

Effecten van gestructureerde COPD-zorg vanuit zorginkoop perspectief

Paul van Dijk, Onno van der Galiën, Aldien Poll

Inleiding

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 hebben zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid om namens hun verzekerden zorg op een doelmatige wijze in te kopen, binnen de macrokaders van de overheid. Zowel zorgverzekeraars als -aanbieders moeten hieraan wennen en dienen te investeren in dit zorginkoopproces.¹ Bij die inkoop is niet de financiering van het bestaande aanbod leidend, maar de behoefte aan zorg van een patiënt of een groep patiënten. Deze behoefte hangt samen met het vóórkomen van aandoeningen in wijken of gebieden en daarom is informatie over de opbouw van het verzekerdenbestand en hun huidige en toekomstige gezondheidsvragen van belang. Zorgverzekeraar Agis doet vooraf analyses in haar declaratiebestand om gericht te kunnen inkopen. Een van de aandoeningen die deze zorgverzekeraar in dit interne analyseprogramma selecteerde was COPD, een ziektebeeld met een grote ziektelast, waarbij het beroep op de zorg fors is.² Behalve op kwantitatieve overwegingen moet men de ingekochte zorg zo veel mogelijk baseren op professionele kwaliteitsnormen, wat moet leiden tot verbetering van zorguitkomsten. Bij het vaststellen van zorguitkomsten spelen zowel het professionele perspectief als dat van patiënten een belangrijke rol. Uit de literatuur komt het beeld naar voren dat een gestructureerde aanpak bij COPD tot verbetering van zorgpro-

cessen³ en betere resultaten op patiëntniveau leidt.⁴ Wij waren daarom geïnteresseerd in de vraag of verschillen in de manier waarop men de zorg voor COPD-patiënten levert tot uiteenlopende uitkomsten leiden.

Methode

Het onderzoeksontwerp is dat van een retrospectief cohortonderzoek. We onderzochten verschillen in zorguitkomsten bij COPD-patiënten van drie groepen huisartsen. Groep 1 (de kadergroep) bestond uit twee gezondheidscentra waarin kaderhuisartsen voor astma en COPD de zorg voor chronische luchtwegproblemen coördineerden (in de onderzoeksperiode waren dit de enige zogenaamde CAHAG-huisartsen in Amsterdam). Groep 2 (de regiogroep) bestond uit de overige huisartsen met een praktijk in hetzelfde stadsdeel als de kadergroep. Groep 3 betrof de overige huisartsen in de stad Amsterdam (de stadsgroep).⁵

Gestructureerde zorg

De gestructureerde zorg door een kaderhuisarts is ingericht aan de hand van de NHG-Standaard. In de organisatie is een centrale rol weggelegd voor praktijkondersteuners, die de regie over het proces voeren. Ze doen de longfunctiemetingen in eigen beheer en houden de resultaten zodanig elektronisch bij, dat ze periodiek

risico's op de kans op opname vanwege COPD en het gebruik van een prednisonstootkuur en antibiotica gemeten.

Resultaten Het onderzochte cohort bestond uit 105.902 verzekerden. In alledrie de groepen patiënten was de proportie starters met luchtwegmedicatie en de duur van het gebruik vergelijkbaar. In de controlegroepen bleek de kans op opname in een ziekenhuis bijna 2,5 maal zo hoog en was de kans op gebruik van een prednisonstootkuur en antibiotica 1,3 maal zo hoog.

Conclusie Gestructureerde COPD-zorg lijkt tot betere zorguitkomsten te leiden en de zorginkoop voor deze groep patiënten zou zich daar meer op moeten richten.

Agis Zorgverzekeringen, Postbus 19, 3800 HA Amersfoort: dr. P. van Dijk, adviserend geneeskundige; O. van der Galiën, adviseur zorginnovatie en risicoverevening; A. Poll, adviseur Raad van Bestuur. AMC, divisie Klinische Methoden en Public Health, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: dr. P. van Dijk, onderzoeker.

Correspondentie: p.van.dijk@agisweb.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Samenvatting

Van Dijk P, Van der Galiën O, Poll A. Effecten van gestructureerde COPD-zorg vanuit zorginkoop perspectief. *Huisarts Wet* 2010;53(9):464-7.

Inleiding We hebben onderzoek gedaan naar de effecten van gestructureerde COPD-zorg door huisartsen die moet leiden tot een betere instelling, een betere kwaliteit van leven en minder exacerbaties.

Methode Uit alle verzekerden bij zorgverzekeraar Agis stelden we een cohort van verzekerden samen van veertig jaar en ouder, die op het moment van inclusie geen medicatie gebruikten voor diabetes of hart- en vaatziekten en geen medicatie voor de luchtwegen. Ze stonden ingeschreven bij drie groepen Amsterdamse huisartsen: een groep gestructureerde zorg, inclusief een kaderhuisarts COPD (referentiegroep), de overige huisartsen in dezelfde regio en de overige huisartsen in de stad (controlegroepen). We hebben de starters met luchtwegmedicatie over een periode van vijf jaar in beeld gebracht om een indruk te krijgen van de vergelijkbaarheid op aantallen gebruikers en lengte van het gebruik. In het vijfde jaar hebben we de relatieve

Wat is bekend?

► Uit de literatuur blijkt dat gestructureerde COPD-zorg leidt tot verbetering van het zorgproces en resultaten bij patiënten.

Wat is nieuw?

- In dit onderzoek bestaan grote verschillen in zorggebruik tussen COPD-patiënten met gestructureerde zorg met een kaderhuisarts en COPD-patiënten bij wie dat niet het geval is.
- Gestructureerde COPD-zorg leidt tot minder opnamen, minder prednisonstootkuren en minder antibioticagebruik.
- Voor zorgverzekeraars kan dit aanleiding zijn om zich op inkoop van gestructureerde zorg te richten.

een overzicht van de uitkomsten van zorg aan de hulpverleners kunnen terugkoppelen. Deze werkwijze is ons bekend uit contractbesprekingen met beide huisartsengroepen. De overige groepen werkten mogelijk anders en hadden in ieder geval geen kaderhuisarts voor astma en COPD.

Inclusie

We includeerden alle in Amsterdam wonende Agis-verzekerden van veertig jaar en ouder, die vanaf 2001 verzekerd waren en bij Agis verzekerd bleven tot en met 2006. Ze mochten op 1 januari 2002 en in 2001 geen luchtwegmiddelen gebruiken (ATC-code R03, 'middelen bij astma/COPD') en geen medicatie gebruiken die wijst op comorbiditeit van diabetes mellitus of hart- en vaatziekten. We identificeerden de verzekerden aan de hand van postcodes; voor specifieke aandoeningen deden we dat met behulp van medicatiegebruik en DBC-codes. Aan de hand van de inschrijving op naam identificeerden we de betreffende huisarts. Dit cohort splitsten we in drieën: een kadergroep, een regiogroep en een stadsgroep.

Uitkomstmaten

De uitkomstmaten waren het percentage ziekenhuisopnamen met als ontslagdiagnose COPD, het percentage patiënten dat kort prednison gebruikte (stootkuur) en het percentage patiënten dat antibiotica gebruikte. Alle drie golden als maat voor het optreden van exacerbaties. De uitkomstmaten zijn in kaart gebracht over het jaar 2006.

Gegevensverzameling

Wij verzamelden de gegevens in het declaratiebestand van Agis, waarin alle declaraties op verzekerdennummer (anoniem) zijn opgeslagen.

Analyse

Omdat zorguitkomsten niet alleen door huisartsen worden bepaald, maar onder andere ook door de overige zorginstellingen, vergeleken we de uitkomsten van de zorg door de kaderarts met die van huisartsen in dezelfde stadsregio. Deze huisartsen maken gebruik van hetzelfde referentieziekenhuis en zijn voor een belangrijk deel ook georganiseerd in gezondheidscentra. Daarnaast vergeleken we de uitkomsten met de gemiddelden over heel

Amsterdam minus de regiogroep, met de kadergroep.

In een multi-pele regressieanalyse, met de patiënt als analyse-eenheid, bepaalden we de relatieve risico's op de uitkomsten van de regio- en stadsgroep (controlegroepen) ten opzichte van de kadergroep (referentiegroep). We corrigeerden voor de populatiekenmerken die men gebruikt bij de zogenaamde risicoverevening (de compensatie voor voorspelbare kosten in de budgettering van zorgverzekeraars): leeftijd, geslacht, postcode (achterstandswijken) en voor gezondheidsstatus aan de hand van proxyvariabelen, zoals geneesmiddelengebruik en DBC-code.

Resultaten

Uiteindelijk includeerden we 105.942 verzekerden. Het percentage verzekerden dat in de onderzoeksperiode luchtwegmiddelen ging gebruiken (starters) was in de kadergroep, de regiogroep en de stadsgroep respectievelijk 14,2% (n = 2226), 12,5% (n = 8331) en 13,1% (n = 95.385). De duur van het gebruik van de luchtwegmiddelen, als maat voor de ernst (1, 2, 3, 4 of 5 jaar), verschilde niet (tabel 1).

Tabel 2 toont de organisatiekenmerken van de huisartsen in het onderzochte cohort. Verzekerden in de kadergroep waren allen ingeschreven in een gezondheidscentrum. In de regiogroep was dit percentage 41,5% en in de stadsgroep 15,8%. Ook voor de ove-



Foto: Shutterstock/Kenneth William Caleno

rige twee organisatiekenmerken waren er verschillen.

Op alle drie de uitkomstmaten bleken er verschillen te bestaan tussen de kadergroep en de andere groepen. De kans op ziekenhuisopname was in beide andere groepen meer dan tweemaal zo groot als in de kadergroep. Het relatieve risico (gecorrigeerd voor de samenstelling van de patiëntenpopulatie) bij de regiogroep was 2,36 (95%-BI 1,65-3,37); bij de stadsgroep was dit 2,52 (95%-BI 1,80-3,51). Voor antibioticagebruik was dit respectievelijk 1,29 (95%-BI 1,23-1,34) en 1,24 (95%-BI 1,20-1,29) voor de regio- en stadsgroep. Patiënten in de regiogroep en de stadsgroep gebruikten vaker prednison. Het relatieve risico was respectievelijk 1,40 (95%-BI 1,31-1,51) en 1,26 (95%-BI 1,18-1,34) (tabel 3).

Beschouwing

Er bestaan grote verschillen in zorguitkomsten bij COPD-patiënten na correctie voor de belangrijkste factoren die deze verschillen zouden kunnen verklaren. Patiënten zonder gestructureerde zorg hebben een ruim twee keer zo grote kans om te worden opgenomen in een ziekenhuis met de diagnose COPD als patiënten die gestructureerde zorg krijgen van samenwerkende huisartsen met een kaderhuisarts astma/COPD. Ze gebruiken bovendien bijna anderhalf keer zo vaak antibiotica en prednison. We hebben in deze analyse niet kunnen corrigeren voor het feit dat in de twee controlegroepen vergelijkbare samenwerkingsverbanden (maar zonder kaderhuisarts) bestaan en voor de waarschijnlijk grote variatie in de samenwerking in de controlegroepen. Dit kan bete-

kenen dat er sprake is van een onderschatting van de effecten van de gestructureerde zorg. Het bestand van Agis bevat weliswaar gegevens over de extra gefinancierde samenwerkingsverbanden, maar beschikt over onvoldoende informatie over de (mate van) samenwerking. De omvang van de gevonden verschillen maakt het onwaarschijnlijk dat de mate van samenwerking de enige verklaring is.

Het is mogelijk dat we behalve patiënten met COPD ook een aantal patiënten met alleen astma hebben ingesloten. Het gaat dan om patiënten, ouder dan veertig jaar, die wel astma hebben, maar gedurende twee jaar geen luchtwegmedicatie hebben gebruikt. Waarschijnlijk betreft dat een relatief gering aantal patiënten. Bovendien dragen zij niet bij aan de ontslagdiagnose COPD, terwijl we juist daar het grootste verschil vonden. De drie groepen zijn vergelijkbaar voor wat betreft het aantal starters en de duur van het gebruik van luchtwegmiddelen (als maat voor de ernst). De kleine verschillen daarin kunnen de verschillen in de uitkomsten niet verklaren. Ook kunnen de verschillen te maken hebben met verschillen in de patiëntengroepen, waarbij sociaaleconomische status een belangrijke parameter is. Een belangrijke correctie hiervoor voerden we echter uit met de factoren die gebruikt worden in de risicoverevening: sociale status en achterstandswijk. Van de gebruikte uitkomstmaten is 'opname gecodeerd voor COPD' één op één te herleiden tot de COPD-groep. Uit een analyse van onze bestanden blijkt dat 90% van de prednisonstootkuur is gekoppeld aan gebruik van luchtwegmedicatie. Het totale

Tabel 1 Aantal verzekerden per groep (40+, geen diabetes mellitus of hart- en vaatziekten bij inclusie), percentages starters met luchtwegmiddelen in de onderzoeksperiode, naar lengte van het gebruik

	n	Totaal	Kadergroep	Regiogroep	Stadsgroep
Aantal verzekerden > 40 jaar		105.942	2226	8331	95385
Geen gebruik in cohortperiode			85,8%	87,5%	86,9%
Starters die luchtwegmiddelen gebruiken, naar lengte van het gebruik					
1 jaar			7,8%	7,0%	7,2%
2 jaar			3,1%	2,5%	2,6%
3-4 jaar			2,5%	2,3%	2,6%
5 jaar			0,8%	0,7%	0,7%

Tabel 2 Organiseatiekenmerken van de huisartsen

Organisatievorm	Kadergroep	Regiogroep	Stadsgroep
1-2 huisartsen	0%	39,8%	50,6%
3-4 huisartsen	0%	18,7%	33,5%
Huisartsen in gezondheidscentra	100%	41,5%	15,8%
	(2 centra)		

Tabel 3 Percentage opnamen met ontslagdiagnose COPD, percentage prednisonstootkuur en antibioticagebruik, als percentages van het cohort, relatieve risico's en 95%-betrouwbaarheidsinterval

	Percentage van het cohort in 2006 (n = 105.942)	RR	95%-BI
Ziekenhuisopnamen met ontslagdiagnose COPD			
Kadergroep	0,3	1,00	referent
Regiogroep	0,6	2,36	1,65-3,37
Stadsgroep	0,8	2,52	1,80-3,51
Antibiotica			
Groep met gestructureerde COPD-zorg	23,5	1,00	referent
Regiogroep	29,0	1,29	1,23-1,34
Stadsgroep	28,4	1,24	1,20-1,29
Prednisongebruik als stootkuur			
Kadergroep	8,1	1,00	referent
Regiogroep	10,2	1,40	1,31-1,51
Stadsgroep	9,7	1,26	1,18-1,34

Abstract

Van Dijk P, Van der Galiën O, Poll A. Effect of structured care for COPD patients from a health insurance perspective. *Huisarts Wet* 2010;53(9):464-7.

Introduction We investigated whether coordinated and structured care provided by general practitioners for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) leads to better disease management and improved patient outcomes, namely, fewer exacerbations and a better quality of life.

Method Patients insured with the Agis Health Insurance Company who were older than 40 years and not taking drugs for respiratory diseases or cardiovascular diseases at the time of inclusion participated in this study. They were on the lists of three groups of general practitioners in Amsterdam: GPs who offered structured care, including a GP specialized in COPD (intervention group), GPs in the same area, and GPs in other areas of Amsterdam (control groups). Patients who started using drugs for respiratory diseases were followed up for 5 years, to determine whether the groups were similar in terms of number of new users and duration of medicine use. In year 5, we assessed the relative risk of hospital admission for COPD, and the use of high-dose prednisone therapy and antibiotics.

Results The cohort consisted of 105,942 individuals. The proportion of new users of respiratory drugs and the duration of medicine use were similar in the three groups. The risk of hospitalization was nearly 2.5-times higher and the use of high-dose prednisone therapy and antibiotics was 1.3-times higher in the control groups than in the intervention group.

Conclusion Structured care for COPD patients would appear to lead to better clinical outcomes. Health insurance companies should encourage this type of care for these patients.

antibioticagebruik is natuurlijk niet één op één gerelateerd aan de COPD-groep. Deze uitkomst is daarom aan discussie onderhevig, maar vertoont dezelfde tendens als het prednisongebruik.

Beperkingen van het onderzoek betreffen het kleine aantal praktijken met gestructureerde zorg met een kaderhuisarts en het feit dat we niet hebben gecorrigeerd voor clustering van patiënten binnen praktijken.

De vraag is of deze gestructureerde zorg met een kaderhuisarts de belangrijkste verklarende factor is voor de gevonden verschillen. We zijn geneigd het effect vooral toe te schrijven aan de combinatie van een al langer hecht samenwerkende groep huisartsen,

die ook op andere gebieden een gestructureerde aanpak kent, en de aanwezigheid van een kaderhuisarts, waarbij een traditie van samenwerking sneller leidt tot acceptatie van de ideeën van de kaderarts.

Deze vorm van zorg lijkt doelmatigheidswinst op te kunnen leveren als de kosten van exacerbaties (een acute opname kost gemiddeld tussen € 5000 en € 7000) worden vergeleken met gestructureerde zorg. Wij onderzoeken nader of er na de investering in de gestructureerde zorg doelmatigheidswinst overblijft.

Behalve effectiviteit en kosten spelen ook kwaliteit van leven en ervaringen van patiënten een belangrijke rol bij de inkoop van zorg. In de toekomst zullen we met de zogenaamde CQ-index⁶ en de SF36 respectievelijk de patiëntervaringen en de kwaliteit van leven in kaart brengen, en relateren aan de gegevens over het zorggebruik.

Hoe verder?

Net als andere uitkomsten zullen wij deze uitkomsten met de aanbieders bespreken: zijn de resultaten herkenbaar, geven ze aanleiding tot verbetervoorstellen en zo ja, hoe zouden die dan moeten worden gerealiseerd? Het is in ieder geval voor Agis aanleiding om gestructureerde zorg in brede zin, waaronder die voor COPD-patiënten, verder op financierbaarheid te onderzoeken. Uitgangspunt hierbij is dat betere kwaliteit van zorg hand in hand moet gaan met een grotere doelmatigheid. Dat laatste is van belang als we de toekomstige ontwikkelingen in de zorg betaalbaar willen houden.

Literatuur

- 1 Van Dijk P, Hogervorst W. Quality based purchasing and quality improvement in general practice [Proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2008.
- 2 <http://www.astmafonds.nl/downloads/KetenDBC-boekje.pdf>
- 3 Lemmens K, Strating M, Huijsman R, Nieboer A. Professional commitment to changing chronic illness care: results from disease management programmes. *Int J Qual Health Care* 2009;21:233-42.
- 4 Meulepas M, Jacobs J, Smeenk F, Smeele I, Lucas A, Bottema B, et al. Effect of an integrated primary care model on the management of middle-aged and old patients with obstructive lung diseases. *Scand J Prim Health Care* 2008;25:186-92.
- 5 Van der Galiën O. COPD onder de knie. Onderzoek naar verschillen in uitkomstmaten van exacerbaties bij COPD-patiënten, tussen huisartsenpraktijken in Amsterdam. Eindverslag masteropleiding epidemiologie. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 2008.
- 6 Vlems F, Stam P, Poll A. Zorginkoop en de CQ-index. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 2008;8:426-27.