



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

# Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg

**Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg**

*Effecten op zorgproces en kwaliteit van zorg*

# Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg

Effecten op zorgproces en kwaliteit van zorg

JN Struijs  
JT de Jong-van Til  
LC Lemmens  
HW Drewes  
SR de Bruin  
CA Baan

RIVM  
Bilthoven, 2012

## Colofon

© RIVM 2012

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

JN Struijs  
JT de Jong-van Til  
LC Lemmens  
HW Drewes  
SR de Bruin  
CA Baan

Contact:  
JN Struijs  
Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek (PZO)  
[Jeroen.Struijs@rivm.nl](mailto:Jeroen.Struijs@rivm.nl)

RIVM-rapportnummer: 260224003  
ISBN: 9789069602554

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van ZonMw,  
in het kader van het programma Diabetes Ketenzorg.

## Voorwoord

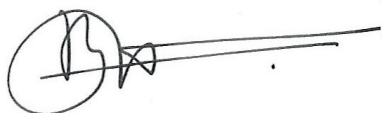
Er zijn de laatste jaren verscheidene ontwikkelingen in gang gezet om de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg voor mensen met diabetes te verbeteren. Over de resultaten van een van die ontwikkelingen doet dit rapport verslag.

In vervolg op zijn beleidsbrief 'Diabeteszorg beter' (2004) heeft de minister van VWS de Taakgroep Programma Diabeteszorg ingesteld met de opdracht een plan van aanpak op te stellen om de diabeteszorg te verbeteren. Dit plan van aanpak is in 2005 aan de minister aangeboden en bevat onder meer een voorstel om de implementatie te bevorderen van goede diabeteszorg op basis van de Zorgstandaard voor Diabetes type 2 van de Nederlandse Diabetes Federatie. Daartoe, zo luidde het voorstel, moesten de mogelijkheden worden onderzocht van inkoop van diabeteszorg op basis van de NDF Zorgstandaard bij multidisciplinair samengestelde aanbieders van integrale diabeteszorg. Dit heeft geleid tot het ZonMw-programma 'Diabetes Ketenzorg' met de oprichting van zorggroepen en tot de NZa-beleidsregel (eind 2006) die integrale bekostiging met de keten-dbc diabetes op experimentele basis mogelijk maakte.

Binnen het programma 'Diabetes Ketenzorg' heeft het RIVM in de periode 2007 tot en met 2009 een evaluatie uitgevoerd bij tien zorggroepen om zicht te krijgen op hun ervaringen met de keten-dbc diabetes. Het RIVM-rapport 'Experimenteren met de keten-dbc diabetes. De eerste zichtbare effecten' (2009) liet zowel positieve als negatieve effecten zien. Veel vragen bleven nog onbeantwoord, zoals de vraag of de kwaliteit van de diabeteszorg is verbeterd door invoering van integrale bekostiging. VWS heeft ZonMw daarom verzocht het programma 'Diabetes Ketenzorg' met twee jaar te verlengen en het RIVM een vervolgevaluatie te laten uitvoeren. De resultaten daarvan worden in dit rapport beschreven.

De resultaten van het rapport zijn zowel voor het beleid als voor de praktijk interessant. Voor het beleid zijn zij interessant omdat de integrale bekostiging inmiddels per 2010 landelijk is geïmplementeerd voor diabetes, COPD en vasculair risicomanagement met dien verstande dat er een overgangperiode is van drie jaar. Gedurende de overgangperiode heeft de minister de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging ingesteld met de opdracht de ontwikkelingen rond integrale bekostiging te monitoren en aan het eind van die periode aan de minister te adviseren of voldoende aan de randvoorwaarden is voldaan om de overgangperiode te beëindigen. De commissie kijkt daarbij met interesse naar de resultaten van het voorliggende onderzoek omdat in het betreffende ZonMw-programma al langer ervaring is opgedaan met integrale bekostiging. Ook voor de praktijk zijn de resultaten van het onderzoek interessant. Voor de zorggroepen omdat het referentiepunten verschaft waartegen de eigen situatie kan worden afgezet. Voor verzekeraars en patiënten omdat het zicht verschaft op effecten voor de kwaliteit van zorg.

Wij verwachten dat deze rapportage een bijdrage zal leveren aan de discussie over de gewenste organisatie van de diabeteszorg in Nederland.



Reinout van Schilfgaarde  
Voorzitter Stuurgroep ZonMw-programma Diabetes Ketenzorg



Dinny de Bakker  
Voorzitter Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging



# Inhoud

## Rapport in het kort 7

## Abstract 7

## Kernboodschappen 9

### 1 Inleiding 13

- 1.1 Achtergrond 13
- 1.2 Vervolgevaluatie keten-dbc diabetes in ZonMw programma Diabetes Ketenzorg 14
- 1.3 Breder kader 15
- 1.4 Leeswijzer 16

### 2 Beantwoording kernvragen 17

- 2.1 Hoe is de zorg binnen zorggroepen drie jaar na de invoering van integrale bekostiging georganiseerd? 17
- 2.2 Wat is de kwaliteit van de zorg die zorggroepen leveren twee en drie jaar na de invoering van integrale bekostiging? 26
- 2.3 In hoeverre stimuleert integrale bekostiging taakherschikking en taakdelegatie? 33
- 2.4 Hoe wordt omgegaan met mensen met comorbiditeit door zorggroepen? 35
- 2.5 Hoe is de patiëntenparticipatie vormgegeven binnen zorggroepen? 36
- 2.6 Wat zijn de ervaringen van alle betrokken partijen drie jaar na invoering van integrale bekostiging? 39

### 3 Beschouwing 45

- 3.1 Resultaten samengevat 45
- 3.2 Resultaten in perspectief 47
- 3.3 Onderzoeksmethoden 50
- 3.4 Aanbevelingen 52

## Literatuur 55

## Bijlagen 59

- Bijlage 1 Auteurs, Met bijdrage van, Stuurgroep ZonMw programma Diabetes Ketenzorg, Interne referenten 59
- Bijlage 2 Methode 61
- Bijlage 3 Kwaliteit van zorg op basis van registratiegegevens 68
- Bijlage 4 Resultaten van het vragenlijstonderzoek onder patiënten 98
- Bijlage 5 Samenvatting karakteristieken zorggroepen 115
- Bijlage 6 Afkortingen 123



## Rapport in het kort

### **Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg: effecten op zorgproces en kwaliteit van zorg**

Sinds 2007 is het mogelijk om standaard diabeteszorg door middel van een keten-dbc diabetes via zorggroepen te bekostigen. In dit rapport worden de effecten van dit nieuwe bekostigingsmodel (integrale bekostiging (IB)) op het zorgproces en de kwaliteit van de diabeteszorg beschreven.

Er zijn diverse veranderingen in het zorgproces zichtbaar. Zo zijn veel taken van de huisarts gedelegeerd naar de praktijkondersteuner en worden oogcontroles vaker uitgevoerd door een optometrist in plaats van de oogarts. De patiënt wordt nog te weinig betrokken bij het zorgproces. Zelfmanagementondersteuning is nog niet goed ontwikkeld. Ook wordt de patiënt niet altijd geïnformeerd over het feit dat hij voor de diabeteszorg is aangesloten bij een zorggroep.

Het effect van IB op de kwaliteit van zorg is niet eenduidig te interpreteren. Er zijn (kleine) verbeteringen in proces- en uitkomstindicatoren te zien. Deels door kwaliteitsverbetering en deels door verbetering in het registratieproces. Zo is het percentage patiënten met een systolische bloeddruk of cholesterolgehalte onder de streefwaarde toegenomen met respectievelijk 6 en 10 procentpunten. De klinische relevantie van de verbeteringen zijn onduidelijk. Langetermijneffecten, zoals het voorkomen of uitstellen van complicaties, zijn nog niet aan te tonen. De transparantie van de kwaliteit van de zorg is toegenomen maar nog steeds onvoldoende. ICT-systemen voldoen nog niet aan de toenemende informatiebehoefte van alle betrokkenen en er is ook te weinig eenheid in het registreren van zorggegevens. Inzicht in effecten van IB op de lange termijn is belangrijk om IB op zijn waarde te kunnen schatten.

Trefwoorden: Integrale bekostiging – zorggroepen – diabetes – zorg – keten-dbc

## Abstract

### **Bundled payments of diabetes care: effects on care delivery process and quality of care at three-year follow-up**

Since 2007 it has been possible to purchase chronic diabetes care by bundled payments. The effects of this payment reform on the health care delivery process and quality of care are described in this report.

Several changes in the health care delivery process were observed. For instance, many tasks of GPs were delegated to practice nurses. Eye examinations were more often performed by optometrists than by ophthalmologists. Patient involvement in the health care delivery process is still limited. In addition, patients were not always informed about their participation in a care program delivered by a care group. Also self-management support provided by healthcare providers is still underdeveloped.

The effects of bundled payments on the quality of care are not easy to interpret. After a three-year follow-up period, a modest improvement is visible on most process indicators. Most outcome indicators improved as well. For instance, the percentage of patients whose blood pressure or cholesterol level conformed to the standards improved by 6 and 10 percentage points respectively. It is unclear whether these changes are clinically relevant. Long-term effects of bundled payments such as the prevention of complications cannot be determined.

The transparency of care delivered increased but is still suboptimal. Current IT-systems do not fulfill the increasing information needs of stakeholders, which is partly due to a lack of uniformity how to register health care quality information. Insight in the long-term effects of bundled payments is important to estimate the potentials of bundled payments on their true value.

Key words: Bundled payments – care groups – diabetes – health care – payment reform





## Kernboodschappen

### Evaluatie na drie jaar integrale bekostiging

De laatste jaren zijn er veel ontwikkelingen binnen de chronische zorg geweest met als doel de effectiviteit en de kwaliteit van de chronische zorg te verbeteren en de kosten beheersbaar te houden, onder meer door multidisciplinaire samenwerking binnen zorgprogramma's. Om de invoering van dergelijke zorgprogramma's te versnellen heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een nieuw bekostigingsmodel voor de chronische zorg (de keten-diagnosebehandelcombinatie, afgekort keten-dbc) ontwikkeld. Dit model maakt het mogelijk om alle onderdelen van een zorgprogramma als één integrale prestatie/product te contracteren. Vanaf 2007 is, eerst op experimentele basis, in zorggroepen gewerkt met de keten-dbc diabetes. Vanaf 2010 is integrale bekostiging voor diabeteszorg, COPD-zorg en vasculair risicomanagement structureel ingevoerd, hoewel het contracteren via de oude bekostigingssystematiek nog steeds mogelijk is. Anno 2010 waren er ongeveer honderd zorggroepen met een zorgprogramma voor diabetes. Een aantal zorggroepen heeft daarnaast ook andere zorgprogramma's gecontracteerd of is deze aan het voorbereiden. De ervaringen van negen zorggroepen zijn binnen het ZonMw programma 'Diabetes Ketenzorg' geëvalueerd. De bevindingen na één jaar zijn in een eerder rapport beschreven. In dit rapport worden de resultaten twee en drie jaar na invoering van integrale bekostiging beschreven. De resultaten zijn gebaseerd op registratiegegevens van de zorggroepen, interviews met betrokken zorgverleners en zorggroepmanagers en patiëntenvragenlijsten. De evaluatie geeft inzicht in de effecten van integrale bekostiging op de kwaliteit van de zorg, maar niet op de effecten op de (macro)kosten van de zorg.

### Organisatiestructuur van zorggroepen vrijwel onveranderd, verschillen tussen keten-dbc contracten worden kleiner

Tussen evaluatie-1 en 2 hebben er geen grote organisatorische veranderingen binnen de zorggroepen plaatsgevonden. Zorggroepen zijn ten tijde van evaluatie-2 nog steeds voornamelijk monodisciplinaire samenwerkingsverbanden van huisartsen. Wel blijkt het aantal huisartsen (en daarmee ook het aantal patiënten) dat in een zorggroep participeert in de periode tussen de beide evaluaties sterk te zijn toegenomen. Net als in evaluatie-1 komt de manier waarop de governance door de zorggroepen wordt vormgegeven niet overeen met de uitgangspunten van de Zorgbrede Governancecode. De helft van de zorggroepen heeft geen toezichthoudend orgaan.

De verschillen in zorginhoud en tarieven tussen de verschillende keten-dbc contracten zijn in de afgelopen jaren kleiner geworden. Dit kan waarschijnlijk grotendeels verklaard worden door de opgebouwde ervaring van zowel de zorgverzekeraars als de zorggroepen. De contractonderhandelingen over een nieuw keten-dbc contract nemen ondanks de toegenomen expertise bij zowel de zorgverzekeraars als de zorggroepen nog veel tijd in beslag.

### Effecten op kwaliteit van zorg niet eenduidig te interpreteren

De resultaten van de procesindicatoren laten over het algemeen een (lichte) verbetering zien. Een aantal indicatoren was in jaar 2 al hoog te noemen. Zo werd bij meer dan 90% van de patiënten in zowel jaar 2 als jaar 3 het HbA1c en de BMI bepaald en de bloeddruk gemeten. Bij de procesindicatoren voetonderzoek, nierfunctie- en cholesterolbepalingen was een verbetering tussen jaar 2 en jaar 3 waarneembaar. Het percentage patiënten bij wie een oogonderzoek werd afgenomen in de afgelopen twaalf maanden is licht afgenomen (-3,5%). Maar deze indicator is lastiger te interpreteren, deels omdat het oogonderzoek steeds vaker tweemaal wordt gecontracteerd in plaats van jaarlijks en deels vanwege registratieproblemen. Er bestaat nog veel variatie tussen zorggroepen op de samengestelde procesindicator 'het percentage patiënten bij wie HbA1c, BMI, LDL-cholesterol en nierfunctie bepaald is en dat een voetonderzoek heeft gehad'. De verbetering in procesindicatoren kan waarschijnlijk deels toegeschreven worden aan een verbeterde registratiediscipline. De verbetering in procesindicatoren wordt ook gerapporteerd door zorggroepmanagers, zorgverleners en zorgverzekeraars.

Een aantal uitkomstindicatoren laat eveneens een (lichte) verbetering zien. Zo nam het percentage patiënten met een systolische bloeddruk onder de streefwaarde van 140 mmHg toe met ruim 6%. Ook werden steeds vaker bij patiënten de streefwaarden voor cholesterol gehaald (+10%). De gemiddelde HbA1c steeg enigszins (+0,5 mmol/mol). De BMI bleef vrijwel onveranderd. Het is onduidelijk wat de klinische relevantie is van deze verbeteringen in patiëntuitkomsten als ook de impact op 'harde' medische uitkomstmaten, zoals hart- en vaatziekten en sterfte.

De patiënten beoordeelden de samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners positief. Ruim 90% van de patiënten gaf aan de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners goed of uitstekend te vinden. Dit percentage is de afgelopen jaren gelijk gebleven.

### **Taakherschikking en taakdelegatie komen veelvuldig voor en geven aanleiding tot meer kwaliteitsborging**

Binnen de zorggroepen is vaak sprake van taakherschikking en -delegatie, zowel binnen de eerste lijn als tussen de eerste en tweede lijn. In alle zorggroepen is de praktijkondersteuner HBO (poh) de spil van de diabeteszorg en worden de reguliere controles veelal door hen uitgevoerd. Ook bij de uitvoering van het oogonderzoek is veelvuldig sprake van taakherschikking van de oogarts naar optometristen, graders, gespecialiseerde verpleegkundigen en huisartsen. Daarnaast worden in toenemende mate insuline-afhankelijke patiënten zonder complicaties in de huisartsenpraktijk behandeld in plaats van in de tweede lijn. Uit de interviews met de zorgverleners komen positieve geluiden over taakherschikking en -delegatie naar voren. Zo zou een poh meer tijd en aandacht aan de patiënt kunnen besteden dan de huisarts en is de zorg beter gestructureerd en geprotocolleerd. De huisarts krijgt daarmee een meer superviserende rol en zou meer tijd overhouden voor andere patiënten.

Er worden echter ook kritische kanttekeningen geplaatst door zorgverleners. Zo is er een risico op kwaliteitsverlies in de huisartsenpraktijk door met name kennisverlies van huisartsen doordat zij minder contact hebben met hun diabetespatiënten. Maar ook zouden poh's soms teveel verantwoordelijkheid krijgen of nemen, terwijl zij daar onvoldoende voor geschoold zijn. Bijvoorbeeld ten aanzien van doseringsadviezen of (algemene) dieetadvisering. Bij substitutie van patiënten van de tweede lijn naar de huisartsenpraktijk zien sommige zorgverleners uit de tweede lijn risico's, waaronder het te laat insturen van patiënten naar de tweede lijn. Door deze onderkenning van mogelijke risico's van taakherschikking en -delegatie komt kwaliteitsborging bij diverse zorggroepen steeds hoger op de agenda te staan. Hierbij komen vragen aan bod over hoe huisartsen hun superviserende rol zouden moeten vormgeven en welke rol de zorggroep en zorgverzekeraar hierin hebben.

### **Comorbiditeit en polyfarmacie niet hoog op de agenda**

Omdat patiënten met diabetes veelal meerdere chronische aandoeningen hebben, is afstemming van de diabeteszorg ten aanzien van andere zorgprogramma's en medicatie van belang. Uit de interviews komt naar voren dat zorgverleners vooralsnog geen grote problemen lijken te zien of te ervaren. De zorgverleners die werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk geven aan dat zij al van oudsher gewend zijn om in te spelen op de totale zorgvraag van patiënten en daar ook op zijn ingesteld. Mogelijk speelt het comorbiditeitsvraagstuk in zorggroepen nog niet doordat de meeste zorggroepen (nog) maar één of hooguit twee zorgprogramma's gecontracteerd hebben en de overige geleverde zorg nog via de oude bekostigingssystematiek wordt gedeclareerd. Vier van de negen zorggroepen hadden in 2011 naast de keten-dbc diabetes ook een keten-dbc COPD en/of vasculair risicomanagement (VRM).

Daarnaast is er nog weinig aandacht voor polyfarmacie, terwijl dit veelvuldig voorkomt bij diabetespatiënten met meerdere chronische aandoeningen. In het multidisciplinaire protocol van zorggroepen zijn geen afspraken opgenomen over polyfarmacie. Ook is de rol van de apotheker bij de zorggroep beperkt; een groot deel van de zorggroepen voert nog geen structureel overleg met de apothekers in de regio.

### **Patiëntenparticipatie staat nog in de kinderschoenen**

Patiëntenparticipatie kan worden onderscheiden in patiëntenparticipatie bij het primaire zorgproces (zelfmanagement) en patiëntenparticipatie bij organisatorische besluitvormingsprocessen. De ondersteuning van zelfmanagement bij patiënten is nog in ontwikkeling en wordt doorgaans nog niet op een systematische en geïntegreerde wijze aangeboden. Een enkele zorggroep biedt groepseducatie aan. Twee zorggroepen hebben een elektronisch patiëntenportaal, zodat patiënten thuis kunnen inloggen op hun eigen elektronisch dossier en er ook zelf gegevens aan toe kunnen voegen. Bij drie zorggroepen is dit in voorbereiding. Een aantal zorgverleners gaf aan dat middelen voor ondersteuning van zelfmanagement ontbreken, dat ze de kennis van (andere) zorgverleners ontoereikend vinden voor zelfmanagementondersteuning en ook dat patiënten geen of weinig behoefte hebben aan zelfmanagement(ondersteuning).

Ten aanzien van patiëntenparticipatie op organisatorisch niveau blijkt dat patiënten niet in alle zorggroepen worden geïnformeerd over hun deelname aan een zorgprogramma onder verantwoordelijkheid van een

zorggroep. Zorggroepen verschillen in de wijze waarop en waarover zij hun patiënten informeren. Hierdoor zijn patiënten vaak niet op de hoogte dat zij, als gevolg van hun deelname aan een zorgprogramma, naast een relatie met een huisarts nu ook een relatie hebben met een zorggroep. Ook bij organisatorische besluitvormingsprocessen van de zorggroep is de rol van de patiënt in de meeste zorggroepen zeer beperkt. Dit is wel van belang om het uiteindelijke doel van zorgvernieuwingen – goede patiëntenzorg leveren – niet uit het oog te verliezen en de organisatie van de zorg zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de wensen en behoeften van de patiënt.

### **ICT voldoet nog steeds niet aan informatiebehoefte van alle betrokkenen**

In toenemende mate wordt door zorggroepen gebruikgemaakt van zogenaamde keteninformatiesystemen (KIS). Een aantal managers van zorggroepen die recent zijn overgestapt op een KIS is positief over zowel de mogelijkheden binnen het primaire zorgproces als de bedrijfsvoering van de zorggroep. Echter nog niet alle zorgverleners hebben toegang tot het KIS van een zorggroep. Ook de integratie tussen het huisartsinformatiesysteem (HIS) en KIS was in de afgelopen jaren nog verre van optimaal, waardoor gegevens dubbel geregistreerd moesten worden; zowel in het eigen registratiesysteem van de zorgverlener als in het KIS van de zorggroep. De zorgverleners ervoeren dit als zeer belastend. Ook zijn niet alle zorgverzekeraars tevreden over de kwaliteit van de door de zorggroepen gerapporteerde verantwoordingsinformatie.

### **Transparantie van kwaliteit van geleverde zorg nog onvoldoende**

Binnen het model van integrale bekostiging speelt inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg een belangrijke rol. Enerzijds tussen de zorggroep en de zorgverzekeraar, waar verantwoordingsinformatie de verzekeraar inzicht geeft in de kwaliteit van de geleverde zorg. Anderzijds is het geven van spiegelinformatie een belangrijk instrument voor zorggroepen om de kwaliteit van zorg te verbeteren bij de deelnemende zorgverleners. De NDF Zorgstandaard heeft indicatoren opgenomen die een goed beeld kunnen geven van de kwaliteit van zorg. Echter, de wijzen waarop de indicatoren berekend worden zijn momenteel onvoldoende inzichtelijk en niet landelijk gestandaardiseerd en verschillen tussen zorggroepen. De indicatoren uit de jaarverslagen van zorggroepen kunnen dus niet (goed) met elkaar vergeleken worden. Daarnaast worden de verantwoordingsinformatie en de spiegelinformatie veelal opgesteld door de zorggroepen zelf, waardoor een schijn van belangenverstrengeling kan ontstaan.

### **Zorggroepen monitoren de kwaliteit van de zorg niet longitudinaal**

Naast inzicht in de kwaliteit van zorg binnen de zorggroepen op één moment, is het ook van belang om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de diabeteszorg over een langere periode. Door patiënten langdurig binnen de zorggroepen goed te controleren en te behandelen kunnen mogelijk complicaties worden voorkomen of uitgesteld, waardoor mogelijk kostenbesparingen gerealiseerd kunnen worden. Om deze langetermijneffecten van integrale bekostiging en de gebruikte zorgprogramma's te kunnen evalueren, is het van belang om niet alleen te rapporteren hoe de zorggroep in een bepaald jaar heeft gepresteerd, maar ook om de kwaliteit van zorg over een langere periode te analyseren. Echter, deze longitudinale analyse blijkt niet goed mogelijk met de huidige registratiesystemen van de zorggroepen. Zo is het noodzakelijk dat zorggroepen de in- en uitstroom van patiënten in de zorggroep goed in beeld hebben. Uit de registratiegegevens van zorggroepen blijkt dat jaarlijks een aanzienlijk percentage van de patiënten 'uitstroomt' uit de zorggroep. Diverse zorggroepen hadden dit uitstroompercentage in eerste instantie niet voorhanden en moesten extra inspanningen doen om dit percentage aan te kunnen leveren. Er is daarnaast onvoldoende inzicht in de overgang tussen de eerste en tweede lijn.

### **Samenvattend**

Drie jaar na invoering van integrale bekostiging van de diabeteszorg zijn zorggroepen nog steeds voornamelijk monodisciplinaire huisartsenverbanden. De inhoud en het tarief van de keten-dbc diabetes worden uniformer en stemmen grotendeels overeen met de NDF Zorgstandaard. Taakherschikking en taakdelegatie komen veelvuldig voor. Het effect van integrale bekostiging op de kwaliteit van zorg is niet eenduidig te interpreteren. Deels omdat de transparantie van de kwaliteit van de geleverde zorg nog onvoldoende is.

Er zijn (kleine) verbeteringen in proces- en uitkomstindicatoren te zien. Langetermijneffecten, zoals uitstel of afstel van complicaties, zijn nog niet aan te tonen. Patiëntenparticipatie, in de vorm van zowel zelfmanagementondersteuning als inspraak op organisatorisch niveau, is nog onvoldoende ontwikkeld,

maar krijgt wel steeds meer aandacht binnen de zorggroepen. De ICT voldoet nog niet aan de (groeierende) informatiebehoefte van alle betrokkenen, maar ook is er een gebrek aan eenheid van registeren en berekenen van indicatoren.

Inzicht in effecten van integrale bekostiging op de kwaliteit van de zorg op de lange termijn is van belang om het nieuwe model op zijn waarde te kunnen schatten. De huidige gevonden effecten op de kwaliteit van de zorg zullen daarnaast moeten worden gespiegeld aan de effecten op de totale zorgkosten om zo inzicht in doelmatigheid van integrale bekostiging te kunnen verkrijgen.

# 1

# Inleiding

## 1.1 Achtergrond

### **4% van de Nederlandse bevolking heeft diabetes en dit percentage zal in de toekomst sterk stijgen**

Diabetes is een veelvoorkomende ziekte die op den duur complicaties met zich mee kan brengen, zoals hart- en vaatziekten, blindheid en aantasting van de nieren en het zenuwstelsel. Op 1 januari 2007 waren er in Nederland 670.000 mensen met diabetes bij de huisarts bekend en gedurende dat jaar werden nog eens 71.000 mensen met diabetes gediagnosticeerd. Naast de mensen met diabetes die bij de huisarts bekend zijn, zijn er nog altijd veel mensen met diabetes zonder dat zij het weten: minimaal 250.000 (Baan et al., 2009a). De afgelopen decennia is het aantal mensen met diabetes wereldwijd sterk gestegen en dit geldt ook voor Nederland (Danaei et al., 2011). In de periode 2000-2007 steeg de jaarprevalentie van diabetes met 55% (Baan et al., 2009a). De stijging in het aantal mensen met diabetes zal zich de komende jaren verder doorzetten. Naar verwachting zal in 2025 het aantal mensen bij wie diabetes gediagnosticeerd is, zijn toegenomen tot ruim 1,3 miljoen. Dit komt overeen met ongeveer 8% van de Nederlandse bevolking in 2025 (Baan et al., 2009b). Deze toename heeft grote gevolgen voor de zorg(last) en zorgkosten.

### **Veel initiatieven ontwikkeld om kwaliteit van chronische zorg te verbeteren**

De afgelopen jaren zijn diverse initiatieven binnen de diabeteszorg in gang gezet om de effectiviteit en de

kwaliteit van de diabeteszorg te verbeteren, ondermeer door multidisciplinaire samenwerking in zorgprogramma's. Belangrijk hierbij was de ontwikkeling van de Zorgstandaard diabetes type 2 van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) (NDF, 2007). De NDF Zorgstandaard heeft als doel de kwaliteit van de zorg te optimaliseren en beschrijft op hoofdlijnen aan welke zorginhoudelijke en organisatorische eisen chronische zorg moet voldoen (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2010; Struijs et al., 2010). In de praktijk bleek echter dat het opstellen van een zorgstandaard alleen onvoldoende was om op continue basis samenwerkingsverbanden tussen zorgverleners tot stand te brengen en zo de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Vooral de versnipperde bekostigingssystematiek van de verschillende onderdelen van de chronische zorg werd door het veld als een belangrijke barrière gezien (Taakgroep, 2005). Om hieraan tegemoet te komen maakte de minister van VWS het in 2007 mogelijk om te experimenteren met een nieuwe bekostigingssystematiek van de generieke diabeteszorg.

### **Experimenten met nieuwe bekostigingssystematiek om zorgprogramma's te stimuleren**

De nieuwe bekostigingssystematiek, ook wel aangeduid als integrale bekostiging (IB), omvat een keten-diagnosebehandelcombinatie (keten-dbc) waarmee alle losse onderdelen van de chronische zorg voor één bepaalde aandoening als één prestatie/product ingekocht worden. Doel van IB was om omstandigheden te

realiseren waarin verzekeraars goede zorg tegen een aanvaardbare prijs kunnen inkopen bij multidisciplinair georganiseerde zorggroepen die hun zorgaanbod inrichten in overeenstemming met de Zorgstandaard. In de periode 2007 tot en met 2009 heeft het RIVM binnen het ZonMw programma 'Diabetes Ketenzorg' een evaluatie uitgevoerd bij tien zorggroepen om inzicht te krijgen in hun ervaringen met de invoering van de keten-dbc diabetes (Struijs et al., 2009).

### **Eerste evaluatie gaf inzicht in ontwikkelingen, maar aantal vragenstukken niet opgelost**

Uit de eerste evaluatie kwam naar voren dat door IB de zorggroep verantwoordelijk is geworden voor de kwaliteit van (de organisatie van) de diabeteszorg en hiervoor als aanspreekpunt fungeert voor de zorgverzekeraar. Dit kwam het zorgproces ten goede, onder andere omdat de samenwerking tussen zorgverleners is geformaliseerd in (deel)contracten waarin is vastgelegd welke zorg door wie wordt verleend en tegen welke prijs. Daarnaast bleek dat zorggroepen eisen stelden aan de door hen gecontracteerde zorgverleners voor wat betreft bij- en nascholing, het bijwonen van multidisciplinair overleg en het periodiek visiteren van huisartsenpraktijken. Ook werden afspraken gemaakt over de registratie en rapportage van zorggerelateerde gegevens, waardoor de zorggroepen beter in staat waren via spiegelinformatie inzicht te krijgen in de kwaliteit van de geleverde zorg. Echter, de ICT bleek in de meeste zorggroepen vooralsnog ontoereikend om aan de informatiebehoefte van zowel zorgverleners en zorggroepen als zorgverzekeraars te kunnen voldoen. Nadelige aspecten van het IB-model bleken onder andere de sterke onderhandelingspositie van de zorggroep ten opzichte van individuele zorgverleners en de mogelijke beperking van de keuzevrijheid van patiënten, omdat zorggroepen met voorkeursbehandelaars werken. Verder was het voor patiënten vaak onduidelijk bij wie ze terecht konden als ze klachten hadden over de kwaliteit van zorg die verleend wordt door de zorggroep.

De nieuwe vorm van samenwerken liet vooralsnog geen zichtbare verbetering in patiëntuitkomsten zien. Deels kan dit komen omdat de kwaliteit van de diabeteszorg in Nederland vóór de invoering van IB al goed te noemen was, maar ook doordat de kwaliteit van de geregistreerde gegevens nog niet voldoende was als gevolg van ICT-problemen om een effect op patiëntuitkomsten te kunnen waarnemen. Daarnaast konden als gevolg van de follow-up-duur van één jaar eventuele veranderingen in de procesindicatoren niet worden gemeten. Vele vragenstukken bleven nog onbeantwoord, waaronder het effect van IB op de macrokosten van de zorg en hoe de organisatie van ziekte-specifieke zorgprogramma's zich verhoudt tot de zorgvraag van patiënten met meerdere aandoeningen.

### **Meer inzicht gewenst in langetermijneffecten van IB op effectiviteit en kwaliteit van zorg**

Om meer inzicht te krijgen in de langetermijneffecten van IB op de kwaliteit van de zorg en om een antwoord te krijgen op een deel van de openstaande vraagstukken heeft ministerie van VWS ZonMw verzocht het programma 'Diabetes Ketenzorg' met twee jaar te verlengen. In deze periode voerde het RIVM een vervolgevaluatie uit naar het werken met de keten-dbc voor diabetes. ZonMw heeft de tien zorggroepen van de eerste evaluatie benaderd met de vraag of zij opnieuw aan een evaluatiestudie wilden deelnemen. Negen zorggroepen hebben toegestemd.

## **1.2 Vervolgevaluatie keten-dbc diabetes in ZonMw programma Diabetes Ketenzorg**

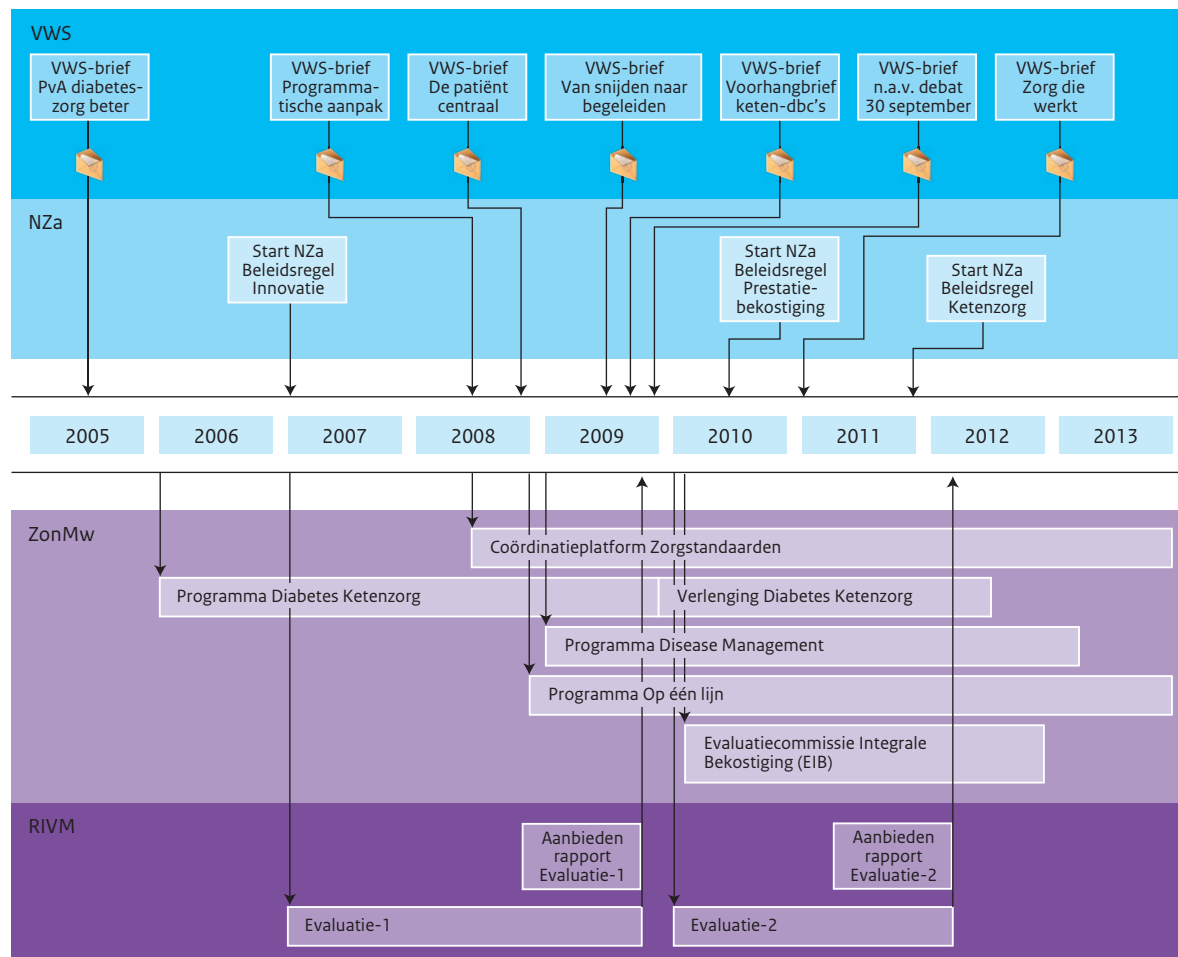
De vervolgevaluatie bouwt voort op de eerdere RIVM-evaluatie en heeft als doel inzicht te geven in het werken met de keten-dbc, de effecten na twee en drie jaar op biomedische gezondheidsmaten en de ervaringen van patiënten, zorgverleners en andere betrokken partijen.

De onderzoeksvragen luiden als volgt:

1. Hoe is de zorg binnen zorggroepen drie jaar na de invoering van integrale bekostiging georganiseerd?
2. Wat is de kwaliteit van de zorg die zorggroepen leveren twee en drie jaar na de invoering van integrale bekostiging?
3. In hoeverre stimuleert integrale bekostiging taakherschikking en taakdelegatie?
4. Hoe wordt omgegaan met mensen met comorbiditeit door zorggroepen?
5. Hoe is de patiëntenparticipatie vormgegeven binnen zorggroepen?
6. Wat zijn de ervaringen van alle betrokken partijen drie jaar na invoering van integrale bekostiging?

De onderzoeksvragen van de huidige evaluatie zijn deels overlappend met de onderzoeksvragen van evaluatie-1, daarnaast zijn naar aanleiding van de bevindingen van evaluatie-1 nieuwe onderzoeksvragen geformuleerd. De evaluatie geeft geen inzicht in de (macro)kosten van de zorg. Het RIVM is recent gestart met een onderzoek naar de effecten van IB op de macrokosten van de zorg, waarbij gebruik wordt gemaakt van declaratiegegevens van Vektis. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS en de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (EIB).

**Figuur 1.1** Tijdslijn van de ontwikkelingen op het gebied van integrale bekostiging.



### 1.3 Breder kader

Vooruitlopend op de resultaten van de evaluatie besloot de Tweede Kamer in september 2009 om integrale bekostiging van diabeteszorg en vasculair risicomanagement (VRM) per 1 januari 2010 structureel in te voeren (VWS, 2009). Integrale bekostiging van COPD werd per 1 juli 2010 structureel ingevoerd, nadat de Zorgstandaard COPD was geautoriseerd. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelde hiervoor de beleidsregel 'Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, CVR, COPD)' vast (NZa, 2010). Deze beleidsregel is per 1 januari 2011 overgegaan in de beleidsregel 'Keten-zorg - Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)' (NZa, 2011). Een deel van de Tweede Kamer gaf echter aan bezorgd te zijn over de mate waarin aan de randvoorwaarden voor de invoering van IB voldaan was en/of deze voldoende uitgekristalliseerd waren. Op verzoek van de Tweede Kamer heeft de minister van VWS daarom in 2010 de EIB voor een periode van drie jaar

ingesteld (VWS, 2010a). Gedurende deze periode zal de EIB de ontwikkelingen rondom integrale bekostiging monitoren, periodiek aan de minister rapporteren in hoeverre aan de randvoorwaarden van IB wordt voldaan en of dat ook resulteert in de beoogde effecten van IB. Na afloop van deze periode zal de EIB de minister adviseren of de overgangperiode kan worden beëindigd. De EIB heeft in maart 2011 zijn eerste bevindingen gerapporteerd (EIB, 2011a; EIB, 2011b). In 2009 is verder het Coördinatieplatform Zorgstandaarden ingesteld om de overheid en het veld te adviseren over zorgstandaarden en de inhoudelijke afstemming tussen zorgstandaarden te bevorderen (VWS, 2010b; Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2010). Daarnaast heeft het ministerie van VWS in zijn 'Voorhangbrief keten-dbc's en huisartsenbekostiging' (VWS, 2009) de NZa de opdracht gegeven om eind 2011 een monitor uit te brengen over de effecten van de invoering van IB. Daarin zal aandacht zijn voor de risico's voor mededingingsproblemen rond zorggroepen als gevolg van de invoering van IB en in hoeverre hierdoor de



publieke belangen in de zorg (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) in gevaar komen.

Naast bovenstaande bestuurlijke trajecten zijn er meerdere onderzoeks- en implementatieprogramma's geïnitieerd met als doel de kwaliteit en de organisatie van de zorg te verbeteren. Deze programma's hebben raakvlakken met IB. Zo is ZonMw in opdracht van het ministerie van VWS in 2008 gestart met het programma 'Disease management Chronische Ziekten' (ZonMw, 2007). De doelstelling van dit ZonMw programma is driedelig: 1) het initiëren van lokale/regionale experimenten op het gebied van disease management, 2) het stimuleren van onderzoek op het gebied van disease management-toepassingen en 3) het bevorderen van het gebruik van de kennis en inzichten van succesvol afgeronde projecten in de praktijk van de gezondheidszorg. Het programma richt zich naast mensen met diabetes ook op mensen met hart- en vaatziekten, kanker, aandoeningen van het bewegingsapparaat, COPD en psychische stoornissen en op mensen met een verhoogd risico op minimaal één van deze ziekten. Het programma heeft een looptijd van vier jaar.

Een ander onderzoeksprogramma betreft het ZonMw programma 'Op één lijn' (ZonMw, 2010). Dit programma beoogt een impuls te geven aan georganiseerde multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnszorg. Hierbij is speciale aandacht voor de samenwerking rond de zorg voor ouderen en zes diagnosegroepen: diabetes, hartfalen, cardiovasculair risicomanagement, COPD, psychische aandoeningen en klachten aan het bewegingsapparaat. De doelstellingen van het programma zijn: 1) het geven van een impuls aan de ontwikkeling van gestructureerde samenwerking in de zorg dicht bij huis, 2) het vergroten en bundelen van kennis over varianten van samenwerking in de zorg dicht bij huis, 3) het vertalen van deze praktijkkennis in toegankelijke en bruikbare informatie en implementatietools voor (nieuw startende) samenwerkingsverbanden en 4) het delen van resultaten en ervaringen uit het programma met beleidsmakers en andere relevante stakeholders. Het programma 'Op één lijn' loopt van 2009 tot en met 2013.

Figuur 1.1 vat de hierboven beschreven ontwikkelingen samen.

## 1.4 Leeswijzer

Dit rapport beschrijft het onderzoek naar de ontwikkelingen binnen zorggroepen en de kwaliteit van de door zorggroepen geleverde zorg in de afgelopen drie jaren. De belangrijkste conclusies en aanbevelingen zijn samengevat in kernboodschappen aan het begin van dit rapport, deze fungeren tevens als managementsamenvatting.

De bevindingen worden aan de hand van de zes onderzoeksvragen gepresenteerd in Hoofdstuk 2. In Hoofdstuk 3 worden de conclusies bediscussieerd en worden daarnaast aanbevelingen voor beleid en toekomstig onderzoek geformuleerd.

In Bijlage 1 worden de RIVM medewerkers genoemd die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van dit rapport en de leden van de stuurgroep van ZonMw. In Bijlage 2 worden de opzet van de evaluatie en de gehanteerde onderzoeksmethoden in detail beschreven. Bijlage 3 en 4 gaan in op de resultaten van de kwaliteit van de zorg op basis van de registratiegegevens (Bijlage 3) en het vragenlijstonderzoek onder patiënten (Bijlage 4). Bijlage 5 geeft van elke zorggroep de organisatiestructuur in een figuur weer.

# 2

## Beantwoording kernvragen

### 2.1 Hoe is de zorg binnen zorggroepen drie jaar na de invoering van integrale bekostiging georganiseerd?

#### Leeswijzer

Met de introductie van integrale bekostiging en de hieraan gerelateerde oprichting van zorggroepen is verandering gekomen in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. In Tekstbox 2.2 worden de uitgangspunten van het Integrale Bekostiging-model (IB) kort samengevat. Een uitgebreide beschrijving van het IB-model is terug te vinden in het rapport *Experimenteren met de keten-dbc diabetes* (Struijs et al., 2009). Daarnaast wordt in Paragraaf 2.1.1 aan de hand van een aantal algemene karakteristieken beschreven hoe de zorggroepen zijn vormgegeven. Tenslotte gaat Paragraaf 2.1.2 dieper in op de keten-dbc contracten die zijn afgesloten tussen zorggroepen en de zorgverzekeraars waarbij zowel de zorginhoud als de tariefontwikkeling aan bod komen.

#### 2.1.1 Algemene karakteristieken zorggroepen

In deze paragraaf gaan we in op de wijze waarop zorggroepen zijn vormgegeven. Per zorggroep worden de juridische entiteit, rechtsvorm, eigenaarschap en de gecontracteerde individuele zorgverleners en zorginstellingen besproken. Vervolgens komen ook de ICT en het toezicht aan bod. Bijlage 5 presenteert een samenvattend figuur van iedere zorggroep.

#### Algemene kenmerken

##### Geen veranderingen in rechtsvorm van zorggroepen

De wijze waarop de juridische entiteit van zorggroepen is vormgegeven varieert (zie Tabel 2.1). Er zijn bv's (besloten vennootschap) (n=3), stichtingen (n=3), coöperaties (n=2) en een cv (commanditaire vennootschap) (n=1). Geen van de zorggroepen heeft haar rechtsvorm na oprichting veranderd. De keuze van de rechtsvorm werd bij de oprichting hoofdzakelijk bepaald door de al bestaande organisatiestructuren en door fiscaaljuridische overwegingen (zoals btw en aansprakelijkheden). Bij vier zorggroepen is er sprake van een combinatie van de rechtsvormen 'werkmaatschappij' en 'holding'. De werkmaatschappijen binnen een holding betreffen veelal de huisartsenpost en/of een huisartsenlaboratorium. Zorggroep 1 is opgegaan in een grotere zorggroep, waarin elf huisartsencoöperaties en één stichting participeren. Feitelijk bestaat deze zorggroep dus niet meer. Het zelfstandig voortbestaan van de zorggroep was niet mogelijk gezien het beperkte aantal deelnemende huisartsen (n=7).

##### Zorggroepen zijn nog steeds samenwerkingsverbanden van voornamelijk huisartsen

Ook het eigenaarschap van de zorggroepen is in de afgelopen drie jaar niet veranderd. Huisartsen zijn in alle zorggroepen (mede-)eigenaar (zie Tabel 2.1). Bij zorggroep 3 en 7 zijn ook andere zorgdisciplines mede-eigenaar.

### Tekstbox 2.1: Onderzoeksmethoden

Gegevens ten behoeve van deze evaluatiestudie zijn op drie verschillende manieren verzameld: 1) via registratiesystemen van de zorgverleners, 2) via patiëntenvragenlijsten en 3) via semi-gestructureerde interviews met betrokken partijen. Een uitgebreide beschrijving van de gehanteerde methoden is te vinden in Bijlage 2.

#### 1. Registratiesystemen van zorgverleners

**Inhoud** De registratiesystemen van zorgverleners bevatten gegevens over patiëntkarakteristieken (zoals leeftijd en geslacht), uitgevoerde controles (zoals jaarlijks HbA1c gemeten) en klinische uitkomstmaten (bijvoorbeeld gemiddelde bloeddruk). De zorggroepen hebben deze gegevens op individueel patiëntniveau en gepseudonimiseerd aan het RIVM aangeleverd.

**Tijdsad** Uit de registratiesystemen zijn patiëntgegevens over de periode 1 januari 2008 tot 1 juli 2010 onttrokken. De periode betreft het tweede en derde jaar na de invoering van integrale bekostiging. Alle patiënten die gedurende de hele onderzoeksperiode 'in zorg' waren van de zorggroep en die in de periode 1 januari 2008 tot 30 april 2008 een reguliere controle hebben ondergaan, zijn geïnccludeerd. Iedere patiënt heeft een onderzoeksperiode van twee jaar met jaarlijks één maand uitloop. Drie zorggroepen (zorggroep 6, 7 en 8) hebben een afwijkende onderzoeksperiode.

**Analyses** De McNemar-test en Chikwadrattoets werden gebruikt om een vergelijking te maken tussen de procesindicatoren van het tweede en het derde jaar na invoering van IB. De uitkomstindicatoren zijn op drie afzonderlijke momenten bepaald: 1) bij aanvang van het tweede jaar na de invoering van IB (T1), 2) aan het einde van het tweede jaar na de invoering van IB (T2) en 3) aan het einde van het derde jaar na de invoering van IB (T3). De uitkomsten van T1 en T3 zijn vergeleken met behulp van de McNemar-test en de gepaarde T-test.

#### 2. Patiëntenvragenlijsten

**Inhoud** De patiëntenvragenlijst is samengesteld uit bestaande en gevalideerde vragenlijsten die betrekking hebben op de afstemming van de geleverde zorg, de gezondheid, kwaliteit van leven en leefstijl. De inhoud van de vragenlijst komt grotendeels overeen met de vragenlijst gebruikt in evaluatie-1, maar is uitgebreid met de Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) die inzicht geeft in de ervaringen van patiënten

met geïntegreerde zorg. Verder zijn vragen toegevoegd over gezondheidsvaardigheden van patiënten, de ontvangen zorg en het medicijngebruik.

**Inclusie van patiënten** Bij iedere zorggroep is een aselechte steekproef van vijftien huisartsenpraktijken getrokken. Per zorggroep zijn vijfhonderd vragenlijsten onder patiënten van de geselecteerde huisartsenpraktijken uitgezet. Bij zorggroep 7 en 8 zijn geen vragenlijsten uitgezet. Daarnaast zijn vragenlijsten verspreid onder de patiënten die ook aan het vragenlijst-onderzoek hadden deelgenomen in de eerste evaluatie.

**Tijdsad** De vragenlijsten zijn verspreid in mei - juni 2010.

**Analyses** Beschrijvende statistiek is gebruikt om de resultaten van het vragenlijstonderzoek weer te geven. Waar mogelijk is een vergelijking gemaakt met de resultaten van evaluatie-1.

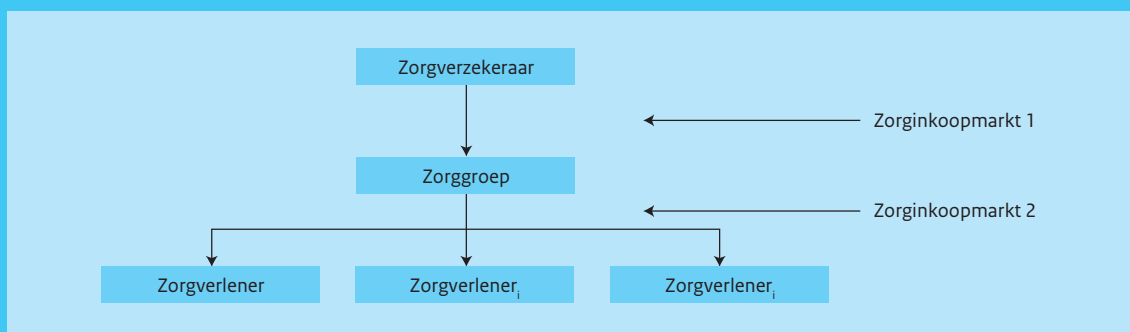
#### 3. Semi-gestructureerde interviews met managers, zorgverleners en verzekeraars

**Inhoud** Er werden semi-gestructureerde interviews afgenomen met managers, zorgverleners en verzekeraars van de deelnemende zorggroepen. Hierbij is gebruikt gemaakt van een vooraf opgestelde 'topic list' waarin de volgende onderwerpen aan de orde kwamen: de inhoud van de keten-dbc contracten van 2010, organisatorische randvoorwaarden (bijvoorbeeld bij- en nascholing en ICT), governance, patiëntenparticipatie, taaksubstitutie, afstemming binnen de diabeteszorg, co-morbiditeit en de succesfactoren en knelpunten van de invoering van de keten-dbc. In totaal werden 68 interviews afgenomen. De zorgverleners zijn aselekt geselecteerd waarbij gestratificeerd is naar type zorgverlener. Daarnaast zijn naar rato zorgverleners van de deelnemende zorggroepen geïnterviewd. De geïnterviewden bestonden uit tien managers (twee van één zorggroep), twaalf huisartsen, zes poh's, zeven diabetesverpleegkundigen (vijf eerstelijns en twee tweedelijns), acht internisten, twee oogartsen, twee diëtisten, twee fysiotherapeuten, een apotheker, een podotherapeut, twee optometristen, twee medewerkers van een huisartsenlaboratorium en vier zorgverzekeraars. Ook zijn de negen projectleiders van de deelnemende zorggroepen geïnterviewd. In meerdere zorggroepen is de manager eveneens projectleider, waardoor deze personen tweemaal zijn geïnterviewd.

**Tijdsad** De interviews zijn afgenomen in de periode oktober 2010 - april 2011.

**Analyses** Alle geanonimiseerde transcripties zijn op een inductieve wijze gecodeerd. Alle analyses zijn uitgevoerd in MAXQDA.

## Tekstbox 2.2: Uitgangspunten integrale bekostiging en zorggroepen op hoofdlijnen



Integrale bekostiging biedt de mogelijkheid om alle zorg binnen een zorgprogramma en de activiteiten die nodig zijn om de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners te bevorderen als één product betaald te krijgen. De verzekeraars sluiten voor dit gehele zorgprogramma een contract af met een zogenaamde zorggroep (zie figuur). Dit contract tussen de zorggroep en de zorgverzekeraar wordt een keten-dbc contract (keten-diagnosebehandelcombinatie) genoemd. Met de term 'zorggroep' wordt de hoofdcontractant van het keten-dbc contract bedoeld en niet het team van zorgverleners dat de feitelijke zorg verleent. De zorggroep fungeert als 'hoofdaannemer' en zorgt ervoor dat het zorgprogramma uitgevoerd wordt. Zorggroepen contracteren de meeste onderdelen van de zorg bij individuele zorgaanbieders of zorginstellingen, maar leveren soms een deel van de zorg zelf door zorgverleners in dienst te nemen. De zorggroep stemt met alle zorgverleners af welke zorg zij verlenen, maar

ook wanneer zij bijvoorbeeld patiënten doorverwijzen, welke gegevens zij moeten registreren en welke bij- en nascholing zij moeten volgen. De zorg die volgens het zorgprogramma geleverd moet worden en in de keten-dbc moet worden gecontracteerd, staat beschreven in een zorgstandaard. Een zorgstandaard beschrijft de zorginhoudelijke eisen en is vastgesteld door alle relevante beroepsgroepen en patiëntenverenigingen. In de periode 2007 tot 2009 was IB alleen mogelijk binnen kleinschalige projecten en alleen op experimentele basis. Sinds 1 januari 2010 is integrale bekostiging voor de standaard diabeteszorg en vasculair risicomanagement (VRM) structureel ingevoerd. De standaard diabeteszorg betreft de zorg voor mensen bij wie de diagnose diabetes recent is gesteld, patiënten die stabiel zijn ingesteld en mensen die geen (ernstige) complicaties hebben (NDF, 2007). Op 1 juli 2010 is IB ook voor COPD-zorg structureel ingevoerd.

Evaluatie-1 toonde aan dat het monodisciplinaire hoofdaannemerschap van zorggroepen de gelijkwaardige samenwerking tussen zorgverleners onder druk zet. Daarnaast komt het monodisciplinaire hoofdaannemerschap ook niet overeen met de NDF Zorgstandaard. De NDF Zorgstandaard gaat uit van multidisciplinaire zorggroepen waarin de kerndisciplines van de diabeteszorg zijn vertegenwoordigd. Huisartsen, poh's of praktijkverpleegkundigen, diabetesverpleegkundigen, praktijkassistenten en diëtisten zijn als kerndisciplines van de diabeteszorg aangemerkt.

### Aantal participerende huisartsen sterk toegenomen

Het aantal participerende huisartsen binnen de zorggroepen is toegenomen in de periode 2007-2010 (zie Tabel 2.1). Zo varieerde het aantal participerende huisartsen in 2007 van 7 tot 111 huisartsen, terwijl dit aantal in 2010 varieerde van 35 tot 130 huisartsen. In vijf van de negen zorggroepen bedraagt het aantal participerende huisartsen meer dan honderd.

### Feitelijke zorgverlening veelal gecontracteerd bij individuele zorgaanbieders of zorginstellingen met uitzondering van zorggroep 9

Door IB hebben zorggroepen de mogelijkheid om voor de uitvoering van de zorg zorgverleners in dienst te nemen of om deze zorg te contracteren bij individuele zorgaanbieders of -instellingen. Tabel 2.2 laat zien dat met uitzondering van zorggroep 9, alle zorggroepen grotendeels zorg inkopen bij individuele zorgaanbieders en/of -instellingen en geen zorgverleners voor de feitelijke zorgverlening in dienst hebben. Bij zorggroep 4 en 6 zijn wel zorgverleners in dienst van de zorggroep, maar zij verlenen geen directe patiëntenzorg. Zo ondersteunt de diabetesverpleegkundige in zorggroep 6 de poh bij complexe zorgvraag van patiënten. Zorggroep 9 heeft huisartsen, poh's, praktijkassistenten en diëtisten in dienst. De reden hiervoor is dat zij voor de invoering van IB al in dienst waren van de zorginstelling die momenteel fungeert als hoofdcontractant van het keten-dbc contract.

**Tabel 2.1** Algemene kenmerken van de zorggroepen.

Zorggroep	Rechtsvorm		Holding		Eigenaarschap		Aantal huisartsen	
	2007	2010	2007	2010	2007	2010	2007	2010
1	Coöperatie	Coöperatie*	Nee	Nee*	Huisartsen	Huisartsen*	7	105 huisartsen-praktijken*
2	Stichting	Stichting	Nee	Nee	Stichting	N.v.t.	7	130
3	Bv	Bv	Ja	Ja	Huisartsen+ zorg-combinatie van zorg-instellingen (ZH+TZ+V&V)	Huisartsen+ zorg-combinatie van zorg-instellingen (ZH+Z+V&V)	29	62
4	Bv	Bv	Ja	Ja	Huisartsen	Huisartsen	111	113
6	N.v.t.	Cv	N.v.t.	Nee	N.v.t.	Beherend vennoot: huisartsen-laboratorium Vennoten: 150 huisartsen	n.v.t.	85
7	Stichting	Stichting	Nee	Nee	Stichting	N.v.t.	7	110
8	Coöperatie	Coöperatie	Nee	Nee	Huisartsen	Huisartsen	29	35
9	Stichting	Stichting	Ja	Ja	Stichting	N.v.t.	39	130
10	Bv	Bv	Nee	Nee	Huisartsen	Huisartsen	31	40

bv = Besloten vennootschap; cv = Commanditaire vennootschap; ZH = Ziekenhuis; TZ = Thuiszorg; V&V = Verpleging en verzorging;

\* = Gegevens van de rechtsvorm waarin de zorggroep is opgegaan.

## Transparantie van de zorg en ICT

### Vijf van de negen zorggroepen werken met keteninformatiesysteem

In Tabel 2.3 is weergegeven op welke manier zorggroepen hun informatie verzamelen. Vijf van de zorggroepen maken gebruik van een keteninformatiesysteem (KIS), één zorggroep heeft een apart registratiesysteem naast het HIS en de drie andere zorggroepen maken gebruik van data extractie van de HIS-en.

### Niet alle gecontracteerde zorgverleners hebben toegang tot (gehele) informatiesysteem

Tabel 2.3 laat zien dat niet alle gecontracteerde zorgverleners toegang tot het registratiesysteem van de zorggroep hebben of hier goed in registreren. Dit geldt vooral voor zorgverleners die niet werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk. Hierdoor zijn de informatiesystemen van de zorggroepen mogelijk onvolledig ten aanzien van uitgevoerde controles. Over het algemeen kan gesteld worden dat bij zorggroepen met een KIS meer zorgverleners toegang hebben tot het informatiesysteem dan bij zorggroepen die geen KIS hebben.

### Zorgverleners zonder contract met de zorggroepen hebben geen toegang tot het informatiesysteem

Alleen in zorggroep 2 hebben zorgverleners die niet gecontracteerd zijn door de zorggroep toegang tot het

informatiesysteem. Dit betreft alleen zorgverleners die werkzaam zijn in het ziekenhuis. In de andere zorggroepen vindt de overdracht van medische gegevens met zorgverleners die niet gecontracteerd door de zorggroep op andere manieren plaats, bijvoorbeeld door middel van fax, telefoon en/of e-mail. Dit heeft als gevolg dat deze zorgverleners geen gegevens kunnen registreren over de door hen geleverde zorg. Om die reden zijn vooral gegevens over het oogonderzoek onvoldoende op zorggroepniveau vastgelegd, aangezien dit onderzoek wordt uitgevoerd door zorgverleners buiten de huisartsenpraktijk (zie ook Paragraaf 2.2 en Bijlage B3.4.3).

### Alle zorggroepen voorzien hun zorgverleners en zorgverzekeraar van spiegelinformatie en verantwoordingsinformatie

In alle zorggroepen is in de afgelopen jaren veel tijd en energie gestoken in het verkrijgen van meer inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg. Hiertoe stellen zij allemaal spiegelinformatie op.

Zorggroep 6 en 7 besteden het opstellen van de spiegel- en verantwoordingsinformatie ten behoeve van de zorgverzekeraar uit aan een externe partij. Dit is contractueel vastgelegd in het keten-dbc contract met hun preferente zorgverzekeraar. De overige zeven zorggroepen stellen de spiegelinformatie en verantwoordingsinformatie ten behoeve van de verzekeraar zelf op.

**Tabel 2.2** Overzicht van de gecontracteerde zorgverleners, inclusief contractvorm, per zorggroep bekostigd op basis van het keten-DBC contract 2010.

Zorggroep	1		2		3		4		6		7		8		9		10	
Kerndisciplines																		
Huisarts	+	(C)	+	(C)	+	(C)	+	(C)	+	(C)	+	(C)	+	(C)	+	(W)	+	(C)
Poh, praktijk-verpleegkundige	+	(C^)	+	(C^)	+	(C^)	+	(C^)	+	(C/C^)	+	(C^)	+	(C^)	+	(W)	+	(C^)
Diabetes-verpleegkundige	-		+	(C^)	+	(C^)	+	(W)	+	(W)	+	(C^)	+	(C^)	-		+	(C^)
Praktijkassistent	+	(C^)	+	(C^)	+	(C^)	+	(C^)	+	(C^)	+	(C^)	+	(C^)	+	(W)	-	(C^)
Diëtist	+	(C^)	+	(C/ C^)	+	(C/ C^)	+	(C/ C^)	+	(C)	+	(C)	+	(C^)	+	(W)	+ <sup>o</sup>	(C)
Tweede schil																		
Oogarts	+	(C)	+	(C)	+	(C)	-		-	-	+	(C^)	+	(C)	+	(C^)	+	(C)
Internist	+	(C)	+	(C)	+	(C)	+	(C)	+ <sup>#</sup>	n.v.t. <sup>β</sup>	+ <sup>#</sup>	(C)	+ <sup>#</sup>	(C)	+ <sup>#</sup>	(C)	+	(C)
Nefroloog	-		+	(C)	-		-		-		-		-		-		-	
Cardioloog	-		-		-		-		-		-		-		-		-	
Neuroloog	-		-		-		-		-		-		-		-		-	
Vaatchirurg	-		-		-		-		-		-		-		-		-	
Klinisch chemicus	+	(C)	-		+	(C)	+	(C)	+	(C)	+	(C)	-		-		+	(C)
Apotheker	-		-		-		-		-		-		-		-		-	
Fysiotherapeut	-		-		-		-		-		-		-		-		-	
Maatschappelijk werker	-		-		-		-		-		-		-		-		-	
(Medisch) psycholoog	-		-		-		-		-		-		-		-		-	
Podotherapeut / Pedicure	-		+	(C)	+	(C)	+	(C)	+	(C)	-		+	(C)	+	(C)	-	
Overige disciplines																		
Optometrist	+	(C^)	-		+	(C^)	+	(C)	+	(C^)	-		+	(C^)	+	(C)	-	
Grader	-		-		-		-		+	(C^)	-		-		+	(C^*)	+	(C^)

C = Contract; W = Werknemer in dienst van de zorggroep; poh = Praktijkondersteuner HBO; ^ = Gecontracteerd via instelling of huisarts en dus niet in dienst van zorggroep; # = Telefonisch consult of e-mail consult; ° = Beperkt zich tot nieuwe patiënten en patiënten die ingesteld worden op insuline; \* = Grader onder verantwoordelijkheid van oogarts; β = Wel inhoudelijke werkafspraken met internist, maar deze ontvangt hiervoor geen financiële vergoeding gezien de kleine patiëntenaantallen.

Alhoewel de managers van alle negen zorggroepen aangeven spiegelinformatie te verschaffen, ontkennen sommige zorgverleners spiegelinformatie te hebben ontvangen.

### Vorm en frequentie spiegelinformatie verschillen tussen zorggroepen

De frequentie van het aanbieden van de spiegelinformatie verschilt tussen de zorggroepen. Zeven zorggroepen geven één keer per jaar spiegelinformatie, één zorggroep twee keer per jaar en één zorggroep vier keer per jaar. De vorm waarin de spiegelinformatie wordt aangeboden verschilt tussen zorggroepen. Dit kan zijn tijdens bij- en nascholingsavonden, via papieren rapportages, via het op locatie bespreken van de spiegelinformatie met een lid van een expertteam (diabetesverpleegkundige, internist of kaderarts) en via het KIS. Niet iedere zorgverlener vindt deze laatste manier van verkrijgen van spiegelinformatie inzichtelijk. Zo missen sommige zorgverleners hulp bij de

interpretatie van deze informatie en hulp bij de vertaling in verbeteracties.

*‘Ze kunnen het inzien, want elke maand wordt het ververst en je kunt ook de maanden daarvoor altijd weer terugroepen. Dus je kunt het wel inzien, maar het wordt één keer per maand ververst, geüpdatet. Ze worden tot nu toe één keer per jaar uitgenodigd voor een spiegel- en benchmarkbijeenkomst en dan, omdat we het dan net iets anders samenstellen, bieden we ze ook een schriftelijke rapportage aan.’*  
Manager zorggroep

### Sturing op kwaliteit van registreren van data verschilt tussen zorggroepen

De mate waarin zorggroepen invloed uitoefenen op de kwaliteit van de dataregistratie verschilt sterk tussen de zorggroepen. Eén zorggroep stuurt hierop door middel van

**Tabel 2.3:** Overzicht van de gebruikte informatiesystemen per zorggroep en toegang van betrokken zorgverleners.

Zorggroep	Registratiesysteem	Toegang tot het informatiesysteem voor:		
		Zorgverleners in de huisartsenpraktijk	Gecontracteerde zorgverleners buiten de huisartsenpraktijk†	Niet gecontracteerde zorgverleners
1	KIS	Ja	Ja (diëtist, internist, oogarts, laboratorium, optometrist)	Nee
2	KIS	Ja	Ja (diëtist, internist, nefroloog, oogarts, podotherapeut)	Wondverpleegkundige, medisch psycholoog, vaatchirurg, revalidatiearts
3	KIS	Ja	Deels (diëtist, internist, oogarts, laboratorium, podotherapeut, optometrist, diabetesverpleegkundige)	Nee
4	Apart registratiesysteem naast het HIS	Ja	Deels (diëtist, laboratorium, optometrist, podotherapeut)	Nee
6	KIS	Ja	Ja (diëtist, internist, laboratorium, podotherapeut, optometrist, diabetesverpleegkundige)	Nee
7	Data-extractie van de HIS-en	Ja	Nee	Nee
8	KIS	Ja	Deels (diëtist, internist, oogarts, podotherapeut, optometrist)	Nee
9	Data-extractie van de HIS-en	Ja	Nee	Nee
10	Data-extractie van de HIS-en	Ja	Deels (alleen laboratorium)	Nee

† = Zie Tabel 2.2 voor de gecontracteerde zorgverleners per zorggroep.

een financiële prikkel. Een andere zorggroep doet dit door spiegelinformatie te geven over de kwaliteit van de registratiedata, waarbij een vergelijking wordt gemaakt tussen de huisartsenpraktijken. De overige zorggroepen hebben geen specifiek beleid ontwikkeld voor het verbeteren van de registratiediscipline van de zorgverleners. Wel geven de zorggroepen die zijn overgestapt op een ander ICT-pakket aan dat iedere zorgverlener is bijgeschoold in het werken met het nieuwe ICT-pakket. Echter, na deze initiële bijscholing zijn er geen verdere pogingen gedaan om de kwaliteit van het registreren te verbeteren.

*‘Er wordt 10% van het jaartarief van de huisartsenpraktijk (de vergoeding voor de huisarts, poh en assistent) per patiënt gereserveerd voor de beloning. Een huisartsenpraktijk krijgt de beloningsvergoeding van 10% uitgekeerd indien deze praktijk voor meer dan 90% van de patiënten een volledige registratie heeft bijgehouden, voor de indicatorenset zoals deze beschreven zijn in de betreffende handboeken van de ketenzorgprogramma’s.’*

Contract zorggroep met huisarts

*‘Afspraken met huisartsen en poh over het invullen binnen het registratiesysteem zijn aangescherpt om uniformiteit in invullen te vergroten en er is nu de verplichting om meer verslagen in te vullen: daarmee zijn méér en betrouwbaardere gegevens beschikbaar gekomen.’*

Jaarverslag zorggroep

*‘De diëtist gebruikt bij de zorgverlening en de rapportage daarvan in het [naam registratiesysteem] en voldoet aan de systeemvereisten. Indien dit problemen geeft kan zij zich kosteloos wenden tot de helpdesk van [naam zorggroep].’*

Raamovereenkomst zorggroep met diëtist

## Toezicht en governance

De zorgsector heeft een Zorgbrede Governancecode opgesteld waarin spelregels en omgangsvormen staan beschreven voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording van bestuur en toezicht (BoZ, 2009). De Zorgbrede Governancecode beveelt aan belangenverstrengelingen te allen tijde te vermijden. De leden van een toezichthoudend orgaan mogen daarom bijvoorbeeld geen commerciële belangen hebben bij het afsluiten van de contracten door de zorggroep. Daarnaast wordt ook het voordrachtsrecht afgeraden (RVZ, 2009) omdat hierdoor de onafhankelijkheid van deze leden niet volledig is gewaarborgd.



**Tabel 2.4** Aanwezigheid toezichthoudend orgaan bij zorggroepen.

Zorggroep	Toezichthoudend orgaan	Leden toezichthoudend orgaan
1	Nee	
2	Ja	Leden zijn: een patiënt niet 'in zorg' bij zorggroep 2, een lid van de Raad van Bestuur van een ziekenhuis en een huisarts die in het eigen verzorgingsgebied werkzaam is.
3	Ja	De zorggroep is een werkmaatschappij van een holding en legt verantwoording af aan de Raad van Commissarissen van de holding bv.
4	Ja	De Raad van Commissarissen bestaat uit de directeur van een regionale bank, de directeur/bedrijfsarts, de directeur van een re-integratiebureau en een gepensioneerde directeur van een projectmanagement en adviesbureau.
6	Ja	De zorggroep is een werkmaatschappij van een holding en legt verantwoording af aan de Raad van Commissarissen van de holding bv.
7	Nee	Leden zijn: een interim-manager (expertise financiën en volkshuisvesting), een zelfstandig ondernemer (expertise ICT) en een hoogleraar die tevens praktiserend huisarts is buiten de eigen regio.
8	Nee	
9	Ja	Leden zijn: de voorzitter van de directieraad van een landelijke vereniging, twee zelfstandig adviseurs, de directeur van een organisatieadviesbureau, de voorzitter van de Raad van Bestuur van een ziekenhuis en de directeur van een landelijke organisatie.
10	Nee	

### Vijf zorggroepen hebben toezichthoudend orgaan

In totaal hebben vijf van de negen zorggroepen (zorggroep 2, 3, 4, 6 en 9) een toezichthoudend orgaan (zie Tabel 2.4). Dit aantal komt overeen met de bevindingen in de eerste evaluatie. Van de zorggroepen met een toezichthoudend orgaan lijkt met name de selectie van de leden van de Raad van Toezicht van zorggroep 2 niet conform de uitgangspunten van de Zorgbrede Governancecode te zijn. Deze Raad van Toezicht bestaat uit drie leden, waarvan één lid tevens in de Raad van Bestuur van het ziekenhuis zit dat door de zorggroep gecontracteerd wordt als onderaannemer. Een ander lid is een huisarts die tevens participeert in de zorggroep en zelf onderaannemer is van de zorggroep.

Bij de overige vier zorggroepen met een toezichthoudend orgaan (zorggroep 3, 4, 6 en 9) lijken de uitgangspunten van de Zorgbrede Governancecode wel van toepassing te zijn bij de selectie van de leden. Twee van deze zorggroepen (zorggroep 3 en 4) maken echter deel uit van een holding die naast de zorggroep ook het huisartsenlaboratorium onder haar hoede heeft, welke tevens als onderaannemers van de zorggroep gecontracteerd zijn. Dit houdt in dat de zorggroep onderhandelt met een onderaannemer die tevens gezien kan worden als haar 'werkgever'. Ook bij deze manier van de inrichting van het toezichthoudend orgaan kunnen vragen worden gesteld.

#### 2.1.2 Keten-dbc contract

In deze paragraaf worden de keten-dbc contracten die zijn afgesloten tussen zorggroepen en zorgverzekeraars besproken. Hierbij komen de zorginhoud en de tariefontwikkeling in de periode 2007-2011 aan bod.

### Zorginhoud keten-dbc contracten

Het uitgangspunt van IB is dat de zorginhoud van de keten-dbc contracten overeenkomt met de zorginhoudelijke eisen beschreven in de NDF Zorgstandaard. Tabel 2.5 geeft de inhoud van de verschillende keten-dbc contracten weer en in hoeverre de diverse zorgactiviteiten overeenkomen met de NDF Zorgstandaard.

#### Verschillen in zorginhoud tussen keten-dbc contracten afgenomen in de periode 2007-2010

Uit Tabel 2.5 blijkt dat er geen grote verschillen in zorginhoud bestaan tussen de verschillende keten-dbc contracten van de zorggroepen. De contracten komen overeen voor wat betreft de diagnostische fase, dat wil zeggen dat de diagnose 'in engere zin' is uitgesloten, maar de uitgebreide risico-inventarisatie wel binnen het keten-dbc contract valt. De contracten komen verder overeen voor wat betreft de reguliere periodieke controles (zowel de driemaandelijke controles als de jaarlijkse uitgebreide controles) en het jaarlijkse oog- en voetonderzoek.

Daarnaast zijn in alle keten-dbc contracten afspraken vastgelegd over aanvullend voetonderzoek, dieetadvisering, additionele diabetesgerelateerde huisartsenconsulten en de consultatieve functie van de internist. De consultatieve functie van de internist is vormgegeven als teleconsult via het KIS of een telefonisch consult. Face-to-face-consulten met de internist zijn in geen van de keten-dbc contracten gecontracteerd, met uitzondering in het keten-dbc contract van zorggroep 4. In dit contract is vastgelegd dat de internist ook in de huisartsenpraktijk een beperkt aantal consulten per jaar verricht. Er bestaan grote



**Tabel 2.5** Zorginhoud van de keten-dbc diabetes contracten van 2010 per zorggroep.

	Onderdeel van de Zorgstandaard	Zorggroep									
		1	2	3	4	6	7	8	9	10	
Diagnostische fase											
Diagnose in engere zin	Nee	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Risico-inventarisatie	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Behandeling en reguliere controles											
Jaarcontrole	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Driemaandelijke controle	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Fundusfoto maken	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Fundusfoto beoordelen	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Voetonderzoek	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Aanvullend voetonderzoek	Onduidelijk	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Voetzorg	Nee	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Labonderzoek	Ja	+	-	+	+	+	+	-	-	+	
Begeleiding bij stoppen met roken	Ja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Advisering bewegen	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Bewegen onder begeleiding	Nee	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Dieetadvisering	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+ <sup>#</sup>	
Medicatie voorschrijven	Nee	+	+	+	-	-	-	+	+	+	
Instellen op insuline	Nee	+	+/- <sup>Ω</sup>	+	+	+	+	+	+	+	
Aanpassen insuline	Nee	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Psychosociale zorg	Nee	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Hulpmiddelen	Nee	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Additionele consulten huisarts (diabetes gerelateerd)	Onduidelijk	+	+	+	+	+	+/-	+	+	+	
Additionele consulten huisarts (overige)	Nee	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Consultatie specialistische zorg	Ja	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

# = Dieetadvisering alleen gecontracteerd voor nieuwe patiënten (module 1) en voor patiënten die worden ingesteld op insuline. Voor de overige patiënten aangeboden bij een specifieke verwijzing van de huisarts; Ω = Alleen de patiënten die twee maal daags insuline spuiten.

overeenkomsten tussen de keten-dbc contracten voor wat betreft de zorgactiviteiten die zijn uitgesloten. Zo zijn afspraken over bewegen onder begeleiding, psychosociale zorg, voetzorg, hulpmiddelen en de niet-diabetes gerelateerde huisartsconsulten niet in de keten-dbc contracten opgenomen. Een aantal van deze zorgactiviteiten wordt echter wel in de NDF Zorgstandaard benoemd. In 2007 bestonden er meer zorginhoudelijke verschillen tussen de keten-dbc contracten. Zo bestonden er verschillen in hoeverre de additionele huisartsconsulten, het additioneel voetonderzoek, de voetzorg, dieetadvisering voor bestaande patiënten en bewegen onder begeleiding waren opgenomen in het keten-dbc contract. In de contracten van 2010 bestaan er minder zorginhoudelijke verschillen (zie ook Tabel 2.5).

#### Aantal zorgactiviteiten minder frequent gecontracteerd

In alle keten-dbc contracten is dieetadvisering opgenomen, maar in sommige zorggroepen is dit gemaximaliseerd tot gemiddeld één uur per patiënt per jaar. In zorggroep 10 vindt dieetadvisering alleen plaats bij

‘nieuwe’ patiënten of bij patiënten die voor het eerst ingesteld moeten worden op insuline. Ten tijde van evaluatie-1 bestond nog onduidelijkheid of de dieetadvisering voor ‘bestaande’ patiënten wel of niet onderdeel zou moeten uitmaken van het keten-dbc contract. Ook worden er minder oogonderzoeken gecontracteerd dan ten tijde van evaluatie-1. Zo is sinds 2010 in het keten-dbc contract van zorggroep 4 opgenomen dat het oogonderzoek tweejaarlijks wordt uitgevoerd in plaats van jaarlijks. De afspraken in het keten-dbc contract wijken hiermee qua frequentie af van de NDF Zorgstandaard, maar komen qua frequentie echter wel overeen met de NHG-richtlijn diabetes type 2 (Bouma et al., 2006).

#### Begeleiding stoppen met roken niet gecontracteerd

Het begeleiden van patiënten bij het stoppen met roken maakt onderdeel uit van de NDF Zorgstandaard. Bij geen van de zorggroepen is deze zorgactiviteit opgenomen in het keten-dbc contract (zie Tabel 2.5). Ten tijde van evaluatie-1 was dit nog bij vier zorggroepen het geval. Dit wil overigens niet zeggen dat patiënten geen begeleiding

**Tabel 2.6** Overzicht van de verschillende keten-dbc contracten per zorggroep, in 2010 en 2011.

Zorggroep	Keten-dbc contract voor zorgprogramma:			
	VRM		COPD	
	2010	2011	2010	2011
1	Nee	In voorbereiding	Nee	In voorbereiding
2	Nee	Nee	In voorbereiding, pilot	Ja
3	Nee	In voorbereiding	Nee	Ja
4	In voorbereiding	Ja	Ja	Ja
6	Nee	Nee	In voorbereiding	Nee
7	Nee	Nee	Nee	Nee
8	Nee	Nee	Nee	Nee
9	Nee	Nee	In voorbereiding	In voorbereiding
10	Ja	Ja	Ja	Ja

bij het stoppen met roken krijgen aangeboden. Deze begeleiding wordt vanuit andere middelen, bijvoorbeeld het aanvullende pakket, bekostigd en valt hierdoor niet onder de verantwoordelijkheid van de zorggroep.

#### Laboratoriumonderzoek bij drie zorggroepen niet in keten-dbc contract maar additioneel bekostigd

In het keten-dbc contract van zorggroep 2, 8 en 9 zijn geen afspraken opgenomen over het laboratoriumonderzoek (zie Tabel 2.5). De reden van de verzekeraar om het laboratoriumonderzoek niet te contracteren is onduidelijk.

#### Vier zorggroepen hebben in 2011 ook een keten-dbc contract voor COPD

Tabel 2.6 laat zien dat in 2011 twee van de negen zorggroepen een keten-dbc contract met de zorgverzekeraar hadden gesloten voor het zorgprogramma VRM. Voor het zorgprogramma COPD hadden meer zorggroepen een keten-dbc contract gesloten: in 2010 twee en in 2011 vier zorggroepen. Meerdere zorggroepen waren daarnaast bezig met het voorbereiden van deze zorgprogramma's.

### Tarief keten-dbc contracten

#### Verschillen in tarieven tussen keten-dbc contracten afgenomen in de periode 2007-2011

De tarieven van de keten-dbc contracten vertonen onderling nog steeds verschillen, maar de verschillen zijn in de periode 2007-2011 wel kleiner geworden (zie Figuur 2.1). Zo was de spreiding in de tarieven ten tijde van evaluatie-1 €258 tot €474, terwijl in 2011 de bedragen varieerden tussen €381 tot €459. Het gemiddelde tarief van de keten-dbc contracten van de negen zorggroepen is in de periode 2007 tot en met 2011 vrijwel gelijk gebleven. Hierbij wordt opgemerkt dat geen rekening is gehouden met de verschillen en veranderingen in de zorginhoud tussen en binnen de zorggroepen (zie Tabel 2.5). Ook is geen rekening gehouden met de verschillen in (zwaarte van de) patiëntenpopulatie tussen de zorggroepen. Een reden voor de kleinere spreiding in bedragen kan zijn

dat in de afgelopen jaren bij zowel zorggroepen als zorgverzekeraars expertise is opgebouwd op het gebied van de tariefstelling van een keten-dbc. Beide partijen zijn beter in staat om goed te onderhandelen over een marktconform tarief van het keten-dbc contract.

#### Prestatiebeloning niet in keten-dbc contract opgenomen

In geen van de keten-dbc contracten zijn afspraken over prestatiebeloning opgenomen. Ten tijde van evaluatie-1 was dit in één keten-dbc contract nog wel het geval. Deze zorggroep kreeg een bonus van 10% indien zij goed scoorden op de uitkomsten van het patiëntenervaringsonderzoek en als zij in de verantwoordingsinformatie alle gevraagde kwaliteitsindicatoren konden presenteren. In de contracten tussen zorggroepen en de individuele zorgaanbieders en -instellingen zijn alleen bij zorggroep 3 afspraken opgenomen over prestatiebeloning. De huisartsen van zorggroep 3 krijgen de laatste 10% van hun beloningsvergoeding uitgekeerd als zij voor meer dan 90% van de patiënten een volledige registratie hebben bijgehouden.

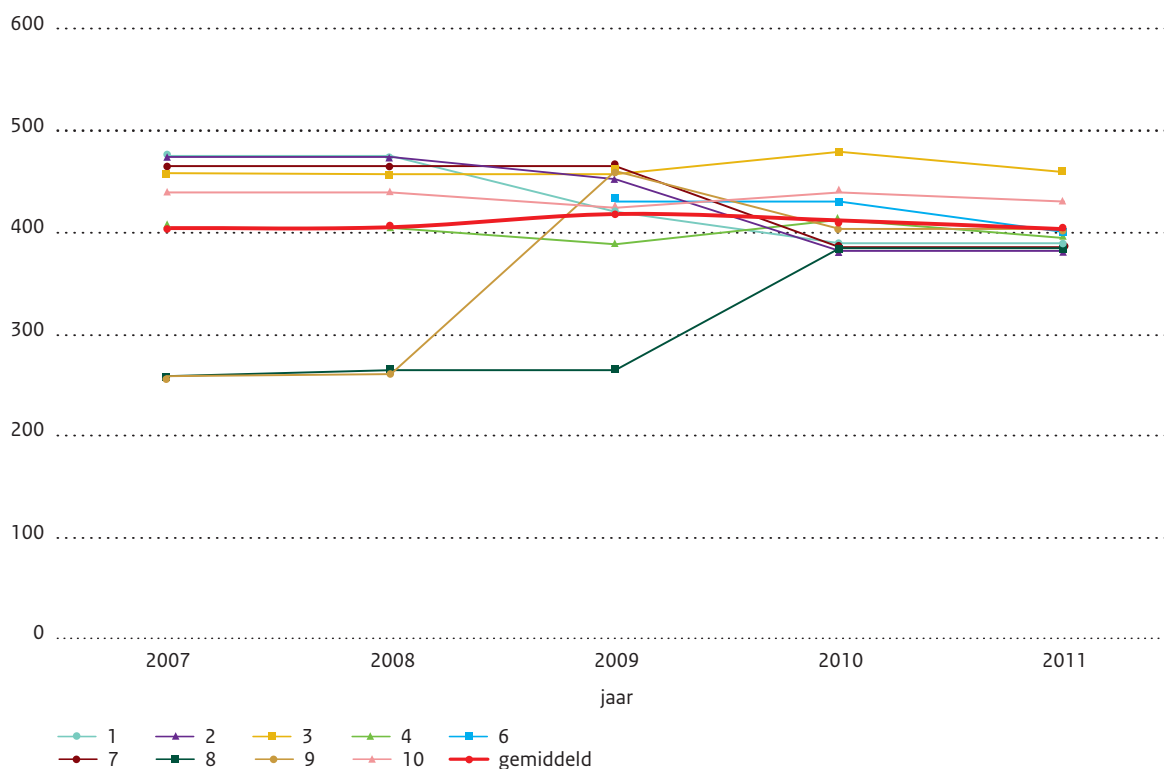
#### Verhouding tarief keten-dbc en kostprijs voor zorggroep niet bekend

De meeste zorggroepen wilden net als in evaluatie-1 geen inzicht geven in de onderliggende deeltarieven van het keten-dbc contract, onder verwijzing naar bedrijfsgeheim in de nieuwe marktomgeving. Hierdoor bestaat er geen inzicht in de werkelijke kosten voor de zorggroep voor het inkopen van de zorg.

#### Inzicht in eventuele andere geldstromen zorggroepen ontbreekt

De huidige evaluatie beperkt zich tot de inhoud van de keten-dbc contracten. Hierdoor is er geen zicht op de mate waarin zorggroepen ook andere inkomsten genereren en hoe de afstemming met andere bekostigingssystematieken is. Uit de interviews bleek dat er vooral veel discussie is over hoe de bekostigingssystematiek van de poh-activiteit

**Figuur 2.1** Overzicht van de tariefontwikkeling van keten-dbc contracten (€ per patiënt per jaar).



ten moet worden afgestemd met de activiteiten die de poh binnen het keten-dbc contract uitvoert. Deze afstemming is van belang om dubbele bekostiging te voorkomen.

## 2.2 Wat is de kwaliteit van de zorg die zorggroepen leveren twee en drie jaar na de invoering van integrale bekostiging?

### Leeswijzer

Deze paragraaf beschrijft op hoofdlijnen de bevindingen ten aanzien van de kwaliteit van zorg aan de hand van de proces- en uitkomstindicatoren zoals omschreven in de NDF Zorgstandaard (NDF, 2007) en de NDF zorginhoudelijke indicatorenset (NDF, 2011a). De resultaten zijn gebaseerd op registratiegegevens zoals deze door de zorggroepen gerapporteerd werden aan het RIVM. Alvorens de resultaten worden beschreven in Paragraaf 2.2.2 en verder, wordt kort ingegaan op een aantal methodologische aspecten die van belang zijn om de resultaten goed te kunnen interpreteren en op de selectie van de onderzoekspopulatie (Paragraaf 2.2.1). In Bijlage 2 en 3 wordt een uitgebreide beschrijving van de methoden en resultaten gegeven.

### 2.2.1 Enkele opmerkingen bij de resultaten

#### Niet alle negen zorggroepen konden voor alle jaren gegevens aanleveren

In evaluatie-2 stond de vraag centraal welke veranderingen in proces- en uitkomstindicatoren er te zien waren twee en drie jaar na de invoering van IB. Zorggroep 6 en 8 waren echter niet in staat (betrouwbare) registratiegegevens aan te leveren over het tweede jaar na invoering van IB om uiteenlopende redenen die zijn beschreven in Bijlage 2. Voor deze twee zorggroepen worden daarom alleen gegevens gepresenteerd over het derde jaar na invoering van IB.

#### Huidige onderzoekspopulatie niet vergelijkbaar met onderzoekspopulatie evaluatie-1

Om verschillende redenen is de huidige onderzoekspopulatie niet vergelijkbaar met de onderzoekspopulatie van evaluatie-1. Allereerst omdat het aantal zorggroepen in evaluatie-1 verschilt van die van de evaluatie-2. Zorggroep 5 doet niet mee aan evaluatie-2 en zorggroep 6 en 7 hadden voor de eerste evaluatie geen patiëntgegevens aangeleverd. Daarnaast is in vrijwel alle zorggroepen het aantal deelnemende huisartsen en daarmee het aantal nieuwe patiënten sterk toegenomen in evaluatie-2. Tot slot is een deel van de patiënten uit evaluatie-1 niet terug te vinden in de populatie van evaluatie-2. Deels zijn

**Tabel 2.7** Beschrijving van de patiëntkarakteristieken op 1 juni 2010, per zorggroep en voor het totaal.

Karakteristieken	Zorggroep									
	1	2	3	4	6	7	8	9	10	Totaal
N	333	4495	1274	8358	1651	5824	563	838	1966	25.302
Leeftijd (in jaren)	69,5	67,5	69,3	69,2	67,7	67,7	70,3	67,1	69,0	68,4*
Geslacht (% vrouw)	53,2	51,0	50,0	51,3	54,9	49,8	52,0	58,8	49,6	51,2
Gemiddelde diabetesduur (in jaren)	8,1	11,4	7,9	8,0	7,7	6,5	8,0	8,2	7,4	8,3*
Diabetes mellitus type 2 (%)	100,0	93,4	100,0	94,2	99,8	99,6	-	80,9	96,4	95,7*
Diabetes mellitus type 1 (%)	0,0	6,6	0,0	5,8	0,2	0,4	-	19,1	3,6	4,3*

N = Aantal deelnemende patiënten; \* = Significant ( $P < 0,05$ ).

patiënten overleden of verhuisd, maar voor het overgrote deel van deze ‘uitgestroomde’ patiënten is de reden van uitstroom onbekend.

### Longitudinale opzet van gegevensverzameling

In de evaluatie staan de lange(re)termijneffecten op de kwaliteit van de diabeteszorg centraal. Dit vereist een longitudinale opzet van de gegevensverzameling, zodat patiënten over de jaren gevolgd kunnen worden. Een nadeel van longitudinaal onderzoek is echter dat personen die gedurende de onderzoeksperiode ‘uitvallen’ (ook wel ‘lost-to-follow-up’ genoemd) niet in de analyses mee kunnen worden genomen. Hetzelfde geldt voor patiënten die later instromen.

### Resultaten van aantal indicatoren kunnen niet worden gepresenteerd vanwege format van gegevensaanlevering

Alle zorggroepen hebben ervoor gekozen om de registratiegegevens aan het RIVM te rapporteren in het format van evaluatie-1 (zie Bijlage 2) en niet in het format van de voorlopige Minimale Dataset van Zichtbare Zorg (Zichtbare Zorg, 2009a). Deels vanwege pragmatische redenen en deels omdat de softwareleverancier een vergoeding vroeg om de gegevens in het format van Zichtbare Zorg te rapporteren. In het format van evaluatie-1 worden de indicatoren ‘percentage patiënten met complicaties’, ‘percentage patiënten met voetafwijkingen’ en ‘percentage patiënten met oogafwijkingen’ niet op een eenduidige manier uitgevraagd. Sommige zorggroepen geven aan wel in staat te zijn om gegevens voor deze indicatoren aan te leveren, maar hebben dit als gevolg van het gekozen format niet gerapporteerd. De resultaten van deze indicatoren kunnen daarom niet worden gepresenteerd.

## 2.2.2 Bepalen onderzoekspopulatie aan de hand van inclusiecriteria

### Minder dan helft van de patiënten voldeed aan inclusiecriteria

Alleen patiënten die voldeden aan de vooraf gedefinieerde inclusiecriteria (zie Tekstbox 2.3) zijn meegenomen in de analyses. Over 53.024 patiënten zijn gegevens aangele-

### Tekstbox 2.3: De inclusiecriteria voor de onderzoekspopulatie

Ten behoeve van de analyses zijn de volgende inclusiecriteria gehanteerd:

- 1) Voor de patiënt was bij de start van evaluatie-2 (eerste kwartaal van 2008) een keten-dbc gedeclareerd;
- 2) De patiënt was gedurende de gehele onderzoeksperiode (1 januari 2008 - 30 juni 2010) ‘in zorg’ bij de zorggroep;
- 3) De patiënt had een reguliere controle tijdens de inclusieperiode ondergaan (1 januari 2008 - 30 april 2008).

verd. Voor 72% ( $n=38.231$ ) van deze patiënten was een keten-dbc gedeclareerd bij de start van het onderzoek (inclusiecriterium 1). Hiervan was 86% ( $n=32.754$ ) van de patiënten gedurende de hele periode ‘in zorg’ van de zorggroep (inclusiecriterium 2). Bij 77% ( $n=25.302$ ) van deze patiënten heeft een reguliere controle plaatsgevonden tijdens de inclusieperiode (inclusiecriterium 3). In totaal voldeden 25.302 patiënten aan alle drie de inclusiecriteria. Deze patiënten zijn meegenomen in de analyses.

## 2.2.3 Beschrijving onderzoekspopulatie

### Heterogeniteit in zowel patiëntenaantallen als patiëntkarakteristieken

Het aantal geïncludeerde patiënten per zorggroep liep uiteen van 333 patiënten in zorggroep 1 tot 8358 patiënten in zorggroep 4 (zie Tabel 2.7). De patiënten van de negen zorggroepen verschilden significant van elkaar voor wat betreft hun leeftijd en diabetesduur. De gemiddelde leeftijd van de totale patiëntenpopulatie bedroeg 68,4 jaar (variërend van 67,1 tot 70,3 jaar) en de gemiddelde diabetesduur bedroeg 8,3 jaar (variërend van 6,5 tot 11,4 jaar). Van de totale populatie had 4,3% van de patiënten diabetes type 1 en was 51,2% vrouw. Zorggroep 1, 3 en 8 hadden geen patiënten met diabetes type 1 ‘in zorg’.

## 2.2.4 Kwaliteit van zorg op basis van procesindicatoren

Tabel 2.8 geeft een samenvatting van de procesindicatoren in het tweede en derde jaar na invoering van IB. Een uitgebreide beschrijving is te vinden in Bijlage B3.4.

### Lichte toename in aantal patiënten dat vier controles heeft ondergaan

De NDF Zorgstandaard geeft aan dat diabetespatiënten vier keer per jaar moeten worden gecontroleerd (NDF, 2007). Vier zorggroepen konden hierover informatie aanleveren voor zowel het tweede als het derde jaar na invoering van IB. In totaal heeft 54,5% van de patiënten van deze vier zorggroepen vier controles ondergaan in jaar 2 en 66,3% in jaar 3 (zie Tabel 2.8).

Alhoewel de klinische relevantie van deze procesindicator ontbreekt, geeft het wel inzicht in de verleende zorg door de zorggroep. Het doel van de zorg is immers niet dat iedere patiënt vier controles per jaar ondergaat, maar dat de patiënt goed is ingesteld. In steeds meer zorggroepen wordt afgestapt van de periodieke driemaandelijkse controle van patiënten indien patiënten goed zijn ingesteld (zie ook Paragraaf 2.6 en 3.2). Een aantal zorggroepen verplicht daarom ook hun zorgverleners niet (meer) om het aantal controles te registreren.

### Procesindicatoren HbA1c, bloeddruk en BMI boven de 90% in zowel jaar 2 als jaar 3

De procesindicatoren 'het percentage patiënten met een HbA1c-bepaling in het afgelopen jaar', 'het percentage patiënten met een bloeddrukmeting in het afgelopen jaar' en 'het percentage patiënten met een BMI-berekening in het afgelopen jaar' laten zowel in het tweede als in het derde jaar na invoering van IB percentages zien die boven de 90% liggen (zie Tabel 2.8). Bij deze drie indicatoren zijn de verschillen tussen het tweede en derde jaar klein. Er lijkt een optimum aan het te behalen percentage te zijn; zorggroepen waarbij procesindicatoren in jaar 2 al boven 90% lagen bleken niet in staat te zijn om de percentages in het derde jaar verder te verbeteren.

### Percentage patiënten met jaarlijks oogonderzoek lager dan voor andere verrichtingen

In jaar 2 werd bij 48,1% van de patiënten een oogonderzoek uitgevoerd en dit percentage daalde in jaar 3 naar 44,6% (zie Tabel 2.8). Dit percentage verschilt sterk tussen de zorggroepen; van 27,1% in zorggroep 6 tot 73,5% in zorggroep 10 (jaar 3). Het werkelijke percentage patiënten dat jaarlijks een oogonderzoek ondergaat, wordt echter onderschat. Ten eerste wordt bij een deel van de patiënten het oogonderzoek uitgevoerd door een oogarts in het ziekenhuis. Deze oogonderzoeken worden in sommige zorggroepen niet vanuit de keten-dbc bekostigd en dus ook niet gerapporteerd aan de zorggroep. Ten tweede heeft de oogarts niet

altijd toegang tot het registratiesysteem van de zorggroep, waardoor de de oogarts uitgevoerde oogonderzoeken niet opgenomen zijn in de huidige cijfers (zie ook Paragraaf B3.1). Verder wordt het oogonderzoek bij een aantal zorggroepen niet meer jaarlijks, maar tweejaarlijks gecontracteerd door de zorgverzekeraar. De reden hiervoor is dat de NHG-standaard aangeeft dat onder bepaalde voorwaarden volstaan kan worden met een tweejaarlijkse controle (Bouma et al., 2006). Ook de CBO-richtlijn biedt mogelijkheden voor een tweejaarlijkse controle (CBO, 2006a).

### Percentage patiënten met voetonderzoek is toegenomen van 78,4% in tweede jaar na invoering van IB tot 82,4% in het derde jaar na invoering van IB

In jaar 2 werd bij 78,4% van de patiënten een voetonderzoek verricht en dit percentage nam toe tot 82,4% in jaar 3 (zie Tabel 2.8). In drie zorggroepen (zorggroep 2, 3 en 7) was een significante toename te zien in het percentage patiënten bij wie een voetonderzoek werd verricht.

### Merendeel zorggroepen toonde een toename van percentage patiënten met een jaarlijkse LDL-cholesterolbepaling

Vijf van de negen zorggroepen lieten een toename zien van het percentage patiënten bij wie een LDL-cholesterolbepaling heeft plaatsgevonden. In vier zorggroepen was deze stijging significant (zie Tabel 2.8). In de totale onderzoekspopulatie werd bij 83,3% van de patiënten het LDL-cholesterol bepaald in jaar 2 en dit nam toe tot 84,4% in jaar 3.

## Samengestelde indicatoren

Naast bovenstaande enkelvoudige indicatoren is ook nog een aantal samengestelde indicatoren berekend.

### Toename van percentage patiënten bij wie alle onderdelen van de samengestelde indicator waren bepaald of gemeten

Bij 68,1% van de patiënten werd in jaar 2 het HbA1c, bloeddruk, BMI, totaal cholesterol en de klaring van de nieren bepaald of berekend, en vond een voetonderzoek plaats (zie Tabel 2.8). Dit percentage is in jaar 3 significant gestegen naar 73,7%. De resultaten van deze indicator lieten een grote spreiding zien tussen de zorggroepen; van 46,4% in zorggroep 8 tot 84,3% in zorggroep 4 (jaar 3).

### Lichte stijging van percentage patiënten bij wie het lipidenprofiel jaarlijks werd bepaald

Het lipidenprofiel bestaat uit het totale cholesterol, triglyceriden, HDL-cholesterol en LDL-cholesterol. In jaar 2 bedroeg het percentage patiënten van wie het volledige lipidenprofiel bepaald was 80,3%. In jaar 3 was dit percentage significant gestegen naar 81,3% (zie Tabel 2.8).

**Tabel 2.8** Kwaliteit van de zorg aan de hand van procesindicatoren in het tweede en derde jaar na invoering van integrale bekostiging, per zorggroep en voor het totaal (%).

Zorggroep	1		2		3		4		6		7		8		9		10		Totaal	
	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 2	Jaar 3
<b>Percentage patiënten met:</b>																				
Minimaal vier controles	58,3	70,3*	45,2	57,4*	52,9	68,7*	59,7	70,7*	-	38,1	-	-	-	66,1	-	-	-	-	54,5	66,3*
Oogonderzoek in afgelopen 12 maanden	-	38,4	32,6	31,3	60,1	69,1*	45,5	41,4*	-	27,1	52	42,8*	-	63,6	42,8	54,2*	77,3	73,5*	48,1	44,6*
Oogonderzoek in afgelopen 24 maanden	-	-	-	44,8	-	88,0	-	54,5	-	-	-	72,7	-	-	-	71,6	92,4	92,4	63,0	63,0
Voetonderzoek	-	63,7	68	79,2*	67,2	84,4*	92,9	91,7*	-	58,9	65,1	70,8*	-	73	76,3	77,8	88	84,8*	78,4	82,4*
HbA1c-bepaling	74,2	97,0*	89,7	93,2*	93,6	94,3	94,9	94,8	-	89,2	82,6	81,3*	-	77,6	93,9	95,2	99,3	99,0	90,8	91,4*
Bloeddrukmeting	98,5	97,3	91,1	91,8	96,7	96,9	99,2	99,2	-	89,9	86,8	85,4*	-	94,5	88,8	82,2*	98,7	98,2	93,9	93,4*
BMI-berekening	99,4	97,3*	92,1	92,1	96,6	96,9	99,1	99,1	-	90,6	79,9	83,1*	-	94,3	86,9	81,4*	91,6	91,5	91,7	92,3*
Creatinineklaring berekend of bepaald	71,8	80,8*	91,2	94,2*	60,8	75,0*	86,5	86,8	-	83,6	75,9	73,0*	-	60	90,8	91,2	92,5	92,1	83,8	84,6*
Urineonderzoek (portie) op albumine of albumine/creatinine ratio	69,1	46,8*	63,8	74,7*	55,2	69,1*	-	-	-	68,6	65,6	68,9*	-	45,8	86,8	88,4	74,2	72,6	66,6	71,8*
LDL-cholesterolbepaling	71,5	78,7*	83,7	87,6*	66,2	83,0*	88	88,5	-	81,5	75,2	71,8*	-	63,1	90	93,0*	96,3	95,7	83,3	84,4*
HDL-cholesterolbepaling	72,1	79,0*	86,5	90,6*	66,8	84,2*	-	-	-	83,8	77,7	73,9*	-	66,1	92,5	94,4	96,5	94,3	82,7	83,9*
Totaal cholesterolbepaling	72,7	80,5*	87,3	91,3*	66,8	84,1*	89,7	90,2	-	83,9	77,7	74,0*	-	65,9	92,7	94,4	96,6	96,8	85,4	86,6*
Triglyceridenbepaling	72,4	80,5*	87,2	91,2*	66,7	84,1*	88,5	88,3	-	83,7	77,5	73,7*	-	65,9	92,5	94,4	96,5	93,7*	84,9	85,5*
Rookgedrag bekend	100	100	100	100	96,1	96,1	96,1	78,8	100	100	93,7	93,7	-	100	-	98	68,5	68,5	88,5	88,5
Consult diëtist	-	21,6	21	16,1*	-	-	5,9	3,4*	-	2,8	0,1	5,2*	-	-	-	-	-	-	7,7	7,4*
<b>Samengestelde indicatoren</b>																				
Gemeten/bekend: HbA1c, bloeddruk, BMI, totale cholesterol, creatinineklaring, voetonderzoek	-	58,3	57,8	72,9*	60,7	74,9*	83,8	84,3	-	51,1	52,5	60,5*	-	46,4	64,6	60,4*	77,4	74,2*	68,1	73,7*
Lipidenprofiel (totale cholesterol, triglyceriden, HDL en LDL) bepaald	71,2	78,7*	83,7	87,5*	66	82,8*	-	-	-	81,5	74,8	71,6*	-	62,7	89,9	93,0*	96	90,3*	80,3	81,3*

\* = Significant (P<0,05).

#### Tekstbox 2.4: Gemiddelde HbA<sub>1c</sub>-waarde per zorggroep uitgesplitst naar gebruik medicatie

De meeste zorggroepen hebben geen registratiegegevens aangeleverd over het medicatiegebruik van de patiënten. Voor een goede vergelijking van HbA<sub>1c</sub>-waarden is het echter wel van belang rekening te houden met de therapie (insulinebehandeling of dieet en/of tabletten) die patiënten krijgen. In de patiënten-

vragenlijst is het medicatiegebruik wel uitgevraagd. In onderstaande tabel wordt een vergelijking gemaakt van de gemiddelde HbA<sub>1c</sub>-waarde uitgesplitst naar therapie. Patiënten die aangeven insuline te gebruiken hebben hogere HbA<sub>1c</sub>-waarden dan patiënten die rapporteren geen tabletten of insuline te gebruiken.

Gemiddelde HbA<sub>1c</sub> (mmol/mol) op T3 per zorggroep uitgesplitst naar soort therapie.

	Zorggroep					
	1	2	4	6	9	10
n	187	235	216	86	200	192
Geen tabletten of insuline	45,8	44,7	47,4	46,0	42,9	43,1
Tabletten	48,6	49,1	51,3	51,2	48,4	48,2
(Ook) insuline	54,7	57,8	55,8	63,3	57,0	52,2

#### 2.2.5 Kwaliteit van zorg op basis van uitkomstindicatoren

De uitkomstindicatoren zijn op drie momenten bepaald: 1) aan het begin van het tweede jaar na invoering van IB ('de baselinebepaling') (T<sub>1</sub>), 2) aan het einde van het tweede jaar na invoering van IB (T<sub>2</sub>) en 3) aan het einde van het derde jaar na invoering van IB (T<sub>3</sub>). Hieronder wordt een samenvatting gepresenteerd van de verschillende uitkomstindicatoren. Paragraaf B3.5 van Bijlage 3 geeft een uitgebreide beschrijving van de resultaten van de uitkomstindicatoren.

##### Veranderingen in gemiddelde HbA<sub>1c</sub>-waarde verschillen tussen zorggroepen

De gemiddelde HbA<sub>1c</sub>-waarde van de totale onderzoekspopulatie nam licht toe van 50,5 mmol/mol op T<sub>1</sub> naar 51,0 mmol/mol op T<sub>3</sub> (zie Tabel 2.9). Vijf zorggroepen laten een significante toename zien van de HbA<sub>1c</sub>-waarde, terwijl drie zorggroepen een significante daling laten zien. Twee van de drie zorggroepen die een afname laten zien hadden op T<sub>1</sub> een hoge gemiddelde HbA<sub>1c</sub>-waarde. De gepresenteerde HbA<sub>1c</sub>-waarden zijn in vergelijking met de (inter) nationale literatuur goed te noemen (Sönnichsen et al., 2010; Schäfer et al., 2010; ERFC, 2011; ACCORD, 2011). Het percentage patiënten met een HbA<sub>1c</sub>-waarde lager dan 53 mmol/mol bedroeg 66,0% op T<sub>1</sub>. Dit percentage daalde significant tot 63,2% op T<sub>3</sub>. Het percentage patiënten met een HbA<sub>1c</sub>-waarde hoger dan 69 mmol/mol daalde significant van 5,3% op T<sub>1</sub> tot 4,7% op T<sub>3</sub>. Een recente Engelse studie toont aan dat mensen die 'slecht' ingesteld zijn en die verschuiven naar 'gemiddeld' ingesteld zijn, minder gebruik van ziekenhuiszorg maken (Dusheiko et al., 2011).

Zorggroepen lijken erin te slagen om mensen die 'slecht' waren ingesteld bij de start van het onderzoek beter in te stellen, maar lijken er minder goed in te slagen om mensen die 'goed' waren ingesteld bij de start van het onderzoek ook 'goed' ingesteld te houden.

##### Lichte daling van gemiddelde systolische bloeddruk

Er was een lichte significante afname te zien van de gemiddelde systolische bloeddruk van de totale onderzoekspopulatie van 141 mmHg op T<sub>1</sub> naar 139 mmHg op T<sub>3</sub> (zie Tabel 2.9). Het percentage patiënten met een systolische bloeddruk lager dan 140 mmHg, de streefwaarde, nam toe van 45,2% op T<sub>1</sub> naar 51,3% op T<sub>3</sub>. In vijf zorggroepen (zorggroep 2, 4, 7, 9 en 10) was een significante toename te zien van het percentage patiënten dat beneden de streefwaarde bleef. De zorggroepen slagen er in toenemende mate in om de streefwaarde voor de systolische bloeddruk te realiseren.

##### BMI-waarde vrijwel onveranderd

In vier van de negen zorggroepen was een significante daling te zien in de gemiddelde BMI-waarde (zie Tabel 2.9). In geen van de zorggroepen is de gemiddelde BMI-waarde gestegen. In de totale onderzoekspopulatie was er een lichte significante daling te zien van 29,93 kg/m<sup>2</sup> naar 29,86 kg/m<sup>2</sup>. Het percentage patiënten met een BMI-waarde lager dan 25 kg/m<sup>2</sup> nam met 1,5% toe van 15,3% op T<sub>1</sub> naar 16,8% op T<sub>3</sub>. In twee zorggroepen (zorggroep 2 en 4) was deze stijging significant. Het percentage patiënten met een BMI-waarde hoger dan 30 kg/m<sup>2</sup> is in geen van de zorggroepen significant veranderd.



### **Percentage patiënten met LDL-cholesterolgehalte <2,5 mmol/l toegenomen**

Het gemiddelde LDL-cholesterolgehalte in de totale onderzoekspopulatie daalde significant. Op T1 bedroeg het gemiddelde LDL-cholesterolgehalte 2,6 mmol/l. Dit gehalte daalde naar 2,4 mmol/l op T3 (zie Tabel 2.9). In geen van de zorggroepen is het gemiddelde LDL-cholesterolgehalte gestegen. Het percentage patiënten met een LDL-cholesterolgehalte lager dan 2,5 mmol/l nam toe tussen T1 en T3. Op T1 had 48,2% van de patiënten een LDL-cholesterolgehalte lager dan 2,5 mmol/l. Dit percentage steeg naar 58,6% op T3. In zes van de negen zorggroepen (zorggroep 1, 2, 4, 6, 7 en 10) was er een significante toename waarneembaar van het percentage patiënten met een LDL-cholesterolgehalte lager dan 2,5 mmol/l.

#### **Tekstbox 2.5: Vergelijking resultaten evaluatie met (inter)nationale literatuur niet eenvoudig**

In de (inter)nationale literatuur worden veel gegevens over de kwaliteit van de diabeteszorg gerapporteerd (Gnavi et al., 2009; Janssen et al., 2009; Zoungas et al., 2009; Calvert et al., 2009; Cooper et al., 2009; Holbrook et al., 2009; Cleveringa et al., 2008; Rutten, 2008; Sönnichsen et al., 2010; Schäfer et al., 2010; ERFC, 2011; ACCORD, 2011). Een vergelijking met de resultaten uit deze evaluatie wordt bemoeilijkt door mogelijke verschillen in patiëntenpopulaties (bijvoorbeeld verschillen in patiëntkarakteristieken, zoals sociaal-economische status, leeftijd en etniciteit) en (ontbrekende) gegevens over multimorbiditeit en medicatiegebruik. Ook ontbreekt het inzicht in hoeverre de patiëntenpopulaties vergelijkbaar zijn voor wat betreft het percentage patiënten dat onder behandeling is van een specialist en welke behandeling de patiënten krijgen. Om een goede vergelijking te kunnen maken tussen de resultaten van de verschillende studies is meer inzicht hierin noodzakelijk.



**Tabel 2.9** Kwaliteit van de zorg aan de hand van uitkomstindicatoren, op T1 (eerste waarde tweede jaar na invoering van integrale bekostiging) en T3 (laatste waarde derde jaar na invoering van integrale bekostiging), per zorggroep en voor het totaal #.

Zorggroep	1	2		3		4		6		7		8		9		10		Totaal	
		T1	T3	T1	T3	T1	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T1	T3	T1	T3	T1	T3
Meting	T1/T2*																		
<b>Uitkomst indicator</b>																			
<b>HbA1c</b>																			
Gemiddelde (mmol/mol)	48,3	49,4*	56,2	54,7*	48,3	50,2*	48,5	50,1*	51,2	55,0*	49,8	49,9	50,4*	53,0	51,6*	50,1	49,3*	50,5	51,0*
% patiënten <53 mmol/mol	76,6	74,9	42,3	50,2*	76,4	66,9*	73,0	66,7*	65,2	50,7*	70,1	69,1	72,8	71,9	61,7	69,9	66,8*	66	63,2*
% patiënten >69 mmol/mol	0,8	1,7	14,,3	11,7*	1,2	1,8	2,5	2,8	5,5	10,1*	2,3	2,4	0,9	4,4	8,7	4,8	3,1*	5,3	4,7*
<b>Systolische bloeddruk</b>																			
Gemiddelde (mmHg)	140	139	140	137*	139	139	141	140*	137	136	141	140*	138	139	144	140	137*	141	139*
% patiënten <140 mmHg	47,4	52,0	47,6	58,2*	52,6	52,5	42,9	46,0*	54,1	56,2	44,9	46,6*	54,3	50,4	39,3	52,2*	61,7*	45,2	51,3*
<b>BMI</b>																			
Gemiddelde (kg/m <sup>2</sup> )	29,71	29,73	29,32	29,26	29,48	29,35*	30,21	30,15*	29,29	29,17	29,61	29,53*	28,98	28,97	30,02	29,69*	30,04	29,93	29,86*
% patiënten BMI <25 kg/ m <sup>2</sup>	15,2	15,9	18,9	20,6*	16,4	18,0	14,3	15,7*	19,3	20,0	17,5	18,0	19,7	18,6	12,7	14,2	14,3	15,3	16,8*
% patiënten BMI >30 kg/m <sup>2</sup>	42,4	43,9	37,6	37,3	40,9	39,4	45,9	45,2	37,7	37,8	40,4	40,0	34,1	34,8	43,8	41,5	43,7	43,5	42,7*
<b>Nierfunctie</b>																			
% patiënten klaring >60 ml/min (MDRD)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
% patiënten met microalbuminurie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
% patiënten met proteïnurie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Lipidenprofiel</b>																			
Gemiddelde LDL (mmol/l)	2,6	2,5*	2,6	2,4*	2,3	2,3	2,6	2,4*	2,7	2,5*	2,6	2,5*	2,7	2,6	2,5	2,6	2,1*	2,6	2,4*
% patiënten LDL <2,5 mmol/l	49,0	57,8*	47,8	60,0*	59,9	62,2	46,4	55,8*	43,6	48,9*	50,3	53,4*	42,0	42,0	52,4	49,2	71,5*	48,2	58,6*
Gemiddelde HDL (mmol/l)	1,3	1,3	1,2	1,3*	1,2	1,3*	-	-	1,2	1,2	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,1	1,2*	1,2	1,3*
Gemiddelde triglyceriden (mmol/l)	1,6	1,5*	1,7	1,6*	1,8	1,8	1,9	1,8*	2,0	1,9	1,7	1,7*	1,7	1,7	1,7	1,6	1,5*	1,8	1,7*
Gemiddelde totaal cholesterol (mmol/l)	4,6	4,5*	4,6	4,4*	4,4	4,4	4,7	4,5*	4,8	4,6*	4,7	4,6*	4,8	4,8	4,5	4,3	4,0*	4,6	4,4*
% patiënten totaal cholesterol <4,5mmol/l	48,0	55,6	47,6	57,2*	57,7	57,5	42,9	53,0*	41,0	44,7*	45,6	49,6*	41,4	35,7	50,8	51,4	73,1*	46,8	56,2*
<b>Roken</b>																			
% patiënten dat rookt van degene waarvan het rookgedrag bekend is	-	10,5	-	14,7	-	14,7	-	18,6	-	14,5	-	15,6	-	23,8	-	13,5	-	18,2	-
% patiënten gestopt met roken	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Complicaties</b>																			
% patiënten met voetafwijkingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
% patiënten met oogafwijkingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
% patiënten met complicaties	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

# = Voor zorggroep 1, 6, 7 en 8 zijn de waarden op T1 niet bekend (voor zorggroep 1 zijn de systolische bloeddruk en BMI-waarden wel bekend). Daarom is bij deze zorggroepen de waarde op T2 gepresenteerd en het verschil getoetst tussen T2-T3. Deze zorggroepen zijn niet meegenomen in de berekening van het totaal; \* = Significant (p<0,05).

## 2.3 In hoeverre stimuleert integrale bekostiging taakherschikking en taakdelegatie?

### Leeswijzer

In deze paragraaf staat taakherschikking en taakdelegatie in zorggroepen en de rol die IB hierbij speelt centraal. Allereerst wordt in Tekstbox 2.6 ingegaan op taakherschikking en taakdelegatie. Vervolgens worden verschillende vormen van taakherschikking en taakdelegatie besproken die we gedurende het onderzoek hebben waargenomen.

#### Tekstbox 2.6: Taakherschikking en taakdelegatie: een verkenning van de begrippen

In de discussies over het effect van IB op het verschuiven van taken en de introductie van nieuwe beroepen in de diabeteszorg worden verschillende begrippen gebruikt die niet allemaal eenduidig worden geïnterpreteerd. In dit rapport worden de begrippen 'taakherschikking' en 'taakdelegatie' gebruikt. Hieronder wordt kort beschreven wat in dit rapport onder beide begrippen wordt verstaan.

**Taakherschikking** betreft het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepsgroepen waarbij de verantwoordelijkheid wordt overgedragen (RVZ, 2002).

Bij **taakdelegatie** worden ook taken structureel herverdeeld maar wordt de verantwoordelijkheid van deze taken niet overgedragen aan een andere zorgverlener. De nieuwe zorgverlener verricht deze taak onder supervisie van een andere hoger gekwalificeerde zorgverlener.

### Diverse vormen van zowel taakdelegatie als taakherschikking komen voor

De poh is in alle zorggroepen de spil van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk. De poh voert de driemaandelijkse controles, een (deel van de) jaarcontrole en het voetonderzoek uit en geeft algemeen dieetadvies. Een aantal huisartsen en een verzekeraar geven aan dat deze taakdelegatie naar de poh al was ingezet voor de invoering van de keten-dbc.

Het jaarlijkse oogonderzoek werd voorheen veelal uitgevoerd door de oogarts. Inmiddels wordt het oogonderzoek bij zes zorggroepen ook door optometristen uitgevoerd, bij twee zorggroepen ook door het huisartsenlaboratorium en bij twee zorggroepen ook door graders in het ziekenhuis. Een grader is een geaccrediteerde

medewerker die fundusfoto's screent onder verantwoordelijkheid van de oogarts (NOG, 2006). In één zorggroep heeft een aantal huisartsen een certificering behaald om het oogonderzoek zelf te kunnen uitvoeren en te kunnen beoordelen (zie ook Figuur B5.4 in Bijlage 5). Wanneer het oogonderzoek wordt uitgevoerd door een grader is er sprake van taakdelegatie. In de andere gevallen is er sprake van taakherschikking.

Taakherschikking vindt niet alleen plaats binnen de eerste lijn, maar ook tussen de eerste en de tweede lijn. Zo worden in toenemende mate insuline-afhankelijke patiënten zonder complicaties in de huisartsenpraktijk behandeld, terwijl deze patiënten vóór de invoering van integrale bekostiging veelal naar het ziekenhuis werden doorverwezen (zie ook onderstaand citaat). Deze vorm van taakherschikking is onder andere mogelijk geworden doordat steeds meer zorggroepen de basiscursus 'Insulinetherapie in de eerste lijn' van de Stichting Langerhans verplicht stellen. Hierdoor zijn veel huisartsen en poh's beter in staat om zelf patiënten op insuline in te stellen. Ook drie van de vier contactpersonen van verzekeraars melden dat zij een verschuiving van patiënten van de tweede naar de eerste lijn zien.

*'Inmiddels is het zo dat insulinestart geen verwijzing meer is voor de tweede lijn. Insuline starten doen de huisartsen zelf. Ze komen nu nog bij ons als het met insuline na twee keer niet lukt. [...] Mijn spreekuur zit altijd nokkie vol. Dus elke patiënt die ik weer help en waarbij het kan die gaat naar de eerste lijn terug.'*  
Internist

### Functies van zorgverleners veranderen door herschikking van taken en patiënten

Door taakherschikking en -delegatie is de huisarts meer een supervisor in plaats van een behandelaar geworden. De rol van de internist wordt steeds meer consultatief. Ook oogartsen worden steeds vaker supervisor en in een aantal zorggroepen fungeren zij alleen nog als contractpartij. In drie zorggroepen contracteren de oogartsen het jaarlijkse oogonderzoek, maar contracteren zij voor de uitvoering ervan een derde partij (zie ook de figuren per zorggroep in Bijlage 5). Ook de rol van de diabetesverpleegkundige is veranderd. Zij houdt zich meer bezig met de begeleiding en scholing van poh's en visitatie van huisartsenpraktijken dan met directe zorg aan diabetespatiënten. Een aantal diabetesverpleegkundigen beschouwt deze functiedifferentiatie als een verschraving van hun takenpakket.

*‘Het is jammer, want de uitdaging in je vak is gewoon helemaal weg. Als de praktijkondersteuners eigenlijk in heel Nederland alles overnemen van de diabetesverpleegkundige, dan stel je als diabetesverpleegkundige binnen de eerste lijn ook helemaal niets meer voor.’*  
Diabetesverpleegkundige eerste lijn

### **Niet alleenerschikking van taken, maar ook van patiënten**

Alle geïnterviewde internisten (n=8) zien een afname van het aantal diabetes type 2-patiënten in het ziekenhuis, omdat er minder diabetespatiënten vanuit de huisartsenpraktijken worden doorverwezen. De internisten verschillen van mening of dit door IB komt. Een aantal internisten geeft aan dat deze verschuiving al was ingezet voordat IB werd ingevoerd en dat IB deze verschuiving hooguit versneld. Andere internisten gaven echter aan dat deze verschuiving wel degelijk een direct gevolg van de invoering van IB lijkt te zijn geweest. Om de verschuiving van patiënten mogelijk te maken hebben zorggroepen en internisten heldere afspraken gemaakt over de verwijscriteria van en naar de internist. Deze staan veelal gedocumenteerd in het multidisciplinaire protocol en zijn soms geïntegreerd in het KIS.

### **Taakherschikking kan leiden tot belangenverstrengeling**

Bepaalde vormen van taakherschikking kunnen mogelijk leiden tot belangenverstrengelingen. Zo is een aantal optometristen tevens opticien, waardoor de scheidslijn tussen zorg en de commercie onduidelijk kan worden. Het onderscheid tussen patiënt en consument vervaagt in sommige situaties en patiënten kunnen verleid worden tot het aankopen van bepaalde commerciële producten (zie citaat).

*‘Je kunt niet als optometrist je geld verdienen. Ik kan alleen maar mijn geld verdienen, omdat daar ook brillen verkocht worden en contactlenzen en dat maakt het soms wel eens lastig. Bijvoorbeeld ook voor huisartsen, je moet heel hard ervoor werken en ik probeer daar heel erg voor te waken en duidelijk te maken dat ze het snappen als ze iemand sturen voor een onderzoek, dat ik niet probeer om een bril te verkopen. Ja, ik probeer er echt heel erg op te letten. Maar dat is moeilijk, want je hebt natuurlijk ook optometristen die doen het wel. Ik merk dat dat nog wel eens een keer een beetje gevoelig ligt. Ja, ja, ik moet ze naar een winkel sturen. Dat is moeilijk. Dat is een nadeel. Aan de andere kant we kunnen niet anders. Ik kan niet van die € 22,- er een praktijk op na houden.’*  
Optometrist

### **Mogelijke risico’s van taakherschikking en taakdelegatie voor kwaliteit van zorg worden onderkend**

Uit de interviews met zowel zorgverleners als managers blijkt dat men wel enige kritische kanttekeningen plaatst bij de vergaande taakherschikking. Vooral het risico op kwaliteitsverlies in de huisartsenpraktijk wordt genoemd. De poh zou minder goed in staat zijn om de integrale zorgvraag van de patiënt te beschouwen en zich te veel op alleen de behandeling van diabetes richten. Maar ook zouden poh’s soms teveel verantwoordelijkheid krijgen of nemen terwijl zij daar onvoldoende voor geschoold zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van doseringsadviezen of (algemene) dieetadvisering. Daarnaast wordt gevreesd voor kennisverlies bij de huisarts als gevolg van het feit dat huisartsen minder contact hebben met hun diabetespatiënten. Ook zouden huisartsen hun grip op diabetespatiënten kunnen verliezen doordat de poh de zorg grotendeels naar zich toetrekt.

### **Ook positieve effecten van taakherschikking worden onderkend**

Uit de interviews blijkt dat er een aantal belangrijke voordelen wordt gezien van de delegatie van taken door de huisarts naar de poh. Zo heeft de poh meer tijd en aandacht voor de diabetespatiënten dan de huisarts en houdt de huisarts op zijn beurt meer tijd over voor zijn andere patiënten. Daarnaast is de zorg beter gestructureerd en geprotocolleerd nu de poh een groot deel van de diabeteszorg uitvoert.

*‘Ik had vanochtend van een groepje huisartsen een rapportage gekregen, die ze naar [naam preferente zorgverzekeraar] moeten sturen als verantwoording voor de poh en ik zat daar even naar te kijken, dan lees je letterlijk: onze patiënten zijn meer tevreden, er is meer aandacht voor, ze worden systematischer geholpen, we doen het structureel in het KIS. Dan denk ik: dat is grappig dat ik dat hier even lees, ik denk dat het inderdaad zo werkt.’*  
Manager zorggroep

### **Zorggroepen zoeken naar randvoorwaarden voor taakherschikking en taakdelegatie**

Om eventueel kwaliteitsverlies door taakherschikking en -delegatie te voorkomen is een aantal zorggroepen gestart met het opstellen van randvoorwaarden, zoals opleidingseisen aan de poh en het verplicht volgen van de basis-cursus ‘Insulinetherapie in de eerste lijn’. Een ander voorbeeld is de contractuele verplichting dat de huisarts zelf jaarlijks minimaal één reguliere controle bij al zijn diabetespatiënten uitvoert. In de praktijk betreft dit dan meestal een gedeelte van de jaarcontrole. Een andere manier van kwaliteitsborging is het periodiek visiteren van de huisartsenpraktijken door de zorggroepen. Tijdens deze

periodieke visitaties bespreken diabetesverpleegkundigen en kaderartsen spiegelinformatie en moeilijk in te stellen patiënten met de poh en kunnen verbeterplannen worden opgesteld. Er is variatie tussen zorggroepen voor wat betreft de vormgeving en frequentie van deze visitaties. Zo visiteert één zorggroep alleen de huisartsenpraktijken die slecht scoren op de proces- en uitkomstmaten bij de jaarlijkse voortgangsrapportage, terwijl andere zorggroepen jaarlijks alle huisartsenpraktijken visiteren. Ook zorgverzekeraars stellen voorwaarden ten aanzien van de competenties van de zorgverleners in de keten-dbc contracten. Zo moet in iedere huisartsenpraktijk een poh werkzaam zijn.

*'Wij moesten bijvoorbeeld die insulinecursus doen van Langerhans. Dat was min of meer obligaat en dat deden zowel de poh als de huisartsen hier. Dat is iets wat min of meer van hogerhand vastgelegd wordt, als een bepaling.'*  
Huisarts

*'Ze krijgen dus een voortgangsrapportage vanuit de zorggroep, hoe je op een proces scoort, hoe je op de uitkomsten scoort en die voortgangsrapportages worden gecontroleerd en besproken binnen de zorggroep en praktijken die dus onder de maat scoren, daar sturen we iemand op af als ik het zo plastisch mag zeggen.'*  
Manager zorggroep

## 2.4 Hoe wordt omgegaan met mensen met comorbiditeit door zorggroepen?

### Leeswijzer

Deze paragraaf gaat dieper op de gevolgen van IB voor mensen met comorbiditeit. Als gevolg van de ziekte-specifieke zorgprogramma's kan het integrale karakter van de zorgvraag van diabetespatiënten met meerdere chronische ziekten onder druk komen te staan. Het is dan ook de vraag hoe zorggroepen omgaan met de complexe zorgvraag van mensen met comorbiditeit binnen een ziektespecifiek zorgprogramma. Tijdens de interviews is aan de hand van een praktijkvoorbeeld (een patiënt met zowel diabetes als COPD die participeert in twee ziekte-specifieke zorgprogramma's) gevraagd hoe de zorg voor dergelijke patiënten in de praktijk zou verlopen.

### Comorbiditeit door zorgverleners niet direct als probleem ervaren

Zorgverleners lijken vooralsnog geen grote problemen te zien en te ervaren ten aanzien van de zorg aan diabetespatiënten die in meerdere zorgprogramma's participeren.

Uit de interviews blijkt echter ook dat veel zorgverleners nog slechts in beperkte mate over dit onderwerp hebben nagedacht. Een aantal poh's geeft aan dat zij bij patiënten met comorbiditeit vaak de huisarts consulteren of patiënten doorverwijzen naar de huisarts. De geïnterviewde huisartsen zijn van mening dat het generalistische karakter van hun vak juist bij uitstek geschikt is om geïntegreerde zorg te leveren. Tijdens enkele interviews werd gesuggereerd dat de belasting voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen wellicht te hoog is, aangezien patiënten vaker op controle moet komen.

### Managers in meer of mindere mate bezig met comorbiditeit en afstemming zorgprogramma's

Uit de interviews met de managers blijkt dat zij werken aan de organisatie van de zorg voor patiënten die binnen meerdere zorgprogramma's vallen. De ene zorggroep is nog in de fase van agendasetting en het creëren van draagvlak, terwijl een andere zorggroep aangeeft dat het KIS al is ingericht voor de participatie van patiënten in meerdere zorgprogramma's. In dit laatste geval kunnen gegevens van de generieke modules die betrekking hebben op verschillende ziekten via het KIS worden uitgewisseld. Ook geven zorggroepen aan dat zij inclusiecriteria voor zorgprogramma's hebben opgesteld. Volgens managers is het opstellen van inclusiecriteria vooral van belang wanneer zowel een zorgprogramma voor diabetes als voor VRM gecontracteerd is. De NZa-beleidsregels sluiten de gelijktijdige deelname van een patiënt aan beide zorgprogramma's namelijk uit.

### Binnen zorggroepen zowel generalistische als specialistische poh's actief

Uit de interviews blijkt dat er zowel generalistische poh's, die meerdere chronische aandoeningen kunnen behandelen, als specialistische poh's, die maar één chronische aandoening kunnen behandelen, in zorggroepen actief zijn. Dat betekent dat patiënten in sommige zorggroepen één poh moeten bezoeken, terwijl patiënten in andere zorggroepen verschillende poh's moeten bezoeken. De meningen van de zorgverleners zijn verdeeld over welk type poh beter is om de kwaliteit van zorg voor mensen met comorbiditeit te waarborgen. Genoemde voordelen van generalistische poh's zijn dat zij meerdere ziekten bij één patiënt kunnen behandelen en dat zij makkelijker een collega-poh kunnen vervangen. Een genoemd voordeel van het werken met specialistische poh's is dat dezelfde informatie voor de patiënt belicht wordt vanuit verschillende invalshoeken. Een gepercipieerd nadeel van specialistische poh's is dat zij een tunnelvisie kunnen ontwikkelen, omdat zij zich maar met één ziekte bezighouden. Uit de interviews blijkt dat de keuze voor een generalistische of specialistische poh in meerdere zorggroepen wordt overgelaten aan de huisartsenpraktijken en dat de zorggroepen hier nog geen specifiek beleid op hebben ontwikkeld.

*'Wij hebben het gesplitst. Ik heb een poh bijvoorbeeld voor het COPD-gebeuren en een andere voor de diabetes.'*

Huisarts

*'Wij hebben twee poh's en er komt per 1 februari een derde poh erbij. Wij wensen ze ook wel, en dat willen ze zelf ook, breed inzetbaar te hebben. Als de één weg is dan kan de ander ook weer dingen....'*

Huisarts

### Wisselende ervaringen met het combineren van afspraken voor mensen met comorbiditeit

Patiënten die participeren in meerdere zorgprogramma's hoeven doorgaans maar één keer op controle te komen bij een generalistische poh. De controles worden dan gecombineerd in een langere of een dubbele afspraak. Sommige zorgverleners zijn van mening dat het combineren van consulten niet wenselijk is, maar dat het juist goed is dat een patiënt het verhaal meerdere keren te horen krijgt (zie onderstaand tweede citaat).

*'Wat er nu gebeurt, als mensen én COPD hebben bijvoorbeeld én diabetes, dan plant de praktijkondersteuner gewoon extra tijd, dus dan plant ze gewoon een uur. En dan doet ze eerst de diabetes en dan COPD. En dan heeft ze natuurlijk minder uit te leggen, want die leefstijl, wat je al zei, dat is hetzelfde.'*

Huisarts

*'Ik heb twee aparte poh's en het voordeel daarvan is dat de patiënt uit verschillende hoeken de informatie kan krijgen waardoor het alleen maar versterkend kan werken. Het nadeel zit eraan dat je een versnippering krijgt, dat iemand twee jaar hetzelfde verhaal voorgeschooteld krijgt, maar goed, als je ervan uitgaat dat veel informatie verloren gaat binnen het consult, is dat alleen maar een meerwaarde.'*

Huisarts

### Wisselende meningen of zorg is verbeterd voor mensen met comorbiditeit

Op de vraag of de zorg voor mensen met comorbiditeit door de invoering van IB is verbeterd of verslechterd geven de geïnterviewden wisselende antwoorden. Vooral huisartsen, poh's en managers zien verbetering, voornamelijk veroorzaakt door het feit dat de diabeteszorg meer gestructureerd wordt aangeboden. Een deel van de diabetesverpleegkundigen en internisten vindt het moeilijk in te schatten of de zorg verbeterd of verslechterd is. Er zijn ook zorgverleners die vinden dat de kwaliteit van de zorg niet veranderd is. Daarnaast vinden een manager en een klein aantal zorgverleners dat de kwaliteit van de zorg verslechterd is, omdat teveel aandacht voor de

ziektespecifieke zorgvraag is gekomen, waardoor het integrale karakter van de zorg verloren gaat.

### Rol apotheker bij beleid polyfarmacie op zorggroepeniveau nog beperkt

Polyfarmacie, het gelijktijdig gebruik van meerdere soorten medicatie, komt veelvuldig voor bij mensen met meerdere chronische aandoeningen. Uit de interviews met de managers blijkt dat in het multidisciplinair protocol meestal geen afspraken over polyfarmacie zijn opgenomen. De rol van de apotheker bij het polyfarmaciebeleid van de zorggroep is dan ook beperkt. Veel zorggroepen voeren nog geen structureel overleg met de apothekers in de regio. Wel lopen in een aantal zorggroepen proefprojecten met apothekers, zoals de Diabetesdialoog (CZ, 2011) waarin twee zorggroepen (zorggroep 4 en 10) uit de evaluatie participeren. Uit de interviews met huisartsen blijkt dat er op lokaal niveau vaak wel afspraken tussen huisartsen en apothekers zijn gemaakt over polyfarmacie tijdens het farmacotherapeutisch overleg, maar dat de rol van de zorggroep hierbij beperkt is.

### Geen aanvullende afspraken met verzekeraars over patiënten met comorbiditeit

Uit de interviews met de vier contactpersonen van zorgverzekeraars blijkt dat geen van hen aanvullende afspraken met zorggroepen heeft gemaakt over patiënten met comorbiditeit. Wel geeft men aan over dit onderwerp en over de consequenties voor de bekostiging na te denken. Een verzekeraar geeft aan recent gestart te zijn met het uitrollen van een module 'kwetsbare ouderen'. Deze module komt dan bovenop de keten-dbc voor diabetes en voorziet in de vergoeding van de extra kosten die de zorg voor kwetsbare ouderen met diabetes met zich meebrengt.

## 2.5 Hoe is de patiëntenparticipatie vormgegeven binnen zorggroepen?

### Leeswijzer

Deze paragraaf beschrijft de wijze waarop patiëntenparticipatie binnen zorggroepen is vormgegeven. De bevindingen zijn voornamelijk gebaseerd op de interviews. Daarnaast is, met toestemming van de zorggroepen, gebruikgemaakt van de gegevens van het RIVM-onderzoek naar de organisatie van zorggroepen (Van Til et al., 2010).

Er wordt onderscheid gemaakt tussen patiëntenparticipatie bij het primaire zorgproces en patiëntenparticipatie bij organisatorische besluitvormingsprocessen.

**Patiëntenparticipatie tijdens het primaire zorgproces** gaat over de rol van patiënten bij de eigen behandeling. Andere veel gebruikte termen hiervoor zijn 'zelfmanage-



ment' en 'shared-decision making'. Om patiënten daadwerkelijk een actieve rol bij hun eigen behandeling te geven, is voldoende ondersteuning van zorgverleners tijdens het primaire zorgproces nodig. De zorgverlener kan de patiënt hiertoe educatie geven over zijn/haar chronische aandoening en leefstijl en informeren over de mogelijke behandelopties. Hierdoor is de patiënt beter in staat om met zijn ziekte om te gaan en mee te beslissen over behandelopties.

**Patiëntenparticipatie op het organisatorische niveau** gaat over de betrokkenheid van de patiënt bij besluitvormingsprocessen over de organisatie van de patiëntenzorg. Betrokkenheid van patiënten bij organisatorische besluitvormingsprocessen is belangrijk om het uiteindelijke doel van zorgvernieuwingen – goede patiëntenzorg leveren – niet uit het oog te verliezen en de organisatie van de zorg zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de wensen en behoeften van patiënten. Deze vorm van patiëntenparticipatie kan door individuele patiënten, maar ook door vertegenwoordigers van bijvoorbeeld (regionale) patiëntenverenigingen worden vormgegeven.

## Patiëntenparticipatie tijdens het primaire zorgproces

### Ondersteuning zelfmanagement komt nog niet echt van de grond

Ondersteuning van zelfmanagement wordt doorgaans nog niet op een systematische en geïntegreerde wijze binnen de diabeteszorg aangeboden. Zorggroepen ontwikkelen vaak geen concreet beleid op dit gebied en er worden nauwelijks instrumenten of interventies voor ondersteuning van zelfmanagement aangeboden. Slechts een enkele zorggroep biedt groepseducatie aan. Twee zorggroepen hebben een elektronisch patiëntenportaal zodat patiënten thuis kunnen inloggen op hun eigen elektronisch dossier en er ook zelf gegevens aan toe kunnen voegen. Bij één zorggroep kunnen patiënten onder begeleiding van een zorgverlener toegang krijgen tot hun elektronische patiëntendossier. Bij drie zorggroepen is men bezig met de voorbereidingen om patiënten toegang te verschaffen. Uit de interviews blijkt echter dat het motiveren van patiënten om daadwerkelijk gebruik te gaan maken van het portaal niet eenvoudig is. Zo geeft één zorggroep aan dat slechts 20-25% van hun patiënten hun inlogcode heeft gebruikt. Deze zorggroep gaat nu een promotiecampagne opzetten om dit percentage te verhogen.

*'Want we hebben ook helemaal geen cursussen, trainingen of doorverwijzingmogelijkheden om mensen te laten werken aan hun zelfmanagement.'*

Poh

*'Nou ja, we hebben... de patiënten zijn in de zorg betrokken door middel van de mogelijkheid om in te loggen op hun patiëntendossier. Dus in die zin zijn ze inhoudelijk betrokken, als ze dat willen, dus via een patiëntenportaal.'*

Manager zorggroep

### Wensen van managers en zorgverleners ten aanzien van ondersteuning van zelfmanagement lopen uiteen

Uit de interviews komt naar voren dat managers streven naar een maximale vorm van ondersteuning van zelfmanagement. Dit geldt zowel voor managers van zorggroepen met een beperkt aanbod van interventies ter ondersteuning van zelfmanagement als voor managers van zorggroepen met een groter aanbod van dergelijke interventies. De zorgverleners zijn echter van mening dat rekening gehouden moet worden met de capaciteiten en mogelijkheden van de patiëntenpopulatie en passen hun wensen voor verbetering van zelfmanagement daarop aan. Zij zoeken binnen de mogelijkheden van hun patiënten naar de meest optimale haalbare vorm van zelfmanagementondersteuning.

### Middelen voor ondersteuning van zelfmanagement ontbreken

Volgens zorgverleners ontbreekt het aan tijd en geld en zijn de ICT-mogelijkheden te beperkt om zelfmanagement van patiënten op een goede manier te ondersteunen. Wat betreft de ICT mist men bijvoorbeeld de mogelijkheid om de zelfmanagementdoelen van de patiënt op een structurele wijze in het informatiesysteem te registreren. Op dit moment kan het streefgewicht bijvoorbeeld wel geregistreerd worden in het ICT-systeem, maar kan de wijze waarop de patiënt zijn behandelgoal wil realiseren niet geregistreerd worden. Vaak kunnen deze zelfmanagementdoelen alleen vermeld worden als zogenaamde 'vrije tekst' in het HIS en/of KIS, met als gevolg dat deze gegevens bij een volgende controle moeilijk(er) te achterhalen zijn. Daarnaast hebben niet alle zorgverleners, vooral de paramedici, toegang tot het (gehele) elektronische dossier.

*'We zitten alles in te vullen in een vast protocol en daar staan alle meetwaarden in en alle meetgegevens. Daar staan ook alle controlegegevens in, maar er is niet een goede manier om daar afspraken over zelfmanagement in vast te leggen.'*

Poh

### Zorgverleners vinden kennis van andere zorgverleners ontoereikend voor ondersteuning zelfmanagement

In een aantal gevallen vinden zorgverleners, maar ook de managers, het kennisniveau van de poh's ontoereikend om goede ondersteuning van zelfmanagement te kunnen bieden. Maar ook het kennisniveau van andere zorg-

verleners wordt soms als ontoereikend beschouwd. Een geïnterviewde diëtist is bijvoorbeeld van mening dat huisartsen te weinig van voeding weten.

*‘Wat er moeilijk aan is, is om het zorggroepbreed op hetzelfde niveau te krijgen. Je ziet daarin grote individuele verschillen, met name tussen praktijkondersteuners, of zij dat goed kunnen of niet. Ik zie ook, met name bij poh’s die bijvoorbeeld een verpleegkundige achtergrond hebben, dat die het veel beter kunnen dan poh’s die voorheen doktersassistent waren, die zijn veel meer geneigd om gewoon protocollair te werken en veel minder erop in te zoomen op die individuele zorgvraag.’*  
Manager zorggroep

#### **Behoeft van patiënten aan zelfmanagement wordt door zorgverleners laag ingeschat**

Een aantal zorgverleners heeft de overtuiging dat patiënten zelf een belemmerende factor zijn bij het vormgeven van zelfmanagement. Enerzijds omdat veel patiënten er niet toe in staat zouden zijn om hun chronische aandoening zelf te managen, vanwege hun vaak hoge leeftijd en lage opleidingsniveau. Anderzijds zouden patiënten onvoldoende gemotiveerd zijn.

*‘De diëtiste loopt daar tegenaan, de huisarts soms ook, wijzelf als diabetesverpleegkundige of praktijkondersteuner. Er is gewoon een groep mensen die wat moeilijker te bewegen zijn tot. Hoe je die begeleiding dan gestalte geeft... Ja, ik denk dan ook aan allochtonen bijvoorbeeld. Dat is ook zo’n groep. Taalbarrière.’*  
Diabetesverpleegkundige

*‘Zelfmanagement wordt hier eigenlijk praktisch tot gewoon echt niet gedaan, omdat... Dat ligt ook weer aan je populatie. Patiënten hebben zoiets van: prik maar even en kijk maar even hoe het is, zeg wat ik moet doen en ik doe het. Paracetamolletje slikken prima. Ze zitten helemaal niet te wachten op zelfmanagement.’*  
Poh

*‘De voorganger van mij, de diëtist hier, heeft een groepsbehandeling proberen op te zetten voor de diabetes, qua alleen diëtetiek en dat hebben ze wel vaker gedaan en eigenlijk loopt het altijd op niks uit, die groepsbehandelingen, omdat patiënten niet op komen dagen, niet te motiveren zijn.’*  
Diëtist

## **Patiëntenparticipatie op organisatorisch niveau**

### **Patiënten niet altijd op de hoogte van het bestaan van de zorggroep**

Uit de interviews met de managers komt naar voren dat patiënten niet altijd geïnformeerd zijn over hun deelname aan een zorgprogramma onder verantwoordelijkheid van een zorggroep. Daarnaast zijn zij vaak niet op de hoogte dat zij als gevolg hiervan, naast de relatie die zij al hadden met hun huisarts, een relatie hebben met een zorggroep. Meerdere managers zijn van mening dat de zorggroep patiënten ook niet hoeft te informeren, aangezien de zorggroep niet onder de Wtzi (Wet toelating zorginstelling) valt. Een aantal zorggroepen informeert hun patiënten wel wanneer zij instromen in het zorgprogramma. Dit gebeurt veelal niet rechtstreeks door de zorggroep, maar door de individuele huisartsenpraktijken binnen de zorggroep.

### **Selectief inkopen van zorgverleners wordt niet expliciet gecommuniceerd naar patiënt**

De meeste zorggroepen maken gebruik van zogenaamde voorkeursleveranciers. Dit houdt in dat zij selectief bepaalde zorgverleners contracteren. Uit de interviews blijkt dat deze zorggroepen hun patiënten veelal niet expliciet informeren dat zij hierdoor niet meer van alle zorgverleners in hun regio zorg kunnen ontvangen. De managers geven echter wel aan dat dit op de website van de zorggroep of in een informatiefolder staat vermeld. In de praktijk heeft het werken met voorkeursleveranciers volgens de managers echter nog geen problemen met patiënten opgeleverd. Ook geeft een manager aan dat zij de patiënten wel zouden willen informeren, maar hierin vooralsnog terughoudend zijn als gevolg van de onduidelijkheden over het voortbestaan van IB op de langere termijn (zie citaat).

Het is onbekend of en hoe dit in de spreekkamer aan patiënten wordt gecommuniceerd en in hoeverre patiënten deze beperking van hun keuzevrijheid als een probleem ervaren.

*‘Want wij communiceren de naam van de zorggroep niet met patiënten. Als we in de toekomst alleen maar dbc’s gaan doen, dan gaat dat wel gebeuren, want dan worden we een zorgorganisatie en dan moeten we daar van alles mee. Als de verzekeraar zijn zin krijgt en het wordt ‘koptarief’, dan blijven wij een faciliterend bedrijf, dan zullen wij helemaal niks met patiënten communiceren, maar alleen maar de hulpverleners ondersteunen in het leveren van een goed aanbod.’*  
Manager zorggroep

### **Patiënten worden nauwelijks geraadpleegd bij organisatorische beslissingen**

De inbreng van patiënten bij organisatorische besluitvormingsprocessen is bij alle zorggroepen beperkt. Een aantal zorggroepen geeft aan periodiek overleg te voeren met de regionale afdeling van de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) of andere patiëntenvertegenwoordigers. Het is echter niet duidelijk welke rol de patiëntenvertegenwoordigers vervullen tijdens deze overleggen. Van betrokkenheid bij besluitvormingsprocessen lijkt slechts in zeer beperkte mate sprake. Bij één zorggroep is een patiënt lid van de Raad van Toezicht (zie ook Paragraaf 2.1.1).

*‘Regionale diabetesverenigingen zijn betrokken. Zeker als we protocolwijzigingen of dat soort dingen hebben en bij de evaluatie van hoe het gaat. Dat zijn de twee elementen waarbij wij de regionale diabetesvereniging betrekken. En landelijk hebben wij goede contacten met de DVN ook om te kijken van waar verwachten wij dat die diabeteszorg zich, in zijn algemeenheid, zal kunnen verbeteren en waar willen we dan naartoe.’*

Manager zorggroep

### **Vier zorggroepen hebben een cliëntenraad en/of klachtenregeling**

Vier van de negen zorggroepen (zorggroep 3, 4, 9 en 10) hebben een cliëntenraad. Echter bij zorggroep 3, 4 en 9 zijn deze cliëntenraden niet gelieerd aan de zorggroep, maar aan de onderaannemers van de zorggroep, zoals de holding van de zorggroep of de huisartsenpost. Alleen de cliëntenraad van zorggroep 10 behoort daadwerkelijk tot de zorggroep.

Ten aanzien van het oprichten van een cliëntenraad speelt de discussie of een zorggroep wel of niet een zorginstelling is en dus wel of niet aan de verplichtingen van de Wtzi moet voldoen.

Daarnaast hebben zorggroep 2, 4 en 9 een klachtenregeling ingesteld of klachtencommissie opgericht. De zorggroepen die geen klachtenregeling hebben ingesteld geven aan dat de door hen gecontracteerde zorgverleners ieder afzonderlijk wel een klachtenregeling of klachtencommissie hebben waar patiënten met eventuele klachten terecht kunnen.

### **Alle zorggroepen verrichten periodiek onderzoek naar patiëntervaringen**

In alle zorggroepen wordt periodiek onderzoek verricht naar patiëntervaringen. Het periodiek onderzoeken van patiëntervaringen is in ieder keten-dbc contract opgenomen. Veelal betreft dit de CQ-index die in opdracht van zorgverzekeraars door Stichting Miletus wordt uitgevoerd. Een drietal zorggroepen (zorggroep 3, 4 en 10) voert zelf het onderzoek naar patiëntervaringen uit. Zij voeren dit onderzoek jaarlijks of tweejaarlijks uit.

### **Zorgverzekeraars vinden dat integrale bekostiging niet actief bijgedragen heeft aan centrale rol van patiënt**

De vier contactpersonen van zorgverzekeraars delen de mening dat IB nog niet actief heeft bijgedragen aan de realisatie van de centrale rol van patiënten. Drie van de vier vragen zich af of de patiënten eigenlijk wel weten dat ze binnen een keten of zorgprogramma vallen. Zij menen dat de patiënten hierover nog onvoldoende door de zorggroep of hun hoofdbehandelaar geïnformeerd zijn.

## **2.6 Wat zijn de ervaringen van alle betrokken partijen drie jaar na invoering van integrale bekostiging?**

### **Leeswijzer**

Deze paragraaf gaat in op de tevredenheid van de verschillende betrokken partijen met de invoering van IB. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt naar patiënten, zorggroepen, zorgverleners en verzekeraars. De resultaten zijn gebaseerd op het vragenlijstonderzoek onder patiënten en de interviews onder zorggroepen, zorgverleners en zorgverzekeraars. In Bijlage 2 en 4 wordt een uitgebreide beschrijving van de methoden en resultaten gegeven.

### **Wat vinden de patiënten?**

Voor het meten van patiëntervaringen is gebruikgemaakt van de Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) (Glasgow et al., 2005a; Vrijhoef et al., 2009) (zie Tekstbox 2.7). Daarnaast zijn in de huidige evaluatie vragen over de afstemming van de zorg uit de vragenlijst van het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG) (Heijmans et al., 2010) meegenomen. Hieronder worden de resultaten van het vragenlijstonderzoek onder patiënten beknopt beschreven.

### **Patiëntervaringen op basis van de Patient Assessment of Chronic Illness Care**

#### **Geen significante verschillen in patiëntervaringen tussen zorggroepen**

De gemiddelde score op de verschillende stellingen van de PACIC bedroeg 2,8 (zie Tabel 2.10). Deze score betekent dat patiënten ‘soms’ een integrale aanpak van de zorg ervaren. Wanneer de stellingen die minder relevant zijn voor de Nederlandse situatie achterwege worden gelaten komt de gemiddelde score op de PACIC uit op 3,2. Er werden geen significante verschillen gevonden in de gemiddelde score op de PACIC tussen de zorggroepen. Er is in alle zorggroepen nog ruimte voor verbetering.

Patiënten waren meestal tevreden over de organisatie van de ontvangen zorg (gemiddeld 4,2), kregen meestal uitleg



### Tekstbox 2.7: Wat is de PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care)?

De PACIC is een vragenlijst die inzicht geeft in de mate waarin de elementen van het Chronic Care Model (CCM) zijn geïmplementeerd. Door Vrijhoef et al. (2009) is deze vragenlijst aangewezen als het instrument dat het meest geschikt is om patiënt-ervaringen binnen geïntegreerde zorg te meten. De PACIC bestaat uit twintig stellingen die beoordeeld kunnen worden op een vijfpuntsschaal die loopt van 'bijna nooit' tot 'bijna altijd'. Hoe hoger de score, hoe meer de patiënt ervaart dat de zorg volgens de uitgangspunten van het CCM wordt aangeboden. De in de Verenigde Staten ontwikkelde PACIC veronderstelt dat de gegeven stellingen bijdragen aan goede ervaren chronische zorg. Hoewel de PACIC is gevalideerd voor de Nederlandse situatie (Vrijhoef et al., 2009; Wensing et al., 2008), lijken zes stellingen minder relevant voor de Nederlandse situatie (zie Bijlage 4). In dit hoofdstuk worden de gemiddelde score op de twintig stellingen (PACIC-20) vergeleken met de gemiddelde score op de veertien stellingen (PACIC-14) die het meest relevant lijken voor de Nederlandse situatie.

over de relatie tussen hun gedrag en gezondheid (gemiddeld 3,7) en kregen meestal uitleg over het belang van het bezoek aan medisch specialisten zoals de oogarts of neuroloog (gemiddeld 3,7) (niet weergegeven in figuur of tabel). De respondenten gaven aan soms geholpen te worden met vooruit plannen om te zorgen dat, als ze ziek zijn, zij weten hoe met hun diabetes om te gaan (gemiddeld 2,5). Patiënten werden soms gevraagd hoe diabetes

hun leven beïnvloedde (gemiddeld 2,6) en soms gevraagd hoe het bezoek aan andere artsen verliep (gemiddeld 2,7) (niet weer gegeven in figuur of tabel).

### PACIC-score vergelijkbaar met (inter)nationale literatuur

De scores van patiënten op de PACIC zijn vergelijkbaar met (inter)nationale studies. Zo bedroeg de gemiddelde score in een Nederlandse studie uit 2005 onder diabetespatiënten 3,2 (Wensing et al., 2008). Deze gemiddelde score is echter gebaseerd op een beperkt aantal patiënten (N=88). In een studie uit Duitsland uit 2008 onder diabetespatiënten van het Disease Management Program (DMP) bedroeg de gemiddelde score 3,3 (N=1399) (Szencsenyi et al., 2008). In een studie uit de Verenigde Staten uit 2008 onder patiënten van het Kaiser Permanente Medical Care Program, was de gemiddelde score 2,7 (N=2917) (Schmittiel et al., 2007). In deze laatste studie waren echter niet alleen diabetespatiënten geïnccludeerd, maar ook patiënten met andere chronische aandoeningen.

Het NIVEL heeft de PACIC in 2009 toegepast binnen het NPCG (Heijmans et al., 2010). Zij hebben echter de oorspronkelijke vijfpuntsschaal van de PACIC geherformuleerd naar een vierpuntsschaal met toevoeging van de categorie 'niet van toepassing'. De resultaten van de NIVEL-studie zijn hierdoor niet te vergelijken met de resultaten van de huidige evaluatie.

### Patiëntervaringen op basis van vragen van het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten

#### Tevredenheid over afstemming en samenwerking onveranderd (hoog)

De patiënten beoordeelden de samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners positief.

**Tabel 2.10** Gemiddelde score op de PACIC, per zorggroep en voor het totaal.

	Zorggroep							
	1	2	3	4	6	9	10	Totaal
Gemiddelde score PACIC-20 (SD) (n=1168)	3,1 (0,8)	2,7 (0,8)	2,9 (0,9)	2,9 (0,8)	2,7 (0,8)	2,8 (0,8)	2,8 (0,8)	2,8 (0,8)
Gemiddelde score PACIC-14 (SD)† (n=1197)	3,4 (0,9)	3,0 (0,9)	3,2 (1,1)	3,2 (0,9)	2,9 (0,9)	3,2 (0,8)	3,2 (0,9)	3,2 (0,9)

† = PACIC-14 is de PACIC exclusief zes stellingen die voor de Nederlandse situatie minder relevant zijn.

**Tabel 2.11** Oordeel van patiënten over de samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners, per zorggroep en voor het totaal (%) (n=1231)\*.

	Zorggroep							
	1	2	3	4	6	9	10	Totaal
Uitstekend	20,8	25,9	40,0	29,0	24,3	20,7	26,5	25,1
Goed	73,8	64,7	48,6	66,5	65,0	70,3	67,8	67,6
Matig	4,4	8,5	11,4	3,0	10,7	8,1	4,5	6,3
Slecht	1,1	0,9	0,0	1,5	0,0	0,9	1,1	1,0

\* = Patiënten die aangaven slechts één diabeteszorgverlener te hebben zijn niet meegenomen in deze vraag, aangezien deze patiënten geen uitspraken kunnen doen over de samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners.

**Tabel 2.12** Oordeel van patiënten met en zonder comorbiditeit over de samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners (%) (n=1231) #.

	Patiënten met comorbiditeit (n=493)	Patiënten zonder comorbiditeit (n=738)
Uitstekend	25,2	25,1
Goed	69,0	66,7
Matig	5,1	7,2
Slecht	0,8	1,1

# = Patiënten die aangaven slechts één diabeteszorgverlener te hebben zijn niet meegenomen in analyse van deze vraag, aangezien deze patiënten geen uitspraken kunnen doen over de afstemming van de zorg

Ruim 90% van de patiënten gaf aan de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners goed of uitstekend te vinden (zie Tabel 2.11). Deze percentages zijn de afgelopen jaren min of meer gelijk gebleven (94% en 93% tijdens de twee metingen van evaluatie-1). Slechts 1,0% van de respondenten in de huidige evaluatie gaf aan de samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners 'slecht' te vinden. Ook dit percentage komt overeen met de percentages die gevonden werden in evaluatie-1 (0,5% en 1,7%).

#### Respondenten met comorbiditeit beoordelen samenwerking en afstemming niet anders dan respondenten zonder comorbiditeit

Er werd geen significant verschil gevonden in het oordeel van patiënten met of zonder comorbiditeit over de afstemming en samenwerking in de zorg (zie Tabel 2.12). Zowel mensen met als zonder comorbiditeit beoordeelden de samenwerking en afstemming overwegend als 'goed' of 'uitstekend' (respectievelijk 94% en 92%). Ook werden er geen significante verschillen gevonden tussen de patiënten met of zonder comorbiditeit in de mate waarin zij ervoeren dat zorgverleners goede afspraken met elkaar maakten, er afspraken worden gecombineerd op dezelfde dag, het ervaren van tegenstrijdige adviezen, en in hoeverre zorgverleners goed op de hoogte waren van de afspraken met de andere zorgverleners' (niet weergegeven in figuur of tabel).

#### Wat vinden de zorggroepmanagers?

##### Managers van zorggroepen ervaren toename in kwaliteit van zorgproces

In de perceptie van de managers is de kwaliteit van het zorgproces sinds de invoering van IB op meerdere fronten verbeterd. Zo worden er nu vaker dan voorheen protocollen voor diabeteszorg toegepast. De zorg is beter gestructureerd door een systematische aanpak (periodieke controles en onderzoeken) en een integraal zorgprogramma. Ook zijn er duidelijke samenwerkingsafspraken over de zorgverlening vastgelegd. Verder werkt een enkele zorggroep met een cyclisch kwaliteitsbeleid (PDCA-cyclus), wat betekent dat zorgverleners regelmatig getoetst worden op de kwaliteit van zorg die ze leveren en dat indien nodig verbeterplannen geïmplementeerd worden.

##### Managers geven aan dat inzicht in individuele zorgbehoefte van patiënt is verkregen

In de NDF Zorgstandaard wordt aangegeven dat iedere patiënt driemaandijks gecontroleerd moet worden. Er werd tijdens meerdere interviews opgemerkt dat door het sturen op vier controles per jaar inzicht is verkregen in de subpopulatie van patiënten voor wie deze frequentie van vier controles per jaar niet noodzakelijk is. Bij een aantal zorggroepen wordt daarom de frequentie van de controles aangepast aan de individuele zorgbehoefte van de patiënt. Hiermee denken de zorggroepen meer zorg op maat te kunnen leveren, waardoor de doelmatigheid van de zorg verbetert. Sommige zorggroepen sturen aan op minimaal één jaarcontrole per patiënt die (gedeeltelijk) wordt uitgevoerd door de huisarts. De overige controles worden, afhankelijk van de individuele zorgvraag, uitgevoerd door de poh.

*'Het grootste succes is toch de zorg op maat. Er is meer aandacht hierdoor voor de behoefte aan ondersteuning van de patiënt op de verschillende terreinen. Dat is toch wel een groot verschil als ik kijk hoe dat vijf jaar geleden ging.'*

Manager zorggroep

*'Ik denk in eerste instantie zat de winst in juist dat programma's, dat patiënten de zorg krijgen die ze nodig hebben en de vervolgstap, waar we nu dus middenin zitten, is dat de patiënten meer zorg op maat krijgen en meer groepsactiviteiten hebben. Die groepsconsulten zijn erg succesvol, informatieavonden, ook hulpverleners meer gaan nadenken van wat vraagt de patiënt van ons.'*

Manager zorggroep

##### Zorg transparanter als gevolg van spiegelinformatie

De managers van zorggroepen zijn van mening dat de transparantie van de kwaliteit van de geleverde zorg door de invoering van IB is toegenomen. Momenteel voorzien alle zorggroepen hun individuele zorgverleners periodiek van spiegelinformatie over de geleverde zorg. Deze spiegelinformatie geeft aan de hand van een aantal kwaliteitsindicatoren inzicht in de prestaties van de individuele zorgverleners. Een aantal zorggroepen

formuleert op basis van deze spiegelinformatie verbeterpunten en -plannen. Indien nodig begeleiden deze zorggroepen de individuele zorgverleners bij het realiseren van de verbeterpunten door bijvoorbeeld extra scholing van een poh of ondersteuning van een poh door een diabetesverpleegkundige.

*'Het inzicht is ook een groot succes en het inzicht in wat er gebeurt, dus rapportages die beschikbaar zijn. Er is nog nooit zoveel kennis beschreven om effectief te kunnen sturen.'*  
Manager zorggroep

### Onderhandelingen met zowel preferente als verre verzekeraar verlopen nog steeds moeizaam

Uit de interviews met managers blijkt dat de onderhandelingen met zowel de preferente als de verre verzekeraar nog steeds moeizaam verlopen. Vaak is men wel tevreden over het resultaat van de onderhandelingen, maar niet over het voorafgaande proces. Het meest genoemde knelpunt is welke onderdelen van diabeteszorg binnen het keten-DBC contract vallen en dus gecontracteerd worden. Hierbij doelt men niet alleen op zaken als glucoseteststrips en de inzet van diëtetiek, maar ook op overheadkosten en financiële ruimte voor innovatie. Een ander veel genoemd knelpunt is het niet meer automatisch 'volgen' van de keten-DBC contracten door de verre verzekeraars. De verre verzekeraars willen het contract van de preferente verzekeraar niet overnemen en over een eigen contract onderhandelen. Dit komt doordat alle verzekeraars in de afgelopen jaren een contracteerbeleid en inkoopkaders hebben ontwikkeld. Zorggroepen moeten daardoor met meerdere verzekeraars onderhandelen, hetgeen leidt tot hoge(re) administratieve belasting en bureaucratie.

*'Misschien vind ik het grootste knelpunt wel de onderhandelingstrajecten met zorgverzekeraars. Ik denk dat ik dat het allergrootste knelpunt vind dat er ontstaan is en de continue discussie met zorgverzekeraars snap ik aan de ene kant wel, maar aan de andere kant word je daar ook wel eens moe van. Van wat er wel is gecontracteerd en niet is gecontracteerd, wel is gefinancierd en niet is gefinancierd. Die strijd, en die hele bureaucratie die daar bovenop gekomen is, dat vind ik wel een groot nadeel van het systeem. En daarvan denk ik zou dat nou niet anders kunnen? Want wat je natuurlijk in den lande ziet, is dat iedereen ongeveer dezelfde rituele dans aan het uitvoeren is met ongeveer dezelfde uitkomsten. Ik bedoel, kan dat nou niet efficiënter denk ik dan?'*  
Manager zorggroep

*'In plaats van dat je gewoon zegt je hebt een verplichte volger, met preferente zorgverzekeraars spreek je wat af en de rest volgt dat automatisch. Nee, je moet met iedereen apart onderhandelen, 10x aan tafel, stukken toesturen, het kost je klauwen met geld. Elk uurtje is gewoon geld. Dat is zo zonde.'*  
Manager zorggroep

### Veel managers ontevreden over ICT

Managers ervaren naar eigen zeggen nog steeds problemen met hun informatiesysteem. Het systeem is bijvoorbeeld nog niet voor alle zorgverleners toegankelijk (zie ook Paragraaf 2.1) of er is (nog) geen patiëntenportaal beschikbaar. Daarnaast zijn er problemen met de koppeling van het HIS en het KIS, en kunnen gegevens niet uitgewisseld worden. Hierdoor moeten zorgverleners zowel in het HIS als in het KIS hun bevindingen registreren (zie ook Paragraaf 3.2 en *Wat vinden de individuele zorgverleners?*).

### Wat vinden de individuele zorgverleners?

#### Ook zorgverleners ervaren toename in kwaliteit van zorgproces

Ook de individuele zorgverleners zijn van mening dat de kwaliteit van het zorgproces door IB is toegenomen. Zij geven aan dat er meer dan voorheen met protocollen wordt gewerkt en dat deze protocollen ook beter worden (op)gevolgd. Tevens is de continuïteit van de zorg in de perceptie van de zorgverleners verbeterd, doordat patiënten nu periodiek op controle komen. Meerdere zorgverleners geven aan dat patiënten die niet op hun periodieke controles verschijnen beter geïdentificeerd en actief benaderd kunnen worden. Daarnaast wordt het oog- en het voetonderzoek op meer gestructureerde wijze aangeboden.

*'Het grote pluspunt is met name de kwaliteitswinst die je boekt, dat facet van de zorg. Je werkt meer gestructureerd en korter op de patiënt. Een actiever beleid.'*  
Huisarts

*'Ja, ik ben opgeleid in een praktijk en daar deed je eigenlijk toch heel veel ad hoc. Je plande de diabetespatiënten wel, maar ik denk een voetcontrole en een fundusfotografie, ik denk dat dat nog wel eens vergeten werd of niet helemaal gedaan werd. Nu is het gewoon veel gestructureerder.'*  
Huisarts

*'Ik denk de structuur in die controles met name, dat mensen de controles krijgen die ze nodig hebben en dat je ook kunt zien wie er uit die controles gaan of wie de controles ontlopen. Je hebt wat meer zicht op de patiëntenzorg. Ik denk dat dat goed is.'*  
Diabetesverpleegkundige

### Beschikbaarheid van spiegelinformatie gezien als succesfactor

Volgens de zorgverleners is het inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg toegenomen dankzij IB. Ook vindt een aantal zorgverleners dat hier een stimulerende werking van uitgaat. Doordat zij nu periodiek worden voorzien van spiegelinformatie, zijn zij bewuster bezig met het verbeteren van de kwaliteit van de door hen geleverde zorg (zie ook *Wat vinden de zorggroepmanagers?*).

*‘Dat de patiëntenzorg overzichtelijk is, meetbaar is geworden, ook beter is geworden.’*

Huisarts

*‘Het grootste succes is dat volgens mij voor het eerst in de geschiedenis huisartsen, eerstelijns zorgverleners, worden aangemoedigd, zal ik maar zeggen, om resultaten, procesresultaten, maar ook gezondheidsresultaten te monitoren, verantwoording over af te leggen en te verbeteren. Dat is de revolutie.’*

Directeur huisartsenlaboratorium

*‘Ja, meer structuur en ik vind de feedbackgegevens ook een groot succes.... Ja, dat vind ik gewoon prettig. Dat houdt je bewuster bezig met de zorg.’*

Poh

### Zorgverleners ervaren integrale bekostiging soms als belemmering voor patiëntgerichtheid

Sommige zorgverleners hebben het idee dat de financiële belangen soms prevaleren boven de kwaliteit van de zorg. Een genoemd voorbeeld hierbij is het wachten met het doorsturen van patiënten door de huisarts naar de tweede lijn, zodat de keten-dbc nog een kwartaal extra kan worden gedeclareerd. Daarnaast worden er soms vraagtekens gezet bij de geprotocolleerde behandeling versus de individuele zorgbehoefte van de patiënt. Zorgverleners geven aan dat sommige patiënten bijvoorbeeld behoefte hebben aan minder consulten. In een aantal zorggroepen wordt deze zorg op maat benadering al toegepast (zie ook *Wat vinden de zorggroepmanagers?*).

*‘Dat je soms wel het idee krijgt dat er huisartsen zijn, waarbij het geld toch wel sturend is in deze en dat het niet altijd de kwaliteit ten goede komt.’*

Diabetesverpleegkundige

*‘Het grootste knelpunt vind ik toch het financiële aspect, wat belangrijker haast is dan de patiënt. Tenminste zo is mijn ervaring.’*

Poh

### Administratieve belasting wordt als hoog ervaren, mede als gevolg van beperkingen ICT systemen

Een aantal zorgverleners ervaart een hogere administratieve belasting sinds de invoering van IB. Deze toename wordt volgens de zorgverleners veroorzaakt door de grotere hoeveelheid patiëntgegevens die moet worden geregistreerd in het kader van zowel de onderlinge uitwisseling van gegevens in het primaire zorgproces als het moeten aanleveren van gegevens aan de zorggroep in het kader van de spiegel- en verantwoordingsinformatie. Daarnaast nemen de administratieve lasten toe doordat zorgverleners patiëntgegevens vaak dubbel moeten registreren in zowel het HIS als het KIS (zie ook *Wat vinden de zorggroepmanagers?*).

*‘Ik denk, waar we nu nog tegenaan lopen is toch de koppeling met het HIS en het KIS, dat je daar last van hebt. En wat natuurlijk wel is, je werkt met veel meer mensen, dus je moet gewoon veel meer op papier zetten en dat is heel veel administratie.’*

Huisarts

*‘Zoals het nu is, waar we tegenaan gelopen zijn en hopelijk verbetert dat dadelijk: het registreren, de verslaglegging, zeg maar, dat dat niet meer dubbelop, dat dat niet te veel tijd meer gaat kosten, dat het op een zinvolle manier gebeurt.’*

Diabetesverpleegkundige

### Aantal zorgverleners vindt communicatie en afstemming met huisartsenpraktijk niet optimaal

In alle zorggroepen geven de geïnterviewde diabetesverpleegkundigen aan dat de communicatie en samenwerking met de huisartsenpraktijken nog ruimte voor verbetering biedt. Zij zouden graag op meer regelmatige basis met de huisartsen spreken om de zorg te evalueren en samen tot eventuele verbeterpunten te komen. Ook andere zorgverleners, onder wie diëtisten, ervaren een gebrek aan afstemming met de huisartsenpraktijken. Bij de diëtisten lijkt het vooral te gaan om het achterwege blijven van feedback door de huisarts op de geleverde zorg.

*‘Dat je toch eigenlijk weinig huisartsen spreekt. Of eigenlijk bijna niet. Het zijn meer die praktijkondersteuners. En dat is natuurlijk ook prima, maar soms zou ik dan ook wel de huisarts willen spreken.’*

Diabetesverpleegkundige

### Risico's van effect van taakherschikking meerdere malen genoemd

Volgens een aantal zorgverleners heeft de taakherschikking, die na invoering van IB in een stroomversnelling is

geraakt, mogelijk nadelige gevolgen voor de kwaliteit van de diabeteszorg. Men doelt hiermee vooral op de taakherschikking van huisarts naar poh. Enerzijds vindt men de poh niet altijd voldoende opgeleid om goede diabeteszorg te kunnen verlenen en anderzijds verliezen huisartsen hun kennis omdat zij de diabetespatiënten veel minder vaak zien. Dit aspect wordt door meerdere zorgdisciplines genoemd, vooral door diabetesverpleegkundigen en internisten, maar ook door huisartsen zelf. Naast deze risico's worden door de zorgverleners ook positieve effecten van taakherschikking en -delegatie benoemd (zie hiervoor Paragraaf 2.3).

*'Ik vind het een beetje het risico wat je loopt, doordat het zo gefocust is op dat in de eerste lijn maar zet-ten, waarbij de huisarts het helemaal uitbesteed heeft en er zelf eigenlijk niks mee heeft, dat vind ik eigenlijk geen goede zaak. Dat vind ik ook een risico wat je loopt, want dat betekent dus met andere woorden dat de huisarts eigenlijk, in mijn optiek, te weinig kennis en kunde heeft om op dat moment, dat het nodig is, ook een vraagbaak te kunnen zijn. Dat zal de tijd moeten leren hoe dat verloopt.'*

Internist

## Wat vinden de zorgverzekeraars?

### Zorgverzekeraars positief over kwaliteit van zorg

Net als de managers en de zorgverleners vinden ook de contactpersonen van de zorgverzekeraars dat de kwaliteit van de zorg op een aantal aspecten is verbeterd. Ook zij noemen hierbij de meer geüniformeerde aanpak en het meer protocollair werken. Daarnaast krijgen volgens de contactpersonen de patiënten met een chronische aandoening meer aandacht dan voorheen. Ook is één contactpersoon van mening dat de door de zorggroep georganiseerde bij- en nascholing bijdraagt aan een betere kwaliteit van de zorg.

### Transparantie over kwaliteit van geleverde zorg toegenomen

Meerdere zorginkopers van de zorgverzekeraars geven aan dat zij de toegenomen transparantie van de kwaliteit van de zorg als een succesfactor van de invoering van IB zien. Deze toename is een gevolg van een contractuele verplichting in het keten-dbc contract, het moeten aanleveren van zogenoemde verantwoordingsinformatie. Deze verantwoordingsinformatie geeft de zorgverzekeraar meer inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg. Echter niet alle zorginkopers zijn tevreden over de kwaliteit van de aangeleverde gegevens.

### Zorgverzekeraars vinden diabeteszorg nog te monodisciplinair

Alle geïnterviewde zorginkopers zijn van mening dat de diabeteszorg nog te monodisciplinair is ingericht, aangezien de meeste zorg binnen de huisartsenpraktijk wordt geleverd. Eén contactpersoon spreekt in dit kader over 'veredelde huisartsenzorg' en een ander over 'huisartsenplus-zorg'. Huisartsen zouden volgens de zorgverzekeraars bijvoorbeeld meer met diëtisten moeten samenwerken.

### Toename van kosten te zien maar (nog) niet van kwaliteit van de zorg

Twee contactpersonen van de zorgverzekeraars merken op dat de zorg duurder is geworden, maar dat ze dit niet direct terug zien in de kwaliteit van de zorg. Eén van de twee geeft hierbij aan dat zij nog onvoldoende betrouwbare data hebben om de kwaliteit van de zorg te meten. Daarnaast zijn beiden nog niet overtuigd dat de zorggroep als nieuwe speler op de markt een meerwaarde heeft voor de kwaliteit van de zorg, terwijl ze wel een deel van het geld ontvangen. Een derde contactpersoon noemt dubbele bekostiging en vooral het gebrek aan inzicht hierin als een belangrijk knelpunt. 'Dubbele bekostiging' houdt in dat onderdelen van de diabeteszorg ten onterechte twee keer worden uitbetaald door de verzekeraar; één keer via de keten-dbc aan de zorggroep en één keer via de bestaande bekostigingssystematiek aan de individuele zorgaanbieder terwijl de zorg maar één keer wordt geleverd. Zo noemt één zorginkoper het een nadeel dat de verantwoordingsinformatie is gebaseerd op cross-sectionele gegevens (zie onderstaand eerste citaat).

*'Ja, als je het op groepsniveau doet, dan krijg je een gemiddelde en dan kan je eigenlijk geen goede conclusies trekken.[...] En je weet ook niet... van hé, een gemiddelde, kijk, dan komt er een nieuwe instroom. Dus er komen nieuwe patiënten bij en die vervuilen het gemiddelde, gechargeerd gezegd, zeg maar. En eigenlijk kun je dan dus niks zeggen.'*  
Zorginkoper zorgverzekeraar

*'Lastig verder is dat je echt een organisatie hebt opgezet, zorggroepen, waarbij we nog niet echt zien van is dit nu kwalitatief een meerwaarde. Deze inzet op deze manier van eerstelijns zorg voor chronisch zieken. Ik zie de combinatie van kwaliteit en prijs zeg maar, die zie ik nog niet echt terug.'*  
Zorginkoper zorgverzekeraar

*'Al met al wordt op dit moment de zorg veel duurder, terwijl we nog niet echt goed zien dat de kwaliteit verbetert. Dat is wel de grootste uitdaging!.'*  
Zorginkoper zorgverzekeraar

# 3

## Beschouwing

### Leeswijzer

In Paragraaf 3.1 van dit hoofdstuk worden allereerst de resultaten van de afzonderlijke onderzoeksvragen kort samengevat. Vervolgens plaatsen we de onderzoeksresultaten in Paragraaf 3.2 in een breder perspectief, waarna we in Paragraaf 3.3 een aantal kanttekeningen bij de door ons gehanteerde onderzoeksmethoden plaatsen. Tot slot volgen in Paragraaf 3.4 de aanbevelingen voor beleid en toekomstig onderzoek.

### 3.1 Resultaten samengevat

Het doel van de huidige vervolgevaluatie was om inzicht te geven in de wijze waarop de diabeteszorg momenteel binnen zorggroepen georganiseerd is en wat de effecten twee en drie jaar na de invoering van IB zijn op biomedische gezondheidsmaten en ervaringen van patiënten, zorgverleners en andere betrokken partijen. Hiertoe zijn zes onderzoeksvragen geformuleerd. Hieronder worden de resultaten per onderzoeksvraag samengevat.

#### Onderzoeksvraag 1: Hoe is de zorg binnen zorggroepen drie jaar na de invoering van integrale bekostiging georganiseerd?

Tussen evaluatie-1 en 2 hebben er geen grote organisatorische veranderingen binnen de zorggroepen plaatsgevonden. Zorggroepen zijn ten tijde van evaluatie-2 nog steeds voornamelijk monodisciplinaire samenwerkings-

verbanden van huisartsen. Het aantal huisartsen (en daarmee ook het aantal patiënten) dat in een zorggroep participeert is in de afgelopen periode sterk toegenomen. Hierdoor kunnen schaalvoordelen worden gerealiseerd, zoals het gezamenlijk ondernemen van bepaalde ondersteunende activiteiten bijvoorbeeld de inkoop van hulpmiddelen en softwarelicenties. Wel blijkt dat net als ten tijde van evaluatie-1 het toezicht bij de zorggroepen niet conform de uitgangspunten van de Zorgbrede Governancecode (BoZ, 2009) vormgegeven is. De helft van de zorggroepen geeft aan geen toezichthoudend orgaan te hebben. Bij de zorggroepen die wel een toezichthoudend orgaan hebben, kunnen in een aantal gevallen vragen gesteld worden over de mate waarin iedere vorm en schijn van belangenverstrengeling vermeden wordt. In toenemende mate worden keteninformatiesystemen geïmplementeerd; vijf van de negen zorggroepen hebben momenteel een KIS ingevoerd en één zorggroep is dit aan het voorbereiden.

Uit de evaluatie komt naar voren dat de verschillen in zorginhoud en tarieven tussen de verschillende keten-dbc contracten in de afgelopen jaren kleiner zijn geworden. De afname in de zorginhoudelijke verschillen kan waarschijnlijk grotendeels verklaard worden door meer expertise van zorgverzekeraars en de door hen ontwikkelde inkoopkaders, maar ook door de opgebouwde expertise aan de kant van de zorggroepen. Vier zorggroepen hadden in 2011 naast de keten-dbc diabetes ook een keten-dbc COPD en/of VRM.



### **Onderzoeksvraag 2: Wat is de kwaliteit van de zorg die zorggroepen leveren twee en drie jaar na de invoering van integrale bekostiging?**

De resultaten van de procesindicatoren laten over het algemeen een verbetering zien. Een aantal indicatoren was in jaar 2 al hoog te noemen. Zo werd bij meer dan 90% van de patiënten in zowel jaar 2 als jaar 3 het HbA<sub>1c</sub>, de BMI en bloeddrukmeting bepaald of uitgevoerd. Bij proces-indicatoren betreffende voetonderzoek en nierfunctie- en cholesterolbepalingen was een verbetering tussen jaar 2 en jaar 3 waarneembaar. Ook de samengestelde proces-indicatoren lieten een verbetering zien, al is er een grote variatie tussen de zorggroepen. Het percentage patiënten bij wie een oogonderzoek werd afgenomen in de afgelopen twaalf maanden liet echter een tegengesteld beeld zien (-3,5%). Hierbij wordt opgemerkt dat het oogonderzoek steeds vaker tweejaarlijks in plaats van jaarlijks wordt gecontracteerd. Deze wijziging in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars lijkt men terug te kunnen zien in de resultaten van deze procesindicator. De meeste uitkomstindicatoren lieten ook een lichte verbetering zien, al gold dit niet voor alle uitkomstindicatoren. Zo verbeterde het percentage patiënten met een systolische bloeddruk onder de streefwaarde van 140 mmHg met meer dan 6%. Ook werden bij patiënten steeds vaker de streefwaarden voor cholesterol gehaald (+10%). De gemiddelde HbA<sub>1c</sub>-waarde steeg echter enigszins (+0,5 mmol/mol), mede als gevolg van een toenemende diabetesduur. De BMI bleef daarentegen vrijwel onveranderd. Het is onduidelijk wat de klinische relevantie en impact van deze verbeteringen in patiëntuitkomsten zijn op 'harde' medische uitkomsten, zoals hart- en vaatziekten en sterfte.

### **Onderzoeksvraag 3: In hoeverre stimuleert integrale bekostiging taakherschikking en taakdelegatie?**

De invoering van IB heeft geleid tot verschillende vormen van taakherschikking en taakdelegatie binnen de eerste lijn, maar ook tussen de eerste en de tweede lijn. De poh's zijn over het algemeen de spil van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk en voeren vaak de reguliere controles (grotendeels) uit. Enkele geïnterviewden stelden dat deze taakdelegatie naar de poh al was ingezet voor de invoering van IB. Ook worden insuline-afhankelijke patiënten zonder complicaties in toenemende mate in de huisartsenpraktijk behandeld. Het jaarlijkse oogonderzoek dat voorheen veelal door oogartsen werd uitgevoerd, wordt in toenemende mate uitgevoerd door optometristen, het huisartsenlaboratorium, graders en in één zorggroep ook door huisartsen.

Uit de interviews met zowel zorgverleners als managers blijkt dat men wel enige kritische kanttekeningen plaatst bij de vergaande taakherschikking en taakdelegatie. Vooral het risico op kwaliteitsverlies in de huisartsenpraktijk wordt genoemd. Net als evaluatie-1 liet zien, wordt gevreesd voor kennisverlies van huisartsen doordat

zij minder contact hebben met hun diabetespatiënten. Ook zouden huisartsen hun grip op diabetespatiënten kunnen verliezen doordat de poh de zorg grotendeels van de huisarts overneemt. Poh's nemen of krijgen soms teveel verantwoordelijkheid, terwijl zij daar onvoldoende voor geschoold zijn; voorbeelden hiervan zijn doseringsadviezen of de (algemene) dieetadvisering. Ook bij substitutie van patiënten van de tweede lijn naar de huisartsenpraktijk wordt door de zorgverleners uit de tweede lijn gewezen op de mogelijke risico's van het te laat insturen van patiënten naar de tweede lijn. Uit de interviews komen echter ook positieve geluiden over de delegatie van taken door de huisarts naar de poh naar voren. Vooral de tijd en aandacht die de poh aan patiënten kan besteden worden genoemd. Daarnaast is de zorg beter gestructureerd en beter geprotocolleerd nu de poh een groot deel van de diabeteszorg uitvoert. Een ander genoemd voordeel is dat de huisartsen op hun beurt meer tijd overhoudt voor hun andere patiënten. Ook bij enkele vormen van taakherschikking worden voordelen genoemd. Zo heeft de verschuiving van het oogonderzoek van de oogarts naar de optometrist als voordeel voor de patiënt dat het oogonderzoek dichterbij huis kan plaatsvinden.

### **Onderzoeksvraag 4: Hoe wordt omgegaan met mensen met comorbiditeit door zorggroepen?**

Zorgverleners lijken vooralsnog geen grote problemen te zien en te ervaren ten aanzien van de zorg aan diabetespatiënten die in meerdere zorgprogramma's participeren. Op de vraag of de zorg voor mensen met comorbiditeit is verbeterd of verslechterd door de invoering van IB, geven de geïnterviewden verschillende antwoorden. Vooral huisartsen, poh's en managers zien verbetering, voornamelijk veroorzaakt door het feit dat de diabeteszorg meer gestructureerd wordt aangeboden. Een deel van de diabetesverpleegkundigen en internisten vindt het moeilijk in te schatten of de zorg verbeterd of verslechterd is, terwijl anderen van mening zijn dat de kwaliteit van de zorg niet veranderd is. Een manager en een klein aantal zorgverleners geeft echter aan dat de kwaliteit van de zorg verslechterd is, omdat teveel aandacht gericht is op de ziektespecifieke zorgvraag, waardoor het integrale karakter van de zorg verloren gaat.

Hoewel polyfarmacie veelvuldig bij mensen met meerdere chronische aandoeningen voorkomt, blijkt uit de interviews met de managers dat hierover in het multidisciplinaire protocol meestal geen afspraken zijn opgenomen. De rol van de apotheker bij het polyfarmaciebeleid van de zorggroep is veelal beperkt. Veel zorggroepen voeren nog geen structureel overleg met de apothekers in de regio.

### **Onderzoeksvraag 5: Hoe is de patiëntenparticipatie vormgegeven binnen zorggroepen?**

Ondersteuning van zelfmanagement wordt doorgaans nog niet op systematische en geïntegreerde wijze binnen de diabeteszorg aangeboden. Zorggroepen hebben geen concreet beleid op dit gebied ontwikkeld en er worden daarnaast nauwelijks instrumenten of interventies voor ondersteuning van zelfmanagement aangeboden.

Een enkele zorggroep biedt groepseducatie aan. Twee zorggroepen hebben een elektronisch patiëntenportaal waardoor patiënten hun medische gegevens kunnen bekijken en aanvullen.

In enkele zorggroepen worden patiënten structureel geïnformeerd over hun deelname aan een zorgprogramma onder verantwoordelijkheid van een zorggroep.

Zorggroepen verschillen in de wijze waarop en waarover zij hun patiënten informeren. Sommige zorggroepen hebben een informatiekpakket samengesteld dat door de bij de zorggroep aangesloten huisartsen wordt uitgedeeld wanneer patiënten in het zorgprogramma instromen. Bij andere zorggroepen informeren de aangesloten huisartsen hun patiënten mondeling. Patiënten zijn vaak niet op de hoogte dat zij, als gevolg van hun deelname aan een zorgprogramma, naast een relatie met een huisarts nu ook een relatie hebben met een zorggroep en wat de consequenties daarvan zijn.

Ook bij organisatorische besluitvormingsprocessen van de zorggroep lijkt de rol van patiënten in de meeste zorggroepen minimaal en veelal beperkt tot een periodiek overleg met de regionale patiëntenvereniging, waarin de zorggroep de patiëntenvereniging informeert over de genomen besluiten.

### **Onderzoeksvraag 6: Wat zijn de ervaringen van alle betrokken partijen drie jaar na invoering van integrale bekostiging?**

De patiënten beoordeelden de samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners positief. Daarnaast ervoeren zowel managers van zorggroepen, zorgverleners als zorgverzekeraars een toename van de kwaliteit van het zorgproces. Hierbij werden door alle partijen met name het meer gestructureerd werken, het meer protocollair werken en het toegenomen inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg genoemd. De genoemde knelpunten varieerden tussen de verschillende partijen. Zo benoemden de managers met name het onderhandelings-traject met zowel de preferente als de verre verzekeraars en de beperkingen van de ICT-systemen als knelpunten. De zorgverleners gaven vooral aan de hoge administratieve lasten als zeer belastend te ervaren, en volgens de zorgverzekeraars was het grootste knelpunt dat uit de verantwoordingsinformatie geen toename van de kwaliteit van de zorg bleek, terwijl de kosten van de diabeteszorg wel toenamen.

## **3.2 Resultaten in perspectief**

Aansluitend op de beantwoording van de onderzoeksvragen in Paragraaf 3.1 worden hieronder de onderzoeksresultaten in perspectief geplaatst.

### **Integrale bekostigingsmodel krijgt navolging in buitenland**

Het IB-model met zorggroepen is vergelijkbaar met bekostigingsmodellen die in de Verenigde Staten en Engeland geïntroduceerd zullen worden. In de Verenigde Staten wordt per 1 januari 2012 gestart met zogenaamde Accountable Care Organizations (ACO's) (Berwick, 2011; Rosenthal et al., 2011), terwijl men in Engeland voornemens is om Clinical Commissioning Groups (CCG's) (Department of Health, 2010) te introduceren. In zowel de ACO's als CCG's worden nieuwe juridische entiteiten geïntroduceerd die fungeren als hoofdcontractanten die verantwoordelijk zijn voor de coördinatie en de levering van de chronische zorg. Beide entiteiten worden ook geleid door zorgverleners. Naast de conceptuele overeenkomsten bestaan er ook grote verschillen. Zo zijn ACO's niet volledig financieel verantwoordelijk, dit in tegenstelling tot zorggroepen en CCG's (Berwick, 2011; Rosenthal et al., 2011). Daarnaast worden patiënten bij zorggroepen geïncludeerd op basis van hun diagnose, terwijl dit bij zowel ACO's als CCG's gebeurt op basis van het zorggebruik van patiënten. Aangezien ACO's en CCG's nog niet zijn geïmplementeerd, is onduidelijk wat de effecten van deze modellen zijn op de kwaliteit van de zorg en de kosten. De huidige evaluatie geeft voor het Nederlandse IB-model en zorggroepen al wel inzicht in een aantal aspecten door middel van de beantwoording van de geformuleerde onderzoeksvragen, maar levert echter ook weer nieuwe aandachtspunten op rondom (de organisatie van) zorggroepen, transparantie en kwaliteit van de zorg, de rol en verantwoordelijkheden van alle stakeholders en ten slotte de gevolgen van de onzekerheid van het voortbestaan van IB. Deze aandachtspunten worden hieronder kort benoemd en toegelicht.

### **Organisatie van zorggroepen**

#### **Optimale schaalgrootte van zorggroepen bereikt?**

De huidige evaluatie laat zien dat het aantal participerende huisartsen in de afgelopen jaren sterk is toegenomen; in vijf van de negen zorggroepen participeren momenteel meer dan honderd huisartsen. Een toenemende schaalgrootte van zorggroepen kan mogelijk tot gevolg hebben dat zorgverleners zich minder identificeren met hun zorggroep, waardoor zorggroepen mogelijk minder succesvol zullen zijn om het gedrag van de aangesloten zorgverleners te beïnvloeden. Het is nog onbekend waar in deze het optimum ligt van schaalvergroting zodanig dat de mogelijkheid voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg niet wordt aangetast. De toenemende grootte van



zorggroepen leidt tot discussies over in hoeverre de zorggroepen een (te) sterke onderhandelingspositie hebben (Varkevisser et al., 2009).

Het monodisciplinaire hoofdaannemerschap van de zorggroep raakt aan deze discussie, waardoor een toenemend spanningsveld ontstaat tussen samenwerking in de zorg en marktwerking.

De komende jaren zal blijken in hoeverre deze onderkende risico's op de lange termijn tot problemen zullen leiden.

### **Nieuwe vormen van taakdelegatie en taakherschikking resulteren in vraagstukken betreffende kwaliteitsborging**

De functionele omschrijving van de NDF Zorgstandaard stimuleert taakherschikking en taakdelegatie. In de discussie hierover wordt vooral het risico op kwaliteitsverlies in de huisartsenpraktijk genoemd. Dit betrof zowel de beperkte expertise van de poh als het kennisverlies van de huisartsen. Huisartsen hebben minder contact met hun diabetespatiënten en kunnen daarmee hun expertise en grip op de diabetespatiënten kwijtraken, en de integrale zorgvraag van de patiënt uit het oog verliezen. In principe zou het kennisniveau van huisartsen – ook bij vergaande taakdelegatie – niet in gevaar moeten komen, aangezien huisartsen hun/haar expertise immers ook nodig hebben bij hun superviserende taken, zoals het periodiek bespreken van complexe patiënten met de poh, het volgen van bij- en nascholing en het bijwonen van spiegelinformatiebijeenkomsten. Desondanks bestaan er vragen over hoe huisartsen hun superviserende rol bij (vergaande) taakdelegatie naar de poh in de praktijk zouden moeten vormgeven en op welke wijze de zorggroepen, gezien hun eindverantwoordelijkheid voor de diabeteszorg, hierbij een rol zouden moeten spelen. Hierbij kan gedacht worden aan het opstellen van een kwaliteitssysteem en het specifiek bij- en nascholen van huisartsen op dit terrein. Kwaliteitsborging komt daarom bij diverse zorggroepen steeds hoger op de agenda te staan. Ook zorgverzekeraars bezinnen zich momenteel op hun rol bij het vormgeven van kwaliteitsborging door zorggroepen. Mogelijk zullen zij hierover voorwaarden opnemen in het keten-dbc contract wanneer zij zorggroepen (opnieuw) contracteren. De (langetermijn)effecten van de huidige vormen van taakherschikking en -delegatie binnen zorggroepen op de kwaliteit van de zorg zijn niet bekend.

### **Keteninformatiesystemen in toenemende mate geïmplementeerd**

In 2010 had ongeveer een derde van de zorggroepen een KIS geïmplementeerd. Het grootste nadeel van een KIS is dat dit naast het eigen registratiesysteem van de zorgverleners (bijvoorbeeld het HIS van de huisarts) bestaat en patiëntgegevens veelal dubbel moeten worden ingevoerd. Er wordt echter hard gewerkt aan de integratie van het HIS en het KIS, mede door de komst van de zorggroep en de hierbij ontstane krachtenbundeling van huisartsen. Recent

melden de eerste KIS-leveranciers dat zij goede HIS-KIS-koppelingen gerealiseerd hebben of aan het implementeren zijn. Zo wordt bijvoorbeeld de zogenaamde 'single log in' operationeel, waardoor poh's en huisartsen niet meer afzonderlijk hoeven in te loggen in het HIS en het KIS, maar direct vanuit het HIS gegevens in het KIS kunnen raadplegen. Een aantal managers van zorggroepen die recent zijn overgestapt op een KIS geven aan positief te zijn over zowel de mogelijkheden binnen het primaire zorgproces als de bedrijfsvoering door de (verbeterde) mogelijkheden om het HIS en het KIS te koppelen.

### **Transparantie in kwaliteit van de geleverde zorg**

#### **Diverse zorggroepen hebben 'uitstroom' van patiënten niet (goed) in beeld**

Diverse zorggroepen moesten extra inspanningen leveren om gegevens over de uitstroom van patiënten te kunnen rapporteren, deze gegevens bleken niet standaard te worden verzameld. Het is belangrijk voor een zorggroep om inzicht te hebben in de 'uitstroom' van patiënten en de oorzaken hiervan om de continuïteit van de zorg te kunnen garanderen. Bij de overgang tussen de eerste en tweede lijn is het van belang om ervoor te zorgen dat patiënten die niet meer onder de verantwoordelijkheid van de zorggroep vallen wel in de tweede lijn te achterhalen zijn. Informatie over de in- en uitstroom van patiënten zou dan ook tot de standaard managementinformatie van zorggroepen moeten behoren. Door patiënten langdurig 'in zorg' te hebben en deze patiënten gedurende een lange periode goed te controleren, worden complicaties voorkomen of uitgesteld (Jacobs-van der Bruggen et al., 2008). Mogelijk kunnen hierdoor ook kostenbesparingen worden gerealiseerd.

#### **Standaardiseren van zorg noodzakelijke tussenstap om zorg-op-maat te kunnen leveren**

In de NDF Zorgstandaard wordt aangegeven dat iedere patiënt driemaandelijks gecontroleerd moet worden. Bij een aantal zorggroepen wordt de frequentie van de controles echter aangepast aan de individuele zorgvraag/behoefte van patiënten. Hiermee denken de zorggroepen meer zorg op maat te kunnen leveren, waardoor de doelmatigheid van de zorg verbetert. Sommige zorggroepen sturen aan op minimaal één jaarcontrole per patiënt die (gedeeltelijk) wordt uitgevoerd door de huisarts. De overige controles worden, afhankelijk van de individuele zorgvraag, uitgevoerd door de poh. Er werd tijdens meerdere interviews echter aangegeven dat het in eerste instantie sturen op vier controles per jaar een noodzakelijke tussenstap is geweest om inzicht te krijgen in de subpopulaties die met minder zorg af lijken te kunnen.

#### **Uniformiteit in registratie nog onvoldoende**

In de afgelopen jaren hebben verschillende software-leveranciers KIS-en ontwikkeld waarbij een goede

standaardisatie tussen de KIS-en ontbrak. Reden hiervoor is onder meer het ontbreken van een landelijke standaardisatie van uit te wisselen gegevens. Er zijn wel verschillende pogingen ondernomen om een dergelijke standaardisatie te realiseren, zoals de e-diabetes set (NDF, 2008), de voorlopige minimale dataset van Zichtbare Zorg (Zichtbare Zorg, 2009a) en de recent vastgestelde e-diabetes kernset (NDF, 2011b). Tot nu toe heeft dit in de praktijk niet geleid tot een uniformering van de te registreren gegevens.

#### **Huidige proces- en uitkomstindicatoren sluiten onvoldoende aan bij zorg-op-maat-benadering**

Uit een recente literatuurstudie is gebleken dat er nog onvoldoende bewijs is voor de relatie tussen proces-indicatoren en patiëntuitkomsten (Sidorenkov et al., 2011). Veel van de indicatoren worden in de literatuur ter discussie gesteld (Voorham et al., 2008). Momenteel wordt een nieuw type indicatoren ontwikkeld waarin proces- en uitkomstindicatoren worden gecombineerd/samen gevoegd tot zogenaamde 'linked indicators'. Een voorbeeld van een dergelijke indicator is het percentage patiënten met een HbA1c-waarde >69 mmol/mol (uitkomst) dat in de afgelopen twaalf maanden minder dan vier reguliere controles heeft ondergaan (proces). Deze linked indicators geven inzicht in specifieke aspecten van kwaliteit van de zorg, waarbij rekening wordt gehouden met de huidige zorg-op-maat-benadering.

### **Stakeholders**

#### **Waar eindigt de rol van de zorgverzekeraar?**

Uit de evaluatie komt naar voren dat zorgverzekeraars inkoopkaders opstellen waarmee zij de zorginhoud van de keten-dbc contracten uniformeren. Deze inkoopkaders bevatten onder meer richtlijntarieven voor de directe medische zorg, maar ook organisatorische randvoorwaarden en voorwaarden voor de competenties van onderaannemers van zorggroepen (CZ, 2011). Het vastleggen van dergelijke randvoorwaarden druist in tegen een belangrijk uitgangspunt van het IB-model en de NDF Zorgstandaard, namelijk de organisatorische vrijheden van zorggroepen in combinatie met de functioneel omschreven zorginhoudelijke eisen. Hier rijst dus de vraag tot hoever de rol van de verzekeraar zou moeten gaan met betrekking tot het formuleren van organisatorische randvoorwaarden in keten-dbc contracten. Mochten dergelijke randvoorwaarden echter als noodzakelijk gezien worden, dan is het wenselijk om een wirwar aan dergelijke randvoorwaarden tussen zorgverzekeraars te voorkomen.

#### **Informeren van patiënt over (bestaan van) zorggroep nog niet uniform**

Niet alle zorggroepen informeren de patiënten over het bestaan van de zorggroep en er bestaat onduidelijkheid

waarover en door wie patiënten geïnformeerd moeten worden. Bijvoorbeeld wie de patiënten zou moeten informeren over hun recht op zorg conform de NDF Zorgstandaard en het gebruik van de Diabetes Zorgwijzer (DVN, 2008) als checklist voor de te ontvangen zorg. Daarnaast is het onduidelijk of patiënten op voorhand op alle aspecten en gevolgen van het zorgprogramma gewezen zouden moeten worden, zoals de ontstane relatie met de zorggroep, het werken met voorkeursleveranciers en de mogelijke gevolgen hiervan voor de keuzevrijheid van patiënten (De Bruin en Struijs, 2008).

#### **Vormgeven proactieve rol patiënt nog niet door zorggroepen opgepakt**

Veel zorggroepen zoeken nog naar manieren om de rol van de patiënt zowel qua zelfmanagement als bij het organisatorische besluitvormingsproces van zorggroepen vorm te geven. Zelfmanagement is een breed begrip waar meerdere invullingen aan kunnen worden gegeven. Daarnaast is het veelal onbekend welke interventies effectief zijn voor welke subpopulaties van patiënten. In de komende jaren is het dan ook van belang dat het experimenteren met en het onderzoeken en implementeren van effectieve zelfmanagementprogramma's hoger op de agenda komen te staan. Ook ten aanzien van het betrekken van de patiënt bij het organisatorische besluitvormingsproces is het nog onduidelijk hoe dit op de beste manier kan worden vormgegeven. Het RIVM is binnen het ZonMw programma 'Patiëntenparticipatie' in samenwerking met de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) een project gestart om patiëntenparticipatie op organisatorisch niveau te bevorderen.

#### **Comorbiditeit lijkt nog niet tot problemen te leiden**

De geïnterviewde zorgverleners geven aan dat zij de ziektespecifieke insteek van het diabetes-zorgprogramma en de vergaande protocollering niet als een probleem ervaren bij diabetespatiënten met meerdere chronische aandoeningen. Een veel genoemde reden hiervoor is dat zij van oudsher gewend zijn aan en erop gericht zijn in te spelen op de totale zorgvraag van patiënten. Een tweede reden waarom comorbiditeit nog niet tot problemen binnen zorgprogramma's lijkt te leiden is dat patiënten met verregaande complicaties in het ziekenhuis behandeld worden en daarmee buiten de keten-dbc diabetes vallen.

In recente literatuur wordt echter wel gewezen op de mogelijke gevolgen van ziektespecifieke zorgprogramma's voor patiënten met comorbiditeit (Van Dijk et al., 2009). Mogelijk speelt het comorbiditeitsvraagstuk in zorggroepen nog niet doordat de meeste zorggroepen (nog) maar één of hooguit twee zorgprogramma's gecontracteerd hebben en de overige geleverde zorg nog via de oude bekostigingssystematiek wordt gedeclareerd.

Hierdoor zouden de organisatorische problemen nog te overzien zijn. Als zorggroepen echter vijf of tien zorgprogramma's gaan contracteren zou dit, naast organisatorische vraagstukken voor de zorggroep zelf, wellicht ook een hoge administratieve last op kunnen leveren voor de betrokken zorgverleners.

## Uitrol en de toekomst van IB en zorggroepen

### **Onzekerheid over voortbestaan van integrale bekostiging leidt tot bureaucratie en remt nieuwe ontwikkelingen**

Uit veel interviews komt naar voren dat de overgangsperiode van 2010-2012 remmend werkt op de invoering van nieuwe zorgprogramma's. Daarnaast wordt opgemerkt dat het naast elkaar bestaan van twee bekostigingssystemen tot extra bureaucratie leidt. Dit betreft niet alleen de langdurige onderhandelingen tussen zorggroepen en verzekeraars, maar ook de verantwoording van de geleverde zorg. De onzekerheid rondom integrale bekostiging heeft ook gevolgen voor bijvoorbeeld het informeren van patiënten. Een zorggroep heeft besloten om patiënten niet te informeren over het bestaan van de zorggroep, omdat zij niet weet of ze over enkele jaren nog wel bestaat. Ook langetermijninvesteringen in bijvoorbeeld het vormgeven van zelfmanagement en e-health worden vanwege de onduidelijke toekomst vooralsnog achterwege gelaten.

### **Voorgenomen pakketmaatregel om specialistische dieetadvisering uit het basispakket te schrappen leidt tot ongelijkheid**

De minister wil per 2012 de vier uur specialistische dieetadvisering niet langer in het basispakket opnemen (VWS, 2011). Uitzondering daarop vormt de dieetadvisering die onderdeel uitmaakt van de zorgprogramma's voor diabetes, COPD en VRM; deze zal wel onder de verzekerde zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet blijven vallen. Daarnaast blijven algemene advisering over en begeleiding bij voeding en eetgewoonten zoals huisartsen die plegen te bieden eveneens onderdeel van het basispakket. In de praktijk houdt deze voorgenomen maatregel in dat diabetespatiënten die niet deelnemen aan een zorgprogramma de dieetadvisering niet meer vergoed krijgen vanuit het basispakket, terwijl dit voor patiënten die wel participeren in een zorgprogramma wel het geval is.

### **Effecten van integrale bekostiging op macrokosten van zorg nog onbekend, maar onderzoek hiernaar gestart**

De huidige evaluatie geeft inzicht in de effecten van IB op de kwaliteit van de zorg. Er is echter nog geen onderzoek gedaan naar de effecten van IB en zorggroepen op de (macro)kosten van de zorg. Het RIVM is daarom in opdracht van ministerie van VWS en de EIB recent gestart met een dergelijk onderzoek, waarbij gebruik wordt gemaakt van declaratiegegevens van Vektis. Het doel van

het onderzoek is om inzicht te geven in de afzonderlijke effecten van de invoering van het diabetes zorgprogramma en IB op de macrokosten van de zorg. De onderzoeksperiode betreft 2007 tot en met 2010. De eerste rapportage zal naar verwachting in het tweede kwartaal van 2012 beschikbaar zijn.

## 3.3 Onderzoeksmethoden

Hieronder wordt allereerst een aantal opmerkingen gemaakt over de vervolgevaluatie in zijn geheel. Vervolgens worden er een aantal methodologische kanttekeningen geplaatst bij de gegevensverzameling van de registratiegegevens en het vragenlijstonderzoek onder patiënten.

### **Effect van integrale bekostiging en andere gelijktijdig ingevoerde interventies moeilijk te onderscheiden**

Het IB-model heeft als doel de kwaliteit van de zorg door middel van een andere manier van bekostigen van zorgverleners te verbeteren. Echter, naast deze financiële prikkel zijn er ook andere interventies en initiatieven in de zorggroep geïmplementeerd met als doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn de invoering van een multidisciplinair protocol, bij- en nascholing, een ICT-pakket en periodieke visitaties van huisartsenpraktijken. Het is daarom lastig om het directe effect van IB op de kwaliteit van de zorg te onderscheiden van de mogelijke effecten van andere gelijktijdig geïmplementeerde interventies. De gevonden veranderingen in de proces- en uitkomstindicatoren kunnen dus niet met zekerheid worden toegewezen aan de verandering in de bekostigingssystematiek. Wel is het zo dat IB een aantal van de interventies die de kwaliteit van de zorg beogen te verbeteren heeft gefaciliteerd en zo mogelijk indirect de kwaliteit van de zorg heeft verbeterd.

### **Representatieve selectie van zorggroepen**

Aan de huidige evaluatie namen negen zorggroepen deel die door ZonMw geselecteerd waren op basis van hun landelijke spreiding en omvang (Struijs et al., 2009). Een aantal karakteristieken van de negen zorggroepen komt redelijk overeen met de karakteristieken van de 55 zorggroepen die in 2010 deelnamen aan een onderzoek naar de organisatie van zorggroepen (Van Til et al., 2010). Deze betreffen onder andere de gekozen rechtsvorm, het gemiddelde aantal participerende huisartsen, het percentage monodisciplinaire zorggroepen en het gemiddelde aantal zorggroepen dat andere zorgprogramma's in voorbereiding heeft. Daarmee lijken de gevonden resultaten in de huidige evaluatie generaliseerbaar naar andere zorggroepen. In deze evaluatiestudie zijn geen controlegroepen meegenomen. Het is daarom niet mogelijk om vast te stellen in hoeverre de gevonden resultaten ten

aanzien van de kwaliteit van de zorg het gevolg zijn van de invoering van IB of van andere ontwikkelingen.

#### **Inclusiecriteria leiden in meeste zorggroepen niet tot grote selectiebias**

Er zijn drie criteria gehanteerd om patiënten te includeren in de onderzoekspopulatie: 1) het hebben van een keten-dbc declaratie ten tijde van de start van de evaluatie, 2) het tijdens de volledige onderzoeksperiode 'in zorg' zijn van de zorggroep en 3) het hebben ondergaan van een reguliere controle tijdens de inclusieperiode. In Bijlage 2 zijn de criteria in detail beschreven en in Paragraaf B3.2.1. van Bijlage 3 is geanalyseerd in hoeverre de toepassing van deze inclusiecriteria heeft geleid tot selectiebias. Uit deze analyse blijkt dat de inclusiecriteria niet leiden tot een selectieve patiëntenpopulatie. Daarnaast is ook geanalyseerd in hoeverre het hanteren van de inclusiecriteria gevolgen heeft voor de resultaten van de procesindicatoren. Voor de meeste zorggroepen geldt dat dit geen grote gevolgen heeft. Een uitzondering betreft zorggroep 9, waarbij de toepassing van inclusiecriterium 3 leidt tot een selectieve subpopulatie van patiënten. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat zorggroep 9 haar zorgverleners niet verplicht stelt om alle reguliere controles te registreren. Het is waarschijnlijk dat zorgverleners die de controles wel registreren ook andere verrichtingen beter registreren.

#### **Missende waarden bij uitkomstindicatoren niet altijd willekeurig**

Voor de uitkomstindicatoren is als voorwaarde gesteld dat voor elke indicator op drie meetmomenten een waarde beschikbaar is in de registratiegegevens. Aangezien niet alle bepalingen tijdens iedere controle worden uitgevoerd, maar bijvoorbeeld één keer per jaar, verschilt het aantal patiënten dat per indicator kan worden meegenomen. Bij een vergelijking tussen de karakteristieken van de patiënten met en zonder missende HbA<sub>1c</sub>-waarden is gebleken dat in sommige zorggroepen de patiënten die langer diabetes hebben vaker missende waarden hadden. Hieruit blijkt dat een deel van deze missende waarden gebaseerd is op toeval ('random'), maar echter ook dat een deel van deze missende waarden niet willekeurig is. Dit heeft gevolgen voor de generaliseerbaarheid van de resultaten.

#### **Verschillen in patiëntenaantallen tussen zorggroepen leiden tot verschillen in significantie**

Het aantal deelnemende patiënten in de zorggroepen varieerde van 333 tot meer dan 8000. Het aantal geïncludeerde patiënten in een zorggroep heeft gevolgen voor de kans op een significante verandering in een proces- of uitkomstindicator. Wanneer er meer patiënten zijn geïncludeerd is de kans groter dat een verandering ook als significant wordt gedeut (Zichtbare Zorg, 2009b). Daarnaast wil een statistisch significante verandering in een proces- of uitkomstindicator niet zeggen dat deze ook

klinisch relevant is. Immers een significante verandering kan zo klein zijn dat het inhoudelijk niet relevant is.

#### **Vergelijking proces- en uitkomstindicatoren evaluatie-1 en huidige evaluatie niet mogelijk**

Het aantal patiënten dat in een zorgprogramma participeert is in de afgelopen jaren toegenomen. Ten tijde van evaluatie-1 participeerden 14.156 patiënten in een zorgprogramma, terwijl er ten tijde van de huidige evaluatie 25.302 patiënten in een zorgprogramma participeerden. Bij twee zorggroepen konden patiënten tussen evaluatie-1 en evaluatie-2 niet over de tijd gevolgd worden, omdat de patiëntidentificatienummers waren gewijzigd waardoor de gegevens van beide evaluaties niet gekoppeld konden worden. Daarnaast waren twee zorggroepen ten tijde van evaluatie-1 niet in staat om patiëntgegevens aan te leveren. Er is daarom besloten om de proces- en uitkomstindicatoren van evaluatie-1 niet te vergelijken met die van evaluatie-2 (zie Bijlage 3).

#### **Respons patiëntenvragenlijst vergelijkbaar met andere recente studies**

Het responspercentage op de patiëntenvragenlijst was 44%. Dit responspercentage komt overeen met andere recente studies. Zo was de spreiding in het responspercentage tussen de 25% en de 55% bij zorggroepen die participeerden in een onderzoek van de Erasmus Universiteit (Cramm et al., 2011a). Bij een lage respons bestaat het risico dat patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld geen goede afspiegeling zijn van de totale patiëntenpopulatie. Dit kan gevolgen hebben voor de betrouwbaarheid van de resultaten en de generaliseerbaarheid (Stoop, 2005). Om na te gaan of de respondenten van de patiëntenvragenlijst representatief zijn voor de totale onderzoekspopulatie, zijn de karakteristieken (geslacht, diabetesduur, leeftijd) van de respondenten van de vragenlijst vergeleken met de karakteristieken van de totale onderzoekspopulatie. De verschillen in karakteristieken zijn niet groot, waardoor de respondenten van de vragenlijst voor deze patiëntkenmerken representatief lijken voor de totale onderzoekspopulatie.

#### **Langtermijneffecten op kwaliteit van de zorg bepalen aan de hand van longitudinale data**

De in de NDF Zorgstandaard gedefinieerde indicatoren worden berekend door middel van een breuk met een 'teller' en een 'noemer'. Uit de jaarverslagen van de zorggroepen blijkt dat het aantal patiënten voor de noemer gebaseerd is op het aantal patiënten dat op de gekozen peildatum bij de zorggroep 'in zorg' was (veelal het einde van het kalenderjaar). Dit heeft tot gevolg dat de jaarlijkse berekening van de proces- en uitkomstindicatoren steeds op andere patiëntenpopulaties gebaseerd is. Daarmee kunnen de indicatoren over de jaren niet goed met elkaar vergeleken worden. De kans bestaat namelijk

dat de gevonden veranderingen in uitkomstindicatoren gedeeltelijk (of wellicht zelfs grotendeels) verklaard kunnen worden door veranderingen in de patiëntenpopulatie. Bijvoorbeeld bij een grote instroom van nieuwe patiënten zouden de uitkomstindicatoren kunnen verbeteren, aangezien verwacht mag worden dat deze nieuw ingestroomde patiënten, bij wie diabetes veelal recentelijk gediagnosticeerd is, betere uitkomsten zullen hebben dan patiënten met een langere diabetesduur. Om een uitspraak te kunnen doen over de langetermijneffecten op de kwaliteit van de zorg, is in de huidige RIVM-evaluatie gekozen om de 'noemer' anders te definiëren (zie Bijlage 2). De andere, longitudinale manier van toewijzen van patiënten aan de 'noemer' verwijdt de eventuele 'ruis' in de veranderingen van de indicatoren als gevolg van de instroom van nieuwe patiënten. Een nadeel van longitudinaal onderzoek is echter dat personen gedurende de onderzoeksperiode kunnen uitvallen (ook wel 'lost-to-follow-up' genoemd). Ook personen die later instromen in de zorggroep kunnen niet worden meegenomen in de analyses.

### 3.4 Aanbevelingen

Aansluitend bij de discussie in Paragraaf 3.1 en 3.2 volgen hieronder aanbevelingen waarop het beleid en het veld zich in de toekomst zouden kunnen richten.

#### Versterken en uitbreiden rol NDF Zorgstandaard

De NDF Zorgstandaard heeft een centrale rol binnen de kwaliteitsverbeteringen van de diabeteszorg. In de vorige evaluatie (Struijs et al., 2009) heeft het RIVM een vijftal aanbevelingen gedaan om deze centrale rol van de Zorgstandaard verder te versterken:

- Het opnemen van geïndiceerde preventie en het afstemmen hiervan met de Zorgstandaard Vasculair risicomanagement en de Zorgstandaard Obesitas.
- Het eenduidig definiëren van de zorgactiviteiten die tot de keten-dbc behoren met dien verstande dat de mogelijkheden voor taakdelegatie, taaksubstitutie en eventueel taakherschikking niet worden belemmerd.
- Het benoemen van de gegevens die geregistreerd moeten worden, waarbij ook aangegeven wordt hoe deze variabelen 'geoperationaliseerd' dienen te worden.
- Het achterwege laten van de onderverdeling in kerndisciplines en tweede schil-disciplines.
- Het benoemen van de taken en activiteiten die niet behoren tot de directe zorgverlening, maar wel essentieel zijn voor het in samenhang kunnen leveren van de geïntegreerde diabeteszorg, ICT, afstemmingsoverleg en registratie- en rapportageverplichtingen.

Op basis van de opgedane kennis in de vervolgevaluatie worden hieraan de volgende vier aanbevelingen toegevoegd:

- Het expliciteren van de verantwoordelijkheden van de verschillende actoren (zorggroep, zorgverlener, zorgverzekeraar en patiënt).
- Het specificeren en uniformeren van inclusie- en exclusiecriteria voor de 'teller' en de 'noemer' van de proces- en uitkomstindicatoren om de berekening van de proces- en uitkomstindicatoren verder te uniformeren.
- Het ontwikkelen van 'linked indicators' waarin de link tussen proces- en uitkomstindicatoren wordt gelegd. Deze linked indicators sluiten beter aan bij de door de zorggroepen gehanteerde zorg-op-maat-benadering.

#### Effecten van invoering van meerdere zorgprogramma's monitoren

Uit de evaluatie komt naar voren dat zorggroepen meerdere zorgprogramma's aan het voorbereiden zijn of al hebben ingevoerd. Onduidelijk is wat het effect van deze uitrol van zorgprogramma's op de kwaliteit van de geleverde zorg binnen deze verschillende zorgprogramma's is en in hoeverre dit effect zal hebben op de kwaliteit van de zorg geleverd *buiten* deze zorgprogramma's. Om de continuïteit van de chronische zorg bij meerdere zorgprogramma's te garanderen en te voorkomen dat de kwaliteit van de overige zorg hier niet onder lijdt, lijkt het monitoren van de kwaliteit van de geleverde zorg zowel *binnen* als *buiten* de zorgprogramma's gewenst.

#### Transparantie van kwaliteit van de zorg vergroten door uniformeren registratieproces

Binnen het IB-model speelt inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg een belangrijke rol voor zowel de verzekeraar (verantwoordingsinformatie), de zorgverleners (spiegelinformatie) als de zorggroep (managementinformatie). In de NDF Zorgstandaard zijn indicatoren opgenomen die inzicht kunnen geven van de kwaliteit van de zorg. Echter, de wijze waarop de indicatoren berekend worden is niet landelijk gestandaardiseerd. Daarbij is het onvoldoende inzichtelijk hoe de indicatoren van zorggroepen worden berekend. Daarnaast worden de verantwoordingsinformatie en de spiegelinformatie veelal opgesteld door de zorggroepen zelf, waardoor de schijn van belangenverstrengeling kan ontstaan. Een landelijk uniforme manier van berekenen van indicatoren zou de vergelijkbaarheid van de effecten bevorderen. Maar op z'n minst dienen de berekeningen inzichtelijk te worden gemaakt. Het is tevens van belang om niet alleen te rapporteren hoe zorggroepen in een bepaald jaar hebben gefunctioneerd, maar ook om de kwaliteit van de zorg over een langere periode te analyseren. Dat vereist een andere manier van het berekenen van indicatoren, om zo eventuele effecten als gevolg van veranderingen in de patiëntenpopulatie uit te sluiten.



### **Curriculum opleiding zorgverleners aanpassen aan veranderende competenties**

Gezien de discussies over taakherschikking en taakdelegatie is het van belang om bij het opleiden van nieuwe zorgverleners aandacht te besteden aan de nieuwe benodigde competenties. In de huisartsenopleiding zal meer aandacht moeten komen voor het aansturen en superviseren van de poh. Immers de kans bestaat dat huisartsen in opleiding (te) weinig patiënten zien om voldoende kennis van (de behandeling van) diabetes op te bouwen. Bij de opleiding voor diëtisten zou overwogen moeten worden om ook onderhandelings- en coaching competenties goed in de diëtistenopleiding te verankeren. Bij de opleiding van poh's zou meer aandacht moeten zijn voor het protocollair werken met in achtneming van de individuele zorgbehoefte van de patiënt en hoe dit bij patiënten met een complexe zorgvraag in praktijk te brengen.

### **Inzicht in effect van wijze van bekostigen onderaannemers op kwaliteit van de zorg is wenselijk**

Het overgrote deel van de zorg van het keten-dbc contract wordt door de zorggroepen bij individuele zorgaanbieders of zorginstellingen ingekocht. De wijze waarop deze onderaannemers door de zorggroep worden betaald, bijvoorbeeld per verrichting, abonnementstarief of salaris, is van invloed op de manier waarop de zorg door onderaannemers wordt geleverd. Indien een zorgverlener per verrichting wordt betaald, zal deze de neiging hebben om meer zorg te verlenen, terwijl zorgverleners met een vast salaris geneigd zijn om minder zorg te leveren (Robinson, 2001). Om de effecten van IB op de kwaliteit en doelmatigheid van de diabeteszorg te kunnen bepalen is inzicht in de manier van betalen van onderaannemers van belang.

### **Inzicht in effect van schaalgrootte van zorggroepen op kwaliteit en kosten van zorg is nodig**

De evaluatie toont aan dat het aantal huisartsen per zorggroep is toegenomen. Er zijn geen harde aanwijzingen dat grootschaligheid in andere zorgsectoren ten koste gaat van de kwaliteit. Sterker nog, voor sommige zorgsectoren lijkt grootschaligheid juist tot kwaliteitsverbetering te leiden (RVZ, 2008). Uit onderzoek blijkt echter ook dat schaalvergroting tot een bepaald punt voordelen met betrekking tot betaalbaarheid oplevert, maar dat bij overschrijding van dat punt de schaalnadelen de overhand krijgen (Blank et al., 2008). Inzicht in de minimale en maximale schaalgrootte van zorggroepen en de effecten hiervan op kwaliteit, betaalbaarheid en bereikbaarheid is wenselijk.

### **Goed bestuur voorwaarde voor verdere verbetering van kwaliteit van de zorg**

Net als uit evaluatie-1 komt ook uit de huidige evaluatie naar voren dat de organisatie van veel zorggroepen nog niet voldoet aan de spelregels van de Zorgbrede Governancecode. Met name de invulling van het toezicht

blijft achter. Gezien de voortgaande professionalisering van zorggroepen en de toenemende omzetten van zorggroepen als gevolg van de uitrol van meerdere zorgprogramma's en het groeiende aantal participerende huisartsen wordt het belang van toezicht steeds groter. Dit belang wordt onderstreept door de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg in haar rapport 'Governance en kwaliteit van de zorg' (RVZ, 2009). Het monitoren van de invulling van toezicht bij zorggroepen lijkt wenselijk. Daarnaast kan gezien de specifieke karakteristieken van zorggroepen nagedacht worden over een Governancecode Zorggroepen. Ook kan nagedacht worden in hoeverre zorgverzekeraars hier voorwaarden over kunnen opnemen in het keten-dbc contract.

### **Meer aandacht voor comorbiditeit bij uitrol zorgprogramma's en substitutie van complexe patiënten is wenselijk**

Momenteel lijken zorgverleners geen grote problemen te zien en te ervaren ten aanzien van de zorg aan diabetespatiënten met comorbiditeit die in meerdere zorgprogramma's participeren. Echter, bij een verdere uitrol van meerdere ziektespecifieke zorgprogramma's in combinatie met een mogelijke substitutie van complexe patiënten van de tweede lijn naar de huisartsenpraktijk is het van belang de gevolgen hiervan te monitoren voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen.

### **Experimenteren met specialistische zorg binnen de keten-dbc en populatiegebonden bekostiging is aan te bevelen**

De huidige keten-dbc contracten beperken zich voornamelijk tot activiteiten als gevolg van de zorginhoudelijke beschrijving van de NDF Zorgstandaard. De specialistische zorg is tot nu toe buiten beeld gebleven en een goede integratie tussen de eerste en de tweede lijn is onvoldoende op gang. Het verkrijgen van inzicht in de (on)mogelijkheden van het opnemen van de specialistische zorg in keten-dbc's door middel van een experiment zou wenselijk zijn en beleidsmakers ondersteunen bij het bepalen of deze uitbreiding wenselijk en haalbaar is. Een eventuele vervolgstap zou zijn om een experiment te starten waarin de specialistische zorg is opgenomen die niet meer ziektespecifiek wordt ingestoken zoals de huidige zorgprogramma's, maar juist generiek, waardoor er één budget ontstaat voor de zorggroep in samenhang met de tweedelij. Een dergelijk experiment zou inzicht verschaffen in hoeverre een dergelijke innovatieve bekostigingssystematiek in de Nederlandse situatie kan leiden tot een verbetering van de effectiviteit en doelmatigheid van de chronische zorg.



# Literatuur

- ACCORD Study Group, Gerstein HC, Miller ME et al. (2011) Long-term effects of intensive glucose lowering on cardiovascular outcomes. *N Engl J Med* 364(9), 818–828.
- ACSM (1998) American College of Sports Medicine Position Stand. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc* 30, 975–91.
- Aragones A, Schaefer EW, Stevens D et al. (2008) Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. *Prev Chronic Dis* 5(4), A113.
- Baan CA, van Baal PHM, Jacobs-van der Bruggen MAM et al. (2009a) Diabetes mellitus in Nederland: schatting van de huidige ziektelast en prognose voor 2025. *Ned Tijdschr Geneesk* 153 (22), 1052–7.
- Baan CA, Schoemaker CG, Jacobs-van der Bruggen MAM et al. (2009b) Diabetes tot 2025 preventie en zorg in samenhang. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. RIVM Rapport 260322004.
- Berwick D (2011) Making good on ACOs' promise – The final rule for the Medicare Shared Savings Program. *N Engl J Med* 365, 1753–1756.
- Bilo HJG, Wolffenbuttel BHR, Dikkeschei LD et al. (2007) Bepaling van de nierfunctie volgens de NHG-standaard 'Diabetes mellitus type 2': kans op overschatting van het aantal diabetespatiënten met nierfunctieproblemen. *Ned Tijdschr Geneesk* 151, 1024–8.
- Blank J, Haelermans C, Koot P (2008) Een inventariserend onderzoek naar de relatie tussen schaal, bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg. Delft: Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies.
- Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M (2002) Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Serv Res* 37(3), 791–820.
- Bouma M, Rutten GE, Wiersma T (2006) Samenvatting van de standaard 'Diabetes mellitus type 2 (tweede herziening) van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 150, 2339–40.
- BoZ (2009) Zorgbrede Governancecode 2010. Bunnik: Brancheorganisaties Zorg.
- Calvert M, Shankar A, McManus RJ, Lester H, Freemantle N (2009) Effect of the quality and outcomes framework on diabetes care in the United Kingdom: retrospective cohort study. *BMJ* 338, b1870.
- CBO (2006a) Diabetische retinopathie. Richtlijnen screening, diagnostiek en behandeling. Opgesteld door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Nederlands Oogheelkundig Gezelschap. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- CBO (2006b) Richtlijn Diabetische voet 2006. Opgesteld door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, de Nederlandsche Internisten Vereeniging en de Nederlandse Diabetes Federatie. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.



- Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ (2004) Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med* 36(8), 588-94.
- Chew LD, Griffin JM, Partin MR et al. (2008) Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *J Gen Intern Med* 23(5), 561-6.
- Cleveringa FG, Gorter KJ, van den Donk M, Rutten GE (2008) Combined task delegation, computerized decision support, and feedback improve cardiovascular risk for type 2 diabetic patients: a cluster randomized trial in primary care. *Diabetes Care* 31, 2273-5.
- Cooper JG, Claudi T, Jenum AK et al. (2009) Quality of care for patients with type 2 diabetes in primary care in Norway is improving: results of cross-sectional surveys of 33 general practices in 1995 and 2005. *Diabetes Care* 32, 81-3.
- Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2010) Bestuurlijke organisatie van zorgstandaarden. Advies aan de minister van VWS. Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Den Haag: ZonMw.
- Cramm JM, Tsiachristas A, Walters-Hipple B (2011a) Evaluating cardiovascular disease management programmes. Preliminary results. Rotterdam: Institute of Health Policy and Management.
- Cramm JM, Strating MM, Tsiachristas A, Nieboer AP (2011b) Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch disease management programs. *Health Qual Life Outcomes* 9, 49.
- CZ (2011) Het inkoopkader van CZ. Integrale zorgprogramma's 2012. Tilburg: CZ.
- Danaei GMD, Finucane MD, Lu Y et al. (2011) National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 27 million participants. *Lancet* 378, 31-40.
- De Bruin M, Struijs JN (2008) Keten-dbc's en zorggroepen onder de loep: waar liggen de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden? *Juridische Geneesmiddelen Recht (JGR)* plus 2008.
- Department of Health (2010) Equity and excellence: Liberating the NHS. Londen: Department of Health.
- Dusheiko M, Doran T, Gravelle H (2011) Does higher quality of diabetes management in family practice reduce unplanned hospital admissions? *Health Serv Res* 46(1), 27-46.
- DVN (2008) Diabetes Zorgwijzer. Een overzicht van de zorg voor volwassenen met diabetes type 2. Amersfoort: Diabetesvereniging Nederland.
- EIB (2011a) Monitoring Integrale Bekostiging. Zorg voor Chronisch Zieken. Evaluatiekader. Den Haag: Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging.
- EIB (2011b) Monitoring Integrale Bekostiging. Zorg voor Chronisch Zieken. Eerste rapportage van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Den Haag: Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging.
- ERFC (2011) Diabetes Mellitus, Fasting Glucose, and Risk of Cause-Specific Death. The Emerging Risk Factors Collaboration. *N Engl J Med* 364, 829-841.
- Fitzgerald JT, Funnell MM, Hess GE et al. (1998) The reliability and validity of a brief diabetes knowledge test. *Diabetes Care* 21, 706-10.
- Gaede P, Vedel P, Larsen N et al. (2003) Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 348, 383-93.
- Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J et al. (2005a) Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care* 43(5), 436-44.
- Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, King DK (2005b) Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetic patients: relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. *Diabetes Care* 28(11), 2655-61.
- Gnavi R, Picariello R, Karaghiosoff L, Costa G, Giorda C (2009) Determinants of quality in diabetes care process: the population based torino study. *Diabetes Care* 23, 413-419.
- Grauw WJC (2006) Nierfunctiebewaking: een taak voor de huisarts. *DiabetesSpecialist* 19.
- Heijmans M, Spreeuwenberg P, Rijken M (2010) Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2010. Utrecht: NIVEL.
- Holbrook A, Thabane L, Keshavjee K et al. (2009) Individualized electronic decision support and reminders to improve diabetes care in the community: COMPETE II randomized trial. *CMAJ* 181, 37-44.
- Jacobs-van der Bruggen MA, Engelfriet P, Hoogenveen RT et al. (2008) Lipid lowering treatment for all could substantially reduce the burden of macrovascular complications of diabetes patients in the Netherlands. *Eur J Cardio Prev and Rehab* 15(5), 521-5.
- Janssen PG, Gorter KJ, Stolk RP, Rutten GE (2009) Randomised controlled trial of intensive multifactorial treatment for cardiovascular risk in patients with screen-detected type 2 diabetes: 1-year data from the ADDITION Netherlands study. *Br J Gen Pract* 59, 43-8.
- Limperg K (2009) Rookprevalentie 2004-2008. Continu onderzoek rookgewoonten. Amsterdam: TNS NIPO.
- Lokale en Nationale Monitor Gezondheid. [www.monitorgezondheid.nl](http://www.monitorgezondheid.nl).
- NDF (2007) NDF Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie.
- NDF (2008) E-diabetes Dataset. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie.
- NDF (2011a) Zorginhoudelijke indicatoren over de kwaliteit van de diabeteszorg voor patiënten met diabetes type 2. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie.

- NDF (2011b) E-diabetes kernset. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie.
- NOG (2006) Richtlijn diabetische retinopathie. Screening, diagnostiek en behandeling. Nijmegen: Nederlands Oogheelkundig Gezelschap.
- NZa (2010) Beleidsregel CV-7000-5.0-2 Prestatie-bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, CVR, COPD). Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2011) Beleidsregel BR/CU-7012 Ketenzorg - Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD). Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Polak BC, Hartstra WW, Ringens PJ et al. (2008) Richtlijn 'Diabetische retinopathie: screening, diagnostiek en behandeling' (herziening). Ned Tijdschr Geneesk 152, 2406-13.
- Ratzan SC (2001) Health literacy: communication for the public good. Health promot Int 16(2), 207-14.
- Robinson JC (2001) Theory and practice in the design of physician payment incentives. Milbank Q 79(2), 149-77.
- Rosenthal MB, Cutler DM, Feder J (2011) The ACO Rules - Striking the Balance between Participation and Transformative Potential. N Engl J Med 365(4).
- Rutten GEHM (2008) Zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 in de 1e lijn. Ned Tijdschr Geneesk 152, 2389-94.
- RVZ (2002) Taakherschikking in de gezondheidszorg. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- RVZ (2008) Schaal en Zorg. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- RVZ (2009) Governance en kwaliteit van zorg. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- Schäfer I, Küver C, Gedrose B et al. (2010) Selection effects may account for better outcomes of the German Disease Management Program for type 2 diabetes. BMC Health Serv Res 10, 351.
- Schmittiel J, Mosen DM, Glasgow RE et al. (2007) Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. Journal General Internal Medicine 23(1), 77-80.
- Sidorenkov G, Haaijer-Ruskamp FM, de Zeeuw D et al. (2011) Review: relation between quality-of-care indicators for diabetes and patient outcomes: a systematic literature review. Med Care Res Rev 68(3), 263-89.
- Sims DS Jr, Cavanagh PR, Ulbrecht JS (1988) Risk factors in the diabetic foot. Recognition and management. Phys Ther 68, 1887-902.
- Sönnichsen AC, Winkler H, Flamm M et al. (2010) The effectiveness of the Austrian disease management programme for type 2 diabetes: a clusterrandomised controlled trial. BMC Family Practice 11, 86.
- Stoop I (2005) The Hunt for the Last Respondent. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Struijs JN, van Til JT, Baan CA (2009) Experimenteren met de keten-DBC diabetes. De eerste zichtbare effecten. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. RIVM Rapport 260014001.
- Struijs JN, de Bruin SR, Baan CA (2010) Vijf vragen over zorgstandaarden. Model van Coördinatieplatform is nog niet eenduidig. Medisch Contact 65, 1902-5.
- Szecsényi J, Rosemann T, Joos S et al. (2008) German Diabetes Disease Management Programs are appropriate for restructuring care according to the Chronic Care Model an evaluation with the Patient Assessment of Chronic Illness Care Instrument. Diabetes Care 31(6), 1150-1154.
- Taakgroep (2005) Diabeteszorg beter. Rapport van de Taakgroep Programma Diabeteszorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- UKPDS (1998a) Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. UK Prospective Diabetes Study Group. BMJ 317, 703-13.
- UKPDS (1998b) Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Lancet 352, 837-53.
- Van Dijk C, Rijken M, de Bakker D et al. (2009) Anders is niet per se beter: kanttekeningen bij functionele bekostiging. Medisch Contact 64, 973-6.
- Van Sloten TT, Schaper NC, Huijberts MS, Friederichs SA (2008) Diabetische voet: nieuwe inzichten in pathofysiologie en behandeling. Ned Tijdschr Geneesk 152, 2400-5.
- Van Til JT, de Wildt JE, Struijs JN (2010) De organisatie van zorggroepen anno 2010: Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. RIVM Rapport 260332001.
- Varkevisser M, van der Geest S, Appelmans M et al. (2009) Regionale machtspositie zorggroepen baart zorgen. ESB 94, 4572.
- Voorham J, Denig P, Wolffenbuttel BH, Haaijer-Ruskamp FM (2008) Cross-sectional versus sequential quality indicators of risk factor management in patients with type 2 diabetes. Med Care 46, 133-41.
- Vrijhoef HJ, Berbee R, Wagner EH, Steuten LM (2009) Quality of integrated chronic care measured by patient survey: identification, selection and application of most appropriate instruments. Health Expect 12(4), 417-29.
- VWS (2009) Voorhangbrief keten-DBCs en huisartsen-bekostiging. Brief van dr. A. Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 13 juli 2009. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

- VWS (2010a) Instelling Evaluatie commissie Integrale Bekostiging. Brief van dr. A. Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 13 januari 2010. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2010b) Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Brief van minister A. Klink aan bestuur ZonMw d.d. 21 juli 2010. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2011) Beantwoording vragen AO Zorgverzekeringswet/ Pakketadvies 2011 d.d. 22 juni 2011. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Wagner EH, Austin BT, Von Korff M (1996) Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 74(4), 511-44.
- Wagner EH, Bannet SM, Austin BT et al. (2005) Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *J Altern Complement Med* 11 Suppl 1, S7-15.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD (1996) A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Med Care* 34(3), 220-33.
- Wendel-Vos GC, Frenken FJ (2008) Het beweeggedrag in Nederland 2001-2007. In: Hildebrandt VH, Ooijendijk WTM, Hopman-Rock M (red.). *Trendrapport bewegen en gezondheid 2006/2007*. Leiden: TNO.
- Wensing M, van Lieshout J, Peter Jung H et al. (2008) The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. *BMC Health Serv Res* 8, 182.
- Zichtbare Zorg (2009a) Voorlopige minimale datasets voor diabetes type II, COPD en CVR. Den Haag: Zichtbare Zorg.
- Zichtbare Zorg (2009b) Betrouwbaar onderscheiden. Een achtergrondstudie naar de statistische betrouwbaarheid en steekproefomvang bij het vergelijken van zorgaanbieders. Den Haag: Zichtbare Zorg.
- Zichtbare Zorg (2011) Kwaliteitsindicatoren 2011. Verslagjaar 2010. Chronische Zorg Diabetes Mellitus. Den Haag: Zichtbare Zorg.
- ZonMw (2007) Programma Diseasemanagement Chronische Ziekten. <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/diseasemanagement-chronische-ziekten/algemeen/> (geraadpleegd op 17 november 2011).
- ZonMw (2010) ZonMw programma Op één lijn. Factsheet. Den Haag: ZonMw. [http://www.zonmw.nl/uploads/tx\\_vipublicaties/Factsheet\\_OpEenLijn\\_okt\\_2010\\_1\\_.pdf](http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Factsheet_OpEenLijn_okt_2010_1_.pdf)
- Zoungas S, de Galan BE, Ninomiya T et al. (2009) The combined effects of routine blood pressure lowering and intensive glucose control on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes; new results from ADVANCE. *Diabetes Care* 32(11), 2068-74.

# Bijlagen

## Bijlage 1 Auteurs Met bijdragen van Stuurgroep ZonMw programma Diabetes Ketenzorg Interne referenten

### Auteurs

Dhr. dr. J.N. Struijs, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek/RIVM  
Mevr. drs. J.T. de Jong-van Til, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek/RIVM  
Mevr. dr. L.C. Lemmens, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek/RIVM  
Mevr. drs. H.W. Drewes, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek/RIVM, Tranzo, Universiteit Tilburg  
Mevr. dr.ir. S.R. de Bruin, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek/RIVM  
Mevr. dr. C.A. Baan, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek/RIVM

### Met bijdragen van

Dhr. dr. M.S. Lambooy, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek/RIVM  
Mevr. drs. L.C.M. Limburg, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek/RIVM

### Stuurgroep ZonMw programma Diabetes Ketenzorg

Dhr. prof.dr. R. van Schilfgaarde (voorzitter)  
Dhr. dr. H.J. Aanstoot  
Mevr. B. Jöbses-Penders  
Dhr. prof.dr. G.J. Kok  
Dhr. J.F.H. van Oosterbos  
Dhr. prof.dr. G.E.H.M. Rutten  
Dhr. drs. J.W. Schouten  
Mevr. E.C.I. Uiterwijk  
Mevr. drs. E.C.M. van der Wilden-van Lier, arts MG, MPH

#### **Interne referenten**

Dhr. dr. C.G. Schoemaker, Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen/RIVM

Mevr. prof.dr.ir. A.J. Schuit, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek/RIVM

Mevr. dr. A.M.W. Spijkerman, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek/RIVM

Dhr. L. Stokx, arts MPA, Directie Bestuursondersteuning Strategie en Internationaal/RIVM

## Bijlage 2 Methode

### Leeswijzer

In Tekstbox 2.1 is een beknopte beschrijving gegeven van de gehanteerde onderzoeksmethoden van deze evaluatie. In deze Bijlage 2 worden deze methoden uitgebreider beschreven. Paragraaf B2.1 geeft een beschrijving van de onderzoekspopulatie. Paragraaf B2.2 gaat in op de verschillende wijzen waarop gegevens verzameld zijn. Ten slotte wordt in Paragraaf B2.3 ingegaan op de gebruikte analysemethoden.

### B2.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle mensen met diabetes voor wie door de zorggroepen een keten-dbc gedeclareerd is.

#### Negen zorggroepen participeren in evaluatie-2

Aan evaluatie-2 hebben net als bij evaluatie-1 negen zorggroepen deelgenomen. De zorggroepen komen echter niet exact overeen met die van evaluatie-1: zorggroep 5 heeft wel deelgenomen aan evaluatie-1 maar heeft zich van deelname onttrokken bij evaluatie-2 en wordt in dit rapport buiten beschouwing gelaten. Daarentegen heeft zorggroep 6 niet deelgenomen aan evaluatie-1, maar wel aan evaluatie-2. De reden voor het niet deelnemen aan evaluatie-1 was dat zij ten tijden van evaluatie 1 nog niet waren opgericht. Ten tijde van evaluatie-2 was dit wel het geval.

#### Zorggroep 1 is opgegaan in grotere zorggroep

Zorggroep 1 is opgegaan in een grotere zorggroep. Om een goede vergelijking te maken met de vorige evaluatie zijn alleen de zorgverleners die behoorden tot de voormalige zorggroep 1 meegenomen in evaluatie-2.

### B2.2 Manieren van gegevensverzameling

Evenals in evaluatie-1, zijn de gegevens voor evaluatie-2 ook op drie verschillende wijzen verzameld:

1. registratiesystemen;
2. patiëntenvragenlijsten;
3. semi-gestructureerde interviews.

Bij alle zorggroepen zijn gegevens uit hun registratiesystemen gebruikt en zijn er semi-gestructureerde interviews onder diverse betrokken partijen gehouden. Bij zeven zorggroepen zijn daarnaast ook patiëntenvragenlijsten uitgezet. Bij patiënten van zorggroep 7 en 8 zijn geen vragenlijsten afgenomen (zie voor een toelichting Paragraaf B2.2.2).

In de volgende paragrafen (Paragraaf B2.2.2 – B2.2.4) worden de drie wijzen van gegevensverzameling verder toegelicht. Allereerst wordt in Paragraaf B2.2.1 de onderzoeksperiode van de evaluatie toegelicht.

#### B2.2.1 Onderzoeksperiode

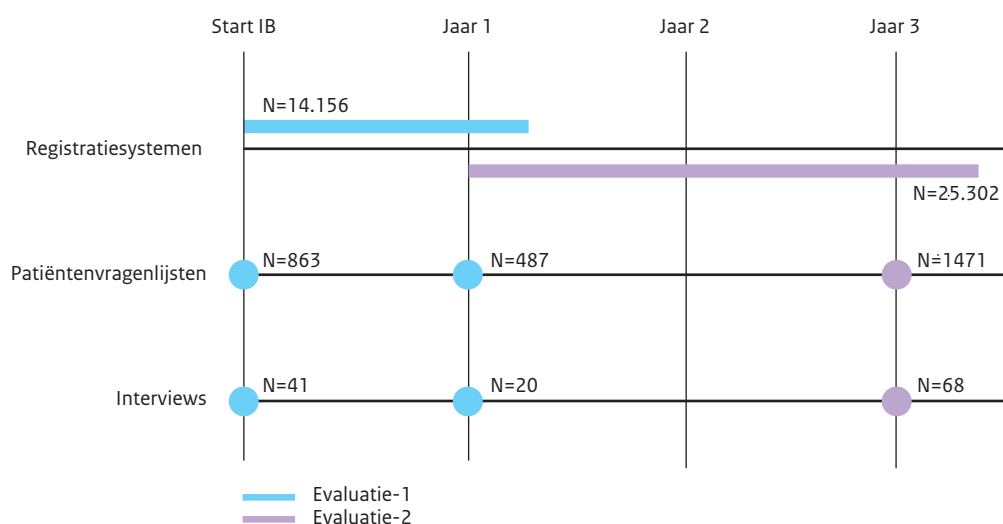
De periode waarover gegevens verzameld zijn, verschilt per wijze van gegevensverzameling (zie Figuur B2.1). Uit de registratiesystemen zijn patiëntgegevens over een periode van drie jaar verzameld. Ten behoeve van evaluatie-1 waren al gegevens verzameld over het eerste jaar na de invoering van integrale bekostiging (IB). Voor evaluatie-2 zijn hier aanvullend gegevens over het tweede en derde jaar na de invoering van IB aan toegevoegd. De gegevens die verzameld zijn middels de patiëntenvragenlijsten en semi-gestructureerde interviews betroffen drie momentopnames: 1) bij de start van de invoering van IB, 2) één jaar na de invoering van IB, en 3) drie jaar na de invoering van IB. In de volgende paragrafen wordt de onderzoeksperiode van evaluatie-2 per gegevensmodule verder toegelicht (Paragraaf B2.2.2 – B2.2.4).

#### B2.2.2 Registratiesystemen

#### Procedure rapportage registratiegegevens gelijk aan die van evaluatie-1

De procedure voor de rapportage van de registratiegegevens voor evaluatie-2 was gelijk aan die voor evaluatie-1. De informatie over de geleverde zorg werd door de zorggroepen uit de registratiesystemen

**Figuur B2.1** Schematisch overzicht gegevensverzameling ten behoeve van evaluatie-1 en evaluatie-2.



onttrokken en centraal verzameld en opgeslagen. Vervolgens werd deze informatie naar een speciaal daarvoor ontworpen website van het RIVM gestuurd en zowel technisch als inhoudelijk gecontroleerd door een datamanager. Op basis van deze controles stelde de datamanager van het RIVM een ‘fourrapportage’ op waarin op recordniveau werd aangegeven welke gegevens niet correct waren aangeleverd. Deze rapportage werd vervolgens naar de betreffende zorggroep gestuurd, waar de rapportage van de registratiegegevens werd gecorrigeerd en opnieuw naar het RIVM gestuurd.

#### Alle zorggroepen gebruikten format van evaluatie-1 voor rapportage registratiegegevens

De deelnemende zorggroepen konden voor de aanlevering van de registratiegegevens het format van de voorlopige Minimale Dataset (MDS) van Zichtbare Zorg (Zichtbare Zorg, 2009b) of het format van evaluatie-1 gebruiken. Alle zorggroepen hebben voor het format van evaluatie-1 gekozen. Deels om pragmatische redenen en deels omdat de softwareleveranciers extra geld vroegen voor het aanleveren van de gegevens in het format van Zichtbare Zorg.

#### Knelpunten met aanleveren registratiegegevens inzichtelijk gemaakt door vragenformulier

Gedurende evaluatie-1 kwamen diverse problemen aan het licht over het aanleveren van de registratiegegevens. In evaluatie-2 zijn datamanagers daarom gevraagd om problemen die de kwaliteit van de data kunnen beïnvloeden te rapporteren op een door het RIVM ontwikkeld formulier. De informatie die werd verkregen via de ingevulde formulieren werd meegenomen bij de interpretatie van de registratiegegevens.

#### Ten behoeve van analyses zijn drie inclusiecriteria gehanteerd

##### 1. Keten-dbc declaratie voor patiënt voor periode 01/01/2008 - 30/04/2008

In de evaluatie werden alleen de registratiegegevens meegenomen van patiënten voor wie bij de start van de evaluatie (eerste kwartaal van 2008) een keten-dbc was gedeclareerd.

##### 2. Patiënt gedurende hele periode ‘in zorg’ bij de zorggroep

In de evaluatie werden alleen de registratiegegevens meegenomen van patiënten die gedurende de hele onderzoeksperiode ‘in zorg’ bij de zorggroep waren. Een patiënt was ‘in zorg’ bij de zorggroep als zowel aan het begin van de onderzoeksperiode (eerste kwartaal 2008) als aan het einde van de onderzoeksperiode (tweede kwartaal 2010) een keten-dbc voor de patiënt was gedeclareerd.

##### 3. Reguliere controle tussen 01/01/2008 en 30/04/2008

In de evaluatie werden alleen de registratiegegevens meegenomen van patiënten die in de periode 1 januari 2008 tot en met 30 april 2008 minstens één reguliere controle (kwartaal- of jaarcontrole) hadden gekregen. De datum van deze controle is voor iedere patiënt de startdatum voor zijn eigen unieke onderzoeksperiode.

**Tabel B2.1** Aantal patiënten in evaluatie-1 en evaluatie-2 en het aantal patiënten dat in beide evaluaties voorkomt.

Zorggroep	Aantal patiënten		
	Evaluatie-1	Evaluatie-2	Dat zowel in evaluatie-1 als -2 voorkomt
1	362	333	Onbekend
2	670	4495	540
3	552	1274	427
4	5295	8358	3716
5	2635	-	0
6	-	1651	0
7	-	5824	0
8	1525	563	Onbekend
9	53	838	100
10	2565	1966	341
Totaal	14.156	25.302	5124

#### Koppeling van registratiegegevens tussen patiënten van evaluatie-1 en evaluatie-2 niet altijd mogelijk

Bij vier van de negen zorggroepen (1, 6, 7 en 8) bleek een koppeling van de registratiegegevens tussen patiënten van evaluatie-1 en evaluatie-2 niet mogelijk. Bij zorggroep 6 en 7 komt dit omdat zij voor evaluatie-1 geen registratiegegevens aangeleverd hebben. Bij zorggroep 1 en 8 komt dit doordat zij in evaluatie-2 de registratiegegevens aangeleverd hebben met andere patiëntnummers dan in evaluatie-1.

In de zorggroepen waar koppeling van de registratiegegevens wel mogelijk was, kon de koppeling niet voor alle patiënten worden gemaakt. Enerzijds omdat het aantal deelnemende huisartsen en daarmee het aantal nieuwe patiënten in deze zorggroepen sterk zijn toegenomen in evaluatie-2 (zie Tabel B2.1). Zo is de onderzoekspopulatie van zorggroep 2 gestegen van 670 patiënten (evaluatie-1) naar 4495 (evaluatie-2). Anderzijds doordat een deel van de patiënten van evaluatie-1 niet meer voorkomt in de registratiesystemen ten tijde van evaluatie-2, bijvoorbeeld omdat patiënten zijn overleden of verhuisd.

#### Alleen gegevens evaluatie-2 worden gepresenteerd in dit rapport

Aangezien het niet mogelijk was de koppeling tussen de gegevens van evaluatie-1 en evaluatie-2 voor een groot deel van de zorggroepen uit te voeren en de onderzoekspopulatie van een aantal van de overige zorggroepen overlapt met evaluatie-1 (zie Tabel B2.1), is ervoor gekozen om in dit rapport alleen de gegevens van evaluatie-2 te presenteren. De informatie over de registratiegegevens van evaluatie-1 wordt in dit rapport niet gepresenteerd.

#### Evaluatie over twee volledige jaren met jaarlijks één maand uitloop

De evaluatie heeft betrekking op het tweede en het derde jaar na de invoering van IB (zie ook Figuur B2.1). Per patiënt betreft de onderzoeksperiode een periode van twee jaar met voor ieder jaar één maand uitloop. De totale onderzoeksperiode is daardoor per patiënt 26 maanden. De meeste procesmaten worden jaarlijks berekend. Er is gekozen voor het verlengen van elk onderzoeksjaar met één maand om rekening te houden met het feit dat een controle niet altijd precies binnen één jaar plaatsvindt.

#### Onderzoeksperiode tussen zorggroepen zoveel mogelijk gelijk getrokken

In evaluatie-1 verschilden de onderzoeksperiode tussen de zorggroepen (zie Tabel B2.2).

In evaluatie-2 werd besloten om deze periode gelijk te trekken. Bij de uitvoering van de evaluatie is echter gebleken dat dit om verschillende redenen niet mogelijk was voor zorggroep 6 (nieuw ICT-systeem), zorggroep 7 (externe partij voor opstellen spiegelinformatie) en zorggroep 8 (nieuwe softwareleverancier). Doordat de inclusieperiode afwijkend is, is de periode wanneer patiënten geïncludeerd worden ook afwijkend (zie Tabel B2.2).

#### Kwaliteit van de zorg bepaald aan de hand van indicatoren NDF Zorgstandaard en NDF Zorginhoudelijke Indicatorenset

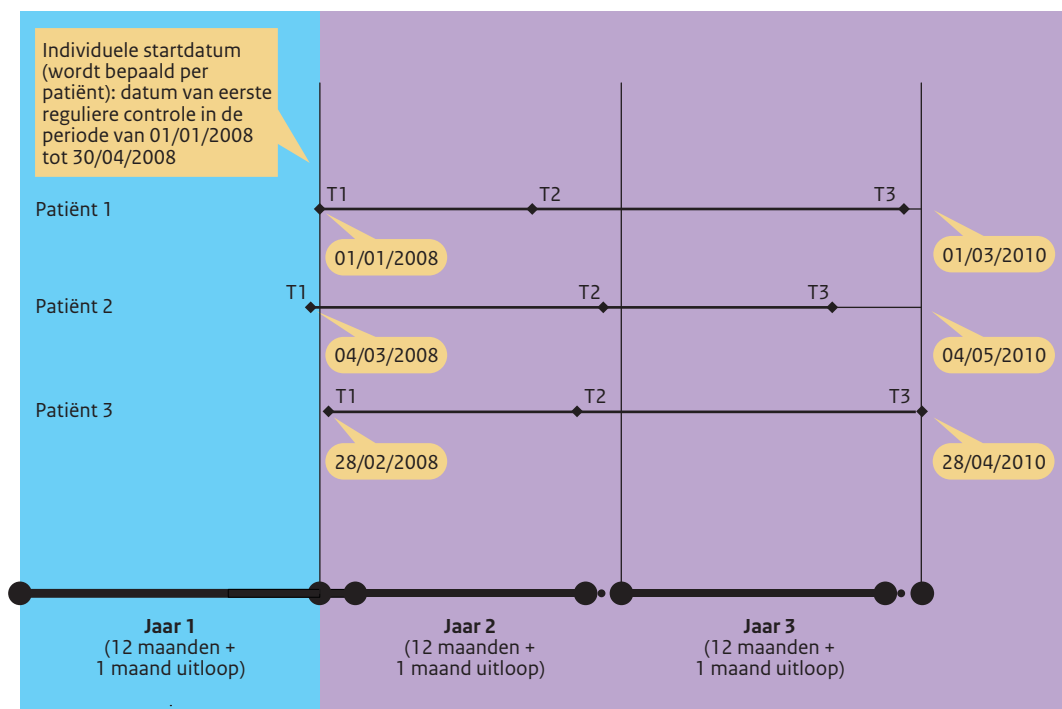
De kwaliteit van de zorg werd bepaald met behulp van de proces- en uitkomstindicatoren zoals omschreven in de NDF Zorgstandaard (NDF, 2007) in combinatie met de recent vastgestelde Zorginhoudelijke Indicatoren (NDF, 2011a).



**Tabel B2.2** Onderzoekperiode evaluatie-1, onderzoekperiode evaluatie-2 en inclusieperiode evaluatie-2 per zorggroep.

Zorggroep	Onderzoekperiode evaluatie-1	Onderzoekperiode evaluatie-2	Inclusieperiode
1	1 januari 2007 – 30 april 2008	1 januari 2008 – 30 juni 2010	1 januari 2008 – 30 april 2008
2	1 januari 2007 – 30 april 2008	1 januari 2008 – 30 juni 2010	1 januari 2008 – 30 april 2008
3	1 oktober 2007 – 31 januari 2009	1 januari 2008 – 30 juni 2010	1 januari 2008 – 30 april 2008
4	1 januari 2007 – 30 april 2008	1 januari 2008 – 30 juni 2010	1 januari 2008 – 30 april 2008
6	-	1 juli 2009 – 30 november 2010	1 juli 2009 – 31 oktober 2009
7	-	1 januari 2009 – 31 december 2010	Niet mogelijk
8	1 januari 2007 – 30 april 2008	1 september 2008 – 31 oktober 2010	1 september 2008 – 31 december 2008
9	1 april 2007 – 30 juli 2008	1 januari 2008 – 30 juni 2010	1 januari 2008 – 30 april 2008
10	1 april 2007 – 30 juli 2008	1 januari 2008 – 30 juni 2010	1 januari 2008 – 30 april 2008

**Figuur B2.2** Onderzoekperiode van de evaluatie-2 voor drie fictieve patiënten.



◆ = Onderzoek (bijvoorbeeld HbA1c-bepaling).

### Procesmaten over twee jaren, uitkomsten op drie momenten bepaald

Figuur B2.2 laat de onderzoekperiode zien voor drie fictieve patiënten. Elke patiënt heeft zijn eigen individuele onderzoekperiode welke startte op de datum van de eerste reguliere controle in de inclusieperiode (zie Tabel B2.2). De patiënt werd vervolgens twee jaar gevolgd met voor ieder jaar een maand uitloop. In zowel het tweede als het derde jaar na invoering van IB werd gekeken in hoeverre labbepalingen, controles (zoals voet- en oogonderzoek), gewicht en bloeddruk zijn uitgevoerd of gemeten.

In deze twee jaren werd ook gekeken naar de uitkomsten van de bepalingen. In ieder jaar werd gekeken naar de laatste bepaling van dat jaar (T2, T3). De baselinebepaling (T1) was de bepaling die verricht is op de startdatum van de onderzoekperiode van de patiënt. Omdat labbepalingen en reguliere controles vaak niet op dezelfde dag plaatsvinden, werd voor de labbepalingen ook in de periode drie maanden voor de start en een maand na de startdatum gekeken.

### B2.2.3 Patiëntenvragenlijsten

#### **Zeven van de negen zorggroepen hebben deelgenomen**

Onder de patiënten van zorggroep 1-4, 6, 9 en 10 zijn patiëntenvragenlijsten uitgezet. Zorggroep 7 en 8 vonden het te tijdsintensief om vragenlijsten onder hun patiënten uit te zetten. Zorggroep 3 had recentelijk een vragenlijst verspreid onder al hun diabetespatiënten in het kader van de ontwikkeling van de vragenlijst van de Consumer Quality (CQ)-Index versie 4.0 (N=1841). De vragen uit de vragenlijst van de CQ-index komt gedeeltelijk overeen met de vragenlijst die in deze evaluatie is gebruikt. Waar mogelijk worden voor zorggroep 3 de resultaten van de vragenlijst van de CQ-index gepresenteerd, daarnaast zijn RIVM-vragenlijsten verspreid onder de patiënten uit zorggroep 3 die ook hadden deelgenomen aan beide metingen van evaluatie-1 (N=65).

#### **Inhoud vragenlijst komt grotendeels overeen met evaluatie-1**

De inhoud van de vragenlijst komt grotendeels overeen met de vragenlijst die gebruikt werd voor evaluatie-1. De vragen die overgenomen zijn uit evaluatie-1 zijn allen afkomstig uit bestaande, gevalideerde vragenlijsten en gaan over de volgende onderwerpen: 1) patiëntkarakteristieken (o.a. geboortedatum, geslacht, opleiding en etniciteit) (Lokale en nationale monitor gezondheid), 2) hoeveelheid lichamelijke beweging (Wendel-Vos en Frenken, 2008), 3) fitnorm (ACSM, 1998), 4) Diabeteskennistest (Fitzgerald et al., 1998), 5) vragen met betrekking tot afstemming van de zorg (Heijmans et al., 2010) en 6) kwaliteit van leven, gemeten met behulp van de Short Format 12 (Ware et al., 1996).

#### **Nieuwe vragen toegevoegd aan vragenlijst**

In de vragenlijst van evaluatie-2 is een aantal nieuwe vragen toegevoegd. Zo is er gebruikgemaakt van de Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). De PACIC is een meetinstrument voor de ervaren kwaliteit van integrale zorg voor chronisch zieken (Glasgow et al., 2005a). Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van de Nederlandse vertaling van de PACIC (Vrijhoef et al., 2009). De PACIC bestaat uit twintig vragen die bedoeld zijn om inzicht te krijgen in de mate waarin de elementen van het Chronic Care Model (CCM) van Wagner (Wagner et al., 1996; Wagner et al., 2005) zijn geïmplementeerd.

Daarnaast is een korte screeningstest toegevoegd om een beeld te krijgen van de gezondheidsvaardigheden van diabetespatiënten (Chew et al., 2004). Gezondheidsvaardigheden (ook wel aangeduid met de Engelse term 'health literacy') zijn vaardigheden die mensen nodig hebben om toegang te krijgen tot informatie over gezondheid, om die informatie te kunnen begrijpen en te kunnen gebruiken om gezondheidsgerelateerde beslissingen te nemen (Ratzan, 2001). Uit internationaal onderzoek komt naar voren dat geringe gezondheidsvaardigheden een belangrijke belemmering kunnen vormen in de (zelf)zorg voor een chronische aandoening. Ten slotte zijn vragen toegevoegd over het gebruik van de Diabetes Zorgwijzer (DVN, 2008), de ontvangen zorg en de gebruikte medicatie.

#### **Vragenlijst verstuurd naar huisadres van patiënt**

In mei-juni 2010 (zie ook Figuur B2.1) zijn de vragenlijsten verstuurd. Indien na drie weken geen vragenlijst was geretourneerd aan het RIVM werd een reminder gestuurd. De sluitingsdatum voor het retourneren van de vragenlijst was op 1 september 2010.

#### **Aselecte steekproef van vijfhonderd patiënten bij tien tot vijftien aselecte huisartsenpraktijken per zorggroep**

Aan de zorggroepen is gevraagd om een aselecte steekproef van minimaal tien en maximaal vijftien huisartsenpraktijken te trekken en vervolgens een aselecte steekproef van patiënten uit deze subpopulatie te trekken. De steekproef van patiënten is handmatig ont dubbeld voor de patiënten die al hadden deelgenomen aan evaluatie-1 (zie volgende alinea) om te voorkomen dat zij twee vragenlijsten zouden ontvangen. Per zorggroep zijn in de nieuwe steekproef vijfhonderd patiënten geselecteerd.

#### **Vragenlijst additioneel verstuurd aan respondenten steekproef evaluatie-1**

Naast de steekproef van vijfhonderd patiënten per zorggroep, hebben ook de respondenten van evaluatie-1 de vragenlijst ten behoeve van evaluatie-2 ontvangen. Ten tijde van evaluatie-1 had een deel van de patiënten de papieren versie van de vragenlijst ingevuld en een ander deel de elektronische versie van de vragenlijst op het internet. De patiënten die de vragenlijsten op het internet hadden ingevuld zijn via een e-mail benaderd met het verzoek om weer deel te nemen aan het onderzoek. Waar mogelijk zijn overleden respondenten uit het adressenbestand van evaluatie-1 verwijderd.

### **In totaal zijn 68 interviews afgenomen bij alle relevante stakeholders**

In de periode oktober 2010 - april 2011 zijn 68 interviews gehouden met tien managers (twee van één zorggroep), twaalf huisartsen, zes poh's, zeven diabetesverpleegkundigen (vijf werkzaam in de eerste lijn en twee werkzaam in de tweede lijn), acht internisten, twee oogartsen, twee diëtisten, twee fysiotherapeuten, één apotheker, één podotherapeut, twee optometristen, twee medewerkers van een huisartsenlaboratorium en vier zorgverzekeraars. Ook zijn de negen projectleiders van de deelnemende zorggroepen geïnterviewd. In meerdere zorggroepen is de manager eveneens projectleider. Indien dit het geval was, is de manager tweemaal geïnterviewd: eenmaal in het najaar van 2010 en eenmaal in het voorjaar van 2011. De managers van de zorggroepen hebben de contactgegevens van hun contactpersonen van hun preferente zorgverzekeraar(s) aangeleverd. Aangezien meerdere zorggroepen dezelfde contactpersonen opgaven, zijn in totaal vier contactpersonen van vier verschillende zorgverzekeraars geïnterviewd.

### **Aselecte steekproef van zorgverleners**

De zorggroepen hebben een adressenbestand van alle gecontracteerde zorgverleners naar het RIVM gestuurd. Uit dit adressenbestand is een aselecte steekproef getrokken waarbij gestratificeerd is naar type zorgverlener. Dit houdt in dat van alle betrokken zorgdisciplines in de diabeteszorg tenminste één zorgverlener is geïnterviewd. Daarnaast is in de aselecte steekproef rekening gehouden met de grootte van de zorggroep, wat inhoudt dat bij grote zorggroepen meerdere zorgverleners per zorgdiscipline zijn geïnterviewd.

### **Zorggroep niet geïnformeerd over geïnterviewde zorgverleners**

Om de privacy van de geïnterviewden te waarborgen werden de geselecteerde zorgverleners zonder tussenkomst van de zorggroep benaderd voor deelname aan het interview. Als een benaderde zorgverlener besloot niet deel te nemen, werd 'at random' een nieuwe zorgverlener van dezelfde zorgdiscipline en indien mogelijk van dezelfde zorggroep geselecteerd. De interviews met de zorgverleners werden in principe op de werkplek afgenomen. Drie interviews zijn telefonisch afgenomen. De interviews met de zorgverzekeraars zijn alle vier telefonisch afgenomen.

### **Inhoud interviews op basis van vooraf opgestelde topic list**

De inhoud van de interviews is deels gebaseerd op de topic list van de eerste evaluatie, met als belangrijkste onderwerpen: de inhoud van de keten-dbc contracten van 2010, de organisatorische randvoorwaarden (bijvoorbeeld bij- en nascholing en ICT), taakherschikking en afstemming binnen de diabeteszorg, de zorg voor mensen met co-morbiditeit en de succesfactoren en knelpunten van de invoering van de keten-dbc. De topic list voor managers bevatte daarnaast ook vragen over 'governance' en patiëntenparticipatie.

### **ACIC**

Naast de bestaande topic list is voor het meten van de mate van geïntegreerde chronische zorg gebruik gemaakt van de ACIC (Assesment of Chronic Illness Care) (Bonomi et al., 2002; Cramm et al., 2011b). De ACIC is een gevalideerde vragenlijst die bedoeld is als meetinstrument bij het verbeteren van de chronische zorg. Uitgangspunt van de vragenlijst is Wagner's CCM (Wagner et al., 1996; Wagner et al., 2005). Dit model bestaat uit zes componenten die sterk aan elkaar gerelateerd zijn. De zes componenten betreffen 1) het zorgsysteem, 2) de gemeenschap, 3) ondersteuning van het zelfmanagement, 4) besliskundige ondersteuning, 5) organisatie van zorg en 6) informatiesystemen in de gezondheidszorg. Voor een uitgebreide inhoudelijke beschrijving wordt verwezen naar de bestaande literatuur over het CCM. De ACIC bevat nog een zevende component, namelijk de integratie van de verschillende CCM-componenten. De Nederlandse vertaling van de ACIC werd beschikbaar gesteld door de Erasmus Universiteit (afdeling iBMG). Deze Nederlandse vertaling van de ACIC-vragenlijst werd door het RIVM bewerkt en toegespitst op diabeteszorg die door zorggroepen wordt verleend. Op basis hiervan zijn enkele aanpassingen in de formulering van items doorgevoerd. De geïnterviewden kregen per mail de ACIC toegestuurd met de vraag deze vragenlijst voor het interview ingevuld terug te sturen. Tijdens de interviews werd aan de respondenten gevraagd de laagst scorende items per component toe te lichten. Hierbij werd ook gevraagd of zij nog verbeteringen wensten voor het betreffende item.

### **Interviews afgenomen door twee onderzoekers en met goedkeuring getranscribeerd**

De interviews zijn door twee onderzoekers van het RIVM afgenomen (HD en LL). De interviews zijn met goedkeuring van de geïnterviewde opgenomen en getranscribeerd door een extern bureau. De kwaliteit van de transcripties is steekproefsgewijs gecontroleerd door de twee onderzoekers. De getranscribeerde interviews zijn door de onderzoekers geanonimiseerd door de namen van zorggroepen, persoonsnamen en plaatsnamen te verwijderen.

### **Toestemming van managers voor gebruik van gegevens '1-meting zorggroepen'**

Om efficiënt gebruik te maken van de interviewtijd is aan de geïnterviewde managers gevraagd of gebruik mocht worden gemaakt van de gegevens uit een eerder onderzoek, namelijk de monitor 'De organisatie van zorggroepen anno 2010' (Van Til et al., 2010). Alle managers hebben hiervoor toestemming gegeven.

## **B2.3 Analyses**

De gegevens zijn zowel per zorggroep als op geaggregeerd niveau geanalyseerd. Hieronder wordt voor de drie manieren van gegevensverzameling (registratiegegevens, patiëntenvragenlijsten en semigestructureerde interviews) aangegeven hoe de analyses zijn uitgevoerd.

### **Registratiegegevens**

Voor het analyseren van de registratiegegevens is gebruikgemaakt van de proces- en uitkomstindicatoren zoals omschreven in de NDF Zorgstandaard (NDF, 2007) in combinatie met de recent vastgestelde Zorginhoudelijke Indicatoren van de NDF (NDF, 2011a).

Voor de procesindicatoren zijn de gegevens van de zorggroepen uit het tweede en derde jaar na de start van de evaluatie-1 gebruikt. Voor de uitkomstparameters zijn de waarden van T1 (waarde bij start van onderzoeksperiode), T2 (laatste waarde van tweede jaar) en T3 (laatste waarde van derde jaar) met elkaar vergeleken (zie Figuur B2.2). Bij de uitkomstparameters zijn alleen die patiënten meegenomen voor wie op zowel T1, T2 als T3 de uitkomstparameters zijn bepaald. De proces- en uitkomstindicatoren zijn weergegeven op zorggroep niveau en voor de totale populatie. Voor de totale populatie is gebruikgemaakt van gewogen gemiddelden.

Om de procesparameters van het tweede en derde jaar na de start van evaluatie-1 met elkaar te vergelijken is gebruikgemaakt van de Chikwadratoets en de Fisher's exact test. Om de waarden van de uitkomstparameters te vergelijken, is de gepaarde T-test gebruikt. Bij de klinische uitkomstindicatoren is niet alleen naar gemiddelden gekeken, maar ook naar dichotome uitkomsten (bijvoorbeeld wel/niet goed ingesteld volgens de streefwaarden uit de NDF Zorgstandaard). Er is gebruikgemaakt van de McNemar-test om de percentages patiënten tussen de T1 en T3 te kunnen vergelijken. Lineaire regressie is gebruikt voor de analyse van de continue variabelen.

### **Patiëntenvragenlijsten**

Voor het analyseren van de vragenlijst is vooral gebruikgemaakt van beschrijvende statistiek, zoals frequentietabellen. Voor het analyseren van de verschillen in kenmerken tussen de zorggroepen is voor de categoriale variabelen gebruikgemaakt van de McNemar-test en voor de continue variabelen van de 'analysis of variance'. Om te toetsen of er een verschil is tussen de steekproef in evaluatie-1 en de steekproef in evaluatie-2 is gebruikgemaakt van de Chikwadratoets en de Fisher's exact test.

### **Semigestructureerde interviews**

Alle geanonimiseerde transcripties zijn met behulp van MaxQDA10 geanalyseerd. De transcripties van de interviews werden op een inductieve wijze gecodeerd door een eerste codeur. Om de volledigheid van de coderingen te controleren kende een tweede codeur onafhankelijk van de eerste codeur aan een tiental interviews codes toe. Vervolgens zijn de dubbel gecodeerde interviews met elkaar vergeleken en werden coderingen aangepast, toegevoegd of verwijderd wanneer consensus was bereikt tussen de twee codeurs.

## Bijlage 3 Kwaliteit van zorg op basis van registratiegegevens

### Leeswijzer

In deze bijlage worden de bevindingen ten aanzien van de kwaliteit van de zorg besproken aan de hand van de proces- en uitkomstindicatoren zoals omschreven in de NDF Zorgstandaard (NDF, 2007) in combinatie met de recent vastgestelde Zorginhoudelijke Indicatoren van de NDF (NDF, 2011a). In Paragraaf B3.1 en 2 wordt de kwaliteit van de gerapporteerde gegevens besproken. Vervolgens komen in Paragraaf B3.3 de patiëntkenmerken van de onderzoekspopulatie aan de orde. In Paragraaf B3.4 worden de uitkomsten van de procesindicatoren besproken en tot slot worden in Paragraaf B3.5 de veranderingen in de uitkomstindicatoren gepresenteerd.

### B3.1 Kwaliteit van de registratiegegevens

In deze paragraaf wordt ingegaan op de kwaliteit van de aan het RIVM gerapporteerde registratiegegevens. Deze achterliggende informatie is nodig voor de interpretatie van de resultaten die in dit hoofdstuk worden beschreven. Allereerst wordt ingegaan op algemene punten die van invloed zijn op de kwaliteit van de registratiegegevens. Vervolgens wordt per zorggroep de gegevensrapportage besproken.

#### Overstap naar ander ICT-systeem heeft gevolgen voor registreren van gegevens en kwaliteit van de rapportage

Vier zorggroepen (zorggroep 1, 6, 7 en 8) zijn gedurende de onderzoeksperiode van evaluatie-2 overgestapt naar een nieuw ICT-systeem. Dit heeft positieve gevolgen voor de dagelijkse bedrijfsvoering van de zorggroep en de registratie van gegevens in het primaire zorgproces, maar belemmerde de analyse van de registratiegegevens door het RIVM. Ten eerste vergde het vaak enige maanden voordat alle zorgverleners staat waren om de gegevens in het nieuwe ICT-systeem volledig en adequaat in te registreren (zie citaat) waardoor soms relevante gegevens uit de periode direct na de overgang naar het nieuwe ICT-systeem ontbreken. Ten tweede veranderde door de overstap naar een nieuw ICT-pakket de patiënt-id's van patiënten van zorggroep 1 en 8 en konden geen gegevens gekoppeld worden van evaluatie-1 en evaluatie-2 (zie ook Paragraaf B2.2.2).

*'Er heeft een conversie plaatsgevonden, waarbij slechts een deel van de data uit het verleden is overgeheveld. Data overigens, waarover in eerdere instantie wel via dit format is gerapporteerd. Daarnaast is de leverancier van het KIS inmiddels failliet en hebben wij te maken met een nieuwe softwareleverancier, die niet of zeer beperkt op de hoogte is van zaken uit het verleden.'*

Kort vragenformulier zorggroep 8

#### Beperkte toegang van zorgverleners tot registratiesystemen heeft gevolgen voor berekenen proces- en uitkomstindicatoren

Paragraaf 2.1 laat zien dat niet alle zorgverleners toegang hebben tot het registratiesysteem van de zorggroep of niet goed registreren (zie ook citaat). Dit geldt vooral voor zorgverleners die niet werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk. Hierdoor zijn de informatiesystemen van de zorggroepen mogelijk onvolledig ten aanzien van uitgevoerde controles. Over het algemeen kan gesteld worden dat bij zorggroepen met een KIS meer zorgverleners toegang hebben tot het informatiesysteem dan bij zorggroepen die geen KIS hebben.

*'Het percentage oogcontrole is onder de verwachting. Dit komt mede doordat uitslagen die afkomstig zijn uit een ziekenhuis niet worden geregistreerd in het KIS.'*

Jaarverslag 2009/2010 zorggroep 6

### **Meeste zorggroepen hadden problemen met aanleveren gegevens voor inclusiecriteria en voor redenen van uitstroom**

Om te zorgen dat de patiënten van de zorggroepen goed met elkaar konden worden vergeleken zijn drie inclusiecriteria opgesteld (zie Paragraaf B2.2.2). De meeste zorggroepen hadden problemen met het aanleveren van de gegevens voor de drie inclusiecriteria. Tekstbox B3.1 beschrijft de problemen per zorggroep. Daarnaast bleken alleen zorggroep 3 en 8 de redenen van de uitstroom van patiënten te kunnen rapporteren. Zorggroep 9 kon dit gedeeltelijk en kon alleen aangeven of patiënten verhuisd of overleden waren. De overige zorggroepen konden alleen handmatig de redenen voor uitval aanleveren. Hierbij moet opgemerkt worden dat deze informatie waarschijnlijk wel in de huisartsenpraktijken aanwezig is, maar niet op zorggroepniveau voorhanden is.

#### **Tekstbox B3.1: Problemen met aanleveren inclusiecriteria per zorggroep**

Niet alle zorggroepen waren in staat gegevens voor de inclusiecriteria op de gevraagde manier aan te leveren:

- Zorggroep 1 heeft geen gegevens van haar patiënten aangeleverd over inclusiecriterium 1. Alle patiënten zijn daarom geïncludeerd voor inclusiecriterium 1. Zorggroep 1 kon verder beperkt informatie aanleveren over inclusiecriterium 2: dit konden zij alleen op basis van de registratiegegevens, maar niet op basis van de gevraagde declaratiegegevens.
- Zorggroep 4 heeft voor inclusiecriteria 1 en 2 alleen gegevens aangeleverd van patiënten die voldeden aan inclusiecriterium 3.
- Zorggroep 7 was niet in staat gegevens aan te leveren over inclusiecriteria 1 en 2. Alle patiënten zijn daarom geïncludeerd voor inclusiecriteria 1 en 2. Verder worden alleen de jaarcontroles door de zorgverleners gerapporteerd aan de zorggroep. Dit heeft gevolgen voor inclusiecriterium 3. Patiënten zijn geïncludeerd wanneer er op enig moment activiteit was in 2009.
- Zorggroep 8 kon voor inclusiecriterium 2 alleen aangeven voor welke patiënten in 2008 en 2009 een keten-dbc was gedeclareerd, maar niet voor 2010. Patiënten zijn geïncludeerd op basis van de keten-dbc declaraties van 2008 en 2009.
- Zorggroep 9 kon alleen van de patiënten die verzekerd waren bij de preferente verzekeraar gegevens aanleveren over inclusiecriteria 1 en 2. Daarom zijn alleen de patiënten van de preferente verzekeraar meegenomen. Verder registreren de zorgverleners niet structureel alle driemaandelijks controles, wat gevolgen heeft voor het aantal patiënten dat geïncludeerd kan worden voor inclusiecriterium 3.
- Zorggroep 10 heeft voor inclusiecriteria 1 en 2 alleen gegevens aangeleverd van patiënten die voldeden aan inclusiecriterium 3. Verder verzamelt de zorggroep niet structureel de driemaandelijks controles, wat gevolgen heeft voor het aantal patiënten dat geïncludeerd kan worden voor inclusiecriterium 3.

### **Medicatiegebruik niet door alle zorggroepen verzameld**

Voor een goede vergelijking van de HbA<sub>1c</sub>-waarden is het van belang rekening te houden met het soort therapie (insulinebehandeling of dieet en/of tabletten). Deze gegevens zijn in de meeste zorggroepen niet beschikbaar en zullen daarom niet worden gepresenteerd. In de meeste KIS-en worden geen medicatiegegevens geregistreerd of niet in het format dat door het RIVM werd gevraagd. Dit wordt wel bijgehouden in de HIS-en, maar daar hebben de meeste zorggroepen nog geen toegang toe, of is de integratie nog niet optimaal. Bij een aantal zorggroepen is deze koppeling in de maak.

### **Beperkte gegevens beschikbaar voor zorggroep 6**

Het keten-dbc contract van zorggroep 6 is pas twee jaar na de invoering van IB ingegaan (1 januari 2009). In deze zorggroep is vervolgens pas vanaf april 2009 gestart met het registreren van gegevens met behulp van een KIS. Deze zorggroep kon daarom geen gegevens aanleveren over het tweede jaar na invoering van de IB. Voor het derde jaar is rekening gehouden met de opstartfase van het registreren, waardoor de gegevens van het derde jaar van de zorggroep de periode vanaf 1 juli 2009 – 30 november 2010 beslaan.

*'We hebben heel snel de essentiële gegevens van patiënten in een systeem gezet om te kunnen declareren en het inhoudelijk inregelen is eigenlijk in de maanden daarna pas op gang gekomen. Dus als je bij wijze van spreken nu een uitdraai zou maken van die eerste veertig praktijken, die op 1 april 2009 zouden zijn gestart en je zou van 1 oktober tot 1 oktober meten, dan krijg je andere gegevens.'*  
Manager zorggroep

### **Zorggroep 8 heeft geen betrouwbare gegevens over tweede jaar na invoering van integrale bekostiging**

Zorggroep 8 heeft in eerste instantie wel gegevens over het tweede jaar na invoering van de IB aangeleverd, maar tijdens het analyseren van deze gegevens bleken de data onbetrouwbaar, waarschijnlijk als gevolg van de overstap naar een ander ICT-systeem. Besloten is om de gegevens over het tweede jaar na invoering van IB voor zorggroep 8 niet te presenteren. Er lijken daarnaast ook nog problemen te bestaan met de gegevens over het derde jaar na invoering van integrale bekostiging. Het aantal patiënten met een waarde op zowel T2 als T3 is laag.

### **Gegevens over voet- en oogonderzoeken over tweede jaar na invoering van integrale bekostiging voor zorggroep 1 niet beschikbaar**

Voor zorggroep 1 zijn geen gegevens beschikbaar over de voet- en oogonderzoeken van het tweede jaar na invoering van IB als gevolg van een overstap naar een KIS in 2009. Ook de gegevens vóór 2008 zijn niet meer beschikbaar, waardoor er voor de labbepalingen geen T1 (eerste waarde van het tweede jaar na invoering van de IB) kon worden bepaald. Dit geldt niet voor bloeddruk en BMI, deze zijn voor deze zorggroep wel beschikbaar.

### **Zorggroep 7 geen gegevens beschikbaar voor T1**

Zorggroep 7 registreert alleen gegevens van de jaarcontroles, gegevens van de driemaandelijkse controles worden niet verzameld door de zorggroep. Dit heeft tot gevolg dat de uitkomsten voor zorggroep 7 maar voor twee momenten (T2 en T3) kunnen worden gepresenteerd. Daarnaast worden de procesindicatoren berekend voor een periode van twaalf maanden en niet zoals bij de andere zorggroepen voor een periode van dertien maanden (twaalf maanden met één maand uitloop). Dit wordt veroorzaakt doordat de zorggroep de gegevens jaarlijks extraheert uit de registratiegegevens van de individuele zorggroepen. Hierdoor worden de resultaten van de procesindicatoren onderschat in vergelijking met de andere zorggroepen.

## **Samenvatting kwaliteit van de gegevensrapportage**

Geconcludeerd kan worden dat de kwaliteit van de rapportage van de proces- en uitkomstindicatoren verschilt tussen de zorggroepen, hetgeen de vergelijking tussen zorggroepen bemoeilijkt. We hebben er daarom voor gekozen om alleen de veranderingen in proces- en uitkomstindicatoren in de tijd *binnen* zorggroepen te presenteren.

## **B3.2 Onderzoekspopulatie**

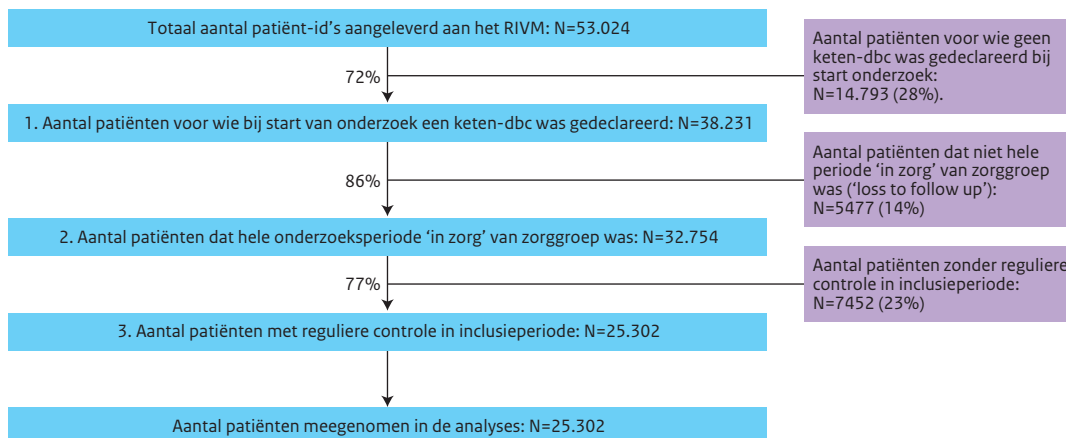
Deze paragraaf beschrijft allereerst de totstandkoming van de onderzoekspopulatie (Paragraaf B3.2.1). Vervolgens wordt in Paragraaf B3.2.2 ingegaan op de karakteristieken van de onderzoekspopulatie. Ten slotte is in Paragraaf B3.2.3 onderzocht of de geïncludeerde patiënten afwijken van de geëxcludeerde patiënten.

### **B3.2.1 Definieren onderzoekspopulatie**

#### **In totaal zijn 25.302 patiënten geïncludeerd**

De negen zorggroepen hebben in totaal over 53.024 patiënten gegevens aangeleverd. Alleen patiënten die voldeden aan de drie inclusiecriteria zijn meegenomen in de analyses (zie ook Bijlage 2). In totaal voldeden 25.302 patiënten aan de inclusiecriteria. Figuur B3.1 laat zien op basis van welke criteria patiënten geëxcludeerd werden. Tabel B3.1 specificeert per zorggroep de reden voor de exclusie van patiënten. In de volgende alinea's wordt per inclusie criterium beschreven hoeveel patiënten daaraan voldeden en worden de redenen voor exclusie beschreven.

**Figuur B3.1** Inclusiecriteria en selectie van patiënten voor onderzoekspopulatie op basis van de dataregistratie.



#### Voor 72% van de patiënten was een keten-dbc gedeclareerd bij start onderzoek

In totaal voldeed 72% van de patiënten aan inclusie criterium 1 (zie Figuur B3.1 en Tabel B3.2). De redenen waarom voor 28% van de patiënten wel registratiegegevens zijn aangeleverd, maar geen keten-dbc was gedeclareerd waren divers en in een aantal gevallen ook onduidelijk. Zo werden bijvoorbeeld door zorggroep 4 waarschijnlijk ook gegevens van COPD-patiënten die participeerden in het zorgprogramma voor COPD gerapporteerd. Voor deze zorggroep was dit echter niet te achterhalen, aangezien de registratiegegevens door een externe datamanager waren opgesteld en deze gedurende een lange periode niet beschikbaar was voor consultatie. Andere redenen waarom patiënten niet aan dit inclusie criterium voldeden zijn beschreven in Tekstbox B3.1.

#### 86% van de patiënten was hele onderzoeksperiode 'in zorg' bij zorggroep

Van de patiënten voor wie in 2008 een keten-dbc was gedeclareerd voldeed 86% aan inclusie criterium 2 (zie Figuur B3.1 en Tabel B3.2). Het percentage patiënten dat aan het einde van de onderzoeksperiode niet meer 'in zorg' was, verschilde aanzienlijk tussen zorggroepen. In zorggroep 3 bedroeg dit percentage 9%, terwijl dit percentage in zorggroep 9 27% bedroeg.

De belangrijkste redenen waarom patiënten niet de gehele onderzoeksperiode 'in zorg' waren bij de zorggroep waren overlijden, doorverwijzing naar de tweede lijn en verhuizing. In Tabel B3.1 worden de redenen voor uitstroom per zorggroep weergegeven. Andere redenen die genoemd worden door de zorggroepen zijn het verwijderen van patiënten met glucose-intolerantie die ten onrechte deelnamen aan het zorgprogramma (zorggroep 6) en de terugverwijzing van patiënten door de internist naar huisartsen die niet participeren in de zorggroep (zorggroep 2).

#### 77% van de patiënten had reguliere controle in inclusieperiode

Van de patiënten die gedurende de gehele onderzoeksperiode 'in zorg' bij de zorggroep waren voldeed 77% aan inclusie criterium 3 (zie Figuur B3.1 en Tabel B3.2). Voor de overige 23% van de patiënten was geen reguliere controle geregistreerd. Onduidelijk is hoeveel patiënten werkelijk geen controle hadden ondergaan in de inclusieperiode. Een aantal zorggroepen waren niet in staat deze gegevens goed aan te leveren of verplichten hun zorgverleners niet om deze gegevens te rapporteren (zie ook Tekstbox B3.1).



**Tabel B3.1** Redenen voor uitstroom patiënten per zorggroep (%).

	Zorggroep:								
	1	2	3	4	6	7	8	9	10
Uitstroombestand	10,4	17,7	8,6	19,5	17,6	-	12,8	27,1	12,6
<b>Reden</b>									
- Onbekend	10,4	17,7	0,2	19,5	17,6	-	5,6	25,2	12,6
- Verwijzing naar tweede lijn	-	-	2,1	-	-	-	0,6	0,2	-
- Overleden	-	-	4,2	-	-	-	2,0	1,7	-
- Verhuisd	-	-	0,6	-	-	-	2,9	-	-
- Comorbiditeit	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Niet meer in staat tot deelname/niet coöperatief	-	-	-	-	-	-	1,0	-	-
- Overige redenen	-	-	1,5	-	-	-	0,8	-	-

**Tabel B3.2** Aantal patiënten dat voldeed aan inclusiecriteria uitgesplitst naar zorggroep.

Zorggroep	Totaal aantal patiënten	Inclusiecriteria 1†*	Inclusiecriteria 2†*	Inclusiecriteria 3 †*
1	568	568	509	333
2	12.034	8020	6601	4495
3	1557	1423	1300	1274
4	16.181	10.386	8358	8358
6	3782	3442	2837	1651
7	7766	7766	7766	5824
8	2509	1586	1383	563
9	4988	2791	2034	838
10	3639	2249	1966	1966
Totaal	53.024	38.231	32.754	25.302

† = Inclusiecriteria 1: voor de patiënt was bij de start van evaluatie-2 een keten-dbc gedeclareerd, inclusiecriteria 2: de patiënt was gedurende de gehele onderzoeksperiode 'in zorg' bij de zorggroep, inclusiecriteria 3: de patiënt heeft een reguliere controle ondergaan tijdens de inclusieperiode; \* = Zie voor uitzonderingen per zorggroep Tekstbox B3.1.

**Tabel B3.3** Patiëntkarakteristieken op 1 juni 2010, per zorggroep en voor het totaal.

Karakteristieken	Zorggroep									
	1	2	3	4	6	7	8	9	10	Totaal
N	333	4495	1274	8358	1651	5824	563	838	1966	25.302
Leeftijd (in jaren)	69,5	67,5	69,3	69,2	67,7	67,7	70,3	67,1	69,0	68,4*
Geslacht (% vrouw)	53,2	51,0	50,0	51,3	54,9	49,8	52,0	58,8	49,6	51,2
Gemiddelde diabetesduur (in jaren)	8,1	11,4	7,9	8,0	7,7	6,5	8,0	8,2	7,4	8,3*
Diabetes mellitus type 2 (%)	100,0	93,4	100,0	94,2	99,8	99,6	-	80,9	96,4	95,7*
Diabetes mellitus type 1 (%)	0,0	6,6	0,0	5,8	0,2	0,4	-	19,1	3,6	4,3*

\* = Significant (P<0,05).

### B3.2.2 Karakteristieken onderzoekspopulatie

#### Heterogeniteit in zowel patiëntenaantallen als in patiëntkarakteristieken

In totaal zijn er 25.302 patiënten geïncludeerd. Het aantal geïncludeerde patiënten per zorggroep liep uiteen van 333 patiënten in zorggroep 1 tot 8358 patiënten in zorggroep 4 (zie Tabel B3.3). De patiënten van de negen zorggroepen verschilden significant van elkaar voor wat betreft hun leeftijd en diabetesduur. De gemiddelde leeftijd van de totale patiëntenpopulatie bedroeg 68,4 jaar (variërend van 67,1 tot 70,3 jaar) en de gemiddelde diabetesduur bedroeg 8,3 jaar (variërend van 6,5 tot 11,4 jaar). Van de totale populatie had 4,3% van de patiënten diabetes type 1 en was 51,2% vrouw. Zorggroep 1, 3 en 8 hadden geen patiënten met diabetes type 1 'in zorg'.

**Tabel B3.4** Vergelijking van kenmerken van patiënten die aan inclusiecriteria 2 (gehele periode 'in zorg' bij de zorggroep) voldeden en de patiënten die hier niet aan voldeden.

	Hele onderzoeksperiode 'in zorg' bij de zorggroep	
	Ja (N=32.754)	Nee (N=5477) #
<b>Patiëntkenmerken</b>		
Leeftijd in jaren (SD)	68,2 (12,2)	71,1 (14,1)*
Geslacht (% vrouw)	51,4	52,4
Gemiddelde diabetesduur (in jaren) (SD)	8,8 (6,5)	9,1 (6,6)*
Gemiddelde HbA1c-waarde bij start van onderzoek, T1 (mmol/mol) (SD)	51,2 (10,9)	51,5 (12,6)

# = Bij de beschrijving van de patiëntkenmerken zijn de patiënten van zorggroep 7 niet meegenomen omdat deze zorggroep niet kon aangeven of patiënten de hele onderzoeksperiode in zorg waren; \* = Significant ( $P < 0,05$ ); SD = Standaarddeviatie.

**Tabel B3.5** Vergelijking van kenmerken van patiënten die aan inclusiecriteria 3 (het hebben ondergaan van een reguliere controle in de inclusieperiode) voldeden en de patiënten die hier niet aan voldeden.

	Reguliere controle in inclusieperiode	
	Ja (N=25.302)	Nee (N=7452) #
<b>Patiëntkenmerken</b>		
Leeftijd in jaren (SD)	68,4 (11,7)	66,5 (13,6)*
Geslacht (% vrouw)	51,2	51,0
Gemiddelde Diabetesduur (in jaren) (SD)	8,3 (6,1)	9,2 (7,1)*
Gemiddelde HbA1c-waarde bij start van onderzoek, T1 (mmol/mol) (SD)	50,5 (10,2)	56,6 (14,6)*

# = Bij de beschrijving van de patiëntkenmerken zijn de patiënten van zorggroep 7 niet meegenomen, omdat deze zorggroep niet kon aangeven of patiënten de hele onderzoeksperiode in zorg waren; \* = Significant ( $P < 0,05$ ); SD = Standaarddeviatie.

### B3.2.3 Karakteristieken geëxcludeerde patiënten

Meer dan de helft van de patiënten voldeed niet aan één van de drie inclusiecriteria (zie Paragraaf B3.2.1), waardoor de vraag rijst in hoeverre de geïnccludeerde diabetespatiënten afwijken van de geëxcludeerde patiënten. Het is niet van belang patiënten die aan inclusiecriteria 1 (het hebben van een keten-dbc declaratie bij start van het onderzoek) voldeden te vergelijken zijn met patiënten die niet aan dit criterium voldeden. Immers datamanagers hadden voor deze patiënten helemaal geen gegevens aan moeten leveren. Daarom zijn alleen vergelijkingen gemaakt tussen patiënten die wel/niet voldeden aan inclusiecriteria 2 (gehele periode 'in zorg' bij de zorggroep) en patiënten die wel/niet voldeden aan inclusiecriteria 3 (het hebben ondergaan van een reguliere controle in de inclusieperiode). In Tekstbox B3.2 staan de gevolgen van de drie inclusiecriteria voor de procesindicatoren beschreven.

#### Patiënten die niet aan inclusiecriteria 2 voldeden waren ouder en hadden langer diabetes

Patiënten die niet aan inclusiecriteria 2 voldeden waren gemiddeld ouder dan patiënten die wel aan inclusiecriteria 2 voldeden (71,1 versus 68,2 jaar) en de gemiddelde diabetesduur was langer (9,1 versus 8,8 jaar) (zie Tabel B3.4). De gemiddelde HbA1c-waarde aan het begin van het onderzoek en het percentage mannen en vrouwen verschilden niet tussen beide groepen. De verschillen kunnen worden verklaard doordat een groot deel van de patiënten dat niet de gehele onderzoeksperiode 'in zorg' was bij de zorggroepen is overleden of doorverwezen naar de tweede lijn (zie Tabel B3.1).

#### Patiënten die aan inclusiecriteria 3 voldeden waren ouder en hadden korter diabetes

Patiënten die niet aan inclusiecriteria 3 voldeden, verschilden van de patiënten die dat wel deden (zie Tabel B3.5). De gemiddelde leeftijd in de patiëntengroep die aan inclusiecriteria 3 voldeed, was significant hoger dan in de patiëntengroep die hier niet aan voldeed (68,4 versus 66,5 jaar), de gemiddelde diabetesduur was significant korter (8,3 versus 9,2) en de gemiddelde HbA1c-waarde aan het begin van het onderzoek was significant lager (50,5 versus 56,6 mmol/mol). Het percentage mannen en vrouwen verschilden niet tussen beide groepen. De oorzaak van deze verschillen is onbekend.

### Tekstbox B3.2: Resultaten procesindicatoren zijn afhankelijk van geselecteerde onderzoekspopulatie

Bij het vaststellen van de onderzoekspopulatie aan de hand van de drie inclusiecriteria zijn veel patiënten geëxcludeerd. De resultaten van de procesuitkomsten blijken afhankelijk te zijn wel of niet worden toegepast deze inclusiecriteria. Om het effect van de gehanteerde inclusiecriteria op de procesindicatoren te illustreren is in onderstaande tabel een vergelijking gemaakt tussen de uitkomsten voor de procesindicator 'percentage patiënten dat jaarlijks een voetonderzoek heeft ondergaan'. De tabel laat zien dat het percentage patiënten met een voetonderzoek bij alle zorggroepen toeneemt naarmate meer inclusiecriteria worden meegenomen. Zo bedraagt het percentage patiënten met een voetonderzoek bij zorggroep 9 49% als patiënten alleen aan inclusiecriterium 1 voldoen. Dit percentage neemt echter toe tot 52% als patiënten daarnaast ook aan inclusiecriterium 2 voldoen. Als patiënten ook nog aan inclusiecriterium 3 voldoen, dan bedraagt het percentage patiënten met een voetonderzoek 76%. Het verschil tussen het wel of niet hanteren van inclusiecriteria 3, patiënt heeft een reguliere controle gehad tijdens inclusieperiode, is het grootst in zorggroep 9 (52,2% versus 76,3%). Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat het in deze zorggroep niet verplicht is alle controles te registreren. Het is waarschijnlijk dat degene die de controles wel registreren ook andere verrichtingen beter registreren.

Vergelijking tussen populaties die voldoen aan inclusiecriterium 1, 2 en 3 voor de indicator 'percentage patiënten bij wie een voetonderzoek is verricht in het tweede jaar na invoering van IB'.

Zorggroep	Percentage patiënten bij wie een voetonderzoek is verricht		
	Indien patiënten alleen voldoen aan inclusiecriterium 1† (n=35.876)	Indien patiënten voldoen aan inclusiecriteria 1+2† (n=28.658)	Indien patiënten voldoen aan inclusiecriteria 1+2+3† (n=25.302)
2	61,8	65,5	68,0
3	63,8	67,2	67,2
4	88,4	92,9	92,9
9	49,2	52,2	76,3
10	83,9	88,0	88,0

† = Inclusiecriterium 1: voor de patiënt was bij de start van evaluatie-2 een keten-dbc gedeclareerd, inclusiecriterium 2: de patiënt was gedurende de gehele onderzoeksperiode 'in zorg' bij de zorggroep, inclusiecriterium 3: de patiënt heeft een reguliere controle ondergaan tijdens de inclusieperiode.

## B3.3 Procesindicatoren

### B3.3.1 Percentage patiënten met vier reguliere controles in het afgelopen jaar

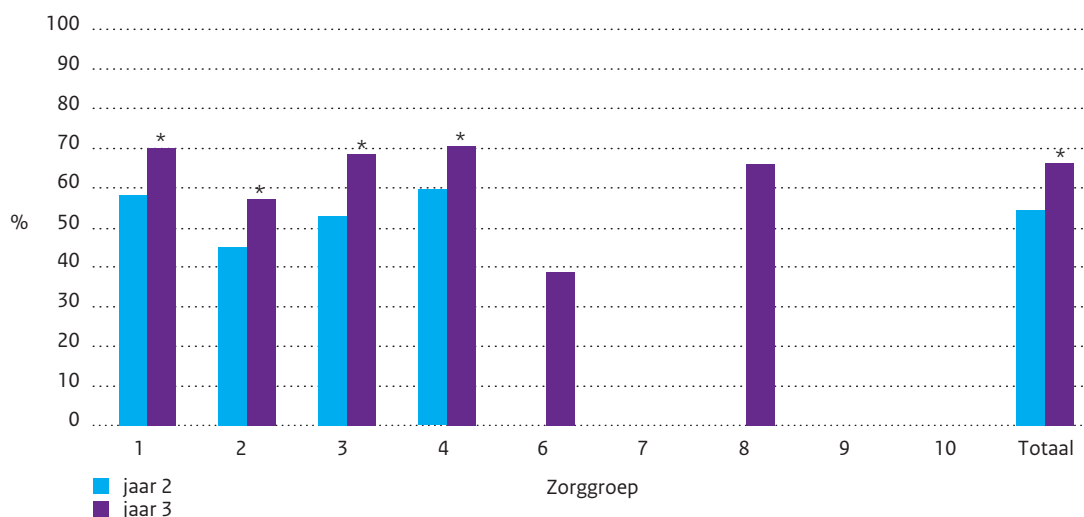
#### Waarom is deze indicator van belang?

Volgens de NDF Zorgstandaard zou bij iedere diabetespatiënt ten minste driemaandelijks een reguliere controle moeten plaatsvinden waarbij specifiek aandacht wordt besteed aan klachten, problemen bij de verandering van levensstijl, gewicht, glucoseregulering, bloeddruk en al dan niet diabetesgerelateerde overige aandoeningen. De behandeling wordt zo nodig bijgesteld. Eens per jaar is de controle uitgebreider (NDF, 2007).

#### Percentage patiënten met vier reguliere controles toegenomen

Vier zorggroepen (zorggroep 1, 2, 3 en 4) waren in staat om volledige gegevens over het aantal periodieke controles over het tweede en het derde jaar na invoering van IB aan te leveren. Alle vier de zorggroepen laten een significante toename zien van het percentage patiënten bij wie vier reguliere controles hebben plaatsgevonden (zie Figuur B3.2). In totaal vonden in het tweede jaar na invoering van IB bij 54,5% van de patiënten vier controles plaats. In het derde jaar na invoering van IB was dit toegenomen tot 66,3%.

**Figuur B3.2** Percentage patiënten dat minimaal vier reguliere controles heeft ondergaan in het tweede en derde jaar na invoering van IB, per zorggroep en voor het totaal (n=14.460) #.



# = Totaal is exclusief patiënten van zorggroep 6, 7, 8, 9 en 10; \* = Significant ( $P < 0,05$ ).

#### B3.3.2 Percentage patiënten bij wie in het afgelopen jaar een voetonderzoek is verricht

##### Waarom is deze indicator van belang?

Een diabetische voet wordt gekenmerkt door een infectie, ulceratie en/of aantasting van dieper gelegen weefselstructuren in de voet, die samenhangen met neurologische afwijkingen en verschillende graden van perifeer vaatlijden in de onderste extremiteit (Bouma et al., 2006). Wanneer een diabetische voet niet behandeld wordt, kan uiteindelijk een amputatie noodzakelijk zijn (CBO, 2006b; Sims et al., 1988). Het jaarlijkse voetonderzoek draagt bij aan het voortijdig opsporen en voorkómen van voetcomplicaties, zoals ulcers, infecties en amputaties (van een deel) van de voet.

##### Percentage patiënten bij wie voetonderzoek is verricht toegenomen

In het tweede jaar na invoering van IB werd bij 78,4% van de patiënten een voetonderzoek verricht en dit percentage nam toe tot 82,4% in het derde jaar na invoering van IB (zie Figuur B3.3). In drie zorggroepen (zorggroep 2, 3 en 7) was een significante toename te zien van het percentage patiënten bij wie een voetonderzoek werd verricht en in één zorggroep (zorggroep 10) een significante afname.

#### B3.3.3 Percentage patiënten bij wie in het afgelopen jaar een oogonderzoek is uitgevoerd

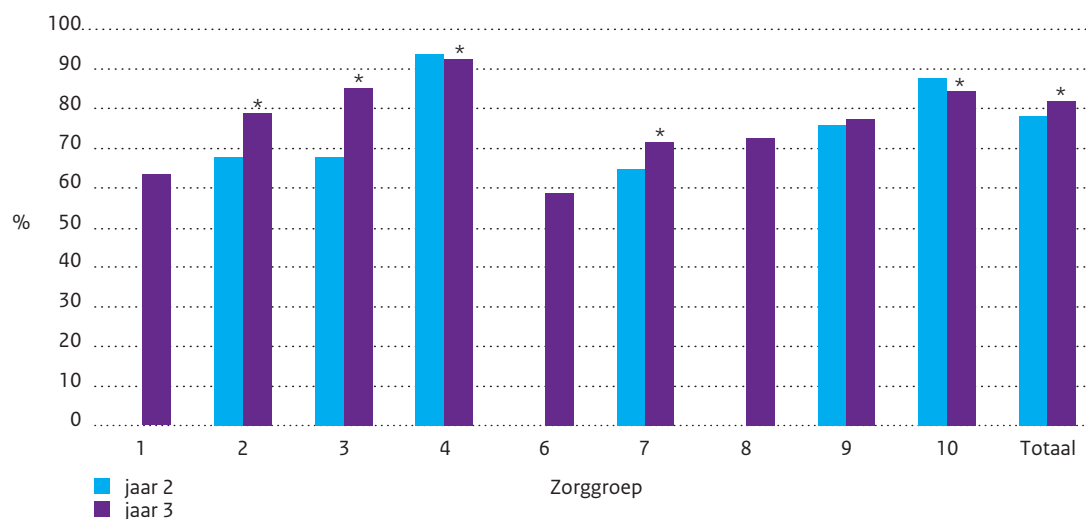
##### Waarom is deze indicator van belang?

Retinopathie is de aantasting van de haarvaatjes van het netvlies en kan leiden, indien niet behandeld, tot slechtziendheid en uiteindelijk blindheid. Een jaarlijks oogonderzoek is van belang om retinopathie bij diabetespatiënten vroegtijdig op te sporen en te behandelen (NDF, 2007; UKPDS, 1998a).

##### Percentage patiënten bij wie jaarlijks oogonderzoek is verricht afgenomen

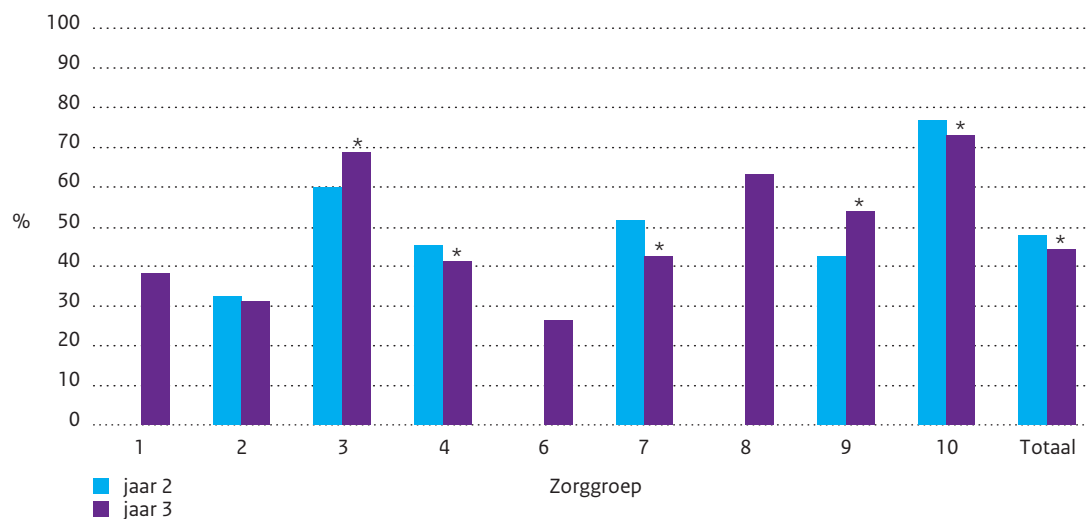
In het tweede jaar na invoering van IB werd bij 48,1% van de patiënten een oogonderzoek uitgevoerd en dit daalde naar 44,6% in het derde jaar na invoering van IB (zie Figuur B3.4). Het percentage patiënten waarbij een oogonderzoek is verricht varieert sterk tussen zorggroepen (27,1% in zorggroep 6 tot 73,5% in zorggroep 10 (derde jaar na invoering van IB)). Dit percentage is waarschijnlijk bij een aantal zorggroepen een onderschatting, aangezien bij een deel van de patiënten een oogonderzoek werd uitgevoerd door een

**Figuur B3.3** Percentage patiënten bij wie een voetonderzoek is verricht in het tweede en derde jaar na invoering van IB, per zorggroep en voor het totaal (n=22.755) #.



# = Totaal is exclusief patiënten van zorggroep 1, 6 en 8; \* = Significant ( $P < 0,05$ ).

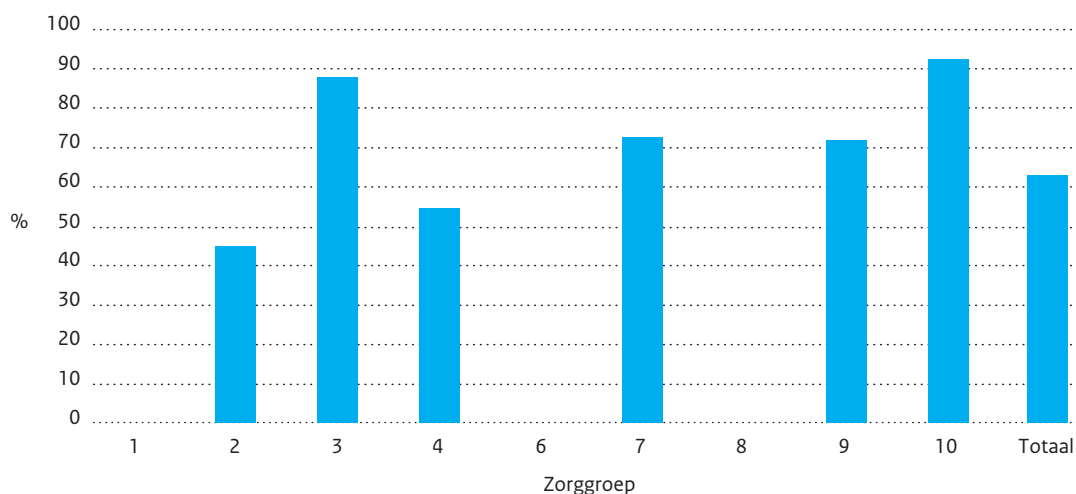
**Figuur B3.4** Percentage patiënten bij wie een oogonderzoek is verricht in het tweede en derde jaar na invoering van IB, per zorggroep en voor het totaal (n=22.755) #.



# = Totaal is exclusief patiënten van zorggroep 1, 6 en 8; \* = Significant ( $P < 0,05$ ).

oogarts in het ziekenhuis (zie eerste citaat op pagina 77). In dit geval werd het oogonderzoek niet bekostigd via een keten-dbc en dus ook niet geregistreerd en gerapporteerd aan de zorggroep. Daarnaast wordt het oogonderzoek bij een aantal zorggroepen één keer per twee jaar aangeboden, op basis van de NHG-standaard (Bouma et al., 2006) en de CBO-richtlijn (CBO, 2006b) (zie tweede citaat op pagina 77). In de NHG-standaard wordt bijvoorbeeld aangegeven dat volstaan kan worden met een tweejaarlijkse controle bij patiënten met een normale bloeddruk, normale bloedglucoseregulatie en zonder afwijkingen in voorgaande controles (Bouma et al., 2006).

**Figuur B3.5** Percentage patiënten bij wie een oogonderzoek is verricht in het tweede of in het derde jaar na invoering van IB, per zorggroep en voor het totaal (n=22.755) #.



# = Totaal is exclusief patiënten van zorggroep 1, 6 en 8.

*'Het percentage oogcontrole is onder de verwachting. Dit komt mede doordat uitslagen die afkomstig zijn uit een ziekenhuis niet worden geregistreerd in het KIS. Dat in onze werkafspraken een jaarlijkse funduscontrole is opgenomen, wijkt af van de achterliggende NHG-standaard waarin een interval van een tot twee jaar wordt genoemd. In de praktijk zal hier genuanceerd mee worden omgegaan; bijvoorbeeld Hindoestanen jaarlijks, hoogbejaarden met goede glykemische instelling zonder retinopathie minder vaak, hetgeen kan leiden tot lagere prestatiepercentages.'*  
Jaarverslag 2009/2010 zorggroep 6

*'Voor de indicator fundusscreening, is ook een lager percentage gemeten. Dit kan worden verklaard uit het feit dat in 2007 elke patiënt een fundusfoto kreeg aangeboden. Vanaf 2008 is de afspraak gemaakt dat elke twee jaar een screening (een foto of een scopie) wordt uitgevoerd.'*  
Jaarverslag 2008 zorggroep 4

### **Bij 63% van de patiënten is een oogonderzoek verricht in tweede of derde jaar na invoering van IB**

Het percentage patiënten met een oogonderzoek in de afgelopen 24 maanden ligt voor de totale onderzoekspopulatie op 63% (zie Figuur B3.5). Dit houdt in dat 63% van de patiënten in het tweede of in het derde jaar na invoering van IB een oogonderzoek heeft ondergaan.

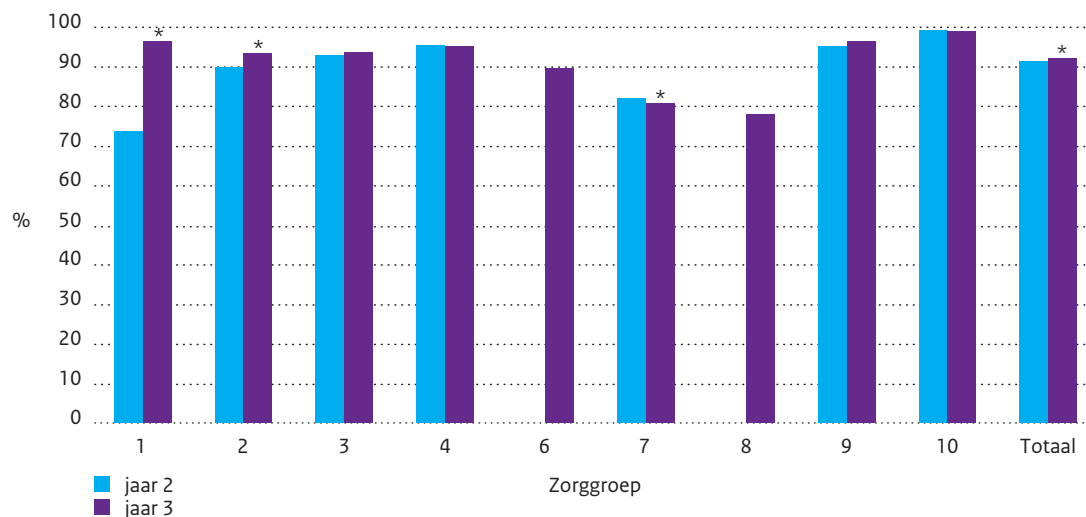
Bij zorggroep 3 en 10 is dit percentage gestegen naar rond de 90%. In zorggroep 2 heeft 44,8% een oogonderzoek ondergaan gedurende twee jaar. Zorggroep 1, 6 en 8 kunnen niet gepresenteerd worden, omdat er slechts gegevens over één jaar beschikbaar zijn.

### **B3.3.4 Percentage patiënten bij wie in het afgelopen jaar de HbA1c-waarde is bepaald**

#### **Waarom is deze indicator van belang?**

De HbA1c-waarde is een weergave van de gemiddelde glucosewaarden gedurende de zes tot acht weken voor de bepaling en speelt daarmee een belangrijke rol in de controle en behandeling van diabetes. Verlaging van het HbA1c gedurende langere tijd kan het ontstaan van macro- en microvasculaire complicaties voorkomen (UKPDS, 1998b). De HbA1c-bepaling wordt gebruikt om te controleren of de beoogde glycemische instelling is behaald en om te bepalen of het beleid bijgesteld moet worden, bijvoorbeeld door een nieuw geneesmiddel voor te schrijven (Bouma et al., 2006). Volgens de kwaliteitsparameters van de NDF Zorgstandaard dient ten minste één keer per jaar een HbA1c-bepaling te worden gedaan (NDF, 2007).

**Figuur B3.6** Percentage patiënten bij wie de HbA1c-waarde is bepaald in het tweede en derde jaar na invoering van IB, per zorggroep en voor het totaal (n=23.088) #.



# = Totaal is exclusief patiënten van zorggroep 6 en 8; \* = Significant ( $P < 0,05$ ).

#### In zowel het tweede als derde jaar na invoering van integrale bekostiging werd bij meer dan 90% van de patiënten de HbA1c-waarde bepaald

In het tweede jaar na invoering van IB werd bij 90,8% van de patiënten een HbA1c-bepaling uitgevoerd (zie Figuur B3.6). In het derde jaar na invoering van IB was dit percentage significant gestegen tot 91,4%. In zorggroep 7 is een lichte significante daling van 1,3% te zien van het aantal patiënten bij wie de HbA1c-waarde is bepaald.

B3.3.5 Percentage patiënten bij wie in het afgelopen jaar de bloeddruk is gemeten

#### Waarom is deze indicator van belang?

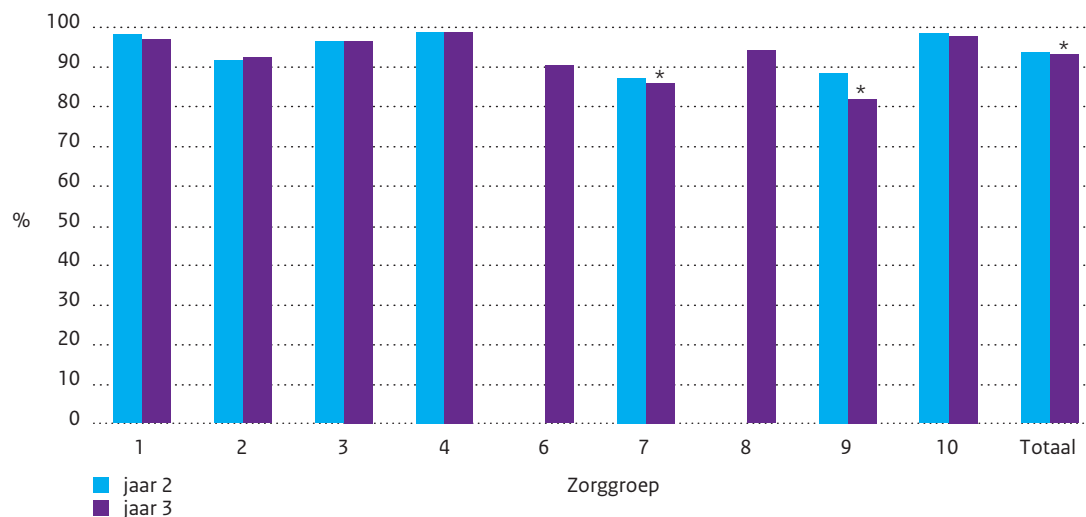
Een goede controle en behandeling van de bloeddruk verlaagt het risico op macro- en microvasculaire complicaties en diabetesgerelateerde sterfte (UKPDS, 1998b; Gaede et al., 2003). Volgens de kwaliteitsparameters van de NDF Zorgstandaard dient de bloeddruk ten minste één keer per jaar te worden gemeten (NDF, 2007).

#### In zowel het tweede als derde jaar na invoering integrale bekostiging werd bij meer dan 90% van de patiënten de bloeddruk gemeten

In zowel het tweede als in het derde jaar na invoering IB werd de bloeddruk bij meer dan 90% van de patiënten ten minste één keer gemeten (zie Figuur B3.7). In zorggroep 1, 7, 9 en 10 is een (lichte) daling te zien van het aantal patiënten bij wie een bloeddrukmeting heeft plaatsgevonden. In zorggroep 7 en 9 was de daling significant. Opvallend is dat in zorggroep 4 in zowel het tweede als in het derde jaar na invoering van IB bij nagenoeg alle patiënten (99,2%) de bloeddruk is gemeten.



**Figuur B3.7** Percentage patiënten bij wie de bloeddruk is bepaald in het tweede en derde jaar na invoering van IB, per zorggroep en voor het totaal (n=23.088) #.



# = Totaal is exclusief patiënten van zorggroep 6 en 8; \* = Significant ( $P < 0,05$ ).

#### B3.3.6 Percentage patiënten voor wie in het afgelopen jaar de BMI is berekend

##### Waarom is deze indicator van belang?

De BMI (Body Mass Index) is een getal waarmee de verhouding tussen lengte en gewicht wordt uitgedrukt en geeft daarmee de mate van overgewicht aan. De BMI is van groot belang voor de behandeling van diabetes en voor het opstellen van leefstijladviezen (NDF, 2007). In de NHG-richtlijn wordt geadviseerd om de BMI bij iedere patiënt tijdens zowel de jaar- als de kwartaalcontroles te berekenen. Dit betekent dat voor iedere patiënt de BMI jaarlijks vier maal moet worden berekend. Volgens de kwaliteitsparameters van de NDF Zorgstandaard dient de BMI ten minste één keer per jaar berekend te worden (NDF, 2007).

#### In zowel het tweede als derde jaar na invoering integrale bekostiging werd bij meer dan 90% van de patiënten de BMI berekend

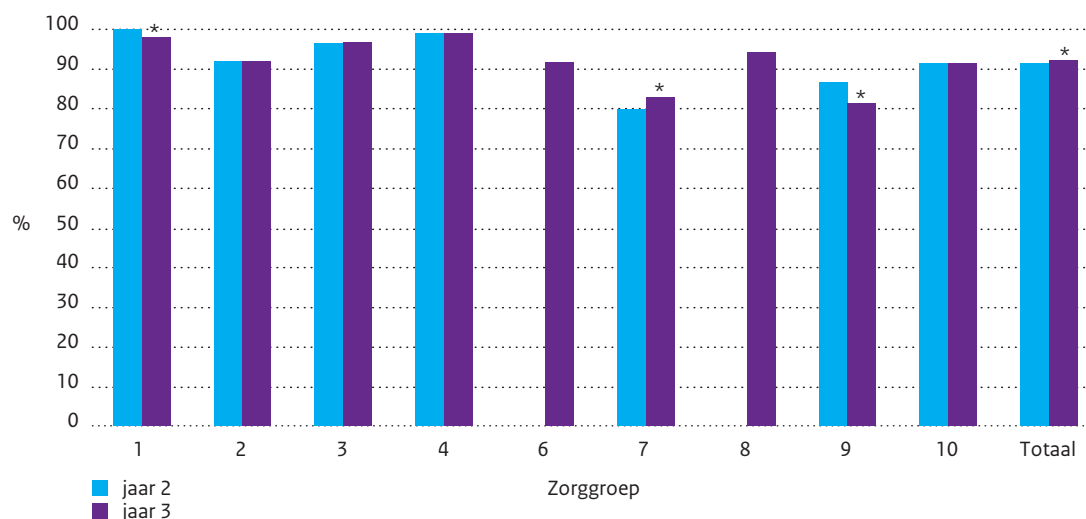
In vijf van de negen zorggroepen werd de BMI in het tweede jaar na invoering van IB bij meer dan 90% van de patiënten berekend (zie Figuur B3.8). Bij deze zorggroepen is vrijwel geen verandering te zien tussen het tweede en het derde jaar na invoering van IB. Opvallend is dat de BMI in zorggroep 4 zowel in tweede als in het derde jaar na invoering van IB voor nagenoeg alle patiënten (99,1%) berekend werd.

#### B3.3.7 Percentage patiënten bij wie in het afgelopen jaar een creatinineklaring is berekend of bepaald

##### Waarom is deze indicator van belang?

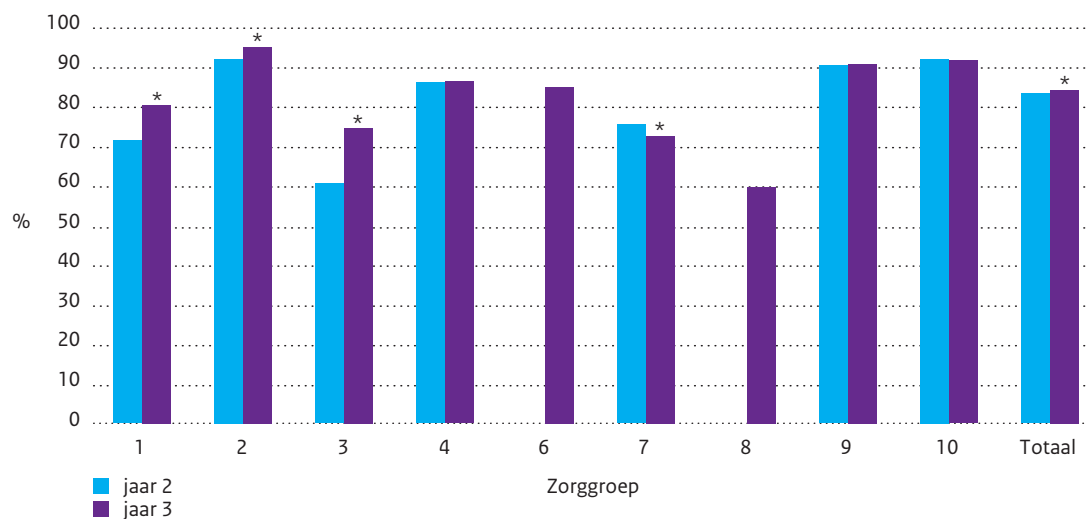
Een verminderde nierfunctie is niet alleen een risicofactor voor terminaal nierfalen, maar ook een onafhankelijke risicofactor voor cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Een verminderde nierfunctie kan worden aangetoond door middel van de creatinineklaring. Er wordt dan ook geadviseerd jaarlijks bij elke patiënt de creatinineklaring te bepalen (NDF, 2007; Grauw, 2006).

**Figuur B3.8** Percentage patiënten bij wie de BMI is berekend in het tweede en derde jaar na invoering van IB, per zorggroep en voor het totaal (n=23.088) #.



# = Totaal is exclusief patiënten van zorggroep 6 en 8; \* = Significant (P<0,05).

**Figuur B3.9** Percentage patiënten bij wie de creatinineklaring is bepaald in het tweede en derde jaar na invoering van IB, per zorggroep en voor het totaal (n=23.088) #.

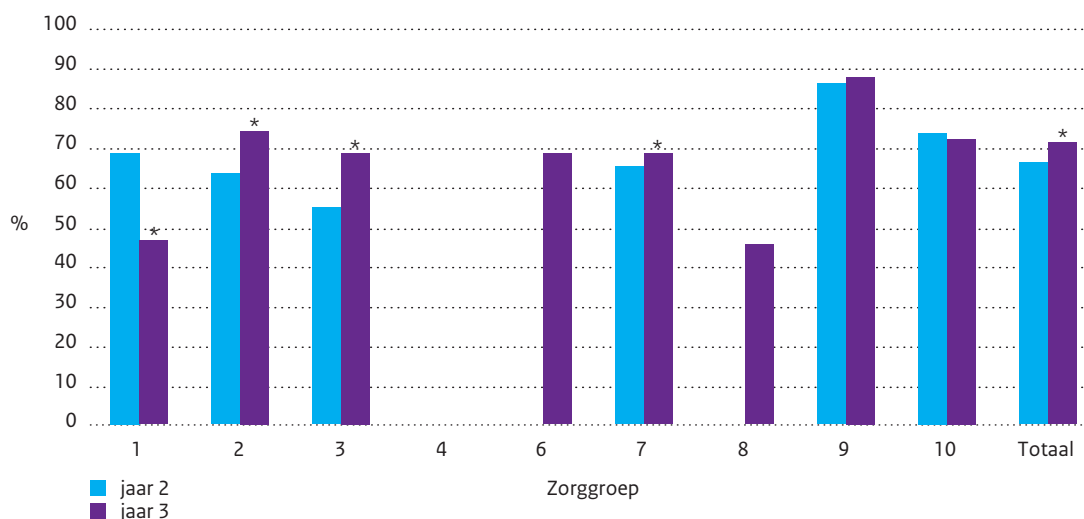


# = Totaal is exclusief patiënten van zorggroep 6 en 8; \* = Significant (P<0,05).

### Bij drie zorggroepen werd in zowel het tweede als in het derde jaar na invoering integrale bekostiging bij meer dan 90% van de patiënten de creatinineklaring bepaald

Het percentage patiënten bij wie de creatinineklaring is bepaald in het tweede jaar na invoering van IB, varieert van 60,8% (zorggroep 3) tot 92,5% (zorggroep 10) (zie Figuur B3.9). In drie zorggroepen (zorggroep 2, 9 en 10) is de creatinineklaring in zowel het tweede als in het derde jaar na invoering van IB bij meer dan 90% van de patiënten bepaald. Bij deze indicator bestaat er voor het merendeel van de zorggroepen nog ruimte voor verbetering.

**Figuur B3.10** Percentage patiënten bij wie de albumine is bepaald in het tweede en derde jaar na invoering van IB, per zorggroep en voor het totaal (n=14.730) #.



# = Totaal is exclusief patiënten van zorggroep 4, 6 en 8; \* = Significant ( $P < 0,05$ ).

*B3.3.8 Percentage patiënten bij wie in het afgelopen jaar een urineonderzoek (portie) op albumine- of albumine/creatinineratio heeft plaatsgevonden*

#### Waarom is deze indicator van belang?

Door het meten van microalbumine in de urine kan een inschatting worden gemaakt van eventuele nierschade. Daarnaast geeft microalbumine een indruk van mogelijke vaat schade (Grauw, 2006). Volgens de kwaliteitsparameters van de NDF Zorgstandaard dient ten minste één keer per jaar een microalbuminebepaling gedaan te worden (NDF, 2007).

#### Bij 71,8% van de patiënten werd albumine bepaald in derde jaar na invoering integrale bekostiging

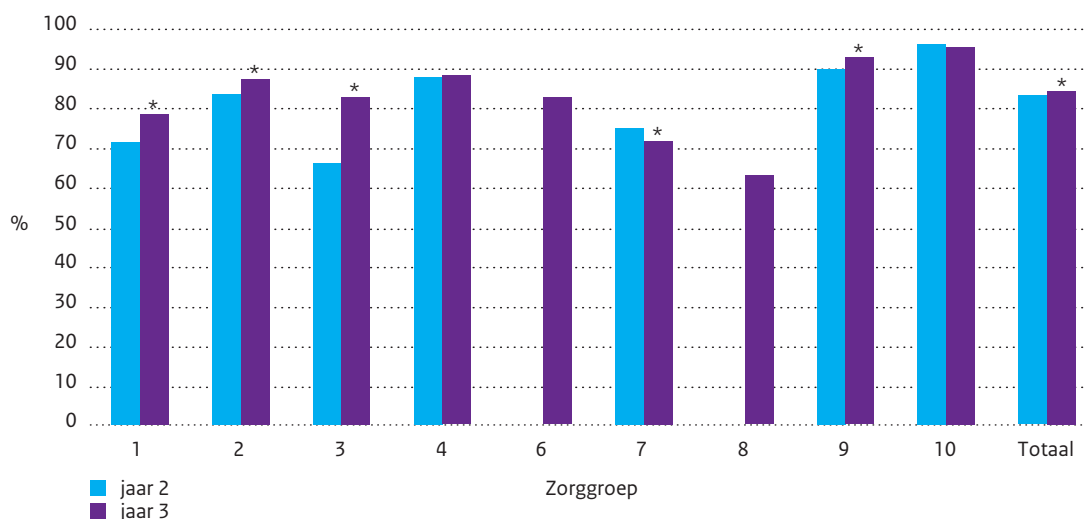
Het percentage patiënten bij wie een urineonderzoek op albumine of albumine/creatinine ratio heeft plaatsgevonden is significant gestegen van 66,6% in het tweede jaar na invoering van IB naar 71,8% in het derde jaar na invoering van IB (zie Figuur B3.10). In zorggroep 1 is een forse daling van dit percentage te zien. Ook in zorggroep 8 is het percentage patiënten waarbij een urineonderzoek (portie) heeft plaatsgevonden laag. Voor deze indicator bestaat er voor het merendeel van de zorggroepen nog ruimte voor verbetering.

*B3.3.9 Percentage patiënten voor wie in het afgelopen jaar het LDL-cholesterol is berekend*

#### Waarom is deze indicator van belang?

Een verhoogd LDL-cholesterol (lage dichtheid lipoproteïne) is een belangrijke risicofactor voor het optreden van cardiovasculaire aandoeningen, ook bij diabetespatiënten. Volgens de kwaliteitsparameters van de NDF Zorgstandaard dient ten minste één keer per jaar een LDL-cholesterolbepaling gedaan te worden (NDF, 2007).

**Figuur B3.11** Percentage patiënten bij wie het LDL-cholesterol is bepaald in het tweede en derde jaar na invoering van IB, per zorggroep en voor het totaal (n=23.088) #.



# = Totaal is exclusief patiënten van zorggroep 6 en 8; \* = Significant ( $P < 0,05$ ).

#### Merendeel zorggroepen toonde toename van percentage patiënten bij wie LDL-cholesterol berekend is

In vijf van de negen zorggroepen is een stijging te zien van het aantal patiënten bij wie een LDL-cholesterolbepaling heeft plaatsgevonden; in vier zorggroepen is deze stijging significant (zie Figuur B3.11). In de totale onderzoekspopulatie is bij 83,3% het LDL-cholesterol bepaald in het tweede jaar na invoering van IB en dit is gestegen naar 84,4% in het derde jaar na invoering van IB.

#### B3.3.10 Percentage patiënten van wie in het afgelopen jaar het rookgedrag is geregistreerd

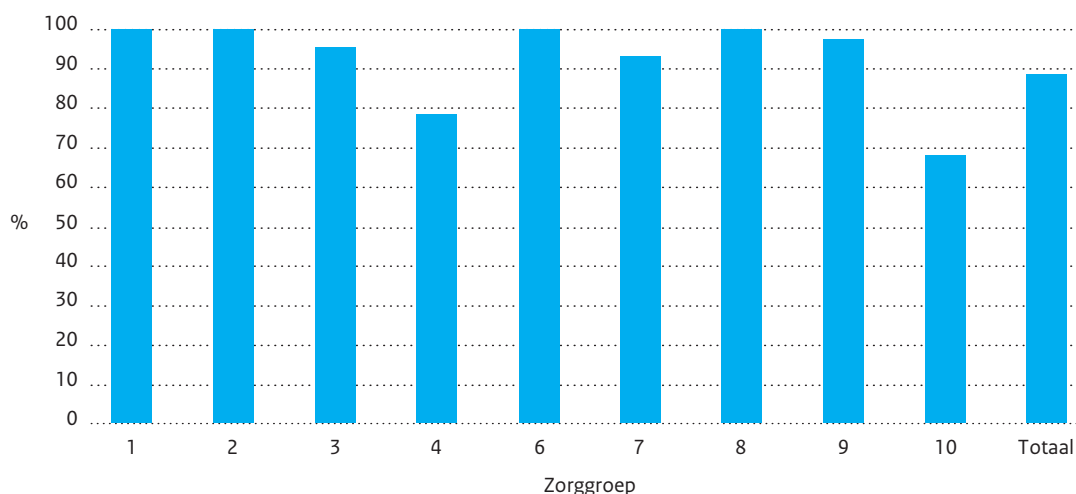
##### Waarom is deze indicator van belang?

Roken is, ook bij diabetespatiënten, een belangrijke risicofactor voor cardiovasculaire aandoeningen. In de NDF Zorgstandaard wordt onder goede diabeteszorg onder andere verstaan dat rokers hulp aangeboden krijgen bij het minderen of stoppen met roken. Daarom is het belangrijk dat het huidige rookgedrag wordt geregistreerd (NDF, 2007).

##### Rookgedrag van bijna 90% van de patiënten bekend

Deze indicator is eenmalig uitgevraagd, waardoor er geen vergelijking kan worden gemaakt tussen het tweede en derde jaar na invoering van IB. Van 88,5% van de patiënten is het rookgedrag in de onderzoeksperiode gedocumenteerd (zie Figuur B3.12). In vier zorggroepen, zorggroepen 1, 2, 6 en 8, was het rookgedrag van alle patiënten bekend, terwijl nog eens drie zorggroepen een percentage van ruim boven de 90% lieten zien. Hierbij kan meespelen dat in sommige ICT-systemen als 'Default' wordt aangegeven dat de patiënt niet rookt. Dit kan tot een overschatting lijden van het bekend zijn van het rookgedrag en een onderschatting van het aantal patiënten dat rookt (Zichtbare Zorg, 2011).

**Figuur B3.12** Percentage patiënten van wie het rookgedrag in de onderzoeksperiode is gedocumenteerd, per zorggroep en voor het totaal (N=25.302).



*B3.3.11 Percentage (nieuwe) patiënten dat in het afgelopen jaar een diëtist consulteerde*

#### Waarom is deze indicator van belang?

Het consulteren van een diëtist is belangrijk omdat goede voeding en gewichtsverlies bij overgewicht de prognose van diabetespatiënten kunnen verbeteren (Bouma et al., 2006). De NDF Zorgstandaard beveelt per patiënt één consult van een diëtist voor advies en begeleiding per jaar aan (NDF, 2007).

#### Verwijzingen naar diëtist in registratiegegevens wijken sterk af van resultaten vragenlijstonderzoek patiënten

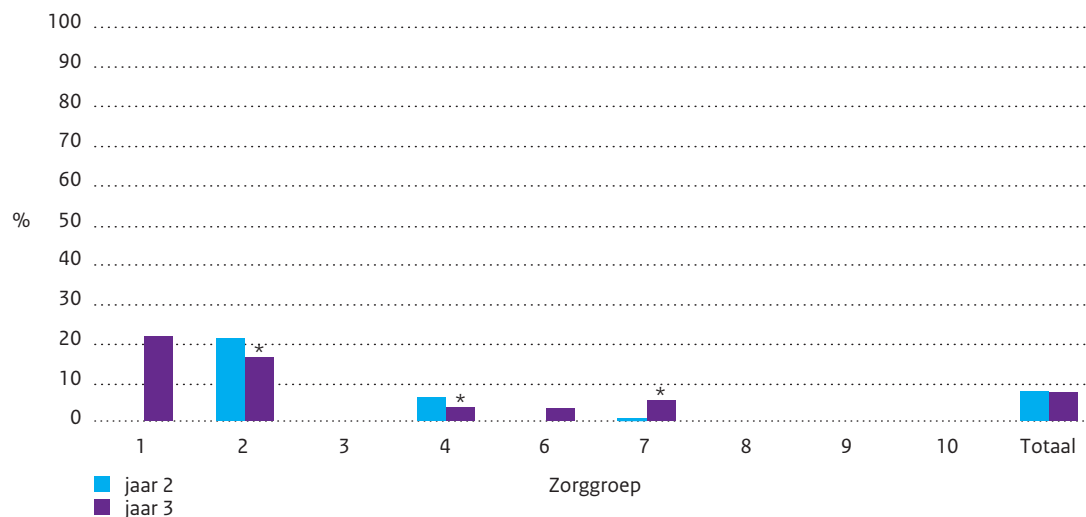
Op basis van de registratiegegevens is in het tweede jaar na invoering van IB bijna 8% van de patiënten verwezen naar de diëtist (zie Figuur B3.13). Zorggroep 3, 8, 9 en 10 hebben geen gegevens voor deze procesindicator aangeleverd. Zorggroep 3 en 10 konden wel het aantal consulten aanleveren, maar niet aangeven hoeveel patiënten er zijn doorverwezen. Zorggroep 8 en 9 registreerden de verwijzingen naar de diëtist niet op een gestructureerde wijze maar in de zogenaamde 'vrije tekst', waardoor deze gegevens niet bruikbaar waren voor het berekenen van de procesindicator. In het vragenlijstonderzoek onder patiënten van de zorggroepen gaf 25% van de respondenten aan te zijn doorverwezen naar de diëtist (zie Paragraaf B4.6).

*B3.3.12 Percentage patiënten bij wie in het afgelopen jaar HbA<sub>1c</sub>, bloeddruk, BMI, totaal cholesterol en creatinineklaring gemeten of bepaald is en een voetonderzoek heeft plaatsgevonden*

#### Waarom is deze indicator van belang?

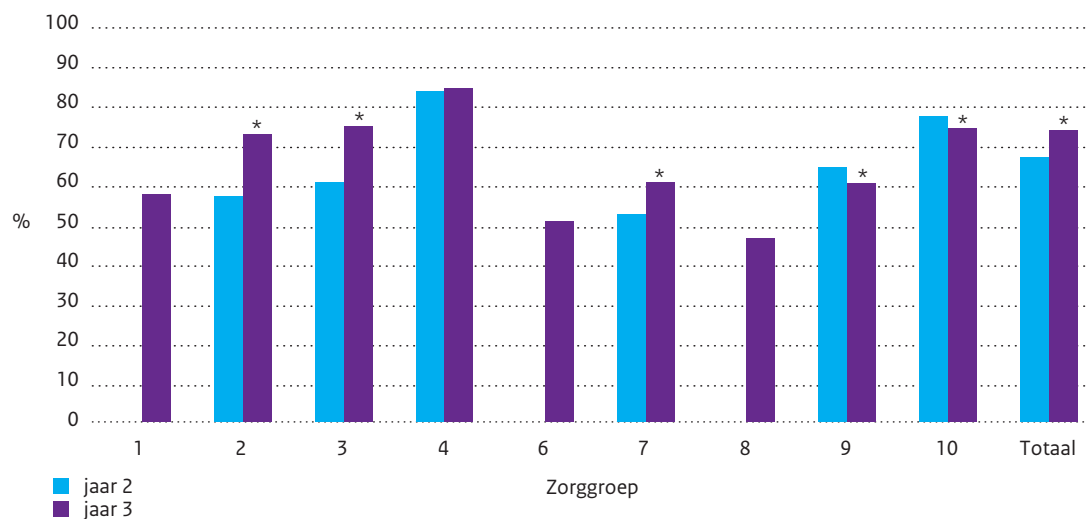
Deze indicator is een combinatie van eerdere indicatoren en wordt door veel zorggroepen gebruikt om inzicht te krijgen in het percentage patiënten bij wie de volledige NDF Zorgstandaard wordt nageleefd. In deze indicator wordt het aantal reguliere controles dat iemand krijgt buiten buitenbeschouwing gelaten, omdat zorggroepen het aantal controles klinisch niet relevant vinden en het aantal controles niet als een doel op zich zien.

**Figuur B3.13** Percentage patiënten dat naar een diëtist verwezen werd, in het tweede en derde jaar na invoering van IB, per zorggroep en voor het totaal (n=19.010) #.



# = Totaal is exclusief patiënten van zorggroep 3, 6, 8, 9 en 10; \* = Significant (P<0,05).

**Figuur B3.14** Percentage patiënten bij wie HbA1c, bloeddruk, BMI, totaal cholesterol en creatinineklaring zijn gemeten/bepaald en voetonderzoek heeft plaatsgevonden in het tweede en derde jaar na invoering van IB, zorggroep en voor het totaal (n=22.755) #.

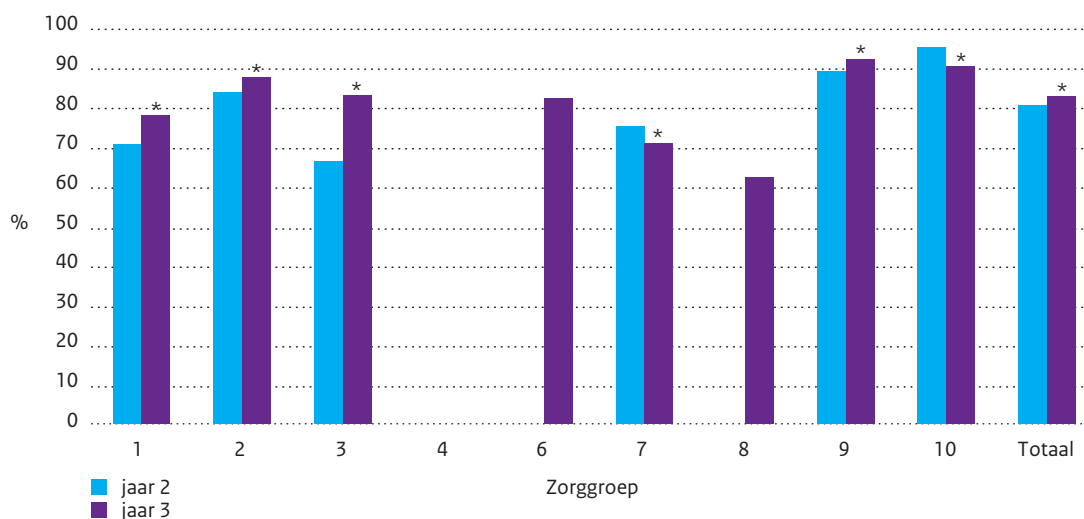


# = Totaal is exclusief patiënten van zorggroep 1, 6 en 8; \* = Significant (P<0,05).

#### **Bij 68,1% van de patiënten zijn HbA1c, bloeddruk, BMI, totaal cholesterol en creatinineklaring gemeten of bepaald en heeft een voetonderzoek plaatsgevonden**

Bij 68,1% van de patiënten zijn in het tweede jaar na invoering van IB HbA1c, bloeddruk, BMI, totaal cholesterol en de klaring van de nieren bepaald of berekend en heeft een voetonderzoek plaatsgevonden (zie Figuur B3.14). Deze percentages verschillen sterk tussen de zorggroepen van 46,4% in zorggroep 8 tot 84,3% in zorggroep 4 (derde jaar na invoering van IB).

**Figuur B3.15** Percentage patiënten van wie het lipidenprofiel bepaald is in het tweede en derde jaar na invoering van IB, zorggroep en voor het totaal (n=14.730) #.



# = Totaal is exclusief patiënten van zorggroep 4, 6 en 8; \* = Significant ( $P < 0,05$ ).

B3.3.13 Percentage patiënten van wie in het afgelopen jaar het lipidenprofiel is bepaald

#### In zowel het tweede als derde jaar na invoering integrale bekostiging werd bij meer dan 80% van de patiënten het lipidenprofiel bepaald

Het lipidenprofiel bestaat uit het totaal cholesterol, triglyceriden, HDL-cholesterol en LDL-cholesterol. In het tweede jaar na de invoering van werd bij 80,3% van de patiënten het volledige lipidenprofiel bepaald. In het derde jaar na invoering van IB was dit percentage gestegen naar 81,3% (zie Figuur B3.15).

### B3.4 Uitkomstindicatoren

De uitkomstindicatoren zijn op drie momenten bepaald: 1) aan het begin van het tweede jaar na invoering van IB ('de baselinebepaling') (T1); 2) aan het einde van het tweede jaar na invoering van IB (T2) en 3) aan het einde van het derde jaar na invoering van IB (T3). Omdat labbepalingen en reguliere controles vaak niet op dezelfde dag plaatsvinden, is voor de baselinebepaling (T1) van de labbepalingen gekeken naar waarden in de periode drie maanden voor de start tot één maand na de start van het onderzoek.

B3.4.1 Percentage patiënten met een HbA1c <53 mmol/mol

#### Waarom is deze indicator van belang?

De HbA1c-waarde is een weergave van de gemiddelde glucosewaarden gedurende de zes tot acht weken voor de bepaling en speelt daarmee een belangrijke rol in de controle en behandeling van diabetes. Verlaging van het HbA1c gedurende langere tijd kan het ontstaan van macro- en microvasculaire complicaties voorkomen (Bouma et al., 2006; UKPDS, 1998b). De streefwaarde voor de HbA1c-waarde is <53 mmol/mol. Het percentage patiënten met een HbA1c >69 mmol/mol en het gemiddelde HbA1c-gehalte zijn weliswaar geen indicatoren in de NDF Zorgstandaard, maar worden in dit rapport wel gepresenteerd aangezien deze indicatoren in de (inter)nationale literatuur veel gehanteerd worden.



**Tabel B3.6** Gemiddelde HbA1c (mmol/mol) op T1, T2 en T3, per zorggroep en voor het totaal ( $n_{\text{jaar 1}}=11.104$ ;  $n_{\text{jaar 2 en 3}}=16.144$ ).

Zorggroep	T1 (SD)	T2 (SD)	T3 (SD)	Verandering T1-T3 (BI) *		
1	-	48,3 (6,6)	49,4 (6,6)	+1,1	(0,4 – 1,8)	*
2	56,2 (12,2)	55,1 (11,7)	54,7 (11,6)	-1,6	(-2 – -1,2)	*
3	48,3 (6,9)	49,1 (7)	50,2 (7,3)	+1,9	(1,5 – 2,3)	*
4	48,5 (8,3)	49,4 (7,8)	50,1 (8)	+1,6	(1,4 – 1,8)	*
6	-	51,2 (9,8)	55,0 (11,2)	+3,8	(3,1 – 4,4)	*
7	-	49,8 (7,3)	49,9 (7,5)	+0,1	(-0,1 – 0,3)	
8	-	49 (7,6)	50,4 (9,1)	+1,3	(0,2 – 2,5)	*
9	53 (12)	52 (9,6)	51,6 (9,8)	-1,4	(-2,7 – -0,2)	*
10	50,1 (10)	49,3 (8,9)	49,3 (9,7)	-0,8	(-1,2 – -0,3)	*
Totaal	50,5 (10)	50,6 (9,2)	51,0 (9,3)	+0,5	(0,3 – 0,7)	*

# = Voor zorggroep 1, 6, 7 en 8 is de waarde op T1 niet bekend. De verandering kan daarom alleen berekend worden over één jaar (verandering T2-T3). Deze zorggroepen zijn niet meegenomen in de berekening van het totaal; SD = Standaarddeviatie; BI = Betrouwbaarheidsinterval; \* = Significant ( $P < 0,05$ ).

### Veranderingen in gemiddelde HbA1c-waarde verschillen tussen zorggroepen

De gemiddelde HbA1c-waarde van de totale onderzoekspopulatie nam licht toe van 50,5 mmol/mol op T1 naar 51,0 mmol/mol op T3 (Tabel B3.6). De gepresenteerde HbA1c-waarden van de totale onderzoekspopulatie van deze evaluatie zijn in vergelijking met die van patiënten die in de (inter)nationale literatuur beschreven worden, goed te noemen (Sönnichsen et al., 2010; Schäfer et al., 2010; ERFC, 2011; ACCORD, 2011). Vijf zorggroepen lieten een significante toename zien van de gemiddelde HbA1c-waarde, terwijl drie zorggroepen een significante daling lieten zien.

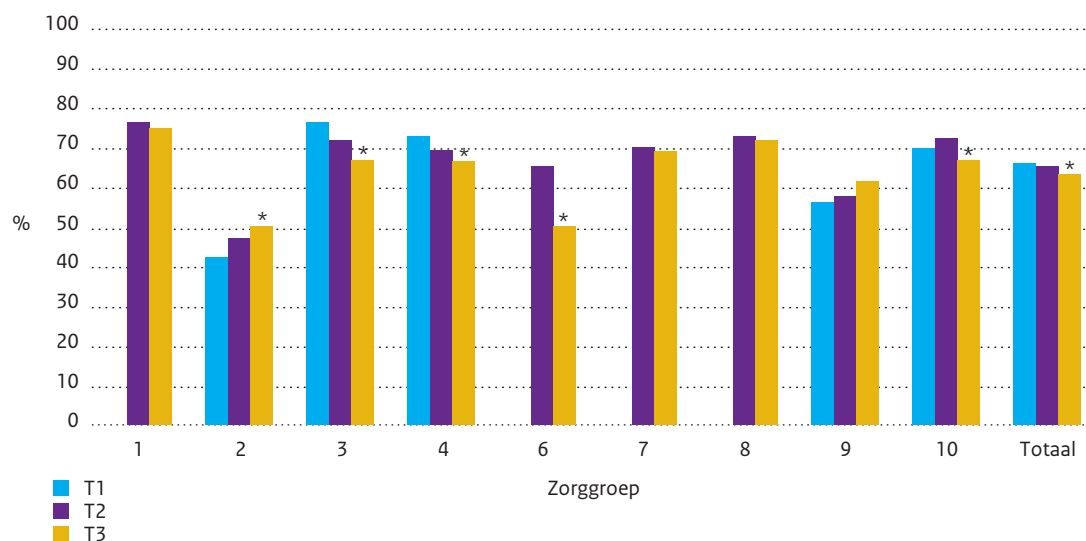
De gemiddelde HbA1c-waarde van de patiënten van zorggroep 2 was op T1, T2 en T3 aanzienlijk hoger dan die van de patiënten van de overige zorggroepen. Als gevolg hiervan is ook het percentage patiënten met een HbA1c onder de streefwaarde van 53 mmol/mol in deze zorggroep aanzienlijk lager dan in de overige zorggroepen (zie ook Figuur B3.16). Deze hogere gemiddelde HbA1c-waarde was ook al zichtbaar in evaluatie-1 en wordt veroorzaakt door de afwijkende patiëntenpopulatie van zorggroep 2 ten opzichte van die van de overige zorggroepen. De gemiddelde diabetesduur van de patiënten van zorggroep 2 was 11,4 jaar en daarmee langer dan die van de patiënten van de overige zorggroepen (zie Tabel B3.3).

### 63,2% van de patiënten had op T3 een HbA1c-waarde lager dan 53 mmol/mol

Het percentage patiënten met een HbA1c-waarde lager dan 53 mmol/mol bedroeg 66,0% op T1. Dit percentage daalde significant met 2,8% tot 63,2% op T3 (zie Figuur B3.16). Hierbij dient echter te worden opgemerkt dat door de longitudinale opzet van deze evaluatie de diabetesduur van iedere patiënt met twee jaar is toegenomen (zie Bijlage 2).

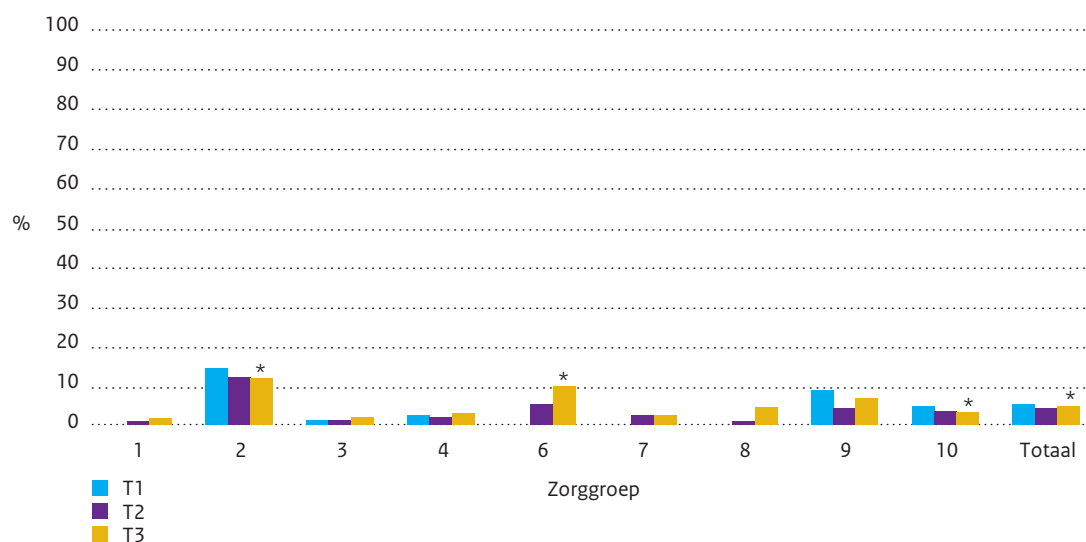
Vier zorggroepen (zorggroep 3, 4, 6 en 10) lieten een significante afname zien van het percentage patiënten met een HbA1c-waarde lager dan 53 mmol/mol, terwijl één zorggroep (zorggroep 2) een significante toename van dit percentage liet zien. Het percentage patiënten met een HbA1c-waarde hoger dan 69 mmol/mol daalde significant met 0,6%, van 5,3% op T1 tot 4,7% op T3 (zie Figuur B3.17). Een recente Engelse studie toont aan dat mensen die 'slecht' ingesteld zijn en die verschuiven naar 'gemiddeld' ingesteld zijn minder gebruik maken van ziekenhuiscare (Dusheiko et al., 2011). Zorggroepen lijken er in te slagen om mensen die 'slecht' waren ingesteld bij de start van het onderzoek beter in te stellen, maar lijken er minder goed in te slagen om mensen die 'goed' waren ingesteld bij de start van het onderzoek ook 'goed' ingesteld te houden.

**Figuur B3.16** Percentage patiënten met een HbA1c-waarde <53 mmol/mol op T1, T2 en T3, per zorggroep en voor het totaal (n<sub>jaar 1</sub> =11.104; n<sub>jaar 2 en 3</sub> =16.450) #.



# = Voor zorggroep 1, 6, 7 en 8 is de waarde op T1 niet bekend. Daarom is bij deze zorggroepen de verandering getoetst tussen T2-T3. Deze zorggroepen zijn niet meegenomen in de berekeningen van het totaal; \* = Significant (P<0,05), alleen de verandering tussen T1-T3 is op significantie getoetst.

**Figuur B3.17** Percentage patiënten met een HbA1c-waarde >69 mmol/mol op T1, T2 en T3, per zorggroep en voor het totaal (n<sub>jaar 1</sub> =11.104; n<sub>jaar 2 en 3</sub> =16.450) #.



# = Voor zorggroep 1, 6, 7 en 8 is de waarde op T1 niet bekend. Daarom is bij deze zorggroepen de verandering getoetst tussen T2-T3. Deze zorggroepen zijn niet meegenomen in de berekeningen van het totaal; \* = Significant (P<0,05), alleen de verandering tussen T1-T3 is op significantie getoetst.

**Tabel B3.7** Gemiddelde systolische bloeddruk (mmHg) op T1, T2 en T3, per zorggroep en voor het totaal ( $n_{\text{jaar 1}}=15.142$ ;  $n_{\text{jaar 2 en 3}}=20.937$ ).

Zorggroep	T1 (SD)	T2 (SD)	T3 (SD)	Verandering T1-T3 (BI) *		
1	140 (17)	138 (16)	139 (17)	-1,2	(-3,1 – 0,8)	
2	140 (18)	139 (18)	137 (17)	-2,8	(-3,5 – -2,2)	*
3	139 (18)	139 (17)	139 (17)	+0,1	(-1 – 1,1)	
4	141 (18)	141 (18)	140 (18)	-1,1	(-1,5 – -0,7)	*
6	-	137 (19)	136 (18)	-0,4	(-1,4 – 0,6)	
7	-	141 (18)	140 (17)	-1,1	(-1,7 – -0,6)	*
8	-	138 (18)	139 (18)	+0,8	(-1,3 – 3,0)	
9	144 (20)	141 (18)	140 (18)	-4,0	(-5,6 – -2,4)	*
10	140 (18)	138 (16)	137 (16)	-3,3	(-4,1 – -2,5)	*
Totaal	141 (18)	140 (18)	139 (17)	-1,7	(-2 – -1,4)	*

# = Voor zorggroep 6, 7 en 8 is de waarde op T1 niet bekend. De verandering kan daarom alleen berekend worden over één jaar (verandering T2-T3). Deze zorggroepen zijn niet meegenomen in de berekening van het totaal;  
SD = Standaarddeviatie; BI = Betrouwbaarheidsinterval; \* = Significant ( $P < 0,05$ ).

#### B3.4.2 Percentage patiënten met een systolische bloeddruk <140 mmHg

##### Waarom is deze indicator van belang?

De systolische bloeddruk is een belangrijke risicofactor voor het krijgen van macro- en microvasculaire complicaties. De streefwaarde voor de systolische bloeddruk is <140 mmHg (Bouma et al., 2006). De gemiddelde systolische bloeddruk is geen indicator in de NDF Zorgstandaard, maar wordt in de literatuur wel veel als indicator gebruikt. Daarom wordt deze indicator in dit rapport gepresenteerd.

##### Lichte daling van gemiddelde systolische bloeddruk

Er was een lichte significante afname te zien van de gemiddelde systolische bloeddruk van de totale onderzoekspopulatie. De gemiddelde systolische bloeddruk was 141 mmHg op T1 en daalde naar 139 mmHg op T3 (zie Tabel B3.7). Het percentage patiënten met een systolische bloeddrukwaarde lager dan 140 mmHg, de streefwaarde, nam toe van 45,2% op T1 naar 51,3% op T3 (zie Figuur B3.18). In vijf zorggroepen (zorggroep 2, 4, 7, 9 en 10) was een significante toename te zien van het percentage patiënten dat beneden de streefwaarde. De zorggroepen slagen er in toenemende mate in om de streefwaarden op het gebied van systolische bloeddruk te realiseren.

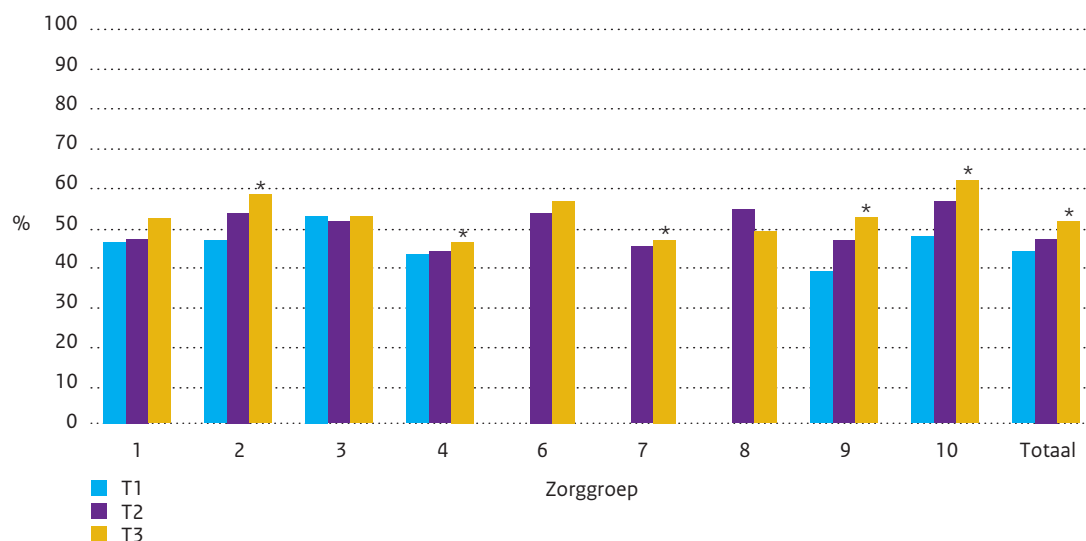
#### B3.4.3 Percentage patiënten met een BMI <25 kg/m<sup>2</sup>, 25-30 kg/m<sup>2</sup> en >30 kg/m<sup>2</sup>

##### Waarom is deze indicator van belang?

De BMI (Body Mass Index) is een getal waarmee de verhouding tussen lengte en gewicht wordt uitgedrukt en geeft de mate van overgewicht weer. Een gezonde BMI ligt tussen 20 en 25 kg/m<sup>2</sup>. Bij een BMI van 25-30 kg/m<sup>2</sup> is er sprake van overgewicht en bij een BMI van >30 kg/m<sup>2</sup> van obesitas. Overgewicht is een belangrijke oorzaak van het ontstaan van diabetes mellitus type 2 en geeft ook een verhoogd risico op complicaties. Een reductie in het gewicht leidt tot lagere glucosewaarden en een lagere bloeddruk (Bouma et al., 2006).

Naast het percentage patiënten per BMI categorie presenteren wij ook de gemiddelde BMI, aangezien deze indicator veelvuldig in de literatuur wordt gebruikt.

**Figuur B3.18** Percentage patiënten met een systolische bloeddruk <140 mmHg op T1, T2 en T3, per zorggroep en voor het totaal (n<sub>jaar 1</sub> =15.142; n<sub>jaar 2 en 3</sub> =20.937) #.



# = Voor zorggroep 6, 7 en 8 is de waarde op T1 niet bekend. Daarom is bij deze zorggroepen de verandering getoetst tussen T2-T3. Deze zorggroepen zijn niet meegenomen in de berekeningen van het totaal; \* = Significant (P<0,05). Alleen de verandering tussen T1-T3 is op significantie getoetst.

**Tabel B3.8:** Gemiddelde BMI (kg/m<sup>2</sup>) op T1, T2 en T3, per zorggroep en voor het totaal (n<sub>jaar 1</sub> =14.738; n<sub>jaar 2 en 3</sub> =20.033).

Zorggroep	T1 (SD)	T2 (SD)	T3 (SD)	Verandering T1-T3 (BI) #		
1	29,71 (4,8)	29,62 (4,8)	29,73 (4,8)	0,0	(-0,2 – 0,2)	
2	29,32 (5,2)	29,23 (5,3)	29,26 (5,3)	-0,1	(-0,1 – 0,0)	
3	29,48 (4,8)	29,36 (4,8)	29,35 (4,9)	-0,1	(-0,2 – -0,0)	*
4	30,21 (5,3)	30,22 (5,4)	30,15 (5,5)	-0,1	(-0,1 – -0,0)	*
6	-	29,29 (5,2)	29,17 (5,2)	-0,1	(-0,2 – 0)	
7	-	29,61 (5,3)	29,53 (5,3)	-0,1	(-0,1 – -0,0)	*
8	-	28,98 (5,2)	28,97 (5,3)	0,0	(-0,2 – 0,1)	
9	30,02 (4,9)	29,84 (5)	29,69 (4,9)	-0,3	(-0,5 – -0,1)	*
10	30,09 (5,2)	30,04 (5,3)	30,04 (5,4)	0,0	(-0,1 – 0,0)	
Totaal	29,93 (5,2)	29,89 (5,3)	29,86 (5,4)	-0,1	(-0,0 – -0,1)	*

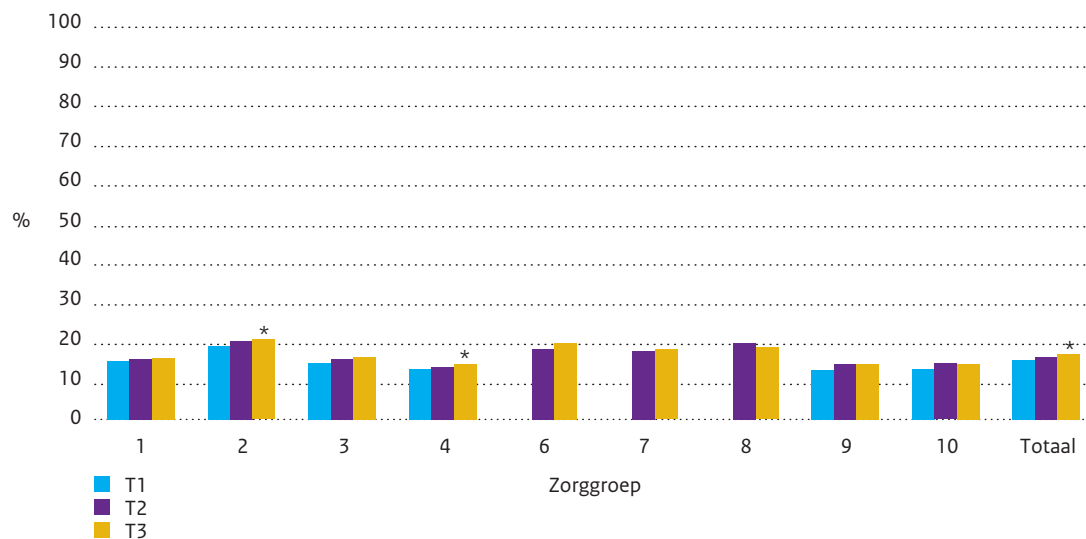
# = Voor zorggroep 6, 7 en 8 is de waarde op T1 niet bekend. De verandering kon daarom alleen berekend worden over één jaar (verandering T2-T3). Deze zorggroepen zijn niet meegenomen in de berekening van het totaal; SD = Standaarddeviatie; BI = Betrouwbaarheidsinterval; \* = Significant (P<0,05).

### In geen enkele zorggroep is gemiddelde BMI-waarde gestegen

In vier van de negen zorggroepen was er een significante daling te zien in de gemiddelde BMI-waarde (zie Tabel B3.8). In geen van de zorggroepen is de BMI-waarde gestegen. In de totale onderzoekspopulatie was er een daling te zien van 29,93 kg/m<sup>2</sup> naar 29,86 kg/m<sup>2</sup>. Deze verandering is significant, maar waarschijnlijk te klein om klinisch relevant te zijn. Het percentage patiënten met een BMI-waarde lager dan 25 kg/m<sup>2</sup> nam met 1,5% toe van 15,3% op T1 naar 16,8% op T3 (zie Figuur B3.19). In twee zorggroepen (zorggroep 2 en 4) was deze stijging significant. Het percentage patiënten met een BMI-waarde hoger dan 30 kg/m<sup>2</sup> is in geen van de zorggroepen significant veranderd (zie Figuur B3.20).

**Figuur B3.19** Percentage patiënten met een BMI <25 kg/m<sup>2</sup> op T1, T2 en T3, per zorggroep en voor het totaal

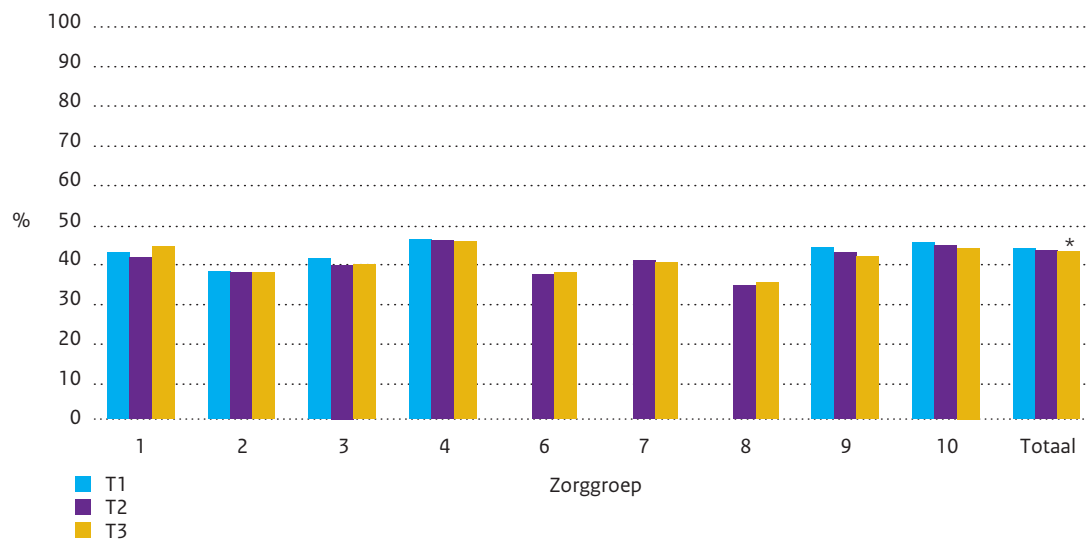
(n<sub>jaar 1</sub> = 14.738; n<sub>jaar 2 en 3</sub> = 20.033) #.



# = Voor zorggroep 6, 7 en 8 is de waarde op T1 niet bekend. Daarom is bij deze zorggroepen de verandering getoetst tussen T2-T3. Deze zorggroepen zijn niet meegenomen in de berekeningen van het totaal; \* = Significant (P<0,05). Alleen de verandering tussen T1-T3 is op significantie getoetst.

**Figuur B3.20** Percentage patiënten met een BMI >30 kg/m<sup>2</sup> op T1, T2 en T3, per zorggroep en voor het totaal

(n<sub>jaar 1</sub> = 14.738; n<sub>jaar 2 en 3</sub> = 20.033) #.



# = Voor zorggroep 6, 7 en 8 is de waarde op T1 niet bekend. Daarom is bij deze zorggroepen de verandering getoetst tussen T2-T3. Deze zorggroepen zijn niet meegenomen in de berekeningen van het totaal; \* = Significant (P<0,05). Alleen de verandering tussen T1-T3 is op significantie getoetst.

#### B.3.4.4 Percentage patiënten met een creatinineklaring >60 ml/min, 30-60 ml/min en <30 ml/min

##### Waarom is deze indicator van belang?

Controle van de nierfunctie is van belang vanwege het bij diabetespatiënten verhoogde risico op nierfalen en voor eventuele dosisaanpassingen van (co)medicatie. Daarnaast is inzicht in de nierfunctie van belang vanwege het sterk verhoogde risico op cardiovasculaire aandoeningen bij diabetespatiënten met een verminderde nierfunctie (Grauw, 2006). Bij een creatinineklaring van <60 ml/min is er sprake van een klinisch relevante vermindering van de nierfunctie en spreekt men van een verstoorde nierfunctie (Bouma et al., 2006).

##### Nierfunctie op verschillende manieren bepaald in zorggroepen

De berekening of bepaling van de creatinineklaring is in alle zorggroepen structureel uitgevoerd en geregistreerd (zie procesindicator 'percentage patiënten bij wie in het afgelopen jaar een creatinineklaring berekend of bepaald is' Paragraaf B3.3.7). De nierfunctie is in de zorggroepen echter op verschillende manieren bepaald of berekend (zie Tekstbox B3.3), waardoor er systematische verschillen in de uitkomsten tussen de zorggroepen ontstaan. Om deze redenen is besloten deze indicator niet te presenteren.

##### Tekstbox B3.3: Verschillende manieren om nierfunctie te bepalen

De nierfunctie kan op verschillende manieren bepaald worden. Bij het beoordelen van de ernst van eventuele nierschade is een GFR-meting (glomerulaire filtratiesnelheid) het meest nauwkeurig. Deze methode is echter zeer tijdsintensief waardoor het in de praktijk niet haalbaar is om deze meting bij alle patiënten uit te voeren. De GFR kan ook geschat worden door het berekenen van de klaring van de nierfunctie. Bij de berekeningen kunnen twee formules gebruikt worden. De NHG-richtlijn adviseert de Cockcroft en Gault-formule. In deze formule wordt rekening gehouden met leeftijd, geslacht, gewicht en serum creatinine. Daarnaast kan de MDRD-formule (Modification of Diet in Renal Disease) worden gebruikt. In deze formule wordt geen rekening gehouden met het gewicht. Ten slotte kan een schatting van de nierfunctie worden gemaakt aan de hand van alleen de serum creatinine-concentratie, maar dit wordt als een onvoldoende nauwkeurige maat voor de nierfunctie gezien (Bilo et al., 2007).

#### B3.4.5 Percentage patiënten met microalbuminurie

##### Waarom is deze indicator van belang?

Albumine in de urine wijst op nierschade. Daarnaast geeft de hoeveelheid microalbumine in de urine een indruk van mogelijke vaatschade. Bij een albumineverlies van 20-200 mg/24 uur is er sprake van microalbuminurie (Bouma et al., 2006). In de NDF Zorgstandaard worden twee indicatoren gebruikt: 'het percentage patiënten met microalbumine' en 'het percentage patiënten met proteïnurie'.

Het bepalen van de hoeveelheid albumine in de urine wordt in de meeste zorggroepen structureel uitgevoerd en geregistreerd (zie procesindicator 'percentage patiënten bij wie in het afgelopen jaar een urineonderzoek (portie) op albumine of albumine/creatinine ratio heeft plaatsgevonden' Paragraaf B3.3.8). Evenals voor het bepalen/berekenen van de creatinineklaring, hanteerden de zorggroepen voor het bepalen en registreren van de hoeveelheid albumine in de urine ook verschillende manieren. Daarom hebben we ervoor gekozen om ook deze indicator niet te presenteren.

**Tabel B3.9** Gemiddelde LDL-cholesterolgehalte (mmol/l) op T1, T2 en T3, per zorggroep en voor het totaal ( $n_{\text{jaar 1}}=6136$ ;  $n_{\text{jaar 2 en 3}}=10.163$ ).

Zorggroep	T1 (SD)	T2 (SD)	T3 (SD)	Verandering T1-T3 (BI) <sup>#</sup>		
1	-	2,6 (0,8)	2,5 (0,8)	-0,2	(-0,2 – -0,0)	*
2	2,6 (0,9)	2,6 (0,9)	2,4 (0,8)	-0,2	(-0,3 – -0,2)	*
3	2,3 (0,8)	2,3 (0,8)	2,3 (0,8)	0,0	(-0,1 – 0,1)	
4	2,6 (0,9)	2,5 (0,8)	2,4 (0,8)	-0,3	(-0,2 – -0,2)	*
6	-	2,7 (0,9)	2,5 (0,9)	-0,2	(-0,2 – -0,1)	*
7	-	2,6 (0,9)	2,5 (0,8)	-0,1	(-0,1 – -0,0)	*
8	-	2,7 (0,9)	2,6 (0,8)	0,0	(-0,2 – 0,1)	
9	2,5 (0,9)	2,4 (0,8)	2,5 (0,9)	0,0	(-0,1 – 0,1)	
10	2,6 (0,8)	2,5 (0,8)	2,1 (0,8)	-0,4	(-0,5 – -0,4)	*
Totaal	2,6 (0,9)	2,5 (0,8)	2,4 (0,8)	-0,2	(-0,2 – -0,2)	*

<sup>#</sup> = Voor zorggroep 1, 6, 7 en 8 is de waarde op T1 niet bekend. De verandering kon daarom alleen berekend worden over één jaar (verandering T2-T3). Deze zorggroepen zijn niet meegenomen in de berekening van het totaal; SD = Standaarddeviatie; BI = Betrouwbaarheidsinterval; \* = Significant ( $P < 0,05$ ).

#### B3.4.6 Percentage patiënten met een gezond lipidenprofiel

##### Waarom is deze indicator van belang?

Een verhoogde waarde van het LDL-cholesterolgehalte geeft een verhoogd risico op cardiovasculaire complicaties. De streefwaarde voor het LDL-cholesterolgehalte is  $< 2,5$  mmol/l (Bouma et al., 2006). Het lipidenprofiel bestaat uit het LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, triglyceriden en totaal cholesterol. In de NDF Zorgstandaard is alleen het percentage patiënten met een LDL-cholesterol  $< 2,5$  mmol/l een indicator. Het gemiddelde LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, totaal cholesterol en triglyceriden worden in de literatuur echter ook vaak als indicator gebruikt. We hebben er daarom voor gekozen om deze indicatoren in dit rapport te presenteren. Ook het aantal patiënten met een totaal cholesterolgehalte  $< 4,5$  mmol (Bouma et al., 2006) wordt vanwege deze reden gepresenteerd.

##### Percentage patiënten met LDL-cholesterolgehalte $< 2,5$ mmol/l toegenomen

Het gemiddelde LDL-cholesterolgehalte van de totale onderzoekspopulatie daalde significant. Op T1 bedroeg het gemiddelde LDL-cholesterolgehalte 2,6 mmol/l. Dit gehalte daalde met 0,2 mmol/l naar 2,4 mmol/l op T3 (zie Tabel B3.9). In geen van de zorggroepen is het gemiddelde LDL-cholesterolgehalte gestegen. Het percentage patiënten met een LDL-cholesterolgehalte lager dan 2,5 mmol/mol nam toe tussen T1 en T3. Op T1 had 48,2% van de patiënten een LDL-cholesterolgehalte lager dan 2,5 mmol/l. Dit percentage steeg met 10,4% naar 58,6% op T3. In zes van de negen zorggroepen (zorggroep 1, 2, 4, 6, 7 en 10) was er sprake van een significante toename van het percentage patiënten met een LDL-cholesterolgehalte lager dan 2,5 mmol/l (zie Figuur B3.21).

##### Gemiddelde HDL-cholesterolgehalte licht gestegen

Het gemiddelde HDL-cholesterolgehalte van de totale onderzoekspopulatie steeg van 1,2 mmol/l op T1 naar 1,3 mmol/l op T3 (zie Tabel B3.10). Een stijging van het HDL-cholesterolgehalte is, in tegenstelling tot een stijging van de andere vormen van cholesterol, positief. In geen van de zorggroepen was een daling te zien van het gemiddelde HDL-cholesterolgehalte. Vijf zorggroepen konden geen gegevens voor T1 aanleveren, zorggroep 4 kon ook geen gegevens aanleveren voor T2 en T3. Hierdoor is het aantal patiënten van de totale onderzoekspopulatie met drie bepalingen klein in vergelijking met de andere indicatoren.

##### Gemiddelde triglyceridgehalte licht gedaald

Het gemiddelde triglyceridgehalte van de totale populatie daalde van 1,8 mmol/l op T1 naar 1,7 mmol/l op T3 (zie Tabel B3.11). In geen van de zorggroepen is een stijging te zien van het gemiddelde triglyceriden-gehalte. Vier zorggroepen konden geen gegevens voor T1 aanleveren.



**Tabel B3.10** Gemiddelde HDL-cholesterolgehalte (mmol/l) op T1, T2 en T3, per zorggroep en voor het totaal (n<sub>jaar 1</sub> = 2911; n<sub>jaar 2 en 3</sub> = 7142).

Zorggroep	T1 (SD)	T2 (SD)	T3 (SD)	Verandering T1-T3 (BI) *		
1	-	1,3 (0,4)	1,3 (0,3)	0,0	(-0,0 – 0,0)	
2	1,2 (0,3)	1,2 (0,3)	1,3 (0,4)	+0,1	(0,1 – 0,1)	*
3	1,2 (0,4)	1,2 (0,4)	1,3 (0,4)	0,0	(0,0 – 0,1)	*
4	-	-	-			
6	-	1,2 (0,3)	1,2 (0,3)	0,0	(-0,0 – 0,0)	*
7	-	1,4 (0,4)	1,4 (0,4)	0,0	(0,0 – 0,0)	
8	-	1,3 (0,4)	1,3 (0,4)	0,0	(-0,0 – 0,1)	
9	1,3 (0,4)	1,3 (0,4)	1,3 (0,3)	0,0	(-0,0 – 0,0)	
10	1,1 (0,3)	1,3 (0,4)	1,2 (0,4)	+0,1	(0,1 – 0,1)	*
Totaal	1,2 (0,3)	1,2 (0,3)	1,3 (0,4)	+0,1	(0,1 – 0,1)	*

# = Voor zorggroep 1, 6, 7 en 8 is de waarde op T1 niet bekend. De verandering kon daarom alleen berekend worden over één jaar (verandering T2-T3). Deze zorggroepen zijn niet meegenomen in de berekening van het totaal; SD = Standaarddeviatie; BI = Betrouwbaarheidsinterval; \* = Significant (P<0,05).

**Tabel B3.11** Gemiddelde triglyceriden (mmol/l) op T1, T2 en T3, per zorggroep en voor het totaal (n<sub>jaar 1</sub> = 6296; n<sub>jaar 2 en 3</sub> = 10.511).

T3 (SD)	T1 (SD)	T2 (SD)	T3 (SD)	Verandering T1-T3 (BI) #		
1	-	1,6 (0,8)	1,5 (0,7)	-0,1	(-0,2 – 0,0)	*
2	1,7 (1,1)	1,7 (1,1)	1,6 (1,0)	-0,1	(-0,1 – 0,0)	*
3	1,8 (1,1)	1,8 (0,9)	1,8 (0,9)	0,0	(-0,1 – 0,1)	
4	1,9 (1,1)	1,9 (1,0)	1,8 (1,0)	0,0	(-0,1 – 0,0)	*
6	-	2,0 (1,1)	1,9 (1,0)	-0,1	(-0,2 – 0,0)	
7	-	1,7 (1,0)	1,7 (0,9)	-0,1	(-0,1 – -0,0)	*
8	-	1,7 (0,9)	1,7 (1,0)	0,0	(-0,2 – 0,2)	
9	1,7 (1,1)	1,7 (0,8)	1,6 (0,8)	-0,1	(-0,2 – 0,0)	
10	1,6 (1)	1,5 (0,8)	1,5 (0,8)	-0,1	(-0,2 – -0,0)	*
Totaal	1,8 (1,1)	1,8 (1,0)	1,7 (1,0)	-0,1	(-0,1 – -0,0)	*

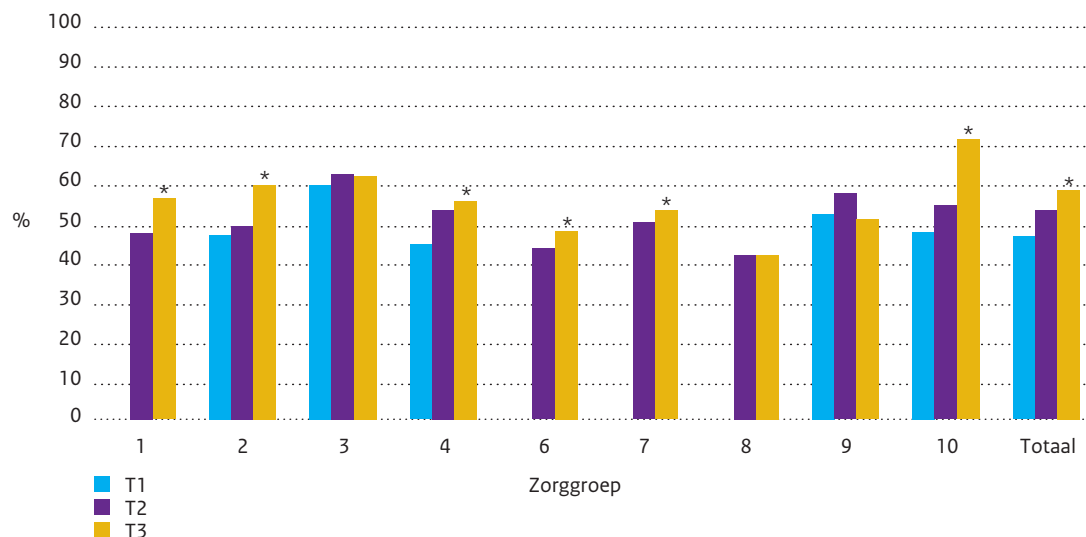
# = Voor zorggroep 1, 6, 7 en 8 is de waarde op T1 niet bekend. De verandering kan daarom alleen berekend worden over één jaar (verandering T2-T3). Deze zorggroepen zijn niet meegenomen in de berekening van het totaal; SD = Standaarddeviatie; BI = Betrouwbaarheidsinterval; \* = Significant (P<0,05).

**Tabel B3.12:** Gemiddelde totaal cholesterol (mmol/l) op T1, T2 en T3, per zorggroep en voor het totaal (n<sub>jaar 1</sub> = 6296; n<sub>jaar 2 en 3</sub> = 10.780) #.

Zorggroep	T1 (SD)	T2 (SD)	T3 (SD)	Verandering T1-T3 (BI) *		
1	-	4,6 (1,0)	4,5 (0,9)	-0,2	(-0,3 – -0,1)	*
2	4,6 (1)	4,5 (1,0)	4,4 (1,0)	-0,2	(-0,3 – -0,2)	*
3	4,4 (1)	4,3 (0,9)	4,4 (0,9)	0,0	(-0,1 – 0,1)	
4	4,7 (1,1)	4,6 (1,0)	4,5 (1,0)	-0,3	(-0,3 – -0,2)	*
6	-	4,8 (1,1)	4,6 (1,1)	-0,2	(-0,3 – -0,1)	*
7	-	4,7 (1,0)	4,6 (1,0)	-0,1	(-0,1 – -0,1)	*
8	-	4,8 (1,1)	4,8 (1,0)	0,0	(-0,2 – 0,2)	
9	4,5 (1,1)	4,4 (1,0)	4,5 (1,0)	0,0	(-0,2 – 0,1)	
10	4,3 (1)	4,3 (0,9)	4 (0,9)	-0,4	(-0,4 – -0,3)	*
Totaal	4,6 (1,1)	4,5 (1,0)	4,4 (1,0)	-0,2	(-0,3 – -0,2)	*

# = Voor zorggroep 1, 6, 7 en 8 is de waarde op T1 niet bekend. De verandering kan daarom alleen berekend worden over één jaar (verandering T2-T3). Deze zorggroepen zijn niet meegenomen in de berekening van het totaal; SD = Standaarddeviatie; BI = Betrouwbaarheidsinterval; \* = Significant (P<0,05).

**Figuur B3.21** Percentage patiënten met een LDL-cholesterol <2,5 mmol/l op T1, T2 en T3, per zorggroep en voor het totaal (n<sub>jaar 1</sub> = 6296; n<sub>jaar 2 en 3</sub> = 10.163) #.



# = Voor zorggroep 1, 6, 7 en 8 is de waarde op T1 niet bekend. Daarom is bij deze zorggroepen de verandering getoetst tussen T2-T3. Deze zorggroepen zijn niet meegenomen in de berekeningen van het totaal; \* = Significant (P<0,05). Alleen de verandering tussen T1-T3 is op significantie getoetst.

### Gemiddelde totale cholesterolgehalte gedaald

Het gemiddelde totale cholesterolgehalte van de totale onderzoekspopulatie was 4,6 mmol/l op T1 en daalde met 0,2 mmol/l naar 4,4 mmol/l op T3 (zie Tabel B3.21). Bij zes zorggroepen is er sprake van een significante verbetering. Het percentage patiënten van wie het totale cholesterolgehalte zich beneden de streefwaarde van <4,5 mmol/l bevindt, is toegenomen (zie Figuur B3.22). In vijf van de negen zorggroep, (2, 4, 6, 7 en 10), is deze stijging significant.

#### B3.4.7 Percentage rokers en percentage patiënten gestopt met roken in het afgelopen jaar

##### Waarom is deze indicator van belang?

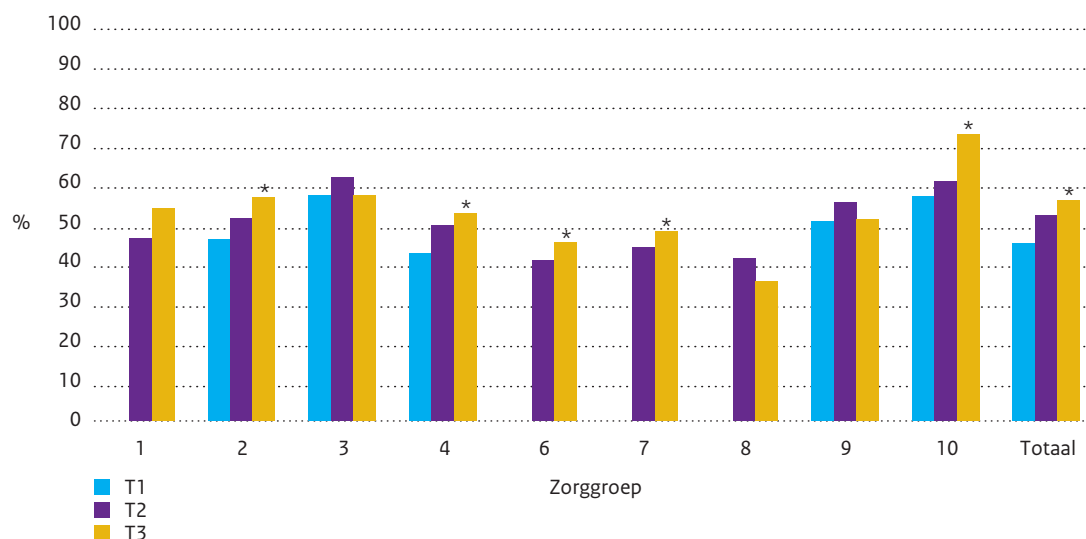
Roken is, ook bij diabetespatiënten, een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten. Stoppen met roken is daarom van groot belang. In de NDF Zorgstandaard wordt onder goede diabeteszorg onder andere verstaan dat rokers hulp krijgen aangeboden bij het minderen of stoppen met roken (NDF, 2007).

### 16,4 % van de patiënten van wie rookstatus bekend was rookte

Het percentage patiënten dat rookt, is slechts eenmalig uitgevraagd (zie ook Paragraaf B3.3.10). Het is daarom niet mogelijk om te berekenen welk percentage patiënten is gestopt met roken. Het percentage patiënten dat rookt, verschilt tussen de zorggroepen. Het percentage loopt uiteen van 10,5% in zorggroep 1 tot 23,8% in zorggroep 8. Van de totale onderzoekspopulatie rookte 16,4% (zie Figuur B3.23). Ter vergelijking, de landelijke prevalentie van roken wordt geschat op 14% in de leeftijdscategorie 65 t/m 74 jaar (Limperg, 2009).

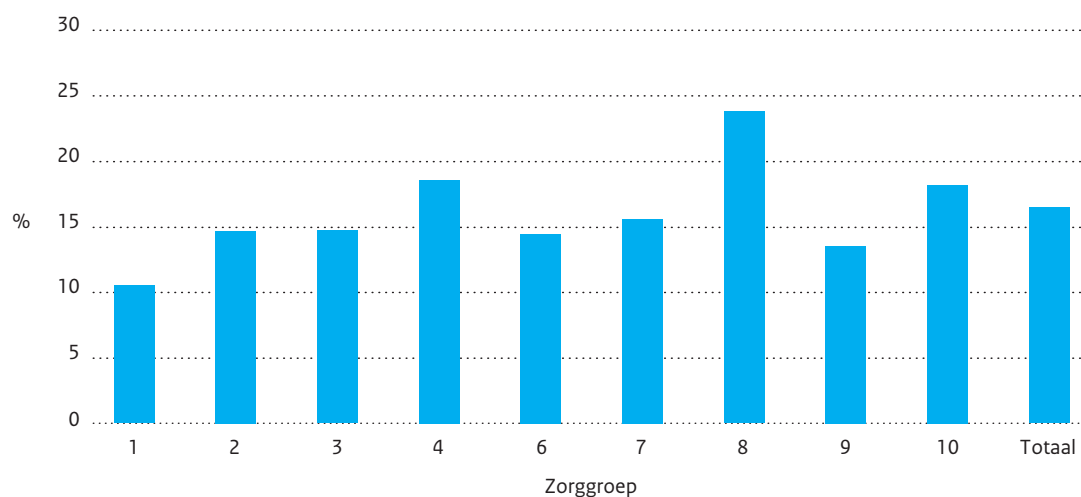
Bij deze indicator kan meespelen dat in sommige ICT-systemen als 'default' wordt aangegeven dat de patiënt niet rookt, wat tot een onderschatting kan leiden van het aantal patiënten dat rookt (Zichtbare Zorg, 2011).

**Figuur B3.22** Percentage patiënten met een totaal cholesterol <4,5 mmol/l op T1, T2 en T3, per zorggroep en voor het totaal (n<sub>jaar 1</sub> = 6538; n<sub>jaar 2 en 3</sub> = 10.780) #.



# = Voor zorggroep 1, 6, 7 en 8 is de waarde op T1 niet bekend. Daarom is bij deze zorggroepen de verandering getoetst tussen T2-T3. Deze zorggroepen zijn niet meegenomen in de berekeningen van het totaal; \* = Significant ( $P < 0,05$ ). Alleen het verschil tussen T1-T3 is op significantie getoetst.

**Figuur B3.23** Percentage patiënten van wie de rookstatus bekend was dat rookte gedurende de onderzoeksperiode, per zorggroep en voor het totaal (n=22.473).



#### B3.4.8 Percentage patiënten met voetafwijking tijdens laatste voetonderzoek

##### Waarom is deze indicator van belang?

Een diabetische voet wordt gekenmerkt door een infectie, ulceratie en/of aantasting van dieper gelegen weefselstructuren in de voet, die samenhangen met neurologische afwijkingen en verschillende graden van perifeer vaatlijden in de onderste extremiteit (Bouma et al., 2006). Wanneer een diabetische voet niet behandeld wordt, kan uiteindelijk een amputatie noodzakelijk zijn (Van Sloten et al., 2008). In de NDF Zorgstandaard worden de volgende indicatoren gebruikt voor het voetonderzoek: percentage diabetespatiënten met vastgelegde Sims-score, percentage diabetespatiënten met ulcera en percentage diabetespatiënten met amputaties in het afgelopen jaar (NDF, 2007).

Alle zorggroepen hebben ervoor gekozen om de registratiegegevens voor het RIVM te rapporteren in het format van evaluatie-1 (zie Paragraaf B2.2.2) en niet in het format van de voorlopige Minimale Dataset van Zichtbare Zorg (Zichtbare Zorg, 2009a). In het format van evaluatie-1 wordt deze indicator echter niet op een eenduidige manier uitgevraagd, waardoor er systematische verschillen tussen de zorggroepen ontstaan. Sommige zorggroepen zijn wel in staat gegevens voor deze indicator aan te leveren, maar hebben dit als gevolg van het gekozen format niet gerapporteerd.

#### B3.4.9 Percentage patiënten met een oogafwijking tijdens laatste oogonderzoek

##### Waarom is deze indicator van belang?

Diabetische retinopathie is de aantasting van de haarvaatjes van het netvlies. Wanneer retinopathie niet behandeld wordt, kan dit leiden tot slechtaziendheid en uiteindelijk zelfs tot blindheid (Polak et al., 2008). In de NDF Zorgstandaard worden de volgende indicatoren gebruikt voor het oogonderzoek: percentage diabetespatiënten met enige vorm van diabetische retinopathie, percentage diabetespatiënten met slechtaziendheid en percentage diabetespatiënten met blindheid in het afgelopen jaar (NDF, 2007).

Alle zorggroepen hebben ervoor gekozen om de registratiegegevens voor het RIVM te rapporteren in het format van evaluatie-1 (zie Paragraaf B2.2.2) en niet in het format van de voorlopige Minimale Dataset van Zichtbare Zorg (Zichtbare Zorg, 2009a). In het format van evaluatie-1 wordt deze indicator echter niet op een eenduidige manier uitgevraagd, waardoor er systematische verschillen tussen de zorggroepen ontstaan. Sommige zorggroepen zijn wel in staat gegevens voor deze indicator aan te leveren, maar hebben dit als gevolg van het gekozen format niet gerapporteerd.

#### B3.4.10 Percentage patiënten met complicaties

##### Waarom is deze indicator van belang?

Diabetes kan op den duur leiden tot ernstige complicaties. In geval van complicaties kan het noodzakelijk zijn de behandeling te intensiveren in samenwerking met tweedelijns disciplines (NDF, 2007). In de NDF Zorgstandaard worden de volgende indicatoren gebruikt voor complicaties (naast de complicaties die al eerder genoemd zijn, zoals oog- en voetafwijkingen): percentage diabetespatiënten dat is overleden (inclusief leeftijd en doodsoorzaak), percentage diabetespatiënten met nieuwe hart- en vaatziekten en percentage diabetespatiënten met nierdialyse of transplantatie (NDF, 2007).

Alle zorggroepen hebben ervoor gekozen om de registratiegegevens voor het RIVM te rapporteren in het format van evaluatie-1 (zie Paragraaf B2.2.2) en niet in het format van de voorlopige Minimale Dataset van Zichtbare Zorg (Zichtbare Zorg, 2009a). In het format van evaluatie-1 wordt deze indicator echter niet op een eenduidige manier uitgevraagd, waardoor er systematische verschillen tussen de zorggroepen ontstaan. Sommige zorggroepen zijn wel in staat gegevens voor deze indicator aan te leveren, maar hebben dit als gevolg van het gekozen format niet gerapporteerd.

## Bijlage 4 Resultaten van het vragenlijstonderzoek onder patiënten

### B4.1 Inleiding

Het doel van het vragenlijstonderzoek onder patiënten was om inzicht te krijgen in hun oordeel over de afstemming van de zorg en de organisatie van de zorg.

#### Leeswijzer

In deze bijlage worden de resultaten van het onderzoek onder patiënten beschreven. Allereerst wordt de respons beschreven (Paragraaf B4.2), waarna de patiëntkarakteristieken van de respondenten en de resultaten van het non-respons onderzoek worden getoond (Paragraaf B4.3). Vervolgens worden de betrokken zorgverleners besproken (Paragraaf B4.4) en het oordeel van patiënten over de afstemming van de zorg en de ervaringen met de geleverde geïntegreerde zorg (Paragraaf B4.5). De laatste drie paragrafen gaan in op de ontvangen zorg (Paragraaf B4.6), zelfmanagement (Paragraaf B4.7) en de kennis van patiënten over diabetes (Paragraaf B4.8).

### B4.2 Respons patiëntenvragenlijst

#### Respons vragenlijst bedraagt 44%

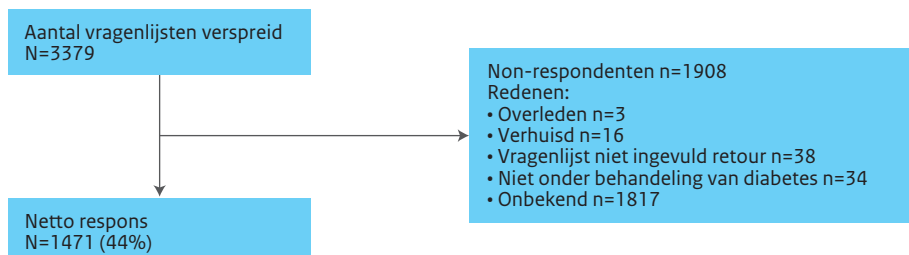
In totaal zijn 3379 vragenlijsten verspreid onder patiënten van zeven zorggroepen. Van de aangeschreven patiënten hebben er 1471 de vragenlijst ingevuld geretourneerd. Deze 1471 vragenlijsten zijn meegenomen in de analyses. Het responspercentage komt daarmee uit op 44% en is hiermee vrijwel identiek aan de respons van de o-meting van evaluatie-1.

Van de patiënten die de vragenlijst niet geretourneerd hadden (n=1908) is slechts van een beperkt aantal patiënten de reden van de non-respons bekend (zie Figuur B4.1); drie patiënten waren recent overleden, 16 patiënten waren verhuisd en 34 patiënten bleken niet onder behandeling voor diabetes te zijn. Daarnaast hebben 38 patiënten de vragenlijst leeg geretourneerd.

#### Respons verschilt tussen zorggroepen; respons zorggroep 6 laag

Het responspercentage verschilt tussen de zorggroepen van 26% in zorggroep 6 tot 58% in zorggroep 3, waarbij opgemerkt wordt dat het percentage in zorggroep 3 op een klein aantal patiënten is gebaseerd (zie Tabel B4.1). De respons in zorggroep 6 (26%) is beduidend lager dan de gemiddelde respons van alle zorggroepen (44%). Een mogelijke verklaring van de lage respons in deze zorggroep is dat deze zorggroep werkzaam is in een gebied waar veel mensen wonen die de Nederlandse taal niet beheersen, waardoor de respons mogelijk negatief beïnvloed is.

**Figuur B4.1** Respons patiëntenvragenlijst evaluatie-2.



**Tabel B4.1** Respons patiëntenvragenlijst evaluatie-2, per zorggroep en voor het totaal.

	Zorggroep							
	1	2	3	4	6	9	10	Totaal
Totaal aantal verstuurd vragenlijsten in evaluatie-2 (N)	509	544	64	574	500	591	597	3379
– Aantal verstuurd vragenlijsten naar respondenten steekproef evaluatie-1 (N)	41	44	64	65	0†	90	102	407
– Aantal verstuurd vragenlijsten naar respondenten steekproef evaluatie-2 (N)	468	500	0	509	500	501	495	2973
Totaal aantal geretourneerde vragenlijsten (N)	225	260	37	247	129	267	306	1471
Respons (%)	44,2	47,8	57,8	43,0	25,8	45,2	51,3	43,5

† = Zorggroep heeft niet deelgenomen aan evaluatie-1.

### B4.3 Patiëntkarakteristieken

#### Onderzoekspopulatie patiëntenvragenlijst

##### Verschillen in patiëntkarakteristieken tussen zorggroepen

Er waren significante verschillen tussen de respondenten van de verschillende zorggroepen voor wat betreft hun leeftijd, diabetesduur, opleiding en etniciteit (zie Tabel B4.2). Zo waren de respondenten uit zorggroep 2 en 9 jonger dan de respondenten uit de andere zorggroepen. Daarnaast waren de respondenten van zorggroep 2 hoger opgeleid en had een groter deel langer dan tien jaar diabetes in vergelijking met de respondenten uit de andere zorggroepen. In zorggroep 10 waren de respondenten vaker van Nederlandse afkomst en lager opgeleid dan de patiënten uit de andere zorggroepen. Ook op andere kenmerken, zoals type diabetes, medicatiegebruik, roken en alcoholgebruik verschilden de respondenten van de zorggroepen significant van elkaar. Er werden geen significante verschillen gevonden voor de patiëntkarakteristieken tussen de respondenten van de zeven zorggroepen voor wat betreft het geslacht, andere aandoeningen naast diabetes en lichamelijke en psychische welbevinden.

De significante verschillen in patiëntkarakteristieken tussen de respondenten van de verschillende zorggroepen bemoeilijken een vergelijking van de resultaten tussen zorggroepen. Het kan bijvoorbeeld zijn dat mensen die langer diabetes hebben de zorg anders beoordelen of meer kennis over diabetes hebben dan mensen die recent de diagnose diabetes hebben gekregen.

##### Tekstbox B4.1: Ook diabetes type 1 patiënten binnen keten-dbc contract?

Van de respondenten van de vragenlijst gaf 6,4% aan diabetes type 1 te hebben (Tabel B4.2). Ook uit de registratiegegevens blijkt dat een deel van de patiënten van de zorggroepen (4,3%) diabetes type 1 te hebben (zie Tabel 2.7). Bij zorggroep 1, 3 en 8 komen in de registratiegegevens patiënten met diabetes type 1 niet voor. Dat er diabetes type 1-patiënten door de zorggroepen worden behandeld is niet conform de NZa-beleidsregel 'Keten zorg - Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen' (NZa, 2011). Deze beleidsregel is uitsluitend van toepassing op mensen van 18 jaar en ouder met diabetes type 2. Dit houdt in dat de zorg van mensen met diabetes type 1 niet vanuit een keten-dbc mag worden bekostigd. De vraag rijst of er daadwerkelijk mensen met diabetes type 1 deelnemen aan de zorgprogramma's. Het lijkt waarschijnlijk dat niet alle respondenten weten welk type diabetes zij hebben, aangezien ongeveer de helft van de respondenten dat aangeeft diabetes type 1 te hebben eveneens rapporteert dat de diagnose diabetes is gesteld na hun 40ste levensjaar. Een andere mogelijkheid is dat patiënten wel in het zorgprogramma worden geïncludeerd maar dat de zorg op een andere manier wordt bekostigd dan via IB.



**Tabel B4.2** Patiëntkarakteristieken van respondenten van de patiëntenvragenlijst, per zorggroep en voor het totaal (N=1471).

	Zorggroep							
	1	2	3	4	6	9	10	Totaal
N	225	260	37	247	129	267	306	1471
<b>Patiëntkarakteristieken</b>								
Leeftijd (in jaren)	68,8	65,5	68,6	67,6	68,3	63,1	68,1	66,8*
Geslacht (% vrouw)	54,8	51,4	48,6	49,4	47,2	47,9	49,2	50,0
Gemiddelde diabetesduur (in jaren)	8,1	14,4	9,1	8,6	8,6	9,6	9,3	9,1*
< 1 jaar (%)	12,5	1,2	0,0	4,4	2,5	5,8	8,3	5,9*
1 jaar < 2 jaar (%)	17,8	11,4	6,5	18,4	17,6	14,3	12,8	14,8*
2 jaar < 10 jaar (%)	35,1	28,0	61,3	45,6	49,6	42,5	39,0	39,6*
≥ 10 jaar (%)	34,6	59,3	32,3	31,6	30,3	37,5	40,0	39,8*
Opleiding# (%)								
Laag	44,7	38,7	51,4	45,8	50,8	24,7	58,7	43,8*
Midden	37,0	40,7	37,1	39,5	37,9	49,8	28,2	38,7*
Hoog	11,9	17,8	8,6	10,5	8,1	24,3	9,4	14,1*
Anders	6,4	2,8	2,9	4,2	3,2	1,1	3,7	3,5*
Etniciteit (%)								
Nederlands	85,8	88,2	88,6	79,0	77,6	84,9	93,4	85,9*
Surinaams	0,5	0,0	0,0	0,0	8,8	5,7	0,3	1,9
Antilliaans/Arubaans	0,5	0,8	0,0	0,4	1,6	1,1	0,3	0,7
Turks	0,0	1,6	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	0,5
Marokkaans	1,4	0,4	0,0	0,0	3,2	0,0	0,3	0,6
Overig westers	11,0	7,9	11,4	19,8	5,6	6,8	5,3	9,5
Overig niet-westers	0,9	1,2	0,0	0,8	0,8	1,5	0,3	0,9
Type diabetes (%)								
1	2,3	17,2	2,7	3,8	4,0	5,4	4,3	6,4*
2	83,6	71,1	83,8	80,0	78,4	84,2	75,4	78,7*
Weet ik niet	14,2	11,7	13,5	16,2	17,6	10,4	20,3	14,9*
Medicatie (%)								
Tabletten	72,0	58,0	77,8	70,9	88,3	75,0	67,1	70,4*
(ook) Insuline	17,8	57,5	18,8	23,0	18,6	22,8	23,8	28,1*
Medicatie voor verhoogde bloeddruk	63,1	68,2	68,6	67,8	69,4	64,4	68,0	66,7*
Medicatie voor verhoogde cholesterol	64,7	66,7	72,2	70,1	72,6	61,4	87,0	70,9*
SF-12: Psychische somscore † (gemiddelde)	54,1	53,7	54,9	52,6	53,2	53,6	53,3	53,4
SF-12: Lichamelijke somscore † (gemiddelde)	47,0	44,5	46,5	44,8	45,7	46,2	45,2	45,5
Eén of meerdere aandoeningen naast diabetes ‡ (%)	56,0	59,2	54,1	65,6	62,0	58,4	60,8	60,1
Roken (%)	12,1	11,7	8,1	18,1	17,3	17,8	13,8	14,8*
Gebruik alcohol (%)	44,7	51,8	42,9	39,6	41,0	56,4	45,4	47,1*
NNGB ^ (%)	85,6	88,0	95,7	87,1	81,8	88,4	88,2	87,1
Fitnorm & (%)	42,8	42,5	51,4	40,2	37,3	44,7	42,1	42,3

# = Laag = t/m lts; Midden = mavo, mbo, havo, vwo; Hoog = hbo, wo; \* = Verschillen in karakteristieken tussen de zorggroepen, significant ( $P < 0,05$ ); † = Gemeten met behulp van SF-12. Hoe hoger de somscore van het lichamelijke en psychische functioneren, hoe beter de kwaliteit van leven; ‡ = Tenminste één andere aandoening vastgesteld door een arts; ^ = Nederlandse Norm Gezond Bewegen: 5 - 7 keer per week ongeveer 30 minuten tenminste matig intensief bewegen (2,5 uur - 3,5 uur/week); & = 3 keer per week 20 minuten zwaar intensief bewegen.

**Tabel B4.3** Patiëntkarakteristieken van respondenten (N=1471) en de totale populatie (N=25.302), per zorggroep en voor het totaal.

	Zorggroep															
	1		2		3		4		6		9		10		Totaal	
	PAT	REG	PAT	REG	PAT	REG	PAT	REG	PAT	REG	PAT	REG	PAT	REG	PAT	REG
N	225	333	260	4495	37	1274	247	8358	129	1651	267	838	306	1966	1471	25.302
Leeftijd (in jaren)	68,8	69,5	65,5	67,5	68,6	69,3	67,6	69,2	68,3	67,6	63,1	67,1	68,1	69,0	66,8	68,4
Geslacht (% vrouw)	54,8	53,2	51,4	51,0	48,6	50,0	49,4	51,3	47,2	54,9	47,9	58,8	49,2	49,6	50,0	51,2
Gemiddelde diabetesduur (in jaren)	8,1	8,1	14,4	11,4	9,1	7,9	8,6	8,0	8,6	7,7	9,6	8,2	9,3	7,4	9,1	8,3

PAT = Gegevens uit de patiëntenvragenlijst; REG = Gegevens uit de registratiegegevens.

**Tabel B4.4** Patiëntkarakteristieken van respondenten evaluatie-2: de respondenten die de vragenlijst voor het eerst invulden (n=1211) en de respondenten die de vragenlijst ook in evaluatie-1 hadden ingevuld (n=260).

	Zorggroep															
	1		2		3		4		9		10		Totaal			
	OS	NS	OS	NS	OS	NS	OS	NS	OS	NS	OS	NS	OS	NS	OS	NS
N	28	197	25	235	37	-	40	207	62	205	68	238	260	1211		
Leeftijd (in jaren)	72,1	68,4	67,4	65,3	68,6		68,7	67,3	67,5	61,7	69,6	67,6	68,9	66,3*		
Geslacht (% vrouw)	60,7	53,9	37,5	52,8	48,6	-	60,0	47,3	59,7	44,3	44,1	50,6	52,1	49,6		
Gemiddelde diabetesduur (in jaren)	11,0	7,7	14,3	14,5	9,1		8,8	8,6	10,8	9,2	11,5	8,7	10,8	9,7		
Opleiding# (%)																
Laag	57,1	42,9	20,8	40,6	51,4	-	47,5	45,5	32,3	22,4	53,7	60,2	44,5	43,6		
Midden		35,7	37,2	58,3	38,9	37,1	-	37,5	39,9	50,0	49,8	31,3	27,3	40,6	38,2	
Hoog		7,1	12,6	20,8	17,5	8,6	-	7,5	11,1	17,7	26,4	13,4	8,2	12,9	14,3	
Anders		0,0	7,3	0,0	3,1	2,9	-	7,5	3,5	0,0	1,5	1,5	4,3	2,0	3,8	
Etniciteit (% Nederlands)	92,9	84,8	100,0	87,0	88,6	-	77,5	79,3	75,8	87,7	94,1	93,1	86,7	85,7		

OS = Oude steekproef (respondenten die ook al de vragenlijsten ten behoeve van evaluatie-1 hadden ingevuld);

NS = Nieuwe steekproef (respondenten evaluatie-2, die voor het eerst de vragenlijst invulden); # = (Laag = t/m lts;

Midden = mavo, mbo, havo, vwo; Hoog = hbo, wo); \* = Significant (P<0,05) .

## Non-respons onderzoek

### Geen grote verschillen in patiëntkarakteristieken tussen patiëntenvragenlijst en registratiedata

Om na te gaan of de respondenten van de patiëntenvragenlijst representatief zijn voor de totale onderzoekspopulatie, zijn de karakteristieken van de respondenten van de vragenlijst vergeleken met de karakteristieken van de totale onderzoekspopulatie (zie Tabel B4.3). De gegevens van de totale onderzoekspopulatie zijn afkomstig uit de registratiesystemen. Voor vijf van de zes zorggroepen werden verschillen gevonden in de gemiddelde diabetesduur. Alleen voor zorggroep 1 werden geen verschillen gevonden. Respondenten van de patiëntenvragenlijst hadden gemiddeld langer diabetes dan de totale onderzoekspopulatie op basis van de registratiedata. De verschillen in karakteristieken zijn echter niet groot waardoor de respondenten van de vragenlijst op basis van deze patiëntkenmerken representatief lijken voor de totale onderzoekspopulatie.

### Vrijwel geen verschillen in patiëntkarakteristieken respondenten die de vragenlijst voor het eerst invulden en respondenten die de vragenlijst ook in evaluatie-1 invulden

Een deel van de respondenten van de vragenlijst van evaluatie-2 is afkomstig van de steekproef van evaluatie-1 (n=260). Dit deel van de respondenten heeft de vragenlijst in totaal drie keer ingevuld, twee keer ten behoeve van evaluatie-1 en een keer ten behoeve van evaluatie-2. Het zou kunnen zijn dat deze groep afwijkend is doordat zij regelmatig willen deelnemen aan een vragenlijstonderzoek. Om na te gaan of deze groep, die in totaal drie vragenlijsten heeft ingevuld, afwijkt van de groep die voor het eerst de vragenlijst invult (n=1211) is nagegaan in hoeverre de patiëntkenmerken van beide groepen van elkaar verschilden (zie Tabel B4.4).

**Tabel B4.5** Zorgverleners voor geplande diabetescontroles, per zorggroep en voor het totaal (%) (n=1451) \*.

	Zorggroep								
	1	2	3		4	6	9	10	Totaal
			RIVM lijst	CQ lijst^					
Huisarts	26,5	33,2	78,4	79,3	55,2	56,3	23,2	63,0	43,4
Praktijkondersteuner of verpleegkundige van de huisarts	83,0	34,8	48,6	39,2#	76,8	69,0	92,4	78,4	72,1
Doktersassistente van de huisarts	8,5	7,8	40,5	31,7‡	12,0	7,1	11,4	15,1	11,6
Internist	3,1	50,0	0,0	7,5	3,7	1,6	3,8	2,3	11,2
Verpleegkundige in het ziekenhuis	0,9	28,1	2,7	6,8	2,1	0,8	2,3	1,6	6,3
Verpleegkundige van de thuiszorg	0,9	0,8	0,0	2,9	1,7	2,4	0,4	1,0	1,0
Verpleegkundige van het huisartsenlaboratorium	1,3	2,0	0,0	NB	4,6	4,8	1,5	8,2	3,7
Verpleegkundige van de diabetesdienst	4,9	24,6	18,9	17,2	9,1	6,3	2,3	8,2	9,8
Anders	4,0	5,5	5,4	2,0	2,1	5,6	4,9	3,6	4,2

\* = Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden, waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen;

^ = N=1841. Niet meegenomen in totaal; # = Praktijkverpleegkundige van de huisarts; ‡ = Praktijkondersteuner of doktersassistente van de huisarts; NB = Niet bekend.

Uit deze vergelijking blijkt dat de patiëntkenmerken (geslacht, diagnoseduur, etniciteit en opleiding) van de respondenten die de vragenlijst voor de derde keer invulden niet significant verschilden van die van de respondenten die alleen de vragenlijst in evaluatie-2 hadden ingevuld. De gemiddelde leeftijd van patiënten die ook al deelnamen aan evaluatie-1 was echter significant hoger dan de gemiddelde leeftijd van patiënten die alleen deelnamen aan evaluatie-2 (69 versus 66 jaar). Omdat de andere eigenschappen van de patiënten niet significant van elkaar verschilden, is ervoor gekozen om de resultaten van deze groepen gezamenlijk te analyseren.

## B4.4 Betrokken zorgverleners en hoofdverantwoordelijke van de zorg

### Praktijkondersteuner meest geziene zorgverlener tijdens geplande controle

In zorggroepen 1, 4, 6, 9 en 10 rapporteerden patiënten dat de geplande controles het meest worden uitgevoerd door de praktijkondersteuner (poh) (zie Tabel B4.5). Zo gaf 83% van de patiënten uit zorggroep 1 en 92% van de patiënten uit zorggroep 9 aan naar een poh te gaan voor hun geplande controles. De helft van de respondenten van zorggroep 2 gaf aan dat de internist het meest frequent de geplande controles uitvoert. Bij zorggroep 3 betreft dit, voor zowel de RIVM-vragenlijst als de CQ-index-vragenlijst, de huisarts (respectievelijk 78% en 79%). In totaal geeft minder dan de helft van de respondenten (43%) aan de huisarts te zien voor de geplande controles.

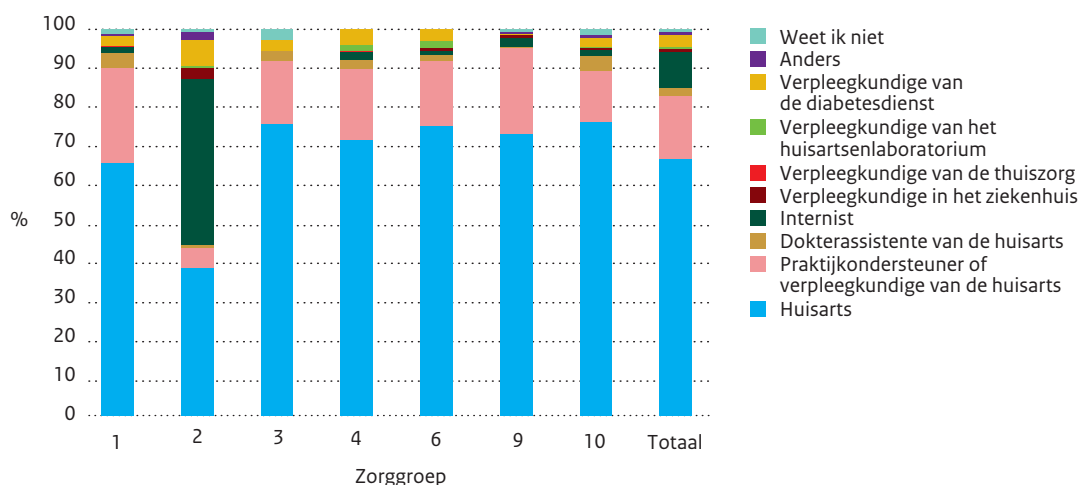
### Patiënten zijn huisarts vaker als hoofdverantwoordelijke gaan zien

Voor patiënten van alle zorggroepen geldt dat de huisarts het vaakst als hoofdverantwoordelijke voor de diabeteszorg wordt gezien (66%). Daarnaast wordt de poh gezien als de hoofdverantwoordelijke van de zorg (17%). In de 0- en 1-meting (evaluatie-1) is deze vraag ook gesteld aan de respondenten. Indertijd gaf 48% van de respondenten aan de huisarts als hoofdverantwoordelijke voor hun diabeteszorg te zien. Daarnaast is aan de respondenten gevraagd wie volgens hen verantwoordelijk is voor de afstemming van hun diabeteszorg. De meeste respondenten zien de huisarts (37%) of de poh (31%) als de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de afstemming van de zorg (niet weergegeven in tabel of figuur).

## B4.5 Tevredenheid van patiënten over de zorg

Het bevorderen van de samenwerking tussen zorgverleners en afstemming van de zorg is één van de belangrijkste doelen van IB. In deze paragraaf wordt allereerst ingegaan op de tevredenheid van patiënten over de samenwerking van zorgverleners en de afstemming van de zorg (Paragraaf B4.5.1). De gebruikte vragen hiervoor zijn afkomstig van een vragenlijst van het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten van het Nivel (Heijmans et al., 2010). Vervolgens wordt ingegaan op de ervaringen van

**Figuur B4.2** Hoofdverantwoordelijke voor de diabeteszorg volgens de respondenten, per zorggroep en voor het totaal (%) (n=1446).



patiënten met integrale zorg (Paragraaf B4.5.2) gemeten met behulp van de hand van de PACIC (Glasgow et al., 2005a). Dit instrument geeft inzicht in hoeverre de elementen van het Chronic Care Model (CCM) zijn geïmplementeerd.

#### B4.5.1 Tevredenheid van patiënten over de afstemming van de zorg

##### Tevredenheid over afstemming en samenwerking onveranderd (hoog)

In Tabel B4.6 wordt het oordeel van de respondenten over de afstemming van de zorg weergegeven. Op drie momenten in de afgelopen drie jaar (o- en 1-meting evaluatie-1 en de meting van evaluatie-2) zijn dezelfde zes stellingen aan patiënten voorgelegd. Bij geen enkele stelling lijkt het oordeel van de respondenten sterk te zijn gewijzigd.

##### 93% van de respondenten beoordeelt samenwerking en afstemming tussen de zorgverleners als goed of uitstekend

Het percentage patiënten dat de samenwerking en afstemming als 'goed' of 'uitstekend' beoordeelt, is onveranderd hoog (zie Tabel B4.6); 93% van de respondenten ervaart in evaluatie-2 de zorg als 'goed' of 'uitstekend'. Slechts 1,0% van de respondenten ervaart de samenwerking en afstemming van de verschillende zorgverleners als 'slecht'.

##### Toename percentage respondenten dat vindt dat zorgverleners goede afspraken met elkaar maken

Het percentage patiënten dat aangeeft dat zorgverleners 'bijna altijd' goede afspraken met elkaar maken is toegenomen van 52% in evaluatie-1 (o-meting) naar 56% in evaluatie-2. Opgemerkt moet worden dat het merendeel van de respondenten van evaluatie-2 bestaat uit respondenten die niet hadden deelgenomen aan evaluatie-1. Het zou dus kunnen dat dit verschil veroorzaakt wordt doordat er een andere steekproef van patiënten is die de zorg anders beoordeelt. Wanneer echter alleen wordt gekeken naar de patiënten die de vragenlijst op drie momenten hebben ingevuld zien we een stijging van het aantal patiënten dat vindt dat zorgverleners goede afspraken met elkaar maken (niet weergegeven in tabel).

#### B4.5.2 Tevredenheid van patiënten over de organisatie van de zorg

##### Ervaringen patiënten met geïntegreerde zorg

De ervaringen van patiënten met integrale zorg zijn gemeten met behulp van de Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). Dit instrument geeft inzicht in hoeverre de elementen van het CCM zijn geïmplementeerd (Vrijhoef et al., 2009). De PACIC bestaat uit twintig stellingen die beoordeeld kunnen worden op een vijfpuntsschaal die loopt van 'bijna nooit' tot 'bijna altijd'. Hoe hoger de score, hoe meer de patiënt ervaart dat de zorg volgens de uitgangspunten van het CCM wordt aangeboden.

**Tabel B4.6:** Oordeel patiënten over de samenwerking en afstemming van de zorg in het afgelopen jaar, in de 0-meting en 1-meting van evaluatie-1 en in evaluatie-2 (%).

	Evaluatie-1		Evaluatie-2
	0-meting N=863	1-meting N=487	n=1260†
<b>Hoe beoordeelt u over het algemeen de samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners?</b>			
Slecht	0,5	1,7	1,0
Matig	4,5	5,5	6,3
Goed	67,8	69,1	67,6
Uitstekend	27,1	23,8	25,1
<b>Stelling 1: 'De zorgverleners maakten goede afspraken met elkaar'</b>			
Bijna nooit	3,8	3,3	2,4
Over het algemeen niet	3,8	3,0	3,7
Soms	7,2	6,4	7,2
Meestal	33,5	39,1	31,0
Bijna altijd	51,7	48,2	55,7
<b>Stelling 2: 'Als ik bij een zorgverlener kwam, moest ik opnieuw mijn verhaal vertellen'</b>			
Bijna nooit	31,8	30,7	32,0
Over het algemeen niet	29,4	33,0	35,2
Soms	18,2	21,5	17,6
Meestal	14,1	11,2	11,1
Bijna altijd	6,5	3,6	4,1
<b>Stelling 3: 'Bij een verwijzing kon ik snel bij een andere zorgverlener terecht'</b>			
Bijna nooit	8,4	5,6	7,4
Over het algemeen niet	4,7	8,3	6,6
Soms	11,9	12,5	10,6
Meestal	39,2	41,7	42,7
Bijna altijd	35,7	31,9	32,7
<b>Stelling 4: 'De zorgverleners waren goed op de hoogte van de afspraken met de andere zorgverleners'</b>			
Bijna nooit	7,1	5,5	2,8
Over het algemeen niet	7,6	4,1	5,0
Soms	9,8	13,3	11,6
Meestal	34,7	39,6	39,7
Bijna altijd	40,8	37,5	40,8
<b>Stelling 5: 'Wanneer ik bij twee zorgverleners moest zijn in dezelfde instelling (bijv. ziekenhuis) werden de afspraken gecombineerd op dezelfde dag'</b>			
Bijna nooit	18,5	10,9	13,7
Over het algemeen niet	10,8	13,7	15,5
Soms	18,0	14,7	17,2
Meestal	24,8	30,2	30,4
Bijna altijd	27,8	30,5	23,2
<b>Stelling 6: 'De adviezen van de verschillende zorgverleners waren tegenstrijdig'</b>			
Bijna nooit	52,1	45,5	49,1
Over het algemeen niet	32,1	42,8	38,6
Soms	11,0	9,3	9,6
Meestal	3,0	1,7	1,6
Bijna altijd	1,8	0,7	1,1

\* = Patiënten die aangaven slechts één diabeteszorgverlener te hebben (n=211) zijn niet meegenomen in deze vraag, aangezien deze patiënten geen uitspraken kunnen doen over de afstemming van de zorg; † = N uitgesplitst naar vraag/stelling: algemene vraag: n=1042; Stelling 1: n=979; Stelling 2: n=979; Stelling 3: n=894; Stelling 4: n=931; Stelling 5: n=841; Stelling 6: n=919.

**Tabel B4.7** Gemiddelde score op de PACIC, per zorggroep en voor het totaal.

	Zorggroep							
	1	2	3	4	6	9	10	Totaal
Gemiddelde score PACIC-20 (SD) (n=1168)	3,1 (0,8)	2,7 (0,8)	2,9 (0,9)	2,9 (0,8)	2,7 (0,8)	2,8 (0,8)	2,8 (0,8)	2,8 (0,8)
Gemiddelde score PACIC-14 (SD)† (n=1197)	3,4 (0,9)	3,0 (0,9)	3,2 (1,1)	3,2 (0,9)	2,9 (0,9)	3,2 (0,8)	3,2 (0,9)	3,2 (0,9)

\* = Significant ( $P < 0,05$ ); † = PACIC-14 is de PACIC-20 exclusief zes stellingen die voor de Nederlandse situatie minder relevant zijn.

**Tabel B4.8** Gemiddelde PACIC-20 score in andere studies.

Studie	Jaartal	N	Land	Onderzoekspopulatie	Score PACIC-20 (SD)
Wensing et al.	2005	88	Nederland	Diabetespatiënten	3,2 (1,0)
Glasgow et al.	2005a	41	Verenigde Staten	Diabetespatiënten	2,8 (1,0)
Glasgow et al.	2005b	363	Verenigde Staten	Diabetespatiënten	3,2 (0,9)
Schmittiel et al.	2007	2917	Verenigde Staten	Patiënten met diabetes, chronische pijn, hartfalen, astma, coronaire hartziekte	2,7 (1,1)
Aragones et al.	2008	100	Spanje	Diabetespatiënten	3,2 (0,8)
Szencsenyi et al.	2008	1399	Duitsland	Diabetespatiënten	3,2 (0,9)

SD = Standaarddeviatie.

### Beperkingen van de PACIC

De PACIC is ontwikkeld in de Verenigde Staten en gevalideerd is voor de Nederlandse situatie (Vrijhoef et al., 2009, Wensing et al., 2008). Sommige stellingen zijn minder geschikt voor de Nederlandse situatie. Zo is bijvoorbeeld een stelling 'In de afgelopen twaalf maanden werd ik doorverwezen naar bijvoorbeeld een diëtist, een fysiotherapeut of een maatschappelijk werker'. In de NDF Zorgstandaard staat niet dat het noodzakelijk is dat alle patiënten ieder jaar worden doorverwezen naar een diëtist, fysiotherapeut of maatschappelijk werker. Alle twintig stellingen van de PACIC zijn door drie onderzoekers (JS, JdJ, HD) beoordeeld, zij keken in hoeverre deze van toepassing zijn voor de Nederlandse situatie of in hoeverre deze stellingen niet voor alle patiënten gelden. Op basis hiervan zijn zes stellingen geïdentificeerd die niet of minder relevant zijn (nummer 4, 9, 10, 16, 17 en 18). Zowel de gemiddelde score van alle twintig stellingen (PACIC-20) als van de PACIC zonder deze zes stellingen (PACIC-14) worden gepresenteerd.

### Geen significante verschillen in patiëntervaringen tussen zorggroepen

De gemiddelde score op de verschillende stellingen van de PACIC-20 bedroeg 2,8 (zie Tabel B4.7).

Deze score betekent dat patiënten 'soms' een integrale aanpak van de zorg ervaren.

Wanneer de stellingen die minder relevant zijn voor de Nederlandse situatie achterwege worden gelaten komt de gemiddelde score op de PACIC (PACIC-14) uit op 3,2. Er werden geen significante verschillen gevonden in de gemiddelde score op de PACIC tussen de zorggroepen. Er is in alle zorggroepen nog ruimte voor verbetering. Voor de volledigheid zijn in Tabel B4.9 alle stellingen gepresenteerd uitgesplitst naar zorggroep en voor het totaal.

### PACIC-score vergelijkbaar met (inter)nationale literatuur

De resultaten van de PACIC-20 zijn vergelijkbaar met (inter)nationale studies (zie Tabel B4.8). Zo bedroeg de gemiddelde score in een Nederlandse studie uit 2005 onder diabetespatiënten 3,2 (Wensing et al., 2008). Deze gemiddelde score is echter gebaseerd op een beperkt aantal patiënten (N=88). In een studie uit Duitsland uit 2008 onder diabetespatiënten van het 'Disease Management Program' (DMP) bedroeg de gemiddelde score 3,3 (N=1399) (Szencsenyi et al., 2008) en in een studie uit de Verenigde Staten uit 2008 onder patiënten van het Kaiser Permanente Medical Care program, was de gemiddelde score 2,7 (N=2917) (Schmittiel et al., 2007). In deze laatste studie waren echter niet alleen diabetespatiënten geïnccludeerd, maar ook patiënten met andere chronische aandoeningen.

**Tabel B4.9** Gemiddelde uitkomsten PACIC uitgewerkt per stelling, per zorggroep en voor het totaal†.

Zorggroep								
1	2	3	4	6	9	10	Totaal	n
<b>1. In de afgelopen twaalf maanden werd er naar mijn eigen ideeën en verwachtingen gevraagd bij het maken van een behandelplan</b>								
3,4 (1,4)	3 (1,4)	2,9 (1,7)	3,1 (1,5)	2,8 (1,4)	3,1 (1,3)	3 (1,4)	3,1 (1,4)	1320
<b>2. In de afgelopen twaalf maanden werden mij keuzes in de behandeling gegeven waar ik over na kon denken</b>								
3,1 (1,3)	2,7 (1,4)	2,6 (1,6)	2,9 (1,4)	2,8 (1,3)	3,1 (1,4)	2,8 (1,3)	2,9 (1,4)	1300
<b>3. In de afgelopen twaalf maanden werd mij gevraagd of ik ooit problemen heb met mijn medicijnen of de effecten ervan</b>								
3,4 (1,4)	3,1 (1,4)	3,4 (1,6)	3,2 (1,4)	2,9 (1,4)	3,4 (1,4)	3,3 (1,4)	3,3 (1,4)	1341
<b>4. In de afgelopen twaalf maanden werd mij een folder gegeven met adviezen om mijn gezondheid te verbeteren</b>								
3,3 (1,4)	2,2 (1,3)	2,2 (1,3)	2,6 (1,3)	2,6 (1,4)	2,6 (1,3)	2,8 (1,4)	2,6 (1,4)	1327
<b>5. In de afgelopen twaalf maanden was ik tevreden over de organisatie van de zorg die ik kreeg</b>								
4,4 (0,8)	4,1 (0,9)	4,3 (1)	4,3 (1)	3,9 (0,9)	4,3 (0,9)	4,2 (0,9)	4,2 (0,9)	1348
<b>6. In de afgelopen twaalf maanden werd mij uitgelegd hoe mijn eigen handelen of gedrag mijn gezondheid beïnvloedt</b>								
4 (1,1)	3,5 (1,2)	3,7 (1,5)	3,8 (1,3)	3,4 (1,4)	3,8 (1,1)	3,8 (1,2)	3,7 (1,2)	1338
<b>7. In de afgelopen twaalf maanden werd mij gevraagd om te vertellen wat ik zelf wil bereiken met de zorg voor mijn diabetes</b>								
3 (1,3)	2,5 (1,4)	2,6 (1,6)	2,8 (1,4)	2,6 (1,4)	2,7 (1,3)	2,7 (1,4)	2,7 (1,4)	1324
<b>8. In de afgelopen twaalf maanden werd ik geholpen om specifieke doelen op te stellen om mijn eetgedrag en bewegingspatroon te verbeteren</b>								
3,3 (1,3)	2,7 (1,3)	2,9 (1,4)	3,2 (1,3)	2,9 (1,4)	2,9 (1,3)	3,2 (1,3)	3 (1,3)	1339
<b>9. In de afgelopen twaalf maanden werd mij een kopie van mijn behandelplan gegeven</b>								
2,3 (1,4)	1,7 (1,1)	1,8 (1,2)	1,7 (1,1)	1,8 (1,1)	1,7 (1)	2 (1,3)	1,9 (1,2)	1302
<b>10. In de afgelopen twaalf maanden werd ik aangemoedigd om naar een cursus of (groeps)bijeenkomst te gaan die mij zou kunnen helpen om te gaan met mijn diabetes</b>								
1,8 (1,1)	1,5 (0,8)	1,9 (1,3)	1,6 (1)	1,7 (1,1)	1,8 (1,1)	1,7 (1)	1,7 (1)	1309
<b>11. In de afgelopen twaalf maanden werden mij direct of in een onderzoek vragen gesteld over mijn leefstijl (roken, bewegen, eten, etc.)</b>								
3,6 (1,3)	3,3 (1,4)	3,6 (1,5)	3,5 (1,3)	3,4 (1,4)	3,6 (1,3)	3,6 (1,4)	3,5 (1,3)	1348
<b>12. In de afgelopen twaalf maanden was ik zeker dat mijn arts of verpleegkundige rekening hield met wat ik belangrijk vond toen zij mij behandelingen adviseerden</b>								
3,8 (1,1)	3,6 (1,3)	3,8 (1,2)	3,8 (1,2)	3,3 (1,3)	3,7 (1,2)	3,7 (1,2)	3,7 (1,2)	1321
<b>13. In de afgelopen twaalf maanden werd ik geholpen een behandelplan te maken dat ik in mijn dagelijkse leven kon toepassen</b>								
2,9 (1,5)	2,6 (1,4)	2,9 (1,6)	2,7 (1,4)	2,5 (1,4)	2,5 (1,4)	2,8 (1,4)	2,7 (1,4)	1310
<b>14. In de afgelopen twaalf maanden werd ik geholpen om vooruit te plannen, zodat ik zelfs als ik me ziek of niet lekker voel met mijn diabetes om kan gaan</b>								
2,7 (1,5)	2,5 (1,4)	3 (1,5)	2,6 (1,5)	2,3 (1,3)	2,3 (1,4)	2,6 (1,4)	2,5 (1,4)	1322
<b>15. In de afgelopen twaalf maanden werd mij gevraagd hoe mijn diabetes mijn leven beïnvloedt</b>								
2,7 (1,4)	2,4 (1,4)	2,8 (1,6)	2,7 (1,5)	2,4 (1,3)	2,5 (1,3)	2,6 (1,4)	2,6 (1,4)	1323
<b>16. In de afgelopen twaalf maanden werd na een bezoek aan de huisarts, medisch specialist of verpleegkundige contact met mij opgenomen om nog eens te vragen hoe het met mij ging</b>								
2,1 (1,3)	2,1 (1,4)	2,4 (1,5)	2,1 (1,3)	2 (1,3)	1,9 (1,2)	2,1 (1,3)	2,1 (1,3)	1333
<b>17. In de afgelopen twaalf maanden werd ik aangemoedigd om aan activiteiten bij mij in de buurt mee te doen die mij zouden kunnen helpen</b>								
2,1 (1,2)	1,7 (1)	2 (1,4)	2 (1,2)	1,9 (1)	1,9 (1,1)	2,1 (1,3)	1,9 (1,2)	1320
<b>18. In de afgelopen twaalf maanden werd ik doorverwezen naar bijvoorbeeld een diëtist, een fysiotherapeut of een maatschappelijk werker</b>								
2,9 (1,5)	2,5 (1,4)	2,7 (1,6)	2,5 (1,4)	2,4 (1,3)	2 (1,2)	2,5 (1,4)	2,5 (1,4)	1315
<b>19. In de afgelopen twaalf maanden werd mij verteld waarom mijn bezoek aan andere specialisten, zoals de oogarts of de neuroloog, belangrijk zijn in mijn behandeling</b>								
3,9 (1,3)	3,7 (1,4)	4,1 (1,4)	3,8 (1,3)	3,5 (1,4)	3,5 (1,4)	3,7 (1,4)	3,7 (1,4)	1357
<b>20. In de afgelopen twaalf maanden werd mij gevraagd hoe mijn bezoeken aan andere artsen verliepen</b>								
2,7 (1,6)	2,7 (1,5)	3,1 (1,5)	2,8 (1,5)	2,4 (1,4)	2,7 (1,4)	2,5 (1,5)	2,7 (1,5)	1315

† = Schaal van de PACIC: 1 = Bijna nooit, 2 = Over het algemeen niet, 3 = Soms, 4 = Meestal, 5 = Bijna altijd.

## B4.6. Ontvangen zorg en gezondheidsuitkomsten

### Ontvangen zorg

#### Bloeddrukmeting vrijwel altijd uitgevoerd, veel respondenten weten niet of HbA1c- of LDL-cholesterolbepaling is uitgevoerd

Van de respondenten gaf 98% aan dat in het afgelopen jaar een bloeddrukmeting was uitgevoerd. Ongeveer 30% van de respondenten gaf aan niet te weten of er in de afgelopen twaalf maanden een HbA1c-bepaling was uitgevoerd (zie Tabel B4.10). Van de overige 70% van de respondenten gaf 65% aan dat de HbA1c in de afgelopen twaalf maanden bepaald was en 5% gaf aan dat de HbA1c niet was bepaald. Hetzelfde beeld is terug te zien bij het navragen van de rookstatus en de bepaling van het LDL-cholesterol. Zo gaf bijvoorbeeld 12% van de respondenten aan niet te weten of er een LDL-cholesterolbepaling was uitgevoerd. Van de overige 88% van de respondenten gaf 82% aan dat er in het afgelopen jaar het LDL-cholesterol was bepaald en gaf 5% aan dat het LDL-cholesterol niet is bepaald in de afgelopen twaalf maanden.

#### Weinig voorlichting en adviezen rondom psychosociale onderwerpen, patiënten lijken ook geen behoefte te hebben

In totaal gaf 7% van de respondenten aan advies of voorlichting gekregen te hebben over depressieve gevoelens, 2% van de respondenten gaf aan voorlichting gekregen te hebben over problemen bij werken (zie Tabel B4.10). Driekwart van de respondenten gaf aan voldoende te weten over psychosociale problemen

**Tabel B4.10** Ontvangen zorg in de afgelopen twaalf maanden, per zorggroep en voor het totaal (%) (N=1471).

	Zorggroep								
	1	2	3		4	6	9	10	Totaal
			RIVM-lijst	CQ-lijst^					
Bloeddrukmeting (n=1453)									
Ja	98,6	96,9	97,3	98,0	98,3	94,5	99,2	98,3	97,9
Weet niet	0,9	0,4	0,0		0,4	1,6	0,4	1,0	0,7
Nee	0,5	2,7	2,7		1,2	3,9	0,4	0,7	1,4
LDL-cholesterolbepaling (n=1440)									
Ja	84,1	78,8	86,5	NB	83,5	70,6	86,4	84,1	82,4
Weet niet	10,9	14,1	5,4	NB	10,7	20,6	9,5	12,8	12,3
Nee	5,0	7,1	8,1	NB	5,8	8,7	4,2	3,0	5,3
HbA1c-bepaling (n=1405)									
Ja	69,9	63,5	67,6	93,9	64,4	54,1	71,3	63,2	65,3
Weet niet	27,3	29,0	27,0		30,5	39,3	23,6	33,3	29,8
Nee	2,8	7,5	5,4		5,1	6,6	5,1	3,5	5,0
Voedingsadviezen (n=1436)									
Ja	66,7	56,5	64,9	45,3	62,1	59,8	57,4	56,8	59,7
Weet niet	5,0	3,5	5,4		7,9	3,1	4,2	8,2	5,6
Nee	28,4	40,0	29,7		30,0	37,0	38,4	34,9	34,7
Beweegadviezen (n=1425)									
Ja	61,9	62,7	62,2	57,8	69,1	59,2	73,5	72,4	68,0
Weet niet	5,6	7,9	5,4		5,3	6,4	5,4	7,8	6,5
Nee	27,9	29,4	32,4		25,5	34,4	21,2	19,8	25,5
Gevraagd naar rookstatus (n=1451)									
Ja	65,9	65,0	62,2	66,4	65,4	68,0	64,8	65,9	65,5
Weet niet	30,5	33,1	37,8		31,7	31,2	33,0	32,5	32,3
Nee	3,6	1,9	0,0		2,9	0,8	2,3	1,7	2,2
Advies stoppen met roken (n=195)*									
Ja	84,6	86,2	100,0	82,5	89,5	68,2	83,3	71,4	81,5
Weet niet	15,4	10,3	0,0		10,5	31,8	16,7	28,6	17,9
Nee	0,0	3,4	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,5

# = Alleen respondenten die aangegeven hebben te roken zijn geselecteerd; NB = Niet bekend;

^ = N=1841, niet meegenomen in totaal.



**Tabel B4.11:** Ontvangen zorg in de afgelopen twaalf maanden op basis van de patiëntenvragenlijst (N=1471) en registratiegegevens van de totale onderzoekspopulatie (derde jaar na invoering van IB) (N=25.302), per zorggroep en voor het totaal (%).

Zorggroep	Bloeddrukmeting		LDL-bepaling		HbA1c-bepaling	
	PAT	REG	PAT	REG	PAT	REG
1	98,6	97,3	84,1	78,7	69,9	97,0
2	96,9	91,8	78,8	87,6	63,5	93,2
3	97,3	96,9	86,5	83,0	67,6	94,3
4	98,3	99,2	83,5	88,5	64,4	94,8
6	94,5	89,9	70,6	81,5	54,1	89,2
9	99,2	82,2	86,4	93,0	71,3	95,2
10	98,3	98,2	84,1	95,7	63,2	99,0
Totaal	97,9	93,4	82,4	84,4	65,3	91,4

PAT = Gegevens uit de patiëntenvragenlijst; REG = Gegevens uit de registratiesystemen.

en geen behoefte te hebben aan meer voorlichting (niet weergegeven in figuur of tabel). Toch zijn er wel onderwerpen waar een deel van de respondenten graag meer voorlichting over zou willen hebben. Respondenten hadden met name meer behoefte aan informatie over seksuele problemen (9%) en depressieve of sombere gevoelens (7%) (niet weergegeven in figuur of tabel).

#### Verschillen in 'ontvangen zorg' op basis van patiëntenvragenlijst en registratiegegevens

In Tabel B4.11 zijn de gegevens over de ontvangen zorg uit de patiëntenvragenlijst vergeleken met de registratiegegevens van de totale onderzoekspopulatie (zie Bijlage 3). Zowel uit de registratiegegevens als uit de patiëntenvragenlijst blijkt dat vrijwel in alle zorggroepen de bloeddrukmeting bij meer dan 90% van de patiënten werd uitgevoerd. Grotere verschillen zijn er te zien bij de LDL- en HbA1c-bepalingen. Uit de registratiegegevens blijkt dat in alle zorggroepen de HbA1c is bepaald bij meer dan 90% van de patiënten. Van de respondenten van de vragenlijst gaf 65% aan dat het HbA1c werd bepaald; een groot deel van de respondenten gaf aan niet te weten of het HbA1c was bepaald (zie Tabel B4.10).

### Advies en voorlichting

#### Grote verschillen tussen zorggroepen in wijze van aanbieden van voedingsadviezen

Van de respondenten gaf 60% aan in de afgelopen twaalf maanden voedingsadviezen te hebben gehad (zie Tabel B4.10). Respondenten gaven aan dat zij meestal voedingsadviezen kregen van hun zorgverlener tijdens een controle (35%) of dat zij hiervoor werden doorverwezen naar een diëtist (25%) (zie Figuur B4.3). Patiënten in zorggroep 1 en 2 werden het vaakst naar een diëtist doorverwezen (respectievelijk 39% en 31%) en in zorggroep 6 het minst vaak (17%). Ten opzichte van de andere zorggroepen werd in zorggroep 6 het vaakst een folder met voedingsadviezen aan patiënten verstrekt (16%).

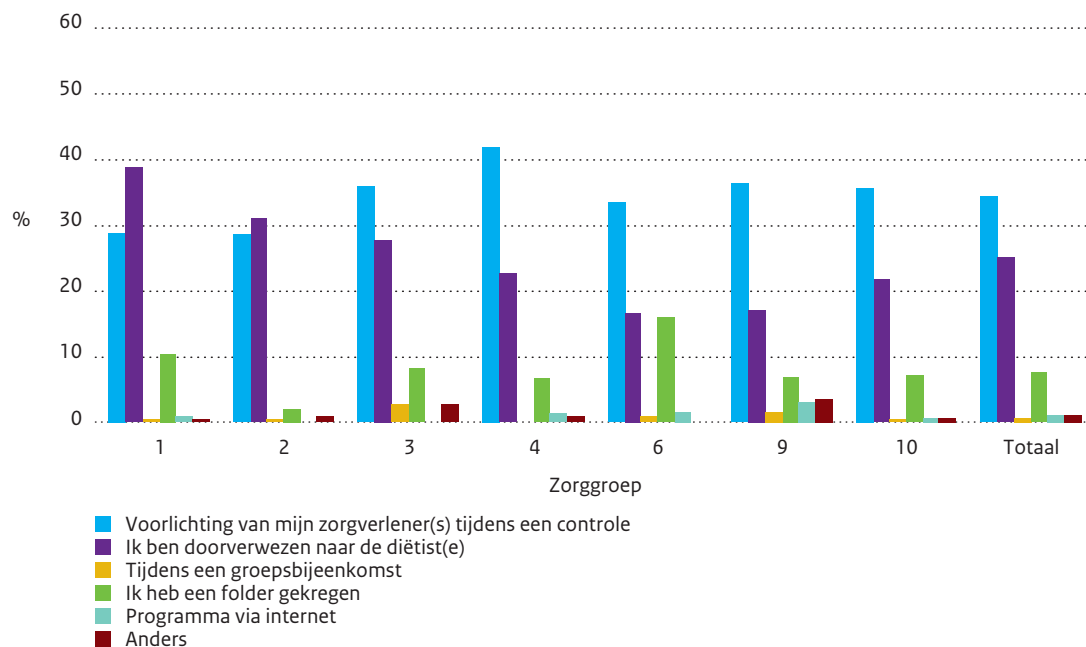
#### Beweegadviezen voornamelijk tijdens reguliere controles aangeboden

Vervut de meest voorkomende wijze waarop beweegadviezen werden verstrekt was voorlichting van zorgverleners tijdens een controlebezoek (zie Figuur B4.4). Meer dan 50% van de patiënten gaf aan dat zij op deze manier beweegadviezen hadden ontvangen. In zorggroep 9 gaven, ten opzichte van de andere zorggroepen, de meeste respondenten aan mee te hebben gedaan of uitgenodigd te zijn om deel te nemen aan een beweegprogramma (7%).

#### Stoppen-met-roken adviezen voornamelijk tijdens reguliere controles aangeboden

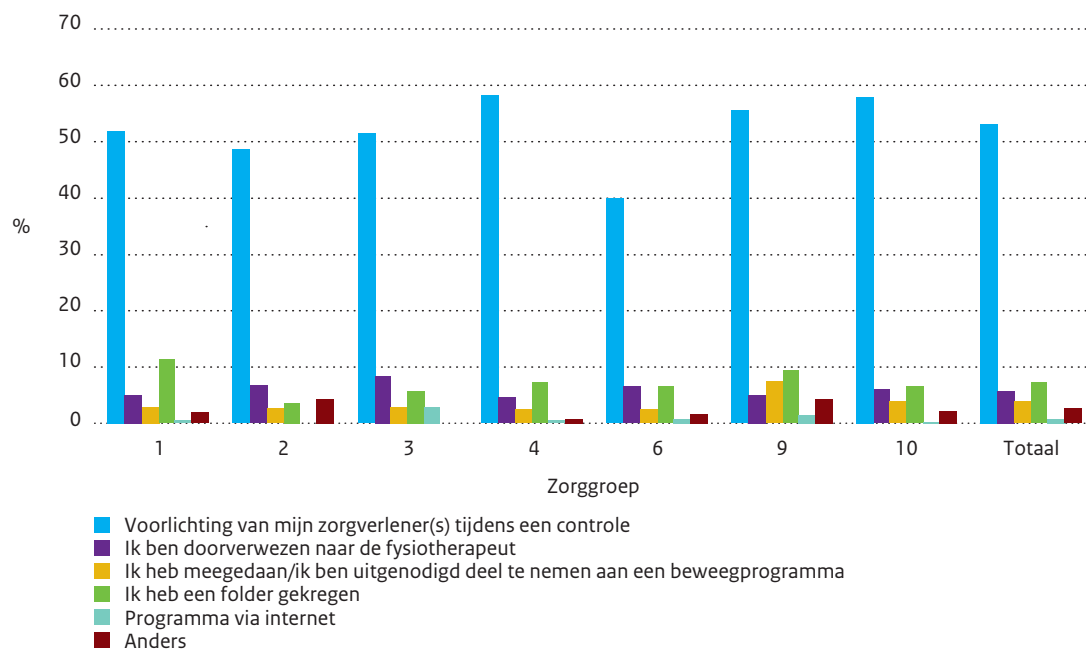
Aan de respondenten die rookten en aangaven in de afgelopen twaalf maanden geadviseerd te zijn om te stoppen met roken werd gevraagd op welke manier ze dit advies hadden gekregen. De meest voorkomende wijzen waren voorlichting door een zorgverlener tijdens een reguliere controle (55%) en het verstrekken van een folder (16%) (zie Figuur B4.5).

**Figuur B4.3** Wijzen waarop voedingsadviezen verstrekt werden, per zorggroep en voor het totaal (n=1418) #.



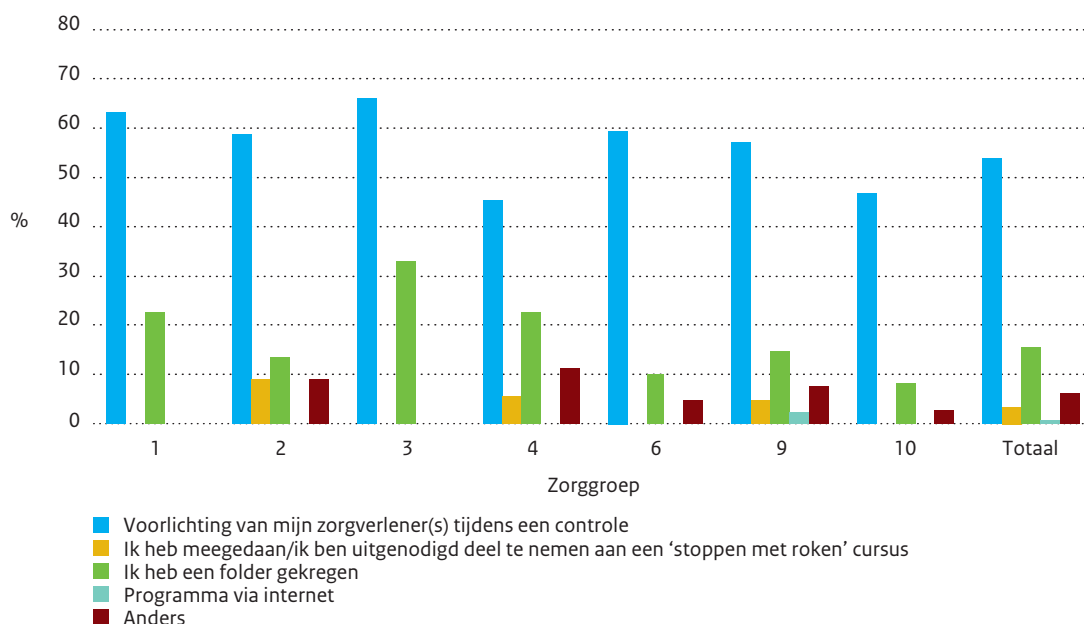
# = Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

**Figuur B4.4** Wijzen waarop beweegadviezen verstrekt werden, per zorggroep en voor het totaal (n=1403) #.



# = Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

**Figuur B4.5** Wijzen waarop adviezen over 'stoppen met roken' verstrekt werden, per zorggroep en voor het totaal (n=195) #.



# = Alleen de respondenten die roken zijn geselecteerd (n=215). Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

## Gezondheidsuitkomsten per zorggroep

### HbA1c-waarde en LDL-cholesterolwaarde bij veel respondenten onbekend

Aan de respondenten is gevraagd of in het afgelopen jaar een aantal gezondheidsuitkomsten zijn bepaald (zie Tabel B4.10). Indien dit het geval was is gevraagd of de respondenten nog wisten wat de uitkomsten hiervan waren. De uitkomsten staan weergegeven in Tabel B4.12. De waarde van de lengte en gewicht (BMI) weten vrijwel alle respondenten (n=1385; 94%) en ook de waarde van de bloeddruk is bij veel respondenten bekend (n=1043; 71%). De HbA1c is bekend bij 509 van de respondenten (35%). De LDL-cholesterol is met 30% (n=440) de waarde die het minst bekend is bij de respondenten.

De patiënten die hun HbA1c-waarde wisten, waren gemiddeld een jaar jonger dan patiënten die dit niet meer wisten (66 versus 67 jaar; significant verschil). Of patiënten hun HbA1c-waarde konden aangeven, was niet significant gerelateerd aan de diagnoseduur. De respondenten die wisten wat hun LDL-cholesterolwaarde was verschilden niet significant van de respondenten die dit niet wisten.

### Verschillen in gezondheidsuitkomsten tussen patiëntenvragenlijst en registratiegegevens

In Tabel B4.13 zijn de gegevens over de gezondheidsuitkomsten uit de patiëntenvragenlijst vergeleken met de registratiegegevens van de totale onderzoekspopulatie (zie Bijlage 3). Bij de patiëntenvragenlijst moet rekening worden gehouden met een vertekening doordat slechts een beperkt deel van de patiënten op de hoogte is van de gezondheidsuitkomsten (zie Tabel B4.12). Alle uitkomsten verschilden tussen de respondenten van de patiëntenvragenlijst en de registratiegegevens. Zo was het gemiddelde LDL-cholesterolgehalte van respondenten van de patiëntenvragenlijst 2,9 mmol/l en in de totale onderzoeks-populatie 2,4 mmol/l. Ook het gemiddelde BMI verschilde tussen de respondenten van de vragenlijst (29,3 kg/m<sup>2</sup>) en van de totale onderzoekspopulatie (29,9 kg/m<sup>2</sup>). Voor deze verschillen zijn meerdere verklaringen mogelijk. Zo kan het zijn dat de respondenten sociaal wenselijk antwoorden hebben ingevuld (bijvoorbeeld bij het BMI) of dat een selecte groep de vragenlijst heeft ingevuld. De werkelijke reden voor deze verschillen is onbekend.

**Tabel B4.12** Gezondheidsuitkomsten (gemiddelde  $\pm$  SD) van patiënten tijdens de laatste meting, per zorggroep en voor het totaal.

	Zorggroep							
	1	2	3	4	6	9	10	Totaal
HbA1c (mmol/mol)* $\ddagger$	48,8 (8,4)	55,9 (10,3)	49,8 (8,3)	55,9 (16,8)	54,4 (9,7)	52,9 (14,7)	49,7 (10,4)	52,2 (12,4)
n	99	60	15	85	35	87	128	509
Systolische bloeddruk (mmHg) *	138 (17)	133 (16)	133 (14)	138 (16)	138 (21)	134 (17)	135 (15)	136 (17)
n	167	(17)	30	176	70	208	216	1043
LDL-cholesterol (mmol) *	2,9 (1,2)	3,1 (1,3)	2,5 (0,9)	3,0 (1,4)	4,1 (1,3)	3,3 (1,6)	2,6 (1,2)	2,9 (1,3)
n	93	44	14	65	18	73	132	440
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	29,2 (5,2)	28,9 (5,4)	29,7 (5,9)	29,3 (5,4)	28,9 (5,8)	29,7 (5,4)	29,3 (5,5)	29,3 (5,4)
n	210	244	36	232	121	257	285	1385

\* = Alleen de respondenten die aangaven dat de waarde in de afgelopen twaalf maanden bepaald/gemeten was, werden geselecteerd (zie Tabel B4.10); SD = standaarddeviatie;  $\ddagger$  = Aan de respondenten is gevraagd de HbA1c-waarde uit te drukken in percentages (oude eenheid), dit is omgerekend naar de nieuwe eenheid; mmol/mol.

**Tabel B4.13** Vergelijking gezondheidsuitkomsten op basis van de patiëntenvragenlijst (N= 1471) en op basis van de totale dataregistratie (T3) (N=25.302).

Zorggroep	HbA1c (mmol/mol)		Systolische bloeddruk (mmHg)		LDL-cholesterol (mmol/l)		BMI (kg/m <sup>2</sup> )	
	PAT	REG	PAT	REG	PAT	REG	PAT	REG
1	48,8	49,4	138	139	2,9	2,5	29,2	29,7
2	55,9	54,7	133	137	3,1	2,4	28,9	29,3
3	49,8	50,2	133	139	2,5	2,3	29,7	29,4
4	55,9	50,1	138	140	3,0	2,4	29,3	29,2
6	54,4	55,0	138	137	4,1	2,5	28,9	29,3
9	52,9	51,6	134	140	3,3	2,5	29,7	29,7
10	49,7	49,3	135	137	2,6	2,1	29,3	30,0
Totaal	52,2	51,0	136	139	2,9	2,4	29,3	29,9

PAT = Gegevens uit de patiëntenvragenlijst; REG = Gegevens uit de registratiesystemen.

## B4.7 Zelfmanagement

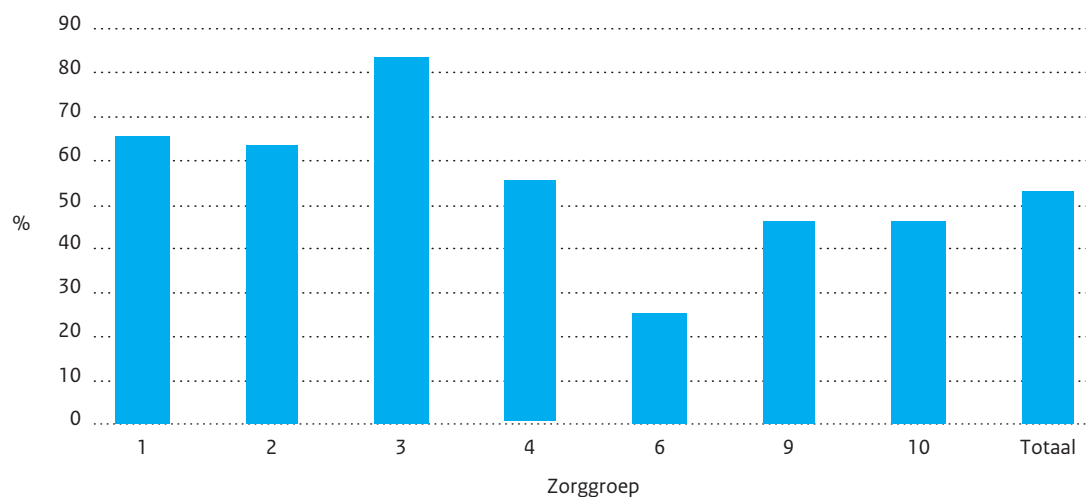
### Meer dan helft van respondenten gebruikt diabetespas of diabetesdagboekje

In zorggroep 1, 2 en 3 gebruikte meer dan 60% van de patiënten een diabetespas of diabetesdagboekje (zie Figuur B4.6), terwijl in zorggroep 6 maar een kwart van de respondenten aangaf een diabetespas of diabetesdagboekje te gebruiken. Te verwachten valt dat het gebruik van de diabetespas in de toekomst af zal nemen door de opkomst van digitale portals zoals [www.mijndvn.nl](http://www.mijndvn.nl) en de implementatie van KIS-en.

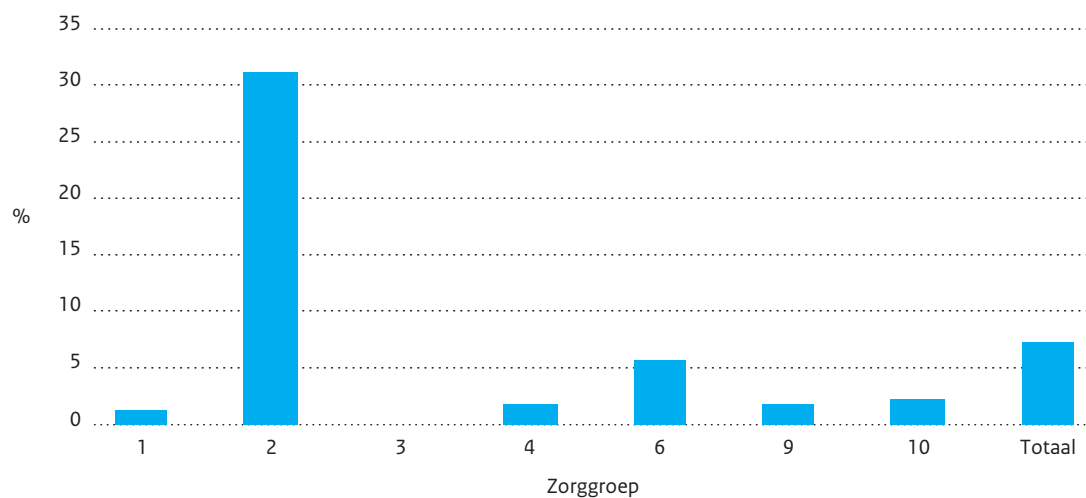
### Zorggroep 2 koploper in toegang tot medisch dossier via eigen computer

Figuur B4.7 laat zien dat zorggroep 2 voorop loopt in de digitale toegang van patiënten tot hun dossier. Meer dan 30% van de respondenten uit zorggroep 2 gaf aan zijn eigen medisch dossier in te kunnen zien via internet. De verschillen tussen zorggroepen zijn onder andere te verklaren door verschillen in de ICT-systemen die door de verschillende zorggroepen gebruikt worden. Niet via alle ICT-systemen kunnen patiënten elektronisch toegang tot het eigen dossier worden verstrekt. Opgemerkt moet worden dat zorggroep 6 hier recent mee is gestart en dat nu 6% van de respondenten toegang heeft tot hun medisch dossier.

**Figuur B4.6** Percentage respondentent dat diabetespas of diabetesdagboekje gebruikt, per zorggroep en voor het totaal (n=1454).



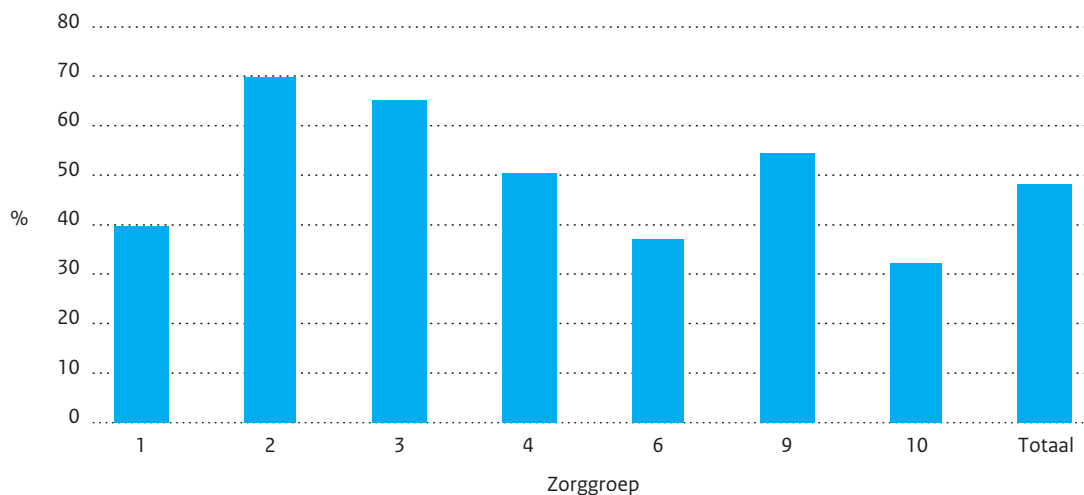
**Figuur B4.7** Percentage respondentent dat toegang heeft tot medisch dossier via eigen computer, per zorggroep en voor het totaal (n=1429).



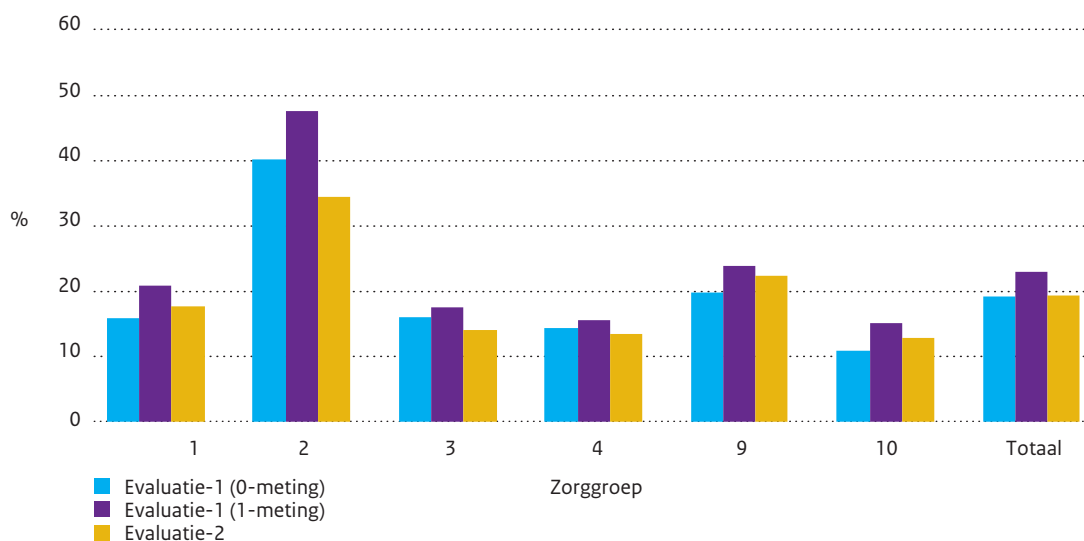
#### Bijna helft van respondentent controleert zelf zijn of haar glucosewaarden

In vier van de zeven zorggroepen controleerde meer dan 50% van de respondentent zijn/haar glucosewaarden zelf. Patiënten van zorggroep 1, 6 en 10 blijven achter op het gemiddelde (zie Figuur B4.8). Het zelf controleren van glucosewaarden door patiënten is een onderdeel van zelfmanagement. Zelfmanagement is een belangrijk onderdeel van de zorg voor diabetes patiënten. Door zelfcontrole kan meer inzicht worden verkregen in factoren die bloedglucosewaarden bepalen en kan zo leiden tot een adequate bloedglucoseregulatie. Ook kan zelfcontrole het gebruik van extra medicatie of de overgang naar het gebruik van insuline uitstellen en complicaties voorkomen, uitstellen of verminderen (NDF, 2007).

**Figuur B4.8** Percentage respondentent dat zelf hun glucosewaarden controleert, per zorggroep en voor het totaal (n=1457).



**Figuur B4.9** Percentage respondentent met twaalf of meer goede antwoorden op de Diabeteskennistest, per zorggroep en voor het totaal, tijdens evaluatie-1 (0- en 1-meting, N=863 en N= 487) en evaluatie-2 (2-meting, n=1120).



## B4.8 Kennis van gezonde leefstijl en diabetes

De kennis van de patiënten over gezonde leefstijl en diabetes is getoetst door middel van een gevalideerde Diabeteskennistest (Fitzgerald et al., 1998). Deze gevalideerde vragenlijst bestaat uit veertien vragen.

### Geen toename van kennis sinds start evaluatie-1

De score op de Diabeteskennistest van de respondenten blijkt redelijk stabiel in de afgelopen jaren (zie Figuur B4.9). De respondenten van zorggroep 2 scoorden op alle drie de meetmomenten het hoogst. In de laatste meting gaf één op de drie respondenten uit zorggroep 2 op twaalf of meer vragen goede antwoorden. Mogelijk is de hoge score van de respondenten van zorggroep 2 het gevolg van het hoge percentage insulinegebruikers in deze zorggroep (zie Figuur B4.2). Insulinegebruikers hebben over het algemeen meer kennis nodig over voeding en andere aspecten zoals uitgevraagd in de Diabeteskennistest dan niet insulinegebruikers. Mogelijk speelt ook het hoge percentage patiënten dat digitaal toegang heeft tot het eigen dossier hier een rol (zie Figuur B4.7).

**Tabel B4.14** Gezondheidsvaardigheden, per zorggroep en voor het totaal (%).

	Zorggroep							
	1	2	3	4	6	9	10	Totaal
<b>Hoe vaak helpt iemand u met het lezen van brieven of folders van uw huisarts of het ziekenhuis? (n=1453)</b>								
Nooit	76,0	85,2	81,1	81,3	74,2	89,7	78,5	81,5
Af en toe	10,2	7,4	10,8	9,5	13,3	4,2	7,9	8,3
Soms	5,8	2,3	5,4	3,7	5,5	2,3	4,0	3,8
Vaak	3,6	0,8	0,0	2,1	2,3	1,9	4,0	2,4
Altijd	4,4	4,3	2,7	3,3	4,7	1,9	5,6	4,0
<b>Hoe zeker bent u ervan dat u medische formulieren zelf goed invult? (n=1422)</b>								
Heel erg	26,7	37,5	36,1	28,9	33,3	48,7	29,4	34,4
Nogal	49,8	38,6	44,4	52,3	41,5	38,4	39,9	43,2
Een beetje	15,7	13,5	11,1	8,8	10,6	5,7	15,4	11,7
Een klein beetje	3,2	3,2	0,0	1,7	8,1	1,9	5,5	3,5
Helemaal niet	4,6	7,2	8,3	8,4	6,5	5,3	9,9	7,2
<b>Hoe vaak is het moeilijk voor u meer te weten te komen over uw gezondheid, omdat u geschreven informatie niet goed begrijpt? (n=1425)</b>								
Nooit	50,0	57,6	61,1	47,9	48,4	69,2	45,4	53,8
Af en toe	29,8	25,9	30,6	32,4	25,0	19,8	29,6	27,2
Soms	14,7	10,2	2,8	13,9	19,4	8,0	15,8	12,8
Vaak	3,7	3,1	2,8	4,6	4,8	1,9	7,2	4,2
Altijd	1,8	3,1	2,8	1,3	2,4	1,1	2,1	2,0

## B4.9 Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden (ook wel aangeduid met de term ‘health literacy’) zijn vaardigheden die mensen nodig hebben om toegang te krijgen tot informatie over gezondheid, om die informatie te kunnen begrijpen en te kunnen gebruiken om gezondheidsgerelateerde beslissingen te nemen (Ratzan, 2001).

Gezondheidsvaardigheden kunnen op verschillende manieren worden gemeten. Een veelgebruikt instrument bij onderzoek naar gezondheidsvaardigheden van patiënten zijn de screeningsvragen van Chew (Chew et al., 2004). Deze screeningsvragen zijn gericht op het lezen, begrijpen en toepassen van informatie en is met name een goed instrument om patiënten met lage gezondheidsvaardigheden te identificeren (Chew et al., 2004; Chew et al., 2008).

### Gezondheidsvaardigheden wijken niet af van algemene populatie

De meerderheid van de respondenten gaf aan nooit geholpen te worden met het lezen van brieven of folders van huisarts of het ziekenhuis (82%) (zie Tabel B4.14). Ruim 4% gaf aan ‘altijd’ hulp te krijgen. Op de vraag naar hoe zeker mensen zijn van het goed invullen van medische formulieren gaf de meerderheid aan ‘heel erg’ of ‘nogal zeker’ te zijn (78%), terwijl 11% aangaf ‘een klein beetje’ of ‘helemaal niet’ zeker te zijn. Ook gaf 6% van de respondenten aan het ‘vaak’ of ‘altijd’ moeilijk te vinden om meer te weten te komen over hun gezondheid, omdat zij de geschreven informatie niet goed begrijpen. Bij 54% is dit echter ‘nooit’ het geval.

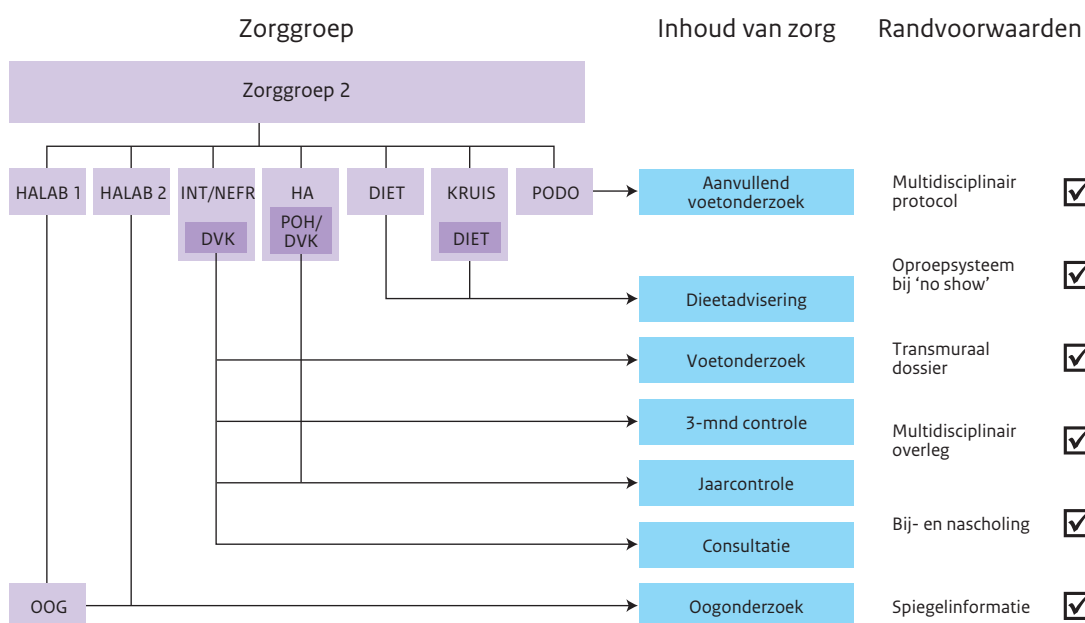
De hierboven genoemde percentages zijn in lijn met uitkomsten van eerder onderzoek naar gezondheidsvaardigheden in de algemene populatie (Chew et al., 2004; Chew et al., 2008).

## Bijlage 5 Samenvatting zorggroepen

### Leeswijzer

In Paragraaf 2.1 is een algemene beschrijving van de zorggroepen en de keten-dbc contracten gegeven. In Bijlage 5 wordt voor elke zorggroep de organisatie in een figuur weergegeven, met uitzondering van zorggroep 1 (zie ook Paragraaf 2.1 en Bijlage B2.1). In deze figuren wordt aangegeven welke zorgdisciplines binnen de zorggroep werkzaam zijn of door de zorggroep zijn gecontracteerd en welke onderdelen van de zorg zij verlenen. Daarnaast wordt aangegeven in hoeverre randvoorwaarden voor een goede organisatie van diabeteszorg geïmplementeerd zijn. Als laatste wordt een viertal algemene kenmerken van de zorggroep gepresenteerd (zie Bijlage 6 voor de afkortingen).

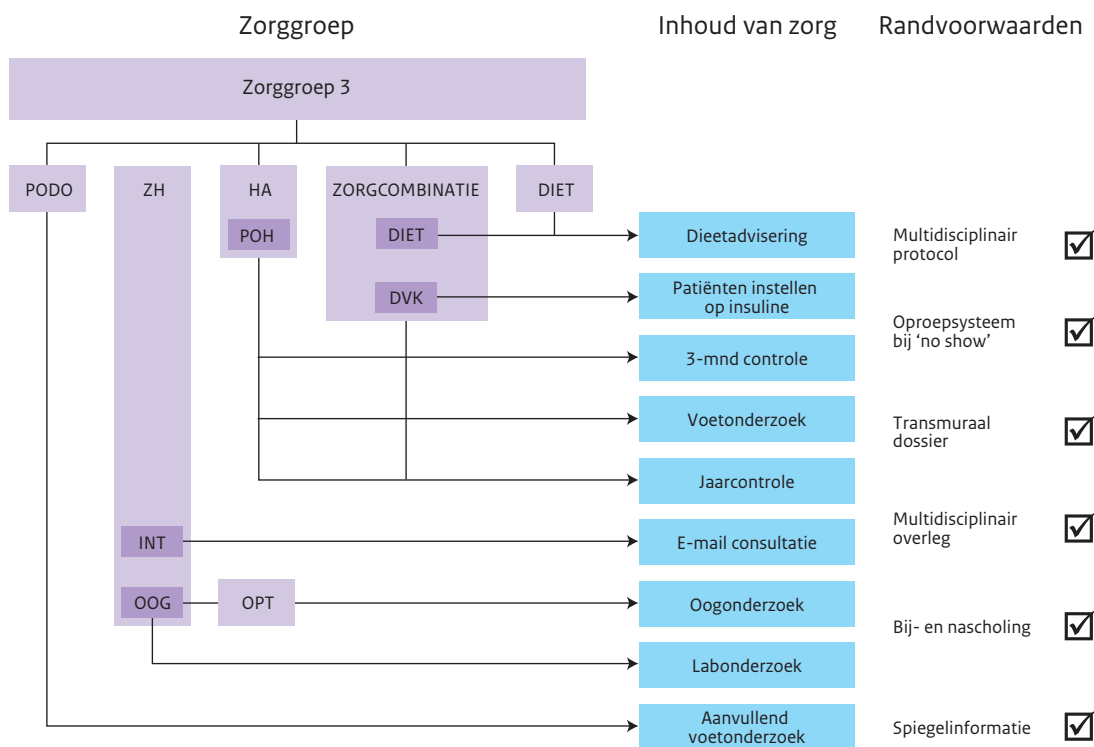
**Figuur B5.1** Zorggroep 2.



Juridische vorm	Stichting
Mono- vs. multidisciplinair (zorgdiscipline(s))	n.v.t.
Tarief keten-dbc p.p.p.j. (2010)	€ 381
Aantal participerende huisartsen	130

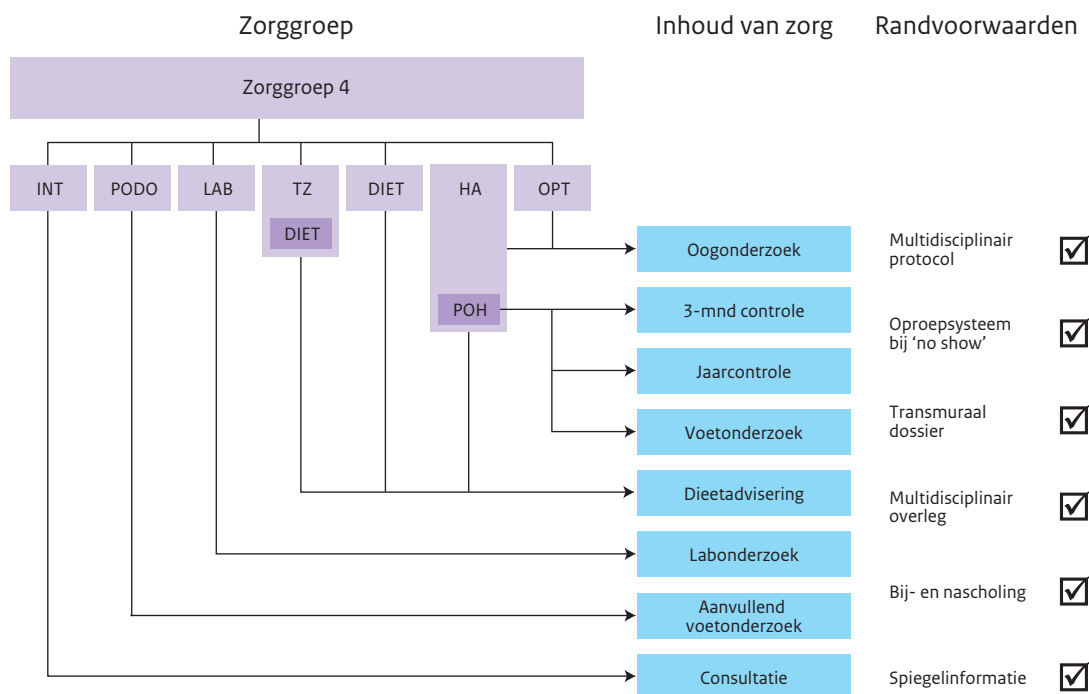


**Figuur B5.2** Zorggroep 3.



Juridische vorm	Bv
Mono- vs. multidisciplinair (zorgdiscipline(s))	Multidisciplinair (HA + zorgcombinatie (ZH + TZ + V&V))
Tarief keten-dbc p.p.p.j. (2010)	€ 479
Aantal participerende huisartsen	62

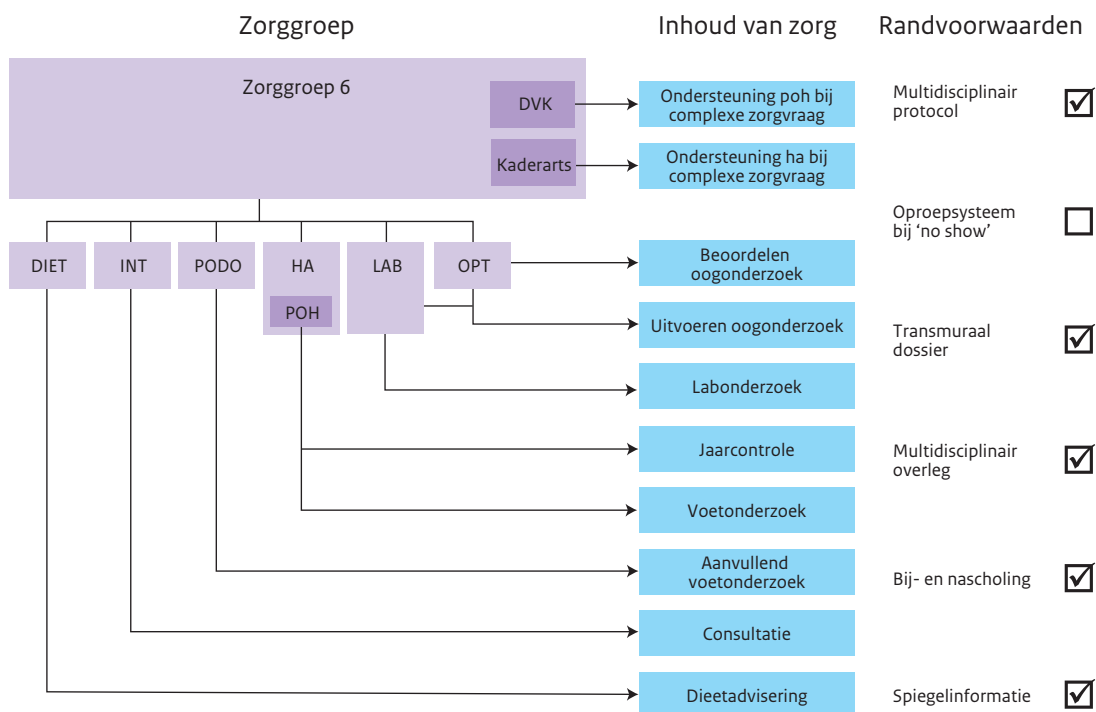
**Figuur B5.3** Zorggroep 4.



De huisarts kan het jaarlijkse oogonderzoek zelf verrichten nadat bijscholing hiervoor is gevolgd

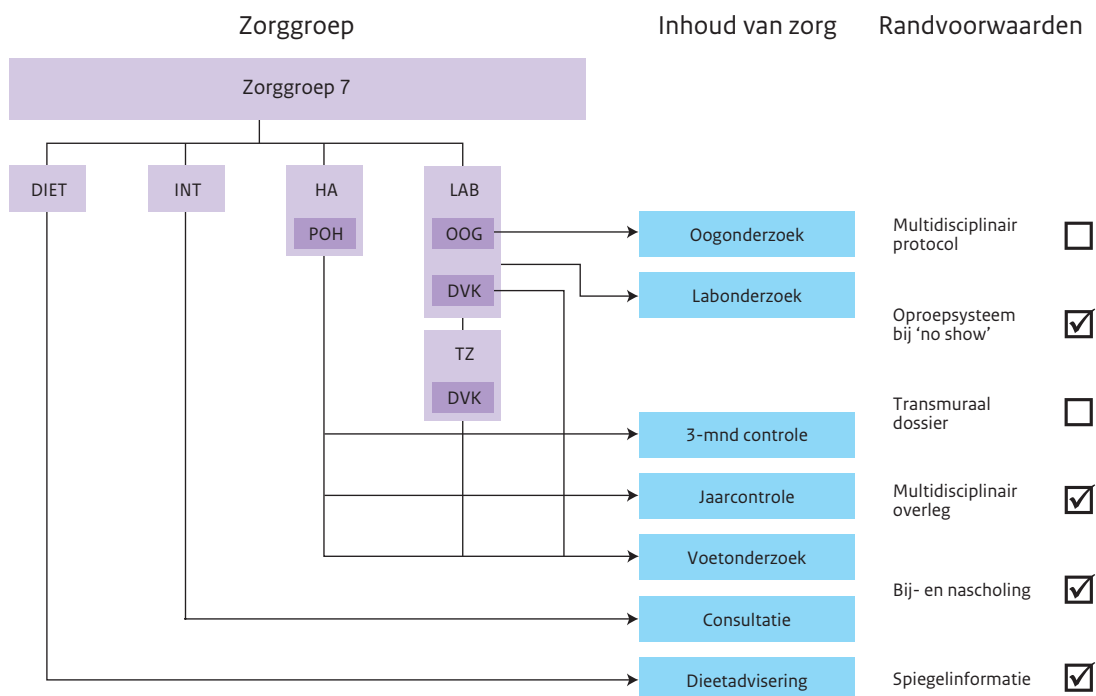
Juridische vorm	Bv
Mono- vs. multidisciplinair (zorgdiscipline(s))	Monodisciplinair (HA)
Tarief keten-dbc p.p.j. (2010)	€ 411
Aantal participerende huisartsen	113

**Figuur B5.4** Zorggroep 6.



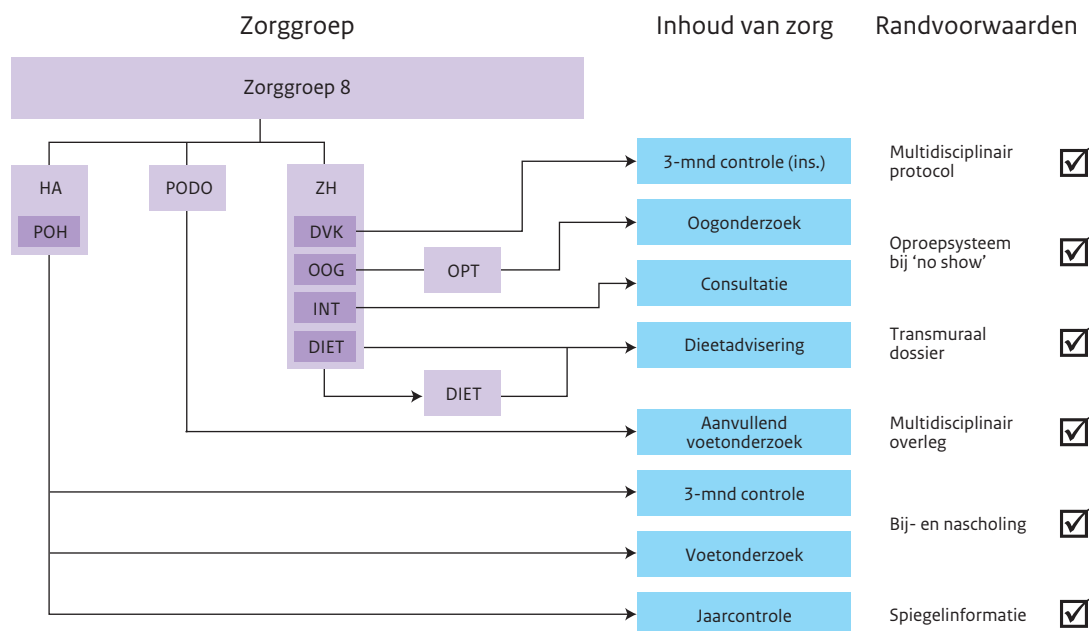
Juridische vorm	Cv
Mono- vs. multidisciplinair (zorgdiscipline(s))	Multidisciplinair (HA + HALAB)
Tarief keten-dbc p.p.p.j. (2010)	€ 430
Aantal participerende huisartsen	85

**Figuur B5.5** Zorggroep 7.



Juridische vorm	Stichting
Mono- vs. multidisciplinair (zorgdiscipline(s))	n.v.t.
Tarief keten-dbc p.p.p.j. (2010)	€ 385
Aantal participerende huisartsen	110

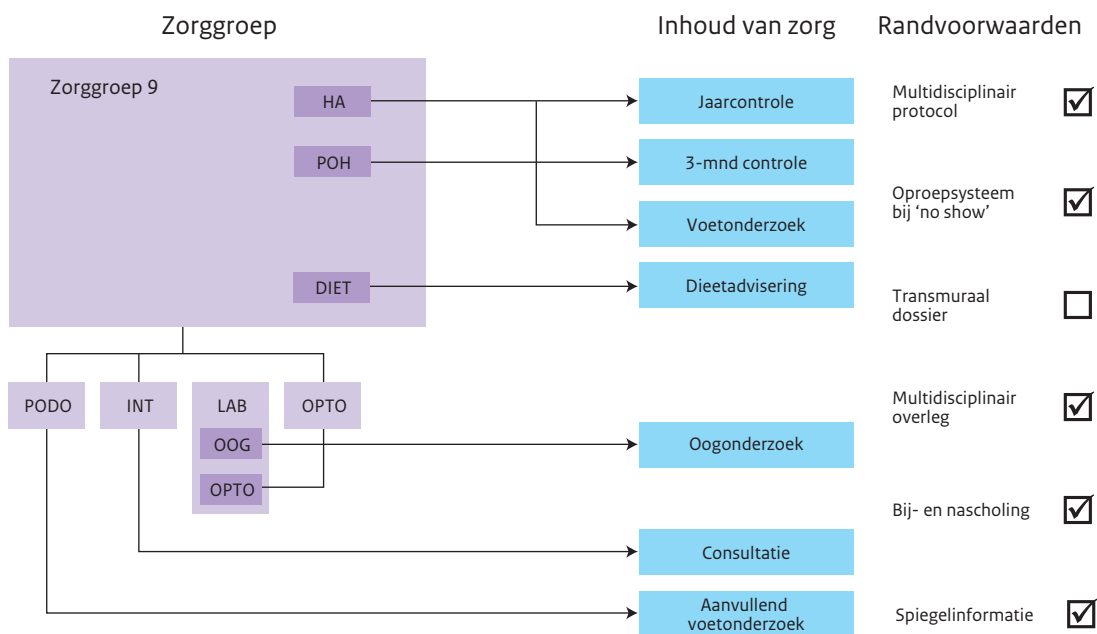
**Figuur B5.6** Zorggroep 8.



Bij insuline-gebruikers worden de driemaandelijkse controles om en om uitgevoerd door poh en DVK. Patiënten die geen insuline gebruiken worden alleen gezien door de poh.

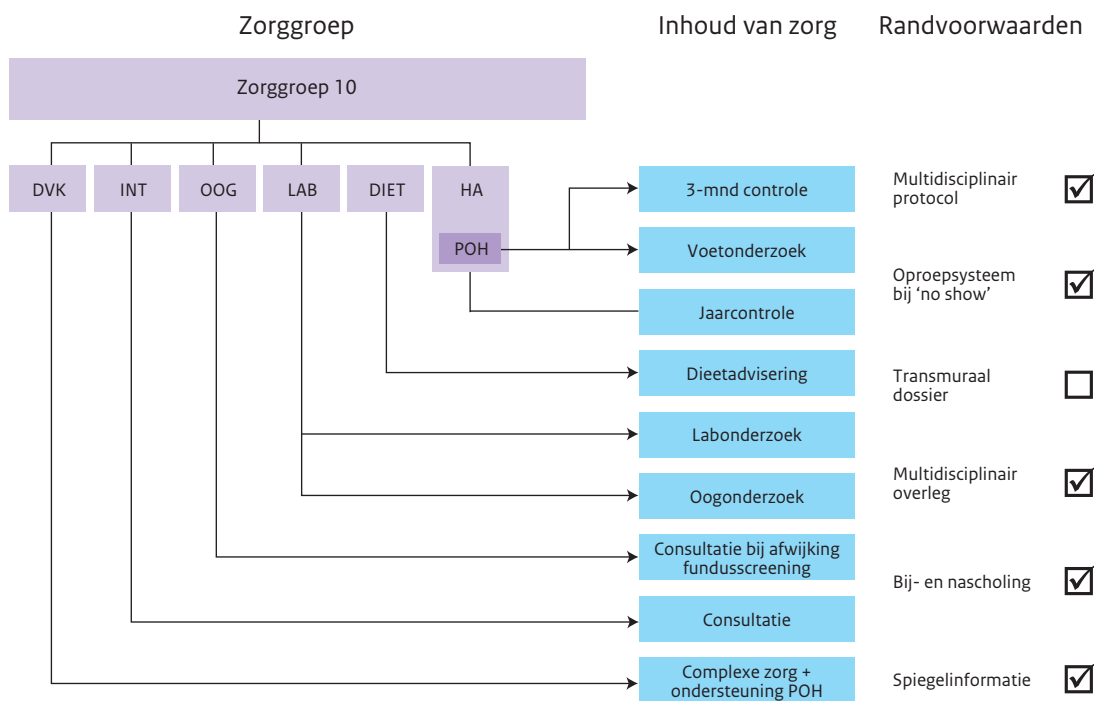
Juridische vorm	Coöperatie
Mono- vs. multidisciplinair (zorgdiscipline(s))	Monodisciplinair (HA)
Tarief keten-dbc p.p.j. (2010)	€ 384
Aantal participerende huisartsen	35

**Figuur B5.7** Zorggroep 9.



Juridische vorm	Stichting
Mono- vs. multidisciplinair (zorgdiscipline(s))	n.v.t.
Tarief keten-dbc p.p.p.j. (2010)	€ 405
Aantal participerende huisartsen	130

**Figuur B5.8** Zorggroep 10.



Juridische vorm	Bv
Mono- vs. multidisciplinair (zorgdiscipline(s))	Monodisciplinair (HA)
Tarief keten-dbc p.p.p.j. (2010)	€ 439
Aantal participerende huisartsen	40

## Bijlage 6 Afkortingen

ACIC	Assesment of Chronic Illness Care
ACO	Accountable Care Organization
BI	Betrouwbaarheidsinterval
BMI	Body Mass Index
btw	belasting toegevoegde waarde
bv	besloten vennootschap
CARD	cardioloog
CCG	Clinical Commissioning Group
CCM	Chronic Care Model
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
CQ	Consumer Quality Index
cv	commanditaire vennootschap
CVR	cardiovasculair risicomanagement
dbc	diagnosebehandelcombinatie
DIET	diëtist
DVK	diabetesverpleegkundige
DVN	Diabetes Vereniging Nederland
EIB	Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging
fte	fulltime-equivalent
GFR	glomerulaire filtratiesnelheid
HA	huisarts
havo	hoger algemeen voortgezet onderwijs
HbA1c	hemoglobine A1c
hbo	hoger beroepsonderwijs
HDL	hoge dichtheid lipoproteïne
HIS	huisartsinformatiesysteem
IB	integrale bekostiging
iBMG	instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
ICT	informatie- en communicatietechnologie
INT	internist
KIS	keteninformatiesysteem
KRUIS	kruisvereniging
LAB	(huisartsen)laboratorium
lbo	lager beroepsonderwijs
LDL	lage dichtheid lipoproteïne
Its	lagere technische school
mavo	middelbaar algemeen voortgezet onderwijs
mbo	middelbaar beroepsonderwijs
MDRD	modification of diet in renal disease
MDS	Minimale Dataset
mmHg	millimeter kwikdruk
mmol/l	millimol per liter
mmol/mol	millimol per mol
NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
NEFR	nefroloog
NEUR	neuroloog
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Nivel	Nederlands instituut onderzoek van de gezondheidszorg
NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OOG	oogarts
OPT	optometrist
PACIC	Patient Assessment of Chronic Illness Care



PAT	patiëntenvragenlijst
PDCA	plan do check act cyclus
PODO	podothérapeut
poh	praktijkondersteuner hbo
p.p.p.j.	per persoon per jaar
REG	registratiegegevens
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SD	standaarddeviatie
SF-12	Short Form (12) Health Survey
TZ	thuiszorg
VAAT	vaatchirurg
V&V	verpleging en verzorging
VRM	vasculair risicomanagement
vwo	voorbereidend wetenschappelijk onderwijs
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
wo	wetenschappelijk onderwijs
Wtzi	Wet toelating zorginstellingen
ZH	ziekenhuis
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland en Medische wetenschappen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek

JN Struijs | JT de Jong-van Til | LC Lemmens | HW Drewes |  
SR de Bruin | CA Baan

Rapport 260224003/2012

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

maart 2012