

Transparantie Ketenzorg Diabetes Mellitus Rapportage zorggroepen 2010

Op weg naar genuanceerde rapportage van zorg

Februari 2012



Inhoud

Voorwoord	3
Verantwoording	4
1. Samenvatting en aanbevelingen	5
2. Inleiding	8
3. Werkwijze	9
4. Respons zorggroepen	10
5. Resultaten aanvullende enquêtevragen	11
6. Resultaten indicatoren algemeen	13
7. Resultaten per indicator	14
8. Adviezen voor de doorontwikkeling van indicatoren.....	29
Bijlage 1: invulformat gegevensverzameling.....	31

Voorwoord

Hierbij bieden wij u het eerste jaarrapport Transparantie Ketenzorg Diabetes Mellitus aan. Het geeft inzicht in de standaard gegevens over diabeteszorg die binnen de huisartsenzorg in samenwerking met andere eerstelijnszorgverleners zijn vastgelegd.

Het betreft gegevens over het jaar 2010 voor zover deze door de zorggroepen en gezondheidscentra in technische zin beschikbaar gesteld konden worden. Het is de eerste keer dat deze uitvraag gedaan is. Er kon nog geen onderzoek worden gedaan naar de validiteit van de door alle zorggroepen aangeleverde data. Daarom is een kwalitatieve vergelijking in dit stadium mogelijk noch verantwoord.

Niettemin zal dit eerste rapport voor alle deelnemende, maar ook voor de nog niet deelnemende, zorggroepen een stimulans en hulpmiddel bieden om voort te gaan op het gebied van vastleggen van de standaardgegevens voor diabeteszorg. Het vastleggen en aggregeren van deze gestandaardiseerde set is voor iedere zorggroep een essentieel middel om structureel aandacht te kunnen besteden aan kwaliteit van zorg. Juist de intercollegiale bespreking binnen de zorggroep van de onderlinge verschillen in deze standaardgegevens zijn een zeer krachtig middel gebleken om als deelnemers in de zorggroep steeds betere kwaliteit van diabeteszorg te leveren.

Hoewel een oordeel over de kwaliteit van de verleende zorg op grond van de weergegeven overzichten niet verantwoord is, het rapport geeft duidelijk aan dat er verschillen zijn in de mate waarin zorggroepen in 2010 in staat waren de gegevens beschikbaar te krijgen c.q. te stellen. Wij willen zorggroepen bij dit proces verdere ondersteuning bieden. Tevens willen wij borgen dat de aangeleverde data een juiste weerspiegeling zijn van de werkelijk geleverde zorg.

De noodzaak voor ondersteuning van datavastlegging, -verzameling en -interpretatie vereist een structurele ondersteuning van de werkorganisatie en regionale datacentra (RDC) die voor de toekomst van deze rapportages onontbeerlijk is. Daarmee kan tevens de uitvraag voor ook andere types van zorg aan patiënten met chronische aandoeningen zoals hartvaatziekten en astma/COPD, verder gestalte krijgen.

Wij danken de leden van de werkorganisatie die in de zeer korte tijd van enkele maanden en dankzij de daaraan voorafgaande voorbereidende inspanning van een aantal regionale datacentra, dit rapport hebben mogelijk gemaakt.

Paul Habets
Adviesgroep Ketenzorg LHV/VHN

Marc Roosenboom
Kamer Zorggroepen LVG

Verantwoording

Dit rapport is op verzoek van de LVG en Adviesgroep Ketenzorg samengesteld door de Werkorganisatie Transparante Ketenzorg, bestaande uit:

Maarten Klomp, voorzitter Werkorganisatie, huisarts, medisch directeur zorggroep DOH
Arnold Romeijnders, huisarts, medisch directeur zorggroep PoZoB
Paul Habets, huisarts, voorzitter Adviesgroep Ketenzorg, vice-voorzitter LHV
Marc Roosenboom, plaatsvervangend directeur LVG
Henk Bilo, hoogleraar inwendige geneeskunde UMC Groningen
Hannie van der Hoeven, Adviesgroep Ketenzorg
Alice Bosch, RDC Kenniscentrum Ketenzorg en vertegenwoordiger Platform RDC
Marianne Meulepas, RDC Meetpunt Kwaliteit en vertegenwoordiger Platform RDC

Daarnaast is het commentaar verwerkt van geraadpleegde deskundigen:

Guy Rutten, hoogleraar diabetologie in de huisartsgeneeskunde, Julius Centrum, UMC Utrecht
Margriet Bouma, teamleider sectie Ontwikkeling Kwaliteitsmaterialen en Evaluatie, NHG
Tjeerd van Althuis, teamleider sectie Automatisering, NHG

Naamsvermelding als deskundige betekent overigens niet dat een deskundige het rapport op ieder detail onderschrijft.

Tot slot is de tekst voorgelegd aan de leden van de Stuurgroep Zichtbare Zorg Chronische Zorg. Hun commentaar is verwerkt en bediscussieerd in het stuurgroep overleg.

De Stuurgroep is blij met dit rapport en ziet het als een goede basis op weg naar transparantie van ketenzorg.

1. Samenvatting en aanbevelingen

Dit is de eerste landelijke rapportage over gegevens die zorggroepen hebben verzameld over de door hen georganiseerde ketenzorg voor mensen bekend met diabetes mellitus type 2. Gesteund door de door VWS ingestelde Stuurgroep Zichtbare Zorg Chronische Zorg hebben de Adviesgroep Ketenzorg en de LVG hiertoe het initiatief genomen en een “Werkorganisatie Transparante Ketenzorg” in het leven geroepen. De Werkorganisatie heeft de uitvraag van gegevens gedaan met hulp van het Platform Regionale Datacentra. De uitvraag was op vrijwillige basis. Zij was gebaseerd op de indicatorenset die, na overleg met het Nederlands Huisartsengenootschap en de Nederlandse Diabetes Federatie is vastgesteld in de Stuurgroep Chronische Zorg van ZiZo.

Respons

Van de 120 aangeschreven zorggroepen hebben 49 hun data over het jaar 2010 tijdig aangeleverd. Van 29 van hen zijn de analyses door leden van het Platform Regionale Datacentra uitgevoerd. Nog eens 17 zorggroepen gaven aan gegevens te willen leveren, maar van hen zijn de gegevens niet tijdig ontvangen. Tien groepen gaven aan geen gegevens te willen of kunnen aanleveren. Bij 44 groepen bleef dit onduidelijk. De Werkorganisatie vindt dit voor een eerste uitvraag een goede respons. Uiteraard dient het streven gericht te zijn op een nog hogere respons in 2012. In dit rapport zijn de gegevens verwerkt van 257.423 mensen bekend met diabetes type 2, die in zorg waren bij de 49 zorggroepen die data hebben aangeleverd. De totale populatie van deze groepen betrof 6.663.924 ingeschrevenen.

Enquête

Daarnaast zijn aan de zorggroepen aanvullende vragen gesteld. Daaruit kan het volgende worden opgemaakt.

1. 80-100% van de huisartsen beschikt over een praktijkondersteuner.
2. Het datamanagement geschiedt door een externe partij (45%), in eigen beheer (22%) of via standaardrapportages uit HIS of KIS (17%).
3. Zorggroepen geven allemaal feedback aan de aangesloten zorgverleners, meestal door middel van praktijkbezoeken, soms tijdens zorggroepbijeenkomsten, alleen schriftelijk of een combinatie.
4. Van de zorggroepen die rapporteerden, beschikt 57% over een kaderhuisarts diabetes.

Indicatoren

De gerapporteerde gegevens zijn geanalyseerd, becommentarieerd door een tweetal experts op het gebied van diabetes, en bediscussieerd binnen de Werkorganisatie Transparantie Ketenzorg. Hieronder worden de belangrijkste conclusies weergegeven.

1. Zorggroepen variëren sterk in omvang. Ze hebben 203 (de kleinste) tot 20.423 (de grootste) mensen met diabetes type 2 die deelnemen aan het zorgprogramma. Het gemiddeld aantal bedraagt 5253, de gemiddelde prevalentie 4,6% en ruim 6% neemt niet deel aan het zorgprogramma.
2. Van de procesindicatoren scoorden de HbA1c, ‘lipiden bepaald’, ‘kreatinine bepaald’ en ‘bloeddruk bepaald’ het hoogste. De indicatoren ‘urineonderzoek verricht’ en ‘BMI berekend’ scoorden iets lager, en de indicatoren ‘rookstatus vastgelegd’, ‘funduscontrole’ en ‘voetonderzoek verricht’ scoorden het laagst. Opvallend bij alle indicatoren zijn de aanzienlijke verschillen tussen de hoogst en de laagst scorende groepen. De interpretatie daarvan is lastig.

Onduidelijk is of het gaat om onderrapportage door registratie- of extractieproblemen, of om daadwerkelijke verschillen in prestatie.

3. De uitkomstindicatoren van $HbA1c < 7$, $HbA1c > 8,5$ zijn heel hoog. De uitkomstindicator $LDL < 2,5$ is met gemiddeld 53% een stuk lager. Hoewel het aantal mensen dat statines gebruikt in de rapportage ook laag is, lijkt dit geen verklaring. Veeleer lijkt sprake van onderrapportage van statinegebruik. Ook mogelijke inclusie van mensen met gestoorde glucosetolerantie kan hierbij een rol spelen. Het aantal mensen met een systolische bloeddruk < 140 is met 52% relatief laag. De Werkorganisatie is van mening dat de grenswaarde van 140 hierin een belangrijke rol kan spelen. Zij beveelt aan de keuze van het afkappunt te heroverwegen: van kleiner dan 140 naar kleiner dan of gelijk aan 140. Het aantal patiënten met een BMI < 25 is zoals verwacht erg laag. Van belang is te beseffen dat overgewicht als zodanig gecorreleerd is aan de kans op het ontstaan van diabetes. Het aantal rokers is over de groepen redelijk stabiel, het aantal stop roken adviezen daarentegen varieert enorm. Naar verwachting is dit voornamelijk een registratieprobleem. Ook het aantal mensen bekend met retinopathie verschilt enorm. Ook hieraan liggen minstens registratie- en extractieproblemen ten grondslag.
4. De interpretatie van de verschillen in uitkomstindicatoren is niet gemakkelijk. Allereerst spelen technische problemen rond registratie en extractie. Daarnaast kunnen populatieverschillen (casemix) ongetwijfeld een deel van de verschillen verklaren. Tenslotte is het aantal jaren dat een zorggroep actief is en aan de hand van spiegelinformatie kwaliteitsbeleid voert ongetwijfeld een belangrijke variabele ten aanzien van de uitkomsten.

Aanbevelingen

Op basis van hierboven beschreven data met betrekking tot de diabeteszorg komt de Werkorganisatie tot de volgende aanbevelingen.

1. Registratie- en extractieproblemen spelen over de hele linie nog een zo belangrijke rol dat het nog niet verstandig is om nu al uitspraken te doen over de daadwerkelijke prestatie van zorggroepen ten opzichte van elkaar.
2. De beschreven data zijn (zeker in dit stadium) vooral van belang voor de zorggroepen zelf. Zij worden aangespoord om een intern kwaliteitsbeleid te voeren waarin deze spiegelinformatie wordt gebruikt. Over dit interne kwaliteitsbeleid zal de koepelorganisatie van Ketenadviesgroep en LVG aanbevelingen doen in een te ontwikkelen kwaliteitssysteem voor zorggroepen.
3. Zorggroepen dienen zich af te vragen of hun eventuele minder goede scores berusten op een registratie-, een extractie- of een prestatieprobleem en dit zo nodig verder te analyseren.
4. Deze analyse dient te leiden tot het maken van concrete plannen ter verbetering van registratie, extractie en/of prestatie, zowel op praktijk- als op zorggroepniveau.
5. Het proces van dataverzameling en data-extractie dient te worden verbeterd en gestandaardiseerd. Hiertoe heeft de Werkorganisatie een plan van aanpak gemaakt waarin samenwerkende Regionale Datacentra verantwoordelijk worden voor de kwaliteit van het datamanagement en de betrouwbaarheid van de gegevens. Dat zal de komende jaren leiden tot steeds betrouwbaardere en daarmee beter vergelijkbare datasets.
6. Er dienen ondubbelzinnige afspraken gemaakt te worden over in- en exclusiecriteria, zoals bijv. voor mensen met gestoorde glucosetolerantie (IGT) en patiënten met diabetes die met enkel een leefstijlinterventie normoglykaemisch zijn geworden (zonder medicatie).
7. Bij het verder verfijnen van de uitvraag in de komende jaren zal ook de rapportage van de medicatie beter moeten en ook kunnen. Naast inzet van de zorggroepen vraagt dit om landelijke afspraken over betrouwbare en veilige data-uitwisseling, zeker als medicatiegegevens niet alleen

uit het HIS of KIS kunnen worden uitgelezen, maar ook uit de apotheekbestanden, inclusief de ICA-gegevens (intolerantie, comorbiditeit en allergieën).

8. Naarmate de streefwaarden meer zullen gaan afhangen van iemands leeftijd, diabetesduur en leeftijd waarop diagnose is gesteld, zeggen gemiddelden minder, ook voor de individuele praktijk. De oplossing ligt in het vastleggen van individuele streefwaarden in HIS en KIS. In de rapportage kan dan worden weergegeven het percentage patiënten dat de vooraf afgesproken streefwaarde heeft gehaald en het gemiddelde streefniveau per zorgverlener.
9. De Werkorganisatie doet een aantal aanbevelingen voor de operationalisatie van de indicatoren. Deze hebben onder andere betrekking op de definitie van de populaties, de afkapwaarden en aparte registratie voor 80 plussers. Daarnaast doet zij aanbevelingen voor enkele nieuwe indicatoren voor complicaties, persoonlijke streefwaarden en patiënttevredenheid. Samenwerking met patiëntenorganisaties is hiervoor noodzakelijk.
10. De koepel van zorggroepen dient samen met andere relevante partijen duidelijk te maken in welk gremium toekomstige aanpassingen van de indicatorenset formeel worden vastgesteld.
11. De uitvraag van data dient jaarlijks te worden herhaald zodat trends in de kwaliteit van het datamanagement en in de performance zichtbaar worden gemaakt, zowel op landelijk niveau als op het niveau van de afzonderlijke zorggroepen.
12. Landelijke uitvraag, analyse en rapportage van data dient zich niet te beperken tot diabetes, maar dient ook te geschieden over de ketenzorgprogramma's COPD en CVRM. De Werkorganisatie zal dit in 2012 effectueren.

2. Inleiding

VWS heeft de Stuurgroep Zichtbare Zorg Chronische Zorg opdracht gegeven transparantie in de eerstelijns chronische zorg te realiseren. Gesteund door de door VWS ingestelde Stuurgroep Zichtbare Zorg Chronische Zorg hebben de Adviesgroep Ketenzorg en de LVG, die samen de koepel vormen van de eerstelijns zorggroepen, het op zich genomen om deze opdracht uit te voeren. Daartoe hebben zij een Werkorganisatie Transparante Ketenzorg in het leven geroepen met als belangrijkste doel de geaggregeerde gegevens van de zorggroepen op een verantwoorde wijze te verzamelen en daarover te rapporteren. Hierbij worden de gegevens geanalyseerd, geïnterpreteerd en van commentaar voorzien. Tevens worden aanbevelingen geformuleerd, over de dataverzameling zelf, de zorgprestaties en soms ook over de doorontwikkeling van de indicatoren.

Om deze doelen te kunnen bereiken is primair een doelgerichte uniformering van het registratie-, dataverzamel- en data-analyseproces noodzakelijk. De Werkorganisatie wil zorggroepen hierbij ondersteuning bieden. Met de uitvraag diabetesindicatoren, zoals door LHV, NHG, NDF en Stuurgroep Zichtbare Zorg Chronische Zorg vastgesteld, zijn de eerste stappen daartoe gezet. De Werkorganisatie wordt in de uitvoering ondersteund vanuit het platform van Regionale Datacentra en waar nodig door de bureaus van de LVG en de Adviesgroep Ketenzorg. De Werkorganisatie levert, aan de hand van de per zorggroep geleverde gegevens, een landelijke rapportage over de diabeteszorg 2010 en daarnaast een individuele feedbackrapportage per zorggroep.

In deze eerste rapportage zijn de gegevens van alle deelnemende zorggroepen opgenomen, echter zonder 'ranking' op naam. De nadruk ligt in eerste instantie op participatie in het aanleveren van de indicatoren, en minder op de vraag of *alle* gevraagde gegevens op te leveren zijn. De vaststelling dat nog niet *iedere zorggroep alle* data kan aanleveren, is een stimulans voor een verbeterslag in het proces van datavergaring, -verwerking, en -interpretatie. Desgevraagd kan de Werkorganisatie zorggroepen ondersteuning op maat bieden om hier een verbeterslag te maken.

In dit rapport komen achtereenvolgens aan de orde:

- De werkwijze bij het benaderen zorggroepen.
- De respons van de zorggroepen.
- De resultaten van de aanvullende enquête.
- De resultaten van de aangeleverde data (de indicatoren), met een analyse van de uitkomsten.
- Adviezen voor de doorontwikkeling van de indicatoren op basis van deze eerste data analyse.

3. Werkwijze

De uitnodigingsbrief voor deelname is via email aan één contactpersoon (manager of directeur) per zorggroep verstuurd. Daarvoor is een mailinglijst gemaakt op basis van lijsten die zijn opgevraagd en ontvangen van:

- LVG
- Adviesgroep Ketenzorg LHV/VHN
- ZN
- Regionale datacentra

Elke lijst voegde nieuwe informatie toe. Iedereen die op de uiteindelijke mailinglijst stond, werd aangeschreven. Dit bleken soms gezondheidscentra te zijn die een GEZ module hadden gecontracteerd.

In de uitnodigingsmail stond een link naar een digitale vragenlijst. Hierin werd gevraagd hoe de zorggroep het datamanagement heeft geregeld, of en zo ja hoe er feedback aan de individuele praktijken wordt gegeven, of de zorggroep beschikt over een kaderhuisarts diabetes en zo ja, of die bij de onderhandelingsgesprekken met de zorgverzekeraar aanwezig is. Tot slot kon de contactpersoon hier aangeven of de zorggroep inging op de uitnodiging tot transparantie en zo ja, met wie hierover contact kon worden opgenomen: iemand van de zorggroep zelf of iemand van een RDC. Als de contactpersoon aangaf niet op de uitnodiging in te gaan, werd om een motivatie gevraagd.

Met iedereen die aangaf op de uitnodiging in te gaan, werd contact opgenomen. In het geval daar een RDC werd vermeld, kreeg de contactpersoon een bevestigingsemail, in cc aan de contactpersoon van betreffend RDC. In het geval daar de zorggroep zelf werd vermeld, werd die gebeld om verdere uitleg te kunnen geven en vragen te stellen over de dataverwerking door betreffende zorggroep. Na het telefonische contact volgde een email met het invulformat voor de gegevensverzameling (Bijlage 1). In twee separate mails werden inlognaam en wachtwoord verstuurd om de gegevens via een daartoe ingerichte beveiligde website te kunnen uploaden (<http://uploads.transparantieketenzorg.nl>).

Iedereen die binnen twee weken niet reageerde op de uitnodigingsmail ontving een herinneringsmail. Wie binnen een week na de herinneringsmail niet reageerde, werd gebeld om na te gaan of de contactgegevens correct waren, of de zorggroep diabeteszorg had gecontracteerd in 2010 en of de zorggroep wilde ingaan op de uitnodiging tot transparantie.

Via het invulformat werden door de zorggroepen de tellers en noemers voor de indicatoren aangeleverd. Voor de procesindicatoren is de noemer het aantal patiënten in het zorgprogramma en de teller het aantal patiënten bij wie bepaalde meting is geregistreerd. Voor uitkomstindicatoren is de noemer het aantal patiënten bij wie bepaalde meting is geregistreerd en de teller het aantal patiënten dat een score boven of juist beneden een bepaalde afkapwaarde heeft. Op basis van tellers en noemers zijn percentages per zorggroep berekend. Daarnaast zijn alle patiënten in alle tellers en alle noemers bij elkaar opgeteld en tot een percentage over alle zorggroepen heen berekend, het gewogen gemiddelde.

4. Respons zorggroepen

Uit de verzamelde overzichten van LVG, Adviesgroep Ketenzorg, ZN en RDC's werd een mailinglijst van 134 adressen samengesteld. Van deze lijst vielen 14 namen af omdat ze inmiddels waren samengegaan met een andere groep, dubbel geregistreerd stonden onder een andere naam of geen diabeteszorg hadden gecontracteerd.

Zo bleven 120 groepen over voor deelname aan transparantie diabetes ketenzorg 2010.

Overzicht 1: Deelname zorggroepen

Aangeschreven		134
Geen zorggroep		14
Potentieel		120
Wil gegevens aanleveren	66	
Kan geen gegevens aanleveren	7	
Wil geen gegevens aanleveren	3	
Nog geen zorgprogramma in 2010	4	
Nog geen data beschikbaar	5	
Telefonisch contact maar geen uitsluitsel gekregen	34	
Geen telefoonnummer kunnen achterhalen	1	

Van de 66 zorggroepen die gegevens willen aanleveren, zijn er op het moment van rapportage van 49 gegevens ontvangen. Met elkaar vertegenwoordigen deze 49 zorggroepen 6.663.924 inwoners van Nederland (40%), door het land verspreid.

Overzicht 2: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd	alle zorggroepen van wie data zijn verwerkt door platformvertegenwoordigers
Aantal zorggroepen	49	29
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	135.998,5	145.907,5
Mediaan	98.685	104.866
Totaal aantal ingeschreven patiënten	6.663.924	4.231.318

Van 29 zorggroepen zijn de data verwerkt door een zorggroep of datacentrum, aangesloten bij het platform RDC. Van deze groepen staat vast dat de gegevens vergelijkbaar zijn omdat de platformvertegenwoordigers in het afgelopen jaar hun werkwijze hebben geüniformeerd. Deze zorggroepen zijn in alle figuren donderblauw weergegeven, de overige zorggroepen lichtblauw.

5. Resultaten aanvullende enquêtevragen

Van de 66 zorggroepen die lieten weten mee te doen aan transparantie over 2010 hebben er 58 de enquête ingevuld via een link in de uitnodigingsmail. Van deze groepen weten we welk percentage huisartsen over een praktijkondersteuner (POH) beschikt, hoe het datamanagement is geregeld, hoe er feedback aan de individuele praktijken wordt gegeven, of de zorggroep beschikt over een kaderhuisarts diabetes en zo ja, of die bij de onderhandelingsgesprekken met de zorgverzekeraar aanwezig is. Deze gegevens staan weergegeven in de onderstaande tabellen 1 t/m 4.

Tabel 1: % huisartsen uit zorggroep met POH

	N	%
> 95 %	38	65,5
80 - 95 %	19	32,8
Minder dan 80 %	1	1,7
Totaal	58	100,0

Tabel 2: Datamanagement

	N	%
Via data-extracties uit HIS of KIS door een externe partij	26	44,8
Via data-extracties uit HIS of KIS in eigen beheer	13	22,4
Via een standaard rapportage vanuit een KIS	10	17,2
CMIZ PharmaPartners	3	5,2
Door standaard KIS én eigen extracties KIS	2	3,4
Eigen beheer en extern	1	1,7
Extracties door externe partij, bewerking in eigen beheer	1	1,7
Gegevens die door POH handmatig op eigen website ingevoerd worden vanuit het HIS	1	1,7
Standaard uit KIS en eigen productie	1	1,7
Totaal	58	100

Tabel 3: Wijze van feedback aan deelnemende praktijken door zorggroepen

	N	%
Tijdens praktijkbezoeken	24	41,4
Tijdens bijeenkomst van de zorggroep	9	15,5
Alleen schriftelijk	7	12,1
Schriftelijk, praktijkbezoek en bijeenkomst zorggroep	5	8,6
Schriftelijk, praktijkbezoeken én bijeenkomst zorggroep	2	3,4
Eerst schriftelijk, gevolgd door een praktijkbezoek	1	1,7
Feedbackbijeenkomst huisartsgroepen en te allen tijde per praktijk via KIS	1	1,7
In de overleggen met de betreffende zorgverleners	1	1,7
Mondeling, tijdens overleg	1	1,7
Multidisciplinair overleg en specifiek monodisciplinair	1	1,7
Schriftelijk, praktijkbezoek en bijeenkomst zorggroep en te allen tijde per praktijk via KIS	1	1,7
Schriftelijk, praktijkbezoek, bijeenkomst zorggroep	1	1,7
Tijdens bijeenkomsten	1	1,7
Tijdens praktijkbezoeken en zorggroepbijeenkomsten	1	1,7
Niet ingevuld	1	1,7
Totaal	58	100

Tabel 4: Beschikking over kaderhuisarts

kaderhuisarts	N	%	aanwezig bij onderhandeling zorgverzekeraar	N	%
Ja	33	56,9	Ja	18	31,0
Nee	25	43,1	Nee	40	69,0
Totaal	58	100,0	Totaal	58	100,0

6. Resultaten indicatoren algemeen

In totaal zijn de gegevens verwerkt van 257.423 mensen met diabetes type 2 die in een zorgprogramma zijn opgenomen bij een van de 49 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd. De zorggroepen verschillen sterk in grootte en daarmee varieert ook het aantal mensen met diabetes waarover wordt gerapporteerd. De kleinste zorggroep heeft 203 mensen met diabetes in het zorgprogramma, de grootste 20.423, zie tabel 5.

Tabel 5: Verdeling mensen met diabetes mellitus type 2 in zorgprogramma over zorggroepen

	aantal patiënten N=49	prevalentie N=35	% niet in zorg N=23
gemiddeld	5253	4,6	6,2
mediaan	3421	4,5	5,8
minimum	203	3,4	0,5
maximum	20.423	7,4	16,0

Er is een verschil tussen het aantal patiënten bekend met diabetes, en het aantal patiënten dat in het zorgprogramma is opgenomen. In het zorgprogramma worden alleen die patiënten opgenomen, die programmatische protocollaire zorg krijgen conform de NHG standaarden en de NDF-zorgstandaard vanuit de eerstelijns praktijken. Omdat veel zorggroepen geen gegevens hebben aangeleverd over het aantal patiënten onder behandeling van de specialist en over het aantal patiënten onder behandeling in de eerste lijn, maar zonder programmatische zorg, is de berekening van de prevalentie uitgevoerd over het aantal mensen in het zorgprogramma. De populatie voor het berekenen van de prevalentie was slechts van 35 zorggroepen bekend.

Mensen die wel een indicatie hebben voor het zorgprogramma, maar niet de geregelde programmatische zorg ontvangen (bijvoorbeeld bij geringe levensverwachting, langdurig verblijf in het buitenland of zorgweigeraars) worden doorgaans niet opgenomen in het zorgprogramma. Echter het in- en exclusiebeleid bij de verschillende zorggroepen verschilt soms en de verschillen zijn onvoldoende bekend. Voorbeeld daarvan zijn de mensen met gestoorde glucosetolerantie en de mensen die met enkel een leefstijlinterventie normoglykaemisch zijn geworden (zonder medicatie). Dit kan invloed hebben op de uitkomsten. In de vervolgjaren zullen uniforme in- en exclusiecriteria moeten worden gehanteerd. Uiteindelijk kon van 23 groepen het percentage patiënten berekend worden dat wel de huisarts als hoofdbehandelaar heeft, maar niet in het zorgprogramma is opgenomen.

Daarnaast is bij de analyse gebleken dat er onvoldoende uniformiteit is ten aanzien van de exacte periode waarop de uitvraag betrekking heeft (12 maanden of bijv. een overloop van een maand) en ten aanzien van de vraag of patiënten die slechts een deel van het jaar binnen het zorgprogramma in behandeling waren in de overzichten dienen te worden meegenomen.

7. Resultaten per indicator

De scores op de afzonderlijke indicatoren zijn op uniforme wijze weergegeven in grafieken waarbij de scores zijn gerangschikt van laagste naar hoogste waarde. De positie van een zorggroep verschilt dus per grafiek. Als een zorggroep voor een bepaalde indicator geen gegevens kon aanleveren, ontbreekt de zorggroep in de betreffende grafiek.

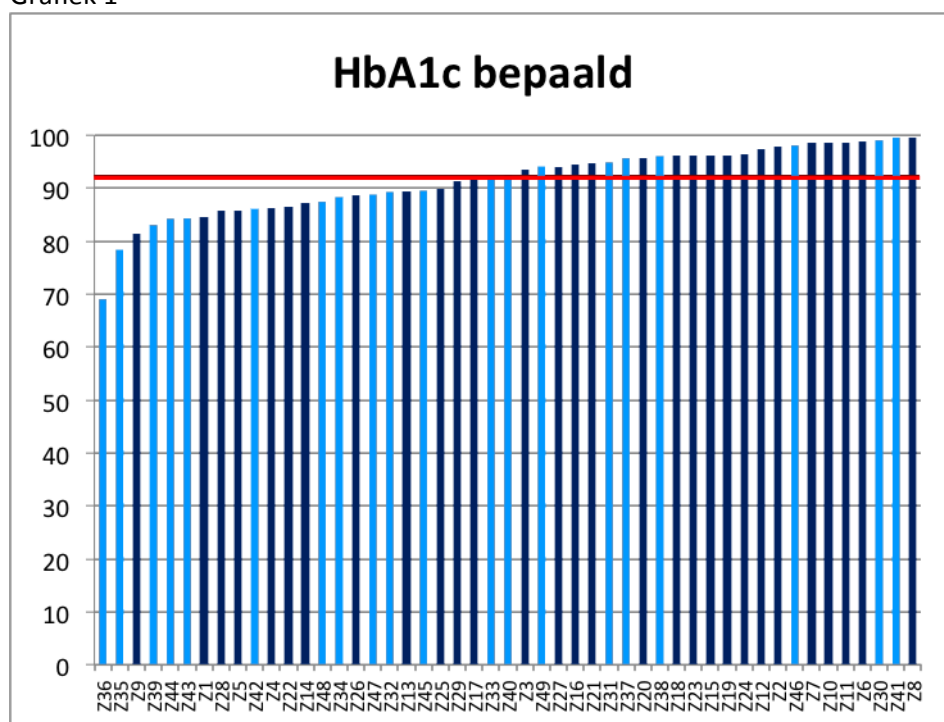
De procesindicatoren (bijvoorbeeld: bij hoeveel mensen is in 2010 een HbA1c gemeten) zijn berekend op de totale groep mensen in het zorgprogramma. Bij de uitkomstindicatoren (bijvoorbeeld: hoeveel % heeft een HbA1c waarde < 7,0%) staat in de teller het aantal mensen dat voldoet aan het betreffende criterium en in de noemer het aantal mensen bij wie de indicator is gemeten.

De gegevens van zorggroepen die zijn geanalyseerd door een platformdeelnemer zijn donkerblauw weergegeven, de gegevens van de overige zorggroepen zijn lichtblauw.

Daarnaast is in iedere grafiek een rode lijn zichtbaar die het gewogen gemiddelde aangeeft. Dat is berekend over alle patiënten uit alle zorggroepen die in de betreffende grafiek zijn meegenomen.

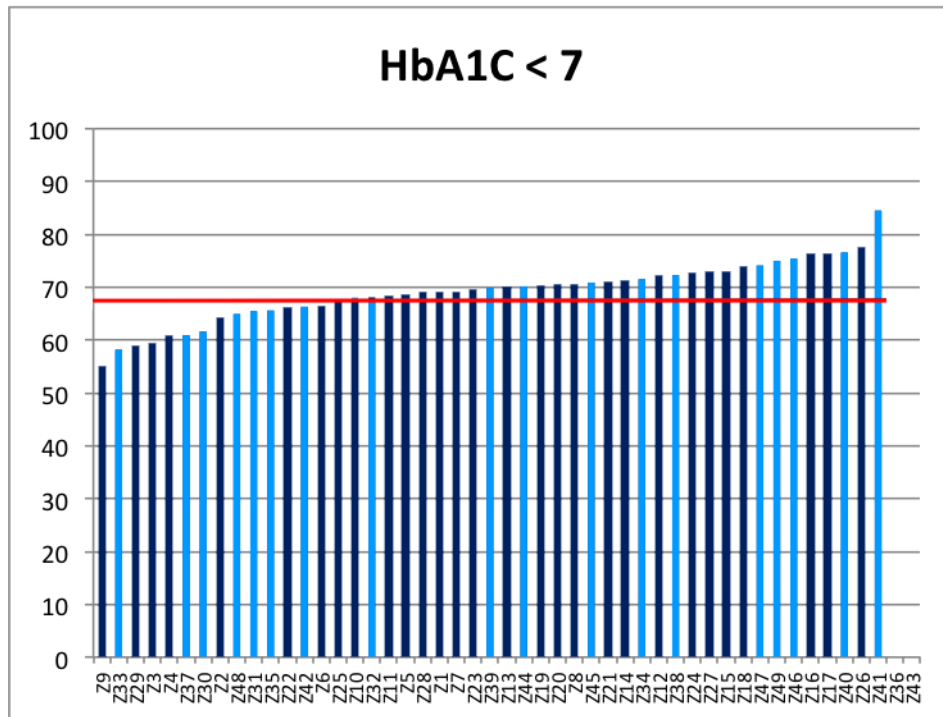
7.1. Indicatoren glucoseregulatie

Grafiek 1



Het percentage mensen, voor wie een HbA1c waarde kon worden gerapporteerd, varieerde tussen 68 en bijna 100%, met een gewogen gemiddelde van 91,4%. Dat is een hoge score. Of bij de zorggroepen met een score onder 85% sprake is van onderrapportage om welke reden dan ook of van minder bepalingen is niet na te gaan. Voor de betreffende zorggroepen is dit een punt van aandacht.

Grafiek 2¹



Van degenen bij wie een HbA1c bekend was, had 68,8% een HbA1c beneden de 7,0% (53 mmol/mol). Ook hier bestaat een grote variatie, namelijk tussen de 55 en 85%. Hoe is een dergelijk gegeven te interpreteren? De gemiddelde glucoseregulatie over een groep hangt af van tal van factoren zoals in- en exclusie van specifieke groepen binnen de ketenzorg, het aantal mensen dat wordt behandeld met dieet dan wel insuline, de gemiddelde leeftijd van de deelnemers, het aantal mensen met een verhoogd risico op diabetes (Marokkaanse, Turkse of Surinaamse achtergrond), met vaak ook meer risico op complicaties en de sociaal-economische achtergrond van de populatie. In sommige groepen worden geen, in andere juist wel mensen met insuline behandeld. Soms betreft dit een groot percentage van de totale populatie en soms niet. Soms worden ook mensen met een 4x daags insuline regime behandeld. Het percentage van aldus behandelde mensen heeft invloed op de hoogte van het gemiddelde HbA1c. Ook speelt een rol hoe lang een zorggroep al als zodanig functioneert.

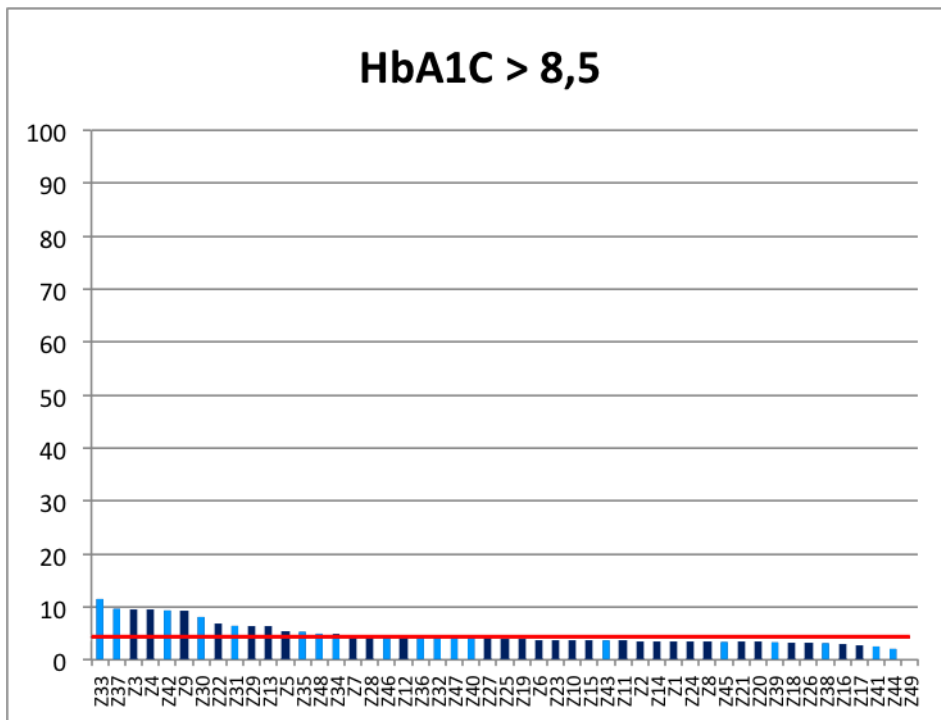
Zolang deze factoren niet kunnen worden gewogen in de beoordeling, is benchmarken niet goed mogelijk en zijn de uitkomsten vooral van waarde voor de zorggroep respectievelijk de praktijk zelf als onderdeel van het eigen kwaliteitsbeleid, om te zien of de uitkomsten via een verbetertraject kunnen worden verbeterd.

Zo is in een populatie met erg veel ouderen het streven naar een heel strenge glucoseregulatie vaak contraproductief, zonder invloed op de prognose, maar wel met invloed op de hoeveelheid medicatie die gebruikt wordt en dus op de kans op ongewenste bijwerkingen. Er lijken dan ook voor mensen boven de 80 jaar andere streefwaarden te moeten komen dan bijvoorbeeld voor mensen beneden de 60 jaar. Misschien moeten zelfs ook tussen 60 en 80 jaar de streefwaarden worden

¹ Van twee groepen zijn de resultaten in deze grafiek niet meegenomen vanwege de onwaarschijnlijke percentages (lager dan 10%). Opgeteld kwam het aantal uitslagen HbA1C neer op 1/5 van het totaal aantal weergegeven bij HbA1C bepaald. Waarschijnlijk is er een honderdtal geschreven waar een duizendtal had moeten staan.

gedifferentieerd. Daarbij moet wellicht rekening worden gehouden met factoren als levensverwachting en al doorgemaakte cardiovasculaire problematiek.

Grafiek 3

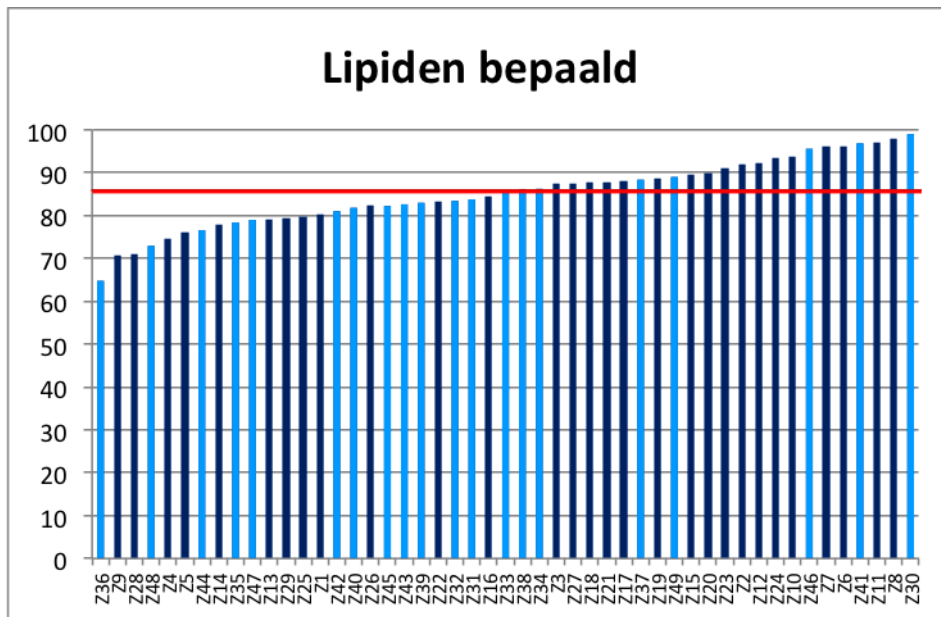


Dit cijfer kent wel een heel grote variatie, met percentages tussen 2 en 11% en met een gewogen gemiddelde van 4,8%. Praktisch gezien betekent dit, dat binnen de ketenzorg slechts één op de twintig mensen een HbA1c boven de 8,5% (70 mmol/mol) heeft. Zeker in vergelijking met internationale cijfers is dit een uitstekend percentage. Overigens zal in deze eerste verslaggeving zo min mogelijk worden gerefereerd naar internationale cijfers. Enerzijds omdat de gepresenteerde cijfers voor zichzelf spreken en anderzijds omdat voor een echt goede vergelijking een diepgaander analyse en berekening noodzakelijk is.

De sterke variatie zal ten dele uit dezelfde factoren kunnen worden verklaard als aangegeven bij het verslag over het HbA1c beneden de 7,0% (53 mmol/mol).

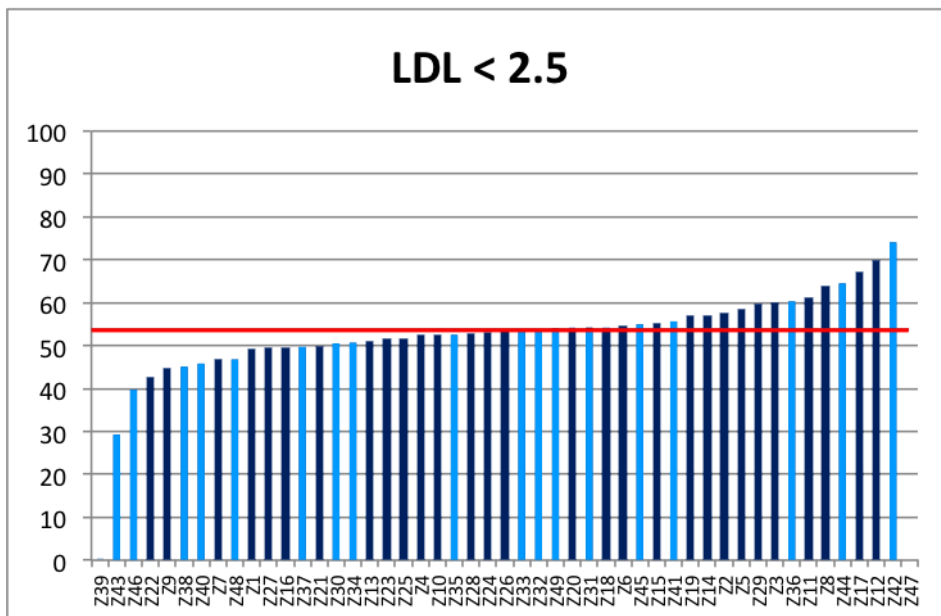
7.2. Indicatoren lipidenprofiel

Grafiek 4



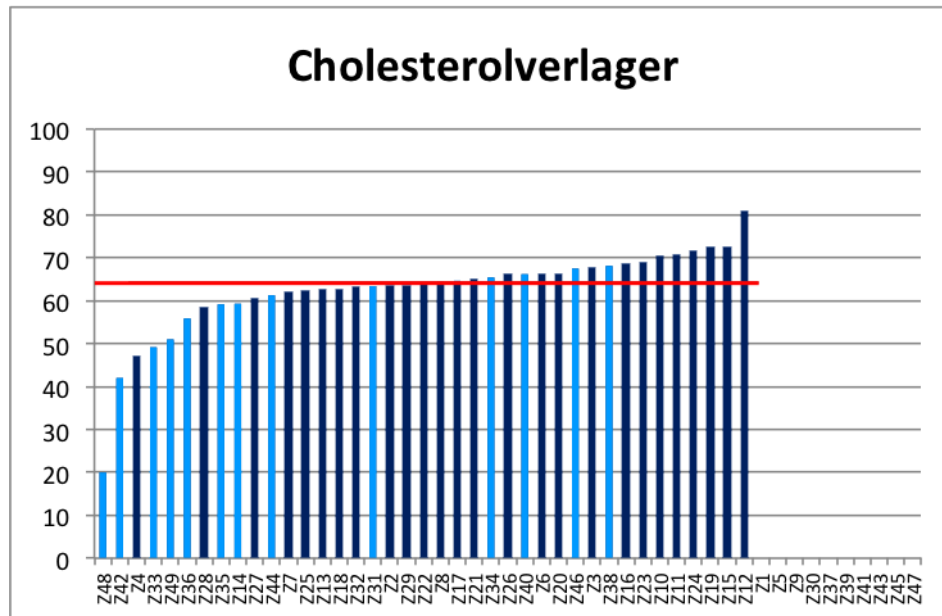
Bij gemiddeld 85,3% van alle patiënten uit alle zorggroepen werd over het vetspectrum gerapporteerd, met een spreiding tussen 65 en bijna 100%. Een deel van de spreiding kan worden veroorzaakt doordat zorggroepen niet in staat zijn de benodigde data uit het HIS of KIS systeem te verkrijgen. Desalniettemin is het verschil wel dusdanig evident, dat dit een actiepoint zou moeten worden voor een aantal zorggroepen.

Grafiek 5



Er is een grote variatie tussen de zorggroepen bij het bereiken van het afkappunt uit de NHG-standaard van 2,5 mmol/l voor het LDL. Daar, waarbij 53,1% van het totaal aantal metingen een LDL waarde laat zien beneden de 2,5 mmol/l, is er een spreiding tussen de 29 en 72%.

Grafiek 6



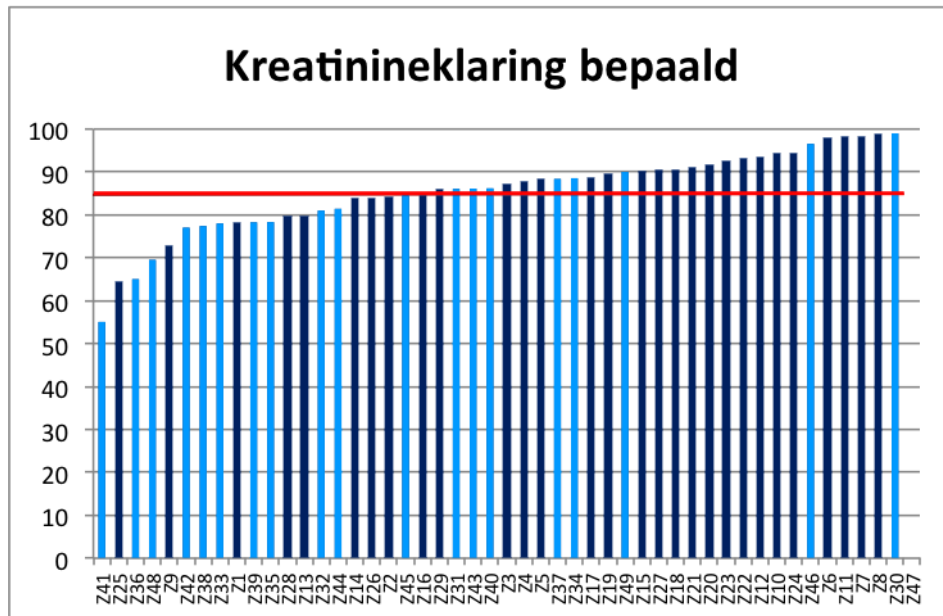
Voor zover af te leiden uit de beschikbare gegevens is er een grote diversiteit in het voorschrijfpatroon van met name statines, tussen 20 en 80%, dit bij een gewogen gemiddelde van 64,3%. Zoals in grafiek 6 te zien is, zijn er ook zorggroepen waarvan deze gegevens niet of onvoldoende bekend zijn. Bij de zorggroep die 20% rapporteert, is waarschijnlijk sprake van onderrapportage. Een percentage boven 80% is niet te verwachten. Er zijn te veel mensen die een statine niet verdragen en er zijn ook heel wat mensen met een dermate laag cardiovasculair risico dat jarenlang voorschrijven van een statine niet zinvol is. Internationale studies laten zien dat een percentage van 70 - 80% realistisch is. Hier lijkt dan ook nog ruimte voor verbetering.

7.3. Indicatoren nierfunctie en albuminurie

In de indicatorenlijst is sprake van de kreatinineklaring, maar dat is in feite onjuist. Voor bepaling van de kreatinineklaring is naast het serumkreatinine ook de bepaling van kreatinine in de 24 uren urine noodzakelijk. Dat wordt bij de normale screening niet gedaan. In de Nederlandse laboratoria wordt nu gebruik gemaakt van de zogenaamde "Modification of Diet in Renal Disease" (MDRD) formule, die resulteert in een schatting van de glomerulaire filtratiesnelheid ("glomerular Filtration Rate = GFR). Dit wordt dan als de eGFR ("estimated" GFR) gerapporteerd en die is in de uitvraag meegenomen.

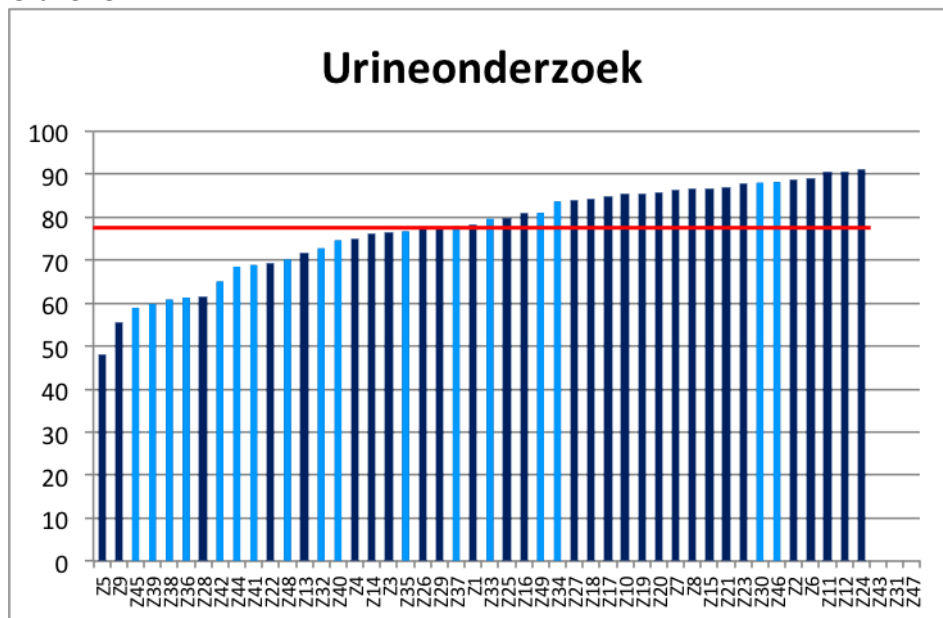
Deze eGFR blijkt ook weer heel variabel gerapporteerd, namelijk variërend van 55 tot 98%, met een gewogen gemiddelde van 85,1%. Ook hier moet weer rekening worden gehouden met de mogelijkheid van onderrapportage ten gevolge van het gebrek aan eenheid van taal bij uitlezen van de gegevens bij een deel van de zorggroepen.

Grafiek 7



Naast de nierfunctie en de eventuele vermindering daarvan, is bij diabetespatiënten ook de mate van albuminurie van belang. Ook bij een normale nierfunctie kan er sprake zijn van micro- of macroalbuminurie. Bij mensen met diabetes type 2 is het bestaan van een verhoogde uitscheiding van albumine in de urine geassocieerd met een verhoogde kans op hartvaatziekten en mortaliteit, en in mindere mate op de kans op progressieve nierschade en noodzaak voor dialyse.

Grafiek 8

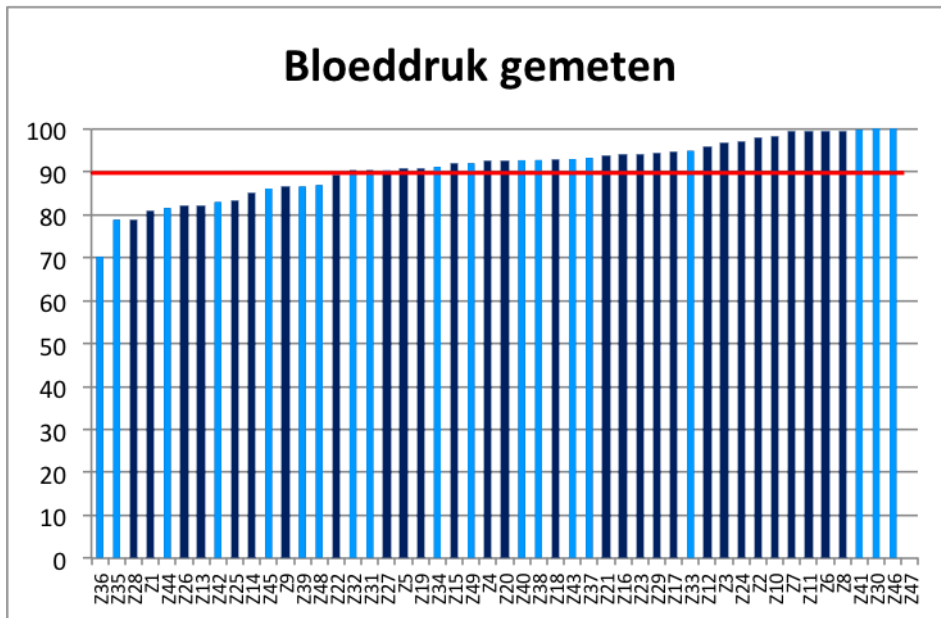


Het vroeg vaststellen van micro- of macroalbuminurie kan helpen om vroegtijdig preventieve behandeling te starten gericht op het verlagen van de kans op complicaties. Bij de uitvraag 2010 varieert het percentage "urineonderzoek verricht" per zorggroep aanzienlijk, met een spreiding tussen 48 en 91% bij een gewogen gemiddelde van 78,3%. Opnieuw is onduidelijk in hoeverre onderrapportage door registratie- of extractieproblemen een rol spelen of dat de performance bij

sommige groepen werkelijk achterblijft. Ook hier is het aan de betreffende zorggroepen om een verklaring voor de ontbrekende cijfers te zoeken.

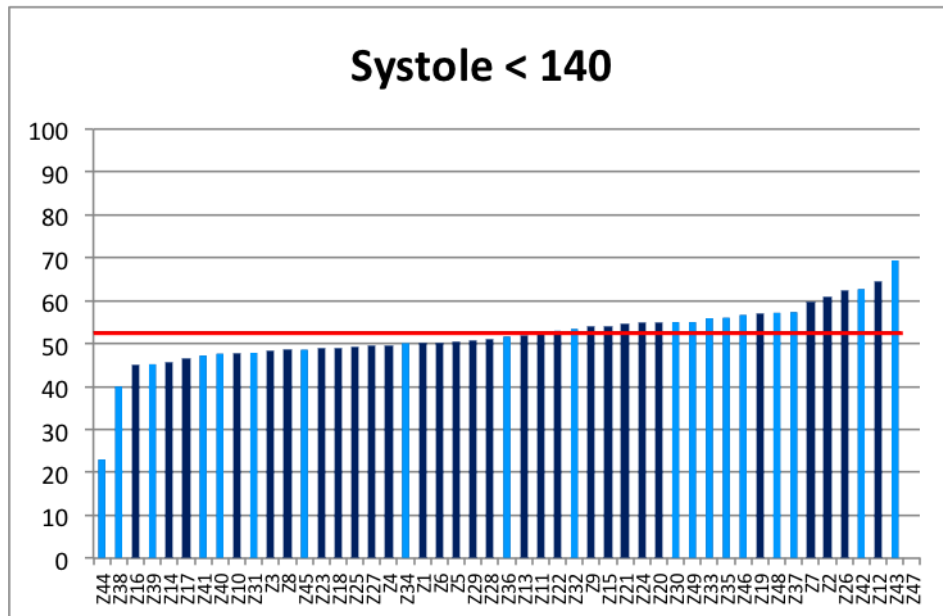
7.4 Indicatoren bloeddruk

Grafiek 9



Het percentage mensen van wie gegevens over de bloeddruk bekend zijn, varieert tussen 70 en 100%. Het gewogen gemiddelde is 89,9%. Overall is dit een goede score, zij het dat bij deze procesindicator het streefniveau hoog dient te zijn. De vraag is of bij de laag scorende groepen minder vaak de bloeddruk is gemeten of dat sprake is van onderrapportage door registratie- cq extractieproblemen. Dit is een belangrijk item voor zorggroepen om onder de loep te nemen. Daarbij is het streven op basis van de adviezen binnen de NHG-standaard om een systolische bloeddruk beneden de 140 mmHg te bereiken. In grafiek 10 wordt weergegeven welk percentage van de gemeten systolische bloeddrukken beneden de 140 mmHg is; daar waar het gewogen gemiddelde 52,3% is, varieert dit bij de zorggroepen tussen 22 en 68%. Ook hier geldt weer dat het interpreteren van deze gegevens niet gemakkelijk is. Zeker bij de oudere mens (in de CBO-richtlijn en de nieuwe CVRM-standaard wordt hierbij > 80 jaar aangegeven) is het streven naar een systolische bloeddruk beneden de 140 mmHg niet altijd gunstig of noodzakelijk. Een goede interpretatie is pas mogelijk als de casemix kan worden meegewogen. Een aparte registratie voor 80 plussers kan eventueel uitkomst bieden.

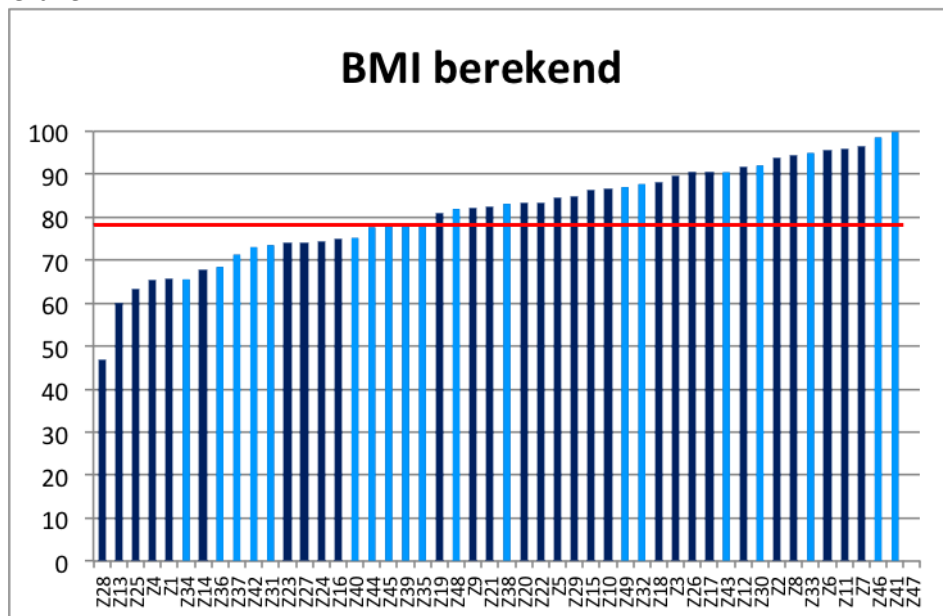
Grafiek 10



7.5. Indicatoren gewicht

Bij het manifest worden van diabetes type 2 is zeker bij de jongere mens leefstijl een belangrijke factor. Overgewicht en obesitas zijn dan ook een belangrijke indicator. Het verbeteren van leefstijl is uiteraard primair de verantwoordelijkheid van mensen zelf. De mate van overgewicht wordt vastgesteld met de Body Mass Index (BMI), die wordt berekend uit lengte en gewicht. Gemiddeld is de BMI bekend bij 79,2% (grafiek 11), met een variatie tussen de 47 en 100%.

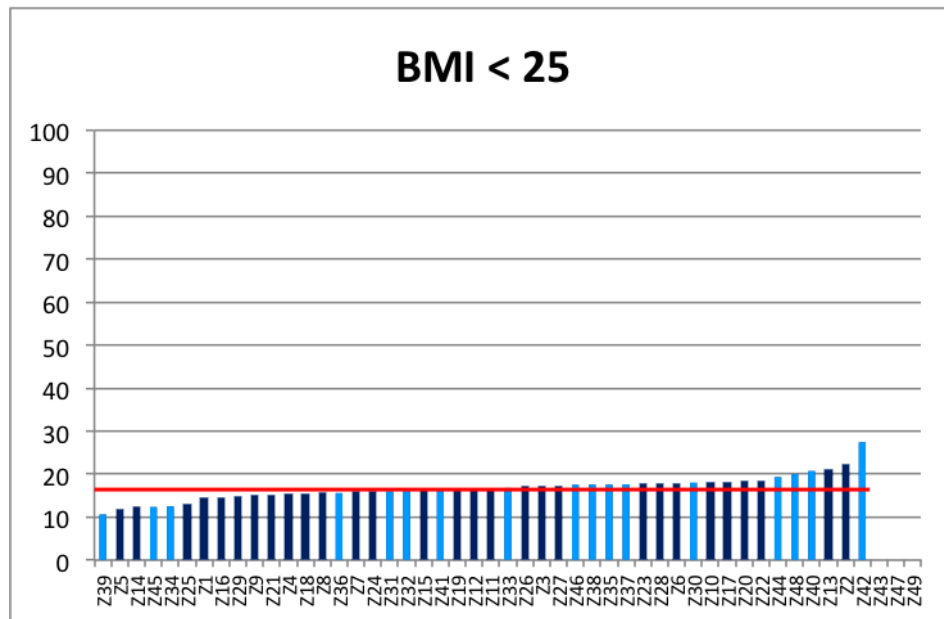
Grafiek 11



In de indicatorenset 2010 wordt gevraagd naar het percentage mensen met een BMI beneden de 25 kg/m², wat gezien wordt als de grenswaarde van een normaal gewicht. Het is niet vreemd dat het grootste deel van de patiënten met diabetes een te hoge BMI heeft, omdat diabetes type 2 voor een

belangrijk deel wordt veroorzaakt door overmatig lichaamsvet. Gemiddeld heeft 16,7% van de mensen met diabetes type 2 een BMI beneden de 25 kg/m², met een spreiding tussen de 11 en 27%. In zijn algemeenheid zijn mensen met een lagere BMI gemakkelijker te behandelen voor hun diabetes dan zeer adipeuze mensen, tenzij er sprake is van een LADA (latent autoimmune diabetes in adults) of mensen uit een minderheidsgroepering. Deze gegevens ontbreken; om die reden is het niet mogelijk om naast het vaststellen van de verschillen nog een goede interpretatie te geven aangaande de oorzaken daarvan.

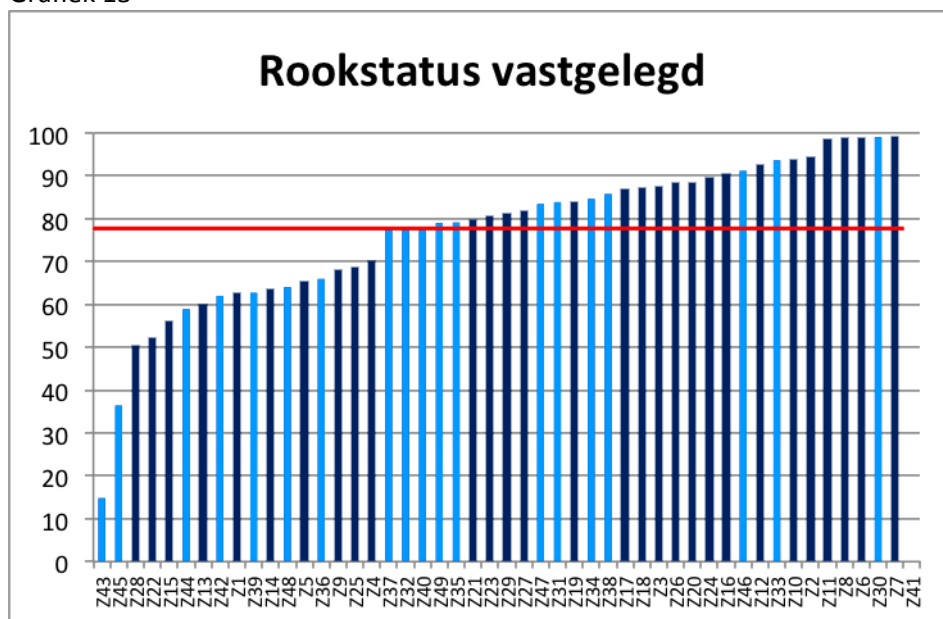
Grafiek 12



7.6. Indicatoren rookstatus

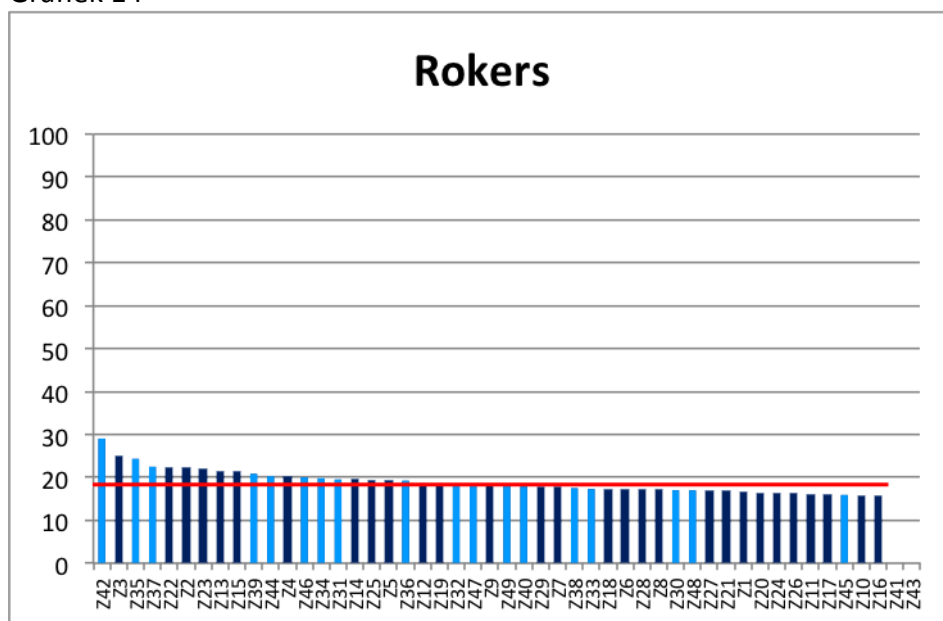
Roken is ongezond, en daar waar dit al schadelijk is voor mensen zonder diabetes, is het nog schadelijker bij mensen met diabetes type 2. Daarom is het noodzakelijk geïnformeerd te zijn over de rookstatus. Ook hier is weer een forse spreiding te vinden (Grafiek 13), waarbij het overigens de vraag is of de zorggroepen Z43 en Z45 wel voldoende betrouwbare gegevens hebben kunnen aanleveren. Ook bij uitsluiten van deze beide groepen is er een grote spreiding tussen de 50 en de 98%, met een gewogen gemiddelde van 78,7%. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de meeste HISsen onvoldoende registratiesturing geven met diverse locaties voor het invullen van de rookstatus. Als de rookstatus niet elk jaar opnieuw wordt ingevuld, wordt hij niet gevonden bij de nieuwe extractie omdat deze slechts een jaar terugzoekt. Dat jaarlijks invullen is echter vanuit zorgverlenersperspectief onzinnig bij mensen die niet roken. Registratieproblemen drukken hier dan ook zonder twijfel de cijfers.

Grafiek 13



In de grafiek over het aantal rokers valt op dat er een forse spreiding is, van het laagste (16%) tot het hoogste percentage rokers (29%) en dit bij een gemiddelde van 18,6%. Deze opmerkelijke verschillen lijken kansen te bieden voor uitwisseling van ervaringen, zodat minder goed scorende zorggroepen kunnen profiteren van groepen die dit beter doen. Dat alles om het aantal mensen dat rookt verder terug te dringen.

Grafiek 14

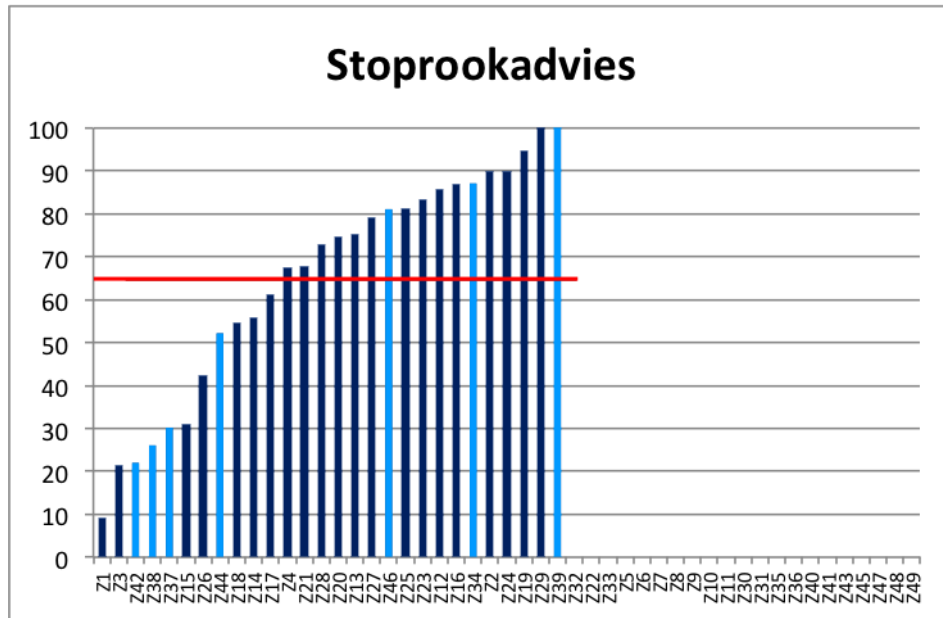


Van een deel van de zorggroepen is niet bekend of er stoppen met roken adviezen zijn gegeven. Sommige zorggroepen hadden namelijk geen afspraken met hun ziektekostenverzekeraars over het systematisch vastleggen van dit gegeven. Van die zorggroepen zijn de gegevens niet verwerkt. Verder bieden HISSen (nog) geen adequate registratieruimte (c.q. extractiemogelijkheden) voor het stop met roken proces.

Blijft het feit dat, ook bij de groepen waarvan wel cijfers zijn ontvangen, de spreiding enorm is: tussen 9 en 100%, met een gewogen gemiddelde van 65,2%.

Er lijkt opmerkelijk genoeg nauwelijks een relatie tussen het aantal rokers en de gegeven stoppen met roken adviezen. Onduidelijk is of de registratie van de uitgebrachte adviezen te wensen heeft overgelaten of dat er andere factoren zijn, die bepalen of mensen al dan niet stoppen met roken.

Grafiek 15²



7.7. Indicatoren oogonderzoek

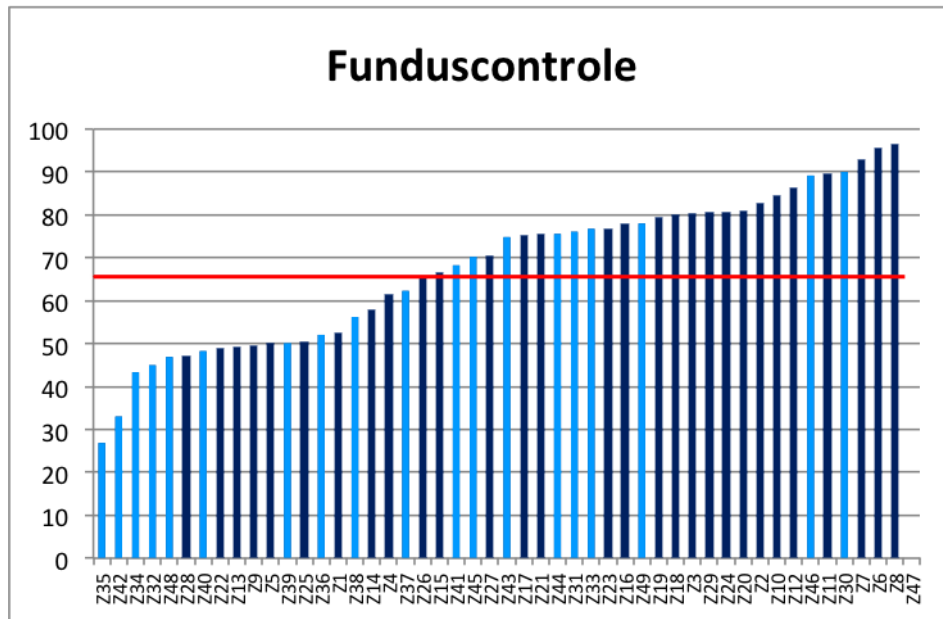
Ook hier is de spreiding groot, tussen de 27 en de 95%, met een gewogen gemiddelde van 65,9%.

Zorggroepen met een lage score zullen moeten bezien of dit het gevolg is van het onvermogen om de juiste gegevens te verzamelen of dat de weergave reëel is; in dat geval is de uitdaging om de logistiek rondom de retinacontrole te verbeteren.

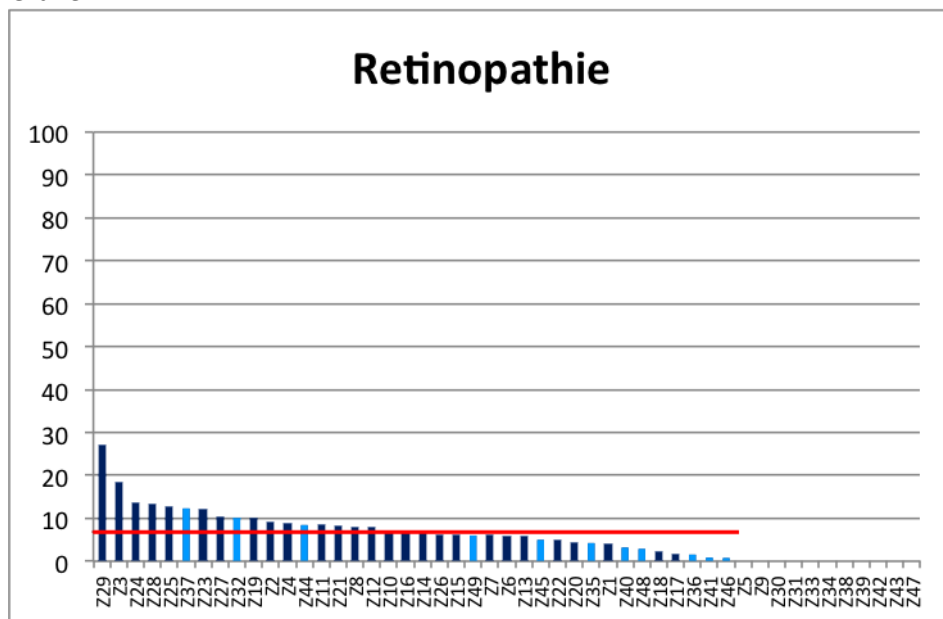
Een ander probleem is dat een klein percentage van mensen met diabetes van oudsher het fundusonderzoek door een oogarts laat uitvoeren en dat niet zomaar wil stoppen. Ook mensen met andere aandoeningen zoals cataract (en niet goed beoordeelbare fundusfoto) zijn soms onder controle van de oogarts. Oogartsen rapporteren vaak slecht over de status van de fundus aan de huisarts, zodat deze gegevens ontbreken. Dit kan in de toekomst verbeteren door betere afspraken over data-uitwisseling of door introductie van een KIS.

² Van een zorggroep zijn de gegevens in deze tabel niet meegenomen omdat het percentage hoger dan 500 uitkwam (het aantal was identiek aan het aantal mensen van wie de rookstatus bekend was).

Grafiek 16



Grafiek 17



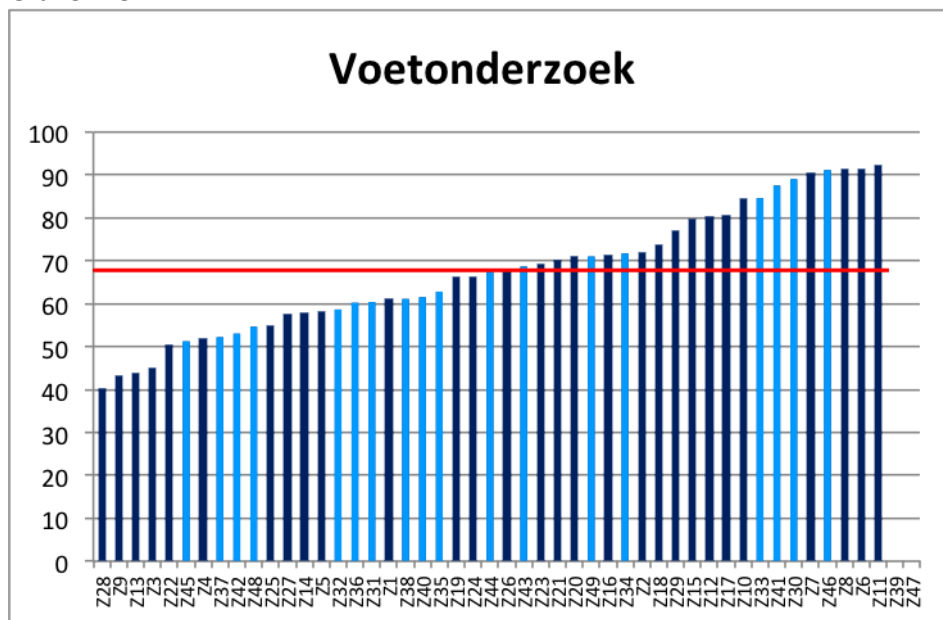
Ook de cijfers over het percentage mensen bekend met retinopathie liggen onverklaarbaar ver uit elkaar, tussen 1 en 28%, met een gemiddelde van 7,4%. Belangrijkste knelpunt is het feit, dat mensen bekend met een retinopathie doorgaans bij de oogarts komen en wat betreft hun ogen niet meer in het standaard screeningsprogramma zitten. Daardoor ontbreken veelal de gegevens in het HIS. Betere communicatie tussen oogartsen en huisartsen en zorgvuldigere registratie van hun bevindingen is dan ook aangewezen. Registratie dat iemand bij de oogarts onder controle is, kan een alternatief zijn.

7.8. Indicatoren voetonderzoek

De cijfers over de procesindicator “voetonderzoek verricht” spreken voor zich, met een spreiding tussen de 40 en de 92%, bij een gewogen gemiddelde van 68%. Ook hier geldt weer, dat deze gegevens als een signaal dienen te worden gezien, waarbij het niet duidelijk is of dit grote verschil nu een gevolg is van het feit dat er te weinig voetonderzoek wordt gedaan, dat de gegevens onvoldoende of verkeerd worden geregistreerd, dan wel dat de gegevens niet goed uit het gehanteerde registratiesysteem kunnen worden verkregen.

Veel mensen zijn van oudsher onder controle bij een podotherapeut of worden naar hen verwezen op grond van de SIMS score. Deze zorgverlenersgroep kon in 2010 in het algemeen nog geen gegevens aanleveren voor de transparantie. In 2011 zijn in veel zorggroepen afspraken gemaakt met de podotherapeuten voor opname in de DBC. Daarbij worden ook afspraken gemaakt over registratie en correspondentie, steeds vaker via een KIS.

Grafiek 18

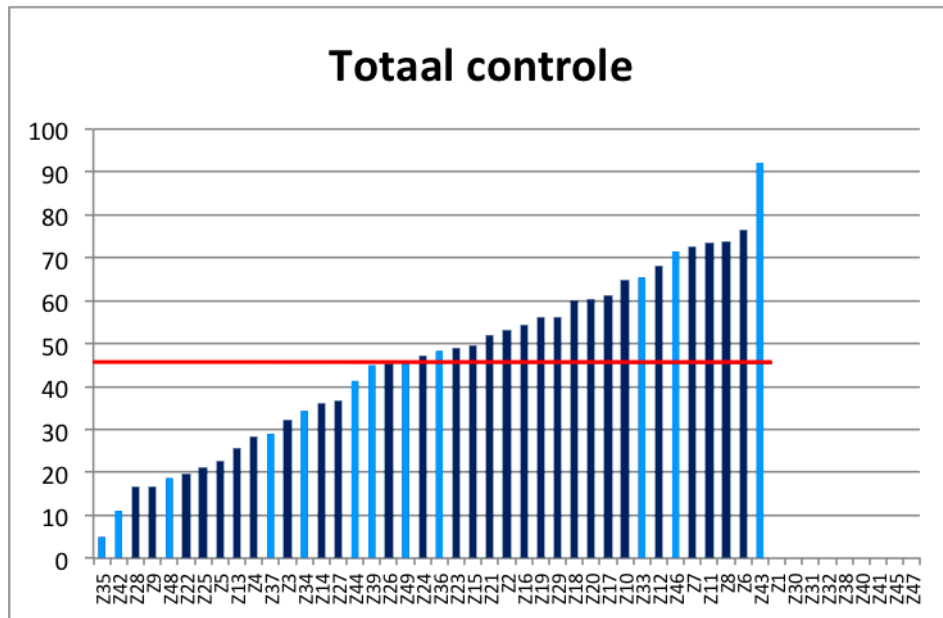


7.9. Compleetheit van gegevens

Grafiek 19 geeft aan, bij welk percentage van de mensen in het zorgprogramma van de zorggroepen alle afgesproken indicatoren bekend zijn. Zoals in het voorgaande aangegeven, ontbreken bij veel zorggroepen data aangaande een of meer van de indicatoren. Daarmee is dit overzicht nog moeilijker interpreteerbaar dan de overzichten van de afzonderlijke indicatoren. Gemiddeld zou bij zo'n 46% van de mensen een complete set aan gegevens bekend zijn. Registratieproblemen hebben voornamelijk een hele grote invloed op de uitkomsten in deze grafiek, zodat echte conclusies niet goed mogelijk zijn. Als de invloed van registratieproblemen op deze grafiek de komende jaren afneemt, is de uitdaging om deze samengestelde indicator door te ontwikkelen tot een indicator die minder zegt over het proces, maar die beter correleert met de zorguitkomst en de kansen op eventuele gezondheidswinst.

Opvallend is de score van Zorggroep 43 in grafiek 19. Dit moet een fout gerapporteerd percentage betreffen, aangezien deze zorggroep bij grafiek 13 (rookstatus vastgelegd) heeft aangegeven dat dat bij 15% is gebeurd. De score in grafiek 19 zou dus maximaal 15% kunnen betreffen.

Grafiek 19

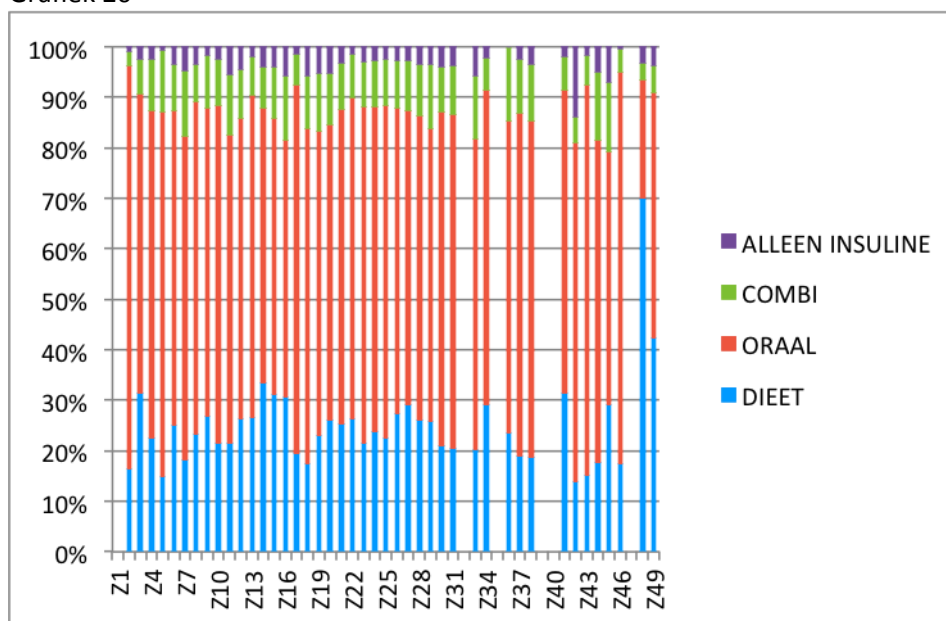


7.10. Aard van de behandeling en de relatie met het HbA1c

De percentages mensen met een HbA1c < 7% kunnen deels samenhangen met de aard van de behandeling (resp. alleen dieet, orale medicatie, orale medicatie en insuline of alleen insuline). Zo zullen mensen met alleen dieet vaak lagere HbA1c waarden hebben dan mensen die insuline gebruiken. De verdeling van deze vier groepen binnen de populatie is daarom relevant. Deze gegevens zijn bij een deel van de zorggroepen bekend en staan weergegeven in grafiek 20. De variatie in deze verdeling blijkt heel groot. (N.B. bij één van de zorggroepen zou méér dan 70% uitsluitend met dieet worden behandeld). Het is de vraag of deze cijfers voldoende betrouwbaar zijn om conclusies aan te verbinden. Mogelijke verklaringen van deze verschillen zijn: verschillen in verwijspatroon naar de tweede lijn, mogelijke onduidelijkheid of patiënten die normoglykemisch worden met alleen dieet geïncludeerd mogen blijven, en inclusie van mensen met gestoorde glucose tolerantie.

De richtlijnen op deze laatste punten dienen waarschijnlijk beter te worden geïmplementeerd.

Grafiek 20



8. Adviezen voor de doorontwikkeling van indicatoren

Voor deze eerste uitvraag van gegevens is de dataset gebruikt met de 18 indicatoren zoals die is vastgesteld door ZiZo. Een aantal zorggroepen heeft kritiek op de samenstelling van deze set en op de operationalisatie daarvan. Zij menen dat de set voor een volgende uitvraag zou moeten worden aangepast. De meest gehoorde punten zijn besproken in de Werkorganisatie en leiden tot de volgende kanttekeningen en suggesties.

1. Populatie waarover de indicatoren worden berekend

- a. Voor het bepalen van de populatie is als peildatum gekozen voor de laatste dag van de meetperiode (iedereen die op 31 december 2010 in het zorgprogramma zit, wordt meegenomen bij het berekenen van de scores). Eigenlijk zouden alleen de mensen moeten worden meegenomen die het hele jaar in het zorgprogramma zaten. Alleen van hen mag worden verwacht dat alle proces- en uitkomstindicatoren bekend zijn.
- b. Het is soms onduidelijk wie er precies tot de groep 'geen geregelde zorg' behoren. In elk geval zijn dat de echte weigeraars of bijvoorbeeld ernstige dementerende of terminale patiënten. Daarentegen is het niet juist om patiënten met “no shows” onder de categorie “geen geregelde zorg” te plaatsen en van het zorgprogramma uit te sluiten. Dat gebeurt soms om zo betere procescijfers te krijgen. De Werkorganisatie is van mening dat de centrale zorgverlener zich dient in te spannen om contact met deze patiënten te herstellen, zodat de zorg kan worden verleend. Deze patiënten dienen in het zorgprogramma te blijven.
- c. Onderscheid in leeftijdscategorieën.
Het is algemeen aanvaard dat voor patiënten > 80 jaar andere streefwaarden gelden voor HbA1c, bloeddruk en LDL cholesterol. Daar waar aantallen 80 plussers per praktijk c.q. zorggroep kunnen variëren pleit dit voor een aparte indicator die betrekking heeft op die leeftijdscategorie, dan wel voor een nieuwe indicator: persoonlijke streefwaarde.

2. Afkapwaardes

In de CBO-richtlijn cardiovasculair risicomanagement (2011) worden afkapwaardes voor systolische bloeddruk en LDL cholesterol van ≤ 140 resp. $\leq 2,5$. De ZiZo indicatoren beschrijven afkapwaardes van < 140 resp. $< 2,5$. De Werkorganisatie beveelt aan om deze afkapwaarden aan te passen aan de CBO consensus. Een extra reden om dat te doen voor de bloeddruk is dat deze in de praktijk wordt afgerond op 140.

3. Operationalisatie lipidenprofiel

De indicator % diabetespatiënten bij wie lipidenprofiel is bepaald, is geoperationaliseerd als: CHOL B MT **én** HDL B **én** LDL B **én** TRIG B is gemeten. Als een zorggroep hier een ander beleid op voert, bijvoorbeeld door alleen LDL B te rapporteren, zou ze 0 scoren op deze indicator terwijl misschien wel bij vrijwel de hele populatie het LDL B werd bepaald en daarmee gehandeld is in overeenstemming met de richtlijnen. Het totaal cholesterol speelt na de diagnosestelling DM immers geen rol meer bij de behandeling en hoeft dus niet meer te worden bepaald.

4. Rookstatus en stop rook advies

- a. De indicator rookstatus is nu zodanig geoperationaliseerd dat de zorgverlener elk jaar moet navragen en vastleggen of iemand rookt, dus ook aan de 60-jarige die zijn leven lang nooit rookte. Dat is zonde van de tijd van de praktijkondersteuner en irritant voor de patiënt.

- b. Het is de vraag of de (procesindicator) vraag “stop rook advies gegeven” dient te worden gehandhaafd. De vraag ligt erg voor de hand, onduidelijk is hoeveel aandacht er aan gegeven zou moeten worden en het is oncontroleerbaar. De Werkorganisatie heeft de voorkeur om te werken met de uitkomstindicator: hoeveel mensen roken / zijn gestopt.

5. Voet- en oogonderzoek

Als voetonderzoek en oogonderzoek worden uitgevoerd door podotherapeut en oogarts, ontbreekt het vaak aan tijdige terugkoppeling, waardoor er uitslagen missen en scores lager uitvallen. De Werkorganisatie beveelt aan om daarom ook het aantal patiënten onder behandeling bij podotherapeut en oogarts in beeld te brengen. In de toekomst kan het KIS hier uitkomst bieden.

6. Nieuwe indicatoren.

Een aantal parameters die relevant zijn voor een goed kwaliteitsbeleid binnen de zorggroep komen nu niet terug in de indicatoren. De Werkorganisatie beveelt aan de volgende aanpassingen/aanvullingen te overwegen:

- (Voorkomen van) complicaties
- Betrekken van persoonlijke streefwaardes bij de uitkomsten
- Waar mogelijk uitkomstindicatoren in plaats van procesindicatoren.
- Indicatoren voor patiënttevredenheid.

7. Vaststellen indicatorenset

De Werkorganisatie stelt vast dat het op dit moment niet duidelijk is welk gremium beslist over het al dan niet overnemen van bovenstaande aanbevelingen c.q. over het daadwerkelijk aanpassen van de indicatorenset. Zij adviseert de koepel van zorggroepen het initiatief te nemen om hierover met andere relevante partijen duidelijkheid te scheppen.

Bijlage 1: invulformat gegevensverzameling

Meetperiode is 12 maanden, m.u.v. fundus: 24 maanden; medicatie: 6 maanden; retinopatie: ooit
Voor de uitslagen wordt de laatste meting in 2010 meegenomen

Nr.	Omschrijving	Operationalisatie	Aantal
1	Naam zorggroep		
2	Eerste 2 cijfers postcode van de vestigingsplaats zorggroep		
	Opbouw patiënten		
3	Populatie zorggroep	Totaal aantal vaste, actieve, bij alle aan de zorggroep deelnemende huisartspraktijken ingeschreven patiënten op 31 december 2010	
4	Totaal aantal patiënten bekend met diabetes mellitus type 1	Alle patiënten met episode diabetes ICPC T90.01 Peildatum 31 december 2010	
5	Totaal aantal patiënten bekend met diabetes mellitus type 2	Alle patiënten met episode diabetes ICPC T90.02 Peildatum 31 december 2010	
6	Totaal aantal patiënten bekend met diabetes mellitus, maar niet gespecificeerd	Alle patiënten bij wie geen episode diabetes ICPC T90.01 of T90.02 bekend is, maar wel T90.00 Peildatum 31 december 2010	
7	Aantal patiënten bij wie hoofdbehandelaar geregistreerd	Alle patiënten bij wie de hoofdbehandelaar diabetes is vastgelegd via WCIA DMBH TZ (2206) of via label of ruiter Peildatum 31 december 2010	
8	Aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts	Alle patiënten met DMHB TZ = 48, dan wel specifieke ruiter of label Peildatum 31 december 2010	
9	Aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, maar niet in zorgprogramma	Alle patiënten met DMHB TZ = 48, dan wel specifieke ruiter of label EN (meting geen geregelde zorg DMRZ (1789) of controle DMCBTZ (1775) = 55) Peildatum 31 december 2010	
10	Aantal patiënten in zorgprogramma	Alle patiënten met DMHB TZ = 48, dan wel specifieke ruiter of label EN GEEN (meting geen geregelde zorg DMRZ (1789) of controle DMCBTZ (1775) = 55) Peildatum 31 december 2010	
	HbA1c:		
11	Aantal diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie HbA1c is bepaald	Alle patiënten met WCIA GLHB B (368) of WCIA: HBAC B (2816) in 2010	
12	Aantal diabetespatiënten bij wie HbA1c is bepaald met HbA1c onder 53 mmol/mol of 7,0%	Alle patiënten met GLHB B < 7 of HBAC B < 53	
13	Aantal diabetespatiënten bij wie HbA1c is bepaald met HbA1c tussen of gelijk aan 53-69 mmol/mol of 7-8,5%	Alle patiënten met GLHB B ≥ 7 en ≤ 8,5 of HBAC B ≥ 53 en ≤ 69	
14	Aantal diabetespatiënten bij wie HbA1c is bepaald met HbA1c boven 69 mmol/mol of 8,5	Alle patiënten met GLHB B > 8,5 of HBAC B > 69	
	Lipidenprofiel:		
15	Aantal diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie lipidenprofiel is bepaald	Alle patiënten met WCIA CHOL B MT (192) én WCIA HDL B (446) én WCIA LDL B (542) of WCIA: LDL B (2683) én WCIA TRIG B (1377) in 2010	
16	Alle patiënten bij wie LDL B of LDL B is bepaald met LDL-cholesterolwaarde lager dan 2,5 mmol/l	Alle patiënten met LDL B of LDL B < 2,5	
17	Aantal diabetespatiënten dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt	Alle patiënten met voorschrift ATC C10A of C10BA in tweede helft 2010	
	Nierfunctie:		
18	Aantal diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de kreatinineklaring is berekend of bepaald	Alle patiënten met WCIA KREA O MK (524) of WCIA KREA O FB (1918) of WCIA KREM O FB (1919) of of zelf berekenen uit KREA B in 2010	
19	Aantal diabetespatiënten in zorgprogramma met urineonderzoek (porties) op albumine of albumine/creatinine ratio	Alle patiënten met WCIA ALB U (38) of ALBK U MI (40) in 2010	
	Bloeddruk:		
20	Aantal diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten	Alle patiënten met WCIA RRSY KA (1744) in 2010	
21	Alle patiënten bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk lager dan 140 mm Hg	Alle patiënten met RRSY KA < 140 in 2010	

BMI:		
22 Aantal diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index berekend is	Alle patiënten met WCIA QUET AO (1272) in 2010 indien geen BMI is geregistreerd maar lengte (LNGPAO) en gewicht (GEWAO) in meetjaar zijn wel bekend, dan is BMI berekend.	
23 Alle patiënten bij wie BMI berekend is met BMI onder 25	Alle patiënten met QUET AO < 25 in 2010	
24 Alle patiënten bij wie BMI berekend is met BMI tussen of gelijk aan 25-30	Alle patiënten met $25 \leq \text{QUET AO} \leq 30$ in 2010	
25 Alle patiënten bij wie BMI berekend is met BMI boven 30	Alle patiënten met QUET AO > 30 in 2010	
Roken:		
26 Aantal diabetespatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd	Alle patiënten met WCIA ROOK AQ (1739) in 2010	
27 Alle patiënten, van wie rookgedrag is vastgelegd, die roken	Alle patiënten met ROOK AQ = 1	
28 Alle patiënten die roken met advies om te stoppen met roken	Alle patiënten met ROOK AQ = 1 én WCIA ADMI AQ (1814)	
Oogonderzoek:		
29 Aantal diabetespatiënten in zorgprogramma met een funduscontrole	Alle patiënten met WCIA FUFU FA (2129) of WCIA DAFU FZ (1638) of WCIA DMRP FA LI (1652), DMRP FA RE (1653) in 2009 of 2010	
30 Alle patiënten bij wie een uitslag (wel/geen) retinopatie is vastgelegd en/of bij wie een episode retinopatie is geregistreerd	Alle patiënten met WCIA DMRP FA LI (1652), DMRP FA RE (1653) in 2009 of 2010 of ICPC F83.01 ooit	
31 Alle diabetespatiënten met diabetische retinopatie	Alle patiënten met DMRP FA LI of DMRP FA RE = 1 of ICPC F83.01	
Voetonderzoek:		
32 Aantal diabetespatiënten in zorgprogramma met een voetonderzoek	Alle patiënten met WCIA DBLO LV LI (1641) of DBLO LV RE (1642) of WCIA INSP LV LI (1697) of INSP LV RE (1698) of WCIA MOFV NS LI (1710) of MOFV NS RE (1711) of WCIA SNSV NS LI (1750) of SNSV NS RE (1751) of WCIA RIVU SQ (2196) in 2010	
Totaal controlebeleid:		
33 Aantal diabetespatiënten in zorgprogramma met de combinatie van gegevens op eerder genoemde parameters (HbA1c, bloeddruk, lipidenprofiel, nierfunctie (kreatinineklaring en urineonderzoek), rookgedrag, BMI, voetonderzoek en oogonderzoek)	Alle patiënten die in ALLE genoemde aantallen bij HbA1c, bloeddruk, lipidenprofiel, nierfunctie (kreatinineklaring en urineonderzoek), rookgedrag, BMI, voetonderzoek en oogonderzoek voorkomen	
Behandeling		
34 Aantal diabetespatiënten in zorgprogramma met alleen dieet	Aantal patiënten zonder ATC A10B of A10A in tweede helft 2010	
35 Aantal diabetespatiënten in zorgprogramma met orale middelen	Aantal patiënten met ATC A10B in tweede helft 2010	
36 Aantal diabetespatiënten in zorgprogramma met insuline en orale middelen	Aantal patiënten met ATC A10B EN A10A in tweede helft 2010	
37 Aantal diabetespatiënten in zorgprogramma met insuline monotherapie	Aantal patiënten met ATC A10A in tweede helft 2010	