



rivm

JN Struijs | JT van Til | CA Baan

Experimenteren met de keten-dbc diabetes

De eerste zichtbare effecten

Experimenteren met de keten-dbc diabetes

De eerste zichtbare effecten

J.N. Struijs, J.T. van Til en C.A. Baan



Sector Volksgezondheid en Zorg
RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
Telefoon: 030 - 274 91 11
www.rivm.nl/

Een publicatie van het
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden
© 2009 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het RIVM.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 260014001
ISBN: 978-90-6960-237-0

VOORWOORD

Wereldwijd neemt het aantal mensen met diabetes de laatste decennia sterk toe en dat geldt zeker ook voor Nederland. De sterke toename van het aantal mensen met diabetes in het verleden en de verwachte toename in de nabije toekomst hebben grote gevolgen voor de zorglast en kosten. In het preventiebeleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is diabetes daarom al jaren één van de prioritaire chronische ziekten.

Zowel door het ministerie als in het veld wordt onderkend dat de diabeteszorg beter kan en moet. De laatste jaren zijn er veel ontwikkelingen binnen de diabeteszorg met als doel de effectiviteit en de kwaliteit van de diabeteszorg te verbeteren. Deze ontwikkelingen richten zich onder andere op multidisciplinaire samenwerking. Belangrijke struikelblokken bij het tot stand komen van samenwerkingsverbanden zijn de versnipperde bekostiging van de verschillende onderdelen van de diabeteszorg en de bekostiging van de onderdelen die niet tot de directe zorgverlening behoren.

In 2004 is in de beleidsbrief 'Diabeteszorg beter' aangegeven dat de zorg voor diabetes verbeterd moet worden. Een plan van aanpak hiervoor is in 2005 uitgewerkt door de Taakgroep Programma Diabeteszorg. Gekozen is voor integrale bekostiging van de diabetes zorg op basis van de Zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie. Daarbij is de basis gelegd voor een nieuwe innovatieve aanpak voor chronische ziekten.

ZonMw is een paar jaar geleden gevraagd een programma Diabetes Ketenzorg te starten. Op experimentele basis is vervolgens in een tiental zorggroepen gewerkt met een keten-dbc diabetes. Het RIVM heeft het experiment geëvalueerd, de resultaten hiervan worden in dit rapport beschreven. Ik ben ZonMw, het RIVM en de deelnemende zorggroepen zeer erkentelijk voor hun inzet om dit belangrijke programma mogelijk te maken.

De evaluatie heeft veel informatie opgeleverd over het proces van het bekostigen, leveren en declareren van diabeteszorg via de keten-dbc onder verantwoordelijkheid van een zorggroep. Daarnaast is er een aantal vraagstukken naar voren gekomen die van belang zijn voor zowel het beleidsproces als de ontwikkelingen in het zorgveld. De evaluatie van de keten-dbc diabetes en de ervaringen die hiermee opgedaan zijn binnen zorggroepen, zijn daarmee zeer waardevol voor het vormgeven van het chronische ziektenbeleid en in het bijzonder ten aanzien van de integrale bekostiging.

Dit rapport is een mijlpaal in de route die ik heb geschetst in mijn beleidsbrief 'Programatische aanpak van chronische ziekten' (2008). Hierin staat de patiënt centraal en organiseren aanbieders samen met patiëntenorganisaties een sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, preventie, zelfmanagement en goede zorg. Integrale bekostiging op basis van zorgstandaarden is daarbij een belangrijk instrument voor duurzame en kwalitatief hoogwaardige chronische zorg.

Veel van de in dit rapport beschreven aanbevelingen sluiten aan bij signalen uit het veld die mij al eerder hebben bereikt. Bij de uitwerking van mijn beleid heb ik daarmee zoveel mogelijk rekening gehouden. Dit rapport is belangrijk voor de aanscherping van de condities om integrale bekostiging succesvol in te voeren.

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'A' followed by a horizontal line and a small upward stroke.

A. Klink

INHOUD

VOORWOORD 5

KERNBOODSCHAPPEN 9

1 INLEIDING 13

1.1 Achtergrond 13

1.2 Het ZonMw programma Diabetes Ketenzorg 15

1.3 Breder kader 16

1.4 Leeswijzer 17

2 EVALUATIE AAN DE HAND VAN ZEVEN KERNVRAGEN 19

2.1 Wat zijn de uitgangspunten van het keten-dbc-model? 20

2.2 Hoe is de zorggroep in de praktijk ingericht? 25

2.3 Hoe ziet de keten-dbc diabetes er op hoofdlijnen uit? 31

2.4 Hoe verloopt het inkoopproces? 36

2.5 Hoe verloopt het werkproces? 40

2.6 Wat is de kwaliteit van de zorg in de zorggroep na één jaar? 48

2.7 Wat is de tevredenheid van alle betrokken partijen? 56

3 BESCHOUWING 63

3.1 Onderzoeksmethode 63

3.2 Resultaten in perspectief 65

3.3 Uitrol naar andere chronische aandoeningen 71

3.4 Aanbevelingen 73

LITERATUUR 79

BIJLAGEN

Bijlage 1 Auteurs, Met bijdragen van, Wetenschappelijke adviescommissie, Stuurgroep ZonMw programma Diabetes Ketenzorg, Interne referenten 83

Bijlage 2 Methode 85

Bijlage 3 Samenvatting zorggroepen 95

Bijlage 4 Kwaliteit van de zorg op basis van de registratiegegevens 105

Bijlage 5 Resultaten van de patiëntenenquête 131

Bijlage 6 Mogelijke verschuivingen in aansprakelijkheden en verantwoordelijkheden als gevolg van de introductie van de zorggroep 157

Bijlage 7 Marktordening en zorggroepen 163

Bijlage 8 Afkortingen 169

KERNBOODSCHAPPEN

Introductie van keten-dbc diabetes op experimentele basis

De afgelopen decennia is het aantal mensen met diabetes sterk gestegen en deze stijging zal zich in de toekomst doorzetten. Dit heeft grote gevolgen voor de zorg(last) en kosten. Zowel door het ministerie van VWS als in de dagelijkse zorgpraktijk wordt onderkend dat de diabeteszorg beter kan en moet. De laatste jaren zijn er veel ontwikkelingen binnen de diabeteszorg in gang gezet met als doel om de effectiviteit en de kwaliteit van de diabeteszorg te verbeteren onder meer door multidisciplinaire samenwerking. Belangrijke struikelblokken bij het tot stand komen van samenwerkingsverbanden zijn de versnipperde bekostiging van verschillende onderdelen van de diabeteszorg en de bekostiging van de onderdelen die niet tot de directe zorgverlening behoren. Deze activiteiten (zoals afstemming, ICT en het opstellen van spiegelinformatie) zijn essentieel voor het in samenhang kunnen leveren van de zorg en worden veelal op projectbasis gefinancierd zonder garantie van continuïteit. Het ministerie van VWS heeft daarom het plan opgevat voor een integrale bekostiging van diabeteszorg. Op experimentele basis is in een tiental zorggroepen gewerkt met een keten-dbc (diagnosebehandelingcombinatie) diabetes binnen het ZonMw programma Diabetes Ketenzorg. Dit experiment is gedurende één jaar geëvalueerd en de resultaten worden in dit rapport beschreven. De resultaten van de evaluatie zijn gebaseerd op registratiegegevens van de zorggroepen, interviews met betrokkenen en patiëntenvragenlijsten.

Zorggroepen in alle soorten en maten, huisarts altijd belangrijk(st)e speler

Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd. Met de term ‘zorggroep’ wordt de hoofdcontractant van het keten-dbc-contract bedoeld en niet het team van zorgverleners dat de feitelijke zorg verleent. De zorggroep fungeert als hoofdaannemer en is verantwoordelijk voor de organisatie en levering van de diabeteszorg. De meeste (onderdelen van de) zorg wordt door de zorggroep gecontracteerd bij individuele zorgaanbieders of -instellingen (onderaannemers) en in beperkte mate verleent door zorgverleners van de zorggroep zelf. De wijze waarop de geëvalueerde zorggroepen zijn georganiseerd varieert. Er bestaan verschillende rechtsvormen: B.V., coöperatie, C.V. en stichting. Zorggroepen bestaan in de helft van de gevallen alleen uit huisartsen. In de andere zorggroepen zijn, naast de huisarts, ook andere zorgdisciplines mede-eigenaar. De organisatie van verschillende zorggroepen voldoet niet aan de Zorgbrede Governance code, vooral wat betreft de invulling van het toezicht.

Inhoud en prijs van de keten-dbc varieert

De keten-dbc heeft betrekking op de standaard diabeteszorg; zorg voor mensen met gediagnosticeerde diabetes zonder ernstige complicaties. In een keten-dbc-contract is vastgelegd welke onderdelen van de diabeteszorg als één integraal product ingekocht en gedeclareerd worden. Daarbij is de Zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) het uitgangspunt. Alle geëvalueerde keten-dbc-contracten voldoen op hoofdlijnen aan de NDF Zorgstandaard. Zo omvatten alle contracten de jaarlijkse en de driemaandelijke controles, het jaarlijkse oog- en voetonderzoek en (in acht van de negen keten-dbc-contracten) ook het labonderzoek. De verschillen tussen de keten-dbc-

contracten zitten in afspraken over additionele diabetesgerelateerde huisartsconsulten, begeleiding bij het minderen of stoppen met roken en/of de voetzorg. Deze activiteiten zijn in de NDF Zorgstandaard niet eenduidig omschreven, wat heeft geleid tot verschillende interpretaties van de te contracteren onderdelen van zorg. De verantwoording aan de verzekeraar over (de kwaliteit van) de geleverde zorg, is in de eerste keten-dbc-contracten beperkt opgenomen, maar speelt een steeds grotere rol bij nieuwe keten-dbc-contracten. Het tarief van de keten-dbc varieert sterk: van €258,- tot €474,- per patiënt per jaar. Deze prijsverschillen kunnen gedeeltelijk verklaard worden door feitelijke verschillen in zorgaanbod. De werkelijke kostprijs van de diabeteszorg is niet bekend.

Zorgverleners ervaren sterke onderhandelingspositie van de zorggroep bij inkoopproces

De invoering van de keten-dbc verdeelt de bestaande zorginkoopmarkt in twee zorginkoopmarkten: een zorginkoopmarkt waar verzekeraars overeenkomsten sluiten met de zorggroepen en een zorginkoopmarkt waar overeenkomsten worden gesloten tussen zorggroepen en individuele zorgaanbieders. Op de eerste zorginkoopmarkt vormt de huidige ontwikkeling, waarin per regio vaak slechts één zorggroep wordt opgericht, mogelijk een risico vanwege het ontbreken van concurrentie. Dit kan leiden tot suboptimale zorg of te hoge tarieven. De verzekeraars onderkennen dit risico, maar de meeste verzekeraars geven aan dat dit in de praktijk nog niet tot grote problemen heeft geleid. Op de tweede zorginkoopmarkt geven individuele zorgaanbieders aan dat zij de onderhandelingspositie van de zorggroep te sterk vinden, wat kan leiden tot geen contract of onredelijke contractvoorwaarden voor de individuele zorgaanbieders (uitsluiting of uitbuiting). De structurele invoering van meerdere keten-dbc's zal naar verwachting de onderhandelingspositie van de zorggroepen verder versterken ten aanzien van zowel de verzekeraars als de individuele zorgaanbieders.

Effecten van keten-dbc op het werkproces positief, ICT beperkende factor

De keten-dbc maakt de zorggroep verantwoordelijk voor de kwaliteit van de organisatie van de diabeteszorg. De samenwerking tussen de zorggroep en individuele zorgverleners is geformaliseerd in (deel)contracten waarin is vastgelegd welke zorg door wie wordt verleend en tegen welke prijs. Zorggroepen stellen eisen aan bij- en nascholing en aan het bijwonen van multidisciplinair overleg. Daarnaast worden afspraken gemaakt over de registratie en rapportage van zorggerelateerde gegevens waardoor de zorggroepen in staat zijn om de door hen gecontracteerde zorgverleners te voorzien van spiegelinformatie over hun eigen 'performance' ten opzichte van de totale zorggroep. De ICT is vooralsnog in de meeste zorggroepen ontoereikend om aan de informatiebehoefte van zorgverleners, zorggroepen en verzekeraars te kunnen voldoen.

Kwaliteit diabeteszorg is goed, maar niet zichtbaar beter één jaar na invoering van de keten-dbc

Ondanks dat een groot deel van de diabetespatiënten periodiek gecontroleerd wordt op HbA1c, bloeddruk, cholesterol en lichaamsgewicht (body mass index (BMI)) conform de NDF Zorgstandaard is er nog ruimte voor verbetering, met name voor het verrichten van het jaarlijkse voet- en oogonderzoek. Het is door de follow-upduur van één jaar nog niet te zeggen in hoeverre de procesindicatoren in de zorggroepen verbeteren. De geplande vervolgevaluatie zal hier meer inzicht in geven.

De patiëntuitkomsten laten geen grote veranderingen zien na één jaar. De zorggroepen realiseren weliswaar goede patiëntuitkomsten, maar deze werden al gerealiseerd in de 0-meting van de evaluatie. Er is ruimte voor verdere verbeteringen vooral op het gebied van de preventie van risicofactoren voor hart- en vaatziekten (bloeddruk en lichaamsgewicht). De invoering van de keten-dbc heeft na één jaar niet geleid tot verdere verbetering van de tevredenheid van patiënten over de samenwerking en afstemming tussen betrokken zorgverleners.

Keuzevrijheid voor patiënten onder druk

De patiënt krijgt alleen diabeteszorg van zorgverleners die zijn verbonden aan de zorggroep. Alle zorggroepen werken met voorkeursleveranciers. Dit houdt in dat zij niet alle zorgaanbieders contracteren, maar alleen diegene waarmee zij goede afspraken hebben kunnen maken over de kwaliteit van de te leveren zorg, de beschikbaarheid, de registratie en rapportage van gegevens, en het tarief. Voor een aantal onderdelen van de zorg (zoals het jaarlijkse oogonderzoek en bij enkele zorggroepen de dieetadvisering) is door zorggroepen maar één zorgaanbieder gecontracteerd. Door het contracteren van deze voorkeursleveranciers bestaat er voor de patiënt geen (volledige) keuzevrijheid meer en dit kan in strijd zijn met de huidige verzekeringspolissen van vele patiënten. Uit de evaluatie komt verder naar voren dat de patiëntenparticipatie in veel zorggroepen nog onvoldoende van de grond is gekomen. In de meeste zorggroepen is dit beperkt tot een periodiek overleg met de regionale patiëntenvereniging. De zorggroepen weten onvoldoende hoe ze een stevige rol aan de patiënt kunnen geven.

Meerdere vraagstukken ten aanzien van bekostiging van integrale diabeteszorg

Naast het feit dat een aantal onderdelen van de diabeteszorg niet of niet in alle keten-dbc contracten zijn opgenomen, is de precieze inhoud van de keten-dbc diabetes niet eenduidig gedefinieerd. Hierdoor bestaat het gevaar dat onderdelen van de zorg dubbel bekostigd worden. Enerzijds speelt het risico van dubbele declaraties, bijvoorbeeld als de oogarts het oogonderzoek apart declareert terwijl dit tevens is opgenomen in het keten-dbc-contract. Of, zoals bij enkele zorggroepen het geval is, is het jaarlijkse oogonderzoek gecontracteerd binnen de keten-dbc, maar wordt het niet bij alle patiënten binnen de zorggroep uitgevoerd. De marge die hier ontstaat, komt veelal ten goede aan de zorggroep. Onbekend is om hoeveel patiënten het gaat. Anderzijds is er sprake van een zogenaamde 'bypass'-constructie. Dit houdt in dat onderdelen van de zorg die via de keten-dbc beperkt gecontracteerd zijn alsnog via de bestaande bekostigingssystematiek worden gedeclareerd. Zo wordt bij één zorggroep bij ongeveer een vijfde van de patiënten een verwijzing uitgeschreven met de diagnose overgewicht of hypercholesterolemie, omdat de dieetadvisering binnen de keten-dbc (te) beperkt is gecontracteerd.

Gevolgen voor de macrokosten van de zorg onbekend

De verwachting van het ministerie van VWS is dat door integrale bekostiging de kwaliteit van de zorg verbetert en de zorgkosten afnemen. Vooral nog is het effect van de introductie van de keten-dbc diabetes op de macrokosten van de zorg onbekend. Enerzijds is de verwachting dat de kosten zullen dalen op de lange termijn door substitutie van ziekenhuiszorg naar de zorggroepen en een verminderde instroom van patiënten naar de tweede lijn. Anderzijds is het mogelijk dat de invoering van de keten-dbc zal leiden

tot een intensivering van de zorg bij veel diabetespatiënten (zowel in de standaard diabeteszorg als in het ziekenhuis) en dat de instroom van patiënten die nog net niet aan de diagnosecriteria voldoen zal toenemen. Een gedegen economische analyse van de invoering van de keten-dbc voor de macrokosten van de zorg is noodzakelijk om deze deels tegengestelde effecten in kaart te brengen.

Evaluatie laat zowel positieve als negatieve effecten zien met daarnaast een aantal onbekendheden

Uit bovenstaande blijkt dat de invoering van keten-dbc diabetes zowel positieve als negatieve effecten kent. Daarnaast is er een aantal vraagstukken naar voren gekomen die bij een structurele invoering van de keten-dbc opgelost zouden moeten zijn. Gegeven de cruciale rol van de NDF Zorgstandaard bij de inkoop van zorg, zou de Zorgstandaard op een aantal punten verduidelijkt of aangevuld moeten worden. Dit betreft het eenduidig definiëren van zorgactiviteiten en het benoemen van activiteiten die niet behoren tot de directe zorgverlening maar wel essentieel zijn voor het in samenhang kunnen leveren van de diabeteszorg. Ook de samenhang tussen de inhoud van de Zorgstandaard, de keten-dbc, het basispakket en het eigen risico verdient aandacht. Veel inzet op ICT gebied is essentieel om aan de informatiebehoefte van zorgverlener, zorggroep, verzekeraar en patiënt te kunnen voldoen. Andere knelpunten zijn de beperking van de keuzevrijheid van patiënten, onduidelijkheden ten aanzien van aansprakelijkheden en verantwoordelijkheden, de sterke onderhandelingspositie van de zorggroep en het niet voldoen aan de Zorgbrede Governance code.

Openstaande vraagstukken bij invoering meerdere keten-dbc's

De minister van VWS heeft besloten om meerdere keten-dbc's in te voeren. Naast de vraagstukken die voor structurele invoering van de keten-dbc diabetes gelden, spelen bij invoering van meerdere keten-dbc's nog andere vraagstukken. Eén daarvan is het opstellen van een door het veld vastgestelde zorgstandaard. Nog niet voor alle ziekten die op de nominatie staan voor integrale bekostiging, is een zorgstandaard vastgesteld. Gezien de nieuwe functie van de zorgstandaard bij de zorginkoop bestaat het risico dat bij de nieuw vast te stellen zorgstandaarden ook andere overwegingen dan zorginhoudelijke aspecten een rol gaan spelen. Immers een grote rol van de juiste competenties in de zorgstandaard geeft een zorgaanbieder een sterke positie in de vertaling van de zorgstandaard naar de te contracteren onderdelen van zorg in een keten-dbc. Een tweede vraagstuk ligt op het terrein van de multimorbiditeit. Patiënten met meerdere aandoeningen zullen in meerdere ziektespecifieke ketenzorgprogramma's gaan participeren. Dit kan tot problemen leiden omdat een deel van hun complexe zorgvraag mogelijk niet terug te voeren is op een specifieke keten-dbc. Daarnaast is het van belang dat door de ontwikkeling van meerdere ziektespecifieke keten-dbc's geen nieuwe schotten in de bekostiging ontstaan. Afstemming en integratie van verschillende ziektespecifieke keten-dbc's is noodzakelijk om deze nieuwe verkokering te voorkomen.

1 INLEIDING

1.1 Achtergrond

Diabetes is veelvoorkomende ziekte: 4% van de Nederlandse bevolking heeft diabetes

Diabetes mellitus is een veelvoorkomende chronische ziekte die op den duur ernstige complicaties met zich mee kan brengen, zoals hart- en vaatziekten, blindheid en aantasting van de nieren en het zenuwstelsel. Wereldwijd neemt het aantal mensen met diabetes mellitus type 1 of type 2 de laatste decennia sterk toe, en dat geldt ook voor Nederland. Recente cijfers geven aan dat er op 1 januari 2007, 670.000 mensen in Nederland met diabetes bekend waren in de zorg. Bij 71.000 mensen werd in 2007 voor het eerst de diagnose diabetes mellitus gesteld (Baan et al., 2009a). Naast deze mensen met diabetes die bij de huisarts bekend zijn, zijn er nog altijd veel mensen met diabetes zonder dat zij het weten: minimaal 250.000 mensen.

Aantal mensen met diabetes sterk gestegen en zal in toekomst nog verder stijgen

In de periode 2000-2007 steeg de jaarprevalentie van gediagnosticeerde diabetes met bijna 55%. Deze stijging zal zich verder doorzetten: naar verwachting zal het aantal mensen met gediagnosticeerde diabetes toenemen tot ruim 1,3 miljoen in 2025. Dat komt neer op 8% van de Nederlandse bevolking. Het gaat hierbij vooral om mensen met diabetes mellitus type 2. De toename is grofweg het gevolg van drie factoren. Allereerst speelt de vergrijzing een rol. Ten tweede is er de laatste decennia meer aandacht voor diabetes in de huisartsenpraktijk. Dit heeft geleid tot een meer actieve en systematische opsporing van diabetes. De derde belangrijke factor is de stijging van het aantal mensen met overgewicht en/of andere risicofactoren voor diabetes (Baan et al., 2009b).

Toename zorgvraag door toename patiënten

De sterke toename van het aantal patiënten met diabetes in het verleden en de verwachte toename in de nabije toekomst hebben grote gevolgen voor de zorg(last) en de zorgkosten. Nu al wordt het grootste deel van het zorgbudget in Nederland besteed aan chronische aandoeningen, waaronder diabetes. In de toekomst zal dit nog meer het geval zijn (VWS, 2008b). Zowel het ministerie van VWS als het werkveld zelf onderkennen dat de diabeteszorg beter kan en moet. De laatste jaren zijn er veel ontwikkelingen binnen de diabeteszorg in gang gezet met als doel de effectiviteit en de kwaliteit van de diabeteszorg te verbeteren. Deze ontwikkelingen richten zich enerzijds op de organisatie van de zorg, met de daarbij behorende randvoorwaarden en anderzijds op het ontwikkelen en aanbieden van specifieke onderdelen van diabeteszorg. De versnipperde bekostiging van de verschillende onderdelen van de diabeteszorg is een belangrijk struikelblok bij het tot stand komen van samenwerkingsverbanden op een continue basis (Baan et al., 2003; IGZ, 2003; Taakgroep, 2005).

Meer kwaliteit en doelmatigheid in het proces van de zorg noodzakelijk

Het is bekend wat een goede behandeling voor diabetes inhoudt. Ten aanzien van de standaardzorg¹, dat wil zeggen de zorg voor mensen met gediagnosticeerde diabetes zonder ernstige complicaties, is in 2003 door de NDF de Zorgstandaard diabetes type 2 (zie *tekstbox 1.1*) ontwikkeld (NDF, 2003) en in 2007 geactualiseerd (NDF, 2007). Het doel van de standaardzorg is om klachten te verminderen, de kwaliteit van leven te verhogen en het optreden van complicaties te voorkomen of uit te stellen. Wanneer behandeldoelen in de standaardzorg niet gehaald worden of wanneer sprake is van onvoldoende verbetering, acute ontregeling of het optreden van (ernstige) complicaties vindt doorgaans doorverwijzing plaats naar een medisch specialist voor ‘complexe zorg’.

Tekstbox 1.1: NDF Zorgstandaard diabetes type 2

De NDF Zorgstandaard schetst op hoofdlijnen de verschillende onderdelen van ‘goede’ diabeteszorg (NDF, 2007). De NDF Zorgstandaard is in principe functioneel omschreven. Dit houdt in dat is omschreven welke onderdelen van de zorg er moeten worden uitgevoerd, maar niet wie dat moet doen, waar het moet gebeuren of hoe het moet gebeuren. Wel dienen de zorgverleners bevoegd en bekwaam te zijn conform de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

De noodzakelijke onderdelen zijn:

- één uitgebreide jaarlijkse controle;
- drie keer per jaar een driemaandelijks controle;
- een jaarlijks voetonderzoek;
- een jaarlijks oogonderzoek;
- dieetadvisering (frequentie afhankelijk van hoe lang de patiënt bekend is met diabetes);
- hulp en begeleiding bij het minderen en stoppen met roken;

- laboratoriumonderzoek (HbA1c, LDL cholesterol, nierfunctie bepaling, microalbuminurie);
- educatie en ondersteuning van de zelfzorg.

De NDF Zorgstandaard beschrijft de zorg vanaf de diagnose. De diagnose zelf maakt dus geen deel uit van de Zorgstandaard. Daarnaast onderscheidt de Zorgstandaard ondanks de functionele omschrijving kerndisciplines (‘eerste schil’) en zorgdisciplines uit de zogenaamde ‘tweede schil’. De kerndisciplines dienen vertegenwoordigd te zijn in de zorggroep. Zorgverleners uit de ‘tweede schil’ maken geen deel uit van de zorggroep, maar met hen dienen structurele werkafspraken te worden gemaakt.

De NDF Zorgstandaard is recent uitgebreid met twee addenda: ‘*Diabetes type 1 – volwassenen*’ en ‘*Diabetes type 1 – kinderen en adolescenten*’. In 2008 is de Zorgstandaard uitgebreid met de e-Diabetes Dataset.

Patiëntenversie van de Zorgstandaard: de Diabetes Zorgwijzer

Op basis van de NDF Zorgstandaard heeft de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) in samenspraak met de NDF een patiëntenversie ontwikkeld, de Diabetes

Zorgwijzer (DVN, 2008). Hiermee kunnen diabetespatiënten controleren of zij zorg krijgen volgens de Zorgstandaard.

In 2004 stelde de minister van VWS in zijn brief ‘*Diabeteszorg beter*’ dat de zorg voor diabetes verbeterd moet worden omdat in de praktijk zou blijken dat naar schatting hooguit een derde van alle mensen met diabetes de juiste behandeling krijgt (conform de Zorgstandaard) en de overige twee derde matig of zelfs onvoldoende wordt behandeld

1 De behandeling is gericht op een zo normaal mogelijke bloedglucosewaarde door middel van gezonde voeding en een gezonde leefstijl. Daarnaast is er vaak sprake van een medicamenteuze behandeling met tabletten en/of insuline. Naast het streven naar normale bloedglucosewaarden is de behandeling gericht op eventueel aanwezige cardiovasculaire risicofactoren, zoals hoge bloeddruk of verhoogd cholesterol, het verminderen van overgewicht en op het vroegtijdig opsporen van (voorstadia van) diabetesgerelateerde complicaties door middel van regelmatige controles (oogonderzoek, voetcontrole).

(VWS, 2004). In dat zelfde jaar verscheen in Medisch Contact een stuk waarin gesteld werd dat de ‘organisatie diabeteszorg onnodig ingewikkeld is’ en dat ‘het groeiende aantal diabetespatiënten noopt tot bezinning op een geschikte organisatievorm van de Nederlandse diabeteszorg’ (Rutten, 2004).

Zorggroep en ketenbekostiging als mogelijke oplossingsrichting

De laatste jaren hebben er veel ontwikkelingen binnen de standaard diabeteszorg plaatsgevonden met als doel om de effectiviteit en kwaliteit van deze zorg te verbeteren. Er is dringend behoefte aan meer doelmatigheid in het proces van zorgverlening om – ook op de korte termijn en landelijk dekkend – alle mensen met diabetes van goede diabeteszorg te kunnen blijven voorzien tegen aanvaardbare kosten. In 2005 heeft de taakgroep Programma Diabeteszorg een plan van aanpak opgesteld om de diabeteszorg op landelijke schaal te verbeteren (Taakgroep, 2005). Daarbij werden drie uitgangspunten gehanteerd: 1) goede zorg voor diabetespatiënten vereist een multidisciplinaire benadering, 2) de zorg kan voor het merendeel in de eerste lijn plaatsvinden, en 3) de zorg moet overeenstemmen met de NDF Zorgstandaard.

Het plan van aanpak was erop gericht om de omstandigheden te realiseren waarin de verzekeraar goede zorg kan inkopen bij een multidisciplinair georganiseerde zorggroep die zijn zorgaanbod inricht in overeenstemming met de NDF Zorgstandaard. De concept-keten-diagnosebehandelingcombinatie diabetes (hierna: keten-dbc) kan bij dit gerichte inkoopbeleid een hulpmiddel zijn (VWS, 2005).

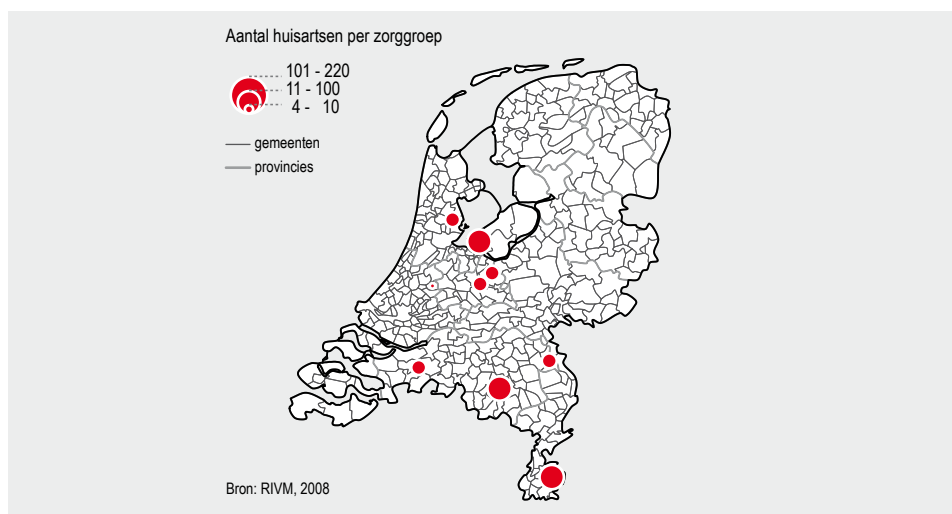
1.2 Het ZonMw programma Diabetes Ketenzorg

Naar aanleiding van het rapport van de taakgroep heeft het ministerie van VWS ZonMw de opdracht gegeven een programma Diabetes Ketenzorg op te zetten. Dit programma heeft als doel:

- Bevorderen van de organisatie van diabeteszorg: zorggroepen doen ervaring op met een concept keten-dbc als nieuwe vorm van bekostiging. Het RIVM voert een evaluatie uit van de ervaringen met deze nieuwe werkvorm en bekostiging. In dit rapport worden de resultaten van deze evaluatie beschreven.
- Bevorderen van diabeteseducatie: het bevorderen van de diabeteseducatie gebeurt in een deelprogramma diabeteseducatie en wordt in dit rapport verder buiten beschouwing gelaten.

Het doel van de evaluatie is om inzicht te geven in het proces om diabeteszorg te organiseren via zorggroepen, het werken met de keten-dbc, de tevredenheid van alle betrokken partijen en de kwaliteit van de zorg.

De evaluatie is gestart op 1 januari 2007. Er zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens verzameld. Gedurende één jaar zijn de zorggroepen gevolgd in hun streven de zorggroep vorm te geven en met de keten-dbc te werken. In die periode zijn op twee momenten vragenlijsten onder patiënten uitgezet en zijn uit de zorgregistraties data



Figuur 1.1: Zorggroepen die aan de evaluatie deelnemen

geëxtraheerd. Een uitgebreide beschrijving van de onderzoeksperiode en de gegevensverzameling staat in *bijlage 2*.

De evaluatie had in eerste instantie betrekking op tien zorggroepen. Gedurende het traject van het onderzoek, bleek één zorggroep niet in staat de deelname te continueren om uiteenlopende redenen (zie *bijlage 2, paragraaf B2.1*). De resultaten beschreven in dit rapport hebben dan ook betrekking op negen zorggroepen.

De wettelijke basis voor het experiment met de keten-dbc is geregeld in de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregel ‘*Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties*’ (NZa, 2009a). Deze beleidsregel biedt verzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid om maximaal drie jaar kleinschalig te experimenteren met nieuwe of vernieuwde zorgprestaties.

1.3 Breder kader

Volgens de toenmalige inzichten zou na afloop van het programma Diabetes Ketenzorg het ministerie vervolgens besluiten of de keten-dbc landelijk zal worden ingevoerd (VWS, 2005; VWS, 2008b).

Na de start van het ZonMw programma Diabetes Ketenzorg is het ministerie van VWS verder gegaan met het chronische ziektebeleid. De brief ‘*Programmatisch aanpak chronische ziekten*’ beschrijft vier ambities: 1) de toename van het aantal mensen met een chronische aandoening moet worden afgeremd, 2) de leeftijd waarop een chronische ziekte zich voor het eerst manifesteert moet worden uitgesteld, 3) complicaties als gevolg van de chronische ziekte moeten worden voorkómen dan wel uitgesteld, en ten slotte 4) mensen met een chronische aandoening moeten in staat worden gesteld zo goed mogelijk met hun ziekte om te gaan, zodat de best mogelijke kwaliteit van leven wordt bereikt

(VWS, 2008b). VWS geeft deze ambities vorm door een ‘programmatische aanpak’, ook wel ‘diseasemanagement’ genoemd.

Deze aanpak kan zorgen voor verbinding en verbetering op drie essentiële punten: meer samenhang tussen preventie en curatie, stimuleren van zelfmanagement en beter afgestemde multidisciplinaire zorg. De NDF Zorgstandaard vormt de basis voor de programmatische aanpak waarbij de zorg volgens de standaard wordt geleverd vanuit een multidisciplinaire samenwerking. Diabetes wordt in de brief als koploper/voorbeeld genoemd. De ontwikkeling en verbetering van zorgstandaarden voor diabetes, vasculair risicomanagement, COPD, hartfalen, depressie, overgewicht en obesitas, artrose, dementie en beroerte worden door VWS gestimuleerd. Daarnaast worden momenteel door VWS de mogelijkheden verkend voor een zorgstandaard beroerte.

Eind 2008 heeft de minister het voornemen aangekondigd om de zorg voor chronisch zieken te bekostigen door middel van keten-dbc's (de zogenaamde functionele bekostiging²) (VWS, 2008a). Functionele bekostiging gaat uit van de zorgvraag van de patiënt of de aandoening van de patiënt. VWS verwacht dat met functionele bekostiging een integrale aanpak van de aandoening wordt bevorderd, waardoor de kwaliteit van de zorg verbetert en ook de doelmatigheid (VWS, 2008a). In zijn brief *'Voorhangbrief keten-dbc's en huisartsenbekostiging'* gaat de minister verder in op de uitgezette beleidslijn (VWS, 2009a).

1.4 Leeswijzer

De evaluatie heeft veel informatie opgeleverd. De belangrijkste bevindingen worden gepresenteerd aan de hand van zeven kernvragen, gebaseerd op de onderzoeksvragen van de evaluatie. Daarnaast wordt in een aantal bijlagen dieper op de materie ingegaan. De zeven kernvragen luiden:

1. Wat zijn de uitgangspunten van het keten-dbc-model?
2. Hoe is de zorggroep in de praktijk ingericht?
3. Hoe ziet de keten-dbc diabetes er op hoofdlijnen uit?
4. Hoe verloopt het inkoopproces?
5. Hoe verloopt het werkproces?
6. Wat is de kwaliteit van de zorg in de zorggroep na één jaar?
7. Wat is de tevredenheid van alle betrokken partijen?

In *hoofdstuk 2* worden de zeven kernvragen beantwoord. In *hoofdstuk 3* worden de belangrijkste conclusies weergegeven en bediscussieerd. Daarnaast worden nieuwe vraagstukken ten aanzien van de keten-dbc en de uitrol ervan naar andere aandoeningen besproken.

2 Recent is door VWS besloten om de term ‘functionele bekostiging’ niet meer te hanteren, maar te spreken van ‘integrale bekostiging’. In dit rapport wordt nog gesproken over functionele bekostiging.

Tot slot: de belangrijkste conclusies en aanbevelingen van het rapport zijn samengevat in de kernboodschappen, vooraan in het rapport. Deze kernboodschappen zijn te lezen als een managementsamenvatting. In *bijlage 1* worden de mensen binnen het RIVM vermeld die een bijdrage hebben geleverd. Daarnaast worden in deze bijlage twee externe groepen deskundigen vermeld: de ZonMw Stuurgroep en de Wetenschappelijke adviescommissie (WAC). De beleidsmatige aansturing van de evaluatie wordt gedaan door de Stuurgroep ZonMw programma Diabetes Ketenzorg. De leden van de stuurgroep zijn door ZonMw op persoonlijke titel gevraagd vanwege hun expertise op het gebied van diabeteszorg of (diabeteszorg)onderzoek. De stuurgroep zal op basis van de bevindingen van de evaluatie aanbevelingen formuleren voor het beleid en het 'veld'. De wetenschappelijke kwaliteit van het themarapport wordt bewaakt door de experts uit de WAC. In *bijlage 2* worden de opzet en de gehanteerde methode(n) van de evaluatie in detail beschreven. Vervolgens wordt in *bijlage 3* ingegaan op de organisatiestructuur van de afzonderlijke zorggroepen. Daarna worden in *bijlagen 4* en *5* de resultaten gepresenteerd van de verschillende gegevensmodules van de evaluatie, te weten de kwaliteit van de zorg op basis van de registratiegegevens, de resultaten van de patiëntenvragenlijsten en de resultaten van de interviews. Als laatste wordt ingegaan op mogelijke verschuivingen in de aansprakelijkheden en verantwoordelijkheden door de introductie van de zorggroep (*bijlage 6*) en op marktmacht en zorggroepen (*bijlage 7*).

2 EVALUATIE AAN DE HAND VAN ZEVEN KERNVragen

Methode evaluatie

De gegevensverzameling van de evaluatie bevat gegevens uit 1) registratiesystemen van de zorgverleners, 2) patiëntenvragenlijsten, en 3) semigestructureerde interviews. Een uitgebreide beschrijving van de methode is te vinden in *bijlage 2*.

1) Registratiesystemen van zorgverleners

Inhoud De zorggroep rapporteerde gepseudonimiseerde gegevens (procesvariabelen en patiëntuitkomsten) op patiëntniveau over de geleverde zorg aan het RIVM.

Tijdsperiode De registratiegegevens zijn verzameld over een periode van één jaar. De startdatum van de 0-meting was gelijk aan de ingangsdatum van het keten-dbc-contract (1 januari 2007). Bij een aantal zorggroepen ging het keten-dbc-contract later in, en daardoor verschoof de startdatum van de 0-meting naar 1 april 2007. Alle patiënten die binnen drie maanden (met één maand uitloop) na de start van de 0-meting een jaarcontrole of driemaandelijkse controle hadden ondergaan, zijn geïnccludeerd. Iedere patiënt is twaalf maanden gevolgd (met één maand uitloop), om te kunnen bepalen welke zorg deze patiënt gedurende deze tijdsperiode heeft gekregen.

Analyses De uitkomsten van de 0-meting en de 1-jaarsmeting zijn vergeleken met behulp van de McNemar-test en de gepaarde T-test. Doordat de gegevens niet gecorrigeerd kunnen worden voor verschillen in patiëntenpopulatie wordt een vergelijking tussen zorggroepen bemoeilijkt. Veel patiënten 'stroomden' in na de 0-meting, waardoor gegevens van de 0-meting ontbreken. Ook stroomden veel patiënten in na de inclusieperiode van de 0-meting en zijn derhalve niet meegenomen in de analyses.

2) Patiëntenvragenlijsten

Inhoud De patiëntenvragenlijst is samengesteld uit bestaande gevalideerde vragenlijsten die betrekking hebben op de afstemming van de geleverde zorg, de gezondheid, kwaliteit van leven en leefstijl van de patiënt. De vragenlijsten werden zowel verspreid tijdens de 0-meting als de 1-jaarsmeting. Per zorggroep zijn 250 vragenlijsten uitgedeeld. Ook kon een identieke vragenlijst worden ingevuld via internet. In de 1-jaarsmeting is alleen een vragenlijst verstuurd naar patiënten die hadden deelgenomen aan de 0-meting en toestemming hadden gegeven nogmaals benaderd te worden met een vragenlijst.

Zorggroep 5 en 8 hadden een eigen patiënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Om de patiënten in deze zorggroepen niet dubbel te belasten, is in overleg met ZonMw besloten in deze zorggroepen geen patiëntenvragenlijsten uit te zetten. Zorggroep 7 heeft geen patiëntenvragenlijsten verspreid vanwege vertragingen bij de oprichting van de zorggroep. In totaal zijn dus onder zes zorggroepen patiëntenvragenlijsten verspreid.

Tijdsperiode De tijdsperiode van het verspreiden van de vragenlijsten was identiek aan de tijdsperiode van de registratiegegevens.

Analyses Voor het analyseren van de uitkomsten van de patiëntenvragenlijsten is voornamelijk gebruikgemaakt van beschrijvende statistiek (frequentietabellen). Er zijn geen significanties gepresenteerd voor de verandering in de uitkomstmaten, vanwege de kleine aantallen in de afzonderlijke zorggroepen (zie *tabel B5.1*).

3) Semigestructureerde interviews bij zorgverleners en verzekeraars

Inhoud Bij alle zorggroepen zijn semigestructureerde interviews afgenomen, waarbij gebruik werd gemaakt van een door de stuurgroep goedgekeurde 'topic-list'. Deze interviews hadden als doel inzicht te krijgen in de ervaringen van betrokken partijen. In totaal zijn bij de 0-meting meer dan 40 interviews afgenomen bij zorggroepen, zorgverleners en verzekeraars. In de 1-jaarsmeting zijn minder interviews gehouden, in totaal 20. De eerste interviews bleken weinige nieuwe informatie op te leveren en de bevindingen van de interviews van de 0-meting te bevestigen (gegevenssaturatie). De interviews zijn door twee interviewers (JS en BG) afgenomen en - met toestemming van de geïnterviewden - opgenomen.

Tijdspad De tijdsperiode van het afnemen van de interviews is identiek aan de tijdsperiode van de registratiegegevens.

Analyses De opgenomen interviews zijn getranscribeerd en - na goedkeuring van de transcriptie door de geïnterviewden - geanonimiseerd opgenomen in de analyses. De transcripties zijn door drie onderzoekers (JS, LL, SH) onafhankelijk van elkaar bestudeerd en geanalyseerd. De in het rapport genoemde aspecten en gebruikte citaten zijn in overleg door deze drie onderzoekers vastgesteld.

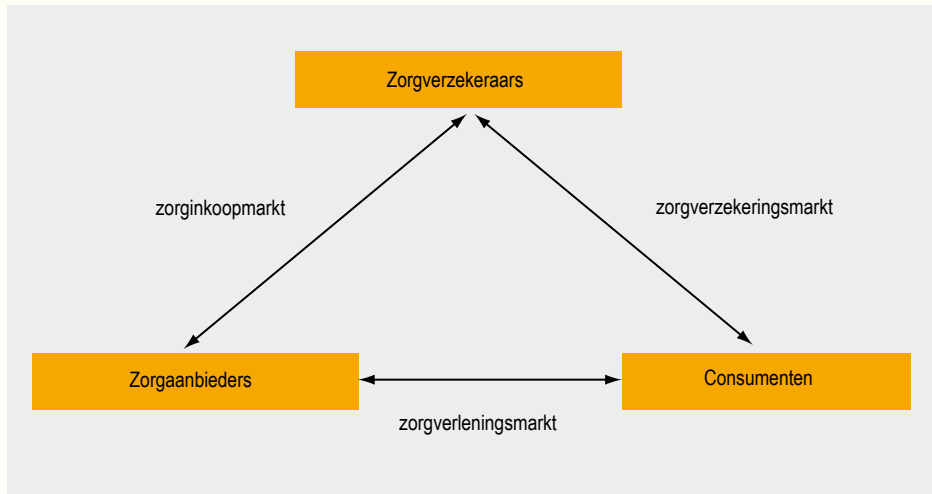
2.1 Wat zijn de uitgangspunten van het keten-dbc-model?

Leeswijzer

Met de introductie van de keten-dbc verandert het zorgmodel in Nederland. In deze paragraaf beschrijven we kort de kenmerken van het bestaande zorgmodel. Vervolgens worden de uitgangspunten van het keten-dbc-model beschreven waarbij wordt aangegeven tot welke veranderingen dit in het bestaande zorgmodel leidt. Veel van deze uitgangspunten waren bij de start van de evaluatie niet volledig uitgewerkt. Gedurende de evaluatie is hier meer duidelijkheid in gekomen mede door de ervaringen opgedaan in deze evaluatie.

Kenmerken bestaand zorgmodel

Op dit moment bestaat het zorgmodel in Nederland uit drie markten: de zorginkoopmarkt, de zorgverleningsmarkt en de zorgverzekeringsmarkt. In *tekstbox 2.1* is het huidige zorgmodel beknopt beschreven.

Tekstbox 2.1: Bestaand zorgmodel

Het bestaande zorgmodel in Nederland bestaat uit drie markten: de zorginkoopmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt. De marktwerking is afgebakend door wetten en regels om publieke doelen als kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te kunnen waarborgen.

Zorginkoopmarkt

Op de zorginkoopmarkt zijn twee actoren aanwezig: de verzekeraars en de individuele aanbieders van zorg. Verzekeraars kopen zorg in bij zorgaanbieders door middel van zorgcontracten. De zorginkoopmarkt wordt in sterke mate door de overheid gereguleerd. Zo stelt de overheid jaarlijks voor elke zorgsector een uitgavenplafond en zorgtarieven vast. In het merendeel van de zorgsectoren is er sprake van maximprijzen en kwaliteitsafspraken. Vrije onderhandelingen op prijs en kwaliteit vinden in geringe mate plaats in de huisartsenzorg, de fysiotherapie, de geestelijke gezondheidszorg en in het B-segment van de ziekenhuiszorg.

Zorgverleningsmarkt

Op de zorgverleningsmarkt vragen patiënten (consumenten) zorg en wordt deze zorg aangeboden door

de zorgaanbieders. Ook op deze markt is sprake van een uitgebreide regelgeving vanuit de overheid. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de kwaliteitswetgeving en de wetgeving die de rechten van de vragers van zorg of medisch-ethische kwesties regelt. De gevolgen van de hervormingen van het zorgstelsel van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde benadering van de zorg en een toename van prikkels voor marktwerking zullen op deze markt zichtbaar worden.

Zorgverzekeringsmarkt

Op de zorgverzekeringsmarkt zijn verzekerden en verzekeraars actief. Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet in werking getreden, waarbij het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere verzekeringen verdwenen is. Verzekerden hebben nu de keuze uit twee soorten zorgverzekeringen, namelijk de wettelijk verplichte basisverzekering en de aanvullende verzekeringen. De basisverzekering is in te delen in een naturapolis, een restitutiepolis en een combinatiepolis. De zorgverzekeringsmarkt wordt sterk gereguleerd door de overheid die verplicht is te garanderen dat de hele bevolking toegang heeft tot een breed pakket aan zorgvoorzieningen.

Uitgangspunten van het keten-dbc-model***Keten-dbc omvat integrale bekostiging van de diabeteszorg***

De keten-dbc is bedoeld om de multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners te bevorderen door middel van het opheffen van bestaande financiële barrières. De keten-dbc maakt het mogelijk om de 'standaard' diabeteszorg als één product/prestatie in te kopen, te leveren en te declareren (Taakgroep, 2005). Het gaat dan vooral om mensen waar de

diagnose diabetes recent is gesteld, patiënten die stabiel zijn ingesteld en mensen die geen (ernstige) complicaties hebben (NDF, 2007). Ook een consultatieve functie van de specialist valt nog binnen het keten-dbc-contract. Overhead, zoals management, afstemmingskosten en huisvesting, kan eveneens binnen de keten-dbc gefinancierd worden. In het bestaande zorgmodel zijn de overheadkosten moeilijk te financieren.

Keten-dbc is functioneel omschreven met de NDF Zorgstandaard als vertrekpunt

De NDF Zorgstandaard beschrijft het raamwerk waaraan goede diabeteszorg dient te voldoen. De Zorgstandaard kan gebruikt worden als leidraad bij de inkoop van diabeteszorg. In de Zorgstandaard worden de zorgactiviteiten (de 'wat') omschreven, maar de uitvoerders en uitvoering (de 'wie', de 'waar' en de 'hoe') van deze zorgactiviteiten zijn vrij gelaten. De functionele omschrijving is bedoeld om taakdelegatie en taaksubstitutie (binnen de mogelijkheden van de wet BIG) te stimuleren. De keten-dbc kan door de functionele omschrijving als 'lijnsafhankelijk' worden getypeerd, immers de uitvoerders van de taken zijn niet vastgelegd.

Juridische entiteit noodzakelijk

Om een keten-dbc-contract af te kunnen sluiten is een juridische entiteit noodzakelijk. Deze juridische entiteit fungeert als hoofdcontractant en sluit een keten-dbc-contract met de verzekeraar. Deze hoofdcontractant wordt ook wel de zorggroep genoemd. De zorggroep coördineert en huurt zorgverleners in voor de feitelijke zorgverlening of levert (onderdelen van) de zorg zelf. De zorggroep heeft de mogelijkheid om zorgverleners en zorginstellingen selectief te contracteren en zodoende de kwaliteit en doelmatigheid te stimuleren en te borgen. De zorggroep fungeert als 'hoofdaannemer' en is door het afsluiten van de keten-dbc verantwoordelijk geworden voor de coördinatie en kwaliteit van de diabeteszorg. De NDF Zorgstandaard geeft aan dat de kerndisciplines in de zorggroep vertegenwoordigd dienen te zijn. De verzekeraar voldoet aan zijn zorgplicht door het sluiten van één contract voor de diabeteszorg met de zorggroep.

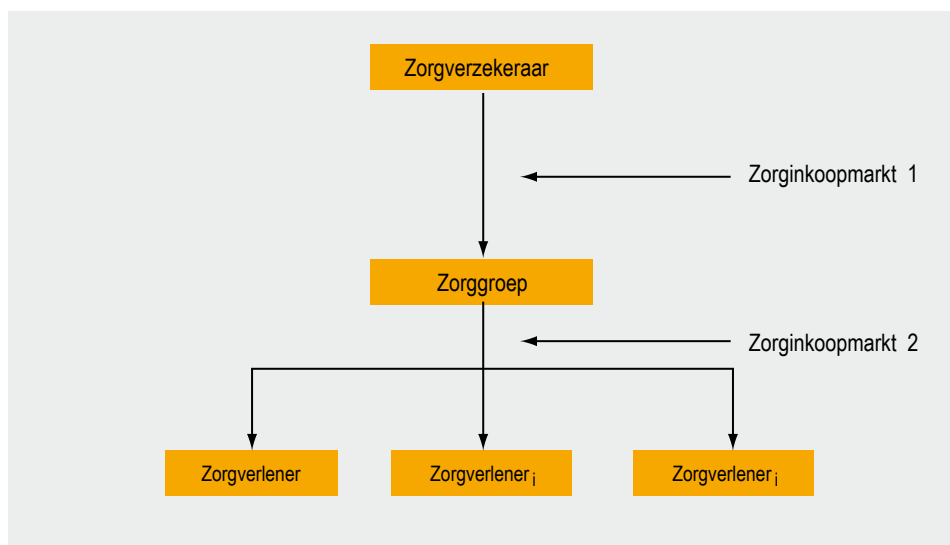
Introductie van de zorggroep

Met de introductie van de keten-dbc, wordt er een nieuwe partij geïntroduceerd: de zorggroep. Er bestaan verschillende definities van een zorggroep. In dit rapport gebruiken we onderstaande definitie (zie *tekstbox 2.2*).

Reguliere zorginkoopmarkt vervangen door twee zorginkoopmarkten

Door de introductie van de keten-dbc en de hieraan gerelateerde oprichting van zorggroepen, wordt de reguliere zorginkoopmarkt uit het huidige zorgsysteem vervangen door twee zorginkoopmarkten (zie *figuur 2.1*):

1. zorginkoopmarkt 1 waar verzekeraars overeenkomsten (het keten-dbc-contract) sluiten met de zorggroep;
2. zorginkoopmarkt 2 waar de zorggroep overeenkomsten (deelcontracten) sluit met individuele zorgaanbieders of -instellingen.



Figuur 2.1: Schematische weergave van het keten-dbc-model als zorginkoopmarkt

Rol van zorggroep bij feitelijke zorgverlening kan variëren

De rol van de zorggroep bij de feitelijke zorgverlening kan verschillend worden ingevuld (zie *figuur 2.2*). De zorggroep kan zelf medewerkers in dienst nemen voor de feitelijke zorgverlening. In deze variant is er eigenlijk geen sprake van de tweede zorginkoopmarkt. Of de zorggroep kan overeenkomsten afsluiten met zelfstandige zorgaanbieders (of -instellingen) voor de feitelijke zorgverlening. Een derde mogelijkheid is een mengvorm van deze twee varianten. Dat wil zeggen dat de zorggroep voor een deel van de zorgactiviteiten zelfstandig gevestigde zorgaanbieders contracteert en voor de overige zorgactiviteiten zorgverleners in dienst heeft. In variant 2 en 3 hebben de zorgaanbieders geen directe relatie meer met de verzekeraars voor wat betreft de diabeteszorg. De directe relatie met de verzekeraars blijft wel bestaan voor zorgactiviteiten die geen deel uitmaken van de keten-dbc.

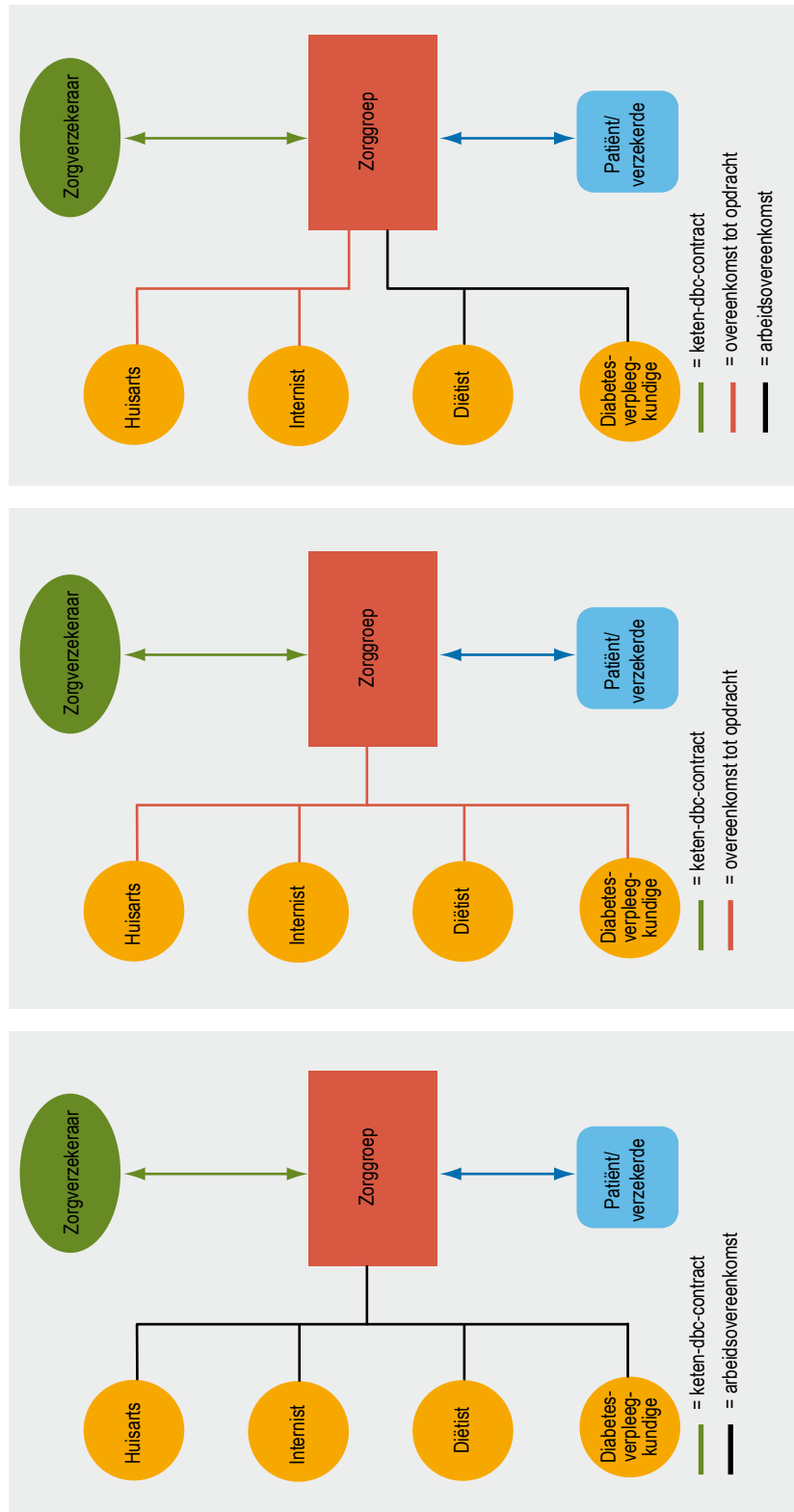
Tekstbox 2.2: Definitie zorggroep in dit rapport

Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd, die verantwoordelijk zijn voor het coördineren en leveren van chronische zorg aan een nader omschreven patiëntenpopulatie (in een bepaalde geografische regio) waarbij gebruik wordt gemaakt van een keten-dbc-contract. Hierin zijn (functionele) afspraken gemaakt over:

- de minimale kwaliteitseisen van de zorg op basis van een zorgstandaard;
- een integraal (vrij onderhandelbaar) tarief;
- de verantwoordingsinformatie ten behoeve van de verzekeraars.

De zorggroep levert de gecontracteerde zorg zelf of sluit hiervoor overeenkomsten met individuele zorgaanbieders of -instellingen. Hierin staan afspraken over:

- de minimale kwaliteitseisen van de gecontracteerde zorg (afgeleid van het door de zorggroep opgestelde multidisciplinaire protocol);
- het tarief, de verantwoordelijkheden en de aansprakelijkheden;
- de verantwoordingsinformatie ten behoeve van de zorggroep.



Figuur 2.2a: Variant 1 voor feitelijke zorgverleners in dienst

Figuur 2.2b: Variant 2 voor feitelijke zorgverleners gecontracteerd

Figuur 2.2c: Variant 3 voor feitelijke zorgverleners in dienst

Tarief keten-dbc en onderliggende deeltarieven zijn vrij onderhandelbaar

Het tarief van de keten-dbc is vrij onderhandelbaar met als uitgangspunt dat het tarief zo integraal mogelijk moet zijn. Ook de tarieven van de onderliggende deelcontracten tussen de zorggroep en de individuele zorgverleners zijn vrij onderhandelbaar. De aanname is dat door prijzen vrij te geven, doelmatig inkopen gestimuleerd wordt. Het keten-dbc-contract wordt in eerste instantie gesloten met de preferente verzekeraar (de marktleider). Vervolgens legt de zorggroep dit contract ter ondertekening voor aan de andere (verre) verzekeraars. Deze kunnen dit contract volgen óf aangeven zelf eigen ketenafspraken te willen maken.

Keten-dbc en ziekenhuis-dbc ‘ongecomplieerde diabetes’ niet gelijktijdig geopend

De keten-dbc beperkt zich tot de standaard diabeteszorg. De zorggroep kan de internist voor consultatie contracteren. In dat geval mag er geen poliklinische ziekenhuis-dbc geopend worden voor ongecompliceerde diabetes (ziekenhuis-dbc met omschrijving ‘diabetes mellitus zonder secundaire complicaties’). Op het moment dat de eindverantwoordelijkheid van de huisarts wordt overgedragen aan de specialist is de patiënt niet meer ‘in zorg’ bij de zorggroep. De keten-dbc wordt dan gesloten. De specialist in het ziekenhuis declareert vervolgens voor deze patiënt een ziekenhuis-dbc bij de verzekeraar. Zolang de poliklinische ziekenhuis-dbc voor ongecompliceerde diabetes ‘open’ staat, kan geen keten-dbc door de zorggroep worden gedeclareerd.

2.2 Hoe is de zorggroep in de praktijk ingericht?

Leeswijzer

In deze paragraaf gaan we in op hoe het keten-dbc-model in de praktijk wordt vormgegeven in de negen zorggroepen. Daarbij worden aspecten als de juridische entiteit (rechtsvorm), eigenaarschap, de organisatiestructuur en het keten-dbc-contract besproken. *Bijlage 3* presenteert een samenvattend figuur voor elke zorggroep.

Juridische entiteit

Zoals in *paragraaf 2.1* is aangegeven, leidt de introductie van de keten-dbc tot een nieuwe juridische entiteit. In de praktijk is er voor verschillende rechtsvormen gekozen (zie *tabel 2.1*). Bij de keuze voor een bepaalde rechtsvorm zijn de al bestaande organisatiestructuren het vertrekpunt geweest. Daarnaast zijn fiscaaljuridische overwegingen (zoals btw-vrijstelling en verantwoordelijk- en aansprakelijkheden) van invloed geweest. Bij vier (grote) zorggroepen is er sprake van een combinatie van rechtspersonen: de zorggroep is een werkmaatschappij van een holding. Andere werkmaatschappijen binnen deze holdingstructuur zijn de huisartsenpost en/of een huisartsenlaboratorium.

Eigenaarschap van de zorggroep

In alle negen zorggroepen zijn huisartsen (mede-)eigenaar van de zorggroep (zie *tabel 2.1*). Bij vier zorggroepen zijn ook andere zorgdisciplines mede-eigenaar, met als argument dat een multidisciplinaire eigenaarschap van de zorggroep de uitrol naar andere keten-dbc's zal vergemakkelijken.

Tabel 2.1: Algemene kenmerken van de zorggroepen

Zorggroep	Organisatie-vorm	Holding-structuur	Eigenaarschap	Aantal huisartsen (bij de start van de evaluatie)
1	Coöperatie	Nee	Huisartsen	7
2	Stichting	Nee	Huisartsen + ziekenhuis	7
3	B.V.	Ja	Huisartsen + zorgcombinatie van zorginstellingen (ZH+ TZ+ V&V)	29
4	B.V.	Ja	Huisartsen	111
5	C.V.	Ja	Huisartsen + huisartsenlaboratorium	115 fte
7	Stichting	Nee	Huisartsen + huisartsenlaboratorium	7
8	Coöperatie	Nee	Huisartsen	29
9	Stichting	Ja	Stichting	39
10	B.V.	Nee	Huisartsen	31

B.V. = Besloten Vennootschap; C.V. = Commanditaire Vennootschap; ZH = ziekenhuis; TZ = thuiszorg; V&V = verpleging en verzorging

De NDF Zorgstandaard gaat uit van multidisciplinaire zorggroepen waarbij de kerndisciplines van de diabeteszorg, te weten de huisarts, de praktijkondersteuner huisarts (poh) of praktijkverpleegkundige, de diabetesverpleegkundige, de praktijkassistent en de diëtist, vertegenwoordigd zijn in de zorggroep (NDF, 2007). In geen enkele zorggroep zijn alle kerndisciplines mede-eigenaar van de zorggroep. In vier van de zorggroepen wordt het uitgangspunt van de multidisciplinaire zorggroep niet gerealiseerd.

Het aantal huisartsen dat eigenaar is van de zorggroepen varieert van 7 tot 115 fte huisartsen (zie *tabel 2.1*). Dit aantal is niet statisch; met name de kleinere zorggroepen laten een sterke groei in het aantal huisartsen zien gedurende de evaluatie. Zo is zorggroep 7 waarin bij de start van de evaluatie 7 huisartsen participeerden gegroeid tot 65 huisartsen en gaat zorggroep 1 onderdeel uitmaken van een grote zorggroep van meer dan 100 huisartsen.

Organisatiestructuur van de zorggroep

De organisatie van de zorggroep bestaat uit een aantal verschillende lagen:

- een management- en beleidslaag;
- een uitvoerende laag;
- een toezichthoudende laag.

Hieronder worden deze drie lagen van de zorggroepen afzonderlijk besproken. Voor de organisatie van de zorg bij de afzonderlijke zorggroepen wordt verwezen naar *bijlage 3*.

Management- en beleidslaag

Onderscheid in management- en beleidslaag

De management- en beleidslaag bestaat uit een medisch inhoudelijke zorgcoördinator en een algemeen/financieel manager of algemeen directeur. De medisch inhoudelijke zorgcoördinator is in alle zorggroepen een huisarts. Zijn voornaamste taken betreffen

het zorginhoudelijke beleid, waaronder het opstellen van een multidisciplinair protocol en het coördineren van de registratie en rapportage van de benodigde gegevens nodig voor het primaire zorgproces en de spiegelinformatie, als ook de verantwoording van de kwaliteit van de geleverde zorg ten behoeve van de verzekeraar. Daarnaast zorgt de zorgcoördinator voor de begeleiding van de uitvoering van de zorg, waaronder het coördineren van de onderlinge samenwerking tussen de verschillende zorgverleners. De zorgcoördinator stuurt in een aantal zorggroepen een werkgroep aan met zorginhoudelijke experts uit verschillende zorgdisciplines. Zo hebben veel zorggroepen een werkgroep voor kwaliteit en een werkgroep voor implementatie. De algemeen/financieel manager heeft (onder andere) als taak het afsluiten van het inkoopcontract van de keten-dbc (in directe samenwerking met de medisch inhoudelijk coördinator), het contracteren van verre verzekeraars, het contracteren van individuele zorgverleners en het declareren van de keten-dbc. Bij de helft van de zorggroepen is de manager ingehuurd, bij de andere helft is deze in dienst van de zorggroep.

Uitvoerende laag

Veel van de feitelijke zorgverlening uitbesteed aan individuele zorgverleners

Zoals in *paragraaf 2.1* is beschreven, hebben zorggroepen de mogelijkheid om voor de uitvoering van de zorg zorgverleners in dienst te nemen of de zorg uit te besteden aan individuele zorgaanbieders. Uit *tabel 2.2* blijkt dat zeven zorggroepen voor de feitelijke zorgverlening individuele zorgverleners hebben gecontracteerd en dat twee zorggroepen zowel individuele zorgverleners hebben gecontracteerd als zorgverleners in dienst hebben. Geen enkele zorggroep levert alle zorg zelf.

Diabetesverpleegkundige als kerndiscipline niet altijd gecontracteerd

De kerndisciplines van de diabeteszorg zoals genoemd in de NDF Zorgstandaard worden door vrijwel alle zorggroepen gecontracteerd (zie *tabel 2.2*). In twee zorggroepen is de diabetesverpleegkundige niet gecontracteerd, maar zijn de taken gedelegeerd aan de poh. Deze zorggroepen geven aan dat de taak van de diabetesverpleegkundige aan het verschuiven is. In de eerste lijn beperkt de taak van de diabetesverpleegkundige zich nu tot het ondersteunen van de poh en verricht de diabetesverpleegkundige zelf in een aantal zorggroepen geen directe patiëntenzorg meer. In de tweede lijn verleent de diabetesverpleegkundige de meer complexe zorg.

Aantal zorgdisciplines uit de 'tweede schil' frequent gecontracteerd

Naast de kerndisciplines beschrijft de NDF Zorgstandaard ook zorgdisciplines die tot de zogenaamde 'tweede schil' behoren. Dit zijn zorgdisciplines waarmee de zorggroep structurele werkafspraken dient te maken (NDF, 2007). Met name de oogarts, de internist, klinisch chemicus en de podotherapeut worden frequent gecontracteerd (zie *tabel 2.2*). Met de zorgdisciplines uit de tweede schil die niet gecontracteerd zijn door de zorggroep, worden slechts in beperkte mate structurele werkafspraken gemaakt door de zorggroep.

Tabel 2.2: Overzicht van de gecontracteerde zorgverleners, inclusief contractvorm, per zorggroep bekostigd op basis van het keten-dbc-contract

Zorggroep	1	2	3	4	5	7	8	9	10
Kerndisciplines									
Huisarts	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (W)	+ (C)
Poh, praktijkverpleegkundige	+ (C [^])	+ (C [^])	+ (C [^])	+ (C [^])	+ (W)	+ (C [^])	+ (C [^])	+ (W)	+ (C [^])
Diabetesverpleegkundige	-	+ (C [^])	+ (C [^])	-	+ (W)	+ (C [^])	+ (C [^])	+ (W)	+ (C [^])
Praktijkassistent	+ (C [^])	+ (C [^])	+ (C [^])	+ (C [^])	+ (C [^])	+ (C [^])	+ (C [^])	+ (W)	+ (C [^])
Diëtist	+ (W)	+ (C)	+ (C [^])	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (W)	+ (C [^])
Tweede schil									
Oogarts	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)	-	+ (C)	+ (C)	+ (C)
Internist	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)
Nefroloog	-	-	+ (C)	-	-	-	-	-	-
Cardioloog	-	-	+ (C)	-	-	-	-	-	-
Neuroloog	-	-	+ (C)	-	-	-	-	-	-
Vaatchirurg	-	-	+ (C)	-	-	-	-	-	-
Klinisch chemicus	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)	-	+ (C)	+ (C)
Apotheker	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fysiotherapeut	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maatschappelijk werker	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(Medisch) psycholoog	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Podotherapeut / Pedicure	-	+ (C)	+ (C)	+ (C)	+ (C)	-	-	+ (C)	-
Overige disciplines									
Optometrist	-	-	-	-	-	-	-	-	-

C = contract; W = werknemer in dienst van de zorggroep (zie ook bijlage 3); Poh = praktijkondersteuner huisarts

[^] = gecontracteerd via instelling of huisarts en dus niet in dienst van zorggroep; # = e-mail- of telefonische consultatie; ◇ = beperkt zich tot nieuwe patiënten en patiënten die ingesteld worden op insuline

Toezichthoudende laag

Vijf zorggroepen hebben een onafhankelijk toezichthoudend orgaan

Van de negen zorggroepen geven vijf zorggroepen aan dat zij een toezichthoudend orgaan hebben (zie tabel 2.3). Dit toezichthoudende orgaan houdt toezicht op de managementlaag. De overige zorggroepen hebben geen toezichthoudend orgaan, maar zijn dit ook niet verplicht aangezien zij minder dan 50 werknemers in dienst hebben (zie tekstbox 2.3). Zorggroep 10 geeft aan als reden voor het ontbreken van een toezichthoudend orgaan, het beperkt willen houden van de bureaucratie en overhead in de zorggroep. Het afleggen van verantwoording aan de aandeelhouders wordt in dit stadium door de zorggroep als voldoende beschouwd.

Tabel 2.3: Zorggroepen met wel of geen toezichthoudend orgaan

Zorggroep	Toezichthoudend orgaan	Opmerking
1	Nee	-
2	Ja	Leden zijn een lid van de Raad van Bestuur van een ziekenhuis, een afgevaardigde van de DVN en een huisarts.
3	Ja	De zorggroep is een werkmaatschappij van een holding en legt verantwoording af aan de Raad van Commissarissen van de holding. De Raad van Commissarissen bestaat uit de directeur van een regionale bank, een bedrijfsarts, de directeur van een re-integratiebureau en een gepensioneerd directeur.
4	Ja	De zorggroep is een werkmaatschappij van een holding en legt verantwoording af aan de Raad van Commissarissen van de holding.
5	Ja	Leden zijn de directeur van een organisatiebureau, de voormalig directeur van een multinational en de directeur van een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking.
7	Nee	-
8	Nee	-
9	Ja	Leden zijn de voorzitter van de directieraad van een landelijke vereniging, twee zelfstandige adviseurs, de directeur van een organisatieadviesbureau, de voorzitter van de Raad van Bestuur van een ziekenhuis en de directeur van een landelijke organisatie.
10	Nee	

Zijn zorggroepen verplicht een toezichthoudend orgaan te hebben?

Er is een discussie gaande of zorggroepen een toezichthoudende laag moeten hebben. De discussie spitst zich toe op zorggroepen die zelf geen feitelijke zorg verlenen, maar deze contracteren bij individuele zorgaanbieders of -instellingen. De vraag is of deze zorggroepen aangemerkt moeten worden als zorginstelling in het kader van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en daarmee een toezichthoudende laag moeten hebben. Het ministerie van VWS heeft het standpunt ingenomen dat iedere zorginstelling die zorg contracteert binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) een zorginstelling is in het kader van de WTZi (zie *tekstbox 2.3*).

Tekstbox 2.3: Zorggroep is een zorginstelling

Er is discussie gaande of zorggroepen die zelf geen feitelijke zorg verlenen aangemerkt moeten worden als zorginstelling in het kader van de WTZi. Het ministerie van VWS heeft het standpunt ingenomen dat iedere zorginstelling die zorg contracteert binnen de Zvw of de AWBZ een zorginstelling is in het kader van de WTZi. Het doet dan niet ter zake of de feitelijke zorg door de zorggroep zelf wordt verleend of door gecontracteerde zorgaanbieders of -instellingen.

Eisen die aan zorginstellingen in het kader van de WTZi worden gesteld zijn:

- bestuursstructuur (toezichthoudend orgaan en enquêterecht);
- bedrijfsvoering (beschrijving van bevoegdheden van de verschillende organen, financiële bedrijfsvoering);

- verantwoording over de exploitatie (Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording).

Andere (verslagleggings)eisen zijn:

- kwaliteit (conform de Kwaliteitswet);
- klachtrecht (conform de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz));
- medezeggenschap (conform de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz)).

Zorggroepen hoeven niet te voldoen aan de verantwoording over de exploitatie zolang zij niet zijn aangemerkt als instellingen voor medisch-specialistische zorg of instelling voor AWBZ-zorg.

Zorggroepen die minder dan 50 werknemers in dienst hebben hoeven niet te voldoen aan de transparantie-eisen voor de bestuursstructuur. Het hebben van een onafhankelijk toezichthoudend orgaan is in deze gevallen niet noodzakelijk.

Toezicht bij zorggroepen niet conform de Zorgbrede Governance code

Door de zorgsector zelf is een Zorgbrede Governance code opgesteld waarin spelregels en omgangsnormen staan beschreven voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording over bestuur en toezicht (BoZ, 2005). De Zorgbrede Governance code beveelt aan belangverstrengelingen te allen tijde te vermijden. De leden van een toezichthoudend orgaan mogen bijvoorbeeld geen commerciële belangen hebben bij het afsluiten van de contracten door de zorggroep. Ook wordt het voordrachtsrecht afgeraden (RVZ, 2009) omdat de onafhankelijkheid van deze leden niet volledig is gewaarborgd.

Bij de vijf zorggroepen met een Raad van Toezicht is de huidige inrichting van het 'toezicht' niet in alle gevallen conform de Zorgbrede Governance code. Een voorbeeld is de Raad van Toezicht van zorggroep 2. Deze bestaat uit drie leden. Een lid is benoemd vanuit DVN, het tweede lid is lid van de Raad van Bestuur van een ziekenhuis (dat door de zorggroep als onderaannemer wordt gecontracteerd) en het derde lid is een huisarts die tevens door de zorggroep gecontracteerd is. Ook bij de vier zorggroepen die onderdeel zijn van een holding rijzen er vragen ten aanzien van het afleggen van verantwoording (zie citaat).

'Ook zorggroep X is zo'n geval. X is een C.V. met stille vennoten en een beherende vennoot. De beherende vennoot is de holding die tevens het laboratorium onder zijn hoede heeft. Het laboratorium is tevens onderaannemer van de zorggroep en dan krijg je de situatie dat de zorggroep onderhandelt met een onderaannemer die tevens zijn werkgever is. We hebben in de pilot hierover geen problemen gemaakt, maar het is de vraag is of we dit moeten willen. [...] De andere kant is dat we als verzekeraar al jaren roepen dat ze meer moeten samenwerken; dan zijn er huisartsen die nu samen gaan werken en dan moeten we ze ook een kans geven. Het heeft dus duidelijk twee kanten. Er ontstaat een spanningsveld tussen samenwerking in de zorg en marktwerking'.

Contactpersoon verzekeraar

Zorggroepen zijn jonge organisaties, tijd nodig voor professionalisering

Een aantal verzekeraars pleitte voor scherper intern toezicht bij de zorggroepen zelf, waarbij de selectie en werving van toezichthouders open en transparant dienen te geschieden. Zij gaven echter ook aan dat de zorggroepen hiervoor een aantal jaren de tijd moeten krijgen; zorggroepen zijn nog jonge organisaties die volop bezig zijn een professionaliseringsslag te maken in de bedrijfsvoering. Als blijkt dat de zelfregulatie onvoldoende op gang komt dan zijn verzekeraars bereid na te denken over aanvullende eisen in het keten-dbc-contract.

2.3 Hoe ziet de keten-dbc diabetes er op hoofdlijnen uit?

Leeswijzer

Deze paragraaf gaat dieper in op de keten-dbc-contracten zoals deze afgesloten zijn tussen de zorggroep en de verzekeraar. Allereerst zal de zorginhoud van de keten-dbc-contracten besproken worden, waarna het tarief en de overige aspecten aan bod komen.

Zorginhoud keten-dbc-contracten

Het uitgangspunt van de keten-dbc is dat de inhoud voldoet aan de NDF Zorgstandaard. *Tabel 2.4* geeft een overzicht de inhoud van de verschillende keten-dbc-contracten weer als ook in hoeverre de diverse zorgactiviteiten deel uit maken van de Zorgstandaard.

Diagnostische fase

‘Diagnose in engere zin’ maakt geen onderdeel uit van het keten-dbc-contract

De NDF Zorgstandaard beschrijft de zorg *vanaf* het moment van dat de diagnose gesteld is; de activiteiten die nodig zijn om de diagnose diabetes mellitus te stellen vallen dus buiten de keten-dbc. De ‘diagnose in engere zin’ is dan ook in geen enkel keten-dbc-contract opgenomen. De risico-inventarisatie, ook al is dit een onderdeel van de diagnostische fase, is wel opgenomen in alle keten-dbc-contracten.

Behandeling en reguliere controles

Periodieke controles en consultatie specialistische zorg in alle keten-dbc-contracten

Alle keten-dbc-contracten omvatten zowel de jaarlijkse uitgebreide controle, de driemaandelijke controles als het jaarlijkse oog- en voetonderzoek. Over deze periodieke controles bestaat geen discussie in hoeverre zij onderdeel uitmaken van de Zorgstandaard. Ook de consultatieve functie (van de internist) maakt onderdeel uit van alle keten-dbc-contracten. Wel blijft de huisarts in deze de eindverantwoordelijke.

Laboratoriumonderzoek door alle zorggroepen gecontracteerd met uitzondering van zorggroep 8

Het laboratoriumonderzoek maakt onderdeel uit van de Zorgstandaard. Bij acht zorggroepen is dit ook in het contract opgenomen. Dit is niet het geval bij zorggroep 8, omdat de betreffende verzekeraar al langlopende contracten met het laboratorium had afgesloten (zie *tabel 2.4*).

Bij zorggroep 9 staat het laboratoriumonderzoek wel vermeld in het contract maar bij de declaratie van de keten-dbc bleek dat de verzekeraar hiervoor al een langlopend contract had afgesloten met het huisartsenlaboratorium. Om dubbele bekostiging te voorkomen heeft de zorggroep het geld naar de verzekeraar teruggestort.

Tabel 2.4: Inhoud van de keten-dbc-contracten per zorggroep

		Zorggroep								
	Onderdeel Zorgstandaard	1	2	3	4	5	7	8	9	10
<i>Diagnostische fase</i>										
Diagnose in engere zin	Nee	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Risico-inventarisatie	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>Behandeling en reguliere controles</i>										
Jaarcontrole	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Driemaande- lijkse controle	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Oogonderzoek	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Voetonderzoek	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Aanvullend voet- onderzoek	Onduidelijk	-	+	+	-	+	-	-	+	-
Voetzorg	Nee	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Laboratorium- onderzoek	Ja	+	+	+	+	+	+	-	+	+
Begeleiding bij stoppen met roken	Ja	-	+	-	-	+	-	+	+	-
Advisering bewegen	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Bewegen onder begeleiding	Nee	-	-	-	-	-	-	-	+	-
Dieetadvisering	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+/- #
Medicatie	Nee	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosociale zorg	Nee	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hulpmiddelen	Nee	-β	-	-	-	-	-	-	-β	-
Additionele con- sulten huisarts (diabetes gerelateerd)	Onduidelijk	-	+/-	+/-	+/-	-	+/-	+/-	+/-	+/-
Additionele consulten huisarts (overige)	Nee	+/-	-	-	-	-	-	-	-	-
Consultatie speci- alistische zorg	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+

† = Laboratoriumonderzoek additioneel bekostigd (€27,- per patiënt per jaar) via module bovenop de keten-dbc;
 # = Dieetadvisering alleen gecontracteerd voor nieuwe patiënten (module 1) en voor patiënten die worden ingesteld op insuline (module 3). Voor de overige patiënten aangeboden bij een specifieke verwijzing van de huisarts; ‡ = Beweegprogramma wel genoemd in contract. Geen onderdeel van integraal tarief, maar additioneel bekostigd (€5,- per patiënt per jaar); β = Hulpmiddelen beperken zich tot glucosetrips. Geen onderdeel van integraal tarief, maar additioneel bekostigd (maximaal €4,50 per patiënt per jaar)

Begeleiding bij het minderen of stoppen met roken veelal niet gecontracteerd

Bij vijf zorggroepen is de begeleiding bij het stoppen met roken niet opgenomen in het keten-dbc-contract, terwijl deze zorg wel onderdeel uitmaakt van de Zorgstandaard. Dit wil overigens niet zeggen dat de mensen uit deze zorggroepen geen begeleiding bij het stoppen met roken krijgen. Het kan zijn dat deze begeleiding wordt gefinancierd vanuit de bestaande financieringssystematiek (in dit geval het aanvullende pakket).

Beweging onder begeleiding tweemaal gecontracteerd maar geen onderdeel van het integrale keten-dbc-tarief

Ten aanzien van beweegprogramma's is het onduidelijk welke elementen binnen de NDF Zorgstandaard vallen. Zo is het geven van beweegadviezen wel in de Zorgstandaard

opgenomen, maar ‘bewegen onder begeleiding’ niet. Hoewel ‘bewegen onder begeleiding’ bij zorggroep 9 in de keten-dbc-contracten is opgenomen, wordt hiervoor een apart tarief genoemd (€5,- per patiënt per jaar), waardoor het onduidelijk is of dit wel of niet onder de keten-dbc valt. Hetzelfde geldt voor hulpmiddelen. Deze worden in twee keten-dbc-contracten vermeld en beperken zich tot glucosestrips. Ook hiervoor wordt een additioneel bedrag genoemd (€4,50 per patiënt per jaar) (zie *tabel 2.4*).

Aanvullend voetonderzoek meerdere malen gecontracteerd

In alle keten-dbc-contracten is het jaarlijks voetonderzoek gecontracteerd. Daarnaast is bij vier zorggroepen ook een aanvullend voetonderzoek opgenomen in het keten-dbc-contract. Het aanvullend voetonderzoek wordt uitgevoerd door de podotherapeut wanneer er afwijkingen worden gevonden tijdens het jaarlijkse voetonderzoek. Onduidelijk is of dit aanvullend onderzoek onderdeel uit maakt van de Zorgstandaard. Door zorggroep 3 wordt ook nog de voetzorg gecontracteerd (zie *tabel 2.4*). Voetzorg is geïndiceerd als bij het aanvullende voetonderzoek complicaties worden geconstateerd. Deze zorg maakt (waarschijnlijk) geen onderdeel uit van de Zorgstandaard.

Medicatie en psychosociale zorg geen onderdeel van Zorgstandaard en ook niet gecontracteerd

Medicatie is in geen enkel keten-dbc-contract opgenomen. Dit geldt ook voor de psychosociale zorg. Zowel medicatie als psychosociale zorg maken ook geen onderdeel uit van de NDF Zorgstandaard.

Onduidelijkheid over additionele huisartsconsulten

Er bestaat onduidelijkheid over het contracteren van additionele huisartsconsulten. Met additionele huisartsenconsulten worden de ‘niet-reguliere consulten’ bedoeld die naast de driemaandelijke controles of jaarcontrole plaatsvinden. Deze consulten kunnen worden onderscheiden in ‘diabetes-gerelateerd’ en ‘niet-diabetes-gerelateerd’. De niet-diabetes-gerelateerde consulten zijn in geen enkel keten-dbc-contract meegenomen. Ten aanzien van ‘additionele diabetes-gerelateerde’ consulten geven twee zorggroepen aan dat deze niet onder het keten-dbc-contract vallen en zij deze apart declareren bij de verzekeraar. Bij de overige zorggroepen is onduidelijk wat wel en wat niet onder diabetes-gerelateerde huisartsconsulten valt. De bestudeerde keten-dbc-contracten geven hierover geen uitsluitel. Uit de interviews kwam naar voren dat een aantal verzekeraars hier een ruimere interpretatie aan gaf dan de zorggroepen.

Tarief keten-dbc

Grote variatie in tarieven van de keten-dbc

Het tarief van de keten-dbc vertoont grote variatie tussen de verschillende zorggroepen van €258,- tot €474,- per patiënt per jaar (zie *tabel 2.5*). De twee zorggroepen met het laagste keten-dbc-tarief krijgen 10% bonus als zij bovengemiddeld scoren op patiëntervaringen (gemeten in vragenlijsten uitgezet door de verzekeraar).

De variatie in tarieven kan gedeeltelijk verklaard worden door zorginhoudelijke verschillen. Soms is daarnaast een aparte ICT-vergoeding genoemd in het contract, welke bij andere contracten niet expliciet is genoemd. De afgesproken tarieven met de individuele zorgaanbieders zijn niet bekend.

Tabel 2.5: Tarief keten-dbc per zorggroep (€ per patiënt per jaar)

Zorggroepen	Tarief
1	€ 474,-
2	€ 474,-
3	€ 457,50
4	€ 404,-
5	€ 404,-
7	€ 465,-
8	€ 258,- + bonus (max. 10%)
9	€ 258,- + € 27,- laboratoriumonderzoek + € 5,- beweegprogramma + € 4,50 glucosetrips + bonus (max. 10%)
10	€ 438,-

Verhouding tussen tarieven keten-dbc en kostprijs zorggroep onbekend

De meeste zorggroepen wilden geen inzicht geven in de deeltarieven van de individuele zorgaanbieders onder verwijzing naar bedrijfsgeheim in een marktomgeving. Zodoende zijn de werkelijke kosten voor de zorggroep van de keten-dbc onbekend.

De meeste zorggroepen hebben voor het berekenen van de directe medische kosten, de zorginhoud vertaald naar een rekenmodel waarin per activiteit ook de minuten en de uurtarieven zijn opgenomen. Het rekenmodel bevat (bij de meeste zorggroepen) vijf modules gebaseerd op de verschillende patiëntengroepen (zie *tekstbox 2.4*). Na weging voor het percentage diabetespatiënten in de verschillende modules is één keten-dbc-kostprijs vastgesteld voor wat betreft de directe medische kosten. Vervolgens zijn de indirecte kosten (zoals kosten voor ICT, huisvesting en afstemmingsoverleggen) bepaald. Deze indirecte kosten worden per patiënt berekend en opgeteld bij de directe kosten per patiënt.

Tekstbox 2.4: Modules rekenmodel keten-dbc

De volgende modules vormen de basis voor het rekenmodel van de keten-dbc:

Module 1: de nieuwe patiënt;
Module 2: de 'jaarlijkse' patiënt;

Module 3: het jaar van instellen op insuline;
Module 4: jaarlijks met insuline;
Module 5: extra complicaties (niet altijd aanwezig).

Het ontbreken van een referentiekader van invloed op de verschillen in tarieven

Bij het vaststellen van de tarieven ontbrak een goed referentiekader van een marktconform tarief bij zowel de verzekeraars als de zorggroepen. Het enige beschikbare document was een conceptrapport van Capgemini (Wahle et al., 2004). In dit conceptrapport is op basis van expertbijeenkomsten onder begeleiding van de NDF een schatting van een keten-dbc-tarief gemaakt. Deze schattingen bedroegen, afhankelijk van de gekozen variant, €407 tot €861 voor het eerst jaar na diagnose en €358 tot €759 per jaar in het vervolgtraject

(na het eerste jaar na diagnose). In een aantal onderhandelingen is dit conceptrapport van Capgemini gebruikt om het tarief van de keten-dbc vast te stellen.

Bij één verzekeraar sprake van prestatiebeloning

Bij één verzekeraar was er sprake van een prestatiebeloning in het keten-dbc-tarief; zorggroepen kregen een bonus (10% van het tarief) indien zij goed scoorden op de patiëntenvaringen. Bij de overige keten-dbc-contracten was er sprake van een vast tarief. Ook de deelcontracten met de individuele zorgaanbieders en –instellingen waren zover bekend gebaseerd op vaste tarieven: of de ‘onderaannemers’ werden per consult betaald (verrichtingensetel) of zij hadden een vast tarief voor deze zorgactiviteit (onafhankelijk van het aantal consulten) bij de zorggroep ingeschreven patiënt (per capita setel).

Zorggroepen en btw

Bij het contracteren van de keten-dbc was onduidelijkheid over welke onderdelen en activiteiten nu wel of niet ‘btw-plichtig’ zijn. In hoeverre zijn de activiteiten die binnen de keten-dbc plaatsvinden vrijgesteld van btw? Welke onderdelen zijn dat wel en welke onderdelen zijn dat niet? Gedurende de evaluatie is bij de meeste zorggroepen meer duidelijkheid ontstaan, doordat de gekozen btw-constructie is voorgelegd aan de regionale belastinginspecteur. Een aantal managers van zorggroepen gaf aan dat een algemene, op zorggroepen toegespitste leidraad ontbreekt en er geen generieke oplossingen voorhanden zijn vanwege het zeer specialistische karakter van de materie. Dientengevolge laten ook nieuwe zorggroepen vooraf de gekozen constructie toetsen en goedkeuren door de regionale belastinginspecteur. Er is wel behoefte bij zorgverleners en verzekeraars aan een informatiepunt voor dergelijke vragen.

Inzicht in totale bekostiging van zorggroepen ontbreekt

De evaluatie beperkt zich tot de inhoud van de keten-dbc-contracten. Tijdens meerdere interviews werd aangegeven dat een aantal zorggroepen ook los van de keten-dbc geld ontvangt van bijvoorbeeld ziekenhuizen. Inzicht in deze geldstromen ontbreekt voorts nog.

Uit de interviews bleek ook dat bijvoorbeeld de poh-gelden die huisartsen ontvangen via de bestaande bekostigingssystematiek zijn aangepast om dubbele bekostiging te voorkomen. Het ontbreken van inzicht hierin bemoeilijkt het vergelijken van het tarief en de inhoud van de keten-dbc's tussen de zorggroepen.

Overige aspecten

Verantwoordingsinformatie ten behoeve van de verzekeraar beperkt opgenomen

De verantwoordingsinformatie ten behoeve van de verzekeraar is in de keten-dbc-contracten van zorggroepen beperkt opgenomen. Veelal wordt hiervoor in de contracten verwezen naar de indicatoren in de Zorgstandaard. Gedurende de evaluatie heeft de verantwoordingsinformatie een steeds prominentere rol gekregen. De verwachting is dat dit de komende jaren een grote vlucht zal nemen aangezien verzekeraars meer inzicht willen krijgen of de zorg conform de contractuele afspraken is verleend.

Keten-dbc-contracten veelal niet toegespitst op nieuwe bekostigingssystematiek

De meeste zorggroepen hebben inzage gegeven in de overeenkomsten die door de zorggroep met de betrokken verzekeraars zijn afgesloten. Uit nadere analyse van de beschikbare keten-dbc-contracten door een gezondheidsjurist kwam het volgende naar voren. In slechts een beperkt aantal contracten is sprake van een overeenkomst die specifiek op het model van de keten-dbc is toegeschreven. In de meeste gevallen wordt gewerkt met modelovereenkomsten, die verzekeraars ook bij de zorginkoop van het bestaande bekostigingssystematiek gebruiken en die op enkele onderdelen zijn aangepast of aangevuld. De gezondheidsjurist constateert eveneens dat deze contracten over het algemeen onoverzichtelijk zijn en dat een aantal relevante aspecten rondom ketenzorg onbenoemd blijven, waaronder aansprakelijkheidskwesties (zie ook *paragraaf 2.5* en *bijlage 6*).

Van een drietal zorggroepen zijn ook de overeenkomsten met hun onderaannemers bekeken. De overige zorggroepen weigerden inzage te geven in de onderliggende deelcontracten, wederom vanwege bedrijfsgeheim. Het beeld dat uit de overeenkomsten met de onderaannemers naar voren kwam is uiteenlopend. Ten aanzien van de eerste zorggroep kan worden geconcludeerd dat de overeenkomsten specifiek op de omstandigheden van ketenzorg zijn toegeschreven en de taken, verantwoordelijkheden en verplichtingen van beide partijen helder zijn omschreven. De tweede zorggroep heeft in de overeenkomst een sterk accent liggen op technische aspecten rondom ketenzorg, zoals de wijze van registreren van gegevens. Bij de derde zorggroep is het contract niet toegespitst op ketenzorg, waardoor relevante aspecten, zoals aansprakelijkheden en verantwoordelijkheden niet of niet afdoende zijn vastgelegd.

2.4 Hoe verloopt het inkoopproces?

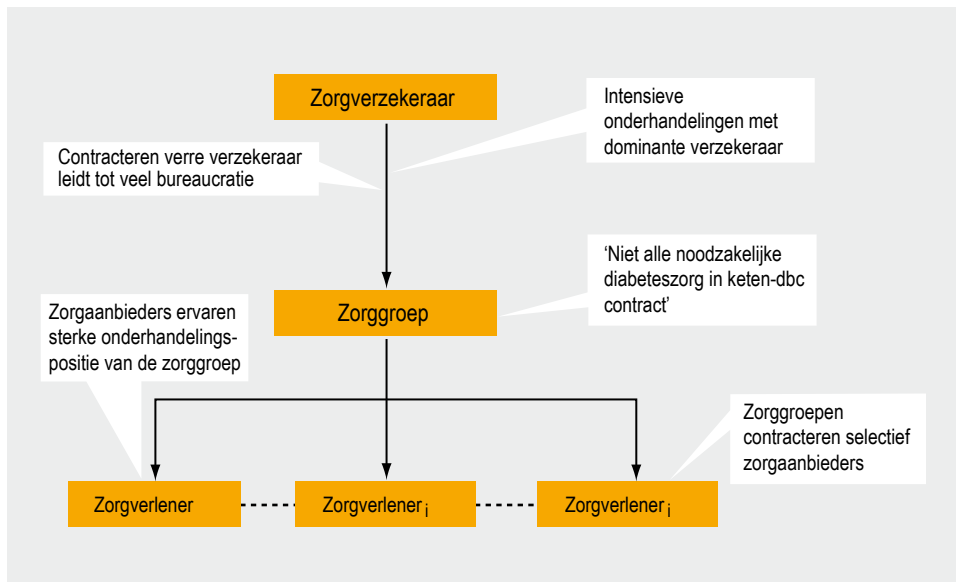
Leeswijzer

Deze paragraaf beschrijft het inkoopproces van de diabeteszorg met behulp van keten-dbc's. Ook hier is vooral gebruikgemaakt van de gegevens uit de interviews. De resultaten worden schematisch samengevat in *figuur 2.3*. Daarna volgt een toelichting waarbij citaten uit de interviews ter illustratie zijn opgenomen.

Intensieve onderhandelingen met dominante verzekeraar

De onderhandelingen tussen de zorggroepen en de dominante verzekeraars zijn intensief geweest. Zowel de zorggroepen als de verzekeraars hadden geen ervaring met het opstellen van een keten-dbc-contract, zowel qua inhoud als tarief (zie ook *paragraaf 2.3*). De Zorgstandaard is op een aantal punten voor meerdere uitleg vatbaar, wat leidde tot langdurige onderhandelingen over de inhoud van het contract. De onderhandelingen betroffen niet alleen de noodzakelijke onderdelen van de zorg maar ook de frequentie en de hoeveelheid van de te contracteren zorg. Een aantal zorggroepen verwacht dat nieuwe onderhandelingen zich meer zullen toespitsen op de prijs in plaats van op de inhoud van de zorg.

Daarnaast werd tijdens een aantal interviews opgemerkt dat activiteiten die niet expliciet genoemd worden in de Zorgstandaard (zoals kosten voor ICT, afstemmingsoverleg en



Figuur 2.3: Effecten van de keten-dbc op het inkoopproces

huisvesting), maar wel noodzakelijk zijn voor het in samenhang kunnen leveren van de zorg moeilijker gefinancierd te krijgen zijn.

Contracteren van ‘verre’ verzekeraars leidt tot veel bureaucratie

De gesloten overeenkomst met de dominante verzekeraar is door de zorggroepen voorgelegd aan alle ‘verre’ verzekeraars (verzekeraars die geen marktleider zijn in de desbetreffende regio) met de vraag of zij dit contract wilden volgen. Dit leidde tot veel administratieve rompslomp vanwege onduidelijkheid over contactpersoon of afdeling. Zorggroep 8 gaf aan dat bij sommige verzekeraars de contracten tot drie keer toe opgestuurd moesten worden om ze op de juiste plek te krijgen. Bij interviews tijdens de 1-jaarsmeting gaven de zorggroepen aan dat dit punt nog niet is opgelost en er vooralsnog geen uniforme afspraken op dit gebied zijn gemaakt.

‘Niet alle noodzakelijke diabeteszorg in keten-dbc-contract’

In veel interviews werd opgemerkt dat belangrijke onderdelen van de diabeteszorg, zoals medicatie, hulpmiddelen, beweegprogramma’s, voetzorg en psychosociale zorg, niet door de zorggroep gecontracteerd zijn. Een aantal van deze zorgonderdelen, zoals voetzorg en beweegprogramma’s maakt geen onderdeel uit van de Zorgstandaard en is derhalve ook niet binnen de keten-dbc gecontracteerd. Bekostiging geschiedt via de bestaande bekostigingssystematiek. Verschillende zorgverleners en projectleiders van de zorggroepen willen de keten-dbc op dit punt uitbreiden.

Ik vind het jammer dat met name 'beweging' niet in de keten-dbc is opgenomen. Ik vind echt jammer dat de psycholoog er niet in meegenomen is De consulttijd bij de diëtiste is gewoon heel erg beperkt in vergelijking met het verleden'.

Projectleider zorggroep

'Wat ik een nadeel vind is, dat er dus een aantal essentiële items in de diabeteszorg eigenlijk gewoon niet gecontracteerd zijn. Die krijgen mensen wel, maar zijn niet in de keten-dbc opgenomen'.

Huisarts

Daarnaast werd ook opgemerkt dat een aantal voorzieningen (te) beperkt is gecontracteerd binnen het keten-dbc-contract. Meest genoemd werd het beperkte aantal zorgminuten voor dieetadvisering. Het aantal zorgminuten in de keten-dbc is het resultaat van (prijs)onderhandelingen tussen de zorggroep en de verzekeraar en de interpretatie die zij aan de Zorgstandaard geven. Zo heeft zorggroep 10 alleen dieetadvisering gecontracteerd voor nieuwe patiënten en patiënten die worden ingesteld op insuline. Voor bestaande diabetespatiënten is door deze zorggroep geen dieetadvisering gecontracteerd. De andere zorggroepen contracteren dieetadvisering voor alle diabetespatiënten.

'Ik vind het verschil, met betrekking tot de keten-dbc en de mogelijkheden in vergelijking met wat in de basiszorg mogelijk is een hele achteruitgang. Het is een beperking in de mogelijkheden die er nu zijn vergeleken met de oude situatie'.

Diëtist

Meerdere zorggroepen gaven aan dat het HbA1c door de huisarts vaker bepaald wordt (per kwartaal) dan is vastgelegd in het keten-dbc-contract (jaarlijks). Hoewel de kosten hiervan voor rekening van de zorggroep zijn, is hier toch voor gekozen. Enerzijds vanwege overwegingen van kwaliteit en anderzijds omdat hier binnen het keten-dbc tarief ruimte voor is. Hiermee wijken deze zorggroepen af van de Zorgstandaard en de onderliggende NHG standaard (Bouma et al., 2006) die adviseren om één keer per jaar het HbA1c te bepalen.

Zorggroep contracteren selectief zorgaanbieders

Alle zorggroepen werken met voorkeursleveranciers. Dit houdt in dat zij niet alle zorgaanbieders in de regio contracteren, maar alleen diegene met wie zij goede afspraken hebben kunnen maken over de kwaliteit van de te leveren zorg, de beschikbaarheid, de registratie en rapportage én het tarief.

'De keuzevrijheid van de verzekerden is een punt waar de keten-dbc op kan vastlopen. In het contract met de verzekerden staat dat hij mag gaan en staan waar hij wil, maar hij wordt binnen de zorggroep gestuurd naar bepaalde voorkeursleveranciers. De keuzevrijheid van de verzekerden staat momenteel onder druk en wij vragen ons af of dit de toekomst is van ons zorgsysteem'.

Contactpersoon verzekeraar

Door het selectief contracteren van de zorggroep ontstaat er een situatie waarin geen volledige keuzevrijheid voor de patiënt meer bestaat, terwijl dit bij veel patiënten wel in de polisvoorwaarden staat. Deze beperking van de keuzevrijheid speelt een grotere rol bij de kleinere zorggroepen dan bij de grotere zorggroepen. Zo heeft zorggroep 1 (een kleine zorggroep) maar één diëtist gecontracteerd, terwijl bij zorggroep 4 (een grote zorggroep) meerdere diëtisten zijn gecontracteerd. Voor het oogonderzoek hebben veel zorggroepen één instelling of organisatie gecontracteerd. Indien de patiënt om wat voor reden dan ook niet tevreden is met deze zorgaanbieder is er bij deze zorggroepen geen alternatief voorhanden.

Zorgaanbieders ervaren sterke onderhandelingspositie van de zorggroep

Door een aantal individuele zorgaanbieders werd aangegeven dat de gelijkwaardigheid tussen de verschillende zorgaanbieders onder druk is komen te staan als gevolg van de contractuele relatie met de zorggroep. Vooral de positie van de huisarts als belangrijke uitvoerder van de zorg en gelijktijdig eigenaar van de zorggroep werd veelvuldig genoemd. Uit de interviews met de diëtisten kwam dit punt ook naar voren. De (prijs) onderhandelingen met de zorggroep over het aantal minuten dieetadvisering en/of het tarief verliepen over het algemeen moeizaam (zie *bijlage 7*). Een aantal diëtisten gaf zelfs aan dat de onderhandelingen met de zorggroep in feite geen onderhandelingen waren. De zorggroepen onderkenden dit, doch dit was alleen het geval indien er voor de dieetadvisering al contracten met andere diëtisten waren afgesloten. Bij het contracteren van nieuwe diëtisten wilden de zorggroepen dan niet afwijken van de bestaande contracten om een wirwar aan contracten te vermijden en tariefverschillen te voorkomen.

Tijdens de interviews met zorggroepmanagers werden ook de prijsonderhandelingen met de oogartsen besproken. Deze onderhandelingen verliepen in een aantal zorggroepen moeizaam. Meerdere zorggroepen hadden dan ook bij de start van de evaluatie geen oogarts gecontracteerd. Zolang er geen contracten zijn met oogartsen worden de verrichte oogonderzoeken bekostigd via de bestaande bekostigingssystematiek.

‘Platgezegd komt het er op neer dat de huisartsen nu een pot met geld hebben en die bepalen min of meer wat welke discipline doet’.

Zelfstandig gecontracteerde diëtist

‘Wij hebben de keten-dbc afgesloten en zitten aan de goede kant van de tafel. Ik vind de onderhandelingen juist hartstikke leuk en spannend....’.

Commercieel directeur van een zorggroep

2.5 Hoe verloopt het werkproces?

Leeswijzer

Deze paragraaf beschrijft op hoofdlijnen het werkproces in een zorggroep, waarbij vooral gebruik is gemaakt van de interviews. De opzet van de interviews is beschreven in *bijlage 2*. De resultaten worden schematisch weergegeven in *figuur 2.4*. Daarna volgt een toelichting waarbij gebruik wordt gemaakt van citaten uit de interviews.

Zorggroep krijgt regierol in coördinatie en organisatie van de zorg

Vrijwel alle betrokken partijen gaven aan dat de zorggroep verantwoordelijk is geworden voor de coördinatie en de (kwaliteit van) de organisatie van de zorg(keten). Dit als gevolg van het sluiten van het keten-dbc-contract met de verzekeraar. De zorggroep is een actieve rol gaan spelen in de afstemming en de coördinatie van de zorg. Deze regievoering komt bijvoorbeeld tot uiting in het organiseren van multidisciplinaire overleggen voor de betrokken zorgverleners en/of het opstellen van multidisciplinaire protocollen, gebaseerd op de NDF Zorgstandaard. Door het opstellen van protocollen is voor alle betrokkenen duidelijk wie welke onderdelen van de zorg uitvoert en welke (terug)verwijscriteria hierbij worden gehanteerd. Bij zorggroepen met een keteninformatiesysteem (KIS) zijn de protocollen waar mogelijk verankerd in de ICT. Alleen bij zorggroep 7 is geen multidisciplinair protocol opgesteld, maar wordt verwezen naar bestaande richtlijnen. De momenten van door- en terugverwijzen wordt in deze zorggroep aan de professionele autonomie van de verschillende ketenpartners overgelaten.

'Je weet nu wat je aan elkaar hebt. De verwachtingen liggen vast en de afspraken ook. Het is niet meer: ik stuur hem naar de diëtist en die doet maar iets wat ze denkt dat goed is'.
Huisarts

'Er is de mogelijkheid tot afdwingen van samenwerking'.

Manager zorggroep

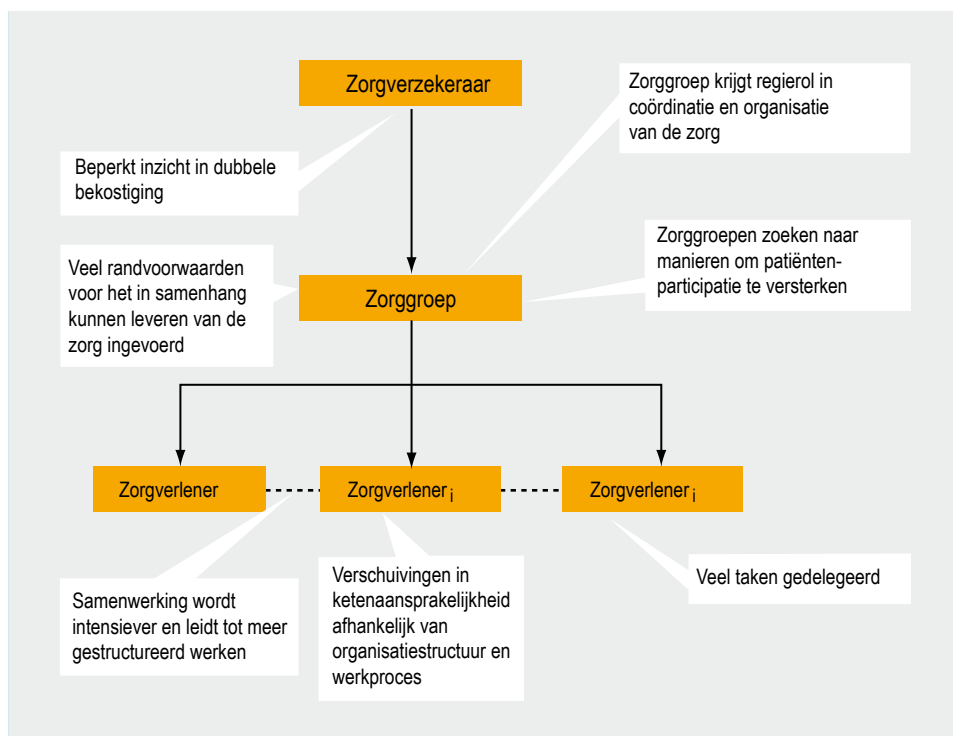
Samenwerking wordt intensiever en leidt tot gestructureerd werken

Vrijwel alle betrokken zorgverleners gaven aan dat door de invoering van de keten-dbc de zorg beter op elkaar is afgestemd dan in de 'oude situatie'. De samenwerking is nu minder vrijblijvend, door de contractuele relatie tussen de individuele zorgaanbieders en de zorggroep. Afspraken over de kwaliteit, het tarief en de gegevensregistratie en rapportage zijn nu formeel in een contract vastgelegd.

'In de oude situatie moest de patiënt veelal zelf een afspraak maken, nu niet meer. Er is nu structurele zorg. ... Ik merk dat de kwaliteit van de zorg toeneemt'.
Praktijkondersteuner huisarts

'Er wordt veel meer geregistreerd en ik werk veel meer gestructureerd'.

Praktijkondersteuner huisarts



Figuur 2.4: Effecten van de keten-dbc op het werkproces

‘Er wordt beter en eenduidiger geregistreerd. Er wordt nu gewerkt met eenzelfde protocol met dezelfde parameters’.

Praktijkondersteuner huisarts

Veel taken gedelegeerd

Uit de interviews kwam naar voren dat de poh bij veel zorggroepen steeds meer de spil van de diabeteszorg is geworden. Deze ontwikkeling was al gaande voor de invoering van de keten-dbc, maar is in veel huisartspraktijken versneld als gevolg van de invoering van de keten-dbc. Eén verzekeraar stelde de aanwezigheid van een poh in alle huisartspraktijken als voorwaarde voor het sluiten van een keten-dbc-contract.

De rol van de huisarts is in de huidige situatie vaak beperkt tot de jaarcontrole. Ook de rol van de diabetesverpleegkundige is aan het veranderen. Zij verricht als gevolg van de taakdelegatie naar de poh steeds minder directe patiëntenzorg (binnen de gecontracteerde zorg van de keten-dbc). Haar rol richt zich bij een aantal zorggroepen vooral op het ondersteunen van de poh. Ook wordt zij steeds vaker betrokken bij het uitvoeren van bij- en nascholing. Daarnaast heeft zij bij een aantal zorggroepen een prominente rol gekregen bij het opstellen en bespreken van de spiegelinformatie. De poh verricht nu in veel zorggroepen de driemaandelijkse controles, een gedeelte van de jaarcontrole, het jaarlijkse voetonderzoek en de algemene dieetadvisering (zie ook *paragraaf 2.2* en *bijlage 3*). De medische eindverantwoordelijke blijft in alle gevallen de huisarts. Een

aantal huisartsen en managers van zorggroepen noemde de verregaande taakdelegatie naar de poh een potentieel risico voor de kwaliteit van de zorg. Het kennisniveau van de huisarts kan als gevolg van het verminderde aantal contacten met diabetespatiënten afnemen. Daarnaast kan de medisch inhoudelijke regievoering van de huisarts onder druk komen te staan. Dit pleit er voor dat de huisarts zijn diabetespatiënten minimaal één keer per jaar moet blijven zien.

‘In de uitvoering van de zorgketen zie je dat heel veel gedelegeerd wordt naar de poh, waardoor het voor die huisarts toch lastig is om die regie echt te voeren’.

Manager van een zorggroep

‘Het is niet alleen taakdelegatie, maar het is ook dat de eerste lijn dingen naar zich toe trekt door dit soort ketenzorgafspraken die anders niet door de eerste lijn gedaan werden of minder’.

Medisch directeur van een zorggroep

Taaksubstitutie bij het oogonderzoek moeilijk te realiseren binnen tijdsbestek evaluatie

Bij het verrichten van het jaarlijkse oogonderzoek treedt bij een aantal zorggroepen taaksubstitutie op van oogartsen naar optometristen, diabetesverpleegkundige in het huisartsenlaboratorium of speciaal getrainde ‘graders’¹. Al deze zorggroepen ondervonden problemen bij de substitutie van taken van oogartsen naar nieuw gecontracteerde zorgaanbieders. De taaksubstitutie werd gedurende de evaluatie bij geen enkele zorggroep volledig gerealiseerd. Het voornaamste probleem was dat de oogartsen het jaarlijkse oogonderzoek uit konden blijven voeren en niet actief mee hoefden te werken aan de taaksubstitutie richting de zorggroep.

De taaksubstitutie is wel gerealiseerd voor het jaarlijkse voetonderzoek. Voorheen werd het voetonderzoek vrijwel altijd door de huisarts verricht. In alle zorggroepen heeft de poh dit onderzoek van de huisarts overgenomen, maar voert dit uit onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Daarnaast hebben vijf zorggroepen een podotherapeut gecontracteerd voor het verrichten van het aanvullende voetonderzoek. Dit aanvullende voetonderzoek wordt alleen verricht bij patiënten waarbij tijdens het jaarlijkse voetonderzoek afwijkingen aan de voet zijn geconstateerd.

Veel randvoorwaarden voor het in samenhang kunnen leveren van zorg ingevoerd

Naast de eerder genoemde protocollen en multidisciplinaire overleggen hebben veel zorggroepen de randvoorwaarden gerealiseerd die nodig zijn voor het in samenhang kunnen verlenen van de zorg.

¹ Alleen de uitvoering wordt door hen gedaan, de beoordeling mag alleen worden gedaan door een BIG bevoegde zorgverlener.

Actief oproepsysteem bij 'no show' geïmplementeerd bij alle zorggroepen

Alle zorggroepen, met uitzondering van zorggroep 7, gaven in de interviews aan dat zij een actief beleid hebben ten aanzien van patiënten die niet op de reguliere jaarcontrole en/of driemaandelijke controles verschijnen. Deze patiënten worden actief benaderd om te zorgen dat zij alsnog hun periodieke controle krijgen. Oproepsystemen voor andere onderdelen van de zorg, bijvoorbeeld het oogonderzoek, werden niet genoemd.

Bij- en nascholing van zorgverleners georganiseerd door de zorggroep

Alle zorggroepen, met uitzondering van zorggroep 7, organiseren bij- en nascholing voor gecontracteerde zorgaanbieders. Deze bij- en nascholing is met name bedoeld voor de poh en de huisarts en gericht op het verbeteren van het werken met de protocollen, het bespreken van de spiegelinformatie en - bij een aantal zorggroepen - het toepassen van het aangeschafte KIS en het verbeteren van de registratiediscipline. In een aantal zorggroepen is bij- en nascholing verplicht en in de overeenkomst met de zorgverleners opgenomen. Bij zorggroep 2 kregen de huisartsen een extra vergoeding indien tijdens de bij- en nascholing van hun spiegelinformatie gebruik mocht worden gemaakt. De individuele zorgaanbieders waarden de bij- en nascholing en de opkomst is goed. Veel zorggroepen hebben de organisatie van bij- en nascholing niet meegenomen in de (prijs)onderhandelingen van de keten-dbc omdat zij deze taak niet hadden voorzien. Zij benadrukken dat de bij- en nascholing structureel aangeboden zal worden.

Drie zorggroepen gebruiken een keteninformatiesysteem

In de interviews gaven alle zorgverleners aan een eigen elektronisch informatiesysteem te gebruiken voor de registratie van zorggegevens. Deze informatiesystemen zijn echter onvoldoende in staat gegevens uit te wisselen. Voor de gegevensverzameling op zorggroepniveau, worden daarom door een aantal zorggroepen ook nog papieren formulieren ingevuld voor de registratie van zorggegevens (zie citaat). Deze zorggroepen gaven (uiteraard) aan dat dit een onwenselijke situatie is, maar dat zij hiermee door gaan zolang adequate ICT-voorzieningen ontbreken.

'Een knelpunt is dat ik nu niet zelf in het systeem kan, het is nog niet gekoppeld. Ik werk nog alles uit op papier en dat gaat via de fax naar de huisarts en de assistente voert het in'.

Diëtist

Bij de start van de evaluatie hadden drie zorggroepen een keteninformatiesysteem (KIS) geïmplementeerd. Alle zorgverleners van de drie zorggroepen hebben toegang tot het KIS. Op deze manier kunnen de zorgverleners bij de benodigde gegevens die noodzakelijk zijn voor het leveren van hun onderdeel van de diabeteszorg. Bij één zorggroep heeft ook de patiënt via het KIS toegang tot zijn dossier. De andere twee zorggroepen hebben plannen hiertoe, maar hebben deze nog niet gerealiseerd.

Daarnaast werd door de zorggroepen aangegeven dat het met een KIS veel eenvoudiger is om managementinformatie af te leiden uit de gegevens die in het primaire zorgproces worden geregistreerd. Twee KIS-en omvatten ook een facturatie- en afsprakensysteem. Bij één KIS is het niet mogelijk om alle gegevens te registreren (zie citaat). Een veel genoemd

nadeel van een KIS is ook dat het een 'losstaand systeem' is, dat naast het eigen informatiesysteem functioneert. Dit betekent dat de zorgverlener gegevens tweemaal moet invoeren. De zorggroepen die niet beschikken over een KIS, extraheren de gegevens uit de informatiesystemen van de individuele zorgverleners.

'Met name de medicatie staat er niet goed in. Dat vind ik een groot knelpunt. Je kunt aanvinken of iemand medicijnen voor zijn diabetes gebruikt; ja of nee. Dat is verre van goed. Je moet weten wat voor medicamenten, welke doseringen, en wanneer het aangepast is. De diëtist kijkt op hetzelfde scherm; die kan daar helemaal niets mee. Die moet kunnen zien wanneer iets verhoogd of verlaagd is. Dus dat is echt heel slecht.'

Huisarts

Zorggroepen voorzien huisartsen en poh van spiegelinformatie

Ondanks de beperkingen op het gebied van de ICT voorzien momenteel acht van de negen zorggroepen hun huisartsen van spiegelinformatie. De spiegelinformatie blijft veelal beperkt tot de huisartsen en de poh's. Deze spiegelinformatie geeft inzicht in de 'performance' van de huisartspraktijk op een aantal kwaliteitsindicatoren voor diabeteszorg. Op basis van deze spiegelinformatie worden verbeterpunten en -plannen geformuleerd. De zorggroepen begeleiden de huisartspraktijken bij het realiseren van deze verbeterpunten. De zorgverleners gaven in de interviews aan dat dit zeer waardevol is voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.

De variabelen die gebruikt worden voor de spiegelinformatie komen grotendeels overeen met de indicatoren zoals deze geformuleerd zijn in de NDF Zorgstandaard. De meest gebruikte variabelen zijn HbA1c (gemiddelde, % patiënten <7%), BMI (gemiddelde, % patiënten <25, 25-30 en >30 kg/m²), bloeddruk (gemiddelde, % patiënten met systolische bloeddruk <140 mmHg), lipidenprofiel (gemiddelde LDL en LDL <2,5mm/L), kreatinine(klaring) en albuminurie. Ook wordt in een aantal zorggroepen gegevens over medicatieverstrekking gepresenteerd. Informatie over het voet- en oogonderzoek is niet altijd in de spiegelinformatie opgenomen. De beschikbare variabelen worden vaak afgezet tegen andere aan de zorggroep deelnemende praktijken en tegen dezelfde parameters van de huisartspraktijk van een jaar eerder. Veel zorggroepen gaven aan dat zij gedurende de evaluatie steeds beter in staat zijn om hun huisartsen te voorzien van spiegelinformatie.

‘Wat ik ontzettend waardevol vind, is dat wij die informatie gebruiken tijdens onze feedback bijeenkomsten. Wat dat betreft kan je iedere praktijk, maar ook ieder persoon, dus ook de poh die gekoppeld zijn aan een bepaalde praktijk toetsen op de afspraken die er gemaakt zijn. Dat is heel waardevol. Dat is eigenlijk het allerbelangrijkste om de kwaliteit vervolgens weer te kunnen verbeteren. Dus dat je inzicht krijgt in die informatie....Deze gegevens kun je dan gebruiken om je zorg nog verder te verbeteren. Stel dat je met de bloeddruk gemiddeld veel hoger zit dan in een andere praktijk, dan kan je kijken waardoor dat komt en kan je daar iets aan verbeteren. Zo proberen we het ook bij de poh en de huisartsen onder de aandacht te brengen en dat is leuk’.

Projectleider van een zorggroep

Zorggroep stuurt met behulp van spiegelinformatie op kwaliteit van geleverde zorg

Als een zorgverlener niet de gewenste kwaliteit levert, kan -in het uiterste geval- het contract tussen de zorggroep en de zorgverlener beëindigd worden. Uit de interviews bleek dat dit twee keer is voorgekomen, in zorggroep 4 en zorggroep 8. Nadat een verbetertraject (geïnitieerd door de zorggroep) geen effect sorteerde, hebben de zorggroepen besloten om met de betreffende zorgverlener (in beide gevallen een huisarts) het contract te beëindigen, aangezien niet langer ingestaan kon worden voor de kwaliteit van de zorg. In zorggroep 4 kregen de patiënten hun diabeteszorg nog steeds in dezelfde huisartspraktijk, maar nu van een poh onder supervisie van de zorggroep in plaats van de huisarts. Bij zorggroep 8 werden de patiënten verder niet meer door de zorggroep behandeld.

Beperkt inzicht in dubbele bekostiging

Alle verzekeraars gaven aan dubbele bekostiging te willen voorkomen, maar hier momenteel (te) weinig zicht op te hebben door de beperkte verantwoordingsinformatie van de zorggroepen. De verzekeraars hebben hier gedurende de evaluatie meer prioriteit aan gegeven. De verwachting is dan ook dat de kwaliteit van de verantwoordingsinformatie in de komende jaren sterk toe zal nemen. In de nieuwe keten-dbc-contracten worden meer eisen gesteld aan de verantwoordingsinformatie en worden hierover betere afspraken gemaakt met de zorggroepen.

‘Ja, een knelpunt is dat het niet altijd duidelijk is dat het om een diabetespatiënt gaat. Dat merk je vooral bij de afdeling oogheelkunde. Mensen bellen voor een afspraak voor een diabetescontrole bij de oogarts. Zij horen dan eigenlijk een speciale code te krijgen in het computersysteem. Dat wordt allemaal uit keten-dbc gelden betaald. Als de code daar niet staat krijg je een dubbele financiering. Dat is nog echt een probleem. De patiënt moet eigenlijk melden met ‘ik ben een diabetespatiënt uit de diabetes zorggroep’ zodat het goed ingepland wordt. [...] De herkenbaarheid van die patiënt moet nog wel verbeterd worden’.

Diabetesverpleegkundige

‘De fraudegevoeligheid is groot...Op dit moment mag je een tweede consult declareren en nou ja goed. Dan doe je dat zal ik maar zeggen hè. De grenzen zijn ook zo vaag dat het ook gewoon strategisch gedrag uitlokt’.

Directeur van een huisartsenlaboratorium

‘Alle zorg zit in het contract, conform de Zorgstandaard.... Ook de tussentijdse contacten... Hierbij zullen zowel negatieve als positieve uitbuiters zitten. Het grijze gebied is in de contracten niet goed gedefinieerd. Dit is wel een van de grootste valkuilen.’

Contactpersoon verzekeraar

Naast de dubbele bekostiging wordt er binnen de keten-dbc ook zorg gecontracteerd die niet altijd bij alle patiënten wordt uitgevoerd. Een voorbeeld hiervan is het jaarlijkse oogonderzoek (zie citaat). De marge die hierdoor ontstaat, komt veelal ten goede aan de zorggroep. Het is niet bekend hoe vaak dit voorkomt.

‘Bij de fundusfoto komt 50% niet opdagen....Het tarief gaat uit van 90%... Dit is één van de onvolkomenheden in het systeem. De verzekeraar probeert het wel, maar het lukt ze niet. Daar zijn we ook nog niet op aangesproken. Dat gaat wel komen denk ik...Het is niet mijn eerste verantwoordelijkheid. We proberen het ook zo goed mogelijk te doen, maar we zien dus onvolkomenheden in het systeem’.

Projectleider van een zorggroep

Bypass-constructie

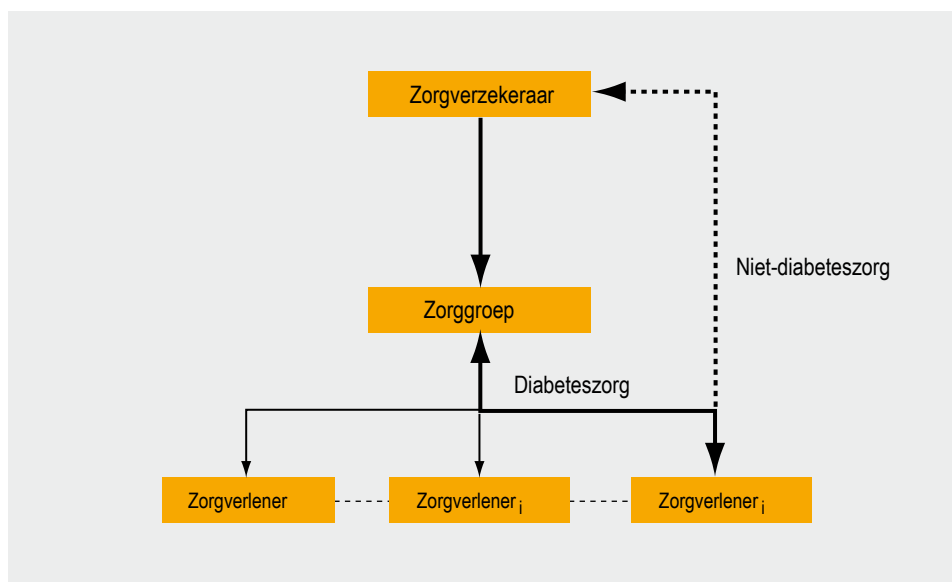
Door een aantal zorgverleners werd gewezen op het bestaan van een zogenaamde bypass-constructie (zie *figuur 2.5*). Deze constructie houdt in dat de zorg die opgenomen is in het keten-dbc-contract ook gedeclareerd wordt via de bestaande financieringssystematiek (zie citaat). Een veel genoemd voorbeeld is diëtadvisering. De zorggroep contracteert de diëtist voor een beperkte hoeveelheid minuten diëtadvies via de keten-dbc, maar verwijst indien nodig de diabetespatiënt naar de diëtist met bijvoorbeeld een verwijzing overgewicht of hypercholesterolemie. De bekostiging van de additionele verwijzing van de huisarts verloopt dan via de bestaande financieringssystematiek.

Bij navraag bij de diëtisten in één zorggroep tijdens de 1-jaarsmeting bleek dat bij ongeveer 15-20% van de diabetespatiënten een extra verwijzing door de huisarts wordt afgegeven.

Verschuivingen in ketenaansprakelijkheid afhankelijk van organisatiestructuur en werkproces

Door de introductie van de zorggroep kunnen, afhankelijk van de organisatiestructuur, verschuivingen optreden in de aansprakelijkheden en verantwoordelijkheden. Dit aspect werd door één zorggroep naar voren gebracht (zie citaat), de overige zorggroepen gaven aan onbekend te zijn met de mogelijke veranderingen in aansprakelijkheid.

Analyse van enkele ter inzage gegeven keten-dbc-contracten door een gezondheidsjurist toonde aan dat in de meeste gevallen de overeenkomsten op dit punt ontoereikend zijn (zie ook *paragraaf 2.3*). Hetzelfde geldt ook voor de (deel)contracten tussen de zorggroepen en de individuele zorgaanbieders of -instellingen. *Bijlage 6* gaat uitgebreid in op deze mogelijke verschuivingen in aansprakelijkheden en verantwoordelijkheden als gevolg van de introductie van de zorggroep.



Figuur 2.5: Bypass-constructie

'Ketenaansprakelijkheid is ook een heel lastig punt. Niemand kan precies uitleggen hoe het zit'.

Projectleider van een zorggroep

Zorggroepen zoeken naar manieren om patiëntenparticipatie te versterken

Vrijwel alle zorggroepen gaven aan dat de doelstelling om de rol van de patiënt te versterken nog niet naar tevredenheid is behaald. Veel zorggroepen zijn zoekende naar op welke wijze de rol van de patiënt versterkt kan worden binnen de huidige organisatiestructuur van de zorggroep. De inbreng van de patiënt beperkt zich vooralsnog tot een periodiek overleg met de (lokale) patiëntenvereniging. Bij zorggroep 2 is de patiëntenvereniging vertegenwoordigd in de Raad van Toezicht. Bij een aantal zorggroepen worden patiëntervaringen gemeten. Een aantal verzekeraars heeft dit als verplichting opgenomen in het keten-dbc-contract, waarbij één verzekeraar een bonus uitkeert bij goede patiëntervaringen.

2.6 Wat is de kwaliteit van de zorg in de zorggroep na één jaar?

Leeswijzer

Deze paragraaf beschrijft op hoofdlijnen de gerapporteerde kwaliteit van zorg op basis van de registratiegegevens. De kwaliteit van zorg wordt bekeken aan de hand van de indicatoren ontleend aan de NDF Zorgstandaard. Een uitgebreide beschrijving en onderbouwing hiervan wordt gepresenteerd in *bijlage 4*. Voor de gehanteerde onderzoekopzet, methode(n) en statistische analyses wordt verwezen naar *bijlage 2*.

Zorggroep 7 was niet in staat om de registratiegegevens aan te leveren, waardoor de gepresenteerde gegevens in deze paragraaf betrekking hebben op acht zorggroepen.

Tekstbox 2.5: Rapportageproblemen en onvolledige data

Veel zorggroepen gaven aan moeilijkheden te ondervinden bij de gegevensrapportage aan het RIVM. Met een aantal zorggroepen is intensief contact geweest om de kwaliteit van de gerapporteerde data te optimaliseren. Een groot aantal onvolkomenheden

kon gecorrigeerd worden, maar voor een aantal (kern)gegevens bleek dit niet mogelijk. Indien de gegevens als onvoldoende valide werden beschouwd, is besloten deze buiten beschouwing te laten.

Patiëntkarakteristieken

Heterogeniteit zowel qua patiëntenaantallen als patiëntkarakteristieken

In totaal zijn 14.156 patiënten uit 8 zorggroepen meegenomen in de analyses (zie *tabel 2.6*). Het aantal patiënten per zorggroep varieert sterk van 362 patiënten in zorggroep 1 tot 5.295 patiënten in zorggroep 4. De patiëntkarakteristieken van de zorggroepen verschillen significant wat betreft leeftijd en diabetesduur. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 67,1 jaar (variërend van 63,7 tot 68,5 jaar) met een gemiddelde diabetesduur van 5,7 jaar (variërend van 4,4 jaar tot 7,5 jaar). In de totale onderzoekspopulatie was 51,7% van de patiënten vrouw (variërend van 48,1 tot 54,9%). Uit de registratiegegevens blijkt dat 2,8% van de diabetespatiënten diabetes type 1 heeft (niet weergegeven in *tabel 2.6*). Mogelijk is hier sprake van een grove overschatting als gevolg van registratiefouten, aangezien uit de gegevens blijkt dat 65% van de mensen met diabetes type 1 ouder dan 50 jaar was bij het vaststellen van de diagnose. Door meerdere zorggroepen wordt aangegeven dat de keten-dbc diabetes zich niet beperkt tot alleen de zorg voor mensen met diabetes type 2.

Tabel 2.6: Beschrijving van de patiëntkarakteristieken op basis van de 0-meting

Karakteristieken	Zorggroep								Totaal
	1	2	3	4	5	8	9	10	
N	362	670	552	5.295	2.635	1.525	553	2.564	14.156
Leeftijd (in jaren)	67,0	65,9	67,7	67,0	68,5	67,6	63,7	66,2	67,1 *
Geslacht (% vrouw)	51,4	54,9	50,7	52,5	53,0	52,7	48,1	48,6	51,7
Gemiddelde diabetes-duur (in jaren)	5,2	7,5	5,3	5,8	6,6	5,6	5,8	4,4	5,7 *

* = significant (P<0,05)

Kwaliteit van zorg op basis van procesindicatoren

Bijna 80% van de patiënten heeft vier controles ondergaan in het afgelopen jaar

De NDF Zorgstandaard geeft aan dat diabetespatiënten vier keer per jaar moeten worden gecontroleerd (NDF, 2007). In totaal heeft 79,5% van de patiënten vier controles ondergaan in het afgelopen jaar (zie tabel 2.7), bij vier zorggroepen (zorggroep 2, 5, 8, 10) betrof het meer dan 80% van de patiënten. Bij zorggroep 3 en 9 ligt dit percentage aanmerkelijk lager. In beide zorggroepen zijn bij 36% van de patiënten vier controles geregistreerd. Zorggroep 1 en 4 zijn vanwege rapportageproblemen buiten beschouwing gelaten in deze berekening. Indien zorggroep 1 en 4 wel zouden worden meegenomen in de berekening daalt het percentage voor de totale populatie naar ongeveer 50%. Deze procesindicator geeft inzicht in de verleende zorg door de zorggroep, maar de klinische relevantie ervan ontbreekt. Immers het doel van de controles is dat de patiënt goed ingesteld is en niet dat iedere patiënt viermaal per jaar wordt gecontroleerd.

Tabel 2.7: Kwaliteit van de zorg aan de hand van procesindicatoren afgeleid van de NDF Zorgstandaard (%)

	Zorggroep								
Procesindicator	1	2	3	4	5	8	9	10	Totaal
Patiënten met 1 controle	-	0,3	5,8	-	9,9	0,0	28,0	4,7	6,7
Patiënten met 2 controles	-	0,6	21,4	-	2,1	3,1	12,5	4,3	4,7
Patiënten met 3 controles	-	2,5	36,6	-	7,1	5,8	22,8	5,7	9,0
Patiënten met minimaal 4 controles	-	96,6	36,2	-	80,9	91,1	36,7	85,3	79,5
Jaarlijks voetonderzoek	82,4	93,9	67,8	96,8	89,2	100,0	65,8	61,5	86,5
Jaarlijks oogonderzoek	36,6	36,3	4,3	43,2	71,3	78,5	47,2	-	52,0
HbA1c-bepaling	89,5	85,2	95,7	96,5	94,7	99,7	90,2	86,0	93,6
Bloeddrukmeting	90,3	86,0	92,8	75,1	99,0	99,6	97,1	84,6	86,4
BMI-meting	85,4	99,4	87,9	83,0	97,7	100,0	79,4	83,2	88,5
Nierfunctieklaring	80,4	85,4	-	92,6	92,8	77,0	91,0	82,8	88,3
Albuminurie-bepaling	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LDL cholesterol berekend	77,3	77,9	75,5	92,9	93,8	81,8	89,9	82,3	88,0
Rookgedrag bekend	71,1	100,0	100,0	88,6	69,8	9,1	77,2	93,9	77,6
Consult diëtist	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Samengestelde indicatoren</i>									
4 reguliere controles, oog- en voetonderzoek	-	34,5	2,9	-	52,9	74,1	17,4	-	48,3
Gemeten/bekend: HbA1c, bloeddruk, BMI, LDL, nierfunctieklaring, oog- en voetonderzoek, rookgedrag	-	24,5	-	28,2	41,3	5,3	25,0	-	27,8

86,5% van de diabetespatiënten heeft een voetonderzoek ondergaan in het afgelopen jaar

Het voetonderzoek is een vorm van zorggerelateerde preventie en is bedoeld om patiënten te screenen op voetcomplicaties, zoals ulcera en infecties van de voet (Sims et al., 1988; CBO, 2006). Het voetonderzoek dient jaarlijks te worden uitgevoerd. Het percentage patiënten met een voetonderzoek gedurende het afgelopen jaar varieert van 61,5% in

zorggroep 10 tot en met 100% in zorggroep 8 (zie *tabel 2.7*). In totaal heeft 86,5% van de diabetespatiënten in het afgelopen jaar een voetonderzoek ondergaan. Tijdens de evaluatie heeft een aantal zorggroepen specifiek aandacht besteed aan het verbeteren van de kwaliteit van het voetonderzoek. De zorggroepen hebben hiertoe bij- en nascholing georganiseerd voor de door hen gecontracteerde zorgverleners. Het geprotocolleerd werken was hierbij een belangrijk aspect. De zorggroepen gaven aan dat als gevolg van de toename van de kwaliteit van het jaarlijkse voetonderzoek het percentage patiënten met voetproblemen aan het toenemen is.

Het percentage patiënten met een oogonderzoek uitgevoerd binnen de zorggroep varieert van 4,3% tot 78,5%

Het jaarlijks controleren van de ogen van mensen met diabetes heeft als doel vroegtijdige opsporing van diabetische retinopathie zodat slechtziendheid en blindheid voorkomen kunnen worden (Polak et al., 2008; NDF, 2007). Het percentage patiënten met een oogonderzoek in het afgelopen jaar varieert sterk, van 4,3% in zorggroep 3 tot en met 78,5% in zorggroep 8 (zie *tabel 2.7*). In totaal werd bij 52,0% van de patiënten een oogonderzoek uitgevoerd in het afgelopen jaar. Dat wil niet zeggen dat de overige 48,0% van de patiënten in deze periode geen oogonderzoek heeft ondergaan. Het is heel wel mogelijk dat een oogonderzoek is uitgevoerd, niet onder regie van de zorggroepen, maar bijvoorbeeld door een oogarts in het ziekenhuis. Het oogonderzoek is dan niet bekostigd via de keten-DBC en daarom ook niet geregistreerd en gerapporteerd. Meerdere zorggroepen gaven aan dat zij niet in staat waren om binnen het tijdsbestek van de evaluatie het jaarlijkse oogonderzoek uit te laten voeren onder verantwoordelijkheid van de zorggroep. Het realiseren van de taaksubstitutie is bij een aantal zorggroepen complex gebleken (zie ook *bijlage 4*). Zorggroep 10 is vanwege rapportageproblemen buiten beschouwing gelaten.

Procesindicatoren HbA1c, bloeddruk, nierfunctie, LDL en BMI boven de 85%

De procesindicatoren 'het percentage patiënten met een HbA1c-bepaling in het afgelopen jaar', 'het percentage patiënten met een bloeddrukmeting in het afgelopen jaar', 'het percentage patiënten met een nierfunctie-bepaling in het afgelopen jaar', 'het percentage patiënten met een LDL-berekening in het afgelopen jaar' en 'het percentage patiënten met een BMI-berekening in het afgelopen jaar' laten percentages zien die boven de 85% liggen (zie *tabel 2.7*). De spreiding tussen de zorggroepen op de afzonderlijke indicatoren is aanzienlijk. Zo wordt in zorggroep 4 de bloeddruk bij 75,1% patiënten gemeten en in zorggroep 8 bij 99,6%.

Alle procesindicatoren laten voor de totale onderzoekspopulatie nog ruimte voor verdere verbeteringen zien. Binnen de zorggroepen verschilt dit sterk voor de afzonderlijke procesindicatoren. Zo rapporteert zorggroep 8 voor zowel de procesindicator voor bloeddruk, HbA1c als BMI boven de 99% terwijl de procesindicator voor rookgedrag slechts 9,1% bedraagt.

Bijna 50% van de patiënten heeft zowel vier controles als een oog- en voetonderzoek ondergaan in het afgelopen jaar

Indien onder de (volledige) Zorgstandaard wordt verstaan het percentage patiënten dat alle periodieke controles heeft ondergaan in het afgelopen jaar, kan gesteld worden dat 48,3% van de patiënten de volledige Zorgstandaard krijgt (zie *tabel 2.7*). Zorggroep 1, 4 en 10 zijn vanwege de rapportageproblemen op de afzonderlijke procesindicatoren niet meegenomen. In zorggroep 3 zijn bij 2,9% van de patiënten alle periodieke controles uitgevoerd, in zorggroep 8 is dit 74,1%. Het lage percentage in zorggroep 3 wordt grotendeels veroorzaakt door de lage score op het percentage patiënten met een oogonderzoek in het afgelopen jaar.

Bij 27,8% van de patiënten is een HbA1c, bloeddruk, BMI, LDL, nierfunctieklaring, oog- en voetonderzoek en rookstatus gerapporteerd in het afgelopen jaar

Het percentage patiënten waarbij zowel HbA1c, bloeddruk, BMI, LDL cholesterol, nierfunctieklaring, oog- en voetonderzoek als albumine is bepaald en waarvan tevens de rookstatus geregistreerd is, bedraagt 27,8% (zie *tabel 2.7*). Deze samengestelde indicator (of een variant hierop) wordt door meerdere zorggroepen gehanteerd voor het bepalen van de mate waarin patiënten de volledige Zorgstandaard krijgen.

De zorggroepen hanteren verschillende samengestelde indicatoren om te bepalen in hoeverre hun patiënten de volledige Zorgstandaard krijgen (zie *tekstbox 2.6*). Veelal wordt het consulteren van de diëtist niet meegenomen in deze samengestelde indicator. Ook wordt de procesindicator voor de vier periodieke controles niet meegenomen vanwege het ontbreken van de klinische relevantie.

Tekstbox 2.6: Hoeveel procent van de diabetespatiënten krijgt de volledige NDF Zorgstandaard?

Deze vraag is moeilijk te beantwoorden zolang er geen eenduidige definiëring van de Zorgstandaard voorhanden is. Indien alleen naar de periodieke controles (vier controles en oog- en voetonderzoek) wordt gekeken, dan is het percentage 48,3%. Indien

gekeken wordt naar meer biomedische procesindicatoren, zoals labbepalingen en het bekend zijn van de rookstatus, dan ligt dit percentage op 27,8% (zie *tabel 2.7*).

Procesindicatoren ‘consult diëtist’ en ‘albuminurie bepaling’ niet gepresenteerd

De procesindicatoren ‘consult aan de diëtist’ en ‘albuminurie bepaling’ worden niet gepresenteerd in *tabel 2.7*. De gegevens over de consulten van de diëtisten zijn door geen van de zorggroepen goed gerapporteerd.

De albuminurie bepaling is wel door alle zorggroepen gerapporteerd. De uitkomsten van deze indicator varieerden sterk tussen de zorggroepen. Deze verschillen leidden er toe dat er geen betrouwbaar beeld van de werkelijk geleverde zorg kan worden gegeven.

Kwaliteit van de zorg op basis van uitkomstindicatoren

69,0% van de diabetespatiënten heeft HbA1c <7,0% in de 1-jaarsmeting

Het percentage patiënten met een HbA1c <7,0% bedroeg 71,2% in de 0-meting en dit percentage daalde met 2,2% tot 69,0% in de 1-jaarsmeting (zie tabel 2.8). Het gemiddelde HbA1c van de totale onderzoekspopulatie nam licht toe van 6,67% (0-meting) naar 6,72% (1-jaarsmeting). Deze toename van het gemiddelde HbA1c met 0,05% is niet in tegenspraak met kwalitatief goede diabeteszorg, aangezien de gemiddelde waarde van het HbA1c toeneemt bij een langere diabetesduur (UKPDS, 1998a). In vergelijking met de (inter)nationale literatuur zijn de gepresenteerde waarden van het HbA1c goed te noemen (zie ook bijlage 4, paragraaf B4.4.1).

Tekstbox 2.7: Interpretatie van indicatoren zonder achtergrondinformatie leidt tot foutieve interpretatie van de kwaliteit van de zorg

Het gemiddelde HbA1c van zorggroep 2 (7,21% in de 1-jaarsmeting) ligt aanzienlijk hoger dan het gemiddelde HbA1c-waarden van de overige zorggroepen (zie tabel 2.8). Als gevolg hiervan ligt ook het percentage patiënten met een HbA1c <7,0% aanzienlijk lager dan bij de overige zorggroepen. Deze verschillen worden mede veroorzaakt door de afwijkende patiëntenpopulatie van zorggroep 2 ten opzichte van de overige zorggroepen. Zo zijn de patiënten die behandeld worden door de internist ook 'in zorg' bij de zorggroep, dit in tegenstelling tot de overige zorggroepen. Ook is de gemiddelde diabetesduur van

de patiënten bij deze zorggroep (gemiddeld 7,5 jaar) langer dan bij de overige zorggroepen (zie tabel 2.6). Het interpreteren van de uitkomstindicator HbA1c zonder bovenstaande achtergrondinformatie van de zorggroep, kan leiden tot een foutieve interpretatie van de kwaliteit van de geleverde zorg. Bij een verdergaande substitutie van diabeteszorg van de tweede lijn naar zorggroepen, zal het gemiddelde HbA1c in deze patiëntenpopulaties toenemen door verschuivingen in de 'zorgzwaarte' van de patiëntenpopulatie.

Gemiddelde systolische bloeddruk vrijwel onveranderd, maar wel verschuivingen percentage patiënten met systolische bloeddruk <140 mmHg

Er is geen significante verandering in de gemiddelde systolische bloeddruk. Er is echter wel een toename van het percentage patiënten met een systolische bloeddruk <140 mmHg tussen de 0-meting en de 1-jaarsmeting voor de totale onderzoekspopulatie (zie tabel 2.8). Dit percentage is gestegen van 50,4% naar 53,0%. De systolische bloeddruk neemt toe naarmate men ouder wordt. Jaarlijks stijgt de systolische bloeddruk met ongeveer 1 mmHg per jaar (Verschuren et al., 2008). De onveranderde systolische bloeddruk kan vanuit dit perspectief goed genoemd worden. De gepresenteerde uitkomstwaarden van de systolische bloeddruk ligt in lijn met de (inter)nationale literatuur (zie ook bijlage 4, paragraaf B4.4.2).

Gemiddelde BMI onveranderd (hoog), percentage patiënten met BMI <25 kg/m² neemt af

De gemiddelde BMI in de totale onderzoekspopulatie laat geen significant verschil zien tussen de 0- en de 1-jaarsmeting en bedraagt in de 1-jaarsmeting 29,8 kg/m². Ondanks dat er geen verschil in de gemiddelde BMI wordt gerapporteerd neemt het percentage patiënten dat een BMI <25 kg/m² heeft af met 1,2% in de 1-jaarsmeting ten opzichte van de 0-meting tot 15,7%. In de (inter)nationale literatuur worden gelijkwaardige of zelfs nog hogere gemiddelde BMI-waarden gerapporteerd (zie ook bijlage 4, paragraaf B4.4.3).

LDL cholesterol verbeterd

Het gemiddelde LDL cholesterol verbeterde significant in vier zorggroepen. Geen enkele zorggroep liet een significante toename van het LDL cholesterol zien (zie *tabel 2.8*). Ook voor de totale onderzoekspopulatie verbeterde het LDL cholesterol, van 2,55 mmol/l in de 0-meting naar 2,50 mmol/l in de 1-jaarsmeting. Het percentage patiënten met een LDL <2,5 mmol/l nam bij de meeste zorggroepen en het totaal toe in de 1-jaarsmeting ten opzichte van de 0-meting (zie *tabel 2.8*). De patiëntenuitkomsten voor het LDL cholesterol zijn vergelijkbaar met de uitkomsten in de internationale literatuur (zie ook *bijlage 4, paragraaf 4.4.6*).

Gegevens over voet- en oogafwijkingen en complicaties niet uniform gerapporteerd

In het afgelopen jaar zijn voet- en oogafwijkingen en complicaties niet op uniforme wijze geregistreerd door zorggroepen. Er bestaan grote verschillen in wijze van rapporteren tussen zorggroepen wat betreft deze indicatoren. Om deze reden zijn deze gegevens niet gerapporteerd. De relatie met de kwaliteit van de zorg wordt bemoeilijkt zolang deze gegevens niet op uniforme wijze worden geregistreerd en gerapporteerd.

Nierfunctie op verschillende manier bepaald in de zorggroepen

De nierfunctie bepaling is in alle zorggroepen structureel uitgevoerd en geregistreerd (zie procesindicator *paragraaf B4.3.7*). De nierfunctie is echter in de verschillende zorggroepen op verschillende manieren bepaald, waardoor er systematische verschillen in de uitkomsten ontstaan tussen de zorggroepen. Bij een indicator is het belangrijk dat er een uniforme wijze is van registreren en rapporteren. Gebeurt dit niet, dan kan dit leiden tot sterke vertekening. Om deze redenen is besloten deze indicator niet te presenteren.

Percentage rokers ligt iets boven het landelijke gemiddelde voor dezelfde leeftijdscategorie

Op basis van de registratiegegevens rookt in totaal 16,9% van de patiënten tijdens de 0-meting en 16,5% tijdens de 1-jaarsmeting (zie *tabel 2.8*). Deze percentages liggen hoger dan het landelijke percentage rokers in de leeftijdscategorie 65 tot 74 jaar (14%) (Limperg, 2009). Er is een grote spreiding in het percentage rokers tussen de zorggroepen in zowel de 0-meting (van 22,5% bij zorggroep 9 tot 11,1% in zorggroep 3) als de 1-jaarsmeting (22,5% in zorggroep 9 tot 10,1% in zorggroep 2). Uit de gegevens komt verder naar voren dat alleen bij zorggroep 2 het aantal rokers significant daalt. Bij veel zorggroepen maakt de 'begeleiding bij het minderen of stoppen met roken' geen onderdeel uit van het keten-dbc-contract (zie *tabel 2.4*). Bij zorggroep 2 waar een daling van het aantal rokers wordt gerapporteerd maakt de begeleiding bij het verminderen of stoppen met roken wel onderdeel uit van het keten-dbc-contract.

Tabel 2.8: Kwaliteit van de zorg aan de hand van uitkomstindicatoren afgeleid van de NDF Zorgstandaard

Zorggroep																		
Uitkomstindicator	1		2		3		4		5		8		9		10		Totaal	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
HbA1c																		
Gemiddelde (%)	6,39	6,52 *	7,21	7,28	6,74	6,59 *	6,65	6,71 *	6,72	6,83 *	6,73	6,58 *	6,46	6,68 *	6,55	6,65 *	6,67	6,72 *
% patiënten <7,0%	85,2	77,6 *	46,5	40,6 *	72,7	75,7	72,3	69,7 *	67,0	61,6 *	70,1	75,7 *	79,1	71,2 *	76,1	73,6	71,2	69,0 *
Systolische bloeddruk																		
Gemiddelde (mmHg)	136	136	142	138 *	136	137	141	141	-	141	140	142	139	138	137	136	139	138 #
% patiënten <140mmHg	51,9	53,4	43,5	51,6 *	61,6	60,5	45,1	44,9	-	45,3	53,6	50,2	51,8	55,5	54,6	60,3 *	50,4	53,0 #
BMI																		
Gemiddelde (kg/m ²)	29,7	29,8 *	29,7	29,8	29,7	29,9	29,9	30,4 *	29,5	29,3 *	29,3	29,3	29,0	29,4 *	29,6	29,7	29,6	29,8
% BMI < 25 kg/m ²	16,8	17,9	18,0	17,5	14,2	14,2	16,3	13,6 *	16,5	16,1 *	19,1	18,6	17,2	16,4	16,8	15,3	16,9	15,7 *
% BMI 25-30 kg/m ²	42,3	41,6	42,4	41,7	45,7	43,3	41,1	41,0	45,0	45,2 *	43,3	43,5	45,3	41,1	43,3	42,7	43,2	42,9
% BMI > 30 kg/m ²	40,9	40,5	39,5	40,9	40,1	42,5	42,7	45,4 *	38,5	38,7 *	37,6	38,0	37,5	42,4 *	39,9	42,0 *	39,9	41,4 *
Voetonderzoek																		
% patiënten met voetafwijkingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oogonderzoek																		
% patiënten met retinopathie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LDL cholesterol																		
Gemiddelde (mmol/l)	2,67	2,60	2,54	2,45 *	2,25	2,21	2,56	2,50 *	2,55	2,54	2,56	2,55	2,60	2,43 *	2,57	2,46 *	2,55	2,50 *
% patiënten <2,5 mmol/l	48,6	51,4	52,5	55,1	66,3	64,4	49,9	52,5 *	48,6	51,4 *	47,5	48,0	46,6	54,8 *	48,0	55,2 *	49,3	52,6 *

Tekstbox 2.8: Vergelijking resultaten evaluatie met (inter)nationale literatuur niet eenvoudig

In de (inter)nationale literatuur worden veel gegevens over de kwaliteit van de diabeteszorg gerapporteerd (Gnavi et al., 2009; Janssen et al., 2009; Zoungas et al., 2009; Sequist et al., 2008; Calvert et al., 2009; Cooper et al., 2009; Bovier et al., 2007; Holbrook et al., 2009; Cleveringa et al., 2008; Rutten, 2008b). Een vergelijking met de resultaten uit deze evaluatie wordt bemoeilijkt door mogelijke verschillen in patiëntenpopulaties (bijvoorbeeld verschillen in patiëntkarakteristieken zoals sociaal-economische status, leeftijd en etniciteit) en (ontbrekende)

gegevens over multimorbiditeit en medicatiegebruik. Ook ontbreekt het inzicht in hoeverre de patiëntenpopulaties vergelijkbaar zijn voor wat betreft het percentage patiënten dat onder behandeling is van een specialist en welke behandeling de patiënten krijgen. Om een goede vergelijking te kunnen maken tussen de resultaten van de verschillende studies is meer inzicht hierin noodzakelijk.

2.7 Wat is de tevredenheid van alle betrokken partijen?

Leeswijzer

Deze paragraaf gaat in op de tevredenheid van de verschillende betrokken partijen over de invoering van de keten-dbc. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt naar patiënten, zorggroepen, zorgverleners en verzekeraars. De resultaten over de tevredenheid onder de patiënten zijn gebaseerd op een patiëntenenquête, afgenomen bij patiënten van zes van de negen zorggroepen (zie *bijlage 5*). Bevindingen ten aanzien van de tevredenheid van de zorggroepen, zorgverleners en verzekeraars zijn gebaseerd op de interviews. In de voorgaande paragrafen zijn al veel aspecten over de tevredenheid aan bod gekomen. In deze paragraaf wordt daarom meerdere malen verwezen naar andere paragrafen. In *bijlage 2* wordt een uitgebreide beschrijving van de methoden en data gepresenteerd.

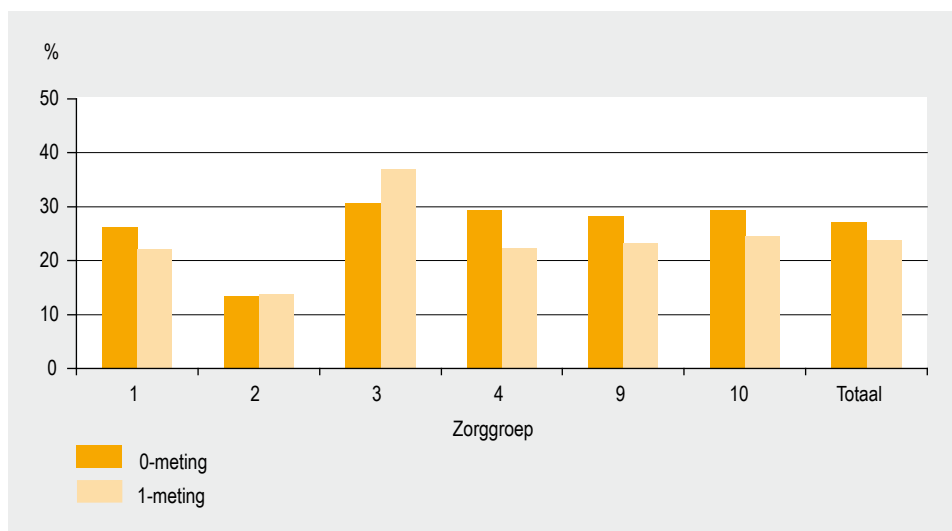
Wat vinden de patiënten?

Samenwerking en afstemming tussen zorgverleners positief beoordeeld in zowel 0-meting als 1-jaarsmeting

De patiënten beoordeelden de 'samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners over het algemeen' positief. In de 0-meting gaf 94,9% aan dat de samenwerking en afstemming tussen de zorgverleners 'goed' of 'uitstekend' was. Dit percentage daalde licht naar 92,9% in de 1-jaarsmeting (zie *bijlage 5, tabel B5.4*). Wanneer alleen wordt gekeken naar het percentage patiënten dat de afstemming als 'uitstekend' beoordeelde, is een daling te zien van 27,1% naar 23,8% (zie *figuur 2.6*). In zorggroep 3 nam het percentage dat de samenwerking als 'uitstekend' beoordeelde toe, van 30,6% naar 37,0%.

Minder tegenstrijdige adviezen aan patiënten

Het percentage patiënten voor de totale onderzoekspopulatie dat aangaf 'bijna nooit' of 'over het algemeen niet' tegenstrijdige adviezen van verschillende zorgverleners te krijgen, nam toe van 84,2% in de 0-meting tot 88,3% in de 1-jaarsmeting (zie *bijlage 5, tabel B5.4*). Ook het percentage patiënten dat aangaf dat dit 'bijna altijd' het geval was, daalde van 1,8% in de 0-meting naar 0,7% in de 1-jaarsmeting. Bij vier zorggroepen (zorggroep 1, 2,



Figuur 2.6: Percentage patiënten dat de samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners als 'uitstekend' beoordeelde, in de 0-meting en de 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

3 en 4) rapporteerde zelfs geen enkele patiënt meer dat er 'bijna altijd' tegenstrijdige adviezen werden gegeven.

Vaker afspraken gecombineerd op één dag

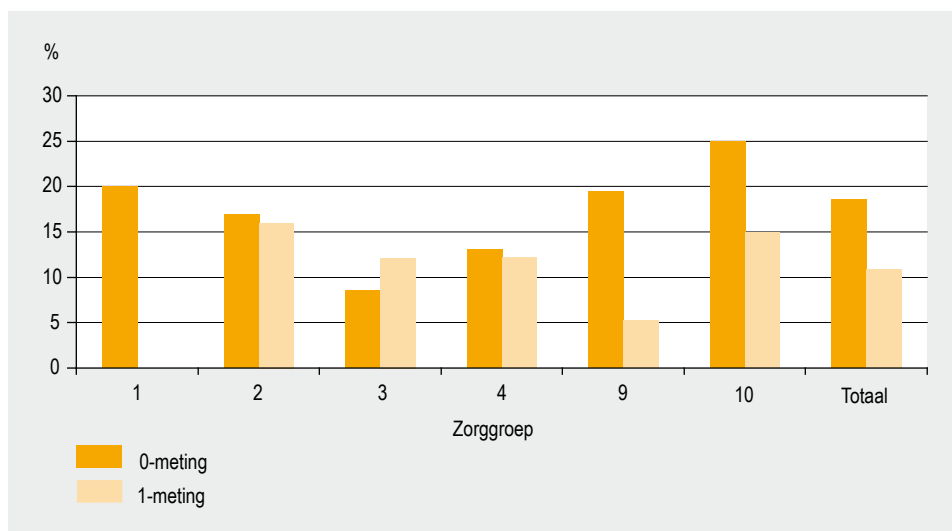
Ongeveer één op de drie patiënten gaf aan dat afspraken 'bijna altijd' worden gecombineerd. In de 0-meting gaf 27,8% van de patiënten aan dat dit gebeurde en in de 1-jaarsmeting 30,5%. Bij vier van de zes zorggroepen rapporteerden patiënten verbeteringen (zie *bijlage 5, figuur B5.8*). Het percentage patiënten dat aangaf dat afspraken 'bijna nooit' gecombineerd worden, nam af in zorggroep 1 zelfs tot 0%. Ook in zorggroep 9 en 10 werden door de patiënten aanzienlijke verbeteringen gerapporteerd (zie *figuur 2.7*).

Wat vinden de zorggroepen?

Zorggroepen zijn positief over invoering van de keten-dbc

De zorggroepen gaven tijdens de interviews aan het experiment met de keten-dbc over het algemeen als positief te ervaren. De verkregen regierol en de bijbehorende mogelijkheden om 'te sturen in de keten', het beter registreren van de (bio)medische gegevens tijdens het primaire zorgproces en het (in toenemende mate) huisartsen kunnen voorzien van spiegelinformatie (zie *paragraaf 2.5*) werden genoemd als positieve aspecten.

Alle zorggroepen gaven aan dat zij nieuwe keten-dbc-contracten voor de diabeteszorg hebben gecontracteerd of hierover in onderhandeling zijn. Daarnaast gaven meerdere zorggroepen aan dat zij keten-dbc's voor andere chronische aandoeningen gaan contracteren of al hebben gecontracteerd.



Figuur 2.7: Percentage patiënten dat aangaf dat 'bijna nooit' afspraken gecombineerd worden op een dag, in de 0-meting en de 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

Veel zorggroepen ontevreden over de ICT

Veel zorggroepen gaven aan dat de mogelijkheden om met verschillende informatiesystemen gegevens uit te wisselen (te) beperkt zijn (zie paragraaf 2.5). Hierdoor ondervinden zorggroepen moeilijkheden bij het opstellen van de spiegelinformatie, het verantwoorden van de kwaliteit van de geleverde zorg aan de verzekeraars en bij het genereren van andere managementinformatie, zoals mogelijkheden voor declaratie. Wel werd door meerdere zorggroepen aangegeven dat door de invoering van de keten-dbc de ontwikkelingen op het gebied van de ICT versneld zijn. Zij gaven aan ook steeds beter in staat te zijn om hun zorgverleners en verzekeraars te voorzien van respectievelijk spiegel- en verantwoordingsinformatie.

'ICT hé, dus dat is een groot probleem, want daarmee is de communicatie tussen bijvoorbeeld de onderaannemers in het ziekenhuis en ons lastig'.

Projectleider zorggroep

'De hele ICT is ook een faalfactor. Wij kiezen dus duidelijk voor een lastige weg. Wij vinden dat de registratie in het HIS moet plaatsvinden en niet daarbuiten. Je moet uniform registreren, dat werkt allemaal wel, maar dat kost behoorlijk wat energie zowel van de huisartsen als van ons qua ondersteuning. En als je nu kijkt wat meten we nu dadelijk. We meten de mate waarin het geregistreerd is en we meten de uitkomst zelf. Soms zijn dingen toch nog niet goed boven water te halen, bijvoorbeeld roken. Dat zijn zulke matige geoperationaliseerde indicatoren.... Ik benieuwd ben of jullie daar nog wat van kunnen brouwen'.

Projectleider zorggroep

Veel bureaucratie bij het contracteren van de verre verzekeraars

Meerdere zorggroepen gaven in de interviews aan dat het contracteren van de verre verzekeraars een grote bron van ergernis is en als zeer tijdrovend en omslachtig wordt ervaren (zie ook *paragraaf 2.4*).

Wat vinden de individuele zorgverleners en zorginstellingen?

Er wordt intensiever en meer gestructureerd samengewerkt

Veel van de zorgverleners zijn positief over de verbeteringen in de organisatie van de zorg. Zij ervaren dat de zorg beter is afgestemd en dat de protocollen strikter worden toegepast. Ook werd tijdens de interviews aangegeven dat de registratiediscipline van de zorgverleners toe neemt als gevolg van de geformaliseerde werkafspraken tussen de individuele zorgaanbieders en de zorggroep.

‘Voordelen van de keten-dbc zijn dat je toch de hele cliënt structurele begeleiding kunt bieden. Ook is er meer afstemming tussen de zorgverleners. Dat is echt een voordeel. De cliënt krijgt meer begeleidingsmomenten. Daar zit meer structuur in: iedere drie maanden. Doordat er een totaalpakketje zorg is en de regie bij de poh-er ligt en die stemt dat goed af. Daar zit echt de toegevoegde waarde. Hierdoor is er meer afstemming tussen de zorgverleners’.

Praktijkondersteuner huisarts

‘Het EPD is nieuw in de nieuwe situatie. Er is heel veel veranderd. Onze structuur is veel beter zichtbaar. Wanneer komt de patiënt en bij wie. Ik kan veel beter terugzien wat er is besproken (in mijn EPD) en wat de internist heeft ingevuld. Met een kanttekening dat de patiënten nog moeten worden ingevuld en voor degenen die er al in staan dat de arts er nog mee moet gaan werken. Wat je wel merkt is dat de diabetesverpleegkundige consequent ieder consult met het EPD werkt, de internist doet dat nog niet. Dat geeft dus wel nog moeite in de communicatie op dit moment’.

Diabetesverpleegkundige

Zorgverleners ervaren sterke onderhandelingspositie van de zorggroep

Door de invoering van de keten-dbc onderhandelt de zorggroep met de individuele zorgaanbieders over onderdelen van de zorg. De zorgverleners (met name de diëtisten, maar ook huisartslaboratoria) ervaren een onevenwichtige, te sterke onderhandelingspositie van de zorggroep. Dit aspect is ook in *paragraaf 2.4* reeds aan bod gekomen. *Bijlage 7* gaat uitgebreider in op de onderhandelingspositie van de zorggroep ten opzichte van de verzekeraars en de zorgverleners.

ICT als ontoereikend ervaren

In vrijwel alle interviews met de zorgverleners kwam de ICT ter sprake. Veel van de zorgverleners gaven aan dat de huidige ICT nog onvoldoende mogelijkheden biedt om de zorg in samenhang te kunnen leveren. Hierbij werden verschillende aspecten genoemd, zoals onvoldoende integratie van verschillende informatiesystemen waardoor gegevens

dubbel ingevoerd moeten worden, en informatiesystemen die onvoldoende mogelijkheden bieden om alle benodigde gegevens te registreren en daardoor niet aansluiten bij de dagelijkse zorgverlening. Zo kan bij één KIS alleen aangegeven worden of een patiënt een bepaald type medicatie gebruikt, maar niet de doseringen en aanpassingen. Wel werd door meerdere zorgverleners opgemerkt dat de invoering van de keten-dbc de ICT-ontwikkelingen in een stroomversnelling heeft gebracht. Deze zorgverleners waren positief over deze ontwikkelingen, maar gaven aan dat de informatiesystemen nog steeds ontoereikend zijn.

‘Het computersysteem is ook zo opgebouwd dat je die en die controles gedaan moet hebben en die zijn compleet of niet compleet, er vallen een heleboel dingen in zo’n controle die moeten gebeuren. Er zijn, zeg maar, een item of 20 die je dan gedaan moet hebben. Als er één van ontbreekt is het niet compleet en dan betaald die niet mee, dus zo hard ligt dat. Dat gaat om het proces’.

Praktijkondersteuner huisarts

Spiegelinformatie en bij- en nascholing als zeer positief ervaren

Ook werd door de zorgverleners aangegeven dat er in de nieuwe situatie meer en beter wordt geregistreerd. Het beschikbaar komen van spiegelinformatie voor hun huisartspraktijk werd als zeer positief ervaren. Ook de bij- en nascholing is regelmatig genoemd als positief aspect (zie ook paragraaf 2.5).

‘Grootste voordeel vind ik, maar dat is een persoonlijk voordeel, dat er meer spiegelinformatie komt. Dus we krijgen meer informatie terug, gewoon over hoe doen we het in de diabeteszorg en hoe doen we het gemiddeld ten opzichte van de collega’s’.

Praktijkondersteuner huisarts

‘Het pluspunt van de keten-dbc is dat je die gegevens er dadelijk goed uit kunt krijgen. Dan kunnen we goed kijken of er ontwikkelingen in de getallen zijn. Dat konden we vroeger niet echt. Dit levert gegevens op waar we wat mee kunnen: proberen om die HbA1c onder de 7 proberen te krijgen. We hebben dit wel een keer geprobeerd via het lab, maar dat is toen niet echt goed gelukt’.

Praktijkondersteuner huisarts

Wat vinden de verzekeraars?

Verzekeraars positief over het multidisciplinair werken van zorgverleners, maar niet altijd over de invoering van de keten-dbc

Verzekeraars staan positief tegenover de samenwerking tussen zorgverleners en het slechten van financiële schotten tussen beroepsgroepen en tussen de eerste en tweede lijn. Ondanks dat alle verzekeraars positief zijn over het in samenhang leveren van de diabeteszorg en het werken in multidisciplinaire teams, zijn niet alle verzekeraars overtuigd dat de invoering van de keten-dbc hiervoor noodzakelijk is. Een verzekeraar gaf aan dit ook bereikt kan worden door de bestaande bekostigingssystematiek te handhaven en

extra te betalen voor de werkzaamheden voor afstemming en overhead (het zogenaamde 'koptarief'). De meeste verzekeraars zijn positief over de invoering van de keten-dbc, maar willen de komende jaren de weg der geleidelijkheid bewandelen bij de uitrol van de keten-dbc naar meerdere chronische aandoeningen.

Zorggroep als aanspreekpunt is positief, maar leidt tot vragen over marktmacht

Een aantal verzekeraars gaf aan dat de functie van de zorggroep als verantwoordelijk aanspreekpunt als positief te ervaren. Daarbij gaf één verzekeraar expliciet aan dat het ook efficiënter is om met een zorggroep afspraken te maken over de te leveren zorg en de verantwoording in plaats van met alle individuele zorgaanbieders afzonderlijk. Gelijktijdig zien verzekeraars het risico van een marktmachtpositie van de zorggroep (zie ook *bijlage 7*). Tot nu toe heeft dit nog tot weinig problemen geleid. Een verzekeraar benadrukte dat de marktmachtpositie van de zorggroepen groter wordt naarmate er meer zorg door de zorggroepen wordt gecontracteerd. Verzekeraars gaven aan dat dit risico groter is op de zorginkoopmarkt tussen zorggroep en individuele zorgaanbieders (zorginkoopmarkt 2). Dit beeld werd bevestigd door de interviews met de individuele zorgaanbieders. De door de verzekeraars genoemde risico's van een marktmachtpositie zijn een prijsopdrijvend effect en de beperking van de keuzevrijheid van de patiënt. Een aantal verzekeraars gaf aan na te denken over mogelijke oplossingen als blijkt dat de marktmachtpositie van de zorggroepen inderdaad tot problemen gaat leiden. Als mogelijke oplossingen werden aangegeven het formuleren van een transparant contracteerbeleid voor zorggroepen en het stellen van eisen aan de organisatie(vorm) van de zorggroepen.

Onvoldoende inzicht in kwaliteit van de geleverde zorg

Verzekeraars hebben vooralsnog onvoldoende inzicht in (de kwaliteit van) de geleverde zorg. Dit komt door problemen met het datamanagement van de zorggroepen zelf. Zorggroepen zijn nog onvoldoende in staat om de verzekeraar te voorzien van kwalitatief goede verantwoordingsinformatie. Meerdere verzekeraars gaven aan te verwachten dat in de komende jaren de verantwoordingsinformatie sterk zal verbeteren. Het beschikbaar komen van deze gegevens werd door alle verzekeraars genoemd als een positief aspect van de keten-dbc. Wel gaf een aantal verzekeraars aan zelf nog zoekende te zijn hoe zij deze (sturings)informatie zullen en kunnen gebruiken om de kwaliteit van de zorg verder te verbeteren.

Vanuit de verzekeraars kwamen wisselende geluiden naar voren over de vraag in hoeverre de substitutie van de tweede lijn naar de zorggroepen wordt gerealiseerd door de invoering van de keten-dbc. Enkele verzekeraars gaven aan dit (nog) niet terug te kunnen zien. Eén verzekeraar gaf aan dat de kosten voor het medicatiegebruik waren afgenomen voor diabetespatiënten die participeerden in een zorggroep ten opzichte van patiënten die niet participeerden in een zorggroep. Meerdere verzekeraars doen onderzoek naar de substitutieeffecten van de invoering van de keten-dbc, maar rapportages hierover zijn nog niet beschikbaar.

Ontbreken van inzicht in keten-dbc-contracten zet volg-principe onder druk

De keten-dbc-contracten die door de zorggroepen gesloten worden met de dominante verzekeraar zijn voor de 'verre verzekeraar' niet altijd inzichtelijk. Uitgangspunt is echter

wel dat de verre verzekeraars het keten-dbc-contract met de marktleider 'volgen'. Hiermee komt het 'volg-principe' onder druk te staan. Enkele verzekeraars gaven aan te overwegen om eigen ketenafspraken te gaan maken. Alle verzekeraars gaven echter aan tot nu toe de keten-dbc-contracten steeds gevolgd te hebben.

3 BESCHOUWING

Diabetes is een veelvoorkomende ziekte. In de afgelopen decennia is het aantal mensen met diabetes sterk gestegen en deze stijging zal zich in de toekomst verder doorzetten: naar verwachting zal het aantal mensen met gediagnosticeerde diabetes toenemen tot ruim 1,3 miljoen in 2025. Deze toename van het aantal mensen met diabetes heeft grote gevolgen voor de zorg(last) en kosten. Zowel door het ministerie van VWS als in het werkveld wordt onderkend dat de diabeteszorg beter kan en moet. De laatste jaren zijn er veel ontwikkelingen binnen de diabeteszorg geïnitieerd met als doel om de effectiviteit en de kwaliteit van de diabeteszorg te verbeteren. Deze ontwikkelingen richten zich enerzijds op de organisatie van de zorg en anderzijds op het ontwikkelen en aanbieden van specifieke onderdelen van de behandeling van diabetes. De versnipperde financiering van de verschillende onderdelen van de diabeteszorg is een belangrijk struikelblok bij het tot stand komen van samenwerkingsverbanden op een continue basis (Baan et al., 2003; IGZ, 2003; Taakgroep, 2005). Het ministerie heeft daarom een plan van aanpak ontwikkeld dat erop gericht is om omstandigheden te creëren waarin goede zorg verleend wordt door (multidisciplinair georganiseerde) zorggroepen. Een concept keten-dbc, gebaseerd op de NDF Zorgstandaard, is een essentieel onderdeel van dit plan van aanpak. De afgelopen jaren is door tien zorggroepen op experimentele basis gewerkt met een keten-dbc diabetes binnen het ZonMw programma Diabetes Ketenzorg. Dit experiment is geëvalueerd en de resultaten worden in dit rapport beschreven. De evaluatie heeft veel informatie opgeleverd over het proces van het bekostigen, leveren en declareren van diabeteszorg via de keten-dbc onder de regie van een zorggroep.

Leeswijzer

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de evaluatie kort samengevat en in perspectief geplaatst. Allereerst wordt in *paragraaf 3.1* een aantal kanttekeningen geplaatst bij de onderzoeksmethode. Vervolgens worden in *paragraaf 3.2* de resultaten in perspectief geplaatst. In *paragraaf 3.3* wordt ingegaan op de structurele invoering van de keten-dbc diabetes en de voorgenomen uitrol van de keten-dbc naar andere chronische ziekten. Tot slot volgen in *paragraaf 3.4* de aanbevelingen.

3.1 Onderzoeksmethode

De evaluatie van het experiment met de invoering van de keten-dbc diabetes is gebaseerd op drie gegevensbronnen: patiëntenvragenlijsten, registratiegegevens op patiëntniveau van de zorggroepen en interviews met betrokkenen. Doel was om zoveel mogelijk informatie te krijgen over het proces van het werken met de keten-dbc en het inkoopproces en om een beeld te krijgen van de kwaliteit van de geleverde zorg en ervaringen van patiënten.

Experiment en evaluatie waren nauw verweven

Bij de start van het ZonMw programma Diabetes Ketenzorg hadden noch het ministerie van VWS, ZonMw en het RIVM noch de zorggroepen, zorgverzekeraars en andere betrok-

kenen een goed beeld van het experiment met de keten-dbc. Het was duidelijk dat er een nieuwe situatie was ontstaan, waar zich met name in de maanden voorafgaande aan en net na de start van de evaluatie voortdurend nieuwe vraagstukken voor deden waarvoor oplossingen gevonden moesten worden. Als gevolg van het experiment, kwamen de nieuwe vraagstukken versneld boven tafel en werden oplossingen snel verspreid. Voor de evaluatie was dit enerzijds gunstig, aangezien een belangrijk doel van de evaluatie was om het proces rondom de inkoop en zorg in kaart te brengen. Anderzijds, was de gelijktijdige start van het experiment en de evaluatie voor de vraagstelling ten aanzien van de kwaliteit van de zorg minder optimaal. Gezien de hectiek bij de start van de evaluatie, was de registratie van zorggegevens voor de zorggroepen in eerste instantie van minder belang. Dit heeft geresulteerd in hiaten in de registratiegegevens van vooral de 0-meting.

Respons patiëntenvragenlijst laag

De respons op de patiëntenvragenlijst was laag: 43% bij de papieren vragenlijsten. Bij een lage respons is het risico groot dat de resultaten bepaald worden door mensen die veel thuis zijn, het onderwerp interessant vinden of het leuk vinden om vragenlijsten in te vullen (Stoop, 2005). Ook zouden ziekere mensen minder geneigd zijn vragenlijsten in te vullen. Dit kan gevolgen hebben voor de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van de gegevens. Op basis van het non-respons-onderzoek (zie *bijlage 5*) bleek dat de respondenten van de vragenlijsten niet afweken van de totale patiëntenpopulatie van de evaluatie voor wat betreft de beschikbare patiëntkarakteristieken geslacht, leeftijd en gemiddelde diabetesduur.

Beperkte mogelijkheid om verbeteringen in kwaliteit en doelmatigheid van de zorg door invoering van keten-dbc te meten

De huidige evaluatie omvat tien experimentgroepen, welke niet a-select zijn gekozen, maar geselecteerd zijn door ZonMw. De zorggroepen zijn geselecteerd op basis van landelijke spreiding, fase van opstarten, verschil in opzet en omvang, om zo een grote diversiteit in de onderzoekspopulatie te krijgen. Het is onduidelijk in hoeverre de gevonden resultaten generaliseerbaar zijn voor andere zorggroepen. Ondanks de diversiteit van de zorggroepen blijkt dat de resultaten voor wat betreft de procesindicatoren en de patiëntuitkomsten vergelijkbaar zijn. Bij de opzet van de evaluatie zijn geen controlegroepen meegenomen. Hierdoor kan niet goed worden ingeschat in hoeverre de gevonden resultaten ten aanzien van de kwaliteit van zorg het gevolg zijn van de invoering van de keten-dbc. Deze gegevens dienen dus met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Het doel van het ZonMw programma was echter de organisatie van de diabeteszorg in Nederland te verbeteren en ervaring op doen met het contracteren, leveren en declareren van de keten-dbc onder verantwoordelijkheid van de zorggroep.

Evaluatie geeft inzicht in kortetermijneffecten op de kwaliteit van zorg

De onderzoeksperiode bedroeg twaalf maanden. In deze periode werden patiëntuitkomsten met behulp van zorgregistraties en patiëntenvragenlijsten, tweemaal gemeten. Langetermijneffecten van de invoering van de keten-dbc kunnen door deze beperkte onderzoeksperiode niet zichtbaar gemaakt worden. Wel laten de zorggroepen zien dat de uitkomsten van de proces- en uitkomstindicatoren op zijn minst vergelijkbaar zijn met de

(inter)nationale literatuur. De invoering van de keten-dbc heeft vooralsnog niet geresulteerd in grote veranderingen in patiëntuitkomsten. Vanwege de korte onderzoeksperiode kunnen ook over eventuele verbeteringen in de procesindicatoren nog geen uitspraken worden gedaan. Gezien het voornemen van het ministerie om meerdere keten-dbc's structureel in te voeren is inzicht in de (langetermijn)effecten van de keten-dbc op de kwaliteit van de zorg van wezenlijk belang.

3.2 Resultaten in perspectief

Evaluatie ingehaald door de werkelijkheid

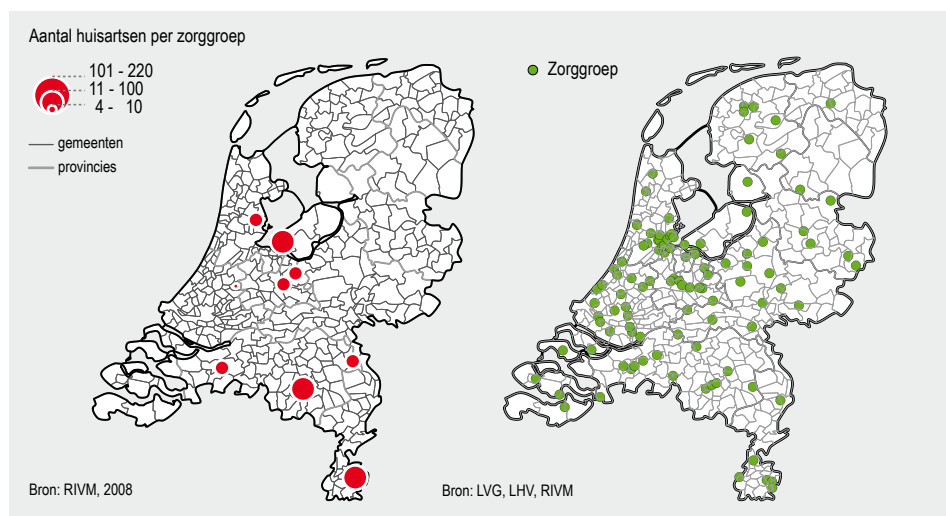
De oprichting van zorggroepen is niet beperkt gebleven tot de geïncludeerde zorggroepen binnen het ZonMw programma. De Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) rapporteerde medio 2008 dat er op dat moment ongeveer 90 zorggroepen waren (of in oprichting waren) en dat naar schatting 70% van de huisartsen participeerde in een zorggroep (De Wildt en Leusink, 2008). Momenteel zijn er meer dan 100 zorggroepen (zie *figuur 3.1*). Gecombineerd met een gemiddelde van 76 huisartsen per zorggroep (op basis van het LVG-onderzoek) kan wellicht gesproken worden over een landelijk dekkend netwerk van zorggroepen. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat waarschijnlijk niet alle zorggroepen ook een keten-dbc-contract hebben afgesloten. Een deel van de zorggroepen zal naar verwachting worden bekostigd door middel van een zogenaamd 'koptarief' voor overheadtaken, waarbij de individuele zorgaanbieders voor hun deel van de zorg nog steeds zelf contracten afsluiten met de verzekeraar.

Huisarts belangrijk(st)e speler in zorggroep

De zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid die een contract afsluit met de verzekeraar over het leveren van de diabeteszorg. De NDF Zorgstandaard gaat uit van multidisciplinaire zorggroepen waarbij de kerndisciplines vertegenwoordigd zijn in de zorggroep (NDF, 2007). Dit uitgangspunt is niet gerealiseerd in de zorggroepen van de evaluatie. Zorggroepen (als hoofdaannemer) bestaan in de helft van de gevallen uit alleen huisartsen. Deze bevinding wordt ondersteund door het LVG-onderzoek naar zorggroepen (De Wildt en Leusink, 2008), waarin gesteld werd dat zorggroepen voornamelijk zijn ontstaan uit samenwerkingsverbanden van huisartsen.

Sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, preventie en zorg nog niet gerealiseerd

Zorggerelateerde preventie is gericht op het uitstellen of voorkomen van complicaties en comorbiditeit. Deze vorm van preventie maakt onderdeel uit van de NDF Zorgstandaard en wordt ook gecontracteerd binnen de keten-dbc-contracten. Voorbeelden hiervan zijn het jaarlijkse oogonderzoek, het voetonderzoek en het minstens één keer per jaar meten van de bloeddruk. Geïndiceerde preventie, gericht op mensen met een hoog risico op diabetes, is niet opgenomen in de keten-dbc. Dit houdt in dat er pas op het moment dat de diagnose diabetes definitief is gesteld, de behandeling kan beginnen. De mogelijkheid om eerder in te grijpen op een aantal risicofactoren en zo de diagnose diabetes uit te stellen of te voorkomen, wordt niet benut. Dit afkappunt van het bereiken van de diagnosecriteria staat haaks op de door het ministerie gewenste programmatische aanpak die voorziet



Figuur 3.1: Zorggroepen binnen de evaluatie (links) en in heel Nederland (peildatum juni 2009) op basis van LVG, LHV en RIVM gegevens (rechts)

in een zoveel mogelijk sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, (geïndiceerde of zorggerelateerde) preventie, zelfmanagement en goede zorg (VWS, 2008b).

De diagnose diabetes opgerekt?

Uit de evaluatie komen lichte aanwijzingen voor een toename van het aantal patiënten binnen de ketenzorgprogramma's die niet volledig voldoen aan de diagnosecriteria voor diabetes (zogenoemde 'randgevallen'). Uit een interview met een projectleider van een zorggroep kwam naar voren dat het voor huisartsen financieel aantrekkelijk is om 'lichtere gevallen' die slechts een gedeelte van de gecontracteerde zorg nodig hebben, in te laten stromen. Ook uit interviews met huisartsen en projectleiders kwam naar voren dat zij enkele 'randgevallen' hebben laten instromen in de keten-DBC, omdat zij verwachtten dat deze patiënten binnen afzienbare tijd echt diabetes zouden ontwikkelen. De huisartsen gaven aan de eerdere instroom vanuit medisch oogpunt wenselijk te vinden omdat zij hierdoor eerder in kunnen grijpen op al bestaande risicofactoren. In feite is hier sprake van geïndiceerde preventie¹.

Een belangrijke stap in de verdere integratie van preventie en zorg kan gemaakt worden door (selectieve en geïndiceerde) preventie expliciet in de Zorgstandaard op te nemen. Hier wordt door de NDF aan gewerkt, waarbij afstemming met de in ontwikkeling zijnde Zorgstandaard Overgewicht en Obesitas, en de Zorgstandaard VRM noodzakelijk is. Opnemen van preventie en zorg in een zorgstandaard wil nog niet zeggen dat het gecoördineerd leveren van preventie in samenhang met de zorg hiermee een feit is. Mogelijk is ook hier een belangrijke rol voor de zorggroepen weggelegd. Inzicht in de

1 Het in laten stromen van patiënten die niet (volledig) aan de diagnosecriteria voldoen dient niet verward te worden het opsporen van ongediagnosticeerde patiënten.

(on)mogelijkheden van het contracteren en leveren van programmatische preventie met behulp van of in combinatie met keten-dbc's is wenselijk evenals inzicht in de gevolgen voor de kwaliteit van de zorg, voorkomen ziektebelasting en de macrokosten van de zorg.

Taakdelegatie mogelijk effect op kennisniveau van huisarts?

In de zorggroepen is de delegatie van de taken van de huisarts naar de poh duidelijk zichtbaar. Door deze verregaande taakdelegatie neemt het aantal contacten dat de huisarts heeft met diabetespatiënten af. Uit een aantal interviews met huisartsen en zorggroepmanagers kwam naar voren dat zij dit zien als een potentiële bedreiging van het kennisniveau van de huisarts. Deze huisartsen pleiten er dan ook voor dat de huisarts zijn diabetespatiënten minimaal één keer per jaar blijft zien om de eigen kennis op peil te houden. Het belang van bij- en nascholing werd in deze context genoemd tijdens de interviews. Ook in de literatuur wordt op dit risico van de taakdelegatie gewezen (Rutten, 2008a).

Marktmacht van zorggroepen

Tijdens de interviews met individuele zorgverleners werd gewezen op de sterke onderhandelingspositie van de zorggroepen (zie *bijlage 7*). De onderhandelingspositie is dermate sterk dat mogelijk zelfs sprake is van marktmacht. De komende jaren zal blijken hoe realistisch dit risico op het gebied van de marktordening is. Het is mogelijk dat dit door de verschillende partijen zelf wordt gereguleerd. Zo werkt één verzekeraar aan een gedragscode voor zorggroepen waarin spelregels worden omschreven voor de onderhandelingen tussen de zorggroep en de individuele zorgaanbieders. De zorggroep dient zich te conformeren aan deze gedragscode om in aanmerking te komen voor een keten-dbc-contract bij deze verzekeraar. Mogelijk ontstaan er in de markt meer van dergelijke initiatieven die bijdragen aan evenwichtige onderhandelingsposities op de verschillende zorginkoopmarkten. Het is van belang om deze ontwikkelingen te blijven monitoren.

Inzicht in en verbeteren van kwaliteit van zorg aan de hand van proces- en uitkomst-indicatoren

Uit de evaluatie komt naar voren dat er momenteel onvoldoende transparantie is in de kwaliteit van de geleverde zorg. In dit rapport wordt de kwaliteit van de zorg beschreven aan de hand van de proces- en uitkomstindicatoren opgenomen in de NDF Zorgstandaard. Veel van deze indicatoren worden in de literatuur ter discussie gesteld omdat de validiteit en betrouwbaarheid niet zijn vastgesteld (Voorham et al., 2008). Daarnaast zijn de indicatoren tot nu toe opgesteld vanuit het perspectief van een beroepsgroep (bijvoorbeeld indicatoren voor huisartsenzorg en indicatoren voor ziekenhuiszorg) en sluiten daardoor onvoldoende aan bij het integrale karakter van de keten-dbc waarbij niet meer wordt gedacht vanuit de individuele beroepsgroepen maar vanuit de zorgketen. Het ontwikkelen van nieuwe indicatoren die beter aansluiten bij het integrale karakter van de geïntegreerde diabeteszorg is wenselijk. Naar verwachting zullen hierbij ook zogenaamde 'linked indicators' of 'sequential indicators' geïntroduceerd worden (Voorham et al., 2008). Bij 'linked indicators' wordt een uitkomstindicator gecombineerd met een procesindicator. Een voorbeeld van een gecombineerde indicator is het percentage patiënten met systolische bloeddruk >140 mmHg (uitkomstindicator) bij wie de medicatie is aangepast (procesindicator) (Voorham et al., 2008).

Registratiediscipline van zorgverleners verbeterd gedurende de evaluatie

Het registreren van zorggegevens door de zorgverleners is verbeterd tijdens de evaluatie. Projectleiders van een aantal zorggroepen geven aan dat dit is gestimuleerd door in de contracten met de individuele zorgaanbieders registratieverplichtingen op te nemen. De gegevens zijn in eerste instantie bedoeld voor spiegelinformatie voor de zorgverleners, maar worden in toenemende mate ook gebruikt voor de verantwoording van de geleverde zorg aan de verzekeraars. Veel zorggroepen geven aan dat de kwaliteit van de gegevensrapportage gedurende 2008 en 2009 sterk is verbeterd ten opzichte van de in dit rapport gepresenteerde gegevens over 2007 en begin 2008.

Keten-dbc zoekt grenzen van het basispakket op

Uit de evaluatie blijkt dat bij 86,5% van de diabetespatiënten jaarlijks een voetonderzoek wordt verricht. Het voetonderzoek werd in het verleden vrijwel altijd verricht door de huisarts en wordt hierdoor aangemerkt als huisartsenzorg ('zorg zoals huisartsen deze plegen te bieden') (CVZ, 2005). Door de invoering van de keten-dbc is deze taak gedelegeerd aan de poh en in mindere mate aan podotherapeuten. Vijf zorggroepen hebben, naast het jaarlijkse voetonderzoek, een aanvullend voetonderzoek gecontracteerd als onderdeel van het keten-dbc-contract. Dit aanvullende voetonderzoek wordt alleen verricht bij patiënten waarbij tijdens het jaarlijkse voetonderzoek afwijkingen worden geconstateerd. Dit aanvullende voetonderzoek wordt bij al deze vijf zorggroepen uitgevoerd door een podotherapeut. Podotherapie valt echter niet onder het huidige basispakket. Doordat het voetonderzoek aangemerkt wordt als huisartsenzorg en huisartsenzorg wel in het basispakket zit, is het mogelijk dat het voetonderzoek toch wordt vergoed vanuit het basispakket ook al wordt dit door een diabetesverpleegkundige of een podotherapeut uitgevoerd (CVZ, 2005). De behandeling van een 'diabetische voet' wordt daarentegen niet aangemerkt als huisartsenzorg (CVZ, 2005) en wordt derhalve niet vergoed vanuit het basispakket (Mullenders et al., 2008). Bij één zorggroep was deze voetzorg wel opgenomen in het keten-dbc-contract. Dit keten-dbc-contract reikt daardoor in feite verder dan het huidige basispakket.

Keten-dbc en de implicaties voor het eigen risico

Binnen de basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. Alle verzekerden dienen in een nieuw (kalender)jaar de eerste €155,- van de gebruikte zorg zelf te betalen. Een uitzondering hierop is de medische zorg die geleverd wordt door de huisarts; deze zorg valt buiten het eigen risico. Bij de keten-dbc zijn zowel huisartsen als andere zorgverleners betrokken en is het mogelijk dat andere zorgverleners taken van huisartsen overnemen. De vraag is nu of de keten-dbc onder het eigen risico valt. De minister heeft het volgende hierover geschreven: 'de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden voor een van deze chronische aandoeningen en via de keten-dbc zal worden gecontracteerd, valt buiten het eigen risico' (VWS, 2009a). Alle huisartsenzorg binnen de keten-dbc diabetes valt hiermee buiten het eigen risico, terwijl voor alle overige zorg binnen de keten-dbc diabetes het eigen risico moet worden aangesproken. Dit onderscheid brengt problemen met zich mee. Ook het College voor zorgverzekeringen (CVZ) signaleert dat de verrekening van het verplicht eigen risico mogelijk tot uitvoeringsproblemen zal leiden (CVZ, 2009). Allereerst komt uit de evaluatie naar voren dat een eenduidige definiëring ontbreekt van welke zorg binnen de keten-dbc onder huisartsenzorg ('zorg zoals huisartsen deze plegen te bieden') valt.

Daarnaast doet dit onderscheid geen recht aan het integrale karakter van de keten-dbc. Juist het integrale karakter van de keten-dbc, waarbij betaald wordt voor ‘de werkende som der delen’ en niet meer voor de afzonderlijke onderdelen, is het uitgangspunt van de minister (VWS, 2009b). Ten slotte brengt dit onderscheid extra administratieve lasten met zich mee; voor iedere individuele patiënt moet immers duidelijk zijn welke zorg wel en niet binnen het eigen risico valt.

Recent heeft minister vanwege bovenstaande problematiek besloten om in 2010 de keten-dbc buiten het eigen risico te houden (VWS, 2009c). Dit besluit leidt er toe dat er, als gevolg van inhoudelijke verschillen in keten-dbc-contracten, ongelijkheid in de zorg optreedt voor wat betreft het betalen van het eigen risico. Zo is bij zorggroep 8 het labonderzoek niet opgenomen in de keten-dbc en valt hierdoor onder het eigen risico. Deze kosten zullen door de patiënt zelf betaald moeten worden. Bij de overige zorggroepen maakt het labonderzoek wel onderdeel uit van het keten-dbc-contract en valt hierdoor buiten het eigen risico. Het is de vraag in hoeverre dit voor de individuele diabetespatiënt echt een ‘probleem’ is. De meeste diabetespatiënten zijn immers hun eigen risico vaak kwijt ten gevolge van hun vele zorgvragen.

Inhoud van Zorgstandaard, keten-dbc en basispakket nog niet volledig afgestemd

Uit de evaluatie komt naar voren dat de NDF Zorgstandaard op onderdelen voor meerdere interpretaties vatbaar is wat heeft geleid tot (zorg)inhoudelijke verschillen in de keten-dbc-contracten (zie *tabel 2.4*). Vanwege de functionele omschrijving van de Zorgstandaard, en als gevolg hiervan de keten-dbc, komen de onderdelen van de zorg ook niet een-op-een overeen met de aanspraken zoals deze gelden voor het basispakket (zie *tabel 3.1*). Zo maakt het laboratoriumonderzoek per 2010 geen onderdeel uit van de keten-dbc (VWS, 2009a), hoewel het een wezenlijk onderdeel is van de kwaliteitsparameters van de NDF Zorgstandaard en het ook bij vrijwel alle zorggroepen gecontracteerd wordt (zie *tabel 2.4*). Het laboratoriumonderzoek maakt daarentegen wel deel uit van het basispakket. Een ander voorbeeld is de begeleiding bij het minderen of stoppen met roken. Dit is wel opgenomen in de Zorgstandaard, maar wordt maar door vier zorggroepen gecontracteerd via het keten-dbc-contract. De integrale stoppen met rokeninterventie maakt vooralsnog geen onderdeel uit van het basispakket. Een laatste voorbeeld betreft medicatie; dit is in geen enkel keten-dbc-contract gecontracteerd. Het ministerie heeft echter het voornemen om medicatie per 2011 te integreren in de keten-dbc (VWS, 2009b). Vooralsnog zijn er nog geen concrete initiatieven ontwikkeld om de Zorgstandaard in 2011 uit te breiden met medicatie. Deze wirwar van verschillen tussen de Zorgstandaard, de keten-dbc en het basispakket en de onduidelijkheid ten aanzien van het eigen risico leidt tot onduidelijkheden en ongelijkheid in de zorg.

Effecten op (macro)kosten van de zorg onbekend

De vraag is of de invoering van de keten-dbc diabetes leidt tot kostenbesparingen of juist tot een stijging van de kosten. Enerzijds is er mogelijk sprake van een intensivering van de standaard diabeteszorg bij veel patiënten door het meer structureel controleren, wat zou kunnen leiden tot hogere kosten. Anderzijds kunnen taakdelegatie en selectief inkopen van zorg tot een kostenverlaging leiden. De gegevens van de evaluatie beperken zich tot de gegevens over de zorg die verleend wordt binnen de zorggroep. In hoeverre er substi-

Tabel 3.1: Overeenkomsten en verschillen tussen Zorgstandaard, keten-dbc, basispakket, aanvullende verzekering en eigen risico

Zorgcontinuum																
Preventie		Standaard diabeteszorg (inclusief zorggerelateerde preventie)												Medisch specialistisch zorg		
		Diagnose in engere zin	Risico-inventarisatie	Controles	Labonderzoek	Medicatie	Voetonderzoek	Oogonderzoek	Voetzorg	Hulpmiddelen	Stop roken interventie	Dieetadvies	Bewegen	Psychosociale zorg	Consultatie	Overige zorg
Zorgstandaard	Universeel	Geïndiceerd	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja			Ja	Ja			Ja	
Keten-dbc	Selectief		Ja	Ja	Ja*	IV	Ja	Ja	#	IV	#	Ja§			Ja	
Basispakket			Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	IV	Ja'	IV	Ja	Ja	Ja
Aanvullend pakket									Ja†							
Eigen risico					Ja	Ja		Ja		Ja	Ja	Ja†	Ja	Ja	Ja	Ja

IV = In Voorbereiding; * = maximaal 4 uur indien uitgevoerd door diëtist; § = bij nieuwe patiënten altijd, bij bestaande patiënten niet; » = bij 7 van de 9 contracten in de evaluatie wel, maar in voorhangbrief (VWS, 2009) staat dat deze per 2011 wordt geïntegreerd (status onduidelijk); † = indien uitgevoerd door podotherapeut

IV = In Voorbereiding; * = maximaal 4 uur indien uitgevoerd door diëtist; § = bij nieuwe patiënten altijd, bij bestaande patiënten niet; » = bij 7 van de 9 contracten in de evaluatie wel, maar in voorhangbrief (VWS, 2009) staat dat deze per 2011 wordt geïntegreerd (status onduidelijk); † = indien uitgevoerd door podotherapeut

tutie van de tweede lijn naar de zorggroepen plaatsvindt, is onbekend omdat gegevens over een afname van het aantal tweedelijns-dbc's ontbreken. Het is ook mogelijk dat er binnen de tweede lijn verschuivingen in het aantal dbc's optreden. Het is dus van belang om niet alleen naar het aantal tweedelijns-dbc's voor diabetes te kijken, maar naar alle tweedelijns-dbc's van deze patiënten. Verschillende verzekeraars geven aan projecten te hebben gestart die hier meer inzicht in zullen verschaffen.

Om de gevolgen voor de macrokosten van de zorg in kaart te brengen heeft de minister het Centraal Planbureau (CPB) gevraagd de gevolgen van de invoering van de keten-dbc te analyseren. Het ministerie van VWS gaat uit van een besparing van € 385 miljoen in 2018 (ten opzichte van ongewijzigd beleid) (CPB, 2009). Het CPB komt tot de conclusie dat het niet erg plausibel is dat met de invoering van de keten-dbc de kostenbesparing gerealiseerd zal worden. Het CPB sluit zelfs niet uit dat de kosten van de zorg zullen toenemen als gevolg van de invoering van de vier genoemde keten-dbc's diabetes, COPD, hartfalen en CVR. Ook een recent literatuuroverzicht toont aan dat een eventuele kwaliteitsverbetering van de zorg niet op voorhand leidt tot een reductie van de zorgkosten (Øvretveit, 2009); studies geven hierover een wisselend beeld. Uit de review komt verder naar voren dat vele factoren bepalend zijn voor het eventueel besparen van kosten door kwaliteitsverbeteringen in de zorg. Het invoeren van de juiste financiële prikkels voor de zorgverlener voor het verlenen van goede zorg wordt hierbij genoemd.

3.3 Uitrol naar andere chronische aandoeningen

Invoering keten-dbc in stroomversnelling

De invoering van keten-dbc's voor de chronische zorg is in een stroomversnelling geraakt. Zowel het ministerie als het veld heeft sinds de start van het experiment met de keten-dbc diabetes verdere stappen gezet. De minister heeft op 13 juli 2009 aan de Tweede Kamer geschreven dat per 1 januari 2010 de bekostiging van meerdere keten-dbc's structureel ingevoerd gaat worden (VWS, 2009) en heeft de resultaten van deze evaluatie niet afgewacht. Uit de evaluatie komt naar voren dat de aanwezigheid van een eenduidige zorgstandaard cruciaal is bij de invoering van een keten-dbc. Deze conclusie wordt onderschreven door de NZa (NZa, 2009b). De stroomversnelling in de besluitvorming zet deze voorwaarde onder druk. Voor nagenoeg alle chronische aandoeningen die op de nominatie staan om voor een keten-dbc in aanmerking te komen is nog geen door het veld gedragen zorgstandaard vastgesteld. Het is hierdoor onduidelijk welke zorg wel of niet gecontracteerd zal worden. Mogelijk belemmert dit de (prijs)onderhandelingen tussen de verzekeraar en de zorggroep en het kan leiden tot (grote) zorginhoudelijke verschillen tussen de keten-dbc-contracten.

Maar ook in het veld gaan de ontwikkelingen snel. Er werkt al een aantal zorggroepen met meerdere keten-dbc's, in vrijwel alle gevallen betreft het, naast de keten-dbc diabetes, de keten-dbc COPD. Zorggroep 5 is voornemens om in 2010 zes keten-dbc's te contracteren en te leveren: namelijk voor diabetes, COPD, hartfalen, Cardiovasculair risicomanagement, artrose en depressie. Daarnaast worden bij zorggroep 3 de (on)mogelijkheden verkend om de zorg voor beroerte en dementie door middel van keten-dbc's te gaan contracteren en

leveren. Het is vooralsnog onbekend tegen welke problemen deze zorggroepen aanlopen bij het inkopen van de betreffende zorg zonder een zorgstandaard.

Aanwezigheid zorgstandaarden cruciaal wat kan leiden tot strategisch gedrag

Vrijwel alle geïnterviewden gaven aan te verwachten dat zorgstandaarden een belangrijke rol zullen gaan spelen bij de uitrol van keten-dbc's naar andere chronische aandoeningen. Hierbij werd meerdere keren gewezen op het risico dat nieuwe zorgstandaarden niet meer volledig vanuit de inhoud worden opgesteld, maar dat ook strategische aspecten een rol gaan spelen gezien de nieuwe functie van de zorgstandaard als zorginkoopinstrument. De zorgverleners gaven aan dat de zorgstandaard puur vanuit de inhoud dient te worden opgesteld. De mogelijke koppeling van een zorgstandaard met een keten-dbc, en de grote financiële belangen die hierbij een rol spelen, kunnen belemmerend werken bij het creëren van het draagvlak dat nodig is voor het vaststellen van de zorgstandaard. Ook de rol van de verzekeraar bij het vaststellen van de zorgstandaard leidt tot discussie. Eén verzekeraar gaf aan dat de rol van de verzekeraar bij het vaststellen van de zorgstandaard juist te beperkt is. Volgens deze verzekeraar is het opmerkelijk dat zorgverleners de minimale kwaliteitseisen van goede zorg vaststellen die dan door de verzekeraar bij dezelfde zorgverleners moet worden ingekocht. Dan rijst de vraag in hoeverre daadwerkelijk het minimum wordt vastgesteld en niet meer dan dat.

Ook vanuit het ministerie wordt het belang van zorgstandaarden onderkend, wat heeft geleid tot de oprichting van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden bij ZonMw. Deze heeft de opdracht gekregen om een gemeenschappelijk raamwerk op te stellen voor zorgstandaarden, zodat deze qua opbouw (zorginhoudelijk deel) en organisatieaspecten op elkaar kunnen worden afgestemd. Ook moeten prestatie-indicatoren aan de zorgstandaarden worden gekoppeld. De minister streeft ernaar dat de bekostiging aansluit op de zorgstandaarden. Daarom moet het raamwerk, naast inhoud (zorginhoud opgebouwd uit modules) en proces (organisatie van de zorg) ook vereisten voor de implementatie bevatten. Deze zijn nodig om 1) de samenhang tussen zorgstandaarden te bevorderen (bijvoorbeeld via een gemeenschappelijk begrippenkader), 2) contractering en bekostiging van zorg via zorgstandaarden mogelijk te maken, en 3) prestatie-indicatoren, EPD, etcetera mogelijk te maken (Coördinatieplatform, 2009).

Gevolgen van meerdere keten-dbc's voor multimorbiditeit

Bij het werken met meerdere keten-dbc's gaat het multimorbiditeitsvraagstuk steeds meer spelen. Het multimorbiditeitsvraagstuk is te benaderen vanuit de inhoud van de zorg en vanuit de financiering.

Multimorbiditeitsvraagstuk gezien vanuit de inhoud

Bij veel zorgaanbieders bestaat de angst dat het werken met meerdere keten-dbc's voor chronische aandoeningen een nieuwe vorm van verkaveling van de zorg tot gevolg zal hebben. Ook in de recente literatuur wordt dit punt een aantal keren aangesneden (Van Dijk et al., 2009; KNMP, 2009). Niet iedere zorggroep deelt die angst. De complexe zorgvraag van de patiënt wordt weliswaar gefinancierd vanuit verschillende keten-dbc's, maar geïntegreerd aangeboden en geleverd door één instelling. Zij zien juist kansen om aan de complexe zorgvraag van een patiënt met meerdere aandoeningen te kunnen voldoen,

omdat de benodigde zorg nu door één organisatie wordt georganiseerd en geleverd door gecontracteerde zorgaanbieders, waarbij de medische eindverantwoordelijkheid bij de huisarts blijft liggen. De complexe zorgvraag van de patiënt wordt immers gefinancierd vanuit verschillende keten-dbc's, maar geïntegreerd aangeboden en geleverd door een instelling. Ook de invoering van de case manager voor patiënten met een zeer complexe zorgvraag kan mogelijk worden betaald vanuit de meerdere keten-dbc's. Het is van belang om goed te monitoren of en op welke wijze complexe zorg en geïndiceerde preventie door de zorggroepen wordt geleverd en welke belemmeringen hierbij worden ervaren.

Multimorbiditeitsvraagstuk gezien vanuit de financiering

Bij het multimorbiditeitsvraagstuk ligt ook dubbele bekostiging op de loer als dezelfde onderdelen van de zorg in meerdere keten-dbc's worden opgenomen. Daarnaast moet er voor worden gewaakt dat door de ontwikkeling van nieuwe ziektespecifieke keten-dbc's nieuwe financiële schotten worden gecreëerd. Dit vraagt om aandacht voor de afstemming en integratie van verschillende ziektespecifieke keten-dbc's. Een mogelijkheid is om de keten-dbc's integraal te contracteren. In iedere keten-dbc wordt dan bijvoorbeeld de 'begeleiding met stoppen met roken' gecontracteerd, waardoor onderdelen van de zorg dubbel worden bekostigd wanneer meerdere keten-dbc's voor eenzelfde persoon worden gedeclareerd. De zorggroep zou dan kunnen worden gekort op het tarief van de 'tweede' keten-dbc bij dezelfde persoon. De complexiteit neemt wel toe zodra zorggroepen meerdere rechtspersonen opstarten om de financiële risico's te spreiden bij het contracteren van meerdere keten-dbc's. De tweede keten-dbc wordt dan immers gedeclareerd door een andere rechtspersoon. Op dit moment is er bij een aantal zorggroepen al sprake van een combinatie van rechtspersonen (zie *tabel 2.1*) (De Wildt en Leusink, 2008). De tweede mogelijkheid is om verschillende onderdelen van de zorg als modules te contracteren en te declareren. Dit houdt in dat alle ziektespecifieke keten-dbc's worden ontdaan van de generieke onderdelen (bijvoorbeeld stoppen met roken begeleiding). Indien een patiënt dan zorg voor diabetes, COPD en ook stoppen met roken begeleiding nodig heeft, wordt deze zorg in losse modules gedeclareerd. Op deze manier wordt dubbele bekostiging voorkomen, maar nemen mogelijk de administratieve lasten voor de zorgverleners toe.

3.4 Aanbevelingen

Aansluitend bij de discussie in *paragraaf 3.1-3.3* volgen hieronder aanbevelingen waarop het beleid en het veld zich in de toekomst zouden kunnen richten. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar keten-dbc diabetes en Zorgstandaard, vervolgens worden aanbevelingen gedaan over de zorggroep en ten slotte over de uitrol naar andere chronische aandoeningen.

Keten-dbc diabetes en Zorgstandaard diabetes

Rol Zorgstandaard diabetes en prestatie-indicatoren verder versterken

De Zorgstandaard heeft een centrale rol in de kwaliteitsverbetering van de diabeteszorg. De Zorgstandaard wordt als leidraad gebruikt bij de onderhandelingen tussen de zorgver-

zekeraars en de zorggroep over kwalitatief goede zorg. Daarnaast neemt de Zorgstandaard ook een steeds prominentere rol in bij het formuleren van prestatie-indicatoren om een valide beeld te krijgen van de kwaliteit van de geleverde zorg. De centrale rol van de Zorgstandaard diabetes kan verder versterkt worden door:

- Het opnemen van geïndiceerde preventie en afstemmen hiervan met de Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (Platform Vitale Vaten) en de Zorgstandaard Overgewicht en Obesitas (Partnerschap Overgewicht Nederland (PON));
- Het eenduidig definiëren van de zorgactiviteiten die tot de keten-dbc behoren met dien verstande dat de mogelijkheden voor taakdelegatie, taaksubstitutie en eventueel taakherschikking niet worden belemmerd;
- Het benoemen van de gegevens die geregistreerd moeten worden, waarbij ook aangegeven wordt hoe deze variabelen ‘geoperationaliseerd’ dienen te worden. Dit zou moeten worden afgestemd met onder meer Zichtbare Zorg die in 2010 een definitieve minimale dataset zal vaststellen;
- Het achterwege laten van de onderverdeling in kerndisciplines en tweede schil disciplines, aangezien dit haaks staat op de uitgangspunten van de integrale bekostiging;
- Het benoemen van de taken en activiteiten die niet direct behoren tot de directe zorgverlening, maar wel essentieel zijn voor het in samenhang kunnen leveren van de geïntegreerde diabeteszorg. Hierbij valt te denken aan ICT, afstemmingsoverleg, registratie en rapportageverplichtingen et cetera. De evaluatie leert namelijk dat activiteiten die niet in de Zorgstandaard benoemd worden moeilijk gefinancierd te krijgen zijn in de keten-dbc-contracten.

Afstemming bestaande bekostigingssystematiek en de keten-dbc noodzakelijk

Uit de evaluatie kwamen de mogelijkheid van dubbele declaratie en de mogelijkheid van een zogenoemde bypass-constructie (het buiten de keten-dbc om declareren van diabeteszorg) naar voren als ongewenste effecten. Om de zorg betaalbaar te houden dient de bestaande bekostigingssystematiek te worden afgestemd met de keten-dbc-bekostiging.

Inzicht noodzakelijk over (on)mogelijkheden van het integreren van medicatie

Medicatie maakt geen onderdeel uit van de keten-dbc. Uit de evaluatie blijkt dat het opnemen van medicatie in de keten-dbc-contracten nog een brug te ver is gezien de complexe distributie en bekostiging van medicatie. Aangezien medicatie een belangrijk onderdeel is van de diabeteszorg, is het wenselijk om op termijn ook dit onderdeel van de zorg op te nemen in de Zorgstandaard en de keten-dbc. De impact hiervan zal groot zijn, aangezien veel diabetespatiënten medicatie gebruiken die mogelijk binnen de keten-dbc zal vallen (SFK, 2009). Een start met het includeren van medicatie in de keten-dbc op experimentele basis en een evaluatie van de effecten hiervan kunnen inzicht geven in de mogelijke knelpunten. De eerste experimenten met het verstrekken van medicatie door de zorggroep zijn reeds gestart.

Modelovereenkomsten voor keten-dbc-contracten en onderliggende deelcontracten met individuele zorgaanbieders

Door een aantal zorggroepen is tijdens de interviews aangegeven dat zij de juridische aspecten rondom de keten-dbc diabetes complexe materie vinden die zij niet volledig

overzien. Zij zijn onzeker in hoeverre zij een en ander op adequate wijze contractueel hebben vastgelegd. Om dit te ondervangen zou nagedacht kunnen worden over het opstellen van modelovereenkomsten specifiek toegeschreven op de keten-dbc-bekostiging. De beschikbaarheid van dergelijke modelovereenkomsten zal naar verwachting tegemoet komen aan een behoefte (zie ook aanbeveling betreffende de vraagbaak voor zorggroepen).

Zorggroepen

Bevorderen multidisciplinair hoofdaanemerschap

Uit de evaluatie komt naar voren dat de helft van de zorggroepen bestaat uit huisartsen. De evaluatie toont verder aan dat bij een aantal zorggroepen de positie van de huisarts de gelijkwaardige samenwerking onder druk heeft gezet. Het monodisciplinaire hoofdaanemerschap van een zorggroep als gevolg van de invoering van de keten-dbc kan een spanningsveld doen ontstaan tussen samenwerking in de zorg en de marktwerking. De mogelijk te sterke positie van de huisartsen is bij de uitrol van keten-dbc's voor andere chronische aandoeningen dan ook ongewenst. Voor andere aandoeningen ligt de huidige prominente rol van de huisarts minder voor de hand (zoals depressie en artrose). Het bevorderen van de multidisciplinair hoofdaanemerschap verdient daarom aanbeveling. De huidige mededingingsvraagstukken dienen hierbij goed in ogenschouw te worden genomen.

Goed bestuur voorwaarde voor verdere verbetering kwaliteit van de zorg

Uit de evaluatie blijkt dat de organisatie van de zorggroepen veelal niet voldoet aan de spelregels van de Zorgbrede Governance code voor goed bestuur en toezicht (BoZ, 2005). Met name de invulling van het toezicht blijft in gebreke. Zeker gezien het feit dat de zorggroepen zeer recentelijk zijn opgericht, was dit te verwachten. Maar gezien de voortgaande ontwikkeling van zorggroepen wordt het belang van het toezicht groter. Dit wordt onderstreept door de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) in haar rapport 'Governance en kwaliteit van zorg' (RVZ, 2009). Het monitoren van zorggroepen ten aanzien van de invulling die zij in de komende jaren aan het toezicht geven is wenselijk. Nagedacht kan worden in hoeverre het raadzaam is om Zorgbrede Governance code toe te spitsen op zorggroepen, met eventueel een Governance code Zorggroepen.

Centrale aansprakelijkheid voor zorggroepen dient overwogen te worden

Een centrale aansprakelijkheid voor zorggroepen zoals deze nu al geldt voor ziekenhuizen, dient te worden overwogen. Deze centrale aansprakelijkheid voor ziekenhuizen is ingevoerd omdat het voor patiënten moeilijk te bepalen was of zij een individuele zorgaanbieder aansprakelijk moeten stellen of het ziekenhuis. In veel ziekenhuizen werken hulpverleners die niet bij het ziekenhuis in dienst zijn. Om de patiënt bij dit probleem tegemoet te komen kan de patiënt altijd het ziekenhuis aansprakelijk stellen voor tekortkomingen bij de uitvoering van behandelingsovereenkomsten. Bij zorggroepen doet zich een vergelijkbare situatie voor. Door de complexe organisatiestructuren is het voor de patiënt moeilijk te bepalen of hij te maken heeft met een individuele zorgverlener of dat deze zorgverlener in dienst is van de zorggroep. Met de mogelijke uitrol van keten-dbc's

naar andere chronische aandoeningen wordt de organisatiestructuur van de zorggroep mogelijk nog complexer. Een centrale aansprakelijkheid voor zorggroepen is vanwege deze onduidelijkheid voor de patiënt aan te bevelen en zou verder onderzocht moeten worden.

Vraagbaak voor zorggroepen

De introductie van de keten-dbc en de zorggroep is veelomvattend en complex gebleken. De zorggroepen gaven aan dat zij een landelijke ‘helpdesk’ ontbeerden. De vele vragen en antwoorden (bijvoorbeeld FAQ’s (‘Frequently Asked Questions’) dienen snel verspreid te worden in het ‘veld’. Een landelijke ‘vraagbaak’ zou voorzien in deze behoefte.

Snelle verspreiding van succesvolle manieren om rol patiënt te verstevigen

Uit de evaluatie komt naar voren dat veel zorggroepen nog zoekende zijn om de rol van patiënten binnen de nieuwe organisatie vorm te geven. Het is van belang om succesvolle manieren van patiëntenparticipatie te ontwikkelen en/of te versterken.

Monitoren ontwikkelingen zorggroepen

De keten-dbc en de hieraan gerelateerde oprichting van zorggroepen gaat gepaard met risico’s op het gebied van marktordening. Het structureel invoeren van meerdere keten-dbc’s in de komende jaren zou de positie van de zorggroep nog verder kunnen versterken. In het belang van de patiënt dienen zowel de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de NZa de huidige ontwikkelingen ten aanzien van de (sterke) onderhandelingspositie van zorggroepen nauwlettend in de gaten te houden en indien nodig in te grijpen dan wel bij te sturen.

Uitrol naar andere chronische aandoeningen

Bovenstaande aanbevelingen zijn gericht op de invoering van de keten-dbc diabetes maar gelden ook voor de invoering van de andere keten-dbc’s in 2010. Hieronder wordt nog een aantal aanbevelingen gedaan specifiek voor de uitrol naar andere chronische aandoeningen.

Gevolgd route en relevante onderdelen van de ‘diabetesaanpak’ aanhouden bij uitrol naar andere chronische aandoeningen

In de brief ‘Programmatische aanpak van Chronische Ziekten’ (VWS, 2008b) geeft de minister aan dat de ‘diabetesaanpak’ gebruikt zal worden bij de uitrol naar andere chronische ziekten. De vereiste onderdelen van de diabetesaanpak zijn 1) een eenduidige zorgstandaard met groot draagvlak in het veld, 2) het contracteren, leveren en bekostigen van de zorg door middel van een keten-dbc, 3) het contracteren door een zorggroep, en 4) het meten van de kwaliteit van de zorg door middel van prestatie-indicatoren. Deze onderdelen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het is onduidelijk wat de consequenties zijn als niet aan al deze onderdelen van de diabetesaanpak wordt voldaan. Ook het volgen van de stapsgewijze route die bij de invoering van de keten-dbc is gevolgd strekt tot de aanbevelingen. De gevolgde route hield in dat er eerst een Zorgstandaard wordt vastgesteld met een groot draagvlak in het veld, waarna er geëxperimenteerd wordt en ervaring opgedaan met een concept-keten-dbc afgeleid van de Zorgstandaard waarbij de kwaliteit van de zorg wordt gemeten aan de hand van de prestatie-indicatoren.

Nieuwe zorgstandaarden opstellen vanuit de zorginhoud; voorkom politieke en strategische zorgstandaarden

Ten tijde van het opstellen van de eerste versie van de NDF Zorgstandaard in 2003 was niet duidelijk dat deze Zorgstandaard zou gaan dienen als instrument bij de zorginkoop en daarmee is zuiver de inhoud van de zorg leidend geweest bij de invulling ervan. In de nieuwe functie van de Zorgstandaard bij het inkoopbeleid, heeft dit op een aantal onderdelen geleid tot onvoldoende eenduidigheid en daardoor verschillende interpretaties bij zorgverzekeraars en zorggroepen, maar dit is met aanpassingen op te lossen (zie aanbevelingen bij de keten-dbc diabetes en Zorgstandaard diabetes). Bij de nieuw vast te stellen zorgstandaarden voor chronische aandoeningen is deze nieuwe rol van de zorgstandaard wel duidelijk. Het risico bestaat dat bij het opstellen van de nieuwe zorgstandaarden ook andere overwegingen een rol gaan spelen. Immers een goede /grote rol voor de juiste competenties in de zorgstandaard geeft de desbetreffende zorgverlener een sterke positie in de vertaling van de zorgstandaard naar een keten-dbc. De vraag rijst in hoeverre maatschappelijke belangen zoals kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid gewaarborgd zijn wanneer zorgverleners samen met de patiënt de zorgstandaard vast gaan stellen. Verzekeraars hebben aangegeven ook betrokken te willen worden bij het vaststellen van de zorgstandaarden gezien hun rol als financier (UVIT, 2009). Dit lijkt in tegenspraak met de gedachte dat de zorgstandaard puur vanuit de inhoud moet worden vastgesteld. Bij de vertaalslag van de zorgstandaard naar eenduidige prestaties binnen de keten-dbc-contracten en het uniformeren van prestatie-indicatoren is het van groot belang dat verzekeraars hierbij betrokken worden.

Effecten monitoren van de invoering van meerdere keten-dbc's op kwaliteit van zorg en patiëntervaringen

Het multimorbiditeitsvraagstuk kwam veelvuldig naar voren in de evaluatie, waarbij dit zowel als kans als bedreiging werd gezien. Het is daarom van belang inzicht te krijgen in hoe zorggroepen het verlenen van complexe zorg via meerdere keten-dbc's en geïndiceerde preventie oppakken en welke belemmeringen zij hierbij ervaren.

LITERATUUR

- ACSM (1998) American College of Sports Medicine Position Stand. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc* 30, 975-91.
- Baan CA, Hutten JBF, Rijken PM. (red) (2003) Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. RIVM-rapport 282701005.
- Baan CA, van Baal PHM, Jacobs-van der Bruggen MAM, et al. (2009a) Diabetes mellitus in Nederland: schatting van de huidige ziektelast en prognose voor 2025. *Ned Tijdschr Geneesk* 153 (22), 1052-7.
- Baan CA, Schoemaker CG, Jacobs-van der Bruggen MAM, et al. (2009b) Diabetes tot 2025 preventie en zorg in samenhang. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. RIVM-rapport 260322004.
- Beaton SJ, Nag SS, Gunter MJ, et al. (2004) Adequacy of glycemic, lipid, and blood pressure management for patients with diabetes in a managed care setting. *Diabetes Care* 27, 694-8.
- Bilo HJG, Wolffenbuttel BHR, Dikkeschei LD, Kleefstra N, Logtenberg SJJ. (2007) Bepaling van de nierfunctie volgens de NHG-standaard 'Diabetes mellitus type 2': kans op overschatting van het aantal diabetespatiënten met nierfunctieproblemen. *Ned Tijdschr Geneesk* 151, 1024-8.
- Bilo HJG. (2008) ICT in de diabeteszorg. Modern medicine themanummer: 'diabetes in de huisartsen praktijk' 9a.
- Bos E. (2009) Grijp de regierol in de farmaceutische zorg: belangrijke taak voor apothekers in functionele bekostiging. *Pharm Weekbl* 22-3.
- Bouma M, Rutten GE, Wiersma, T. (2006) Samenvatting van de standaard 'Diabetes mellitus type 2 (tweede herziening) van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 150, 2339-40.
- Bovier PA, Sebo P, Abetel G, George F, Stalder, H. (2007) Adherence to recommended standards of diabetes care by Swiss primary care physicians. *Swiss Med Wkly* 137, 173-81.
- BoZ. (2005) Zorgbrede Governancecode. Utrecht: Brancheorganisaties Zorg.
- Calvert M, Shankar A, McManus RJ, Lester H, Freemantle N. (2009) Effect of the quality and outcomes framework on diabetes care in the United Kingdom: retrospective cohort study. *BMJ* 338, b1870.
- CBO (2006a) Richtlijn Diabetische voet 2006. Opgesteld door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, de Nederlandsche Internisten Vereniging en de Nederlandse Diabetes Federatie. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- CBO (2006b) Diabetische retinopathie. Richtlijnen screening, diagnostiek en behandeling. Opgesteld door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Nederlands Oogheelkundig Gezelschap. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- Cleveringa FG, Gorter KJ, van den Donk M, Rutten GE. (2008) Combined task delegation, computerized decision support, and feedback improve cardiovascular risk for type 2 diabetic patients: a cluster randomized trial in primary care. *Diabetes Care* 31, 2273-5.
- Cooper JG, Claudi T, Jennum AK, et al. (2009) Quality of care for patients with type 2 diabetes in primary care in Norway is improving: results of cross-sectional surveys of 33 general practices in 1995 and 2005. *Diabetes Care* 32, 81-3.
- Coördinatieplatform (2009) Standaard voor zorgstandaarden. Een tussentijds rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Den Haag: ZonMw.
- CPB (2009) Houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg. Den Haag: Centraal Planbureau.
- CVZ (2005) Keten DBC Diabetes. Brief van CVZ aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 1 december 2005. Diemen: College voor zorgverzekeringen.

- CVZ (2009) Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- De Bruin M, Struijs JN. (2008) Ketten-dbc's en zorggroepen onder de loep: waar liggen de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden? JGRplus 2, 46-54.
- De Wildt JE, Leusink GL. (2008) Nulmeting Zorggroepen. Een beschrijvend onderzoek van de karakteristieken. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.
- DVN (2008) Diabetes Zorgwijzer. Een overzicht van de zorg voor volwassenen met diabetes type 2. Amersfoort: Diabetesvereniging Nederland.
- Fitzgerald JT, Funnell MM, Hess GE, et al. (1998) The reliability and validity of a brief diabetes knowledge test. *Diabetes Care* 21, 706-10.
- Gaede P, Vedel P, Larsen N, et al. (2003) Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 348, 383-93.
- Gnavi R, Picariello R, Karaghiosoff L, Costa G, Giorda C. (2009) Determinants of quality in diabetes care process: the population based torino study. *Diabetes Care* August 12; Ahead of print.
- Goudswaard AN, Lam K, Stolk RP, Rutten GE. (2003) Quality of recording of data from patients with type 2 diabetes is not a valid indicator of quality of care. A cross-sectional study. *Fam Pract* 20, 173-7.
- Grant RW, Cagliero E, Murphy-Sheehy P, et al. (2002) Comparison of hyperglycemia, hypertension, and hypercholesterolemia management in patients with type 2 diabetes. *Am J Med* 112, 603-9.
- Grauw WJC (2006) Nierfunctiebewaking: een taak voor de huisarts. *DiabetesSpecialist* 19.
- Holbrook A, Thabane L, Keshavjee K, et al. (2009) Individualized electronic decision support and reminders to improve diabetes care in the community: COMPETE II randomized trial. *CMAJ* 181, 37-44.
- IGZ (2003) Staat van de Gezondheidszorg 2003. Ketenzorg bij chronisch zieken. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Janssen PG, Gorter KJ, Stolk RP, Rutten GE. (2009) Randomised controlled trial of intensive multifactorial treatment for cardiovascular risk in patients with screen-detected type 2 diabetes: 1-year data from the ADDITION Netherlands study. *Br J Gen Pract* 59, 43-8.
- Kemper HGC, Ooijendijk WTM, Stiggelbout, M. (2000) Consensus over de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 78, 180-3.
- KNMP (2009) Functionele bekostiging. Brief van de KNMP aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 11 juni 20009. Den Haag: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie.
- Lemmens L, Spreeuwenberg PRM. (2008) Kerngegevens Zorg 2007: Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL.
- LHV/ZN (2009) Bekostiging chronische zorg. Brief van de LHV en ZN aan de Minister van VWS d.d. 2 juli 2009. Zeist: Landelijke Huisartsen Vereniging; Zorgverzekeraars Nederland.
- Limberg K. (2009) Rookprevalentie 2004-2008. Continu onderzoek rookgewoonten. Amsterdam: TNS NIPO.
- Lokale en Nationale Monitor Gezondheid. www.monitorgezondheid.nl.
- Looise BJ, van der Poel FP, Bos V. (2006) Diabeteseducatie in Nederland. State of the art van methoden en materialen. Utrecht: NIGZ.
- McCabe CJ, Thomas KJ, Brazier JE, Coleman P. (1996) Measuring the mental health status of a population: a comparison of the GHQ-12 and the SF-36 (MHI-5). *Br J Psychiatry* 169, 516-21.
- Mullenders P, van der Vliet C, Appers KR. (2008) Pakketscan diabetes. Gevraagde, aangeboden en verzekerde zorg vergeleken. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- NDF (2003) Zorgstandaard voor goede diabeteszorg. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie.
- NDF (2007) NDF Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie.
- NDF (2009) Nationaal Actieprogramma Diabetes NAD 2009 - 2013. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie.
- NZa (2007) Beleidsregel CV-7000-2.0.-1. Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2008) Dieetadvisering: een advies over de wenselijkheid van vrije prijsvorming op de markt voor dieetadvisering. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

- NZa (2009a) Beleidsregel CV-7000-4.0.-3/CA-359. Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgpresentaties. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2009b) Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen. Diabetes, COPD, cardiovasculair risicomanagement en hartfalen: visiedocument. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Øvretveit J. (2009) Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London: The Health Foundation.
- Polak BC, Hartstra WW, Ringens PJ, Scholten RJ. (2008) Richtlijn 'Diabetische retinopathie: screening, diagnostiek en behandeling' (herziening). Ned Tijdschr Geneesk 152, 2406-13.
- Rutten GEHM. (2004) Huisartsen buitenspel: organisatie diabeteszorg onnodig ingewikkeld. Medisch Contact 59 (25), 1025-28.
- Rutten GEHM. (2008a) Huisartsen, let op uw zaak! DiHAG nieuwsbrief 3.
- Rutten GEHM. (2008b) Zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 in de 1e lijn. Ned Tijdschr Geneesk 152, 2389-94.
- RVZ (2009) Governance en kwaliteit van zorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Zorg.
- Rijken PM. (2006) Afstemming van de zorg vanuit het perspectief van chronisch zieken. In: Afstemming in de zorg. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Schut FT, Varkevisser M. (2009) Marktordening in de gezondheidszorg. In: Schut FH, Rutten FFH (red.) Economie van de gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier, 247-88.
- Sequist TD, Fitzmaurice GM, Marshall R, et al. (2008) Physician performance and racial disparities in diabetes mellitus care. Arch Intern Med 168, 1145-51.
- Sims DS Jr, Cavanagh PR, Ulbrecht JS. (1988) Risk factors in the diabetic foot. Recognition and management. Phys Ther 68, 1887-902.
- SFK (2009) Grote impact functionele bekostiging. Stichting Farmaceutische Kengetallen. Pharm Weekbl (23).
- Stoop I. (2005) The Hunt for the Last Respondent. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Taakgroep (2005) Diabeteszorg beter. Rapport van de Taakgroep Programma Diabeteszorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- UKPDS (1998a) Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Lancet 352, 837-53.
- UKPDS (1998b) Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. UK Prospective Diabetes Study Group. BMJ 317, 703-13.
- UVIT (2009) Functionele bekostiging. Nieuw perspectief op de vormgeving van zorg. Standpunt van UVIT. Nijmegen: Univé-VGZ-IZA-Trias.
- Van Dijk C, Rijken M, de Bakker D, et al. (2009) Anders is niet per se beter: kanttekeningen bij functionele bekostiging. Medisch Contact 64, 973-6.
- Van Sloten TT, Schaper NC, Huijberts MS, Friederichs SA (2008) Diabetische voet: nieuwe inzichten in pathofysiologie en behandeling. Ned Tijdschr Geneesk 152, 2400-5.
- Varkevisser M, van der Geest S, Appelman M, Struijs J (submitted) Zorggroepen vormen mogelijk risico voor de mededinging.
- Verschuren WM, Blokstra A, Picavet HS, Smit HA (2008) Cohort profile: the Doetinchem Cohort Study. Int J Epidemiol 37, 1236-41.
- Voorham J, Denig P, Wolffenbuttel BH, Haaijer-Ruskamp, FM. (2008) Cross-sectional versus sequential quality indicators of risk factor management in patients with type 2 diabetes. Med Care 46, 133-41.
- VWS (2004) Diabeteszorg beter. Brief van dr. H. Hoogervorst aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 5 juli 2004. Den Haag: Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2005) Plan van aanpak 'Diabeteszorg beter'. Brief van dr. H. Hoogervorst aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 17 februari 2005. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2008a) De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging. Brief van dr. A. Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 22 december 2008. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

- VWS (2008b) Programmatisch aanpak van chronische ziekten. Brief van dr. A. Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 13 juni 2008. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2009a) Voorhangbrief keten-DBC's en huisartsenbekostiging. Brief van dr. A. Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 13 juli 2009. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2009b) Van snijden naar begeleiden. Toespraak van minister A. Klink tijdens het congres 'Recente ontwikkelingen in de bekostiging van ketenzorg' in het UMC Utrecht, op 3 juli 2009. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2009c) Toegezegde brief n.a.v. debat Eerstelijnszorg op 30 september jl. Brief van dr. A. Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 6 oktober 2009. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Wahle AE, Tutein Nolthenius C, Prins S. (2004) Keten-DBC's diabetes. Concept productomschrijving en referentie zorgprofielen. Concept rapportage. Utrecht: Capgemini Nederland.
- Wendel-Vos GC, Frenken FJ. (2008) Het beweeggedrag in Nederland 2001-2007. In: Hildebrandt VH, Ooijendijk WTM, Hopman-Rock M (red.). Trendrapport bewegen en gezondheid 2006/2007. Leiden: TNO.
- Zoungas S, de Galan BE, Ninomiya T, et al. (2009) The combined effects of routine blood pressure lowering and intensive glucose control on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes; new results from ADVANCE. Diabetes Care August 3; Ahead of print.

BIJLAGE 1 AUTEURS MET BIJDRAGEN VAN WETENSCHAPPELIJKE ADVIESCOMMISSIE STUURGROEP ZONMW PROGRAMMA DIABETES KETENZORG INTERNE REFERENTEN

Auteurs

Dhr. dr. J.N. Struijs, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM
Mevr. drs. J.T. van Til, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM
Mevr. dr. C.A. Baan, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Met bijdragen van

Dhr. dr. M.S. Lambooi, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM
Dhr. drs. J.C.M. Barte, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM
Mevr. drs. L.C.M. Limburg, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM
Mevr. drs. S.M. Heus, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM (tot februari 2009)
Mevr. dr. B. van Gelder, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Wetenschappelijke adviescommissie

Dhr. prof.dr. H.J. Vrijhoef, Universiteit Maastricht, Universiteit van Tilburg
Dhr. prof.dr. J.J. Polder, Centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen / RIVM, Universiteit van Tilburg
Dhr. prof.dr. F.G. Schellevis, NIVEL, VU medisch centrum
Dhr. mr. M. Ploeg, Diabetes Vereniging Nederland
Dhr. mr.drs. H.P. Kuipers, Nederlandse Diabetes Federatie
Dhr. prof.dr. H.J.G. Bilo, internist, Isala Klinieken
Dhr. dr. A.N. Goudswaard, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap

Stuurgroep ZonMw programma Diabetes Ketenzorg

Dhr. prof.dr. R. van Schilfgaarde (voorzitter)
Dhr. dr. H.J. Aanstoot
Mevr. B. Jöbses-Penders
Dhr. prof.dr. G.J. Kok
Dhr. J.F.H. van Oosterbos
Dhr. prof.dr. G.E.H.M. Rutten
Dhr. drs. J.W. Schouten
Mevr. E.C.I. Uiterwijk
Mevr. E.C.M. van der Wilden-van Lier, arts MG, MPH

Interne referenten

Mevr. dr. L.C. Lemmens, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Mevr. drs. M.A.M. Jacobs-van der Bruggen, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM

Dhr. prof.dr. G.P. Westert, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek / RIVM, Universiteit van Tilburg

Dhr. L.J. Stokx, arts MPA, Bedrijfsbureau Sector Volksgezondheid en Zorg / RIVM

Dhr. dr. H. Verkleij, Centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen / RIVM

BIJLAGE 2 METHODE

Leeswijzer

In de inleiding van dit rapport is een beknopte beschrijving gegeven van de methode van de evaluatie. In deze *bijlage 2* komt de methode van de evaluatie uitgebreider aan de orde. In *paragraaf B2.1* en *paragraaf B2.2* wordt ingegaan op de onderzoekspopulatie en de onderzoeksperiode. Vervolgens komen in *paragraaf B2.3* en *paragraaf B2.4* de gegevensverzameling en de gebruikte analyses aan de orde.

B2.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie van de evaluatie bestaat uit alle mensen met diabetes waarvoor een keten-dbc wordt gedeclareerd door de tien deelnemende zorggroepen. Bij de selectie van deze tien zorggroepen voor deelname aan de evaluatie is rekening gehouden met de omvang en het dekkinggebied, de geografische ligging c.q. de demografische samenstelling (bijvoorbeeld stedelijk versus landelijk gebied) en de organisatiestructuur van de zorggroepen. *Tabel B2.1* presenteert de tien participerende zorggroepen. Een inhoudelijke beschrijving van de participerende zorggroepen wordt gegeven in *bijlage 3*.

Tabel B2.1: De participerende zorggroepen (op alfabetische volgorde)*

Zorggroep
Chronische ketenzorg Land van Cuik en Noord-Limburg B.V.
Het HuisartsenTeam
Huisartsen Chronische Zorg B.V.
Huisartsencoöperatie Bodegraven
Huisartsencoöperatie Zeist
Praktijk Ondersteuning Zuid-Oost Brabant C.V. (POZOB)
Rijnmond
Stichting Diamuraal
Stichting Eerstelijnszorg Zaanstreek/Waterland
Zorggroep Almere

* De alfabetische volgorde komt niet overeen met de anonieme nummering van de zorggroepen in het rapport

In evaluatie wordt gebruik gemaakt van gegevens van negen zorggroepen

De zorggroep Rijnmond heeft te maken gehad met veel vertragingen en opstartproblemen en is uiteindelijk binnen het tijdsbestek van de evaluatie niet opgericht. Zorggroep Rijnmond maakt hierdoor geen onderdeel meer uit van de onderzoekspopulatie en blijft dan ook in het verdere rapport buiten beschouwing.

Één van de hoofdoorzaken voor de opstartproblemen van zorggroep Rijnmond was een verschil van mening tussen de huisartsen en het huisartsenlaboratorium over het eigenaarschap van de zorggroep en wie er wel of niet mede-eigenaar van de zorggroep moesten zijn. Gedurende de evaluatie zijn in de regio Rijnmond meerdere zorggroepen

opgericht. Huisartsen zijn eigenaar van deze zorggroepen en het huisartsenlaboratorium is gecontracteerd als onderaannemer.

Zorggroep 7 was niet in staat om gegevens aan te leveren

Door grote vertragingen tijdens de opstartfase bleek zorggroep 7 niet in staat om registratiegegevens (zie *paragraaf 2.6* en *bijlage 4*) aan te leveren voor de evaluatie. Derhalve is de patiëntenvragenlijst bij deze zorggroep niet afgenomen (zie *paragraaf 2.7* en *bijlage 5*). De ingangsdatum van het keten-dbc-contract tussen de zorgverzekeraar en de zorggroep lag veel later (1 oktober 2007) dan bij de overige zorggroepen (met uitzondering van zorggroep 3) door moeizame onderhandelingen over het eigenaarschap van de zorggroep en het sluiten van contracten met ‘onderaannemers’. Daarnaast waren er problemen op gebied van de ICT (faillissement van de internetprovider) en ontevredenheid over de mogelijkheden van het gecontracteerde keteninformatiesysteem. De zorggroep en betrokken zorgverleners hebben wel deelgenomen aan de interviews.

B2.2 Onderzoekperiode

De longitudinale dataverzameling bestaat uit een 0-meting en een 1-jaarsmeting. De start van deelname van een zorggroep aan de 0-meting werd afgestemd op de ingangsdatum van het keten-dbc-contract tussen de verzekeraar en de zorggroep.

Onderzoekperiode 0-meting

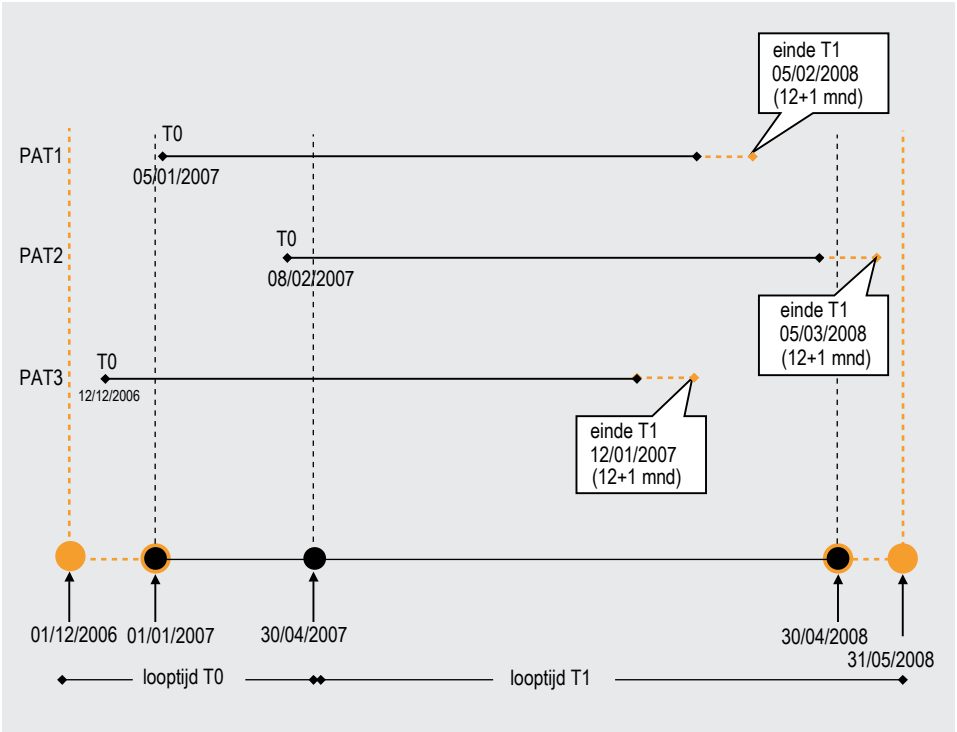
De 0-meting liep aanvankelijk van 1 januari 2007 tot 30 april 2007. Om het aantal geïnccludeerde patiënten te vergroten, is tijdens de evaluatie besloten om de 0-meting te laten starten op 1 december 2006. De totale onderzoeksperiode van de 0-meting bedroeg vijf maanden (zie *figuur B2.1*). De patiënten die in de betreffende periode een driemaandelijke controle of jaarcontrole hebben ondergaan, kwamen in aanmerking voor inclusie in de 0-meting.

Onderzoekperiode 1-jaarsmeting

Vanaf de datum van de 0-meting werd de patiënt 12 maanden ‘gevolgd’ zodat bepaald kan worden welke zorg deze patiënt gedurende deze tijdsperiode van 12 maanden heeft gehad. Ook hier werd één maand ‘uitloop’ toegestaan. De startdatum van de onderzoeksperiode verschilt per patiënt, maar de lengte van de onderzoeksperiode is voor iedere patiënt 12 maanden (plus één maand uitloop). *Figuur B2.1* laat de onderzoeksperiode zien voor drie fictieve patiënten.

Vier zorggroepen met afwijkende onderzoeksperiode

Voor vier zorggroepen week de onderzoeksperiode af vanwege problemen met het afsluiten van contracten met de zorgverzekeraars, door vertraging in het opzetten van de zorggroep en/of door ICT problemen (zie *tabel B2.2*). Bij zorggroep 3 is het keten-dbc-contract pas ingegaan op 1 oktober 2007, maar is de zorg vanaf 1 januari 2007 al conform het keten-dbc-contract geleverd. Bij deze zorggroep is besloten om toch 1 januari 2007 als startdatum te hanteren, zodat de gegevens van deze zorggroep voor de evaluatie gebruikt konden worden.

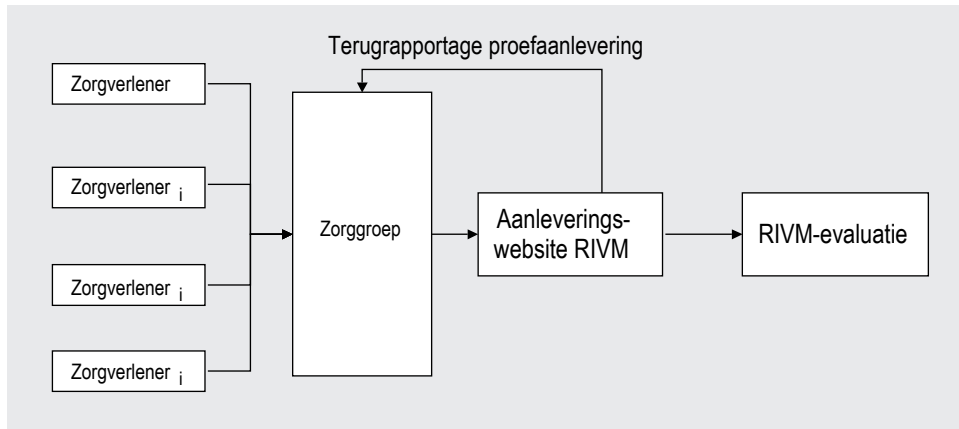


Figuur B2.1: Onderzoekperiode van de 0-meting (T0) en de 1-jaarsmeting (T1) voor drie fictieve patiënten (PAT1, PAT2, PAT3)

Tabel B2.2: Tijdspad van de 0-meting per zorggroep

Zorggroep	Ingangsdatum contract	Start 0-meting	Afwijkend	Deelname aan gegevens-modules		
				REG	PAT	INTERV
1	1 januari 2007	1 januari 2007	Nee	Ja	Ja	Ja
2	1 januari 2007	1 april 2007	Ja	Ja	Ja	Ja
3	1 oktober 2007	1 januari 2007	Nee	Ja	Ja	Ja
4	1 januari 2007	1 april 2007	Ja	Ja	Ja	Ja
5	1 januari 2007	1 januari 2007	Nee	Ja	Nee	Ja
6	-	n.v.t.	n.v.t.	Nee	Nee	Ja
7	1 oktober 2007	n.v.t.	n.v.t.	Nee	Nee	Ja
8	1 januari 2007	1 januari 2007	Nee	Ja	Nee	Ja
9	1 april 2007	1 april 2007	Ja	Ja	Ja	Ja
10	1 april 2007	1 april 2007	Ja	Ja	Ja	Ja

REG = Registratiegegevens; PAT = Patiëntenvragenlijsten; INTERV = Interviews



Figuur B2.2: Schematisch weergave van de gegevensverzameling en gegevensstroom

B2.3 Manieren van gegevensverzameling

De gegevensverzameling bestaat uit drie verschillende gegevensmodules:

1. registratiesystemen;
2. patiëntenvragenlijsten;
3. semigestructureerde interviews.

Het is van belang dat de gegevens onderling gekoppeld kunnen worden. Dit is gewaarborgd door het gebruik van identieke, gepseudonimiseerde identificatienummers voor de patiënten en zorggroepen in de registratiesystemen en de patiëntenvragenlijsten.

B2.3.1 Registratiesystemen

Procedure rapportage registratiegegevens

De informatie over de geleverde zorg is door de zorggroep uit de registratiesystemen van de zorgverleners gehaald en centraal verzameld en opgeslagen. Vervolgens is deze informatie gestuurd naar een daarvoor speciaal ontworpen website van het RIVM (zie *figuur B2.2*). De gegevensrapportage is zowel technisch als inhoudelijke gecontroleerd. De technische controle omvatte een controle op de specificaties zoals opgesteld door het RIVM. Bij de inhoudelijke controle is gekeken in hoeverre er sprake is van 'logische' waarden. Op basis van deze controles werd een foutrapportage gemaakt door het RIVM en verzonden aan de zorggroep. In de foutrapportage werd op recordniveau aangegeven welke gegevens niet correct waren aangeleverd. Na correctie stuurde de zorggroep een nieuwe gegevensrapportage.

Inhoud registratiegegevens

Het RIVM heeft een document opgesteld waarin werd beschreven welke gegevens gerapporteerd moesten worden en op welke wijze dit diende te gebeuren. Deze beschrijving is

door het RIVM opgesteld in samenwerking met Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz) en DBC Onderhoud en in een traject voorafgaande aan de 0-meting met alle zorggroepen doorgesproken op aspecten als haalbaarheid en duidelijkheid.

B2.3.2 Patiëntenvragenlijsten

Onder een steekproef van patiënten uit de zorggroepen is ten tijde van de 0-meting en de 1-jaarsmeting een vragenlijst uitgezet. Twee zorggroepen (zorggroep 5 en 8) bleken zelf een patiëntenvragenlijst te hebben uitgezet onder hun patiënten. De vragen die zij hebben opgenomen in de vragenlijst komen niet geheel overeen met wat in het kader van de evaluatie wordt gevraagd. Op verzoek van de twee zorggroepen en in overleg met ZonMw is besloten de patiënten niet 'dubbel' te belasten. De vragenlijst is om deze reden niet bij deze zorggroepen uitgezet. Daarnaast werd in zorggroep 7 de vragenlijst niet afgenomen vanwege de vertragingen in de opstartfase (zie *paragraaf B2.1*). Hierdoor zijn de uitkomsten van de patiëntenvragenlijsten voor zes zorggroepen beschikbaar (zie *tabel B2.2*).

Inhoud patiëntenvragenlijsten

De patiëntenvragenlijst is samengesteld uit een aantal bestaande, gevalideerde vragenlijsten. De vragen met betrekking tot patiëntkarakteristieken, geboortedatum, geslacht, opleiding en etniciteit zijn afkomstig van de standaardvraagstellingen van de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid. Hetzelfde geldt voor de vragen op het gebied van voeding (groente-/rauwkostconsumptie, fruit/sap en ontbijt), alcoholgebruik en roken.

De hoeveelheid lichamelijke activiteit is bepaald met behulp van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) (Wendel-Vos en Frenken, 2008) en de Fitnorm (ACSM, 1998). Als meetinstrument voor de geestelijke gezondheid is gebruikgemaakt van de MHI-5 (McCabe et al., 1996). De MHI-5 is een onderdeel van de SF-36 en meet de algemene psychische gezondheid met vijf vragen naar gevoelens van geluk, somberheid en angst.

Voor vragen met betrekking tot de afstemming van de zorg is gebruik gemaakt van het Patiënten Panel Chronisch Zieken van het NIVEL (Lemmens en Spreeuwenberg, 2008; Rijken, 2006). Voor het meten van de 'kennis over diabetes en voeding' werd de gevalideerde vragenlijst 'Diabetes knowledge test' (Fitzgerald et al., 1998) gebruikt. Deze Engelse vragenlijst is door een onderzoeker (JS) vertaald naar het Nederlands en vervolgens door een andere onderzoeker (WL) weer terugvertaald naar het Engels. Deze 'terugvertaalde' vragenlijst is vervolgens vergeleken met de originele vragenlijst. De originele en 'vertaalde' vragenlijsten kwamen grotendeels overeen. Waar dit leidde tot verschillen is consensus bereikt tussen de twee onderzoekers over de juiste Nederlandse vertaling.

Procedure verspreiding patiëntenvragenlijst

Aan iedere patiënt is direct na afloop van de 0-meting door de zorgverlener gevraagd om de patiëntenvragenlijst in te vullen, ofwel via internet ofwel via een papieren versie van de vragenlijst. In totaal werden 250 papieren vragenlijsten per deelnemende zorggroep uitgedeeld.

De vragenlijsten van de 0-meting zijn voorzien van een door het RIVM opgestelde begeleidende brief. Deze brief is elektronisch verspreid onder de zorggroepen met de vraag of zij de tekst op het briefpapier van de zorggroep (of de huisartspraktijk) wilden afdrukken en laten ondertekenen door de huisarts van de patiënt. De zorggroepen hadden de vrijheid om de door het RIVM opgestelde brief aan te passen. In de 0-meting was het om logistieke redenen niet mogelijk een reminder te sturen. De geretourneerde papieren vragenlijsten zijn via een scanprogramma omgezet in een SPSS bestand, waaraan de internetvragenlijsten zijn toegevoegd.

Toestemming voor 1-jaarsmeting via antwoordformulier in 0-meting

Aan de vragenlijst van de 0-meting was een antwoordformulier toegevoegd waarin toestemming wordt gevraagd om de respondent na een jaar nogmaals te benaderen met een vragenlijst. De mensen die daarvoor in de 0-meting toestemming hadden gegeven zijn in de 1-jaarsmeting nogmaals benaderd met een vragenlijst. Deze vragenlijsten zijn door het RIVM (per post of e-mail) verstuurd om zodoende de zorggroepen niet te belasten. Vier weken na het versturen van de vragenlijsten in de 1-jaarsmeting is per post of e-mail een reminder gestuurd naar de personen die de vragenlijst nog niet hadden geretourneerd.

B2.3.3 Semigestructureerde interviews

Bij alle zorggroepen zijn semigestructureerde interviews afgenomen tijdens zowel de 0-meting als de 1-jaarsmeting. In het projectplan is opgenomen dat per zorggroep vier interviews zullen worden afgenomen met zorgverleners uit verschillende zorgdisciplines en daarnaast één interview met de participerende zorgverzekeraar. In totaal zijn er 41 interviews afgenomen tijdens de 0-meting. Negen respondenten bleken niet in staat deel te nemen, vanwege geen tijd ($n=2$), niet bereikbaar ($n=6$) en niet meer werkzaam bij de zorginstelling ($n=1$). In de 1-jaarsmeting is gekozen na het afnemen van de eerste interviews om de verdere interviews op een beperktere schaal uit te voeren, aangezien de interviews geen nieuwe informatie bleken op te leveren en slechts werd bevestigd wat al bij de 0-meting naar voren was gekomen (gegevens saturatie). In de 1-jaarsmeting zijn in totaal 20 interviews bij de zorggroepen, zorgverleners en zorgverzekeraars afgenomen. Daarnaast zijn bij verschillende zorggroepen werkbezoeken afgelegd, waarbij onder meer een multidisciplinair overleg, een strategiebijeenkomst van een zorggroep en een spiegelinformatiebijeenkomst werden bijgewoond.

Breed scala aan zorgdisciplines geïnccludeerd

Om zoveel mogelijk verschillende disciplines te 'bereiken', is aan de zorggroepen gevraagd om contactgegevens van zorgverleners uit vier verschillende zorgdisciplines aan te leveren die benaderd mochten worden voor een interview. De volgende zorgdisciplines en overige betrokken partijen zijn geïnterviewd: huisartsen, poh's, diëtisten, diabetesverpleegkundigen, thuiszorginstellingen, huisartsenlaboratoria, internisten, projectleiders/ managers zorggroepen, datamanagers/ databasehouders zorggroepen, leden van de Raad van Toezicht van zorggroepen, zorginkopers en 'innovatie' afdelingen van zorgverzekeraars.

Inhoud interviews op basis van vooraf opgestelde ‘topic list’

Voor het afbakenen van de inhoud van de semigestructureerde vragenlijsten is een topic list ontwikkeld; één topic list voor zorgverleners en andere betrokkenen bij de zorggroep en één topic list specifiek voor verzekeraars. Beide lijsten zijn voorgelegd aan een viertal externe experts op het gebied van diabeteszorg en na verwerking van hun commentaar voorgelegd aan de ZonMw Stuurgroep.

De interviews zijn afgenomen op de werkplek van de respondenten. Zodra een afspraak voor het interview was gemaakt, kregen de respondenten de topic list opgestuurd, zodat ze zich op het interview konden voorbereiden. Tijdens het interview heeft de interviewer de respondenten zoveel mogelijk hun ‘eigen verhaal laten vertellen’. Indien nodig, is doorgevraagd aan de hand van de in de topic list opgenomen onderwerpen.

De interviews zijn door twee interviewers (BG, JS) afgenomen. De eerste onderzoeker (BG) heeft ruime ervaring met het afnemen van interviews en aangezien zij verder niet betrokken was bij deze evaluatie, was zij instaat de interviews objectief af te nemen. De andere onderzoeker is wel betrokken bij de evaluatie en heeft meer ervaring en expertise op het gebied van diabeteszorgonderzoek.

Interviews opgenomen en getranscribeerd en voorgelegd ter goedkeuring

De interviews zijn met toestemming van de geïnterviewden opgenomen. Vervolgens zijn deze letterlijk getranscribeerd en ter goedkeuring voorgelegd aan de geïnterviewden. Na goedkeuring van de transcripties konden de interviews geanalyseerd worden.

Naast interviews ook veel gesprekken met andere relevante partijen

Naast de interviews onder de betrokken partijen zijn nog vele andere gesprekken gevoerd met andere relevante partijen, zoals het ministerie van VWS (de directies Publieke Gezondheid, Curatieve Zorg, Markt en Consument, Financieel Economische Zaken, Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaarden en Zorgverzekering), de NZa, de NMa, de Landelijke Vereniging voor de Georganiseerde eerstelijnszorg (LVG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), de NDF, de adviesgroep Ketenzorg van de Landelijke Huisarts Vereniging (LHV), de Erasmus Universiteit Rotterdam en het bureau Zichtbare Zorg (ZiZo). Relevante informatie uit deze gesprekken is meegenomen in dit rapport.

B2.4 Analyses

De gegevens zijn zowel per zorggroep als op geaggregeerd niveau geanalyseerd. Hieronder wordt voor de verschillende manieren van gegevensverzameling (registratiegegevens, patiëntenvragenlijst en semigestructureerde interviews) aangegeven hoe de analyses zijn uitgevoerd.

Registratiegegevens

De registratiegegevens zijn gebruikt voor het beantwoorden van de kernvraag ‘Wat is de kwaliteit van de zorg in de zorggroep na één jaar?’ (zie paragraaf 2.6 en bijlage 4). Een

uitgebreide beschrijving van de resultaten is weergegeven in *bijlage 4*. Voor het analyseren van de registratiegegevens is gebruikgemaakt van de proces- en uitkomstindicatoren zoals genoemd in de NDF Zorgstandaard. Voor de procesindicatoren zijn de gegevens van de zorggroepen uit de 1-jaarsmeting gebruikt. Voor de uitkomstparameters zijn de waarden van de 0-meting vergeleken met de waarden van de 1-jaarsmeting. Bij de uitkomstparameters zijn alleen die patiënten meegenomen voor wie bij zowel de 0-meting als de 1-jaarsmeting de uitkomstparameters zijn bepaald. De proces- en uitkomstindicatoren zijn weergegeven op zorggroep niveau en voor de totale populatie. Voor de totale populatie is gebruik gemaakt van gewogen gemiddelden.

Om de waarden van de parameters te vergelijken, is de gepaarde T-test gebruikt. Bij de klinische uitkomstindicatoren is niet alleen naar gemiddelden gekeken, maar ook naar dichotome uitkomsten (bijvoorbeeld wel/niet goed ingesteld volgens de streefwaarden uit de NDF Zorgstandaard). Hierbij is gebruik gemaakt van de McNemar test om de percentages patiënten tussen de 0-meting en de 1-jaarsmeting te kunnen vergelijken. Lineaire regressie is gebruikt voor de analyse van de continue variabelen. Daarbij is gekeken naar de verandering van de parameters tussen de 0-meting en 1-jaarsmeting, en is gecorrigeerd voor verschillende patiëntkarakteristieken (leeftijd, geslacht en diabetesduur) en de waarde van de desbetreffende parameter tijdens de 0-meting.

Patiëntenvragenlijsten

De resultaten van de patiëntenvragenlijst zijn gebruikt voor het beantwoorden van de kernvraag ‘*Wat is de tevredenheid van alle betrokken partijen?*’ (zie *paragraaf 2.7*). Een uitgebreide beschrijving van de resultaten is weergegeven in *bijlage 5*. Voor het analyseren van de uitkomsten van de patiëntenvragenlijsten is vooral gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek, zoals frequentietabellen. Voor het vergelijken van patiëntkarakteristieken tussen zorggroepen en voor het non-responsonderzoek is gebruik gemaakt van de ANOVA variantieanalyse (voor de continue variabelen) en de McNemar test (voor de categoriale variabelen). Er zijn geen significanties gepresenteerd voor de verandering in de uitkomstmaten, vanwege de kleine aantallen in de afzonderlijke zorggroepen (zie *tabel B5.1*).

Semigestructureerde interviews

Bij vrijwel alle kernvragen, met uitzondering van de kernvragen ‘*Wat zijn de uitgangspunten van het keten-dbc-model?*’ en ‘*Wat is de kwaliteit van de zorg in de zorggroep na één jaar?*’, is gebruik gemaakt van de informatie verkregen uit de interviews.

Voor het analyseren van de semigestructureerde interviews is gebruik gemaakt van de goedgekeurde interviews. Deze interviews zijn door drie onafhankelijke onderzoekers (SH, LL en JS) ‘gescoord’ op succes- en faalfactoren van de invoering van de keten-dbc. Deze drie onderzoekers hebben vervolgens onafhankelijk van elkaar citaten geselecteerd die het meest illustratief waren voor de resultaten. Tijdens overleg tussen de onderzoekers werd consensus bereikt over de meest illustratieve citaten van de interviews. De resultaten van de interviews zijn ook gebruikt om inzicht te krijgen in de organisatie van de zorggroep, de gecontracteerde zorg en de zorgverleners. De hieruit verkregen tabellen (bijvoorbeeld

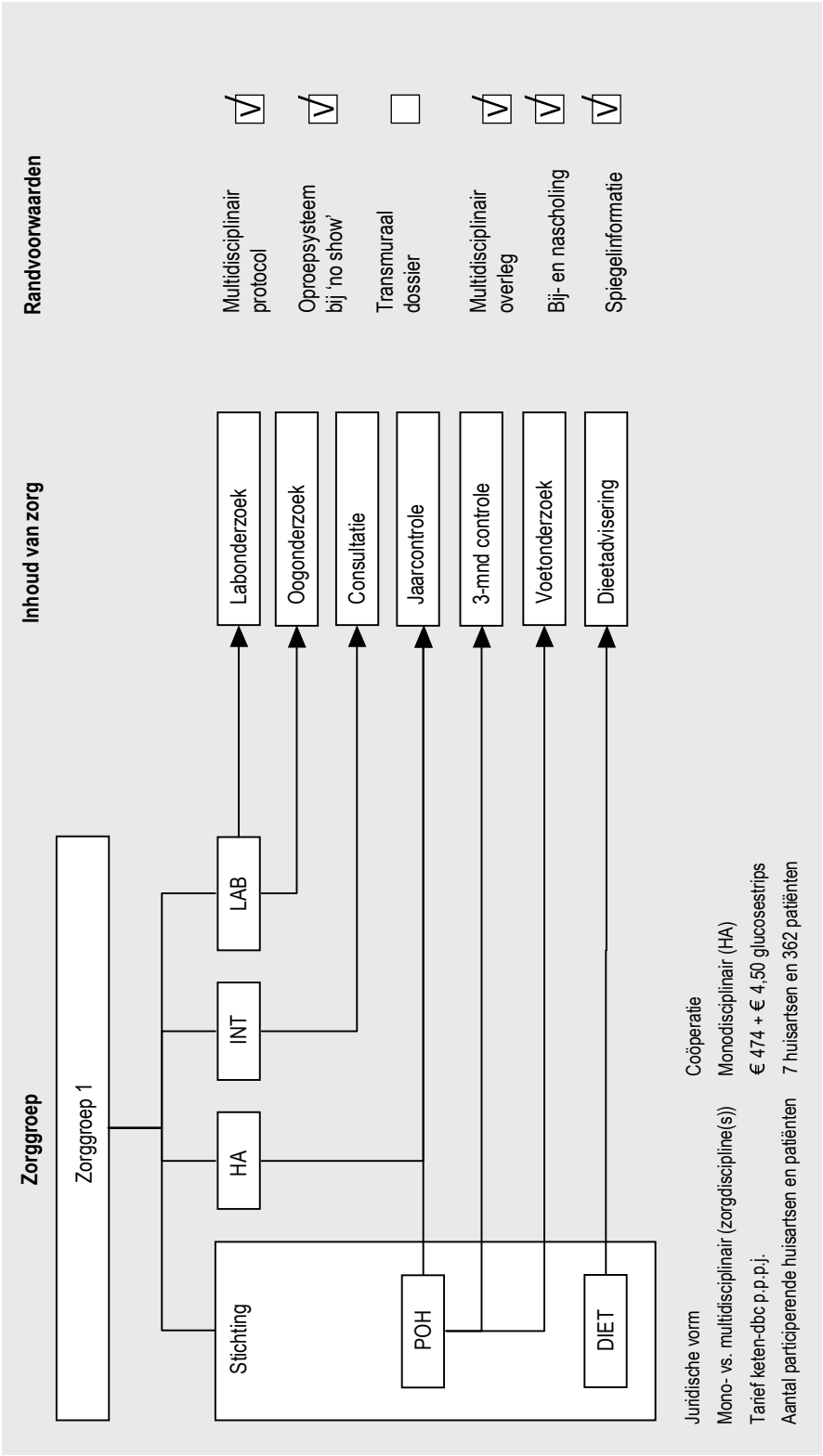
paragraaf 2.2 en 2.3) en samenvattende figuren (*bijlage 3*) zijn ter goedkeuring aan de projectleiders van de zorggroepen voorgelegd.

Naast de gegevens uit de interviews zijn ook documenten, zoals jaarverslagen, voortgangsverslagen van het ZonMw programma en nieuwsbrieven en websites van de zorggroepen geraadpleegd.

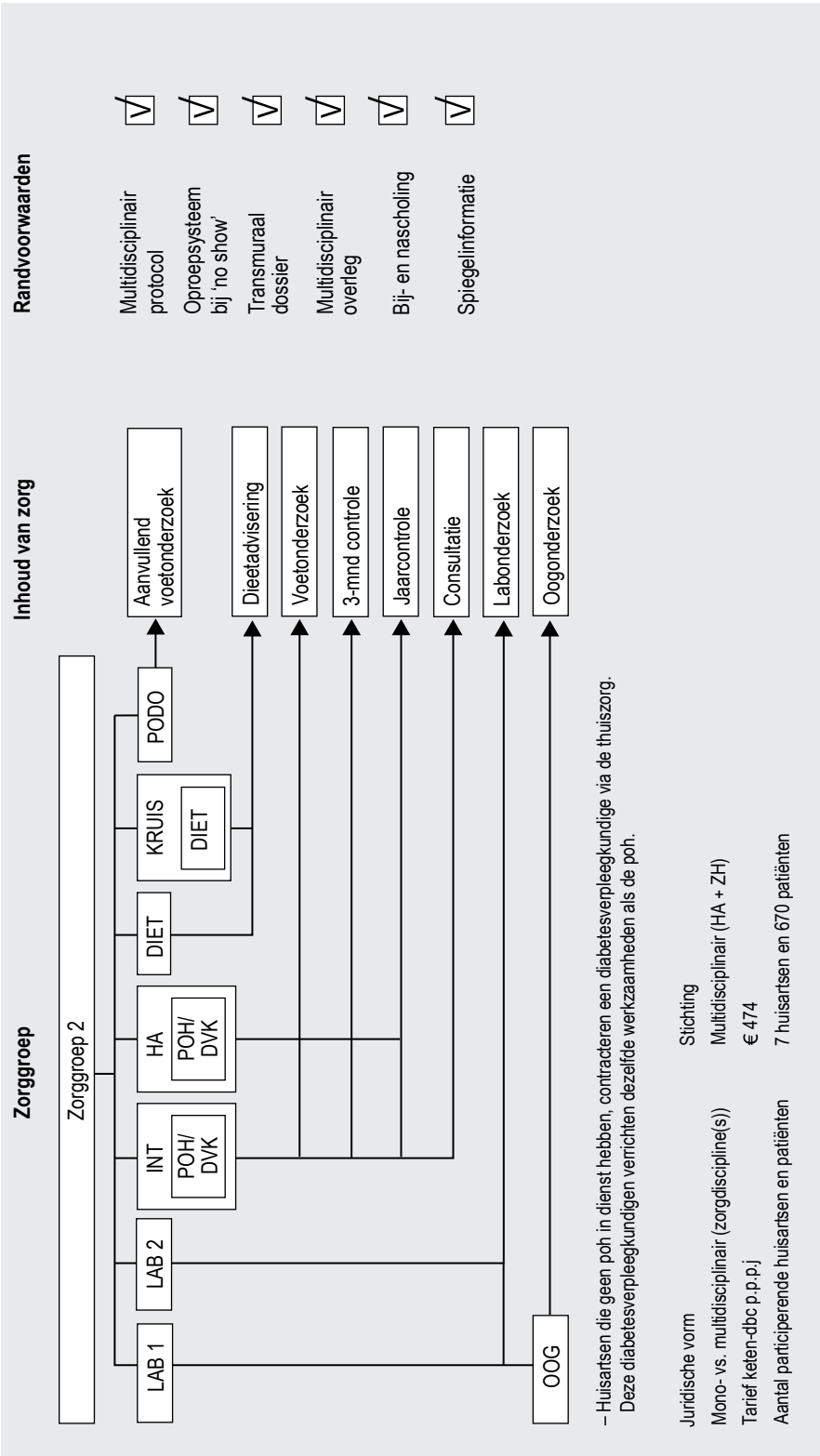
BIJLAGE 3 SAMENVATTING ZORGGROEPEN

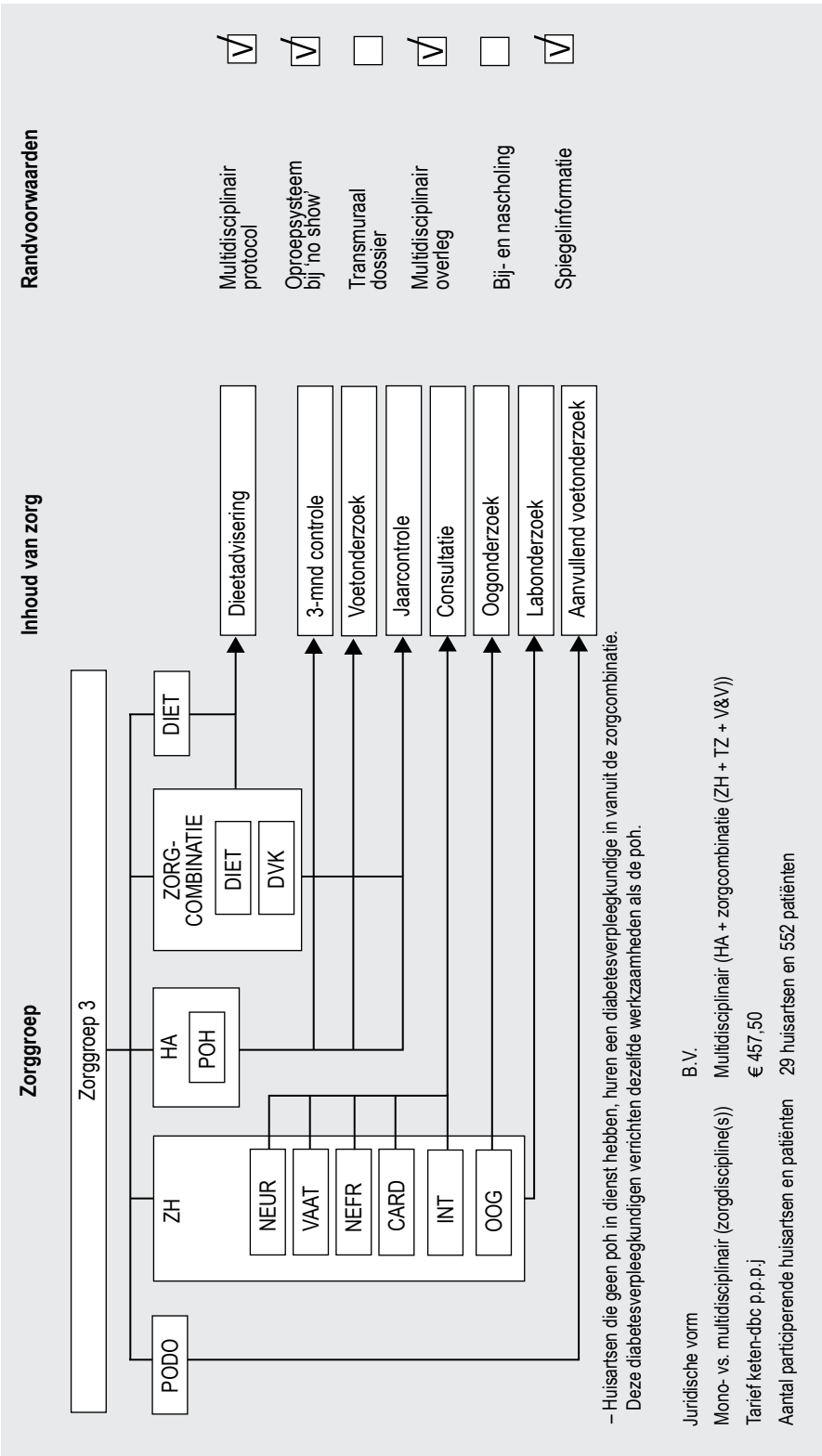
Leeswijzer

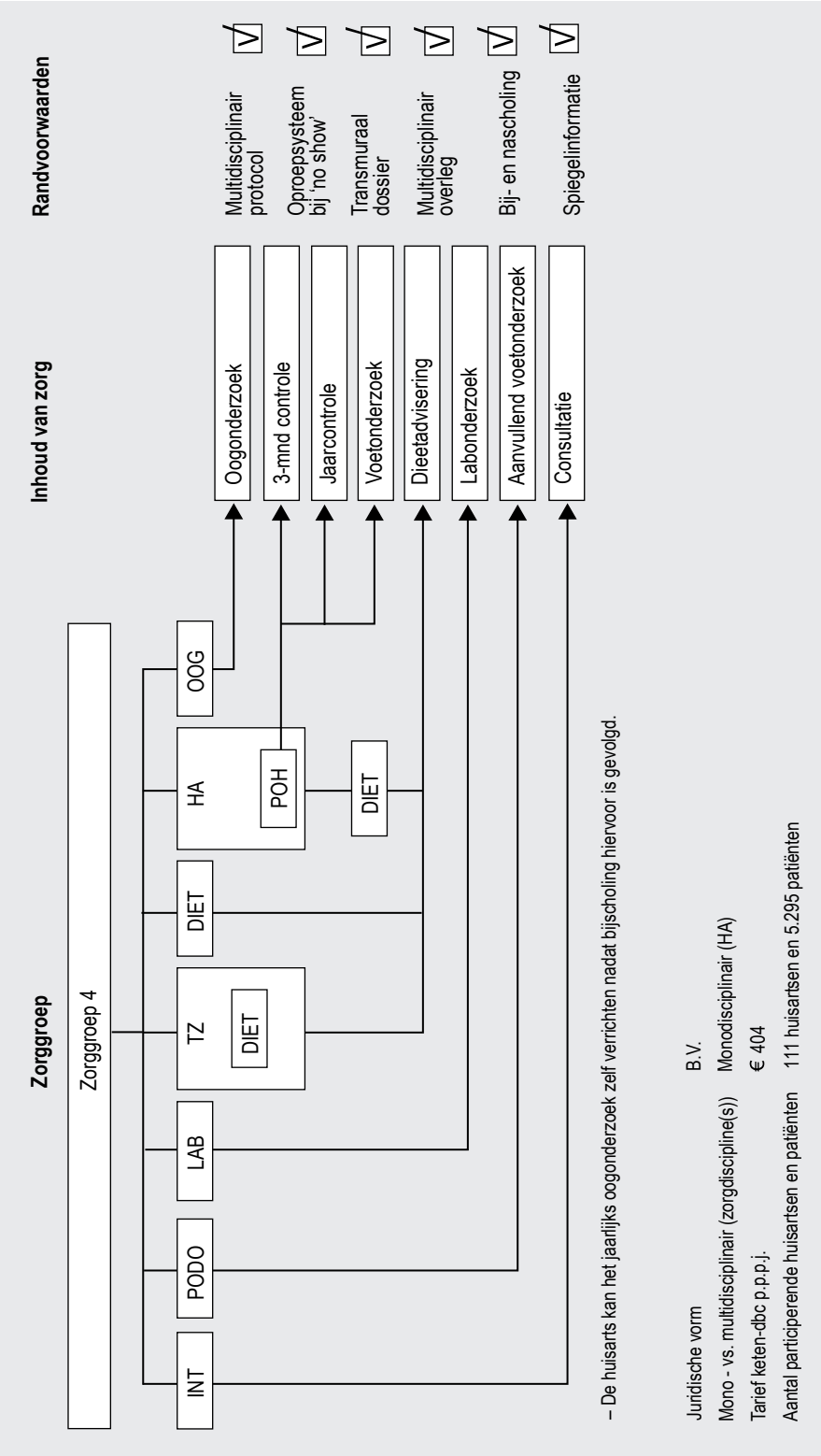
In paragraaf 2.2 '*Hoe is de zorggroep in de praktijk ingericht?*' is een beschrijving van de participerende zorggroepen gegeven. In *bijlage 3* wordt voor elke zorggroep de organisatie in een figuur weergegeven. In deze figuren wordt aangegeven welke zorgdisciplines binnen de zorggroep werkzaam zijn of door de zorggroep zijn gecontracteerd en welke onderdelen van de zorg zij verlenen. Daarnaast wordt aangegeven in hoeverre de (noodzakelijke) randvoorwaarden voor een goede organisatie van (diabetes)zorg geïmplementeerd zijn. Als laatste wordt een viertal algemene kenmerken van de zorggroep gepresenteerd (zie *bijlage 8* voor de afkortingen).



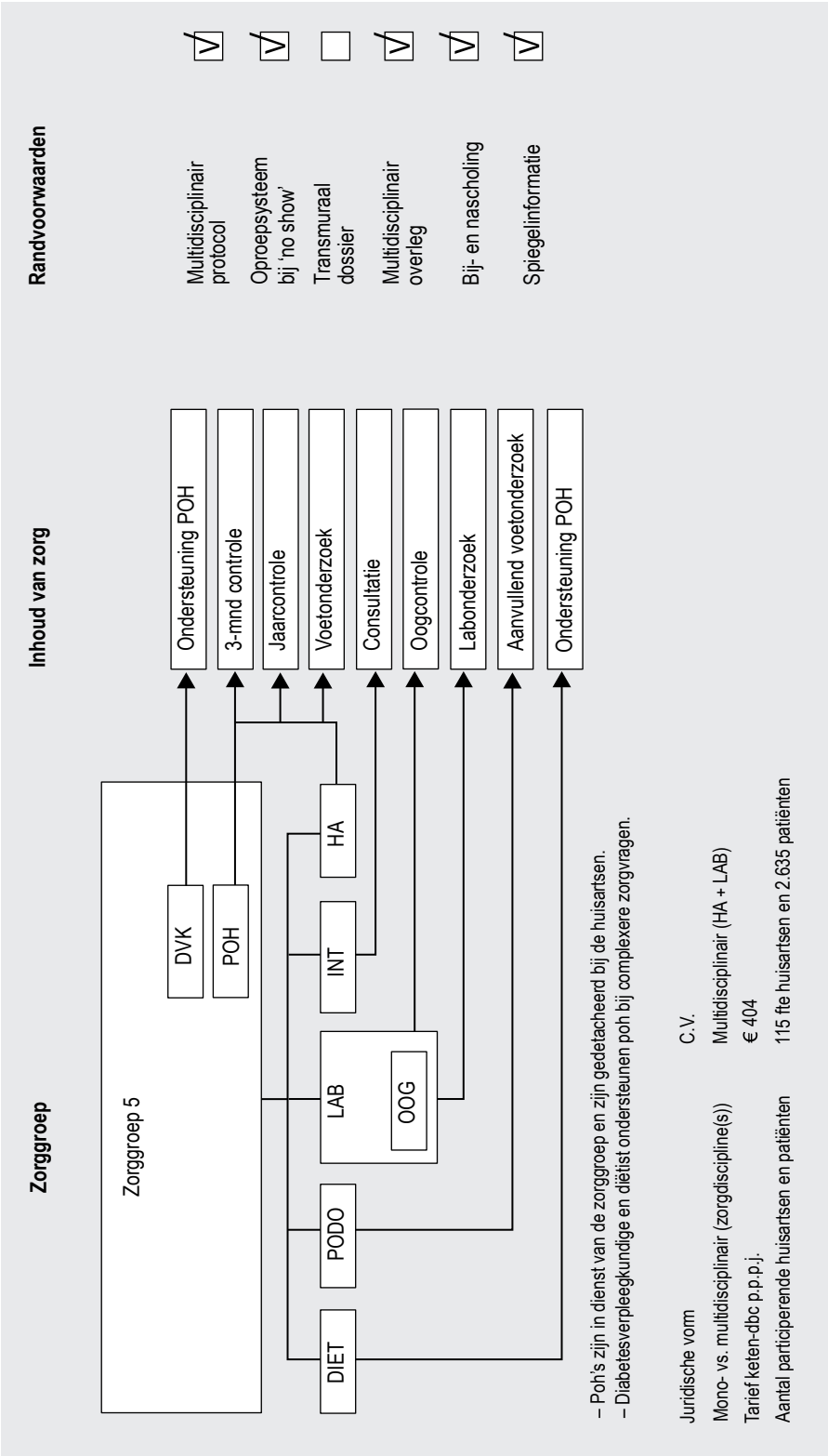
Figuur B3.1: Zorggroep 1



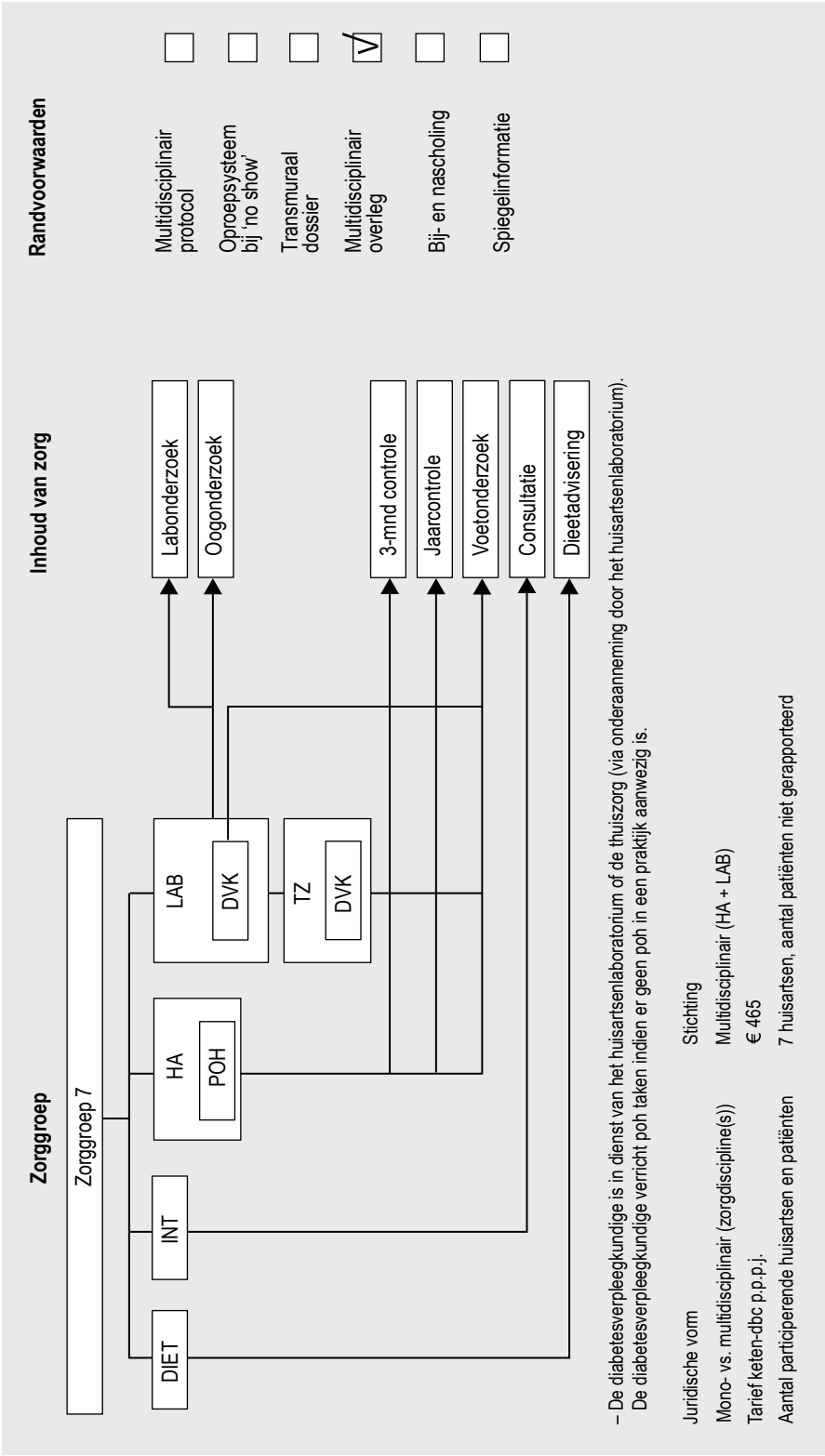




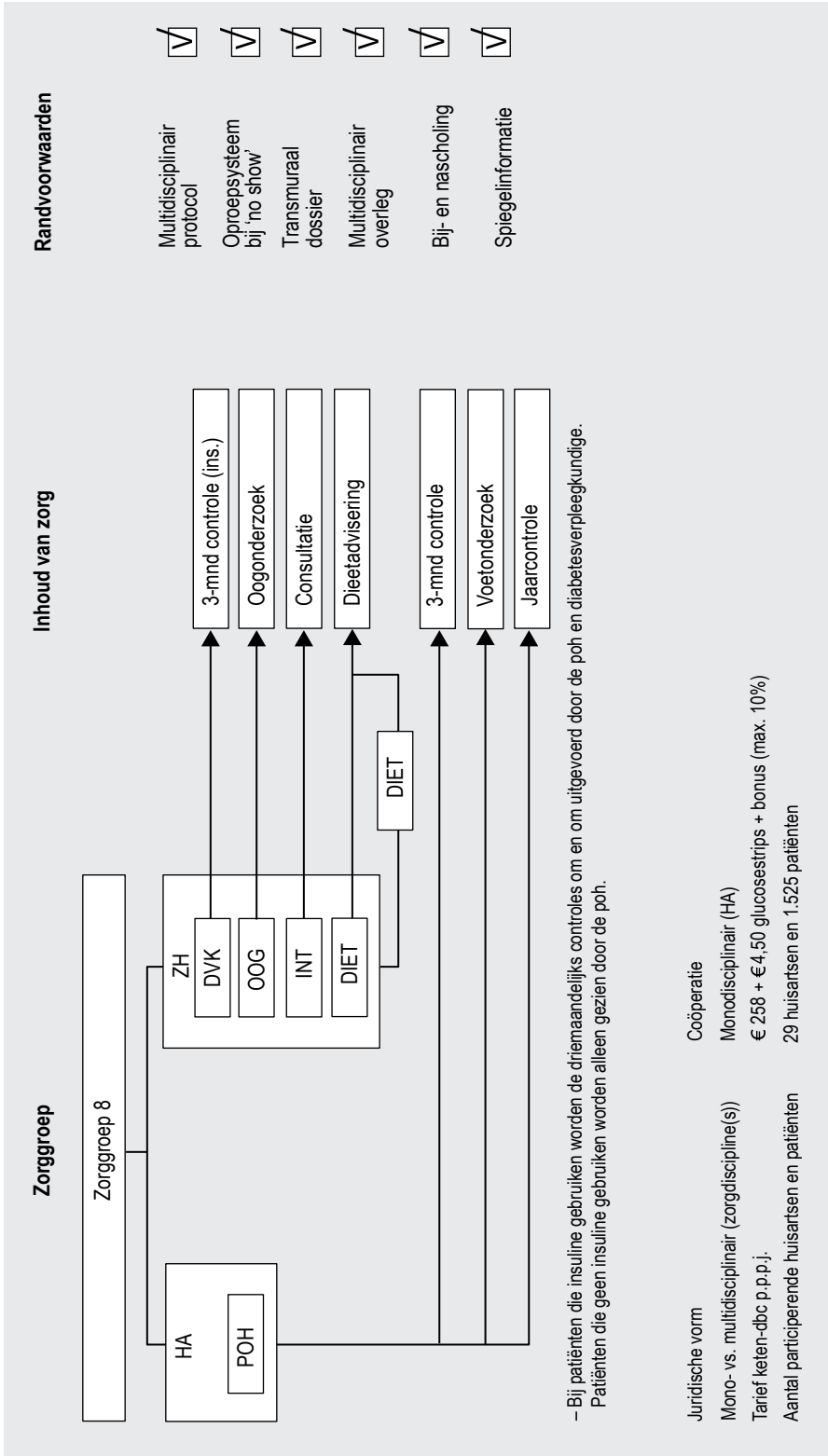
Figuur B3.4: Zorggroep 4



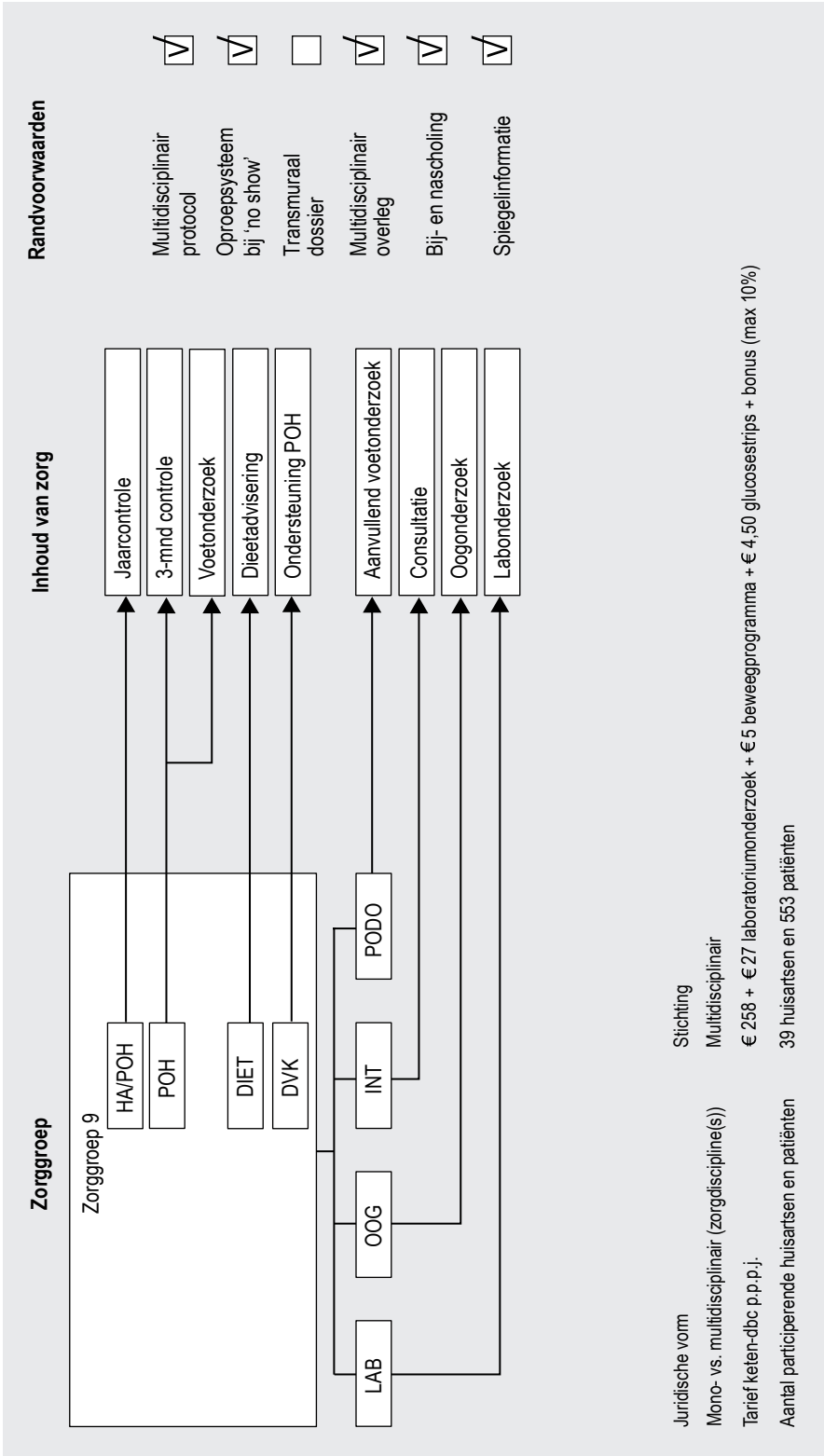
Figuur B3.5: Zorggroep 5



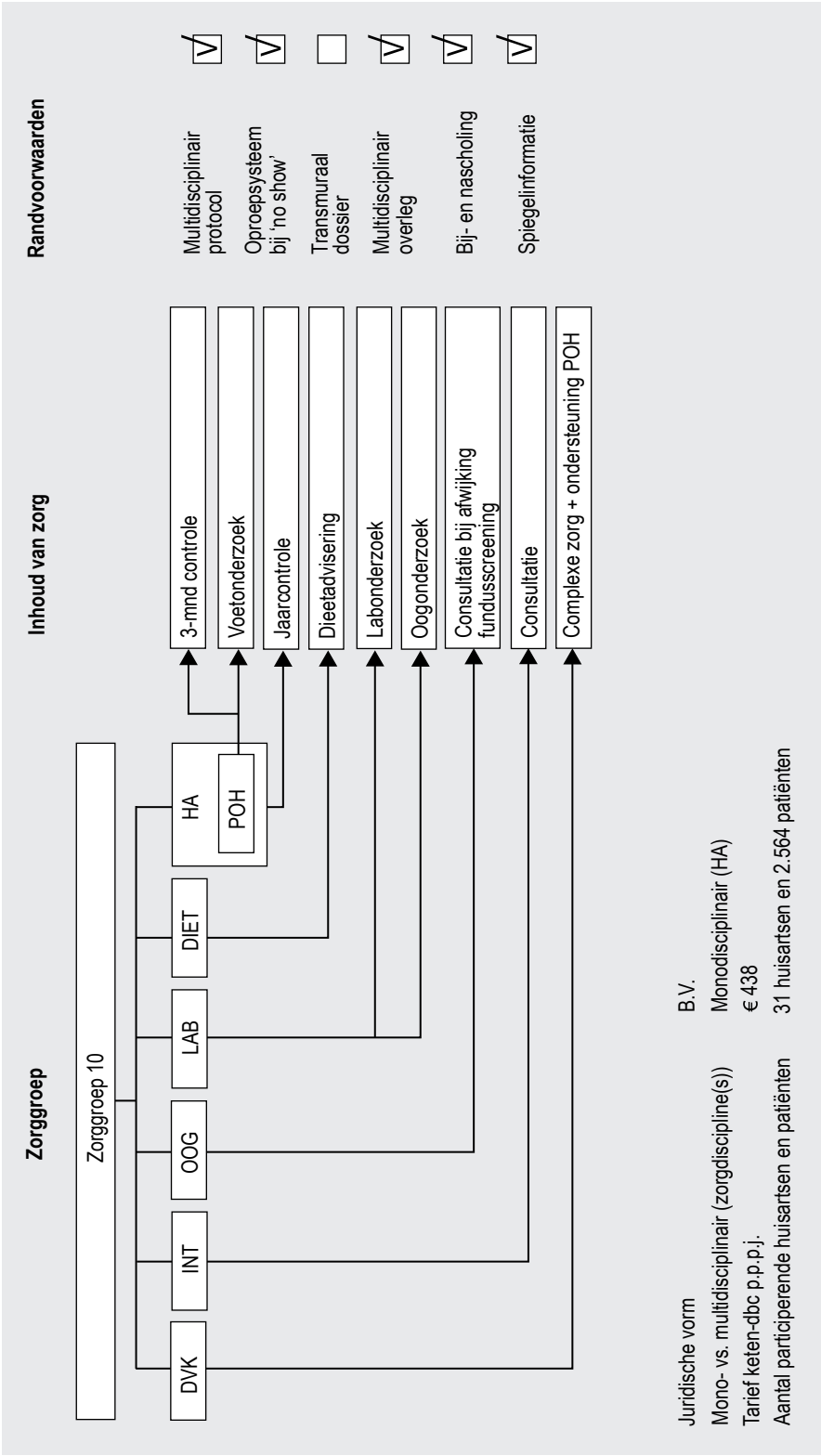
Figuur B3.6: Zorggroep 7



B3.7: Zorggroep 8



Figuur B3.8: Zorggroep 9



Figuur B3.9: Zorggroep 10

BIJLAGE 4 KWALITEIT VAN DE ZORG OP BASIS VAN DE REGISTRATIEGEGEVENS

Leeswijzer

Deze bijlage is opgebouwd uit vier paragrafen. In *paragraaf B4.2* wordt een overzicht gegeven van de patiëntkarakteristieken van de onderzoekspopulatie. In *paragraaf B4.3* staan de procesindicatoren centraal. Hier wordt nagegaan welk percentage patiënten van de zorggroepen de benodigde zorg heeft gekregen in het ‘afgelopen jaar’. Deze term wordt gebruikt in de NDF Zorgstandaard en verwijst in deze evaluatie naar de 1-jaarsmeting. Ten slotte gaat *paragraaf B4.4* in op veranderingen in patiëntuitkomsten tussen de 0-meting en de 1-jaarsmeting. Per gepresenteerde indicator wordt voorafgaand aan de resultaten in een tekstbox het belang van de desbetreffende indicator toegelicht.

B4.1 Inleiding

De kwaliteit van de zorg wordt in deze bijlage toegelicht aan de hand van de registratiegegevens die door de zorggroepen zijn gerapporteerd aan een speciaal hiervoor ontworpen aanleveringswebsite (zie ook *bijlage 2*). Daarbij wordt gebruik gemaakt van de proces- en uitkomstindicatoren zoals genoemd in de NDF Zorgstandaard. Vanwege de onderzoeksperiode van één jaar zijn de procesindicatoren slechts één keer bepaald. Derhalve kunnen geen uitspraken gedaan worden over eventuele verbeteringen van de procesindicatoren.

De uitkomstindicatoren zijn wel tweemaal bepaald waardoor het mogelijk is (voorzichtige) uitspraken te doen over eventuele verbeteringen in de zorg na één jaar. Voor de uitkomstindicatoren zijn alleen die patiënten meegenomen waarvan voor beide metingen gegevens beschikbaar zijn. Doordat de gegevens niet gecorrigeerd konden worden voor verschillen tussen de patiëntenpopulaties, wordt de vergelijking tussen de zorggroepen onderling sterk bemoeilijkt.

B4.2 Beschrijving patiëntenpopulatie

Heterogeniteit in zowel patiëntenaantallen als patiëntkarakteristieken

In totaal zijn er 14.156 patiënten uit acht zorggroepen meegenomen in de analyses (zie *tabel B4.1*). Het aantal patiënten per zorggroep varieerde sterk tussen de zorggroepen: van 362 patiënten in zorggroep 1 tot 5.295 patiënten in zorggroep 4. De patiëntkarakteristieken van de zorggroepen verschillen significant met betrekking tot leeftijd en diabetesduur. De gemiddelde leeftijd van de patiënten bedroeg 67,1 jaar (variërend van 63,7 tot 68,5 jaar) en de gemiddelde diabetesduur 5,7 jaar (variërend van 4,4 tot 7,5 jaar). Van de totale onderzoekspopulatie was 51,7% vrouw (variërend van 48,1 tot 54,9%).

Tabel B4.1: Patiëntkarakteristieken, op basis van de 0-meting, per zorggroep en voor het totaal

	Zorggroep								
	1	2	3	4	5	8	9	10	Totaal
N	362	670	552	5.295	2.635	1.525	553	2.564	14.156
Patiëntkarakteristieken									
- Leeftijd (in jaren)	67,0	65,9	67,7	67,0	68,5	67,6	63,7	66,2	67,1*
- Geslacht (% vrouw)	51,4	54,9	50,7	52,5	53,0	52,7	48,1	48,6	51,7
- Gemiddelde diabetesduur (in jaren)	5,2	7,5	5,3	5,8	6,6	5,6	5,8	4,4	5,7*

N = aantal deelnemende patiënten; * = significant (P<0,05)

B4.3 Procesindicatoren

B4.3.1 Percentage patiënten met vier reguliere controles in het afgelopen jaar

Waarom is deze indicator van belang?

In de NDF Zorgstandaard wordt aangegeven dat bij iedere diabetespatiënt ten minste driemaandelijks een controle moet plaatsvinden en eenmaal per jaar een uitgebreide controle (NDF, 2007).

Onderscheid tussen jaarcontrole en driemaandelijks controle niet mogelijk

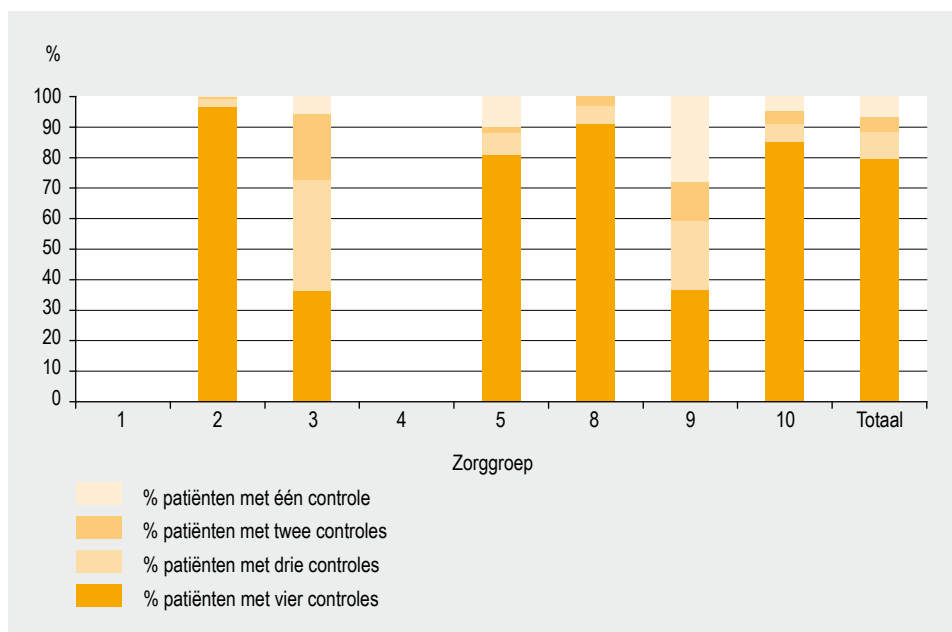
Het onderscheid tussen de uitgebreide jaarcontrole en de driemaandelijks controles wordt door een aantal zorggroepen niet gemaakt. Deze zorggroepen geven aan dat de uitgebreide jaarcontrole meer een 'theoretisch construct' is en dat de zorg in de praktijk anders wordt georganiseerd. De uitgebreide jaarcontrole betreft in deze zorggroepen een kwartaalcontrole met daarbij een aantal extra zorgactiviteiten. Om deze reden is ervoor gekozen om het aantal 'reguliere' controles te presenteren, ongeacht of dit jaarcontroles of driemaandelijks controles waren.

Rapportageproblemen leiden tot grote verschillen in aantal controles

Er bestaan grote verschillen in het aantal reguliere controles tussen zorggroepen. Het percentage patiënten dat vier controles heeft gehad in het afgelopen jaar varieert van 96,6% in zorggroep 2 tot 36,2 en 36,7% in respectievelijk zorggroep 3 en 9. In zorggroep 4 werd in 2007 alleen de jaarcontrole geregistreerd en is pas vanaf 2008 het registreren van de driemaandelijks controles verplicht gesteld. Bij zorggroep 1 ontbreken in de rapportage naar het RIVM de datums van de controles zodat het onduidelijk is in welke periode de controles zijn uitgevoerd. De gegevens van zorggroep 1 en 4 zijn om deze reden buiten beschouwing gelaten.

79,5% van de patiënten met vier reguliere controles in het afgelopen jaar

In zorggroep 2, 5, 8 en 10 heeft meer dan 80% van de patiënten vier controles gehad in het afgelopen jaar (zie *figuur B4.1*). In zorggroep 3 en 9 bedragen deze percentages respectievelijk 36,2% en 36,7%. In deze zorggroepen is nog veel ruimte voor verbetering. In de totale populatie heeft 79,5% vier reguliere controles ontvangen.



Figuur B4.1: Aantal reguliere controles per patiënt in het afgelopen jaar (in procenten), per zorggroep en voor het totaal (n=8.499)

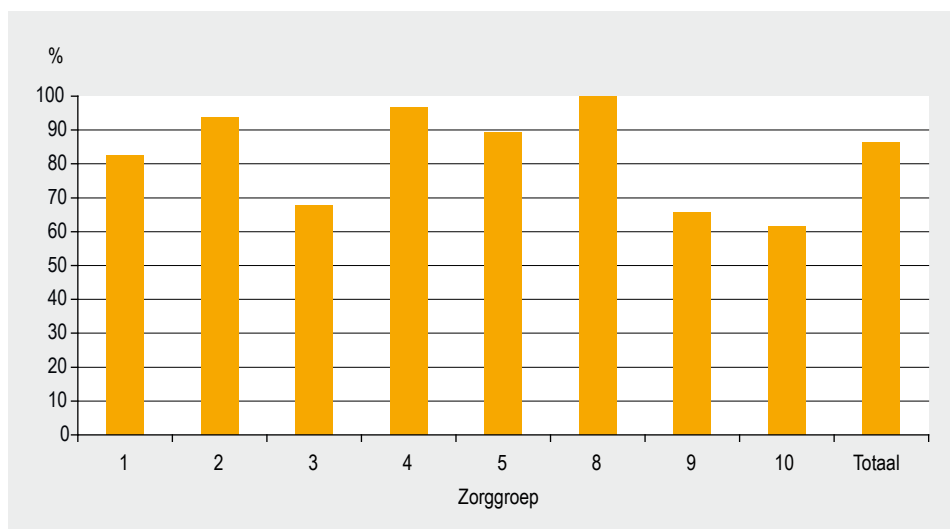
B4.3.2 Percentage patiënten waarbij een voetonderzoek is uitgevoerd in het afgelopen jaar

Waarom is deze indicator van belang?

Een diabetische voet wordt gekenmerkt door een infectie, ulceratie en/of aantasting van dieper gelegen weefselstructuren in de voet, die samenhangen met neurologische afwijkingen en verschillende graden van perifeer vaatlijden in de onderste extremiteit (Bouma et al., 2006). Wanneer een diabetische voet niet behandeld wordt, kan uiteindelijk een amputatie noodzakelijk zijn (CBO, 2006a; Sims et al., 1988). Het jaarlijkse voetonderzoek draagt bij aan het voortijdig opsporen en voorkómen van voetcomplicaties, zoals ulcers, infecties en amputaties (van een deel) van de voet.

Bij 87,0% van de patiënten is een voetonderzoek verricht in het afgelopen jaar

Het percentage patiënten met een voetonderzoek gedurende het afgelopen jaar varieert van 61,5% in zorggroep 10 tot en met 100% in zorggroep 8 (zie *figuur B4.2*). In totaal heeft 87,0% van de diabetespatiënten in het afgelopen jaar een voetonderzoek ondergaan.



Figuur B4.2: Percentage patiënten waarbij een voetonderzoek is verricht in het afgelopen jaar, per zorggroep en voor het totaal (n=14.156)

B4.3.3 Percentage patiënten waarbij een oogonderzoek is uitgevoerd in het afgelopen jaar

Waarom is deze indicator van belang?

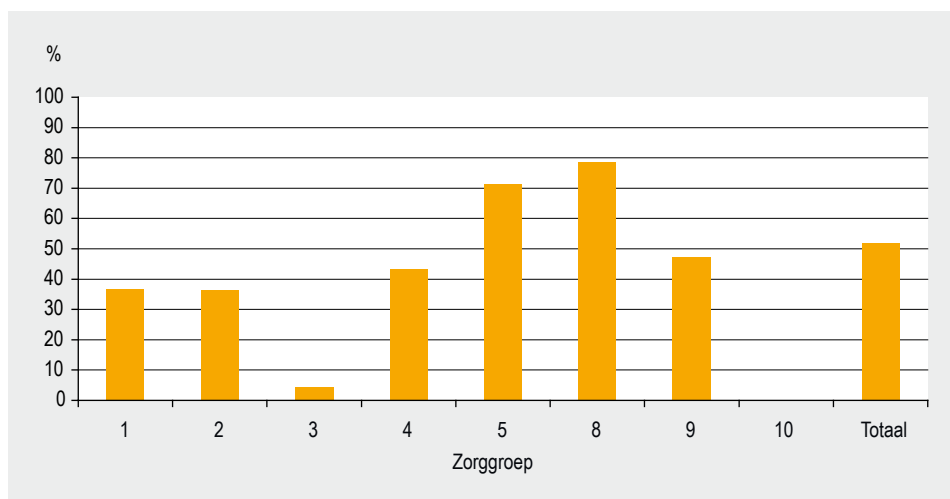
Retinopathie is de aantasting van de haarvaatjes van het netvlies. Wanneer retinopathie niet behandeld wordt, kan dit leiden tot slechtziendheid en uiteindelijk zelfs tot blindheid. Het jaarlijks controleren van de ogen van mensen met diabetes heeft als doel de vroegtijdige opsporing van diabetische retinopathie, zodat slechtziendheid en blindheid voorkomen dan wel uitgesteld kunnen worden (NDF, 2007; UKPDS, 1998b).

Jaarlijks oogonderzoek binnen de zorggroep moeilijk te realiseren

Het percentage patiënten waarbij een oogonderzoek is verricht varieert sterk, van 78,5% in zorggroep 8 tot 4,3% in zorggroep 3. Zorggroep 10 is vanwege rapportageproblemen buiten beschouwing gelaten.

In totaal werd bij 52,0% van de patiënten een oogonderzoek uitgevoerd in het afgelopen jaar (zie *figuur B4.3*). Dit wil niet zeggen dat bij de overige 48% van de patiënten in deze periode geen oogonderzoek is verricht. Het is waarschijnlijk dat bij een deel van deze patiënten een oogonderzoek is uitgevoerd door de oogarts in het ziekenhuis. In dat geval wordt het oogonderzoek niet bekostigd via de keten-dbc en dus ook niet geregistreerd en gerapporteerd aan de zorggroep.

Er zijn twee oorzaken aan te geven voor het lage percentage patiënten met een oogonderzoek. Ten eerste, de onderhandelingen met de oogartsen voor het verrichten van het jaarlijkse oogonderzoek verliepen bij een aantal zorggroepen moeizaam en kostten veel tijd. Meerdere zorggroepen hadden dan ook bij de start van de evaluatie nog geen oogartsen gecontracteerd. Zolang dergelijke contracten niet zijn afgesloten, worden



Figuur B4.3: Percentage patiënten waarbij een oogonderzoek is verricht in het afgelopen jaar, per zorggroep en voor het totaal (n=11.592)

de verrichte oogonderzoeken bekostigd via de bestaande bekostigingssystematiek en derhalve door de zorggroepen niet geregistreerd. Ten tweede, een aantal zorggroepen heeft de uitvoering van het oogonderzoek gecontracteerd bij andere zorgverleners dan de oogartsen, zoals optometristen en huisartsenlaboratoria¹. Taaksubstitutie van oogartsen naar de nieuw gecontracteerde zorgaanbieders bleek een moeizaam proces; gedurende de onderzoeksperiode slaagde geen enkele zorggroep erin de taaksubstitutie volledig te realiseren. Het voornaamste probleem was dat de oogartsen ook de mogelijkheid hadden om het jaarlijks oogonderzoek uit te blijven voeren zonder actief mee te werken aan de taaksubstitutie richting de zorggroep.

Tekstbox B4.1 Jaarlijks of tweejaarlijks oogonderzoek?

De NDF Zorgstandaard adviseert ieder jaar een onderzoek van de ogen (NDF, 2007). In de NHG richtlijn (Bouma et al., 2006) wordt echter aangegeven dat bij een normale bloeddruk, normale bloedglucose-regulatie en wanneer er in voorafgaande controles geen aanwijzingen waren voor retinopathie, kan worden volstaan met een tweejaarlijkse controle. Ook de richtlijn 'Diabetische retinopathie' (CBO, 2006a) geeft aan dat een jaarlijks oogonderzoek

alleen noodzakelijk is als retinopathie is aangetoond of als er risicofactoren aanwezig zijn, zoals een diabetesduur van meer dan tien jaar, hypertensie of een slechte glycemische instelling.

Dit kan een deel van het lage percentage patiënten met een oogcontrole verklaren. De vraag is in hoeverre bij deze procesindicator naar 100% gestreefd dient te worden vanuit het oogpunt van doelmatigheid.

1 Alleen de uitvoering wordt door hen gedaan, de beoordeling mag alleen worden gedaan door een BIG bevoegde zorgverlener.

Dit kan een deel van het lage percentage patiënten met een oogcontrole verklaren. De vraag is in hoeverre bij deze procesindicator naar 100% gestreefd dient te worden vanuit het oogpunt van doelmatigheid.

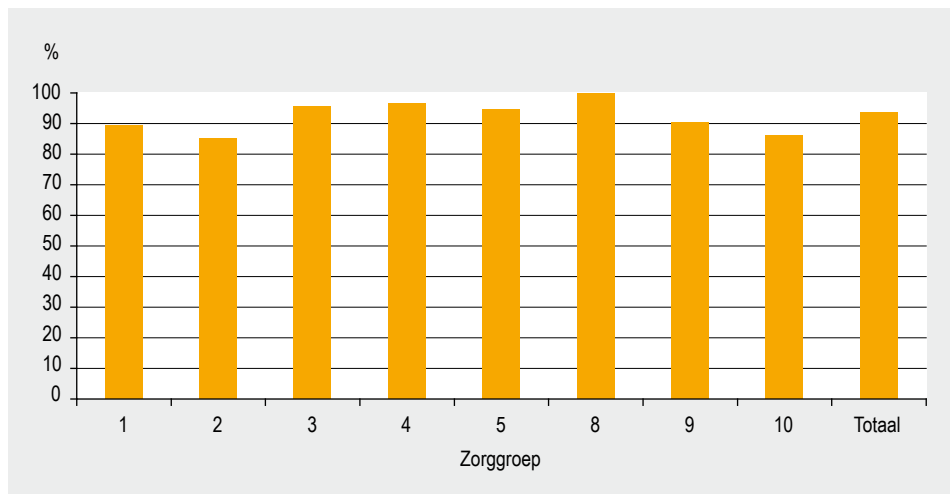
B4.3.4 Percentage patiënten met een HbA1c bepaling in het afgelopen jaar

Waarom is deze indicator van belang?

De HbA1c waarde is een weergave van de gemiddelde glucosewaarden gedurende de zes tot acht weken voor de bepaling en speelt daarmee een belangrijke rol in de controle en behandeling van diabetes. Verlaging van het HbA1c gedurende langere tijd kan het ontstaan van macro- en microvasculaire complicaties voorkomen (UKPDS, 1998a). De HbA1c bepaling wordt gebruikt om te controleren of de beoogde glycemische instelling is behaald en om te bepalen of het beleid bijgesteld moet worden, bijvoorbeeld door een nieuw geneesmiddel voor te schrijven (Bouma et al., 2006). Volgens de kwaliteitsparameters van de NDF Zorgstandaard dient ten minste één keer per jaar een HbA1c bepaling te worden gedaan (NDF, 2007).

Bij 93,6% van de patiënten is minimaal één keer het HbA1c bepaald

Bij 93,6% van de diabetespatiënten is een HbA1c bepaling uitgevoerd in de afgelopen 12 maanden (zie *figuur B4.4*). In zorggroep 2 lag dit percentage op 85,2%, terwijl dit percentage bij zorggroep 8 op 99,7% bedroeg. Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat de HbA1c bepaling structureel wordt uitgevoerd en gerapporteerd, maar dat er is nog ruimte voor verbetering.



Figuur B4.4: Percentage patiënten waarvan het HbA1c minstens eenmaal is bepaald in het afgelopen jaar, per zorggroep en voor het totaal (n=14.156)

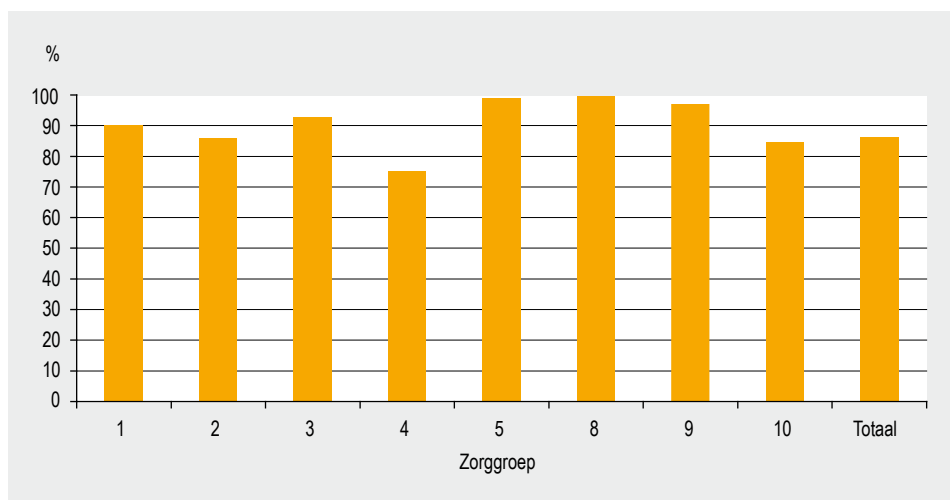
B4.3.5 Percentage patiënten met een bloeddrukmeting in het afgelopen jaar

Waarom is deze indicator van belang?

Bloeddruk is de belangrijkste indicator voor het ontstaan van macrovasculaire complicaties. Daarnaast speelt bloeddruk ook een belangrijke rol bij het ontstaan van microvasculaire complicaties. Een goede controle van de bloeddruk reduceert macro- en microvasculaire complicaties en diabetes gerelateerde sterfte (UKPDS, 1998b; Gaede et al., 2003). Volgens de kwaliteitsparameters van de NDF Zorgstandaard dient ten minste één keer per jaar de bloeddruk te worden gemeten (NDE, 2007).

Bloeddruk is bij 86,4% van de patiënten minstens één keer per jaar gemeten

Het percentage patiënten met een bloeddrukmeting in het afgelopen jaar bedraagt 86,4% (zie *figuur B4.5*). Het percentage varieert van 75,1% in zorggroep 4 tot 99,6% in zorggroep 8. In een aantal zorggroepen is nog verbetering mogelijk.



Figuur B4.5: Percentage patiënten waarvan de bloeddruk minimaal eenmaal is gemeten in het afgelopen jaar, per zorggroep en voor het totaal (n=14.156)

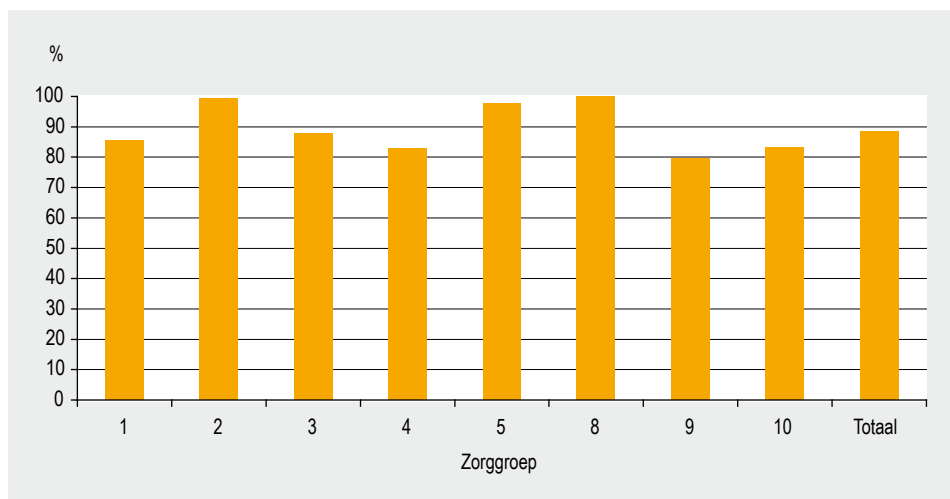
B4.3.6 Percentage patiënten met een BMI berekening in het afgelopen jaar

Waarom is deze indicator van belang?

De BMI (body mass index) is een getal waarmee de verhouding tussen lengte en gewicht wordt uitgedrukt. De BMI is van groot belang voor de behandeling van diabetes en voor leefstijladviezen (NDF, 2007). In de NHG richtlijn wordt geadviseerd om bij iedere patiënt tijdens zowel de jaar- als de kwartaalcontrole de BMI te berekenen. Dit betekent dat er bij iedere patiënt jaarlijks vier maal de BMI dient te worden berekend. Volgens de kwaliteitsparameters van de NDF Zorgstandaard dient ten minste één keer per jaar de BMI te worden berekend (NDF, 2007).

Bij 88,5% van de patiënten is jaarlijks minimaal één keer de BMI berekend

Het percentage patiënten met een BMI berekening in het afgelopen jaar bedraagt 88,5% (zie *figuur B4.6*). In zorggroep 8 werd bij alle patiënten minstens eenmaal de BMI berekend. In zorggroep 2 bedroeg dit percentage 99,4%. In de overige zorggroepen werd bij meer dan 79% van de patiënten de BMI berekend.



Figuur B4.6: Percentage patiënten waarbij de BMI minstens eenmaal is berekend in het afgelopen jaar, per zorggroep en voor het totaal (n=14.156)

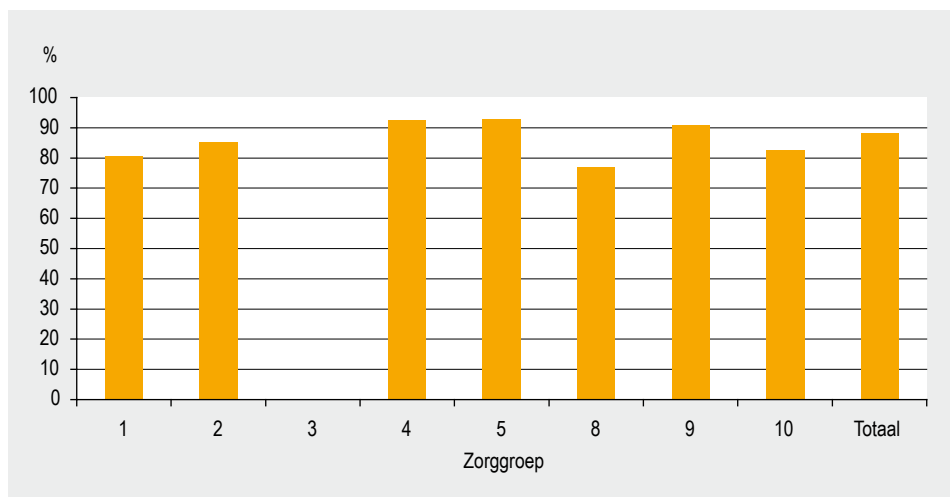
B4.3.7 Percentage patiënten met een nierfunctiekleding bepaling in het afgelopen jaar

Waarom is deze indicator van belang?

Controle van de nierfunctie is van belang vanwege het verhoogde risico bij diabetespatiënten op nierfalen en voor eventuele dosisaanpassingen van (co)medicatie. Daarnaast is controle van de nierfunctie van belang vanwege het verhoogde risico op cardiovasculaire aandoeningen bij diabetespatiënten met een verminderde nierfunctie (Gauw, 2006). Volgens de kwaliteitsparameters van de NDF Zorgstandaard dient ten minste één keer per jaar de nierfunctiekleding te worden bepaald (NDF, 2007).

Bij 88,3% van de patiënten wordt ten minste eenmaal de nierfunctiekleding bepaald

Het percentage patiënten waarbij de nierfunctie is bepaald, varieert van 77,0% (zorggroep 8) tot 92,8% (zorggroep 5). Bij 88,3% van de totale populatie is de nierfunctie bepaald in het afgelopen jaar (zie *figuur B4.7*). Vanwege onvoldoende kwaliteit van de aangeleverde data van zorggroep 3, zijn deze gegevens niet weergegeven.



Figuur B4.7: Percentage patiënten waarvan de nierfunctiekleding minstens eenmaal is bepaald in het afgelopen jaar, per zorggroep en voor het totaal (n=13.604)

B4.3.8 Percentage patiënten met een microalbumine bepaling in het afgelopen jaar

Waarom is deze indicator van belang?

Door het meten van microalbumine in de urine kan een inschatting worden gemaakt van de nierschade. Daarnaast geeft microalbumine een indruk van de mogelijke vaat schade (Grauw, 2006). Volgens de kwaliteitsparameters van de NDF Zorgstandaard dient ten minste één keer per jaar een microalbumine bepaling te worden gedaan (NDF, 2007).

De gerapporteerde gegevens over microalbumine bepalingen varieerden zeer sterk tussen de zorggroepen. Dit geeft een dermate onbetrouwbare weergave van de werkelijk geleverde zorg dat besloten is deze procesindicator niet te presenteren.

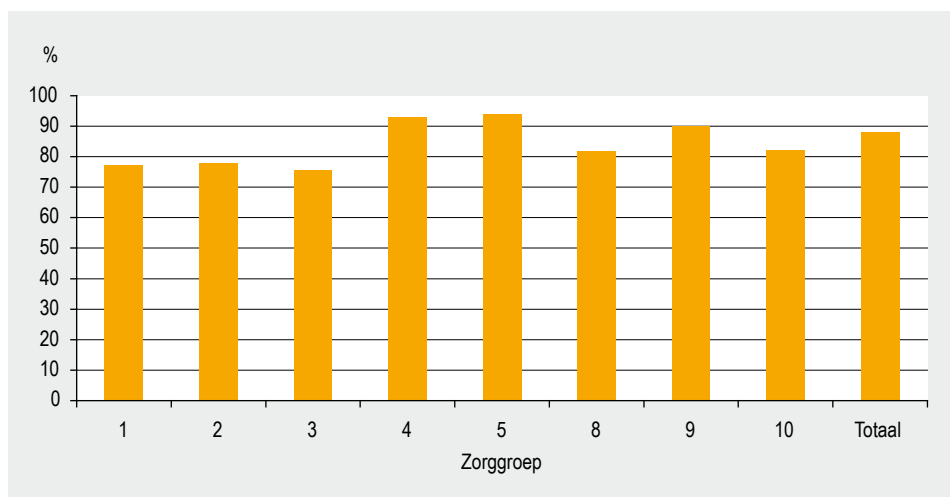
B4.3.9 Percentage patiënten met een LDL cholesterol bepaling in het afgelopen jaar

Waarom is deze indicator van belang?

Een verhoogde waarde van het LDL (lage dichtheid lipoproteïne) cholesterol geeft een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen. Aangezien diabetespatiënten al een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen hebben, is het belangrijk het LDL cholesterol te controleren. Volgens de kwaliteitsparameters van de NDF Zorgstandaard dient ten minste één keer per jaar een LDL cholesterol bepaling te worden gedaan (NDF, 2007).

Ruimte voor verbetering in meten LDL cholesterol

Bij 88,0% van de patiënten is het LDL cholesterol bepaald (zie *figuur B4.8*). In geen enkele zorggroep wordt dit bij 100% van de diabetespatiënten gedaan. Met name in zorggroep 1, 2 en 3 is er nog ruimte voor verbetering.



Figuur B4.8: Percentage patiënten waarbij het LDL cholesterol minstens eenmaal is bepaald in het afgelopen jaar, per zorggroep en voor het totaal (n=14.156)

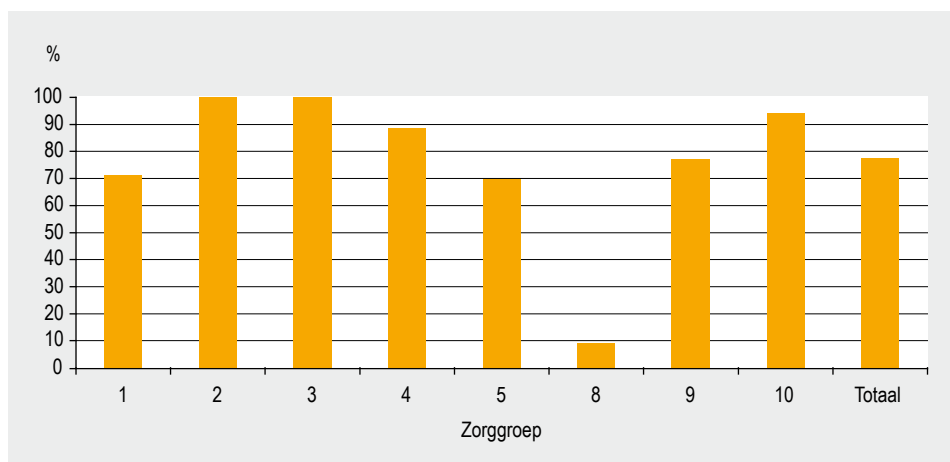
B4.3.10 Percentage patiënten waarvan het rookgedrag geregistreerd is in het afgelopen jaar

Waarom is deze indicator van belang?

Roken is, ook bij diabetespatiënten, een belangrijke risicofactor voor cardiovasculaire aandoeningen. Stoppen met roken is daarom van groot belang. In de NDF Zorgstandaard wordt onder goede diabeteszorg onder andere verstaan dat rokers hulp aangeboden krijgen bij het minderen of stoppen met roken. Daarvoor is het belangrijk dat het huidige rookgedrag wordt geregistreerd (NDF, 2007).

Rookgedrag bij 77,6% van de patiënten gerapporteerd

In het afgelopen jaar is het rookgedrag van 77,6% van de diabetespatiënten gerapporteerd (zie *figuur B4.9*). Zorggroep 2 en 3 hebben bij alle patiënten het rookgedrag geregistreerd. Bij zorggroep 8 is nog verbetering mogelijk, slechts van 9,1% van de patiënten is het rookgedrag bekend. In zorggroep 2, 5, 8 en 9 is begeleiding bij het stoppen met roken een onderdeel van het keten-dbc contract. Zij registreren met uitzondering van zorggroep 2 echter minder vaak het rookgedrag dan de meeste andere zorggroepen.



Figuur B4.9: Percentage patiënten waarvan het rookgedrag is gedocumenteerd in het afgelopen jaar, per zorggroep en voor het totaal (n=14.156)

B4.3.11 Percentage patiënten dat een diëtist consulteerde

Waarom is deze indicator van belang?

Door goede voeding en afvallen bij overgewicht kunnen diabetespatiënten hun prognose verbeteren (Bouma et al., 2006). Voor advies en begeleiding wordt in de NDF Zorgstandaard aanbevolen dat iedere patiënt eenmaal per jaar een consult heeft bij de diëtist (NDF, 2007).

In alle zorggroepen is dieetadvisering een onderdeel van het keten-dbc contract. De consulten met de diëtisten zijn door geen van de zorggroepen structureel gerapporteerd. Een aantal zorggroepen rapporteerde in het geheel geen consulten met de diëtist, de overige zorggroepen rapporteerden slechts enkele consulten. Dit geeft een onbetrouwbaar beeld van de werkelijk geleverde zorg, daarom is besloten deze procesindicator buiten beschouwing te laten.

B4.3.12 Percentage patiënten met zowel vier reguliere controles als een oog- en voetonderzoek in het afgelopen jaar

Waarom is deze indicator van belang?

Deze samengestelde procesindicator geeft inzicht in het percentage patiënten dat alle periodieke controles (vier controles en een oog- en voetonderzoek) heeft ondergaan in het afgelopen jaar. Deze indicator geeft inzicht in de door de zorggroep geleverde zorg waarop het tarief van de keten-dbc contracten mede is gebaseerd.

48,3% van de patiënten ontvangt zowel vier controles als voet- en oogonderzoek

Op basis van de in paragrafen B4.3.1 - B4.3.3 gepresenteerde procesindicatoren (percentage patiënten met vier reguliere controles, een voetonderzoek en een oogonderzoek) is het mogelijk om inzicht te krijgen in het percentage patiënten dat alle periodieke controles heeft ontvangen in het afgelopen jaar (zie tabel B4.2). Zorggroep 1, 4 en 10 zijn hierbij buiten beschouwing gelaten, vanwege eerder genoemde problemen met de dataregistratie. Het percentage patiënten dat alle periodieke controles ontvangt, varieert van 2,9% (zorggroep 3) tot 74,1% (zorggroep 8). In totaal ontvangt 48,3% van de patiënten alle periodieke controles. Bij het interpreteren van deze samengestelde procesindicator dienen de opmerkingen bij de afzonderlijke procesindicatoren niet vergeten te worden.

Tabel B4.2: Percentage patiënten met vier controles en oog- en voetonderzoek in het afgelopen jaar, per zorggroep en voor het totaal (n=5.935)

% patiënten met	Zorggroep					Totaal
	2	3	5	8	9	
- 4 controles	96,6	36,2	80,9	91,1	36,7	79,5
- Voetonderzoek	93,9	67,8	89,2	100,0	65,8	86,5
- Oogonderzoek	36,3	4,3	71,3	78,5	47,2	52,0
- 4 controles + voetonderzoek + oogonderzoek	34,5	2,9	52,9	74,1	17,4	48,3

B4.3.13 Percentage patiënten waarvan HbA1c, bloeddruk, BMI, LDL cholesterol, nierfunctiekларing, oog- en voetonderzoek en rookgedrag bekend dan wel gemeten is in het afgelopen jaar

Waarom is deze indicator van belang?

Deze indicator is een combinatie van eerdere indicatoren en wordt door veel zorggroepen gebruikt om inzicht te krijgen in het percentage patiënten dat de volledige Zorgstandaard krijgt. In deze indicator wordt het aantal reguliere controles dat iemand krijgt buiten buitenbeschouwing gelaten. Zorggroepen geven aan dat het aantal controles klinisch niet relevant is en geen doel op zich is.

Bij 27,8% van de patiënten zijn HbA1c, bloeddruk, BMI, LDL, nierfunctiekларing, albumine, oog- en voetonderzoek en rookstatus gerapporteerd in het afgelopen jaar

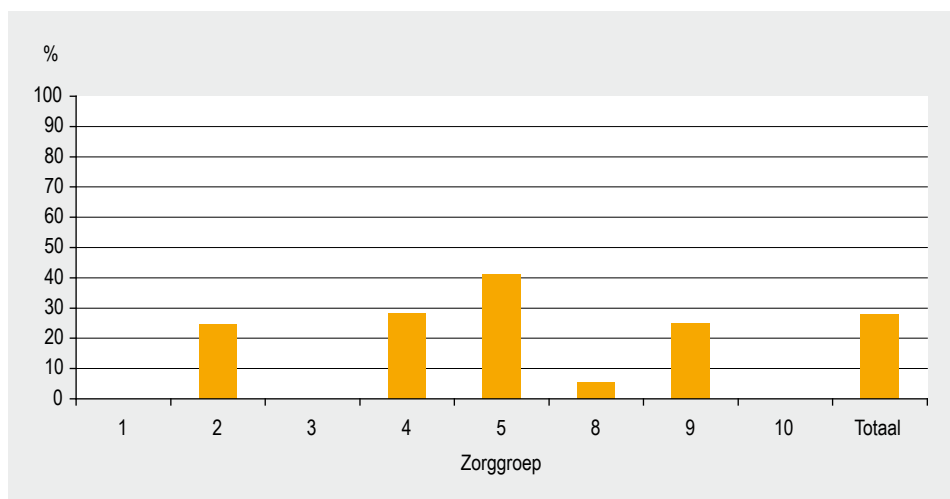
Bij 27,8% van de patiënten zijn HbA1c, bloeddruk, BMI, LDL cholesterol, nierfunctiekларing, oog- en voetonderzoek en albumine berekend of bepaald en is tevens de rookstatus bekend (zie *figuur B4.10*). Dit percentage verschilt sterk tussen de zorggroepen. Bij zorggroep 8 zijn van 5,3% alle gegevens bekend. Dit komt omdat bij zorggroep 8 van 9,1% van de patiënten de rookstatus bekend is.

Bij deze indicator zijn zorggroep 1, 3 en 10 buiten beschouwing gelaten. Zorggroep 3 is niet meegenomen vanwege de onbetrouwbare gegevens over de nierfunctiekларing. Zorggroep 1 is niet meegenomen omdat de door de zorggroep aangeleverde bestanden op patiëntniveau niet koppelbaar bleken. Hetzelfde geldt voor zorggroep 10. Derhalve is het voor deze beide zorggroepen niet mogelijke deze indicator weer te geven.

Tekstbox B4.2 Percentage patiënten dat de volledige Zorgstandaard krijgt is onduidelijk

De vraag welk percentage van de diabetespatiënten de volledige NDF Zorgstandaard ontvangt, is op dit moment moeilijk te beantwoorden. De Zorgstandaard laat voor een aantal onderdelen van de zorg ruimte voor meerdere interpretaties. Ook hanteren de zorggroepen verschillende samengestelde indicatoren om te bepalen in hoeverre hun patiënten de volledige Zorgstandaard krijgen, waarbij er (uiter-

aard) wel veel overlap bestaat. Veelal worden de consulten met de diëtist niet meegenomen in deze samengestelde indicator. Ook wordt de procesindicator van de vier periodieke controles vaak niet meegenomen. Zorggroepen geven aan dat het aantal controles klinisch niet relevant is en geen doel op zich.



Figuur B4.10: Percentage patiënten waarvan HbA1c, bloeddruk, BMI, LDL cholesterol, nierfunctieklaring, oog- en voetonderzoek en rookgedrag bekend dan wel berekend is in het afgelopen jaar, per zorggroep en voor het totaal (n=10.678)

B4.4 Uitkomstindicatoren

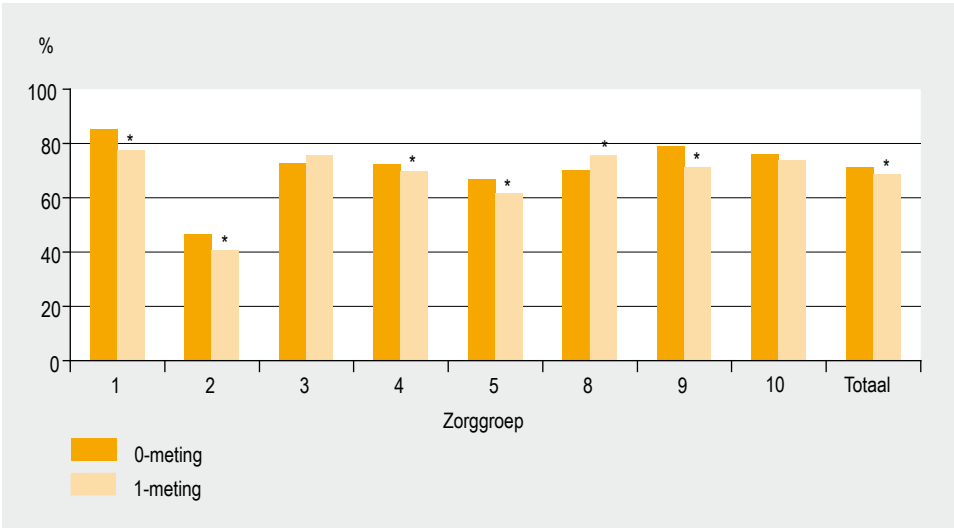
B4.4.1 Percentage patiënten met HbA1c <7,0%

Waarom is deze indicator van belang?

De HbA1c waarde is een weergave van de gemiddelde glucosewaarden gedurende de zes tot acht weken voor de bepaling en speelt daarmee een belangrijke rol in de controle en behandeling van diabetes. Verlaging van het HbA1c gedurende langere tijd kan het ontstaan van macro- en microvasculaire complicaties voorkomen (Bouma et al., 2006; UKPDS, 1998a). De streefwaarde voor de HbA1c waarde is <7,0%. Het gemiddelde HbA1c is geen indicator in de NDF Zorgstandaard, maar wordt als zodanig veel gebruikt in de literatuur.

69,0% van de diabetespatiënten heeft HbA1c waarde <7,0% bij de 1-jaarsmeting

Het percentage patiënten met een HbA1c waarde <7,0% bedroeg 71,2% in de 0-meting en daalde met 2,2% tot 69,0% in de 1-jaarsmeting (zie *figuur B4.11* en *tabel 2.8*). Het gemiddelde HbA1c van de totale onderzoekspopulatie nam licht toe van 6,67% (0-meting) naar 6,72% (1-jaarsmeting) (zie *tabel B4.3*). De gepresenteerde waarden van het HbA1c zijn vergelijkbaar met de (inter)nationale literatuur (Janssen et al., 2009; Zoungas et al., 2009; Sequist et al., 2008; Calvert et al., 2009; Cooper et al., 2009; Bovier et al., 2007; Holbrook et al., 2009; Cleveringa et al., 2008; Rutten, 2008b).



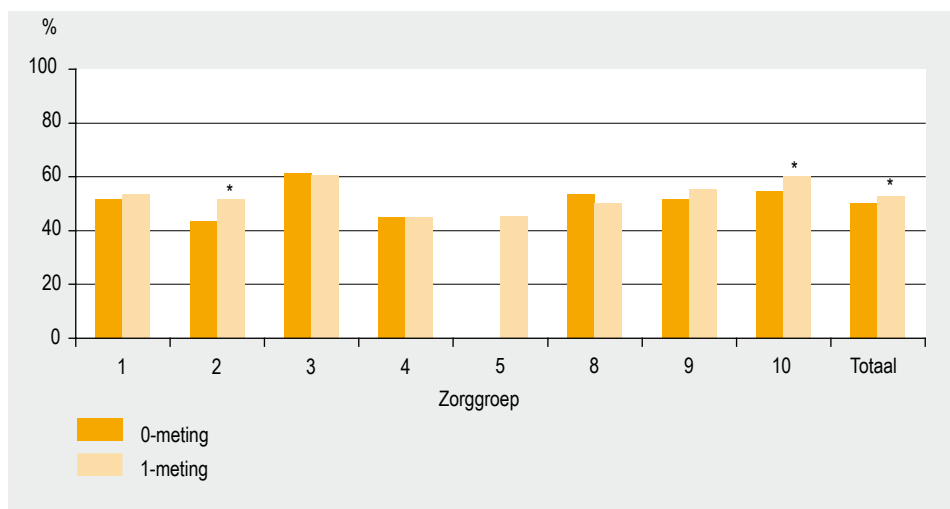
Figuur B4.11: Percentage patiënten met HbA1c <7,0%, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal (n=11.127)
** = significant (P<0,05)*

Het gemiddelde HbA1c van zorggroep 2 (7,28% in de 1-jaarsmeting) ligt aanzienlijk hoger dan de gemiddelde HbA1c waarden van de overige zorggroepen (zie *tabel B4.3* en *tabel 2.8*). Als gevolg hiervan ligt het percentage patiënten met een HbA1c <7,0% in deze zorggroep aanzienlijk lager dan bij de overige zorggroepen. Deze verschillen worden veroorzaakt door de afwijkende patiëntenpopulatie van zorggroep 2 ten opzichte van de overige zorggroepen. Zo maken de patiënten die door de internist behandeld worden ook deel uit van de zorggroep, in tegenstelling tot de andere zorggroepen. De gemiddelde diabetesduur van de patiënten bij zorggroep 2 is 7,5 jaar en daarmee langer dan bij de overige zorggroepen (zie *tabel 2.6*). Het interpreteren van deze uitkomstindicator zonder achtergrondinformatie van de zorggroep kan tot foutieve conclusies leiden over de kwaliteit van de geleverde zorg. Indien in de komende jaren de verwachte substitutie van de tweede lijn naar de zorggroep inderdaad gerealiseerd gaat worden, is het mogelijk dat, zoals bij zorggroep 2, het gemiddelde HbA1c van de zorggroep toeneemt.

Tabel B4.3: Gemiddelde HbA1c (%), in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal (n=11.127)

Zorggroep	0-meting	(SD)	1-jaarsmeting	(SD)	Vershil
1	6,39	(0,73)	6,52	(0,67)	0,12*
2	7,21	(1,10)	7,28	(1,01)	0,07
3	6,74	(0,99)	6,59	(0,67)	-0,13*
4	6,65	(1,06)	6,71	(0,98)	0,06*
5	6,72	(0,76)	6,83	(0,81)	0,11*
8	6,73	(0,81)	6,58	(0,82)	-0,14*
9	6,46	(0,91)	6,68	(0,94)	0,22*
10	6,55	(0,86)	6,65	(0,79)	0,10*
Totaal	6,67	(0,93)	6,72	(0,73)	0,05*

SD = standaard deviatie; * = significant (P<0,05)



Figuur B4.12: Percentage patiënten met een systolische bloeddruk <140 mmHg, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal (n=6.138)

* = significant ($P < 0,05$)

B4.4.2 Percentage patiënten met systolische bloeddruk <140 mmHg

Waarom is deze indicator van belang?

De systolische bloeddruk is de belangrijkste risicofactor voor het krijgen van macro-vasculaire complicaties. Daarnaast speelt bloeddruk ook een belangrijke rol bij het ontstaan van microvasculaire complicaties. Een goede controle van de bloeddruk remt het ontstaan van macro- en microvasculaire complicaties. De streefwaarde voor de systolische bloeddruk is <140 mmHg (Bouma et al., 2006). De gemiddelde systolische bloeddruk is geen indicator in de NDF Zorgstandaard, maar wordt als zodanig veel gebruikt in de literatuur.

Een lichte toename van het percentage mensen met een systolische bloeddruk <140 mmHg, maar laat ruimte voor verdere verbetering

Er is een lichte stijging te zien van het percentage patiënten met een bloeddruk lager dan 140 mmHg (zie *figuur B4.12*). In de 0-meting had 50,4% een systolische bloeddruk lager dan 140 mmHg, in de 1-jaarsmeting is dit percentage gestegen naar 53,0%. De zorggroepen slagen er dus beter in de streefwaarden op het gebied van systolische bloeddruk te realiseren. Het percentage patiënten met een systolische bloeddruk lager dan 140 mmHg varieert van 44,9% in zorggroep 4 tot 60,3 en 60,5 in respectievelijk zorggroep 10 en 3. Hier lijkt nog ruimte voor verdere verbetering.

Tekstbox B4.3 Zorggroep 5 problemen met bloeddrukmetingen in de 0-meting

In de 0-meting zijn in zorggroep 5 systematische fouten gemaakt in de uitvoering van de bloeddrukmetingen, waardoor deze gegevens onbetrouwbaar

zijn. Tijdens de 1-jaarsmeting zijn deze problemen opgelost. Derhalve worden voor deze zorggroep alleen gegevens van de 1-jaarsmeting gepresenteerd.

Geen veranderingen in gemiddelde systolische bloeddruk

Er is geen significante verandering te zien van de gemiddelde systolische bloeddruk van de totale populatie (zie *tabel B4.4*). Alleen in zorggroep 2 is een significante afname te zien van 4 mmHg. Verder is de gemiddelde systolische bloeddruk in bijna alle zorggroepen nagenoeg stabiel.

Tabel B4.4: Gemiddelde systolische bloeddruk (in mmHg), in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal (n=6.138)

Zorggroep	0-meting	(SD)	1-jaarsmeting	(SD)	Vershil
1	136	(18)	136	(18)	0
2	142	(18)	138	(17)	-4*
3	136	(19)	137	(17)	+1
4	141	(19)	141	(19)	0
5			141	(19)	
8	140	(14)	142	(20)	1
9	139	(17)	138	(18)	-1
10	137	(19)	136	(17)	-1
Totaal	139	(18)	138	(18)	+1

SD = standaard deviatie; * = significant (P<0,05)

B4.4.3 Percentage patiënten met BMI <25 kg/m², 25-30 kg/m² en >30 kg/m²

Waarom is deze indicator van belang?

De BMI (body mass index) is een getal waarmee de verhouding tussen lengte en gewicht wordt uitgedrukt. Een gezonde BMI ligt tussen de 20 en de 25 kg/m². Bij een BMI 25-30 kg/m² is er sprake van overgewicht en bij een BMI >30 kg/m² van obesitas. Overgewicht is een belangrijke oorzaak van het ontstaan van diabetes mellitus type 2. Bij een diabetespatiënt kan een reductie in het gewicht leiden tot lagere glucosewaarden en een lagere bloeddruk (Bouma et al., 2006). Naast het indelen van BMI in categorieën presenteren wij ook de gemiddelde BMI, aangezien deze indicator veelvuldig wordt gebruikt in de literatuur.

Percentage mensen met obesitas neemt toe in vrijwel alle zorggroepen

In zeven van de acht zorggroepen is er een toename te zien van het percentage patiënten met een BMI >30 kg/m² (zie *tabel B4.5*). In zorggroep 4, 9 en 10, als ook in de totale populatie, is deze toename significant. Alleen in zorggroep 1 is er een afname van het percentage obese patiënten te zien.

Tabel B4.5: Percentage patiënten in de verschillende BMI categorieën, in de 0-meting en 1-jaars-meting, per zorggroep en voor het totaal (n=10.062)

Zorggroep	<25 kg/m ²		25-30 kg/m ²		>30 kg/m ²	
	0-meting	1-jaarsmeting	0-meting	1-jaarsmeting	0-meting	1-jaarsmeting
1	16,8	17,9	42,3	41,6	40,9	40,5
2	18,0	17,5	42,4	41,7	39,5	40,9
3	14,2	14,2	45,7	43,3	40,1	42,5
4	16,3	13,6 *	41,1	41,0	42,7	45,4 *
5	16,5	16,1	45,0	45,2	38,5	38,7
8	19,1	18,6	43,3	43,5	37,6	38,0
9	17,2	16,4	45,3	41,1	37,5	42,4 *
10	16,8	15,3	43,3	42,7	39,9	42,0 *
Totaal	16,9	15,7 *	43,2	42,9	39,9	41,4 *

* = significant (P<0,05)

Gemiddelde BMI blijft hoog

In vier van de acht zorggroepen is een significante stijging te zien in de gemiddelde BMI (zie tabel B4.6). De gemiddelde BMI van de totale populatie was 29,62 kg/m² tijdens de 0-meting en steeg tot 29,76 kg/m² in de 1-jaarsmeting. Geconcludeerd kan worden dat de BMI van de diabetespopulatie onveranderd hoog is.

Tabel B4.6: Gemiddelde BMI (kg/m²), in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal (n=10.062)

Zorggroep	0-meting	(SD)	1-jaarsmeting	(SD)	Verschil
1	29,69	(5,28)	29,84	(5,43)	0,15*
2	29,72	(6,10)	29,80	(6,26)	0,09
3	29,72	(5,16)	29,93	(5,04)	0,21
4	29,94	(5,35)	30,42	(5,47)	0,48*
5	29,53	(4,75)	29,37	(4,80)	-0,16*
8	29,28	(5,25)	29,34	(5,27)	0,06
9	29,04	(4,59)	29,41	(4,72)	0,37*
10	29,64	(5,10)	29,73	(5,18)	0,09
Totaal	29,62	(5,14)	29,76	(5,21)	0,14

SD = standaard deviatie; * = significant (P<0,05)

B4.4.4 Percentage patiënten met nierfunctiekларing >60 ml/min, 30-60 ml/min en <30 ml/min

Waarom is deze indicator van belang?

Controle van de nierfunctie is van belang vanwege het verhoogde risico bij diabetespatiënten op nierfalen en voor eventuele dosisaanpassingen van (co)medicatie. Daarnaast is de nierfunctie van belang vanwege het sterk verhoogde risico op cardiovasculaire aandoeningen bij diabetespatiënten met een verminderde nierfunctie (Grauw, 2006). Bij een nierfunctiekларing van <60 ml/min is er een klinisch relevante vermindering van de nierfunctie en spreekt men van een verstoorde nierfunctie (Bouma et al., 2006).

Nierfunctie op verschillende manier bepaald in de zorggroepen

De nierfunctie bepaling is in alle zorggroepen structureel uitgevoerd en geregistreerd (zie procesindicator *paragraaf B4.3.7*). De nierfunctie is echter in de verschillende zorggroepen op verschillende manieren bepaald (zie *tekstbox B4.4*), waardoor er systematische verschillen in de uitkomsten ontstaan tussen de zorggroepen. Bij een indicator is het belangrijk dat er een uniforme wijze is van registeren en rapporteren. Gebeurt dit niet, dan kan dit leiden tot sterke vertekening. Om deze redenen is besloten deze indicator niet te presenteren.

Tekstbox B4.4 Verschillende manieren om nierfunctie te bepalen

De nierfunctie kan op verschillende manieren worden bepaald. Bij het beoordelen van de ernst van eventuele nierschade is een GFR-meting (glomerulaire filtratiesnelheid) het meest nauwkeurig. Deze methode is echter zeer tijdsintensief en het is in de praktijk niet haalbaar om deze meting bij alle patiënten uit te voeren. De GFR kan ook geschat worden door het berekenen van de klaring van de nierfunctie. Bij de berekeningen worden twee formules gebruikt. De Cockcroft en Gault formule wordt

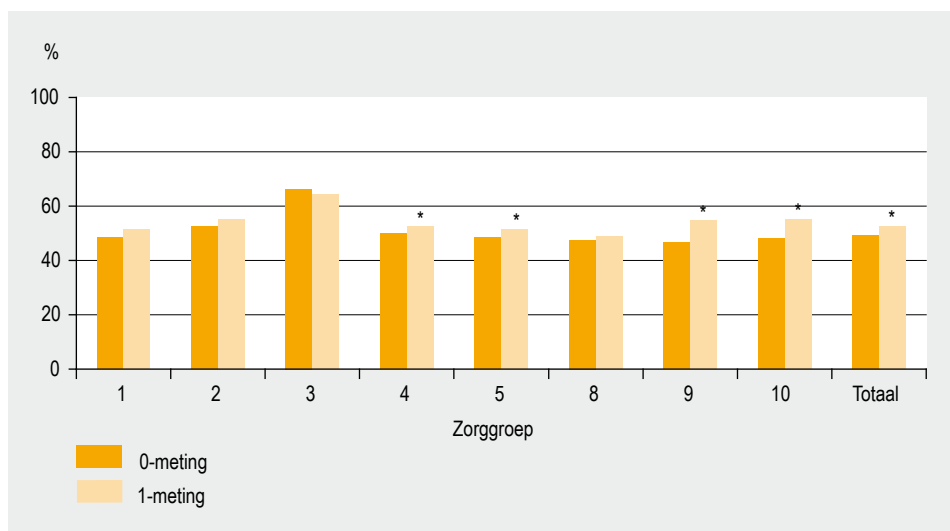
geadviseerd in NHG richtlijn. In deze formule wordt rekening gehouden met leeftijd, geslacht, gewicht en serum creatinine. Daarnaast kan de MDRD formule (Modification of Diet in Renal Disease) worden gebruikt. In deze formule wordt geen rekening gehouden met het gewicht. Ten slotte kan een schatting van de nierfunctie worden gemaakt aan de hand van alleen de serum creatinine concentratie, maar dit is vaak een onnauwkeurige maat voor de nierfunctie (Bilo et al., 2007).

B4.4.5 Percentage patiënten met microalbuminurie

Waarom is deze indicator van belang?

Wanneer er albumine in de urine zit wijst dit op nierschade. Daarnaast geeft de hoeveelheid microalbumine in de urine een indruk van de mogelijke vaatschade. Bij een albumineverlies van 20-200 mg/24 uur is er sprake van microalbuminurie (Bouma et al., 2006).

De registratiegegevens van deze uitkomstindicator zijn van onvoldoende kwaliteit en worden om deze reden niet gepresenteerd.



Figuur B4.13: Percentage patiënten met LDL cholesterol <2,5 mmol/l, in de 0-meting en 1-jaars-meting, per zorggroep en voor het totaal (n=6.849)

* = significant ($P < 0,05$)

B4.4.6 Percentage patiënten met LDL cholesterol <2,5 mmol/l

Waarom is deze indicator van belang?

Een verhoogde waarde van het LDL cholesterol geeft een verhoogd risico op cardiovasculaire complicaties. De streefwaarde voor het LDL cholesterol is <2,5 mmol/l (Bouma et al., 2006).

LDL cholesterol verbeterd

Het percentage patiënten met een LDL cholesterol lager dan 2,5 mmol/l is bij zeven zorggroepen licht toegenomen in de 1-jaarsmeting ten opzichte van de 0-meting (zie *figuur B4.13*). Vier zorggroepen laten een significante verbetering zien. Ook het percentage bij de totale populatie is significant verbeterd. In de 0-meting had 49,3% de streefwaarde bereikt, in de 1-jaarsmeting is dit toegenomen tot 52,6%.

Daling van het gemiddelde LDL cholesterol in alle zorggroepen

In vier van de acht zorggroepen is een significante daling te zien van het gemiddelde LDL cholesterol (zie *tabel B4.7*). Opvallend is de sterke daling van het LDL cholesterol in zorggroep 9. In de 0-meting was het gemiddelde LDL cholesterol in deze zorggroep 2,60 mmol/l en deze is verlaagd naar 2,43 mmol/l in de 1-jaarsmeting.

Tabel B4.7: Gemiddelde LDL cholesterol, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal (n=6.849)

Zorggroep	0-meting	(SD)	1-jaarsmeting	(SD)	Vershil
1	2,67	(0,92)	2,60	(0,89)	-0,08
2	2,54	(0,94)	2,45	(0,87)	-0,09*
3	2,25	(0,94)	2,21	(0,79)	-0,04
4	2,56	(0,93)	2,50	(0,89)	-0,06*
5	2,55	(0,84)	2,54	(0,78)	0,00
8	2,56	(0,88)	2,53	(0,84)	-0,01
9	2,60	(0,85)	2,43	(0,79)	-0,17*
10	2,57	(0,89)	2,46	(0,79)	-0,11*
Totaal	2,55	(0,89)	2,50	(0,83)	-0,05*

SD = standaard deviatie; * = significant (P<0,05)

B4.4.7 Percentage rokers en het percentage patiënten gestopt met roken in het afgelopen jaar

Waarom is deze indicator van belang?

Roken is, ook bij diabetespatiënten, een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten. Stoppen met roken is daarom van groot belang. In de NDF Zorgstandaard wordt onder goede diabeteszorg onder andere verstaan dat rokers hulp aangeboden krijgen bij het minderen of stoppen met roken (NDF, 2007).

Percentage rokers op basis van de registratiegegevens afgenomen

Op basis van de registratiegegevens rookt in totaal 16,9% van de patiënten tijdens de 0-meting en 16,5% tijdens de 1-jaarsmeting (zie figuur B4.14). Deze percentages liggen hoger dan het landelijke percentage rokers in de leeftijdscategorie 65 tot 74 jaar (zie tekstbox B4.5) (Limperg, 2009). Er is een grote spreiding in het percentage rokers tussen de zorggroepen in zowel de 0-meting (van 22,5% in zorggroep 9 tot 11,1% in zorggroep 3) als de 1-jaarsmeting (van 22,5% in zorggroep 9 tot 10,1% in zorggroep 2). Het percentage rokers uit registratiegegevens ligt 2% hoger dan het percentage rokers op basis van zelfrapportage (zie bijlage 5). Een mogelijke verklaring voor het verschil is het geven van sociaal wenselijke antwoorden door patiënten op vragen uit de patiëntenvragenlijst.

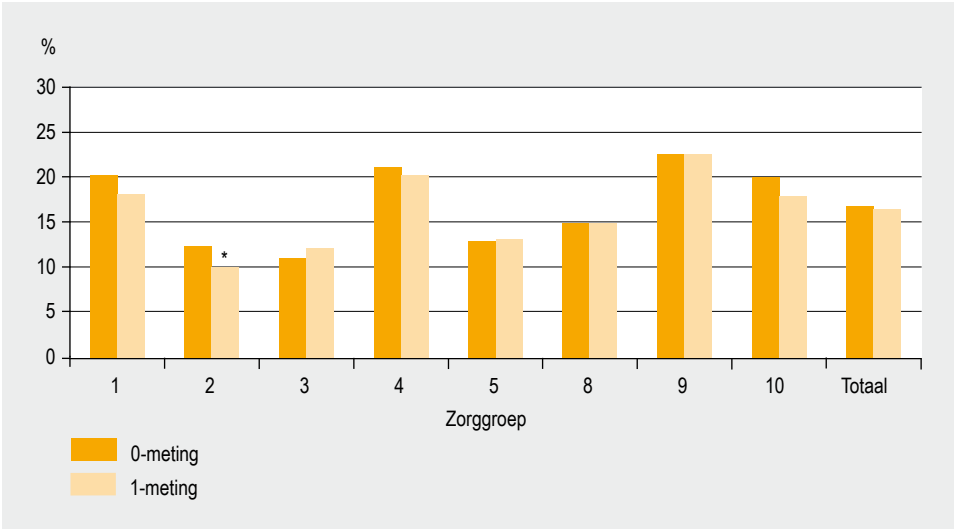
Tekstbox B4.5 Feiten en cijfers over roken in Nederland

In 2008 rookte 27% van alle volwassenen (15 jaar en ouder) in Nederland (Limperg, 2009). Van de mannen rookt 30% en van de vrouwen 24%. Het percentage

rokende volwassenen is beduidend lager bij 65-plus-sers, respectievelijk 14% en 10% in de leeftijdscategorieën 65 t/m 74 jaar en ouder dan 75 jaar.

Percentage rokers gestopt met roken in het afgelopen jaar

Van de patiënten, die in de 0-meting als roker geregistreerd zijn, is 9,1% gestopt in het afgelopen jaar (zie tabel B4.8). Er zijn grote verschillen te zien tussen de zorggroepen. In zorggroep 2 is een sterke afname van het aantal rokers te zien.



Figuur B4.14: Percentage rokers, op basis van registratiegegevens, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal (n=5.463)
* = significant ($P < 0,05$)

Het aantal patiënten dat stopt met roken is zeer laag (zie *tabel B4.8*). In zorggroep 1, 3 en 9 ging het om respectievelijk twee, één en twee patiënten. Vanwege deze kleine aantallen worden de percentages van zorggroep 1, 3 en 9 in de hoofdttekst van het rapport niet gepresenteerd.

Tabel B4.8: Percentage patiënten gestopt met roken gedurende het afgelopen jaar, op basis van registratiegegevens, per zorggroep en voor het totaal

	Zorggroep								
	1	2	3	4	5	8	9	10	Totaal
Aantal rokers bij 0-meting	20	83	61	296	200	7	19	236	922
Aantal gestopt bij 1-jaarsmeting	2	25	1	28	16	0	2	10	84
% gestopt met roken	10,0	30,1	1,6	9,5	8,0	0,0	10,5	4,2	9,1

B4.4.8 Percentage patiënten met voetafwijkingen

Waarom is deze indicator van belang?

Een diabetische voet wordt gekenmerkt door een infectie, ulceratie en/of aantasting van dieper gelegen weefselstructuren in de voet, die samenhangen met neurologische afwijkingen en verschillende graden van perifeer vaatlijden in de onderste extremiteit (Bouma et al., 2006). Wanneer een diabetische voet niet behandeld wordt, kan uiteindelijk een amputatie noodzakelijk zijn (Van Sloten et al., 2008). In de NDF Zorgstandaard worden de volgende indicatoren gebruikt voor het voetonderzoek: percentage diabetespatiënten met vastgelegde Sims-score, percentage diabetespatiënten met ulcera en percentage diabetespatiënten met amputaties in het afgelopen jaar (NDF, 2007)

Gegevensverzameling tijdens voetonderzoek niet uniform

De gegevens die tijdens een voetonderzoek geregistreerd worden, verschillen tussen de zorggroepen. Zo wordt in de ene zorggroep alleen geregistreerd dat er een afwijking te zien is, terwijl in een andere zorggroep de Sims-score wordt vastgelegd. De zorggroepen die meer gegevens registreren, rapporteren een hoger percentage patiënten met een voetafwijking dan de zorggroepen die beperkter registreren. Het doen van uitspraken over de relatie met de kwaliteit van de zorg wordt bemoeilijkt zolang deze gegevens niet op uniforme wijze worden geregistreerd. De gegevens van deze uitkomstindicator worden om deze reden niet gepresenteerd.

Opleiden van zorgverleners voor het verrichten van het voetonderzoek zal leiden tot een toename van het percentage patiënten met voetafwijkingen in de komende jaren

Tijdens de evaluatie hebben een aantal zorggroepen gericht aandacht besteed aan het verbeteren van de kwaliteit van het voetonderzoek. De zorggroepen hebben hiervoor bij- en nascholing georganiseerd voor de door hen gecontracteerde zorgverleners, met veel aandacht voor geprotocolleerd werken. Deze zorggroepen geven aan dat door de verhoogde kwaliteit van het jaarlijkse voetonderzoek meer afwijkingen worden opgespoord, waardoor het percentage patiënten met voetproblemen sterk toeneemt.

B4.4.9 Percentage patiënten met een oogafwijking

Waarom is deze indicator van belang?

Diabetische retinopathie is de aantasting van de haarvaatjes van het netvlies. Wanneer retinopathie niet behandeld wordt, kan dit leiden tot slechtziendheid en uiteindelijk zelfs tot blindheid (Polak et al., 2008). In de NDF Zorgstandaard worden de volgende indicatoren gebruikt voor het oogonderzoek: percentage diabetespatiënten met enige vorm van diabetische retinopathie, percentage diabetespatiënten met slechtziendheid en percentage diabetespatiënten met blindheid in het afgelopen jaar (NDF, 2007).

Kwaliteit van de gegevens omtrent diabetische retinopathie onvoldoende

In geen enkele zorggroep is de indicator 'percentage diabetische retinopathie' structureel geregistreerd en gerapporteerd. Bij deze indicator moet, net als bij de procesindicator retinopathie, rekening worden gehouden met diverse registratieproblemen (zie *paragraaf 4.3.3*). Veel zorggroepen geven aan dat de benodigde gegevens voor deze uitkomstindicator pas later goed zijn geregistreerd.

B4.4.10 Percentage patiënten met complicaties

Waarom is deze indicator van belang?

Diabetes kan op den duur leiden tot ernstige complicaties. In geval van complicaties kan het noodzakelijk zijn de behandeling te intensiveren in samenwerking met tweedelijns disciplines (NDF, 2007). In de NDF Zorgstandaard worden de volgende indicatoren gebruikt voor complicaties (naast de complicaties die al eerder genoemd zijn, zoals oog- en voetafwijkingen): percentage diabetespatiënten dat is overleden (inclusief leeftijd en doodsoorzaak), percentage diabetespatiënten met nieuwe hart- en vaatziekten en percentage diabetespatiënten met nierdialyse of transplantatie (NDF, 2007).

Gegevensverzameling van complicaties niet op uniforme wijze

Complicaties worden op dit moment niet uniform geregistreerd. Hierdoor ontstaan er grote verschillen tussen zorggroepen. Besloten is om deze indicator om deze reden niet te presenteren.

BIJLAGE 5 RESULTATEN VAN DE PATIËNTENENQUÊTE

Leeswijzer

In deze bijlage wordt allereerst de respons van de patiëntenenquête beschreven (*paragraaf B5.2*), waarna de patiëntkarakteristieken en het non-responsonderzoek worden gepresenteerd (*paragraaf B5.3*). Vervolgens wordt ingegaan op de patiëntenervaringen ten aanzien van de hoofdverantwoordelijke voor de zorg en de afstemming van de zorg (*paragraaf B5.4*), de leefstijl van de patiënt (*paragraaf B5.5*) en de comorbide aandoeningen, het voorkomen van hypo's en de mentale gezondheid (*paragraaf B5.6*). In *paragraaf B5.7* komt educatie en kennis over gezonde leefstijl en diabetes aan de orde.

B5.1 Inleiding

De patiëntenenquête geeft informatie over de patiënttevredenheid met betrekking tot de afstemming van de geleverde zorg en over de gezondheid en leefstijl van de patiënt.

B5.2 Respons patiëntenenquête

0-meting levert 863 ingevulde vragenlijsten op

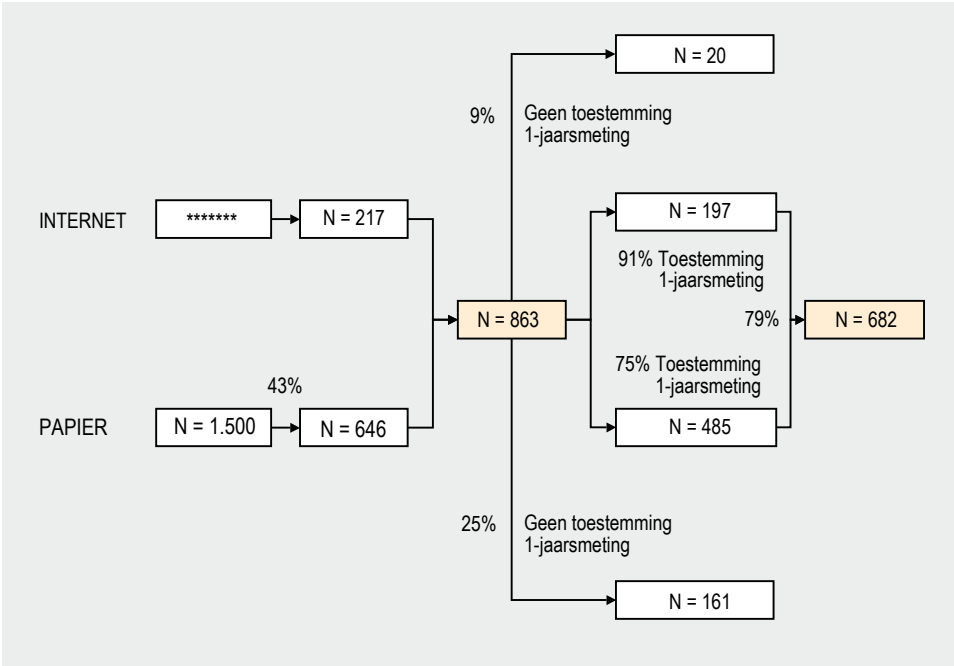
Van de 1.500 uitgedeelde papieren vragenlijsten zijn er 646 geretourneerd (respons 43%). Daarnaast zijn via internet 217 vragenlijsten ingevuld. In totaal zijn er 863 vragenlijsten ingevuld in de 0-meting (zie *figuur B5.1*). Van deze 863 respondenten gaf 79% (n=682) toestemming om hen na 1 jaar nogmaals te mogen benaderen met een vragenlijst. Het percentage dat toestemming gaf voor deelname aan de 1-jaarsmeting was hoger voor de internet variant dan voor de papieren vragenlijst, respectievelijk 91% (n=197) en 75% (n=485) (zie *figuur B5.1*).

Respons van de 1-jaarsmeting bedraagt 73%

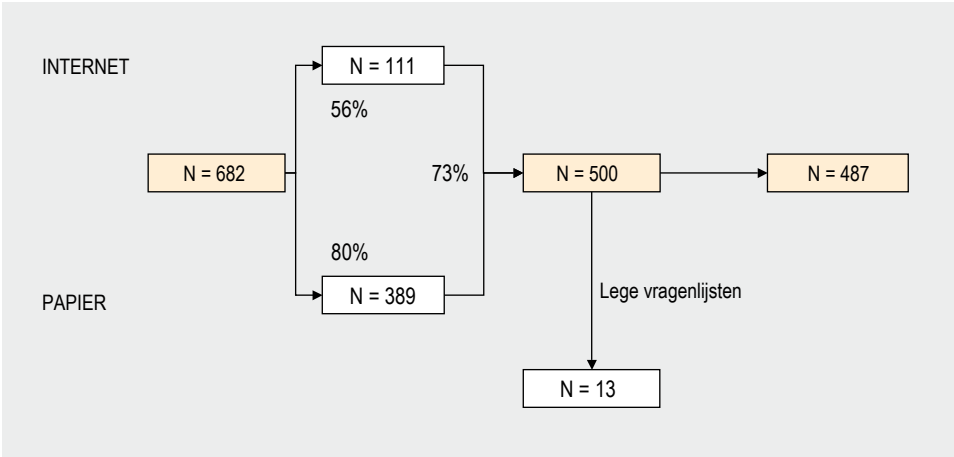
Alle respondenten die toestemming hadden gegeven om nogmaals benaderd te worden (n=682) hebben een vragenlijst per post of e-mail ontvangen voor de 1-jaarsmeting. Indien na vier weken geen vragenlijst was teruggestuurd, werd een reminder gestuurd. Het respons percentage van de 1-jaarsmeting bedroeg 73% (n=500) (zie *figuur B5.2*). Dertien papieren vragenlijsten werden oningevuld geretourneerd. De redenen hiervoor waren verhuizing (n=1), overlijden (n=6), foutief adres ingevuld op het toestemmingsformulier (n=2) of onbekend (n=4). In totaliteit zijn er dus 487 ingevulde vragenlijsten in de 1-jaarsmeting ontvangen.

Respons papieren vragenlijsten hoger dan respons internetversie

Het respons percentage van de papieren vragenlijsten (80%) was aanzienlijk hoger dan het respons percentage van de internetversie (56%). Een deel van dit verschil kan verklaard worden door het hoge percentage zogenaamde 'non-deliverable e-mails'. Dit houdt in dat e-mails verzonden zijn aan niet meer bestaande e-mailadressen. De oorzaak hiervan is onduidelijk; mogelijk hebben mensen hun e-mailadres gewijzigd gedurende het jaar



Figuur B5.1: Respons van de 0-meting



Figuur B5.2: Respons van de 1-jaarsmeting

of er zijn foutieve e-mailadressen opgegeven bij het invullen van het toestemmingsformulier in de 0-meting.

Respons wisselt sterk tussen zorggroepen

Het aantal geretourneerde vragenlijsten varieerde sterk tussen de verschillende zorggroepen. Zo zijn er van zorggroep 1 in de 0-meting 78 vragenlijsten ontvangen, terwijl er van zorggroep 9 en 10 meer dan 200 vragenlijsten binnen zijn gekomen (zie tabel B5.1). Ook de respons van de 1-jaarsmeting varieerde tussen de zorggroepen van 51,6%

Tabel B5.1: Patiëntkarakteristieken op basis van de 0-meting van de patiëntenenquête, per zorggroep en voor het totaal

	Zorggroep						Totaal
	1	2	3	4	9	10	
Respons 0-meting	78	108	108	129	215	225	863
Respons 1-jaarsmeting	49	66	65	71	111	125	487
Respons 1-jaarsmeting (%)	62,8	61,1	60,2	55,0	51,6	55,6	56,4
Patiëntkarakteristieken							
<i>Leeftijd</i> (in jaren)	67,4	59,3	64,8	65,3	60,9	65,0	63,7*
<i>Geslacht</i> (% vrouw)	50,7	34,3	50	50	56,5	39,8	47,1*
<i>Gemiddelde diabetesduur</i> (%)							
- < 1 jaar	10,4	8,4	12,0	11,7	6,1	7,1	8,6*
- 1 jaar < 2 jaar	10,4	4,7	12,0	18,8	12,1	9,8	11,4*
- 2 jaar < 10 jaar	59,7	40,2	57,4	53,1	62,1	59,8	56,6*
- ≥ 10 jaar	16,9	46,7	16,7	14,8	18,2	21,4	21,8*
- weet niet	2,6	0,0	1,9	1,6	1,4	1,8	1,5
<i>Opleiding</i> * (%)							
- Laag	60,6	34,7	60,6	61,2	34,8	52,9	48,7*
- Midden	29,6	36,6	26,6	25,9	46,1	31,4	34,3*
- Hoog	7,0	23,8	11,7	6,9	15,7	13,3	13,6*
- Anders	2,8	5,0	1,1	6,0	3,4	2,4	3,4*
<i>Etniciteit</i> (% Nederlands)	92,3	88,9	87,0	76,7	75,8	92,0	84,7*

= (Laag = t/m lts; Midden = mavo, mbo, havo, vwo; Hoog = hbo, wo); * = significant (P<0,05)

in zorggroep 9 tot 62,8% in zorggroep 1 (zie *tabel B5.1*), vooral door verschillen in de respons van de internetversie.

B5.3 Patiëntkarakteristieken van de onderzoekspopulatie

B5.3.1 Onderzoekspopulatie patiëntenenquête

Verschillen in patiëntkarakteristieken tussen zorggroepen

De patiëntkarakteristieken verschillen significant op alle patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht, diabetesduur, opleiding en etniciteit) tussen de zorggroepen (zie *tabel B5.1*). De patiënten uit zorggroep 2 en 9 waren jonger. Daarnaast waren de patiënten van zorggroep 2 vaker man en hoger opgeleid en had een groot deel langer dan tien jaar diabetes in vergelijking met de andere zorggroepen. In zorggroep 4 en 9 waren meer patiënten van allochtone afkomst (zie *tabel B5.1*). De significante verschillen in karakteristieken tussen de zorggroepen maakt de vergelijking tussen de zorggroepen lastig. Het kan bijvoorbeeld zijn dat mensen die langer diabetes hebben de zorg anders beoordelen dan mensen die recent de diagnose hebben gekregen of dat zij meer kennis hebben over diabetes.

B5.3.2 Non-responsonderzoek

Geen grote verschillen in leeftijd en geslacht tussen patiëntenenquête en registratie-data, wel in diabetesduur

Om te na te gaan of de patiëntenenquête representatief is voor de totale onderzoekspopulatie op basis van de registratiedata, zijn de karakteristieken van de respondenten van de enquête vergeleken met de karakteristieken van de totale onderzoekspopulatie.

Voor de meeste zorggroepen waren er geen grote verschillen te zien in leeftijd en geslacht tussen de respondenten van de patiëntenenquête en de totale onderzoekspopulatie (zie *tabel B5.2*). Uitzondering hierop zijn zorggroep 2 en zorggroep 10. Bij zorggroep 2 waren de respondenten van de patiëntenenquête gemiddeld jonger (59,3 jaar versus 65,9 jaar) en minder vaak vrouw (34,3% versus 54,9%) dan de patiënten van deze zorggroep op basis van de registratiegegevens. Bij zorggroep 10 waren de respondenten van de patiëntenenquête minder vaak vrouw in vergelijking met de registratiegegevens (39,8% versus 48,6%).

Voor de gemiddelde diabetesduur werden voor alle zorggroepen verschillen gevonden (zie *tabel B5.2*). Respondenten van de patiëntenenquête hadden gemiddeld langer diabetes dan de totale onderzoekspopulatie op basis van de registratiedata.

Geen verschil in patiëntkarakteristieken tussen respondenten en non-respondenten 1-jaarsmeting van de patiëntenenquête

De patiëntkarakteristieken van de respondenten en non-respondenten van de 1-jaarsmeting verschillen niet significant van elkaar (zie *tabel B5.3*). Hierbij is gekeken naar de totale populatie. Dit wil dus niet zeggen dat er binnen zorggroepen geen verschillen bestaan. Gesteld mag worden dat de respondenten van de 0-meting en de 1-jaarsmeting goed vergelijkbaar zijn.

B5.4 Hoofdverantwoordelijke en afstemming van de zorg

In deze paragraaf wordt besproken in hoeverre de invoering van de keten-dbc van invloed is op de door de patiënten ervaren samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners. Allereerst wordt ingegaan op de hoofdverantwoordelijke zorgverlener, waarna de samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners uitgebreid worden beschreven.

B5.4.1 Hoofdverantwoordelijke diabeteszorg: in de huisartspraktijk

In totaal geeft 88,5% van de patiënten aan dat een zorgverlener die werkzaam is in de huisartspraktijk, hoofdverantwoordelijk is voor zijn/haar diabeteszorg. Het betreft de huisarts (47,8%), de poh of doktersassistente (21,9%) of de diabetesverpleegkundige in de huisartspraktijk (18,8%) (zie *figuur B5.3*). Tussen de zorggroepen bestaan er aanzienlijke verschillen ten aanzien van welke zorgverlener door de patiënten als hoofdverantwoordelijke wordt gezien. Zorggroep 2 kijkt het sterkst af van de andere zorggroepen; bijna

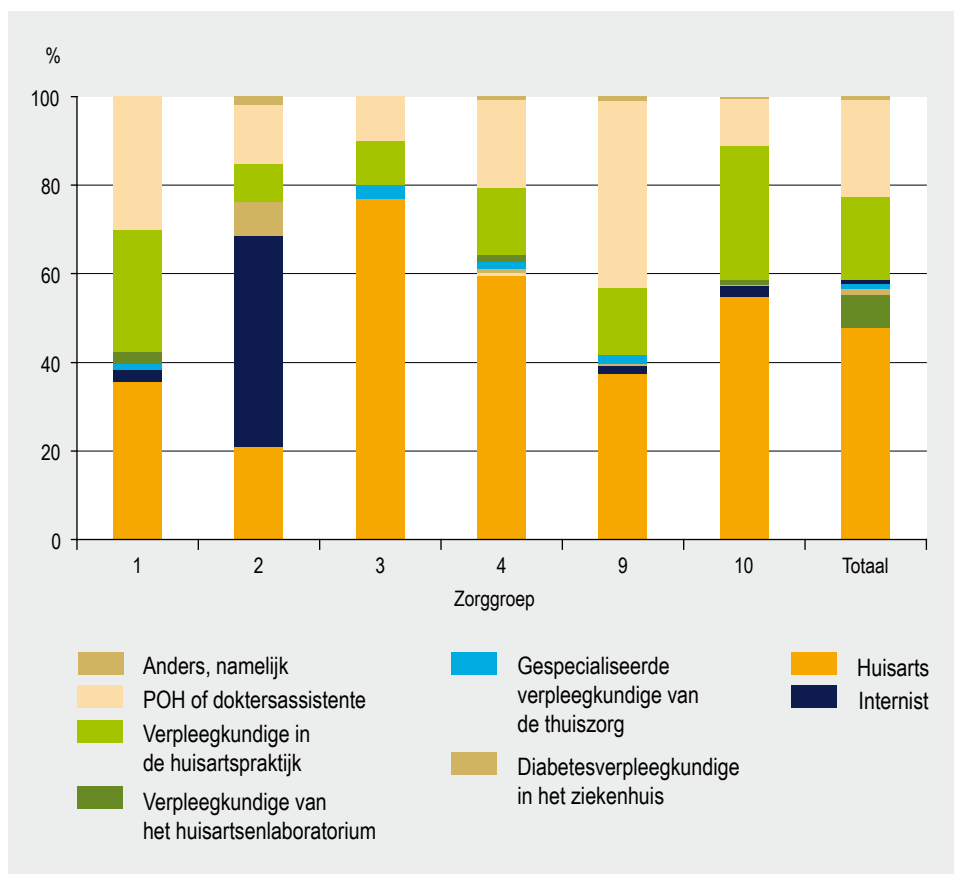
Tabel B5.2: Patiëntkarakteristieken op basis van de 0-meting van de patiëntenenquête en registratiegegevens per zorggroep, per zorggroep en voor het totaal

	Zorggroep												Totaal	
	1		2		3		4		9		10			
	PAT	REG	PAT	REG	PAT	REG	PAT	REG	PAT	REG	PAT	REG	PAT	REG
N	78	362	108	670	108	552	129	5,295	215	553	225	2,564	863	14,156
Patiëntkarakteristieken														
Leeftijd (in jaren)	67,4	67,0	59,3	65,9	64,8	67,7	65,3	67,0	60,9	63,7	65,0	66,2	63,7	67,1
Geslacht (% vrouw)	50,7	51,4	34,3	54,9	50,0	50,7	50,0	52,5	56,5	48,1	39,8	48,6	47,1	51,7
Gemiddelde diabetesduur (%)														
- < 1 jaar	10,4	18,7	8,4	13,0	12,0	13,5	11,7	20,3	6,1	14,1	7,1	32,5	8,6	16,2
- 1 jaar < 2 jaar	10,4	7,9	4,7	8,2	12,0	16,6	18,8	11,6	12,1	10,8	9,8	6,3	11,4	10,7
- 2 jaar < 10 jaar	59,7	66,9	40,2	46,0	57,4	57,7	53,1	53,8	62,1	60,2	59,8	33,2	56,6	57,2
- ≥ 10 jaar	16,9	6,5	46,7	32,8	16,7	12,2	14,8	14,4	18,2	14,8	21,4	27,9	21,8	15,9
- weet niet	2,6		0		1,9		1,6		1,4		1,8		1,5	
N = aantal diabetespatiënten; PAT = gegevens uit de patiëntenenquête; REG = gegevens uit de registratiesystemen														

Tabel B5.3: Patiëntkarakteristieken op basis van de 0-meting van de respondenten en non-respondenten van de 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

Zorggroep		1		2		3		4		9		10		Totaal	
		R	NR	R	NR	R	NR	R	NR	R	NR	R	NR	R	NR
N		49	29	66	42	65	43	71	58	111	104	125	100	487	376
Patiëntkarakteristieken															
Leeftijd (in jaren)		66,6	68,7	59,7	58,6	65,2	64,1	65,3	65,2	62,1	59,7	65,7	65,9	64,0	63,2
Geslacht (% vrouw)		53,2	46,4	36,4	31,0	55,4	41,9	52,9	46,4	57,7	55,3	43,1	35,7	49,6	43,8
Gemiddelde diabetesduur (%)															
- < 1 jaar		12,2	7,1	7,7	9,5	7,7	18,6	9,9	14,0	7,3	4,8	7,3	7,0	8,3	9,1
- 1 jaar < 2 jaar		12,2	7,1	7,7	0,0	6,2	20,9	19,7	17,5	11,8	12,5	6,5	14,0	10,3	12,8
- 2 jaar < 10 jaar		57,1	64,3	35,4	47,6	64,6	46,5	54,9	50,9	61,8	62,5	64,5	54,0	57,9	55,1
- ≥ 10 jaar		16,3	17,9	49,2	42,9	18,5	14,0	14,1	15,8	18,2	18,3	21,8	21,0	22,5	20,9
- weet niet		2,0	3,6	0,0	0,0	3,1	0,0	1,4	1,8	0,9	1,9	0,0	4,0	1,0	2,1
Opleiding* (%)															
- Laag		56,8	66,7	30,0	41,5	62,5	57,9	54,8	68,5	36,6	33,0	53,4	52,2	48,1	52,2
- Midden		34,1	22,2	38,3	34,1	25,0	28,9	29,0	22,2	46,5	45,6	32,2	30,4	35,1	30,4
- Hoog		9,0	3,7	26,7	19,5	10,7	13,2	9,7	3,7	15,8	15,5	13,6	13,0	14,5	13,0
- Anders		0,0	7,4	5,0	4,9	1,8	0,0	6,5	5,6	1,0	5,8	0,8	4,3	2,3	4,3
Etniciteit (% Nederlands)		89,8	96,6	89,4	88,1	90,8	81,4	74,6	79,3	81,1	70,2	92,8	91,0	86,4	82,4

N = aantal diabetespatiënten; R = respondenten 1-jaarsmeting; NR = non-respondenten 1-jaarsmeting; # = (Laag = t/m lts; Midden = mavo, mbo, havo, vwo; Hoog = hbo, wo)



Figuur B5.3: Hoofdverantwoordelijken voor diabeteszorg (in procenten) volgens de patiënt, in de 0-meting, per zorggroep en voor het totaal

de helft van de patiënten geeft aan de internist of de verpleegkundige in het ziekenhuis als hoofdverantwoordelijke voor hun diabeteszorg te zien. Dit is te verklaren doordat in zorggroep 2 een groot deel van de patiënten wordt behandeld door de internist in het ziekenhuis (zie *paragraaf 2.6*). Er zijn geen verschillen in de zorggroepen tussen de 0-meting en de 1-jaarsmeting wat betreft de hoofdverantwoordelijke (niet weergegeven in *figuur B5.3*). Het antwoord op de vraag wie verantwoordelijk is voor de afstemming van de zorg tussen de verschillende zorgverleners vertoont grote overeenkomsten met het antwoord op de vraag wie de hoofdverantwoordelijke is. Ook hier worden de huisarts (41,8%), de poh of doktersassistente (22,7%) en de verpleegkundige in de huisartspraktijk (17,6%) veel genoemd. Opmerkelijk is dat ongeveer 6% van de patiënten aangaf dat er niemand is die de verantwoordelijkheid voor de afstemming van de zorg op zich neemt en dat nog eens 6% aangaf daar zelf verantwoordelijk voor te zijn. Ook hier treden vrijwel geen veranderingen op tussen de 0-meting en de 1-jaarsmeting.

B5.4.2 Samenwerking en afstemming tussen zorgverleners

In de patiëntenenquête is allereerst een algemene vraag gesteld over de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners. Vervolgens is door middel van stellingen gevraagd naar de ervaringen van patiënten met de samenwerking en afstemming. Daarbij waren vijf antwoordcategorieën mogelijk van 'bijna nooit' tot 'bijna altijd'. Voor de algemene vraag wordt steeds de categorie 'uitstekend' in een figuur gepresenteerd en voor de stellingen de categorie 'bijna altijd'. Een overzicht van alle antwoordcategorieën is terug te vinden in *tabel B5.4*.

Tekstbox B5.1 Ongeveer één op de zeven patiënten geeft aan maar één diabeteszorgverlener te hebben

In de 0-meting gaf 14,4% van de patiënten aan maar één diabeteszorgverlener te hebben. In de 1-jaars-meting was dit 12,8%. Onduidelijk is in hoeverre deze patiënten in werkelijkheid maar met één diabe-

teszorgverlener te maken hebben. Daarnaast is het mogelijk dat patiënten bepaalde onderdelen van de zorg, zoals bijvoorbeeld het jaarlijks oogonderzoek, niet associëren met diabeteszorg.

Vraag

'Hoe beoordeelt u over het algemeen de samenwerking en afstemming van de verschillende zorgverleners?'

De patiënten beoordeelden de 'samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners over het algemeen' positief. In de 0-meting gaf 94,9% aan dat de samenwerking en afstemming tussen de zorgverleners 'goed' of 'uitstekend' is. Dit percentage daalde licht naar 92,9% in de 1-jaarsmeting (zie *tabel B5.4*). Wanneer alleen wordt gekeken naar het percentage patiënten dat de afstemming als 'uitstekend' beoordeelde, was een daling te zien van 27,1% naar 23,8% (zie *figuur B5.4*). In zorggroep 3 nam het percentage dat de samenwerking als 'uitstekend' beoordeelde toe, van 30,6% naar 37,0%.

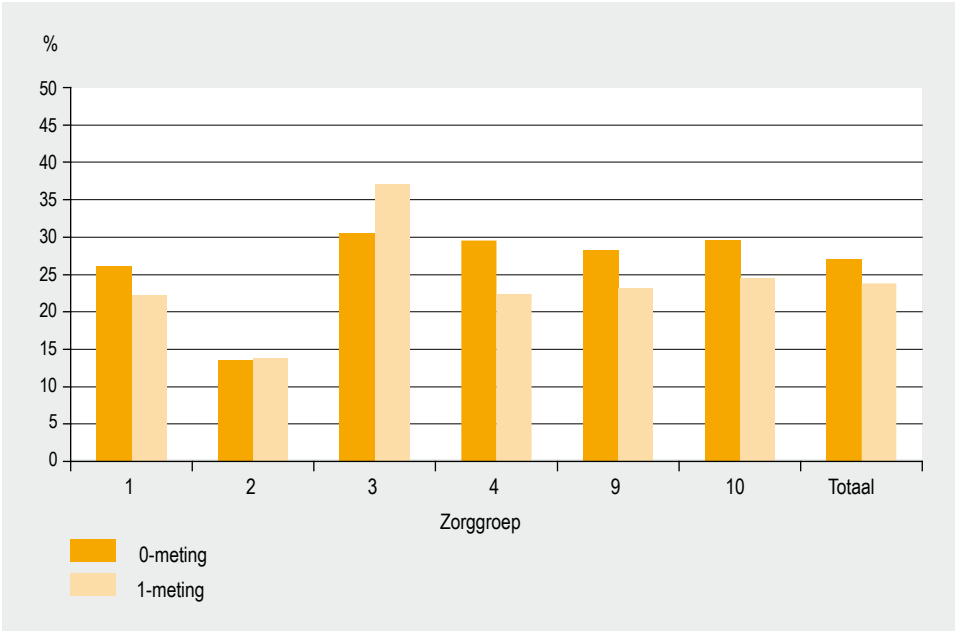
Deelaspecten van samenwerking en afstemming

Stelling

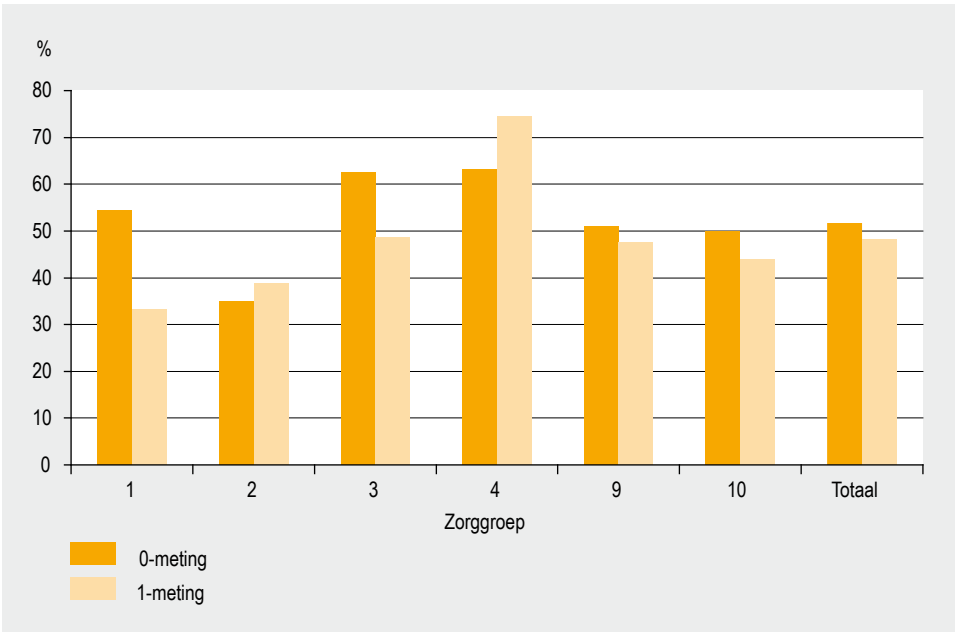
'De zorgverleners maakten goede afspraken met elkaar'

In de 0-meting gaf gemiddeld 85,2% van de patiënten aan dat 'bijna altijd' of 'meestal' goede afspraken tussen de zorgverleners worden gemaakt. Dit percentage nam in de 1-jaarsmeting toe tot 87,3%. Het percentage patiënten dat aangaf dat er 'bijna nooit' goede afspraken worden gemaakt, was 3,8% in de 0-meting en 3,3% in de 1-jaarsmeting (zie *tabel B5.4*).

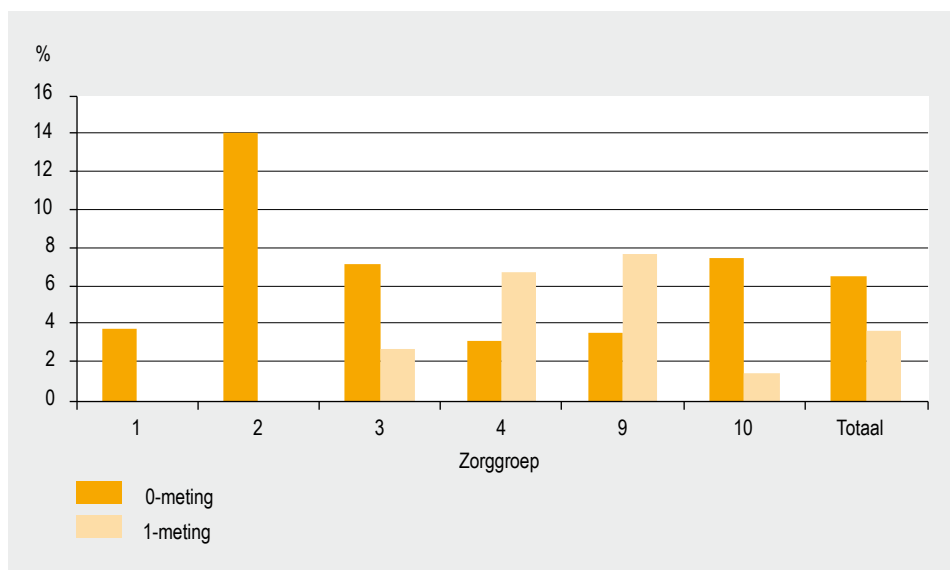
Wanneer alleen gekeken wordt naar het percentage patiënten dat aangaf dat 'bijna altijd' goede afspraken worden gemaakt, is een daling waar te nemen (zie *figuur B5.5*). Met name zorggroep 1 en 3 laten een forse daling zien (zie *tabel B5.4*).



Figuur B5.4: Percentage patiënten dat de afstemming en samenwerking tussen zorgverleners als ‘uitstekend’ beoordeelde, in de 0-meting en de 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal



Figuur B5.5: Percentage patiënten dat aangaf dat zorgverleners ‘bijna altijd’ goede afspraken met elkaar maken, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal



Figuur B5.6: Percentage patiënten dat aangaf 'bijna altijd' hun verhaal opnieuw te moeten vertellen, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

Stelling

'Als ik bij een zorgverlener kwam, moest ik opnieuw mijn verhaal vertellen'

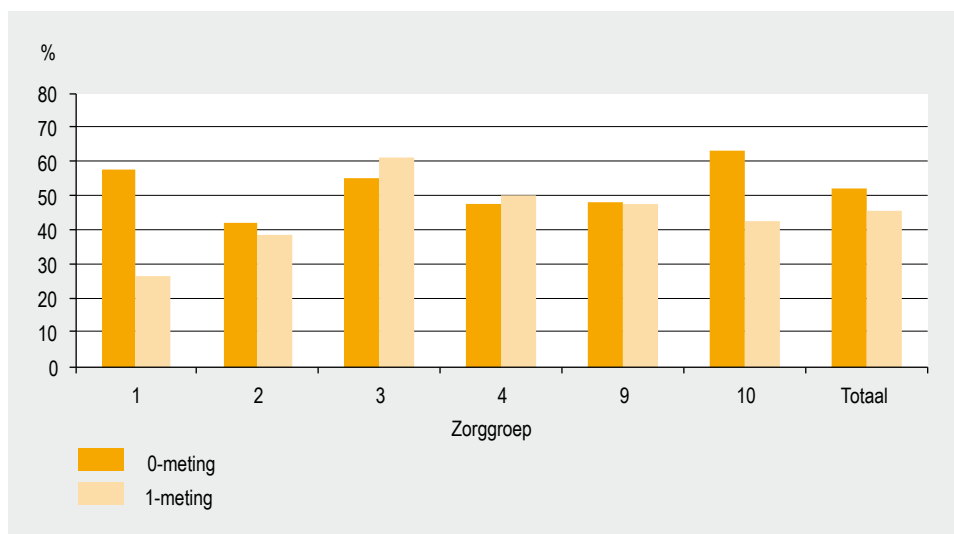
Het gemiddelde percentage patiënten in de totale onderzoekspopulatie dat aangaf 'bijna altijd' hun verhaal opnieuw te moeten vertellen, was gedaald van 6,5% in de 0-meting tot 3,6% in de 1-jaarsmeting (zie *figuur B5.6*). Ook het percentage patiënten dat 'meestal' aangaf, daalde met 2,9% (zie *tabel B5.4*). Bij zorggroep 1 en 2 gaf geen enkele patiënt meer aan 'bijna altijd' opnieuw zijn of haar verhaal te moeten vertellen.

Het percentage patiënten dat aangaf 'bijna nooit' hun verhaal opnieuw te moeten vertellen is gemiddeld licht afgenomen met 1,1% in de 1-jaarsmeting (zie *tabel B5.4*). Uitgesplitst naar zorggroep, neemt het percentage bij zorggroep 2, 3 en 9 toe, bij zorggroep 2 zelfs met 15,5%. Bij de overige drie zorggroepen (zorggroep 1, 4 en 10) nam het percentage af met respectievelijk 10,6%, 3,0% en 16,9%.

Stelling

'De adviezen van de verschillende zorgverleners waren tegenstrijdig'

In totaal gaf 52,1% van de patiënten in de 0-meting aan 'bijna nooit' tegenstrijdige adviezen van de verschillende zorgverleners te krijgen. In vier zorggroepen (zorggroep 1, 2, 9 en 10) was een afname te zien van het percentage patiënten dat aangaf 'bijna



Figuur B5.7: Percentage patiënten dat aangaf ‘bijna nooit’ tegenstrijdige adviezen van zorgverleners te krijgen, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

nooit’ tegenstrijdige adviezen te krijgen (zie *figuur B5.7*). De dalingen bij zorggroep 1 en 10, met respectievelijk 31,4% en 20,7%, zijn zelfs fors te noemen.

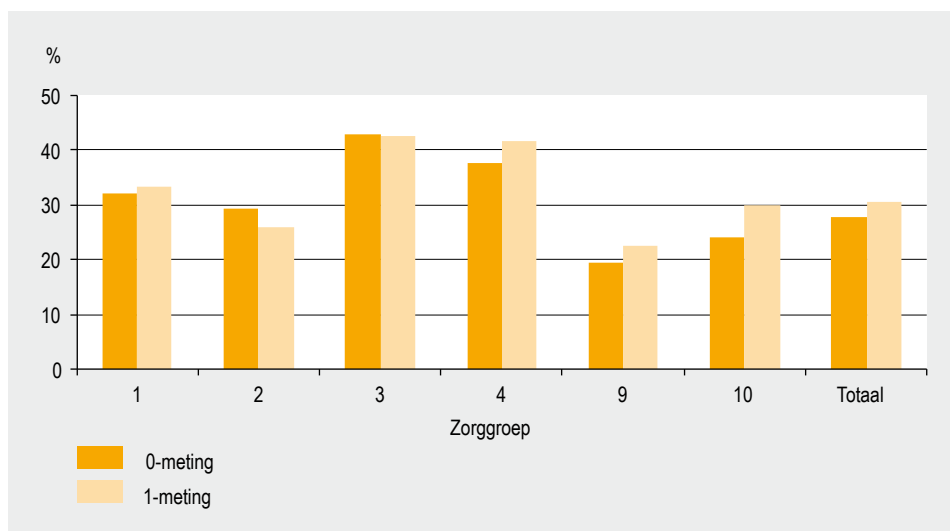
Het percentage patiënten van de totale onderzoekspopulatie dat aangaf ‘bijna nooit’ of ‘over het algemeen niet’ tegenstrijdig adviezen van verschillende zorgverleners te krijgen nam toe van 84,2% in de 0-meting tot 88,3% in de 1-jaarsmeting (zie *tabel B5.4*). Ook het percentage patiënten dat aangaf dat dit ‘bijna altijd’ het geval was, daalde van 1,8% in de 0-meting naar 0,7% in de 1-jaarsmeting. Bij vier zorggroepen (zorggroep 1, 2, 3 en 4) rapporteerde zelfs geen enkele patiënt meer dat er ‘bijna altijd’ tegenstrijdige adviezen werden gegeven.

Stelling

‘Wanneer ik bij 2 zorgverleners moest zijn in dezelfde instelling werden de afspraken gecombineerd op dezelfde dag’

Ongeveer één op de drie patiënten gaf aan dat afspraken ‘bijna altijd’ worden gecombineerd. In de 0-meting gaf 27,8% van de patiënten aan dat dit gebeurde en in de 1-jaarsmeting 30,5%. Bij vier van de zes zorggroepen rapporteerden patiënten verbeteringen (zie *figuur B5.8*).

Het percentage patiënten dat aangaf dat afspraken ‘bijna nooit’ gecombineerd worden, neemt in zorggroep 1 zelfs af tot 0%. Ook in zorggroep 9 en 10 werden door de patiënten aanzienlijke verbeteringen gerapporteerd (zie *tabel B5.4*).



Figuur B5.8: Percentage patiënten dat aangaf dat 'bijna altijd' afspraken gecombineerd worden op één dag, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

Stelling

'Bij een verwijzing kon ik snel bij een andere zorgverlener terecht'

In totaal gaf 35,7% van de respondenten in de 0-meting aan bij een verwijzing 'bijna altijd' snel bij een andere zorgverlener terecht te kunnen. In de 1-jaarsmeting was dit percentage gedaald naar 31,9% (zie *figuur B5.9*).

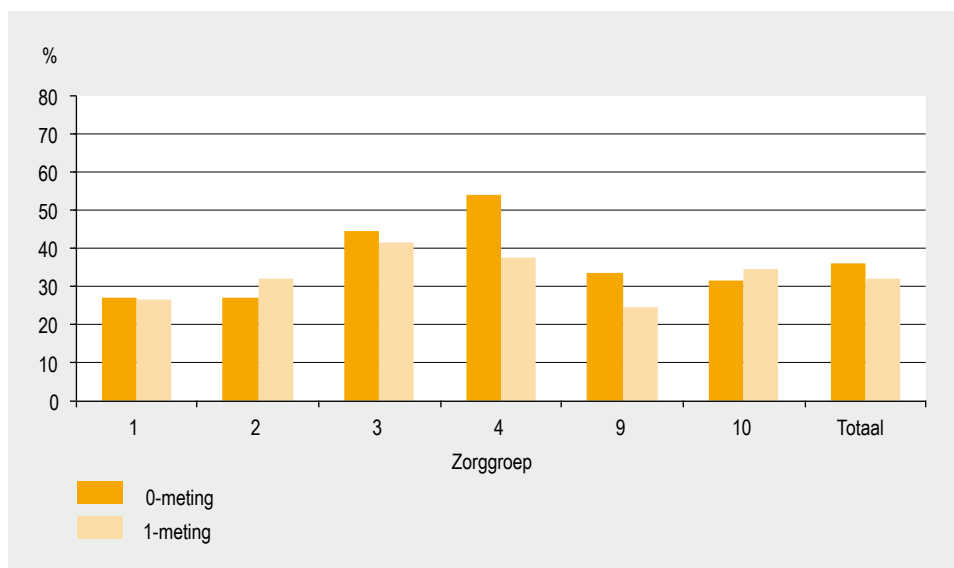
Uit *tabel B5.4* komt echter ook naar voren dat het percentage patiënten dat 'bijna nooit' rapporteerde, bij alle zorggroepen afnam (met uitzondering van zorggroep 4). In totaliteit nam dit percentage af van 8,4% in de 0-meting tot 5,6% in de 1-jaarsmeting.

Stelling

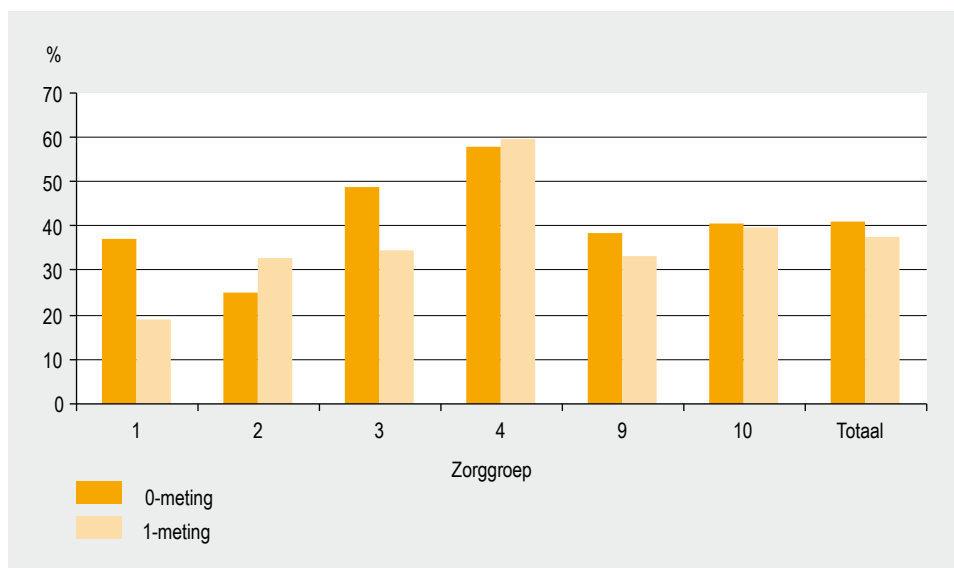
'De zorgverleners waren goed op de hoogte van de afspraken met de andere zorgverleners'

Het percentage patiënten dat aangaf dat zorgverleners 'bijna altijd' op de hoogte waren van de afspraken met andere zorgverleners nam af in de 1-jaarsmeting ten opzichte van de 0-meting (zie *figuur B5.10*). De afzonderlijke zorggroepen vertoonden verschillende trends, maar bij vier van de zes zorggroepen (zorggroep 1, 3, 9 en 10) daalde dit percentage.

Het percentage patiënten dat 'bijna nooit' invulde, verbeterde in de 1-jaarsmeting ten opzichte van de 0-meting (zie *figuur B5.11*). Dit is in feite tegengesteld aan de waargenomen trend van *figuur B5.10*. Deze tegenstelling werd niet bij iedere afzonderlijke zorggroep gevonden. Zo nam bij zorggroep 2 het percentage met 'bijna altijd' toe (zie *figuur*



Figuur B5.9: Percentage patiënten dat aangaf bij een verwijzing ‘bijna altijd’ snel bij een andere zorgverlener terecht te kunnen, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal



Figuur B5.10: Percentage patiënten dat aangaf dat zorgverleners ‘bijna altijd’ op de hoogte zijn van de afspraken met andere zorgverleners, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

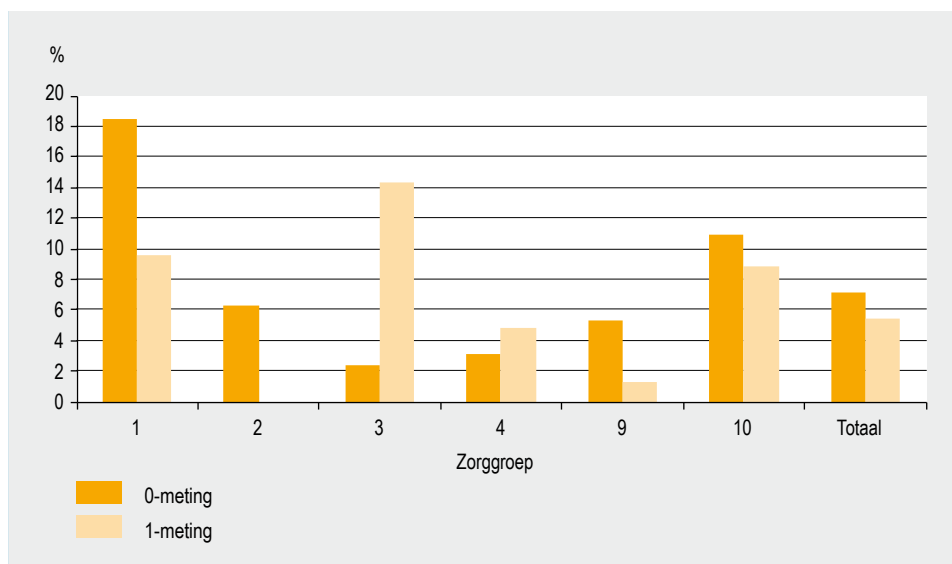
B5.10) en nam gelijktijdig het percentage met ‘bijna nooit’ af. De gevonden toename bij zorggroep 3 (van 2,4% in de 0-meting tot 14,3% in de 1-jaarsmeting) week af van de andere zorggroepen. De toename was wel in lijn met de afname van het percentage patiënten dat ‘bijna altijd’ rapporteerde bij deze vraag.

Tabel B5.4: Oordeel van de patiënt over de samenwerking en afstemming van de zorg in het afgelopen jaar (in procenten), in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

Meting	Zorggroep										Totaal	
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
N	78	49	108	66	108	65	129	71	215	111	225	125
‘Hoe beoordeelt u over het algemeen de samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners?’												
Slecht	0,0	0,0	2,2	1,7	0,0	0,0	0,9	1,5	0,6	3,2	0,0	2,0
Matig	3,3	2,2	11,2	15,5	2,0	3,7	2,7	4,5	5,1	4,2	3,6	3,9
Goed	70,5	75,6	73,0	69,0	67,3	59,3	67,0	71,6	66,1	69,5	66,8	67,8
Uitstekend	26,2	22,2	13,5	13,8	30,6	37,0	29,5	22,4	28,2	23,2	29,5	27,1
Deelaspecten												
‘De zorgverleners maakten goede afspraken met elkaar’												
Bijna nooit	9,1	0,0	3,0	0,0	2,1	2,9	0,0	0,0	5,2	5,1	3,8	3,8
Over het algemeen niet	3,0	0,0	9,1	8,2	2,1	5,7	1,5	2,3	0,9	2,6	3,8	0,0
Soms	3,0	9,5	18,2	10,2	4,2	2,9	2,9	2,3	6,9	3,8	7,2	7,2
Meestal	30,3	57,1	34,8	42,9	29,2	40,0	32,4	20,9	36,2	41,0	33,5	39,7
Bijna altijd	54,5	33,3	34,8	38,8	62,5	48,6	63,2	74,4	50,9	47,4	51,7	51,7
‘Als ik bij een zorgverlener kwam, moest ik opnieuw mijn verhaal vertellen’												
Bijna nooit	29,6	19,0	17,2	32,7	28,6	35,1	29,7	26,7	35,1	39,7	40,2	23,3
Over het algemeen niet	40,7	38,1	20,3	24,5	33,3	35,1	42,2	48,9	25,4	29,5	27,1	30,1
Soms	14,8	28,6	21,9	26,5	16,7	16,2	14,1	13,3	22,8	12,8	15,0	32,9
Meestal	11,1	14,3	26,6	16,3	14,3	10,8	10,9	4,4	13,2	10,3	10,3	12,3
Bijna altijd	3,7	0,0	14,1	0,0	7,1	2,7	3,1	6,7	3,5	7,7	7,5	1,4
‘De adviezen van de verschillende zorgverleners waren tegenstrijdig’												
Bijna nooit	57,7	26,3	41,9	38,3	55,0	61,1	47,6	50,0	48,2	47,4	63,3	42,6
Over het algemeen niet	26,9	57,9	35,5	53,2	32,5	30,6	36,5	40,5	35,5	39,7	24,5	42,6
Soms	7,7	15,8	17,7	8,5	7,5	5,6	9,5	7,1	10,9	9,0	10,2	11,8
Meestal	3,8	0,0	1,6	0,0	2,5	2,8	4,8	2,4	3,6	2,6	2,0	1,5
Bijna altijd	3,8	0,0	3,2	0,0	2,5	0,0	1,6	0,0	1,8	1,3	0,0	1,5
												0,7

Vervolg Tabel B5.4

Zorggroep												Totaal	
Meting	1	2		3		4		9		10		0	1
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
N	78	49	108	66	108	65	129	71	215	111	225	125	863
'Wanneer ik bij 2 zorgverleners moest zijn in dezelfde instelling werden de afspraken gecombineerd op dezelfde dag'													
Bijna nooit	20,0	0,0	16,9	16,0	8,6	12,1	13,1	12,2	19,5	5,3	25,0	14,9	18,5
Over het algemeen niet	8,0	11,1	13,8	16,0	5,7	21,2	3,3	4,9	13,3	13,2	13,0	14,9	10,8
Soms	24,0	22,2	18,5	8,0	8,6	6,1	19,7	9,8	20,4	21,1	16,0	17,9	18,0
Meestal	16,0	33,3	21,5	34,0	34,3	18,2	26,2	31,7	27,4	38,2	22,0	22,4	24,8
Bijna altijd	32,0	33,3	29,2	26,0	42,9	42,4	37,7	41,5	19,5	22,4	24,0	29,9	27,8
'Bij een verwijzing kon ik snel bij een andere zorgverlener terecht'													
Bijna nooit	11,5	10,5	4,8	2,1	8,3	2,9	4,6	5,0	8,1	6,4	12,7	7,1	8,4
Over het algemeen niet	7,7	10,5	7,9	8,5	2,8	5,9	3,1	10,0	2,7	7,7	5,9	8,6	4,7
Soms	11,5	15,8	12,7	6,4	8,3	11,8	7,7	7,5	18,9	12,8	7,8	18,6	11,9
Meestal	42,3	36,8	47,6	51,1	36,1	38,2	30,8	40,0	36,9	48,7	42,2	31,4	39,2
Bijna altijd	26,9	26,3	27,0	31,9	44,4	41,2	53,8	37,5	33,3	24,4	31,4	34,3	35,7
'De zorgverleners waren goed op de hoogte van de afspraken met de andere zorgverleners'													
Bijna nooit	18,5	9,5	6,3	0,0	2,4	14,3	3,1	4,8	5,4	1,3	10,9	8,8	7,1
Over het algemeen niet	3,7	0,0	20,3	6,1	7,3	0,0	3,1	2,4	4,5	6,4	6,9	4,4	7,6
Soms	11,1	19,0	9,4	18,4	4,9	5,7	6,3	4,8	11,6	12,8	11,9	17,6	9,8
Meestal	29,6	52,4	39,1	42,9	36,6	45,7	29,7	28,6	40,2	46,2	29,7	29,4	34,7
Bijna altijd	37,0	19,0	25,0	32,7	48,8	34,3	57,8	59,5	38,4	33,3	40,6	39,7	40,8



Figuur B5.11: Percentage patiënten dat aangaf dat zorgverleners 'bijna nooit' op de hoogte zijn van de afspraken met andere zorgverleners, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

Bij zorggroep 2 rapporteerde geen enkele patiënt in de 1-jaarsmeting dat zorgverleners 'bijna nooit' op de hoogte waren van de gemaakte afspraken.

B5.5 Leefstijl van mensen met diabetes

In deze paragraaf wordt de leefstijl van de respondenten van de patiëntenenquête besproken. Dit betreft voeding (*paragraaf B5.5.1*), lichamelijke activiteit (*paragraaf B5.5.2*) en rookgedrag (*paragraaf B5.5.3*).

B5.5.1 Voeding

Aan de hand van drie voedingsnormen voor groente/rauwkost, fruit/sap en ontbijten (zie *tekstbox B5.2*) is inzicht verkregen in de voedingsgewoonten van de diabetespatiënten in de zorggroepen.

Tekstbox B5.2: Voedingsnormen

Fruit/sap

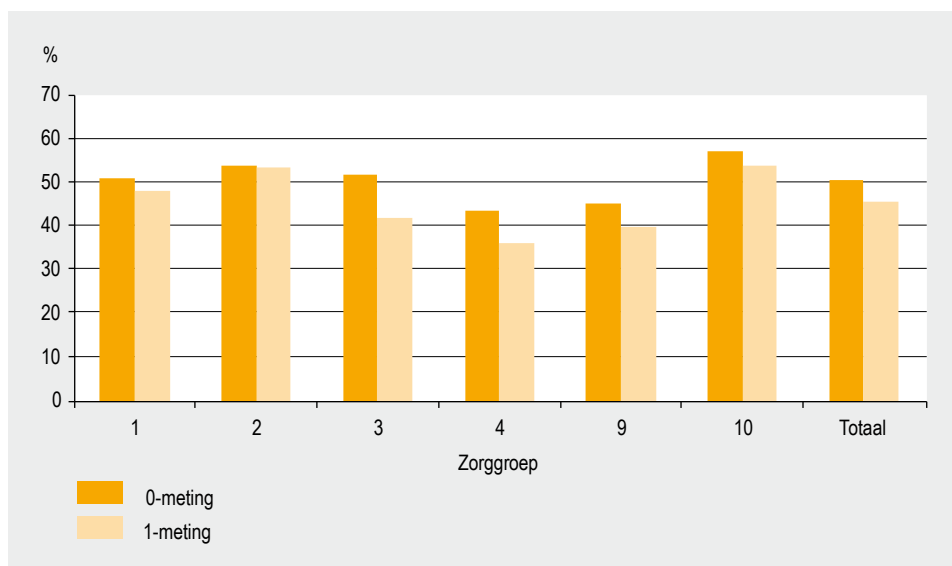
Men voldoet aan de voedingsnorm voor fruit/sap wanneer men dagelijks minimaal twee stuks fruit (of twee glazen sap) consumeert.

Groente/rauwkost

Men voldoet aan de voedingsnorm voor groente/rauwkost wanneer men dagelijks minimaal twee ons groente/rauwkost consumeert.

Ontbijten

Men voldoet aan de voedingsnorm voor ontbijten als men minimaal vijf dagen per week ontbijt.



Figuur B5.12: Percentage patiënten dat voldeed aan de voedingsnorm voor fruit/sap, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

Slechts de helft van de patiënten at voldoende fruit in de 0-meting en dit percentage nam verder af

Alle zorggroepen lieten een daling zien in het percentage mensen dat voldeed aan de voedingsnorm voor fruit/sap in de 1-jaarsmeting ten opzichte van de 0-meting (zie *figuur B5.12*). Zorggroep 3 liet de sterkste daling zien (van 51,5% in de 0-meting naar 41,7% in de 1-jaarsmeting), gevolgd door zorggroep 4 (van 43,4% naar 35,7%). In zorggroep 2 was het percentage vrijwel gelijk gebleven (53,8% versus 53,2%).

Bijna alle patiënten ontbijten minimaal vijf keer per week

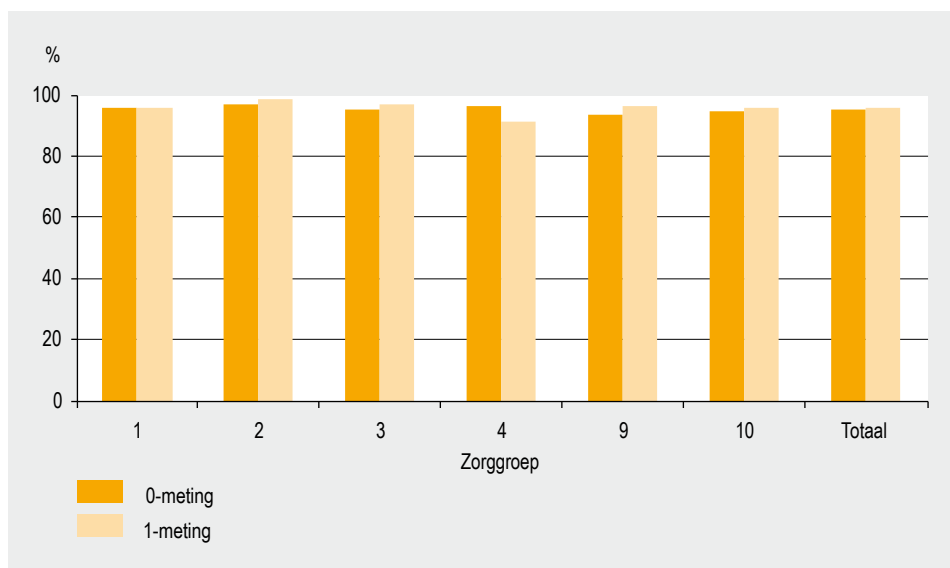
Het percentage patiënten dat voldeed aan de ontbijtnorm lag in alle zorggroepen boven de 90% in zowel de 0-meting als de 1-jaarsmeting (zie *figuur B5.13*). Dit percentage steeg licht in de 1-jaarsmeting. Alleen zorggroep 4 liet een daling zien ten opzichte van de 0-meting (van 96,6% naar 91,4%).

Ongeveer één op de drie patiënten voldeed aan de norm groente/rauwkost

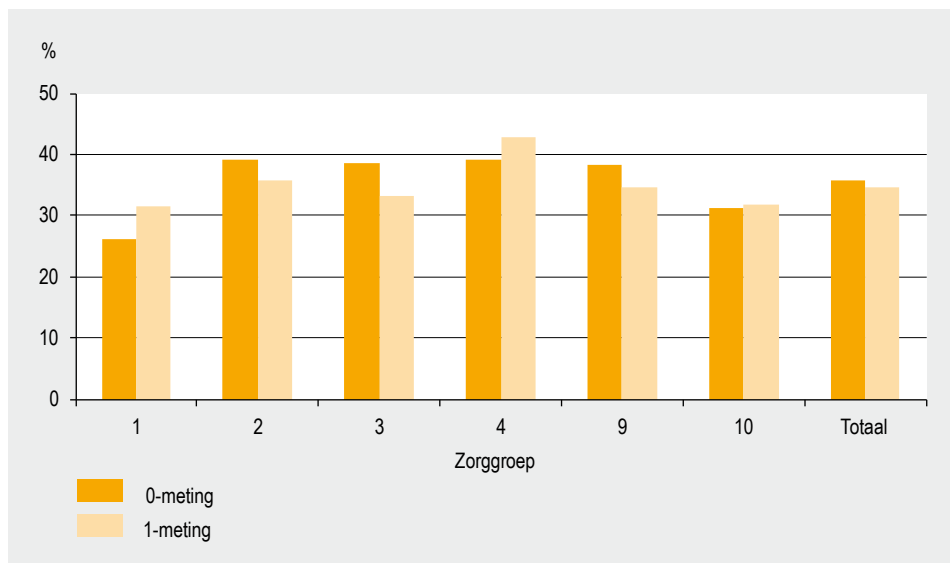
Figuur B5.14 geeft een beeld van het percentage patiënten dat voldeed aan de voedingsnorm voor groente/rauwkost per zorggroep in de 0-meting en 1-jaarsmeting. Voor de totale onderzoekspopulatie was het percentage met 1,0% licht afgenomen tot 34,7%.

B5.5.2 Lichamelijke activiteit

Aan de hand van de bewegingsnormen 'normactief' en 'fitnormactief' (zie *tekstbox B5.3*), is gekeken in hoeverre de patiënten in de zorggroepen voldoende bewegen.



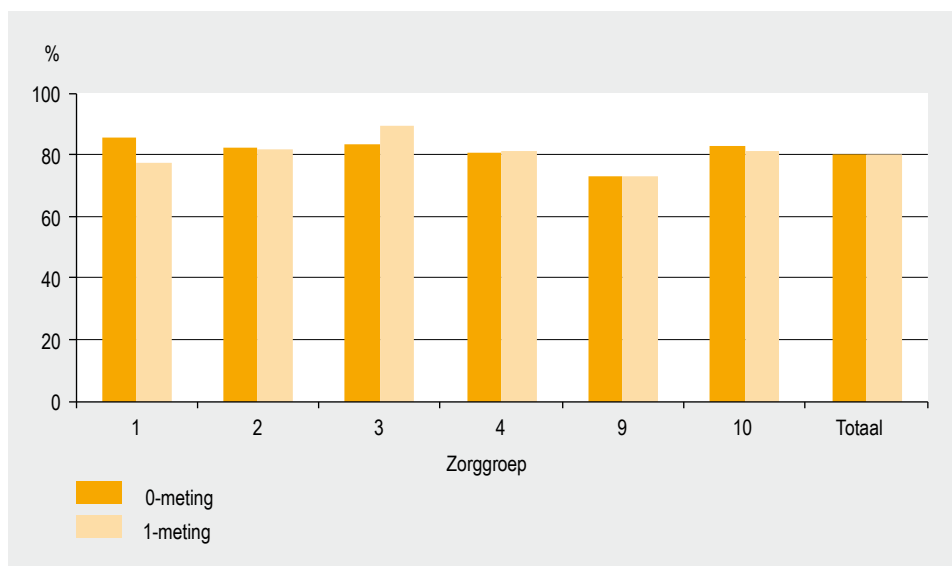
Figuur B5.13: Percentage patiënten dat voldeed aan de voedingsnorm voor ontbijten, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal



Figuur B5.14: Percentage patiënten dat voldeed aan de voedingsnorm voor groente/rauwkost, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

80% van de diabetespatiënten voldeed aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen in de 1-jaarsmeting

Uit de patiëntenenquête blijkt dat in zowel de 0-meting als de 1-jaarsmeting 80% van de diabetespatiënten voldeed aan de NNGB (zie *figuur B5.15*). De spreiding tussen de zorggroepen varieert van 73,0% in zorggroep 9 tot 89,1% in zorggroep 3. Op basis van de patiëntenenquête kan geconcludeerd worden dat de diabetespatiënten in de zorggroepen



Figuur B5.15: Percentage patiënten dat voldeed aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

pen, met uitzondering van zorggroep 9, evenveel of meer bewegen dan de gemiddelde Nederlander.

Tekstbox B5.3: Normen lichamelijke activiteit

Nederlandse Norm Gezond Bewegen / normactief

Indien men ongeacht het seizoen minimaal vijf dagen per week minimaal 30 minuten per dag ten minste matig intensief beweegt (bijvoorbeeld fietsen) voldoet men aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NGB).

In Nederland voldoet 73% van de mannen en 76% van de vrouwen in de leeftijdscategorie 55 tot 65 jaar aan de NGB (Kemper, et al., 2000).

Fitnorm / fitnormactief

Indien men minimaal drie keer per week 20 minuten (met een totaal van 60 minuten per week) zwaar intensief beweegt (bijvoorbeeld fitnessen) voldoet men aan de Fitnorm.

In Nederland voldoet ongeveer 61% van de Nederlanders van 55 t/m 64 jaar aan de Fitnorm. In de leeftijdscategorie 65 tot 74 jaar is dit 53% (Wendel-Vos en Frenken, 2008).

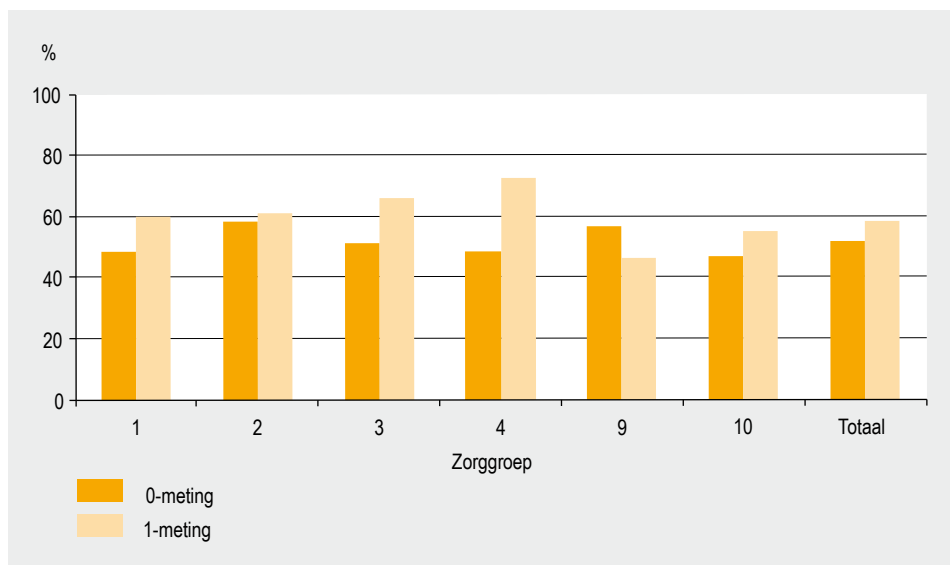
Grote stijging in percentage patiënten dat voldeed aan de Fitnorm

Het percentage fitnormactieven bedraagt in de 0-meting 51,5% en laat een stijging zien van bijna 7% tot 58,0% in de 1-jaarsmeting. Alle zorggroepen met uitzondering van zorggroep 9 lieten een stijging zien van het percentage fitnormactieven (zie *figuur B5.16*). Bij zorggroep 4 steeg het percentage fitnormactieven met de helft tot 72,5%.

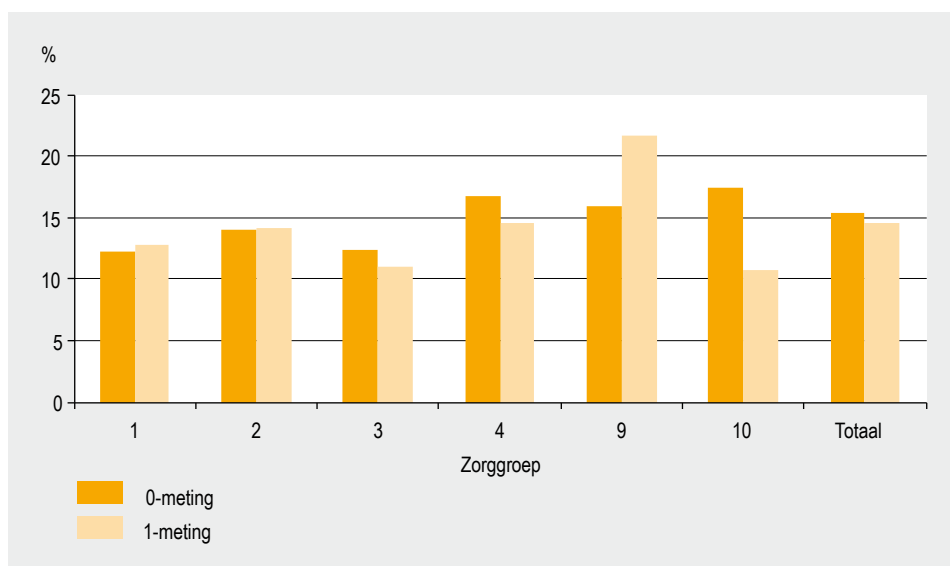
B5.5.3 Roken

Percentage rokers ligt nog boven het landelijke gemiddelde in dezelfde leeftijdscategorie

Gemiddeld rookte 15,4% van de diabetespopulatie tijdens de 0-meting en 14,5% tijdens de 1-jaarsmeting (zie *figuur B5.17*). Ter vergelijking, de landelijke prevalentie van roken



Figuur B5.16: Percentage patiënten dat voldeed aan de fitnorm, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal



Figuur B5.17: Percentage rokers, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

wordt geschat op 14% in de leeftijdscategorie 65 t/m 74 jaar (Limperg, 2009) (zie *tekstbox B4.5* in *paragraaf 4.4.7*). Van de rokende patiënten gaf 13,0% aan geen advies te hebben gekregen om te stoppen met roken (niet weergegeven). Zorggroep 9 liet een stijging zien in het percentage rokers, van 15,9 tot 21,6%. De oorzaak van deze stijging is onduidelijk. Zorggroep 10 liet daarentegen een daling zien, van 17,4 tot 10,7%.

B5.6 Comorbiditeit, hypo's en mentale gezondheid

B5.6.1 Comorbiditeit

Voor het uitvragen van het aantal, door de arts vastgestelde, aandoeningen dat men heeft naast diabetes (comorbiditeit), is gebruik gemaakt van de standaardvraagstellingen van de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid. In de vragenlijst van de Monitor is hoge bloeddruk één van de comorbide aandoeningen. Aangezien hoge bloeddruk een complicatie is van diabetes wordt deze apart gepresenteerd.

Bij 57,7% van de diabetespatiënten heeft een arts een comorbide aandoening vastgesteld in de 1-jaarsmeting

Veel diabetespatiënten gaven aan één of meerdere comorbide aandoeningen te hebben (zie *figuur B5.18*). Het percentage patiënten met één of meer comorbide aandoeningen, vastgesteld door een arts, bedroeg 57,7% voor de totale onderzoekspopulatie in de 1-jaarsmeting. Bij vier van de zes zorggroepen (zorggroepen 2, 3, 4 en 9) was er sprake van een stijging van het percentage patiënten met comorbiditeit in de 1-jaarsmeting ten opzichte van de 0-meting.

Zorggroep 2 en 4: hoog percentage comorbiditeit en verdere toename in de 1-jaarsmeting

Patiënten uit zorggroep 2 rapporteerden een hoog percentage comorbiditeit (60,2%). Dit zou kunnen komen door de al eerder beschreven afwijkende patiëntenpopulatie (zie *paragraaf 2.6* en *bijlage 4*). In deze zorggroep is de grootste toename (11,0%) gerapporteerd in de 1-jaarsmeting. Ook in zorggroep 4 was er een toename te zien van het percentage patiënten dat aangaf een comorbide aandoening te hebben, van 62,8 % in de 0-meting tot 70,4% in de 1-jaarsmeting.

37,8% van de totale onderzoekspopulatie heeft een hoge bloeddruk in de 0-meting

In totaal gaf 37,8% van de patiënten aan een hoge bloeddruk te hebben in de 0-meting. In de 1-jaarsmeting was dit percentage licht afgenomen (zie *figuur B5.19*). Er zijn grote verschillen te zien tussen de zorggroepen. In zorggroep 9 was in de 0-meting bij 52,1% van de patiënten een hoge bloeddruk vastgesteld. In zorggroep 3 lag dit percentage op 25%.

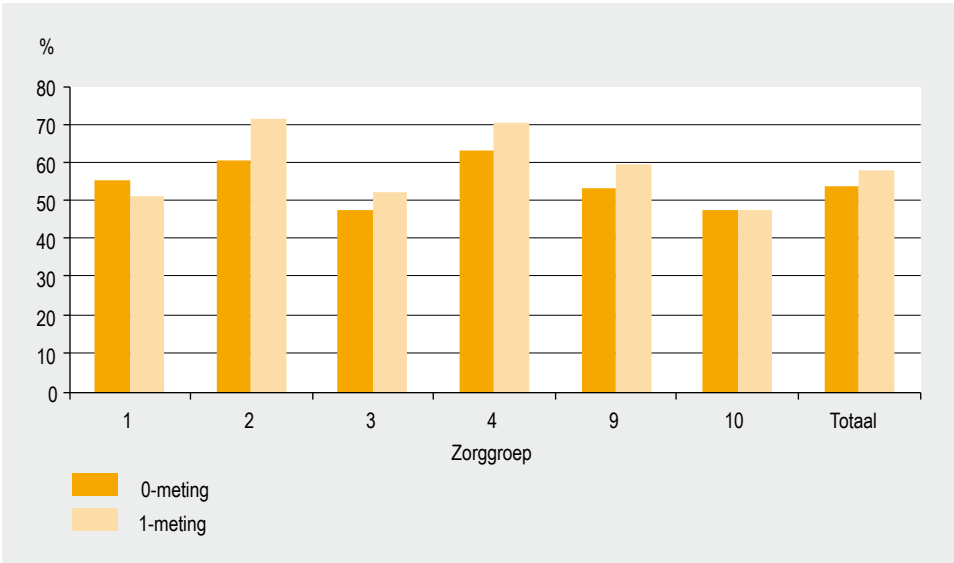
Tekstbox B5.4 Afwijkende percentages voor hoge bloeddruk ten opzichte van registratiegegevens

Het percentage patiënten met een hoge bloeddruk uit de patiëntenenquête (37,8% in de 1-jaarsmeting) ligt aanzienlijk lager dan het percentage patiënten met een hoge bloeddruk op basis van de registratiegegevens (53,0% in de 1-jaarsmeting) (zie *tabel 2.8*).

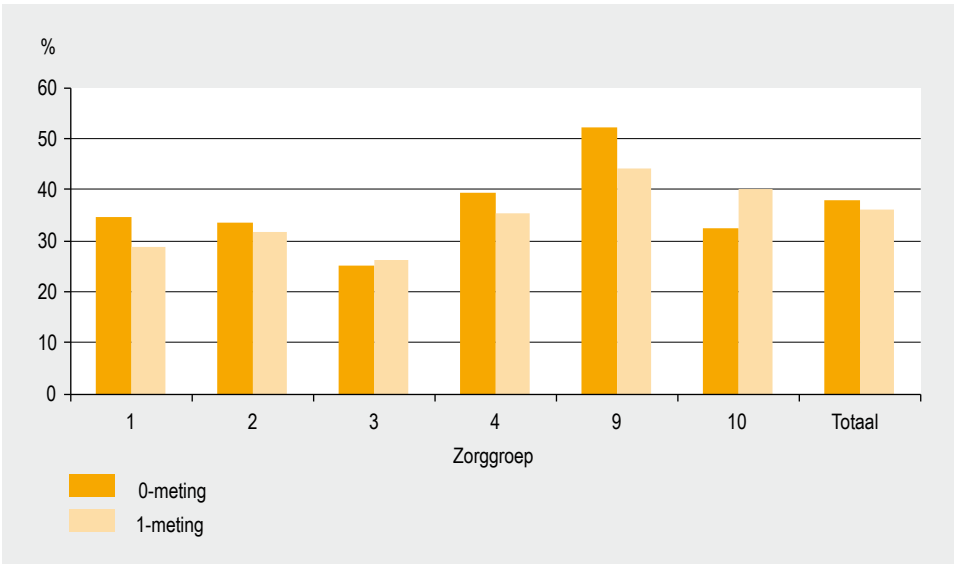
Een mogelijke verklaring voor dit verschil is wat patiënten verstaan onder een hoge bloeddruk. Van de patiënten die aangeven een systolische bloeddruk van 140 of hoger te hebben, geeft 48,2% aan dat dit naar hun oordeel een goede waarde is.

Klachten aan het bewegingsapparaat komen veel voor

Tabel B5.5 presenteert een overzicht van de meest voorkomende comorbide aandoeningen, vastgesteld door een arts. Vooral klachten aan het bewegingsapparaat werden veel genoemd. Zo rapporteerde 24,2% van de patiënten gewrichtsslijtage in de 1-jaarsmeting, terwijl ook nog eens 13,2% en 9,4% van de patiënten aangaf nek- en schouderklachten en/



Figuur B5.18: Percentage patiënten met één of meer comorbide aandoeningen vastgesteld door een arts, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal



Figuur B5.19: Percentage patiënten met een hoge bloeddruk vastgesteld door een arts, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

of gewrichtsontstekingen te hebben naast diabetes. Ook darmstoornissen en longziekten werden regelmatig genoemd als bijkomende aandoeningen.

Tabel B5.5: Meest voorkomende comorbide aandoeningen, in de 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

	Zorggroep						Totaal
	1	2	3	4	9	10	
Gewrichtsslijtage van heupen of knieën	33,3	15,7	25,9	28,7	22,3	23,6	24,2
Andere ernstige of hardnekkige aandoening van nek of schouder	11,5	12,0	12,0	20,2	14,0	10,2	13,2
Ernstige of hardnekkige darmstoornissen langer dan 3 maanden	10,3	9,3	3,7	18,6	18,6	9,8	12,5
Astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA/COPD	15,4	13,0	7,4	10,9	18,1	8,0	12,2
Chronische gewrichtsontsteking	16,7	5,6	10,2	13,2	10,2	5,3	9,4

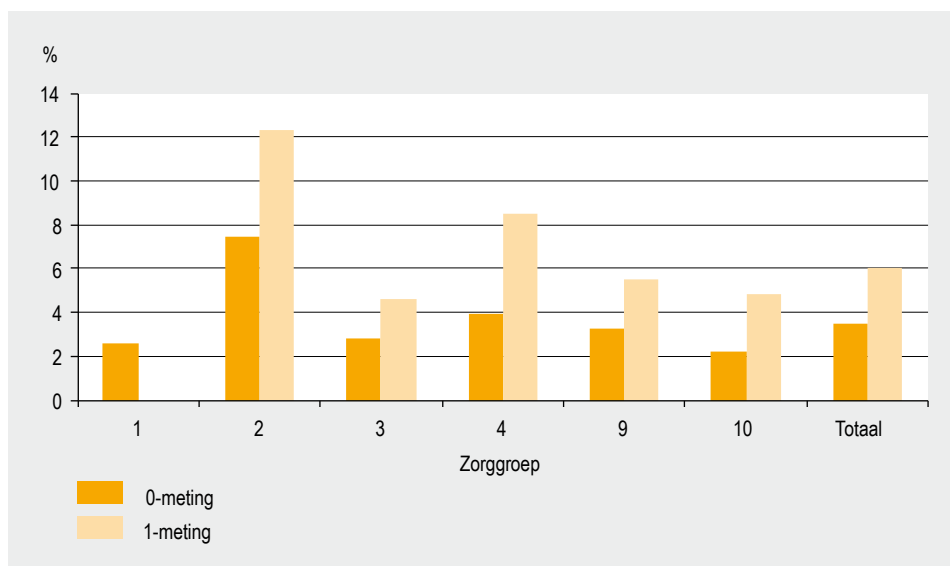
Schatting van het percentage diabetespatiënten dat zal participeren in meerdere ketenzorgprogramma's

De voorgenomen invoering van meerdere keten-dbc's in 2010 leidt tot veel discussie (Van Dijk et al., 2009; KNMP, 2009). De discussies gaat onder meer over de problemen die zouden kunnen ontstaan bij patiënten met één of meerdere comorbide aandoeningen en derhalve in meerdere ketenzorgprogramma's zullen participeren. Om inzicht te krijgen in het percentage diabetespatiënten dat dit betreft, is in *tekstbox B5.5* weergegeven welke percentages patiënten naast diabetes ook COPD en/of hartfalen hebben. Op basis van onderstaande cijfers wordt duidelijk dat het percentage patiënten dat zal participeren in meerdere ketenzorgprogramma's aanzienlijk is.

Tekstbox B5.5 Percentage patiënten in meerdere ketenzorgprogramma's			
% patiënten met diabetes en COPD (inclusief bronchitis en astma):	12,2%	Hoewel de keten-dbc vasculair risicomanagement (VRM) ook in 2010 ingevoerd zal worden, is VRM hier buiten beschouwing gelaten omdat deze niet gelijktijdig met de keten-dbc diabetes gedeclareerd kan worden (VWS, 2009a). De gedachte hier achter is dat VRM een integraal onderdeel is van de keten-dbc diabetes.	
% patiënten met diabetes en hartfalen (inclusief angina pectoris):	5,9%		
% patiënten met zowel diabetes, COPD als hartfalen:	1,7%		

B5.6.2 Het vóórkomen van hypo's

Percentage patiënten met één of meerdere hypo's verdubbeld in het afgelopen jaar
Het percentage mensen dat een hypo heeft doorgemaakt, waarbij sprake was van bewustzijnsverlies of coma, was bijna tweemaal zo hoog in de 1-jaarsmeting vergeleken met de 0-meting (6,0% versus 3,5%). Deze stijging deed zich in alle zorggroepen voor, met uitzondering van zorggroep 1 waar geen enkele patiënt aangaf een hypo te hebben doorgemaakt (zie *figuur B5.20*). De reden van deze stijging is onduidelijk.



Figuur B5.20: Percentage patiënten dat één of meerdere hypo's doorgemaakt heeft in het afgelopen jaar, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

B5.6.3 Mentale gezondheid

Meer dan 75% van de patiënten in iedere zorggroep is 'psychisch gezond'

Figuur B5.21 geeft een weergave van de verschillen in mentale gezondheid van patiënten in de 0-meting en 1-jaarsmeting per zorggroep. Naar voren komt dat in iedere zorggroep meer dan 75% van de patiënten vrij was van psychische klachten. Over het algemeen daalde dit percentage in de 1-jaarsmeting licht ten opzichte van de 0-meting.

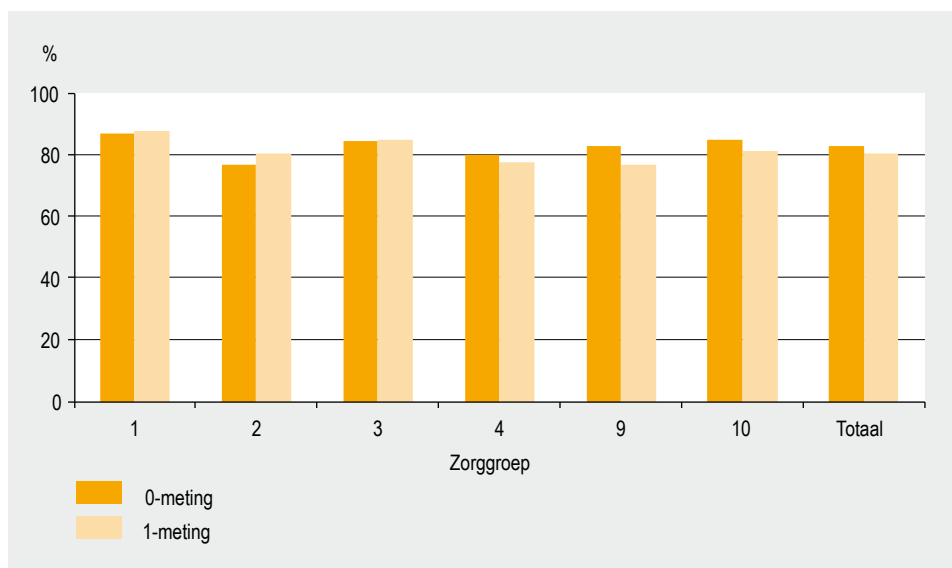
B5.7 Educatie en kennis van gezonde leefstijl en diabetes

B5.7.1 Educatie

Aan de hand van vragen over aangeboden educatieve activiteiten of materialen is getracht inzicht te krijgen in de aangeboden diabeteseducatie in de verschillende zorggroepen.

Een-op-een gesprekken meest aangeboden activiteit op het gebied van diabeteseducatie

Het overgrote deel van de patiënten (69,7%) gaf in de 0-meting aan voornamelijk een-op-een gesprekken aangeboden te krijgen (niet weergegeven). Daarnaast werden bewegingsactiviteiten (14,6%) en een cursus via een bijeenkomst (5,4%) het vaakst genoemd. Tussen de 0-meting en de 1-jaarsmeting zijn hierin geen grote verschillen te zien. Het overgrote deel van de patiënten in de 0-meting en de 1-jaarsmeting, respectievelijk 87,8% en 83,2%, gaf aan een folder te hebben ontvangen bij hun diabeteseducatie.



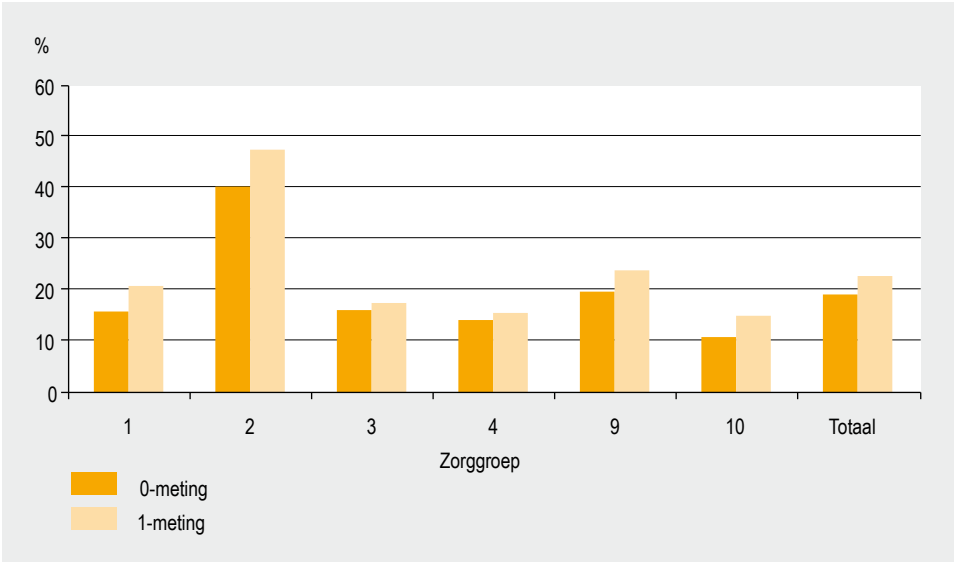
Figuur B5.21: Percentage patiënten dat vrij is van psychische klachten, in de 0-meting en 1-jaars-meting, per zorggroep en voor het totaal

B5.7.2 Kennis van gezonde leefstijl en diabetes

De kennis van diabetes werd gemeten met behulp van de gevalideerde ‘Diabetes kennistest’ (Fitzgerald et al., 1998). Deze test bestaat uit veertien algemene vragen over diabetes, en negen vragen voor patiënten die insuline gebruiken. De kennis van diabetes wordt bepaald door het aantal goed beantwoorde algemene kennisvragen bij elkaar op te tellen tot een score van maximaal veertien. De hieronder gepresenteerde gegevens betreffen alleen de gegevens over de veertien algemene vragen van de Diabetes kennistest. De vragen voor patiënten met insuline worden vanwege de kleine patiëntenaantallen niet gepresenteerd.

Alle zorggroepen laten verbetering bij de Diabetes kennistest zien

Vrijwel alle zorggroepen hadden een hoger percentage goed beantwoorde vragen bij de Diabetes kennistest in de 1-jaarsmeting in vergelijking met de 0-meting (niet weergegeven). *Figuur B5.22* presenteert het percentage patiënten met twaalf of meer goede antwoorden in de 0-meting en de 1-jaarsmeting. Dit afkappunt is gekozen om aan te sluiten bij het afkappunt dat gebruikt wordt bij de CQ-index. In alle zorggroepen was dit percentage toegenomen. In de totale populatie was een toename van 19,0% naar 22,7% te zien. Opvallend is de score van zorggroep 2 waarbij 40,0% twaalf of meer goede antwoorden gaf in de 0-meting en 47,4% in de 1-jaarsmeting. Wellicht is dit voor een deel te verklaren doordat patiënten in zorggroep 2 gemiddeld langer diabetes hebben dan in de andere zorggroepen.



Figuur B5.22: Percentage patiënten met twaalf of meer goede antwoorden bij de Diabetes kennis-test, in de 0-meting en 1-jaarsmeting, per zorggroep en voor het totaal

BIJLAGE 6 MOGELIJKE VERSCHUIVINGEN IN VERANTWOORDELIJKHEDEN EN AANSPRAKELIJKHEDEN ALS GEVOLG VAN DE INTRODUCTIE VAN DE ZORGGROEP

Leeswijzer

Uit de interviews van de evaluatie kwam naar voren dat er verschuivingen in aansprakelijkheden en verantwoordelijkheden op kunnen treden als gevolg van de introductie van de keten-dbc en de hieraan gerelateerde oprichting van de zorggroep (zie ook *hoofdstuk 2* en *hoofdstuk 3*). Deze bijlage gaat dieper in op dit aspect van de oprichting van de zorggroep. De mogelijke verschuivingen worden beschreven aan de hand van de verschillende organisatievormen van de zorggroepen. Daarnaast worden aanbevelingen gedaan hoe hiermee om te gaan.

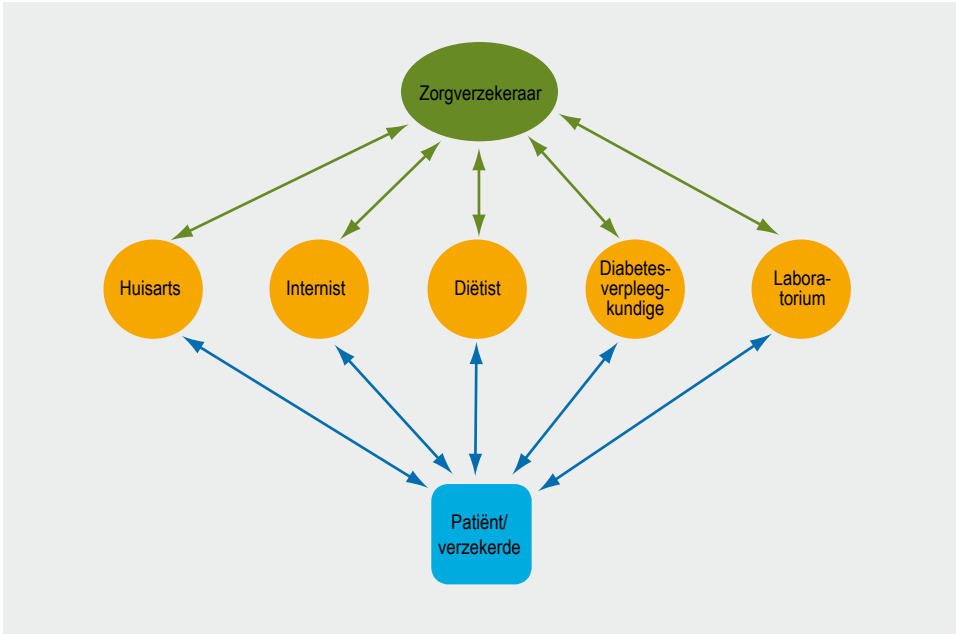
Deze bijlage is te lezen als een zelfstandig stuk. De inhoud van de bijlage is afgeleid en gebaseerd op het artikel van De Bruin en Struijs (2008) *'Keten-dbc's en zorggroepen onder de loep: waar liggen de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden?'*.

B6.1 Inleiding

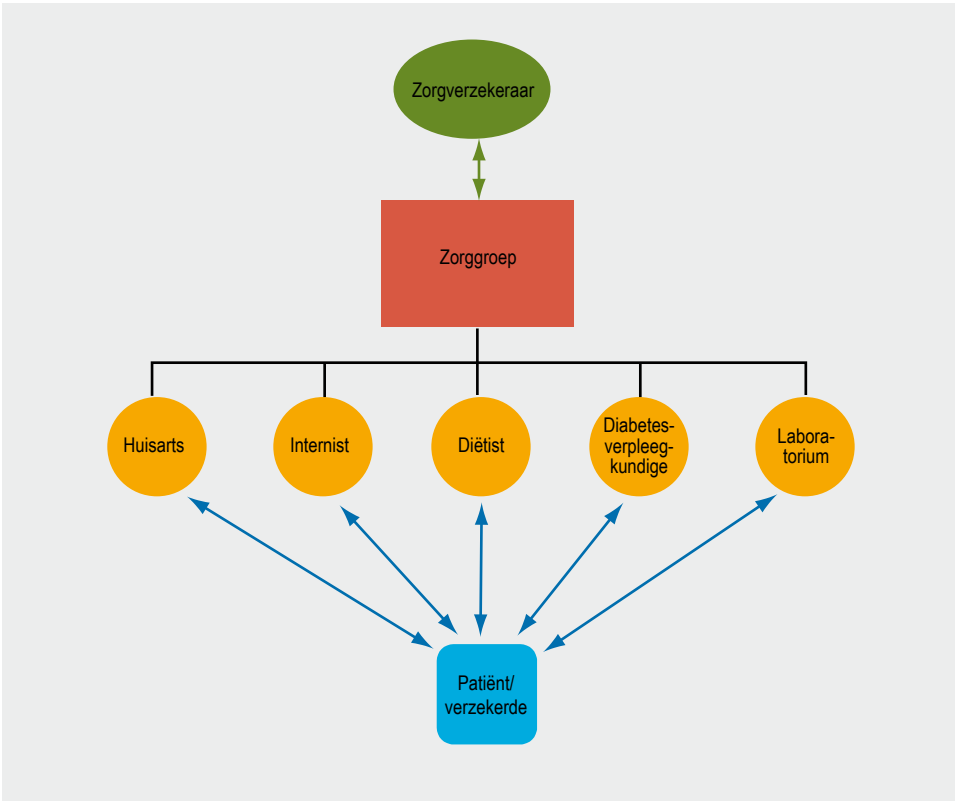
Diabeteszorg betreft meerdere zorgverleners en meerdere zorgdisciplines. Om de afstemming tussen de verschillende zorgverleners te verbeteren zijn in de afgelopen jaren veel multidisciplinaire samenwerkingsverbanden opgestart. Deze multidisciplinaire samenwerkingsverbanden worden in hun continuïteit belemmerd door de versnipperde financiering van onderdelen van de diabeteszorg. Om aan de gevolgen van de versnipperde financiering tegemoet te komen, heeft VWS een nieuwe bekostigingssystematiek ontwikkeld waarmee op experimentele basis binnen het ZonMw programma Diabetes Ketenzorg wordt gewerkt. Deze nieuwe bekostigingssystematiek omvat een keten-dbc diabetes, die het mogelijk maakt om alle verschillende onderdelen van de diabeteszorg als één integraal product c.q. prestatie te kunnen inkopen en declareren. Voorwaarde is dat de inhoud van de keten-dbc voldoet aan de Zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF, 2007). De NDF Zorgstandaard is functioneel omschreven en er staat in aan welke voorwaarden 'goede' diabeteszorg dient te voldoen. De wettelijke basis van dit experiment is geregeld in de beleidsregel Innovatie van de NZa (NZa, 2007).

B6.2 De keten-dbc op hoofdlijnen

In *Figuur B6.1* wordt het gezondheidszorgsysteem schematisch weergegeven. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de 'oude situatie' (het bestaande zorgmodel zonder keten-dbc) en de 'nieuwe situatie' (diabeteszorg bekostigd door middel van een keten-dbc). In het traditionele zorgmodel sluiten de verschillende zorgaanbieders ieder voor hun eigen deel van de zorg overeenkomsten af met zorgverzekeraars. Ook in de richting



Figuur B6.1a: Bestaand zorgmodel



Figuur B6.1b: Ketens-DBC-model

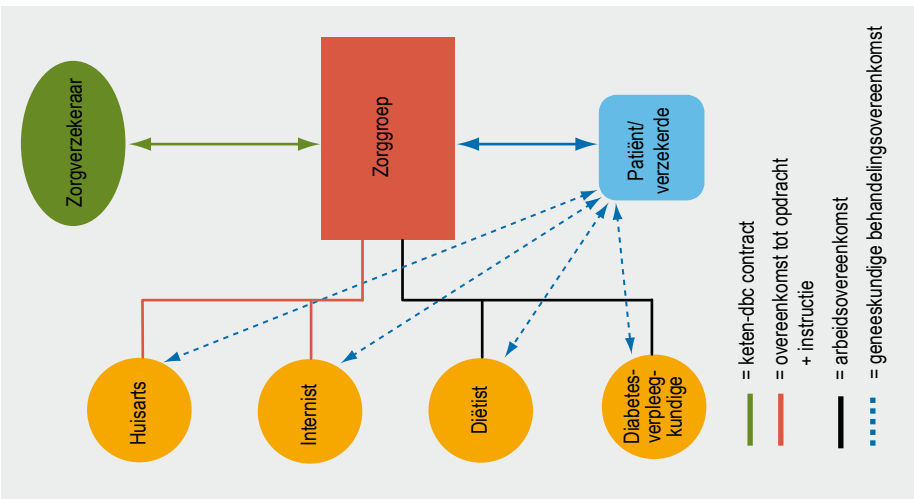
van patiënten komen tussen alle individuele schakels in het zorgproces behandelingsovereenkomsten tot stand op basis van de WGBO (zie *figuur B6.1a*). In het 'keten-dbc-model' komt er een extra (nieuw op te richten) partij bij: de zorggroep (zie *figuur B6.1b*). De zorggroep sluit het contract met de zorgverzekeraar voor het integrale pakket aan diabeteszorg, waarmee de individuele behandelingsovereenkomsten tussen zorgverleners en verzekeraars ten aanzien van diabeteszorg komen te vervallen. Afhankelijk van de wijze waarop de zorggroep invulling geeft aan haar taken en werkzaamheden en de wijze waarop deze invulling is vormgegeven, verschuiven de onderlinge verhoudingen van de partijen uit het traditionele zorgmodel.

B6.3 De zorggroep nader beschouwd

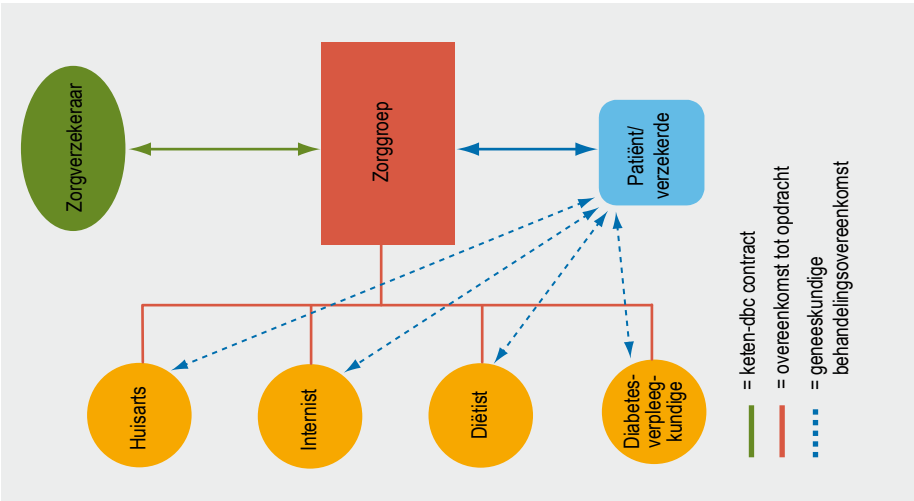
De nieuw ontstane zorggroep moet, om een contract met de zorgverzekeraars te kunnen sluiten, een rechtspersoonlijkheid zijn. Binnen de evaluatie zien we verschillende rechtsvormen, te weten besloten vennootschappen (B.V.), stichtingen, coöperaties en een commanditair vennootschap (C.V.).

De zorggroep organiseert de diabeteszorg. Voor de hand liggende activiteiten in dit kader zijn onder meer het selecteren en contracteren van zorgverleners, het opstellen van multidisciplinaire protocollen gebaseerd op de NDF Zorgstandaard, het coördineren van de onderlinge samenwerking van de verschillende zorgaanbieders en het coördineren van de registratie en rapportage van gegevens.

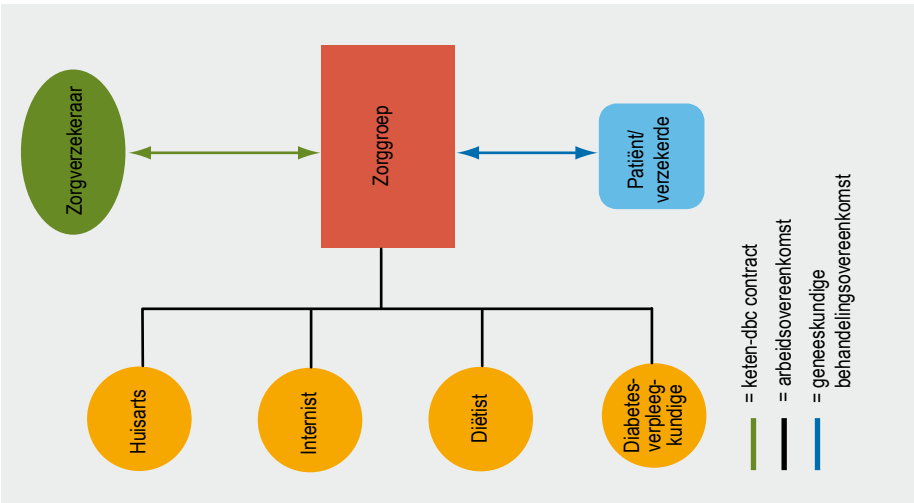
De rol van de zorggroep kan bij de levering van zorg op verschillende manieren worden ingevuld. In de eerste variant heeft een zorggroep zelf medewerkers in dienst die de feitelijke zorg verlenen (zie *figuur B6.2a*). Tegenhanger van deze variant is de zorggroep die voor de feitelijke zorgverlening overeenkomsten afsluit met zelfstandige zorgaanbieders (of instellingen) (zie *figuur B6.2b*). Bij deze variant is er veel onduidelijkheid over de aard van de contractuele relatie van de onderlinge partijen. Meestal wordt er gesproken over de zorggroep als hoofdaannemer die andere zorgaanbieders als onderaannemer contracteert voor een deel van de te verrichten werkzaamheden. In juridische zin lijken de termen 'hoofdaannemer' en 'onderaannemer' hier niet op hun plaats. Er is immers geen sprake van werk van stoffelijke aard (zoals bij aanneming van werk overeenkomstig het Burgerlijk Wetboek (BW) wordt verondersteld). Zuiverder is het om de relatie te kwalificeren als 'een overeenkomst van opdracht'. In de praktijk blijkt dat veel zorggroepen een mengvorm van variant 1 en 2 zijn (zie *figuur B6.2c*). Dat wil zeggen dat een deel van de zorgverleners bij de zorggroep in dienst is en dat voor de levering van de overige onderdelen van de zorg overeenkomsten met zelfstandig gevestigde aanbieders worden afgesloten.



Figuur B6.2c: Organisatie zorggroep, mengvorm van variant 1 en 2



Figuur B6.2b: Organisatie zorggroep, variant 2



Figuur B6.2a: Organisatie zorggroep, variant 1

B6.4 Aansprakelijkheid

Veel zorggroepen hebben vragen over de aansprakelijkheid en – in het verlengde daarvan – de verzekeraarbaarheid. Om hier meer zicht op te krijgen, maken we onderscheid tussen de verschillende vormen van aansprakelijkheid waarmee zorgaanbieders binnen een zorggroep te maken kunnen krijgen.

Aansprakelijkheid op het niveau van individuele zorgaanbieders

Zorgverleners kunnen langs meerdere wegen met aansprakelijkheid in het kader van hun beroepsuitoefening in aanraking komen. In de eerste plaats zijn zorgverleners op grond van de WGBO gehouden tot het verlenen van verantwoorde zorg. Schade die ontstaat als gevolg van een verwijtbare tekortkoming kan door een hulpverlener niet worden uitgesloten. In een dergelijke situatie kan via civielrechtelijke weg, schadevergoeding worden afgedwongen. In de tweede plaats zijn artsen, diëtisten en verpleegkundigen die betrokken zijn bij diabeteszorg ook gereguleerd in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Overtreding van de algemene tuchtnormen zoals geformuleerd in art. 47 Wet BIG kan leiden tot tuchtrechterlijke sancties. Bovengenoemde twee vormen van individuele aansprakelijkheid gelden ook als de zorgverlener onderdeel uitmaakt van een zorgketen en/of zorggroep.

Aansprakelijkheid op het niveau van de zorggroep

Hoewel individuele zorgaanbieders in beginsel altijd aansprakelijk zullen blijven voor hun eigen handelen, kan deze aansprakelijkheid onder omstandigheden mede overgaan op de zorggroep (kwalitatieve aansprakelijkheid). Als werkgever kan een zorggroep (op grond van art 6:170 BW) in bepaalde gevallen aansprakelijk worden gesteld voor schade die aan derden is toegebracht door fouten van medewerkers. Deze vorm van aansprakelijkheid geldt voor zorggroepen die medewerkers in dienst hebben die zorg dragen voor de feitelijke zorgverlening (zie *figuur B6.2a* en *B6.2c*). Ook in de rol van opdrachtgever kan een zorggroep (zoals in *figuur B6.2b* en *B6.2c*) onder bepaalde omstandigheden (op grond van art 6:171 BW) mede aansprakelijk worden gesteld voor fouten van de opdrachtnemer. In deze situaties is een clausule van vrijwaring in de overeenkomst van opdracht met de gecontracteerde zorgverleners en –instellingen van belang. Ten slotte kan de zorggroep ongeacht de organisatievorm ook nog op zelfstandige gronden aansprakelijk worden gesteld. Dit is het geval als er sprake is van schade die is ontstaan als gevolg van verwijtbare tekortkomingen in de organisatie van de zorg. Een aansprakelijkheidsverzekering voor dit onderdeel is voor alle zorggroepen wenselijk.

B6.5 Discussie

Met de komst van de zorggroep als een nieuwe partij binnen het gezondheidszorgsysteem is er een verschuiving opgetreden in de organisatie- en zorgverleningstructuren. Afhankelijk van hoe de organisatie van de zorggroep is ingericht treden er ook verschuivingen op in de aansprakelijkheden en verantwoordelijkheden. Grofweg zijn er drie organisatievormen te onderscheiden: één waarbij zorgverleners in dienst zijn van de zorggroep, één waarbij zorg op basis van contracten door de zorggroep wordt ingekocht bij individuele

zorgaanbieders en een mengvorm van deze twee. Afhankelijk van de vorm zijn er nieuwe aansprakelijkheden op zorggroepniveau aan de orde. Om hier als zorggroep op te kunnen anticiperen, is het van belang om, voorafgaand aan veranderingen in de bestaande samenwerkingsverbanden, goed in kaart te brengen hoe de 'lijnen' in de nieuwe opzet lopen. Heldere taakomschrijvingen en afbakening van verantwoordelijkheden van de verschillende ketenpartners is de eerste stap. Goede, op ketenzorg toegeschreven contracten zijn noodzakelijk. Indien er sprake is van een overeenkomst van opdracht (zoals in *figuur B6.2b* en *B6.2c*) zijn afspraken over aansprakelijkheidsverzekeringen en onderlinge vrijwaring van belang. In alle organisatievormen lijkt het afdekken van risico's voor de zelfstandige rol die de zorggroep vervult als organisator en coördinator van diabeteszorg wenselijk.

Een centrale aansprakelijkheid zoals deze uit hoofde van de WGBO geldt voor ziekenhuizen is niet van toepassing op de zorggroep, omdat een zorggroep niet aan de definitie van een ziekenhuis voldoet (art 7:462 lid 2 BW). De centrale aansprakelijkheid voor ziekenhuizen is ingevoerd omdat het voor patiënten moeilijk te bepalen is of de betreffende hulpverlener in dienst is van het ziekenhuis of niet en dus of zij een individuele zorgaanbieder of het ziekenhuis aansprakelijk moeten stellen. Ook in het geval van een zorggroep is voor een patiënt (vaak) niet duidelijk of een bepaalde hulpverlener wel of niet in dienst van de zorggroep is. Met de mogelijke uitrol van keten-dbc's naar andere chronische aandoeningen wordt de organisatiestructuur van de zorggroep complexer en zal het voor de patiënt vrijwel onmogelijk worden om dit goed te bepalen. Een centrale aansprakelijkheid voor zorggroep zoals deze nu al geldt voor het ziekenhuis, dient overwogen te worden. De (on)mogelijkheden hieromtrent zouden verder onderzocht moeten worden.

BIJLAGE 7 MARKTORDENING EN ZORGGROEPEN

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3 benoemen de sterke positie van de zorggroep als potentieel risico op het gebied van marktordening. In deze bijlage wordt een verdere analyse gemaakt van de mogelijke risico's en gevolgen van dit marktordeningsvraagstuk van de zorggroep.

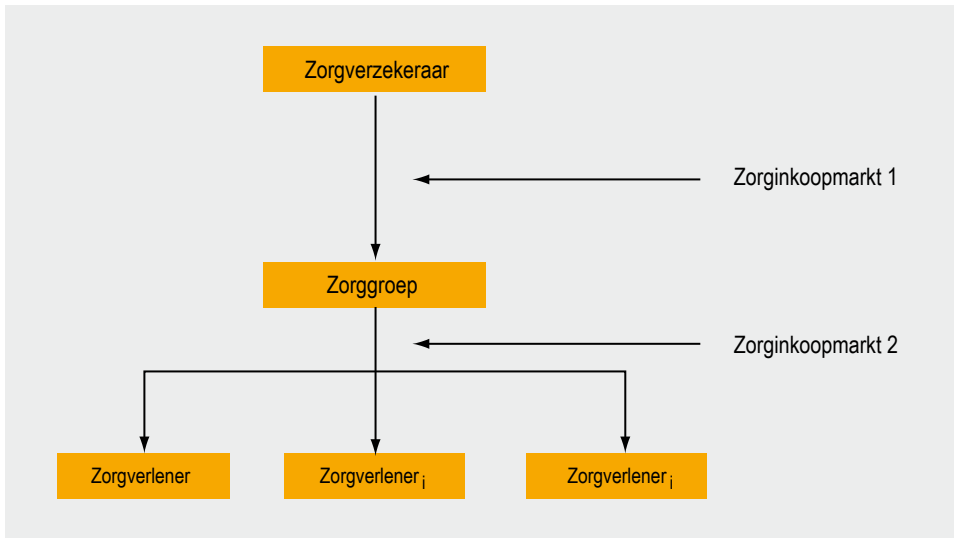
Deze bijlage is te lezen als een zelfstandig stuk. De bijlage is afgeleid van het artikel *'Zorggroepen vormen mogelijk risico voor de mededinging'* (Varkevisser et al., submitted).

B7.1 Inleiding

Om de zorgverlening aan patiënten met chronische aandoeningen te verbeteren heeft minister Klink het voornemen om per 1 januari 2010 functionele bekostiging in te voeren (VWS, 2008a; VWS, 2009a). Deze nieuwe bekostigingssystematiek zou de partijen moeten stimuleren om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg (verder) te verbeteren. Om ervaring op te doen met deze nieuwe bekostigingssystematiek is binnen het ZonMw programma Diabetes ketenzorg door het RIVM een evaluatie uitgevoerd bij tien zorggroepen die op experimentele basis werken met een keten-dbc diabetes. Dit experiment omvat een keten-dbc diabetes, die het mogelijk maakt om alle verschillende onderdelen van de diabeteszorg als één integrale prestatie te kunnen contracteren, leveren en declareren. Uit de interviews van de evaluatie komt naar voren dat de invoering van de keten-dbc en de hieraan gerelateerde oprichting van zorggroepen niet alleen mogelijke voordelen (betere afstemming en continuïteit van de zorg, minder transactiekosten en minder coördinatiekosten voor de verzekeraar) hebben, maar mogelijk ook aanleiding geven tot mededingingsproblemen. Deze bijlage gaat nader in op deze mogelijke mededingingsproblemen.

B7.2 Keten-dbc-model op hoofdlijnen

In de bestaande bekostigingssystematiek sluiten zorgaanbieders ieder voor hun eigen deel van de zorg overeenkomsten met verzekeraars. In het keten-dbc-model komt er een extra (veelal nieuw opgerichte) partij bij: de zogenaamde zorggroep. Een zorggroep is een organisatie waarin zorgaanbieders, veelal alleen huisartsen, zijn verenigd. De zorggroep is verantwoordelijk voor het coördineren en leveren van (multidisciplinaire) zorg aan mensen met een chronische aandoening, zoals in dit geval diabetes (De Bruin en Struijs, 2008). De zorggroep fungeert als hoofdaannemer van de keten-dbc en sluit een overeenkomst met de verzekeraar. Voor de verschillende onderdelen van de zorg (zoals periodieke controles, laboratoriumdiensten, fundusfoto en dieetadvisering) contracteert de zorggroep vervolgens andere zorgaanbieders als onderaannemers of levert een gedeelte van de zorg zelf (zie *figuur B7.1*).



Figuur B7.1: Vereenvoudigde weergave van het keten-dbc-model

Door de introductie van de zorggroep kunnen binnen de reguliere zorginkoopmarkt een tweetal nieuwe zorginkoopmarkten onderscheiden worden, te weten een markt waarop zorgverzekeraars overeenkomsten sluiten met zorggroepen (zorginkoopmarkt 1) en een markt waarop zorggroepen overeenkomsten sluiten met individuele zorgaanbieders of -instellingen (als onderaannemers) (zorginkoopmarkt 2).

Doordat de zorggroep onderdelen van de keten-dbc selectief kan inkopen, ontstaan er mogelijkheden om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te waarborgen en te stimuleren. Voorwaarde hiervoor is wel dat ten aanzien van de zorg de inhoud van het keten-dbc-contract overeenkomt met de NDF Zorgstandaard (NDF, 2007). Hierin worden op hoofdlijnen de noodzakelijke onderdelen van goede diabeteszorg omschreven. De keten-dbc beperkt zich hierdoor tot de ongecompliceerde diabeteszorg. Dat wil zeggen de diabeteszorg voor stabiele patiënten zonder (ernstige) complicaties. Ook de consultatieve functie van de specialist door de huisarts 'valt' nog binnen het keten-dbc contract. Daarnaast kunnen ook overheadkosten (management, afstemmingskosten, huisvesting) binnen de keten-dbc structureel gefinancierd worden. In het geval de medische eindverantwoordelijkheid overgaat naar de medisch specialist (bijvoorbeeld door het optreden van complicaties) wordt de keten-dbc gesloten. Er wordt dan een nieuwe tweedelijns-dbc geopend door de medisch specialist. De verstrekking van genees- en hulpmiddelen maakt (vooralsnog) geen onderdeel uit van de keten-dbc. Dit zal naar verwachting in 2011 veranderen (VWS, 2009a).

B7.3 Basisvoorwaarden goed functionerende zorginkoopmarkt

In algemene zin moet een zorginkoopmarkt aan drie basisvoorwaarden voldoen om optimaal te kunnen functioneren (Schut en Varkevisser, 2009).

Ten eerste moeten alle zorgproducten die worden aangeboden eenduidig kunnen worden geïdentificeerd. Dit is nu voor de keten-dbc's nog niet het geval aangezien de onderliggende 'zorgstandaarden' voor meerdere uitleg vatbaar zijn. Op dit punt is duidelijk nog sprake van werk-in-uitvoering. Zo wordt onder meer gewerkt aan de ontwikkeling van prestatie-indicatoren (Zichtbare Zorg) en de uniformering van zorgstandaarden (Coördinatieplatform Zorgstandaarden).

Ten tweede moeten tarieven zoveel mogelijk zijn gebaseerd op de integrale kostprijs. De introductie van functionele bekostiging is in dit licht een belangrijke stap voorwaarts, omdat daarmee belangrijke delen van de zorg voor een chronische aandoening integraal kunnen worden gecontracteerd. Het integrale karakter zal verder toenemen wanneer ook de kosten van genees- en hulpmiddelen onderdeel gaan uitmaken van de keten-dbc.

Ten derde mag geen sprake zijn van een machtspositie aan de vraag- of aanbodzijde van de markt. Gezien de regionaal sterke positie van de zorggroepen is vooral laatstgenoemde voorwaarde interessant. Als sprake is van onevenwichtige onderhandelingsposities kunnen zowel op de zorginkoopmarkt waar verzekeraars overeenkomsten sluiten met zorggroepen (zorginkoopmarkt 1) als op de zorginkoopmarkt waarin zorggroepen overeenkomsten sluiten met individuele zorgaanbieders (zorginkoopmarkt 2) mededingingsproblemen ontstaan. In haar recente visiedocument over de invoering van functionele bekostiging merkt de NZa hierover het volgende op (NZa, 2009b): *'Van belang is dat zorggroepen niet worden gebruikt voor het collectiviseren van onderhandelingen over prijs en prestatie. (...) Geconcludeerd kan worden dat de positie van huisartsen in zorggroepen zeer sterk is en mogelijk tot een machtspositie kan leiden ten opzichte van verzekeraars en andere zorgaanbieders. Het risico dat deze machtspositie ontstaat, kan toenemen naarmate de zorggroepen groter worden en er meer vormen van zorg middels de zorggroep gaan verlopen.'* In het betreffende visiedocument ontbreekt echter een nadere analyse van de mogelijke mededingingsproblemen.

B7.3.1 Zorginkoopmarkt 1: zorggroepen versus zorgverzekeraars

Op markten voor eerstelijnszorg is in de bestaande bekostigingssystematiek sprake van (prijs)onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en individuele zorgverleners. Mede gezien het feit dat de zorgverzekeringsmarkt (regionaal) sterk geconcentreerd is, zijn aanbieders van eerstelijnszorg (zoals apothekers, fysiotherapeuten en huisartsen) bang dat ze in de onderhandelingen met verzekeraars weinig in te brengen hebben. Samenwerking in zorggroepen in het keten-dbc-model versterkt hun onderhandelingspositie. Daarmee zijn dergelijke samenwerkingsverbanden voor hen potentieel interessant. Tot nu toe organiseren vooral huisartsen zich in rap tempo in omvangrijke zorggroepen van soms wel meer dan 150 deelnemers. Gecombineerd met de over het algemeen geringe

‘reisbereidheid’ van patiënten met een chronische aandoening, heeft een dergelijke krachtenbundeling tot gevolg dat er voor zorgverzekeraars bij het contracteren van keten-dbc’s feitelijk niet veel meer te kiezen valt. Het enige drukmiddel waarover verzekeraars in een dergelijke situatie beschikken, is de keuze geen zorggroep te contracteren en dus gebruik te blijven maken van niet-geïntegreerde zorg. Deze dreiging lijkt op voorhand echter weinig geloofwaardig. Zo zullen patiënten via hun patiëntenvereniging, vrienden en familie, media en – last but not least – hun huisarts vrij snel op de hoogte raken van de mogelijke kwaliteitsvoordelen die ze mislopen. De onderhandelingspositie van verzekeraars wordt verder bemoeilijkt doordat de keten-dbc’s niet eenduidig gedefinieerd zijn, waardoor de prestaties van zorggroepen moeilijk te vergelijken zijn.

B7.3.2 Zorginkoopmarkt 2: zorggroepen versus individuele zorgaanbieders

Zorggroepen verschillen in de wijze waarop ze zijn georganiseerd. Terwijl sommige zorggroepen een gedeelte van de zorg zelf verlenen en hiervoor zorgverleners in dienst hebben, contracteert het gros van de zorggroepen alle zorg bij ‘onderaannemers’. Dezelfde omstandigheden die de regionale zorggroep een sterke onderhandelingspositie geven ten opzichte van verzekeraars, zorgen er ook voor dat zorggroepen een sterke onderhandelingspositie hebben ten opzichte van onderaannemers. Een regio kent vaak maar één zorggroep, patiënten zijn niet bereid om ver te reizen en bovendien hechten zij waarde aan de mogelijke kwaliteitsvoordelen van geïntegreerde eerstelijnszorg. Individuele zorgverleners die zich willen aansluiten bij een zorggroep hebben daardoor geen sterke onderhandelingspositie. Deze positie wordt nog verder verzwakt doordat in de meeste regio’s vooralsnog (meer dan) voldoende fysiotherapeuten en diëtisten aanwezig zijn (zie bijvoorbeeld (NZa, 2009a).

B7.4 Risico’s sterke onderhandelingspositie zorggroepen

De sterke onderhandelingspositie die zorggroepen op bovengenoemde zorginkoopmarkten hebben kan ongewenste maatschappelijke gevolgen hebben. Op zorginkoopmarkt 1 bestaat allereerst het risico dat verzekeraars, en daarmee hun verzekerden, teveel betalen voor de keten-dbc’s. Daarnaast is het mogelijk dat zorggroepen door de afwezigheid van concurrentiedruk onvoldoende prikkels ondervinden om de kwaliteit van zorg (verder) te verbeteren. Ook hiervan zullen patiënten uiteindelijk de rekening gepresenteerd krijgen in de vorm van een suboptimale kwaliteit van de zorg.

Op zorginkoopmarkt 2 dreigt vooral het gevaar van uitbuiting en uitsluiting. Van uitbuiting is bijvoorbeeld sprake als de zorggroep vanuit haar regionale machtspositie aan de gecontracteerde onderaannemers dwingend onredelijke contractvoorwaarden oplegt, zoals een tarief dat niet of nauwelijks kostendekkend is. Uitsluiting vormt eveneens een gevaar. Een zorggroep met een regionaal zeer sterke positie zou bij het contracteren van onderaannemers namelijk zo te werk kunnen gaan dat niet-participerende zorgaanbieders (zoals laboratoriumdiensten) zoveel mogelijk worden buitengesloten ten gunste van de ‘eigen’ zorgaanbieders (zoals het huisartsenlaboratorium). In het geval van uitbuiting of

uitsluiting is sprake van oneerlijke concurrentie en komt geen optimale prijs-kwaliteit-verhouding van chronische zorg tot stand.

Ontwikkelingen monitoren en wellicht ingrijpen

Gezien bovenstaande risico's is het verstandig de huidige ontwikkelingen ten aanzien van zorggroepen nauwlettend in de gaten te houden. Doen zich bij de onderhandelingen met verzekeraars en niet-geïntegreerde verleners van eerstelijnszorg inderdaad problemen voor of is slechts sprake van theoretische mededingingsproblemen? Is de sterke onderhandelingspositie van zorggroepen tijdelijk van aard of is het probleem structureel? Bij de beantwoording van de eerste vraag is een taak weggelegd voor zowel de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) als de NZa. De NMa zal moeten nagaan of zorggroepen de Mededingingswet (kartelverbod, verbod op misbruik economische machtspositie) niet overtreden. In haar hoedanigheid als sectorspecifieke toezichthouder heeft de NZa als belangrijke taak de marktontwikkelingen te monitoren en geliberaliseerde zorgmarkten daar waar nodig verder op gang te brengen. Ten aanzien van de functionele bekostiging zijn verhoging van de transparantie en verlaging van toetredingsdrempels dan ook terecht als speerpunten genoemd (NZa, 2009a). Vooral omdat meer inzicht in de geleverde prestaties en (de dreiging van) toetreding van nieuwe zorggroepen de sterke onderhandelingspositie van de huidige zorggroepen tot een tijdelijk probleem kunnen reduceren.

Op voorhand lijken de mogelijkheden om toetredingsdrempels voor nieuwe zorggroepen te verlagen echter beperkt. De belangrijkste toetredingsdrempels voor nieuwe zorggroepen hangen namelijk samen met de poortwachtersfunctie van huisartsen, zodat andere zorgverleners veelal pas toegankelijk zijn voor patiënten na verwijzing door een huisarts. Bovendien is niet elke vorm van toetreding op voorhand even wenselijk. Zo overwegen fysiotherapeuten en apothekers om hun onderhandelingspositie ten opzichte van de huidige zorggroepen (die vooral uit huisartsen bestaan) te versterken door zelf nieuwe zorggroepen op te zetten (Bos, 2009). Een dergelijke ontwikkeling zal de problemen eerder versterken in plaats van oplossen. Er ontstaan in een regio dan immers verschillende monodisciplinaire machtsblokken (huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers) die elkaar zullen 'bevechten' in plaats van de multidisciplinaire samenwerking op te zetten die nodig is om de beoogde kwaliteitsverbeteringen mogelijk te maken. Ook regionale concurrentie tussen zorggroepen lijkt op voorhand niet realistisch, aangezien huisartsen waarschijnlijk hun eigen patiënten niet zullen aanmoedigen om over te stappen naar een concurrerende zorggroep. Het is nu nog te vroeg om (stellige) uitspraken te doen over de (on)wenselijkheid van overheidsingrijpen op de twee zorginkoopmarkten. Zeker omdat bij te snel ingrijpen het risico bestaat dat het kind met het badwater wordt weggegooid. Het is echter verstandig serieus rekening te houden met de mogelijkheid dat de sterke onderhandelingspositie waarover de huidige zorggroepen beschikken niet vanzelf zal verdwijnen. In dat geval zal de NZa tot actie moeten overgaan. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) biedt verschillende mogelijkheden om preventieve maatregelen te nemen. In het meest vergaande scenario zou besloten kunnen worden om de tarieven van de keten-dbc's en/of de afzonderlijke zorgproducten te reguleren. In een vraaggestuurd zorgstelsel verdienen minder vergaande maatregelen in eerste instantie echter de voorkeur. Zo kan de NZa aan zorggroepen met een regionale machtspositie op grond van het AMM-instrument specifieke verplichtingen opleggen. Zorggroepen met aanmerkelijke

marktmacht (AMM) kunnen op grond van artikel 48 van de Wmg bijvoorbeeld verplicht worden om te voldoen aan ieder redelijk verzoek van een aanbieder van eerstelijnszorg die als onderaannemer wil fungeren.

B7.5 Conclusie

In de diabeteszorg is momenteel sprake van een experiment met functionele bekostiging waarbij verzekeraars tegen één integraal tarief (een zogeheten keten-dbc) diabeteszorg kunnen contracteren bij een zorggroep die als hoofdaannemer fungeert. Naast voordelen (betere afstemming en continuïteit van de zorg) kan de opkomst van zorggroepen echter ook leiden tot mededingingsproblemen (misbruik machtspositie ten opzichte van zorgverzekeraars en/of niet-participerende zorgaanbieders). De komende jaren zal duidelijk worden hoe realistisch deze potentiële risico's zijn. In het belang van de patiënt dienen zowel de NMa als de NZa de huidige ontwikkelingen ten aanzien van zorggroepen nauwlettend in de gaten te houden en indien nodig in te grijpen dan wel tijdig bij te sturen. Zolang onduidelijk is of de (on)bezorgdheid over de machtspositie van zorggroepen (on)terecht is, is terughoudendheid met het grootschalig invoeren van functionele bekostiging gewenst. Het voornemen van minister Klink om in 2010 meerdere keten-dbc's (diabetes, COPD en VRM) structureel in te voeren, zal mogelijk bijdragen aan een verdere versterking van de positie van de zorggroep. Het monitoren van de ontwikkelingen op de verschillende zorginkoopmarkten wordt cruciaal voor een succesvolle landelijke uitrol van functionele bekostiging.

BIJLAGE 8 AFKORTINGEN

AMM	aanmerkelijke marktmacht
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
BMI	body mass index
btw	belasting toegevoegde waarde
B.V.	Besloten Vennootschap
BW	Burgerlijk Wetboek
CARA	chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
CPB	Centraal Planbureau
CQ	Consumer Quality Index
C.V.	Commanditaire Vennootschap
CVR	cardiovasculair risicomanagement
CVZ	College voor zorgverzekeringen
dbc	diagnosebehandelingcombinatie
DIET	diëtist
DVK	diabetesverpleegkundige
DVN	Diabetes Vereniging Nederland
EPD	elektronisch patiëntendossier
FAQ	Frequently Asked Question
fte	fulltime-equivalent
GFR	glomerulaire filtratiesnelheid
ggz	geestelijke gezondheidszorg
HA	huisarts
havo	hoger algemeen voortgezet onderwijs
HbA1c	hemoglobine A1c
hbo	hoger beroepsonderwijs
HIS	huisartsinformatiesysteem
ICT	informatie- en communicatietechnologie
INT	internist
KIS	keteninformatiesysteem
KRUIS	kruisvereniging
LAB	(huisartsen)laboratorium
lbo	lager beroepsonderwijs
LDL	lage dichtheid lipoproteïne
LHV	Landelijke Huisarts Vereniging
Its	lagere technische school
IVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
mavo	middelbaar algemeen voortgezet onderwijs
mbo	middelbaar beroepsonderwijs
MDRD	modification of diet in renal disease
MHI-5	Mental health inventory
mmHg	millimeter kwikdruk

mmol/l	millimol per liter
NAD	Nationaal Actieprogramma Diabetes
NAN	Nederlandse Apotheeknorm
NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Nictiz	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen
NVD	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OOG	oogarts
OPT	optometrist
p.p.p.j.	per persoon per jaar
PAT	patiëntenvragenlijsten
PODO	podotherapeut
poh	praktijkondersteuner huisarts
REG	registratiegegevens
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
SD	standaard deviatie
SF-36	Short Form (36) Health Survey
TZ	thuiszorg
V&V	verpleging en verzorging
VRM	vasculair risicomanagement
vwo	voorbereidend wetenschappelijk onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAC	wetenschappelijke advies commissie
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wkcz	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
Wmcz	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
wo	wetenschappelijk onderwijs
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
ZH	ziekenhuis
ZiZo	Zichtbare Zorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland en Medische wetenschappen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
Zvw	Zorgverzekeringswet

Diabetes vormt een maatschappelijk probleem, dat steeds groter wordt. Het aantal mensen met diabetes type 2 neemt sterk toe. Deze sterke toename heeft grote gevolgen voor de zorglast en de kosten. In het (preventie)beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is diabetes daarom al jaren één van de prioritaire chronische ziekten.

De laatste jaren zijn er veel ontwikkelingen binnen de diabeteszorg in gang gezet met als doel om de effectiviteit en de kwaliteit van de diabeteszorg te verbeteren. Deze ontwikkelingen richten zich onder andere op multidisciplinaire samenwerking. Belangrijke struikelblokken bij het tot stand komen van samenwerkingsverbanden zijn de versnipperde bekostiging van de verschillende onderdelen van de diabeteszorg en de bekostiging van activiteiten die niet tot de directe zorgverlening behoren, zoals afstemmingsoverleg en ICT. Het ministerie van VWS heeft daarom het plan opgevat voor integrale bekostiging van diabeteszorg door middel van een keten-dbc diabetes.

Op experimentele basis is in een tiental zorggroepen gewerkt met een keten-dbc diabetes binnen het ZonMw programma Diabetes Ketenzorg. Dit experiment is door het RIVM geëvalueerd. Het doel van de evaluatie is inzicht te verkrijgen in de organisatie van de diabeteszorg via zorggroepen, het werken met de keten-dbc, de tevredenheid van alle betrokken partijen en de kwaliteit van de zorg.

De resultaten van de evaluatie worden in dit rapport beschreven.

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum voor
Preventie- en Zorgonderzoek

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl