het ergste geval leidend tot amputatie, en;
- hart- en vaatziekten, in het ergste geval leidend tot sterfte.

Voor het ontwikkelen van complicaties op lange termijn is het onderscheid tussen type 1 diabetes mellitus en type 2 diabetes mellitus eigenlijk niet zozeer van belang; beide typen moeten goed gereguleerd zijn en bij beide typen treden dezelfde complicaties op na vele jaren diabetes.

Behandeling

Hoe beter het bloedglucosegehalte onder controle is, hoe kleiner de kans op het ontstaan of verergeren van complicaties. Het belangrijkste doel is dus dat de bloedglucosespiegel weer binnen de gezonde waarden valt.

De basis van de behandeling is gezonde voeding die meehelpt een evenwichtige bloedsuikerspiegel te handhaven. Dit geldt voor beide typen diabetes. Naast het volgen van richtlijnen gezonde voeding, moeten mensen met type 1 diabetes insuline bij zichzelf inspuiten omdat het lichaam het zelf niet meer maakt. Diabeteszorg voor type 1 diabetes is specialistische zorg en wordt geleverd door de kinderarts en specialist samen met de andere leden van het diabetesteam. De risicofactoren bloeddruk en vetstofwisseling moeten goed in de gaten worden gehouden en zo nodig behandeld.

Mensen met type 2 diabetes kunnen soms volstaan met het volgen van het voedingsadvies. Vaak zijn echter tabletten of in een later stadium insuline nodig om de diabetes goed in te stellen. Daarnaast wordt de vet- en eiwithuishouding en ook de bloeddruk goed in de gaten gehouden. Mensen die te zwaar zijn moeten afvallen. Diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2 begint in de huisartsenpraktijk. In speciale gevallen verwijst de huisarts door naar de internist in het ziekenhuis, bijvoorbeeld als het instellen van de diabetes niet soepel verloopt of als er complicaties optreden.

Al met al is degene met diabetes zelf de belangrijkste behandelaar en is goede begeleiding door de huisarts en/of een diabetesteam daarin cruciaal.

Geïntegreerde diabeteszorg

Om complicaties te voorkomen zijn tijdige herkenning en goede diabeteszorg essentieel. Omdat bij diabeteszorg een groot aantal partijen betrokken is, is het belangrijk dat deze partijen op een effectieve en efficiënte manier met elkaar samenwerken. Degene met diabetes staat centraal met daaromheen een team van zorgverleners.

De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) heeft in samenwerking met het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO richtlijnen en adviezen opgesteld voor de diabeteszorg. Ook heeft de NDF de Zorgstandaard voor goede diabeteszorg opgesteld waarin beschreven wordt aan welke eisen geïntegreerde diabeteszorg moet voldoen.

In principe wordt ieder mens met diabetes behandeld door de huisarts tenzij er redenen zijn om de mens met diabetes door te verwijzen naar het ziekenhuis. Binnen een ziekenhuis wordt de diabeteszorg in eerste instantie verleend door het diabetesteam. Afhankelijk van

hoe de diabetes zich verder ontwikkelt bij de mens met diabetes, roept het diabetesteam de hulp in van andere specialisten.

Volgens de Zorgstandaard zouden minimaal de volgende zorgverleners moeten deelnemen aan het diabetesteam: een behandelend arts (meestal een internist), een diabetesverpleegkundige en een diëtist. In de praktijk blijken een podotherapeut (voetenspecialist), een psychiater/psychotherapeut, een pompinstructeur en een nefroloog (nierspecialist) ook onmisbare leden voor een diabetesteam.

Alle teamleden zijn vanuit hun eigen achtergrond gespecialiseerd op het gebied van diabetes mellitus en houden hun kennis bij door middel van scholing. Het team heeft wat men noemt een multidisciplinair karakter: er zitten verschillende mensen in, elk met hun eigen specialisatie.

De andere zorgverleners die door het diabetesteam betrokken kunnen worden in de diabeteszorg zijn oogartsen, orthopeden, (vaat)chirurgen, gynaecologen, neurologen, urologen, (ziekenhuis)apothekers en laboratoria (tweedelijns zorg). Uiteraard houdt het diabetesteam nauw contact met de huisarts van de mens met diabetes (eerstelijns zorg).

Zoals gezegd, een diabetesteam moet effectief en efficiënt werken. Dit houdt in:

- dat het voor alle betrokkenen duidelijk is wie medisch eindverantwoordelijk is voor de zorg van de mens met diabetes. In de praktijk is dit óf de huisarts óf de specialist (internist) van het diabetesteam. Hij of zij is ook het eerste aanspreekpunt voor de mens met diabetes.
- dat het team werkt volgens de eerdergenoemde richtlijnen en adviezen.
- dat er goede afspraken zijn tussen alle partijen. Binnen het diabetesteam staan deze afspraken beschreven in protocollen. Tussen het diabetesteam en de specialisten eromheen zijn er schriftelijke werkafspraken die onder andere gaan over de communicatie bij verwijzing en over de manier waarop informatie wordt overgedragen. Idealiter is er een duidelijke en voor alle partijen toegankelijke registratie van patiëntgegevens. In de praktijk is men nog hard aan het werk dit te realiseren.
- dat het diabetesteam regelmatig patiëntenoverleg voert. Het behandelplan is bekend bij de mens met diabetes en bij alle zorgverleners. Voor iedereen is duidelijk wie voor welk onderdeel van het plan verantwoordelijk is.
- dat er korte communicatielijnen zijn tussen de betrokken zorgverleners en de mens met diabetes en tussen de zorgverleners onderling.

Om efficiënt met mensen en middelen om te gaan is coördinatie van de diabeteszorg per regio vereist.

HbA1c-waarden

Om te bepalen hoeveel insuline of tabletten nodig zijn op een dag kunnen mensen met diabetes meerdere keren per dag zelf hun bloedglucosespiegel meten. Deze meting is een momentopname. Naast de bloedglucosespiegel kan ook het HbA1c-niveau worden gemeten. Deze meting vindt meestal plaats in het ziekenhuis. Het HbA1c-niveau is een maat voor de gemiddelde bloedglucosewaarde over de afgelopen twee tot drie maanden.

HbA1c is hemoglobine waaraan glucose is gehecht. Hemoglobine is een eiwit in de rode bloedcellen dat ervoor zorgt dat deze cellen zuurstof kunnen opnemen in de longen en afgeven in de weefsels. Een grotere hoeveelheid glucose in het bloed leidt tot een hoger

percentage hemoglobine waaraan glucose is gehecht (HbA1c). Omdat rode bloedcellen ongeveer twee tot drie maanden leven, is het percentage hemoglobine waaraan glucose is gehecht een goede maat voor de glucoseregulatie van de afgelopen twee tot drie maanden. Het op gezette tijden meten van het HbA1c geeft aanvullende informatie over de effectiviteit van de behandeling op langere termijn. Het HbA1c-gehalte heeft ook een relatie met het optreden van complicaties: hoe hoger het HbA1c-gehalte, hoe meer complicaties op lange termijn. HbA1c-metingen worden een paar keer per jaar verricht en zijn niet bedoeld om het dagelijks meten van bloedglucose te vervangen. Als de HbA1c-waarde te hoog is, terwijl de dagelijkse bloedsuikermetingen goed zijn, kan dit betekenen dat tussen de dagelijkse metingen door, bijvoorbeeld na de maaltijd of 's nachts, tóch te hoge waarden voorkomen. De behandeling moet dan worden aangepast.

Een kanttekening hierbij is dat verschillende personen een verschillend HbA1c-gehalte zullen hebben bij dezelfde bloedglucosespiegels. Het gaat voor het individu dus niet helemaal op dat een hoog HbA1c-gehalte betekent dat de bloedglucosegehalten hoog zullen zijn of dat deze persoon sneller complicaties op lange termijn zal ontwikkelen dan een ander met hetzelfde ziektebeeld en een lager HbA1c-gehalte. Het diabetesteam zal voor behandelingsadviezen varen op zowel het HbA1c-gehalte als op de bloedglucosespiegels. Al met al is degene met diabetes zelf de belangrijkste behandelaar en is goede begeleiding door de huisarts en/of een diabetesteam daarin cruciaal. De mens met diabetes en diabetesteam werken nauw samen om de bloedsuikerspiegel goed ingesteld te krijgen. Dit geldt zeker voor mensen die insuline spuiten, zowel type 1 als type 2. Het diabetesteam levert ondersteuning, toepassing van praktische kennis en hulpmiddelen aan voor goede instelling: insuline, pennen, meters, aanpasregels, voedingsadvies en dergelijke. Met deze hulpmiddelen is het de taak van de mens met diabetes om de bloedsuikerspiegels op peil te krijgen. Het diabetesteam staat altijd klaar om mee te helpen, maar uiteindelijk is het de inspanning van de mens met diabetes die ervoor zorgt dat de bloedsuikerspiegel goed of niet goed is.

Diabetische retinopathie

Zoals gezegd, als diabetes niet goed behandeld wordt, kan het leiden tot oogcomplicaties. De meest voorkomende oogcomplicatie is diabetische retinopathie, maar ook staar en glaucoom zijn regelmatig voorkomende complicaties.

De lens van het oog projecteert een beeld op het netvlies. In het netvlies wordt dit beeld omgezet in signalen die naar de hersenen worden gezonden. Het netvlies bevat veel kleine bloedvaten, die het van zuurstof en voedingsstoffen voorzien. Als er langdurig te veel glucose in het bloed zit, kunnen deze kleine bloedvaten op den duur beschadigd raken. Dit leidt tot kleine bloedinkjes en lekkage van eiwit, wat weer tot beschadiging van het netvlies leidt. Bovendien kunnen de bloedvaten verstopt raken waardoor er een gebrek aan zuurstof ontstaat. Dit gebrek aan zuurstof is een prikkel om nieuwe bloedvaatjes te vormen. Deze nieuwe vaatjes zijn vaak slecht van kwaliteit en kunnen gemakkelijk bloeden. In de loop van de tijd wordt het gezichtsvermogen minder en uiteindelijk kan zelfs blindheid ontstaan. Retinopathie ontstaat langzaam. In de eerste vijf jaar na het ontstaan van diabetes is er zelden schade aan de ogen. Pas na vijf jaar kunnen langzaam kleine afwijkingen ontstaan. Meestal zijn deze afwijkingen nog niet bedreigend voor de gezichtsscherpte en geven dus geen klachten van het zien.. Wel is het belangrijk om vanaf dat moment het proces in de

gaten te houden. Mensen met type 1 diabetes wordt daarom geadviseerd vijf jaar na de diagnose voor het eerst hun ogen te laten controleren. Bij type 2 diabetes ligt dit anders. Omdat deze mensen vaak al een langere tijd met diabetes rondlopen voordat de diagnose is gesteld, is het moeilijker te voorspellen wanneer zich afwijkingen aan de bloedvaatjes in het netvlies zullen voordoen. Deze mensen moeten daarom binnen zes maanden na de diagnose hun ogen laten onderzoeken.

Als er geen risicofactoren zijn is het voldoende om een keer per twee jaar oogonderzoek te laten verrichten. Anders moeten de ogen minstens een keer per jaar en soms zelfs vaker nagekeken worden.

Bij het oogonderzoek wordt er gekeken naar het inwendige van het oog. Dit wordt gedaan met behulp van een instrument, de zogenoemde oogspiegel. Het onderzoek wordt funduscopie genoemd. Ook kan er een foto van het netvlies genomen worden (fundusfotografie).

Met laserstraalbehandeling kunnen gebieden van zuurstofgebrek, ernstige lekkage en vaatnieuwvorming vaak goed behandeld worden. Hierdoor neemt de kans op een ernstige bloeding en daarmee het risico op blindheid sterk af. De laserstraalbehandeling moet tijdig worden gegeven. Met tijdig wordt bedoeld: nog voordat mensen daadwerkelijk slechter gaan zien. Een laserbehandeling geneest niet, maar stabiliseert of vertraagt het proces van netvliesbeschadiging. Een laserbehandeling kan het gezichtsvermogen dat verloren is gegaan niet herstellen. Om gezichtsverlies te voorkomen is het dus belangrijk dat eventuele retinopathie vroegtijdig wordt opgespoord.

Diabetische voet

Diabetische voetulcera gaan gepaard met een hoge ziektelast voor de mens met diabetes en voor de gezondheidszorg. Het vergt in het algemeen anderhalf tot drie maanden voor het huiddefect genezen is. Gedurende deze periode is er verlies van mobiliteit, dient de mens met diabetes frequent het ziekenhuis te bezoeken, is er een aanzienlijke kans op infecties en ondergaat een deel van de mensen met diabetes een operatieve ingreep aan de voet. Op basis van twee recente Nederlandse onderzoeken kon berekend worden dat er in 2005 minimaal 19.500 mensen met diabetes (3% van de totale diabetespopulatie) met een voetulcus waren, en dat bij ongeveer 15% van deze mensen een amputatie van (een deel) van het been werd verricht. De directe kosten van de behandeling zijn hoog. In een recente Zweedse analyse waren deze kosten ongeveer 17.000 euro voor een ulcus dat zonder amputatie geneest, en waren de kosten gerelateerd aan een amputatie ongeveer 32.000 euro. Bij het ontstaan van een ulcus zijn meestal verschillende mechanismen betrokken. Daarom is een multidisciplinaire benadering nodig om ulcera, amputaties, verlies van kwaliteit van leven en kosten te voorkomen. Een gestructureerde organisatie van zorg, waarbij alle mensen met diabetes toegang hebben tot adequate, geprotocolleerde voetzorg, is een tweede randvoorwaarde. Gebrek aan aandacht, kennis en vaardigheden bij zowel de mens met diabetes als zorgverlener leidt nog steeds tot onvoldoende preventie en zorg. Zowel Nederlandse als internationale onderzoeken hebben aangetoond dat door adequate behandeling en meer aandacht voor educatie de slechte prognose van een voetulcus aanzienlijk verbeterd kan worden. Zo nam bv het aantal amputaties in Nederland in de periode 1991-2000 af met 34 %.

Samenvattend zal vroege opsporing van een voet 'at risk' en adequate, tijdige behandeling van een voetulcus, leiden tot een verbeterde kwaliteit van leven, behoud van zelfstandigheid en een collectieve lastenverlichting voor de gezondheidszorg.

4.4 Welke indicatoren heeft de NIV voor goede diabeteszorg gekozen en waarom?

1. Organisatiestructuur van diabeteszorg.

Deze indicator is wat men noemt een structuurindicator. Bij een structuurindicator wordt gevraagd of er wordt voldaan aan randvoorwaarden voor goede zorg. Een van de randvoorwaarden voor goede diabeteszorg is de aanwezigheid van een diabetesteam. Door het instellen van een diabetesteam voldoet het ziekenhuis aan de randvoorwaarden. De NDF beschrijft in de Zorgstandaard voor goede diabeteszorg welke onderdelen van geïntegreerde diabeteszorg minimaal in een ziekenhuis aanwezig moeten zijn om te spreken van geïntegreerde diabeteszorg. Ook vanuit het CBO en het Nederlands Huisartsen Genootschap zijn aanbevelingen gedaan. Voor de goede orde, of het diabetesteam daadwerkelijk goede kwaliteit van zorg levert, valt buiten deze indicator.

2. Percentage mensen met diabetes mellitus (dbc 221, 222 en 223) waarbij in de afgelopen 12 maanden alle volgende van de laboratoriumparameters zijn gemeten: HbA1c, kreatinine, microalbumine, totaal cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol en triglyceriden (nuchter)

Door tijdig een goed beleid te voeren op goed omschreven bepalingen in het bloed, kan preventief gewerkt worden door het diabetesteam. Risicofactoren kunnen door medicijnen verminderd worden, waardoor ook het uiteindelijke risico op complicaties van de diabetes vermindert. Al deze metingen hebben zogenaamde drempelwaarden waarboven met medicatie of andere maatregelen moet worden ingegrepen. Om deze drempelwaarden te ontdekken moeten deze metingen op zijn minst verricht zijn. Behalve voor het HbA1c dat iedere drie tot 4 maanden gemeten moet worden, kunnen de andere metingen jaarlijks worden verricht, als ze normaal zijn. Bij afwijkende waarden worden deze vaker gemeten om te kijken of de medicijnen of andere ingrepen voldoende effect hebben. HbA1c wordt zoals boven aangegeven gemeten om de gemiddelde bloedsuiker te bepalen, kreatinine in het bloed en micro-albuminurie in de urine worden gemeten om te kijken of de nieren normaal functioneren en de verschillende cholesterol waarden en triglyceriden worden bepaald om te kijken of de bloedvetten normaal zijn. Zoals al gezegd zijn op al deze risicofactoren ingrepen mogelijk die de waarde en dus het risico verlagen.

3.1 Percentage mensen met diabetes bij wie bloeddruk is gemeten

3.2 Percentage mensen met diabetes met een verhoogde bloeddruk

3.3 Percentage mensen met diabetes met te hoge bloeddruk met anti-hypertensieve medicatie

Verhoogde bloeddruk geeft een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Afsproken is dat de bloeddruk bij iedereen met diabetes minstens een maal per jaar gemeten wordt om tijdig op te sporen of deze te hoog is geworden. Als grenswaarden voor normaal worden een bovendruk van 140 mm Hg en een onderdruk van 90 mm Hg aangehouden. Bij de mensen die een verhoogde bloeddruk hebben zal gestart worden met eerst adviezen over gewicht, roken en het minderen van overmatig zoutgebruik. Als dit onvoldoende effect heeft zal met

medicijnen gestart worden. Bij het merendeel van de mensen zal de bloeddruk weer in het normale gebied terechtkomen, maar bij een minderheid zal dit ondanks meerdere medicijnen niet lukken. Om te kijken of het team goed let op de bloeddruk en ingrijpt als deze te hoog is wordt gevraagd naar het percentage mensen met te hoge bloeddruk, waar geen medicijnen worden gegeven om deze te verlagen.

4. Het percentage mensen met diabetes die het afgelopen jaar een oogonderzoek hebben ondergaan.

Verlies van gezichtsvermogen is ernstig en het is dus belangrijk dat mensen met diabetes zorgvuldig worden onderzocht op dit risico.

Met deze indicator geeft het ziekenhuis aan in hoeverre men op oogcomplicaties screent.

Deze indicator is wat men noemt een procesindicator. Er wordt gevraagd bij hoeveel mensen de ogen worden gecontroleerd. Wat met de uitkomsten van het oogonderzoek wordt gedaan valt buiten deze indicator.

5. Het percentage mensen met diabetes bij wie de afgelopen 12 maanden een voetonderzoek heeft plaatsgevonden

Afspraken dienen gemaakt te worden wie het jaarlijks voetonderzoek zal verrichten. Aan de hand hiervan wordt het risico bepaald met de daarbij passende maatregelen, waarbij speciale aandacht voor het schoeisel niet mag ontbreken. Dit jaarlijks voetonderzoek en het opstellen van het risicoprofiel, vormen, samen met educatie, de hoeksteen van de preventie. Aanwezigheid van een multidisciplinair voetenteam is een randvoorwaarde voor de behandeling van een voetulcus. Hoe hoger de organisatiegraad van dit voetenteam, waarbij het voeren van gemeenschappelijke spreekuren essentieel is, hoe groter de winst zal zijn, in de zin van vroegtijdig onderkennen van voetproblemen, vermindering van het aantal ziekenhuisopnames en amputaties.

4.5 Wat zou de score op deze indicatoren kunnen betekenen?

Ad 1. Omdat met deze indicator naar vrij algemene aspecten van diabeteszorg wordt gevraagd is het goed mogelijk dat er (veel) verschil zit tussen ziekenhuizen waar het gaat om de manier waarop zij hun diabeteszorg hebben ingericht. Het is moeilijk om exact aan te geven wanneer een ziekenhuis onder de maat zou presteren en wat het ziekenhuis dan zou moeten doen om weer goede diabeteszorg te leveren.

Ad 2. Om goede diabeteszorg te geven, moet het team op zijn minst weten wat de actuele situatie van de risicofactoren is. Voor de HbA1c zal dit overal hoog scoren. Het regelmatig meten van de andere risicofactoren zullen de Nederlandse diabetesteams wat meer verschillen laten zien, met daardoor een mogelijkheid voor verbetering.

Ad 3. Bloeddruk is een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van hart- en vaatziekten. Het regelmatig onderzoeken van de bloeddruk (minstens 1 keer per jaar) hoort onderdeel van de preventie van deze aandoeningen te zijn. Als de bloeddruk te hoog is moet worden ingegrepen. Door hier op gewezen te worden zullen diabetesteams dit als vast onderdeel van hun zorg gaan opnemen als dit niet al zo was.

Ad 4. In de richtlijnen voor diabeteszorg die door alle huisartsen en specialisten worden gehanteerd wordt geadviseerd regelmatig oogonderzoek te verrichten bij mensen met diabetes. Uit onderzoek blijkt namelijk dat de groep mensen met diabetes die kan volstaan met slechts een tweejaarlijks oogheelkundig onderzoek klein is, te weten 15-22%. In dezelfde richtlijnen wordt gesteld dat minimaal 75% van de mensen jaarlijks gecontroleerd moet worden op retinopathie. Is het percentage lager, dan is het waarschijnlijk dat er mensen met diabetes en risicofactoren voor diabetische retinopathie zijn, die minder dan een keer per jaar een oogonderzoek krijgen. Hierop moet actie worden ondernomen, tenzij de behandelaar zeker weet dat in zijn populatie nauwelijks risicofactoren voor retinopathie voorkomen, bijvoorbeeld omdat hij veel zeer jonge patiënten heeft.

Met deze indicator wordt gevraagd van hoeveel mensen het ziekenhuis weet dat zij worden onderzocht op oogcomplicaties. Het lastige is dat het oogonderzoek soms buiten medeweten van het ziekenhuis wordt uitgevoerd door bijvoorbeeld een particuliere oogarts of bij een zelfstandige oogkliniek. Het zou dus goed kunnen dat in werkelijkheid meer mensen hun ogen laten onderzoeken dan het ziekenhuis weet.

Ad 5. In de landelijke richtlijn over de diabetische voet is gekozen voor participatie van een minimaal aantal specialismen en voor het verrichten van een minimaal aantal gemeenschappelijke spreekuren (eenmaal per week). Vaak liggen afspraken betreffende samenstelling en werkwijze echter niet vast op papier, wat de interpretatie van aanwezigheid van een voetenteam bemoeilijkt.

Gezien het ontbreken van een elektronisch patiëntendossier bij de meerderheid van de ziekenhuizen, zullen gegevens met betrekking tot de uitvoering van de jaarlijkse voetcontrole (meestal enkel op papier beschikbaar) niet gemakkelijk traceerbaar zijn. Het reproduceren van deze gegevens zal in de praktijk veel tijd vergen.

Algemeen

De gekozen indicatoren geven een globaal beeld van de internistische kwaliteit van zorg rond de behandeling van diabetes binnen een ziekenhuis. Hiermee kunnen de gegevens van verschillende ziekenhuizen in de toekomst worden vergeleken. Dat is thans nog niet goed mogelijk. Uit eerdere projecten is gebleken dat het enige tijd duurt voordat dergelijke gegevens op uniforme wijze worden verzameld en vergelijkbaar zijn.

Hoe hoger het getal/percentage voor de indicatoren (bijv 100% tweejaarlijks oogheelkundig onderzoek) hoe beter het ziekenhuis presteert. In de praktijk zullen deze getallen niet worden gehaald. Dat kan liggen aan de organisatie, aan de dokters, maar ook aan de medewerking door de mens met diabetes. In een toelichting op de website van uw ziekenhuis zal een uitleg worden gegeven over de uitslag van de scores.

5. Verwerken commentaar consultatieronde

Algemeen		Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
Commentaar*				
1	"Ik heb niet veel commentaar op de CBO-sets voor mammacarcinoom en diabetes. Ik vind het een hele verbetering t.o.v. de sets van de inspectie en het kenniscentrum DBC. Jammer is het natuurlijk dat voor een aantal indicatoren pas over naar schatting 2-5 jaar de gegevens beschikbaar komen omdat de registratie daar nu nog niet op ingericht is. Ik ben benieuwd hoe dan deze nieuwe wijze van registratie 'afgedwongen' gaat worden.	Consumenten bond 1	Niet verwerkt	Het afdwingen zal onder andere gaan via de druk van de zorgverzekeraars en de patiëntenverenigingen.
2	Bij diabetes in de lijst van afgewezen indicatoren valt op dat bij de indicator "Percentage mensen met diabetes met agina pectoris, dat anti-angiëuze medicatie krijgt" als reden van afwijzing stond dat dit niet afhankelijk is van het diabetes team in engere zin maar meer van de cardioloog. Het lijkt mij dat als er echt sprake is van geïntegreerde diabeteszorg (een andere indicator) dat dan ook de cardioloog en evt controle op zijn werkwijze onderdeel hoort uit te maken van de kwaliteitscontrole op goede diabeteszorg/ de monitor.	Consumenten bond 1	Niet verwerkt	De opdracht van ZonMw was het ontwikkelen van indicatoren bij de DBC's voor diabetes. Het betreft dan ook indicatoren voor internisten en niet voor andere specialismen. Het diabetes team valt in engere zin onder de "verantwoordelijkheid" van de internist. Een cardioloog behoort niet tot het basis diabetes team. Wel ter consultatie beschikbaar. Internisten "controleren" de cardiologen dan ook niet.
3	Verder is het jammer dat de indicator % diabetes patiënten dat jaarrapport krijgt, vervallen is. Argument dat dit nog geen geaccepteerde bedrijfsvoering is lijkt mij minder relevant als het uitgangspunt is dat het in ieder geval door de patiënt op prijs gesteld wordt."	Consumenten bond 1	Niet verwerkt	Jaarrapportage is maar één manier van communiceren met de mens met diabetes, het gedocumenteerd vaststellen van jaardoelen in onderling overleg is een andere manier.
4	Hartelijk dank voor de informatie over de stand van zaken met betrekking tot de conceptindicatoren voor diabetes als onderdeel van het ZonMw project "kwaliteit van zorg in de etalage. We hebben de "Factsheets indicatoren Diabetes" doorgenomen en wij kunnen u mededelen dat wij het eens zijn met het aan ons voorgelegde concept.	NDF	Nvt	

We hebben er vertrouwen in dat de werkgroep tot een afgewogen eindresultaat zal komen.				
5	<p>We zijn tevreden over deze 3 sets indicatoren. Goede, evenwichtige set indicatoren. Ze bieden een goede basis voor overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de geboden zorg. Zeer bemoeiigend.</p> <p><u>"Kwaliteit van zorg rond diabetes in de etalage."</u></p> <p>Indicator 1. Organisatiestructuur van diabeteszorg: goed. Indicator 2. Laboratorium jaarcontrole: prima. Indicator 3. Bloeddruk: prima. Indicator 4. Oogzorg: goed. Indicator 5. Voetzorg: goed.</p>	ZN	Nvt	
6	<p>Deze externe indicatoren zijn bedoeld als verantwoordingsinformatie gekoppeld aan DBC's voor patiënten en consumenten. Daar de zorgverzekeraar voor de patiënt inkoop zullen deze indicatoren met name door de zorgverzekeraars worden gebruikt. De eerste vraag of deze indicatoren een heldere indicatie geven over de geleverde kwaliteit van zorg voor het desbetreffende item. Daarnaast is het de vraag of ze ook een heldere indicatie over de geleverde zorg door het gehele desbetreffende specialisme.</p>	IGZ	Niet verwerkt	<p>De kwaliteit binnen het team wordt door interne indicatoren gemeten. Deze zijn ontwikkeld door de NIV en komen in 2006 beschikbaar.</p> <p>Van Zorgverzekeraars Nederland hebben we de reactie ontvangen dat zij tevreden zijn over de set indicatoren. Ze bieden een goede basis voor overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de geboden zorg.</p>
7	<p>De zes sets maken voornamelijk gebruik van structuurindicatoren. In mindere mate van proces- en vrijwel niet van uitkomstindicatoren. Het bezwaar van structuurindicatoren is dat deze slechts kortdurend gebruikt kunnen worden, immers een bepaalde voorziening (zoals bv. Een patiëntenfolder of een protocol) is vaak snel te realiseren. Daarnaast bestaat het gevaar dat andere voorzieningen te lijden hebben onder de aandacht van de gekozen indicator.</p> <p>Een goede controle op (de kwaliteit van) structuurindicatoren is moeilijk, zeker als een eenduidige adequate definitie van het gevraagde ontbreekt. Het is jammer dat m.n. Bij de orthopeden en gynaecologen weinig of geen uitkomstindicatoren zijn opgesteld, dat sommige indicatoren weinig discrimineren en voor sommige structuurindicatoren</p>	IGZ	Niet verwerkt	<p>De indicatoren zijn zo gekozen dat de werkgroep verwacht dat er wel discriminatie zal zijn. Snel te realiseren structuurindicatoren kunnen wel degelijk een positief effect hebben. De werkgroep is van mening dat de set evenwichtig is, waardoor het niet mogelijk is om onderdelen aan de aandacht te onttrekken.</p>

een sociaal gewenst antwoord wel heel erg voor de hand ligt. De gemiddelde patiënt, niet op de hoogte van de medische mores, kan dan ook makkelijk om de tuin worden geleid!

8	Geen enkele uitkomstindicator! Ik mis in deze set de HbA1c waarden.	IGZ	Niet verwerkt	<p>Er is bewust gekozen voor structuur en proces indicatoren, omdat de werkgroep van mening is dat deze het beste dienen voor het weergeven van de ingekochte zorg.</p> <p>Binnen de werkgroep was er geen communis opinio over de positie van de indicator HbA1c.</p> <p>De indicator HbA1c zoals deze door de IGZ gehanteerd wordt is een uitkomstparameter en alhoewel deze informatie geeft over de kwaliteit van zorg is de werkgroep van mening dat de indicator HbA1c thuishoort in de set interne indicatoren gericht op werktuigen voor de internist om zijn/haar resultaten te verbeteren. Als externe indicator oordeelt de werkgroep dat HbA1c (of percentage HbA1c \leq 7%) in deze fase ongeschikt is, omdat de voorkeur dient gegeven te worden aan structuur- en proces-indicatoren. Immers de wijze waarop de zorg ingebed is en hoe deze gegeven worden, zijn voor de zorgverlener en ook voor de individuele patiënt de variabelen bij diabeteszorg waarop de zorgverlener sec afgerekend kan worden.</p> <p>Anders gezegd, het kiezen voor een structuur indicator en een procesindicator ondervangt eventuele verschillen in uitkomstindicator veroorzaakt door case-mix. Structuur en proces indicatoren zijn hiervoor ongevoelig.</p>
9	De conceptindicatoren betreffen de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 1 en 2, maar lijken vooral gericht op de beoordeling van de zorg in de tweede lijn. Wij gaan er daarbij vanuit dat het hierbij gaat om patiënten die door de huisarts zijn verwezen naar de specialist. Verder constateren wij dat de NDF Zorgstandaard 2003 als uitgangspunt voor de indicatorenontwikkeling is genomen. Het NHG baseert zich voor het kwaliteitsbeleid op de recent geactualiseerde richtlijn Diabetes mellitus type 2.	NHG	Niet verwerkt	De Werkgroep had de opdracht om indicatoren te formuleren bij DBC's. Daarbij was de werkgroep van mening dat de NHG standaard te beperkt is voor het ontwikkelen van tweedelijns DBC indicatoren. Vandaar dat is uitgaan van de NDF standaard.
10	Vergelijking van de ontwikkelde conceptindicatoren met de indicatoren die voor de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk ontwikkeld zijn is op	NHG	Niet verwerkt	Voorbeelden hiervan zijn inderdaad de indicatoren voor bloeddruk en oogzorg die een serie van handelingen betreffen die tot het

<p>sommige punten lastig. In het algemeen, maken de concept-procesindicatoren op ons een erg complexe indruk. Dat geldt bijvoorbeeld voor de indicator voor de beoordeling van de bloeddruk (aantal patiënten met antihypertensieve medicatie en verhoogde bloeddruk) en de oogzorg (de registratie oogheelkundig onderzoek).</p>	<p>resultaat leiden. De ziekenhuiszorg lijkt daar complexer dan de eerstelijns zorg, waar een enkele handeling vaak al tot resultaat leidt. Juist vanwege de complexiteit aan handelingen is de werkgroep van mening dat de huidige operationalisatie van de indicatoren terecht is.</p>	<p>resultaat leiden. De ziekenhuiszorg lijkt daar complexer dan de eerstelijns zorg, waar een enkele handeling vaak al tot resultaat leidt. Juist vanwege de complexiteit aan handelingen is de werkgroep van mening dat de huidige operationalisatie van de indicatoren terecht is.</p>	<p>resultaat leiden. De ziekenhuiszorg lijkt daar complexer dan de eerstelijns zorg, waar een enkele handeling vaak al tot resultaat leidt. Juist vanwege de complexiteit aan handelingen is de werkgroep van mening dat de huidige operationalisatie van de indicatoren terecht is.</p>
<p>11 Wij zijn graag tot nader overleg bereid over de meer generieke aspecten in de indicatoren voor de transmurale diabeteszorg en de zorg in de eerst en tweede lijn. Wij zijn benieuwd of er in het traject ruimte is voor dergelijk overleg. Gegeven de beperkte reactietermijn vertrouwen wij erop hiermee in eerste instantie voldoende te hebben gereageerd.</p>	<p>Niet verwerkt</p>	<p>NHG</p>	<p>De opdracht was om indicatoren bij klinische diabetes DBC's te formuleren. Het formuleren van transmurale indicatoren is naar mening van de werkgroep een prima idee, maar zal in een ander traject moeten plaatsvinden.</p>
<p>12 Bijgaand enkele door u gevraagde kanttekeningen: 1: een zeer goed onderbouwd en geschreven stuk</p>	<p>Nvt</p>	<p>NIV 1</p>	<p>Nvt</p>
<p>13 Zojuist de lijst doorgenomen. Ik ben erg tevreden met de keuze voor proces indicatoren. Vooralnog geen commentaar.</p>	<p>Nvt</p>	<p>NIV 3</p>	<p>Nvt</p>
<p>14 De NPCF is positief over de geleverde inspanningen, die een bijdrage leveren aan de borging en verbetering van de kwaliteit van (ziekenhuis)zorg. Per indicator(groep) zal een nadere reactie worden gegeven.</p>	<p>Nvt</p>	<p>NPCF</p>	<p>Nvt</p>
<p>15 Factsheets indicatoren diabetes: De term "mens met diabetes" is erg kunstmatig. Voorstel: gebruik "patiënt" daar waar het over de patiënt gaat. In het dagelijks leven is men een "mens met diabetes". In een behandelingsrelatie praat je over cliënt of patiënt. In het ziekenhuis: "patiënt".</p>	<p>Niet verwerkt</p>	<p>EADV</p>	<p>Het opstellen van de indicatoren heeft plaatsgevonden in goed overleg met de diabetes vereniging Nederland. Wij geven dan ook de voorkeur om de term "mens met diabetes" te hanteren.</p>

Organisatiestructuur			
Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
16	Ik ben van mening dat deze vraag onder de vlag van etalage plus informatie veel beter tot zijn recht kan komen, dan in een percentage zoals nu gedefinieerd in teller en noemer. Geef deze info gewoon als feitelijke informatie aan de patiënt is mijn advies!	Niet verwerkt	De werkgroep is van mening dat de gegevens ook in het etalage plus traject van de Consumentenbond gebruikt kan worden. Voor het Kwaliteit in de etalage traject is deze indicator zo ingericht om maat en getal te genereren zodat er vergelijking mogelijk is. De werkgroep verwacht dat de kiesbeter site een presentatievorm zal kiezen die aansluit bij de behoefte van de consument.
17	Organisatiestructuur van diabeteszorg: goede structuurindicator omdat een checklist is toegevoegd die is af te vinken. Is bij de basisset niet gelukt door weerstand m.n. NVZ.	Nvt	
18	Biz. 10 en 11: In de checklist van de organisatiestructuur van diabeteszorg wordt het onderdeel "gekwalificeerde professionals" gemist. Zowel wat opleiding als wat nascholing betreft. Dit wordt wel aangegeven in de leeswijzer (biz. 39) dat personeel geschoold en bijgeschoold is. Als het diabetes team zich niet regelmatig bij laat scholen en zich verdiept in nieuwe ontwikkelingen dan kan je wel een diabetes team hebben maar dat zegt dan nog niet zo veel. Kan dit niet worden omgezet in een meetbare procesindicator?	Niet verwerkt	De werkgroep is van mening dat deze opmerking terecht is. Echter "gekwalificeerde professionals" is moeilijk te kwantificeren. De professionals hebben binnen hun vakgroep regels tot nascholing.
19	Vaste afspraken tussen eerste en tweede lijn over de overdracht van gegevens moet mijns inziens, voorlopig nog, verdwijnen. Dat zou wel mooi zijn maar is 1e) alleen van toepassing als de behandeling deels door de HA en deels door de internist wordt gedaan en 2e) praktisch niet haalbaar omdat de huisartsen onderling in hun werkwijze te zeer verschillen. Ze zijn er qua software ook niet voor toegerust.	Niet verwerkt	Dit is een indicator die moet groeien. De werkgroep is het er over eens dat gegevensoverdracht belangrijk is. Het betreft hier niet alleen zorg die gedeeld wordt. Ook van patiënten die geheel in de tweede lijn worden behandeld moet jaarlijks bericht worden gestuurd. De internist is nooit de huisarts van de patiënt.

20	<p>De eerste indicator(groep) 'Organisatiestructuur van diabeteszorg' bestaat uit een aantal deelaspecten. Deze deelaspecten komen voor een groot deel overeen met wat mensen met diabetes in een focusgroep hebben aangegeven belangrijk te vinden bij de keuze van een behandeling in een bepaalde kliniek/ziekenhuis.</p> <p>Mensen met diabetes geven aan dat zij het belangrijk vinden of er binnen het ziekenhuis gewerkt wordt met een <u>multidisciplinair diabetessteam</u>. Belangrijk is wel dat er eenduidigheid bestaat wie er betrokken zijn bij een multidisciplinair diabetessteam. Ook een <u>regelmatig (gestructureerd) overleg</u> tussen de leden van het team wordt belangrijk geacht in het kader van de kwaliteit van de ontvangen diabeteszorg. De notulen van dergelijke overleggen lijken overigens meer geschikt als intern kwaliteitsinstrument.</p> <p>Hetzelfde geldt in principe voor de aanwezigheid van een <u>multidisciplinair voetenteam</u>. Ook hier zijn de notulen meer geschikt als intern kwaliteitsinstrument.</p> <p>Naar aanleiding van verschillende onderzoeken wordt het werken met een <u>multidisciplinair elektronisch patiëntendossier</u> aangeraden ter bevordering van de kwaliteit van zorg. In de nadere uitwerking van deze indicatorenset wordt duidelijk dat de aanwezigheid van een multidisciplinair elektronisch patiëntendossier een randvoorwaarde genoemd kan worden ten aanzien van andere indicatoren. Onduidelijk is of patiënten deze indicator als keuze-element zullen gebruiken. Wellicht is het daarom te overwegen deze indicator wel te handhaven, maar niet specifiek als keuze-element voor patiënten.</p> <p>Het leren omgaan met diabetes en gemotiveerd blijven om continu de waarden binnen de marges te houden, is voor mensen met diabetes heel belangrijk. De aanwezigheid van een gedocumenteerd, met de mens met diabetes vastgesteld, <u>individueel behandel- en educatieplan</u> met daarin minimaal de met de mens met diabetes overeengekomen streefwaarden en het actieplan om dit te bereiken, is een veelgehoord element wat patiënten belangrijk vinden in de keuze voor de behandeling in een bepaald ziekenhuis.</p>	NPCF	Niet verwerkt	<p>Hiermee wordt bedoeld dat er notulen aanwezig moeten zijn die op te vragen zijn als bewijsstukken dat de overleggen hebben plaatsgevonden. Het gaat dan niet om de inhoud van de notulen. Het EPD wordt heel belangrijk voor de mens met diabetes als deze in de toekomst inzage krijgt in de eigen gegevens.</p>
----	---	------	---------------	--

<p>De aanwezigheid van een <u>protocol</u> peri operatieve behandeling van mensen met diabetes in het ziekenhuis op intranet en/of assistentenklapper lijkt als keuze-element voor patiënten minder geschikt. Een dergelijk protocol, onder voorwaarde dat dit ook geïmplementeerd is, speelt wel een rol voor de interne kwaliteitsborging.</p> <p>Mensen met diabetes zijn voor hun zorg niet alleen op de 2^e lijn gericht. Samenwerking en dus goede <u>wederzijdse afstemming tussen 1^e en 2^e lijnszorg</u> is essentieel. Een indicator die aangeeft dat er gestructureerde afstemming tussen 1^e en 2^e lijn plaatsvindt kan mensen met diabetes aantrekkelijke informatie opleveren.</p>	<p>NIV 5</p> <p>Een uitstekend en genuanceerd stuk. Alleen structuur/ organisatie- en procesindicatoren gebruiken is prima. Mijn vrees dat de uitkomstwaarden (van HbA1c, bloeddruk, etc) gebruikt zouden worden, die meer zeggen over de case-mix dan over de kwaliteit van zorg, blijkt gelukkig onterecht. In de tweede lijn is er immers een sterke negatieve selectie: In Zwolle wordt iedere redelijk goed ingestelde diabetespatiënt, ook met insuline (mits niet te ingewikkelde doseringsschema's en pompen), terugverwezen naar de eerste lijn (en daar in de transmurale zorg verder door huisartsen, PO-ers en transmurale DVK's behandeld en door ons op afstand vervolgd). Wat we bij de specialist houden zijn de moeilijk tot niet te regelen diabeten veelal met vele complicaties.....met vaak slechte getallen dus.</p> <p>Paar opmerkingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een jaarbrief hebben we niet, maar bij elk bezoek wordt het beleid en de streefwaarden uitvoerig besproken met de patiënten. - Bloeddruk moet m.i. bij iedere diabeet weliswaar eerst jaarlijks worden gecontroleerd, maar moet bij (ooit) verhoogde waarden en behandeling <i>bij elk</i> bezoek worden gemeten. - Wij meten het HbA1c bij vrijwel elk bezoek. - Slechts 1x per jaar poli bezoek (voor jaarcontrole bij internist en DVK en oogarts) en tussen door alleen zo nodig contact, vaak via telefonisch spreekuur of per mail, is voor goed geregelde diabeten voldoende en efficiënt zowel voor de patiënt als voor ons. 	<p>Dank voor het positieve commentaar</p> <p>De werkgroep is van mening dat een jaarbrief een middel kan zijn waarmee aangetoond kan worden dat niet alleen goede zorg wordt verleend, maar dat de mens met diabetes ook goed geïnformeerd is. De indicator laat vrij hoe de communicatie plaatsvindt; zolang het maar vastgelegd is.</p> <p>Tekstueel: type I en II zijn veranderd in type 1 en 2</p>
--	---	--

<p>- Aan de "mens met diabetes" zal ik wel nooit wennen</p> <p>- Type I en II moet in de tekst 1 en 2 worden.</p> <p>- Nogmaals: prima stuk!</p>	
<p>22</p> <p>Gaarne geef ik enig commentaar op de aandoeningsspecifieke indicatoren m.b.t. diabetes mellitus.</p> <p>Mijn kritiek heeft voornamelijk betrekking op de vorm en tekst:</p> <p>Voor iemand, zoals ik, die slecht thuis is in allerlei overheidsorganisaties is de tekst met vele afkortingen soms slecht leesbaar. Ook kost het soms moeite de gebruikte terminologie te begrijpen. Wellicht kan een lijst met gebruikte afkortingen toegevoegd worden.</p> <p>Er zijn diverse zinnen met enkele taalfouten zoals het per abuis 2x noemen van een werkwoord.</p> <p>Inhoudelijk lijken mij de 5 genoemde indicatoren logisch en de verworpen indicatoren terecht uitgesloten.</p> <p>Wellicht komt iets te weinig naar voren dat in de 2e lijn een min of meer uitgesproken selectie van diabetespatiënten heeft plaats gevonden.</p>	<p>NIV 6</p> <p>Lijst met gebruikte afkortingen toegevoegd.</p> <p>Taalfouten gecorrigeerd</p> <p>In paragraaf 1.7 tekst toegevoegd</p>

Laboratorium jaarcontrole

Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
<p>23</p> <p>Laboratorium jaarcontrole: Waarom kan hier geen uitkomstindicator voor HbA1c meegenomen worden? Ik vind de toelichting op pagina 30 onbevredigend. We zien een tendens naar structuur en uitkomstindicatoren en in deze fase hebben we juist behoefte aan uitkomstmaten. Deze uitkomstindicator kan toch voor intern en extern gebruik geschikt zijn.</p>	<p>Consumenten bond 2</p>	<p>Niet verwerkt</p>	<p>Bij het tot stand komen van de indicatorenset is uitvoerig gediscussieerd over het HbA1c. Binnen de werkgroep is er consensus dat gemiddeld HbA1c meer zegt over de case mix dan over de kwaliteit van zorg. De geoperationaliseerd indicator zegt iets over structuur en vooral over proces.</p>
<p>24</p> <p>Laboratorium jaarcontrole: goede indicator. Het probleem met deze indicator is dat niet altijd duidelijk is of een patiënt zich heeft laten controleren. Patiënten worden ook (gelukkig) in de eerste lijn gecontroleerd, waardoor bij een gebrekkige communicatie geen goed overzicht te verkrijgen is.</p>	<p>IGZ</p>	<p>Niet verwerkt</p>	<p>Het gaat hier over <u>alle</u> mensen met diabetes in zorg van de tweede lijn met een DBC diabetes. De verantwoordelijkheid ligt dus bij de tweede lijn en wordt niet gedeeld met de eerste lijn.</p>
<p>25</p> <p>Laboratorium jaarcontrole, Bloeddruk, Oogzorg, Voetzorg De elementen onder 'Laboratorium jaarcontrole', 'Bloeddruk', 'Oogzorg', 'Voetzorg' zijn door mensen met diabetes genoemd als zeer belangrijk in hun zorg. In deze set is vanwege de casemix-problematiek gekozen voor weergave in de vorm van een procesindicator. Vanuit de optiek van de kiezende zorggebruiker, waartoe deze set conform de eerste zin in paragraaf 1.3 bedoeld is, is een zoals hier gekozen weergave in percentages lastig te interpreteren. Wat betekenen deze percentages voor het individuele geval? Gepleit wordt deze (hoofd)elementen op een voor de kiezende doelgroep eenduidig te interpreteren manier weer te geven: kan de kliniek of het betreffende ziekenhuis deze elementen aan de mens met diabetes bieden? Door deze gegevens als uitgangspunt te nemen kan vervolgens het individuele behandel- en educatieplan vormgegeven worden.</p>	<p>NPCF</p>	<p>Niet verwerkt</p>	<p>Dit pleit om terug te gaan van proces naar structuurindicator. De werkgroep is van mening dat voor het verzamelen van de gegevens bij de ziekenhuizen de indicatoren in de huidige (proces)vorm behouden moeten blijven. Mogelijk moet bij het beschikbaar stellen van gegevens aan de mensen met diabetes ondermeer in overleg met de DVN nagedacht worden over hoe de gegevens gepresenteerd moeten worden.</p>

26	<p>pag. 13-15: het jaarlijks meten van lipidenwaarden bij ongecompliceerde DM1 patiënten met een normaal lipidenprofiel is natuurlijk onzin. Bij een praktisch met veel van dit soort patiënten zal deze parameter dan ook slecht scoren, de case-mix is dus zeker wel van invloed. Het jaarlijks meten (nuchter komen, lab kosten) alleen omwille van een schijn kwaliteitsparameter lijkt me uit den boze.</p>	NIV 1	Verwerkt	<p>"Ten aanzien van de lipidenparameter dient opgemerkt te worden dat jaarlijks bepalen van lipidenwaarden bij mensen met ongecompliceerde diabetes type 1 en met een normaal lipidenprofiel niet efficiënt".</p> <p>Echter aangezien type 1 en 2 vaak niet is te onderscheiden met de huidige registraties wordt dit niet meegenomen in de indicator. Dit zal in de toekomst veranderen. Als de meeste ziekenhuizen een goed functionerend EPD hebben zal het makkelijk zijn om die mensen met diabetes die een normaal lipidenprofiel hebben te selecteren. Voor die mensen met diabetes kan dan ook beargumenteerd worden afgeweken."</p> <p>Toevoeging gedaan in tekst onder kopje "Beperkingen bij gebruik en interpretatie"</p>
27	<p>Bij normen tav bepaling van het bepalen van lipiden staat - als ik goed heb gelezen - niet de norm dat boven bepaalde waarden ook behandeld moet worden, bij hypertensie wel. Daarbij komt dat de genoemde parameters voor lipiden, met name Friedewald LDL-cholesterol, achterhaald zijn en ook de spreekuur-bloeddruk is verre van ideaal en zeker inferieur aan thuis gemeten bloeddrukwaarden of - idealiter - een 24 uren meting. Het verdient daarom de voorkeur dat men een centrum beoordeelt op de gehanteerde criteria (F-LDL of apoB, spreekuur- of ambulante gemeten bloeddruk), de streefwaarden, en op het percentage van de gevallen waarin ook werkelijk actie wordt ondernomen als de zelf gedefinieerde streefwaarden niet worden gehaald.</p>	NIV 2	Niet verwerkt	<p>De werkgroep is van mening dat of een bepaling volgens de Friedewald niet goed is en of de bloeddruk ander gemeten moet worden hier niet ter discussie staat. Dit moet op een andere plaats gevoerd worden. De werkgroep heeft de NDF standaard gevolgd en deze laat zich hier niet over uit.</p>

Bloeddruk			
Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
28 Bloeddruk: matige indicator: Wie meet de RR? Op welke wijze? Gestandaardiseerd? RR. Kan sterk wisselen!	IGZ	Niet verwerkt	Onder het kopje betrouwbaarheid is de methodiek van meten beschreven. De praktijk is niet het ideaal maar wel de realiteit. De realiteit herschrijven moet niet in dit project gebeuren.
29 Uit de opzet van indicatoren maak ik op dat voor de bloeddruk een grenswaarde gehanteerd gaat worden van 140/90 mm Hg. Ik denk dat gezien alle richtlijnen die een bloeddruk adviseren van < 130/80 en nog stringenter bij complicaties zoals micro-albuminurie, deze grenswaarde moet worden aangepast.	NIV 4	Niet verwerkt	Bij de totstandkoming van de indicatoren is gebruik gemaakt van de huidige richtlijnen. De werkgroep is van mening dat voorstellen tot aanpassing van de richtlijnen niet in dit traject thuis horen. Idealiter worden de indicatoren aangepast op moment dat nieuwe richtlijn beschikbaar komt.

Oogzorg			
Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
30 Oogzorg: Goede prestatie-indicator. Zit ook in de basisset. Probleem is dat een goede terugkoppeling van de oogarts naar de internist vereist is. Immers elke verwijzing resulteert niet meteen in een oogheelkundig onderzoek.	IGZ	Niet verwerkt	De problemen van de rapportage staan in de factsheet en zijn al verwerkt.
31 Het rapport over de externe indicatoren is lijjig, maar helder. In de set indicatoren kan ik mij vinden. Een overweging is nog om aan de indicatoren lab- en oogonderzoek toe te voegen dat de arts de uitslagen ook ter beschikking heeft. Dit is nu met oogonderzoek nog wel eens een probleem en wordt met toenemende	NIV7	Niet verwerkt	De werkgroep vindt dit een belangrijke opmerking. De werkgroep is echter ook van mening dat het inwinnen van informatie en afspraken maken met medebehandelaren de verantwoordelijkheid is van de internist. De werkgroep is van mening dat hierover geen aanvullende indicatoren hoeven te worden gemaakt

transmuraleit steeds belangrijker. Het wordt dan wel een combinatie van een proces en een structuurindicator.

Voetzorg

Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
32 Op pagina 26 staat dat voor externe indicatoren vooral het proces een rol zal spelen en niet de uitkomsten. Ik denk dat diabetespatiënten meer interesse zullen hebben voor de uitkomstmaten. Ik vind het jammer dat er voor deze indicator beperkte meerwaarde komt uit de CBO/Orde werkgroep bovenop het werk dat wij in het etalage plus project diabetes hebben gedaan. In de achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg wordt aangegeven dat het om grote aantallen gaat en dat er verbeteringen gehaald (kunnen) worden. Dat is mooi. Wij hebben begrip voor casemix problematiek en zouden de werkgroep graag aansporen hier een stapje verder te zetten om de variatie in kwaliteit in beeld te krijgen in termen van uitkomsten.	Consumenten bond 2	Niet verwerkt	Uit de focusgroepen met mensen met diabetes is gebleken dat zij vooral geïnteresseerd zijn in structuurindicatoren. Deze inbreng is dan ook door de werkgroep verwerkt. Met name voetzorg is niet gelijk over de centra verdeeld. Centra die hierin gespecialiseerd zijn zullen relatief veel amputaties hebben. Als je ze verwijst hoeft je ze niet te amputeren. We hebben gekozen om hier niet voor case mix correctie te gaan omdat dat niet kan.
33 Voetzorg: Goede procesindicator. Echter ook hier weer een definitieprobleem: wat is goede voetzorg? Waaruit bestaat het voetenteam en welke diagnostische handelingen dienen tenminste één maal per jaar te geschieden?	IGZ	Niet verwerkt	Bij de totstandkoming van de indicatoren is gebruik gemaakt van de huidige NDF richtlijn. De werkgroep is van mening dat in de richtlijn voldoende wordt beschreven over waar een voetenteam uit bestaat en welke diagnostische handelingen dienen te geschieden.

Leeswijzer

Commentaar*	Vereniging/ organisatie	Verwerkt/ niet verwerkt	Toelichting
<p>34 Gevraagd is de factsheets met de uiteindelijk geselecteerde indicatoren te becomingentariëren. We hebben desondanks toch enkele opmerkingen over de leeswijzer misschien kunt u deze toch ook meenemen:</p> <p>Algemene opmerking:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De leeswijzer en de indicatoren sluiten niet helemaal op elkaar aan. 2. Te uitgebreid en soms teveel vakjargon 3. Type II vervangen door type 2 4. Patiënt en arts vervangen door patiënt en diabetesteam. 	EADV	Verwerkt	<p>Van de patiëntenvereniging is geen commentaar gekomen op de uitgebreidheid. Tevens is de leeswijzer conform de andere leeswijzers uit het kwaliteit in de etalage traject</p> <p>Type II is vervangen door type 2.</p> <p>In de leeswijzer arts vervangen door diabetesteam</p>
<p>35 Blz 37 laatste gegevens van RIVM gebruiken. Deze kloppen niet meer.</p>	EADV	Verwerkt	Gegevens aangepast (RIVM d.d. 07-04-06)
<p>36 Blz: 39: 6^e tot 10^e regel. Hierin wordt genoemd dat de teamleden vanuit hun eigen achtergrond hun kennis bijhouden door scholing?? Is dit zo en wie toets dit. Dit zou eigenlijk een indicator moeten zijn.</p>	EADV	Niet verwerkt	De geformuleerde indicatoren hebben betrekking op externe verantwoording. Het bijhouden van kennis door scholing wordt door de werkgroep gezien als iets van de beroepsgroep en de verlenging van de bevoegdheid is. Dit is niet voor externe verantwoording.
<p>37 Kopje HbA1c waarde 4^e regel: zin "Deze meting vindt meestal plaats in het ziekenhuis" weglaten: het kan ook in de thuis situatie. Beter niet noemen.</p>	EADV	Niet verwerkt	HbA1c kan niet in de thuis situatie gemeten worden bij mensen met diabetes onderbehandeling van een ziekenhuis team. Doordat metingen alleen in ziekenhuis plaatsvinden, kan ook over de gegevens gerapporteerd worden.
<p>38 Blz 40: midden op de pagina "Het diabetesteam staat altijd klaar om mee te helpen, maar uiteindelijk is het de inspanning van de patiënt die er voor zorgt dat de bloedglucose spiegel goed of niet goed is" Klopt niet altijd!</p> <p>Voorstel: Maar uiteindelijk heeft de inspanning van de patiënt invloed op de bloedglucose regulatie.</p>	EADV	Verwerkt	<p>Tekst vervangen door onderstaande zin:</p> <p>"Maar uiteindelijk zijn het de inspanningen van de mens met diabetes die van invloed zijn op de bloedglucose regulatie".</p>

39	Blz 26: Kopje Betrouwbaarheid Diabetesverpleegkundige en praktijkondersteuner Praktijkondersteuner verwijderen: werkt niet in de tweede lijn.	EADV	Verwerkt	Praktijkondersteuner is verwijderd.
40	Blz 38 Kopje behandeling, 5 ^e regel: goed dieet : vervangen door richtlijnen gezonde voeding. "Gezonde voeding" wordt eerder in de tekst wel genoemd.	EADV	Verwerkt	"Goed dieet" is vervangen door " het volgen van richtlijnen gezonde voeding"

*Indien mogelijk/ nodig commentaar samengevat

6. Lijst met gebruikte afkortingen:

AIRE	Appraisal of Indicators, Research and Evaluation
CBO	Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
DBC's	Diagnose Behandeling Combinaties
DNO	Diabetes Nutrition Organization
EADV	Eerste Associatie van Diabetes Verpleegkundigen
EPD	Elektronisch patiëntendossier
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg. Orgaan dat toezicht houdt op en adviseert over de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg in Nederland.
OMS	De Orde van Medisch Specialisten
NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
NIV	Nederlandsche Internisten Vereeniging
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.
NFU	De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	Het Nederlands Huisartsen Genootschap
NPCF	De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVP	Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten
NVZ	De NVZ vereniging van ziekenhuizen is de organisatie van de branche ziekenhuizen
UvA	Universiteit van Amsterdam
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
ZIS	ziekenhuis informatie systeem
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMw	De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. ZonMw werkt aan de verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) .

niv = 75 ^{1931 - 2006}

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
Mevrouw N. Beersen
Postbus 20064
3502 LB UTRECHT

Utrecht, 29 mei 2006
NIV/LK/194

nederlandsche
internisten
vereniging

Bureau NIV
K.N.M.G.-gebouw "Domus Medica"
Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht
Postadres:
Postbus 20066
3502 LB Utrecht
Telefoon: 030 - 2823229
Faxnummer: 030 - 2882298
E-mail adres: secr@niv.knmg.nl
Website: www.internisten.nl
BTW nr.: NL 8059.43.079.B.01
KvK nr.: 40479055

Geachte mevrouw Beersen,

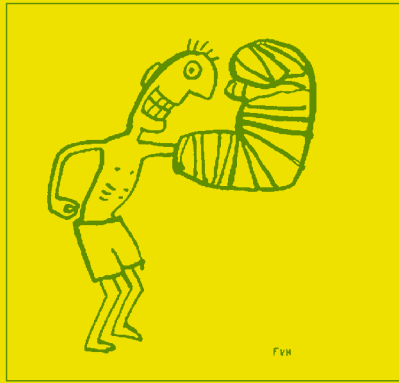
Hierbij deel ik u mee dat de **Externe Indicatoren Diabetes Mellitus** tijdens de **Algemene Ledenvergadering** op 22 mei jl. door de NIV-leden zijn aangenomen.

Met vriendelijke groet,

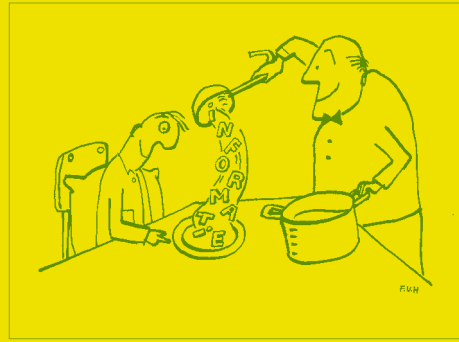
namens de Sectie Kwaliteit van de NIV



Dr. B.J. Potter van Loon, voorzitter



ZonMw
Laan van Nieuw Oost Indië 334,
2593 CE Den Haag
Postbus 93245,
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 50
Fax 070 349 53 95
kiezeninzorg@zonmw.nl
www.zonmw.nl/kiezeninzorg



Orde van Medisch Specialisten



ZonMw