

TRANSMURALE DIABETESZORG



FOTO: ZEFA

Maastrichts model kiest voor gezamenlijke verantwoordelijkheid

Verantwoorde diabeteszorg door huisartsen is natuurlijk mogelijk. Niet de competentie maar de organisatie is het belangrijkste obstakel. Een transmurale samenwerking, zoals in Maastricht, kan profiteren van de organisatiekracht van het ziekenhuis.

C. SPREEUWENBERG
C.J. RUISSEN
N.C. SCHAPER

De mogelijke invoering van een transmurale DBC voor de diabeteszorg maakt het voor ziekenhuizen en internisten financieel

aantrekkelijk om (nieuwe) diabetespoli's op te zetten en de huisarts speelt dan vervolgens geen rol meer in de diabeteszorg. Deze vrees uitte Rutten onlangs in dit blad.¹ Zo'n transmurale DBC brengt bovendien mee dat overheid

grond van de complexiteit van de problematiek.

Rutten ziet dan ook niets in de Maastrichtse transmurale benadering en vindt dat deze bovendien te veel op het ziekenhuis is georiënteerd. Wij zijn het

Het uitgangspunt is kwaliteit

en verzekeraars zich met de zorg willen bemoeien en een uitgebreid controleapparaat opzetten. Dit geeft verzekeraars de macht om het huisartsgeneeskundig aanbod te verkavelen en per onderdeel in te kopen.

Rutten wil baas zijn in eigen huis. Daarom kiest hij voor *ketenzorg* in plaats van transmurale zorg, zodat op eigen terrein niet met mensen van buiten hoeft te worden samengewerkt. Huisartsen kunnen met hun praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen hyperglykemie, hypertensie en dislipidemie goed zelf behandelen. Zelfs ondersteunende diabetesdiensten moeten buiten de deur worden gehouden, want die leiden tot scheiding van controle en behandeling. Scherp gesteld, streeft hij niet naar samenwerking maar naar segregatie op

niet met Rutten eens en lichten hier onze Maastrichtse benadering toe.

AMBITIEUS

Ons uitgangspunt is kwaliteit. Om de kwaliteit te verbeteren wil de minister van VWS ambitieuze en vernieuwende vormen van diabeteszorg invoeren.² Dat er op dit terrein nog veel valt te verbeteren blijkt uit de CODE-2-studie, waaraan ook Rutten refereert. Diabeteszorg heeft tot doel het risico op hart- en vaatziekten te reduceren. Op het terrein van cardiovasculair risicomanagement is echter nog veel ruimte voor delegatie van taken, betere organisatie en verslaglegging.³ Voor de Nationale Studie over het werk van de huisarts bleken zo weinig betrouwbare praktijkgegevens voorhanden te zijn dat het niet mogelijk >>

<< was uitspraken te doen over de kwaliteit van belangrijke onderdelen van risicomanagement als gewicht, roken, bloeddrukwaarden en laboratoriumbepalingen. Van *systematische* controle is, ondanks de aanwezigheid van standaarden, dikwijls geen sprake. Overigens is er geen reden om aan te nemen dat de situatie bij de specialisten beter is.

Of huisartsen verantwoorde diabeteszorg kunnen geven, is niet aan de orde. Natuurlijk is dat het geval, gezien hun opleiding en de beschikbare standaarden. Niet de competentie is het belangrijkste probleem, maar de *organisatie*. Wij menen dat we de effectiviteit en de doelmatigheid kunnen verhogen door vier pijlers: transmurale samenwerking, taakherschikking, disease management en transparantie.

TRANSMURALE SAMENWERKING

In Maastricht is uitdrukkelijk gekozen voor een *gezamenlijke* verantwoordelijkheid van de belangrijkste aanbieders voor kwalitatief verantwoorde, vaak chronische, zorg. Deze samenwerking is meer dan twintig jaar geleden begonnen met steun aan de huisartsen bij diagnostiek, onder meer door patiënten in de huisartsenpraktijk door huisarts en specialist gezamenlijk te onderzoeken. Deze aanpak had een leereffect naar beide kanten.

Patiënten met diabetes die voorheen door de specialist werden gecontroleerd, worden sinds enkele jaren weer in de omgeving van de huisarts behandeld door speciaal opgeleide, gespecialiseerde verpleegkundigen. Met het inschakelen van deze laatsten snijdt het mes aan twee kanten. Enerzijds draagt het nauwe contact met de specialist ertoe bij dat zij over de noodzakelijke deskundigheid beschikken en deze up-to-date kunnen houden, terwijl ze anderzijds door in de praktijk van de huisarts te werken zorgdragen voor de afstemming met de huisarts en de zorg leveren in een voor de patiënt minder belastende vorm, buiten verantwoordelijkheid van het ziekenhuis.

Het verschil tussen transmurale zorg en ketenzorg is dat bij ketenzorg volgens Rutten iedere zorgverlener in de keten autonoom blijft, terwijl bij transmurale zorg ieder ook een verantwoordelijkheid heeft voor het geheel, zonder dat dit leidt tot vaagheid over verantwoordelijkheden. Immers, volgens de definitie van transmurale zorg blijft

er sprake van expliciete toewijzing van de verantwoordelijkheden.⁴ Ketenzorg zonder transmurale samenwerking leidt er in onze ogen gemakkelijk toe dat de betrokken partijen zich onvoldoende verantwoordelijk voelen voor het bereiken van een goed eindresultaat. Deze verantwoordelijkheid heeft niet alleen betrekking op de concrete zorgverlening, maar ook op de randvoorwaarden om dit te bereiken, zoals beschikbaarheid voor consultaties, organisatie van bij- en nascholing en opleiding van bijvoorbeeld de verpleegkundigen.

TAAKHERSCHIKKING

Traditioneel zijn artsen verantwoordelijk voor de zorg aan patiënten met diabetes. Er is echter aangetoond dat bij stabiele patiënten goed opgeleide en ervaren diabetesverpleegkundigen deze zorg medisch verantwoord kunnen geven.⁵ Diabeteszorg houdt echter meer in, bijvoorbeeld voorlichting over de aandoening en het stimuleren van actieve betrokkenheid van mensen met diabetes bij hun aandoening. Hiervoor zijn kennis en vaardigheden nodig waarvoor artsen maar matig zijn toegerust. Vanwege hun meer op de zorg gerichte kennis en aanpak kunnen verpleegkundigen juist op deze gebieden meerwaarde hebben. Als verpleegkundigen op verantwoorde wijze taken van de huisartsen overnemen, kunnen huisartsen tijd vrijmaken voor zaken waarbij deskundigheid op hun niveau wel noodzakelijk is.

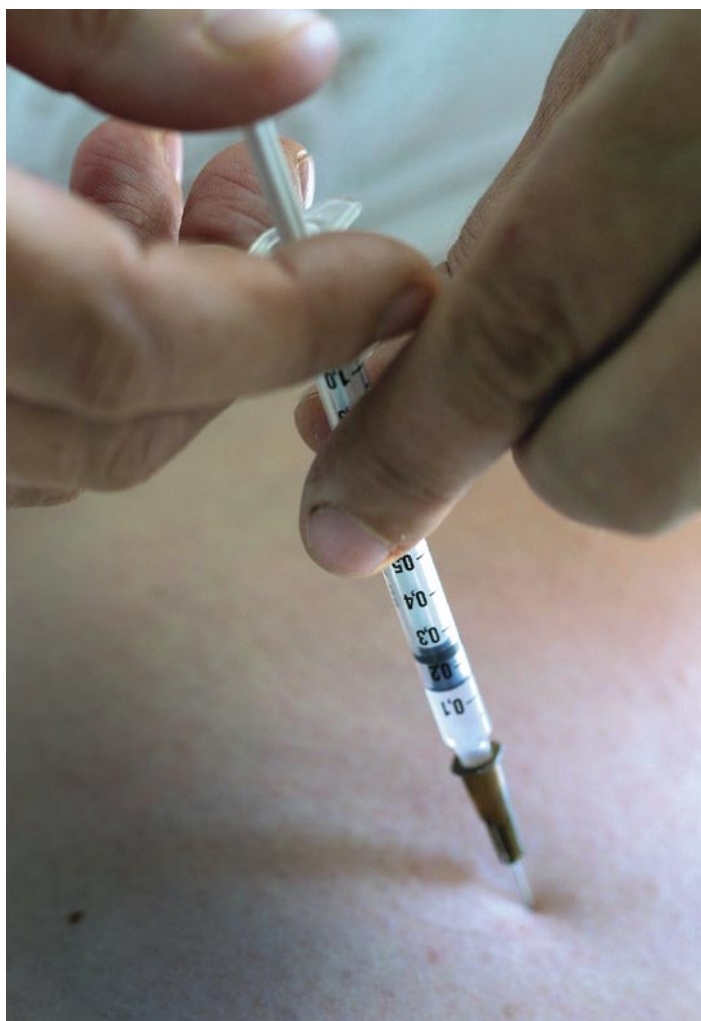
In ons diabetesmodel fungeren de verpleegkundigen niet alleen als schakel tussen ziekenhuis en huisartsenpraktijk, ze hebben ook medische taken overgenomen. Op basis van het resultaat van screening worden patiënten naar complexiteit toegewezen aan respectievelijk de

medisch specialist, de gespecialiseerde verpleegkundige of de huisarts.

Ons model gaat uit van de voorkeur van patiënt en huisarts, zodat er zowel plaats is voor huisartsen die veel diabetespatiënten zelf willen behandelen als voor hen die verder gaan en een groot deel van de patiënten met een chronische aandoening aan gespecialiseerde verpleegkundigen willen overdragen. Zonder deze flexibiliteit zou ons zorgmodel een niet-werkzaam keurslijf worden.

DISEASE MANAGEMENT

Het zwakke punt bij uitstek van langdurige zorg is de organisatie. Disease management beoogt hiervoor een oplossing te bieden door een systematische en gestructureerde aanpak en het toepassen van managementinstrumenten, zoals protocollering, het verzamelen van essentiële op de zorgverlening betrekking hebbende gegevens, en feedback



met behulp van geïntegreerde informatiesystemen. Het doel van dit alles is de kwaliteit en de doelmatigheid te verhogen.

Disease management richt zich op een specifieke aandoening of gezondheidsprobleem. Omdat er bij diabetes vaak sprake is van comorbiditeit op cardiovasculair gebied lijkt het ons verstandig om diabeteszorg een plaats te geven binnen het al genoemde cardiovasculair risicomanagement, een werk-

tie en verantwoording. Dit voorkomt dat verzekeraars of overheid zelf de kwaliteit van onze zorg gaan meten.

PENVOERDER

Is ons zorgmodel georiënteerd op het ziekenhuis? Wij menen dat dit niet het geval is. Het ziekenhuis is penvoerder van een organisatie van huisartsen, thuiszorg en ziekenhuis. De meeste transmurale werkende verpleegkundigen komen uit de thuiszorg, maar zijn om praktische

Een regionaal netwerk ontwikkelen

wijze die ook Van Montfrans onlangs bepleitte.⁶ De zorg voor de kwetsbare ouderen zou echter niet ziektegericht maar integraal moeten worden georganiseerd via een geriatrisch georiënteerde aanpak.

TRANSPARANTIE

In de Verenigde Staten organiseren zogeheten derde partijen het disease management; hierdoor heeft het een slechte naam gekregen. In Maastricht hebben de zorgaanbieders echter zelf het initiatief hiertoe genomen. Dat is een sterk punt, maar zonder de hulp van derde partijen waren we hierin niet geslaagd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg gaf ons experimenteerruimte, de regionale verzekeraars en het Zorgkantoor maakten het programma binnen de grenzen van de regelgeving mogelijk, ZonMw gaf subsidie voor de ontwikkeling en de Diabetes Vereniging Nederland zorgde voor lokaal en landelijk draagvlak.

In tegenstelling tot Rutten menen wij dat het vruchtbaar is deze externe partijen te beschouwen als partner in de zorgverlening en ze er medeverantwoordelijk voor te maken. Als partners en als partijen die we aanspreken, hebben deze externe organisaties recht op transparan-

reden bij het ziekenhuis gedetacheerd. De organisatiekracht van het ziekenhuis heeft het mogelijk gemaakt de infrastructuur niet alleen op poten te zetten, maar deze ook te onderhouden.

Onze werkwijze is nog lang niet ideaal. Wij willen verdergaan met het ontwikkelen van een regionaal netwerk waarin de zorg aan mensen met een chronische aandoening als diabetes in discussie met patiënten en zorgaanbieders verder vorm krijgt. We gaan meer aandacht schenken aan het versterken van de positie van de patiënt, aan de ICT, de benchmarking, de kwaliteitscontrole, en de opleiding en positie van de verpleegkundigen. Tevens willen wij er zorg voor dragen dat patiënten en aanbieders zich eigenaar willen en kunnen voelen van ons zorgmodel.

Wat de financiering betreft ondersteunen wij de gedachte van een transmurale DBC voor de diabeteszorg, vooropgesteld dat de tarifiering is gebaseerd op realistische kosten.

Omdat wij ons zorgmodel toepassen vanuit een academische setting is een essentieel onderdeel van onze aanpak dat wij ermee doorgaan de waarde van onze aanpak in klinische, zorginhoudelijke en financiële zin, wetenschappelijk te evalueren.

SAMENVATTING

- Niet competentie maar organisatie is het belangrijkste obstakel voor verantwoorde diabeteszorg door huisartsen.
- Bij transmurale samenwerking past geen concept van ketenzorg waarin ieder volledige zeggenschap heeft en houdt over het eigen terrein.
- Door taakherschikking kunnen huisartsen zich richten op aspecten van de diabeteszorg waarvoor deskundigheid op hun niveau noodzakelijk is.
- Disease management beoogt kwaliteitsverbetering te bereiken door feedback met behulp van geïntegreerde informatiesystemen.
- Diabeteszorg dient een plaats te krijgen in het cardiovasculair risicomanagement.
- Externe partijen hebben recht op transparantie en verantwoording door zorgverleners.
- Transmurale samenwerkingsvormen kunnen profiteren van de organisatiekracht van het ziekenhuis.

Wij menen met deze open, flexibele en op samenwerking gerichte aanpak een bijdrage te leveren aan een op de toekomst gerichte zorg aan chronisch zieken. ■

prof. dr. C. Spreeuwenberg,
hoogleraar integratie zorg voor chronisch zieken, Universiteit Maastricht

dr. C.J. Ruissen,
huisarts, werkgroepcoördinator RHV Heuvelland

dr. N.C. Schaper,
endocrinoloog, afdeling Interne Geneeskunde, Endocrinologie, academisch ziekenhuis Maastricht

Correspondentieadres: Universiteit Maastricht, Capaciteitsgroep Zorgwetenschappen, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, e-mail: c.spreeuwenberg@zw.unimaas.nl.

Referenties

1. Rutten GEHM. Huisartsen buitenspel; organisatie diabeteszorg onnodig ingewikkeld. *Medisch Contact* 2004; 59: 1025-8.
2. Minister van VWS. Diabeteszorg beter. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer POG/28 2.474.7724.
3. Roosmalen M van, Braspenning J, Grol R. Cardiovasculair risicomanagement: praktijkvoering en medisch handelen. *Tweede Nationale Studie naar de ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Deel 4: Kwaliteit Huisartszorg belicht.* Utrecht: NIVEL, 2004: 143-52.
4. Advies Transmurale Zorg. Nationale Raad voor de Volksgezondheid en College van Zorgvoorziening. Utrecht, 1995.
5. Vrijhoef HJM. Is it justifiable to treat chronic patients by nurse specialists? *Proefschrift Maastricht*, 2002.
6. Montfrans GA van. De Standaard Hypertensie (derde herziening) van het Nederlands Huisartsen Genootschap; reactie vanuit de interne geneeskunde. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148: 921-3.



Een overzicht van MC-artikelen over diabeteszorg vindt u via onze site. Ga naar www.medischcontact.nl/dezeweek en bij dit artikel vindt u desbetreffende informatie.