

DIABETESZORG BETER

RAPPORT

van de

Taakgroep Programma Diabeteszorg

3 juni 2005

DIABETESZORG BETER

RAPPORT VAN DE

Taakgroep Programma Diabeteszorg

Samenvatting		3
Aanbevolen inzichten en stappen		5
1	Inleiding en achtergrond	6
2	Multidisciplinaire aanpak in de eerstelijns volgens diabetes-zorgstandaard	8
3	Nadere uitwerking van de aanbevolen acties	
	3.1 De organisatorische opzet van een diabeteszorggroep	10
	3.2 De zorgverzekeraars kunnen de vorming van diabeteszorggroepen bevorderen	10
	3.3 Bij de inkoop van diabeteszorg moet de keten-dbc voor diabetes worden gebruikt	11
	3.4 Rapportage door middel van proces- en uitkomstindicatoren	14
	3.5 Goede ict-voorzieningen zijn een vereiste	15
	3.6 Eigen verantwoordelijkheid van mensen met diabetes en de 'nuldelijn'	17
	3.7 Taakherschikking en de samenstelling van de diabeteszorggroep	18
	3.8 Managementondersteuning bij de vorming van diabeteszorggroepen	20
	3.9 Ondersteuning en begeleiding van de implementatie door ZonMw	20
	3.10 Kenniscentrum voor diabetes	22
4	Aandachtspunten en mogelijke belemmeringen	24
5	Transitieperiode en opmerkingen tot slot	25
Bijlage 1		
	Samenstelling Taakgroep Programma Diabeteszorg	26
Bijlage 2		
	Schematisch overzicht van parameters, procesindicatoren en uitkomstindicatoren	27
	Toelichting op de parameters en de proces- en uitkomstindicatoren	29
Bijlage 3		
	Eisen en voorwaarden voor goede ict-voorzieningen	31

SAMENVATTING

De nabije toekomst brengt een enorme toename van het zorgvolume voor patiënten met diabetes met zich mee. Om bij deze toename goede zorg te kunnen leveren is een verandering in de organisatie van de diabeteszorg noodzakelijk.

Hieronder worden de belangrijkste elementen van deze verandering beschreven en de stappen die genomen moeten worden om de nagestreefde vernieuwing te realiseren.

Er moet een dekkend aantal diabeteszorggroepen komen

Goede diabeteszorg wordt geleverd door een multidisciplinair samengesteld team van zorgverleners: de 'diabeteszorggroep'. De diabeteszorggroep is ingebed in de eerstelijns en levert functioneel gestructureerde ketenzorg in overeenstemming met de NDF-zorgstandaard. Als zorgaanbieder is de diabeteszorggroep de contractpartner van de zorgverzekeraar. De diabeteszorggroep moet dus als rechtspersoon kunnen optreden. Er moet landelijk gezien een dekkend aantal diabeteszorggroepen komen die goede zorg leveren aan alle mensen met diabetes.

De zorgverzekeraars kunnen de vorming van diabeteszorggroepen bevorderen

De zorgverzekeraars kunnen de vorming van diabeteszorggroepen stimuleren door zich nadrukkelijk te committeren aan de inkoop van zorg bij een diabeteszorggroep. Voor dit commitment is alle reden, want de diabeteszorggroep is immers de organisatievorm die goede diabeteszorg levert in overeenstemming met de NDF-zorgstandaard.

Bij de inkoop van diabeteszorg moet de keten-dbc voor diabetes worden gebruikt

Bij de inkoop van goede diabeteszorg moeten de zorgverzekeraars de keten-dbc voor diabetes gaan gebruiken, want deze weerspiegelt goede diabeteszorg. Deze keten-dbc is opgebouwd uit de functionele inbreng van de verschillende teamleden van de diabeteszorggroep, en moet zo spoedig mogelijk als 'concept' in de praktijk worden toegepast. Daarbij wordt voornamelijk geen richtprijs aangegeven.

Rapportage met heldere parameters en indicatoren

De diabeteszorggroepen zullen over hun activiteiten en resultaten rapporteren aan verschillende instanties: de zorgverzekeraar, de inspectie voor de volksgezondheid, en het kenniscentrum voor diabetes. Duidelijke afspraken zijn vereist over de parameters. De meest relevante parameters zijn in dit rapport helder gedefinieerd met de daarvan af te leiden proces- en uitkomstindicatoren. Deze parameters vormen een minimum data-set die door elke diabeteszorggroep voor elke patiënt moet worden vastgelegd als databron voor de vereiste rapportages. Uit deze minimum-set kan een aantal parameters c.q. indicatoren worden geselecteerd, afhankelijk van de oogmerken van de rapportage. Afspraken daarover moeten met de betreffende instanties worden gemaakt.

Goede ict-voorzieningen zijn een vereiste

Er moeten goede ict-voorzieningen zijn voor de ondersteuning van het zorgproces en voor de rapportages zoals hierboven genoemd. Er is behoefte aan een landelijk geïntegreerde systematiek, passend in de NICTIZ-architectuur, waarbinnen succesvol gebleken lokale ict-systemen kunnen functioneren en communiceren. Daarom moet onder auspiciën van NICTIZ in samenspraak met de NDF zo spoedig mogelijk een module voor een e-diabetesdossier worden ontwikkeld. Bovendien moet een inventarisatie worden gemaakt van bestaande systemen die geschikt zijn voor de beoogde toepassing, opdat deze kunnen worden getoetst in het implementatietraject dat door ZonMw wordt ondersteund.

(vervolg zie volgende bladzijde)

SAMENVATTING (vervolg)

Eigen verantwoordelijkheid van mensen met diabetes en de 'nuldelijn'

Directe betrokkenheid van de patiënt zelf is van groot belang. Eigen verantwoordelijkheid en zelfmanagement vormen de 'nuldelijn' in de keten van goede diabeteszorg. De diabeteszorggroep moet dit in zijn aanpak integreren, overeenkomstig de NDF-zorgstandaard waarin het educatie-, motivatie- en behandelingsplan wordt genoemd dat voor iedereen met diabetes beschikbaar moet zijn. De diabeteszorggroep moet speciale aandacht geven aan patiënten bij wie het ontwikkelen van de eigen betrokkenheid niet of nog niet goed lukt.

Taakherschikking en de samenstelling van de diabeteszorggroep

Om in de nabije toekomst goede gezondheidszorg voor iedereen beschikbaar en ook betaalbaar te houden, zijn ingrijpende wijzigingen in het zorgverleningstelsel noodzakelijk. Modernisering van de werkprocessen hoort daartoe, en taakherschikking is daarvan een belangrijk aspect. Dit geldt te meer voor de diabeteszorg, waar niet alleen een sterke toename wordt verwacht maar bovendien een achterstand moet worden ingelopen. In de diabeteszorggroep kan taakherschikking dus een rol van betekenis spelen. Een daarop gericht inspanning past in het implementatietraject dat door ZonMw wordt ondersteund, en een uitvoeringsplan moet in samenspraak met de Stuurgroep MOBG en de NDF worden opgesteld. De juridische belemmeringen voor taakherschikking moeten zo spoedig mogelijk worden opgeheven door aanpassing van de Wet BIG.

Managementondersteuning bij de vorming van diabeteszorggroepen

Het opzetten van een goed georganiseerde diabeteszorggroep vereist een managementinspanning waartoe individuele zorgverleners niet altijd in staat zijn. Faciliterende ondersteuning in dit proces is dus zeer gewenst, en daartoe moeten middelen beschikbaar worden gesteld. Het gaat om tijdelijke ondersteuning in de implementatiefase, mits gebruik wordt gemaakt van de keten-DBC voor diabetes. Het traject moet ook kritisch worden geëvalueerd. De beoogde implementatie en evaluatie kan door ZonMw worden verzorgd.

Ondersteuning en begeleiding van de implementatie door ZonMw

Bijzondere aandachtspunten bij de ondersteuning door ZonMw zijn de taakverdeling tussen de teamleden en dus de wijze waarop taakherschikking wordt geïmplementeerd, de introductie van de keten-DBC voor diabetes, en de implementatie van adequate ICT-voorzieningen. ZonMw zal zijn aandacht richten op een selectie van bestaande of nieuwe diabeteszorggroepen ('koploperprojecten') en is verantwoordelijk voor de coördinatie. Aan ZonMw moet worden verzocht zo spoedig mogelijk een uitvoeringsplan voor het implementatie- en evaluatietraject op te stellen, in afstemming met de NDF, alsmede een voorstel voor een begeleidingscommissie of adviesraad.

Kenniscentrum voor diabetes bij het RIVM

In de diabeteszorggroepen komt een grote hoeveelheid informatie beschikbaar, die in goede ICT-systematiek geordend door de zorggroep wordt opgeslagen. Deze informatie is primair van belang voor de ondersteuning van het zorgproces. Maar hij is ook van belang voor kwaliteitsbevordering, voor gezondheidszorgbeleid, en voor het inzicht in kosten en baten. Daarom moet deze informatie geanonimiseerd, dus in een niet tot personen herleidbare vorm, op landelijk niveau beschikbaar komen voor verwerking en analyse. Daartoe moet een bekwaame faciliteit worden ingericht, voorlopig aangeduid als 'kenniscentrum voor diabetes'.

Het RIVM moet op korte termijn worden verzocht een plan te ontwerpen. De relatie tussen de aanleverende zorggroepen en het kenniscentrum verdient daarbij speciale aandacht, evenals de wijze waarop de diabetes-expertise die buiten het RIVM in ruime mate beschikbaar is in het kenniscentrum zal worden ingebracht. Afstemming met de NDF is dus van belang.

AANBEVOLEN INZICHTEN EN STAPPEN

- 1 De vorming van diabeteszorggroepen wordt bevorderd, opdat er een landelijk dekkend aantal diabeteszorggroepen komt die goede zorg leveren aan alle mensen met diabetes. Zij zijn de zorgaanbieders bij wie de zorgverzekeraars goede diabeteszorg zullen inkopen.
- 2 Van de zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij expliciet nastreven goede zorg in te kopen bij een diabeteszorggroep, want dat stimuleert de vorming van diabeteszorggroepen. De zorgverzekeraars worden daarop dus nadrukkelijk aangesproken.
- 3 Van de zorgverleners wordt verwacht dat zij actief nastreven zich als zorgaanbieder in diabeteszorggroepen te organiseren om goede diabeteszorg te leveren. De zorgverleners worden daarop dus nadrukkelijk aangesproken.
- 4 Het CTG/ZAio wordt verzocht op zo kort mogelijke termijn de keten-dbc voor diabetes voor wat betreft de inhoud vast te stellen en aan te merken als 'concept-keten-dbc voor diabetes'. Een richtprijs wordt niet aangegeven. De concept-keten-dbc voor diabetes vormt de basis voor het contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
- 5 De diabeteszorggroepen worden verplicht tenminste de parameters te documenteren die in dit rapport als minimum-set zijn aangemerkt. Van elk van deze parameters kan een proces- of uitkomstindicator worden afgeleid. Deze data¹ staan ten dienste van verplichte rapportages aan de zorgverzekeraar, de inspectie voor de volksgezondheid, en het kenniscentrum voor diabetes bij het RIVM. Nadere afspraken over de selectie van parameters c.q. indicatoren ten behoeve van de rapportages worden gemaakt.
- 6 Aan het NICTIZ wordt de opdracht verstrekt een module voor een e-diabetesdossier te ontwikkelen of te doen ontwikkelen met de flexibiliteit zoals omschreven in dit rapport, als integrerende module voor communicatie en data-uitwisseling tussen bestaande ict-systemen die relevant zijn voor de diabeteszorg.
- 7 De diabeteszorggroepen benadrukken en bevorderen de rol van de patiënt in de eigen behandeling, en geven bijzondere aandacht aan patiënten bij wie dat niet goed lukt.
- 8 De juridische belemmeringen voor taakherschikking worden zo spoedig mogelijk opgeheven door aanpassing van de Wet BIG, en ZonMw wordt verzocht in samenspraak met de Stuurgroep MOBG en de NDF een uitvoeringsplan op te stellen om taakherschikking in de diabeteszorggroep te realiseren.
- 9 Aan ZonMw wordt de opdracht verstrekt het implementatietraject van diabeteszorggroepen te ondersteunen en te evalueren, en daartoe een uitvoeringsplan op te stellen. Het uitvoeringsplan bevat ook een voorstel voor een begeleidingscommissie of adviesraad.
- 10 Het RIVM wordt verzocht in afstemming met de NDF een plan te ontwerpen voor de inrichting van een kenniscentrum voor diabetes.

¹ Conform vigerende privacy regels in een niet tot personen herleidbare vorm.

1 INLEIDING EN ACHTERGROND

Er is een sterke toename van het aantal mensen met diabetes. In 2025 zal 5 procent van de wereldbevolking aan diabetes lijden. In ons land loopt het aantal mensen met diabetes nu tegen de 500.000, en per jaar komen er meer dan 60.000 bij. Het RIVM verwacht tussen 2000 en 2020 een stijging van ruim 35 procent. Het is duidelijk dat preventie van cruciaal belang is en krachtig moet worden gestimuleerd. Het bestrijden van overgewicht en het bevorderen van meer bewegen zijn de pijlers van preventie, en voorlichting speelt daarbij een essentiële rol. Minister Hoogervorst heeft ZonMw verzocht daartoe een programma op te stellen. Preventie heeft tot doel het aantal nieuwe gevallen van diabetes te verminderen en richt zich dus op de mensen bij wie de ziekte (nog) niet is vastgesteld.

Vanzelfsprekend moet er ook aandacht zijn voor hen bij wie de ziekte wel is vastgesteld. Bij mensen met diabetes is goede behandeling en begeleiding heel belangrijk, omdat daarmee het optreden van de late complicaties wordt teruggedrongen of zelfs vermeden. Zo worden zowel de kwaliteit van het bestaan als de levensverwachting bevorderd.

Het is bekend wat goede behandeling inhoudt. Deze vereist geen complexe benadering en kan in de eerste lijn worden aangeboden voor het merendeel van de patiënten. Maar het blijkt dat niet veel meer dan een derde van de patiënten deze goede diabeteszorg ook werkelijk krijgt.

Hierover heeft minister Hoogervorst op 5 juli 2004 de brief *Diabeteszorg beter* aan de Tweede Kamer gestuurd. In deze brief zet de minister uiteen dat hij de diabetesproblematiek wil verminderen door het ontwerpen en uitvoeren van een actieprogramma voor de periode 2005-2009, met een aanpak langs vier lijnen:

- mogelijk maken van inkoop van goede diabeteszorg, onder andere met behulp van een speciale transmurale diagnose-behandelcombinatie (dbc) voor diabetes;
- regionaal bundelen van expertise uit diverse disciplines en verder professionaliseren van beroepsbeoefenaren;
- volop inzetten van ondersteunende ICT en het stimuleren van goede initiatieven en innovatie;
- meer voorlichting over de ernst van diabetes en het belang van goede behandeling.

Om het plan van aanpak op te stellen is de Taakgroep Programma Diabeteszorg gevormd (verder: de taakgroep), bestaande uit gezaghebbende deskundigen uit de wereld van de zorgverzekering, de zorgverlening en de patiëntenorganisatie.¹

De taakgroep heeft op 17 december 2004 een tussentijdse rapportage uitgebracht.

Daarin wordt aangegeven dat een andere organisatie van de diabeteszorg noodzakelijk is.

De diabeteszorg moet worden verleend door een multidisciplinair georganiseerde zorgaanbieder (de 'diabeteszorggroep') die zijn zorgaanbod inricht in overeenstemming met de NDF-zorgstandaard.

Er moet een dekkend aantal multidisciplinair georganiseerde diabeteszorggroepen komen die goede diabeteszorg leveren aan alle patiënten met diabetes.

Daartoe zijn in elk geval de drie volgende acties vereist:

- (1) goede diabeteszorg inkopen met de keten-dbc voor diabetes bij een diabeteszorggroep door de zorgverzekeraar;
- (2) leveren van tijdelijke ondersteuning bij de vorming van diabeteszorggroepen via ZonMw;
- (3) inrichten van een kenniscentrum voor diabetes bij het RIVM.

De tussentijdse rapportage geeft het raamwerk van het plan van aanpak, dat in het eindrapport nader wordt uitgewerkt.

De minister heeft de tussentijdse rapportage op 17 februari 2005 met een begeleidende brief (Plan van aanpak 'Diabeteszorg beter') aan de Tweede Kamer gezonden. Hij geeft daarin een aantal aanvullende overwegingen, waaruit blijkt dat hij de opzet van het plan van aanpak steunt. Hij laat weten dat de taakgroep zijn taak zal afronden met de verdere uitwerking van de drie genoemde lijnen, en hij vestigt speciaal de aandacht op het volgende:

¹ Voor de samenstelling van de Taakgroep Programma Diabeteszorg: zie Bijlage 1.

- er moet een duidelijk voorstel komen voor een (beperkt) aantal outcome-indicatoren;
- er moet een duidelijk voorstel komen ten aanzien van de ict-systematiek;
- er moet een kader worden gegeven voor het implementatietraject onder aansturing van ZonMw voor de vorming van diabeteszorggroepen en koploperprojecten voor de keten-dbc voor diabetes.

Tevens vermeldt de minister dat de taakgroep een bijeenkomst met experts uit het diabetesveld zal beleggen om de nadere uitwerking en invulling van het plan van aanpak te bespreken. Deze invitational conference heeft op 22 februari 2005 plaats gehad, en de taakgroep heeft bevindingen van deze bijeenkomst in zijn rapportage verwerkt.

De voorliggende rapportage geeft een nadere uitwerking aan het raamwerk van het plan van aanpak dat in de tussentijdse rapportage is gepresenteerd.

De rapportage kiest dus hetzelfde drieledige uitgangspunt, namelijk een multidisciplinaire aanpak in de eerstelijns volgens de diabetes-zorgstandaard.

Dit uitgangspunt wordt hieronder nader toegelicht.

2 MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK IN DE EERSTELIJN VOLGENS DIABETES-ZORGSTANDAARD

De zorgvraag ten behoeve van mensen met diabetes neemt sterk toe en zal de komende jaren blijven groeien. Deze toenemende zorgvraag berust op tenminste twee elementen: er komen in snel tempo steeds meer mensen met diabetes, en een inhaalslag is noodzakelijk aangezien een zeer groot aantal mensen met diabetes thans geen goede diabeteszorg ontvangt. Terwijl zich dus een toenemend beslag op de diabeteszorg ontwikkelt, dreigt door de dubbele vergrijzing juist een serieus tekort aan zorgverleners. Er is dus dringend behoefte aan meer doelmatigheid in het proces van zorgverlening aan mensen met diabetes om – ook op termijn – alle mensen met diabetes van goede diabeteszorg te voorzien tegen aanvaardbare kosten. De zorg aan mensen met diabetes moet dus worden gemoderniseerd zowel voor wat betreft de zorgverlening zelf als voor wat betreft de organisatie van die zorg. Taakherschikking vormt hierin een onmisbare schakel. Bij de nieuwe organisatie van het aanbod van zorg zal ook 'zelfmanagement' van de patiënt nadrukkelijk aandacht verdienen met de mogelijkheid tot het monitoren van eigen gezondheid. Zorgverleners en inkopers moeten een nieuwe organisatie van de zorg voor mensen met diabetes bevorderen en mogelijk maken.

Overtuigd van deze noodzaak tot innovatie kiest de taakgroep een driedelig uitgangspunt: (i) goede zorg voor patiënten met diabetes vereist een multidisciplinaire benadering¹, (ii) de zorg voor mensen met diabetes kan voor het merendeel in de eerstelijns plaatsvinden, en (iii) de zorg moet worden geleverd in overeenstemming met de zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF).²

Met deze uitgangspunten moet het plan van aanpak erop zijn gericht de omstandigheden te realiseren waarin de zorgverzekeraar goede zorg kan inkopen bij een multidisciplinair georganiseerde zorgaanbieder die zijn zorgaanbod inricht in overeenstemming met de NDF-zorgstandaard, waarin niet alleen behandeling en begeleiding maar ook educatie en zelfmanagement zijn opgenomen. Zo'n organisatievorm voor het verlenen van diabeteszorg wordt door de taakgroep aangeduid als 'diabeteszorggroep'.

Er moet een dekkend aantal multidisciplinair georganiseerde diabeteszorggroepen komen die goede diabeteszorg leveren aan alle patiënten met diabetes.

Met het bovenstaande is zeer beknopt een nieuwe organisatie van de diabeteszorg beschreven. Om deze nieuwe organisatie te realiseren zijn in elk geval de volgende drie acties nodig.

Actie 1: Goede diabeteszorg inkopen met keten-dbc voor diabetes bij een diabeteszorggroep door de zorgverzekeraar.

Van de zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij nadrukkelijk nastreven goede zorg in te kopen bij de beoogde diabeteszorggroepen. Dit stimuleert de vorming van dergelijke groepen, die zullen optreden als zorgaanbieder-contractant. De beoogde keten-dbc voor diabetes is daarbij een nuttig instrument, want deze is gebaseerd op de NDF-zorgstandaard.³

Actie 2: (zie volgende bladzijde)

Actie 2: Leveren van tijdelijke ondersteuning bij de vorming van diabeteszorggroepen via ZonMw.

¹ De term 'multidisciplinair' duidt in dit verband niet zozeer op meerdere medische specialismen, als wel op meerdere zorgverlenings-disciplines zoals bijvoorbeeld huisartsgeneeskunde, (gespecialiseerde) verpleegkunde, diëtetiek en podotherapie.

² De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) omvat de volgende leden: Diabetes and Nutrition Organization (DNO), Diabetes Education Study Group (DESG), Diabetes Fonds, Diabetes Huisartsen Adviesgroep (DiHAG), Diabetesvereniging Nederland (DVN), Eerste Associatie van Diabetes Verpleegkundigen (EADV), Nederlandse Vereniging voor Diabetes Onderzoek (NDVO).

³ Op de keper beschouwd is dit een simplificatie, want de keten-dbc is afgeleid van het zorgprofiel voor diabetes, en het zorgprofiel is gebaseerd op de NDF-zorgstandaard.

De vorming van een diabeteszorggroep vereist een managementinspanning, zowel ten aanzien van het proces als de implementatie van de vereiste ict-voorziening. Een aantal geselecteerde initiatieven tot diabeteszorggroep-vorming komt in aanmerking voor tijdelijke ondersteuning bij het opstarten ('koploperprojecten'). Daar zal ook het proces van inkoop en levering in de nieuwe organisatievorm worden geëvalueerd. Bij deze implementatie en de evaluatie van dit proces waarin zowel de diabeteszorggroep als de zorgverzekeraar betrokken zijn, kan ZonMw een voorname rol spelen.

Actie 3: Inrichten van een kenniscentrum voor diabetes bij het RIVM.

De data die in de diabeteszorggroepen worden verzameld moeten geïntegreerd en geanonimiseerd beschikbaar zijn ten behoeve van zowel beleid als kwaliteitsbevordering. Er moet dus een kenniscentrum voor diabetes komen. Dit vereist een hoogwaardige faciliteit, die het best bij het RIVM kan worden ingericht.

Elk van deze drie beknopt geformuleerde acties bevat een aantal elementen en aspecten die hierna in hoofdstuk 3 systematisch worden besproken, uitgewerkt en toegelicht.

3. NADERE UITWERKING VAN DE AANBEVOLEN ACTIES

3.1 De organisatorische opzet van een diabeteszorggroep

Samenvatting

De diabeteszorggroep is een multidisciplinair samengesteld team voor de levering van functioneel gestructureerde ketenzorg in overeenstemming met de NDF-zorgstandaard, ingebed in de eerstelijns. Als zorgaanbieder is de diabeteszorggroep de contractpartner van de zorgverzekeraar. De diabeteszorggroep moet dus als rechtspersoon kunnen optreden.

De organisatiestructuur van een diabeteszorggroep moet het in beginsel mogelijk maken als rechtspersoon op te treden, want de diabeteszorggroep moet als aanbieder-contractant een rechtsgeldige overeenkomst kunnen sluiten met de zorgverzekeraar. Onder deze conditie kan een diabeteszorggroep op verschillende wijzen worden gestructureerd.

Diabeteszorggroepen zullen voornamelijk in de eerstelijns zijn ingebed; de tweede lijn zal zich beperken tot patiënten met bijzondere problematiek en patiënten bij wie zich ondanks goede diabeteszorg toch complicaties ontwikkelen. Deze duidelijke markering staat een intensieve relatie van diabeteszorggroepen met de tweede lijn niet in de weg. Integendeel, transmurale relaties zijn van belang voor goede eerstelijns-ketenzorg, en het ligt in de bedoeling dat de internist/diabetoloog of andere medisch specialisten in een consultatieve rol bij de diabeteszorggroepen zijn betrokken. Ook relaties naar andere aspecten van de zorgverlening aan mensen met diabetes, zoals bijvoorbeeld thuiszorg, zijn van belang en spelen een rol in de procesorganisatie van een diabeteszorggroep.

De diabeteszorggroep zal dus een typische representant van functioneel gestructureerde ketenzorg zijn. Er zijn al verscheidene diabeteszorggroepen operationeel die, in verschillende organisatievormen, werken volgens de NDF-zorgstandaard, maar het zijn er nog lang niet voldoende om te voorzien in de verlening van goede zorg aan alle mensen met diabetes.

3.2 De zorgverzekeraars kunnen de vorming van diabeteszorggroepen bevorderen

Samenvatting

De zorgverzekeraars kunnen de vorming van diabeteszorggroepen stimuleren door zich nadrukkelijk te committeren aan de inkoop van zorg bij een diabeteszorggroep. Voor dit commitment is alle reden, want de diabeteszorggroep is immers de organisatievorm die goede diabeteszorg levert in overeenstemming met de NDF-zorgstandaard.

Goede diabeteszorg is zorg volgens de inrichting, specificaties en oogmerken zoals neergelegd in de NDF-zorgstandaard. Deze goede zorg wordt door een diabeteszorggroep geleverd, zoals hierboven omschreven. Van de zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij zich inspannen goede diabeteszorg in te kopen. Derhalve wordt van de zorgverzekeraars verwacht dat zij nadrukkelijk nastreven de diabeteszorg in te kopen bij de beoogde multidisciplinair gestructureerde diabeteszorggroepen. Dit streven van de zorgverzekeraars zal bevorderen dat zorgverleners zich als zorgaanbieder-contractant gaan organiseren in zulke multidisciplinair samengestelde diabeteszorggroepen.

Daarbij zal de zorgverzekeraar de mogelijkheid willen hebben zijn klanten met diabetes de mogelijkheid tot keuzes aan te bieden met betrekking tot de samenstelling van de zorg. Zo zal hij bijvoorbeeld van de diabeteszorggroep verwachten dat deze de patiënt in de gelegenheid stelt zelfmanagement toe te passen. In die omstandigheden zal de verzekeraar een gunstiger premie aan kunnen bieden dan wanneer gekozen wordt voor begeleiding buiten een diabeteszorggroep.

Er zijn dus wederzijds incentives om tot overeenkomsten tussen diabeteszorggroepen en verzekeraars te kunnen komen.

Het is duidelijk dat dit proces enige ontwikkeltijd vergt, want deze nieuwe wijze van inkopen kan niet van de ene op de andere dag zijn gerealiseerd. Maar de stimulus tot de structurele vorming van een landelijk dekkend netwerk van diabeteszorggroepen kan alleen effectief zijn als de verzekeraars er geen twijfel over laten bestaan dat hun nabije doelstelling is uitsluitend bij multidisciplinair georganiseerde diabeteszorggroepen goede diabeteszorg in te kopen met gebruikmaking van de keten-DBC voor diabetes.

Van de zorgverzekeraars wordt commitment voor dit proces verwacht, want zij dragen een duidelijke verantwoordelijkheid. De taakgroep meent dat de minister hen op deze verantwoordelijkheid kan en moet aanspreken. Hetzelfde geldt mutatis mutandis voor de zorgverleners.

3.3 Bij de inkoop van diabeteszorg moet de keten-DBC voor diabetes worden gebruikt

Samenvatting

Bij de inkoop van goede diabeteszorg moeten de zorgverzekeraars de keten-DBC voor diabetes gaan gebruiken, want deze weerspiegelt goede diabeteszorg. Deze keten-DBC is opgebouwd uit de functionele inbreng van de verschillende teamleden van de diabeteszorggroep, en moet zo spoedig mogelijk als 'concept' in de praktijk worden toegepast. Daarbij moet vooralsnog geen richtprijs worden aangegeven.

Bij de inkoop moeten de zorgverzekeraars zo veel mogelijk gebruik maken van de keten-DBC voor diabetes die speciaal tot dit doel is ontwikkeld. Deze keten-DBC voor diabetes is afgeleid van de NDF-zorgstandaard. Zo weerspiegelt hij de goede zorg en kan daarmee de inkoop van goede zorg faciliteren.

Keten-DBC voor diabetes is gebaseerd op functies, niet op beroepen

De keten-DBC voor diabetes bevat alle functies voor het verlenen van goede diabeteszorg conform het zorgprofiel dat is gebaseerd op de NDF-zorgstandaard. In principe kunnen al deze zorgfuncties ook zonder DBC worden ingekocht (verzekeraar) of aangeboden (zorgaanbieder), en in de praktijk gebeurt dat ook wel. Het gebruik van de keten-DBC voor diabetes heeft echter duidelijke voordelen:

- de keten-DBC weerspiegelt goede diabeteszorg in multidisciplinaire samenhang, en het gebruik van deze DBC zal de levering van goede zorg dus kunnen bevorderen;
- met de keten-DBC wordt het werken volgens richtlijnen procesafspraken gefaciliteerd, evenals de evaluatie daarvan;
- het gebruik van de keten-DBC voor diabetes sluit aan op de invoering van de DBC-systematiek in de ziekenhuizen;
- de keten-DBC geeft mede dankzij zijn functionele opbouw goede mogelijkheden voor vernieuwing van het diabetes-zorgproces ('process redesign'), waarvan taakherschikking een onderdeel vormt;
- met de keten-DBC voor diabetes wordt een model beproefd dat een voorbeeld kan zijn voor andere vormen van chronische zorg.

Het bovenstaande betekent dat het gebruik van de keten-DBC voor diabetes moet worden nagestreefd en zo veel mogelijk moet worden bevorderd.

De keten-DBC voor diabetes is samengesteld op basis van functioneel beschreven diabeteszorg. Inbreng vanuit functies en niet de inbreng vanuit beroepen vormt dus de basis van de keten-DBC. De opbouw berust niet op een optelsom van beroepsgebonden minuten, en de keten-DBC voor diabetes heeft dus een principieel andere structuur dan de DBC's voor de medisch specialistische zorg.

Dit is van belang om vernieuwende ontwikkelingen in de zorgverlening aan mensen met diabetes mogelijk te maken. In die vernieuwing is immers plaats voor andere verdeling van taken en een andere wijze waarop functies worden belegd. Daarbij kan worden gedacht aan versterking van de inbreng van de patiënt zelf en dus een krachtige inbreng van de 'nuldlijn' (zie paragraaf 3.6) en aan allerlei vormen van

taakherschikking (zie paragraaf 3.7). Ook kan daarbij worden gedacht aan een actievere toepassing van moderne technologie, inclusief ict-technologie, waarmee zelfcontrole onder professionele begeleiding een reëel perspectief krijgt.

Dergelijke vernieuwende ontwikkelingen zullen de efficiency sterk bevorderen, en zij zullen daarmee ook een positief effect op kostenbeheersing hebben.

De functionele inrichting van de keten-DBC maakt het ook mogelijk kostenvariaties op te vangen die zich in het land en tussen verzekeraars voordoen. De input vanwege de onderscheiden functies kan immers variëren met regionale en demografische verschillen. De functionele benadering biedt de zorgverzekeraars de mogelijkheid inkoopovereenkomsten naar maat af te sluiten, al naar gelang de behoefte en mogelijkheden in bepaalde omstandigheden. Dit zal een realistische prijs-prestatie-verhouding ten goede komen, hetgeen van belang is om een onverhoopte stijging van de kosten – gemeten naar het huidige volume zorgverlening aan mensen met diabetes – zo veel mogelijk te vermijden.

Voor de realisering van een goede prijs-prestatie-verhouding is de onderhandeling tussen inkoper (zorgverzekeraar) en aanbieder (diabeteszorggroep) van essentiële betekenis. De keten-DBC voor diabetes is hierbij een belangrijk hulpmiddel, juist omdat deze keten-DBC is afgeleid van de NDF-zorgstandaard en dus diabeteszorg van goede kwaliteit representeert. De eis van goede kwaliteit is een dwingende randvoorwaarde voor de onderhandeling tussen inkoper en aanbieder. Had de zorgverzekeraar tot nu toe geen wezenlijke mogelijkheid gericht in te kopen, vanaf 2006 wordt hij geacht in te kopen op basis van prijs, volume en patiëntgerichte kwaliteit.

De functie-georiënteerde keten-DBC voor diabetes geeft dus mogelijkheden tot een vernieuwende aanpak in meerdere opzichten. Zo zal bijvoorbeeld de mogelijkheid geboden kunnen worden dat de klant kan kiezen voor maximaal zelfmanagement en een minimale begeleiding door zorgverleners (diabeteszorggroep). Zelfmanagement kan in de onderhandelingen tussen patiënt (klant) en verzekeraar tot uitdrukking worden gebracht in een lagere premie. Ook in de relatie tussen patiënt en zorgverlener kan zelfmanagement beloond worden, bijvoorbeeld met gratis toegang tot adviezen via e-mail of een dedicated service via het internet.

Onderhandelingen hoeven dus niet beperkt te blijven tot de inkoper en de aanbieder, maar ook de klant (de patiënt) kan hierin een rol spelen.

Relatie keten-DBC voor diabetes en huidige systematiek van financiering

De kosten van de keten-DBC voor diabetes moeten in redelijke verhouding staan tot de tarieven die thans worden gehanteerd voor de zorg aan mensen met diabetes in de eerstelijns (zowel ZFW- als AWBZ-gefinancierde zorg). De vraag is dus op zijn plaats hoe de introductie van de keten-DBC zich verhoudt tot de bestaande financieringssystematiek van de eerstelijns gezondheidszorg. In dat verband moet er overeenstemming worden gevonden over de vraag of, en zo ja: over de wijze waarop de diabeteszorg-component uit het huidige vergoedingssysteem wordt geschoond.

Dit vraagpunt leek in beginsel opgelost te zijn toen onlangs een voorstel werd geformuleerd voor een nieuwe financieringssystematiek voor de eerstelijns. Dit voorstel komt er samengevat op neer dat het huisarts-honorarium wordt samengesteld uit een abonnement- en een consultendeel, aangevuld met een drietal zogeheten modules. De bekostiging van de huisarts-component in een diabeteszorggroep zou in een module gedekt kunnen worden. Het voorstel wordt gesteund door de minister van VWS en door de zorgverzekeraars, maar de huisartsen hebben bezwaar gemaakt. Afgewacht moet worden of dit voorstel in al dan niet aangepaste vorm toch nog voor de huisartsen aanvaardbaar zal blijken.

Het begrip 'keten-DBC' is nieuw, en de keten-DBC voor diabetes is de eerste. Maar de voorspelling is gerechtvaardigd dat er spoedig ook keten-DBC's ontwikkeld zullen worden voor andere – doorgaans chronische – aandoeningen. Ook daarvoor geldt dan dat overeenstemming gevonden moet worden over de wijze waarop de betreffende chronische zorgcomponent uit het huidige vergoedingssysteem wordt geschoond. Het is dus van ruimer belang dan alleen voor diabetes dat dit vraagpunt wordt opgelost.

Introductie van de keten-dbc voor diabetes in de praktijk

De taakgroep is van mening dat de keten-dbc voor diabetes op korte termijn toepasbaar moet zijn om tot overeenkomsten tussen bestaande of nieuwe diabeteszorggroepen en verzekeraars te komen. Om dat te realiseren moet het CTG/ZAio¹ zo spoedig mogelijk worden verzocht de inhoud van de keten-dbc voor diabetes formeel vast te stellen, en daarbij de prijs van deze keten-dbc vrij te laten.

Een richtprijs moet voor deze functioneel opgebouwde keten-dbc voor diabetes nu niet worden aangegeven omdat daarvoor nog onvoldoende gegevens beschikbaar zijn. Een richtprijsberekening zou een sprong van functiegebonden input naar een optelsom van beroepsgebonden minuten moeten maken, en dat is niet bevorderend en zelfs belemmerend om tot een process redesign en een nieuwe organisatie van de zorg voor mensen met diabetes te komen. Bovendien zijn er indicaties dat zo'n richtprijsberekening hoger uitkomt dan de ervaren werkelijkheid, en dus onbedoeld tot kostenstijging zou kunnen leiden.

In dit verband wijst de taakgroep ook op de brief van 17 februari jl. van de minister waarin hij laat weten dat de prijs van de keten-dbc voor diabetes vrij wordt gelaten.

De taakgroep meent dat de introductie van de keten-dbc voor diabetes onderdeel moet vormen van het implementatietraject van de diabeteszorggroepen en de nieuwe wijze van zorginkoop passend in de aanbevolen *Actie 2* (blz. 9). Dit implementatietraject zal door ZonMw worden ondersteund (paragraaf 3.9). De taakgroep doet daarbij de volgende aanbevelingen:

- de keten-dbc voor diabetes wordt aangemerkt als 'concept-keten-dbc voor diabetes';
- voor de concept-keten-dbc voor diabetes wordt geen richtprijs aangegeven;
- de concept-keten-dbc voor diabetes wordt zo veel mogelijk toegepast in de onderhandelingen tussen zorgaanbieders (diabeteszorggroepen) en inkopers (zorgverzekeraars), en in elk geval in de door ZonMw begeleide 'koploperprojecten';
- ZonMw beoordeelt het gebruik van de concept-keten-dbc in de praktijk en brengt de functionele inbreng van de teamleden in kaart met de daartoe vereiste metingen;
- op basis van de bevindingen wordt bekeken of de concept-keten-dbc in deze vorm voldoet of dat hij moet worden aangepast;
- op basis van de verworven ervaring en informatie zal het mogelijk worden desgewenst een functiegebonden richtprijs voor de keten-dbc voor diabetes aan te geven;
- zo kan dan de keten-dbc voor diabetes worden vastgesteld, eventueel met een bijpassende richtprijs indien daaraan op dat moment nog behoefte bestaat.

3.4 Rapportage door middel van proces- en uitkomstindicatoren

Samenvatting

De diabeteszorggroepen zullen over hun activiteiten en resultaten rapporteren aan verschillende instanties: de zorgverzekeraar, de inspectie voor de volksgezondheid, en het kenniscentrum voor diabetes. Heldere afspraken zijn vereist over de parameters. De taakgroep heeft de meest relevante parameters aangegeven met de daarvan af te leiden proces- en uitkomstindicatoren. Deze parameters vormen een minimum data-set die door elke diabeteszorggroep voor elke patiënt moet worden vastgelegd als databron voor de vereiste rapportages. Uit deze minimum-set kan een aantal parameters c.q. indicatoren worden geselecteerd, afhankelijk van de oogmerken van de rapportage. Afspraken daarover moeten met de betreffende instanties worden gemaakt.

De beoogde diabeteszorggroep verplicht zich de contractueel overeengekomen zorg te leveren, waarbij is uitgegaan van de NDF-zorgstandaard en de keten-dbc voor diabetes. Over de feitelijk geleverde zorg wordt door de diabeteszorggroep jaarlijks aan de betrokken zorgverzekeraars gerapporteerd. Ook moeten rapportages aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) geleverd kunnen worden. Bovendien zullen aan het beoogde kenniscentrum data beschikbaar moeten worden gesteld.

¹ College Tarieven Gezondheidszorg / Zorgautoriteit i.o.

Bij de rapportages moeten vigerende privacyregels in acht worden genomen en de data moeten worden aangeleverd in een vorm die niet tot de persoon herleidbaar is.

Parameters en indicatoren

Om rapportages te realiseren moeten de data beschikbaar zijn die het behandel- en begeleidingsproces beschrijven. Deze data worden verworven door de systematische registratie van bepaalde *parameters*, die tijdens het zorgproces bij elke patiënt worden verworven (registratie van brongegevens). Het registreren van deze parameters vergt dus geen extra inspanning van de zorgverlener. Vanzelfsprekend moet er ict-systematiek beschikbaar zijn die hiervoor geschikt is (zie paragraaf 3.5).

Van elk van de parameters kan een *indicator* worden afgeleid. We onderscheiden daarbij *procesindicatoren* (bedoeld om na te gaan of het zorgproces volgens plan is uitgevoerd) en *uitkomstindicatoren* (bedoeld om na te gaan of het zorgproces tot het beoogde resultaat heeft geleid).

De taakgroep heeft een lijst van 25 parameters opgesteld als minimum-set die de diabeteszorggroep verplicht is te registreren, met de daarvan af te leiden proces- en uitkomstindicatoren. Er kunnen veel meer parameters worden geregistreerd want er komen veel meer data beschikbaar als brongegevens in het zorgproces. Maar de taakgroep is van mening dat voorlopig volstaan kan worden met deze minimum-set, want die weerspiegelt de kern van het zorgprofiel.¹ De minimum-set is dus voldoende om adequaat inzicht te bieden in de wijze waarop het zorgproces in de diabeteszorggroep verloopt en welke resultaten daarmee worden bereikt.

De lijst parameters met proces- en uitkomstindicatoren is schematisch weergegeven in Bijlage 2. In Bijlage 2 wordt ook een nadere toelichting gegeven op de parameters en indicatoren, en hun onderlinge verhouding en samenhang.

Als voorbeeld wordt hierna de parameter 'geglycosyleerd hemoglobine' ter illustratie toegelicht.

Als voorbeeld wordt hieronder de parameter 'geglycosyleerd hemoglobine' ter illustratie toegelicht.

Parameter:	geglycosyleerd hemoglobine
documentatie/registratie:	HbA1c-gehalte (% van het totale hemoglobine)
streefwaarde:	HbA1c < 7 %

Van deze parameter wordt de *procesindicator* afgeleid:

individuele registratie:	is het HbA1c-gehalte bepaald ?
procesindicator:	percentage patiënten bij wie het HbA1c-gehalte is bepaald

Van deze parameter wordt ook de *uitkomstindicator* afgeleid:

individuele registratie:	wat is het HbA1c-gehalte ?
uitkomstindicator:	percentage patiënten met HbA1c-gehalte < 7,0 % en percentage patiënten met HbA1c-gehalte > 8,5 %

Rapportages kunnen bestaan uit een beperkt aantal indicatoren

Ten behoeve van enige rapportage kan een (beperkt) aantal indicatoren worden geselecteerd. Nadrukkelijk wijst de taakgroep er op dat een rapportage dus zeker niet alle indicatoren hoeft te bevatten. De selectie van indicatoren, en dus de selectie van tot dat doel gebruikte parameters, is afhankelijk van de aard van de rapportage en de doelstelling ervan.

- Voor de *zorgverzekeraars* is een beperkt aantal indicatoren voldoende: hun doel is immers te verifiëren in hoeverre de diabeteszorggroep aan zijn contractuele verplichtingen heeft voldaan. Het accent zal liggen op procesindicatoren.

¹ Het zorgprofiel is gebaseerd op de NDF-zorgstandaard. De keten-dbc voor diabetes is van het zorgprofiel afgeleid.

- Ook voor de *inspectie (IGZ)* is voorlopig een beperkte set gerichte indicatoren voldoende die op kritische wijze de zorgkwaliteit illustreert. Het accent zal liggen op uitkomstindicatoren.
- Voor het *kenniscentrum* zijn rapportages aan de hand van indicatoren minder geschikt: hier zijn de geregistreerde parameters als onbewerkte data gewenst. Vanuit het kenniscentrum zal spiegelinformatie naar elk van de diabeteszorggroepen worden teruggegeven (met bench-mark). Ook moet informatie beschikbaar komen voor de ondersteuning van het volksgezondheidsbeleid. Vermoedelijk zullen deze rapportages dus de complete minimum-set parameters moeten bevatten.

Er moeten duidelijke afspraken worden gemaakt of regelingen worden getroffen welke parameters c.q. welke proces- en/of uitkomstindicatoren in de verschillende rapportages worden opgenomen. De lijst (Bijlage 2) geeft een helder overzicht aan de hand waarvan dergelijke afspraken en regelingen gemaakt kunnen worden.

3.5 Goede ict-voorzieningen zijn een vereiste

Samenvatting

Er moeten goede ict-voorzieningen zijn voor de ondersteuning van het zorgproces en voor de rapportages zoals hierboven genoemd. Er is behoefte aan een landelijk geïntegreerde systematiek, passend in de NICTIZ-architectuur, waarbinnen succesvol gebleken lokale ict-systemen kunnen functioneren en communiceren. Daarom moet onder auspiciën van NICTIZ in samenspraak met de NDF zo spoedig mogelijk een module voor een e-diabetesdossier worden ontwikkeld. Bovendien moet een inventarisatie worden gemaakt van bestaande systemen die voor de beoogde toepassing geschikt zijn, opdat deze kunnen worden getoetst in het implementatietraject dat door ZonMw wordt ondersteund.

Goede ict-voorzieningen zijn noodzakelijk voor de facilitering van het proces van goede zorgverlening, en ze zijn onmisbaar om de onder 3.4 bedoelde rapportages mogelijk te maken.

Met 'goede ict-voorzieningen' wordt niet bedoeld het ontwerpen en ontwikkelen van een nieuwe ict-methodiek geschikt voor het beoogde doel. Wel wordt bedoeld de introductie en installatie van een passende, bestaande systematiek in de praktijk van de diabeteszorggroepen, waarbij een gecoördineerd ontwikkeltraject moet worden ontworpen om tot een integrale systematiek te komen.

Op verschillende plaatsen zijn al multidisciplinaire teams actief die als 'diabeteszorggroep' avant la lettre kunnen worden aangeduid, en die al ruime ervaring hebben met bepaalde ict-systemen. Er zijn diverse voorbeelden van innovatieve ict-oplossingen in de diabeteszorg. Deze en andere, nieuw te starten diabeteszorggroepen kunnen in het beoogde ontwikkeltraject worden betrokken, telkens met het adagium dat we systemen toepassen die beschikbaar zijn en die we zorgvuldig beoordelen en evalueren tegen de achtergrond van de volgende eisen en voorwaarden.

Eisen en voorwaarden voor goede ict-voorzieningen

Het systeem van ict-voorzieningen moet goede documentatie van behandel- en zorggegevens mogelijk maken, het moet voorzien in goede ondersteuning van het zorgproces, het moet adequate rapportage over het zorgproces en de uitkomst mogelijk maken, het moet geschikt zijn voor de uitwisseling van behandel- en zorggegevens zowel tussen behandelaars als ook voor landelijke registratiedoeleinden, en het moet actieve betrokkenheid van de patiënt faciliteren. De laatste eis is van speciaal belang gezien het gewicht dat moet worden gehecht aan de bevordering van zelfverantwoordelijkheid en zelfmanagement van de mensen met diabetes, en dus ook aan de facilitering daarvan (zie ook paragraaf 3.6).

Een belangrijke voorwaarde is dat de systematiek moet passen in de landelijke infrastructuur en de NICTIZ-architectuur. Met ander woorden: de ict-voorzieningen moeten aansluiten bij de landelijke basisinfrastructuur AORTA (opgesteld door NICTIZ) waarin de architectuur wordt beschreven.¹

In Bijlage 3 worden de eisen en voorwaarden nader uitgewerkt en gedetailleerd. Bovendien wordt daar een aantal kritische kanttekeningen geplaatst bij de bestaande ict-systemen voor de diabeteszorg. Beoogd wordt daarmee de aandacht te vestigen op een aantal aspecten waarmee bij de ontwikkeling van een geïntegreerde ict-benadering rekening moet worden gehouden.

Conclusie en aanbevelingen

Uit het voorgaande wordt een aantal kernpunten duidelijk:

- Op landelijk niveau is er behoefte aan een geïntegreerde systematiek, passend binnen de NICTIZ-architectuur, als back-bone voor een elektronische faciliteit die de diabeteszorggroepen in staat stelt tot communicatie en data-uitwisseling met bestaande systemen.²
- Op loco-regionaal niveau (dus: het niveau van de diabeteszorggroep) moet succesvolle bestaande ict-systematiek worden toegepast in bestaande of nieuw op te richten diabeteszorggroepen ('front-end'), zodanig dat communicatie en data-uitwisseling met bestaande systemen² mogelijk is ('back-end').

Om dit te realiseren doet de taakgroep de volgende aanbevelingen:

- Er moet zo spoedig mogelijk een module voor een e-diabetesdossier worden ontwikkeld met voldoende flexibiliteit om communicatie en data-uitwisseling met bestaande systemen³ mogelijk te maken; hier ligt een taak voor NICTIZ in samenspraak met de NDF.
- Maak een inventarisatie van bruikbare bestaande ict-systemen die geschikt zijn in diabeteszorggroepen te worden toegepast en geëvalueerd, waarbij communicatie en data-uitwisseling met bestaande systemen¹ gerealiseerd kan worden door gebruik te maken van bestaande modules of systeemdelen als voorlopige 'back-ends', vooruitlopend op de landelijke beschikbaarheid van de beoogde module voor een e-diabetesdossier; ook hier ligt een taak voor NICTIZ in samenspraak met de NDF; tevens kan worden overwogen hierover op korte termijn het oordeel te vragen van een onafhankelijke deskundige of een klein groepje onafhankelijke deskundigen.
- Deze inventarisatie staat ten dienste van het implementatietraject dat door ZonMw zal worden ondersteund, zoals nader toegelicht in paragraaf 3.9.
- Het bovenstaande moet in een beknopt maar helder stappenplan worden verwoord; hier ligt een gezamenlijke taak voor NICTIZ en ZonMw, in samenspraak met de NDF.

3.6 Eigen verantwoordelijkheid van mensen met diabetes en de 'nuldelijn'

Samenvatting

Directe betrokkenheid van de patiënt zelf is van groot belang. Eigen verantwoordelijkheid en zelfmanagement vormen de 'nuldelijn' in de keten van goede diabeteszorg. De diabeteszorggroep moet dit in zijn aanpak integreren, overeenkomstig de NDF-zorgstandaard waarin het educatie-, motivatie- en

¹ De architectuur van de basisinfrastructuur beschrijft de samenhang van en samenwerking tussen de ict-voorzieningen in een transmurale context. Zaken zoals autorisatie, authenticatie en logging worden geregeld door onder andere de invoer van het UZI (Unieke Zorgverlener Identificatie), het BSN (Burger Service Nummer) en het UZOV (Unieke Zorgverzekeraar Identificatie). Het berichtenverkeer tussen verschillende systemen wordt met HL7v3 geregeld.

² Bestaande systemen zijn Huisarts Informatie Systemen (HIS), Ziekenhuis Informatie Systemen (ZIS), en applicaties voor bijvoorbeeld de diabetesverpleegkundige, de diëtist, en de podotherapeut.

³ Zie noot ² op de vorige bladzijde.

behandelingsplan wordt genoemd dat voor iedereen met diabetes beschikbaar moet zijn. De diabeteszorggroep moet speciale aandacht geven aan patiënten bij het ontwikkelen van de eigen betrokkenheid niet of nog niet goed lukt.

In de NDF-zorgstandaard zijn niet alleen behandeling en begeleiding maar ook educatie en zelfmanagement opgenomen.

De zorgstandaard benadrukt het ontwikkelen van de eigen verantwoordelijkheid van de mensen met diabetes. 'Voor iedereen met diabetes moet een educatie-, motivatie- en behandelingsplan beschikbaar zijn, dat zo nodig is aangepast qua kennisniveau, leeftijd en leefwijze.'

Deze eigen verantwoordelijkheid is een essentieel onderdeel van de diabetes-ketenzorg. De patiënten vormen als het ware de basis om wie het gaat, de 'nuldelijnszorg', in nauwe aansluiting op de eerste- en tweedelijnszorg.

Om de eigen verantwoordelijkheid en het zelfmanagement van mensen met diabetes pragmatisch mogelijk te maken, ook wel aangeduid met de term 'empowerment' van de patiënt, moet aan verscheidene voorwaarden worden voldaan. Sommige daarvan liggen op het gebied van de ict-technologie: de patiënt moet langs elektronische weg met de diabeteszorggroep kunnen communiceren en volledig inzage hebben in zijn eigen dossier met mogelijkheden tot thuis-monitoring.

De diabeteszorggroepen moeten extra aandacht geven aan patiënten bij wie het ontwikkelen van de eigen verantwoordelijkheid (nog) niet goed lukt. Het ligt voor de hand daarbij de educatie- en zelfmanagementprogramma's (inclusief advies en begeleiding) in te schakelen die bij de patiëntenorganisatie vanuit ervaringsdeskundigheid zijn ontwikkeld en in de praktijk gebracht.

Er moet rekening mee worden gehouden dat niet alle mensen met diabetes hun zelfverantwoordelijkheid en zelfmanagement in voldoende mate zullen kunnen waarmaken.

Aan deze mensen zal in de diabeteszorggroepen extra aandacht moeten worden gegeven door middel van advies en begeleiding.

3.7 Taakherschikking en de samenstelling van de diabeteszorggroep

Samenvatting

Om in de nabije toekomst goede gezondheidszorg voor iedereen beschikbaar en ook betaalbaar te houden, zijn ingrijpende wijzigingen in het zorgverleningstelsel noodzakelijk. Modernisering van de werkprocessen hoort daartoe, en taakherschikking is daarvan een belangrijk aspect. Dit geldt te meer voor de diabeteszorg, waar niet alleen een sterke toename wordt verwacht maar bovendien een achterstand moet worden ingelopen. In de diabeteszorggroep kan taakherschikking dus een rol van betekenis spelen. Een daarop gericht inspanning past in het implementatietraject dat door ZonMw wordt ondersteund, en een uitvoeringsplan kan in samenspraak met de Stuurgroep MOBG en de NDF worden opgesteld.

In de multidisciplinair samengestelde diabeteszorggroep zullen in het algemeen tenminste de volgende functies vertegenwoordigd zijn: de huisarts, de diabetesverpleegkundige, de diëtist, en mogelijk andere relevante functies zoals bijvoorbeeld de podotherapeut.

Deze functies worden weerspiegeld in de functionele inrichting en opbouw van de keten-dbc voor diabetes.

Deze functionele benadering geeft de mogelijkheid voor een efficiënte en transparante taakverdeling tussen de verschillende functies. Daarbij zal taakherschikking een rol van betekenis kunnen spelen. Dit is van belang gezien de volgende overwegingen.

Met de voortgaande veroudering van de bevolking wordt een snel groeiend beroep op de zorgverleningscapaciteit gedaan. Dat geldt in het algemeen, het geldt ook voor diabetes. Daarnaast is er

een autonome groei van het aantal mensen met diabetes met meer dan 60.000 per jaar. Bovendien wordt de ziekte op steeds jongere leeftijd geconstateerd. Voor mensen met diabetes moet dus een extra zwaar beroep op de zorgverleningcapaciteit worden gedaan.

De capaciteit aan zorgverleners is nu al marginaal zo niet onvoldoende, en zal zonder gewijzigd beleid over 15-20 jaar volstrekt onvoldoende zijn gezien de demografische ontwikkelingen (vergrijzing en ontgroening) in combinatie met maatschappelijke, medische en technologische ontwikkelingen. Uit het voorgaande blijkt dat dit in versterkte mate geldt voor diabetes.

Beleed om te voorkomen dat dit personele capaciteitstekort zal optreden heeft verscheidene componenten. Eén daarvan is gericht op de herziening van werkprocessen waar dat inhoudelijk mogelijk is met verbetering van de efficiency en handhaving van de kwaliteit. Taakherschikking kan daarbij een belangrijke rol spelen: de efficiency is erbij gebaat wanneer de onderscheiden taken in het zorgverleningsproces worden vervuld door functionarissen die daartoe gericht zijn opgeleid op een passend niveau. Praktisch gesproken betekent dit dat verscheidene taken of onderdelen van taken die traditioneel door artsen worden uitgevoerd bij andere functionarissen belegd kunnen worden, mits daartoe opgeleid en bekwaam.

Voor de zorgverlening aan patiënten met diabetes geldt bij uitstek dat taakherschikking noodzakelijk is. In aanvulling op het voorgaande geldt daarbij de volgende overweging.

In zijn brief *Diabeteszorg beter* vermeldt de minister dat slechts een derde van de patiënten de juiste behandeling krijgt. Het behoeft weinig betoog dat uitbreiding van goede zorg tot alle mensen met diabetes alleen al daarom gepaard zal gaan met een extra beroep op de personele zorgverleningcapaciteit en dus met een substantiële kostenstijging, ook indien reallocatie van wellicht onjuist bestede middelen in de overwegingen zou worden betrokken. Taakverschuiving van hoog naar minder hoog opgeleide zorgverleners (inclusief de patiënten zelf, die als 'nuldlijn' een eigen verantwoordelijkheid hebben en middels zelfmanagement een belangrijke bijdrage kunnen leveren) is dus een must. De eerste ervaringen met een aantal modern ingerichte diabeteszorggroepen geven aan dat dit in de praktijk mogelijk is met een realistisch perspectief.

Juridische belemmeringen

Een essentieel aspect van taakherschikking is dat de zogeheten nieuwe professional een eigenstandige bevoegdheid heeft. Daartoe ontbreekt op dit moment echter het juridisch kader, want de Wet BIG biedt alleen de mogelijkheid de bedoelde zelfstandige bevoegdheden toe te kennen aan beroepen die zijn geregeld op grond van artikel 3 van de wet. Deze beperking is een belemmering voor de effectieve introductie van werkelijke taakherschikking. Een andere knelpunt bij de implementatie van taakherschikking is dat de bevoegdheid tot het voorschrijven van geneesmiddelen is beperkt tot artsen, tandartsen en verloskundigen (Wet op de geneesmiddelenvoorziening, WOG).

De taakgroep is van mening dat de belemmeringen voor taakherschikking zo spoedig mogelijk moeten worden opgeheven. De taakgroep sluit zich aan bij het advies dat de Stuurgroep MOBG¹ onlangs aan de minister van VWS heeft uitgebracht, inhoudende dat de Wet BIG moet worden uitgebreid met een experimenteerartikel waarin kan worden aangegeven (i) dat bij AmvB² bepaalde (nieuwe) professionals op grond van hun competenties, op tijdelijke basis en onder voorwaarden, zelfstandig bevoegd zijn tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen, en (ii) dat de bevoegdheid tot het voorschrijven van geneesmiddelen wordt opgenomen in de regeling voorbehouden handelingen van de Wet BIG, zodat die bevoegdheid eveneens door middel van het experimenteerartikel aan andere beroepsbeoefenaren dan de huidige bevoegde beroepsbeoefenaren kan worden verleend.

¹ De Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG) is in 2004 door de minister van VWS ingesteld met de opdracht in samenspraak met de veldpartijen binnen vijf jaar de zorgopleidingen en beroepenstructuur te moderniseren tot een samenhangend stelsel met een daarbij passende samenhangende besturingsstructuur, welk stelsel ten dienste zal staan van een moderne en doelmatige inrichting van de zorgverlening, zowel in de cure als in de care en de preventie.

² Algemene maatregel van Bestuur.

Conclusie en aanbeveling

De taakgroep meent dat bij de inrichting van bestaande en nieuw te vormen diabeteszorggroepen speciale aandacht aan taakherschikking moet worden gegeven. Aanbevolen wordt daartoe een gerichte inspanning te leveren, en daarbij de Stuurgroep MOBG in te schakelen want implementatie van taakherschikking is één van de expliciete opdrachten van deze stuurgroep. Een uitvoeringsplan kan in samenspraak tussen ZonMw, de Stuurgroep MOBG en de DFN worden opgesteld.

3.8 Managementondersteuning bij de vorming van diabeteszorggroepen *(zie volgende bladzijde)*

3.8 Managementondersteuning bij de vorming van diabeteszorggroepen

Samenvatting

Het opzetten van een goed georganiseerde diabeteszorggroep vereist een managementinspanning waartoe zorgverleners niet altijd in staat zijn. Faciliterende ondersteuning in dit proces is dus zeer gewenst, en daartoe moeten middelen beschikbaar worden gesteld. Het gaat om tijdelijke ondersteuning in de implementatiefase, mits gebruik wordt gemaakt van de keten-dbc voor diabetes. Het traject moet ook kritisch worden geëvalueerd. De beoogde ondersteuning kan door ZonMw worden verzorgd.

Het behoeft geen toelichting dat het stichten van een goed georganiseerde diabeteszorggroep een uitgesproken managementinspanning vergt. Niet alle individuele huisartsen en/of andere zorgverleners betrokken bij de vorming van een diabeteszorggroep zijn in staat die managementinspanning te leveren. Het is daarom gewenst dat middelen beschikbaar worden gesteld voor faciliterende ondersteuning bij de vorming van de beoogde diabeteszorggroepen. Het gaat daarbij om procesmanagement en ook om ondersteuning bij de introductie van de keten-dbc voor diabetes en de implementatie van de vereiste ict-voorzieningen.

De bedoelde ondersteuning is van tijdelijke aard en beperkt tot de opstartfase van de betreffende zorggroep, mits deze gebruik maakt van de keten-dbc voor diabetes.

Het leveren van de bedoelde managementondersteuning betreft in feite een implementatietraject. Uiteraard moet het implementatietraject erin voorzien dat ook daarna op adequate wijze invulling wordt gegeven aan de managementtaak.

De beoogde implementatie moet niet alleen worden gefaciliteerd door het verstrekken van managementondersteuning en coördinatie van verschillende initiatieven, maar dit traject moet ook kritisch worden gevolgd en adequaat worden geëvalueerd.

De taakgroep meent dat hier een rol voor ZonMw is weggelegd, hetgeen hieronder nader wordt besproken in paragraaf 3.9.

3.9 Ondersteuning en begeleiding van de implementatie door ZonMw

Samenvatting

Door ZonMw wordt ondersteuning geboden bij de implementatie en evaluatie van goed georganiseerde diabeteszorggroepen. Bijzondere aandachtspunten daarbij zijn de taakverdeling tussen de teamleden en dus de wijze waarop taakherschikking wordt geïmplementeerd, de introductie van de keten-dbc voor diabetes, en de implementatie van adequate ict-voorzieningen. ZonMw zal zijn aandacht richten op een selectie van bestaande of nieuwe diabeteszorggroepen ('koploperprojecten') en is verantwoordelijk voor

de coördinatie. Aan ZonMw moet worden verzocht zo spoedig mogelijk een uitvoeringsplan voor het implementatie- en evaluatietraject op te stellen, in afstemming met de NDF.

Om de implementatie van diabeteszorggroepen en hun procesorganisatie in goede banen te leiden is een transparant ontwikkeltraject vereist waarin de faciliterende maatregelen worden gecoördineerd en de resultaten worden geëvalueerd.

Een geselecteerd aantal diabeteszorggroepen, bestaand of in oprichting, zal in aanmerking komen voor faciliterende ondersteuning (aangeduid als 'koploperprojecten'). De selectie geschiedt uiteraard in overeenstemming met de uitgangspunten en oogmerken zoals in dit rapport aangegeven, inclusief de nagestreefde taakherschikking en zorgverlening in een vernieuwde organisatievorm.

Het verdient aanbeveling dat de geselecteerde groepen voor koploperprojecten een zekere spreiding vertonen voor wat betreft verschillende aspecten zoals omvang en dekkinggebied, geografische ligging c.q. demografische samenstelling (bijvoorbeeld stedelijk versus landelijk gebied) en organisatiestructuur, omdat dit de breedte van verworven informatie en ervaring zal vergroten.

De faciliterende ondersteuning is gericht op het ontwerp en de implementatie van de structuur en samenstelling van de betreffende diabeteszorggroep en zijn procesorganisatie. Daarbij behoort vanzelfsprekend de kwestie van de taakverdeling tussen de teamleden in de zorggroep, en dus de wijze waarop taakherschikking wordt geïmplementeerd. Cruciale elementen zijn de introductie van de keten-dbc voor diabetes en de implementatie van adequate ict-voorzieningen.

Een punt dat speciale overweging verdient, is het feit dat faciliterende ondersteuning van geselecteerde diabeteszorggroepen kan worden opgevat als een subsidie aan die zorggroepen, welke subsidie dus aan andere zorggroepen (die dezelfde verplichtingen hebben) wordt onthouden. Dit kan door de verzekeraars als een vorm van oneigenlijke concurrentie worden opgevat; hiervoor moet een oplossing worden gevonden. Daartegenover staat dat andere diabeteszorggroepen en de daarbij betrokken verzekeraar(s) van de ervaring in de ondersteunde groepen zullen kunnen profiteren. Bovendien vergt het functioneren als 'koploperproject' een extra inspanning van de teamleden van de betreffende diabeteszorggroep.

Bij de geselecteerde diabeteszorggroepen moet een aantal aspecten zorgvuldig worden geëvalueerd. Dat geldt voor tenminste de volgende elementen:

- het proces van zorginkoop en –levering; vanzelfsprekend gaat het hierbij niet alleen om de rol van de diabeteszorggroep, maar ook om die van de zorgverzekeraar;
- de praktische toepasbaarheid van de keten-dbc voor diabetes; deze evaluatie kan zeer behulpzaam zijn bij de toepassing van keten-dbc's voor andere chronische aandoeningen;
- de realisering van de contractuele verplichtingen in de zorgverlening (contractmanagement);
- de ict-voorzieningen;
- de kwaliteit van de rapportages; en
- de organisatie in het algemeen.

De analyses en evaluaties blijven dus niet beperkt tot de relatie tussen 'proces' en 'uitkomst', maar richten zich ook zo niet vooral op de vraag (i) of de diabeteszorggroep als (nieuwe) organisatievorm een adequate structuur biedt om goede diabeteszorg optimaal te faciliteren, en (ii) op welke onderdelen verbetering kan worden aangebracht.

In dit kader zullen dus niet alleen de ervaringen binnen de diabeteszorggroep zelf worden geëvalueerd, maar ook de ervaringen van de zorgverzekeraars. Zodoende zullen niet alleen de inspanningen van de zorgaanbieders worden bekeken, maar ook de inspanningen die de zorgverzekeraars zich hebben getroost om goede diabeteszorg in te kopen.

De rol van ZonMw

De taakgroep meent dat ZonMw moet worden verzocht dit implementatietraject te ontwerpen en te begeleiden. Dit traject moet op korte termijn van start gaan en binnen een redelijke termijn van maximaal drie jaar worden afgesloten. Het is van belang dat tussentijdse rapportages spoedig beschikbaar komen,

opdat andere diabeteszorggroepen die niet zelf in dit traject betrokken zijn met de bevindingen hun voordeel kunnen doen.

De taakgroep doet in dit verband de volgende aanbevelingen.

- De selectie van bestaande of nieuwe diabeteszorggroepen die in aanmerking komen voor faciliterende ondersteuning ('koploperprojecten') is een taak van ZonMw; aan ZonMw moet worden verzocht openheid te bieden omtrent de gehanteerde selectiecriteria, en op zo kort mogelijke termijn de mogelijkheid te openen tot aanmelding als kandidaat-koplopergroep.
- Het leveren van de beoogde faciliterende ondersteuning is de verantwoordelijkheid van ZonMw; of deze ondersteuning door ZonMw zelf wordt geleverd of door een andere deskundige instantie is ter beoordeling aan ZonMw.
- ZonMw is verantwoordelijk voor de coördinatie van het implementatietraject als geheel.
- De evaluatie van het implementatietraject en de resultaten daarvan moet op onafhankelijke wijze plaatshebben; aan ZonMw moet worden verzocht daarover een voorstel te doen.
- Voor de begeleiding van het implementatietraject en de evaluatie daarvan is een begeleidingscommissie of adviesraad vereist die is samengesteld op basis van relevante deskundigheid en betrokkenheid; aan ZonMw moet worden verzocht daarover een voorstel te doen.
- Om dit alles in goede banen te kunnen leiden moet op korte termijn een omvattend implementatieplan beschikbaar zijn. Aan ZonMw moet worden verzocht dit implementatieplan op te stellen, bovenstaande overwegingen en aanbevelingen in aanmerking nemende, en daarbij afstemming te zoeken met de NDF¹, aangezien dit de overkoepelende organisatie is van de belangrijke groeperingen en beroepsgroepen die in de praktijk voor de diabeteszorg verantwoordelijk zijn. Aanbevolen wordt dat ZonMw het CBO² betreft in de uitwerking van het implementatieplan.

3.10 Kenniscentrum voor diabetes

Samenvatting

In de diabeteszorggroepen komt een grote hoeveelheid informatie beschikbaar, die in goede ict-systematiek geordend door de zorggroep wordt opgeslagen. Deze informatie is primair van belang voor de ondersteuning van het zorgproces. Maar hij is ook van belang voor kwaliteitsbevordering, voor gezondheidszorgbeleid, en voor het inzicht in kosten en baten. Daarom moet deze informatie geanonimiseerd, dus in een niet tot personen herleidbare vorm, beschikbaar komen voor verwerking en analyse. Daartoe moet een bekwame faciliteit worden ingericht, voorlopig aangeduid als 'kenniscentrum voordiabetes'.

Het RIVM moet op korte termijn worden verzocht een plan te ontwerpen. De relatie tussen de aanleverende zorggroepen en het kenniscentrum verdient daarbij speciale aandacht, evenals de wijze waarop de diabetes-expertise die buiten het RIVM in zeer ruime mate beschikbaar is in het kenniscentrum zal worden ingebracht. Afstemming met de NDF is dus van belang.

In de diabeteszorggroepen zal een grote hoeveelheid informatie over diabetes, over mensen met diabetes en over de zorgverlening aan mensen met diabetes worden verzameld.

Het is van groot belang dat deze informatie op nationaal niveau beschikbaar komt in geaggregeerde en geanonimiseerde (dat wil zeggen: in een niet tot personen herleidbare) vorm. De informatie moet passen in de NICTIZ-architectuur.

Deze informatie is zowel medisch inhoudelijk als beleidsmatig en bestuurlijk van belang. Hij levert epidemiologisch inzicht op alsmede de mogelijkheid het effect van maatregelen en methoden voor de

¹ Nederlandse Diabetes Federatie

² Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

preventie en behandeling van diabetes te beoordelen. De informatie zal ook behulpzaam kunnen zijn om onderbouwd en verantwoord inzicht te krijgen in de kosten van de diabeteszorg.

Tot slot is deze informatie van belang voor de bevordering van de kwaliteit van zorg. De informatie zal immers worden gespiegeld naar de zorggroepen en de verzekeraars, en openbaar beschikbaar zijn. Voor bench-marking en andere aspecten van kwaliteitsbevordering is dit essentieel.

Om dit te realiseren is een hoogwaardige centrale faciliteit vereist, waar de data worden verzameld, bewaard, bewerkt, en op geordende wijze openbaar gemaakt.

De taakgroep is van mening dat hiertoe het RIVM moet worden ingeschakeld. Daar kan worden aangehaakt bij de lopende activiteiten op het terrein van diabetes. Gezien de snel groeiende omvang van de diabetesproblematiek beveelt de taakgroep aan dat diabetes met voorrang op de agenda wordt geplaatst.

De taakgroep is van mening dat het RIVM op korte termijn verzocht moet worden een plan te ontwerpen voor de inrichting van een diabetes-kenniscentrum bij het RIVM, en daarbij de overwegingen en aanbevelingen van dit rapport in aanmerking te nemen.

Voor het functioneren van het beoogde kenniscentrum zal de inbreng van diabetes-expertise van buiten het RIVM waardevol zo niet onmisbaar zijn. Het is gewenst dat de vorming van een landelijk kennisnetwerk van experts wordt bevorderd, om de bedoelde inbreng te leveren. Het verdient daarom aanbeveling dat het RIVM bij het opstellen van een plan van meet af aan afstemming met de NDF nastreeft.

4 AANDACHTSPUNTEN EN MOGELIJKE BELEMMERINGEN

In zijn tussentijdse rapportage heeft de taakgroep opgemerkt dat ook aandacht besteed moet worden aan eventuele belemmeringen in het aanbevolen traject.

In de voorgaande tekst is daarop al de aandacht gevestigd.

De betreffende aandachtspunten worden hieronder nog eens apart genoemd.

De volgorde sluit aan bij die van de voorgaande paragrafen.

Ad 3.3 Bij de inkoop van diabeteszorg moet de keten-dbc voor diabetes worden gebruikt

Bij deze aanbeveling gaat de taakgroep ervan uit dat de bedoelde keten-dbc voor diabetes op korte termijn beschikbaar is.

Behalve de keten-dbc voor diabetes bestaat er echter ook de diabetes-dbc voor de medisch-specialistische zorg, die is opgenomen in het B-segment.

Het is niet duidelijk hoe deze twee zich in de praktijk van de zorginkoop zullen verhouden.

Onbedoelde dubbeldeclaratie moet worden vermeden; hier ligt een speciale rol voor het CTG/ZAio.

Het onderscheid tussen beide typen dbc ten behoeve van de patiënt met diabetes moet dus helder worden geformuleerd.

Dan is er ook de vraag hoe de introductie van de keten-dbc zich verhoudt tot de bestaande financieringssystematiek van de eerstelijns gezondheidszorg. Met andere woorden: moet de diabeteszorg-component uit het huidige vergoedingssysteem worden geschoond, en zo ja: hoe? Het antwoord op deze vraag staat in direct verband met de wijze waarop een nieuwe financieringssystematiek voor de eerstelijns zal worden ingericht.

Deze vraagpunten zijn van direct belang voor diabetes, maar zij zullen ook een rol spelen bij de introductie van keten-dbc's voor andere chronische aandoeningen.

In feite betreffen zij de vraag hoe de financiering van ketenzorg voor chronische aandoeningen structureel zal worden ingericht.

Er zullen in sommige omstandigheden voorspelbaar hogere kosten zijn voor bepaalde verzekeraars. Dit betekent een onevenredige lastenverdeling tussen verzekeraars, en er is dus behoefte aan een adequate vereveningsregeling.

Ad 3.7 Taakherschikking en de samenstelling van de diabeteszorggroep

Een essentieel aspect van taakherschikking is dat de zogeheten nieuwe professional een eigenstandige bevoegdheid heeft. Daartoe ontbreekt op dit moment echter het juridisch kader, en dit is een belemmering voor de effectieve introductie van werkelijke taakherschikking.

De taakgroep is van mening dat de belemmeringen voor taakherschikking zo spoedig mogelijk moeten worden opgeheven. Daartoe moet de Wet BIG worden uitgebreid met een experimenteerartikel, overeenkomstig het recente advies van de Stuurgroep MOBG.

De taakgroep wijst er met nadruk op dat taakherschikking pas effectief kan worden toegepast als daarvoor een geschikt juridisch kader bestaat.

Ad 3.9 Ondersteuning en begeleiding van de implementatie door ZonMw

Faciliterende ondersteuning van geselecteerde diabeteszorggroepen (koploperprojecten) kan worden opgevat als een subsidie aan die zorggroepen om hun managementtaken te vervullen. Deze 'subsidie' wordt aan andere zorggroepen onthouden, hoewel ook zij managementtaken hebben.

Dit kan door de verzekeraars als een vorm van oneigenlijke concurrentie worden opgevat. ZonMw moet worden verzocht hierover transparante toelichting te geven.

5 TRANSITIEPERIODE EN OPMERKINGEN TOT SLOT

Het spreekt vanzelf dat de beoogde veranderingen en verbeteringen in de organisatie van de zorg voor mensen met diabetes niet van de ene dag op de andere gerealiseerd zullen zijn.

Dit vereist een ontwikkeling gedurende een bepaalde transitieperiode.

De taakgroep schat deze transitieperiode op ongeveer drie jaar.

Tijdens de transitieperiode zullen verschillende systemen en methodieken naast elkaar bestaan en door elkaar gebruikt worden:

- de zorg aan mensen met diabetes zal zowel door diabeteszorggroepen als ook door andere organisatievormen of individuele zorgverleners worden geleverd;
- zowel de concept-keten-dbc voor diabetes als ook andere contractmethoden zullen voor de inkoop van diabeteszorg worden gebruikt, alsmede de medisch-specialistische diabetes-dbc;
- niet alle zorgverleners aan mensen met diabetes zullen beschikken over ict-faciliteiten die op landelijk niveau geïntegreerd kunnen worden;
- taakherschikking zal niet in alle omstandigheden op dezelfde wijze en in dezelfde mate zijn doorgevoerd; en
- het diabetes-kenniscentrum zal nog niet alle data in de beoogde vorm en de vereiste volledigheid ontvangen.

Nagestreefd moet worden dat de verschillende elementen van de nieuwe organisatievorm gaande de transitieperiode steeds meer en vaker worden toegepast, zodat na drie jaar een landelijk dekkend aantal diabeteszorggroepen bestaat die zorg bieden in overeenstemming met de NDF-zorgstandaard, dat deze zorg wordt ingekocht met behulp van de keten-dbc voor diabetes, dat over deze zorg wordt gerapporteerd met behulp van proces- en uitkomstparameters in een landelijk geïntegreerde ict-systematiek, en dat deze gegevens worden beheerd en bewerkt in het verband van een landelijk diabetes-kenniscentrum tot nut van kwaliteitsbevordering en volksgezondheid.

We moeten ons realiseren dat de beoogde ontwikkeling niet vanuit het niets hoeft te worden ingezet. Integendeel, er zijn al verscheidene waardevolle initiatieven operationeel die bij deze ontwikkeling aansluiten en verdere implementaties kunnen stimuleren.

Het is van belang dat het beleid gebruik maakt van deze initiatieven en daarbij aansluiting zoekt, opdat als het ware een vliegwieleffect wordt opgewekt.

De aanbevelingen van de taakgroep moeten tegen deze achtergrond worden gezien.

Bijlage 1

Samenstelling Taakgroep Programma Diabeteszorg

Taakgroepleden zijn uitgenodigd vanwege hun achtergrond en expertise, maar zij participeren op persoonlijke titel, en niet namens een eventuele instelling, bedrijf, vereniging of andere instantie.

Leden :

De heer dr. H.J. Aanstoot, kinderarts/diabetoloog, IJsselland Ziekenhuis, Capelle a/d IJssel, en voorzitter Nederlandse Diabetes Federatie (NDF)

De heer dr. H.J.J.M. Berden, Raad van Bestuur, St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg

De heer drs. M.A.J.M. Bos, directeur Zorg, Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

De heer dr. G.J. Caris, voorzitter bestuur Thuiszorg Den Bosch, en voorzitter Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)

De heer P. den Daas, manager Zorg, Azivo Den Haag

Mevrouw N. Huiskes, arts MBA, medisch adviseur CZ Actief in Gezondheid, Tilburg, en voorzitter ZN Kenniscentrum DBC

Mevrouw prof. dr. B. Meyboom-de Jong, em. hoogleraar huisartsgeneeskunde, RU Groningen

Mevrouw Aldien Poll, manager kwaliteit, nieuw beleid en innovatie, Agis Zorgverzekeringen, Amersfoort

De heer dr. G.E.M.G. Storms, internist/diabetoloog, Diabetes Centrum Bilthoven

Mevrouw J. van Vliet MHA, Raad van Bestuur, Vlietland Ziekenhuis, Schiedam, en bestuurslid Algemene Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV)

De heer dr. W.H.J.M. Wientjens, voorzitter Diabetesvereniging Nederland (DVN)

Mevrouw E.C.M. van der Wilden-van Lier, arts MG, MPH, directeur patiëntenzorg Erasmus MC

Voorzitter :

De heer prof.dr. R. van Schilfgaarde, raadadviseur VWS en hoogleraar heelkunde, RU Groningen

Secretarissen :

Mevrouw drs. H.M. Dahlhaus, senior beleidsmedewerker VWS

Mevrouw P.E. de Vries-Ek, beleidscoördinator VWS

Bijlage 2

Schematisch overzicht van parameters, procesindicatoren en uitkomstindicatoren

Nr	Parameter	Procesindicator ¹	Uitkomstindicator ¹
<i>Patiëntgegevens</i>			
01	persoongegevens geboortedatum geslacht ethniciteit	<i>n.v.t.</i> ²	<i>statische gegevens die de populatie beschrijven waarover wordt gerapporteerd</i>
02	jaar waarin diagnose is gesteld		
<i>Betrokkenheid van de patiënt</i> ³			
03	zelfcontrole door ptn niet op insuline	<i>n.v.t.</i>	% ptn (niet op insuline) dat eigen controles uitvoert
04	zelfcontrole door ptn wel op insuline		% ptn (wel op insuline) dat eigen controles uitvoert
05	communicatie ⁴		% ptn met volledig inzage in eigen dossier
<i>Behandeling en medicatie</i>			
06	alleen lifestyle en dieet	<i>n.v.t.</i>	% ptn met alleen lifestyle en dieet
07	orale medicatie		% ptn met orale medicatie
08	orale medicatie en insuline		% ptn met combinatietherapie
09	insuline		% ptn met insuline
10	bloeddruk	% ptn bij wie bloeddruk is gemeten	% ptn met: systolische blddrk < 140 mm Hg blddrk > 160 mm Hg diastolische blddrk < 80 mm Hg blddrk > 90 mm Hg
11	ogen	% ptn bij wie fundoscopie is verricht	% ptn met retinopathie: background maculopathie proliferatieve retinopathie
Nr	Parameter	Procesindicator	Uitkomstindicator

¹ Met '% ptn' wordt bedoeld het percentage van het totaal aantal patiënten over wie jaarlijks wordt gerapporteerd.

² Met 'n.v.t.' (niet van toepassing) wordt bedoeld dat deze parameters niet terzake zijn als procesindicator. Wel zijn het feitelijk parameters van werklust, die direct of in direct een rol spelen in de urenberekening en de beoordeling van de (organisatie)structuur.

³ Ook de door de patiënt ervaren kwaliteit van zorg en gezondheid moet tot uitdrukking komen in indicatoren. Daartoe moeten adequate parameters worden ontworpen en aan deze lijst toegevoegd.

⁴ Tevens beschikbaarheid van de diabetespas.

<i>Behandeling en medicatie (vervolg)</i>			
12	voeten	% ptn bij wie de voeten zijn onderzocht	% ptn met afwijkingen aan voet
13	body mass index (BMI)	% ptn bij wie de BMI is bepaald	% ptn met BMI < 25 BMI > 30
14	roken	<i>n.v.t.</i>	% ptn dat rookt % ptn dat roken heeft gestaakt
15	anti-hypertensiva		% ptn met anti-hypertensieve medicatie
16	anti-hyperlipidemica		% ptn met anti-hyperlipidemische medicatie
<i>Laboratorium</i>			
17	geglycosyleerd hemoglobine (in bloed)	% ptn bij wie HbA1c is bepaald	% ptn met: HbA1c < 7,0 % HbA1c > 8,5 %
18	lipiden ¹ (in bloed)	% ptn bij wie lipidspectrum is bepaald	% ptn met afwijkend lipidspectrum: totaal cholesterol < 5,0 mmol/l LDL cholesterol < 2,6 mmol/l HDL cholesterol > 1,0 mmol/l triglyceriden < 3,0 mmol/l
19	kreatinine (in bloed)	% ptn bij wie kreatinine is bepaald	% ptn met te hoog kreatinine ²
20	albumine (in urine)	% ptn bij wie albumine is bepaald	% ptn met microalbuminurie
<i>Complicaties c.q. eindpunten</i>			
21	complicaties ogen	<i>n.v.t.</i>	% ptn met blindheid
22	complicatie hart en bloedvaten		% ptn met: cerebrovasculair accident myocardinfarct
23	complicaties nieren		% ptn met nierfunctievervanging (dialyse of niertransplantatie)
24	complicaties voeten		% ptn met amputatie boven de enkel
25	dood		% overleden ptn

¹ Normaal lipidspectrum op basis van NDF-zorgstandaard en nieuwe CBO-concensus Behandeling Hart- en vaatziekten (verwacht in 2005).

² Normaalwaarde afhankelijk van leeftijd.

Toelichting op de parameters en de proces- en uitkomstindicatoren

Om adequaat te kunnen rapporteren heeft de diabeteszorggroep voldoende data nodig die worden verzameld in de vorm van een verplicht aantal *parameters*, die de grondslag zijn waarvan de *indicatoren* (proces- en uitkomstindicatoren) worden afgeleid.

Parameters

Om rapportage mogelijk te maken, moet duidelijk en verplichtend worden vastgesteld welke parameters ten minste en in elk geval door de diabeteszorggroep worden geregistreerd. Deze parameters worden voor elke patiënt tenminste jaarlijks vastgelegd als individuele brongegevens in een daartoe geschikte ict-systematiek.

Deze parameters vormen samen de verplichte minimum-set van data die door de diabeteszorggroep systematisch moeten worden geregistreerd. De minimum-set kan worden aangevuld met parameters waarvan de systematische registratie wenselijk maar niet verplicht is. Het staat de diabeteszorggroep uiteraard vrij daarin te besluiten.

Alle parameters moeten eenduidig worden gedefinieerd, en conform worden gedocumenteerd c.q. geregistreerd.

De minimum-set bestaat uit 25 enkelvoudige parameters.

De taakgroep is van mening dat met deze minimum-set voldoende informatie wordt vastgelegd om inzicht te kunnen bieden zowel in de volledigheid van het uitgevoerde zorgproces als in de uitkomsten daarvan. Geen van de parameters vereist andere inspanningen of activiteiten dan die vanzelfsprekend voortvloeien uit de NDF-zorgstandaard, en de betreffende data komen dus alle in het normale zorg- en begeleidingsproces beschikbaar.

Met minder dan deze 25 parameters wordt onvoldoende informatie vastgelegd om adequaat inzicht te kunnen bieden in de kwaliteit van het zorgverleningsproces aan mensen met diabetes, zowel op proces- als uitkomstniveau.

Werkend met de aanbevolen minimum-set zal de komende jaren ervaring worden opgedaan om te bezien of wellicht meer parameters gewenst zijn, of dat sommige beter door andere vervangen kunnen worden.

Procesindicatoren

Procesindicatoren zijn een hulpmiddel om na te gaan of het zorgproces volgens plan is uitgevoerd.

Zij zijn elk afgeleid van één van de parameters, door bij elke parameter de vraag te stellen of de handeling of actie om de betreffende parameter in de betreffende tijdsepisode (doorgaans een jaar) te bepalen feitelijk is uitgevoerd.

De procesindicator geeft per parameter het aantal patiënten aan bij wie dat inderdaad is gebeurd, uitgedrukt als percentage van het totaal aantal patiënten over wie wordt gerapporteerd.

Uitkomstindicatoren

Uitkomstindicatoren zijn een hulpmiddel om na te gaan of het zorgproces tot het beoogde resultaat heeft geleid.

Zij zijn elk afgeleid van één van de parameters. Bij parameters die een meting inhouden, wordt de uitslag van de meting vastgelegd. Bij de overige parameters wordt de bevinding in ja/nee-termen vastgelegd ofwel als aan- of afwezig.

De uitkomstindicator geeft per parameter het aantal patiënten aan bij wie de bevinding boven of onder een bepaalde kritische waarde (gebaseerd op streefwaarde) uitkomt (meetbare parameters) of het aantal patiënten bij wie de bevinding wel of niet aanwezig is (ja/nee-parameters). De aantallen worden uitgedrukt als percentage van het totaal aantal patiënten over wie wordt gerapporteerd.

Het voorgaande wordt hieronder in een schema toegelicht aan de hand van drie parameters als voorbeeld, namelijk de bloeddruk, de body mass index (BMI) en het geglycosyleerd hemoglobine (HbA1c).

<i>Drie voorbeelden uit de minimum set parameters die voor elke patiënt wordt geregistreerd</i>			
Nr	Parameter	Documentatie / registratie	Streefwaarde
10	bloeddruk	syst bloeddruk (mm Hg) diast bloeddruk (mm Hg)	systolisch < 140 mm Hg diastolisch < 80 mm Hg
13	body mass index (BMI)	index	index < 25
17	geglycosyleerd hemoglobine (in bloed)	HbA1c – gehalte (% van totaal hemoglobine)	HbA1c < 7 %
Procesindicatoren afgeleid van de gedocumenteerde/geregistreerde parameters			
Nr	Parameter	Individuele registratie	Procesindicator
10	bloeddruk	is de bloeddruk gemeten ?	% ptn bij wie bloeddruk is gemeten
13	body mass index (BMI)	is de BMI bepaald ?	% ptn bij wie de BMI is bepaald
17	geglycosyleerd hemoglobine (in bloed)	is het HbA1c bepaald ?	% ptn bij wie HbA1c is bepaald
Uitkomstindicatoren afgeleid van de gedocumenteerde/geregistreerde parameters			
Nr	Parameter	Individuele registratie	Uitkomstindicator
10	bloeddruk	wat is de bloeddruk ?	% ptn met: syst blddrk < 140 mm Hg blddrk > 160 mm Hg diast blddrk < 80 mm Hg blddrk > 90 mm Hg
13	body mass index (BMI)	wat is de BMI ?	% ptn met BMI < 25 BMI > 30
17	geglycosyleerd hemoglobine (in bloed)	wat is het HbA1c ?	% ptn met HbA1c < 7,0 % of HbA1c > 8,5 %

Inhoud en omvang van de rapportages

De inhoud en de omvang van een rapportage moet zijn afgestemd op het doel ervan. Een beperkt aantal gerichte indicatoren zal voor de zorgverzekeraars en voor de IGZ voldoende zijn. Welke indicatoren dat zijn, moet helder worden vastgelegd in het contract tussen de zorgverzekeraar en de diabeteszorggroep, en in afspraken van de IGZ met zorgaanbieders. Voor het beoogde kenniscentrum is vermoedelijk een complete parameter-rapportage opportuun.

Bijlage 3

Eisen en voorwaarden voor goede ict-voorzieningen

Het systeem van ict-voorzieningen moet goede documentatie van behandel- en zorggegevens mogelijk maken, het moet voorzien in goede ondersteuning van het zorgproces, het moet adequate rapportage over het zorgproces en de uitkomst mogelijk maken, het moet geschikt zijn voor de uitwisseling van behandel- en zorggegevens zowel tussen behandelaars als ook voor landelijke registratiedoeleinden, en het moet actieve betrokkenheid van de patiënt faciliteren. De laatste eis is van speciaal belang gezien het gewicht dat moet worden gehecht aan de bevordering van zelfverantwoordelijkheid en zelfmanagement van de mensen met diabetes, en dus ook aan de facilitering daarvan.

De genoemde eisen worden hieronder nader toegespitst met een aantal voorwaarden. Uitgangspunt daarbij is dat de zorg aan mensen met diabetes wordt geleverd door een multidisciplinair samengestelde diabeteszorggroep in overeenstemming met de NDF-zorgstandaard.

- *Goede documentatie van behandel- en zorggegevens*

Er zijn duidelijke richtlijnen over de inhoud van de diabeteszorg;¹ deze zijn overeengekomen met en beschikbaar voor alle betrokkenen (mensen met diabetes, betrokken beroepsgroepen, verzekeraars, overheden); en het format van de gebruikte informatie is eenduidig en wordt voor toekomstige systemen behouden.

- *Goede ondersteuning van het zorgproces*

De informatie is tijdig, duidelijk en accuraat beschikbaar in de gehele zorgketen en voor elk lid van het behandelteam, inclusief de mensen met diabetes, zodat beleidsbeslissingen tijdig, duidelijk en adequaat kunnen worden genomen.

- *Adequate rapportage over het zorgproces en de uitkomst*

De informatie kan anoniem (dat wil zeggen zonder tot individuele personen herleidbaar te zijn) gebruikt worden voor landelijke en regionale kwaliteitsanalyse, kwaliteitsbevordering, performance management, analyses voor algemene gezondheidsdoeleinden (epidemiologie, planning etcetera) en voor wetenschap (ook ten behoeve van het updating van de bestaande richtlijnen).²

- *Geschikt voor de uitwisseling van medische gegevens*

De informatie is op adequate wijze beschermd volgens de geldende regels en wetten.

- *Faciliteert actieve betrokkenheid van de patiënt*

Mensen met diabetes staan zelf centraal in de behandeling van hun ziekte. Zij spelen daarin een actieve rol en hebben dus toegang tot hun behandel- en zorggegevens.³ Het systeem moet het in beginsel mogelijk maken dat ook de gegevens daaraan worden toegevoegd die in het traject van zelfbehandeling worden verzameld.

Kanttekeningen bij bestaande ict-systemen voor diabetes

Op verschillende plaatsen zijn al multidisciplinaire diabetes-teams actief die ruime ervaring hebben met bepaalde ict-systemen. Er zijn diverse voorbeelden van innovatieve ict-oplossingen in de diabeteszorg. Hierbij is plaats voor een aantal kritische kanttekeningen, want we moeten ons realiseren dat de ict-systemen die nu voor de diabeteszorg in gebruik zijn, niettegenstaande allerlei positieve aspecten, doorgaans ook nadelen en beperkingen hebben.

Een aantal van deze nadelen en beperkingen wordt hieronder in willekeurige volgorde vermeld, omdat zij bij de beoogde geïntegreerde ict-benadering moeten worden vermeden.

- *Lokaal karakter*

Veel ict-systemen voldoen goed in een lokale setting, maar uitrollen naar andere plaatsen stuit op bezwaren omdat het programma daar niet aan persoonlijke eisen en wensen voldoet.

¹ Richtlijnen moeten in overeenstemming zijn met de NDF-zorgstandaard.

² De minimale data-set (proces- en uitkomstindicatoren) is beschreven in paragraaf 3.4 en Bijlage 2.

³ Een mogelijkheid is regelmatige rapportage middels een (elektronische) diabetespas.

- *Naar binnen gericht*

Bestaande programma's bedienen vaak wel de leden van de diabeteszorggroep maar niet of nauwelijks de buitenwereld en de patiënt. Ze rapporteren wel naar de teamleden over taken, behandelingen en diagnostiek, maar niet naar relevante instanties en de patiënt.

- *Ondersteunt behandeling maar niet preventie*

Veel programma's zijn niet geschikt voor het leveren van informatie over de preventie van complicaties of aandoeningen, en ondersteunen dus niet de preventieve behandelstappen. Deze tekortkoming berust overigens niet alleen op ongeschikte software, maar ook op het ontbreken van geschikte protocollen.

- *Ondersteunt procesorganisatie, maar niet integraal*

Veel van de software is opgebouwd uit vereiste richtlijnenonderdelen. Dat helpt bij signalering van problemen (zoals oproepen bij niet verschijnen van patiënt, attenderen bij noodzaak bepaald onderzoek, attenderen bij overschrijding van grenswaarden), maar het ontbreekt aan integratie met preventie, empowerment van de patiënt, structuur van de zorg en levering van data voor lokale, regionale en landelijke monitoring.

- *Patiënt niet centraal*

De patiënt moet centraal staan in de organisatie van het geïntegreerde zorgproces. Dit is een voorwaarde om op gebied van risicofactoren, symptomen, preventie en behandeling het maximum te halen uit richtlijnen en de zorgstructuur. Pas dan kunnen mensen met diabetes zelf hun ziekte-management voeren als centrale en verantwoordelijke spil in de behandeling. Voor ict-ondersteuning is dus geïntegreerde software nodig die rond de patiënt is ingericht. De meeste ict-programma's voldoen nu niet aan die voorwaarde.

Bovenstaande opsomming van nadelen en beperkingen van huidige ict-systemen is niet bedoeld compleet te zijn. Bedoeld is de aandacht te vestigen op een aantal aspecten waarmee bij de ontwikkeling van een geïntegreerde ict-benadering rekening moet worden gehouden.