

Vorig jaar werd Diabeter Zorgonderneming van het jaar 2007. De jury prees unaniem de ondernemingsgeest van dit initiatief. Diabeter, gevestigd in Rotterdam, is een stichting die volledig verzekerde zorg biedt aan kinderen en jongeren met diabetes (type 1 diabetes). Henk Veeze (oprichter en bestuursvoorzitter) vertelt wat de prijs zijn organisatie heeft gebracht en hoe het verder met Diabeter gaat.

Management | Mariët Ebbinge

Zorgonderneming van het jaar 2007 gaat op zelfde weg verder

Diabeter opent tweede locatie in Deventer

Wat zijn de gevolgen van het feit dat u Zorgonderneming van het jaar 2007 bent geworden?

Het heeft belangstelling opgeleverd, ook bij de zorgverzekeraars. Door de prijs wordt benadrukt dat we de goede dingen doen en dat erkennen de zorgverzekeraars. De patiënten vinden het ook leuk, vooral de ondernemende mensen onder hen. Ouders van patiënten van ons die een eigen bedrijf hebben - vaak Turkse mensen - waarderen het. Ze zien dat er wat goeds gebeurt.

En hoe is het op organisatorisch gebied met Diabeter gegaan?

De prijs geeft ondersteuning aan het feit dat we op de goede weg zitten. Na het winnen van de prijs zijn we doorgegaan op die route. Dat zie je onder andere aan het aantal patiënten dat is toegenomen van 500 tot ruim 600. Voor ons reden om op 1 oktober een tweede locatie te openen in Deventer, die we Diabeter Oost gaan noemen. Er zijn plannen om het Diabeterconcept verder uit te rollen naar het zuiden en het noorden.

En op financieel gebied?

Op financieel gebied draait Diabeter nog steeds met een negatief banksaldo, maar dat is inherent aan de zorg die we leveren, omdat pas achteraf door de zorgverzekeraars wordt afgerekend. Naarmate het aantal patiënten toeneemt, komen de positieve cijfers in zicht. Als stichting zonder winstoogmerk is het voor ons voldoende dat we onze salarissen kunnen verdienen. We vervullen voor tweederde een academische functie door onze samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam die patiënten met specifieke problemen naar ons doorverwijst. Dat betekent dat we extra moeten investeren in technologie, zorg en onderzoek. Ook daar besteden we geld aan.

Waar moeten we dan aan denken?

We zijn bezig met de verfijning van de insulinepomp die nu op een geprogrammeerde manier insuline afgeeft. De bedoeling is dat de pomp gaat reageren op het bloedsuikergehalte in het bloed, en dus de ene keer meer en de andere keer minder afgeeft. Wij hebben de input daarvoor, maar de industrie moet dat gaan maken. Het voordeel van deze verfijning is dat het niet alleen beter is voor de patiënt, maar ook dat het goedkoper wordt. Verder gaan we waarschijnlijk in november ook starten met een vaccinatiestudie om diabetes in een vroeg stadium op te sporen en te behandelen. We kunnen dan voorkomen dat het uitgroeit tot volledige diabetes en daarmee besparen we veel kosten.

Hoe zit het met de concurrentie?

Er is geen concurrentie. Het succes van Diabeter is gebaseerd op het feit dat kinderartsen/diabetologen zich fulltime bezighouden met (jonge) patiënten met diabetes. Daardoor is de medische kwaliteit hoog. De meeste kinderartsen doen, binnen de deuren van het ziekenhuis, diabetespatiënten erbij en zullen nooit het niveau van kennis halen dat wij hebben. Wat we nu wel zien, is dat er ziekenhuizen zijn die zich tot ons richten en vragen of we patiënten van hun kunnen overnemen. Of dat we in het ziekenhuis zelf met patiënten aan de slag gaan.

Hoe gaat de nieuwe locatie eruit zien?

We starten in Deventer bescheiden, maar we willen in een periode van twee á drie jaar 400 patiënten de zorg geven die ze nodig hebben. In eerste instantie zullen mijn collega Henk Jan Aanstoot en ik daar zelf spreekuur houden. Op termijn is het de bedoeling dat het wordt overgenomen door twee kinderartsen met ervaring op diabetesgebied, die we nu zelf opleiden. We zijn ook bezig om twee diabetesverpleegkundigen te trainen.

Hoe belangrijk is die opleiding?

Alle kennis die wij hebben opgedaan, willen we in een periode van een half jaar tot een jaar overbrengen. Het gaat dan niet om de principes van een diabetesbehandeling, die zijn



‘Veel kwaliteit gaat verloren in de zorg, omdat er onvoldoende wordt gecommuniceerd en kennis uitgewisseld’

bekend, maar vooral om de moeilijke gevallen. Hoe ga je daar als diabetoloog of diabetesverpleegkundige mee om? Het openen van een nieuwe locatie van Diabeter is niet te vergelijken met bijvoorbeeld het starten van een nieuw filiaal van Albert Heijn. Daar is een strategische locatie van belang en vervolgens kan het hele productassortiment van AH, dat wordt gekenmerkt door een goede kwaliteit, in de schappen worden opgenomen en verkocht. Bij ons draait alles om de kwaliteit van het personeel. Dat bepaalt ook het groeitempo; we willen goede mensen hebben die op eenzelfde manier handelen als wij doen. Dat kost tijd.

Wat betekent kwaliteit voor Diabeter?

Kwaliteit en transparantie zijn bij ons heel belangrijk. Het moet duidelijk zijn dat een patiënt op de locatie in Rotterdam hetzelfde kan verwachten als op de locatie Deventer. We hanteren dezelfde zorgsystematiek, werken met dezelfde database en voeren dezelfde kwaliteitscontrole uit. Mijn collega Aanstoot en ik zullen waarschijnlijk, ook als de kinderartsen/diabetologen zijn ingewerkt, wekelijks spreekuur blijven houden in Deventer voor de bijzondere gevallen. Het is heel belangrijk om onderling contact te houden en kennis te blijven uitwisselen. Ook daarom zullen we periodiek bij elkaar komen om van gedachten met elkaar te wisselen. Sowieso is de praktijk nu al dat we via de database met elkaar meekijken. Dat zal niet anders zijn voor de collega's in Deventer. Veel kwaliteit gaat verloren in de zorg, omdat er onvoldoende wordt gecommuniceerd en kennis uitgewisseld.

Wat houdt die database in?

De database is eigenlijk het EPD, waar we al tien jaar lang gegevens in opslaan. Daarin staan niet alleen de persoonlijk-

ke gegevens van patiënten, maar het geeft ook inzicht in bepaalde subgroepen van patiënten. Hierdoor kunnen we die subgroepen met elkaar vergelijken en vaststellen of er bijvoorbeeld behandelingen zijn die beter aanslaan dan andere. Zonder dit EPD waren we niet gekomen waar we nu zijn. Al onze medewerkers (diabetologen, verpleegkundigen, diëtisten, psychologen) hebben toegang tot dit dossier en vullen het met hun gegevens aan.

Wie levert volgens u de beste zorg: de huisarts met extra tweedelijnsstaken of de specialist die eerstelijnsachtige activiteiten ontplooit?

Dat hangt er helemaal vanaf. Je moet redeneren vanuit de patiënt. Hoeveel patiënten moet je zien, om deskundig te zijn? Dit kan betekenen dat een arts bepaalde specialismen heel goed kan uitvoeren als die maar vaak genoeg voorkomen in zijn praktijk, als hij voldoende geschoold is en het vak ook bijhoudt. In Nederland zitten we alleen vast aan bestaande structuren, waarbij macht een rol speelt. Het naburige ziekenhuis wil alle patiënten naar zich toetrekken voor alle voorkomende ziekten. De vraag is of dat ziekenhuis de juiste plek is voor al die behandelingen. Misschien kun je als patiënt elders beter terecht. Om een voorbeeld te noemen. De prognose voor kinderen met diabetes is slechter dan voor kinderen met leukemie. Echter, voor die laatste groep vinden we het niet raar om ze door te verwijzen naar een daarvoor geëquipeerd ziekenhuis. Voor diabetespatiënten wel. Daarvoor gaan we naar het reguliere ziekenhuis. Terwijl er veel winst, in (zorg)kosten maar ook in te voorkomen bijverschijnselen, te behalen valt als die kinderen in een gespecialiseerd centrum worden behandeld. Dan voorkom je bijvoorbeeld dat ze een diabetesvoet krijgen of dat ze arbeidsongeschikt raken. |