

Steven Hendriks
promovendus, arts-onderzoeker
bij Diabetes Kenniscentrum Isala

Nanno Kleefstra
universitair hoofddocent interne
geneeskunde UMC Groningen,
arts-onderzoeker bij Diabetes
Kenniscentrum Isala

Joost Warners
voormalig manager research &
development DBC-Onderhoud

Henk Bilo
hoogleraar transmurale zorg Rijks-
universiteit Groningen, internist bij
Diabetes Kenniscentrum Isala

DBC-GEGEVENS BEWIJZEN SUBSTITUTIE VAN TWEEDE NAAR EERSTE LIJN

Ketenzorg diabetes werkt wél



Het ketenzorgexperiment voor diabetes zou mislukt zijn, beweren verschillende onderzoekers. Maar hun interpretatie van de huidige zorgontwikkelingen klopt niet, spreken arts-onderzoeker Steven Hendriks en collega's tegen. Zij komen op basis van dbc-gegevens tot een andere conclusie.

vastgesteld dat de totale zorgkosten nog niet zijn gedaald.¹ Dit leidde hier en daar tot teleurgestelde geluiden die erop neerkwamen dat het ketenzorgexperiment mislukt is en dat substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg niet of onvoldoende heeft plaatsgevonden. Deze gedachte werd nog versterkt door een analyse waarin werd gesuggereerd dat de zorg voor mensen met DM II binnen een ketenzorgsysteem niet beter maar wél duurder zou zijn dan de zorg geleverd door huisartsenpraktijken buiten een ketenzorgsysteem.² Volgens ons worden de huidige zorgontwikkelingen echter verkeerd geïnterpreteerd. Er is namelijk wel degelijk sprake van substitutie.

Om de zorg voor mensen met diabetes mellitus type 2 (DM II) zo goed mogelijk te organiseren in de eerste lijn, is tien jaar geleden gekozen voor de vorming van zorggroepen en de inzet van praktijk-ondersteuners gespecialiseerd in DM II.

Het idee was dat er te veel mensen met DM II ten onrechte diabeteszorg in de tweede lijn kregen. Het concentreren van zorg voor deze patiëntencategorie in de eerste lijn zou leiden tot minder kosten en ten minste dezelfde kwaliteit van zorg. Ziektekostenverzekeraars hebben echter

Stijging zorgkosten

De stijging van de zorgkosten in de eerste lijn is deels al te verklaren door de intensivering van de zorg voor diabetespatiënten die al werden behandeld in de eerste lijn: frequentere contacten, snellere start en uitbreiding van medicamenteuze behandeling, meer voetzorg en meer oogheelkundige controles. Al deze verbeteringen zorgen voor een stijging van de zorgkosten.³

Daarnaast wordt bij het beoordelen van kosten op metaniveau vaak onvoldoende rekening gehouden met het feit dat er geen sprake is van een statische populatie, maar van een dynamische populatie. Zo steeg de prevalentie van DM II in de jaren 2000 tot 2007 met 5 tot 8 procent per jaar.⁴ Dit zorgt voor een toename van zorgkosten in de eerste én tweede lijn. Daarnaast ontstaat de paradox dat bij voldoende verbetering van de zorg mensen ook langer zullen leven. Daardoor zal het aantal door overlijden wegvallende patiënten met DM II op jaarbasis ook afnemen.⁵ En: als mensen maar lang genoeg in leven blijven, zullen er hoe dan ook diabetesgerelateerde complicaties

Er wordt onvoldoende rekening gehouden met een dynamische populatie

ontstaan, die weer extra kosten met zich meebrengen. Ten gevolge van het zo duidelijk stijgen van de absolute aantallen van diabetespatiënten kan zelfs bij een relatieve afname van de incidentie van complicaties er toch ook sprake zijn van een absolute toename van het aantal mensen met een specifieke complicatie. En complicaties brengen kosten met zich mee.⁶

De combinatie van deze factoren zal er waarschijnlijk toe leiden dat de kosten voor de totale populatie zullen toenemen, ondanks alle aandacht die wordt besteed aan het efficiënt inrichten van de zorg.

Dat hierbij op individueel niveau wél sprake kan zijn van een reductie van kosten is dan nog steeds mogelijk. Kortom, het inzichtelijk maken van substitutie vergt een andere aanpak.

Opvallend

De tweedelijnszorg in Nederland werd tot 2012 geregistreerd met behulp van diagnose-behandelcombinatiecodes (dbc-codes). Inzicht in het beloop van het aantal mensen dat een dbc open heeft staan voor diabeteszorg in de tweede lijn, kan indirect iets zeggen over substitutie. In samenwerking met DBC-Onderhoud zijn alle dbc-codes van de interne geneeskunde en oogheelkunde voor diabeteszorg geanalyseerd over de jaren 2007 tot en met 2011 (zie *kader* linksonder en *tabel* op blz. 30).

De binnen de interne geneeskunde geopende dbc-codes laten een stabiel totaal zien, waarbij het aantal dbc-codes zonder complicaties gaandeweg daalt en het aantal dbc-codes met complicaties gaandeweg stijgt. Opvallend is de toename van het aantal dbc-codes voor chronische pomptherapie. In het licht van de bekende jaarlijkse stijging van het aantal mensen met diabetes van 5 tot 8 procent is er dus wel degelijk sprake van verplaatsing van zorg. Was er binnen de tweede lijn sprake geweest van een vergelijkbare stijging, dan zou het aantal dbc-codes in de tweede lijn bij een jaarlijkse toename van bijvoorbeeld 4 procent in de periode 2007 tot en met 2011 zijn uitgekomen op ongeveer 155.000 in 2011.

Bij de oogheelkundige dbc-codes is er een duidelijke daling in de loop van de jaren, met name bij mensen waarbij geen diabetische retinopathie wordt vastgesteld. Deze daling is vrijwel zeker te verklaren door de uitgebreide inzet van retinacamera's in de eerste lijn, waardoor een jaarlijkse of tweejaarlijkse gang naar het ziekenhuis overbodig is geworden.

Beste ter wereld

De invoering van een nieuwe benadering van de zorg voor mensen met diabetes mellitus type 2, met een uitdrukkelijke versterking van de eerste lijn, heeft geleid

ONDERZOEKSMETHODE

De gegevens uit dit artikel maken deel uit van een groter project, dat inzicht moet geven in de diabetesbehandeling in geheel Nederland: het Dutch diabetes estimates (DUDE)-initiatief.

De gegevens die in deze analyse zijn gebruikt, komen uit het dbc-informatiesysteem (DIS). Het DIS bevat alle dbc-codes die in ziekenhuizen in Nederland werden geopend. Tweedelijnsdiabetespatiënten werden geteld aan de hand van geopende dbc's diabetes zonder complicaties (221), diabetes met complicaties (222) of diabetes met chronische pomp (223) bij de interne geneeskunde tussen 2007 en 2011. DM totaal is berekend op het geopend zijn van één van de drie diabetes-dbc-codes. De patiënten met een dbc diabetische retinopathie werden geteld aan de hand van een geopende dbc diabetische retinopathie (DRP) bij oogheelkunde: geen DRP (751), non-proliferatieve DRP (754), preproliferatieve DRP (755) en proliferatieve DRP (757). Het totaal werd op dezelfde manier berekend als bij de DM-dbc-codes. De *tabel* (blz. 30) is een weergave van het aantal unieke dbc's per ziekenhuis bij elkaar opgeteld. Indien er voor een patiënt binnen één jaar twee diabetes-dbc-codes zijn geopend in twee verschillende ziekenhuizen, komt deze patiënt twee keer in het totaal voor.

Diabetes mellitus in dbc's

	2007	2008	2009	2010	2011
interne geneeskunde					
dbc DM zonder complicaties	44.779	41.182	39.645	38.954	37.641
dbc DM met complicaties	81.288	85.821	86.866	89.959	88.860
dbc DM chronische pomptherapie	6882	7901	8966	10.138	11.186
DM totaal	132.499	134.027	134.877	138.486	137.049
oogheekunde					
dbc geen DRP	207.042	184.492	155.345	132.855	107.513
dbc non-proliferatieve DRP	41.768	42.987	45.158	48.015	47.283
dbc preproliferatieve DRP	3983	4102	4012	3897	3912
dbc proliferatieve DRP	3520	3380	3505	3384	3024
DRP totaal	255.197	233.736	206.905	187.190	160.880

DRP: diabetische retinopathie

Tweedelijns dbc's diabetes mellitus (DM) interne geneeskunde en oogheekunde in de periode 2007 tot en met 2011. De gegevens van ná die tijd hebben we niet geanalyseerd in verband met een mogelijke trendbreuk door de invoering van DOT – dbc's op weg naar transparantie – in 2012.

tot een van de beste diabeteszorgsystemen ter wereld.⁷ Onze cijfers doen sterk vermoeden dat er wel degelijk sprake is van een toename van de zorg in de eerste lijn, gezien het uitblijven van een duidelijke stijging van het aantal mensen met diabetes in de tweede lijn, en een duidelijke afname van het aantal mensen zonder complicaties bekend bij oogheekunde in de tweede lijn.

Bij deze goede resultaten is enige tevredenheid eerder op zijn plaats dan teleurstelling. Het is zeker de moeite waard om nog naar regionale verschillen te kijken

om verbeterpotentieel zichtbaar te maken, maar de structuur van de huidige aanpak – evenals de gedachte erachter – is succesvol te noemen. ■

contact

s.hendriks@isala.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp en de voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

DE DEALENDE DOKTER

Speciaal voor u als voorschrijver van medicijnen deze nascholing farmacotherapie. Thema: offlabelgebruik. Eerst wat vragen, daarna reacties van ervaringsdeskundigen.

Vragen: 'Ik heb Concerta genomen en een klein snuifje. Kan ik er straks tramadol bijnemen?'

'Ik heb oxycodon van de dokter gekregen. Hoe kan ik er het meeste effect uithalen? Kun je het ook roken?' 'Heeft clomipramine recreatieve waarde?'

Ervaringsdeskundigen: 'Ik heb pas Ritalin gesnoven tijdens een uitgaansavond. Dat was top.' 'Ik heb ketamine gebruikt. Leuk, alles was verdoofd. Ik kon niet meer lopen.' 'Laatst heb ik weer tramadol gebruikt. Prettig.' 'Wees bij paracod voorzichtig met de paracetamol. Die zit alleen aan de rechterkant van de tablet: gewoon afbreken dus.' 'Ik heb oxycodon gesnoven en gechiesed. Bij het chiesen vloog het in brand. Ik voelde me een embryo in een warme baarmoeder.' 'Pregabaline kan ontwenning van opiaten verminderen.' 'Omdat flurazepam wateroplosbaar is, kun je het effectief snuiven en heb je de vieze smaak niet.' 'Seroquel kun je gebruiken om een bad trip op psychedelica de kop in te drukken.' 'De combinatie van Lyrica, baclofen en diazepam geeft een GHB-achtig gevoel.'

Deze nascholing 'offlabelgebruik' is na te lezen op drugsforum.info. Inderdaad, even schrikken. Wat gaat u eraan doen in de praktijk? Minder pijnstillers en psychofarmaca voorschrijven? Uw recepten alleen nog maar digitaal versturen, omdat papier uit de prullenbak wordt gehaald en gekopieerd? Of zullen we als verkapte drugsdealers proberen het huidige lekke systeem te veranderen: door bijvoorbeeld de minister te vragen om een eenduidig digitaal en onderling controleerbaar voorschrijfsysteem.

Jos van Bommel