



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Implementatie zorgstandaard Diabetes na vier jaar onvoldoende gevorderd

Meer bestuurskracht nodig van zorggroepen

Utrecht, augustus 2012

Inhoud

Voorwoord — 5

Samenvatting — 7

1 Inleiding — 9

- 1.1 Aanleiding en belang — 9
- 1.2 Onderzoeksvragen — 10
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader — 10

2 Conclusies — 13

- 2.1 Implementatie zorgstandaard Diabetes ondanks inspanning nog niet geslaagd — 13
- 2.2 Zorgstandaard Diabetes beperkt geïmplementeerd — 13
- 2.3 Continuïteit van zorg onvoldoende gewaarborgd — 14
- 2.4 Ontoereikende sturing op implementatie zorgstandaard Diabetes — 14

3 Handhaving — 15

- 3.1 Aanbevelingen en maatregelen voor zorggroepen — 15
- 3.2 Aanbevelingen voor VWS — 16
- 3.3 Aanbeveling voor zorgverzekeraars — 16
- 3.4 Aanbevelingen voor de Adviesgroep Ketenzorg — 16
- 3.5 Vervolgacties inspectie — 17

4 Resultaten — 19

- 4.1 Stand van zaken in beeld — 19
- 4.2 Geen enkele zorggroep voldeed geheel aan alle normen — 20
- 4.3 Patiëntendossier deels volledig, privacy beschermend en toegankelijk — 22
- 4.4 Geen enkele zorggroep werkte met individuele zorgplannen — 23
- 4.5 Zorggroepen hadden aandacht voor preventie en zelfmanagement — 24
- 4.6 Continuïteit van zorg deels conform norm — 25
- 4.7 Kwaliteit en transparantie voldeden deels — 26

5 Summary — 29

- Bijlage 1 Overzicht zorggroepen — 30
- Bijlage 2 Toetsingskader — 31
- Bijlage 3 Literatuurlijst — 35
- Bijlage 4 Lijst met gebruikte afkortingen — 36

Voorwoord

Nederland staat voor de uitdaging om de kwaliteit van de zorg voor het toenemend aantal chronisch zieken te waarborgen. Een veelbelovende aanpak is het aanbieden van multidisciplinaire zorg in ketens. Het ministerie van VWS ontwikkelde hiervoor een programmatische aanpak, met zorgstandaarden en integrale bekostiging als belangrijke instrumenten. Zorgverleners en patiëntengroeperingen ontwikkelen deze zorgstandaarden. Momenteel zijn vier zorgstandaarden afgerond (Diabetes, COPD, VRM en Obesitas) en twaalf zorgstandaarden in ontwikkeling. De zorgstandaard Diabetes was het eerst gereed in 2007.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de implementatie van de zorgstandaard Diabetes onderzocht en specifiek gekeken naar de rol van zorggroepen in dit proces. Zorggroepen zijn opgericht om de kwaliteit van chronische zorg te verbeteren. Het bestuur van de zorggroep speelt daarbij een belangrijke rol. De focus van dit toezichtproject ligt op de zorggroep; het primaire proces van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijken is niet onderzocht. Doordat het toezicht gericht is op de rol van de zorggroepen, zijn de resultaten ook bruikbaar bij de implementatie van andere zorgstandaarden. Door dit toezichtonderzoek is de discussie aangewakkerd of een zorggroep onder de Kwaliteitswet zorginstellingen valt. Zowel de inspectie als het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stellen zich op het standpunt dat dit het geval is en de inspectie baseert haar toezicht op dit standpunt^[1].

De inspectie concludeert dat zorggroepen aan de slag zijn gegaan, maar dat de implementatie van de zorgstandaard Diabetes, na vier jaar, niet volledig geslaagd is. Dit sluit aan bij bevindingen van partijen, zoals het RIVM^[2-3], het Coördinatieplatform Zorgstandaarden^[4] en de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging^[5-6]. De programmatische aanpak voor de chronische zorg kreeg vanaf 2008 hoge prioriteit van VWS en de inspectie anticipeerde hierop met dit toezichtproject. Inmiddels is duidelijk dat er een aantal belemmeringen is bij de implementatie van de zorgstandaarden en de integrale bekostiging. Momenteel is niet bekend op welke wijze VWS en zorgverzekeraars hun beleid ten aanzien van chronisch zieken voortzetten. Dit stelt de inspectie voor een handhavingsdilemma.

De inspectie acht het noodzakelijk dat de zorggroepen de zorgstandaard Diabetes verder implementeren, zodat de kwaliteit van de zorg voor diabetespatiënten verbetert. Ik roep alle betrokken partijen op hun verantwoordelijkheid hierin te nemen.

J.W. Weck,
waarnemend Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

Het ministerie van VWS ontwikkelde vanaf 2008 een programmatische aanpak voor chronisch zieken, met zorgstandaarden en integrale bekostiging als belangrijke instrumenten. De zorgstandaard Diabetes geldt als de norm voor verantwoorde diabeteszorg en beschrijft de minimale vereisten waaraan integrale, multidisciplinaire ketenzorg moet voldoen.

De hier gepresenteerde resultaten van het toezicht op twintig zorggroepen tonen aan, dat de implementatie van de zorgstandaard Diabetes niet volledig is geslaagd. Enkele zorggroepen zijn intensief bezig met het implementatieproces, maar een groot aantal zorggroepen staat nog aan het begin. De zorggroepen hebben een aantal zaken goed geregeld. Zorgverleners hebben zich georganiseerd en afspraken met ketenpartners gemaakt over doorverwijzing. Zorggroepen hebben voor zorgverleners scholing in het ondersteunen van zelfmanagement bij patiënten georganiseerd en kwaliteitsgegevens verzameld.

De inspectie concludeert echter dat de patiënt nog niet echt centraal staat. Bijna geen enkele zorggroep maakt gebruik van multidisciplinaire patiëntendossiers en individuele zorgplannen. Ook krijgen patiënten weinig daadwerkelijke ondersteuning bij zelfmanagement. Daarnaast zijn er veel problemen rondom de geautomatiseerde (keten)informatiesystemen en de financiering van de diabeteszorg volgens de zorgstandaard. De inspectie is van opvatting dat bij een goede naleving van de zorgstandaard de kwaliteit van zorg verbetert en patiënten minder kans lopen op gezondheidsschade. Zorggroepen moeten daarom meer energie steken in het werken volgens de zorgstandaard. Daarnaast moeten zorggroepen voldoen aan de vereisten van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Alle verantwoordelijke partijen moeten actie ondernemen om de problemen bij de automatisering en de financiering van de diabeteszorg op te lossen. De overheid en de zorgverzekeraars hebben de verantwoordelijkheid om een consistent beleid te formuleren voor de invoering van de zorgstandaard waaronder de integrale bekostiging van de zorg die geleverd wordt volgens de zorgstandaard. De Adviesgroep Ketenzorg kan zorggroepen ondersteunen bij de verdere implementatie van de zorgstandaard Diabetes.

De minister van VWS zal in de loop van 2013 haar toekomstig beleid presenteren over de implementatie van de zorgstandaarden. Afhankelijk hiervan zal de inspectie haar handhavingsbeleid en vervolgacties bepalen. Ongeacht de implementatie van de zorgstandaarden is de inspectie van opvatting dat zorggroepen vallen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen en ze verwacht dat alle zorggroepen in september 2013 hieraan voldoen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Het aantal chronisch zieken zal in de komende decennia sterk toenemen^[7]. Dit betekent dat de zorgvraag toeneemt en anders wordt. De inspectie heeft al eerder gesignaleerd dat de kwaliteit van de zorg voor chronisch zieken nog niet geleverd wordt volgens de gestelde eisen^[8]. Dit leidt tot vermijdbaar gezondheidsverlies bij patiënten en onnodige kosten in de tweedelijnszorg. De afstemmingsproblemen binnen de eerste lijn en tussen de eerste- en tweedelijnszorg versterken dit. *Best-practices* in Nederland en het buitenland tonen aan dat aanzienlijke gezondheids-winst te behalen is^[9; 10].

In 2008 publiceerde het ministerie van VWS haar beleid voor de zorg aan chronisch zieken in haar brief 'Programmatistische aanpak van chronische ziekten'^[11]. In deze programmatistische zorg staat de patiënt centraal. Dit beleid rust op vier pijlers: 1) de zorgstandaard als basis voor de kwaliteit van zorg, 2) de integratie van preventie in de zorg, 3) het stimuleren van zelfmanagement en 4) het stimuleren van de vorming van multidisciplinaire behandelteams. Daarbij kan de zorg in ketens of netwerken worden georganiseerd en als pakket worden gecontracteerd (integrale bekostiging). Curatie en preventie worden dan met elkaar verbonden, met meer nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, meer aandacht voor kwaliteit van leven en vertraging van de progressie van de chronische ziekte.

Sinds 2010 zijn keten-DBC's ingevoerd voor drie chronische aandoeningen: diabetes, COPD en vasculair risicomanagement (VRM). Invoering van andere keten-DBC's, zoals depressie en hartfalen, volgt naar verwachting later. De zorg in deze ketens is gebaseerd op zorgstandaarden. Dit begrip is als volgt gedefinieerd: *"Een zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg, ook inhoudende de ondersteuning bij zelfmanagement voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante kwaliteitsindicatoren"*^[12]. De zorgstandaard heeft de volgende gebruiksdoelen: het opstellen van een individueel zorgplan, transparante communicatie tussen patiënten en zorgverleners, informatievoorziening, het voeren van adequaat kwaliteitsbeleid^[13]. De zorgstandaard geldt als de norm voor verantwoorde zorg voor chronisch zieken. De standaard beschrijft de minimale vereisten waaraan de zorg moet voldoen en is geaccordeerd door alle betrokken veldpartijen^[11]. Hij is de leidraad bij het contracteren van ketenzorg door zorgverzekeraars. De periode 2010 tot en met 2012 is een overgangperiode, waarin integrale bekostiging naast reguliere vormen van bekostiging bestaat^[5].

De minister van VWS zal, op basis van het advies van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, besluiten of voldaan is aan de randvoorwaarden om de overgangperiode voor de integrale bekostiging te beëindigen en met dit systeem verder te gaan^[5]. Hierbij betreft ze ook de resultaten van enkele RIVM-onderzoeken^[2-3] en van dit onderzoek. De minister zal haar toekomstplannen over de zorgstandaarden en de zorggroepen in de loop van 2013 uiteenzetten.

De inspectie houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg en hanteert als toetsingskader bij haar onderzoek naar ketenzorg door zorggroepen de van toepassing zijnde wet- en regelgeving en de vigerende standaard van de beroepsgroep, namelijk de

zorgstandaard Diabetes. Niet vanuit de opvatting 'regels zijn regels' maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen er zijn om risico's tegen te gaan en gezondheidsschade te voorkomen. De (door)ontwikkeling van zorgstandaarden is de verantwoordelijkheid van het veld zelf.

De zorgstandaard Diabetes is zo'n veldnorm die patiëntenvertegenwoordigers en zorgaanbieders hebben ontwikkeld en vastgesteld. De Nationale Diabetes Federatie (NDF) heeft de zorgstandaard Diabetes in 2007 uitgebracht^[14]. Het veld heeft vier jaar de tijd gehad om deze te implementeren. De inspectie heeft daarom in 2011 het voorliggend onderzoek uitgevoerd om te toetsen in hoeverre de zorggroepen de zorgstandaard Diabetes hebben geïmplementeerd. Daarnaast wil de inspectie - waar nodig - dit implementatieproces versnellen.

De inspectie concentreert zich daarbij op de rol van zorggroepen in dit proces. De diabeteszorg in engere zin in de huisartsenpraktijken heeft de inspectie niet onderzocht, omdat zij geen aanwijzingen heeft dat deze ernstig tekortschiet.

De inspectie en het ministerie van VWS zijn van mening dat een zorggroep valt onder de Kwaliteitswet zorginstellingen en daarmee onder het toezicht van de inspectie^[1]. Een zorggroep is een organisatie waarin zorgaanbieders zich tot een juridische entiteit hebben verenigd om de zorgverlening op het gebied van één of meer (chronische) ziekten te verzorgen. Zorggroepen sluiten contracten met zorgverzekeraars om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren^[15].

Door een goede implementatie van de zorgstandaard door zorggroepen zullen de risico's naar verwachting beter beheerst worden en zal de kwaliteit van de zorg voor diabetes-type-II-patiënten verbeteren en de gezondheidsschade verminderen.

1.2 Onderzoeksvragen

In hoeverre is de implementatie van de NDF-zorgstandaard Diabetes door zorggroepen geslaagd?

Onderliggende deelvragen zijn:

- 1 In welke mate is de NDF-zorgstandaard Diabetes geïmplementeerd?
- 2 In hoeverre waarborgen zorggroepen de continuïteit in de zorg door samenwerking, coördinatie en afstemming tussen de betrokken zorgverleners?
- 3 Wat is de rol van besturen van zorggroepen bij de implementatie van de NDF-zorgstandaard Diabetes?

1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

In de periode september t/m december 2011 heeft de inspectie twintig willekeurig gekozen zorggroepen bezocht. Deze zorggroepen geven een goed beeld van de circa 100 zorggroepen die tijdens de onderzoeksperiode in Nederland diabeteszorg hadden gecontracteerd. In bijlage 1 staan de namen van bezochte zorggroepen.

Tijdens de bezoeken heeft de inspectie zowel met het management van de zorggroep als met huisartsen en praktijkondersteuners huisarts (poh'ers) gesproken. Daarnaast heeft zij beleidsdocumenten ingezien en enkele patiëntendossiers geraadpleegd.

Op basis van een risicoanalyse heeft de inspectie haar aandacht specifiek op vijf thema's gericht: Diabetesdossier, Individueel zorgplan, Aandacht voor preventie en zelfmanagement, Continuïteit van zorg en Kwaliteit en transparantie^[16].

Voor elk thema is een aantal normen geformuleerd. In totaal heeft de inspectie zorggroepen op negentien normen beoordeeld, dit op basis van een driepuntschaal: 'voldoet aan norm', 'voldoet deels aan norm' en 'voldoet niet aan norm'. Deze beoordeling is vastgelegd in een toetsingskader. Zie bijlage 2 voor een uitgebreide beschrijving van het toetsingskader.

De basis voor het toetsingskader vormen de NDF-zorgstandaard Diabetes, de nota 'Zorgstandaarden in model' en de door het veld ontwikkelde richtlijnen, zoals de 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' van de KNMG ^[12; 14; 17]. Ook zijn eisen uit de gezondheidswet- en regelgeving in het toetsingskader meegenomen. Daarbij gaat het vooral om de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZi) en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)^[18-19].

2 Conclusies

2.1 **Implementatie zorgstandaard Diabetes ondanks inspanning nog niet geslaagd**

Op basis van inspectiebezoeken bij circa 20% van alle zorggroepen heeft de inspectie een goed beeld gekregen van de stand van zaken rondom de implementatie van de NDF-zorgstandaard Diabetes tijdens de tweede helft van 2011. De zorggroepen hebben vier jaar de tijd gehad om de zorgstandaard Diabetes te implementeren. Het is teleurstellend dat de keten nog niet overal volgens de zorgstandaard functioneert en de patiënt onvoldoende centraal staat. Dit levert risico's voor de patiënt op.

De zorggroepen zijn wel aan het werk om de ketenzorg diabetes vorm te geven. Er is veel variatie tussen de zorggroepen. Een paar zorggroepen zijn al ver op weg met de implementatie van de zorgstandaard, maar een aantal zorggroepen staat nog aan het begin van dit proces. In dit onderzoek bleek geen relatie te bestaan tussen oprichtingsdatum van de zorggroep en de mate van implementatie van de zorgstandaard. Wachten met het toezicht op de implementatie van de zorgstandaard, om zorggroepen hiervoor langer de tijd te geven, zal waarschijnlijk niet het gewenste resultaat opleveren.

De beperkte implementatie is deels wel begrijpelijk vanwege de problematiek rondom de financiering en de automatisering. Klaarblijkelijk heeft niemand zich verantwoordelijk gevoeld om deze op te lossen. Maar de zorggroepen stellen zich ook onvoldoende actief op om de implementatie van de zorgstandaard Diabetes te laten slagen, zeker op bestuurlijk niveau.

2.2 **Zorgstandaard Diabetes beperkt geïmplementeerd**

Het totaalbeeld laat zien dat de zorggroepen de zorg voor diabetespatiënten te weinig volgens de zorgstandaard uitvoeren. Veel zorggroepen gebruiken een zorgprogramma als uitgangspunt voor de zorgverlening, maar dit zorgprogramma is niet altijd gebaseerd op de zorgstandaard Diabetes. Deze zorggroepen hanteren de NHG-richtlijn Diabetes mellitus type 2^[20]. De zorgstandaard diabetes is niet altijd bekend bij de zorgverleners en de huisartsenpraktijken zijn van oudsher gewend te werken met NHG-richtlijnen. De NHG-richtlijn Diabetes Mellitus type 2 heeft echter een beperktere reikwijdte dan de NDF-zorgstandaard Diabetes.

De zorggroepen hebben een aantal zaken goed geregeld. Ze hebben afspraken over doorverwijzing met ketenpartners gemaakt, de scholing van zorgverleners voor de ondersteuning van zelfmanagement geregeld en kwaliteitsgegevens over de verleende zorg verzameld.

Een aantal elementen uit de zorgstandaard is echter nauwelijks geïmplementeerd. Zorggroepen beschikken niet over multidisciplinaire diabetesdossiers die toegankelijk zijn voor alle betrokken ketenpartners en de patiënt. Door de verscheidene elektronische informatiesystemen ontstaan risico's in de informatie-uitwisseling tussen de ketenpartners. In toenemende mate is het huisartseninformatiesysteem (HIS) op de huisartsenposten te raadplegen tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten, maar het keteninformatiesysteem (KIS) veelal niet. Daarbij komt dat bij zorggroepen die een KIS en een HIS hebben, het patiëntendossier in het HIS voor wat betreft de diabeteszorg veelal niet compleet is.

Het opstellen van individuele zorgplannen moet nog vrijwel geheel van de grond komen en de ondersteuning van patiënten bij hun zelfmanagement is minimaal. Juist in het individueel zorgplan komt bij elkaar de stimulering van zelfmanagement, de begeleiding bij een gezonde leefwijze, het informeren van de patiënt en de

samenwerking tussen zorgverleners. Bij het ontbreken van een individueel zorgplan ontstaan risico's voor de patiënt, omdat prioriteiten in de behandeling, de doelen, de planning van de zorg en de ondersteuning niet voor alle partijen inzichtelijk zijn. Bij gebrek aan een individueel zorgplan bestaat bovendien het risico dat de patiënt minder eigen verantwoordelijkheid draagt en minder actief zijn eigen problemen aanpakt.

Zorggroepen geven aan dat niet alle delen van de zorgstandaard Diabetes onder de Zorgverzekeringswet (ZVW) vallen en dat zorgverzekeraars soms maar een deel van de zorgstandaard contracteren. Dit geldt vooral voor preventieve activiteiten. De inspectie vindt dit een ongewenste situatie. Zeker aangezien in veel contracten tussen zorgverzekeraars en zorggroepen wordt aangegeven dat de zorggroep moet handelen conform de zorgstandaard. Bovendien beschouwt de minister van VWS de zorgstandaard als de norm voor verantwoorde zorg. Het in het verzekerd pakket doen opnemen van de zorg die volgens de zorgstandaard nodig is voor het leveren van kwalitatief goede chronische zorg is een verantwoordelijkheid van de minister van VWS^[10].

Uit bovenstaande concludeert de inspectie dat de zorgstandaard beperkt geïmplementeerd is en dat:

- de patiënt niet echt centraal staat, want er is nauwelijks sprake van multidisciplinaire patiëntendossiers, individuele zorgplannen en ondersteuning bij zelfmanagement;
- de problemen rondom automatisering van de (keten)informatiesystemen en de financiering van de diabeteszorg niet voortvarend zijn opgelost.

2.3 Continuïteit van zorg onvoldoende gewaarborgd

De continuïteit van zorg is niet goed gewaarborgd omdat binnen zorggroepen duidelijke afspraken over het vaste aanspreekpunt voor de patiënt ontbreken en er vrijwel geen multidisciplinair patiëntenoverleg plaatsvindt. Dit is vooral een risico voor patiënten met multimorbiditeit. Binnen zorggroepen ontbreken veelal afspraken om fragmentatie van zorg voor deze groep patiënten te voorkomen. Weinig zorggroepen hebben beleid ontwikkeld om de zorg voor multimorbide patiënten te integreren.

2.4 Ontoereikende sturing op implementatie zorgstandaard Diabetes

Het bestuur van een zorggroep is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de diabeteszorg, maar handelt vaak niet als zodanig. Bestuurders en zorgverleners zien de zorggroep meer als een faciliterende organisatie dan als een zorginstelling volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen. Hierdoor bestaat het risico dat het bestuur niet zijn verantwoordelijkheid neemt voor de kwaliteit van de geleverde zorg en te weinig stuurt op de implementatie van de zorgstandaard.

Zorggroepen vervullen meestal niet hun verplichtingen vanuit de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Veelal ontbreekt een klachtregeling die geldt voor de hele diabetesketen en is het melden van incidenten en calamiteiten voor de keten niet goed geregeld. Bovendien leggen de meeste zorggroepen geen openbare verantwoording af over de kwaliteit van zorg.

Besturen van zorggroepen sturen te weinig op de randvoorwaarden voor kwalitatief verantwoorde zorg, zoals de benodigde competenties van de gecontracteerde zorgverleners. Zorggroepen stellen bijvoorbeeld vaak scholing van zorgverleners niet verplicht en hebben geen actueel overzicht wie welke scholing heeft gevolgd. Zorggroepen verzamelen wel kwaliteitsdata en gebruiken deze ook als spiegel-informatie binnen de zorggroep. Als de kwaliteit van de zorg onvoldoende is, spreekt het bestuur van een zorggroep gecontracteerde huisartsen soms wel aan, maar treft nauwelijks maatregelen om kwaliteitsverbetering af te dwingen.

3 Handhaving

3.1 Aanbevelingen en maatregelen voor zorggroepen

De inspectie is van opvatting dat zorggroepen de zorgstandaarden dienen te implementeren. Echter, voor deze implementatie zijn zij afhankelijk van het beleid van de overheid en zorgverzekeraars. De onzekerheid over het voortbestaan van de integrale bekostiging werkt remmend op de implementatie van zorgstandaarden en de doorontwikkeling van de zorggroepen. Lange termijn investeringen bijvoorbeeld voor een keteninformatiesysteem worden vanwege de onduidelijke toekomst soms achterwege gelaten. Dat neemt niet weg dat zorggroepen, ongeacht de wijze van financiering, verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de diabeteszorg en zo veel als mogelijk door moeten gaan met de implementatie van de zorgstandaarden. Zorgstandaarden vormen immers de norm waaraan integrale, multidisciplinaire zorg bij chronisch zieken moet voldoen.

Hierbij zijn de onderstaande elementen in het bijzonder van belang.

I Multidisciplinair patiëntendossier:

- Voorzien in een volledig en actueel multidisciplinair dossier voor alle patiënten.
- Regelen van toegang tot multidisciplinair patiëntendossier voor alle zorgverleners en de patiënt.
- Waarborgen van de privacy van de patiënt over het multidisciplinair patiëntendossier.

II Individueel zorgplan:

- Opstellen van een actueel individueel zorgplan/behandelplan voor iedere patiënt.
- Registreren van alle afspraken van alle betrokken zorgverleners in het individueel zorg/behandelplan.

III Preventie en zelfmanagement:

- Gestructureerd aanbieden van voorlichting en educatie over preventieve activiteiten.
- Beleid ontwikkelen voor de ondersteuning van zelfmanagement bij patiënten.
- Verzorgen van scholing in ondersteuning van zelfmanagement van patiënten.

IV Continuïteit van zorg:

- Organiseren van een multidisciplinair team.
- Afspraken maken over in- en exclusie van patiënten.
- Afspraken maken over samenwerking met- en doorverwijzing naar de 2^e lijn.
- Benoemen van een zorgverlener tot vast aanspreekpunt voor patiënten.
- Waarborgen van integrale zorg bij multimorbiditeit.

De inspectie realiseert zich dat de implementatie van het multidisciplinair diabetes-dossier en het individueel zorgplan complexe processen zijn die veel tijd vergen. Bij het toezicht zal de inspectie hiermee rekening houden.

De inspectie vindt dat er geen belemmeringen zijn voor zorggroepen om te voldoen aan de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Zij moeten net als andere zorginstellingen voldoen aan de wet- en regelgeving die op hun van toepassing zijn.

De inspectie verwacht dat alle zorggroepen uiterlijk september 2013 voldoen aan de in de Kwaliteitswet zorginstellingen gestelde eisen. Alle zorggroepen moeten zorg dragen voor:

- Een organisatiebeschrijving van de zorggroep.
- Beleid ten aanzien van incidenten en calamiteiten.
- Het uitvoeren van een periodiek patiëntervaringsonderzoek.
- Beleid voor scholing en deskundigheidsbevordering.
- Openbaar maken van kwaliteitsgegevens en deze aanwenden in een intern kwaliteitsstelsel

Daarnaast moeten zorggroepen een klachtenregeling voor de ketenzorg hebben volgens de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ).

3.2 Aanbevelingen voor VWS

De minister van VWS stelde in 2009 dat de zorgstandaard de minimale zorg is waaraan moet worden voldaan. Echter, beperkte regelgeving en onvoldoende bereidheid bij zorgverzekeraars om de zorgstandaarden integraal te financieren hebben de implementatie belemmerend. In de loop van 2013 zal de minister haar toekomstig beleid over zorgstandaarden en de rol van zorggroepen kenbaar maken. De inspectie adviseert om in dit beleid duidelijk aan te geven wanneer de zorggroepen de zorgstandaarden geïmplementeerd moeten hebben, zodat de inspectie haar toezicht daarop kan afstemmen.

Daarnaast heeft de minister aangegeven dat het in het verzekerd pakket opnemen van de zorg, die volgens zorgstandaard nodig is, haar verantwoordelijkheid blijft. In dit kader beveelt de inspectie de minister aan om in haar toekomstig beleid de problematiek die voortkomt uit verschillen die bestaan tussen de zorg conform zorgstandaard, de bekostiging via de keten-DBC en de vergoedingen uit het basispakket op te lossen.

3.3 Aanbeveling voor zorgverzekeraars

De inspectie doet een dringend beroep op zorgverzekeraars om de gehele zorgstandaard te contracteren, zodat zorggroepen daadwerkelijk integrale zorg kunnen leveren. De methodiek van bekostiging dient de integrale zorgverlening te stimuleren, omdat dit een goede samenwerking tussen verschillende disciplines op gang brengt en de zorgverlening verbetert.

Daarnaast zouden zorgverzekeraars de financieringssystematiek kunnen gebruiken om de implementatie van de zorgstandaard actief te bevorderen.

3.4 Aanbevelingen voor de Adviesgroep Ketenzorg

De Adviesgroep Ketenzorg, waarin vertegenwoordigd zijn de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) en de Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn (LVG), ondersteunt zorggroepen onder andere bij de implementatie van de zorgstandaarden. De inspectie beveelt de Adviesgroep Ketenzorg aan om extra ondersteuning te bieden bij het implementeren van het individueel zorgplan, zelfmanagement en het multidisciplinair patiëntendossier. Momenteel zijn er verschillende initiatieven, onder andere bij het Coördinatieplatform Zorgstandaarden, het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD), TNO en Vilans, die hiervoor praktische handreikingen ontwikkelen. Tevens beveelt de inspectie aan om als koepel in overleg te treden met softwareleveranciers van huisartsen- en keteninformatiesystemen om drempels voor de toegankelijkheid voor alle ketenpartners en patiënten evenals beletsels voor de kwaliteit van het multidisciplinair patiëntendossier weg te nemen.

3.5 Vervolgacties inspectie

De minister van VWS presenteert in de loop van 2013 haar toekomstig beleid over de implementatie van de zorgstandaarden. De inspectie zal haar verdere handhaving hierop afstemmen.

Ongeacht de implementatie van de zorgstandaarden is de inspectie van opvatting dat zorggroepen vallen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen en dat de zorggroepen moeten voldoen aan de vereisten van deze wet. Wanneer dit na september 2013 nog niet het geval is, zal de inspectie in voorkomende gevallen maatregelen opleggen.

Omdat bestuurders en zorgverleners momenteel de zorggroep meer als een faciliterende organisatie beschouwen dan als een zorginstelling volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen, stelt de inspectie een relatief lange termijn om aan de vereisten van de wet te voldoen.

De twintig door de inspectie bezochte zorggroepen kregen een rapport met de resultaten. Daarnaast ontving iedere zorggroep een op maat gesneden advies met verbeterpunten. Met het verschijnen van dit geaggregeerd rapport informeert de inspectie de overige zorggroepen over haar handhavingsbeleid zoals hierboven beschreven.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten. Eerst volgt een algemene beschrijving van de onderzochte zorggroepen. Daarna volgen de resultaten per zorggroep en per getoetste norm en ten slotte de resultaten op de vijf thema's.

De resultaten van thema I Multidisciplinair diabetesdossier, thema II Individueel zorgplan en thema III Aandacht voor preventie en zelfmanagement beantwoorden deelvraag 1: In welke mate is de zorgstandaard Diabetes geïmplementeerd?

De resultaten van thema IV Continuïteit van zorg beantwoorden deelvraag 2: In hoeverre waarborgen zorggroepen de continuïteit in de zorg door samenwerking, coördinatie en afstemming tussen de betrokken zorgverleners?

De resultaten van thema V Kwaliteit en transparantie beantwoorden deelvraag 3: Wat is de rol van besturen van zorggroepen bij de implementatie van de zorgstandaard Diabetes?

4.1 Stand van zaken in beeld

De resultaten van de twintig bezochte zorggroepen gaven een beeld van de stand van zaken in de tweede helft van 2011.

Uit tabel 1 blijkt dat het oprichtingsjaar van de zorggroep varieerde tussen 2001 en 2010. De meerderheid (17 zorggroepen) was ten tijde van het onderzoek meer dan 3 jaar geleden opgericht. Het jaar van oprichting van de zorggroep was niet altijd gelijk aan de start van de implementatie van de zorgstandaard. Alle zorggroepen hadden ten tijde van het onderzoek een keten-DBC-contract met één of meer zorgverzekeraars.

Tabel 1
Jaar van oprichting (n=20)

Jaar van oprichting	Aantal zorggroepen	Percentage
2001	1	5
2005	1	5
2006	3	15
2007	6	30
2008	6	30
2009	2	10
2010	1	5
Totaal	20	100

De zorggroep functioneerde als hoofdaannemer. 45% van de zorggroepen (9 zorggroepen) had een coöperatie als rechtspersoon, 35% (7 zorggroepen) had zich georganiseerd in een BV. De overige 20% (4 zorggroepen) koos voor een stichting, een vereniging of een werkmaatschappij.

55% van de zorggroepen (11 zorggroepen) had geen personeel in dienst voor het primaire proces. Het aantal gecontracteerde huisartsenpraktijken varieerde sterk (tussen 6 en 200 huisartsenpraktijken).

60% van de zorggroepen (12 zorggroepen) verleende, naast de diabeteszorg, ook andere zorg conform zorgstandaarden: negen zorggroepen leverden ook COPD-zorg, twee zorggroepen leverden ook VRM-zorg en één zorggroep leverde zowel COPD- als VRM-zorg. De andere zorggroepen waren voornemens om, naast de diabeteszorg, in 2012 te starten met COPD- of VRM-zorg.

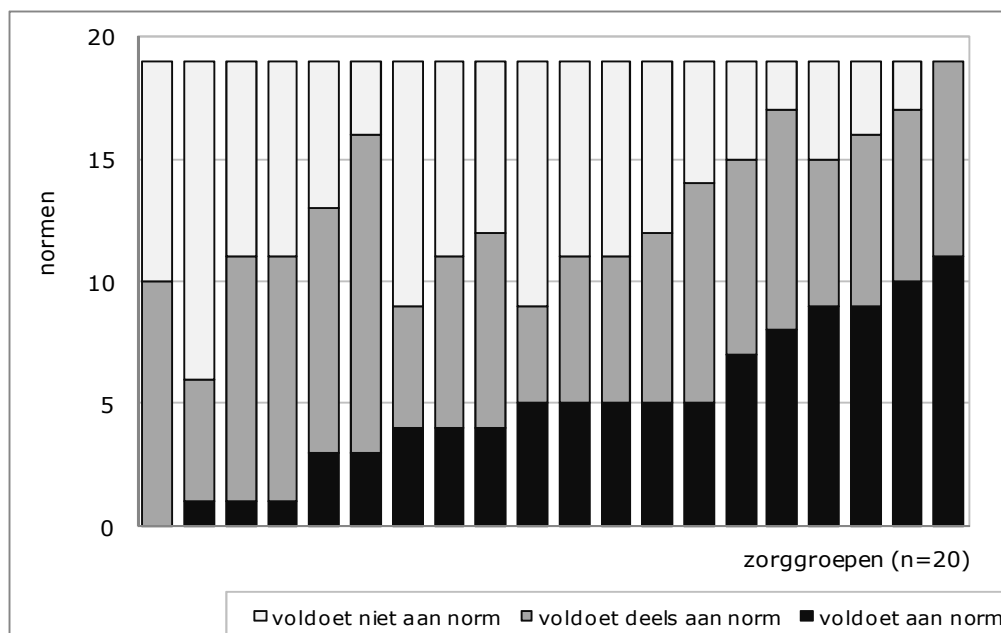
4.2

Geen enkele zorggroep voldeed geheel aan alle normen

Geen enkele zorggroep voldeed aan alle normen. Er bleek veel variatie tussen de zorggroepen. Uit figuur 1 is af te leiden dat de twee best scorende zorggroepen aan 10 of 11 van de 19 normen volledig voldeden. De vier slechtst scorende zorggroepen voldeden aan geen enkele of slechts aan één norm volledig.

Er is geen relatie gevonden tussen de prestatie van de zorggroep bij de 19 normen en de kenmerken van de zorggroep, zoals het oprichtingsjaar, het aantal personeelsleden in dienst of de omvang in termen van aantal aangesloten huisartsenpraktijken. Ook de implementatie van andere zorgstandaarden, zoals COPD en VRM, in een zorggroep bleek geen factor van belang te zijn.

Uit de gesprekken bleek dat zorggroepen meestal een diabeteszorgprogramma gebruiken als uitgangspunt voor de zorgverlening. Soms is dit zorgprogramma gebaseerd op de NDF-zorgstandaard Diabetes, maar bij een aantal zorggroepen was het zorgprogramma gebaseerd op de NHG-richtlijn Diabetes Mellitus type 2^[20] die een beperktere reikwijdte heeft dan de NDF-zorgstandaard Diabetes. De NDF-zorgstandaard Diabetes was bij de zorgverleners uit deze zorggroepen veelal niet bekend.



Figuur 1: Score op de 19 normen van 20 zorggroepen

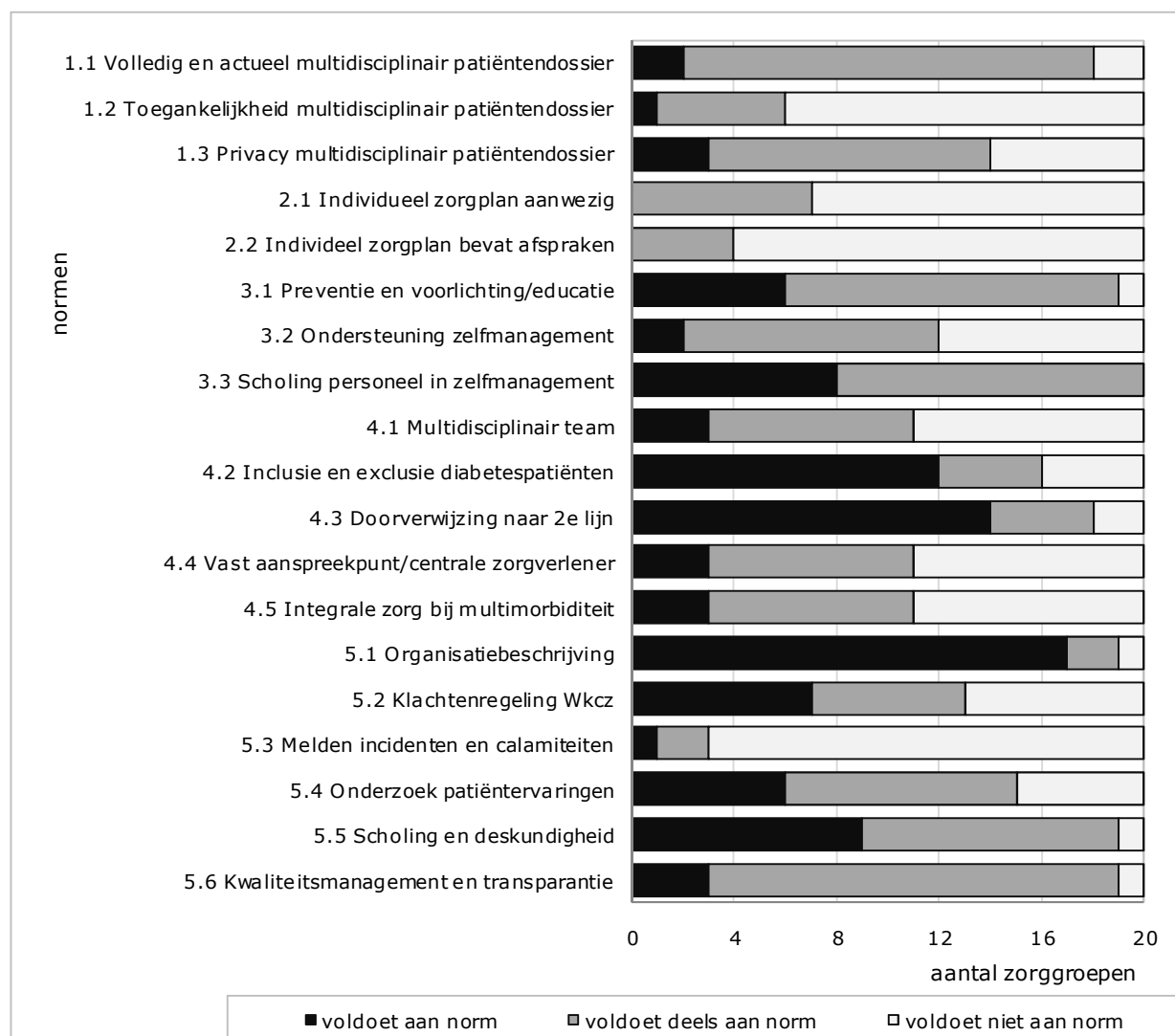
In figuur 2 staat aangegeven hoe de twintig zorggroepen per norm scoorden. De norm 5.1 Organisatiebeschrijving scoorde het hoogst.

Zorggroepen scoorden redelijk bij de volgende drie normen:

- Scholing personeel in zelfmanagement.
- Inclusie en exclusie diabetespatiënten.
- Doorverwijzen naar 2^e lijn.

Het laagst scoorden de zorggroepen op de volgende vier normen:

- Toegankelijkheid multidisciplinair patiëntendossier.
- Individueel zorgplan aanwezig.
- Individueel zorgplan bevat afspraken.
- Melden van incidenten en calamiteiten.

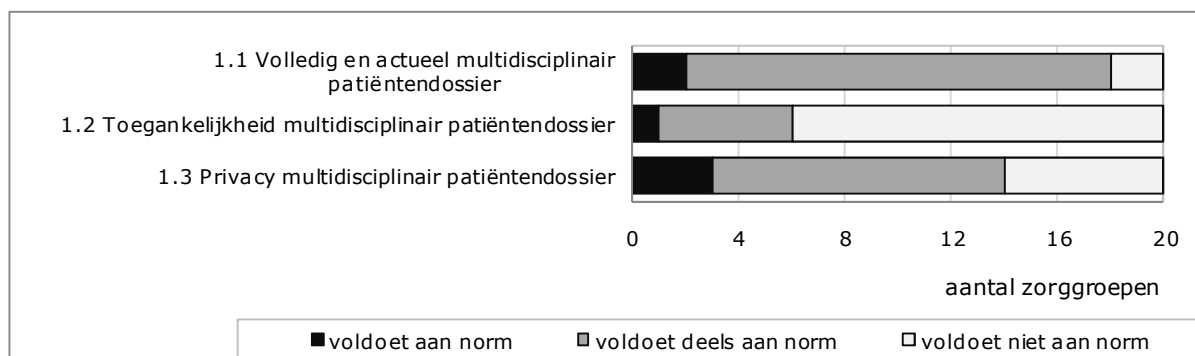


Figuur 2: Score van alle zorggroepen per norm

In de volgende paragrafen staan de resultaten van de zorggroepen per thema. Ter informatie is de getoetste norm in een apart kader opgenomen. Uitgebreide informatie over het toetsingskader en de norm staat in bijlage 2.

4.3 Patiëntendossier deels volledig, privacy beschermend en toegankelijk

Thema I	Het multidisciplinair patiëntendossier bestaat uit 3 normen:
1.1	Iedere diabetespatiënt heeft een volledig en actueel multidisciplinair patiëntendossier.
1.2	Het multidisciplinair dossier is toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners en voor de patiënt.
1.3	De privacy van de patiënt het multidisciplinair patiëntendossier is gewaarborgd.



Figuur 3: Score op de normen van thema I Multidisciplinair patiëntendossier

De meerderheid van de zorggroepen had geen multidisciplinair patiëntendossier zoals omschreven in de zorgstandaard. De mate van volledigheid en toegankelijk van het dossier was sterk afhankelijk van het systeem dat men gebruikte: het huisartseninformatiesysteem (HIS) en/of keteninformatiesysteem (KIS). Van de 20 zorggroepen had 10% (2 zorggroepen) een volledig en actueel multidisciplinair patiëntendossier, 80% (16 zorggroepen) had dit deels en 10% (2 zorggroepen) niet.

Veel zorggroepen gebruikten alleen een HIS. Zij konden om die reden nooit over een 100% volledig en actueel beeld van de patiënt beschikken, met name omdat het berichtenverkeer met andere ketenpartners via de fax of telefoon ging, waardoor de verwerking van de gegevens altijd vertraging opliep. Sommige zorggroepen gebruikten een KIS in combinatie met een HIS. De zorgverleners moesten beide systemen raadplegen om een volledig beeld te krijgen van een diabetespatiënt. Uit gesprekken kwam naar voren dat dit niet altijd gebeurde. Huisartsen bleken doorgaans alleen het HIS te gebruiken. Zij verkregen geen volledige informatie, omdat er vaak geen optimale koppeling was tussen het HIS en het KIS. Soms moest het ondersteunend personeel de gegevens ook handmatig in het andere systeem zetten. Een aantal zorggroepen gaf aan dat voor de invoering van een KIS onvoldoende financiële middelen beschikbaar waren gesteld. Er waren ook zorggroepen die een goed functionerend KIS hadden. Maar dit betekende niet dat alle zorgverleners daarmee een volledig en actueel multidisciplinair dossier hadden. Zo was er een zorggroep met een KIS waarin de medicatielijst-historie ontbrak.

Bij de meeste zorggroepen was de toegankelijkheid van het patiëntendossier voor alle zorgverleners en voor de patiënt niet gerealiseerd. Bij één zorggroep (5%) was het multidisciplinair patiëntendossier toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners én voor de patiënt.

De keuze van het elektronische dossier bepaalde in de regel ook de toegankelijkheid: daar waar de zorggroep een HIS gebruikte, was het dossier meestal niet toegankelijk voor de andere zorgverleners buiten de huisartsenpraktijk.

Ook was de toegankelijkheid van het multidisciplinair dossier voor de patiënt slecht geregeld. Een aantal zorggroepen gebruikte een portaal zodat patiënten *online* toegang hadden tot hun dossier. De betrokken zorggroepen gaven aan dat patiënten zelden gebruikmaakten van deze mogelijkheid.

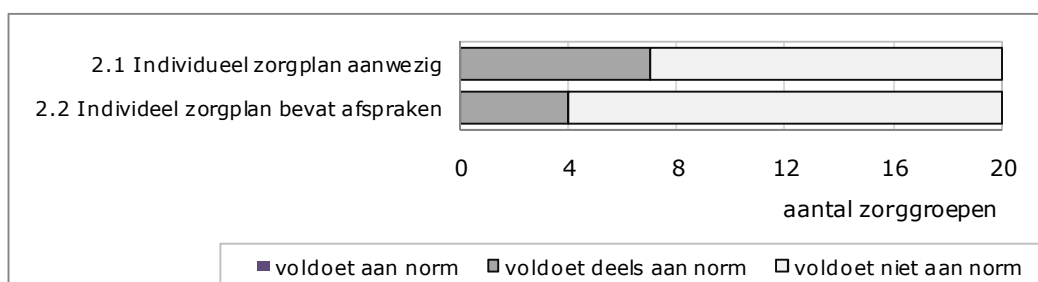
Bij de meerderheid van de zorggroepen was de privacy van de patiënt niet goed gewaarborgd. De privacy van de patiënt bij het multidisciplinair patiëntendossier was bij 30% (6 zorggroepen) niet, bij 55% (11 zorggroepen) deels en bij 15% (3 zorggroepen) wel gewaarborgd. Er waren, met uitzondering van één zorggroep, geen schriftelijk afspraken vastgelegd over de bescherming van de privacy van patiënten.

Bij een aantal zorggroepen was de privacy voor de patiënten geregeld binnen de huisartsenpraktijken, maar niet voor de multidisciplinaire ketenzorg. Ook kwam het voor dat noch de zorggroep, noch de huisartsenpraktijk over een privacyreglement beschikte. Tijdens de gesprekken bleek dat patiënten in sommige zorggroepen niet werden geïnformeerd over het feit dat hun gegevens werden opgeslagen en uitgewisseld met anderen. Sommige zorggroepen gaven aan dat de privacy van de patiënt beschermd was, omdat maar een beperkt aantal zorgverleners toegang had en de toegang tot privacygevoelige gegevens met wachtwoorden beveiligd werd.

4.4

Geen enkele zorggroep werkte met individuele zorgplannen

Thema II	Individueel zorgplan bestaat uit 2 normen:
2.1	Iedere patiënt heeft een individueel zorgplan.
2.2	In het individueel zorgplan staan afspraken van alle bij de zorg betrokken zorgverleners.



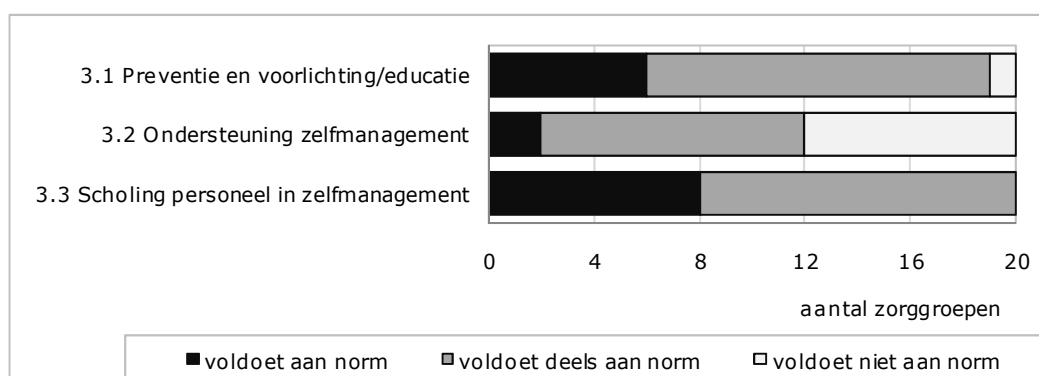
Figuur 4: Score op de normen van thema II Individueel zorgplan

Geen enkele zorggroep had individuele zorgplannen geïmplementeerd zoals bedoeld in de zorgstandaard. Sommige hadden hier wel een begin mee gemaakt. Bij 80% (16 zorggroepen) ontbraken de individuele afspraken met de patiënt. Slechts in enkele zorggroepen werden individuele afspraken met de patiënt gemaakt. Huisartsenpraktijken die een HIS gebruikten, noteerden afspraken met de patiënt in de S.O.E.P.-systematiek, een registratiesystematiek voor het medisch journaal. Op de P-regel werden de afspraken met de patiënt genoteerd. Sommige KIS'en boden ook de mogelijkheid om een individueel zorgplan vast te leggen, maar deze mogelijkheid werd nauwelijks benut. Bij sommige zorggroepen liep een pilot rondom de invoering van het individueel zorgplan. In geen enkel geval

waren de afspraken met alle zorgverleners vastgelegd in een individueel zorgplan dat toegankelijk was voor die zorgverleners en de patiënt. Enkele zorggroepen twijfelden aan nut en noodzaak van het opstellen van individuele zorgplannen.

4.5 Zorggroepen hadden aandacht voor preventie en zelfmanagement

Thema III	Aandacht voor preventie en zelfmanagement bestaat uit 3 normen:
3.1	Iedere patiënt krijgt voorlichting en educatie (bewegen, voeding en dieet, stoppen met roken etc.) over preventieve activiteiten aangeboden.
3.2	Het zelfmanagement van patiënt wordt ondersteund met respect voor de keuzes en mogelijkheden van de patiënt.
3.3	Zorgprofessionals zijn geschoold in het ondersteunen van het zelfmanagement van patiënten.

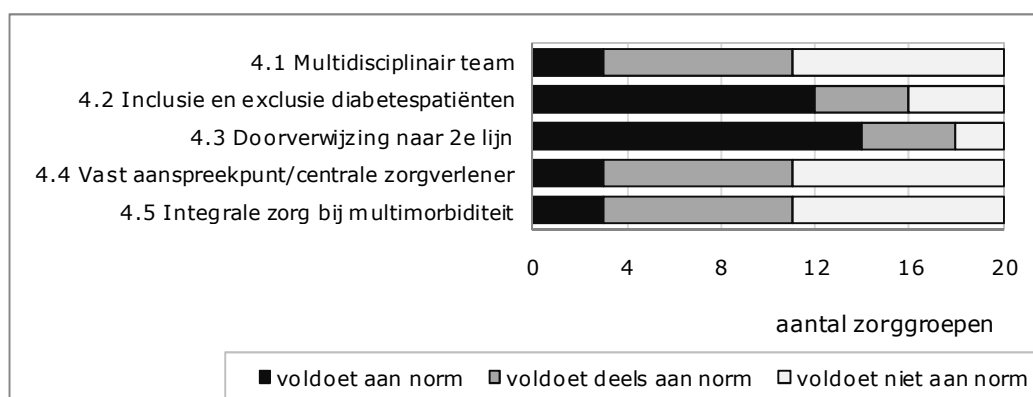


Figuur 5: Score op de normen van thema III Aandacht voor preventie en zelfmanagement

30% (6 zorggroepen) van de zorggroepen bood iedere patiënt, indien nodig, preventieve activiteiten aan en gaf voorlichting en educatie. 65% (13 zorggroepen) voldeed deels aan deze norm. Eén zorggroep (5%) voldeed niet aan de norm. Tijdens de gesprekken kwam naar voren dat de meeste zorggroepen met een diabetesprotocol werkten, waarin beschreven stond welke voorlichting en preventieve activiteiten nodig zijn. Maar het geven van bepaalde vormen van preventie en voorlichting (onder andere stoppen met roken, voedingsadviezen en meer bewegen) bleek in veel gevallen afhankelijk te zijn van het al dan niet aanwezig zijn van financiering voor deze activiteiten. De stoppen-met-roken-begeleiding werd soms korter gegeven dan noodzakelijk in verband met de beperkte financiering. Sommige zorggroepen losten de financiële beperkingen op door te verwijzen naar andere, kosteloos beschikbare voorzieningen. Twee zorggroepen (10%) voldeden aan de norm Ondersteuning zelfmanagement. De helft (10 zorggroepen) voldeed deels aan de norm en 40% (8 zorggroepen) voldeed niet aan de norm. Bij 40% van de zorggroepen (8 zorggroepen) waren de zorgverleners wel geschoold in het ondersteunen van het zelfmanagement van patiënten, bij de overige 60% (12 zorggroepen) was de scholing deels op orde. De scholing was meestal niet verplicht. De meeste poh'ers en veel van de huisartsen waren geschoold in *motivational interviewing*.

4.6 Continuïteit van zorg deels conform norm

Thema IV	Continuïteit van zorg bestaat uit 5 normen:
4.1	Het multidisciplinair team voldoet aan de gestelde voorwaarden.
4.2	De zorggroep heeft afspraken gemaakt over de instroom (inclusie) en exclusie van patiënten in de zorggroep.
4.3	De zorggroep heeft afspraken over de doorverwijzing van patiënten naar de 2 ^e lijn.
4.4	Vastgelegd is wie het vaste aanspreekpunt is voor de patiënt bij medische problemen, vragen, klachten en complicaties (centrale zorgverlener).
4.5	Bij patiënten met multimorbiditeit is de zorg integraal en er zijn afspraken gemaakt om fragmentatie van de zorg te voorkomen.



Figuur 6: Score op de normen van thema IV Continuïteit van zorg

Bij drie zorggroepen (15%) voldeed het multidisciplinair team aan de gestelde voorwaarden. Acht zorggroepen (40%) voldeden deels aan de norm. De overige negen zorggroepen (45%) voldeden niet aan de norm: er was geen multidisciplinair team geformeerd.

De samenstelling van het multidisciplinaire patiëntenoverleg beperkte zich veelal tot de huisarts en poh'er. Meestal vormden zij het kernteam. Soms werd bij het kernteam een diabetesverpleegkundige, praktijkassistente, diëtiste of kaderhuisarts diabetes toegevoegd. De frequentie van het overleg van het multidisciplinair team wisselde sterk. Andere ketenpartners werden incidenteel en op zeer wisselende wijze betrokken bij de zorg: bijvoorbeeld schriftelijk, telefonisch, of soms door middel van casuïstiekbespreking.

Een groot deel van de zorggroepen had afspraken vastgelegd over de inclusie en exclusie van diabetespatiënten in de zorggroep. 60% (12 zorggroepen) van de zorggroepen had dit conform de norm gedaan en 20% (4 zorggroepen) deels conform de norm. 20% (4 zorggroepen) had hierover geen afspraken gemaakt. Sommige zorggroepen includeerden alle diabetespatiënten ongeacht hun leeftijd of ernst van de aandoening. Soms werden zorgmijders uitgesloten van het diabetesprogramma. Opvallend was dat zorggroepen worstelden met notoire zorgmijders en dat er geen afspraken waren vastgelegd over hoe met deze patiënten om te gaan. Twee zorggroepen (10%) hadden geen afspraken gemaakt over de samenwerking en doorverwijzing van patiënten naar de 2e lijn. Van de overige zorggroepen had 70% (14 zorggroepen) afspraken vastgelegd conform de norm en 20% (4 zorggroepen) niet volledig conform de norm. De gesprekpartners vonden de doorverwijzing naar de 2e lijn redelijk goed geregeld. Vaak waren er geen afzonderlijke

schriftelijke afspraken, maar waren deze geïntegreerd in het diabetesprotocol van het HIS/KIS.

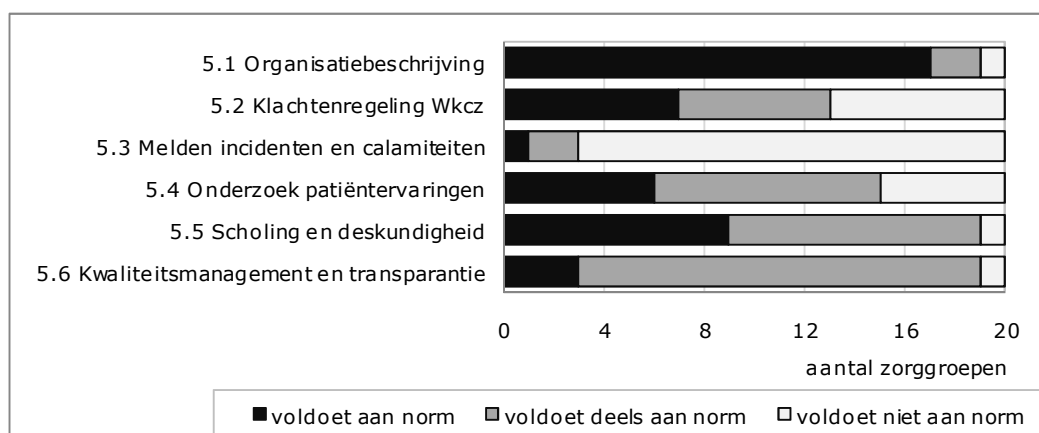
Bij 45% (9 zorggroepen) van de zorggroepen was niets vastgelegd over wie bij medische problemen, vragen, klachten of complicaties, als het vaste aanspreekpunt (de centrale zorgverlener) fungeerde voor de patiënt. Bij 15% (3 zorggroepen) waren dergelijke afspraken wel en bij 40% (8 zorggroepen) waren deze deels vastgelegd. Voor de patiënt verliep de toegang tot de zorg via de huisartsenpraktijk waarbij hij/zij ingeschreven stond. De huisartsen en poh'ers gaven aan dat de afspraak was om bij problemen contact op te nemen met de praktijk. De assistente zou dan doorverwijzen naar de poh'er of huisarts, die op dat moment aanwezig was. Bijzonder was dat zowel de huisartsen als de poh'ers van mening waren dat zij als het centraal aanspreekpunt fungeerden.

Bij 45% (9 zorggroepen) van de zorggroepen was de zorg bij patiënten met multimorbiditeit niet integraal en ontbraken afspraken om fragmentatie van zorg te voorkomen. Bij 15% (3 zorggroepen) was dit conform de norm geregeld en bij 40% (8 zorggroepen) deels conform de norm. Op dit punt hadden de zorggroepen veelal geen beleid gemaakt. Tijdens de gesprekken herkende men in de regel dit probleem. De huisarts bepaalde meestal welke zorg bij multimorbiditeit geboden moest worden. Sommige zorggroepen hadden wel afspraken gemaakt over welke zorgstandaard leidend was bij multimorbiditeit. Zij hadden bijvoorbeeld de afspraak dat bij een patiënt met diabetes en VRM, de diabetes zorgstandaard leidend is.

4.7

Kwaliteit en transparantie voldeden deels

Thema V	Kwaliteit en transparantie bestaat uit 6 normen:
5.1	De organisatie van de zorggroep is beschreven.
5.2	De zorggroep heeft een klachtenregeling conform de WKCZ.
5.3	De zorggroep heeft een regeling voor het melden van incidenten en calamiteiten.
5.4	De zorggroep voert periodiek een patiëntervaringsonderzoek uit.
5.5	De zorggroep heeft scholingsbeleid/beleid voor deskundigheidsbevordering en voert dit uit.
5.6	De zorggroep maakt de kwaliteit van zorg zichtbaar en gebruikt gegevens om kwaliteit van zorg te verbeteren.



Figuur 7: Score op de normen van thema V Kwaliteit en transparantie

Vrijwel alle zorggroepen hadden hun organisatievorm vastgelegd. Bij 85% (17 zorggroepen) van de zorggroepen was deze conform de norm beschreven, bij 10% (2 zorggroepen) deels conform de norm en bij één zorggroep (5%) niet.

35% (7 zorggroepen) had volgens de norm een klachtenregeling conform de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ). 30% (6 zorggroepen) had dit deels conform de norm geregeld. 35% (7 zorggroepen) had geen klachtenregeling. De afzonderlijke huisartsenpraktijken waren vaak wel aangesloten bij een regionale klachtencommissie. Deze was echter niet bedoeld voor klachten over de ketenzorg. In de gesprekken gaven veel zorggroepen aan dat zij zich niet zagen als een zorginstelling in de zin van de Kwaliteitswet. Dit was voor hun soms de reden om niet te voorzien in een klachtenregeling conform de WKCZ.

Aan het melden van incidenten en een klachtenregeling op ketenniveau was in veel zorggroepen geen invulling gegeven; wel werd daar op het niveau van de afzonderlijke huisartsenpraktijken aandacht aan besteed. Bij 85% (17 zorggroepen) ontbrak een regeling voor het melden van incidenten en calamiteiten. De overige drie zorggroepen (15%) beschikten over beleid voor incidenten en calamiteiten: één zorggroep (5%) had dit conform de norm en twee andere (10%) hadden dit deels conform de norm geregeld. Dit waren zorggroepen met huisartsenpraktijken die geaccrediteerd waren.

Er was bij zorggroepen onderling veel diversiteit in het gebruik van patiënt-ervaringsonderzoek. Driekwart van de zorggroepen voerde op een of andere manier periodiek een patiëntervaringsonderzoek uit. 30% van de zorggroepen (6 zorggroepen) deed dat conform de norm en 45% (9 groepen) deels conform de norm. 25% (5 zorggroepen) deed geen onderzoek naar patiëntervaringen. De opdrachtgever/uitvoerder van deze onderzoeken was vaak de zorgverzekeraar. Meestal werden de resultaten niet openbaar gemaakt. Bij een aantal zorggroepen was het onduidelijk wat met de resultaten werd gedaan.

Op één zorggroep (5%) na, had elke zorggroep (19 zorggroepen) scholingsbeleid geformuleerd en voerde dit uit. 45% (9 zorggroepen) voldeed daarbij aan de norm en 50% (10 zorggroepen) voldeed deels aan de norm. Opvallend was dat er veel scholing aangeboden werd, maar dat dit niet gekoppeld was aan beleid, bijvoorbeeld ter ondersteuning van zelfmanagement. Ook was er meestal geen overzicht van wie, welke, scholing had gevolgd. Scholing was vaak niet verplicht.

Op één zorggroep (5%) na, maakten alle zorggroepen op een of andere wijze de kwaliteit van zorg voor intern gebruik zichtbaar en zij gebruikten die gegevens om kwaliteit van zorg te verbeteren. 15% (3 zorggroepen) voldeed aan de norm, de overige 80% (16 zorggroepen) voldeed deels aan de norm. Het grootste deel van de zorggroepen verzamelde kwaliteitsdata en gebruikte deze op geaggregeerd niveau, maar maakte de uitkomsten niet openbaar. Een aantal zorggroepen beschikte over een kwaliteitscommissie, -team of -consulent, die jaarlijks of op indicatie huisartsenpraktijken bezocht, als gebleken was dat de resultaten van deze huisartsenpraktijken in negatieve zin afweken van het gemiddelde van alle aangesloten huisartsenpraktijken. Uit de gesprekken kwam naar voren dat zorggroepen weinig doorzettingsmacht gebruikten om praktijken waarvan de resultaten niet verbeterden of onder de maat bleven, sancties op te leggen.

5 Summary

In 2008, the Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS) began to develop a programmatic 'chain' approach to certain chronic conditions. Important features of this approach are integrated budgets and clear standards governing the nature and quality of care services. One such standard applies to the multidisciplinary care to be provided to patients with diabetes.

This report presents the results of the Health Care Inspectorate's investigation of twenty care groups (primary health care practices) with regard to their implementation of the diabetes standard. Those results reveal that the process has yet to be brought to a successful conclusion. Although some care groups have devoted due attention to the implementation process, the majority have not and have made limited progress to date. There are some aspects which are reasonably well organized: care providers have made clear agreements with their chain partners with regard to referrals and case transfers. Staff have been given training in how to support self-management on the part of patients. Quality is being monitored and the resultant information is properly recorded.

Nevertheless, the Inspectorate concludes that there is as yet insufficient focus on the patient himself or herself. Very few care groups have introduced multidisciplinary patient records or individual care plans. In practice, patients receive very little support in self-management. Problems were also noted in the use of the automated (chain) information systems, while budget management and funding of diabetes care do not always meet the minimum requirements established by the new standard. The Inspectorate believes that full compliance with the care standard will increase the quality of care and reduce the risk of adverse health events. Care groups must therefore devote greater attention and energy to the implementation of the standard. At the same time, they must comply with the terms and conditions of existing legislation, i.e. the *Kwaliteitswet zorginstellingen* [Health Care Institutions (Quality) Act].

Action must be taken to resolve the issues surrounding budget management and the use of computer systems. The government and the health care insurers are responsible for formulating a consistent policy governing the implementation of the care standard, and for ensuring that an effective integrated financing system is in place. At the local level, the Chain Care Advisory Group will be able to assist care groups in the implementation process.

In 2012, the Minister of Health is to announce a formal policy with regard to the implementation of all care standards. The Inspectorate will then review its enforcement strategy accordingly, determining the further action required. New policy notwithstanding, the Inspectorate takes the view that care groups are already subject to the provisions of the Health Care Institutions (Quality) Act, and intends to ensure that all meet its requirements in full no later than September 2013.

Bijlage 1 Overzicht zorggroepen

Hieronder staan in alfabetische volgorde de namen van de twintig zorggroepen die getoetst zijn door de inspectie.

- Coöperatie Huisartsen Epe-Oene, Epe
- Coöperatie Regionale Ondersteuning Huisartsen (ROH) Noord-West Utrecht, Woerden
- De Ondernemende Huisarts (DOH), Eindhoven
- Diabetescirkel Kop van Noord-Holland, Schagen
- Diabeteszorggroep (DZG), Zwijndrecht
- Eerstelijns Centrum Tiel (ECT), Tiel
- Eerstelijns Zorggroep Haaglanden (ELZHA), 's-Gravenhage
- HAGRO Amsterdam Oost–Watergraafsmeer, Amsterdam
- Huisartsencoöperatie De Baarsjes U.A., Amsterdam
- Huisartsencoöperatie Noorderzorg U.A., Amsterdam
- Huisartsenzorg Drenthe Medische Eerstelijns Ketenzorg (HZDM), Nijeveen
- Huisartsenzorg Regio Arnhem/Zorggroep Liemers BV, Arnhem
- Kennemer Coöperatief voor Effectieve Transmurale Zorg (KCOETZ), Velsersbroek
- Medische Zorggroep Zuid-Oost (MedZZo), Amsterdam
- Nucleus Chronische Zorg BV, Terneuzen
- Regionale Coöperatie Huisartsen (RCH) Midden-Brabant U.A., Tilburg
- Regiozorg Diabetes Midden Holland (RDMH) BV, Gouda
- Twentse Huisartsen Onderneming Oost Nederland (THOON), Hengelo
- Zorggroep de Bevelanden BV, Goes
- Zorggroep Regio Oosterhout & Omstreken (Zorroo), Oosterhout

Bijlage 2 Toetsingskader

Het toetsingskader bestaat uit 5 thema's: Multidisciplinair patiëntendossier, Individueel zorgplan, Aandacht voor preventie en zelfmanagement, Continuïteit van zorg en Kwaliteit en transparantie. Elk thema bevat een aantal normen. In totaal zijn er 19 normen.

De zorggroepen scoren voor elke norm op een driepuntschaal: 'voldoet aan norm', 'voldoet deels aan norm' en 'voldoet niet aan norm'.

Thema 1: Multidisciplinair patiëntendossier	Voldoet aan norm als:
1.1 Iedere diabetespatiënt heeft een volledig en actueel multidisciplinair patiëntendossier.	<i>In het multidisciplinair patiëntendossier staan alle relevante gegevens betreffende de gezondheid van de patiënt en de uitgevoerde verrichtingen; een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening (waaronder begrepen: afstemming en samenwerking) noodzakelijk is (KNMG, 2010).</i>
1.2 Het multidisciplinair patiëntendossier is toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners en voor de patiënt.	<i>Om de patiënt de optimale zorg te kunnen verlenen is het belangrijk dat alle zorgverleners kunnen beschikken over alle informatie, die van belang is voor de behandeling van de patiënt. In de zorggroep zijn afspraken gemaakt over de toegankelijkheid van gegevens op het geëigende moment voor alle betrokken zorgverleners (NDF, 2007). De actuele zorg- en behandelgegevens zijn voor de kernleden van het multidisciplinair team, de leden die op consultatieve basis participeren in het multidisciplinair team en voor de patiënt toegankelijk zodat er sprake is van een keteninformatiesysteem, bijv. via het EPD, een papieren dossier (bijv. diabetespas), of een USB stick.</i>
1.3 De privacy van de patiënt m.b.t. het multidisciplinair patiëntendossier is gewaarborgd.	<i>Binnen de zorggroep worden afspraken gemaakt over privacy en de overdracht van gegevens zoals geregeld in de Wet BIG, WBP en WGBO. Deze wettelijke kaders zijn het uitgangspunt van de afspraken binnen de keten. De behandelaar en andere bij de zorg betrokken hulpverleners hebben een geheimhoudingsplicht. Alleen gegevens noodzakelijk voor de behandeling van de patiënt mogen worden vastgelegd en ook uitsluitend gebruikt worden voor de behandeling. Het dossier is zo opgeborgen dat onbevoegden geen toegang hebben (NDF, 2007).</i>
Thema 2: Individueel zorgplan	Voldoet aan norm als:
2.1 Iedere patiënt heeft een individueel zorgplan.	<i>Iedere patiënt heeft een individueel zorgplan. Dit zorgplan is een onderdeel van het patiëntendossier. Soms wordt i.p.v. zorgplan ook gesproken van behandelplan of begeleidingsplan. In het zorgplan staan alle onderdelen die van belang zijn voor de behandeling van de patiënt. Het gaat hierbij om individuele doelstellingen, aanpak (welke behandeling en door wie), streefwaarden, educatie, therapietrouw en evaluatie. Het zorgplan wordt op maat gemaakt, aangepast aan kennisniveau, leeftijd en leefwijze van de patiënt. Ook de verantwoordelijkheden van de leden van de diabeteszorggroep en de patiënt worden vastgelegd (NDF, 2007).</i>
2.2 In het individueel zorgplan staan afspraken van alle bij de zorg betrokken zorgverleners.	<i>Het individuele zorgplan geeft de afspraken weer die tussen patiënt en zorgverleners zijn gemaakt over het zorgtraject dat wordt ingeslagen (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2009).</i>

Thema 3: Aandacht voor preventie en zelfmanagement	Voldoet aan norm als:
3.1 Iedere patiënt krijgt voorlichting en educatie (bewegen, voeding en dieet, stoppen met roken etc.) over preventieve activiteiten aangeboden.	<i>De informatie en educatie moeten begrijpelijk zijn en aansluiten bij de individuele vaardigheden van de patiënt om informatie tot zich te nemen. De informatie kan mondeling, schriftelijk (bv. folders) of digitaal beschikbaar gesteld worden. Ook patiëntenversies van richtlijnen of zorgstandaarden kunnen de patiënt faciliteren.</i> <i>Educatie is een deel van het zorgproces waarbij iemand voorzien wordt van kennis, inzicht en vaardigheden die nodig zijn voor zelfzorg (NDF, 2007).</i>
3.2 Het zelfmanagement van patiënt wordt ondersteund met respect voor de keuzes en mogelijkheden van de patiënt.	<i>De ondersteuning van het zelfmanagement is gericht op het vergroten van het vermogen van de patiënt om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties van de chronische aandoening en het aanpassen van de leefstijl. Zorgverleners stimuleren de patiënt de regie over ziekte/leven te houden. Nagegaan wordt welke doelen de patiënt wil bereiken en hierover worden afspraken gemaakt (bij voorkeur in het individueel zorgplan).</i> <i>Zelfcontrole kan een bijdrage leveren aan het zelfmanagement van de aandoening. Het biedt meer inzicht in de factoren die bloedglucosewaarden bepalen en kan zo leiden tot een adequate bloedglucoseregulatie. Zelfcontrole kan ook het gebruik van extra medicatie, of de overgang naar insuline uitstellen en complicaties voorkomen, uitstellen of verminderen (NDF, 2007).</i>
3.3 Zorgprofessionals zijn geschoold in het ondersteunen van het zelfmanagement van patiënten.	<i>Ondersteuning van zelfmanagement vraagt om specifieke inzet en competenties van de (centrale) zorgverlener. Die competenties betreffen ondermeer de overdracht van kennis en ervaring, het stimuleren en motiveren tot gedragsverandering, het accepteren van de eigen opvattingen van de patiënt en hem daarin te coachen (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2009). Scholing over ondersteuning bij zelfmanagement kan gaan over interventiemethodieken, zelfzorgmiddelen of gesprekstechnieken zoals: 'motivational interviewing' en 'shared decision making'.</i>
Thema 4: Continuïteit van zorg	Voldoet aan norm als:
4.1 Het multidisciplinair team voldoet aan de gestelde voorwaarden.	<i>Een multidisciplinair team dient tenminste aan onderstaande voorwaarden te voldoen:</i> <i>Samenstelling: het multidisciplinair team bestaat uit een kernteam en een team dat op consultatieve basis ingeschakeld kan worden.</i> <i>Randvoorwaarden: taken en verantwoordelijkheden zijn voor ieder teamlid beschreven (in een samenwerkingsconvenant of -contract). Taakherschikking tussen huisarts, poh'er en praktijkassistent is vastgelegd. Er zijn vaste afspraken over de communicatie bij verwijzing en de wijze van informatie overdracht (NDF, 2007).</i>
4.2 De zorggroep heeft afspraken gemaakt over de instroom (inclusie) en exclusie van patiënten in de zorggroep.	<i>Instroom: De zorggroep heeft afspraken over welke patiënten deel kunnen nemen aan de ketenzorg diabetes.</i> <i>Exclusie: De zorggroep heeft afspraken over welke patiënten niet deel kunnen nemen aan de ketenzorg diabetes.</i>
4.3 De zorggroep heeft afspraken over de doorverwijzing van patiënten naar de 2 ^e lijn.	<i>Diabeteszorggroepen zijn voornamelijk in de eerste lijn ingebed; de tweede lijn zal zich beperken tot patiënten met bijzondere problematiek en patiënten bij wie zich ondanks goede diabeteszorg toch complicaties ontwikkelen.</i> <i>Dit vraagt om duidelijke transmurale werkafspraken gebaseerd op landelijke afspraken over consultatie, verwijzing en terugverwijzing (NDF, 2007).</i>

	<i>Overdracht van taken en verantwoordelijkheden dient expliciet plaats te vinden. Dit is deels te ondervangen door een goede explicitering en planning van de overdrachtsmomenten en door een zekere standaardisatie van de wijze waarop de overdracht verloopt. Een goede overdracht is te beschouwen als een gedeelde verantwoordelijkheid tussen degene die de zorg overdraagt en degene die de zorg overneemt (KNMG, 2010).</i>
4.4 Vastgelegd is wie het vaste aanspreekpunt is voor de patiënt bij medische problemen, vragen, klachten en complicaties (centrale zorgverlener).	<i>De zorgverlener die als vast aanspreekpunt (centrale zorgverlener) voor de patiënt fungeert, speelt een centrale rol in de organisatie en coördinatie van de zorg. De centrale zorgverlener hoeft niet de hoofdbehandelaar te zijn. De taken en verantwoordelijkheden van de centrale zorgverlener zijn vastgelegd en dienen voor alle overige betrokken zorgverleners en de patiënt duidelijk te zijn. De taken bestaan vooral uit:</i> - <i>aanspreekpunt voor de patiënt en het multidisciplinair team;</i> - <i>participatie aan het multidisciplinair team;</i> - <i>het hebben van overzicht 'waar' in de keten de patiënt zich bevindt, het signaleren van afwijkingen in de procesgang en zo nodig bijsturen;</i> - <i>de patiënt efficiënt en effectief door het zorgproces loodsen;</i> - <i>het vastleggen van consultgegevens en de proces- en uitkomstmaten. (ZonMw. Vragenlijst Generieke ketenindicatoren. UMC Maastricht/UMC Nijmegen 2009).</i>
4.5 Bij patiënten met multimorbiditeit is de zorg integraal en er zijn afspraken gemaakt om fragmentatie van de zorg te voorkomen.	<i>Bij multimorbiditeit lijdt één individu aan twee (of meer) los van elkaar staande chronische aandoeningen. Beleid dient geformuleerd te worden over hoe om te gaan met diabetespatiënten met multimorbiditeit of wel complexe zorgvragen (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2009).</i>
Thema 5: Kwaliteit en transparantie	Voldoet aan norm als:
5.1 De organisatie van de zorggroep is beschreven.	<i>De organisatie van de zorggroep is beschreven met daarin tenminste:</i> - <i>de missie en visie;</i> - <i>de deelnemende partners van de zorggroep;</i> - <i>de diensten die de zorggroep levert;</i> - <i>het verzorgingsgebied;</i> - <i>de organisatiestructuur inclusief de intern toezichthoudende laag als de zorggroep valt onder de WTZi (IGZ, SGZ 2009, Den Haag 2009; IGZ, Toezichtkader bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid, IGZ, Utrecht april 2011).</i>
5.2 De zorggroep heeft een klachtenregeling conform de WKCZ.	<i>In de ketenzorg, waar verschillende organisaties of beroepsbeoefenaren betrokken zijn, is het voor de patiënt niet altijd duidelijk waar hij/zij terecht kan met een klacht. Als de klacht betrekking heeft op de diabeteszorg, of op de samenwerkingspartners van de keten, dan dient de klacht ingediend te worden bij de zorggroep. Zorggroepen dienen hiervoor zelf een klachtenregeling te hebben, want zij vallen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. De klachtenregeling moet voldoen aan de vereisten van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ). Dit betekent o.a.:</i> - <i>Klachten van patiënten over de zorg worden behandeld door een klachtencommissie met een voorzitter die niet werkzaam is bij de zorggroep.</i> - <i>De klachtencommissie werkt volgens een reglement.</i> - <i>De klachtencommissie stelt de klager, de beklaagde en de zorggroep schriftelijk en met reden omkleed in kennis haar oordeel over de gegrondheid van de klacht.</i>

5.3 De zorggroep heeft een regeling voor het melden van incidenten en calamiteiten.	<i>De zorggroep heeft de plicht om incidenten en calamiteiten te melden aan de inspectie (Kwaliteitswet zorginstellingen). Hiervoor dient de zorggroep beleid te ontwikkelen.</i>
5.4 De zorggroep voert periodiek een patiëntervaringsonderzoek uit.	<i>Het gebruikmaken van uitkomsten van zorg is gebaseerd op het feit dat feedback aan zorgprofessionals een stimulans zal zijn voor verbetering. Een van de uitkomstparameters is de waardering van de diabetes patiënt voor het zorgproces (NDF, 2007). De zorggroep kan meewerken aan een patiënt-ervaringsonderzoek van de NDF, of voert er zelf een onderzoek uit bijv. met de CQ-index.</i> <i>Met periodiek wordt bedoeld tenminste één keer per drie jaar.</i> <i>De uitkomsten van het patiëntervaringsonderzoek worden door de zorggroep openbaar gemaakt via de eigen of een algemene website.</i>
5.5 De zorggroep heeft een scholingsbeleid/beleid voor deskundigheidsbevorderingen en voert dit uit.	<i>Het scholingsbeleid/de deskundigheidsbevordering kan gaan over ziekte-specifieke onderwerpen (diabetes), generieke onderwerpen zoals zelf-management, leefstijlbeïnvloeding, zorggerelateerde preventie en organisatorische onderwerpen.</i> <i>Voor alle professionals binnen de diabetes zorggroep gelden eisen wat betreft de vakbekwaamheid, mede bijgehouden door bij- en nascholing. (NDF, 2007).</i>
5.6 De zorggroep maakt de kwaliteit van zorg zichtbaar en gebruikt gegevens om kwaliteit van zorg te verbeteren.	<i>De organisatie van de zorg en de uitkomsten van de zorg zijn transparant voor patiënt en naasten. Te denken valt aan:</i> - <i>Informatie over de organisatie van de zorg voor diabetes wordt getoond op de eigen website van de zorggroep.</i> - <i>De zorggroep registreert en levert gegevens (Minimale dataset (MDS) en/of indicatorenset Zizo aan een regionale of landelijke databank t.b.v. landelijke aggregatie.</i> - <i>De zorggroep gebruikt informatie uit de MDS en/of indicatorenset ZiZo om intern de kwaliteit van zorg te bewaken en te verbeteren (KIZ, Basisset kwaliteitscriteria, NPCF, Utrecht 2010).</i> <i>Iedere zorginstelling is verplicht een kwaliteitsjaarverslag op te stellen (Kwaliteitswet zorginstellingen).</i>

Bijlage 3 Literatuurlijst

- 1 Ketelaars C. Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht zorggroepen te sturen op kwaliteit. *De Eerstelijns* 2011, 18 (10):11.
- 2 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Struijs JN; De Jong-van Til JT; Lemmens LC (et al.). De organisatie van zorggroepen anno 2011. Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Bilthoven: RIVM; 2012.
- 3 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Struijs JN; De Jong-van Til JT; Lemmens LC (et al.). Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg. Effecten op zorgproces en kwaliteit van zorg. Bilthoven: RIVM; 2012.
- 4 Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Ontwikkeling zorgstandaarden, een tussenbalans februari 2012. Den Haag: ZonMW; 2012.
- 5 Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Monitoring integrale bekostiging zorg voor chronisch zieken. Tweede rapportage van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Den Haag: Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging; 2012.
- 6 Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Integrale bekostiging van zorg Werk in uitvoering. Eindrapport. Den Haag: Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging; 2012.
- 7 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025. Blokstra A, Verschuren WMM (red.). Bilthoven: RIVM; 2007.
- 8 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg. Ketenzorg chronisch zieken. Den Haag: IGZ; 2003.
- 9 Leatherman S; McCarthy D. Quality of healthcare for Medicare Beneficiaries: A Chartbook. New York: The Commonwealth Fund; 2005. Vol. 815.
- 10 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voorhangbrief keten-DBC's en huisartsenbekostiging. Den Haag: VWS; 13 juli 2009. CZ/EKZ/2934968.
- 11 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Programmatische aanpak van chronische ziekten. Den Haag: VWS; 13 juni 2008. PG/ZP 2.847.918.
- 12 Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Den Haag: ZonMW; februari 2010.
- 13 Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Standaard voor zorgstandaarden. Een tussentijds rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronisch zieken. Den Haag: ZonMw Programma Diseasemanagement Chronische Ziekten; 2009.
- 14 Nederlandse Diabetesfederatie. NDF Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort: NDF; 2007.
- 15 Nederlandse Mededingingsautoriteit. Uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg. Verruiming grenzen en soorten ketens. Den Haag: NMa; 2010.
- 16 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deelrapport I Risicoanalyse Ketenzorg Chronisch Ziekten. 's-Hertogenbosch: IGZ; 2010.
- 17 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht: KNMG; 2010.
- 18 Kastelein WR; Legemate J (red.) Kwaliteitswet zorginstellingen. In: Gezondheidsrecht. Den Haag: SDU; 2011.
- 19 Kastelein WR; Legemate J (red.) Wet klachtrecht cliënten zorgsector. In: Gezondheidsrecht. Den Haag: SDU; 2011.
- 20 Nederlands Huisartsengenootschap. NHG-standaard Diabetes Mellitus type 2. Utrecht: NHG; 2006.

Bijlage 4

Lijst met gebruikte afkortingen

COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DBC	Diagnose behandelingscombinatie
HAP	Huisartsenpost
HIS	Huisartseninformatiesysteem
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KIS	Keteninformatiesysteem
KIZ	Kwaliteit in Zicht
KWZi	Kwaliteitswet zorginstellingen
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVG	Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn
NAD	Nationaal Actieprogramma Diabetes
NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
P-regel	Plan voor behandeling, verwijzing, voorschrift, laboratorium-aanvraag (zie ook SOEP)
Poh'er	Praktijkondersteuner huisarts
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
SOEP	Registratiesystematiek voor het medisch journaal
TNO	Nederlandse Organisatie voor Toegepast natuurwetenschappelijk Onderzoek
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland
Vilans	Kenniscentrum voor professionals en organisaties die langdurende zorg bieden
VRM	Vasculair Risico Management
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
ZiZo	Zichtbare Zorg