

Jaarverslag 2016

Coöperatie Epe-Oene U.A.



Inhoudsopgave:

1. Inleiding

2. Doelstelling jaarmeting

3. Indicatoren van de zorg

4. Meetmethoden

5. Uitkomsten

6. Interpretatie en bespreking

- Diabetes
- COPD
- CVRM

7. Conclusie, vooruitzichten

1. Inleiding

Historie

De huisartsencoöperatie Epe/Oene bestaat uit alle huisartspraktijken in deze twee Veluwe dorpen, afgeleid van de traditionele Hagro. Met 6 praktijken is het één van de kleinste ketenzorggroepen van Nederland. De kleine omvang maakt de coöperatie tot een besluitvaardige en daadkrachtige groep. De coöperatie was dan ook één van de eerste zorggroepen in Nederland die de diabeteszorg contracteerde. Drie van de zes praktijken in de coöperatie zijn gevestigd in een anderhalvelijnscentrum met een scala aan 1^e lijns en 2^e lijns hulpverleners.

Ketenzorg

De huisartsencoöperatie Epe-Oene heeft sinds 2006 een overeenkomst betreffende de diabeteszorg met Zilveren Kruis, de preferente zorgverzekeraar in de regio, en sinds 2011 is er ook een overeenkomst over COPD. Voorts is er sinds 2013 een overeenkomst voor ketenzorg CVRM met Menzis, waarbij geldt dat alle andere niet-preferente zorgverzekeraars volgen. Helaas geldt deze ketenzorg dus niet voor Zilveren Kruis verzekerden.

Rapportage

Onderdeel van onze ketenzorgafspraken is dat er elk jaar gerapporteerd wordt over de resultaten. Er is een lijst van zorgparameters vastgesteld die door de zorgverzekeraar als kengetallen of kwaliteitsindicatoren zullen worden gebruikt maar die ook voor het interne kwaliteitsbeleid van de coöperatie van belang zijn. In dit rapport worden de zorgparameters van de diabeteszorg gepresenteerd zoals deze zijn verzameld over de periode van 01-01-2016 tot 31-12-2016.

Samenwerking

Voor de ketenzorg in Epe/Oene bestaan sinds jaren goede samenwerkingsafspraken met medisch specialisten uit de regio, die in Epe spreekuur houden en zodoende laagdrempelig bereikbaar zijn voor de patiënt en de huisarts. Er wordt samengewerkt met een vasculair internist/diabetoloog en een longarts uit het Gelre ziekenhuis te Apeldoorn en met twee oogartsen, één uit het Gelre ziekenhuis te Apeldoorn en één uit de Isala klinieken te Zwolle. Verder is in het anderhalvelijnscentrum in Epe een podotherapeut gevestigd en een diëtiste en is er samenwerking met diverse fysiotherapeuten die een breed scala aan mede behandeling kunnen bieden, denk aan diëtiëk gecombineerd met fysiotherapie/conditionele verbetering bij patiënten met overgewicht, loopgroepen voor CVRM en DM patiënten, fysiotherapeutische begeleiding in het kader van COPD zorg, et cetera.

DVN

Om de betrokkenheid van patiënten bij ons zorgaanbod te borgen hebben de huisartsen en praktijkondersteuners uit Epe en Oene structureel overleg met de regionale afdeling van de Diabetes Vereniging Nederland (DVN). Ook wordt in overleg met de DVN twee keer per jaar een metercontrole dag georganiseerd. Deze dag omvat inmiddels veel meer dan het controleren van glucosemeters. Er is voorlichting door de apotheek, de diëtisten, de DVN, podotherapeuten en alle praktijkondersteuners. Het belangrijkste effect van deze dag is echter dat diabeten elkaar ontmoeten en ervaringen uitwisselen.

Jaarverslag 2016

Ook in dit jaarverslag zullen we de ontwikkeling in de metingen trachten te tonen. Door deze vergelijkingen en door vergelijking met andere zorggroepen kunnen trends en verbeterpunten worden gezien. Dit kan verder worden gebruikt ter bevordering van de kwaliteit van de ketenzorg. In dit verslag vindt u het proces van doelen stellen, plannen maken, plannen uitvoeren, meten, evalueren en nieuw doelen stellen op zorggroep niveau terug. Buiten dit verslag om worden de huisartsenpraktijken aangezet om binnen hun eigen praktijk met hun eigen cijfers hetzelfde proces door te maken. Het is goed om te realiseren dat de kwaliteit van zorg naast de NHG-indicatoren door veel meer factoren wordt bepaald. Het geheel van het functioneren van een praktijk in een sociale setting moet worden bekeken om tot een genuanceerde benadering te komen.

Nieuwe ontwikkelingen

In 2016 is voor de diabetes patiënten deelgenomen aan de [Diabetes Challenge](#), met medewerking van professionele wandelcoaches, praktijkondersteuners, doktersassistentes en huisartsen uit Epe en Oene. Dit kreeg zelfs aandacht in de regionale media. Ook voor 2017 staat er weer een Diabetes Challenge gepland, waar diverse patiënten uit Epe en Oene aan zullen meedoen.

de begeleiding door wandelscholen werd gecontinueerd, de website van de Coöperatie Epe-Oene werd enorm verbeterd en geprofessionaliseerd, de ICT structuur werd sterk verbeterd en stukken efficiënter gemaakt met hulp van Calculus VIPlive wat tevens de mogelijkheid bood om gebruik te maken van een app die communicatie tussen zorgverleners onderling en de patiënt mogelijk maakt.

Klachtenregeling

De coöperatie Epe-Oene is aangesloten bij de klachtenregeling huisartsen Stedendriehoek. Ook de individuele zorgverleners maken hier gebruik van. Er kwamen in 2016 geen klachten binnen die betrekking hadden op de door de coöperatie geleverde zorg.

2. Doelstelling jaarmeting

Dit rapport van de jaarmeting dient als verantwoording, reflectie en kwaliteitsverbetering.

Allereerst is het een verantwoording aan de opdrachtgever, de zorgverzekeraar(s) zoals in de overeenkomst is vastgesteld. Hiermee kan transparant de discussie worden aangegaan over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Ten tweede wordt deze jaarmeting gebruikt voor reflectie op praktijk- en zorggroep niveau. Op grond van benchmarking kan een vergelijking plaatsvinden met overeenkomstige zorgverleners en met het eigen handelen in het verleden (spiegelinformatie).

Het derde en belangrijkste doel van deze meting is een bevordering van de kwaliteit van ketenzorg.

3. Indicatoren van de zorg

Diverse gremia hebben de afgelopen jaren invloed gehad op de keuze van proces- en uitkomstindicatoren voor de (keten)zorg. Denk hierbij aan het ministerie van VWS, IGZ, NHG, LHV, Ineen, Het Roer Moet Om. Ook werd een convenant gesloten met de zorgverzekeraars over het uniforme format van de indicatoren die de partijen zullen hanteren en publiceerde het LHV haar standpunt *Transparante Huisartsenzorg*.

De parameters voor de huidige ketenzorg zijn als volgt in te delen:

- Structuurindicatoren: zeggen iets over gebouw, uitrusting praktijk, aantallen patiënten, elektronisch beschikbare dossiers
- Procesindicatoren: zeggen iets over de wijze waarop de zorg geboden wordt
- Hoe volledig zijn de stappen in het zorgprotocol gevolgd én genoteerd?
- Uitkomstindicatoren: geven inzicht in het resultaat van de geleverde zorg

Het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) heeft in de loop der jaren diverse expertgroepen opgericht die adviseren over vakgebieden waarin de huisarts steeds intensiever betrokken is geraakt. Voorbeelden hiervan zijn: de HartvaatHAG (voor CVRM zorg) de DIHAG (voor diabetes zorg) en CAHAG (voor longziekten, waaronder astma en COPD). Mede op advies van deze expertgroepen, probeerde het NHG zoveel mogelijk bij een vaste set van indicatoren te blijven om een constante set van meetpunten te hebben. Daarbij is hun standpunt dat vooral de proces indicatoren een indruk geven over het kwaliteitsniveau mits deze gezien worden in het kader van een totaal kwaliteitsbeleid.

Helaas liet de praktijk zien dat er het afgelopen decennium toch regelmatig wijzingen optraden in het aantal en type indicatoren, zoals eerder in onze jaarverslagen vermeld werd. Deze wijzigingen in uitkomst rapportages maken een vergelijking van de rapportages van onze ketenzorg op dezelfde uitkomstmaten lastig.

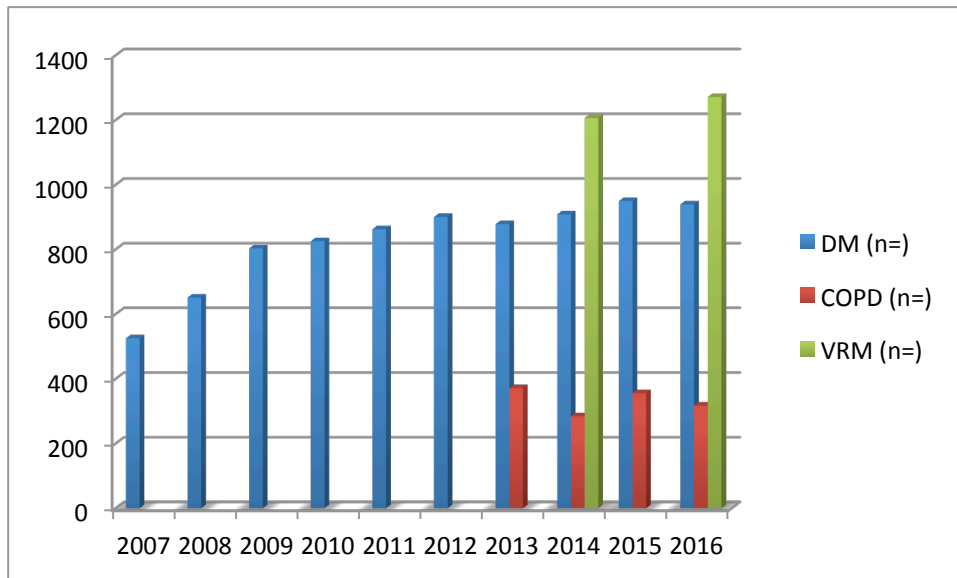
4. Meetmethoden

De jaarmeting loopt van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2016. Op deze manier krijgt men een volledig beeld over de zorg die in een jaar gegeven is zonder metingen van andere jaren mee te nemen. Alle patiënten van de praktijken die op enig moment in 2016 deelnemen aan de betreffende DBC's (Diabetes type 2, COPD, CVRM gerelateerde episoden) en de huisarts als hoofdbehandelaar hebben, zijn geïncludeerd in de jaarmeting.

5. Uitkomsten

De absolute aantallen patiënten zijn als kolomdiagram bijgevoegd in grafiek 1.

Grafiek 1



6. Interpretatie en bespreking

Diabetes

Het aantal diabetespatiënten in het zorgprogramma, met als hoofdbehandelaar de huisarts bedroeg bij de allereerste registratie 521 patiënten (2007). In 2016 is dit aantal opgelopen naar 939 (zie grafiek 1). In de zorggroep Epe-Oene heeft 6,3% van de populatie de diagnose diabetes type 2 (2016), dit is iets meer dan de landelijke 5,2%. De zorggroep Epe-Oene begeleidt meer diabetes patiënten in de eerste lijn dan landelijk het geval is. De zorggroep heeft 88% van de diabeten in het eerstelijnszorgprogramma, het landelijke gemiddelde is 83%. Daarnaast heeft 8,8% van de patiënten uit zorggroep Epe-Oene de specialist als hoofdbehandelaar, versus 9,3% landelijk.

Leefstijl

Het geven van leefstijladviezen had een gunstige invloed op een aantal indicatoren. Het percentage rokers is iets toegenomen van 9% (2015), naar 11,5% (2016), nog altijd beneden het landelijke gemiddelde (15%). Het aantal diabetes patiënten waarbij het rookgedrag is vastgelegd is ook iets gedaald, van 94% (2015) naar 93% (2016), deze waarde is gelijk aan het landelijke gemiddelde.

Percentage patiënten (< 80 jaar) met LDL lager of gelijk 2,5mmol/l

Het percentage patiënten (< 80 jaar) met een goed ingestelde LDL waarde is gedaald van 68% (2015) naar 66% (2016), maar bleef boven het landelijk gemiddelde (61%).

Voetonderzoek

Het aantal patiënten waarbij het voetonderzoek is genoteerd bedroeg 78% (2016), ten opzichte van 84% (2015). Landelijk is dit gemiddeld 86.9%.

Funduscontrole

Het percentage patiënten waarbij een funduscontrole plaatsvond, bleef ten opzichte van 2015 stabiel, namelijk 92% (2016). Dit is hoger dan het landelijke gemiddelde van 86.9%.

Nierfunctie

Het percentage patiënten waarbij de eGFR berekend of bepaald is, steeg van 90% (2015) naar 91% (2016). Dit is iets lager dan het landelijke gemiddelde (91%). Het percentage patiënten waarbij urineonderzoek verricht is, nam iets af, van 83% (2015) naar 81% (2016). Landelijk is dit gemiddeld 87%.

Anti-diabetische behandeling

Ruim 82% van onze populatie diabetes patiënten gebruikte in 2016 een lipiden verlagend middel, dit is toegenomen ten opzichte van de ruim 80% in 2015. Dit ligt ruim boven het landelijke gemiddelde (72%).

COPD

In 2016 zijn er 317 patiënten in het zorgprogramma COPD geïncludeerd, die de huisarts als hoofdbehandelaar hebben. (Zie grafiek 1). De zorggroep Epe-Oene heeft 72% van de patiënten in het zorgprogramma, landelijk is dit slechts 52%. Daarnaast heeft 21% van de patiënten de specialist als hoofdbehandelaar, landelijk is dit 25,2%.

Rookgedrag

Het rookgedrag is bij 82% van de patiënten geregistreerd (2015: 73%), landelijk is dit 83%. Maar liefst 76% van deze patiënten heeft het roken gestaakt (2015: 75%, landelijk 61%).

Jaarlijkse controles

Inhalatietechniek gecontroleerd 42% (2016) versus 46% (2015) en 66,9% landelijk. MRC/CCQ vastgelegd 50% (2016) versus 56% (2015) en 76% landelijk. Mate van bewegen vastgelegd 69% (2016) versus 63,9% (2015) en 77% landelijk. BMI berekend 75% (2016) versus 67% (2015) en 82% landelijk.

Exacerbaties

Het percentage patiënten met 2 of meer stootkuren bedroeg in 2016 9,6% een flinke daling ten opzichte van de 15% in 2015. Dit ligt lager dan het landelijke percentage (10,7%).

CVRM

Onderstaande gegevens zijn, zoals eerder vermeld, de indicatoren zoals die gemeten zijn bij patiënten die bij Menzis, CZ, VGZ, De Friesland, Multizorg of Zorg en Zekerheid verzekerd zijn. Zilveren Kruis en DSW hebben geen CVRM zorgprogramma bij de coöperatie Epe-Oene ingekocht. Omdat Zilveren Kruis in de regio waar de zorggroep gevestigd is de grootste zorgverzekeraar is, maar helaas geen zorg heeft ingekocht wat betreft de CVRM-ketenzorg, kunnen de absolute aantallen geïnccludeerde patiënten in het CVRM programma en de mate van substitutie niet vergeleken worden met landelijke cijfers, omdat de landelijke gemiddelden een situatie weergeven waarin iedere patiënt die in aanmerking komt voor CVRM ketenzorg ook in zo'n programma geïnccludeerd wordt. Uiteraard worden de patiënten in onze regio die in aanmerking komen voor CVRM zorg wel op de reguliere spreekuren gezien conform de protocollaire CVRM zorg van het NHG.

In 2016 waren in het zorgprogramma CVRM 1271 patiënten (niet bekend met DM type 2) geïnccludeerd. Bij de start van het CVRM zorgprogramma waren dit 1206 patiënten. Het aantal patiënten met secundaire preventie bedroeg 306 (2016), het aantal patiënten met primaire preventie 965 (2016). Onderstaande indicatoren maken een door InEEN vastgesteld onderscheid tussen VVR (verhoogd vasculair risico, dus patiënten die in aanmerking komen voor primaire preventie) en HVZ (hart- en vaatziekten, patiënten die in aanmerking komen voor secundaire preventie).

Bloeddruk

% VVR patiënten (<70jr) in zorgprogramma bij wie bloeddruk is bepaald in meetperiode bedroeg 81% (2016) versus 87% landelijk.

% HVZ patiënten (<70jr) in zorgprogramma bij wie bloeddruk is bepaald in meetperiode bedroeg 71% (2016). Het landelijke % is niet gepubliceerd door InEEN.

LDL-cholesterol

% VVR patiënten in zorgprogramma bij wie LDL is bepaald in afgelopen vijf jaar: 96% (2016) versus 97% landelijk.

% VVR patiënten in zorgprogramma <80 jaar met LDL lager dan of gelijk aan 2,5 mmol/l: 29% (2016) versus 29% landelijk.

% HVZ patiënten in zorgprogramma <80 jaar bij wie LDL is bepaald in afgelopen vijf jaar: 95% (2016). Het landelijke % is niet gepubliceerd door InEEN.

% HVZ patiënten in zorgprogramma <80 jaar met LDL lager dan of gelijk aan 2,5 mmol/l: 48% (2016), versus 55% landelijk.

Rookgedrag

% VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode: 73% (2016), versus 84% landelijk.

% VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode, die roken: 11,6% (2016) versus 12,9% landelijk.

% HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode: 74% (2016) versus 82% landelijk.

% HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode, die roken: 16,1% (2016), versus 17,9% landelijk.

eGFR (nierfunctie)

% VVR patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is bepaald in afgelopen vijf jaar: 95% (2016) versus 98% landelijk.

% HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is bepaald in afgelopen vijf jaar: 96% (2016) versus 98% landelijk.

Beweging

% VVR patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode: 63% (2016) versus 73% landelijk.

% HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode: 65% (2016) versus 73% landelijk.

7. Conclusie, vooruitzichten

Welke doelstellingen uit het jaarverslag 2016 zijn behaald en wat zijn de doelstellingen voor 2017?

- Wat betreft de uitkomstmaten van de diabeteszorg zijn deze in 2016 vrijwel gelijk aan die van 2015. Er worden nog meer patiënten in de eerstelijnszorg begeleid en de resultaten van deze begeleiding zijn over het algemeen beter dan de landelijke gemiddelden. Dit hopen we graag zo te behouden.

- De registratie van COPD indicatoren tijdens jaarcontroles is in 1 jaar tijd duidelijk verbeterd (mogelijk ten gevolge van het afschaffen van het KIS systeem wat vaak erg belemmerend werkte en veel storingen gaf als het gesynchroniseerd werd met het HIS), het kan nog steeds iets beter als men naar de landelijke registratiegegevens kijkt. Echter wat betreft de patiëntenzorg (aantal patiënten in de eerstelijnszorg, aantal exacerbaties) zijn de indicatoren van de zorggroep Epe-Oene beter dan de landelijke cijfers. Dit hopen we graag te behouden.

- De CVRM ketenzorg is 1 jaar na opstarten al grotendeels op het landelijke niveau. Zoals gezegd is vergelijking met de landelijke cijfers wel wat lastig, aangezien de metingen van de grootste patientengroep (Zilveren Kruis verzekerden) niet gebruikt kunnen worden als benchmark, omdat deze zorgverzekeraar geen ketenzorg heeft ingekocht.