



Chronische aandoeningen 2016

Handboek met indicatoren en normen COPD, Diabetes

April 2015



Inleiding handboek indicatoren en normen

We hebben onze indicatoren van goede zorg uitgebreid en aangescherpt. In het VGZ Inkoopdocument MSZ 2016 ([klik hier om te downloaden](#)) is aangegeven dat we in 2016 een aantal 'harde' minimumnormen op het gebied van kwaliteit en zorgkosten hanteren. Deze vormen een voorwaarde voor de contractering van de betreffende behandeling in 2016. Daarnaast beoordelen we de prestaties van aanbieders tegen een aantal 'zachte' normen. Deze zachte normen geven ons een aanvullend inzicht en zijn ook bepalend voor Goede Zorg.

Dit handboek geeft inzicht en uitleg over de gebruikte harde en zachte normen per indicator. In de gesprekken die met u gepland staan, bespreken de VGZ inkopers de prestaties met u afhankelijk van de scores. Voor vragen over de indicatoren en normen evenals de scores van uw instelling hierop, kunt terecht bij het bij u bekende VGZ inkoopteam.

COPD

Contractering COPD in 2016 vindt plaats obv 6 zachte VGZ minimumnormen, er zijn geen harde normen.

Zacht VGZ minimumnormen¹

Kwaliteit

- 1a Aantal patiënten met COPD ziekenhuisopname tov 2de lijn COPD populatie.
- 1b Aantal patiënten met COPD ziekenhuisopname tov adherentie gebied zorginstelling (op basis van specialisme longgeneeskunde)
- 2a Aantal patiënten met heropname(s) binnen 1 jaar tov het aantal patiënten met een COPD ziekenhuisopname
- 2b Aantal patiënten met heropname(s) binnen 1 jaar tov adherentie gebied zorginstelling (op basis van specialisme longgeneeskunde)

Zorgkosten

Zachte VGZ minimumnormen¹

- 3a Aantal patiënten dat in de 1ste lijn onder behandeling voor COPD zorg is, tov het adherentiegebied van ziekenhuis
- 3b Aantal patiënten dat in de 2de lijn onder behandeling voor COPD zorg is, tov het adherentiegebied van ziekenhuis
- 3c Aantal patiënten dat in de 2de lijn onder behandeling voor niet complexe COPD zorg is, tov het adherentiegebied van ziekenhuis
- 4 Percentage nieuwe COPD patiënten in de eerstelijns keten dat voorgaand jaar in de 2de lijn is behandeld.
- 5 Zorgkosten/CV diagnose COPD in de 2de lijn
- 6 Trend COPD productie 2011-2013 in de 2^{de} lijn

1. Normen in overleg met Medisch Advies vastgesteld

6 zachte VGZ minimumnormen om instellingen te beoordelen o.b.v. pijlers van goede zorg (1)

Pijler	Indicator	Bron	VGZ minimum-norm ¹	VGZ optimum-norm ¹	
Goede Zorg	1a	Aantal patiënten met COPD ziekenhuisopname tov 2de lijn COPD populatie.	VGZ data	< top20% ²	< min 20% ²
	1b	Aantal patiënten met COPD ziekenhuisopname tov adherentie gebied zorginstelling (op basis van specialisme longgeneeskunde)	VGZ data	< top20%	< min 20%
	2a	Aantal patiënten met heropname(s) binnen 1 jaar tov het aantal patiënten met een COPD ziekenhuisopname	VGZ data	< top20%	< min 20%
	2b	Aantal patiënten met heropname(s) binnen 1 jaar tov adherentie gebied zorginstelling (op basis van specialisme longgeneeskunde)	VGZ data	< top20%	< min 20%

1. Normen in overleg met Medisch Advies vastgesteld 2. Minimumnorm behaald als zorgaanbieder beter presteert dan de minst presterende 20% van de zorgaanbieders en optimumnorm behaald als de zorgaanbieder in de top 20% van best presterende aanbieders zit

6 zachte VGZ minimumnormen om instellingen te beoordelen o.b.v. pijlers van goede zorg (2)

Pijler Goede Zorg	Indicator	Bron	VGZ minimum-norm ¹	VGZ optimum-norm ¹
Zorgkosten	3a Aantal patiënten dat in de 1ste lijn onder behandeling voor COPD zorg is, tov het adherentiegebied van ziekenhuis	VGZ data	2,1% (85% van 2,5% prevalentie)	nvt
	3b Aantal patiënten dat in de 2de lijn onder behandeling voor COPD zorg is, tov het adherentiegebied van ziekenhuis	VGZ data	0,4% (15% van 2,5% prevalentie)	nvt
	3c Aantal patiënten dat in de 2de lijn onder behandeling voor niet complexe COPD zorg is, tov het adherentiegebied van ziekenhuis	VGZ data	< top20% ²	< min 20% ²
	4 Percentage nieuwe COPD patiënten in de eerstelijns keten dat voorgaand jaar in de 2de lijn is behandeld.	VGZ data	< top20%	< min 20%
	5 Zorgkosten/CV diagnose COPD in de 2de lijn	VGZ data	< top20%	< min 20%
	6 Trend COPD productie 2011-2013 in de 2 ^{de} lijn	VGZ data	< top20%	< min 20%

1. Normen in overleg met Medisch Advies vastgesteld 2. Minimumnorm behaald als zorgaanbieder beter presteert dan de minst presterende 20% van de zorgaanbieders en optimumnorm behaald als de zorgaanbieder in de top 20% van best presterende aanbieders zit

2 spiegel-indicatoren om inzicht te verkrijgen voor inkoop 2017

Pijler Goede Zorg	Indicator	Bron	VGZ minimum-norm ¹	VGZ optimum-norm ¹
Kwaliteit	I Regionaal Transmurale Afspraak (RTA) - COPD	VGZ data	ja	ja
	II Aantal COPD patiënten in 2e lijn dat inhalatiecorticosteroïden (ICS) gebruikt (als monotherapie dan wel in combinatie met luchtwegverwijders (LWLV) tov 2de lijn COPD populatie	VGZ data	< top20%	< min 20%

1. Normen in overleg met Medisch Advies vastgesteld

Handboek indicatoren en normen COPD (I)

	Indicator	VGZ minimum norm	Hard/zacht	Relevantie indicator
1a	Aantal patiënten met COPD ziekenhuisopname tov 2de lijn COPD populatie	< top20%	Zacht	De doelen van de behandeling van COPD, zijn vermindering van de klachten, optimaliseren van de kwaliteit van leven, vertragen van de achteruitgang van de longfunctie en het uitstellen en voorkomen van complicaties. Een ziekenhuisopname is meestal het gevolg van een ernstige exacerbatie (longaanval). Zowel uit de literatuur als uit onze eigen declaratiegegevens weten we dat jaarlijks ongeveer 20% van de COPD patiënten wordt opgenomen in het ziekenhuis. Optimale zorg is gericht op het verminderen van de ernst en de frequentie van longaanvallen. Door het geven van goede voorlichting, het aanleren van gedrag en vaardigheden rond het zelf herkennen van aanvallen en het zelf bijstellen van medicatie (zelfmanagement), kunnen aanvallen voorkomen worden, of minder ernstig verlopen. Het aantal opnames wordt ook beïnvloed door de indicatie stelling tot opname.
1b	Aantal patiënten met COPD ziekenhuisopname tov adherentie gebied zorginstelling (op basis van specialisme longgeneeskunde)			
2a	Aantal patiënten met heropname(s) binnen 1 jaar tov het aantal patiënten met een COPD ziekenhuisopname	< top20%	Zacht	De grootste voorspeller voor een klinische opname bij COPD, is een eerdere klinische opname. Zowel uit de literatuur als uit onze eigen declaratiegegevens weten we dat ongeveer 50% van de COPD patiënten vaker dan een keer per jaar wordt opgenomen in het ziekenhuis. Optimale zorg is gericht op het verminderen van de ernst en de frequentie van longaanvallen. Door het geven van goede voorlichting, het aanleren van gedrag en vaardigheden rond het zelf herkennen van aanvallen en het zelf bijstellen van medicatie (zelfmanagement), kunnen aanvallen voorkomen worden, of minder ernstig verlopen. Het aantal opnames wordt ook beïnvloed door de indicatie stelling tot opname. Relevante criteria daarbij zijn leeftijd, ademfrequentie, bloeddruk, psychische gesteldheid, aanwezigheid van nierfunctiestoornis en risico op Legionella,
2b	Aantal patiënten met heropname(s) binnen 1 jaar adherentie gebied zorginstelling (op basis van specialisme longgeneeskunde)			

Onderbouwing norm

Een laag aantal klinische opnames kan een teken zijn van goede zorg (eerste of tweede lijn), of een strakke indicatie stelling tot opname. Opnames moeten ook worden gerelateerd aan de adherentie van het ziekenhuis.

Bron onderbouwing norm:

- Richtlijn diagnostiek en behandeling van COPD, actualisatie maart 2010
- Zorgstandaard COPD 2013
- Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Zwerink M1, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, Zielhuis GA, Monninkhof EM, van der Palen J, Frith PA, Effing T. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 19;3:CD002990. doi: 10.1002/14651858.CD002990.pub3.
- The 10-year COPD Programme in Finland: effects on quality of diagnosis, smoking, prevalence, hospital admissions and mortality. Kinnula VL1, Vasankari T, Kontula E, Sovijarvi A, Saynajakangas O, Pietinalho A. Prim Care Respir J. 2011 Jun;20(2):178-83.

Een laag aantal heropnames kan een teken zijn van goede zorg (eerste of tweede lijn), of een strakke indicatie stelling tot opname.

Bron onderbouwing norm:

- Richtlijn diagnostiek en behandeling van COPD, actualisatie maart 2010
- Zorgstandaard COPD 2013
- Susceptibility to Exacerbation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, Locantore N, Müllerova H, Tal-Singer R, Miller B, Lomas DA, Agustí A, MacNee W, Calverley P, Rennard S, Wouters EFM, Wedzicha JA. N Engl J Med 2010; 363:1128-1138.
- Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Zwerink M1, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, Zielhuis GA, Monninkhof EM, van der Palen J, Frith PA, Effing T. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 19;3:CD002990. doi: 10.1002/14651858.CD002990.pub3.
- The 10-year COPD Programme in Finland: effects on quality of diagnosis, smoking, prevalence, hospital admissions and mortality. Kinnula VL1, Vasankari T, Kontula E, Sovijarvi A, Saynajakangas O, Pietinalho A. Prim Care Respir J. 2011 Jun;20(2):178-83.

1. Referenties met literatuur en ander ondersteunend materiaal

Handboek indicatoren en normen COPD (II)

	Indicator	VGZ minimum norm	Hard/zacht	Relevantie indicator	Onderbouwing norm
3a	Aantal patiënten dat in de 1ste lijn onder behandeling voor COPD zorg is, tov het adherentiegebied van ziekenhuis	< top20%	Zacht	Indicator geeft prevalentie COPD patiënten met geregelde COPD zorg in adherentie gebied van ziekenhuis en 1 of meerdere zorggroepen. Indicator is een indirecte maat voor substitutie. Indicator heeft ook een directe relatie met zorgkosten. Indicator zorgt voor prikkel om eerstelijns COPD zorg te versterken. Zowel eerste als tweede lijn hebben invloed op uitkomst van deze indicator.	Betrouwbare data over prevalentie cijfers van COPD ontbreken in de literatuur. In het verleden werd een prevalentie van 1.7% bij vrouwen en 2.4% bij mannen gehanteerd en dus een gemiddelde prevalentie van ongeveer 2%. Nu blijkt de prevalentie te zijn toegenomen, maar nieuwe data ontbreken. 2,0-2,5% lijkt voorsnog een reële benadering. De norm voor totale prevalentie is nu dan ook op 2,5% gesteld.. Betrouwbare gegevens over verdeling tussen eerste- en tweedelijns COPD zorg ontbreken ook. In het verleden werd gezegd alle GOLD III (15%) en GOLD IV (3%) COPD patiënten horen in tweede lijn en wellicht ook nog een beperkt deel van de matige COPD patiënten. Nu met de introductie van de COPD ketenzorg en poging tot versterking van eerste lijn, ligt dat wellicht anders. Voor de norm van het % COPD patiënten in tweede lijn en daaraan gerelateerd de verdeling eerste en tweede lijns COPDzorg kan voorsnog het beste de declaratiedata (dashboard data) van cVGZ worden gebruikt.
3b	Aantal patiënten dat in de 2de lijn onder behandeling voor COPD zorg is, tov het adherentiegebied van ziekenhuis				Bron: * Hoogendoorn M, Feenstra T, Hoogenveen R, Genugten M van, Rutten-Molken M. A Health policy model for COPD: effects on smoking cessation. IMTA, Erasmus Medical Center Rotterdam. 2003. * Hoogendoorn-Lips M, Feenstra T, Hoogenveen R, Genugten M van, Rutten-van Molken M. Projections of the future burden of COPD in the Netherlands by disease severity using a dynamic population model of disease progression. Eur Resp J 2004; 4: 701s. * Richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD. maart 2010. * Dashboardgegevens COPD cVGZ
3c	Aantal patiënten dat in de 2de lijn onder behandeling voor niet complexe COPD zorg is, tov het adherentiegebied van ziekenhuis				Het gaat niet om een wetenschappelijke norm, maar om een vergelijking tussen ziekenhuizen op basis waarvan productie kan worden besproken
4	Percentage nieuwe COPD patiënten in de eerstelijns keten dat voorgaand jaar in de 2de lijn is behandeld.	< top20%	Zacht	Zeer relevant, want geeft inzicht in mate van substitutie.	

Handboek indicatoren en normen COPD (III)

	Indicator	VGZ minimum norm	Hard/zacht	Relevantie indicator	Onderbouwing norm
5	Zorgkosten/CV diagnose COPD in de 2de lijn	< top20%	Zacht	Geeft een algemeen beeld van de gemiddelde zorgkosten per CV. Bij een te hoge score is dit aanleiding om na te gaan waardoor dit komt:	Vooralsnog stellen we voor om in discussie te gaan met de 20% ziekenhuizen met hoogste kosten/CV. Op lange termijn zal hier meer inzicht in verkregen worden en kan er misschien worden gekozen voor een absolute norm.
6	Trend COPD productie 2011-2013 in de 2 ^{de} lijn	< top20%	Zacht	De afgelopen jaren is veel geïnvesteerd in substitutie naar de 1 ^{ste} lijn. Dit moet terug te zien zijn in de dalende lijn van het aantal COPD patiënten in de 2 ^{de} lijn vanaf 2011. Het niet zien van een dalende trend is aanleiding voor overleg en nader onderzoek	Het gaat niet om een wetenschappelijke norm, maar om een trend in het ziekenhuizen op basis waarvan deze zorg kan worden besproken

1. Referenties met literatuur en ander ondersteunend materiaal

Handboek indicatoren en normen COPD (IV)

Indicator	VGZ minimum norm	Hard/zacht	Relevantie indicator	Onderbouwing norm
<p>II % COPD patiënten in 2e lijn dat inhalatiecorticosteroiden (ICS) gebruikt (als monotherapie dan wel in combinatie met luchtwegverwijders (LWLVL).</p>	< top20%	Zacht	<p>Indicator is relevant voor kwaliteit van COPD zorg. Indicator is gerelateerd aan zorgkosten. Combinatiepreparaten van ICS en LWLV zijn erg duur. Zowel eerste als tweede lijn hebben invloed op uitkomst van deze indicator.</p>	<p>* Het advies van de vigerende NHG standaard luidt: Overweeg behandeling met ICS bij patiënten met frequente exacerbaties (twee of meer per jaar)</p> <p>* Volgens de huidige GOLD richtlijn, zijn ICS geïndiceerd bij patiënten met ernstig of zeer ernstig COPD en/of een exacerbatie waarvoor ziekenhuisopname en/of twee of meer exacerbaties. (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Update 2014. Smeele IJM, Van Weel C....)</p> <p>* Uit verschillende exacerbatie studies blijkt dat ongeveer 20-30% van de COPD patiënten herhaaldelijk exacerbaties heeft.</p> <p>* Een aantal COPD patiënten blijkt naast COPD ook astma te hebben. Dit percentage ligt naar verwachting rond 15-20%.</p> <p>* Mede op basis van bovenstaande gegevens is de verwachting dat in Nederland 20-40% van de COPD patiënten een indicatie heeft voor ICS.</p> <p>* Bovenstaande data hebben betrekking op gehele COPD populatie en niet alleen de tweedelijns COPD patiënten. Eigenlijk zouden alleen de ernstige COPD patiënten gezien dienen te worden in de tweede lijn. Als dat daadwerkelijk zo is dan kan het percentage in de tweede lijn tegen 100% liggen. Om een norm te kunnen stellen is meer inzicht in de populatieverdeling (in ziekteelaststadia) van het ziekenhuis nodig.</p> <p>* Harde betrouwbare cijfers hiervoor ontbreken. Vooral nog kunnen dan ook het beste de declaratiedata (dashboard) van cVGZ hiervoor worden gebruikt.</p>

1. Referenties met literatuur en ander ondersteunend materiaal

Diabetes

Contractering Diabetes in 2016 vindt plaats obv. 9 zachte VGZ minimumnormen en geen harde normen.

Zachte VGZ minimumnormen¹

Kwaliteit

- 1 % kinderen met diabetes onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbAc1 < 58 mmol/mol
- 2 % kinderen met diabetes onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbAc1 > 86 mmol/mol
- 3 % kinderen met diabetes op de eigen klinische locatie dat één of meerdere diabetes gerelateerde acute opnames had in het verslagjaar.
- 4 Aantal kinderen en adolescenten behandeld op de ziekenhuislocatie door het diabetesteam
- 5a Aantal kinderen met diabetes in de 2de lijn die insuline spuiten, tov kinderen met diabetes in 2^{de} lijn
- 5b Aantal kinderen met diabetes in de 2de lijn die een pomp gebruiken, tov kinderen met diabetes in 2^{de} lijn
- 5c Aantal kinderen met diabetes in de 2de lijn die een pomp en sensor gebruiken, tov kinderen met diabetes in 2^{de} lijn
- 5d Aantal kinderen met diabetes in de 2de lijn met klinische opname, tov kinderen met diabetes in 2^{de} lijn

Zorgkosten

Zachte VGZ minimumnormen¹

- 6a Aantal patiënten met alleen Diabetes medicatie, tov het adherentiegebied van ziekenhuis
- 6b Aantal patiënten dat in de 1ste lijn onder behandeling voor DM zorg is, tov het adherentiegebied van ziekenhuis
- 6c Aantal patiënten dat in de 2de lijn onder behandeling voor DM zorg is, tov het adherentiegebied van ziekenhuis
- 6d Aantal patiënten dat in de 2de lijn onder behandeling voor complexe DM zorg is, tov het adherentiegebied van ziekenhuis
- 6e Aantal patiënten dat in de 2de lijn onder behandeling voor complexe DM zorg, tov 2^{de} lijn diabetes populatie
- 7 Percentage nieuwe Diabetes patiënten in de eerstelijns keten dat voorgaand jaar in de 2de lijn is behandeld.
- 8a Zorgkosten/CV diagnose Diabetes per ziekenhuis
- 8b Zorgkosten/CV diagnose Diabetes per adherentiegebied
- 9 Trend Diabetes productie 2011-2013 in de 2^{de} lijn

1. Normen in overleg met Medisch Advies vastgesteld

9 zachte VGZ minimumnormen om instellingen te beoordelen o.b.v. pijlers van goede zorg (1)

Pijler	Indicator	Bron	VGZ minimum-norm ¹	VGZ optimum-norm ¹
Goede Zorg	1 % kinderen met diabetes onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbAc1 < 58 mmol/mol	ZiNL	> min 20% ²	> top 20% ²
	2 % kinderen met diabetes onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbAc1 > 86 mmol/mol	ZiNL	< top20%	< min 20%
	3 % kinderen met diabetes op de eigen klinische locatie dat één of meerdere diabetes gerelateerde acute opnames had in het verslagjaar.	ZiNL	< top20%	< min 20%
	4 Aantal kinderen en adolescenten behandeld op de ziekenhuislocatie door het diabetesteam	ZiNL	< top20%	< min 20%
Kwaliteit	5a Aantal kinderen met diabetes in de 2de lijn die insuline spuiten, tov kinderen met diabetes in 2 ^{de} lijn	VGZ data	< top20%	< min 20%
	5b Aantal kinderen met diabetes in de 2de lijn die een pomp gebruiken, tov kinderen met diabetes in 2 ^{de} lijn	VGZ data	< top20%	< min 20%
	5c Aantal kinderen met diabetes in de 2de lijn die een pomp en sensor gebruiken, tov kinderen met diabetes in 2 ^{de} lijn	VGZ data	< top20%	< min 20%
	5d Aantal kinderen met diabetes in de 2de lijn met klinische opname, tov kinderen met diabetes in 2 ^{de} lijn	VGZ data	< top20%	< min 20%
Zorgkosten				

1. Normen in overleg met Medisch Advies vastgesteld 2. Minimumnorm behaald als zorgaanbieder beter presteert dan de minst presterende 20% van de zorgaanbieders en optimumnorm behaald als de zorgaanbieder in de top 20% van best presterende aanbieders zit

9 zachte VGZ minimumnormen om instellingen te beoordelen obv. pijlers van goede zorg (2)

Pijler	Indicator	Bron	VGZ minimum-norm ¹	VGZ optimum-norm ¹
Goede Zorg	6a Aantal patiënten met Diabetes, tov het adherentiegebied van ziekenhuis	VGZ data	< top20% ²	< min 20% ²
	6b Aantal Diabetes patiënten dat in de 1ste lijn, tov het adherentiegebied van ziekenhuis	VGZ data	< top20%	< min 20%
	Aantal Diabetes patiënten dat in de 2de lijn, tov het adherentiegebied van ziekenhuis	VGZ data	< top20%	< min 20%
	6c Aantal patiënten dat in de 2de lijn onder behandeling voor complexe DM zorg is, tov het adherentiegebied van ziekenhuis	VGZ data	< top20%	< min 20%
	6d Aantal patiënten dat in de 2de lijn onder behandeling voor complexe DM zorg, tov 2 ^{de} lijn diabetes populatie	VGZ data	< top20%	< min 20%
	6e			
	7 Percentage nieuwe patiënten in de eerstelijns keten dat voorgaand jaar in de 2de lijn is behandeld.	VGZ data	< top20%	< min 20%
	8a Zorgkosten/CV diagnose Diabetes per ziekenhuis	VGZ data	< top20%	< min 20%
	8b Zorgkosten/CV diagnose Diabetes per adherentiegebied	VGZ data	< top20%	< min 20%
9 Trend Diabetes productie 2011-2013 in de 2 ^{de} lijn	VGZ data	< top20%	< min 20%	

1. Normen in overleg met Medisch Advies vastgesteld 2. Minimumnorm behaald als zorgaanbieder beter presteert dan de minst presterende 20% van de zorgaanbieders en optimumnorm behaald als de zorgaanbieder in de top 20% van best presterende aanbieders zit

1 spiegel-indicator om inzicht te verkrijgen voor inkoop 2017

Pijler Goede Zorg	Indicator	Bron	VGZ minimum-norm ¹	VGZ optimum-norm ¹
Kwaliteit	 Regionaal Transmurale Afspraak (RTA) - Diabetes	VGZ data	ja	ja

1. Normen in overleg met Medisch Advies vastgesteld

Handboek indicatoren en normen Diabetes (I)

	VGZ minimum norm	Hard/ zacht	Relevantie indicator	Onderbouwing norm
<p>1 % kinderen met diabetes onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c < 58 mmol/mol</p> <p>2 % kinderen met diabetes onder behandeling op de ziekenhuislocatie met een laatst gemeten HbA1c > 86 mmol/mol</p>	< top20%	Zacht	Bij de jaarlijkse controle wordt het nuchtere glucose, HbA1c, creatinineconcentratie, en bij diuretica- of RAS-remmergebruik het kaliumgehalte bepaald. Grote studies, zoals de UKPDS hebben aangegeven dat het verlagen van het HbA1c, de bloeddruk en het cholesterol het risico op complicaties kunnen verkleinen. Het behalen van streefwaarden is daarom een belangrijk doel van de diabetesbehandeling. Het HbA1c is de belangrijkste maat voor de glucoseregulatie en een weergave van de gemiddelde glucose- waarden zes tot acht weken voor de bepaling. Bovendien is het de enige parameter die in klinisch onderzoek gerelateerd is aan het voorkomen van chronische complicaties. Bij de behandeling van kinderen met DM wordt gestreefd naar een goede glykemische instelling (HbA1c <58 mmol/mol), zonder ernstige hypoglykemieën.	Een zo goed mogelijke regulatie van de diabetes bij kinderen met diabetes type 1 bevordert een lage comorbiditeit. Het HbA1c is de belangrijkste meetbare parameter voor metabole controle (NDF, 2007). Voor wat betreft de optimale waarde van het HbA1c ontbreekt de evidence based aanbeveling. De National Committee for Quality Assurance, een Amerikaans kwaliteitsinstituut, vraagt minimaal 34% HbA1c <64 mmol/mol en minimaal 84% HbA1c <86 mmol/mol. De ISPAD guidelines adviseren een waarde onder de 58 mmol/mol (ISPAD, 2006). Voor deze indicator zijn de waarden 58 mmol/mol en 86 mmol/mol als referentiewaarden gebruikt. Deze indicator dient gebruikt te worden om inzicht te krijgen in de patiëntengroepen die een ziekenhuis behandeld. Een lage of hoge waarde op de indicatoren wil niet zeggen dat er betere of slechtere zorg wordt gegeven. Mogelijk kan op termijn mét casemixcorrectie wel iets gezegd worden over de kwaliteit van zorg.
<p>3 % kinderen met diabetes op de eigen klinische locatie dat één of meerdere diabetes gerelateerde acute opnames had in het verslagjaar.</p>	< top20%	Zacht	Een van de doelen van de behandeling van diabetes is het voorkomen van acute complicaties, zoals diabetisch keto-acidose (DKA) of ernstige hypoglycemie. Diabetische keto-acidose (DKA) en ernstige hypoglycemie zijn acute complicaties van diabetes die vaak zijn gerelateerd aan respectievelijk onvoldoende of te veel insuline toediening. Verschillende risicofactoren zijn bekend, zoals geslacht, etniciteit, extreme HbA1c waarde, psychische stoornissen. De behandeling van diabetes richt zich o.a. op preventie van complicaties zoals DKA en hypoglycemie. Zorgverleners spelen hier een belangrijke rol, o.a. door het geven van voorlichting en monitoren van glucosehuishouding.	Bij kinderen met diabetes kunnen acute complicaties ontstaan, zoals diabetische keto-acidose (DKA) of ernstige hypoglykemie. Diabetes ketoacidose komt tegenwoordig door betere begeleiding en zorg steeds minder voor. DKA berust op een tekort aan insuline. Uitlokkende momenten zijn het niet tijdig toedienen van insuline en / of intercurrente ziekte met koorts. Hypoglykemie is gedefinieerd als een te laag bloedglucose gehalte en is een veelvuldig voorkomende acute complicatie bij mensen met diabetes type 1. Met name de perceptie van de hypoglykemie door het kind en zijn ouders en de angst die daardoor ontstaat kan de glucoseregulatie negatief beïnvloeden, doordat het kind en zijn ouders lage bloedglucose-waarden proberen te vermijden. Het optreden van hypoglykemieën beïnvloedt de cognitieve prestaties negatief op korte en lange termijn.

1. Referenties met literatuur en ander ondersteunend materiaal

Handboek indicatoren en normen Diabetes (II)

Indicator	VGZ minimum norm	Hard/zacht	Relevantie indicator	Onderbouwing norm
4 Aantal kinderen en adolescenten behandeld op de ziekenhuislocatie door het diabetesteam	< top20%	Zacht	<p>In de NDF-zorgstandaard 2012 worden een aantal structuurkenmerken vermeld waaraan de organisatie van de zorg voor kinderen met diabetes moet voldoen. Deze hebben betrekking op samenstelling en bereikbaarheid van het multidisciplinair behandelteam en op de aanwezigheid van een elektronisch diabetesdossier dat toegankelijk is voor de leden van het behandelteam. Een multidisciplinair behandelteam bestaat uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinderarts gespecialiseerd in diabeteszorg - Kinderdiabetesverpleegkundige - Diëtist gespecialiseerd in kinderen met diabetes - (Medisch) kinderpsycholoog of orthopedagoog met aantekening GZ - Maatschappelijk werker - Polikliniek assistent <p>24/7 bereikbaar: Directe, blijvende 24 uur toegankelijkheid van het diabetes team waardoor er de mogelijkheid is voor een overleg bij vragen en calamiteiten en een delen van de verantwoordelijkheid.</p> <p>Uniform elektronisch diabetesdossier: De door de zorgverleners verzamelde zorggegevens over een kind met diabetes worden op dezelfde wijze elektronisch vastgelegd, zodat alle betrokkenen bij de zorg rondom het kind met diabetes beschikken over die actuele en complete informatie die relevant is voor hun rol binnen de multidisciplinair vormgegeven zorg. Vanwege een doelmatig gebruik van deze infrastructuur lijkt een minimum aantal gewenst.</p>	<p>Diabetes is een chronische ziekte en dit vereist een multidisciplinaire aanpak. Samenhang en continuïteit in de zorg vereisen een goede en efficiënte organisatie met duidelijke afspraken over afstemming en coördinatie (Brink, 2004; Bowen, 2010). Het is niet bekend of er een verband is tussen volume en kwaliteit voor de behandeling van diabetes bij kinderen. Bij volwassenen is deze relatie wel aangetoond.</p> <p>Bronnen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Harron KL, Mc Kinney PA, Feltbower RG, Holland P, Campbell FM, Parslow RC. Resource and outcome in paediatric diabetes services. Arch Dis Child. 2011 May 9 • Baumer JH, Hunt LP, Shield JPH, Audit of diabetescare by caseload. Arch Dis Child 1997; 77: 102-108 • Holmboe ES, Wang Y, Tate JP, Meehan TP. The effects of patient volume on the quality of diabetic care for Medicare Beneficiaries. Med Care 2006; 44: 1073-7

1. Referenties met literatuur en ander ondersteunend materiaal

Handboek indicatoren en normen Diabetes (III)

5	Indicator	VGZ minimu m norm	Hard/ zacht	Relevantie indicator	Onderbouwing norm
	<p>Aantal kinderen met diabetes in de 2^{de} lijn die:</p> <ul style="list-style-type: none"> - insuline spuiten - die een pomp gebruiken - die een pomp en sensor gebruiken - met klinische opname <p>tov kinderen met diabetes in 2^{de} lijn</p>	< top20%	Zacht	<p>Een van de doelen van de behandeling van diabetes is het voorkomen van acute complicaties, zoals diabetisch ketoacidose (DKA) of ernstige hypoglycemie. Diabetische ketoacidose (DKA) en ernstige hypoglycemie zijn acute complicaties van diabetes die vaak zijn gerelateerd aan respectievelijk onvoldoende of te veel insuline toediening. Verschillende risicofactoren zijn bekend, zoals geslacht, etniciteit, extreme HbA1c waarde, psychische stoornissen. De behandeling van diabetes richt zich o.a. op preventie van complicaties zoals DKA en hypoglycemie. Zorgverleners spelen hier een belangrijke rol, o.a. door het geven van voorlichting en monitoren van glucosehuishouding. Geplande opnames in het kader van het instellen van de pomp zijn niet doelmatig</p>	<p>Bij kinderen met diabetes kunnen acute complicaties ontstaan, zoals diabetische keto-acidose (DKA) of ernstige hypoglykemie. Diabetes ketoacidose komt tegenwoordig door betere begeleiding en zorg steeds minder voor. DKA berust op een tekort aan insuline. Uitlokkende momenten zijn het niet tijdig toedienen van insuline en / of intercurrente ziekte met koorts. Hypoglykemie is gedefinieerd als een te laag bloedglucose gehalte en is een veelvuldig voorkomende acute complicatie bij mensen met diabetes type 1. Met name de perceptie van de hypoglykemie door het kind en zijn ouders en de angst die daardoor ontstaat kan de glucoseregulatie negatief beïnvloeden, doordat het kind en zijn ouders lage bloedglucose-waarden proberen te vermijden. Het optreden van hypoglykemieën beïnvloedt de cognitieve prestaties negatief op korte en lange termijn.</p> <ul style="list-style-type: none"> • NDF zorgstandaard, Addendum Diabetes type 1, deel 2 Kinderen en Adolescenten • Ispad Clinical Practice Consensus Guidelineds 2006-2007 • Rewers A, Chase HP, Mackenzie T, Walravens P. Roback M., Rewers M, Hamman RF, Klingensmith G. Predictors of acute complications in children with type 1 diabetes. JAMA 2002 May 15; 287:2511-8

Handboek indicatoren en normen Diabetes (IV)

	VGZ minimu m norm	Hard/ zacht	Relevantie indicator	Onderbouwing norm
6 Verhouding DM patiënten in de 2 ^{de} lijn en 1ste lijn in relatie tot de adherentie van het ziekenhuis	< top20%	Zacht	Indicator heeft direct invloed op kosten.- Indicator is direct beïnvloedbaar door aanbieder. Namelijk eerder terugverwijzen naar eerste lijn.- er zijn flinke verschillen tussen aanbieders. Er is dus winst te halen. - indicator is objectief meetbaar. Wel moet iig inclusie 1ste lijn voor ketenzorg worden meegenomen. --- Er is geen overeenstemming met het veld.- In laatste dashboard zit de score over 2012. In mei is het db 2013 gereed.- huidige dashboard is gemaakt voor de preferente regio's. Voor niet preferent gebied kan beperkt aantal declaraties een beperking vormen.- Doordat je hierbij uitgaat van de adherentie van de zorggroep geeft dit niet het totale beeld van het ziekenhuis."	Via de dashboards wordt de verdeling van DM-patiënten tussen de 1e en 2e lijn getoond. Hiermee wordt duidelijk in hoeverre er per regio substitutie is gerealiseerd. Doordat we per regio/ziekenhuis verschillen zien kan de best practice geïdentificeerd worden. Het gaat dan om best practice op kosten. Kwaliteit wordt via deze indicator niet meegenomen.
7 Aantal nieuwe patiënten in de eerstelijns keten dat voorgaand jaar in de 2de lijn is behandeld.	< top20%	Zacht	Zeer relevant, want geeft inzicht in mate van substitutie.Preventie, dus het voorkomen van doorverwijzen naar de tweede lijn brengen we hiermee niet in kaart.De vraag is hier of je uitgaat van de pt die via hun ha zijn aangesloten bij de huisarts. Of dat je uitgaat van de ziekenhuispopulatie en voor deze pt nagaat of hij is doorverwezen naar de 2de lijn."	Het gaat niet om een wetenschappelijke norm, maar om een vergelijking tussen ziekenhuizen op basis waarvan productie kan worden besproken
8 Zorgkosten/CV diagnose Diabetes per ziekenhuis en adherentie gebied	< top20%	Zacht	Geeft een algemeen beeld van de gemiddelde zorgkosten per CV. Bij een te hoge score is dit aanleiding om na te gaan waardoor dit komt:	Vooralsnog stellen we voor om in discussie te gaan met de 20% ziekenhuizen met hoogste kosten/CV. Op lange termijn zal hier meer inzicht in verkregen worden en kan er misschien worden gekozen voor een absolute norm.
9 Trend Diabetes productie 2011-2013 in de 2 ^{de} lijn	< top20%	Zacht	De afgelopen jaren is veel geïnvesteerd in substitutie naar de 1 ^{ste} lijn. Dit moet terug te zien zijn in de dalende lijn van het aantal COPD patiënten in de 2 ^{de} lijn vanaf 2011. Het niet zien van een dalende trend is aanleiding voor overleg en nader onderzoek	Het gaat niet om een wetenschappelijke norm, maar om een trend in het ziekenhuizen op basis waarvan deze zorg kan worden besproken