



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen
worden gebruikt met
bronvermelding.

Integrale bekostiging

Eerste ervaringen na één jaar invoering

C. E. van Dijk
J.C. Korevaar

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 97-8946-122-1179

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2011 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Achtergrond van het onderzoek	11
1.2 Doel en vraagstellingen van het onderzoek	13
2 Methoden	15
2.1 Onderzoeksopzet	15
2.1.1 Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG)	15
2.1.2 Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH)	16
2.1.3 Verdiepingsstudie LINH	16
2.2 Uitkomstmaten	17
2.2.1 Gebruik van IB	17
2.2.2 Selectie van diabetespatiënten binnen IB	17
2.2.3 Zorggebruik	17
2.2.4 Samenwerking en afstemming van zorg	18
2.2.5 Zelfmanagement	19
2.2.6 Programmatische aanpak van zorg	19
2.2.7 Zorggebruik buiten IB	19
2.3 Analyses	20
3 Resultaten	21
3.1 Ketenzorg	21
3.2 Kenmerken van diabetespatiënten binnen en buiten IB	21
3.3 Selectie van diabetespatiënten binnen IB	22
3.4 Zorggebruik	22
3.4.1 Percentage van diabetespatiënten met contact met verschillende zorgverleners	22
3.4.2 Verwijzingen naar andere zorgverleners	25
3.4.3 Contacten in huisartsenpraktijk	25
3.4.4 Leefstijladviezen	28
3.4.5 Voorgescreven geneesmiddelen	28
3.5 Samenwerking en afstemming van zorg	29
3.6 Programmatische aanpak van zorg	32
3.7 Zelfmanagement	33
3.8 Zorggebruik buiten IB	35

4 Discussie	39
Referenties	43

Voorwoord

In dit rapport wordt verslag gedaan van een evaluatie van de eerste effecten van integrale bekostiging op de verleende zorg aan type II diabetespatiënten. Dit project is mogelijk gemaakt met financiering van ZonMw, programma gezondheidszorgonderzoek (dossiernr. 51000002). De inhoud van het rapport is besproken in een stakeholdersvergadering bestaande uit onder andere vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, verscheidene beroepsorganisaties, zorgverzekeraars, het RIVM en de Nederlandse Zorgautoriteit. De auteurs danken alle deelnemers van de stakeholdersvergadering voor hun waardevolle inbreng. Tevens willen wij Carla Walk en Erny Wentink bedanken voor hun bijdrage aan de verdiepingsstudie van LINH.

Utrecht, december, 2011

Samenvatting

Met ingang van 2010 is integrale bekostiging (IB) van chronische zorg voor een aantal aandoeningen landelijk ingevoerd. Per 1 januari is het ingevoerd voor patiënten met diabetes mellitus type II en voor patiënten die risico lopen op hart- en vaatziekten, oftewel vasculair risicomangement (VRM), en per 1 juli 2010 voor patiënten met COPD. Gebrek aan samenwerking tussen verschillende zorgverleners, mede veroorzaakt door een gefragmenteerde organisatie en bekostiging van chronische zorg, waren de aanleiding voor de introductie van een nieuwe organisatie- en bekostigingsstructuur voor chronische zorg.

Bij IB onderhandelt de zorgverzekeraar over één bedrag voor alle zorg van de patiënt omtrent de betreffende aandoening met een zogenaamde hoofdcontractant. Een zorggroep wordt hoofdcontractant voor het zorgpakket van de patiënt met betrekking tot de specifieke ziekte. De hoofdcontractant kan daaropvolgend andere zorgverleners uit zowel de eerste als tweede lijn subcontracteren. Voorwaarde voor de invoering van IB is de beschikbaarheid van zorgstandaarden, zodat productomschrijving, minimale kwaliteitseisen en prestatie-indicatoren voorhanden zijn of gemakkelijk kunnen worden ontwikkeld. Door middel van de invoering van IB wordt eigenlijk beoogd de zorg steeds meer volgens het principe van disease management te organiseren en te leveren. Disease management wordt hierbij gedefinieerd als 'de programmatische en systematische aanpak van specifieke ziekten en gezondheidsproblemen door middel van het gebruik van managementinstrumenten met als doel de kwaliteit en de doelmatigheid te bevorderen'. Disease management is in Nederland nog niet overal (volledig) geïntroduceerd, waardoor IB indirect het werken volgens het principe van disease management stimuleert.

Dit onderzoek beoogt de eerste effecten, één jaar na introductie, van IB voor patiënten met type II diabetes mellitus in kaart te brengen, waarbij de resultaten van patiënten met diabetes waarvan de zorg via IB werd vergoed werden vergeleken met een controlegroep van diabetespatiënten van wie de zorg niet integraal werd bekostigd. Hierbij werd gebruik gemaakt van drie verschillende gegevensbronnen, namelijk het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG), het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH) en een verdiepingsstudie binnen LINH. Daarbij werd antwoord gegeven op zes onderzoeksvragen die hierna een voor een zullen worden behandeld.

De resultaten in dit onderzoek zijn gebaseerd om een beperkt aantal diabetespatiënten en huisartsenpraktijken in het NPCG en LINH. De resultaten van dit onderzoek moeten daarom met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Ze geven een indicatie omtrent de eerste effecten van IB voor diabetes mellitus type II.

In hoeverre wordt gebruik gemaakt van IB voor diabeteszorg?

IB lijkt voor het merendeel van de diabeteszorg voor type II diabetespatiënten al te worden gecontracteerd. Slechts een minderheid van de diabeteszorg van patiënten in het NPCG werd niet via IB bekostigd.

Is er sprake van selectie van patiënten bij IB voor diabetes?

Aan de hand van vragenlijsten aan huisartsenpraktijken binnen LINH werd nagegaan in hoeverre er sprake was van selectie van patiënten die al of niet integraal bekostigd werden binnen huisartsenpraktijken. Van de 1697 type II diabetespatiënten die potentieel in aanmerking kwamen voor IB binnen huisartsenpraktijken met IB werden slechts 10 patiënten (0,6%) niet via IB bekostigd. Er lijkt dan ook geen sprake te zijn van selectie van patiënten *binnen* huisartsenpraktijken. Er lijkt wel sprake te zijn van selectie bij IB tussen huisartsenpraktijken. Vergelijking van de patiëntkenmerken liet zien dat type II diabetespatiënten *buiten* IB vaker een laag opleidingsniveau hebben en in een achterstandswijk wonen, wat kan wijzen op een selectie-effect tussen huisartsenpraktijken.

In hoeverre is de zorg voor diabetespatiënten binnen IB tussen 2008 en 2010 veranderd?

Het zorggebruik van diabetespatiënten is een jaar na introductie van IB nog niet sterk veranderd. Er zijn (nog) geen effecten zichtbaar van eventuele substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Wel lijkt IB te hebben geresulteerd in minder diabetespatiënten die contact hebben met een diëtist.

In hoeverre verschillen de door patiënten ervaren samenwerking tussen zorgverleners en afstemming van zorg voor diabetespatiënten binnen en buiten IB?

Type II diabetespatiënten vinden het over het algemeen lastig om de samenwerking tussen zorgverleners en de afstemming van zorg te beoordelen. De mening over en beoordeling van de samenwerking en afstemming van zorg voor diabetespatiënten verschilde niet tussen patiënten binnen en buiten IB. Het merendeel van zowel type II diabetespatiënten binnen als buiten IB gaf aan nog niet over een persoonlijk zorgplan te beschikken.

In hoeverre wordt de zorg volgens diabetespatiënten binnen IB vaker volgens een programmatische aanpak geleverd ten opzichte van diabetespatiënten buiten IB?

De mate waarin diabetespatiënten een programmatische aanpak van de zorg ervaren werd gemeten aan de hand van de 'Patiënt Assessment of Chronic Illness Care' (PACIC) vragenlijst. De ervaren programmatische aanpak van zorg verschilde niet sterk tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB. Diabetespatiënten binnen IB gaven wel vaker aan dat zij samen met hun zorgverlener(s) naar oplossingen voor problemen zochten. Zij voelen zich dus meer betrokken bij de zorg. Binnen IB werd er in 2010 slechts in beperkte mate zorg geleverd volgens een programmatische aanpak.

In hoeverre verschillen diabetespatiënten binnen en buiten IB omtrent gepercipieerde zelfmanagementtaken en behoefte aan hulp en ondersteuning bij zelfmanagementtaken?

Zowel type II diabetespatiënten binnen als buiten IB gaven aan soms tot meestal zelf een taak te hebben in de medische behandeling, omgang met gevolgen, omgang met zorgverleners en leefstijlaanpassingen. De patiënten gaven ook aan weinig behoefte te hebben aan (extra) hulp of ondersteuning bij de uitvoering van deze zelfmanagementtaken.

In hoeverre wordt de zorg die buiten IB valt beïnvloed door de invoering van IB?

De versterkte aandacht voor de integraal bekostigde aandoeningen kan een negatief effect hebben op de zorg die buiten IB valt. IB lijkt vooralsnog geen invloed te hebben gehad op de zorg aan diabetespatiënten die niet onder de integraal bekostigde diabeteszorg valt. Ook lijkt IB geen invloed te hebben gehad op het aantal contacten van patiënten die voor al hun zorg buiten IB vielen. Wel lijkt door de introductie van IB het aantal verwijzingen naar de tweedelijns te zijn gedaald voor patiënten die voor al hun zorg buiten IB vielen.

Conclusie

IB lijkt één jaar na introductie nog geen grote veranderingen te weeg te hebben gebracht in de verleende zorg. Eén jaar is echter erg kort om (grote) effecten in de zorg te weeg te brengen. Dit onderzoek geeft aanwijzingen voor een selectie-effect van IB tussen huisartsenpraktijken, waarbij huisartsenpraktijken in achterstandswijken minder vaak lijken te kiezen voor IB voor hun type II diabetespatiënten. Een jaar na introductie lijken de randvoorwaarden van IB nog maar mondjesmaat te zijn geïntroduceerd. Zowel het werken met een persoonlijk zorgplan als de afstemming tussen een sluitende keten van (multidisciplinaire) zorgverleners is nog onvoldoende geregeld. Om het potentiële effect van IB te kunnen bereiken, moet binnen IB het werken volgens een programmatische aanpak geïmplementeerd zijn. Zolang dit ontbreekt zijn grote effecten waarschijnlijk niet te verwachten

1 Inleiding

1.1 Achtergrond van het onderzoek

Integrale bekostiging (IB) van chronische zorg is met ingang van 2010 voor een aantal aandoeningen landelijk ingevoerd. Per 1 januari 2010 is het ingevoerd voor patiënten met diabetes mellitus type II en voor patiënten die risico lopen op hart- en vaatziekten, oftewel vasculair risicomangement (VRM) (VWS, 2008) en per 1 juli 2010 voor patiënten met COPD. IB heeft als doel om de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor chronische aandoeningen te verbeteren. Voor 2010 bestonden al een aantal maatregelen en initiatieven om de zorg voor chronische aandoeningen te verbeteren. De gefragmenteerde organisatie en bekostiging van chronische zorg belemmerden echter onder andere de samenwerking tussen verschillende zorgverleners, en was daarmee aanleiding voor de introductie van een nieuwe organisatie- en bekostigingsstructuur voor chronische zorg. Daarnaast konden verschillende zorgverleners dezelfde zorg leveren en declareren (VWS, 2008), wat leidde tot dubbele bekostiging.

Bij IB onderhandelt de zorgverzekeraar over één bedrag voor alle zorg van de patiënt omtrent de betreffende aandoening met een zogenaamde hoofdcontractant. Een zorggroep wordt hoofdcontractant voor het zorgpakket van de patiënt met betrekking tot de specifieke ziekte. Momenteel bestaan de meeste zorggroepen voornamelijk uit huisartsen (van Til et al., 2010). De zorggroep kan daaropvolgend andere zorgverleners uit zowel de eerste als tweede lijn subcontracteren. Uitgangspunt van het beleid is dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd en niet de patiënt rond de zorg. Voorwaarde voor de invoering is de beschikbaarheid van zorgstandaarden, zodat productomschrijving, minimale kwaliteitseisen en prestatie-indicatoren voorhanden zijn of gemakkelijk kunnen worden ontwikkeld. De periode 2010 tot en met 2012 wordt als overgangperiode gezien, waarin het zorgverleners vrij staat om de zorg voor hun patiënten met type II diabetespatiënten, VRM en COPD als dan niet integraal te declareren via een keten-DBC.

Door middel van de invoering van IB wordt beoogd de multidisciplinaire samenwerking te versterken door financiering over de lijnen van zorg heen te trekken. Hierdoor wordt een betere afstemming van zorg nagestreefd en dubbele bekostiging tegengegaan, wat kan bijdragen aan het realiseren van gezondheidswinst voor chronisch zieke patiënten en aan de betaalbaarheid van de zorg. Daarnaast beoogt IB het werken volgens zorgstandaarden te bevorderen, doordat de aangeboden zorg dient te zijn afgeleid uit de zorgstandaarden. Door het volgen van zorgstandaarden te stimuleren wordt de zorg waarschijnlijk meer volgens een programmatisch aanpak geleverd. Verder dient met IB empowerment van de patiënt meer te worden gestimuleerd en ontwikkeld, doordat zorgverlening binnen IB meer vanuit een proactief perspectief moet worden verleend (VWS, 2009 apr). Om de verleende zorg inzichtelijk te maken, dienen hoofdcontracten binnen IB te rapporteren aan zorgverzekeraars over proces- en uitkomstindicatoren in de zogenaamde minimale dataset (VWS, 2009 juli). Door middel van de invoering van IB wordt eigenlijk beoogd de zorg steeds meer volgens het principe van disease management te organiseren en te

leveren. Disease management wordt gedefinieerd als ‘de programmatische en systematische aanpak van specifieke ziekten en gezondheidsproblemen door middel van het gebruik van managementinstrumenten met als doel de kwaliteit en de doelmatigheid te bevorderen’ (Spreeuwenberg & Pop, 2000). Disease management is in Nederland nog niet overal (volledig) geïntroduceerd, waardoor IB indirect het werken volgens het principe van disease management stimuleert.

Bij de introductie van IB was een deel van de Tweede Kamer van mening dat op een aantal punten de randvoorwaarden voor de introductie van IB niet geheel waren uitgekristalliseerd, zoals de helderheid over wat er in de keten valt en wat niet en de eventuele marktmacht op de zorgaanbiedersmarkt. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa, 2009) gaf aan dat door een groot aandeel van aanbieders binnen hun markt het risico bestaat dat de betaalbaarheid van de zorg in het geding kan raken. Bij een groot marktaandeel van hoofdcontractanten, kan de prijs voor zorg van bijvoorbeeld patiënten met diabetes veel hoger uitvallen en kan de stimulans voor hoofdcontractanten ontbreken om de kwaliteit te verhogen, dan wanneer er sprake is van volledige concurrentie (Varkenvisscher et al., 2009). Maar ook de keuzevrijheid van de patiënten kan hierdoor beperkt worden, doordat in principe slechts een beperkt aantal zorgverleners binnen de zorggroep hoeft te worden gecontracteerd en daardoor zorgverleners uitgesloten kunnen worden. Daarnaast bestaat de kans dat bepaalde patiënten niet via IB worden bekostigd. Een hoge zorgvraag kan wellicht reden zijn om een patiënt niet via IB te bekostigen. Tevens werd door Van Dijk et al. (2009) aangegeven dat het zorggebruik van patiënten met diabetes en COPD voor het grootste deel betrekking heeft op andere klachten dan die onder IB vallen. Dit kan eventueel nadelige gevolgen hebben op de continuïteit van zorg.

De toenmalige Minister van VWS, dr. A. Klink, heeft daarom in januari 2010 een evaluatiecommissie ingesteld om gedurende de overgangperiode van drie jaar de ontwikkelingen rondom de IB te monitoren en periodiek te rapporteren in hoeverre er aan de randvoorwaarden is voldaan en of dat ook heeft geresulteerd in de beoogde effecten. Na afloop van de overgangperiode dient de evaluatiecommissie te adviseren aan de minister of de overgangperiode inderdaad kan worden beëindigd (VWS, 2010). De evaluatiecommissie integrale bekostiging heeft daarbij drie hoofdvragen met verscheidene deelvragen geformuleerd:

- 1) In hoeverre worden de beoogde effecten van de invoering van IB van de zorg voor chronisch zieken gerealiseerd?
 - a. In hoeverre treedt een verbetering op van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken? Dit afgemeten aan uitkomsten van de zorg en de ervaring van de patiënt.
 - b. In hoeverre wordt de geprognosticeerde kostenreductie gerealiseerd? Vindt substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg plaats?
- 2) In hoeverre worden de beoogde randvoorwaarden om de invoering te doen werken gerealiseerd?
 - a. In hoeverre komen de geplande randvoorwaarden tot stand (zorgstandaarden, ICT, regels)?
 - b. In hoeverre wordt gebruik gemaakt van de regelingen rond IB bij het contracteren van de zorg?

- c. In hoeverre werkt de (dreiging op) concurrentie zodanig dat qua prijs en kwaliteit gunstige contracten worden afgesloten?
 - d. In hoeverre wordt gewerkt volgens zorgstandaarden en komt de geplande samenwerking tussen zorgaanbieders tot stand?
 - e. In hoeverre worden patiënten betrokken bij de zorg, in hoeverre treedt zelfmanagement op?
 - f. In hoeverre komt de beoogde transparantie tot stand in kwaliteit van de geleverde zorg aan de patiënt?
- 3) In hoeverre treden al dan niet gewenste neveneffecten op.
- a. Wat zijn de gevolgen voor de samenhangende zorg in de wijk?
 - b. Wat zijn de gevolgen voor de samenhangende zorg voor de patiënt?
 - c. Wat zijn de gevolgen voor de administratieve lasten van zorgaanbieders en verzekeraars?
 - d. Wat zijn de gevolgen voor de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt?
 - e. Wat zijn de gevolgen voor andere in de eerste lijn gepresenteerde zorgproblemen?

Er is nog weinig bekend welke invloed IB heeft op de geleverde zorg voor chronische aandoeningen en of IB eventueel neveneffecten heeft op de geleverde zorg. Het RIVM heeft voor de landelijke introductie van IB onderzoek gedaan bij tien zorggroepen die op experimentele basis ervaring opdeden met IB voor patiënten met diabetes mellitus. Na één jaar werden nog geen substantiële veranderingen waargenomen in patiëntuitkomsten, zoals de HbA1c, bloeddruk en cholesterolwaarden, en tevredenheid van patiënten wat betreft de samenwerking tussen zorgverleners (Struijs et al., 2009). In dit onderzoek werden de resultaten echter niet vergeleken met een controlegroep (zonder IB).

1.2 Doel en vraagstellingen van het onderzoek

Dit onderzoek heeft als doel de eerste effecten, één jaar na introductie, van IB voor patiënten met diabetes in kaart te brengen, waarbij wordt vergeleken met een controlegroep van diabetespatiënten van wie de zorg niet integraal wordt bekostigd. Daarbij wordt (deels) ingegaan op de volgende vragen van de evaluatiecommissie IB: 1a, 1b, 2b, 2d, 2e, 3b, 3d en 3e. Hierbij wordt gebruik gemaakt van drie verschillende gegevensbronnen, namelijk het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG), het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH) en een verdiepingsstudie binnen LINH. De volgende onderzoeksvragen worden beantwoord (met nummer van vraag van evaluatiecommissie IB):

- 1) In hoeverre wordt gebruik gemaakt van IB voor diabeteszorg? (2b)
- 2) Is er sprake van selectie van patiënten binnen IB voor diabetes? (3b)
- 3) In hoeverre is de zorg voor diabetespatiënten binnen IB tussen 2008 en 2010 veranderd ten opzichte van diabetespatiënten buiten IB? (1b)
- 4) In hoeverre verschillen de door patiënten waargenomen samenwerking tussen zorgverleners en de afstemming van zorg voor diabetespatiënten binnen IB ten opzichte van diabetespatiënten buiten IB? (2d)

- 5) In hoeverre verschillen diabetespatiënten binnen en buiten IB omtrent gepercipieerde zelfmanagementtaken en behoefte aan hulp en ondersteuning bij zelfmanagementtaken? (2e)
- 6) In hoeverre wordt de zorg volgens diabetespatiënten binnen IB vaker volgens een programmatische aanpak geleverd ten opzichte van diabetespatiënten buiten IB? (1a)
- 7) In hoeverre wordt de zorg die buiten IB valt beïnvloed door de invoering van IB? (3b en 3e)

2 Methoden

2.1 Onderzoeksopzet

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van gegevens van type II diabetespatiënten uit de voorjaarsenquête van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) uit 2009 en 2011 (over zorggebruik in 2008 en 2010) en gegevens van het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH) omtrent het zorggebruik gedurende 2008 en 2010. Daarnaast werd een verdiepingsstudie uitgevoerd onder huisartsenpraktijken van LINH waarin werd nagegaan welke type II diabetespatiënten in 2010 onder behandeling waren in de huisartsenpraktijk, welke patiënten diabeteszorg via ketenzorg ontvingen en van welke patiënten de diabeteszorg via IB werd bekostigd.

2.1.1 *Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG)*

Het NPCG is een landelijk representatief panel waarin gegevens worden verzameld over de zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische aandoening of lichamelijke beperking (Rijken et al., 2005; Rijken et al., 2008). De eigen ervaring van de deelnemers staat hierbij centraal. Elk jaar worden panelleden gerekruteerd uit de elektronisch patiëntendossiers (EPD's) van huisartsen. Patiënten worden geselecteerd aan de hand van de volgende criteria: een diagnose van een chronische ziekte door een medisch gecertificeerde zorgverlener, een leeftijd van 15 jaar of ouder, niet geïnstitutioneerd, op de hoogte van de diagnose, en niet terminaal ziek (levensverwachting van > 6 maanden volgens huisarts), mentaal in staat om deel te nemen aan het panel en voldoende kennis van de Nederlandse taal.

Diabetespatiënten werden voor dit onderzoek geselecteerd op basis van zowel indexziekte (de eerst gediagnosticeerde chronische ziekte is diabetes mellitus type II) als comorbiditeit (type II diabetes is niet de eerst gediagnosticeerde chronische ziekte bij de patiënt). We hebben aangenomen dat een diabetespatiënt binnen IB valt, indien de huisarts van de patiënt was aangesloten bij een zorggroep waarin diabetesketenzorg wordt verleend. Uit de verdiepingsstudie uitgezet onder huisartsenpraktijken van LINH blijkt dat er geen selectie van patiënten binnen huisartsenpraktijken plaatsvindt (zie voor verdere uitwerking resultaten). Dit betekent dat diabetespatiënten onder behandeling bij een huisarts die deelneemt aan een zorggroep vrijwel allemaal bekostigd zullen worden via IB. Om alleen de groep van diabetespatiënten te selecteren die onder behandeling waren in de huisartsenpraktijk (voorwaarde voor IB) werden patiënten uit het NPCG die aangaven dat een medisch specialist hoofdverantwoordelijk was voor de zorg, buiten de analyses gehouden. In de analyses over de gegevens van het NPCG werd gebruik gemaakt van gegevens uit de voorjaarsenquête van 2011 (over het zorggebruik in 2010). Voor de analyses waarbij het zorggebruik van diabetespatiënten in 2008 en 2010 werd vergeleken, werden gegevens gebruikt van diabetespatiënten die in zowel in april 2009 als in april 2011 de NPCG-enquête hadden ingevuld. Tabel 2.1 geeft het aantal patiënten dat werd meegenomen in de analyses.

2.1.2 Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH)

LINH bestaat uit een landelijk representatieve steekproef van huisartsenpraktijken in Nederland die routinematig data registreren in hun EPD (Verheij et al., 2011). De LINH-database beschikt over longitudinale gegevens met betrekking tot morbiditeit, voorgeschreven geneesmiddelen en verwijzingen van ongeveer 90 huisartsenpraktijken en 350.000 patiënten. Het netwerk is dynamisch, met in elk jaar kleine wijzigingen in de deelnemende huisartsenpraktijken. Diagnoses worden geregistreerd door middel van de 'International Classification of Primary Care' (ICPC) (Wood & Lamberts, 1987). Voor dit onderzoek werd gebruik gemaakt van praktijken die a) deelnamen aan LINH in 2007 t/m 2010 en b) een goede registratie hadden van verrichtingen, voorgeschreven geneesmiddelen en morbiditeit in 2008 en 2010. Een aanvullend inclusiecriteria was van toepassing op de gegevens over verwijzingen, welke van goede kwaliteit moesten zijn in 2008 en 2010. Voor analyses met betrekking tot de medicatie was een goede registratie over verrichtingen niet noodzakelijk. Met betrekking tot de diabetes en diabetes en gerelateerde contacten van diabetespatiënten dienden de contacten over diabetes goed te zijn geregistreerd. Patiënten werden geïncludeerd indien zij 1) een huisarts hadden geconsulteerd voor type II diabetes in 2007, 2) gedurende heel 2008 en 2010 stonden geregistreerd in de huisartsenpraktijk, 3) 18 jaar of ouder waren in 2010, 4) onder behandeling waren voor diabetes in de huisartsenpraktijk (bekend via verdiepingstudie LINH – zie hieronder), en 5) bekend was of de diabeteszorg al dan niet via IB werd bekostigd in 2010 (bekend via verdiepingstudie LINH). Tabel 2.1 geeft het aantal patiënten en praktijken weer in de verschillende analyses. De geïncludeerde praktijken zijn representatief wat betreft stedelijkheid en geografische ligging, maar de geïncludeerde praktijken zijn vaker solopraktijken en minder vaak groepspraktijken vergeleken met de Nederlandse huisartsenpopulatie.

Tabel 2.1: Aantal type II diabetespatiënten (en praktijken – voor LINH) geïncludeerd in verschillende analyses

	IB	Geen IB
NPCG		
Vergelijking in 2008	237	38
Vergelijking 2008 en 2010	138	23
LINH		
Voorgeschreven geneesmiddelen	788 (9)	356(5)
Contacten (algemeen)	554 (6)	318(4)
Contacten (diabetes)	499 (4)	273(3)
Verwijzingen	598 (5)	237(3)

2.1.3 Verdiepingstudie LINH

In LINH is niet bekend welke type II diabetespatiënten onder behandeling zijn in de huisartsenpraktijk, van welke patiënten de diabeteszorg via IB wordt bekostigd en welke patiënten zorg ontvangen volgens het principe van ketenzorg. Om deze reden werd aan 46 huisartsenpraktijken die deelnemen aan LINH gevraagd om voor hun patiënten die in 2010 bekend waren met type II diabetes aan te geven welke patiënten in 2010 (1) onder behandeling waren in de huisartsenpraktijk, (2) welke patiënten voor hun diabeteszorg ketenzorg ontvingen en (3) van welke diabetespatiënten de diabeteszorg via IB werd

bekostigd. Het kan voorkomen dat een huisartsenpraktijk de diabeteszorg wel volgens het principe van ketenzorg had geleverd, maar dat zij het niet via IB had bekostigd. Om een goede vergelijking te kunnen maken is het van belang om na te gaan of huisartsenpraktijken die de diabeteszorg niet via IB bekostigden, de zorg al dan niet volgens ketenzorg leverden. De respons van de verdiepingsstudie bedroeg 41% (19 van de 46 huisartsenpraktijken). Van deze praktijken gaven 14 praktijken aan de diabeteszorg via IB te bekostigen.

2.2 Uitkomstmaten

2.2.1 Gebruik van IB

Om te bepalen in hoeverre er in 2010 gebruik werd gemaakt van IB, werd in het NPCG nagegaan bij welk deel van de type II diabetespatiënten de diabeteszorg al dan niet via IB werd bekostigd.

2.2.2 Selectie van diabetespatiënten binnen IB

Om na te gaan of er in 2010 sprake was van selectie van type II diabetespatiënten binnen IB werd gebruik gemaakt van gegevens uit de verdiepingsstudie van LINH. Onderzocht werd welk deel van de type II diabetespatiënten die onder behandeling waren in een huisartsenpraktijk die had aangegeven IB toe te passen voor de diabeteszorg werden uitgesloten van IB.

2.2.3 Zorggebruik

In dit onderzoek werd het zorggebruik van diabetespatiënten onderverdeeld in het al dan niet contact hebben met bepaalde zorgverleners, verwijzingen naar andere zorgverleners, aantal contacten in de huisartsenpraktijk, het al dan niet krijgen van leefstijladviezen en voorgeschreven geneesmiddelen.

Het al dan niet hebben van contact met zorgverleners werd bepaald met behulp van gegevens van het NPCG. De enquêtevragen over zorggebruik komen zoveel mogelijk overeen met die van het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS. Patiënten gaven aan of ze in 2008 en/of 2010 contact hadden gehad met verschillende zorgverleners. In dit onderzoek werden de volgende zorgverleners geïnccludeerd: huisarts, praktijkondersteuner, medische specialisten, paramedische zorg en thuiszorg. Daarnaast werd het al dan niet zijn opgenomen in een ziekenhuis meegenomen. Het zorggebruik van type II diabetespatiënten binnen en buiten IB in 2008 werd onderzocht en het zorggebruik in 2008 en 2010 werd met elkaar vergeleken.

Het percentage diabetespatiënten met verwijzingen naar andere zorgverleners was gebaseerd op gegevens uit LINH. Onderscheid werd gemaakt tussen verwijzingen naar fysiotherapie, diëtist, gehele eerste lijn, internist, oogarts en gehele tweede lijn. Daarnaast werden ook diabetesgerelateerde verwijzingen naar de eerste en tweede lijn meegenomen. Onder diabetesgerelateerde verwijzingen werden verwijzingen gerekend voor klachten en aandoeningen die in de zorgstandaard voor type II diabetes worden vermeld (NDF, 2007).

Het aantal contacten (consulten en visites) in de huisartsenpraktijk werd gebaseerd op het aantal geregistreerde verrichtingen uit LINH. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen het totaal aantal contacten, contacten vanwege diabetes, en contacten vanwege diabetes en gerelateerde klachten en aandoeningen. Onder contacten vanwege diabetes werden enkel contacten gerekend waarvoor de diagnose diabetes was geregistreerd (ICPC-code: T90). Onder contacten voor diabetes en gerelateerde klachten en aandoeningen werden contacten gerekend voor klachten en aandoeningen die in de zorgstandaard voor type II diabetes worden beschreven (van Dijk et al., 2011; NDF, 2007). Naast het aantal contacten van type II diabetespatiënten in de huisartsenpraktijk werd ook het percentage patiënten met 4 of meer contacten voor diabetes en diabetes en gerelateerde klachten en aandoeningen als uitkomstmaat meegenomen. De zorgstandaard adviseert vier controles voor diabetes per jaar (NDF, 2007).

Het al dan niet krijgen van leefstijladviezen werd bepaald met gegevens van het NPCG verzameld door middel van twee vragen in de voorjaarsenquête van 2011. Hierbij werd nagegaan of type II diabetespatiënten in 2010 volgens deze patiënten zelf voorlichting en/of adviezen hadden gekregen over aanbevolen dieet/voeding, lichaamsbeweging, alcoholgebruik en stoppen-met-roken. Daarnaast werd nagevraagd door welke zorgverlener(s) de voorlichting en/of adviezen met betrekking tot leefwijze werden gegeven. Gegevens omtrent leefstijladviezen zijn alleen uitgevraagd in de voorjaarsenquête van 2011, waardoor alleen een vergelijking in leefstijladviezen werd gemaakt tussen type II diabetespatiënten binnen en buiten IB in 2010.

Voorgeschreven geneesmiddelen zijn gecodeerd met behulp van ATC-codes in LINH (WHO, 1996). Onderscheid werd gemaakt tussen het totaal aantal verschillende voorgeschreven geneesmiddelen en diabetesgerelateerde voorgeschreven geneesmiddelen op basis van ATC4-codes (bijvoorbeeld A10A) elders beschreven (van Dijk et al., 2011). Daarnaast is op basis van gegevens uit 2008 een top-10 voorgeschreven geneesmiddelen opgesteld voor diabetespatiënten. Van deze medicatie is onderzocht of het aandeel van type II diabetespatiënten met deze voorgeschreven geneesmiddelen verschilde tussen 2008 en 2010.

2.2.4 Samenwerking en afstemming van zorg

Om de samenwerking tussen zorgverleners van verschillende disciplines en onderlinge afstemming van zorgadviezen in kaart te brengen werden in het NPCG zes vragen voorgelegd aan type II diabetespatiënten over ervaringen omtrent de samenwerking tussen zorgverleners en de afstemming van de zorg. Er was daarbij een keuze uit vier antwoordcategorieën: vrijwel nooit (1), soms (2), meestal (3) en altijd (4). Tevens is gevraagd een algemeen oordeel te geven over de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners. Antwoordcategorieën waren uitstekend (4), goed (3), matig (2) en slecht (1).

Daarnaast is gevraagd wie er volgens de type II diabetespatiënt verantwoordelijk is voor de afstemming van de zorg en of er een persoonlijk zorgplan aanwezig was. Voor de analyses met betrekking tot samenwerking en afstemming is alleen een vergelijking gemaakt tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB op basis van de voorjaarsenquête van 2011. In de analyses werden de ordinale uitkomstmaten als continue maat meegenomen en gepresenteerd als een somscore variërend tussen 1 en 4.

2.2.5 Zelfmanagement

De mate waarin men voor zichzelf bepaalde zelfmanagementtaken ziet en de behoefte aan hulp en ondersteuning bij zelfmanagement werden bepaald met gegevens van het NPCG waarin patiënten een lijst van 19 taken kregen voorgelegd. Deze lijst was tot stand gekomen op basis van eerder onderzoek en focusgroep gesprekken met patiënten (Heijmans et al., 2010). De taken hadden betrekking op het uitvoeren van taken betreffende de medische behandeling, het omgaan met zorgverleners, het omgaan met de gevolgen van de ziekte en leefstijlaanpassingen. Aan de type II diabetespatiënten werd gevraagd in hoeverre men met deze taken te maken heeft (1=nooit, 2=soms, 3=meestal, 4=altijd) en in hoeverre men behoefte had aan (extra) ondersteuning hierbij (=nooit, 2=soms, 3=meestal, 4=altijd). Voor de analyses met betrekking tot zelfmanagement is alleen een vergelijking gemaakt tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB op basis van de voorjaarsenquête van 2011. In de analyses werden de ordinale uitkomstmaten als continue maat meegenomen en gepresenteerd als een somscore variërend tussen 1 en 4.

2.2.6 Programmatische aanpak van zorg

Voor het bepalen van de mate waarin de zorg zoals ervaren door patiënten werd geleverd volgens een programmatische aanpak werd gebruik gemaakt van de ‘Patient Assessment of Chronic Illness Care’ (PACIC) vragenlijst in het NPCG (Glasgow et al., 2005). Deze vragenlijst bestaat uit 20 items. De items worden beantwoord op een vijfpuntsschaal die loopt van nooit tot altijd, waarbij een hogere score erop duidt dat de zorg meer volgens het principe van het chronische zorgmodel wordt aangeboden. Indien patiënten geen ervaring hadden met het betreffende item bestond ook de mogelijkheid om “niet van toepassing” aan te vinken. De vragenlijst meet vijf aspecten van chronische zorg: 1) patiëntgerichtheid, 2) organisatie van de zorg, 3) het stellen van gezamenlijke doelen, 4) gezamenlijk zoeken naar oplossingen voor problemen, en 5) follow-up en coördinatie. Voor de analyses met betrekking tot de programmatische aanpak van zorg is alleen een vergelijking gemaakt tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB op basis van de voorjaarsenquête van 2011. In de analyses werden de ordinale uitkomstmaten als continue maat meegenomen en gepresenteerd als een somscore variërend tussen 1 en 5.

2.2.7 Zorggebruik buiten IB

Om na te gaan in hoeverre de zorg die buiten IB valt is veranderd voor diabetespatiënten en patiënten die voor al hun zorg buiten IB vallen in huisartsenpraktijken met IB werd gebruikt gemaakt van gegevens van LINH. Met betrekking tot veranderingen in het zorggebruik van type II diabetespatiënten buiten IB werd onderzocht of het aantal contacten voor infectieziekten, andere chronische aandoeningen, klachten van het bewegingsapparaat, acute lichamelijke letsels, overige lichamelijke aandoeningen, overige lichamelijke klachten en psychische en sociale problemen is veranderd tussen 2008 en 2010 voor type II diabetespatiënten binnen IB ten opzichte van diabetespatiënten buiten IB. Om na te gaan in hoeverre de zorg voor patiënten die voor al hun zorg buiten IB vallen (geen COPD- of diabetespatiënten) is veranderd, is onderzocht of het aantal contacten (consulten en visites), het aantal verschillende voorgeschreven geneesmiddelen (ATC4-codes) en de verwijzingen naar de eerste en tweede lijn zijn veranderd tussen 2008 en 2010 voor patiënten in praktijken met IB ten opzicht van patiënten in praktijken zonder IB.

2.3 Analyses

Om verschillen tussen type II diabetespatiënten binnen en buiten IB te analyseren werd gebruik gemaakt van multilevel logistische regressie analyses (voor dichotome variabelen), multilevel lineaire regressie analyses (voor ordinale variabelen en continue variabelen) en multilevel Poisson regressie analyses (voor count variabelen). De analyses waarin gebruik werd gemaakt van gegevens van het NPCG zijn gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, aantal chronische aandoeningen en het al dan niet hebben van matige of ernstige lichamelijke beperkingen. Analyses waarin gebruik werd gemaakt van gegevens van LINH zijn gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, al dan niet woonachtig zijn in een achterstandswijk en het aantal andere chronische aandoeningen. In de gepresenteerde tabellen worden de ongecontroleerde cijfers van diabetespatiënten binnen en buiten integrale bekostiging gepresenteerd, met daarbij de gecorrigeerde verschilcores, relatief risico's (RR) en odds ratio's (OR). Er is gekozen voor een significantieniveau van $p < 0,5$.

3 Resultaten

3.1 Ketenzorg

Huisartsenpraktijken die aangaven de diabeteszorg niet via IB te bekostigen (n=5), lijken de diabeteszorg niet volgens het principe van ketenzorg te leveren. De controlegroep in deze studie bestaat daarmee uit type II diabetespatiënten waarbij de diabeteszorg niet volgens het principe van ketenzorg werd geleverd en niet via IB werd bekostigd in 2010.

3.2 Kenmerken van diabetespatiënten binnen en buiten IB

In tabel 3.1 en 3.2 staan de kenmerken van type II diabetespatiënten weergegeven voor respectievelijk het NPCG en LINH in 2010. In 2010 werd de diabeteszorg van 86% van diabetespatiënten in het NPCG via IB bekostigd. IB lijkt daarmee al in de meerderheid van de type II diabetespatiënten in de huisartsenpraktijk te worden gecontracteerd.

Diabetespatiënten binnen IB verschillen betreffende hun leeftijd, geslacht en aantal chronische aandoeningen niet van diabetespatiënten buiten IB. Diabetespatiënten buiten IB hebben vaker een laag opleidingsniveau (tabel 3.1) en zijn vaker woonachtig in een achterstandswijk (tabel 3.2). Tevens hebben diabetespatiënten buiten IB vaker een matige tot ernstige lichamelijke beperking ten opzichte van geen tot lichte lichamelijke beperkingen dan diabetespatiënten binnen IB (tabel 3.1).

Tabel 3.1: Patiëntkenmerken van diabetespatiënten in NPCG in 2010

	IB	Geen IB
Aantal patiënten	237	38
Geslacht (% vrouw)	44%	45%
Leeftijd		
18 – 64 jaar	39%	39%
65-74	35%	39%
75 en ouder	25%	21%
Opleidingsniveau¹		
Laag	36%	58%
Midden	37%	25%
Hoog	19%	13%
Aantal chronisch aandoeningen		
1	34%	25%
2	31%	48%
3 of meer	26%	23%
Matige/ernstige lichamelijke beperkingen ¹	23%	42%

¹ Verschil p<0,05

Tabel 3.2: Patiëntkenmerken van diabetespatiënten in LINH in 2010

	IB	Geen IB
Aantal patiënten	788	356
Geslacht (% vrouw)	50%	46%
Leeftijd	66.7 (11.5)	64.5 (11.6)
Woonachtig in achterstandswijk ¹	0%	18%
Aanwezigheid comorbiditeit		
Geen comorbiditeit	39%	36%
1 andere chronische aandoening	33%	34%
2 andere chronische aandoeningen	17%	17%
3 of meer andere chronische aandoeningen	11%	13%

¹ significant verschil tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB in 2010

3.3 Selectie van diabetespatiënten binnen IB

In de huisartsenpraktijken met IB waren 1697 bestaande type II diabetespatiënten voor hun diabetes onder behandeling in de huisartsenpraktijk in 2010. Slechts 10 van de 1697 (0,6%) diabetespatiënten werden niet via IB bekostigd. Er zijn dan ook geen aanwijzingen voor uitsluiten van diabetespatiënten in IB *binnen* huisartsenpraktijken die diabeteszorg via IB bekostigen.

3.4 Zorggebruik

3.4.1 *Percentage van diabetespatiënten met contact met verschillende zorgverleners*

Tabel 3.3 geeft het zorggebruik van type II diabetespatiënten binnen en buiten IB weer in 2010 gebaseerd op gegevens uit het NPCG. De zorgverleners waar type II diabetespatiënten al dan niet contact mee hadden laten weinig significante verschillen zien tussen type II diabetespatiënten binnen IB en type II diabetespatiënten buiten IB. Het percentage diabetespatiënten dat in een ziekenhuis was opgenomen was hoger bij diabetespatiënten binnen IB.

Tabel 3.3: Verschil in zorggebruik tussen diabetespatiënten binnen IB (n=237) en buiten IB (n=38), NPCG

	IB % contact (95% BI)	Geen IB % contact (95% BI)	Effect IB* Odds ratio (95% BI)
Huisartsenpraktijk			
Huisarts	95 (92-98)	89 (79-99)	2,0 (0,5-7,45)
Praktijkondersteuner	81 (76-87)	67 (51-82)	2,1 (0,9-4,7)
Huisartsenpost	12 (8-16)	8 (0-17)	1,6 (0,4-5,8)
Paramedische zorg			
Fysiotherapeut	61 (54-67)	46 (29-63)	2,0 (0,8-5,0)
Fysiotherapeut	32 (25-38)	23 (9-37)	1,8 (0,6-5,0)
Diëtist	16 (11-20)	28 (13-43)	0,6 (0,2-1,4)
Podotherapeut	14 (10-19)	3 (0-8)	6,3 (0,8-50,5)
Medisch specialist			
Cardioloog	84 (79-89)	92 (83-100)	0,7 (0,2-2,5)
Cardioloog	26 (20-32)	16 (4-28)	1,6 (0,6-4,4)
Chirurg	11 (8-15)	11 (1-21)	1,1 (0,3-3,7)
Internist	25 (19-31)	19 (6-32)	1,6 (0,6-4,5)
KNO-arts	10 (6-14)	8 (0-17)	1,3 (0,3-5,3)
Longarts	12 (7-16)	19 (6-32)	0,7 (0,3-2,0)
Neuroloog	11 (6-15)	5 (0-13)	2,2 (0,4-10,8)
Oogarts	60 (54-67)	79 (66-92)	0,6 (0,2-1,5)
Orthopeed	14 (9-18)	8 (0-17)	2,0 (0,6-7,5)
Reumatoloog	5 (2-7)	3 (0-8)	2,1 (0,2-18,4)
Verpleegkundige ziekenhuis	73 (67-79)	88 (77-99)	0,4 (0,1-1,3)
Ziekenhuisopname	19 (14-24)	3 (0-8)	9,9 (1,3-77,4)¹
Thuiszorg	16 (12-21)	22 (8-36)	0,9 (0,3-2,4)

* gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, het aantal chronische aandoeningen en het al dan niet hebben van matige of ernstige lichamelijke beperkingen ¹p<0,05

Het is op basis van gegevens omtrent het zorggebruik in 2010 niet mogelijk om causale verbanden te leggen. Dat wil zeggen dat het niet duidelijk is of de gevonden verschillen het effect zijn van de invoering van IB of dat juist huisartsenpraktijken waar diabetespatiënten vaker worden opgenomen in een ziekenhuis meer waren geneigd om de diabeteszorg via IB te bekostigen. In tabel 3.4 is om deze reden gekeken of tussen 2008 en 2010 de trend in zorggebruik verschilde tussen type II diabetespatiënten binnen en buiten IB. De cijfers rondom zorggebruik in 2010 kunnen afwijken van tabel 3.3, doordat tabel 3.4 gegevens presenteert van een kleinere steekproef. Met uitzondering van de diëtist werden geen significante verschillen in trend van zorggebruik gevonden tussen diabetespatiënten binnen IB en diabetespatiënten buiten IB. Het percentage van diabetespatiënten dat contact had met een diëtist liet een significant lagere trend zien voor diabetespatiënten binnen IB vergeleken met diabetespatiënten buiten IB. Dat wil zeggen dat de invoering van IB lijkt te hebben geresulteerd in minder diabetespatiënten die contact hebben met een diëtist.

Tabel 3.4: Verschil in zorggebruik tussen diabetespatiënten binnen IB (n=138) en buiten IB (n=23), NPCG

	IB				Geen IB				Verschil in trend Odds ratio* (95% BI)
	2008		2010		2008		2010		
	% contact (95% BI)	% contact (95% BI)	% contact (95% BI)	Odds ratio* (95% BI)	% contact (95% BI)	% contact (95% BI)	Odds ratio* (95% BI)		
Huisartsenpraktijk									
Huisarts	94 (90-98)	95 (91-99)	1,1 (0,4-3,4)	87 (73-100)	91 (79-100)	1,6 (0,2-12,2)	0,7 (0,1-6,9)		
Praktijkondersteuner	82 (75-88)	81 (74-87)	0,9 (0,5-1,7)	78 (61-96)	73 (54-92)	0,7 (0,2-3,0)	1,3 (0,3-5,8)		
Huisartsenpost	19 (12-25)	11 (6-17)	-	13 (0-27)	5 (0-13)	0,3 (0,0-3,2)	1,7 (0,1-19,6)		
Paramedische zorg									
Fysiotherapeut	63 (55-71)	60 (51-69)	0,9 (0,5-1,5)	41 (20-62)	48 (26-70)	1,4 (0,3-5,4)	0,6 (0,1-2,9)		
Diëtist	33 (25-41)	32 (24-40)	1,0 (0,6-1,7)	23 (5-41)	29 (9-48)	1,3 (0,3-5,7)	0,7 (0,2-3,5)		
Podotherapeut	23 (16-30)	10 (5-16)	0,4 (0,2-0,8)¹	9 (0-21)	23 (5-41)	4,1 (0,6-26,5)	0,1 (0,0-0,7)¹		
	15 (9-22)	15 (8-21)	1,0 (0,5-2,0)	9 (0-21)	5 (0-14)	0,5 (0,0-6,2)	2,0 (0,1-26,5)		
Medisch specialist									
Cardioloog	82 (76-89)	85 (79-92)	-	87 (73-100)	100 (100-100)	-	-		
Chirurg	24 (16-31)	25 (18-33)	0,9 (0,5-1,7)	9 (0-21)	17 (1-33)	2,2 (0,3-15,5)	0,4 (0,1-3,2)		
Internist	15 (9-22)	15 (9-22)	-	4 (0-13)	13 (0-27)	3,6 (0,3-39,0)	0,3 (0,0-3,3)		
KNO-arts	28 (20-36)	28 (21-36)	1,0 (0,6-1,8)	17 (1-33)	17 (1-33)	1,0 (0,2-4,8)	1,0 (0,2-5,3)		
Longarts	7 (3-12)	5 (1-8)	-	0 (0-0)	9 (0-21)	-	-		
Neuroloog	10 (5-15)	13 (7-19)	1,3 (0,6-3,0)	9 (0-21)	17 (1-33)	2,4 (0,3-16,7)	0,6 (0,1-4,5)		
Oogarts	9 (4-14)	14 (8-20)	1,6 (0,7-3,6)	13 (0-27)	13 (0-27)	0,9 (0,1-6,2)	1,7 (0,2-13,0)		
Orthopeed	58 (50-66)	56 (47-64)	0,8 (0,5-1,4)	70 (50-89)	91 (79-100)	4,6 (0,8-26,3)	0,2 (0,0-1,1)		
Reumatoloog	13 (7-18)	12 (7-18)	1,0 (0,5-2,1)	9 (0-21)	13 (0-27)	1,8 (0,2-12,7)	0,6 (0,1-4,7)		
Verpleegkundige ziekenhuis	6 (0-10)	8 (3-12)	1,4 (0,5-3,8)	9 (0-21)	9 (0-21)	1,0 (0,1-8,8)	1,4 (0,1-16,2)		
	64 (56-72)	72 (64-79)	-	82 (65-98)	86 (70-100)	1,3 (0,2-7,1)	1,1 (0,2-6,2)		
Ziekenhuisopname	20 (14-27)	25 (18-32)	-	14 (0-30)	0 (0-0)	-	-		
Thuiszorg	15 (9-21)	17 (10-23)	1,0 (0,4-2,4)	18 (2-35)	27 (8-46)	2,1 (0,3-15,9)	0,5 (0,1-4,2)		

* gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, het aantal chronische aandoeningen en het al dan niet hebben van matige of ernstige lichamelijke beperkingen; ¹ <0,05

3.4.2 Verwijzingen naar andere zorgverleners

Tabel 3.5 geeft het percentage van type II diabetespatiënten weer die vanuit de huisartsenpraktijk werden verwezen naar andere zorgverleners in 2008 en 2010. Geen enkel verschil in trend in verwijzingen van diabetespatiënten binnen en buiten IB was significant. Wat opvalt is dat de tendens van minder contact met de diëtist terug is te zien in het aantal verwijzingen, maar dat deze niet significant is.

3.4.3 Contacten in huisartsenpraktijk

Tabel 3.6 geeft het aantal contacten weer van type II diabetespatiënten in de huisartsenpraktijk. De trend in het totaal aantal contacten, contacten vanwege diabetes en contacten vanwege diabetes en gerelateerde klachten van diabetespatiënten binnen en buiten IB en verschil in trend was niet significant. Het verschil in trend in contacten vanwege diabetes was borderline significant.

In de zorgstandaard wordt geadviseerd om minimaal vier controles per jaar uit te voeren voor diabetes. Het aantal diabetespatiënten dat minimaal vier contacten per jaar had vanwege diabetes en vanwege diabetes en gerelateerde klachten lieten geen significante stijging zien. Tevens werd geen verschil in trend gevonden tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB.

Tabel 3.5: Verschil in percentage verwijzingen vanuit huisartsenpraktijk naar andere zorgverleners tussen diabetespatiënten binnen IB en buiten IB, LINH

	IB				Geen IB				Verschil in trend	
	2008		2010		2008		2010			Verschil Odds ratio* (95% BI)
	% verwijzing (95% BI)	% verwijzing (95% BI)	% verwijzing (95% BI)	% verwijzing (95% BI)	% verwijzing (95% BI)	% verwijzing (95% BI)	% verwijzing (95% BI)	% verwijzing (95% BI)		
Aantal patiënten	598	598	598	598	237	237	237	237		
Fysiotherapie (%)	7 (5-9)	9 (7-11)	2,0 (0,8-5,2)	12 (8-16)	18 (13-23)	2,4 (0,8-7,3)	12 (8-16)	18 (13-23)	0,8 (0,3-2,4)	
Diëtist(%)	2 (1-3)	1 (0-2)	0,5 (0,1-2,7)	12 (8-16)	20 (15-25)	1,9 (0,3-11,9)	12 (8-16)	20 (15-25)	0,3 (0,0-2,1)	
Eerste lijn (%)	10 (8-13)	11 (9-14)	1,3 (0,5-3,5)	24 (19-30)	31 (25-37)	1,6 (0,5-5,2)	24 (19-30)	31 (25-37)	0,8 (0,2-2,6)	
Eerstelijin (diabetes gerelateerd) (%)	4 (2-5)	2 (1-3)	0,6 (0,1-2,8)	17 (12-22)	24 (18-29)	1,6 (0,3-9,0)	17 (12-22)	24 (18-29)	0,4 (0,1-2,7)	
Internist (%)	2 (1-3)	4 (2-5)	1,5 (0,3-6,7)	3 (1-5)	10 (6-14)	3,6 (0,7-19,2)	3 (1-5)	10 (6-14)	0,4 (0,1-1,6)	
Oogarts (%)	2 (1-3)	3 (1-4)	0,6 (0,1-3,0)	8 (4-11)	7 (4-10)	0,5 (0,1-2,3)	8 (4-11)	7 (4-10)	1,4 (0,4-4,3)	
Tweedelijin (%)	21 (18-25)	23 (20-27)	1,2 (0,6-2,6)	28 (23-34)	33 (27-39)	1,2 (0,5-3,0)	28 (23-34)	33 (27-39)	1,0 (0,4-2,4)	
Tweedelijin (diabetes gerelateerd) (%)	5 (3-7)	4 (3-6)	0,7 (0,2-2,2)	10 (6-13)	13 (9-17)	1,1 (0,3-4,2)	10 (6-13)	13 (9-17)	0,6 (0,2-1,7)	

*gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, al dan niet woonachtig in een achterstandswijk en het aantal chronische aandoeningen, ¹ <0,05

Tabel 3.6: Verschil in aantal contacten in huisartsenpraktijk tussen diabetespatiënten binnen IB en buiten IB, LINH

	IB		Geen IB		Verschil		RR* (95% BI)	RR* (95% BI)
	2008 contacten (95% BI)	2010 contacten (95% BI)	2008 contacten (95% BI)	2010 contacten (95% BI)	Verschil RR* (95% BI)	Verschil RR* (95% BI)		
Aantal patiënten	499	499	273	273				
Aantal consulten en visites	10,1 (9,5-10,8)	11,2 (10,5-11,9)	8,8 (8,2-9,5)	9,4 (8,8-10,0)	1,2 (0,8-1,8)	0,9 (0,6-1,4)	1,3 (0,8-2,3)	
Aantal consulten en visites voor diabetes	4,1 (3,8-4,3)	5,0 (4,7-5,3)	3,9 (3,6-4,2)	4,0 (3,7-4,4)	1,5 (0,9-2,6)	0,8 (0,5-1,5)	2,7 (1,0-7,5)	
Aantal consulten en visites voor diabetes en gerelateerde klachten	5,8 (5,3-6,2)	6,3 (5,8-6,7)	4,8 (4,5-5,2)	5,0 (4,6-5,4)	1,4 (0,8-2,4)	0,8 (0,4-1,6)	1,6 (0,7-3,6)	
	% patiënten (95%BI)	% patiënten (95%BI)	% patiënten (95%BI)	% patiënten (95%BI)	Odds ratio* (95% BI)	Odds ratio* (95% BI)	Odds ratio* (95% BI)	
% patiënten met 4 of meer consulten of visites voor diabetes	45 (40-49)	50 (46-54)	44 (38-49)	48 (42-54)	2,6 (0,6-11,9)	1,2 (0,2-7,1)	2,1 (0,2-7,4)	
% patiënten met 4 of meer consulten of visites voor diabetes en gerelateerde klachten	58 (54-62)	63 (58-67)	58 (52-63)	62 (57-68)	1,8 (0,4-8,6)	1,0 (0,2-6,0)	1,8 (0,2-5,2)	

*gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, al dan niet woonachtig in een achterstandswijk en het aantal chronische aandoeningen,¹ p<0,05

3.4.4 *Leefstijladviezen*

Tabel 3.7 geeft het verschil in ontvangen leefstijladviezen volgens patiënten weer tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB in 2010. Er werden geen significante verschillen gevonden in ontvangen leefstijladviezen binnen en buiten IB.

Tabel 3.7: Ontvangen leefstijladviezen volgens diabetespatiënten binnen IB (n=228) en buiten IB (n=38), NPCG

	IB		Geen IB		Effect IB*
	% contact (95% BI)		% contact (95% BI)		OR (95% BI)
Aanbevolen dieet / voeding	29 (23-35)		34 (19-50)		1,0 (0,5-2,2)
Lichaamsbeweging	31 (25-37)		24 (10-37)		1,9 (0,8-4,6)
Alcoholgebruik	4 (2-7)		0 (0-0)		-
Stoppen-met-roken	7 (3-10)		3 (0-8)		4,5 (0,5-9,9)
Anders namelijk	1 (0-3)		0 (0-0)		-
Geen informatie over leefstijl	54 (47-60)		61 (45-76)		0,6 (0,3-1,2)

* gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, het aantal chronische aandoeningen en het al dan niet hebben van matige of ernstige lichamelijke beperkingen; ¹ p<0,05

In tabel 3.8 wordt van de diabetespatiënten die hadden aangegeven voorlichting en/of adviezen omtrent leefstijl te hebben ontvangen weergegeven welke zorgverlener deze voorlichting en/of adviezen gaf. Wat opvalt is dat diabetespatiënten buiten IB vaker aangaven dat de diëtist voorlichting gaf, terwijl bij diabetespatiënten binnen IB vaker aangaven dat de praktijkondersteuner de voorlichting en/of adviezen gaf. Dit beeld komt overeen met de lagere trend in contacten met diëtist van diabetespatiënten binnen IB (tabel 3.4).

Tabel 3.8: Zorgverleners die voorlichting en/of adviezen met betrekking tot leefstijl gaven volgens patiënten met type II diabetes, NPCG[§]

	IB (n=101)	Geen IB (n=14)
Huisarts	41%	43%
POH/praktijkverpleegkundige huisarts	50%	14%
Doktersassistente	6%	0%
Diëtiste	33%	57%
Fysiotherapeut / oefentherapeut	22%	21%
Medisch Specialist	4%	7%
Verpleegkundige in het ziekenhuis	5%	14%
Verpleegkundige van de thuiszorg	2%	0%
Anders	2%	0%

[§]Verschillen tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB niet statistisch getoetst

3.4.5 *Voorgescreven geneesmiddelen*

Tabel 3.9 geeft een overzicht van het aantal verschillende voorgeschreven geneesmiddelen aan diabetespatiënten en percentage van diabetespatiënten dat

geneesmiddelen uit de top-10 medicatie kreeg voorgeschreven in 2008 en 2010. De voorgeschreven geneesmiddelen verschilden niet significant tussen 2008 en 2010 voor zowel diabetespatiënten binnen als buiten IB. Daarnaast werden geen verschillen gevonden in de trend tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB, wat wijst op de afwezigheid van een effect van IB op het voorschrijven van geneesmiddelen.

3.5 Samenwerking en afstemming van zorg

Het beoordelen van de samenwerking tussen zorgverleners en de afstemming van zorg blijkt voor type II diabetespatiënten lastig te zijn. Op de vraag of men wist of zorgverleners met elkaar overleg hadden of elkaar informeerden over de situatie of de behandeling, gaf 60% van de diabetespatiënten binnen IB en 70% van de diabetespatiënten buiten IB aan dit niet te weten. Ervaringen en beoordelingen van de samenwerking en afstemming van zorg worden hieronder gepresenteerd, waarbij het belangrijk is om te beseffen dat type II diabetespatiënten weinig inzicht hadden wat betreft de samenwerking tussen zorgverleners en de afstemming van de zorg.

Tabel 3.10 geeft de mening en beoordeling omtrent de samenwerking tussen zorgverleners en de afstemming van zorg weer van diabetespatiënten binnen en buiten IB. De absolute verschillen in de beoordeling van en meningen over de samenwerking tussen zorgverleners en de afstemming van de zorg waren klein en niet significant. De gemiddelde beoordeling omtrent de samenwerking tussen zorgverleners en de afstemming van zorg ligt op 2,08 (95%BI: 1,99 – 2,17) voor diabetespatiënten binnen IB en 2,10 (95%BI: 1,90 – 2,31) voor diabetespatiënten buiten bekostiging. Dit komt overeen met een beoordeling tussen de matig en goed die meer richting matig gaat.

Tabel 3.11 geeft de mening over wie de verantwoordelijkheid draagt omtrent de afstemming in de zorg en de aanwezigheid van een persoonlijk zorgplan. Wat opvalt is dat meer dan een derde van zowel de type II diabetespatiënten binnen als buiten IB aangaf dat niemand verantwoordelijk was voor de afstemming van zorg tussen zorgverleners. De meerderheid van de diabetespatiënten vond dat zij zelf verantwoordelijk waren voor de afstemming van zorg tussen zorgverleners. Daarnaast gaf slechts een klein deel van de diabetespatiënten aan dat er een persoonlijk zorgplan aanwezig was in 2010. Er werden geen verschillen gevonden tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB omtrent de verantwoordelijkheid voor de afstemming van zorg en de aanwezigheid van een persoonlijk zorgplan.

Tabel 3.9: Verschil in voorgeschreven geneesmiddelen tussen diabetespatiënten binnen IB en buiten IB, LINH

	IB				Geen IB				Verschil in trend	
	2008		2010		2008		2010		Verschil	
	aantal (95%BI)	% patiënten (95%BI)	aantal (95% BI)	% patiënten (95%BI)	aantal (95%BI)	% patiënten (95%BI)	aantal (95%BI)	% patiënten (95%BI)	RR* (95%BI)	RR* (95%BI)
Aantal patiënten	788	788	788	788	356	356	356	356		
Aantal verschillende medicijnen (ATC4)	7,4 (7,1-7,6)	8,1 (7,8-8,4)	1,1 (1,0-1,2)	8,2 (7,7-8,6)	7,6 (7,1-8,0)	8,2 (7,7-8,6)	1,1 (0,9-1,2)	1,0 (0,9-1,1)	1,1 (0,9-1,2)	1,0 (0,9-1,1)
Aantal verschillende diabetesgerelateerde medicijnen (ATC4)	3,8 (3,7-3,9)	4,1 (3,9-4,2)	1,0 (0,9-1,1)	4,1 (3,9-4,3)	3,8 (3,7-4,1)	4,1 (3,9-4,3)	1,0 (0,9-1,2)	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,2)	1,0 (0,9-1,1)
	% patiënten (95%BI)	% patiënten (95%BI)	OR* (95% BI)	% patiënten (95%BI)	% patiënten (95%BI)	% patiënten (95%BI)	OR* (95% BI)	% patiënten (95%BI)	OR* (95% BI)	OR* (95% BI)
Bloedglucose verlagende middelen, excl. insuline	80 (77-83)	82 (79-85)	1,0 (0,4-2,5)	86 (82-89)	86 (82-89)	86 (82-89)	0,6 (0,2-2,0)	1,6 (0,5-5,1)	0,6 (0,2-2,0)	1,6 (0,5-5,1)
Statine	70 (67-73)	71 (68-74)	1,5 (0,7-3,2)	68 (63-72)	71 (67-76)	71 (67-76)	1,4 (0,6-3,5)	1,1 (0,5-2,4)	1,4 (0,6-3,5)	1,1 (0,5-2,4)
Antitrombotische middelen	40 (37-44)	43 (40-46)	1,2 (0,6-2,6)	34 (29-39)	37 (32-42)	37 (32-42)	1,3 (0,6-2,8)	1,0 (0,6-1,6)	1,3 (0,6-2,8)	1,0 (0,6-1,6)
Beta-blokkers	46 (43-50)	47 (44-51)	1,2 (0,6-3)	39 (34-44)	42 (37-47)	42 (37-47)	1,3 (0,6-2,8)	0,9 (0,6-1,4)	1,3 (0,6-2,8)	0,9 (0,6-1,4)
ACE-remmers	37 (33-40)	40 (37-44)	1,2 (0,7-2,3)	38 (33-43)	38 (33-44)	38 (33-44)	1,1 (0,6-2,3)	1,1 (0,7-1,7)	1,1 (0,6-2,3)	1,1 (0,7-1,7)
Middelen bij ulcus pepticum en gastro-oesofageale reflux	31 (28-34)	39 (36-42)	1,6 (0,9-2,9)	32 (27-37)	37 (32-42)	37 (32-42)	1,4 (0,7-2,7)	1,2 (0,8-1,8)	1,4 (0,7-2,7)	1,2 (0,8-1,8)
Anti-inflammatoire en antireumatische producten, niet steroïden	22 (19-24)	16 (14-19)	0,6 (0,3-1,2)	24 (20-29)	24 (19-28)	24 (19-28)	1,0 (0,5-2,1)	0,6 (0,3-1,2)	1,0 (0,5-2,1)	0,6 (0,3-1,2)
Selectieve calciumantagonisten met voornamelijk vaculaire effecten	20 (17-23)	21 (19-24)	1,8 (0,8-4,1)	17 (13-21)	20 (16-24)	20 (16-24)	2,0 (0,8-4,9)	0,9 (0,5-1,5)	2,0 (0,8-4,9)	0,9 (0,5-1,5)
Diuretica – low ceiling	22 (19-25)	24 (21-27)	1,1 (0,5-2,7)	17 (13-21)	20 (16-24)	20 (16-24)	1,6 (0,6-4,5)	0,7 (0,3-1,7)	1,6 (0,6-4,5)	0,7 (0,3-1,7)
Angiotensine-II-antagonisten, enkelvoudig	14 (12-17)	15 (12-17)	0,7 (0,3-1,8)	22 (17-26)	22 (18-27)	22 (18-27)	0,9 (0,3-2,4)	0,9 (0,4-1,9)	0,9 (0,3-2,4)	0,9 (0,4-1,9)

* gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, al dan niet woonachtig in een achterstandswijk en het aantal chronische aandoeningen; ¹ p<0,05

Tabel 3.10: Verschil in mening over afstemming in de zorg tussen diabetespatiënten binnen IB en buiten IB, NPCG

	IB score (95% BI) [#] (n=160)	Geen IB score (95% BI) [#] (n=26)	Effect IB* verschil 95% BI)
De zorgverleners maakten goede afspraken met elkaar	2,76 (2,59-2,92)	2,65 (2,18-3,13)	-0,14 (-0,83-0,56)
Als ik bij een andere zorgverlener kwam moest ik mijn verhaal opnieuw doen	2,10 (1,91-2,28)	1,64 (1,23-2,04)	0,31 (-0,52-1,15)
Bij verwijzing kon ik snel bij een andere zorgverlener terecht	2,60 (2,42-2,78)	2,62 (2,05-3,19)	-0,04 (-0,83-0,74)
De adviezen van de verschillende zorgverleners waren tegenstrijdig	1,32 (1,22-1,43)	1,14 (0,99-1,30)	0,17 (-0,29-0,63)
De zorgverleners waren goed op de hoogte van de afspraken met andere zorgverleners	2,59 (2,42-2,77)	2,21 (1,72-2,70)	0,01 (-0,78-0,81)
Wanneer ik bij twee zorgverleners in dezelfde instelling moest zijn, werden de afspraken gecombineerd op dezelfde dag	2,48 (2,28-2,67)	2,14 (1,70-2,57)	0,26 (-0,59-1,11)
	Beoordeling (95% BI) [§] (n=181)	Beoordeling (95% BI) [§] (n=29)	Verschil (95% BI)
Samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners	2,08 (1,99-2,17)	2,10 (1,90-2,31)	0,18 (-20-0,57)

* gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, het aantal chronische aandoeningen en het al dan niet hebben van matige of ernstige lichamelijke beperkingen; [#]Score: continue maat waarbij 1 = vrijwel nooit, 2 = soms, 3 = meestal, 4 = altijd; [§]Beoordeling: continue maat waarbij 1 = slecht, 2 = matig, 3 = goed, 4 = goed; ¹ p<0,05

Tabel 3.11: Verschil in mening over verantwoordelijkheid afstemming in de zorg en aanwezigheid van zorgplan tussen diabetespatiënten binnen IB en buiten IB, NPCG

	IB percentage (95% BI)	Geen IB percentage (95% BI)	Effect IB* OR (95% BI)
Aantal patiënten	193	30	
Verantwoordelijkheid afstemming tussen zorgverleners			
Ikzelf	55 (48-63)	57 (39-75)	0,8 (0,4-2,0)
Iemand anders	10 (6-14)	7 (0-16)	1,7 (0,3-8,5)
Niemand	36 (29-43)	37 (19-54)	1,0 (0,4-2,5)
Aantal patiënten	216	34	
Aanwezigheid zorgplan	11 (7-15)	12 (1-23)	0,8 (0,2-2,6)

* gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, het aantal chronische aandoeningen en het al dan niet hebben van matige of ernstige lichamelijke beperkingen; ¹ p<0,05

3.6 Programmatische aanpak van zorg

Indien de zorg binnen IB wordt gebaseerd op de zorgstandaarden kan worden verwacht dat de zorg steeds meer programmatisch wordt aangepakt. Tabel 3.12 geeft aan in hoeverre type II diabetespatiënten binnen en buiten IB geen ervaring hadden omtrent aspecten van een programmatische aanpak van chronische zorg. Type II diabetespatiënten gaven aan weinig ervaring met een persoonlijk zorgplan te hebben, wat tevens bleek uit de resultaten gepresenteerd in tabel 3.11. Het percentage van diabetespatiënten dat geen ervaring had met bepaalde aspecten van een programmatische aanpak verschilde niet tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB.

Tabel 3.12: Verschil in percentage diabetespatiënten binnen IB (n=203) en buiten IB (n=30) dat aangeeft geen ervaring te hebben met bepaalde aspecten van een programmatische aanpak van chronische zorg, NPCG

	IB	Geen IB	Effect IB*
	percentage n.v.t. (95% BI)	percentage n.v.t. (95% BI)	OR (95% BI)
Mijn behandelaar heeft mij gevraagd naar mijn ideeën toen we een zorgplan maakten	65 (58-71)	70 (54-86)	0,7 (0,3-1,7)
Mijn behandelaar heeft me geholpen om mijn eetgedrag of lichaamsbeweging te verbeteren	33 (26-40)	31 (14-48)	1,1 (0,4-2,8)
Ik heb een kopie van mijn zorgplan gekregen	63 (55-70)	61 (42-80)	0,9 (0,4-2,2)
Bij het opstellen van een zorgplan heeft mijn behandelaar rekening gehouden met wat ik belangrijk vind	69 (62-75)	80 (65-95)	0,5 (0,2-1,4)
Ik ben geholpen met het maken van een zorgplan dat ik kan uitvoeren in mijn dagelijks leven	70 (64-77)	74 (58-90)	0,5 (0,2-1,4)

* gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, het aantal chronische aandoeningen en het al dan niet hebben van matige of ernstige lichamelijke beperkingen; ¹ p<0,05

Tabel 3.13 geeft het verschil in gemiddelde score op de PACIC weer. De PACIC geeft een indicatie over de mate waarin de zorg, zoals ervaren door patiënten, volgens een programmatische aanpak wordt geleverd. Er werden geen verschillen gevonden tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB op de aspecten patiëntgerichtheid, organisatie van zorg, het stellen van gezamenlijke doelen en follow-up. Wel gaven diabetespatiënten binnen IB vaker aan gezamenlijk met zorgverleners te zoeken naar oplossingen voor problemen. Er is met betrekking tot alle aspecten van een programmatische aanpak nog veel winst te boeken, maar vooral ten aanzien van (nazorg) en follow-up zorg.

Tabel 3.13: Verschil in gemiddelde score op de PACIC tussen diabetespatiënten binnen IB (n=173) en buiten IB (n=21), NPCG

	IB		Geen IB		Effect IB*	
	score	(95% BI) [#]	score	(95% BI) [#]	verschil	(95% BI)
Patiëntgerichtheid	2,80	(2,58-3,03)	2,77	(2,19-3,34)	-0,44	(-1,34-0,46)
Organisatie van de zorg	2,83	(2,64-3,02)	2,83	(2,30-3,35)	-0,38	(-1,15-0,40)
Stellen van gezamenlijke doelen	2,13	(1,95-2,31)	1,87	(1,41-2,31)	0,25	(-0,42-0,91)
Gezamenlijk zoeken naar oplossingen voor problemen	2,04	(1,83-2,24)	1,45	(1,06-1,85)	0,96	(0,22-1,70)¹
Follow-up	1,52	(1,40-1,63)	1,57	(1,19-1,94)	0,22	(-0,21-0,64)

* gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, het aantal chronische aandoeningen en het al dan niet hebben van matige of ernstige lichamelijke beperkingen; [#] Score: continue maat waarbij 1 = nooit, 2= soms, 3 = regelmatig, 4= meestal, 5 = altijd; ¹ p<0,05

3.7 Zelfmanagement

Tabel 3.14 geeft de mate waarin diabetespatiënten voor zichzelf bepaalde zelfmanagementtaken zagen. Gemiddeld gaven diabetespatiënten aan dat zij soms tot meestal te maken hebben met taken rondom het uitvoeren van taken betreffende de medische behandeling, omgang met gevolgen, omgang met zorgverleners en leefstijlaanpassingen. De mate waarin diabetespatiënten aangaven met bepaalde zelfmanagementtaken te maken te hebben gehad verschilde niet tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB.

Tabel 3.15 geeft van de diabetespatiënten die aangaven soms tot altijd te maken te hebben gehad met zelfmanagementtaken weer in hoeverre deze patiënten behoefte hadden aan (extra) hulp of ondersteuning. Over het algemeen gaven type II diabetespatiënten aan weinig behoefte te hebben aan (extra) hulp of ondersteuning bij zelfmanagementtaken. De mate van behoefte aan ondersteuning verschilde nauwelijks tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB. Diabetespatiënten binnen IB gaven aan minder behoefte te hebben aan (extra) hulp of ondersteuning bij 'thuis oefeningen doen' en bij het uitvoeren van zelfzorgtaken dan diabetespatiënten buiten IB.

Tabel 3.14: Verschil in frequentie in zelfmanagementtaken tussen diabetespatiënten binnen IB (n=232) en buiten IB (n=38), NPCG

	IB		Geen IB		Effect IB*	
	score (95% BI) [#]		score (95% BI) [#]		verschil (95% BI)	
Medische behandeling	2,71	(2,64-2,79)	2,61	(2,39-2,83)	-0,01	(-0,31-0,29)
Medicijnen innemen volgens voorschrift	3,82	(3,74-3,89)	3,84	(3,67-4,02)	-0,01	(-0,36-0,49)
Thuis oefeningen doen	2,08	(1,94-2,21)	2,13	(1,77-2,50)	-0,14	(-0,86-0,59)
Hulpmiddelen gebruiken	1,57	(1,45-1,70)	1,57	(1,26-1,88)	-0,03	(-0,55-0,49)
Zelf uw klachten en symptomen in de gaten houden	3,27	(3,14-3,38)	2,97	(2,63-3,32)	-0,08	(-0,55-0,40)
Zelfzorgtaken uitvoeren	2,81	(2,63-2,99)	2,55	(2,10-3,01)	-0,07	(-0,91-0,76)
Uw eigen gezondheid in de gaten houden	2,69	(2,53-2,85)	2,55	(2,15-2,96)	0,12	(-0,61-0,85)
Omgaan met gevolgen	2,13	(2,03-2,22)	2,13	(1,88-2,39)	-0,13	(-0,55-0,28)
Omgaan met pijn of beperkingen	2,24	(2,12-2,35)	2,36	(2,04-2,69)	0,01	(-0,54-0,57)
Omgaan met een beperkte energie	2,46	(2,34-2,59)	2,50	(2,18-2,82)	0,15	(-0,30-0,60)
Omgaan met emoties en spanningen	2,12	(2,01-2,23)	2,14	(1,84-2,43)	-0,12	(-0,66-0,41)
Omgaan met beperktere mogelijkheden om bijvoorbeeld uit te gaan, op vakantie te gaan	1,86	(1,72-2,01)	1,92	(1,55-2,30)	-0,04	(-0,67-0,58)
Omgaan met een onzekere toekomst	1,96	(1,82-2,09)	1,82	(1,50-2,13)	-0,21	(-0,84-0,41)
Omgaan met zorgverleners	2,29	(2,20-2,37)	2,16	(1,99-2,32)	0,05	(-0,32-0,41)
Op bezoek gaan bij artsen en andere zorgverleners	2,58	(2,28-2,88)	2,58	(2,28-2,88)	-0,08	(-0,64-0,49)
Hulp invoeren als dat nodig is	1,78	(1,67-1,89)	1,68	(1,50-1,87)	0,34	(-0,210,89)
De informatie van artsen en andere zorgverleners begrijpen	2,79	(2,65-2,93)	2,74	(2,38-3,09)	-0,26	(-0,85-0,33)
Gesprekken aangaan met zorgverleners	1,91	(1,79-2,02)	1,63	(1,33-1,92)	0,18	(-0,49-0,85)
Leefstijlaanpassingen	2,84	(2,76-2,93)	2,83	(2,60-3,06)	-0,03	(-0,3-0,33)
Op uw voeding letten	3,07	(2,94-3,19)	3,08	(2,73-3,43)	-0,25	(-0,74-0,24)
Voldoende bewegen	3,28	(3,17-3,39)	3,30	(3,02-3,57)	-0,33	(-0,86-0,20)
Gezond leven	2,82	(2,66-2,99)	2,81	(2,39-3,23)	0,03	(-0,79-0,86)
Ongezonde leefgewoonten opgeven	2,15	(2,00-2,29)	2,18	(1,85-2,52)	0,36	(-0,25-0,96)

* gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, het aantal chronische aandoeningen en het al dan niet hebben van matige of ernstige lichamelijke beperkingen; [#] Score: continue maat waarbij 1 = nooit, 2= soms, 3 = meestal, 4 = altijd; ¹ p<0,10; ²p<0,05

Tabel 3.15: Verschil in behoefte aan (extra) hulp of ondersteuning bij zelfmanagement-taken tussen diabetespatiënten binnen IB en buiten IB, NPCG

	IB score (95% BI) [#]	Geen IB score (95% BI) [#]	Effect IB* verschil (95% BI)
Medische behandeling	<i>1,52 (1,42-1,61)</i>	<i>1,45 (1,26-1,63)</i>	<i>-0,15 (-0,5-0,24)</i>
Medicijnen innemen volgens voorschrift	1,38 (1,27-1,50)	1,21 (1,01-1,42)	0,04 (-0,34-0,42)
Thuis oefeningen doen	1,50 (1,34-1,65)	1,75 (1,32-2,18)	-0,84 (-1,55-0,14)¹
Hulpmiddelen gebruiken	1,72 (1,47-1,98)	2,10 (1,41-2,79)	-0,23 (-1,30-0,84)
Zelf uw klachten en symptomen in de gaten houden	1,57 (1,46-1,68)	1,55 (1,32-1,78)	0,23 (-0,31-0,76)
Zelfzorgtaken uitvoeren	1,35 (1,25-1,45)	1,45 (1,09-1,81)	-0,50 (-0,93-0,07)¹
Uw eigen gezondheid in de gaten houden	1,64 (1,49-1,79)	1,55 (1,14-1,95)	0,31 (-0,36-0,98)
Omgaan met gevolgen	<i>1,53 (1,44-1,62)</i>	<i>1,47 (1,28-1,67)</i>	<i>0,06 (-0,36-0,49)</i>
Omgaan met pijn of beperkingen	1,62 (1,52-1,73)	1,41 (1,19-1,62)	0,07 (-0,36-0,49)
Omgaan met een beperkte energie	1,50 (1,39-1,61)	1,70 (1,33-2,08)	-0,04 (-0,55-0,47)
Omgaan met emoties en spanningen	1,48 (1,37-1,60)	1,58 (1,35-1,82)	-0,13 (-0,75-0,48)
Omgaan met beperktere mogelijkheden om bijvoorbeeld uit te gaan, op vakantie te gaan	1,71 (1,52-1,89)	1,56 (1,12-2,00)	-0,48 (-1,17-0,22)
Omgaan met een onzekere toekomst	1,63 (1,48-1,77)	1,50 (1,24-1,76)	0,21 (-0,57-0,98)
Omgaan met zorgverleners	<i>1,53 (1,44-1,61)</i>	<i>1,58 (1,36-1,80)</i>	<i>0,07 (-0,35-0,48)</i>
Op bezoek gaan bij artsen en andere zorgverleners	1,46 (1,35-1,57)	1,40 (1,09-1,71)	0,06 (-0,49-0,61)
Hulp invoeren als dat nodig is	1,94 (1,79-2,10)	1,90 (1,55-2,25)	0,32 (-0,28-0,92)
De informatie van artsen en andere zorgverleners begrijpen	1,47 (1,35-1,58)	1,73 (1,39-2,07)	-0,17 (-0,65-0,32)
Gesprekken aangaan met zorgverleners	1,54 (1,41-1,67)	1,62 (1,34-1,89)	0,15 (-0,47-0,77)
Leefstijlaanpassingen	<i>1,49 (1,40-1,58)</i>	<i>1,64 (1,36-1,93)</i>	<i>-0,13 (-0,64-0,37)</i>
Op uw voeding letten	1,50 (1,39-1,61)	1,56 (1,22-1,89)	0,02 (-0,51-0,54)
Voldoende bewegen	1,60 (1,48-1,72)	1,66 (1,30-2,01)	-0,15 (-0,82-0,53)
Gezond leven	1,34 (1,22-1,46)	1,46 (1,10-1,81)	-0,11 (-0,76-0,54)
Ongezonde leefgewoonten opgeven	1,61 (1,48-1,74)	1,88 (1,39-2,36)	-0,53 (-1,30-0,23)

* gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, het aantal chronische aandoeningen en het al dan niet hebben van matige of ernstige lichamelijke beperkingen; [#] Score: continue maat waarbij 1 = nooit, 2= soms, 3 = meestal, 4 = altijd; ¹p<0,05

3.8 Zorggebruik buiten IB

Om te bepalen in hoeverre het zorggebruik dat buiten IB valt is veranderd door de invoering van IB, is allereerst nagegaan of het zorggebruik voor patiënten zonder diabetes of COPD is veranderd. In tabel 3.16 zijn de patiëntkenmerken weergegeven voor patiënten zonder diabetes of COPD in huisartsenpraktijken met IB en huisartsenpraktijken zonder IB. Net als bij de patiëntkenmerken van type II diabetespatiënten zijn meer patiënten uit praktijken zonder IB woonachtig in een achterstandswijk.

Tabel 3.16: Patiëntkenmerken van patiënten zonder diabetes of COPD in LINH

	IB		Geen IB	
	2008	2010	2008	2010
Aantal patiënten	24698	24476	14137	14010
Geslacht (% vrouw)	51%	51%	50%	50%
Leeftijd	38,2 (20,0)	40,1 (22,0)	36,2 (20,0)	38,2 (22,1)
Achterstandswijk	1%	0%	15%	15%
Aanwezigheid chronische aandoening(en)				
Geen chronische aandoening	71%	69%	70%	69%
1 chronische aandoening	22%	23%	23%	23%
2 chronische aandoeningen	5%	6%	6%	6%
3 of meer chronische aandoeningen	2%	2%	2%	2%

Tabel 3.17 geeft het verschil in zorggebruik in de huisartsenpraktijk weer tussen patiënten binnen en buiten IB. Het aantal contacten daalde licht bij patiënten in een huisartsenpraktijk met IB. Er werd geen verschil in trend in contacten gevonden tussen patiënten in een praktijk met of zonder IB. Het aantal verschillende voorgeschreven geneesmiddelen liet een daling zien voor patiënten in een praktijk zonder IB, terwijl voor patiënten in een praktijk met IB geen verschil werd waargenomen tussen 2008 en 2010. Het verschil in trend in voorgeschreven geneesmiddelen tussen patiënten in een praktijk met IB en patiënten in een praktijk zonder IB verschilde niet significant. Het percentage patiënten met een verwijzing naar de eerste liet een significante daling zien voor patiënten in een praktijk met IB. Voor patiënten in een praktijk zonder IB werd een significante stijging waargenomen in het percentage patiënten dat werd verwezen naar een zorgverlener in de tweede lijn. De trend in het percentage patiënten met een verwijzing naar de tweede lijn was significant verschillend tussen patiënten in een praktijk met en zonder IB. Kortom, door de introductie van IB lijkt het aantal verwijzingen naar de tweede lijn te zijn gedaald voor patiënten zonder diabetes of COPD.

Een deel van het zorggebruik van type II diabetespatiënten valt buiten IB. Tabel 3.18 laat zien in hoeverre het aantal contacten voor andere gezondheidsklachten van diabetespatiënten in de huisartsenpraktijk is veranderd. Het aantal contacten voor andere gezondheidsklachten van type II diabetespatiënten is nauwelijks veranderd. Daarnaast werd geen verschil gevonden in de trend van het aantal contacten voor andere gezondheidsklachten tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB. IB lijkt geen effect te hebben gehad op de zorg voor diabetespatiënten die buiten IB valt.

Tabel 3.17: Verschil in zorggebruik tussen patiënten zonder diabetes en COPD in een huisartsenpraktijk binnen IB en buiten IB, LINH

	IB			Geen IB			Verschil in trend	
	2008	2010	Verschil	2008	2010	Verschil	RR*	RR*
Aantal consulten en visites	aantal (95% BI) 2,8 (2,7-2,8)	aantal (95% BI) 2,9 (2,8-2,9)	RR* (95% BI) 1,0 (0,9-1,0)¹	aantal (95% BI) 2,4 (2,3-2,4)	aantal (95% BI) 2,4 (2,3-2,4)	RR* (95% BI) 1,0 (0,9-1,0)¹	RR* (95% BI) 1,0 (1,0-1,0)	RR* (95% BI) 1,0 (1,0-1,0)
Aantal verschillende medicijnen (ATC4)	aantal (95% BI) 2,2 (2,2-2,2)	aantal (95% BI) 2,4 (2,3-2,4)	Verschil* (95% BI) 0,0 (-0,1-0,0)	aantal (95% BI) 1,9 (1,9-1,9)	aantal (95% BI) 2,0 (2,0-2,1)	Verschil* (95% BI) -0,1(-0,2-0,1)¹	Verschil* (95% BI) 0,1 (0,1-0,2)	verschil (95% BI) 0,1 (0,1-0,2)
Verwijzingen (%)	% patiënten (95%BI)	% patiënten (95%BI)	Odds ratio* (95% BI)	% patiënten (95%BI)	% patiënten (95%BI)	Odds ratio* (95% BI)	Odds ratio* (95% BI)	Odds ratio* (95% BI)
Eerste lijn	6 (6-6)	6 (6-6)	0,9 (0,8-1,0)¹	7 (6-7)	7 (6-7)	1,1 (0,9-1,2)	0,9 (0,7-1,0)	0,9 (0,7-1,0)
Tweedelijn	13 (13-14)	14 (13-14)	0,9 (0,9-1,0)	16 (15-17)	19 (18-19)	1,2 (1,1-1,3)¹	0,8 (0,7-0,9)¹	0,8 (0,7-0,9)¹

*gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, al dan niet woonachtig in een achterstandswijk en het aantal chronische aandoeningen; ¹ p<0,05

Tabel 3.18: Verschil in contacten voor andere gezondheidsklachten dan diabetes tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB, LINH

Aantal consulten en visites	IB				Geen IB				Verschil in trend	
	2008		2010		2008		2010			Verschil RR* (95% BI)
	aantal (95% BI)		aantal (95% BI)		aantal (95% BI)		aantal (95% BI)			
Infectieziekten	0,8 (0,6-0,9)		0,7 (0,6-0,9)		0,6 (0,5-0,7)		0,6 (0,5-0,7)		0,9 (0,5-1,6)	0,9 (0,7-1,3)
Andere chronische aandoeningen	2,1 (1,8-2,4)		1,8 (1,6-2,1)		1,2 (1,0-1,3)		1,2 (1,0-1,4)		1,0 (0,4-2,5)	0,7 (0,3-2,0)
Bewegingsapparaat	0,9 (0,7-1,0)		0,8 (0,7-0,9)		0,9 (0,7-1,0)		0,8 (0,6-0,9)		0,9 (0,5-1,5)	1,0 (0,6-1,6)
Acute lichamelijke letsels	0,2 (0,1-0,2)		0,3 (0,2-0,4)		0,1 (0,0-0,1)		0,2 (0,1-0,3)		1,5 (0,5-4,2)	0,9 (0,5-1,7)
Overige lichamelijke aandoeningen	0,5 (0,4-0,6)		0,7 (0,6-0,8)		0,9 (0,7-1,1)		0,9 (0,7-1,0)		1,0 (0,6-1,7)	1,2 (0,8-1,8)
Overige lichamelijke klachten	1,1 (0,9-1,2)		1,2 (1,1-1,4)		1,0 (0,8-1,1)		1,0 (0,9-1,2)		1,3 (0,9-2,0)	1,1 (0,8-1,6)
Psychische en sociale problemen	0,4 (0,3-0,6)		0,5 (0,3-0,6)		0,4 (0,2-0,5)		0,5 (0,3-0,6)		1,3 (0,5-3,0)	0,7 (0,3-1,5)

*gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, al dan niet woonachtig in een achterstandswijk en het aantal chronische aandoeningen; ¹ <0,05

4 Discussie

Dit onderzoek had ten doel om de effecten één jaar na introductie van IB voor patiënten met type II diabetes in kaart te brengen. De effecten die in dit onderzoek zijn gevonden moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, aangezien de omvang van de onderzochte diabetespopulatie gering was. Het is echter het eerste onderzoek dat rapporteert over IB waarbij werd vergeleken met een controlegroep van patiënten die niet via IB werden bekostigd.

Meest opvallende resultaten zijn dat het overgrote merendeel (86%) van diabetespatiënten in 2010 binnen IB vallen en dat er weinig tot geen selectie plaatsvindt *binnen* een praktijk; alle patiënten binnen één praktijk werden volgens dezelfde methode bekostigd. Er lijkt echter wel een selectie te zijn *tussen* praktijken, praktijken in achterstandswijken nemen minder vaak deel aan IB. Grote veranderingen in zorg zijn in deze korte periode na de introductie niet waargenomen. De meest opvallende verschuiving voor patiënten binnen IB is dat zij minder contact lijken te hebben met een diëtist. Voor type II diabetespatiënten lijken praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk delen van de zorg van diëtisten over te nemen. Het overgrote deel van de patiënten geven aan geen persoonlijk zorgplan te hebben en weten ook niet of en hoe hun zorg wordt afgestemd. De mening en beoordeling over de samenwerking tussen zorgverleners en de afstemming van zorg voor diabetespatiënten verschilden niet tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB. Er werd door zowel patiënten binnen als buiten IB in beperkte mate een programmatische aanpak van zorg ervaren. Diabetespatiënten binnen IB gaven echter vaker aan gezamenlijk met hun zorgverlener(s) te zoeken naar oplossingen voor problemen. Type II diabetespatiënten gaven over het algemeen aan soms tot meestal te maken te hebben met taken rondom het uitvoeren van zelfmanagementtaken betreffende de medische behandeling, omgang met gevolgen, omgang met zorgverleners en leefstijlaanpassingen. Echter, type II diabetespatiënten gaven aan weinig behoefte te hebben aan (extra) hulp of ondersteuning bij deze zelfmanagementtaken. De mate waarin diabetespatiënten aangaven te maken te hebben met zelfmanagementtaken en de behoefte aan hulp of ondersteuning bij deze zelfmanagementtaken verschilde nauwelijks tussen patiënten binnen en buiten IB. Daarnaast lijkt de zorg die buiten IB valt vooralsnog nauwelijks te worden beïnvloed door de invoering van IB.

Gezien de recente invoering van IB kan op dit moment alleen het korte termijn effect bestudeerd worden. Ook het vergelijken van onze resultaten met ander onderzoek kan alleen op zeer beperkte schaal, aangezien er op dit moment nog niet veel onderzoek hierover is verschenen.

Ons onderzoek laat zien dat er een selectie lijkt te bestaan tussen praktijken, waarbij praktijken in achterstandswijken minder deelnemen aan IB. Onderzoek laat zien dat patiënten uit achterstandswijken andere klachten presenteren (Nielen et al., 2007), dat de multiculturele populatie in een achterstandswijk een extra belasting is voor huisartsen en dat de ervaren tijdsdruk hoger is voor huisartsen in een achterstandswijk (Devillé et al.,

2003). Het introduceren van IB vergt tijd, welke in huisartsenpraktijken in achterstandswijken extra schaars is gezien de hogere ervaren tijdsdruk. Daarnaast worden huisartsenpraktijken binnen IB afgerekend op behaalde effecten bij patiënten, die wellicht in deze populatie minder makkelijk te behalen zijn. Om IB ook toegankelijk te maken voor patiënten uit achterstandswijken dient na te worden gegaan in hoeverre de werklast van huisartsen door introductie van IB beperkt kan worden, door bijvoorbeeld een grotere inzet van praktijkondersteuners. Daarnaast dient te worden gezocht naar geschikte uitkomstmaten om de kwaliteit van zorg voor patiënten in achterstandswijken te monitoren.

Het zorggebruik lijkt één jaar na introductie van IB nog niet sterk te zijn veranderd. Er zijn (nog) geen effecten zichtbaar van eventuele substitutie van de tweede naar de eerste lijn. In dit onderzoek hebben we echter alleen gekeken naar het al dan niet contact hebben met zorgverleners. Het kan zijn dat diabetespatiënten binnen IB minder vaak contact hebben met medisch specialisten. Door de introductie van IB lijkt het aantal type II diabetespatiënten dat contact heeft met een diëtist te zijn verminderd. Gegevens uit het Landelijke informatievoorziening Paramedische Zorg (Tol et al., 2011) laten zien dat het percentage cliënten van diëtisten met een verwijstdiagnose diabetes tussen 2009 en 2010 is gedaald van 22% naar 21%. Dit terwijl in de Nederlandse bevolking is de afgelopen jaren een stijging werd waargenomen van het aantal mensen met diabetes (Verheij et al., 2011). Voor type II diabetespatiënten lijken praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk delen van de zorg van diëtisten over te nemen. In hoeverre praktijkondersteuners dezelfde kwaliteit van voedingsadvies kunnen geven is onbekend en verdient extra aandacht in vervolgonderzoek.

Met de invoering van IB wordt beoogd de multidisciplinaire samenwerking te versterken. Onderzoek laat zien dat de samenwerking in termen van schaal, formalisatie en multidisciplinairiteit binnen de eerste lijn tussen 2007 en 2009 is toegenomen (Hansen et al., 2010). Dit onderzoek laat geen verschillen zien in de ervaren samenwerking tussen zorgverleners en de afstemming van zorg tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB. Uit onderzoek blijkt dat een deel van de keten-DBC's zich tot huisartsenzorg beperken, wat wellicht van invloed kan zijn op de ervaren multidisciplinaire samenwerking (Van Til et al., 2010). Wat verder opviel was dat slechts tien procent van de diabetespatiënten aangaf een persoonlijk zorgplan te hebben, welke een belangrijk onderdeel is in de zorg voor diabetespatiënten. Nagegaan dient te worden of er daadwerkelijk geen zorgplan is, of dat deze niet wordt gedeeld met de patiënt.

Uit ons onderzoek kwam verder naar voren dat er slechts in beperkte mate door patiënten werd ervaren dat de zorg volgens een programmatische aanpak werd verleend. Er werden nauwelijks verschillen gevonden in de ervaren programmatische aanpak tussen diabetespatiënten binnen en buiten IB. De verleende zorg lijkt binnen (en ook buiten) IB nog niet volgens het chronisch zorgmodel te worden verleend. Onderzoek laat zien dat de aanpak van chronische zorg volgens het chronisch zorgmodel gepaard gaat met betere uitkomsten voor patiënten in termen van kennis, zorggebruik, ligdagen, zelfmanagement, kwaliteit van leven, gezondheidsrisico's en klinische uitkomsten (Vrijhoef et al., 2010). Binnen IB is nog veel winst te behalen met betrekking tot het programmatisch aanpakken van zorg, en daardoor vermoedelijk op betere uitkomsten voor patiënten.

Wat betreft de resultaten omtrent zelfmanagement viel op dat diabetespatiënten weinig behoefte hadden aan ondersteuning bij zelfmanagementtaken. Het kan zijn dat deze patiënten daadwerkelijk geen ondersteuning bij zelfmanagementtaken nodig hebben. Echter, patiënten kunnen wellicht ook niet goed beseffen hoe zorgverleners hen kunnen ondersteunen bij deze taken. Volgens de Kaiser Permanente Piramide verschilt de relatieve mate van zelfmanagement binnen de totale benodigde zorg met verschillende niveaus van zorgcomplexiteit (UK Department of Health, 2005). Zelfmanagement speelt bij complexe cases met comorbiditeit volgens dit model slechts een beperkte rol. Het is bij het geven van ondersteuning bij zelfmanagementtaken belangrijk om na te gaan of type II diabetespatiënten wel degelijk hulp nodig hebben en/of wensen te ontvangen.

De versterkte aandacht voor de integraal bekostigde aandoeningen lijkt vooralsnog geen negatief effect te hebben op de zorg die buiten IB valt. In dit onderzoek hebben we echter alleen op grote lijnen gekeken naar de zorg voor patiënten die buiten IB valt. Er is niet gekeken in hoeverre de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld aan de hand van het volgen van richtlijnen, wordt beïnvloed door de invoering van IB. In vervolgonderzoek zal meer in detail moeten worden nagegaan of de kwaliteit van zorg voor bepaalde patiëntengroepen buiten IB wordt beïnvloed door de invoering van IB.

Conclusie

IB wordt één jaar na introductie voor de merendeel van de type II diabetespatiënten ingezet. IB lijkt één jaar na introductie nog geen grote veranderingen te weeg te hebben gebracht in de verleende zorg. Eén jaar is echter erg kort om effecten in zorg te weeg te brengen. Dit onderzoek geeft aanwijzingen voor een selectie-effect van IB tussen huisartsenpraktijken, waarbij huisartsenpraktijken in achterstandswijken minder vaak lijken te kiezen voor IB voor hun type II diabetespatiënten. Een jaar na introductie lijken de randvoorwaarden van IB nog maar mondjesmaat te zijn geïntroduceerd. Zowel het werken met een persoonlijk zorgplan als de afstemming tussen een sluitende keten van (multidisciplinaire) zorgverleners is nog onvoldoende geregeld. Om het potentiële effect van IB te kunnen meten, moet binnen IB het werken volgens een programmatische aanpak geïmplementeerd zijn. Zolang dit ontbreekt zijn grote effecten waarschijnlijk niet te verwachten.

Referenties

Devillé W, Habraken JM, de Bakker DH. Huisartsenzorg in achterstandsgebieden: evaluatie van 5 jaar beleid: 1997-2002. Utrecht, NIVEL; 2003.

Glasgow RE, Nelson CC, Whitesides H, King DK. 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* 2005; 28(11):2565-61

Heijmans M, Spreeuwenberg P, Rijken M. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch ziekten: Rapportage 2010. Utrecht: NIVEL; 2010.

Nederlandse Diabetes Federatie. NDF zorgstandaard transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort: NDF; 2007

Nielen M, Verheij R, de Bakker D, Devillé W. Vooronderzoek verbetering kwaliteit huisartsenzorg in achterstandsgebieden grote steden, Utrecht: NIVEL; 2007.

Nederlandse Zorgautoriteit. Visiedocument IB vier niet-complexe chronische zorgvormen: Diabetes, COPD, cardiovasculair risicomanagement en hartfalen. Utrecht: NZa, 2009.

Rijken M, van Kerkhof M, Dekker J, Schellevis FG. Comorbidity of chronic diseases, Effects of disease pairs on physical and mental functioning. *Quality of Life Research* 2005;14(1):45-55

Rijken M, Groenewegen PP. Money does not bring well-being, but it does help! The relationship between financial resources and life satisfaction of the chronically ill mediated by social deprivation and loneliness. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 2008;18:39-53

Spreeuwenberg C, Pop P. In: Spreeuwenberg C, Pop P, Beusmans GHJM et al. Handboek transmurale zorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2000: 17-35.

Struijs JN, Van Til JT, Baan CA. Experimenten met de keten-dbc diabetes: de eerste zichtbare effecten. Bilthoven: RIVM, 2009

Tol J, Swinkels ICS, Leemrijse C, de Bakker D, Veenhof C. Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, <http://nivel.nl/lipz>, bezocht op 3-11-11

UK Department of Health. Supporting people with Long Term Conditions: An NHS and Social Care Model to support local innovation and integration. Londen: Department of Health, 2005

Van Dijk C, Rijken M, De Bakker D, Verheij R, Groenewegen P, Schellevis F. Anders is niet perse beter: kanteekeningen bij Integrale bekostiging. *Medisch Contact* 2009, 64(22):973-976

Van Til JT, De Wildt JE, Struijs JN. De organisatie van zorggroepen anno 2010: huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Bilthoven: RIVM, 2010

Varkenvisser, M, Van der Geest S, Appelman M, Struijs J. Regionale machtspositie zorggroepen baart zorgen. *ESB* 2009. 94(4572):701

Verheij RA, Van Dijk CE, Dorsman SA, Stirbu-Wagner I, Visscher S, Abrahamse H, Davids R, Braspenning J, Van Althuis T, Korevaar JC. Landelijk informatienetwerk huisartsenzorg, Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK;<http://www.LINH.nl>, bezocht op 3-11-11

Vrijhoef B. Chronisch zieken hebben de toekomst. Oratie Universiteit van Tilburg. 5 november 2010.

VWS. 'De patiënt centraal door omslag naar integrale bekostiging'. Brief van Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (dr A. Klink) aan de Tweede Kamer, d.d. 22-12-2008

VWS. 'Reactie Nza op 3 rapporten inzake huisartsenzorg en functionele bekostiging'. Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (dr A. Klink) aan de Tweede Kamer, d.d. 22-04-2009

VWS. 'Instelling Evaluatie commissie IB'. Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (dr. A. Klink) aan de Tweede Kamer, d.d. 13-01-2010.

Wood M, Lamberts H. International Classification of primary care: prepared for the World Organisation of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians (WONCA) by the ICPC Working Party. Oxford, New York, Tokio: Oxford University Press; 1987

World Health Organization (WHO) Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical therapeutic chemical (ATC) classification index. Oslo, Norway: WHO Collaboration Centre for Drug Statistics Methodology; 1996