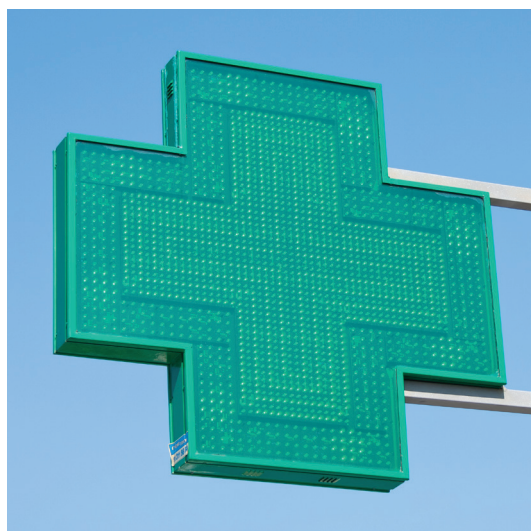


# Zorgthermometer

vektis ✓



Jaargang 20, november 2015



**De reikwijdte  
van de eerste lijn**

## Over Vektis gesproken

Vektis, informatiecentrum voor de zorg.

Vektis verzamelt en analyseert gegevens over de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland. Wij leveren informatiediensten waardoor besluitvorming en uitvoering binnen de zorgmarkt effectief plaatsvindt.

Vektis beschikt over actuele en omvangrijke databestanden. Deze bevatten bijvoorbeeld gegevens op nationale schaal over de kosten van medicijngebruik, medische hulpmiddelen en ziekenhuiszorg. Deze informatie is niet alleen van belang voor de zorgverzekeraars, maar ook voor zorgaanbieders, overheid en verzekerden. Met deze informatie stelt Vektis partijen in staat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg in Nederland te verbeteren.

Daarnaast beschikken wij over verschillende producten en diensten ter ondersteuning van de elektronische uitwisseling van berichten. Hiervoor ontwikkelen en beheren wij standaarden in samenspraak met zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders en softwareleveranciers. Ook ontwikkelt en beheert Vektis diverse referentiesystemen.

Meer informatie is te vinden op [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl).

## Inhoud

Over Vektis gesproken	2
Voorwoord: Bij de huisarts	4
1 Samenwerken in de eerste lijn	5
2 Inzicht in de zorg voor de patiëntpopulatie van de huisartsenpraktijk	9
3 Inzicht in de zorg rondom de chronische aandoening diabetes	12
Interview met prof. dr. Dirk Ruwaard en dr. Anne de Boo	17
4 Inzicht in de wijkverpleging	21
Colofon	30

## Bij de huisarts...

*Door omstandigheden ben ik de afgelopen maanden een paar keer op consult geweest bij mijn huisarts. En daar was ik - gezegend met een goede gezondheid gelukkig - al vele jaren niet geweest. Leuk om te zien hoe de veranderingen in de werkzaamheden binnen huisartsenpraktijken vorm hebben gekregen bij mijn eigen huisarts. Inspirerend ook om weer eens van de beleidsmatige en cijfermatige wereld naar de situatie in de praktijk te gaan.*



De huisarts als spil in de eerstelijnszorg, de huisarts als poortwachter, de huisarts die van heel veel genoeg weet om gericht door te kunnen verwijzen en natuurlijk nog steeds de huisarts als luisterend oor. De rol van de huisarts ontwikkelt zich door de jaren heen. De eerste lijn is - en wordt nog voortdurend - versterkt. Van die ontwikkeling schetsen we een beeld in deze Zorgthermometer.

Bij die verandering en versteviging van de eerste lijn gaat in de spreekkamer het leven van alledag gewoon door. Een volle wachtkamer en tussendoor toch iemand met een diepe vingerwond, even overleg met een apotheek over de precieze situatie in verband met bijwerkingen, contact met een collega-specialist, het bijhouden van het medisch dossier en in de randen van de dag nog het voorbereiden van een verhuizing van solopraktijk naar een groepspraktijk in een gloednieuw pand. Ik heb nog weer meer bewondering gekregen voor huisartsen in het algemeen en die van mij in het bijzonder!

We kennen bij Vektis niet de precieze aanleiding waarom een patiënt zijn huisarts bezoekt. Ook weten we uiteraard niet wat er exact wordt besproken in de spreekkamer. Wel kunnen wij inzichtelijk maken welke patiënten er bij de huisarts komen en ook wat zij buiten de muren van de huisartsenpraktijk aan zorg ontvangen. Omdat we voor het eerst gegevens van alle zorgverzekeraars met elkaar combineren en dat per huisartsenpraktijk teruggeven, krijgt de huisarts een beeld van de totale zorgvraag van zijn patiënten. Interessant natuurlijk om als huisarts dat inzicht te hebben en ook om je eigen praktijk te vergelijken met 'de gemiddelde praktijk'.

Dat is in de kern de Praktijkspiegel, die we in deze Zorgthermometer bespreken en die we inmiddels aan veel huisartsenpraktijken hebben geleverd. Vektis wil hiermee graag input geven aan huisartsen, die zij kunnen inzetten om beleid vast te stellen of hun praktijk nog verder te professionaliseren. We zetten graag onze cijferkracht in voor de huisarts, zodat die zo gemakkelijk mogelijk binnen alle drukke werkzaamheden zijn praktijk kan vormgeven.

Hoe waren de eerste reacties op de Praktijkspiegel? Een greep: 'interessant', 'doe het best goed ten opzichte van het landelijk beeld', 'ik wil graag nog meer weten om de goede conclusies te trekken', 'geeft inzicht in mijn patiënten', 'best veel informatie', 'ben benieuwd hoe ik het ten opzichte van landelijk doe'. Voor ons reden genoeg om met de ontwikkeling van dit product en andere ondersteunende middelen voor huisartsen volop verder te gaan.

Veel leesplezier!

drs. M. (Marieke) Smit

Manager Informatie en Onderzoek

# 1 Samenwerken in de eerste lijn

*De vraag naar zorg verandert en groeit. Het aantal chronisch zieken stijgt. Mensen worden steeds ouder en hebben daardoor niet alleen méér, maar ook langer zorg nodig. Deze ontwikkelingen zijn van invloed op het werk van de zorgverleners, op de plaats waar de zorg wordt geleverd en op de organisatie van de zorg. Deze Zorgthermometer gaat over de veranderende zorg en de positie van de verschillende zorgverleners daarbinnen. Met als belangrijke vraag daarbij hoe die samenwerking tussen zorgverleners met informatie kan worden ondersteund. In dit eerste hoofdstuk schetsen we het eerste-lijnzorgveld en lichten we enkele belangrijke (beleids)ontwikkelingen toe. Met die ontwikkelingen stijgt ook het belang van objectieve informatie over de zorg.*

## **Wat verstaan we onder eerstelijnszorg?**

De eerstelijnszorg heeft een belangrijke taak in het Nederlandse gezondheidszorgstelsel. Wie een gezondheidsprobleem heeft, komt in eerste instantie in contact met een zorgverlener uit de eerste lijn. Onder eerstelijnszorg verstaan we de zorg dicht bij huis, zoals die wordt geleverd door huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, verloskundigen, oefentherapeuten, diëtisten, logopedisten, wijkverpleegkundigen en eerstelijnspsychologen. Al deze eerstelijnszorgverleners hebben tot taak om de juiste hulp te leveren aan de mensen in de buurt. Zij vangen zoveel mogelijk zorg en zorgvragen op, voordat die in de (duurdere) tweede lijn terechtkomen. Door voldoende zorgaanbod en goede zorgverlening in de eerste lijn kunnen mensen langer thuis blijven wonen – daarmee hoeven minder mensen opgenomen te worden in ziekenhuizen en verpleeghuizen. De eerste lijn, en daarbinnen vooral de huisarts, fungeert dus als poortwachter voor de tweedelijnszorg (ziekenhuis- en geestelijke gezondheidszorg (GGZ)). Veruit de meeste patiënten (6,7 miljoen) worden naar een ziekenhuis of specialist verwezen vanuit de eerste lijn. 1,2 miljoen patiënten worden verwezen vanuit een ander specialisme binnen dezelfde instelling<sup>1</sup>.

## **Ontwikkelingen binnen de eerstelijnszorg tot nu**

### *Toename van zorg in de eerste lijn*

De eerstelijnszorg zoals die nu bestaat, verschilt aanzienlijk van de eerstelijnszorg van 25 jaar geleden. De werkzaamheden van de huisarts hebben zich in de loop der jaren fors uitgebreid. Aan die uitbreiding ligt een aantal factoren ten grondslag. Demografische ontwikkelingen hebben geleid tot een toename van het aantal mensen dat een huisarts bezoekt. Zowel de toename als de veranderende samenstelling van de bevolking – de vergrijzing en de stijging van het aantal allochtonen – leidt al geruime tijd tot een groeiend beroep op de huisartsenzorg. Door technologische ontwikkelingen zijn de behandelingen van de huisarts beter, maar ook complexer geworden. Daarnaast zijn mensen assertiever geworden en is er een toenemend aantal patiënten met chronische ziekten in Nederland. Bovendien is ook het beleid erop gericht dat zoveel mogelijk mensen in de eerste lijn behandeld worden<sup>2</sup>. Dit is onder andere zichtbaar in het aantal chirurgische verrichtingen dat door huisartsen wordt uitgevoerd.

Al deze ontwikkelingen hebben het werk voor de eerstelijnszorgverleners en de manier waarop dat werk is georganiseerd, ingrijpend veranderd. Dit heeft ook gevolgen voor de informatievoorziening aan huisartsen; hierop gaan we in hoofdstuk 2 nader in.

<sup>1</sup> Bron: [www.zorgprismapubliek.nl](http://www.zorgprismapubliek.nl).

<sup>2</sup> CPB Memorandum 'Ontwikkelingen rondom de rol van de Nederlandse Huisarts' (2008).

### *Samenwerkingsvormen binnen de eerste lijn*

De huisarts is in de loop der jaren steeds meer zorg gaan verlenen. Het is niet verwonderlijk dat de manier waarop de huisartsenzorg - en daarmee de eerstelijnszorg - is georganiseerd door de jaren heen is mee veranderd met die zorggroei. Sinds de jaren negentig worden steeds meer huisartsen ondersteund door praktijkondersteuners (praktijk-verpleegkundigen). De praktijkondersteuner ondersteunt de huisarts bij de zorg voor specifieke patiëntengroepen, onder meer door bepaalde medische of verpleegkundige handelingen van hem over te nemen. Daarnaast is de praktijkondersteuner betrokken bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, bijvoorbeeld door het opstellen van protocollen en het uitvoeren van veranderingstrajecten. Ook het geven van voorlichting aan patiënten behoort tot de taken van de praktijkondersteuner. De praktijkondersteuner kent twee specialisaties: praktijkondersteuner somatische zorg en praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg.

Ook de werkzaamheden voor de avond-, nacht- en weekenddiensten bleken voor de huisarts steeds moeilijker te combineren met de reguliere werkzaamheden. Huisartsen zijn daarom gaan samenwerken door huisartsenposten te openen. Later werd ook de huisartsendienstenstructuur geïntroduceerd. Dit is een centrale organisatie die ondersteuning biedt bij de bedrijfsvoering, personele zaken en het kwaliteitsbeleid van meerdere huisartsenposten.

Huisartsen zijn door de jaren heen ook steeds meer gaan samenwerken met andere zorgverleners uit de eerste lijn. In de jaren zeventig ontstonden de eerste gezondheidscentra. In deze centra werd aanvankelijk zorginhoudelijk samengewerkt door in ieder geval huisartsen, maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten; vaak waren ook nog andere zorgprofessionals betrokken. Hoewel het aantal gezondheidscentra nog altijd licht groeit, zien we in de loop der jaren een toenemend aantal andere samenwerkingsverbanden tussen zorgverleners in de eerste lijn.

Deze samenwerkingsverbanden tussen zorgverleners zijn vooral goed zichtbaar in de zorg rondom chronische aandoeningen. Die zorgverlening is sterk veranderd. Het uitgangspunt is dat de zorg voor groepen patiënten met dezelfde chronische aandoening, zoals diabetes, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) of Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) zoveel mogelijk in samenhang georganiseerd wordt. Het startpunt voor de patiënt is meestal de huisarts. Die bepaalt, in overleg met de patiënt, welke zorg nodig is en bekijkt vervolgens welke eerstelijnszorgverleners uit de regionale zorgketen deze zorg het best kunnen leveren. Om deze zogeheten multidisciplinaire zorg te stimuleren, is integrale bekostiging geïntroduceerd. Dit houdt in dat per chronische zorgvorm één tarief wordt afgesproken voor de totale zorg die wordt verleend door de geselecteerde eerstelijns zorgverleners. Er worden dus geen losse verrichtingen en behandelingen meer vergoed, maar de zorgverleners krijgen een totaalbedrag voor de zorg voor deze groepen chronische patiënten. Zorgverzekeraars kopen deze multidisciplinaire zorg niet in bij huisartsenpraktijken, maar bij zorggroepen. Dit zijn organisaties waarin huisartsen en andere disciplines deelnemen. Deze zorggroepen organiseren de multidisciplinaire samenwerking die nodig is voor multidisciplinaire zorg in de eerste lijn. Voor Nederland zijn er in totaal ruim 100 zorggroepen.

In hoofdstuk 3 gaan we nader in op de zorg voor mensen met een chronische aandoening. We kijken specifiek naar de zorg voor diabetespatiënten, in de eerste en tweede lijn.

### *Samenwerking tussen eerste- en tweedelijns zorgverleners*

Uiteraard vindt er ook samenwerking plaats tussen zorgverleners uit de eerste lijn en zorgaanbieders uit de tweede lijn. Patiënten krijgen immers toegang tot de tweede lijn via een eerstelijnszorgverlener. Samenwerking tussen zorgverleners uit de eerste en tweede lijn is vooral van belang voor mensen met chronische aandoeningen, omdat zij vaak gecombineerde zorg vanuit beide lijnen ontvangen.

Het beleid van de overheid is erop gericht om zoveel mogelijk mensen in de eerste lijn te behandelen. Daarom moet, waar mogelijk, substitutie van zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn worden gestimuleerd. Substitutie van zorg heeft als doel om de kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg te bevorderen. Twee vormen van substitutie zijn wenselijk: de kwaliteit van zorg blijft minimaal gelijk tegen lagere kosten, of de zorgkwaliteit stijgt tegen gelijkblijvende kosten. Hierbij moet het altijd gaan om zorg die zo goed mogelijk is afgestemd op de patiënt: alleen dan ontstaat zekerheid over de continuïteit en borging van de zorgkwaliteit.

Substitutie wordt bereikt door het verplaatsen van zorg en middelen van de tweede naar de eerste lijn, bijvoorbeeld door het uitvoeren van eenvoudige chirurgische verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Substitutie wordt ook gerealiseerd wanneer doelgroepen van zorg langer in de eerste lijn kunnen worden gehouden.

Ook de beweging naar zelfzorg, waardoor mensen minder afhankelijk zijn van zorgverleners, wordt aangemoedigd. Technologische ontwikkelingen die dit ondersteunen, nemen inmiddels een vlucht. Dankzij e-healthtoepassingen zijn patiënten en cliënten steeds meer in staat zelf gezondheidsmetingen uit te voeren. Ook bij het contact tussen zorgverlener en patiënt worden steeds meer e-healthtoepassingen gebruikt. Dat zorgt voor meer contactmomenten tussen zorgverlener en patiënt en voor betere monitoring van de gezondheidssituatie van kwetsbare mensen.

In het Onderhandelaarsresultaat 2014-2017 zijn de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de huisartsen, de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars overeengekomen dat een sterke, geïntegreerde eerstelijnszorg de spil vormt van een toekomstbestendige gezondheidszorg. Dit komt onder meer tot uiting in de groei van het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Dit budgettair kader mag van de minister met meer dan 1,5% groeien wanneer er aantoonbare substitutie plaatsvindt van zorg in de tweede naar de eerste lijn.

#### *Versterking van de eerstelijnszorg door overheveling van wijkverpleging*

Met ingang van 1 januari 2015 is verpleging en verzorging voor mensen die nog thuiswonen opgenomen in het basispakket (aanspraak wijkverpleging). Deze zorg werd tot 2014 geleverd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ - functies verpleging en persoonlijke verzorging). Bij wijkverpleging gaat het om verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging, injecties en katheterisaties en verzorgende handelingen zoals wassen en aankleden. Door het recht op wijkverpleegkundige zorg op te nemen in de Zorgverzekeringswet, gaan wijkverpleegkundigen een belangrijke rol spelen in het organiseren van passende zorg en ondersteuning. Ze zorgen voor afstemming met het sociaal beleid (vaak buurtteams) van de gemeenten. Samen met de huisarts en andere eerstelijnszorgverleners kunnen zij mensen helpen zo lang mogelijk thuis te wonen. In hoofdstuk 4 gaan we nader in op de wijkverpleging.

#### Ontwikkelingen komende jaren

Minister Schippers van VWS propageert "zorg en ondersteuning in de buurt". Die zorg moet laagdrempelig en nabij zijn. De eerste lijn speelt hierin een sleutelrol. De opdracht voor de eerstelijnszorgverleners is deze zorg dusdanig te organiseren dat onnodige medicalisering wordt tegengegaan. De zorg moet mensen in staat stellen om zo lang mogelijk zelfstandig en zelfredzaam te zijn en eraan bijdragen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, in de eigen sociale omgeving. Volgens de minister kan 80% van de zorgvragen in de eerste lijn worden opgevangen.

Om deze ontwikkeling te stimuleren worden ook de organisatie en financiering van de eerstelijnszorg aangepast. Binnen de huisartsenzorg zijn al stappen gezet richting resultaatbeloning, waarbij niet meer betaald wordt voor verrichtingen, maar beloond wordt op basis van de uitkomsten van de

behandeling. Naar alle waarschijnlijkheid wordt de bekostiging van de wijkverpleging volgens dezelfde principes opgezet.

Daarnaast verwacht de minister dat méér wordt ingezet op preventie en het stimuleren van zelfzorg. Hierdoor verandert de rol van de huisarts en de overige zorgverleners in de eerste lijn. Zij zullen namelijk goed inzicht moeten krijgen in de kwetsbare groepen cliënten en patiënten binnen de eigen praktijk. Die kwetsbare groepen moeten daartoe actief worden gemonitord door onder andere de huisarts en de wijkverpleegkundige. Vanwege de uitbreiding van de taken en verantwoordelijkheden van de gemeenten, zullen huisartsen en wijkverpleegkundigen voor de zorg en ondersteuning van deze kwetsbare groepen en ouderen ook nadrukkelijk moeten samenwerken met de gemeenten.

### Samenwerking vraagt om goede informatievoorziening

We hebben in dit hoofdstuk enkele belangrijke ontwikkelingen in de eerstelijnszorg geschetst. Door de jaren heen is de samenwerking tussen zorgverleners voortdurend gegroeid. Gezien de uitdagingen waarvoor de zorgverleners staan, zal deze trend ook de komende jaren doorzetten. Samenwerking - tussen zorgaanbieders onderling én zorgaanbieders en zorgverzekeraars en gemeenten - vraagt ook om uitwisseling van informatie. Goede informatievoorziening is cruciaal. In deze Zorgthermometer bespreken we enkele informatieproducten van Vektis voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders die kunnen bijdragen aan de samenwerking tussen partijen. Via informatie over de integrale zorg aan patiënten wil Vektis het overleg tussen zorgverleners onderling en zorgverleners en zorgverzekeraars gemakkelijker maken.

In hoofdstuk 2 laten we enkele voorbeelden uit de Praktijkspiegel zien, die huisartsen een integraal beeld geeft van het zorggebruik van eigen patiënten. In hoofdstuk 3 zoomen we in op de kwaliteits-indicatoren voor diabetes. Hoofdstuk 4 brengt de wijkverpleging in kaart – hier gaan we in op de zorgverlening door wijkverpleegkundigen en besteden we aandacht aan de overige zorg voor mensen die verpleging en verzorging ontvangen.



## 2 Inzicht in de zorg voor de patiëntpopulatie van de huisartsenpraktijk

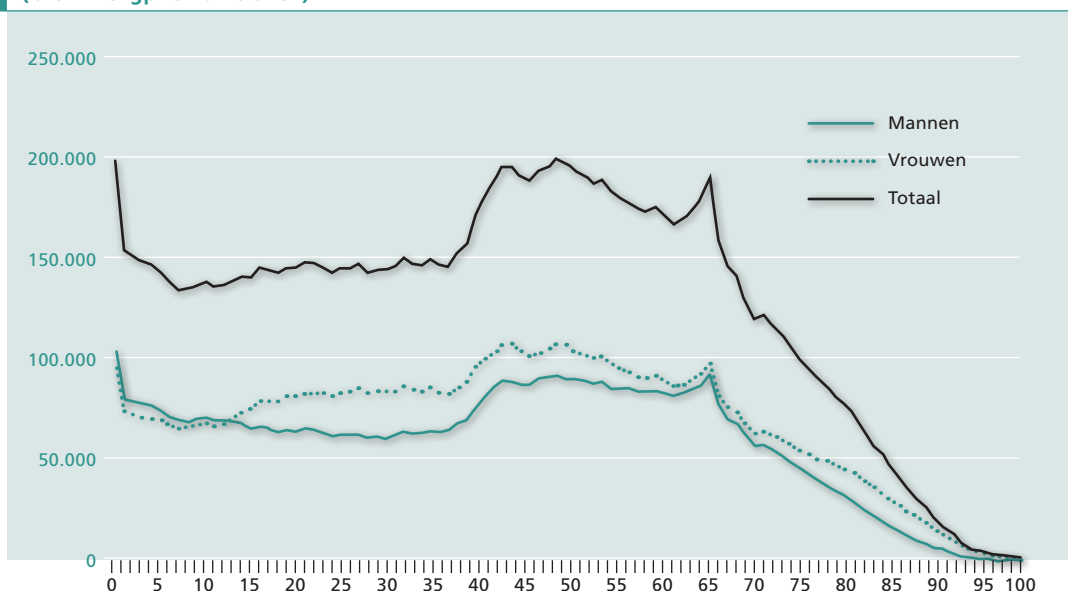
*De huisarts vervult een belangrijke rol in ons zorgstelsel. Hij<sup>3</sup> is het eerste aanspreekpunt voor iedereen die zorg nodig heeft. Hij kan medicatie voorschrijven en houdt in de gaten of een patiënt de juiste zorg krijgt. Als de klachten niet door de huisarts zelf kunnen worden behandeld, wordt de patiënt doorverwezen naar bijvoorbeeld een medisch specialist in het ziekenhuis. Een huisarts moet dus kennis hebben van veel medische onderwerpen en met verschillende zorgverleners samenwerken. Om de centrale rol van de huisarts en zijn samenwerking in de zorg te ondersteunen, ontwikkelde Vektis met de zorgverzekeraars de Praktijkspiegel. Dit hoofdstuk legt uit welke informatie de Praktijkspiegel kan bieden aan de huisarts over de patiënten in zijn praktijk.*

### Huisartsenzorg

Een huisarts in Nederland is verantwoordelijk voor gemiddeld 2.000 patiënten. De meeste mensen komen elk jaar wel een keer of vaker bij de huisarts. Figuur 1 laat zien dat huisartsen relatief veel baby's en mensen tussen de 40 en 70 jaar zien. Verder bezoeken vrouwen vaker de huisarts dan mannen. Gemiddeld hebben patiënten vier keer per jaar een consult bij de huisarts. Daar staat tegenover dat in 2013 4 miljoen verzekerden helemaal niet bij een huisarts zijn geweest. Dit zijn vooral mensen onder de 50 jaar. De meeste klachten worden afgehandeld via een consult in de praktijk of via een telefonisch consult. Omdat de huisarts het eerste aanspreekpunt is bij de zorg voor elke patiënt, is het belangrijk dat hij goed inzicht heeft in het zorggebruik van zijn patiënten.

**Het aantal patiënten dat een huisarts bezoekt weergegeven naar leeftijd en geslacht (2013)**  
(bron: Zorgprisma Publiek)

Figuur 1



<sup>3</sup> Uiteraard worden steeds zowel mannen als vrouwen bedoeld. Terwille van de leesbaarheid laten we 'hij/zij' en 'zijn/haar' achterwege.

### Meer weten?

In mei 2015 heeft Vektis de website Zorgprisma Publiek gelanceerd: [www.zorgprismapubliek.nl](http://www.zorgprismapubliek.nl) is een openbare website met cijfers en feiten over de zorg en de zorgverzekeringsmarkt in Nederland. Door deze gegevens en informatie openbaar te maken, stelt Vektis alle partijen in de zorg in staat om over dezelfde kennis te beschikken. Door publicatie van deze data draagt Vektis bij aan transparantie van zorgkosten.

Op Zorgprisma Publiek worden elke maand nieuwe onderwerpen en producten geïntroduceerd. Hier is tevens informatie over de huisartsenzorg te vinden, bijvoorbeeld hoeveel huisartsen een praktijkondersteuner hebben en welke mensen het meest naar de huisarts gaan.

### Praktijkspiegel

Huisartsen ontvangen van verschillende zorgverzekeraars terugkoppelingsinformatie over de zorg aan hun patiënten. De door Vektis ontwikkelde Praktijkspiegel bundelt de informatie van alle zorgverzekeraars, waarmee huisartsen een compleet overzicht hebben van de patiëntenpopulatie in hun praktijk. Zowel huisartsen als zorgverzekeraars hebben input geleverd voor de ontwikkeling van de Praktijkspiegel. In het laatste kwartaal van 2015 ontvangen de huisartsenpraktijken de eerste versie. De Praktijkspiegel biedt eenduidige informatie aan huisartsen en zorgverzekeraars over de integrale zorgvraag en het zorggebruik en de kosten van de volledige patiëntenpopulatie. Dat geeft huisartsen en samenwerkingsverbanden een objectieve basis voor intern overleg en bij gesprekken met zorgverzekeraars. De Praktijkspiegel biedt handvatten voor reflectie en daarmee ook voor kwaliteitsverhoging en doelmatige zorgverlening. In de Praktijkspiegel vindt elke huisartsenpraktijk onder meer gegevens over de samenstelling van de patiëntenpopulatie, de zorg binnen de praktijk, het medicijngebruik en de medisch-specialistische zorg aan de patiënten. Ook wordt het zorggebruik van de specifieke patiëntenpopulatie vergeleken met wat voor een praktijk met soortgelijke patiënten verwacht <sup>4</sup> zou worden.

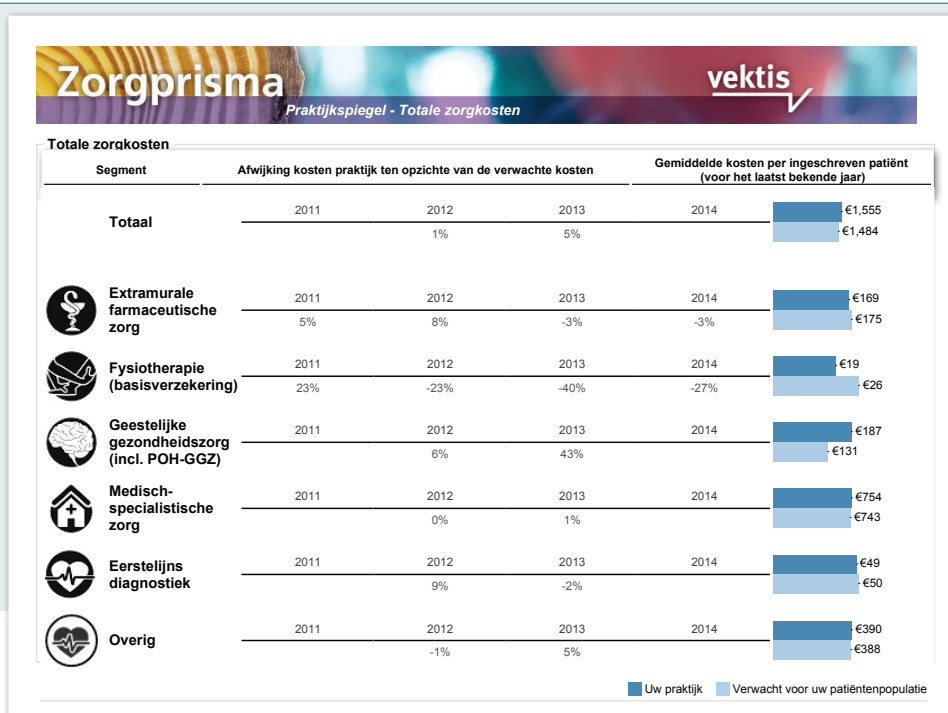
### Wat staat er in de Praktijkspiegel?

Een voorbeeld van informatie uit de Praktijkspiegel vindt u in figuur 2. U ziet een overzicht van de zorgkosten van de patiënten binnen de huisartsenpraktijk in verschillende zorgsegmenten. Met dit overzicht krijgt de huisarts inzicht in het zorggebruik van de eigen patiënten, en of dit meer of minder is dan verwacht. Dat kan aanleiding geven om het beleid aan te passen. Blijkt bijvoorbeeld dat de patiënten relatief veel gebruikmaken van geestelijke gezondheidszorg, dan zou overwogen kunnen worden of de praktijk een praktijkondersteuner GGZ kan aanstellen.

De cijfers in figuur 2 geven een algemene indruk per zorgsegment, bijvoorbeeld als het gaat om medisch-specialistische zorg. Voor deze praktijk blijkt bijvoorbeeld dat de gemiddelde kosten per ingeschreven patiënt voor medisch-specialistische zorg € 754,- bedragen ten opzichte van de verwachte kosten van € 743,-. Om een gedetailleerder beeld te krijgen, biedt de Praktijkspiegel ook diverse verdiepingen. In figuur 3 staat een voorbeeld van een verdieping op het gebied van de medisch-specialistische zorg. Hierin is voor de belangrijkste specialismen het percentage patiënten onder behandeling van een medisch specialist weergegeven en daarnaast het verwachte percentage op basis van patiëntkenmerken. Het voorbeeld laat zien dat in 2013 7,5% van de patiënten in de huisartsenpraktijk bij het specialisme Cardiologie in het ziekenhuis onder behandeling was, ten opzichte van 6,2% als verwachte waarde. Het verschil tussen de verwachte waarde en de werkelijke waarde is 1,3%. Dit wil zeggen dat er meer patiënten in het ziekenhuis zijn behandeld bij het specialisme Cardiologie

<sup>4</sup> Deze verwachte waarde is het landelijk gemiddelde dat een praktijk met een vergelijkbare patiëntenpopulatie aan zorg zou ontvangen. Die waarde wordt berekend door de betreffende patiëntgroep op een drietal kenmerken te analyseren: leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status.

**Figuur 2** Een overzicht van de totale zorgkosten van patiënten binnen een huisartsenpraktijk zoals in de Praktijkspiegel wordt weergegeven (bron: Praktijkspiegel)



dan verwacht zou worden. Het is belangrijk hier te vermelden dat het bij dit voorbeeld – en in de Praktijkspiegel in het algemeen – niet gaat om goed of fout. De verschillen kunnen de huisarts een bevestiging geven van het gevoerde beleid, of juist aanleiding geven om zaken aan te passen. Het doel van de Praktijkspiegel is om de huisarts een objectieve spiegel aan te reiken, waarmee hij inzicht krijgt in de kenmerken en het zorggebruik van de patiënten binnen zijn praktijk.

**Figuur 3** Een overzicht van het percentage patiënten van de huisartsenpraktijk onder behandeling van een medisch specialist in het ziekenhuis, ten opzichte van de verwachte waarde (bron: Praktijkspiegel)



De figuren 2 en 3 zijn identiek aan de informatie zoals die in de Praktijkspiegel wordt weergegeven. Dit soort gegevens vormt een hulpmiddel voor de huisarts om meer inzicht te krijgen in zijn centrale rol in ons zorgstelsel.

# 3 Inzicht in de zorg rondom de chronische aandoening diabetes

*De huisartsenzorg vormt de spil in voor veel zorgsituaties onmisbare vormen van samenwerking. Die samenwerking is onder meer van belang in de zorg aan chronische patiëntgroepen, die veel te maken hebben met verschillende zorgverleners. Voorbeelden van chronische aandoeningen zijn COPD, astma, diabetes en CVRM. In dit hoofdstuk bespreken we de zorg aan diabetespatiënten. Zeker hierbij speelt samenwerking tussen verschillende zorgverleners een grote rol. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Vektis hebben in 2015 gedetailleerde informatie beschikbaar gesteld over de zorg aan diabetespatiënten. Dit hoofdstuk beschrijft welke informatie beschikbaar is en hoe die door zorgverleners en zorgverzekeraars kan worden ingezet om de zorg aan diabetespatiënten verder te verbeteren.*

## Diabeteszorg

Diabetes mellitus is een chronische stofwisselingsziekte, die steeds vaker voorkomt onder de Nederlandse bevolking. Hierbij kan het lichaam de bloedsuikerspiegel niet meer goed in evenwicht houden. De meest voorkomende vorm is diabetes type 2: negen van de tien diabetespatiënten hebben deze variant. Bij diabetes type 2 wordt er te weinig van het hormoon insuline aangemaakt; bovendien reageert het lichaam niet goed meer op insuline. De kans op diabetes type 2 is groter bij overgewicht en weinig beweging, maar erfelijke aanleg en ouderdom spelen ook een rol. Diabetes type 2 wordt meestal behandeld met medicijnen en met voedings- en bewegingsadviezen. Soms moet een patiënt ook insuline spuiten. Diabetes type 1 komt veel minder vaak voor. Bij deze vorm van diabetes maakt het lichaam helemaal geen insuline meer aan. Patiënten met diabetes type 1 moeten een paar keer per dag insuline spuiten, of een insulinepomp dragen.

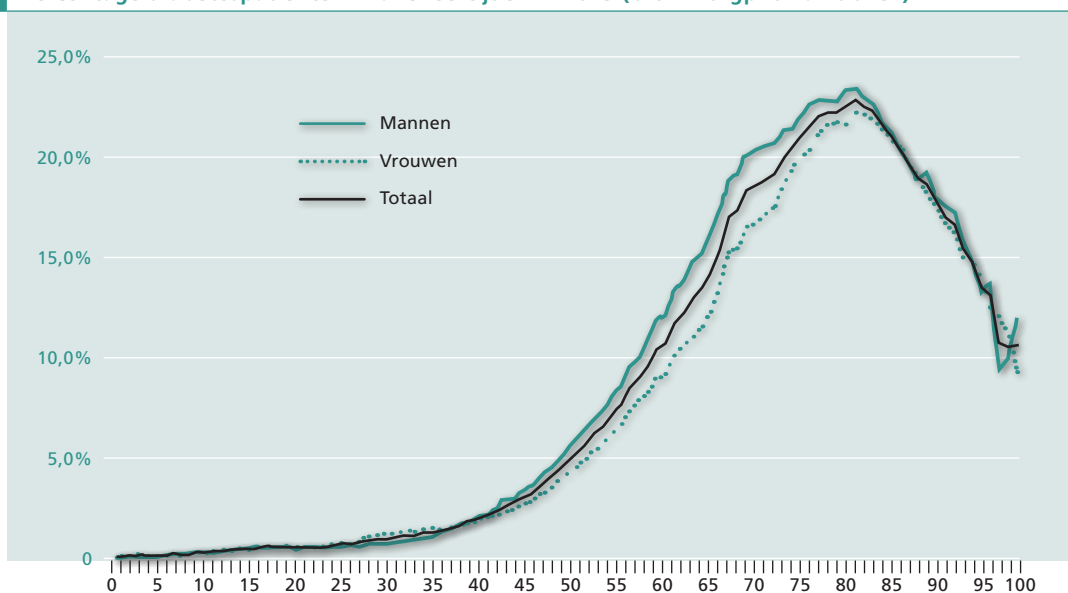
In de zorg rondom diabetes spelen verschillende zorgverleners een rol, onder wie huisartsen, internisten, diabetesverpleegkundigen, diëtisten en podotherapeuten. In de eerste lijn wordt de zorg voor diabetespatiënten met type 2 daarom georganiseerd binnen multidisciplinaire samenwerkingsverbanden die 'zorggroepen' worden genoemd. In Nederland zijn momenteel ruim 100 zorggroepen actief. Om goede zorg voor diabetes te kunnen bieden is het belangrijk dat deze zorggroepen samenwerken met de ziekenhuizen binnen hun regio. Het algemene beleid is dat diabetespatiënten zoveel mogelijk in de eerste lijn worden behandeld, onder regie van de huisarts. Dit lijkt in de afgelopen jaren goed te zijn doorgevoerd, want ongeveer 85% van de diabetespatiënten krijgt zorg binnen de eerste lijn. Maar uiteraard zijn er ook groepen diabetespatiënten (zoals kinderen, patiënten met diabetes type 1 of patiënten met nog andere aandoeningen naast diabetes) die beter in het ziekenhuis kunnen worden behandeld. Hierbij is het van belang dat er een goede samenwerking is tussen de eerste en de tweede lijn, zodat elke patiënt op de juiste plaats wordt behandeld. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat een patiënt wordt doorverwezen naar het ziekenhuis omdat er complicaties zijn opgetreden, en na verloop van tijd weer onder behandeling komt van de zorggroep. Tenslotte wordt voor de reguliere diabeteszorg in de eerste lijn ook regelmatig overlegd met medisch specialisten in het ziekenhuis. Er is dus sprake van intensieve samenwerking tussen zorgverleners in de eerste en de tweede lijn.

## Welke mensen hebben diabetes?

Diabetes is een veel voorkomende aandoening. In Nederland hebben ruim 940.000 mensen diabetes (type 1 of type 2). De meeste diabetespatiënten zijn ouder dan 50 jaar. Diabetes komt vaker voor bij mannen dan vrouwen. In figuur 4 staat voor alle leeftijden weergegeven hoeveel procent van de mannen en vrouwen diabetes heeft. Te zien is bijvoorbeeld dat één op de vijf 75-jarigen diabetespatiënt is. Omdat ouderen relatief veel zorg gebruiken, betekent dit dat zorgverleners vaak te maken zullen

krijgen met diabetespatiënten; in de behandeling van patiënten moet hiermee rekening worden gehouden, ook wanneer mensen worden behandeld voor andere aandoeningen.

**Figuur 4** Percentage diabetespatiënten in alle leeftijden in 2013 (bron: Zorgprisma Publiek).



Meer informatie over diabetes vindt u op de website [Zorgprisma Publiek \(www.zorgprismapubliek.nl\)](http://www.zorgprismapubliek.nl). Hier wordt onder meer aangegeven welk type geneesmiddelen mensen met diabetes gebruiken en voor welke behandeling mensen met diabetes in het ziekenhuis komen.

#### Meer informatie over diabeteszorg

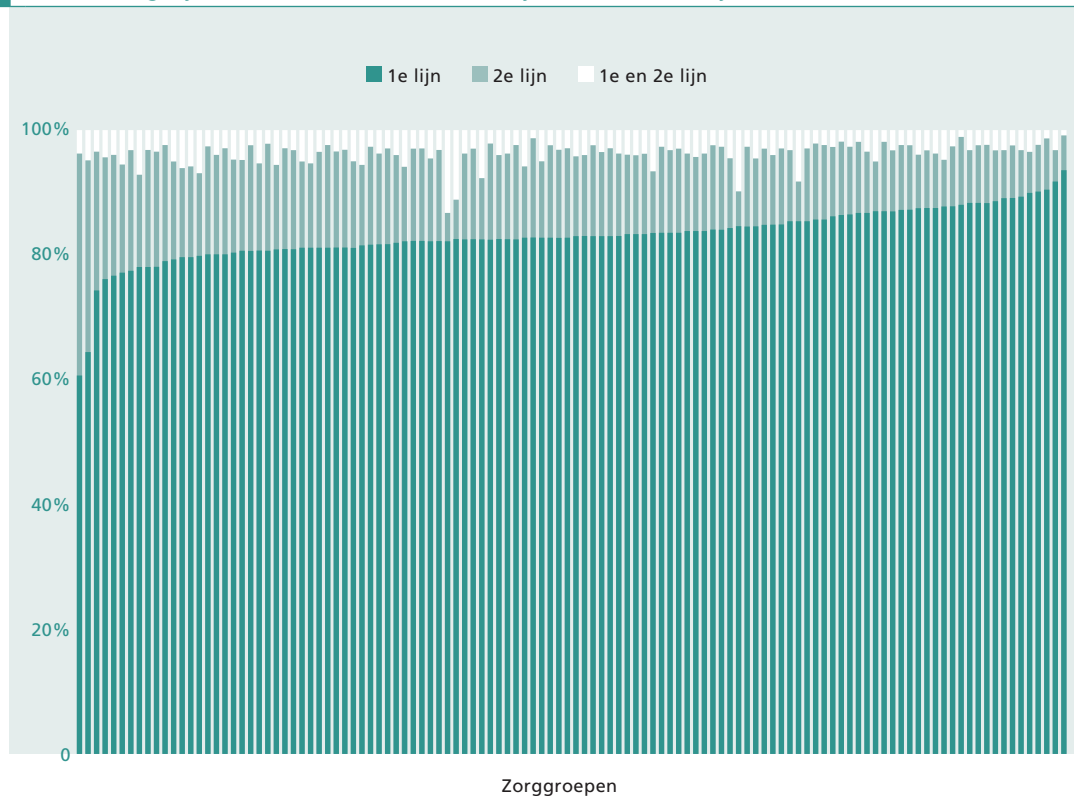
In 2015 heeft Vektis, in samenwerking met een expertgroep diabeteszorg uit het veld, veel informatie verzameld over de diabeteszorg in Nederland. Die informatie is beschikbaar gesteld aan zorgverleners en zorgverzekeraars. Doel van het onderzoek was - en is - om een algemeen beeld te geven van de diabeteszorg in Nederland en bovendien regionale verschillen in kaart te brengen. Er zijn inmiddels gegevens voorhanden over diverse onderwerpen, zoals de plaats waar de patiënten worden behandeld (in de eerste lijn of in het ziekenhuis), de soorten medicatie die verstrekt worden, de mogelijke complicaties van diabetes en de hoogte van de zorgkosten van diabetespatiënten. Doordat zorgverleners en zorgverzekeraars over dezelfde informatie beschikken, kunnen zij deze cijfers gebruiken om in gesprek te gaan over de kwaliteit en de kosten van de diabeteszorg.

De informatie over diabeteszorg is gebaseerd op de declaratiegegevens van de zorgverzekeraars. Om de informatie over diabetes weer te geven, is gekozen voor twee ingangen: vanuit de verschillende eerstelijnszorggroepen en vanuit de verschillende ziekenhuizen. Hieronder gaan we verder in op de informatie over de zorggroepen. Voor alle zorggroepen is zowel achtergrondinformatie als benchmarkinformatie beschikbaar. De achtergrondinformatie is beschrijvend van aard en geeft een globaal beeld van de zorg die wordt verleend door de zorggroep. Deze informatie is niet geschikt om zorggroepen onderling te vergelijken, omdat niet is gecorrigeerd voor populatiekenmerken. De benchmarkinformatie is wel geschikt voor het vergelijken van zorggroepen, omdat er zo goed mogelijk is rekening gehouden met populatieverschillen tussen de zorggroepen. Zowel de achtergrondinformatie als de benchmarkinformatie kan door zorggroepen worden gebruikt om eigen gegevens nader te bekijken, en om van best practices te leren.

Om te bepalen wat een diabetespatiënt is, is uitgegaan van een brede populatie, te weten alle diabetespatiënten in Nederland die zijn te identificeren via behandeling door een huisarts, zorggroep of ziekenhuis of via het gebruik van medicatie voor diabetes. Deze brede groep omvat zowel patiënten met diabetes type 2 als patiënten met diabetes type 1. Verder vallen hier zowel patiënten onder die met medicatie worden behandeld als patiënten (type 2) die alleen met een dieet worden begeleid.

Figuur 5 geeft een voorbeeld van de achtergrondinformatie die beschikbaar is. Hierin wordt voor alle zorggroepen aangegeven waar de diabetespatiënten zijn behandeld: in de eerste lijn, in de tweede lijn, of zowel in de eerste als in de tweede lijn. Bij patiënten in de eerste lijn wordt de reguliere diabeteszorg verleend door de zorggroep. Bij patiënten in de tweede lijn wordt de reguliere diabeteszorg verleend door het ziekenhuis. De figuur laat zien dat er veel variatie is in het aantal diabetespatiënten dat in de eerste lijn wordt behandeld. Binnen de zorggroepen varieert het percentage globaal van 75% tot 90% van alle diabetespatiënten.

**Figuur 5** Verdeling van patiënten in 2013 voor alle zorggroepen naar waar de patiënten onder behandeling zijn voor diabetes: in de eerste lijn, in de tweede lijn, of in beide <sup>5</sup> (bron: Vektis)



Twee voorbeelden van benchmark-informatie vindt u in de figuren 6 en 7. In figuur 6 is voor alle zorggroepen weergegeven wat het percentage diabetespatiënten is met één of meerdere diabetescomplicaties. Onder deze complicaties vallen een opname in het ziekenhuis voor diabetes, retinopathie, diabetische voet en het specialisme cardiologie. De percentages diabetespatiënten met diabetescomplicaties variëren tussen de 19 en 36%; deze complicaties worden vooral behandeld in de tweede lijn. In figuur 7 wordt voor alle zorggroepen aangegeven wat de totale ziekenhuiskosten zijn per diabetespatiënt. Het gaat

<sup>5</sup> De groep patiënten die wel zijn herkend als diabetespatiënt op basis van medicatie, maar waarvoor geen reguliere zorg door de zorggroep of door het ziekenhuis kan worden teruggevonden in de declaraties, is in deze figuur buiten beschouwing gelaten. Dit is een relatief kleine groep (3,7%) van de totale populatie diabetespatiënten.

om alle ziekenhuiskosten van een patiënt, dus niet specifiek voor de behandeling van diabetes <sup>6</sup>. Aan de resultaten is te zien dat de gemiddelde ziekenhuiskosten per diabetespatiënt globaal variëren tussen € 2.000,- en € 3.000,- per jaar. De uitdaging voor zorgverleners en zorgverzekeraars is nu om de informatie uit de verschillende figuren aan elkaar te relateren. Hebben de zorggroepen met relatief lage ziekenhuiskosten een patiëntengroep die naar verhouding minder complexe zorg behoeft? Kan er sprake zijn van onderbehandeling, waardoor er meer complicaties kunnen ontstaan? Of zijn dit de best practices waarbij de zorg aan diabetespatiënten van hoge kwaliteit is en waaraan andere zorggroepen een voorbeeld kunnen nemen?

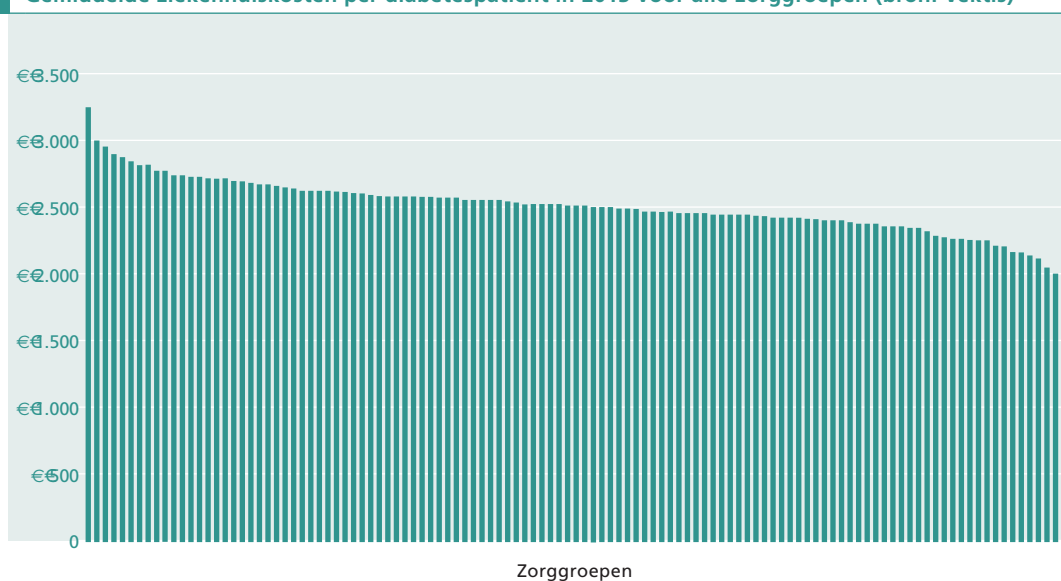
Figuur 6

**Percentage diabetespatiënten met één of meerdere diabetescomplicaties in 2013 voor alle zorggroepen (bron: Vektis)**



Figuur 7

**Gemiddelde ziekenhuiskosten per diabetespatiënt in 2013 voor alle zorggroepen (bron: Vektis)**



<sup>6</sup> Diabetespatiënten hebben in vergelijking tot de gemiddelde Nederlander relatief veel kosten voor ziekenhuiszorg. De gemiddelde Nederlander heeft ruim € 1.200,- aan ziekenhuiskosten per jaar. De hogere ziekenhuiskosten voor diabetespatiënten worden niet alleen veroorzaakt door de behandeling voor diabetes en diabetesgerelateerde aandoeningen. Ze zijn ook verklaarbaar uit het feit dat het hier een relatief oudere groep mensen betreft, die relatief vaker in het ziekenhuis komt.

De voorbeelden hiervoor geven een indruk van de informatie die beschikbaar is over de diabeteszorg in Nederland. Het totale onderzoek naar diabetes biedt veel meer informatie. Daarbij is een eerste onderverdeling gemaakt naar de zorgvraagzwaarte van diabetespatiënten. Want 'de diabetespatiënt' bestaat natuurlijk niet. Een jonge patiënt die alleen orale bloedsuikerverlagende middelen gebruikt, heeft waarschijnlijk andere zorg nodig dan een oudere patiënt die ook insuline spuit en naast diabetes nog andere aandoeningen heeft. Ook de informatie op het gebied van zorgvraagzwaarte kan door zorggroepen en zorgverzekeraars worden benut om dieper inzicht te krijgen in de zorg die wordt verleend aan diabetespatiënten. Het streven is dat met de beschikbare informatie de diabeteszorg in Nederland nog verder verbeterd kan worden. Door over de schotten van de eerste en de tweede lijn heen te kijken, kan de samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorgaanbieders verder worden gestimuleerd.

#### Meer weten?

De resultaten van de onderzoeken naar diabetes zijn door ZN ter beschikking gesteld aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Geanonimiseerde resultaten zijn ter beschikking gesteld aan InEen voor verspreiding onder de verschillende zorggroepen en aan de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en aan Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) voor verspreiding onder ziekenhuizen.



## In gesprek met:



prof. dr. Dirk Ruwaard,  
hoogleraar Gezondheidszorgonderzoek  
Maastricht UMC+  
en lid van de expertgroep van ZN/Vektis  
rondom diabeteszorg



dr. Anne de Boo,  
adjunct-directeur Vektis

*Twee professionals belichten vanuit een verschillende invalshoek de waarde van de data zoals Vektis die levert. Ze geven nadere duiding bij thema's van deze Zorgthermometer, zoals zorgsubstitutie en de zorg rondom diabetes. Ze maken bovendien duidelijk hoe belangrijk de samenwerking is tussen Vektis, als dataleverancier en analist en andere stakeholders in de zorg, waaronder wetenschappelijke verenigingen en universitair-medische centra. Vanuit de wetenschap komen vaak belangrijke vragen naar voren, waarvoor Vektis graag – ook op verzoek – passende gegevens verschaft.*

### Levert Vektis data die andere partijen niet kunnen leveren?

**De Boo:** Via de declaratiegegevens van alle zorgverzekeraars beschikken wij over landelijke gegevens. En dat niet alleen: we hebben het hele zorgspectrum in beeld, dus niet alleen per sector of zorgaanbieder. Dat geeft zicht op de vraag: wat gebeurt er met de patiënt naast de zorg die jij aanbiedt? Zulke dwarsverbanden krijgen andere onderzoekers niet makkelijk in beeld.

**Ruwaard:** Die scope van Vektis over de lijnen heen is onmisbaar. Juist als je bij een thema als substitutie van zorg de ontwikkelingen wilt volgen. Sommige regio's experimenteren met substitutie, andere niet. De effecten daarvan zie je pas binnen een landelijk kader. Als je vindt dat binnen jouw regio het aantal verwijzingen naar specialisten is afgenomen, heb je de check met het landelijke beeld nodig om te weten of die ontwikkeling bijzonder is, of aansluit bij een landelijke trend.

**De Boo:** Toen ik vijftien jaar geleden bij Vektis begon, verzamelden we vooral heel veel data. De interactie met partijen die onze data doelgericht benutten is sindsdien voortdurend toegenomen. Ik zeg weleens: wij hebben heel veel antwoorden, maar we kunnen niet altijd de juiste vragen bedenken. Gelukkig komen bijvoorbeeld wetenschappelijke verenigingen steeds vaker uit eigen beweging naar ons toe.

**Ruwaard:** We blijken elkaar nodig te hebben. Wij hebben vaak behoefte aan extra backing bij de vragen die we stellen. Zijn er data beschikbaar? En welke vragen kunnen wel, welke niet met data ondersteund worden? We hebben momenteel zelfs een promovendus gestationeerd bij Vektis, die helpt bij en leert van de data-analyses bij Vektis. Ik ben overall heel content met onze samenwerking. Wij gebruiken gegevens van Vektis ook graag weer in eigen publicaties.

### Hoe kun je onderzoeken of de door de minister voorgestane substitutie van zorg daadwerkelijk gestalte krijgt?

**De Boo:** Daarvoor heb je nodig om over de eerste en tweede lijn heen te kunnen kijken. Wij kunnen dat, tot op de zorg per patiënt. Voor elke aandoening die binnen een keten-DBC wordt behandeld, kunnen we in beeld krijgen of er inderdaad meer zorg door de huisarts is verricht. Daarvoor is immers de verruiming van het budgettair kader bedoeld. Spannend is natuurlijk of de ziekenhuizen bereid zijn mee te werken: bij de zorg aan chronische patiënten hangt veel af van constructief overleg binnen de zorggroepen en de bereidheid de inrichting van de zorg te herzien.

**Ruwaard:** Dat ziekenhuizen op die manier in eigen vlees zouden snijden, lijkt me niet houdbaar. Volgens het jongste hoofdlijnenakkoord mogen ze met niet meer dan 1% groeien. Met de vergrijzing en huidige medisch-technologische ontwikkelingen mag je al blij zijn als je daarbinnen kunt blijven. Met een 'sky-is-the-limit-mentaliteit' zullen we niet bereiken wat we binnen de zorg voor ogen moeten hebben: geen kostendaling, dat is utopisch, maar wel optimale reductie van de kostenstijging.

**De Boo:** Daarbij is het van belang dat de zorggroepen bereid zijn om naar onze vergelijkingen te kijken. Niet omdat het gaat om goed of fout. Wel om te ontdekken waar ze staan en waaruit gevonden verschillen te verklaren zijn. Juist op het gebied van zorgsubstitutie kan veel geleerd worden van best practices.

**Ruwaard:** In Maastricht is al jaren goed overleg tussen de zorggroep ZIO – de zorggroep van de regio Maastricht Heuvelland - en het bestuur van het Maastricht UMC+. Daaruit is een substitutietraject ontstaan op het niveau van specialismen in plaats van afzonderlijke aandoeningen: verschillende specialisten werden voor een dagdeel per week gestationeerd in een van de huisartsenpraktijken. Monitoring heeft inmiddels geleerd dat het 't best werkt als die specialist op een afzonderlijke locatie in de wijk zit, waarnaar alle huisartsen kunnen doorverwijzen. Een soort anderhalflijnszorg dus, of nog beter: eerstelijnszorg-plus. Interessant is natuurlijk of bij Vektis het effect hiervan in de vergelijkingen en analyses tussen de verschillende zorggroepen - ook zij die geen substitutie-initiatieven kennen - boven water komt.

### Kunnen zorgdata, bijvoorbeeld rondom diabetespatiënten, rechtstreeks invloed hebben op de kwaliteit van de zorg?

**De Boo:** Rechtstreeks hebben onze data nooit effect. Ons doel is om feitelijke, objectieve informatie te verschaffen, waarmee andere partijen in gesprek en aan de slag kunnen. Dat kunnen aanbieders en zorgverzekeraars zijn, maar ook aanbieders onderling: zeker in het geval van diabetes is een ketenbenadering onmisbaar.

Vektisdata kunnen een essentiële schakel zijn in een veranderproces. Toen we de praktijkvariatie bij de behandeling van rughernia in ziekenhuizen in kaart hadden gebracht, ontstond veel discussie in het veld en werden uiteindelijk de richtlijnen strakker gemonitord en waar nodig aangepast.

**Ruwaard:** In ons huidige onderzoek naar diabeteszorg spelen de data van Vektis een sterk aanvullende rol. We proberen bij deze patiënten toe te werken naar profielen. Eerder onderzoek vanuit onze vakgroep wijst uit dat een groot percentage patiënten met minder toe kan dan de vier controles op jaarbasis, zoals de diabetesstandaard voorschrijft. Terwijl een kleine groep mogelijk wél meer controles nodig heeft. In ons huidige onderzoek verzamelen we niet alleen klinische gegevens vanuit de zorggroep ZIO (Zorg in Ontwikkeling), maar onder andere ook sociaal-demografische kenmerken, aangevuld met gegevens via uitgebreide vragenlijsten bij dezelfde patiënten uit de grootschalige 'Maastricht Studie'. Tevens doen we onderzoek naar de wensen van de patiënten zelf via een Discrete Choice

Experiment, zoals die methode heet. Het rekening houden met de context en wensen van de patiënt is immers van groot belang voor het welslagen van de behandeling. Door het combineren van allerlei factoren onderzoeken wij of er profielen uitrollen die voorspellend zijn voor de zorgzwaarte. Vervolgens verkennen we of die ook bij andere aandoeningen van toepassing kunnen zijn. En of die mogelijk ook bij de groeiende groep multi-morbide patiënten – patiënten dus met meer dan één aandoening – bruikbaar blijken. De data van Vektis helpen mee om die op maat gesneden zorg te spiegelen aan de kosten of zelfs om te differentiëren in de toekomstige bekostiging.

### Is het voorstelbaar dat de hoeveelheid data die nu bijvoorbeeld via de Praktijkspiegel aan huisartsen wordt aangeboden, een zeker 'big-brothereffect' heeft op zorgaanbieders?

**Ruwaard:** Ik kan me niet voorstellen dat je als zorgaanbieder niet geïnteresseerd zou zijn in de kwaliteit van de zorg die je levert en je bij sterke afwijkingen van de landelijke cijfers niet afvraagt waardoor dat komt. Vooral ook omdat het wat mij betreft absoluut niet zou moeten gaan om veroordelen. Het gaat om spiegelen, zoeken naar oorzaken voor opvallende verschillen en waar nodig kijken of je een beweging kunt maken richting doelmatiger zorg. Iets heel anders is dat we moeten waken voor een overkill aan data die zorgverleners zelf moeten verzamelen. Binnen huisartsenpraktijken en de wijkverpleging lijkt het soms of men moet blijven turven: er komen per aandoening steeds weer nieuwe kwaliteitsindicatoren bij, en er worden ook nog eens voor steeds meer aandoeningen kwaliteitsindicatoren verzameld. We moeten er absoluut voor waken dat de zorgaanbieder het nut van die registraties niet meer inziet en de motivatie verliest. Het is belangrijk dat het echt gaat om 'leading health indicators' en niet om het aanleggen van een datakerkhof.

**De Boo:** Ik begrijp de commotie rond die cijfers wel, maar ik moet er ook weleens om lachen. Want voor de gegevens die wij nu naar buiten brengen, kun je het heel goed omdraaien. De zorgverzekeraars beschikken al jaren over die gegevens. Het verschil is dat we ze nu delen. Met als oogmerk dat we het overleg tussen zorgaanbieders onderling en zorgaanbieders en zorgverzekeraars helpen faciliteren. Alle partijen beschikken nu over dezelfde objectieve gegevens. Het is daarbij aan de zorgverzekeraars om niet te ongeduldig met de cijfers om te gaan en voorzichtig te zijn met ingrepen op te korte termijn.

### De minister heeft dit jaar tot het jaar van de transparantie gedoopt. Is er een ideaal wat betreft de open omgang met zorgcijfers?

**De Boo:** Vektis heeft zich zeker achter dit streven van de minister geschaard. We hebben 'Zorgprisma Publiek' ontwikkeld: een nieuwe portal met zorgcijfers die voor iedereen toegankelijk zijn. Vorig jaar hebben we een eerste 'open dataset' gepubliceerd; die hebben we dit najaar uitgebreid met gegevens per gemeente. Iedereen mag deze gegevens gebruiken, heel graag zelfs! Met de kanttekening daarbij dat de complexiteit van de gegevens het soms lastig kan maken om ze goed te interpreteren. Daardoor zou het natuurlijk een keer mis kunnen gaan met het gebruik of de interpretatie van onze data. Maar tegenover dat risico staat iets veel belangrijkers: onze gepubliceerde cijfers zorgen voor meer informatie-gelijkheid tussen partijen. Dat zorgt voor een objectieve en gedeelde basis voor gesprek. Op die manier willen wij bijdragen aan een zuivere dialoog over de zorg.

**Ruwaard:** Twee zaken zijn van groot belang als je cijfers publiceert: ze moeten waar zijn en ze moeten zinvol en begrijpelijk zijn binnen hun context. Technische data zonder verklaring zijn zinloos. Neem de commotie rond de 'standardised hospital mortality ratio': daar werd met verschillende maten gemeten, of juist te veel met één maat. Met alle commotie van dien. Publieke gegevens mogen best discussies triggeren, maar geen verwarring zaaien.

Ter afsluiting een citaat uit professor Ruwaards inaugerale rede (2012) :

*“Mijn ambitie is om (...) initiërend en faciliterend te zijn (...) om ook in de toekomst betaalbare en kwalitatief hoogwaardige zorg te blijven garanderen.”*

**Ruwaard:** Met ‘blijven garanderen’ wilde ik duidelijk maken dat Nederland in zorgkwaliteit vanuit internationaal perspectief absoluut aan de top staat. Wat betreft kostenstijging is het plaatje minder rooskleurig. Vanaf 2000 heeft ons land ten opzichte van ons omringende landen echt een kostenexplosie laten zien. We moeten steeds blijven bekijken welke kosten en investeringen werkelijk zoden aan de dijk zetten.

**De Boo:** Die topositie qua zorgkwaliteit mag voor alle stakeholders in de zorg een stimulans zijn. En ja, daar hoort de erkenning bij dat zorg en financiën onlosmakelijk verbonden zijn. Wij hopen dat we de open dialoog daarover blijven stimuleren.

# 4 Inzicht in de wijkverpleging

*In 2015 is de wijkverpleging overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Dat heeft extra duidelijk gemaakt hoe nauw de wijkverpleging is verbonden met de overige eerstelijnszorg. De hier gepresenteerde cijfers hebben betrekking op het jaar 2014, met af en toe een doorkijkje naar 2015. De wijkverpleegkundige werkt nadrukkelijk samen met de huisarts en andere eerstelijnszorgverleners. In dit hoofdstuk beschrijven we wat de wijkverpleging inhoudt, welke rol de wijkverpleegkundige heeft in de eerstelijnszorg en welke mensen gebruikmaken van wijkverpleging. Ook gaan we nader in op de relatie van de wijkverpleegkundige met de overige zorg. Met behulp van informatie van Vektis kan méér worden gezegd over de effectiviteit van de wijkverpleegkundige zorg, door te kijken naar vervolgcosten in de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg (Wlz).*

## Wat is wijkverpleging?

Wijkverpleging is bedoeld voor mensen die thuis verzorging of verpleging nodig hebben: ouderen, mensen met een chronische ziekte of een lichamelijke handicap. Wijkverpleging is er ook voor mensen die net uit het ziekenhuis komen en nog verzorging of verpleging thuis nodig hebben en voor mensen die in hun laatste levensfase zijn. Ook de intensieve zorg aan kinderen valt onder de wijkverpleging.

Bij verzorging gaat het om hulp bij de algemene dagelijkse verrichtingen, zoals wassen en aankleden, maar ook om het toedienen van medicijnen. Verpleging heeft betrekking op het verrichten van verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging. Huishoudelijke hulp en begeleiding – gericht op activiteiten die de zelfredzaamheid van cliënten bevorderen, behouden of compenseren - maken geen deel uit van de wijkverpleging, maar vallen vanaf 2007 respectievelijk 2015 onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo); ze zijn daarmee het domein van de gemeente.

Cliënten kunnen wijkverpleging ontvangen in de vorm van 'Zorg in natura' of als Persoonsgebonden budget (pgb). Bij Zorg in natura wordt de hulp geleverd door bijvoorbeeld thuiszorginstellingen, bij een pgb ontvangt de cliënt het budget en koopt zelf de hulp in. Naast de aan cliënten toewijsbare zorg heeft wijkverpleging ook betrekking op niettoewijsbare, wijkgerichte activiteiten, zoals de deelname van wijkverpleegkundigen aan sociale wijkteams, preventie en afstemming met de eerstelijnszorg/huisarts.

Wijkverpleging is sinds 1 januari 2015 een aanspraak binnen de Zorgverzekeringswet en maakt (dus) deel uit van het basispakket. Over wijkverpleging wordt geen eigen bijdrage geheven en zij valt niet onder het eigen risico. Tot 2015 viel wijkverpleging onder de AWBZ. Voor meer informatie over de herziening van de langdurige zorg wordt verwezen naar de Zorgthermometer Vooruitblik 2015 (hoofdstuk 6). Deze is te raadplegen op de website van Vektis.

Door wijkverpleging onder de Zorgverzekeringswet te plaatsen, is deze hulp dichterbij de andere eerstelijnszorg gepositioneerd. Het idee achter deze herpositionering is dat door de inzet van lichtere vormen van zorg en ondersteuning (waaronder wijkverpleging) in de nabijheid van mensen de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie worden vergroot en het beroep op zwaardere vormen van zorg vermindert. De (wijk)verpleegkundige is onderdeel van de bredere eerstelijnszorg en vervult samen met de huisarts een generalistische rol. Het is de verpleegkundige die de indicatie stelt en daarmee de behoefte bepaalt aan verpleging en verzorging in de eigen omgeving naar aard, inhoud en omvang. De verpleegkundige stemt de hulp af met de behandelaar die de medische diagnose stelt: samen komen ze zo tot een integraal zorgtraject. De wijkverpleegkundige zorgt bovendien voor de

verbinding van het sociale en het medische domein en zal daarom in het sociale wijkteam (of een vergelijkbaar verband) vertegenwoordigd zijn.

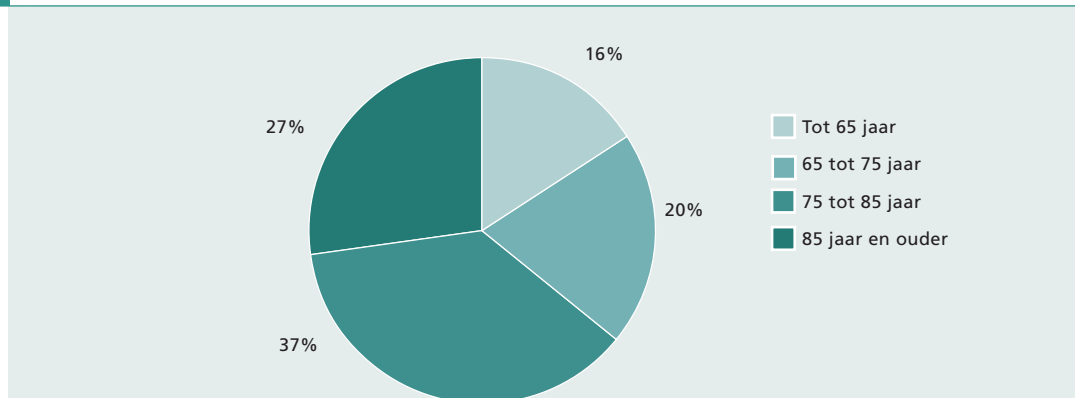
Daarmee is er een sterke relatie tussen de hulp die wordt geleverd door de wijkverpleegkundige en de zorg die wordt verleend door de overige zorgverleners. Samenwerking tussen wijkverpleging, huisarts, gemeente en ziekenhuizen is daarom van groot belang. Die samenwerking kan worden ondersteund door informatie te delen over de zorg- en ondersteuningsvraag van cliënten, zodat de verschillende zorgverleners weten welke zorg en ondersteuning er wordt geboden en de juiste hulp wordt verleend.

Door de introductie van de wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet is een nieuw speelveld ontstaan, waarin de rol van gemeenten, verzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders is veranderd. Samenwerking tussen de domeinen is cruciaal. Dit leidt tot nieuwe informatiebehoefte over de domeinen heen.

### Het gebruik van wijkverpleging

Medio 2015 maken circa 350.000 mensen gebruik van wijkverpleging. Vanwege nieuwe instroom van cliënten zal dit aantal in de loop van 2015 verder toenemen. Ten opzichte van de bevolking naar leeftijdsklasse scoort de klasse '85 jaar en ouder' het hoogst: ruim een kwart van de 85-plussers ontvangt medio 2015 wijkverpleging. Van de ouderen die wijkverpleging ontvangen, zijn de mensen in de leeftijdsklasse 75 tot 85 jaar het meest vertegenwoordigd, zoals figuur 8 laat zien.

**Figuur 8** Gebruikers van wijkverpleging naar leeftijdsklasse, in percentage cliënten (medio 2015) (bron: Vektis)



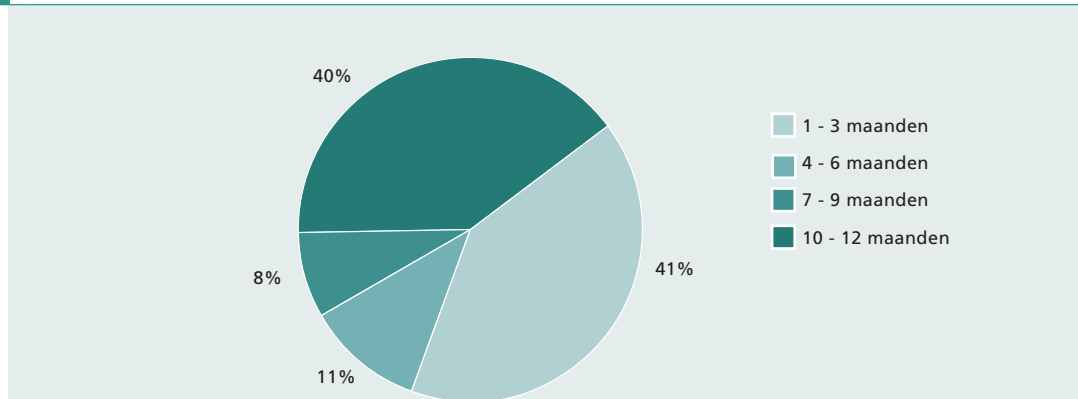
Het overgrote deel van de wijkverpleging (93%) wordt in Zorg in natura afgenomen. Deze hulp wordt voor het leeuwendeel door zorginstellingen geleverd en slechts in beperkte mate door zelfstandige zorgverleners<sup>7</sup>. Bij de pgb-houders wordt de hulp voor 85% door natuurlijke personen zoals kennissen, burens of familie geleverd. De resterende 15% wordt geleverd door formele zorgpartijen zoals instellingen en zelfstandigen.

De meeste cliënten, circa 80%, ontvangen persoonlijke verzorging. Circa 70% van de cliënten krijgt verpleging, al dan niet in combinatie met persoonlijke verzorging. Verpleging wordt vooral in de vorm van Zorg in natura afgenomen.

<sup>7</sup> 99,5% van de gecontracteerde wijkverpleging wordt door instellingen geleverd, zelfstandigen zijn goed voor 0,5%.

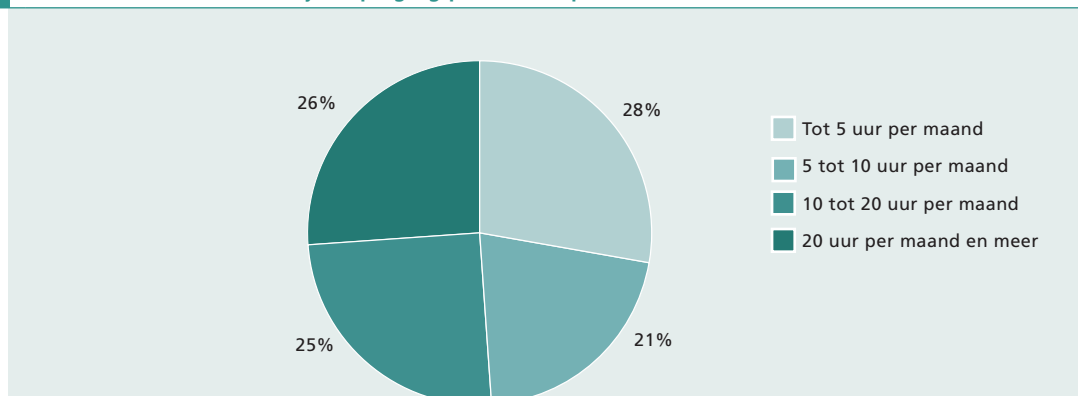
Uit gegevens over 2014 blijkt dat mensen gemiddeld 6,5 maand thuiszorg/wijkverpleging hebben ontvangen. Figuur 9 brengt in beeld hoe groot de variatie in duur is: in 2014 heeft circa 40% van de mensen tot 3 maanden zorg ontvangen; circa 40% heeft 10 tot 12 maanden wijkverpleging ontvangen.

**Figuur 9** Aantal maanden wijkverpleging per cliënt, in percentage cliënten (2014) (bron: Vektis).



De intensiteit van de geleverde hulp is divers: een kwart van de ontvangers ontvangt tot 5 uur per maand zorg<sup>8</sup>, terwijl ook ruim een kwart meer dan 20 uur per maand ontvangt. Gemiddeld gaat het om bijna 16 uur per maand (figuur 10). Let wel: de cijfers gaan over 2014, dat is dus vóór de herziening van de langdurige zorg. Gezien de doelstellingen van de overhevelingen mag worden verwacht dat hierin de komende jaren verschuivingen optreden.

**Figuur 10** Gemiddeld aantal uren wijkverpleging per maand per cliënt (2014) (bron: Vektis).

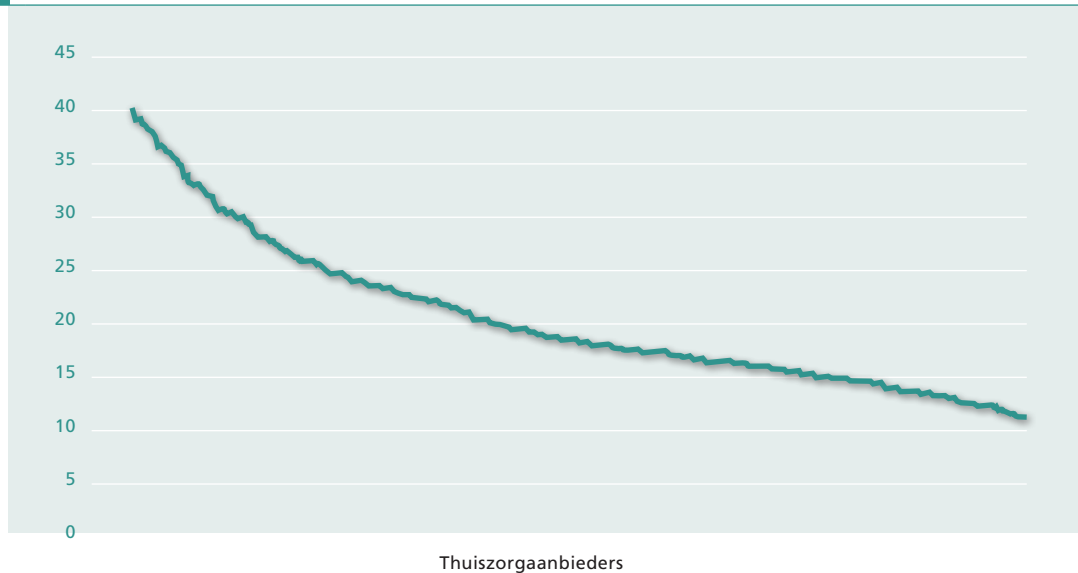


<sup>8</sup> Het hoge aandeel tot 5 uur heeft deels te maken met instroom gedurende de maand.

Figuur 11 laat voor 2014 flinke verschillen zien tussen de zorgaanbieders in het gemiddelde aantal geleverde uren thuiszorg/wijkverpleging per maand. Dit zou een indicatie kunnen zijn voor de mate waarin zorgaanbieders sturen op de inzet van mantelzorgers. Maar ook andere oorzaken kunnen hier een rol spelen.

Figuur 11

**Gemiddelde aantal uren per maand wijkverpleging per cliënt per zorgaanbieder in 2014**  
(bron: Vektis)



### De relaties tussen wijkverpleging en andere domeinen

Zoals toegelicht in het voorgaande is er een duidelijke relatie tussen de hulp die wordt geleverd door de wijkverpleegkundige en de zorg door andere zorgverleners. Door te kijken naar die vanuit andere domeinen geleverde zorg, komen we mogelijk méér te weten over de effectiviteit en doelmatigheid van de zorgverlening door wijkverpleegkundigen. Hieronder worden enkele voorbeelden beschreven.

#### Wijkverpleging en het gemeentelijke domein

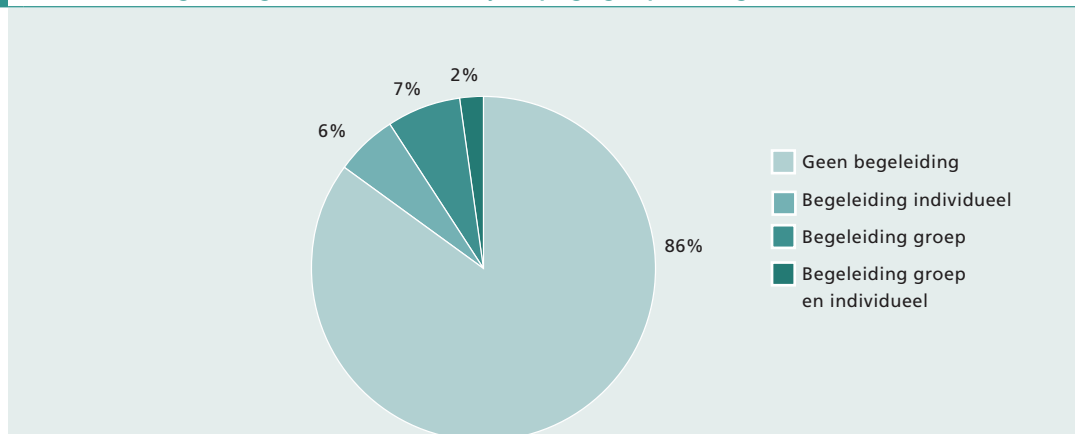
Mensen die wijkverpleging ontvangen, maken voor een deel ook gebruik van begeleiding. Het gaat hierbij om individuele begeleiding, zoals het plannen van dagelijkse activiteiten en hulp bij het voortbewegen in en rondom huis. Begeleiding kan ook in groepsverband plaatsvinden; bij ouderen gaat het vooral om dagopvang, waarin een programma wordt aangeboden.

Begeleiding is vanaf 2015 opgegaan in de Wmo en valt daarmee onder het domein van de gemeenten. Via de Wmo hebben gemeenten de taak om ervoor te zorgen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en kunnen meedoen in de samenleving.

Uit figuur 12 blijkt dat circa 15% van de mensen die in 2014 wijkverpleging ontvingen, ook gebruikmaakten van begeleiding.



**Figuur 12** Gebruik van begeleiding door cliënten met wijkverpleging in percentage cliënten (2014) (bron: Vektis)

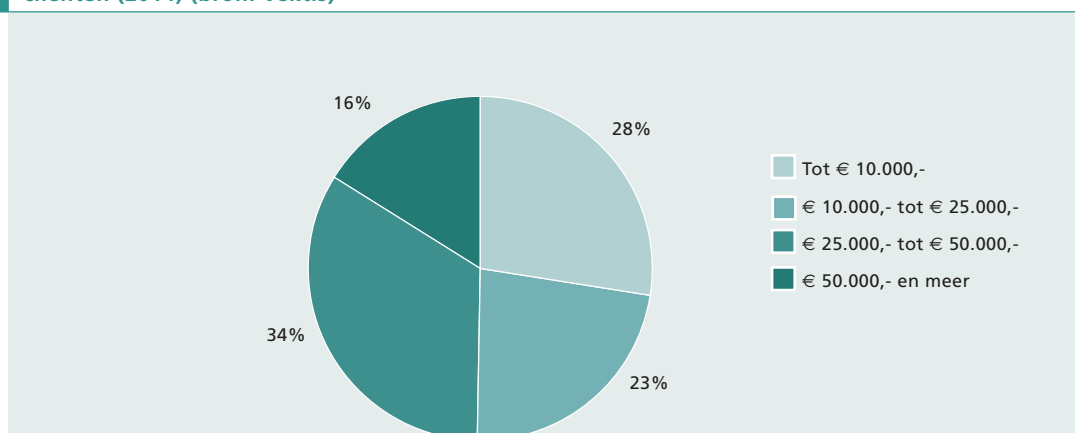


### Wijkverpleging en de curatieve zorg

De vervolgcosten van de huisartsenzorg en tweedelijnszorg per cliënt kunnen een indicatie zijn voor de doelmatigheid van de geleverde thuiszorg per aanbieder. Twee aannames hierbij zijn, dat wanneer effectieve thuiszorg wordt geleverd het aantal complicaties voor decubitus<sup>9</sup> valincidenten en infecties bij de betreffende cliënten lager is, en dat de eerstelijns hulpvragen (voor bijvoorbeeld wondverzorging en vervanging urinekatheter) voor een groter deel worden afgehandeld door de thuiszorgmedewerker. Dit resulteert in minder zorggebruik bij de huisarts, huisartsenpost en tweede lijn. Let wel, het gaat hier om aannames - uiteraard zijn ook andere factoren van invloed op de vervolgcosten van cliënten met thuiszorg.

In figuur 13 zijn deze vervolgcosten gemiddeld per cliënt weergegeven<sup>10</sup>. De vervolgcosten hebben betrekking op één jaar nadat voor het eerst thuiszorg is ontvangen. De gegevens per zorgaanbieder zijn weergegeven in figuur 14. Deze informatie kan worden gebruikt in het gesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Daarbij wordt opgemerkt dat de relatie tussen de data is gelegd op basis van historische gegevens, uit de periode voordat de wijkverpleging naar de Zorgverzekeringswet werd overgeheveld.

**Figuur 13** Vervolgkosten curatieve zorg voor cliënten met wijkverpleging, percentage verdeling cliënten (2014) (bron: Vektis)

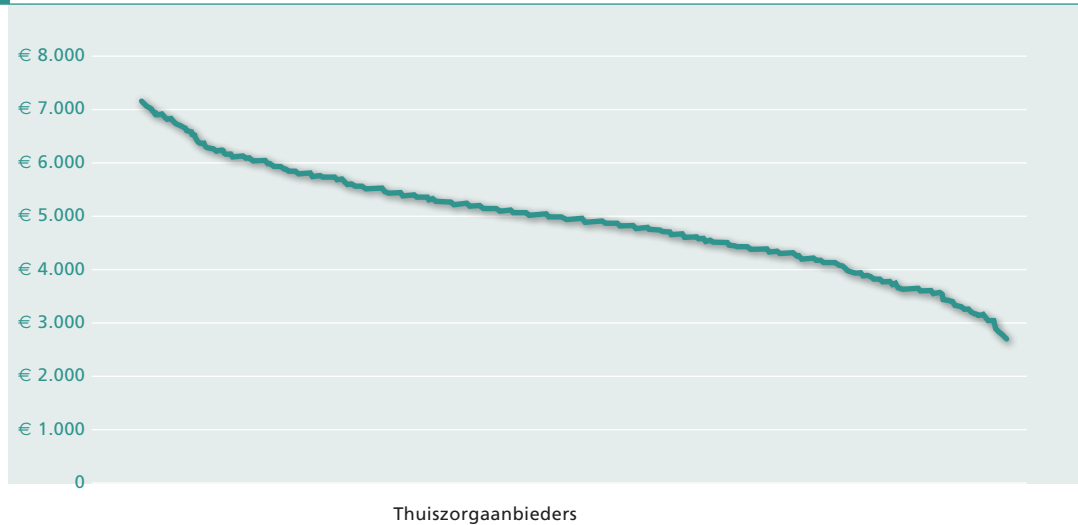


<sup>9</sup> Doorligwonden of -plekken die kunnen ontstaan door langdurig in bed liggen of in een rolstoel zitten.

<sup>10</sup> De populatie betreft de thuiszorgpopulatie uit de eerste helft van 2013. De kosten hebben betrekking op 2014.

Vervolgkosten curatieve zorg voor cliënten met wijkverpleging, gemiddelde kosten per aanbieder (2014) (bron: Vektis)

Figuur 14



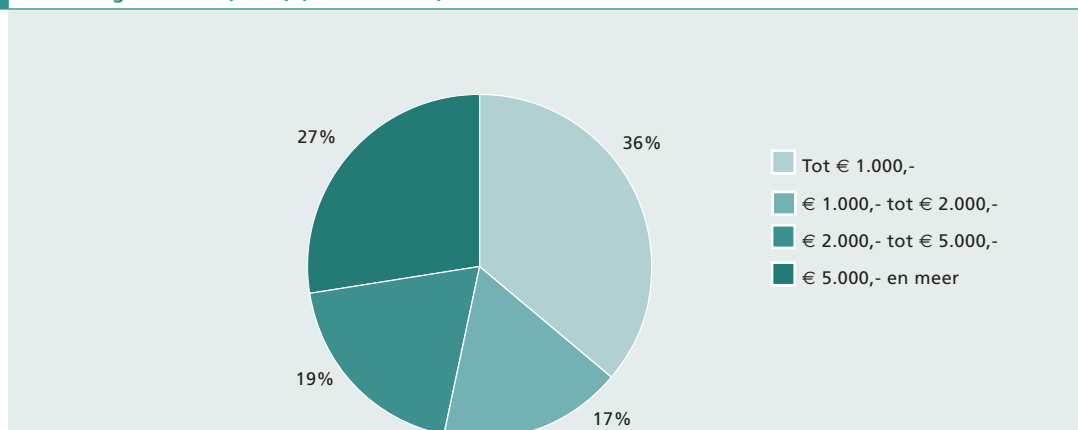
#### Wijkverpleging en de langdurige zorg (AWBZ/Wlz)

Als zelfstandig wonen met zorg niet langer mogelijk is, verhuizen cliënten naar een instelling; ze vallen vanaf dan onder de Wlz. De Wlz is bedoeld voor mensen die de hele dag intensieve zorg of toezicht dichtbij nodig hebben. Het gaat vooral om verblijfszorg: voor ouderen bijvoorbeeld met vergevorderde dementie of mensen met een ernstige verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking.

In het onderzoek naar de kwaliteitsindicatoren voor thuiszorginstellingen is onderzocht wat de vervolgkosten in de AWBZ/Wlz zijn van mensen die in 2013 wijkverpleging ontvingen en in 2013 of 2014 in een verpleeg- of verzorgingshuis zijn gaan wonen. De vervolgkosten hebben betrekking op één jaar nadat voor het eerst thuiszorg is ontvangen en zijn dus geen benadering voor de totale kosten in de intramurale zorg (figuur 15).

Vervolgkosten AWBZ/Wlz (van één jaar) voor cliënten met wijkverpleging, percentage verdeling cliënten (2014) (bron: Vektis)

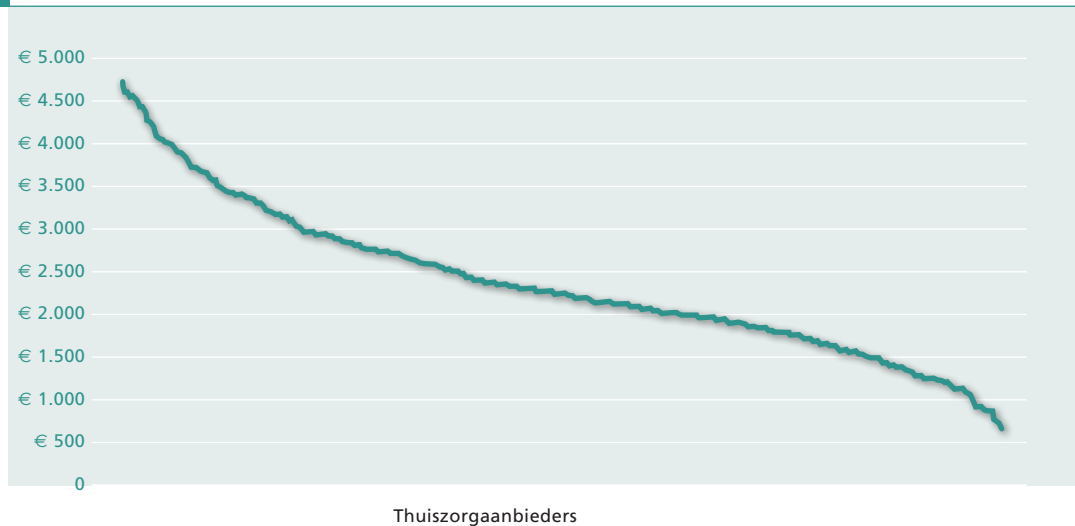
Figuur 15



Ook deze gegevens kunnen per zorgaanbieder worden bekeken, zoals figuur 16 toont. Dit is interessant, omdat verondersteld kan worden dat goede thuiszorg van invloed is op het langer zelfstandig wonen. En dat is ook voor gemeenten weer belangrijke informatie. Ook hier wordt opgemerkt dat het om historische gegevens gaat. Bovendien zijn naast goede thuiszorg ook andere factoren (zoals de aanwezigheid van een instelling of van adequate woonvormen, mantelzorg) van invloed op het langer zelfstandig wonen.

Figuur 16

Vervolgkosten AWBZ/Wlz voor cliënten met wijkverpleging, gemiddelde kosten per aanbieder (2014) (bron: Vektis)



### Samenhang en nieuwe vragen

In dit hoofdstuk hebben we laten zien dat voor een juist beeld van de waarde van de wijkverpleegkundige zorg niet alleen gekeken moet worden naar de hulp die door de wijkverpleegkundigen wordt geleverd, maar ook naar zorg die geleverd wordt in andere domeinen.

De herziening van de langdurige zorg creëert nieuwe verhoudingen. Ze leidt bovendien tot nieuwe informatievragen over:

- de kwaliteit van thuiszorginstellingen;
- de samenhang tussen zorg geleverd vanuit de Wmo respectievelijk de Zorgverzekeringswet;
- de benodigde en geleverde zorg per wijk;
- de kosten en volumes van wijkverpleging per zorgaanbieder;
- de zorgvraag van individuele cliënten, om hen integraal zorg te kunnen bieden. Dat geldt voor ouderen, maar ook voor jongeren die als ze achttien zijn geworden vanuit de Jeugdwet doorstromen naar de Wmo, Zorgverzekeringswet en Wlz.

Door de herziening van de langdurige zorg is de informatie over de zorg meer versnipperd. Om de zorg integraal in beeld te krijgen, verbanden te leggen en afhankelijkheidsrelaties te onderzoeken, is het gewenst dat de data over de Wmo-zorg worden verbonden met de data vanuit de Zorgverzekeringswet en de Wlz. Zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren zijn door de herziening van de langdurige zorg meer met elkaar verbonden geraakt. Hetzelfde geldt voor de informatiestromen.

## Tot besluit

In deze Zorgthermometer hebben we laten zien dat er een aanzienlijke ontwikkeling is geweest in de eerstelijnszorg en dat van de eerstelijnszorgverleners steeds meer wordt verwacht. Dit vereist goede samenwerking tussen zorgverleners onderling, maar ook tussen zorgverleners, zorgverzekeraars en gemeenten. Goede informatie is daarbij van groot belang. Door informatie te combineren kan een inschatting worden gemaakt van de effectiviteit van zorg. In deze Zorgthermometer hebben we daarvan enkele voorbeelden laten zien.

De gegevens kunnen worden gebruikt in het overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten. Vektis beoogt hiermee partijen in de zorg te ondersteunen bij hun werkzaamheden en wil zo een bijdrage leveren aan de verhoging van de zorgkwaliteit in Nederland.



# Colofon

## Inhoud

---

In deze publicatie staan cijfers uit de zorg rondom een thema of een bepaald jaar centraal. Alles uit de uitgave mag met bronvermelding worden gekopieerd.

De inhoud van deze publicatie is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Wanneer er desondanks toch onjuistheden in voorkomen, aanvaardt Vektis daarvoor geen enkele aansprakelijkheid. Ook aanvaarden wij geen aansprakelijkheid voor enige directe of indirecte schade die zou kunnen ontstaan door het gebruik van de hierin aangeboden informatie.

## Auteurs

---

T. (Tamara) Hols, MSc  
dr. M.S. (Mirte) van Galen  
L. (Lisette) Gusdorf, MSc  
drs. T. (Tijs) van Gorp  
drs. H.E. (Harry) Post

## Redactie

---

J. (Jannie) Aartse  
M.H. (Marion) Verhoef-Groenveld  
drs. M. (Marieke) Smit  
dr. A. (Anne) de Boo  
K. (Kees) Adolfsen, tekst

## Dank

---

Wij bedanken graag de volgende personen voor hun bijdrage aan de totstandkoming van deze uitgave:

D. (Dirk) Ruwaard, MD, PhD, Professor of Public Health and Health Care Innovation Maastricht University  
dr. A. (Anne) de Boo, adjunct-directeur Vektis  
E. (Elske) Hijlkema, communicatieadviseur, Zorgverzekeraars Nederland  
dr. R. (Ronald) Luijk, senior beleidsadviseur Zorg, Zorgverzekeraars Nederland  
drs. M. (Martien) Bouwmans, beleidsadviseur Zorg, Zorgverzekeraars Nederland  
drs. M. (Mirjam) Maasdam, beleidsadviseur Zorg, Zorgverzekeraars Nederland

## Grafisch ontwerp

---

Ontwerpbureau De Branding

## Drukwerk

---

Lulof Druktechniek

## Meer informatie

---

Wilt u meer exemplaren van deze publicatie ontvangen, neem dan contact op via telefoon: 030-8008 300 of e-mail: [info@vektis.nl](mailto:info@vektis.nl). Deze publicatie is ook online te raadplegen op [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl).



**Bezoekadres**  
Sparrenheuvel 18  
3708 JE Zeist

**Postadres**  
Postbus 703  
3700 AS Zeist

**T:** 030-8008 300  
**E:** [info@vektis.nl](mailto:info@vektis.nl)

