

Diabeteszorg kan nog steeds verbeteren

Behoeftte aan maatwerk op alle niveaus

De Nederlandse diabeteszorg staat er goed voor. Zij neemt een tweede plaats in onder de dertig Europese landen, zo blijkt uit de Euro Diabetes Index 2014. En volgens recente studie is de sterfte onder mensen met type 2-diabetes de afgelopen twintig jaar bijna gehalveerd en vergelijkbaar met de sterfte onder mensen *zonder* diabetes. Toch valt er nog een kwaliteitsverbetering te maken, zo concludeerde men in oktober tijdens een conferentie van de Nederlandse Diabetes Federatie en InEen.

Op welke wijze kunnen we de best mogelijke diabeteszorg zo efficiënt mogelijk realiseren? Dit was de centrale vraag tijdens de conferentie die de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) en InEen 2 oktober jongstleden hadden georganiseerd. Aanleiding was het recente promotieonderzoek van dr. Marjo Campmans-Kuijpers over het kwaliteitsbeleid van zorggroepen en poliklinieken. Het onderzoek werd uitgevoerd door het Julius Centrum (UMC Utrecht), samen met het RIVM en het Kenniscentrum Ketenzorg Zwolle, in het kader van het door de NDF gecoördineerde Nationaal Actieprogramma Diabetes.

Benchmark uitbreiden

Ruim zestig mensen uit alle bij de diabeteszorg betrokken geledingen waren naar de conferentie in Amersfoort gekomen. In zijn openingswoord schetste dagvoorzitter Guy Rutten, hoogleraar diabetologie (Julius Centrum) de vooraanstaande tweede plaats die de Nederlandse diabeteszorg onder dertig Europese landen volgens de Euro Diabetes Index 2014 inneemt. In het rapport worden met name de multidisciplinaire aanpak en de sterke positie van de eerste lijn in Nederland geprezen. Hij haalde ook een recente studie uit Nijmegen aan, die laat zien dat de sterfte onder mensen met type 2-diabetes de afgelopen twintig jaar bijna gehalveerd is en vergelijkbaar met de sterfte onder mensen zonder diabetes. Kan het nog beter? In zijn voordracht gaf Arnold Romeijnders, directeur van zorggroep PoZoB,



Zorggroepen hanteren voor de zorg aan mensen met DM2 weliswaar de aangewezen protocollen en richtlijnen, maar de variatie tussen huisartspraktijken is nog (te) groot, de afstemming met de tweede lijn kan beter, de benchmark zou uitgebreid moeten worden naar bijvoorbeeld diëtisten en podotherapeuten, en de zorg zou meer op maat gemaakt moeten worden aan de hand van individuele streefdoelen en eventuele comorbiditeit. (Foto:Thinkstock)

meteen het antwoord. Hij sprak namens InEen en toonde aan dat het vergelijken van kwaliteitsindicatoren tussen zorggroepen onderling en tussen huisartspraktijken binnen zorggroepen goede aanknopingspunten bieden voor kwaliteitsverbetering. Uit de gegevens die InEen nu al een aantal jaren verzamelt bij een steeds groter aantal zorggroepen,

alle aangeboden ondersteuning, stelselmatig achterblijven in het leveren van verantwoorde diabeteszorg.

Visie zorgverzekeraar

Hoe kijken zorgverzekeraars aan tegen “kwaliteit” als zij diabeteszorg inkopen? Is er eigenlijk wel ruimte voor verschillen tussen artsen en praktijken en zorg-

achte zij een zinvolle uitkomstindicator. Hoe meer onenigheid over wat “van waarde” is, des te meer spits de discussie zich toe op geld, zo stelde zij. Dat bij “harde uitkomsten” veel meer factoren een rol spelen dan het presteren van het multidisciplinaire diabetesteam, werd alom beaamd. Dat maakt het lastig om zorgverleners verantwoordelijk te houden voor de uitkomsten van de zorg.

Zorggroepen

Zorggroepen vormen een extra organisatielaag boven de praktijken. Hoe staat het met hun kwaliteitsbeleid? Campmans–Kuijpers noemde zes domeinen binnen kwaliteitsmanagement: organisatie van zorg, multidisciplinaire samenwerking, patiëntgerichtheid, resultatenmanagement, kwaliteitsverbetering en managementstrategieën. Patiëntgerichtheid bleek relatief de minste aandacht te krijgen binnen het beleid van zorggroepen. Met feedback en benchmark van het kwaliteitsmanagement konden na een jaar op alle domeinen significante verbeteringen gerealiseerd worden. Het verband tussen het management op zorggroepniveau en de uitkomsten van de diabeteszorg is minder duidelijk. Campmans–Kuijpers concludeerde dat zorggroepen met succes werk kunnen maken van kwaliteitsverbetering, dat de route per zorggroep verschilt, dat het

In de praktijk is het soms nodig om concrete verbeterafspraken te maken met praktijken die, ondanks alle aangeboden ondersteuning, stelselmatig achterblijven in het leveren van verantwoorde diabeteszorg

blijken zowel de proces- als uitkomstindicatoren nog steeds te verbeteren. Bij negen van de tien patiënten worden HbA1c, bloeddruk, vetspectrum en nierfunctie jaarlijks bepaald. Bij twee van de drie zorggroepen zijn de processen inmiddels op orde en ook de uitkomsten van de zorg zijn gemiddeld genomen uitstekend.

De ict is echter nog lang niet overal optimaal. Zorggroepen hanteren voor de zorg aan mensen met DM2 weliswaar de aangewezen protocollen en richtlijnen, maar de variatie tussen de huisartspraktijken is nog (te) groot, de afstemming met de tweede lijn kan beter, de benchmark zou uitgebreid moeten worden naar bijvoorbeeld diëtisten en podotherapeuten en de zorg zou meer op maat gemaakt moeten worden aan de hand van individuele streefdoelen en eventuele comorbiditeit. Het “lerend vermogen” van de organisatie moet zo effectief mogelijk worden ingezet, bijvoorbeeld door aan huisartspraktijken steun op maat te bieden. Romeijnders gaf aan dat het in de praktijk soms nodig is om concrete verbeterafspraken te maken met praktijken die, ondanks

groepen? Of kunnen we kwaliteit alleen maar vaststellen aan de hand van “harde uitkomsten”, zoals hartinfarcten, amputaties enzovoorts. Bertien Dumas, manager zorginkoop eerste lijn bij Menzis gaf te kennen graag afspraken met huisartsen te willen maken over de “toegevoegde waarde” van zorgverlening. Ze noemde die harde uitkomstmaten wel erg belangrijk, maar ook “klantervaring”

Diabeteszorg op maat voor koplopers

Om in de praktijk van de spreekkamer vorm te kunnen geven aan diabeteszorg op maat, startte de Nederlandse Diabetes Federatie in 2014 het project “Personalised Diabetes Care” oftewel “Zorg op Maat”. Dit project, gesubsidieerd door het Innovatie Fonds van de Zorgverzekeraars, moet een structurele aanpak bieden om via een vierstappen-gesprek de zorg voor elke patiënt op maat in te richten. Huisarts en patiënt bespreken allereerst de persoonlijke context van de patiënt en stellen dan de doelen van de diabetesbehandeling vast, om vervolgens keuzes en afspraken over bijvoorbeeld begeleiding te maken. Het bespreken van de persoonlijke context gebeurt aan de hand van in het model benoemde gezondheidsgerelateerde en persoonsgebonden factoren. Het model wordt dit najaar getest in een pilot onder twintig tot dertig getrainde huisartsen en vierhonderd patiënten. In 2016 volgt een grootschalig onderzoek naar de meerwaarde van het model, onder 2500 patiënten en honderd huisartsen en internisten.

gaat om kleine stapjes en eenvoudige interventies. Aandacht voor verschillen tussen praktijken lijkt daarbij belangrijk. Waarbij ze in het midden liet of een extra managementlaag al dan niet bijdraagt aan dat succes.

In de spreekkamer

Sietse van Turenout, kaderarts bij zorggroep Thoon, kroop in de rol van het jochie dat onder de “kleren van de keizer” kijkt. Wat zijn al onze aannames over kwaliteit, patiëntgerichtheid, zelfmanagement en ga zo maar door, eigenlijk waard? Volgens hem kent kwaliteit talloze definities en zijn instellingen en instanties er druk mee, maar uiteindelijk wordt kwaliteit bepaald in de spreekkamer, in de interactie tussen zorgverlener en zorgvrager. Daarom vroeg hij aandacht voor kwaliteit op het niveau van de individuele zorgverlener. De attitude en betrokkenheid van de professional noemde hij de belangrijkste kwaliteitsfactor. Voor een zorggroep is het bevorderen en borgen van *commitment* van de zorgverleners noodzakelijk. Hij pleitte voor meer *coaching on the job*, op maat in de praktijk, inclusief video coaching.

Aandacht voor de verschillen

Tijdens discussies in groepen en bij de paneldiscussie werd duidelijk dat het denken over kwaliteit sterk beïnvloed wordt door toenemende aandacht voor de verschillen tussen patiënten en tussen zorgverleners. Zorggroepen in combinatie met een protocollaire aanpak hebben de Nederlandse diabeteszorg internationaal aan de top gebracht.

Sommige zorggroepen, sommige praktijken en sommige patiënten hebben echter nog een hele slag te maken, terwijl anderen er veel beter voor staan. Veel zorggroepen zullen in hun kwaliteitsbeleid voor de komende jaren prioriteit geven aan de individualisering van hun diabeteszorg. Zowel richting praktijken als binnen de multidisciplinaire teams richting de patiënten. Die verandering zal gemarkeerd worden door de overgang van diabetesjaarcontrole naar “jaargesprek”. Waar de gebruikelijke jaarcontrole niet zelden gericht is op de “getallen”, beoogt het diabetesjaargesprek een meer integrale benadering. Die benadering gaat gepaard met nieuwe verhoudingen en vereist nieuwe vaardigheden – in de eerste plaats van de zorgverlener. Het belang van betrokkenheid van de zorgverlener daarbij werd breed gedragen. Alleen dan kunnen we een volgende stap zetten naar de beste zorg voor elke diabetespatiënt. Oftewel: we hebben maatwerk nodig op alle niveaus: dat van de patiënt, de zorggroep, de praktijk, de zorgverlener en de zorgverzekeraar. <<

Inge de Weerd, directeur Nederlandse Diabetes Federatie

Jan Frans Mutsaerts, directeur Het Huisartsenteam en vicevoorzitter InEen

Guy Rutten, hoogleraar diabetologie Julius Centrum

Betrouwbaar internet



De *Eerstelijns* heeft Ziggo als provider en is de laatste maanden onaangenaam verrast door het aantal storingen en de lage up- en downloadsnelheid.

Stel nu eens dat ik een patiënt ben die voor zijn e-health afhankelijk is van een betrouwbare internetverbinding. Dan zou het zo maar kunnen zijn dat de continuïteit van zorg niet gegarandeerd is. Nu geldt dit probleem niet alleen voor Ziggo, maar voor alle internetproviders en dus is er sprake van een serieus probleem.

Stel dat het echt goed mis gaat, dan ontstaat er natuurlijk een juridische touwtrekkerij over verantwoordelijkheden. Ligt het aan het e-health product, aan de internetprovider of aan de zorgorganisatie die het product aan de patiënt heeft aangeboden?

Nederland heeft 2016 uitgeroepen tot e-health jaar. Maar dan zal minister Schippers bij haar collega's in het kabinet moeten aandringen op een betrouwbare infrastructuur. Daarnaast kan het IGZ vast een plan van aanpak opstellen om de te voorspellen calamiteiten te lijf te kunnen gaan.

De zorg digitaliseert. De overheid is verantwoordelijk voor de toegankelijkheid van de zorg, dat is een overheidstaak. Als e-health de oplossing is voor de zorg, moet men ook zorgen voor continuïteit.

Werk aan de winkel dus!

Jan Erik de Wildt

Directeur De Eerstelijns

Reageren? Je.dewildt@de-eerstelijns.nl