



beeld: MCH, George Patho

Nieuw programma geeft helder inzicht in de kwaliteit van ziekenhuiszorg

# Betrouwbare cijfers over diabetes

dr. Nel Geelhoed-Duijvestijn,  
internist, Medisch Centrum  
Haaglanden

Correspondentieadres:  
p.geelhoed@mchaaglanden.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Om de geleverde zorg in een ziekenhuis goed te kunnen meten, is geavanceerde ICT nodig. Het kost wat, maar dan heb je ook wat. Bovendien betaalt het systeem zichzelf terug door de kwaliteit en transparantie die het oplevert.

*Vragen naar het gemiddelde  
HbA1c geeft geen inzicht  
in de kwaliteit van zorg*

**B**innen de interne geneeskunde is diabetes mellitus koploper op het gebied van proces- en uitkomstindicatoren. Voor diabetes zijn een zorgstandaard en richtlijnen voor zowel proces- als uitkomstmaten opgesteld. Goede diabeteszorg moet hieraan voldoen. Om deze gegevens te verzamelen is goede ICT nodig, daarover is het veld het eens. Op een enkele uitzondering na zijn ziekenhuizen echter niet of nauwelijks in staat om maar één van de uitkomstmaten (HbA1c) betrouwbaar

aan te leveren. Het gevolg is dat vele voor het HbA1c surrogaatcijfers aanleveren om in ieder geval iets te geven, en eindigen ziekenhuizen die de echte cijfers kunnen leveren lager op de ranglijst van Elsevier (zie ook blz. 2172) of het Algemeen Dagblad.

De Nederlandse Internisten Vereniging heeft de inspectie geadviseerd een bezoek te brengen aan alle ziekenhuizen die een laag of extreem hoog gemiddeld HbA1c opgeven (<7,5 of >8,5%). Eigenlijk zou het zo moeten zijn dat ziekenhuizen met een relatief hoog HbA1c het beste werk leveren: elke goed ingestelde patiënt gaat retour huisarts en er komt een slecht gereguleerde voor terug. Dit is namelijk de bedoeling

van ketenzorg en de voorwaarde van VWS geweest voor ketenfinanciering. Vragen naar het gemiddelde HbA<sub>1c</sub>, zoals nu door de inspectie wordt gedaan, geeft geen inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg. De meeste ziekenhuizen hebben namelijk tussen de 1000 en 3500 mensen met diabetes onder behandeling. Als de inspectie echt iets wil weten over de kwaliteit van zorg, zou zij moeten vragen hoeveel nieuw verwezen mensen met diabetes door onze specialistische behandeling zijn verbeterd. Om te zien of de diabeteszorg daar wordt geleverd waar het kwalitatief goed kan en voor de minste kosten, zou het goed zijn als gevraagd wordt aan huisartsen of zij zich gehouden hebben aan de verwijscriteria naar de internist en aan de internisten of zij zich gehouden hebben aan de terugverwijscriteria naar de huisarts. De resultaten zullen door de meeste huisartsenpraktijken en ziekenhuizen niet kunnen worden geleverd. Hiervoor is geavanceerde ICT nodig en die ontbreekt in de meeste praktijken, ook als er een EPD is. Het kan wel, maar daarvoor is een forse investering nodig van artsen, ziekenhuizen en overheid, en er zit een prijskaartje aan.

### Streefwaarden

Toen in 2005 in Den Haag een transmuraal diabetescentrum werd opgericht ter ondersteu-

ning van de huisartsen, was een EPD voorwaarde. De keuze viel op een in de Mayo Clinic ontwikkeld programma dat niet alleen het proces ondersteunt (wie doet wat en wanneer), maar ook alerts geeft bij risicopatiënten en afwijkingen van zowel standaard- als individueel in te voeren streefwaarden. Het programma legt desgewenst uit wat de afwijking van de streefwaarde betekent en wat het advies is voor behandeling.

Omdat ook werd gewerkt met taakdelegatie aan diabetesverpleegkundigen was voorwaarde dat hun werk 'op afstand' kon worden gecontroleerd met behulp van een aftekenfunctie. De patiënt zou ook toegang tot het eigen dossier moeten krijgen. Zo ontstond DiabetesNed, een diabetes-EPD met expertfunctie. Dat aan de ontwikkeling hiervan forse investeringen verbonden waren, zal duidelijk zijn. Bij VWS was men zeer enthousiast over onze plannen en men liet weten dat de overheid hiervoor geld beschikbaar zou hebben. Omdat dit natuurlijk niet direct beschikbaar was, besloot het ziekenhuis alvast 'voor te financieren'. Het geld van de overheid is er nooit gekomen, het programma gelukkig wel. De lokale verzekeraars vonden het ook een prachtig programma, maar slechts één (CZ/Ohra) was direct bereid hiervoor een opslag op de DBC-prijs te betalen.

### Optimale transparantie

Na de succesvolle introductie in het transmuraal centrum is het programma sinds 2007 in gebruik op beide locaties van Medisch Centrum Haaglanden. We kunnen ons nauwelijks meer voorstellen dat we ooit met papieren statussen hebben gewerkt. De communicatie tussen de leden van het diabetesteam en de patiënt is sterk verbeterd. De inhoud van het consult heeft aan kwaliteit gewonnen, omdat in één oogopslag (via 'overzicht patiënt') duidelijk is wat er moet gebeuren en waar de aandachtspunten (risicofactoren en afwijkingen van individueel af te spreken streefwaarden) liggen door de 'rode bolletjes'. Hieruit kan het behandelplan worden bijgesteld. We hebben kunnen laten zien dat vanaf 2007 vooral de procesindicatoren oogonderzoek en voetonderzoek sterk verbeterd zijn, doordat via 'overzicht patiënt' direct zichtbaar is wanneer welk onderzoek is uitgevoerd en aan het eind van het consult via de knop 'aanbevolen acties' wordt weergegeven wat direct of bij een volgend bezoek moet gebeuren. Ook weten we precies hoeveel patiënten wij hebben met diabetes type 1 en 2, of en welke complicaties ze hebben, hoe de uitkomsten zijn

Het programma DiabetesNed ondersteunt niet alleen het proces, maar geeft ook alerts bij afwijkingen van streefwaarden.

## SAMENVATTING

- Het meten van de procesindicatoren en het aanleveren van een gemiddeld HbA1c als uitkomstmaat voor geleverde diabeteszorg in ziekenhuizen is niet voldoende.
- De ontwikkeling van een programma als DiabetesNed maakt geïntegreerde diabeteszorg mogelijk. Hiermee kunnen longitudinaal gegevens verzameld worden, die werkelijk inzicht geven in de uitkomsten van geleverde zorg.

van HbA1c, bloeddruk, lipiden, maar ook hoeveel mensen met te hoge bloeddruk medicatie gebruiken en ga zo maar door. Het laten zien van de resultaten motiveert de leden van het diabetes team om steeds beter te gaan werken. Bovendien kunnen we de aantijgingen van sommige huisartsen dat bij ons 'veel' mensen komen die geen specialistische zorg nodig hebben weerleggen. En tot slot kunnen wij de kenmerken van de naar ons nieuw verwezen patiënten laten zien. Optimale transparantie dus.

### Investeren in kwaliteit


Inmiddels is het programma ook in gebruik in het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda. Het Bronovo ziekenhuis in Den Haag, 't Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer en het St. Anna Ziekenhuis in Geldrop volgen dit jaar. Het Máxima Medisch Centrum in Eindhoven heeft ook de intentie uitgesproken om het programma te gaan gebruiken, gekoppeld aan een pilot voor uitwisseling van gegevens met het programma van een regionale zorggroep van huisartsen. Op deze manier hebben we straks gegevens van 15.000 tweedelijnspatiënten, een mooie database voor wetenschappelijk onderzoek. De kosten worden verwerkt als een bedrag per patiënt in de prijs van de diabetes-DBC die onderhandelbaar is met de verzekeraars. Hoe meer gebruikers, hoe lager de prijs

per patiënt. Ook andere verzekeraars lijken bereid te betalen voor geleverde kwaliteit.

In ons land hebben we vaak de neiging negatieve zaken te benadrukken.

De gezondheidszorg is hierop geen uitzondering.

Medische missers, de 'graaicultuur' onder medisch specialisten en de vermijdbare doden die er vallen in de ziekenhuizen omdat het er niet veilig zou zijn. Vaak gaat het over incidenten en steekproeven, die vertaald worden naar de algemene praktijk.

Ziekenhuizen en medisch specialisten hebben nooit heel veel moeite gedaan om te laten zien welke kwaliteiten ze hebben. Echt meten kan, maar het is moeilijk en niet gratis. Gelukkig is er net een rapport verschenen, in opdracht van VWS, dat elke geïnvesteerde euro in de gezondheidszorg 1,30 euro oplevert. Overheid en verzekeraars: volg het voorbeeld van zorgverzekeraar CZ/Ohra en steun specialisten die echt bereid zijn te investeren in kwaliteit en transparantie. 

## Afstotend

'Hoe komt het toch dat de psychiatrie nog steeds als afstotend wordt gezien?', vroeg onlangs een van de toehoorders aan het eind van een publiekslezing, waarin ik mijn best had gedaan om aan te tonen dat psychiatrische ziekten niet anders zijn dan de andere ziekten uit de geneeskunde. Het is een goede vraag. Want ondanks alle wetenschappelijke vooruitgang, de goede prognose van veel psychische ziekten en de verbetering in de zorg, dragen psychiatrische patiënten naast hun ziekte nog steeds een stigma met zich mee.

Dat bleek onlangs weer uit het voorstel van degene in ons land die zich juist sterk zou moeten maken voor het destigmatiseren van de psychiatrische patiënt en het toegankelijk maken van de zorg voor hen. Want het was de vorige minister van VWS die voorstelde om psychiatrische patiënten een extra hoge eigen bijdrage voor behandeling en zorg te laten betalen. Waarom? Vanwege het geld natuurlijk. Maar waarom dat te innen bij kwetsbare patiënten die toch al een extra drempel moeten nemen om zorg op te zoeken? Leeft het beeld dat behandeling van psychiatrische ziekten een luxe is waarvoor extra moet worden betaald? Terwijl elk jaar 1600 mensen suïcide plegen en de levensverwachting van patiënten met schizofrenie twintig jaar korter is dan van de rest van de bevolking? De propositie van Klink was zo evident grotesk dat hij deze weer heeft ingetrokken. Het zou hem gesierd hebben als hij zijn morele dwaling had toegegeven. Maar nee, de minister trok het voorstel in omdat hij het benodigde geld elders gevonden had. Ik heb er maar één woord voor: afstotend.

René Kahn,  
psychiater

*Echt meten kan, maar het is moeilijk en niet gratis*



Eerdere MC-artikelen over prestatie-indicatoren vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).