

# Hoe onze ketenzorg (nog) beter kan

Pieter Buis

Ketenzorg is een belangrijk onderdeel van de zorg in de huisartsenpraktijk. Hoeveel mensen profiteren er eigenlijk van die ketenzorg en wat zijn de aanbevelingen en verwachtingen voor de toekomst? InEen zocht het uit. Deze organisatie heeft een rapportage uitgebracht over programmatische ketenzorg 2020 op basis van medisch-inhoudelijke indicatoren van zorggroepen. Het doel van de rapportage is dat zorggroepen zich kunnen spiegelen aan deze benchmark, om zo hun zorgverlening gericht te verbeteren.

De rapportage betreft de zorgprogramma's diabetes mellitus type 2, vasculair risicomanagement bij patiënten met hart- en vaatziekte (HVZ) en zonder hart- en vaatziekte (VVR Verhoogd Vasculair Risico), COPD en astma. Van de door InEen aangeschreven zorggroepen leverden er 100 (vorig jaar 113) hun data aan over de NHG-indicatoren van bovengenoemde zorgprogramma's over het jaar 2020.

Met elkaar vertegenwoordigen de 100 aanleverende zorggroepen ongeveer 15.230.595 inwoners van Nederland (88%), verspreid door het land. De gerapporteerde gegevens zijn geanalyseerd en becommentarieerd door 2 experts op het gebied van het betreffende zorgprogramma. Zie de verschillende [kaders] voor het overzicht per aandoening.

Uit het rapport van InEen blijkt dat er grote inspanningen worden geleverd om patiënten met chronische ziekten optimaal te controleren en te behandelen. Het is interessant om verder te analyseren waar de grote verschillen tussen zorggroepen vandaan komen. Voor zorggroepen is het goed om oog te hebben voor praktijkvariatie en daar kwaliteitsbeleid op te voeren. Zorggroepen kunnen daarin ook van elkaar leren. Ondertussen moeten we steeds voor ogen houden waar we dit allemaal voor doen. Alleen patiënten die baat hebben bij ketenzorg moeten we includeren in een programma en pas als de diagnose duidelijk is gesteld. Waar blijven de cijfers van de tweede lijn om te zoeken naar verklaringen voor verschillen in substitutie?

De belangrijkste vraag die we ons moeten stellen is of we verder moeten gaan op deze weg vol ketens, waarbij de patiënt voor iedere kwaal naar een aparte hulpverlener gaat. Is het tijd voor integratie van de ketens met een POH-generalist als eerstelijnspecialist voor chronische ziekten? ■

## LITERATUUR

1. InEen. Transparante ketenzorg 2020. Rapportage zorggroepen diabetes mellitus, VRM, COPD en astma. Spiegel voor het verbeteren van chronische zorg. Utrecht: InEen, 2021.

### DIABETES MELLITUS TYPE 2

Voor diabetes type 2 is de gemiddelde prevalentie 5,4%. Van de patiënten met diabetes is 89% onder behandeling in de eerste lijn. Er zijn echter grote verschillen tussen zorggroepen, onder andere door populatieverschillen. Ook de mate van substitutie wisselt tussen zorggroepen. De uitkomsten van de gerapporteerde indicatoren zijn door de bank genomen heel mooi, en bieden daarom voor veel zorggroepen slechts beperkte handvatten om de zorg verder te optimaliseren. Door de COVID-19-pandemie zijn alle procesindicatoren (eGFR, albumine-creatinineratio, rookstatus, fundus- en voetonderzoek) wel iets minder goed dan vorig jaar. Het gemiddeld aantal rokers daalde voor het elfde achtereenvolgende jaar verder en is inmiddels minder dan 13%.

Aanbevelingen bij diabetes:

- Verdere substitutie bij zorggroepen met relatief veel patiënten in de tweede lijn, zeker nu voor het voorschrijven van een GLP1-agonist geen verwijzing meer nodig is.
- Aandacht voor gedeelde besluitvorming over statine-gebruik bij diabetespatiënten van verschillende leeftijden en met kwetsbaarheid.
- Let op strengere streefwaardes bij diabetespatiënten met hart- en vaatziekten.
- Extra aandacht voor diabetespatiënten met chronische nierschade.

### COPD

De gemiddelde prevalentie van COPD is al een aantal jaren stabiel: 2%. Ongeveer 50% van de COPD-patiënten krijgt programmatische zorg in het zorgprogramma; 14% heeft de huisarts als hoofdbehandelaar maar krijgt geen programmatische zorg en een onveranderd percentage van 25% is onder behandeling in de tweede lijn. Verdere substitutie blijft dus uit. Het percentage rokers in de COPD-populatie daalde opnieuw, van 37% naar 35%. Het aantal patiënten met 2 of meer exacerbaties daalde, waarschijnlijk door COVID-19, van 6% naar 4%.

Aanbevelingen bij COPD:

- Aandacht voor valide diagnosestelling en adequaat onderscheid tussen COPD, astma en gemengde beelden van COPD met astma.
- Een aantal regio's laat zien dat meer substitutie heel goed mogelijk is. Zorggroepen waar de substitutie achterblijft dienen samen met de longartsen na te gaan wat er nodig is om dit punt te verbeteren.



Het is mogelijk tijd voor integratie van de ketens met een POH-generalist als eerstelijnspecialist voor chronische ziekten.

Foto: Shutterstock

### **HART- EN VAATZIEKTEN (HVZ) EN VERHOOGD VASCULAIR RISICO (VVR)**

De gemiddelde prevalentie van patiënten met een HVZ is 5,7%. Dit percentage is gestegen ten opzichte van 2019 [4,9%]. Dat komt door uitbreiding van deze categorie met patiënten met ernstige chronische nierschade [ECN] en met patiënten in de primaire preventie met een score op ziekte en sterfte van respectievelijk > 20% en > 10%. Van de patiënten met een HVZ is 70% onder behandeling in de eerste lijn, met een aanzienlijke spreiding tussen zorggroepen.

De gemiddelde prevalentie van patiënten met een VVR is 8,5%, waarvan 68% in een eerstelijnszorgprogramma zit. Het aantal patiënten dat wel onder behandeling is bij de huisarts, maar niet in het zorgprogramma zit, is de laatste jaren gestegen. De spreiding is groot.

Aanbevelingen bij VVR:

- Eenduidige afspraak over terminologie VVR respectievelijk HVZ.
- Meer aandacht voor digitale zorg en meer geïndividualiseerde, persoonsgerichte VVR-zorg die is gericht op eigen regie en zelfmanagement.

### **ASTMA**

De gemiddelde prevalentie van astma bedraagt 5,9%. Daarvan is 33% opgenomen in het zorgprogramma; 23% heeft de huisarts als hoofdbehandelaar maar krijgt geen programmatische zorg; 11% is onder behandeling in de tweede lijn. Van de overige patiënten is geen hoofdbehandelaar geregistreerd. Het percentage rokers daalde verder onder de 10% [landelijk percentage 20%!]

Aanbevelingen bij astma:

- Alle astmapatiënten die ICS gebruiken moeten volgens de richtlijnen programmatische zorg kunnen krijgen. Daarom moeten alle zorggroepen in Nederland in overleg met de zorgverzekeraars een zorgprogramma astma organiseren.
- Registratie hoofdbehandelaarschap verbeteren.

Buis PAJ. Hoe onze ketenzorg [nog] beter kan. Huisarts Wet 2022;65:001:10.1007/s12445-022-1436-8.

Huisartsenpraktijk Buis en Van der Plas, Harderwijk: dr. Pieter Buis, huisarts en redactielid H&W, pajbuis.huisarts@planet.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.