



**IQ** Scientific Institute for  
Quality of Healthcare

Radboud University Nijmegen Medical Centre

## Publieke indicatoren voor de Chronische zorg

*Hilly Calsbeek  
Mirjam Harmsen  
Jozé Braspenning*

*Nijmegen, mei 2011*

## INHOUD

### *BEKNOPT OVERZICHT PRODUCTEN*

A	Set Zichtbare Zorg Chronische Zorg - Zorginhoudelijke indicatoren – Diabeteszorg	5
B	Conceptset Zichtbare Zorg Chronische Zorg – Organisatorische indicatoren	6
C	Ontwikkelagenda	7

### *BESCHRIJVING UITVOERING*

1	Inleiding	9
2	Methode	10
3	Resultaten	10
3.1	Zorginhoudelijke indicatoren	10
3.2	Indicatoren voor de organisatie van chronische zorg	13
4	Conclusie	16
5	Referenties	17

### *BIJLAGEN*

Bijlage I:		19
Volledige set met toelichting ZiZo CZ - Zorginhoudelijke indicatoren – Diabeteszorg		
Bijlage II:		38
Volledige conceptset met toelichting ZiZo CZ – Organisatorische indicatoren		
Bijlage III:		48
Leden projectgroep en stuurgroep Zichtbare Zorg Chronische Zorg		



## **A. SET ZICHTBARE ZORG CHRONISCHE ZORG - ZORGINHOUDELIJKE INDICATOREN – DIABETESZORG**

### *Status:*

Deze set is vastgesteld door de Stuurgroep van Zichtbare Zorg Chronische Zorg. De set is eveneens geaccordeerd door het NDF bestuur en dezelfde indicatoren maken onderdeel uit van de set publieke indicatoren voor de huisartsenzorg (Zichtbare Zorg Huisartsenzorg). De generieke indicatoren (leefstijl, monitoring) staan achteraan en kunnen ook worden ingezet voor andere doelgroepen. Nadere specificatie van de indicatoren met toelichting is opgenomen in Bijlage I.

### *Doelgroep:*

Alle patiënten die in 2010 stonden ingeschreven bij de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken), waarvan bekend is dat zij lijden aan diabetes mellitus en waarvan de zorggroep (lees: huisarts) de hoofdbehandelaar is.

- 
- Indicator 1: % diabetespatiënten bij wie jaarlijks het HbA1c is gemeten
  - Indicator 2: % diabetespatiënten met HbA1c onder de 53 mmol/mol of 7%
  - Indicator 3: % diabetespatiënten met HbA1c boven de 69 mmol/mol of 8,5%
  - Indicator 4: % diabetespatiënten bij wie de bloeddruk is bepaald
  - Indicator 5: % diabetespatiënten met een systolische bloeddruk lager dan 140 mmHg
  - Indicator 6: % diabetespatiënten bij wie een lipidenprofiel is bepaald
  - Indicator 7: % diabetespatiënten met een LDL-cholesterolwaarde onder de 2,5 mmol/l
  - Indicator 8: % diabetespatiënten bij wie een creatinineklaring is berekend of bepaald
  - Indicator 9: % diabetespatiënten met urineonderzoek (portie) op albumine of albumine/creatinine ratio
  - Indicator 10: % diabetespatiënten met een fundusonderzoek in de afgelopen 24 maanden
  - Indicator 11: % diabetespatiënten met diabetische retinopathie
  - Indicator 12: % diabetespatiënten met een voetonderzoek
  - Indicator 13: % diabetespatiënten waarvan het rookgedrag bekend is
  - Indicator 14: % rokende diabetespatiënten met een stoppen-met roken advies
  - Indicator 15: % diabetespatiënten dat rookt
  - Indicator 16: % diabetespatiënten bij wie de Body Mass Index berekend (bekend) is
  - Indicator 17: % diabetespatiënten bij wie de Body Mass Index lager is dan 25 kg/m<sup>2</sup>
  - Indicator 18: % diabetespatiënten waarvoor de relevante zorginhoudelijke gegevens beschikbaar zijn
-

## B. CONCEPTSET ZICHTBARE ZORG CHRONISCHE ZORG –ORGANISATORISCHE INDICATOREN

### *Status:*

Deze set is niet aangeboden aan de Stuurgroep van Zichtbare Zorg Chronische zorg. In de projectgroep van Zichtbare Zorg Chronische zorg is geen unaniem positief advies verkregen over de toepassing van deze set voor de uitvraag van 2010. De doorontwikkeling van de organisatorische indicatoren voor chronische zorg wordt daarmee op de ontwikkelagenda geplaatst. Nadere specificatie van de indicatoren met toelichting is opgenomen in Bijlage II.

### *Doelgroep*

Alle patiënten die in 2010 stonden ingeschreven bij de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken, ook in gezondheidscentra), en waarvan bekend is dat zij lijden aan diabetes mellitus met een hoofdbehandelaar in de zorggroep (lees: huisarts). De indicatoren zijn zodanig geformuleerd, dat deze van toepassing kunnen zijn voor alle patiënten met een chronische aandoening uit de zorggroep.

### *Organisatorische eenheid binnen een zorggroep*

Voor de organisatorische indicatoren is het de bedoeling om de organisatie van de zorggroep in kaart te brengen. Soms bestaat een zorggroep uit meerdere kleinere “zorggroepen”. Meestal is de organisatorische eenheid een huisartsenpraktijk (of een gezondheidscentrum), soms een andere contractant.

---

Indicator 1: Mate waarin gewerkt wordt met een individueel zorgplan

Indicator 2: Mate waarin het individuele zorgplan aan inhoudelijke kwaliteitseisen voldoet

Indicator 3: Aantal patiënten met een zorgverlener in de zorggroep die fungeert als vast aanspreekpunt voor de patiënt

Indicator 4: Mate waarin het vaste aanspreekpunt (zorgverlener) voldoet aan kwaliteitseisen wat betreft taken en verantwoordelijkheden

Indicator 5: Mate waarin gewerkt wordt met een kwaliteitssysteem op basis van zorginhoudelijke indicatoren

Indicator 6: Mate waarin gewerkt wordt met een kwaliteitssysteem op basis van patiëntervaringen

Indicator 7: Mate waarin binnen de zorggroep de toegang tot het multidisciplinair zorgdossier is geregeld met de betrokken zorgverleners uit de zorggroep

Indicator 8: Mate waarin binnen de zorggroep de toegang voor patiënten uit de zorggroep tot het multidisciplinair zorgdossier is geregeld

Indicator 9: Mate waarin binnen de zorggroep zelfmanagement ondersteuning aan patiënten wordt aangeboden

---

## C. ONTWIKKELAGENDA

Op de ontwikkelagenda staan de zorginhoudelijke indicatoren voor COPD en het cardiovasculair management. Gedurende de looptijd van de opdracht aan IQ healthcare is de werkgroep van de Longalliantie Nederland (LAN) niet tot een afronding van de set gekomen en heeft het Platform Vitale Vaten nog geen werkgroep ingericht voor de ontwikkeling van een set van indicatoren.

Ook op de ontwikkelagenda staan de organisatorische indicatoren; een conceptset is gereed maar de discussie over de definities is niet afgerond. Het idee is om deze definities eerst verder aan de praktijk te toetsen en pas daarna indicatoren af te leiden. Hierbij kan aansluiting gezocht worden bij het landelijke initiatief vanuit de zorgstandaarden om een aantal gezamenlijke onderwerpen nader te definiëren, zoals het zorgplan en het vaste aanspreekpunt.

De opdracht was beperkt tot de eerstelijnszorg en de integrale bekostigingsstructuur van zorggroepen. Dit betekent, dat indicatoren op het gebied van medicatie(veiligheid) en verwijzingen buiten beschouwing zijn gebleven als ook indicatoren die de ketenzorg buiten de eerste lijn betreffen. Indicatoren over deze onderwerpen horen thuis in een beschrijving van de kwaliteit van de chronische ketenzorg.

Samengevat staan de volgende onderwerpen op de ontwikkelagenda van Zichtbare Zorg Chronische Zorg:

1. (Door)ontwikkeling van zorginhoudelijke indicatoren voor COPD-zorg en cardiovasculair risicomangement;
2. Doorontwikkeling van conceptset Zichtbare Zorg Chronische Zorg – Organisatorische indicatoren;
3. Ontwikkelen van indicatoren over:
  - a. Medicatieveiligheid
  - b. Verwijzingen
  - c. Ketenzorg buiten de eerste lijn.



## 1. INLEIDING

Openbaarheid van informatie over de kwaliteit van de zorgverlening speelt in het nieuwe zorgstelsel een centrale rol. Transparantie in de zorg betekent dat bekend moet zijn wie waar welke zorg levert en hoe het staat met de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg (de prestaties). Verschillende belanghebbende partijen (*stakeholders*) hebben behoefte aan deze informatie vanuit verschillende doelstellingen [1]. De belanghebbende partijen zijn de zorgverleners, de patiënten, de zorgverzekeraars, de toezichthouders (Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) en Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

In 2007 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in opdracht van VWS het programma Zichtbare Zorg opgericht. Zichtbare Zorg ondersteunt de transparantie in de zorg door stuurgroepen in te stellen, die voor bepaalde sectoren in de zorg (ziekenhuizen, verpleging en verzorging, paramedici, thuiszorg) basissets van indicatoren ontwikkelen, waarin de verschillende perspectieven van de *stakeholders* zijn vertegenwoordigd ([www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)). De samenstelling van deze sets komt in consensus met alle betrokkenen tot stand en heeft als doel om openbare gegevens beschikbaar te stellen voor de diverse eindgebruikers. Deze activiteit is ingegeven, omdat er steeds meer verschillende indicatorensets werden ontwikkeld. Door hierop regie te voeren wordt gepoogd om de beroepsgroepen eenmalig gegevens te laten verzamelen ten behoeve van de transparantie in de zorg, zodat de administratieve last van de professionals in de zorg niet onnodig hoger wordt.

Naast de stuurgroepen per sector heeft Zichtbare Zorg voor de Chronische zorg een aparte stuurgroep ingericht. Deze stuurgroep besluit over de uiteindelijke publieke indicatorenset op advies van een projectgroep (PG). In de stuurgroep en de projectgroep zijn vertegenwoordigers van relevante koepelorganisaties uit de zorg betrokken (zie Bijlage III). Het inhoudelijk kader voor de totstandkoming van de set publieke kwaliteitsindicatoren wordt gevormd door drie Zorgstandaarden, te weten de NDF Zorgstandaard Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2, de Zorgstandaard COPD en de Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement [2,3,4]. Deze Zorgstandaarden geven richtlijnen voor het optimale zorgproces. De organisaties die deze Zorgstandaarden hebben ontwikkeld de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), de LongAlliantie Nederland (LAN) en het Platform Vitale Vaten vormen werkgroepen, waarin zij in aansluiting op de Zorgstandaarden kwaliteitsparameters of kwaliteitsindicatoren selecteren c.q. ontwikkelen. Bij aanvang van de opdracht verschilde het stadium van deze activiteit per ingestelde / in te stellen werkgroep. Ook de doelstellingen van de werkgroepen verschillen. Sommige richten zich vooral op indicatoren voor het interne kwaliteitsbeleid, dat wil zeggen kwaliteitsbeleid van de professionals in de zorg; andere zijn (ook) aan de slag gegaan met het selecteren / ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren voor extern gebruik, dat wil zeggen dat de informatie publiek bekend wordt; naast de professionals kunnen patiënten/consumenten, zorgverzekeraars, toezichthouders en VWS gebruik maken van deze informatie. Aan NDF, LAN en Platform Vitale Vaten is door Zichtbare Zorg Chronische zorg gevraagd om een set van indicatoren te selecteren / ontwikkelen voor publiek gebruik.

Bij het voorbereiden van de indicatorensets in de diverse werkgroepen kon goed gebruik gemaakt worden van de indicatoren over deze specifieke aandoeningen die op sectorniveau (vooral huisartsen, ziekenhuizen, apothekers) al zijn ontwikkeld [5,6,7]. Daarnaast heeft

Zichtbare zorg in 2009 in aanloop naar de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor publiek gebruik een Minimale Dataset (MDS) laten ontwikkelen [8]. Deze MDS vormt een goed uitgangspunt voor het beschrijven van een registratiegids, die behoort bij de uiteindelijk door de Stuurgroep vastgestelde set van kwaliteitsindicatoren.

*Het doel* van de opdracht is het ontwikkelen van een set van kwaliteitsindicatoren voor chronische zorg, op basis van de NDF Zorgstandaard Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2, de Zorgstandaard COPD en de Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement, die geschikt is voor publiek gebruik. Om tot deze set te komen wordt aansluiting gezocht bij de werkgroepen van de drie genoemde Zorgstandaarden. Naast het ontwikkelen van indicatorensets is ook studie verricht naar de wenselijkheid om de zogenaamde *levels of evidence* van de aanbevelingen die aan de indicatoren ten grondslag liggen te beschrijven als ook naar de noodzaak van *casemix* correctie. De kwaliteitsindicatoren hebben betrekking op zorginhoudelijke aspecten, zowel aandoeningspecifiek als generiek en op generieke organisatorische aspecten. Cliëntervaringen staan niet centraal in dit project.

## **2. METHODE**

Bij het verkrijgen van de opdracht is aan IQ healthcare gevraagd om voor het ontwikkelen van de set van indicatoren de rol van secretaris van de projectgroep Chronische zorg op zich nemen alsmede de rol van secretaris/inhoudelijk begeleider van de drie aandoeningspecifieke werkgroepen; en om daarnaast de liaisonfunctie te vervullen tussen de werkgroepen onderling en tussen de werkgroepen en de PG. IQ healthcare heeft aangegeven, dat als de geselecteerde indicatoren daartoe aanleiding geven er een praktijktest wordt begeleid en een literatuursearch wordt verricht ter onderbouwing van het kwaliteitsaspect van de geselecteerde indicator.

De activiteiten zijn gestart met gesprekken met de voorzitter van de projectgroep van Zichtbare Zorg Chronische zorg en de afgevaardigden van NDF, LAN en Platform Vitale Vaten. Vanuit gesprekken is een nadere uitwerking van het project voorgesteld, die ter discussie is gebracht in de projectgroep van Zichtbare Zorg Chronische zorg en ter accordering is aangeboden aan de stuurgroep. Ook tussentijds hebben meerdere gesprekken plaatsgevonden tussen de voorzitter van de projectgroep van Zichtbare Zorg Chronische zorg, de afgevaardigden van NDF, LAN, Platform Vitale Vaten en IQ healthcare. De methode heeft vanuit deze gesprekken en de daaruit voortvloeiende beslissingen in de PG vorm gekregen. We beschrijven daarom bij de resultaten ook de feitelijk gevolgde methodiek, omdat deze al doende invulling heeft gekregen en als zodanig een resultaat is.

## **3. RESULTATEN**

### **3.1 Zorginhoudelijk indicatoren**

De zorginhoudelijke indicatoren zijn afgeleid van de NDF Zorgstandaard Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2, de Zorgstandaard COPD en de Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement. Een aantal indicatoren komen in meer dan één Zorgstandaard voor; als dit het geval is dan is afgesproken om dezelfde formulering te gebruiken voor alle drie de Zorgstandaarden. De indicatoren die in meer dan één

Zorgstandaard voorkomen kunnen de generieke indicatoren genoemd worden en de andere zijn de aandoeningsspecifieke indicatoren. Op basis van de beschikbare Zorgstandaarden, de verrichte werkzaamheden in de werkgroepen, de indicatoren van Zichtbare Zorg Huisartsenzorg en Ziekenhuizen en de indicatoren van Zorgverzekeraars Nederland is een eerste concept gemaakt van mogelijke (onderwerpen voor) zorginhoudelijke publieke indicatoren [2-9]. Deze conceptset zorginhoudelijke indicatoren Chronische zorg<sup>1</sup> is besproken in de PG alsmede een blauwdruk voor de beschrijving van de indicatoren. Duidelijk is geworden dat voor het draagvlak bestuurlijk akkoord nodig was van respectievelijk NDF, LAN en Platform Vitale Vaten.

#### *Diabeteszorg*

NDF heeft overeenstemming bereikt in haar werkgroep over een set van zorginhoudelijke indicatoren in een tijdsbestek dat de indicatoren bruikbaar zijn voor de uitvraag van 2010. In de NDF werkgroep waren de verschillende partijen vertegenwoordigd, namelijk patiënten (DVN), zorgverzekeraars (ZN), huisartsen (NHG), internisten (NIV), diëtisten (NVD), podotherapeuten (NVvP) en oogartsen (NOG). IQ healthcare heeft een werkgroepbijeenkomst bijgewoond om de afstemming met de andere werkgroepen en de bestaande sets te optimaliseren. NDF heeft ervoor gekozen om bij de beschrijving van de indicatoren gebruik te maken van de blauwdruk die door IQ healthcare was aangereikt en in de PG was vastgesteld. IQ healthcare heeft NDF ondersteund bij het invullen van deze blauwdruk. Na vaststelling door het bestuur van de NDF werd de set van indicatoren ingebracht in de projectgroep van Zichtbare Zorg Chronische Zorg waarna de set ter vaststelling is aangeboden aan de Stuurgroep van Zichtbare Zorg Chronische Zorg. De volledige set staat beschreven in Bijlage I.

#### *COPD-zorg*

Voor de ontwikkeling van publieke indicatoren voor de kwaliteit van COPD-zorg gold eenzelfde traject: voorbereiding door een werkgroep van de LAN op basis van de Zorgstandaard COPD, vaststelling door het bestuur van de LAN, inbrengen van de set in de projectgroep van Zichtbare Zorg Chronische Zorg waarna de set ter vaststelling aangeboden kon worden in de Stuurgroep van Zichtbare Zorg Chronische Zorg. In de werkgroep van de LAN waren de volgende partijen vertegenwoordigd: patiënten (Astma Fonds Longpatiëntenvereniging), longartsen (NVALT), verpleegkundigen (V&VN Longverpleegkundigen), huisartsen (NHG), fysiotherapeuten (KNGF), apothekers (KNMP), en medisch diagnostische centra (SAN). Deze werkgroep heeft een conceptset voorbereid en bij het LAN bestuur aangeboden; het bestuur heeft haar leden geraadpleegd en zal op basis daarvan een besluit nemen. IQ healthcare heeft op basis van de conceptset een voorstel gedaan voor een aantal publieke indicatoren. Dit voorstel is niet door het LAN bestuur aangeboden aan haar leden. Het bestuurlijk traject wordt vermoedelijk in de zomer van 2011 afgerond. In de PG Chronische zorg is uitgesproken dat deze set niet meer meegenomen kan worden voor de uitvraag van 2010. De publieke indicatoren voor COPD zijn op de ontwikkelagenda gezet, maar verkeren in een afrondende fase wat betreft de LAN werkgroep.

---

<sup>1</sup> Wanneer in dit rapport gesproken wordt over chronische zorg, wordt bedoeld zorg voor volwassen mensen (>18 jaar) met diabetes mellitus, COPD en mensen bekend met hart- en/of vaatziekten of een combinatie van deze aandoeningen, onder zorg van een zorggroep.

### *Cardiovasculair risicomanagement*

Voor de ontwikkeling van publieke indicatoren voor de kwaliteit van cardiovasculair risicomanagement hadden we een vergelijkbaar traject in gedachte, maar Platform Vitale Vaten had nog geen werkgroep ingesteld. Het was de bedoeling, dat IQ healthcare deze werkgroep zou ondersteunen. Met het Platform Vitale Vaten is veel discussie gevoerd over het beperken van de indicatoren tot de eerste lijn voor de uitvraag van 2010. Gedurende de looptijd van het project is er geen werkgroep ingericht. Het ontwikkelen van deze set van publieke indicatoren staat dan ook op de ontwikkelagenda.

### *Levels of evidence*

IQ healthcare heeft een notitie voorbereid voor de PG op basis waarvan gesproken is over het toekennen van 'levels of evidence' aan de aanbevelingen waarop de zorginhoudelijke indicatoren zijn gebaseerd. De PG heeft besloten, dat een dergelijke toekenning niet noodzakelijk is, omdat de indicatoren worden afgeleid van de Zorgstandaarden.

### *Casemix stabiliteit*

IQ healthcare heeft voor de set zorginhoudelijke indicatoren diabeteszorg van Zichtbare Zorg Chronische zorg een literatuurstudie gedaan naar factoren die de indicatorscores kunnen beïnvloeden. Box 1 geeft een rapportage van deze studie. In de PG is besloten om voorlopig nog niet aan casemix correctie te doen, omdat de correctie nog veel vragen oproept.

#### Box 1: Casemix factoren

In totaal 41 artikelen zijn bestudeerd, waarin 66 verschillende *casemix* variabelen zijn genoemd met betrekking tot kwaliteitsindicatoren voor diabeteszorg. Tabel 1 geeft een overzicht van de genoemde variabelen en hoe vaak deze zijn gebruikt. We hebben een indeling gemaakt naar sociodemografische variabelen en variabelen die te maken hebben met de ernst van de aandoening en de algemene gezondheid. Ook werden in de artikelen variabelen beschreven die te maken hadden met de organisatie van de zorg. Deze laatste categorie van variabelen zijn echter geen *casemix* variabelen. We willen immers juist de kwaliteit van de diabeteszorg relateren aan bepaalde professionele - of organisatiekenmerken, zodat we de zorg kunnen verbeteren.

Tabel 1: Beschreven *casemix* variabelen voor diabetesindicatoren (n=41 artikelen)

Soort	Frequentie
<i>Sociodemografisch</i>	
Leeftijd	26
Geslacht	26
Etniciteit	18
Deprivatie	13
Educatie	6
Inkomen	6
Burgerlijke status	4
Sociaal economische status (SES)	3
<i>Overig</i>	3
<i>Gezondheid en aandoening gerelateerd</i>	
Comorbiditeitsindex	14
Insuline gebruik / monitoring bloedglucose	6
Gezondheidsconsumptie	5
Duur diabetes	5
BMI	4
Geestelijke gezondheid	2
Algemene gezondheid	2

De variabelen die het vaakst worden genoemd zijn leeftijd, geslacht en etniciteit. Van deze

variabelen zijn ook relatief eenvoudig de gegevens beschikbaar. Belangrijke andere variabelen hebben te maken met comorbiditeit en de ernst van de aandoening. Gegevens over deze variabelen zijn vaak minder beschikbaar in routinematige verzamelde databases. Over de mate waarin de sociodemografische variabelen gerelateerd zijn aan de variabelen over de ernst van de aandoening en aanwezige comorbiditeit is weinig bekend.

De artikelen laten zien dat, de **prevalentie** van diabetes mellitus wordt beïnvloed door etniciteit (in Nederland: Hindoestanen), sociaal economische status, gewicht (BMI) en leeftijd. De **uitkomstindicatoren** met betrekking tot diabeteszorg worden beïnvloed door ernstige comorbiditeit. Verschillende studies hebben aangetoond dat correctie voor de *casemix* variabelen de ranking van praktijken (onderlinge vergelijking in kwaliteit) verandert, hoewel dit effect niet altijd even klinisch relevant lijkt. Nader onderzoek moet hier meer duidelijkheid over geven.

De validiteit van correctie voor *casemix* variabelen ter vergelijking van de kwaliteit van zorg gemeten met **procesindicatoren**, is minder helder. Uit onderzoek blijkt dat de kwaliteit van zorg voor enkele indicatoren (o.a. jaarlijks verrichten van voetonderzoek) significant lager is voor etnische minderheden. Correctie voor deze variabele leidt er toe dat de lagere kwaliteit van zorg wordt gemaskeerd. Een dergelijke maskering kan eveneens optreden voor verschillende kwaliteitsmaten bij vrouwen en mensen met een laag inkomen. Voor deze variabelen lijkt dan ook niet gecorrigeerd te moeten worden. Anderzijds is bekend dat variabelen als de duur van diabetes mellitus en comorbiditeit de kwaliteit van zorg (i.e. het naleven van richtlijnen) aanzienlijk kan beïnvloeden. Het tegelijkertijd hebben van comorbide condities, dan wel een hoge ziektelast, kan er bijvoorbeeld toe leiden dat de behandelaar kiest voor andere dan 1<sup>e</sup> keuze medicatie. Derhalve kan correctie voor dergelijke reflecties van 'ziektelast' wel nodig zijn. Tegelijkertijd zijn er studies verschenen die stellen dat *casemix* variabelen er veel minder toe doen bij procesindicatoren dan bij uitkomstindicatoren en dat *casemix* correctie derhalve niet noodzakelijk is.

### Conclusie

Concluderend kan gesteld worden dat door de grote variabiliteit in de bevindingen in de medische literatuur, en de specifieke kenmerken en problematiek rondom individuele indicatoren, uniforme richtlijnen met betrekking tot *casemix* correctie nog niet te geven zijn. Grofweg kan gesteld worden, bij de huidige stand van zaken in de medische literatuur, dat correctie voor bepaalde *casemix* variabelen relevant lijkt voor **uitkomstindicatoren**, maar dat voorzichtigheid geboden is bij correctie van **procesindicatoren**. Aanbevolen wordt om per indicator grondig onderzoek te doen naar mogelijk verstorende variabelen en om, totdat hier volledige helderheid over bestaat, data gestratificeerd te presenteren en beoordelen.

## 3.2 Indicatoren voor de organisatie van chronische zorg

Vanuit de projectgroep van Zichtbare Zorg Chronische Zorg is aan IQ healthcare het verzoek gedaan om aandoeningoverstijgend indicatoren voor de organisatie van chronische zorg te ontwikkelen. Op basis van gesprekken met de NDF, LAN, Platform Vitale Vaten en de PG is besloten om het platform van de PG te benutten voor de selectie van de set organisatorische indicatoren voor de chronische zorg.

### Bronnen

Door IQ healthcare zijn eerst alle potentiële indicatoren op een rij gezet en ingedeeld naar vooraf (door de PG) vastgestelde zes domeinen: follow-up/monitoring, dossiervoering, patiëntgerichtheid (informatievoorziening, (zelf)management, patiëntervaringen), samenwerking tussen professionals, zorgcoördinatie/continuïteit van zorg en ketenzorg. De volgende bronnen zijn geraadpleegd: de zorgstandaarden van NDF, LAN en Platform Vitale vaten, ZiZo Huisartsenzorg, VIA, ZN (DM, COPD, CVR), NPCF, Coördinatieplatform Zorgstandaarden, IQ Voorhoedeproject (zorgmanagement, diabetes, COPD, cardiovasculair risicomangement) en het document GeneriekeKetenindicatoren [10].

### *Methode van selectie*

Ten behoeve van de selectie van indicatoren zijn vijf stappen gevolgd.

#### Stap 1: Consensustool

Indicatoren met inhoudelijke overlap werden eerst gegroepeerd zodat ze in één keer op bruikbaarheid voor publieke transparantie beoordeeld konden worden. Voor de beoordeling is gebruik gemaakt van de IQ Consensustool. Dit is een instrument aan de hand waarvan panelleden afzonderlijke indicatoren kunnen beoordelen. De indicatoren zijn met behulp van deze consensustool voorgelegd aan een panel van representanten van zorggroepen rondom diabetes, COPD en HVZ, werkgroepen van de LAN en NDF (participatie van het Platform Vitale Vaten was in dit stadium nog onzeker). In totaal bestond het panel uit 49 personen.

Het panel kreeg twee opdrachten, te weten: (1) In welke mate is deze indicator bruikbaar voor transparantie voor derden (patiënt/consument, zorgverzekeraar, inspectie)? Per indicator kon een score van (slecht bruikbaar) tot en met 9 (uitstekend bruikbaar) gegeven worden; (2) Welke drie indicatoren vindt u het meest geschikt? Deze vraag werd per domein gesteld zodat voor alle zes domeinen een top-3 werd verkregen.

In deze fase is niet beoordeeld op meetbaarheid en verbeterbaarheid. Ook was het in deze fase niet de bedoeling om een indicator te laten afvallen op basis van een onduidelijke definitie omdat veel indicatoren een nadere definitie behoefden. Bij een positieve beoordeling van het panel zou een dergelijke verfijning in een later stadium ter hand worden genomen, zoals uitwerking naar onderliggende items, eenduidige terminologie (bijvoorbeeld ten aanzien van het patiëntendossier of zorgcoördinator), noemers (zorgketen/zorggroep/regio) en periode. Bij de beoordeling in dit stadium lag de nadruk op het onderwerp.

In de analyse is beoordeling op de 9-puntsschaal gecombineerd met de top-3 selectie. In beide gevallen kon een indicator ingedeeld worden in 'selectie', 'discussie' of 'geen selectie'. Beoordeling op basis van de 9-puntsschaal: een indicator kwam in aanmerking voor selectie als tenminste 70% van de scores in het hoogste tertiel zou vallen (een score van 7, 8 of 9). Discussie over een indicator gold wanneer tenminste 30% van de scores in het laagste tertiel (score 1, 2 of 3) *en* tenminste 30% van de scores in het hoogste tertiel zou vallen (*disagreement*). In de andere gevallen kwam de indicator niet voor selectie in aanmerking. Deze berekening is afgeleid van Campbell et al. [11] en heeft betrekking op de mate van inhoudsvaliditeit van een indicator.

Beoordeling op basis van de top-3: de top-3 indicatoren kregen alle 1 punt. Vervolgens is een rangorde gemaakt. Bij een percentage van 30% of hoger (dus door tenminste 30% van de panelleden gekozen in de top-3), *en* een mediaan van 8 of 9 (score 9-puntsschaal) kwam de indicator voor selectie in aanmerking. Discussie gold die indicatoren met een top-3 percentage van 1-30% *en* een mediaan van 8 of 9. Of: een percentage van 30% of hoger *en* een mediaan van lager dan 8. Overige indicatoren kregen het predicaat 'geen selectie'.

Vervolgens zijn de uitkomsten van de beoordeling op de 9-puntsschaal en de voorkeur in de top-3 als volgt gecombineerd: selectie 9-puntsschaal *en* selectie top-3=selectie; geen selectie 9-puntsschaal *en* discussie top-3 (of vice versa)=geen selectie; rest=discussie.

#### Stap 2: Tweede raadpleging panel

De indicatoren die voor selectie in aanmerking kwamen alsmede de indicatoren aangemerkt als 'discussie' zijn opnieuw voorgelegd aan het panel met de vraag argumenten voor of tegen selectie van de betreffende indicator te geven.

### Stap 3: Bespreking in projectgroep van Zichtbare Zorg Chronische Zorg (PG)

De indicatoren uit stap 2 zijn met de argumenten van het panel teruggekoppeld en besproken in de PG. Door de PG is vervolgens een besluit genomen over welke indicatoren voor nadere uitwerking in aanmerking kwamen.

### Stap 4: Uitwerking geselecteerde indicatoren

Ten behoeve van de uitwerking (omschrijving, definiëring, operationalisering, meetbaarheid) van de geselecteerde indicatoren zijn (telefonische) interviews gehouden met vier zorggroepen (drie zorgmanagers en een huisarts). In deze interviews zijn de betreffende indicatoren doorgesproken.

### Stap 5: Vaststelling van de set

Bij positief advies van de PG set ter accordering voorgelegd aan SG

#### *Totstandkoming conceptset*

In totaal zijn 76 indicatoren in de consensustool aangeboden. Deze indicatoren waren als volgt verdeeld over de domeinen: Follow-up/ monitoring (9), dossiervoering (19), patiëntgerichtheid (informatievoorziening, zelfmanagement, patiëntervaringen) (21), samenwerking tussen professionals (12), coördinatie/continuïteit (7), ketenzorg (8). De lijst inclusief bronvermelding is opvraagbaar bij IQ healthcare.

Van het panel hebben in totaal 21 personen gerepondeerd (43%). Hiervan hebben 18 personen de *consensustool* cijfermatig ingevuld. Alle *stakeholders* bleken vertegenwoordigd met tenminste 2 personen. Ook vanuit het type aandoening bleken zowel diabeteszorg, als COPD-zorg en cardiovasculair management vertegenwoordigd te zijn.

4 indicatoren kregen het predicaat selectie, 17 indicatoren kwamen in aanmerking voor discussie en de overige indicatoren zijn niet geselecteerd (resultatendocument consensustool opvraagbaar bij IQ healthcare). De 21 indicatoren zijn geordend naar de zes domeinen: Follow-up/ monitoring (2), dossiervoering (6), patiëntgerichtheid (informatievoorziening, zelfmanagement, patiëntervaringen) (5), samenwerking tussen professionals (2), coördinatie/continuïteit (2), ketenzorg (4).

Op advies van de PG konden negen indicatoren nader worden uitgewerkt (zie Bijlage II). De uitwerking heeft plaatsgevonden op basis van bron van indicator, en deze is later verfijnd op basis van interviews met de zorggroepen. Zorggroepen gaven een wisselend beeld van met name de definities, omdat ze zelf nog in oprichting waren. Definities van een individueel zorgplan, multidisciplinair zorgdossier of ondersteuning zelfmanagement waren dan ook nog in ontwikkeling. Het toekennen van een vast aanspreekpunt werd al meer in praktijk gebracht, alhoewel het takenpakket nog geen (vastgelegde) uitwerking naar onderliggende eisen kende. Over het algemeen was men positief over de gekozen indicatoren. Het belang werd ingezien, maar drie van de vier zorggroepen voorzagen problemen met extractie van de gegevens (HIS en KIS).

De uitgewerkte indicatoren zijn vervolgens nog in twee ronden aangeboden aan de leden van de PG en/of een goed geïnformeerd lid van hun achterban. In de eerste ronde kon men nog aanpassingen voorstellen; in de tweede ronde kon alleen een al dan niet akkoord gegeven worden. Het akkoord is niet van alle PG leden gekomen. Sommige leden hadden

daarvoor het mandaat van hun bestuur nodig en andere leden hadden te veel twijfels bij de gekozen definities.

De uiteindelijk geselecteerde indicatoren van de conceptset is opgeleverd in blauwdrukken (zie Bijlage II).

#### **4. Conclusie en aanbevelingen**

In het vooraf aangegeven tijdpad is de set van zorginhoudelijke indicatoren voor de diabeteszorg gereed gekomen voor de uitvraag van 2010. De zorginhoudelijke indicatoren voor COPD en het cardiovasculair risicomanagement staan nog op de ontwikkelagenda. Ook de conceptset voor de organisatorische indicatoren staat op de ontwikkelagenda.

Aanbevolen wordt om de organisatorische indicatoren af te stemmen met de landelijke discussies die zijn ontstaan naar aanleiding van de Zorgstandaarden over de definities van bijvoorbeeld zorgplan, vast aanspreekpunt en zelfmanagement. Op basis van deze discussies kunnen de definities uit de conceptset worden aangepast. Het is ook van belang om een aantal zorggroepen bij de ontwikkeling te betrekken. In deze zorggroepen kan ook een test gedaan worden m.b.t. het verzamelen van gegevens, voordat een landelijke uitvraag wordt gestart.

Het uitgezette traject heeft een grote doorlooptijd nodig gehad, met name vanwege het raadplegen van de achterban en de accordering door de verschillende besturen. Dit onderschrijft het feit dat chronische zorg niet één zorgproduct is, maar het zorgproduct van verschillende aandoeningen waarbij verschillende zorgverleners zijn betrokken.

Om de set indicatoren voor de kwaliteit van de chronische zorg vollediger te maken, wordt aanbevolen om ook indicatoren te ontwikkelen op het gebied van medicatie(veiligheid), verwijzingen en ketenzorg buiten de eerste lijn.

Voor de doorontwikkeling van de indicatorenset wordt aanbevolen om deze voor te bereiden in een kleine groep van experts op het betreffende gebied en deze daarna voor te leggen aan de projectgroep Zichtvare Zorg Chronische zorg.

## 5. Referenties

1. Braspenning J, Bouma M, van doorn A, van den Hombergh P, in 't Veld K. Publieke kwaliteitsindicatoren huisartsenzorg: professioneel handelen. Medisch Contact 2010, 65(6): 254-257.
2. NDF Zorgstandaard Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type2. Nederlandse Diabetes Federatie, 2007.
3. Zorgstandaard COPD. Long Alliantie Nederland, 2010.
4. Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement Deel 1 (voor zorgverleners). Platform Vitale Vaten, 2009.
5. Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisarstenzorg. Nijmegen/Utrecht: IQ healthcare/NHG, 2009.
6. Zichtbare Zorg ziekenhuizen. Indicatorenset Diabetes. Den Haag, 2009.
7. <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Farmacie/Kwaliteitsindicatoren/Zorginhoudelijke-indicatoren>
8. Zichtbare Zorg Chronische zorg. Voorlopige minimale datasets voor diabetes type II, COPD en CVR. Den Haag, 2009.
9. Zorgverzekeraars Nederland, Indicatorenset DM, COPD, CVR, mei 2010.
10. ZonMw project Meerwaarde Certificering. Vragenlijst Generieke ketenindicatoren. UMC Maastricht/UMC Nijmegen, 2009.
11. Campbell SM, Cantrill JA, Roberts D. Prescribing indicators for UK general practice: Delphi consultation study. BMJ 2000;32:1-5.



## Bijlage I: Volledige set en toelichting ZiZo CZ - Zorginhoudelijke indicatoren - Diabeteszorg

In de Stuurgroep Zichtbare Zorg Chronische zorg is de set zorginhoudelijke indicatoren voor 2010 vastgesteld. Besloten is om deze set te beperken tot de diabeteszorg. De gegevensverzameling vindt over 2010 plaats in zorggroepen. Als zorggroepen uit meerdere organisatie-eenheden bestaan dan wordt het verzoek gedaan om voor elk van deze organisatie-eenheden de gegevens aan te leveren.

### *Doelgroep in een zorggroep*

Alle patiënten die in 2010 stonden ingeschreven bij de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken), waarvan bekend is dat zij lijden aan diabetes mellitus en waarvan de zorggroep (lees: huisarts) de hoofdbehandelaar is.

### *Kerngetallen*

De kengetallen betreffen de periode 01-01-2010 tot 01-01-2011 en gaan over de patiënten die gedurende deze 12 maanden staan ingeschreven in de huisartsenpraktijk.

Kengetallen	
1: Populatie	Aantal patiënten in zorggroep, die stonden ingeschreven bij de deelnemende huisartspraktijken
2: Hoofdnoemer	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken) = doelgroep
Operationalisatie	Voor een gedetailleerde HIS uitwerking van de populatie en de hoofdnoemer wordt verwezen naar het NHG Project Uniforme Rapportage (Diabetes mellitus, versie 1.2). De link met de website is <a href="http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_automatisering/Indicatoren/downloads-1.htm">http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_automatisering/Indicatoren/downloads-1.htm</a>

De indicatoren die hierna worden beschreven zijn afgeleid van de NDF Zorgstandaard Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type2. Dezelfde indicatoren maken ook onderdeel uit van de set publieke indicatoren voor de huisartsenzorg (Zichtbare Zorg Huisartsenzorg).

De indicatoren over leefstijl en monitoring staan achteraan en kunnen ook worden ingezet voor andere doelgroepen.

De noemer van de indicatoren is gelijk aan kengetal 2 met een nadere specificatie daarvan voor indicator 14.

<b>Hba1c</b>	
<b>Indicator 1: % diabetespatiënten bij wie jaarlijks het HbA1c is gemeten</b>	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Bij de jaarlijkse controle wordt het laboratoriumonderzoek uitgebreid met bepaling van nuchtere glucose, HbA1c, creatinineconcentratie, en bij diuretica- of RAS-remmergebruik het kaliumgehalte. De hoogte van het HbA1c wordt gezien als de belangrijkste maat voor het de instelling van de diabetes [1].
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (1a); ZiZo Huisartsenzorg (1.2)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten uit noemer bij wie de HbA1c is bepaald
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken)
<b>Definitie(s)</b>	In het verslagjaar moet de HbA1c tenminste één keer zijn bepaald.
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS <sup>2</sup>
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudsvaliditeit</b>	Voldoende uit consensusbijeenkomst [2]
<b>Registreerbaarheid</b>	De meerderheid (84%) van de huisartsenpraktijken kan deze gegevens uit het HIS halen [3].
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.</li> <li>2. Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Nijmegen/Utrecht, IQ healthcare/NHG, 2009.</li> <li>3. Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo MN, Witmer H, aan het Rot A, Woelders G, de Vries R, van Veen EB, Visscher S, Schellevis FG, Verheij RA. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+-informatie. Utrecht, NIVEL, 2010.</li> </ol>

<sup>2</sup> Het verzoek van NZa aan zorggroepen is geweest om voor 2010 de MDS gegevens vast te leggen. De gegevensverzameling is vermoedelijk afkomstig van de huisartsinformatiesystemen (HISsen). Aangezien ook in de toekomst dit type gegevens uit het HIS of KIS herleidbaar zal moeten zijn, wordt de beschrijving gegeven volgens het HIS. Een uniforme beschrijving op basis van KISsen is (nog) niet bekend. Deze voetnoot wordt niet bij onderstaande beschrijvingen herhaald.

<b>Hba1c</b>	
<b>Indicator 2: % diabetespatiënten met HbA1c onder de 53 mmol/mol of 7%</b>	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Bij de jaarlijkse controle wordt het laboratoriumonderzoek uitgebreid met bepaling van nuchtere glucose, HbA1c, creatinineconcentratie, en bij diuretica- of RAS-remmergebruik het kaliumgehalte. De hoogte van het HbA1c wordt gezien als de belangrijkste maat voor het de instelling van de diabetes [1].
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (1b); ZiZo Huisartsenzorg (1.3)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten uit noemer met HbA1c waarde <53 mmol/mol of <7%
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken)
<b>Definitie(s)</b>	De HbA1c betreft de laatst gemeten waarde in het verslagjaar.
<b>Type indicator</b>	Uitkomstindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudvaliditeit</b>	Voldoende uit consensusbijeenkomst [2]
<b>Registreerbaarheid</b>	De meerderheid (79%) van de huisartsenpraktijken kan deze gegevens uit het HIS halen [3].
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.</li> <li>2. Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Nijmegen/Utrecht, IQ healthcare/NHG, 2009.'</li> <li>3. Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo MN, Witmer H, aan het Rot A, Woelders G, de Vries R, van Veen EB, Visscher S, Schellevis FG, Verheij RA. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+informatie. Utrecht, NIVEL, 2010.</li> </ol>

<b>Hba1c</b>	
<b>Indicator 3: % diabetespatiënten met HbA1c boven de 69 mmol/mol of 8,5%</b>	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Bij de jaarlijkse controle wordt het laboratoriumonderzoek uitgebreid met bepaling van nuchtere glucose, HbA1c, creatinineconcentratie, en bij diuretica- of RAS-remmergebruik het kaliumgehalte. De hoogte van het HbA1c wordt gezien als de belangrijkste maat voor het de instelling van de diabetes [1].
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (1c); ZiZo Huisartsenzorg (1.4)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten uit noemer met HbA1c waarde >69 mmol/mol of >8,5%
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken)
<b>Definitie(s)</b>	De HbA1c betreft de laatst gemeten waarde in het verslagjaar.
<b>Type indicator</b>	Uitkomstindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudvaliditeit</b>	Voldoende uit consensusbijeenkomst [2]
<b>Registreerbaarheid</b>	De meerderheid (79%) van de huisartsenpraktijken kan deze gegevens uit het HIS halen [3].
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.</li> <li>2. Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Nijmegen/Utrecht, IQ healthcare/NHG, 2009.'</li> <li>3. Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo MN, Witmer H, aan het Rot A, Woelders G, de Vries R, van Veen EB, Visscher S, Schellevis FG, Verheij RA. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+informatie. Utrecht, NIVEL, 2010.</li> </ol>

## Bloeddruk

### Indicator 4: % diabetespatiënten bij wie bloeddruk is bepaald

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	De belangrijkste interventie ter voorkoming van zowel een (verdere) afname van de nierfunctie als een toename van de nierschade is een goede regulatie van de bloeddruk. Door optimale glykemische instelling en vooral door bloeddrukregulatie kan achteruitgang van de nierfunctie worden voorkómen of vertraagd. Indien de patiënt antihypertensiva gebruikt wordt deze 3 maandelijks gecontroleerd, mocht dit niet zo zijn dan wordt geadviseerd deze zeker tijdens de jaarcontrole te bepalen [1].
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (2a); ZiZo Huisartsenzorg (1.5)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten uit noemer bij wie de bloeddruk is bepaald
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken)
<b>Definitie(s)</b>	In het verslagjaar moet de bloeddruk tenminste één keer zijn bepaald.
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudvaliditeit</b>	Voldoende uit consensusbijeenkomst [2]
<b>Registreerbaarheid</b>	De meerderheid (79%) van de huisartsenpraktijken kan deze gegevens uit het HIS halen [3].
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.</li> <li>2. Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Nijmegen/Utrecht, IQ healthcare/NHG, 2009.</li> <li>3. Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo MN, Witmer H, aan het Rot A, Woelders G, de Vries R, van Veen EB, Visscher S, Schellevis FG, Verheij RA. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+-informatie. Utrecht, NIVEL, 2010.</li> </ol>

## Bloeddruk

### Indicator 5: % diabetespatiënten met een systolische bloeddruk lager dan 140 mmHg

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	De belangrijkste interventie ter voorkoming van zowel een (verdere) afname van de nierfunctie als een toename van de nierschade is een goede regulatie van de bloeddruk. Door optimale glykemische instelling en vooral door bloeddrukregulatie kan achteruitgang van de nierfunctie worden voorkómen of vertraagd. Indien de patiënt antihypertensiva gebruikt wordt deze 3 maandelijks gecontroleerd, mocht dit niet zo zijn dan wordt geadviseerd deze zeker tijdens de jaarcontrole te bepalen [1].
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (2b); ZiZo Huisartsenzorg (1.6)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten een bloeddruk lager dan 140 mmHg
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken)
<b>Definitie(s)</b>	De bloeddruk betreft de laatst gemeten waarde in het verslagjaar.
<b>Type indicator</b>	Uitkomstindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudvaliditeit</b>	Voldoende uit consensusbijeenkomst [2]
<b>Registreerbaarheid</b>	De meerderheid (80%) van de huisartsenpraktijken kan deze gegevens uit het HIS halen [3].
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.</li><li>2. Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Nijmegen/Utrecht, IQ healthcare/NHG, 2009.</li><li>3. Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo MN, Witmer H, aan het Rot A, Woelders G, de Vries R, van Veen EB, Visscher S, Schellevis FG, Verheij RA. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+-informatie. Utrecht, NIVEL, 2010.</li></ol>

## Lipidenprofiel

### Indicator 6: % diabetespatiënten bij wie een lipidenprofiel is bepaald

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	De prevalentie van hypertensie en vetstofwisselingsstoornissen (hypertriglyceridemie, verlaagde HDL-cholesterolwaarde en verhoogde LDL-concentratie) is bij patiënten met nieuw ontdekte DM type 2 ongeveer tweemaal zo hoog als bij mensen met een normale glucosetolerantie. Een verhoogd totaal Cholesterol, met name een verhoogd LDL, is een belangrijke risicofactor voor het optreden van HVZ. Vooral indien, naast een verlaagde HDL, de LDL- of triglycerideconcentratie in het bloed verhoogd is, is het risico van HVZ sterk verhoogd [1].
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (4a); ZiZo Huisartsenzorg (1.7)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten uit noemer waarbij een lipidenprofiel is bepaald
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken)
<b>Definitie(s)</b>	Het lipidenprofiel betreft totaal cholesterol, tryglyceride, HDL en LDL. De lipidenprofiel betreft de laatst gemeten waarde in het verslagjaar.
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudsvaliditeit</b>	Voldoende uit consensusbijeenkomst [2]
<b>Registreerbaarheid</b>	Onbekend
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.</li> <li>2. Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Nijmegen/Utrecht, IQ healthcare/NHG, 2009.</li> </ol>

<b>Lipidenprofiel</b>	
<b>Indicator 7: % diabetespatiënten met een LDL-cholesterolwaarde onder de 2,5 mmol/l</b>	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	De streefwaarde voor het LDL-cholesterol is <2,5 mmol/l. Na de instelfase bepaalt de huisarts jaarlijks het nuchtere lipidenspectrum, ter informatie over therapietrouw of het bereikte resultaat [1].
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (4b); ZiZo Huisartsenzorg (1.8)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten een LDL-cholesterolwaarde onder de 2,5 mmol/l
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken)
<b>Definitie(s)</b>	De LDL-cholesterolwaarde betreft de laatst gemeten waarde in het verslagjaar.
<b>Type indicator</b>	Uitkomstindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudsvaliditeit</b>	Voldoende uit consensusbijeenkomst [2]
<b>Registreerbaarheid</b>	De meerderheid (81%) van de huisartsenpraktijken kan deze gegevens uit het HIS halen [3].
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.</li> <li>2. Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Nijmegen/Utrecht, IQ healthcare/NHG, 2009.</li> <li>3. Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo MN, Witmer H, aan het Rot A, Woelders G, de Vries R, van Veen EB, Visscher S, Schellevis FG, Verheij RA. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+-informatie. Utrecht, NIVEL, 2010.</li> </ol>

<b>Nierfunctie</b>	
<b>Indicator 8: % diabetespatiënten bij wie een creatinineklaring is berekend of bepaald</b>	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Een verminderde nierfunctie is niet alleen een risico-indicator voor terminaal nierfalen, maar ook een onafhankelijke risicofactor voor cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Er wordt dan ook geadviseerd jaarlijks bij elke patiënt de creatinineklaring te bepalen. Wanneer alleen het serum-creatinine wordt bepaald, bestaat de kans dat de huisarts de nierfunctie niet goed inschat. De nierfunctie wordt bepaald door de creatinineklaring te (laten) berekenen met de formule van Cockcroft en Gault of de MDRD-formule (uit de Modification of Diet in Renal Disease Study) [1].
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (3b); ZiZo Huisartsenzorg (1.10)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten met urineonderzoek (portie) op albumine of albumine/creatinine ratio
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken)
<b>Definitie(s)</b>	Het urineonderzoek (portie) op albumine of albumine/creatinine ratio betreft de laatst gemeten waarde in het verslagjaar.
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudsvaliditeit</b>	Voldoende uit consensusbijeenkomst [2]
<b>Registreerbaarheid</b>	De meerderheid (76%) van de huisartsenpraktijken kan deze gegevens uit het HIS halen [3].
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.</li> <li>2. Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Nijmegen/Utrecht, IQ healthcare/NHG, 2009.</li> <li>3. Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo MN, Witmer H, aan het Rot A, Woelders G, de Vries R, van Veen EB, Visscher S, Schellevis FG, Verheij RA. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+-informatie. Utrecht, NIVEL, 2010.</li> </ol>

Nierfunctie	
Indicator 9: % diabetespatiënten met urineonderzoek (portie) op albumine of albumine/creatinine ratio	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Microalbuminurie is een marker voor nierschade in een nog reversibele fase van deze aandoening. Daarnaast blijkt microalbuminurie ook na correctie voor andere bekende cardiovasculaire risicofactoren een onafhankelijke voorspellende factor voor het optreden van cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. De mortaliteit hangt bovendien samen met de mate van albumineverlies. Is er eenmaal micro- of macroalbuminurie, dan kan door optimale glykemische instelling en vooral door bloeddrukregulatie verdere achteruitgang van de nierfunctie worden voorkómen of vertraagd. Bij het stellen van de diagnose DM type 2 had 6,5% van de patiënten microalbuminurie. Geadviseerd wordt dat de huisarts bij alle patiënten met een levensverwachting van minimaal tien jaar jaarlijks de albumine/creatinine-ratio of de albumineconcentratie in de urine bepaald[1]. Er bestaat daarbij een lichte voorkeur voor bepaling van de albumine/creatinine-ratio boven de albumineconcentratie [1].
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (3b); ZiZo Huisartsenzorg (1.11)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten met urineonderzoek (portie) op albumine of albumine/creatinine ratio
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken)
<b>Definitie(s)</b>	Het urineonderzoek (portie) op albumine of albumine/creatinine ratio betreft de laatst gemeten waarde in het verslagjaar.
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudvaliditeit</b>	Voldoende uit consensusbijeenkomst [2]
<b>Registreerbaarheid</b>	De meerderheid (79%) van de huisartsenpraktijken kan deze gegevens uit het HIS halen [3].
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.</li> <li>2. Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Nijmegen/Utrecht, IQ healthcare/NHG, 2009.</li> <li>3. Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo MN, Witmer H, aan het Rot A, Woelders G, de Vries R, van Veen EB, Visscher S, Schellevis FG, Verheij RA. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+-informatie. Utrecht, NIVEL, 2010.</li> </ol>

## Oogonderzoek

### Indicator 10: % diabetespatiënten met een fundusonderzoek in de afgelopen 24 maanden

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Het verlies van het gezichtsvermogen door diabetische retinopathie (DR) kan preventief worden beperkt door behandeling van systemische risicofactoren als hyperglykemie, hypertensie en een verhoogd cholesterol en daarnaast door tijdige detectie op basis van regelmatige screening opdat visusbedreigende DR door de oogarts kan worden behandeld. De methode van keuze voor screening op diabetische retinopathie is digitale fundusfotografie (beoordeling door een daartoe opgeleide grader of oogarts) en bij afwijkingen vindt er verwijzing naar de oogarts plaats. Een eerste funduscontrole vindt binnen 3 maanden na het stellen van de diagnose diabetes mellitus plaats en wordt in principe jaarlijks herhaald, tenzij degene die de oogfundus beoordeelt anders heeft bepaald [1].  PM: Eigen fundusonderzoek alleen meetellen indien men hiervoor speciaal is opgeleid.
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (5a); ZiZo Huisartsenzorg (1.16)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten met een fundusonderzoek
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken)
<b>Definitie(s)</b>	Het fundusonderzoek betreft de laatst gemeten waarde in het verslagjaar <sup>3</sup> .
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudsvaliditeit</b>	Voldoende uit consensusbijeenkomst [2]
<b>Registreerbaarheid</b>	De meerderheid (64%) van de huisartsenpraktijken kan deze gegevens uit het HIS halen [3].
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.</li> <li>2. Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Nijmegen/Utrecht, IQ healthcare/NHG, 2009.</li> <li>3. Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo MN, Witmer H, aan het Rot A, Woelders G, de Vries R, van Veen EB, Visscher S, Schellevis FG, Verheij RA. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+-informatie. Utrecht, NIVEL, 2010.</li> </ol>

<sup>3</sup> Bij een continue meting kan naar de laatste twee jaar worden gekeken.

## Oogonderzoek

### Indicator 11: % diabetespatiënten met diabetische retinopathie

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Het verlies van het gezichtsvermogen door diabetische retinopathie (DR) kan preventief worden beperkt door behandeling van systemische risicofactoren als hyperglykemie, hypertensie en een verhoogd cholesterol en daarnaast door tijdige detectie op basis van regelmatige screening opdat visusbedreigende DR door de oogarts kan worden behandeld. De methode van keuze voor screening op diabetische retinopathie is digitale fundusfotografie (beoordeling door een daartoe opgeleide grader of oogarts) en bij afwijkingen vindt er verwijzing naar de oogarts plaats. Een eerste funduscontrole vindt binnen 3 maanden na het stellen van de diagnose diabetes mellitus plaats en wordt in principe jaarlijks herhaald, tenzij degene die de oogfundus beoordeelt anders heeft bepaald [1].
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (5b); ZiZo Huisartsenzorg (1.19)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten met diabetische retinopathie
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken)
<b>Definitie(s)</b>	Het fundusonderzoek betreft de laatst gemeten waarde in het verslagjaar.
<b>Type indicator</b>	Uitkomstindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudsvaliditeit</b>	Onbekend
<b>Registreerbaarheid</b>	Onbekend
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	1. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.

## Voetonderzoek

### Indicator 12: % diabetespatiënten met een voetonderzoek

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Symmetrische distale neuropathie speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van een diabetisch voetulcus. Het verlies van de zenuwfunctie heeft een nadelig effect op de huid, het onderliggende bindweefsel, de bloedvaten en het bot. Het risico op een diabetische polyneuropathie neemt toe met de duur van de diabetes, een slechte glykemische regulatie en de aanwezigheid van nefro- en retinopathie. Ook als de patiënt geen klachten heeft, verricht de huisarts bij de jaarlijkse controle onderzoek gericht op het ontdekken van chronische complicaties. De huisarts inspecteert daarbij de voeten, met speciale aandacht voor kleur, standsafwijkingen, bloedvaten, drukplekken en de aanwezigheid van ulcera en amputaties. Daarnaast wordt met behulp van de Semmes-Weinstein-monofilamenten sensibiliteitsonderzoek verricht. Bij een doorgemaakt ulcus, standsafwijkingen van de voet of ernstige neuropathie is minstens driemaandelijks controle van de voet door huisarts of podotherapeut geïndiceerd in verband met het hoge risico op een (nieuw) ulcus [1].
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (6a); ZiZo Huisartsenzorg (1.17)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten met een voetonderzoek
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken)
<b>Definitie(s)</b>	Het voetonderzoek betreft de laatst gemeten waarde in het verslagjaar.
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudsvaliditeit</b>	Voldoende uit consensusbijeenkomst [2]
<b>Registreerbaarheid</b>	De meerderheid (66%) van de huisartsenpraktijken kan deze gegevens uit het HIS halen [3].
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.</li> <li>Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Nijmegen/Utrecht, IQ healthcare/NHG, 2009.</li> <li>Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo MN, Witmer H, aan het Rot A, Woelders G, de Vries R, van Veen EB, Visscher S, Schellevis FG, Verheij RA. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+-informatie. Utrecht, NIVEL, 2010.</li> </ol>

<b>Roken</b>	
<b>Indicator 13: % diabetespatiënten waarvan het rookgedrag bekend is</b>	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Gezien het verhoogde risico op hart- en vaatziekten, richt de behandeling zich niet alleen op afname van de hyperglykemie, maar vooral ook op de aanpak van andere cardiovasculaire risicofactoren. Roken is de belangrijkste risicofactor voor hart- en vaatziekten, ook bij mensen met diabetes. Daarnaast verhoogt roken het risico op retino- en nefropathie. De huisarts informeert dan ook jaarlijks naar aspecten van de leefstijl, zoals roken [1].
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (7a); ZiZo Huisartsenzorg (1.12)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten uit noemer waarvan het rookgedrag bekend is
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken)
<b>Definitie(s)</b>	Of een patiënt rookt of niet rookt blijkt uit het laatste bekende gegeven in het HIS.
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudvaliditeit</b>	Voldoende uit consensusbijeenkomst [2]
<b>Registreerbaarheid</b>	De meerderheid (69%) van de huisartsenpraktijken kan deze gegevens uit het HIS halen [3].
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma. In sommige HISsen wordt default aangegeven, dat de patiënt niet rookt. Dit kan tot een onderschatting lijden van het bekend zijn van het rookgedrag.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.</li> <li>2. Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Nijmegen/Utrecht, IQ healthcare/NHG, 2009.</li> <li>3. Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo MN, Witmer H, aan het Rot A, Woelders G, de Vries R, van Veen EB, Visscher S, Schellevis FG, Verheij RA. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+-informatie. Utrecht, NIVEL, 2010.</li> </ol>

## Roken

### Indicator 14: % rokende diabetespatiënten met een stoppen-met-roken advies

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	<p>Gezien het verhoogde risico op hart- en vaatziekten, richt de behandeling zich niet alleen op afname van de hyperglykemie, maar vooral ook op de aanpak van andere cardiovasculaire risicofactoren. Roken is de belangrijkste risicofactor voor hart- en vaatziekten, ook bij mensen met diabetes. Daarnaast verhoogt roken het risico op retino- en nefropathie. De huisarts informeert dan ook jaarlijks naar aspecten van de leefstijl, zoals roken [1].</p> <p>Het volgen van een stop-met-roken programma (gedragmatige of medische ondersteuning) wordt vanaf 2011 vergoed [2]. Er wordt geen voorkeur uitgesproken voor een specifiek programma.</p>
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (7c); ZiZo Huisartsenzorg (1.14)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten uit noemer met een stoppen-met-roken advies
<b>Noemer</b>	Aantal rokende patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken)
<b>Definitie(s)</b>	Een patiënt heeft een stoppen-met-roken advies gekregen als dit blijkt uit het laatste bekende gegeven in het HIS.
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudsvaliditeit</b>	Voldoende uit consensusbijeenkomst [3]
<b>Registreerbaarheid</b>	De meerderheid (55%) van de huisartsenpraktijken kan deze gegevens uit het HIS halen [4].
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma. In sommige HISsen wordt default aangegeven, dat de patiënt niet rookt. Dit kan tot een onderschatting lijden van het bekend zijn van het rookgedrag.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.</li> <li>2. <a href="http://www.cvz.nl">www.cvz.nl</a></li> <li>3. Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Nijmegen/Utrecht, IQ healthcare/NHG, 2009.</li> <li>4. Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo MN, Witmer H, aan het Rot A, Woelders G, de Vries R, van Veen EB, Visscher S, Schellevis FG, Verheij RA. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+-informatie. Utrecht, NIVEL, 2010.</li> </ol>

<b>Roken</b>	
<b>Indicator 15: % diabetespatiënten dat rookt</b>	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Gezien het verhoogde risico op hart- en vaatziekten, richt de behandeling zich niet alleen op afname van de hyperglykemie, maar vooral ook op de aanpak van andere cardiovasculaire risicofactoren. Roken is de belangrijkste risicofactor voor hart- en vaatziekten, ook bij mensen met diabetes. Daarnaast verhoogt roken het risico op retino- en nefropathie. De huisarts informeert dan ook jaarlijks naar aspecten van de leefstijl, zoals roken [1].
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (7a); ZiZo Huisartsenzorg (1.12)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten uit noemer dat rookt
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken), waarvan het rookgedrag bekend is
<b>Definitie(s)</b>	LET OP: deze noemer is beperkter dan de hoofdnoemer. Een patiënt rookt als dit blijkt uit het laatste bekende gegeven in het HIS.
<b>Type indicator</b>	Uitkomstindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudvaliditeit</b>	Voldoende uit consensusbijeenkomst [2]
<b>Registreerbaarheid</b>	De meerderheid (67%) van de huisartsenpraktijken kan deze gegevens uit het HIS halen [3].
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma. In sommige HISsen wordt default aangegeven, dat de patiënt niet rookt. Dit kan tot een onderschatting lijden van het bekend zijn van het rookgedrag.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.</li> <li>2. Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Nijmegen/Utrecht, IQ healthcare/NHG, 2009.</li> <li>3. Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo MN, Witmer H, aan het Rot A, Woelders G, de Vries R, van Veen EB, Visscher S, Schellevis FG, Verheij RA. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+-informatie. Utrecht, NIVEL, 2010.</li> </ol>

<b>Gewicht</b>	
<b>Indicator 16: % diabetespatiënten bij wie de Body Mass Index berekend (bekend) is</b>	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Het risico op diabetes wordt mede bepaald door de aanwezigheid van overgewicht, het type vetverdeling (middelomtrek) en de mate van lichamelijke activiteit. In een prospectief onderzoek nam het risico op het ontstaan van diabetes toe met het stijgen van de BMI. De vetverdeling blijkt zelfs een betere voorspeller van diabetes dan overgewicht vastgesteld met de BMI. De huisarts bepaalt de BMI op basis van lengte en gewicht [1].
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (8a); ZiZo Huisartsenzorg (1.15)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten uit noemer bij wie de Body Mass Index berekend (bekend) is
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken)
<b>Definitie(s)</b>	BMI: Body Mass Index (gewicht/lengte <sup>2</sup> ) De BMI betreft de laatst gemeten waarde in het verslagjaar.
<b>Type indicator</b>	Procesindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudvaliditeit</b>	Voldoende uit consensusbijeenkomst [2]
<b>Registreerbaarheid</b>	De meerderheid (69%) van de huisartsenpraktijken kan deze gegevens uit het HIS halen [3].
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.</li> <li>2. Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Nijmegen/Utrecht, IQ healthcare/NHG, 2009.</li> <li>3. Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo MN, Witmer H, aan het Rot A, Woelders G, de Vries R, van Veen EB, Visscher S, Schellevis FG, Verheij RA. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+-informatie. Utrecht, NIVEL, 2010.</li> </ol>

Gewicht	
<b>Indicator 17: % diabetespatiënten bij wie de Body Mass Index lager is dan 25 kg/m<sup>2</sup></b>	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Het risico op diabetes wordt mede bepaald door de aanwezigheid van overgewicht, het type vetverdeling (middelomtrek) en de mate van lichamelijke activiteit. In een prospectief onderzoek nam het risico op het ontstaan van diabetes toe met het stijgen van de BMI. De vetverdeling blijkt zelfs een betere voorspeller van diabetes dan overgewicht vastgesteld met de BMI. De huisarts bepaalt de BMI op basis van lengte en gewicht [1].
<b>Bron</b>	NDF Zorgstandaard (8b)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten uit noemer bij wie de Body Mass Index berekend (bekend) is
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken)
<b>Definitie(s)</b>	BMI: Body Mass Index (gewicht/lengte <sup>2</sup> ). De BMI betreft de laatst gemeten waarde in het verslagjaar.
<b>Type indicator</b>	Uitkomstindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	MDS/ HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Empirische test</b>	
<b>Inhoudsvaliditeit</b>	Onbekend
<b>Registreerbaarheid</b>	De meerderheid (69%) van de huisartsenpraktijken kan deze gegevens uit het HIS halen [2].
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, e.a. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Tweede herziening. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.</li> <li>Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo MN, Witmer H, aan het Rot A, Woelders G, de Vries R, van Veen EB, Visscher S, Schellevis FG, Verheij RA. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+-informatie. Utrecht, NIVEL, 2010.</li> </ol>

Enkele leden van de PG Zizo CZ hebben aan IQ healthcare voorgesteld om de onderstaande indicator vanuit de conceptset van organisatorische indicatoren toe te voegen aan de zorginhoudelijke set.

Verslaglegging gegevens t.b.v. monitoring	
Indicator 18: % diabetespatiënten waarvoor relevante zorginhoudelijke gegevens beschikbaar zijn	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Programmatische zorg valt of staat met (digitale) registratie van de kerngegevens van de zorg. Als (digitale) registratie niet geleverd kan worden, kan er geen adequate programmatische zorg geleverd worden.
<b>Bron</b>	ZiZo Huisartsenzorg (1.20)
<b>Teller</b>	Aantal patiënten met diabetes mellitus met relevante zorginhoudelijke beschikbare waarden (zie definitie(s)).
<b>Noemer</b>	Aantal patiënten bekend met diabetes mellitus onder behandeling in de zorggroep
<b>Definitie(s)</b>	<b>Voor de teller:</b> Geteld worden die patiënten bij wie alle waarden compleet aanwezig zijn (samengestelde maat). <b>Beschikbaar</b> = digitaal beschikbaar <b>Relevant zorginhoudelijke waarden</b> = conform Zizo Chronische zorg. Voor de diabeteszorg: a. Rookstatus; b. BMI (lengte en gewicht); c. Lipidenprofiel (LDL, HDL, triglyceride, totaal cholesterol); d. HbA1c ; e. Bloeddruk; f. Nierfunctie; g. Voetonderzoek; h. Oogonderzoek. Al deze gegevens dienen minder dan 12 maanden oud te zijn m.u.v. het oogonderzoek dat minder dan 24 maanden oud dient te zijn.
<b>Type indicator</b>	Proces
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Effectiviteit, doelmatigheid
<b>Gebruik</b>	Extern
<b>Verslagleggingsniveau</b>	(Organisatorische eenheden binnen een) Zorggroep
Gegevensverzameling	
<b>Bron</b>	MDS/HIS
<b>Operationalisatie</b>	HIS: zie NHG Project Uniforme Rapportage
<b>Meetfrequentie</b>	Continue
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
Inhoudsvaliditeit	
<b>Inhoudsvaliditeit</b>	Voldoende uit consensusbijeenkomst <sup>1</sup>
<b>Registreerbaarheid</b>	De meerderheid van de huisartsenpraktijken (55%- 84% afhankelijk van het type informatie dat wordt gezocht) kan deze gegevens uit het HIS halen. Voor het lipidenprofiel is deze informatie niet bekend. <sup>2</sup> Verwacht wordt dat de registreerbaarheid van dit gegeven in dezelfde range ligt.
<b>Betrouwbaarheid gegevensverzameling</b>	De gegevensverzameling uit het HIS is betrouwbaar, mits duidelijke afspraken over de registratieplaats i.v.m. zoekfunctie van exportprogramma.
<b>Benodigde aantallen</b>	384 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 5%; 96 patiënten bij een geaccepteerde foutenmarge (plus en min) van 10%.
<b>Benchmark</b>	Nog niet bekend
Referenties	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Van Doorn A, Bouma M, Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Nijmegen/Utrecht: IQ healthcare/NHG, 2009.</li> <li>2. Stirbu-Wagner I, Spies-Dorgelo MN, Witmer H, aan het Rot A, Woelders G, de Vries R, van Veen EB, Visscher S, Schellevis FG, Verheij RA. Haalbaarheidsstudie indicatoren huisartsenzorg en etalage+-informatie. Utrecht: NIVEL, 2010.</li> </ol>

## BIJLAGE II: Volledige *conceptset* en toelichting ZiZo CZ – organisatorische indicatoren

Dit is de laatste versie van de organisatorische indicatoren die is voorgelegd aan de projectgroep van Zichtbare Zorg Chronische zorg. Deze set is **niet** geaccordeerd door de projectgroep en niet voorgelegd aan de Stuurgroep. De set wordt toch opgenomen in een bijlage, omdat de set als vertrekpunt kan dienen voor de doorontwikkeling. De operationalisatie is niet ingevuld, omdat de discussie over de definities niet is afgerond.

### *Doelgroep*

Alle patiënten die in 2010 stonden ingeschreven bij de zorggroep (lees: huisartsenpraktijken<sup>4</sup>), en waarvan bekend is dat zij lijden aan diabetes mellitus met een hoofdbehandelaar in de zorggroep (lees: huisarts).

### *Organisatorische eenheid binnen een zorggroep*

Voor de organisatorische indicatoren is het de bedoeling om de organisatie van de zorggroep in kaart te brengen. Maar soms bestaat een zorggroep uit meerdere kleinere “zorggroepen”. Uit de interviews met de zorggroepen bleek, dat de organisatorische eenheid meestal een huisartsenpraktijk (of een gezondheidscentrum) is, maar het kan ook een andere contractant betreffen.

De indicatoren zijn zodanig geformuleerd, dat deze van toepassing kunnen zijn voor alle chronische patiënten uit de zorggroep.

Kengetallen	
1: Patiëntenpopulatie	Aantal diabetespatiënten in de zorggroep, dat stond ingeschreven bij de deelnemende huisartsenpraktijken
Operationalisatie	Voor een gedetailleerde HIS uitwerking van de populatie wordt verwezen naar het NHG Project Uniforme Rapportage (Diabetes mellitus, versie 1.2). De link met de website is: <a href="http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_automatisering/Indicatoren/downloads-1.htm">http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_automatisering/Indicatoren/downloads-1.htm</a>
2: Zorgverlenerspopulatie	Omvang en aard van de zorginstellingen of –praktijken, die verbonden zijn aan de (organisatorische eenheid binnen een) zorggroep
Operationalisatie	<ul style="list-style-type: none"><li>- De zorggroep geeft aan of er meerdere organisatie-eenheden in de zorggroep te onderscheiden zijn.</li><li>- Per organisatie-eenheid wordt gevraagd welke zorginstellingen of –praktijken deelnemen met hoeveel fte EN welke disciplines daarmee zijn vertegenwoordigd.</li></ul>

<sup>4</sup> Hiermee wordt ook een huisartsenpraktijk in een gezondheidscentrum bedoeld.

<b>Zorgplan</b>	
<b>Indicator 1a: Mate waarin gewerkt wordt met een individueel zorgplan</b>	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Het opstellen van een individueel zorgplan dat door alle betrokken hulpverleners wordt nageleefd, is noodzakelijk om de continuïteit van zorg voor chronisch zieken te garanderen. Belangrijk hierbij is dat de zorg georganiseerd wordt rond de fysieke, sociale en emotionele behoeften en wensen van de patiënt ('patiënt centraal') en dat de patiënt - indien gewenst en mogelijk - betrokken wordt bij de besluitvorming over zijn eigen behandeling <sup>1,2</sup> . In het zorgplan worden de doelen en afspraken die de zorgverleners en de patiënt samen maken, beschreven. Het plan dient ter ondersteuning van het zelfmanagement van de patiënt, een van de vier kernelementen vereist voor een goede organisatie van de zorg voor chronisch zieken <sup>3</sup> .
<b>Bron indicator</b>	Afgeleid van: Generieke indicatoren ketenzorg Maastricht-Nijmegen; Platform Vitale vaten.
<b>Teller</b>	Het aantal diabetespatiënten in de zorggroep met een individueel zorgplan
<b>Noemer</b>	Het aantal diabetespatiënten in de zorggroep
<b>Definitie(s)</b>	Een individueel zorgplan is een zorgplan op maat voor de individuele patiënt. In een individueel zorgplan worden alle onderdelen die van belang zijn in de behandeling van de patiënt (voor de patiënt en samen met de patiënt) vastgelegd. Het gaat hierbij om individuele doelstellingen, streefwaarden, educatie en therapietrouw. Het zorgplan wordt op maat gemaakt, aangepast aan kennisniveau, leeftijd en leefwijze. Bron: NDF zorgstandaard <sup>4</sup> .
<b>Type indicator</b>	Proces /structuur
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Patiëntgerichtheid en doelmatigheid
<b>Verslagleggingsniveau</b>	(Organisatorische eenheden binnen een) Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	Vertegenwoordiger van (organisatorische eenheden binnen de) zorggroep
<b>Operationalisatie</b>	-
<b>Meetfrequentie</b>	peildatum
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	(Organisatorische eenheden binnen een) Zorggroep*, patiënt
<b>Opmerking</b>	
	* Op termijn wordt gestreefd naar een uitvraag voor iedereen op patiëntniveau vanuit het KIS. Het wordt dan een procesindicator.
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lauver DR, Ward SE, Heidrich SM et al. Patient-centered interventions. <i>Res Nurse Health</i> 2002; 25: 246-255.</li> <li>2. Michie S, Miles J, Weinman J. Patient centeredness in chronic illness: what is it and does it matter? <i>Patient Educ Couns</i> 2003; 51:197-206.</li> <li>3. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? <i>Effective Clinical Practice</i>. 1998;1:2-4.</li> <li>4. NDF Zorgstandaard Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type2. Nederlandse Diabetes Federatie, 2007.</li> </ol>

<b>Zorgplan</b>	
<b>Indicator 1b: Mate waarin het individuele zorgplan aan inhoudelijk kwaliteitseisen voldoet</b>	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Het opstellen van een individueel zorgplan dat door alle betrokken hulpverleners wordt nageleefd, is noodzakelijk om de continuïteit van zorg voor chronisch zieken te garanderen. Ook vervult het een belangrijke rol bij de ondersteuning van het zelfmanagement van de patiënt. Voor een optimale ondersteuning van zowel de continuïteit van zorg als het zelfmanagement van de patiënt is een kwalitatief goed en volledig zorgplan essentieel.
<b>Bron indicator</b>	Afgeleid van: Generieke indicatoren ketenzorg Maastricht-Nijmegen; Platform Vitale vaten.
<b>Teller</b>	Het aantal kwaliteitseisen uit de checklist waaraan een individueel zorgplan voldoet
<b>Definitie(s)</b>	<p><b>Checklist met kwaliteitseisen</b></p> <p>Een kwalitatief goed en volledig individueel zorgplan bevat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het risicoprofiel van deze patiënt</li> <li>- de noden, behoeften en wensen van de patiënt</li> <li>- de behandeling, het doel van de behandeling en streefwaarden</li> <li>- de wijze waarop getracht wordt de doelen en streefwaarden te bereiken</li> <li>- de rol van de patiënt bij het bereiken van de doelen</li> <li>- wie zorgverlener uit zorggroep is, die fungeert als vast aanspreekpunt</li> <li>- de begeleiding van de patiënt bij het invullen van de centrale rol van de patiënt</li> <li>- de evaluatiemomenten, evaluatiecriteria, evaluatiewijze en (eventuele) bijstelling van het zorgplan</li> <li>- een overzicht van gemaakte afspraken en resultaten inclusief checklist om na te gaan of de afspraken zijn nagekomen</li> <li>- toegankelijkheid individueel zorgplan voor alle zorgverleners uit zorggroep</li> <li>- toegankelijkheid individueel zorgplan voor patiënten</li> </ul>
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Patiëntgerichtheid en doelmatigheid
<b>Verslagleggingsniveau</b>	(Organisatorische eenheden binnen een) Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	Vertegenwoordiger van (organisatorische eenheden binnen de) zorggroep
<b>Operationalisatie</b>	-
<b>Meetfrequentie</b>	peildatum
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	(Organisatorische eenheden binnen een) Zorggroep*
<b>Opmerking</b>	
	* Op termijn wordt gestreefd naar een uitvraag op patiëntniveau vanuit het KIS. Het wordt dan een procesindicator.

## Vast aanspreekpunt (zorgverlener)

### Indicator 2a: aantal patiënten met een zorgverlener in de zorggroep die fungeert als vast aanspreekpunt voor de patiënt

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Uit systematisch literatuuronderzoek blijkt dat casemanagement in combinatie met ondersteuning van zelfmanagement en patiënteneducatie een belangrijk onderdeel van ketenzorgprogramma's vormt. Programma's waarin deze elementen zijn opgenomen lijken positieve effecten te hebben op de kwaliteit van zorg. <sup>1</sup> De zorgverlener die als vast aanspreekpunt voor de patiënt fungeert, speelt een centrale rol in de organisatie en coördinatie van de zorg voor chronisch zieke patiënten. Hij of zij is naast aanspreekpunt voor de patiënt ook aanspreekpunt voor de leden van het multidisciplinair team. Deze zorgverlener zorgt ervoor dat de patiënt efficiënt en effectief door het complexe zorgproces wordt geleid.
<b>Bron indicator</b>	Afgeleid van: Generieke indicatoren ketenzorg Maastricht-Nijmegen; Platform Vitale vaten.
<b>Teller</b>	Het aantal diabetespatiënten in de zorggroep met een zorgverlener uit de zorggroep die fungeert als vast aanspreekpunt
<b>Definitie(s)</b>	Er is sprake van een vast aanspreekpunt als een zorgverlener uit de zorggroep zich als zodanig bekend heeft gemaakt aan de patiënt. Dit wordt genoteerd in het individuele zorgplan.
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Patiëntgerichtheid en doelmatigheid
<b>Verslagleggingsniveau</b>	(Organisatorische eenheid binnen een) Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	Individueel zorgplan uit KIS, maar als deze geen gegevens hierover bevat wordt aan de vaste aanspreekpunten (via de vertegenwoordiger van de (organisatie-eenheid binnen een) zorggroep) gevraagd een schatting te maken.* Als er geen vast aanspreekpunt is dan kan de vertegenwoordiger van de (organisatorische eenheid binnen een) zorggroep aangeven dat er geen vaste aanspreekpunten worden benoemd.
<b>Operationalisatie</b>	-
<b>Meetfrequentie</b>	Peildatum
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Patiënt
<b>Opmerkingen</b>	
	* Op termijn wordt gestreefd naar een uitvraag alleen via KIS.
<b>Referenties</b>	
	1. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. Int J Qual Health Care 2005, 17(2): 141-6.

<b>Vast aanspreekpunt (zorgverlener)</b>	
<b>Indicator 2b: Mate waarin vast aanspreekpunt (zorgverlener) voldoet aan kwaliteitseisen wat betreft taken en verantwoordelijkheden</b>	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	De zorgverlener die als vast aanspreekpunt voor de patiënt fungeert, speelt een centrale rol in de organisatie en coördinatie van de zorg voor chronisch zieke patiënten. Hij of zij is naast aanspreekpunt voor de patiënt ook aanspreekpunt voor de leden van het multidisciplinair team. Deze zorgverlener zorgt ervoor dat de patiënt efficiënt en effectief door het complexe zorgproces wordt geleid. De taken en verantwoordelijkheden van de betreffende zorgverlener dienen voor de patiënt en alle overig betrokken zorgverleners duidelijk te zijn. Het is dan ook van belang dat deze worden vastgelegd.
<b>Bron</b>	Afgeleid van: Generieke indicatoren ketenzorg Maastricht-Nijmegen; Platform Vitale vaten.
<b>Teller</b>	Het aantal kwaliteitseisen uit checklist waaraan het vaste aanspreekpunt (de zorgverlener) voldoet
<b>Definitie(s)</b>	<p><b>Checklist met kwaliteitseisen</b></p> <p>De zorgverlener heeft de volgende vastgelegde taken in zijn / haar taak- of functieomschrijving:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aanspreekpunt voor de patiënt</li> <li>- is binnen het team van zorgverleners de eerstverantwoordelijke voor de zorg aan een specifieke patiënt</li> <li>- lid van het multidisciplinaire kernteam</li> <li>- aanspreekpunt voor de leden van het multidisciplinaire team, voor andere zorgverleners</li> <li>- het hebben van overzicht van "waar in de keten de patiënt zich bevindt"</li> <li>- het signaleren van afwijkingen in de verwachte procesgang</li> <li>- het (zo nodig) bijsturen bij afwijkingen in de verwachte procesgang</li> <li>- regelmatig met de patiënt bespreken waar in de keten hij/zij zich bevindt</li> <li>- het bewaken van het protocol</li> <li>- het vastleggen van consultgegevens in het multidisciplinaire zorgdossier</li> <li>- het vastleggen van proces- en uitkomstmaten</li> <li>- er op toezien dat afspraken aansluiten op de behoeften van de patiënt.</li> <li>- er op toezien dat de afspraken over de behandeling op elkaar zijn afgestemd.</li> <li>- er op toezien dat de afspraken, zoals vastgelegd in het zorgplan, worden nageleefd.</li> </ul>
<b>Type indicator</b>	Structuur*
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Patiëntgerichtheid en doelmatigheid
<b>Verslagleggingsniveau</b>	(Organisatorische eenheid binnen een) Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	Vast aanspreekpunt
<b>Operationalisatie</b>	-
<b>Meetfrequentie</b>	Peildatum
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Vast aanspreekpunt (zorgverlener)*
<b>Opmerkingen</b>	
	* Op termijn wordt gestreefd naar een uitvraag op patiëntniveau.
<b>Referenties</b>	

## Kwaliteitssysteem

### Indicator 3a: Mate waarin gewerkt wordt met een kwaliteitssysteem op basis van zorginhoudelijke indicatoren

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Kwaliteitssystemen zijn al decennia gangbaar in het bedrijfsleven. Het belangrijkste doel daarvan is de kwaliteit van de producten te bewaken, fouten te voorkómen en risico's te verkleinen. Bedrijven kwamen tot het inzicht dat het meer loonde om productieprocessen beheerst te laten verlopen en zo fouten te voorkómen, in plaats van het herstellen van fouten op basis van de gebruikelijke eindcontroles (De Dreu, 2006). In zorginstellingen worden kwaliteitssystemen ontwikkeld om de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van patiënten te waarborgen. Binnen de zorggroepen kan feedback worden gegeven over de zorgverlening. Deze feedback kan door de zorggroepsleden besproken worden en gebruikt om een verbeterplan te realiseren, waarna de zorg opnieuw wordt geëvalueerd. Het werken volgens een systematisch, cyclisch proces bevordert de kwaliteit van zorg. <sup>1</sup>
<b>Bron indicator</b>	NPCF-nieuw
<b>Teller</b>	Aantal uitgevoerde onderdelen van het kwaliteitssysteem met betrekking tot zorginhoudelijke indicatoren
<b>Definitie(s)</b>	Onder kwaliteitssysteem wordt verstaan een cyclisch geheel aan activiteiten met als doel verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg. <b>Onderdelen kwaliteitssysteem:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het leveren van feedback op basis van de resultaten (zorginhoudelijke indicatoren);</li> <li>- het bespreken van de feedback;</li> <li>- het maken van een verbeterplan op basis van de feedback;</li> <li>- het realiseren van het verbeterplan (blijkend uit evaluatie);</li> <li>- het uitwerken van deze cyclus met alle betrokken disciplines (zie kengetal).</li> </ul>
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, doelmatigheid, gelijkheid
<b>Verslagleggingsniveau</b>	(Organisatorische eenheden binnen een) Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	Vertegenwoordiger van (organisatorische eenheden binnen een) zorggroep.
<b>Operationalisatie</b>	-
<b>Meetfrequentie</b>	Peildatum
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	(Organisatorische eenheden binnen een) Zorggroep
<b>Referenties</b>	
	1. Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier, 2006.

Kwaliteitssysteem	
Indicator 3b: Mate waarin gewerkt wordt met een kwaliteitssysteem op basis van patiëntervaringen	
<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Voor de kwaliteit van de gezondheidszorg is het belangrijk dat de ervaringen van patiënten en cliënten zichtbaar zijn. De manier waarop zij tegen de zorg aankijken is van belang bij het genereren van beleidsinformatie dat kan dienen om de zorg meer vraaggericht en vraaggestuurd te maken. Informatie over de kwaliteit van de zorg zoals zorgconsumenten die ervaren is niet alleen belangrijk voor de zorgaanbieders. Ook het ministerie van VWS, toezichthouders, zorgverzekeraars en consumenten zelf gebruiken deze gegevens. Hiermee worden via verschillende wegen verbeteringen in de kwaliteit van zorg gestimuleerd. [ CKZ. Ontwikkeltraject. Utrecht: CKZ, 2010 ] De uitvoering geschiedt bij voorkeur in een systematisch, cyclisch proces ter bevordering van de kwaliteit van zorg. <sup>1</sup>
<b>Bron indicator</b>	NPCF-nieuw
<b>Teller</b>	Aantal uitgevoerde onderdelen van het kwaliteitssysteem met betrekking tot patiëntervaringen
<b>Definitie(s)</b>	Onder kwaliteitssysteem wordt verstaan een cyclisch geheel aan activiteiten met als doel verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg. <b>Onderdelen kwaliteitssysteem:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het leveren van feedback op basis van de resultaten (patiëntervaringen);</li> <li>- het bespreken van de feedback;</li> <li>- het maken van een verbeterplan op basis van de feedback;</li> <li>- het realiseren van het verbeterplan (blijkend uit evaluatie);</li> <li>- het uitwerken van deze cyclus met alle betrokken disciplines (zie kengetal).</li> </ul>
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, doelmatigheid, gelijkheid
<b>Verslagleggingsniveau</b>	(Organisatorische eenheden binnen een) Zorggroep
Gegevensverzameling	
<b>Bron</b>	Vertegenwoordiger van (organisatorische eenheden binnen een) zorggroep.
<b>Operationalisatie</b>	-
<b>Meetfrequentie</b>	Peildatum
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	(Organisatorische eenheden binnen een) Zorggroep
Referenties	
	1. Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier, 2006.

## Multidisciplinair zorgdossier

### Indicator 4a: Mate waarin binnen de zorggroep de toegang tot het multidisciplinair zorgdossier is geregeld met de betrokken zorgverleners uit de zorggroep

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Voor succesvolle samenwerking tussen betrokken zorgverleners is het delen van informatie cruciaal. Alle betrokkenen bij de behandeling dienen de beschikking te hebben over actuele informatie van de mens met diabetes. De communicatie tussen de mens met diabetes en de diabeteszorggroep kan worden bevorderd door het gebruik van een gedeeld dossier (NDF-zorgstandaard diabetes, 2007) <sup>1</sup> .
<b>Bron indicator</b>	Nieuw
<b>Teller</b>	Niveau van toegankelijkheid tot multidisciplinair zorgdossier voor alle zorgverleners uit de zorggroep
<b>Definitie(s)</b>	<p>Toegang tot het multidisciplinaire zorgdossier is geregeld indien onderstaande criteria -in oplopende hiërarchische volgorde - zijn gerealiseerd.</p> <p><b>Zorgverleners:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hebben alle zorgverleners uit de zorggroep toegang tot het multidisciplinaire dossier?</li> <li>2) Zijn er binnen de zorggroep afspraken over tot welke onderdelen van het multidisciplinaire dossier deze zorgverleners toegang hebben?</li> <li>3) Hebben alle zorgverleners uit de zorggroep leesrechten in de afgesproken toegankelijke onderdelen van het multidisciplinaire dossier?</li> <li>4) Hebben alle zorgverleners uit de zorggroep schrijfrechten in de afgesproken toegankelijke onderdelen van het multidisciplinaire dossier?</li> <li>5) Is over deze toegang van zorgverleners akkoord met de patiënt geregeld?</li> </ol> <p><i>Als de uitspraak niet voor alle zorgverleners uit de zorggroep geldt, geef dan aan voor wie een uitzondering is gemaakt en leg uit waarom.</i></p>
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Tijdigheid, doelmatigheid, patiëntgerichtheid, veiligheid
<b>Verslagleggingsniveau</b>	(Organisatorische eenheden binnen een) Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	Vertegenwoordiger van (organisatorische eenheid van) de zorggroep
<b>Operationalisatie</b>	-
<b>Meetfrequentie</b>	Peildatum
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	(Organisatorische eenheden binnen een) Zorggroep
<b>Referenties</b>	
	1. NDF Zorgstandaard Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type2. Nederlandse Diabetes Federatie, 2007.

## Multidisciplinair zorgdossier

### Indicator 4b: Mate waarin binnen de zorggroep de toegang voor patiënten uit de zorggroep tot het multidisciplinair zorgdossier is geregeld

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Voor succesvolle samenwerking tussen betrokken zorgverleners is het delen van informatie cruciaal. Alle betrokkenen bij de behandeling dienen de beschikking te hebben over actuele informatie van de mens met diabetes. De communicatie tussen de mens met diabetes en de diabeteszorggroep kan worden bevorderd door het gebruik van een gedeeld dossier (NDF-zorgstandaard diabetes, 2007).
<b>Bron indicator</b>	Nieuw
<b>Teller</b>	Niveau van toegankelijkheid tot multidisciplinair zorgdossier voor patiënten uit de zorggroep
<b>Definitie(s)</b>	Toegang tot het multidisciplinaire zorgdossier is geregeld indien onderstaande criteria -in oplopende hiërarchische volgorde - zijn gerealiseerd. <b>Patiënt:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Is binnen de zorggroep de toegang van de patiënt tot het multidisciplinaire dossier geregeld?</li> <li>2) Zijn er binnen de zorggroep afspraken over tot welke onderdelen van het multidisciplinaire dossier de patiënt toegang heeft?</li> <li>3) Hebben patiënten uit de zorggroep leesrechten in de afgesproken toegankelijke onderdelen van het multidisciplinaire dossier?</li> <li>4) Hebben patiënten uit de zorggroep schrijfrechten in de afgesproken toegankelijke onderdelen van het multidisciplinaire dossier?</li> </ol>
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Tijdigheid, doelmatigheid, patiëntgerichtheid, veiligheid
<b>Verslagleggingsniveau</b>	(Organisatorische eenheden binnen een) Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	Vertegenwoordiger van (organisatorische eenheid van) de zorggroep
<b>Operationalisatie</b>	-
<b>Meetfrequentie</b>	Peildatum
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	(Organisatorische eenheden binnen een) Zorggroep
<b>Referenties</b>	

## Ondersteuning zelfmanagement

### 5. Mate waarin binnen de zorggroep zelfmanagement ondersteuning aan patiënten wordt aangeboden

<b>Relatie tot kwaliteit</b>	Voor verscheidene chronische aandoeningen kan zelfmanagement bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van leven, <i>selfefficacy</i> (controle over aandoening) en gezondheid (zoals verbetering in glucoseregulatie) <sup>1</sup> . Voor optimaal zelfmanagement is ondersteuning door het behandelteam nodig, zowel faciliterend als educatief.
<b>Bron indicator</b>	Nieuw; deels afgeleid van ketendocument Maastricht-Nijmegen
<b>Teller</b>	Aantal aangeboden activiteiten ter ondersteuning van zelfmanagement uit de checklist
<b>Noemer</b>	Totale aanbod van activiteiten ter ondersteuning van zelfmanagement uit de checklist
<b>Definitie(s)</b>	<p><b>Zelfmanagement</b> is het zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven.<sup>2,3</sup></p> <p><b>Zelfmanagement ondersteuning</b> heeft betrekking op interventies die een patiënt, diens omgeving of zorgverlener inzet om de mate van zelfmanagement te vergroten.<sup>2,3</sup></p> <p><b>Checklist zelfmanagement ondersteunende activiteiten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wordt de patiënt zelf in de gelegenheid gesteld om een afspraak te maken (afspraak op aanvraag) bij problemen bij het zelfmanagement van zijn of haar ziektebeeld?</li> <li>- Wordt voorzien in een opleiding/cursus/training tot zelfmanagement?</li> <li>- Wordt voorzien in educatie bijvoorbeeld op het gebied van roken, bewegen, voeding?</li> <li>- Wordt voorzien in begeleiding bij gedragsverandering (bijv. stoppen met roken, bewegen, voedingspatroon)?</li> <li>- Wordt met de patiënt besproken welke inspanningen van de patiënt zelf verwacht wordt of heeft de patiënt bijv. een lijst gekregen waarop vermeld is welke zaken hij/zij in de thuissituatie zelf in de gaten dient te houden?</li> <li>- Wordt voorzien in een (ICT-)tool voor bijvoorbeeld het bijhouden van individuele streefwaarden en/of de wijze waarop getracht wordt om deze te bereiken (bijvoorbeeld in individueel zorgplan, diabetes dagboek)?</li> <li>- Wordt met de patiënt besproken of hij/zij in staat is om zelfmanagement inspanningen te verrichten?</li> </ul>
<b>Type indicator</b>	Structuur
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Patiëntgerichtheid, effectiviteit
<b>Verslagleggingsniveau</b>	(Organisatorische eenheid binnen een) Zorggroep
<b>Gegevensverzameling</b>	
<b>Bron</b>	Vast aanspreekpunt, indien niet aanwezig de vertegenwoordiger van (organisatorische eenheid van) de zorggroep
<b>Operationalisatie</b>	-
<b>Meetfrequentie</b>	peildatum
<b>Verslagjaar</b>	01-01-2010 tot en met 31-12-2010
<b>Rapportagefrequentie</b>	1x per (verslag)jaar
<b>Meetniveau</b>	Vast aanspreekpunt, indien niet aanwezig de vertegenwoordiger van (organisatorische eenheid van) de zorggroep
<b>Referenties</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zelfmanagement als Arbeidsbesparende Innovatie in de Zorg, TNO 2010.</li> <li>2. Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ) - <a href="http://www.zelfmanagement.com/lk-ben-een-zorgverlener/">http://www.zelfmanagement.com/lk-ben-een-zorgverlener/</a> (geraadpleegd 17 maart 2011)</li> <li>3. NPCF-CBO programma</li> </ol>

### **BIJLAGE III: Leden projectgroep en Stuurgroep Zichtbare Zorg Chronische Zorg**

#### *Zichtbare Zorg Chronische zorg:*

Mw. A. W. Wesselo, projectleider tot 1 januari 2011

Mw. B. Mark-van Haarst, projectleider vanaf 1 januari 2011 tot 1 maart 2011

Mw. T.G.M. van Maasacker, projectleider vanaf 1 februari 2011

Mw. D.C. van den Berg

*IGZ:* Mw. dr. C.A.J. Ketelaars

*VWS:* Mw. K. van Ruiten

*LAN:* Dhr. E. Rolink, Mw. N. Janssen

*NDF:* Mw. C. Brinkman, Mw. N. Hellinga

*Platform Vitale Vaten:* Mw. A-M Strijbis

*KNGF:* Mevr. E. Rutte

*KNMP:* Mw. dr. M. Teichert

*LVG:* Mw. M. van Rijen

*NHG:* Mw. dr. M. Bouma

*NVD:* Mw. W. Remijnse

*V&VN:* Mw. F. Bolle

*Consumentenbond* Mw. M. Schoneveld

*NPCF:* Dhr. F. Vogelzang

*Zorgverzekeraars Nederland:* Dhr. M. Bouwmans

#### *IQ healthcare:*

Mw. dr. J. Braspenning, senior onderzoeker

Mw. dr. H. Calsbeek, onderzoeker

Mw. dr. M. Harmsen, liasonfunctionaris