

Monitoring en evaluatie van substitutie van zorg in drie Limburgse proeftuinen

Evaluatierapport

Esther van den Bogaart, Tessa Quanjel, Mariëlle Kroese, Marieke Spreeuwenberg, Niels Hameleers, Daan Westra en Dirk Ruwaard



Monitoring en evaluatie van substitutie van zorg in drie Limburgse proeftuinen

Evaluatierapport

Uitvoering:

Academische Werkplaats Duurzame Zorg
Department of Health Services Research
Care and Public Health Research Institute (CAPHRI)
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences
Maastricht University
Postbus 616
6200 MD Maastricht
T: 043-3881696
<https://www.duurzamezorgmaastricht.nl/>
<https://hsr.mumc.maastrichtuniversity.nl/>

Contact: anderhalvelijnszorg@maastrichtuniversity.nl

Dit onderzoek is uitgevoerd met subsidie van zorgverzekeraars VGZ en CZ (VEZN) en de Provincie Limburg.



provincie limburg



ISBN: 9789490411114

Printed by: Gildeprint

© Copyright Academische Werkplaats Duurzame Zorg

Department of Health Services Research

Care and Public Health Research Institute (CAPHRI)

Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

Maastricht University, 2019

Onderdelen uit deze publicatie mogen worden overgenomen onder bronvermelding (auteurs, titel en jaartal van uitgave).

Monitoring en evaluatie van substitutie van zorg in drie Limburgse proeftuinen

Evaluatierapport

2019

Auteurs

Esther van den Bogaart

Tessa Quanjel

Mariëlle Kroese

Marieke Spreeuwenberg

Niels Hameleers

Daan Westra

Dirk Ruwaard

Datum: juli 2019

Academische Werkplaats Duurzame Zorg

Department of Health Services Research

Care and Public Health Research Institute (CAPHRI)

Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

Maastricht University

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
Samenvatting	9
Afkortingen	19
1. Introductie	21
1.1 Doel en aanleiding proeftuinen	21
1.2 Drie Limburgse proeftuinen	23
1.3 Substitutie in drie Limburgse proeftuinen	26
1.4 Van Triple naar Quadruple Aim	28
1.5 Leeswijzer	29
2. Anderhalvelijnszorg	31
2.1 Doel en ontwikkeling van anderhalvelijnszorg	31
2.2 Onderzoeksvragen	36
2.3 Onderzoeksmethoden en uitkomstmaten	36
2.4 Bevindingen anderhalvelijnszorg in de proeftuin Blauwe Zorg	43
2.5 Bevindingen anderhalvelijnszorg in de proeftuin MijnZorg	88
2.6 Conclusies en aanbevelingen van anderhalvelijnszorg	124
3. Zorgpad Artrose	133
3.1 Doel en ontwikkeling van het zorgpad	133
3.2 Onderzoeksvragen	136
3.3 Onderzoeksmethoden en uitkomstmaten	138
3.4 Bevindingen effectevaluatie	143
3.5 Bevindingen procesevaluatie	153
3.6 Conclusies en aanbevelingen van het zorgpad	160
Referenties	165

Anderhalvelijnszorg in de proeftuin Blauwe Zorg

I. Overige items ervaren kwaliteit van zorg	168
II. Volumes van patiënten en consulten per specialisme op de Stadspoli	169
III. Verwijsbeslissing na een of meerdere consulten op de Stadspoli per specialisme	171
IV. Aantal patiënten, consulten en de verdeling van verwijsbeslissingen op de Stadspoli per jaar	173
V. Gemiddelde zorgkosten van een patiënt gemeten tot en met 12 maanden na het eerste consult in de anderhalve en tweede lijn per specialisme	178
VI. Kenmerken van de top 2,5% patiënten met hoogste zorgkosten	184
VII. Trendanalyses: de trend van het totaal aantal initiële zorgproducten voor de periode 2014 t/m 2017	185
VIII. Trendanalyses: de trend van het aantal initiële licht ambulante zorgproducten voor de periode 2014 t/m 2017 per specialisme	186

Anderhalvelijnszorg in de proeftuin MijnZorg

IX. Overige items ervaren kwaliteit van zorg m.b.t. het specialisme cardiologie	191
X. Ervaren kwaliteit van zorg m.b.t de specialismen: KNO, kleine chirurgie, dermatologie en interne geneeskunde	194
XI. Verwijsbeslissing per specialisme m.b.t de specialismen: KNO, kleine chirurgie, dermatologie en interne geneeskunde	201
XII. Effect van anderhalvelijnszorg op de eigen risico derving	202

Voorwoord

De toename in de collectieve zorguitgaven was de aanleiding voor voormalig minister mw. drs. E. Schippers om in 2013 negen regionale samenwerkingsverbanden als proeftuin 'Betere zorg met minder kosten' aan te wijzen. Twee van die proeftuinen zijn Blauwe Zorg (regio Maastricht-Heuvelland) en MijnZorg (regio Oostelijke Mijnstreek). Anders Beter (regio Westelijke Mijnstreek) is later door CZ toegevoegd als proeftuin.

Op initiatief van de samenwerkingsverbanden binnen elk van de drie proeftuinen in Zuid-Limburg is onder andere geëxperimenteerd met verschillende vormen van substitutie van zorg. Voor u ligt het evaluatierapport van het onderzoek dat zich de afgelopen jaren heeft gericht op de monitoring en evaluatie daarvan.

Wij zijn zorgverzekeraars VGZ en CZ en de Provincie Limburg erkentelijk voor de beschikbaar gestelde subsidie om dit onderzoek mogelijk te maken. Maar ook hoe wij als onderzoekers op een constructieve en open manier met erkenning van een ieders rol in een dynamische omgeving hebben kunnen interacteren met de diverse partijen (eerstelijns zorggroepen Zorg in Ontwikkeling (ZIO), Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg (HOZL), Meditta en Medische Coördinatie Centrum Omnes, Maastricht UMC+ en Zuyderland MC, zorgverzekeraars VGZ en CZ, patiëntenorganisatie Burgerkracht Limburg, voorheen Huis voor de Zorg, en de regionale ondersteuningsstructuur Robuust) hebben we zeer op prijs gesteld. In het bijzonder gaat onze dank uit naar alle artsen en medewerkers van de twee Stadspoli's in Maastricht (Blauwe Zorg), alle artsen en medewerkers van PlusPunt Medisch Centrum in Heerlen (MijnZorg) en de leden van de Expertisegroep Artrose (Anders Beter).

Wij hopen van harte dat de bevindingen uit dit onderzoek mogen bijdragen aan een duurzame inrichting van de zorg en ook lessen opleveren voor vergelijkbare initiatieven elders in het land.

Prof. dr. Dirk Ruwaard, mede namens het onderzoeksteam

Het gedeelte uit deze rapportage met betrekking tot de proeftuin MijnZorg wordt door de betrokkenen opgedragen aan Vera Op den Drink. Zij heeft aan de wieg gestaan van dit initiatief. We hebben helaas voortijdig afscheid van haar moeten nemen († 4 december 2018).

Samenvatting

De toename in de collectieve zorguitgaven in de afgelopen jaren vormt een bedreiging voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid en daarmee de duurzaamheid van de zorg in Nederland. Als reactie hierop heeft mw. drs. Schippers, de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in 2013 negen regionale samenwerkingsverbanden aangewezen als proeftuinen 'Betere zorg met minder kosten'. Het gaat om regionale samenwerkingsverbanden tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en andere partners die gezamenlijk interventies opzetten met veelal als doel om de zogenaamde 'Triple Aim' (verbeteren van de gezondheid van de populatie en de ervaren kwaliteit van zorg tegen minder kosten) te realiseren. Zuid-Limburg kent drie proeftuinen, namelijk: Blauwe Zorg (regio Maastricht-Heuvelland), MijnZorg (regio Oostelijke Mijnstreek) en Anders Beter (regio Westelijke Mijnstreek; later toegevoegd). Substitutie van zorg is een centraal thema binnen deze drie proeftuinen, waarin de proeftuinen dit elk op eigen wijze in de praktijk brengen. Vanaf 2014 heeft de Academische Werkplaats Duurzame Zorg van Maastricht University binnen deze Zuid-Limburgse proeftuinen verschillende vormen van substitutie geëvalueerd, namelijk anderhalvelijnszorg en zorgpaden. Beide vormen zijn gericht op het voorkomen van onnodige verwijzingen vanuit de eerste naar de tweede lijn.

Anderhalvelijnszorg

Anderhalvelijnszorg kan op verschillende wijzen in praktijk worden gebracht. Dit rapport richt zich op de inzet van specialisten uit het ziekenhuis en gespecialiseerde huisartsen dan wel kaderhuisartsen in de eerstelijnssetting van een anderhalvelijnscentrum buiten de 'muren' van het ziekenhuis. Huisartsen verwijzen laagrisicopatiënten met laagcomplexere klachten door naar het anderhalvelijnscentrum, waar deze specialisten op basis van één of twee consulten een behandeladvies geven aan de huisarts. De patiënt blijft onder regie van de huisarts en de specialisten worden als inhoudelijk deskundigen 'ingehoord'. Het doel van anderhalvelijnszorg is het bieden van laagdrempelige zorg dicht bij huis, het voorkomen van onnodige verwijzingen naar de tweede lijn en het stimuleren van samenwerking en kennisoverdracht tussen

specialisten en huisartsen. In 2014 zijn er in de proeftuin Blauwe Zorg twee anderhalvelijnscentra geopend, de Stadspoli's. Eind 2014 is er in de proeftuin MijnZorg eveneens een anderhalvelijnscentrum geopend, genaamd PlusPunt Medisch Centrum.

De evaluatie van anderhalvelijnszorg is gebaseerd op een longitudinale observationele studie. De studie bestaat uit een interventiegroep - patiënten die een consult hebben bij de specialist in een anderhalvelijnscentrum – en een controlegroep - patiënten die een consult hebben bij de specialist in het ziekenhuis. De *Triple Aim* is later verder uitgebreid tot de *Quadruple Aim*. Hierbij is het verbeteren van de ervaringen van zorgverleners als vierde dimensie toegevoegd. Het doel van de evaluatie was om de effecten van anderhalvelijnszorg op de dimensies van de *Quadruple Aim* in kaart te brengen. Patiënten uit de interventie- en controlegroep hebben deelgenomen aan een vragenlijstonderzoek waarmee de effecten van anderhalvelijnszorg op de gezondheid van patiënten en ervaren kwaliteit van zorg door de patiënten werd gemeten. Respondenten ontvingen op drie meetmomenten een vragenlijst, namelijk vóór het consult met de specialist (T0), direct ná het eerste consult met de specialist (T1) en drie maanden na het eerste consult met de specialist (T2). De gezondheid van patiënten is op alle drie de momenten gemeten. Hiervoor is gebruik gemaakt van gevalideerde en gestandaardiseerde meetinstrumenten (EQ-5D-5L, EQ-VAS en de SF-12). De ervaren kwaliteit van zorg is gemeten met items uit de *Consumer Quality Index*. Deze items waren onderdeel van de tweede vragenlijst (T1). Daarnaast zijn de ervaringen van de zorgprofessionals gemeten met een vragenlijstonderzoek bij de betrokken huisartsen en specialisten op één meetmoment in 2018. De effecten van anderhalvelijnszorg op de zorgkosten zijn in kaart gebracht met verschillende databronnen van de anderhalvelijnscentra, de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. Hierbij is er gekeken naar het aantal patiënten en consulten in de anderhalve lijn, de verwijfsbeslissing en het effect van anderhalvelijnszorg op de zorgkosten op patiëntniveau en zo mogelijk op regionaal en landelijk niveau.

In de proeftuin Blauwe Zorg richtte het onderzoek zich op de specialismen dermatologie, interne geneeskunde, neurologie, orthopedie, oogheelkunde, reumatologie, keel-neus-oorheelkunde, gynaecologie en urologie. In totaal hebben 2.108 patiënten uit de interventiegroep en 778 patiënten uit de

controlegroep deelgenomen aan het vragenlijstonderzoek. Van de professionals hebben 37 huisartsen (respons: 45,7%) en 28 specialisten (respons: 36,8%) de vragenlijst ingevuld. In de proeftuin MijnZorg richtte het onderzoek zich met name op het specialisme cardiologie. De interventiegroep bestond uit 437 patiënten en de controlegroep uit 326 patiënten. Verder hebben in totaal 37 huisartsen (respons: 28,5%) en 17 specialisten (respons: 85,0%) de vragenlijst ingevuld. Binnen beide proeftuinen werden daarnaast meerdere analyses uitgevoerd om het effect van anderhalvelijnszorg op de kosten en volumes in kaart te brengen. Hiervoor werd gebruikt gemaakt van selecties van patiënten uit de gehele studiepopulatie bestaande uit duizenden patiënten.

Op basis van dit onderzoek kan vanuit het *Quadruple Aim* perspectief geconcludeerd worden dat:

- *Gezondheid van de populatie:* Anderhalvelijnszorg en reguliere ziekenhuiszorg leiden in beide proeftuinen (Blauwe Zorg en MijnZorg) tot dezelfde uitkomsten op het gebied van ervaren gezondheid. De gezondheidsuitkomsten van de patiënten uit de interventie- en controlegroep liggen dicht bij elkaar en in beide groepen verbetert de ervaren gezondheid over de tijd.
- *Ervaren kwaliteit van zorg door patiënten:* Patiënten zijn (zeer) tevreden over de kwaliteit van zorg geleverd in de anderhalvelijnscentra. In de proeftuin Blauwe Zorg is er op de meeste items geen significant verschil tussen de Stadspoli en het ziekenhuis gevonden. Patiënten uit de interventiegroep zijn net zo tevreden over de zorg als patiënten uit de controlegroep. In de proeftuin MijnZorg scoort PlusPunt Medisch Centrum op 24 van de 25 items significant hoger dan het ziekenhuis. Daarnaast is de wachttijd (het aantal dagen tussen de verwijzing en het consult) in beide proeftuinen significant korter voor patiënten die zijn verwezen naar de anderhalvelijnscentra.
- *Ervaring zorgprofessionals:* Over het algemeen zijn huisartsen en specialisten tevreden over de komst van anderhalvelijnszorg. Zowel huisartsen als specialisten geven aan dat er nog verbetering kan plaatsvinden op het gebied van communicatie, samenwerking en kennisdeling tussen huisartsen en specialisten. Het is bijvoorbeeld niet voor alle huisartsen duidelijk welke patiënten terecht kunnen bij de anderhalvelijnscentra en beide partijen hadden gehoopt meer te leren van elkaars expertise.

- *Zorgkosten:* Na een consult in de anderhalve lijn geeft de specialist een behandeladvies aan de huisarts. De specialist kan de patiënt retour sturen naar de huisarts, of de specialist kan beslissen dat een verwijzing naar de tweede lijn toch gewenst is in verband met aanvullende diagnostiek en/of behandeling die nodig blijken te zijn. Uit de evaluatie blijkt dat gemiddeld 20% van de patiënten het advies ‘verwijzing naar de tweede lijn’ krijgt. De overige 80% kan verder behandeld worden in de eerste lijn. Deze percentages fluctueren over de tijd en verschillen per specialisme. Verder blijkt uit de analyses dat de gemiddelde zorgkosten van patiënten die zijn verwezen naar anderhalvelijnszorg (interventiegroep) significant lager liggen dan de zorgkosten van patiënten die rechtstreeks zijn verwezen naar het ziekenhuis (controlegroep). Dit geldt voor zowel de initiële zorgkosten als voor de vervolggkosten in de anderhalve en tweede lijn tot en met 9 of 12 maanden. Op patiëntniveau geeft het onderzoek aan dat anderhalvelijnszorg een goedkoper alternatief is voor reguliere ziekenhuiszorg. Tot slot is, voor zover mogelijk, gekeken naar het effect van de komst van anderhalvelijnszorg op het zorggebruik in de desbetreffende regio’s. De regionale trendanalyses laten in het algemeen, dat wil zeggen binnen de meeste specialismen, (nog) geen substitutie-effect zien. Het zorggebruik in de tweede lijn (initiële zorgproducten en aantal nieuwe patiënten) neemt niet af zoals men zou verwachten in het kader van substitutie. Enkel binnen sommige specialismen lijkt er substitutie van zorg plaats te vinden op regionaal niveau, ook wanneer dit wordt vergeleken met de landelijke trend. Binnen deze specialismen neemt het zorggebruik in de tweede lijn af naarmate het zorggebruik in de anderhalve lijn toeneemt.

Op basis van het onderzoek naar de effecten van anderhalvelijnszorg op de *Quadruple Aim* dimensies kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan voor beleid en praktijk:

- *Wachttijd en verwachtingsmanagement:* Anderhalvelijnszorg wordt gepromoot als ‘snel’ en met ‘korte wachttijden’. Houd de wachttijden zo kort mogelijk en zorg ervoor dat de huisartsen en patiënten op de hoogte zijn van de actuele wachttijden.
- *Setting:* Een belangrijk kenmerk van anderhalvelijnszorg is de setting. Deze is gesitueerd tussen de eerste en tweede lijn. Praktisch betekent dit dat de

huisarts de regie houdt en de specialist een behandeladvies geeft. Voorkom dat anderhalvelijnszorg verplaatste ziekenhuiszorg wordt.

- *Diagnostiek*: Het is belangrijk om per specialisme na te gaan of en welke diagnostiek daadwerkelijk noodzakelijk is om een goede diagnose te stellen in de anderhalve lijn. Regel dit daarnaast efficiënt in voor de patiënt, indien mogelijk in het anderhalvelijnscentrum.
- *Patiëntprofielen*: Het is belangrijk om duidelijke patiëntprofielen op te stellen per specialisme. Het moet voor de huisartsen duidelijk zijn welke patiënten terecht kunnen in de anderhalve lijn alsook welke patiënten niet geschikt zijn voor de anderhalve lijn en direct naar het ziekenhuis verwezen moeten worden.
- *Communicatie, samenwerking en kennisdeling*: Uit de evaluatie blijkt dat huisartsen en specialisten hadden verwacht dat anderhalvelijnszorg zou leiden tot meer contact, samenwerking en kennisdeling tussen de zorgprofessionals. Uitwisseling van informatie tussen huisartsen en specialisten zou meer aandacht moeten krijgen. Dit kan ingericht worden door o.a. telefonische terugkoppeling door specialisten naar huisartsen, organiseren van multidisciplinaire overleggen en organiseren van scholing.
- *Taakverschuiving*: Binnen sommige specialismen of met betrekking tot sommige patiëntprofielen en/of diagnosegroepen valt te overwegen om een verpleegkundig specialist (of physician assistant), dan wel een kaderhuisarts in te zetten.
- *E-health*: Het is wellicht niet altijd nodig dat er een fysiek consult plaatsvindt. Ook e-health zou mogelijk binnen sommige specialismen ingezet kunnen worden, denk bijvoorbeeld aan teleconsulten.
- *Tarief*: Anderhalvelijnszorg is een goedkoper alternatief in vergelijking met reguliere ziekenhuiszorg mits het tarief juist is bepaald en lager ligt dan het tarief in de tweede lijn. Met als uitgangspunt dat het tarief is gebaseerd op een gewogen gemiddelde van de prijs van zorgproducten waarvan bepaald is dat deze gesubstitueerd kunnen worden naar de anderhalve lijn. Binnen deze berekeningen dient rekening te worden gehouden met het specialisme. Het tarief zal regelmatig moeten worden bijgesteld aangezien de vooraf verwachte volumes en 'case-mix van patiënten' kunnen afwijken van wat er daadwerkelijk in de anderhalve lijn plaatsvindt.

- *Integrale financiële afspraken:* Om succesvolle substitutie van zorg te bewerkstelligen is het van groot belang dat er transparante financiële afspraken zijn tussen zorgverzekeraars en tweedelijnsinstellingen in de regio. In de tweede lijn betekent in het geval van substitutie dat het zorggebruik in zowel aantal patiënten als aantal zorgproducten zal afnemen. In de eerste lijn moet duidelijk zijn welke patiënten verwezen kunnen worden naar de anderhalve lijn en dient te worden voorkomen dat er patiënten onnodig verwezen worden (aanzuigende werking).
- *Registratie van gegevens:* Het is belangrijk om een nieuwe zorgvorm als anderhalvelijnszorg continue te blijven monitoren, evalueren en verbeteren. Hiervoor is het noodzakelijk dat de benodigde informatie op een juiste wijze wordt geregistreerd.

Tot slot kunnen er aanbevelingen worden gedaan voor onderzoek naar de effecten van anderhalvelijnszorg op de Quadruple Aim:

- *Gezondheid van de populatie:* Toekomstig onderzoek zou, naast de generieke vragenlijsten, ook gebruik kunnen maken van specialisme- en/of conditie-specifieke vragenlijsten. Verder kan men overwegen om de gezondheid van de populatie te meten met specifiek op de klacht/aandoening gerichte klinische uitkomstmaten.
- *Ervaren kwaliteit van zorg door patiënten:* Naast het meten van patiëntgerichtheid en tijdigheid kan onderzoek naar de kwaliteit van zorg uitgebreid worden met andere uitkomstmaten, denk hierbij aan overige criteria van kwalitatief goede zorg die opgesteld zijn door het Institute of Medicine, namelijk: effectiviteit, veiligheid, efficiëntie en gelijkwaardigheid.
- *Ervaringen zorgprofessionals:* In dit onderzoek zijn deze uitkomstmaten slechts op één meetmoment onderzocht. Het meten van deze uitkomstmaten over de tijd geeft meer inzicht in het daadwerkelijke effect van anderhalvelijnszorg. Bovendien is inzicht in de algemene opinie over anderhalvelijnszorg onder zorgprofessionals interessant. Hierbij dienen ook zorgprofessionals die momenteel niet werkzaam zijn in de anderhalve lijn bevraagd te worden.
- *Zorgkosten:* Het onderzoeken van het effect van anderhalvelijnszorg op de zorgkosten dient naast het meten op patiëntniveau ook zoveel mogelijk te gebeuren op regionaal en landelijk niveau. Voor de volledigheid is het

wenselijk om hiervoor tevens gebruik te maken van Vektis-data. Hierdoor kunnen kosten en volumes van alle verzekeraars en dus de gehele Nederlandse populatie worden meegenomen en kan er een compleet beeld van het effect van anderhalvelijnszorg gegeven worden. Daarnaast is het raadzaam om naast gedeclareerde kosten in de anderhalve en tweede lijn ook inzicht te krijgen in de gedeclareerde kosten over de lijnen heen.

Tenslotte, om substitutie via anderhalvelijnsinitiatieven vorm te geven is een samenwerkingsverband tussen verschillende stakeholders (eerste lijn, tweede lijn, zorgverzekeraars en patiënten) een voorwaarde. Om te evalueren of deze initiatieven ook het gewenste resultaat opleveren is onafhankelijk onderzoek nodig. Tussentijdse interactie tussen stakeholders en onderzoekers is van groot belang om te anticiperen op zich voordoende wijzigingen in de praktijk van alledag. Tevens kunnen dan bevindingen gedeeld worden en kan er ingespeeld worden op nieuwe vragen en informatiebehoeften. Met respect voor ieders rol kon deze evaluatie plaatsvinden. Van groot belang is om dergelijke initiatieven ook de tijd te geven om doorontwikkeling mogelijk te maken.

Zorgpad Artrose

Het zorgpad 'Beter bewegen bij artrose' binnen de proeftuin Anders Beter is een vorm van substitutie gericht op het voorkomen van onnodige verwijzingen naar de tweede lijn door patiënten met artrose eerst de noodzakelijke zorg in de eerste lijn bij huisarts en fysiotherapeut aan te bieden. De aanleiding voor de ontwikkeling van het zorgpad was dat bij patiënten met artrose aan de knie of heup meer beeldvormende diagnostiek wordt uitgevoerd en meer wordt verwezen naar de specialist in de tweede lijn dan in verschillende richtlijnen wordt aanbevolen. Deze richtlijnen geven aan dat de 1. diagnose artrose in veel gevallen zonder beeldvormende diagnostiek kan worden vastgesteld, 2. dat patiënten alleen naar de orthooped doorverwezen dienen te worden als maximale conservatieve behandeling is ingezet, en 3. de zorg voor artrose in de eerste lijn op elkaar afgestemd dient te worden volgens het principe van stepped-care. Het niet opvolgen van deze richtlijnen kan leiden tot onnodig hoge zorgkosten, onnodige beeldvormende diagnostiek en onnodige behandeling.

Voor de evaluatie van het zorgpad is het aantal aanvragen voor beeldvormende diagnostiek (röntgenfoto's en MRI's) in de eerste lijn, het aantal verwijzingen naar de orthooped en de hit ratio (het aantal gewrichtsvervangende operaties dat een orthooped uitvoert) in de tweede lijn onderzocht. Dit is gedaan aan de hand van een retrospectief dossieronderzoek en een observationeel onderzoek waarbij CZ-declaratiegegevens zijn geanalyseerd voor en na de implementatie van het zorgpad. Daarnaast zijn in een kwalitatief onderzoek de ervaringen van patiënten en zorgprofessionals met het zorgpad en de zorg rondom artrose in kaart gebracht.

In het retrospectieve dossieronderzoek zijn 436 aanvragen van beeldvormende diagnostiek (röntgenfoto's en MRI's) en 286 verwijzingen voor een consult bij de orthooped bestudeerd na implementatie van het zorgpad. Hieruit blijkt dat, ondanks de implementatie van het zorgpad, de helft van de beeldvormende diagnostiek door huisartsen wordt aangevraagd ter ondersteuning van de diagnose artrose. Verder blijkt dat patiënten met een verdenking artrose van de knie die het zorgpad gedeeltelijk of helemaal hebben doorlopen, een significant hogere kans hebben dat ze door de orthooped worden gediagnosticeerd met artrose. Het doorlopen van het zorgpad heeft geen invloed op de uiteindelijk hit ratio.

In het observationeel onderzoek zijn met behulp van CZ-declaratiegegevens voor de regio Westelijk Mijnstreek het aantal aanvragen van beeldvormende diagnostiek en het aantal verwijzingen naar de orthooped met betrekking tot knie- en heupartrose tussen de periode voor (2012 t/m 2014) en na (2015 t/m 2016) de implementatie van het zorgpad vergeleken. Om het effect van het zorgpad beter te kunnen verklaren zijn deze declaraties vergeleken met declaraties voor andere gewrichten en declaraties binnen een controleregio. In deze controleregio is geen zorgpad geïmplementeerd.

In zowel de interventie- als controleregio is een afname van gedeclareerde eerstelijnsdiagnostiek voor zowel de knie, heup, als overige gewrichten zichtbaar in de periode na de implementatie van het zorgpad. Het blijkt dat de afname in de interventieregio significant sterker is dan in de controleregio als het gaat om de beeldvormende eerstelijnsdiagnostiek van de knie en van overige gewrichten.

Voor de verwijzingen naar de orthofoon is gekeken naar de verschillen in het aantal initiële orthopedische zorgproducten voor en na implementatie van het zorgpad. Hieruit blijkt dat er geen afname is in het aantal initiële consulten in de interventieregio (Westelijke Mijnstreek) in de periode ná de implementatie van het zorgpad. Dit is vergelijkbaar met de controleregio.

Uit het kwalitatieve onderzoek onder 15 artrosepatiënten komt naar voren dat ondanks het zorgpad bij bijna alle patiënten beeldvormende diagnostiek is uitgevoerd, er voor patiënten geen duidelijk stappenplan aanwezig was, de tevredenheid over de informatie uiteenliep en shared decision-making slechts bij een paar patiënten duidelijk aanwezig was. Een meerderheid van de patiënten geeft wel aan dat de zorg die men ontving voldeed aan hun verwachtingen.

Uit de interviews met 12 zorgprofessionals, als onderdeel van de procesevaluatie, komt naar voren dat de verwachtingen over het zorgpad onder professionals grotendeels positief zijn. Men verwacht met name dat het zorgpad leidt tot betere verwijzingen naar de orthofoon waarbij onnodige verwijzingen kunnen worden voorkomen. Daarnaast noemen de zorgprofessionals nog verschillende factoren die verbeterd kunnen worden om het zorgpad succesvol te implementeren, zoals de bereidheid van patiënten en andere zorgprofessionals om mee te werken aan het zorgpad en het gebrek aan tijd tijdens het consult met de patiënt.

De conclusie is dat het zorgpad leidt tot een aantal verbeteringen, met name op het gebied van diagnostiek. Patiënten zijn over het algemeen tevreden over de zorg die ze ontvangen en zorgprofessionals hebben positieve verwachtingen over het zorgpad. Aanbevelingen voor het verder ontwikkelen en optimaliseren van het zorgpad zijn:

- Om het effect van het zorgpad te vergroten dienen huisartsen die nog niet verwijzen conform het zorgpad gestimuleerd te worden dit wel te doen.
- Patiënten én zorgprofessionals dienen meer doordrongen te worden van het feit dat, conform de richtlijnen, beeldvormende diagnostiek zelden nodig is voor het diagnosticeren van artrose.

- Meer aandacht dient uit te gaan naar patiëntgerichte communicatie (shared decision-making). Afstemming op de behoefte van de patiënt is hierbij geboden.
- De verschillende onderdelen van het zorgpad en de behandelopties dienen eenduidig besproken te worden met de patiënt. Dit maakt het zorgpad en de bijbehorende onderdelen van de stepped-care aanpak zichtbaarder voor de patiënt.
- Huisartsen dienen extra scholing te ontvangen over het zorgpad en het herkennen en behandelen van artrose. Hierdoor zal men efficiënter naar de orthooped verwijzen met als gevolg dat de hit ratio verhoogd. Dit sluit aan op de behoefte van zorgprofessionals om meer informatie te ontvangen.
- Om het aantal verwijzingen naar de orthooped terug te dringen kan het zorgpad gecombineerd worden met interventies die zich specifiek richten op het verminderen van verwijzingen naar de tweede lijn. Een voorbeeld hiervan is anderhalvelijnszorg binnen het Anders Beter Centrum.
- De samenwerking en communicatie tussen zorgprofessionals dient bevorderd te worden.
- Het is van belang om voorafgaand aan de interventie een duidelijk plan te hebben over de wijze van monitoring en evaluatie en onderzoekers hierbij te betrekken.

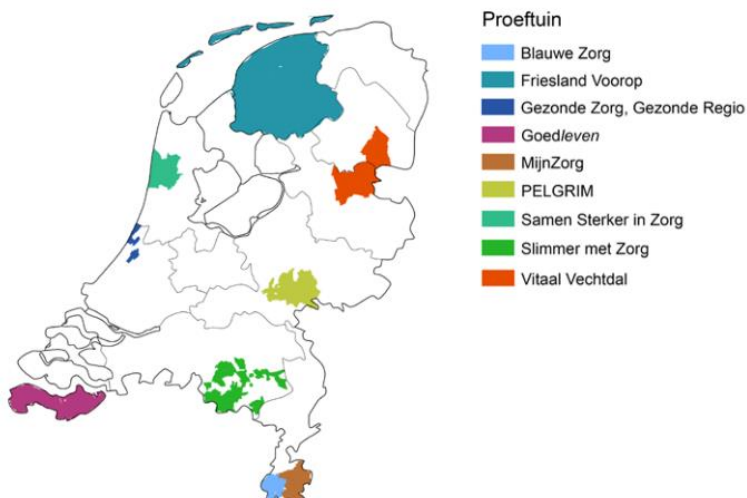
Afkortingen

AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
AWDZ	Academische Werkplaats Duurzame Zorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CQ-index	Consumer Quality Index
CVA	Cerebro Vasculair Accident
EQ-5D-5L	EuroQol-five dimensions, five-level
EQ-VAS	EuroQol Visual Analogue Scale
gem.	Gemiddelde
GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HOZL	Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg
IOM	Institute of Medicine
KNO	Keel-neus-oorheelkunde
LMP	Landelijke Monitor Proeftuinen
MC	Medisch Centrum
MCC	Medisch Coördinatie Centrum
MCS	Mental Component Summary
MDL	Maag-darm-lever
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
OZL	Oostelijk Zuid-Limburg
PCS	Physcial Component Summary
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
sd	Standaarddeviatie
SF-12	Short Form 12
SOI	Standaard Onderwijsindeling
TIPP	Transmuraal Interactief Patiënten Platform
UMC+	Universitair Medisch Centrum Plus
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZIO	Zorg in Ontwikkeling

1. Introductie

1.1 Doel en aanleiding proeftuinen

De toename in de collectieve zorguitgaven in de afgelopen jaren vormt een bedreiging voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid en daarmee de duurzaamheid van de zorg in Nederland (1). Als reactie hierop heeft mw. drs. Schippers, de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), in 2013 negen regionale samenwerkingsverbanden aangewezen als proeftuinen ‘Betere zorg met minder kosten’ (2). Het gaat om samenwerkingsverbanden tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en andere partners die gezamenlijk interventies opzetten met veelal als doel om de zogenaamde ‘Triple Aim’ te realiseren. Hierbij worden gelijktijdig drie met elkaar samenhangende doelen nagestreefd: een verbetering van de gezondheid van de populatie en de ervaren kwaliteit van zorg tegen minder kosten. De ontwikkelingen en ervaringen van de proeftuinen zijn door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in kaart gebracht met de Landelijke Monitor Proeftuinen (LMP) (3).



Figuur 1.1.1 De negen proeftuinen en bijbehorende regio (uit: Samen werken aan duurzame zorg Landelijke monitor proeftuinen (4))

Daarnaast is door de minister, de zorgaanbieders, verzekeraars en andere stakeholders in 2013 de overeenkomst 'Onderhandelingsresultaten eerste lijn en medisch specialistische zorg 2014 tot en met 2017' ondertekend waarin o.a. staat dat het groeipercentage van de medisch specialistische zorguitgaven wordt teruggebracht tot 1,5 procent in 2014 en 1 procent per jaar van 2015-2017. Voor huisartsenzorg gold echter een additionele groei van 1 procent in 2014 en 1,5 procent in 2015-2017 mits aantoonbaar zorg uit de tweede lijn opgevangen wordt in de eerste lijn en voorkomen wordt dat mensen naar de (duurdere) tweede lijn worden verwezen. Het gaat dan om substitutie van zorg (5, 6).

Het monitoren en evalueren van substitutie-initiatieven is noodzakelijk om de resultaten overtuigend voor het voetlicht van beleidsmakers, zorgverleners, zorgverzekeraars en burgers te brengen. Wetenschappelijke onderbouwing van de effecten van initiatieven in de zorg wordt steeds belangrijker gevonden (Evidence-Based Practice alsmede Practice-Based Evidence) en dient bij voorkeur uitgevoerd te worden door een onafhankelijke partij. Vanaf 2013 voert de Maastricht University vanuit de Academische Werkplaats Duurzame Zorg (AWDZ) de monitoring en evaluatie van enkele substitutie-initiatieven in drie Zuid-Limburgse proeftuinen uit, te weten: *Blauwe Zorg* (regio Maastricht-Heuvelland), *MijnZorg* (regio Oostelijke Mijnstreek) en *Anders Beter* (regio Westelijke Mijnstreek: later als proeftuin toegevoegd). De regio Zuid-Limburg kent een lange traditie in het creëren van samenwerkingsrelaties en intensieve samenwerking ter verbetering van de zorg rondom de patiënt. De regio staat dan ook bekend als een innovatieregio in de zorg.



1.2 Drie Limburgse proeftuinen

Blauwe Zorg

De proeftuin Blauwe Zorg is gelegen in de regio Maastricht-Heuvelland. Deze regio telt 175.000 inwoners en omvat de volgende gemeenten: Maastricht, Eijsden-Margraten (met uitzondering van Noorbeek), Valkenburg (met uitzondering van Schin op Geul) en Meerssen (met uitzondering van Geulle). De regio werd bij de introductie van de proeftuin gekenmerkt door een hoge mate van vergrijzing, een lage sociaal economische klasse en, met als gevolg hiervan, hoge zorgkosten (7).

Initiatiefnemers van de proeftuin Blauwe Zorg zijn de zorgverzekeraar VGZ, de zorggroep Zorg in Ontwikkeling (ZIO), het ziekenhuis Maastricht Universitair Medisch Centrum Plus (UMC+) en de patiëntenorganisatie Burgerkracht Limburg (voorheen Huis voor de Zorg). Inmiddels zijn hierbij ook de regionale apothekers (verenigd in Coöperatie Zorggroep Mosapharma), de gemeente Maastricht, de zorgorganisatie Envida, de regionale GGZ-instellingen, de GGD Zuid-Limburg en de zorgverleners in het sociale domein, zoals de maatschappelijk welzijnsorganisatie Radar en Trajekt, aangesloten.

De naam Blauwe Zorg is geïnspireerd door het milieu waar een term als groene stroom duidelijk heeft gemaakt wat duurzaamheid is. Die duurzaamheid wil men in Blauwe Zorg bewerkstelligen door de zorg voor iedereen toegankelijk te houden, niet alleen nu maar ook in de toekomst. Om dat te bereiken richt men zich op twee pijlers: 1. aanpassingen in de organisatie van zorg, en 2. gedragsverandering bij zorgaanbieders en patiënten.

De interventies van Blauwe Zorg sluiten aan op deze twee pijlers. De eerste pijler bestaat uit een aantal interventies met als doel de zorg doelmatiger te maken, conform de dimensies van de Triple Aim. De terreinen waar deze interventies zich op richten zijn farmacie, medisch specialistische inzet in de anderhalve lijn, verwijzen naar vervolgzorg, GGZ, ketenzorg en de gemeentelijke decentralisaties. Bij deze interventies ligt de focus op het opnieuw inrichten van zorgprocessen.

Binnen de tweede pijler richten interventies zich op de cultuurverandering in de regio die moet plaatsvinden op drie verschillende niveaus: bij de bestuurders/managers, bij de zorgprofessionals en bij de patiënten. De interventie 'Blauwe Zorg in de Wijk' richt zich in het bijzonder op het in gang zetten van deze gedragsverandering op alle drie de niveaus.



Meer informatie over de proeftuin Blauwe Zorg en de interventies in deze proeftuin kunt u vinden op de website: www.blauwezorg.nl

MijnZorg

De proeftuin MijnZorg is gelegen in de regio Oostelijk Zuid-Limburg (Oostelijke Mijnstreek). De regio telt 277.000 inwoners en omvat de volgende gemeenten: Brunssum, Gulpen-Wittem, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Nuth, Onderbanken (alleen Schinveld), Simpelveld, Vaals, Valkenburg (alleen Schin op Geul) en Voerendaal. Bij de introductie van de proeftuin kenmerkte de regio zich door een relatief ongezonde populatie, waar vergrijzing samengaat met aanzienlijke krimp van de bevolking, waardoor leefbaarheid, sociale cohesie en arbeidsmarkt onder druk staan (7).

MijnZorg is gestart als een gezamenlijk initiatief van de zorgverzekeraar CZ, de zorggroep Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg (HOZL), het ziekenhuis Atrium Medisch Centrum (MC) (in 2015 gefuseerd met Orbis MC en sindsdien Zuyderland MC genaamd) en de patiëntenorganisatie Burgerkracht Limburg (voorheen Huis voor de Zorg). De partners binnen MijnZorg richten zich gezamenlijk op het verbeteren van de gezondheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg in de regio. Insteek is de juiste zorg op de juiste plek te geven en preventie en zelfzorg te versterken, met behoud of vergroting van patiënttevredenheid. De ambitie van MijnZorg is om een toekomstbestendige, integrale populatiegebonden aanpak te ontwikkelen.

Hoofdstuk 1 - Introductie

De stip aan de horizon is om te komen tot een volledig integrale populatiegebonden aanpak waarin ook care en welzijn zijn ondergebracht om zo de prestaties voor de gehele populatie te verbeteren. Voorbeelden van projecten binnen de proeftuin MijnZorg zijn: de anderhalvelijnscentra PlusPunt MC in Heerlen én PlusPunt Ouderenzorg in Kerkrade, het project Pluspraktijken, het project zelfmanagement bij diabetespatiënten, de inzet van leefstijlcoaching om chronische ziekten te voorkomen dan wel te stabiliseren, het farmacieproject MIJN.streek formularium gericht op het doelmatig voorschrijven van medicijnen en de zorgpaden voor atriumfibrilleren en hartfalen.



Meer informatie over de proeftuin MijnZorg en de interventies in deze proeftuin kunt u vinden op de website: www.mijnzorg-ozl.nl


Anders Beter

De proeftuin Anders Beter heeft geen officiële proeftuinstatus (niet aangewezen door de minister van VWS als proeftuin), maar is door CZ als proeftuin toegevoegd. Anders Beter is gelegen in de regio Westelijk Zuid-Limburg (Westelijke Mijnstreek). Deze regio telt ongeveer 180.000 inwoners en omvat in het kader van Anders Beter de volgende gemeenten: Beek, Echt-Susteren, Meerssen (alleen Geulle), Onderbanken (met uitzondering van Schinveld), Schinnen, Sittard-Geleen en Stein. De regio kenmerkte zich ten tijde van de toekenning van de proeftuinstatus door dalende inwonersaantallen en sterke vergrijzing. Daarnaast bleek de ervaren gezondheid er minder goed dan gemiddeld in Nederland (7).

Initiatiefnemers van de proeftuin Anders Beter zijn de zorgverzekeraar CZ, het ziekenhuis Orbis MC (in 2015 gefuseerd met Atrium MC en sindsdien Zuyderland MC genaamd), de zorggroep Meditta, Medisch Coördinatie Centrum Omnes (MCC Omnes), Samenwerkende Apotheken Maasland en de patiëntenorganisatie Burgerkracht Limburg (voorheen Huis voor de Zorg). Deze

partijen willen door slimmer organiseren de stap zetten op weg naar toekomstbestendige zorg in de regio. De proeftuin richt zich op het doelmatiger inrichten van de zorgketen en het zinnig en zuinig inzetten van diagnostiek. Dit draagt bij aan de doelstelling om de organisatie en de samenhang van de medische zorg te verbeteren.

Binnen de proeftuin Anders Beter bestaan verschillende initiatieven om bij te dragen aan deze ambitie. Voorbeelden hiervan zijn het project 'Gewenste zorg in de laatste levensfase' dat zich richt op het implementeren van een transmuraal, proactief zorgpad palliatieve zorg, het project 'MIJN.streek formularium' dat zich richt op doelmatig voorschrijven, de implementatie van het zorgpad 'Beter bewegen bij artrose' opgezet om o.a. zinnige en zuinige diagnostiek te bevorderen en het 'Anders Beter Centrum' waarbij anderhalvelijnszorg een belangrijk speerpunt is.



Meer informatie over de proeftuin Anders Beter en de interventies in deze proeftuin kunt u vinden op de website: www.andersbeterwm.nl

1.3 Substitutie in drie Limburgse proeftuinen

In de afgelopen jaren heeft elke proeftuin het concept substitutie van zorg op zijn eigen wijze in de praktijk gebracht. In dit rapport is de door de AWDZ uitgevoerde evaluatie van twee vormen van substitutie beschreven, namelijk:

- Anderhalvelijnszorg
- Zorgpaden

Anderhalvelijnszorg is gericht op het voorkómen van onnodige verwijzingen vanuit de eerste lijn (huisartsenzorg) naar de tweede lijn (medisch specialistische ziekenhuiszorg) door de zorg samen slimmer te organiseren. Anderhalvelijnszorg is bedoeld voor laagrisicopatiënten met niet-acute en laagcomplexere gezondheidsklachten. De proeftuin Blauwe Zorg heeft

Hoofdstuk 1 - Introductie

anderhalvelijnszorg vormgegeven aan de hand van Stadspoli's waar specialisten patiënten zien in een eerstelijnssetting en dus buiten het ziekenhuis. In de proeftuin MijnZorg is op vergelijkbare wijze PlusPunt MC geopend.

Een andere vorm van substitutie om onnodige verwijzingen vanuit de eerste lijn naar de tweede lijn te voorkomen richt zich op de ontwikkeling van zorgpaden. Door in zorgpaden samenwerkingsafspraken tussen verschillende zorgverleners vast te leggen, wordt gestreefd kwalitatief goede en doelmatige zorg te realiseren. Een voorbeeld hiervan is het zorgpad 'Beter bewegen bij artrose' binnen de proeftuin Anders Beter. In dit zorgpad wil men onnodige verwijzingen naar de specialistische orthopedische zorg in de tweede lijn voorkomen door patiënten met artrose eerst de noodzakelijke zorg in de eerste lijn bij de huisarts en de fysiotherapeut aan te bieden.

Een derde initiatief dat in de praktijk is gebracht in de proeftuinen Blauwe Zorg en MijnZorg zijn de zorgpaden voor atriumfibrilleren en hartfalen. Voor dit initiatief is een aparte rapportage geschreven. Meer informatie over dit initiatief en het rapport kunt u opvragen bij dr. J. Boyne via j.boyne@mumc.nl.

In Tabel 1.3.1 staat een overzicht van de interventies gericht op substitutie van zorg binnen drie Limburgse proeftuinen die centraal staan in deze rapportage.

Tabel 1.3.1 Substitutie-interventies in drie Limburgse proeftuinen in deze rapportage

Proeftuinen Interventies	Blauwe Zorg	MijnZorg	Anders Beter
Anderhalvelijnszorg hoofdstuk 2	X	X	
Zorgpad hoofdstuk 3			X

1.4 Van Triple naar Quadruple Aim

De uitkomsten van de in dit rapport gepresenteerde initiatieven kunnen worden gerelateerd aan het principe van de *Triple Aim*, zoals gedefinieerd door Berwick en collega's (8). De *Triple Aim* richt zich op het gelijktijdig werken aan drie dimensies bij het implementeren en evalueren van zorginnovaties: 1. verbeteren van de gezondheid van de populatie, 2. verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg door patiënten en 3. het verlagen van de (stijgende) zorgkosten. De *Triple Aim* is later verder uitgebreid tot de *Quadruple Aim* (9). Hierbij is het verbeteren van de ervaringen van zorgverleners als vierde dimensie toegevoegd. Het uitgangspunt van de door de AWDZ uitgevoerde evaluatie is om de effecten van de verschillende initiatieven zoveel als mogelijk te meten op alle vier de dimensies van de *Quadruple Aim* (9). In de betreffende hoofdstukken is telkens toegelicht hoe elke dimensie is gemeten.



Figuur 1.4.1 Dimensies van de Quadruple Aim

1.5 Leeswijzer

In dit introducerende hoofdstuk is aandacht besteed aan de achtergrond, de kenmerken van de drie proeftuinen Blauwe Zorg, MijnZorg en Anders Beter, de substitutie-initiatieven die in dit rapport centraal staan alsmede de domeinen waarop de evaluatie plaatsvindt. In hoofdstuk 2 staat de evaluatie van de eerste vorm van substitutie centraal, namelijk anderhalvelijnszorg binnen de proeftuinen Blauwe Zorg en MijnZorg. Het zorgpad gericht op artrose als vorm van substitutie binnen de proeftuin Anders Beter krijgt aandacht in hoofdstuk 3.

2. Anderhalvelijnszorg

2.1 Doel en ontwikkeling van anderhalvelijnszorg

Anderhalvelijnszorg is een vorm van substitutie waarbij een brug geslagen wordt tussen de eerste en tweede lijn. Het doel van anderhalvelijnszorg is het aanbieden van laagdrempelige zorg dicht bij huis, het voorkomen van onnodige verwijzingen naar de tweede lijn en het stimuleren van kennisoverdracht tussen specialisten en huisartsen. Anderhalvelijnszorg kan op verschillende wijzen in praktijk worden gebracht. Dit rapport richt zich op de inzet van specialisten en gespecialiseerde huisartsen dan wel kaderhuisartsen in de eerstelijnssetting van een anderhalvelijnscentrum buiten de ‘muren’ van het ziekenhuis. Huisartsen verwijzen laagrisicopatiënten met niet-acute en laagcomplexere klachten door naar het anderhalvelijnscentrum, waar specialisten op basis van één of twee consulten een behandeladvies geven aan de huisarts. De patiënt blijft onder regie van de huisarts en de specialisten worden als inhoudelijk deskundigen ‘ingehuurd’ (10).

Binnen de proeftuinen Blauwe Zorg en MijnZorg is men al enkele jaren bezig met het implementeren van deze vorm van anderhalvelijnszorg. Meer informatie hierover leest u hieronder.

Blauwe Zorg: de Stadspoli's

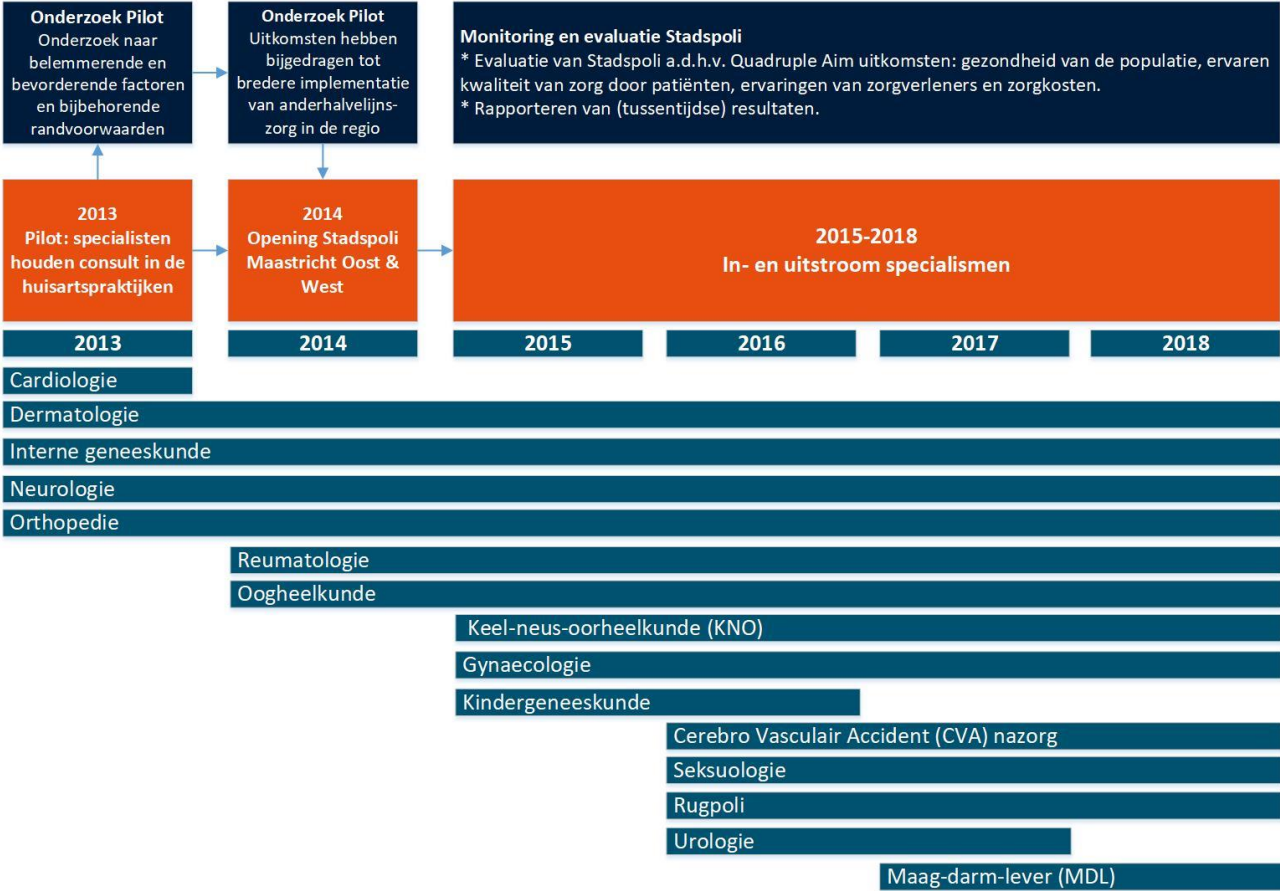
Binnen de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht-Heuvelland zijn in 2014 twee Stadspoli's geopend waar specialisten uit het Maastricht UMC+ patiënten zien in een eerstelijnssetting. Het idee van deze Stadspoli's komt voort uit de pilotfase waarin specialisten consult hielden in de huisartsenpraktijk. De ontwikkeling naar de Stadspoli's zoals we deze nu kennen staat hieronder beschreven en is weergegeven in figuur 2.1.1.



Op initiatief van het samenwerkingsverband Blauwe Zorg is in april 2013 een pilot gestart waarin vijf medisch specialisten uit het Maastricht UMC+ consulten hielden in zes huisartspraktijken. Huisartsen uit zes andere praktijken (doorverwijspraktijken), waar geen specialist consulten hield, konden eveneens patiënten verwijzen naar de specialist. De specialist onderzocht de patiënt en gaf advies aan de huisarts voor verdere behandeling in de eerste lijn of voor verwijzing naar de tweede lijn. Deze pilot is door Maastricht University geëvalueerd in het kader van het promotieonderzoek van Sofie van Hoof en leverde belangrijke informatie op voor een bredere implementatie van anderhalvelijnszorg in de regio (11, 12). De resultaten wezen uit dat het model van anderhalvelijnszorg waarin specialisten in de huisartsenpraktijk consulten houden niet goed werkt. Dit komt onder andere omdat de aanwezigheid van de specialist in de huisartspraktijk gemakkelijk tot een té warme relatie tussen de eerste en tweede lijn leidt, het lastig is om spreekuren efficiënt in te vullen, en huisartsen van de doorverwijspraktijken angst hebben om hun patiënten te verliezen bij doorverwijzing naar een specialist in een praktijk van een collega-huisarts. Om deze redenen werd de implementatie en vorm van anderhalvelijnszorg binnen de proeftuin Blauwe Zorg aangepast en werden in 2014 de twee Stadspoli's (Stadspoli West en Stadspoli Oost) geopend.

De Stadspoli is een aparte locatie, buiten de muren van het ziekenhuis, waar specialisten van het Maastricht UMC+ consulten verrichten. Sinds 2014 is de bekostiging van een consult op de Stadspoli geregeld via eerstelijnsfinanciering: het consult op de Stadspoli gaat niet af van het eigen risico van de patiënt. Noodzakelijke aanvullende diagnostiek in de eerste of tweede lijn, betaalt de patiënt eventueel wel zelf (indien het eigen risico nog niet volledig benut is). Voor elk specialisme op de Stadspoli geldt hetzelfde tarief. Dit tarief is berekend op basis van vooraf geïdentificeerde zorgproducten en is vervolgens gewogen naar het te verwachten volume per specialisme op de Stadspoli. Daarnaast hebben VGZ, het Maastricht UMC+ en de Stadspoli afgesproken dat er een verrekening van kosten plaatsvindt waarbij de kosten gemaakt op de Stadspoli in mindering worden gebracht op het budget in de tweede lijn.

Sinds de opening van de Stadspoli zijn er specialisten bijgekomen en specialisten gestopt (zie figuur 2.1.1). Meer informatie over de Stadspoli in de proeftuin Blauwe Zorg kunt u vinden op de website: www.stadspoli.nl.



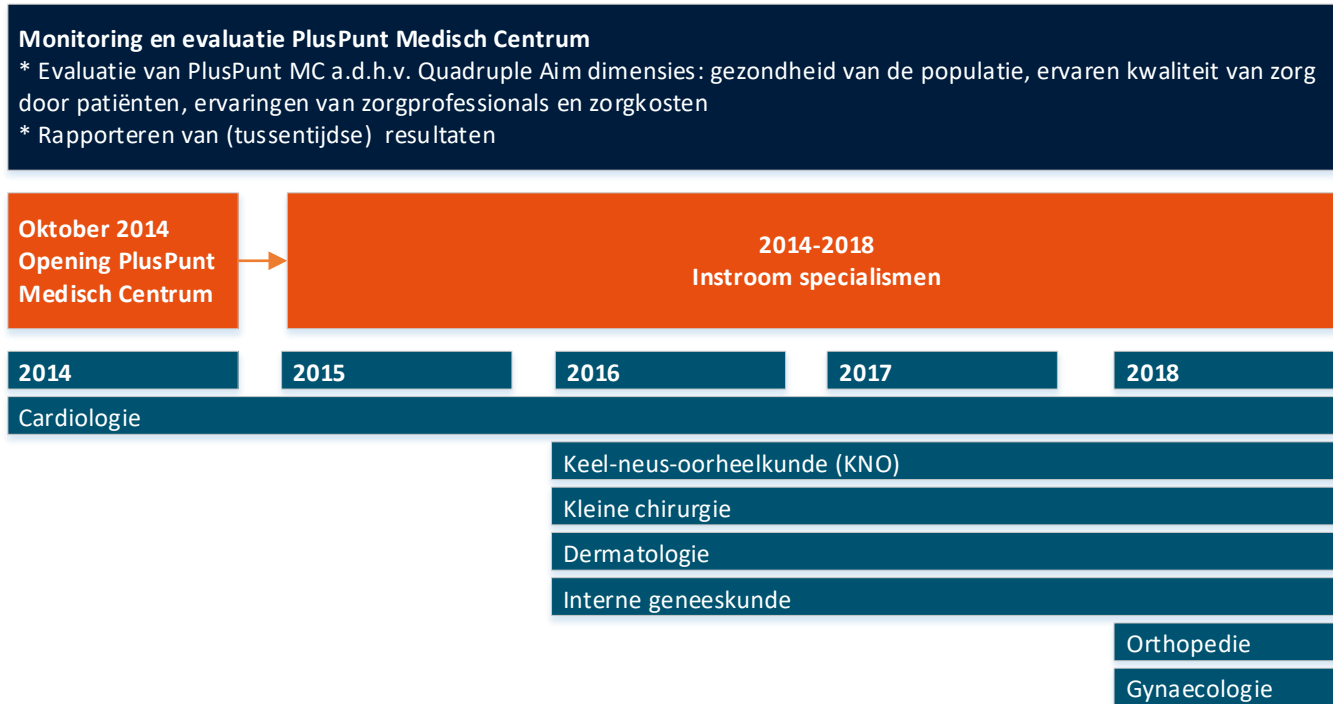
Figuur 2.1.1 Flowchart ontwikkelingen anderhalvelijnszorg (Stadspoli) in de proeftuin Blauwe Zorg

MijnZorg: PlusPunt Medisch Centrum

In de proeftuin MijnZorg, regio Oostelijk Zuid-Limburg, is in oktober 2014 het anderhalvelijnscentrum PlusPunt MC geopend. In de regio wordt dit ook wel een eerstelijnspluscentrum genoemd. PlusPunt MC is gestart met het specialisme cardiologie maar sindsdien zijn er meer specialisten aan toegevoegd (zie figuur 2.1.2). Laagrisicopatiënten met niet-acute en laagcomplex klachten worden doorverwezen naar PlusPunt MC voor een consult en eventuele diagnostiek (bijvoorbeeld een echo). Het consult en de eventuele ingreep bij PlusPunt MC worden vergoed door de zorgverzekeraar en zijn vrijgesteld van het eigen risico. Voor de diagnostiek dient de patiënt wel (een deel) zelf te betalen vanuit het eigen risico (indien dit nog niet volledig benut is) en eventuele materiaalkosten bij gynaecologie (zoals een spiraal, implanon of pessarium) betaalt de patiënt ook zelf. De bekostiging van PlusPunt MC is geregeld via speciaal aangemaakte 'Anderhalvelijnszorgproducten' die verschillen per specialisme. Per specialisme is het tarief gebaseerd op een gewogen gemiddelde op basis van vooraf geïdentificeerde zorgproducten en het te verwachten volume. Tevens zijn er meerdere 'Anderhalvelijnszorgproducten' binnen elk specialisme. Daarnaast hebben CZ, Zuyderland MC en PlusPunt MC afgesproken dat er een verrekening van kosten plaatsvindt als een patiënt ná een consult bij PlusPunt MC wordt doorverwezen naar het ziekenhuis. De kosten gemaakt bij PlusPunt MC worden in mindering gebracht in de tweede lijn.

Voor meer informatie over PlusPunt MC in de proeftuin MijnZorg, zie: www.pluspuntmedischcentrum.nl.





Figuur 2.1.2 Flowchart ontwikkelingen anderhalvelijnszorg (PlusPunt MC) in de proeftuin MijnZorg

2.2 Onderzoeksvragen

Het onderzoeksdesign voor de evaluatie van anderhalvelijnszorg is in beide proeftuinen, Blauwe Zorg en MijnZorg, een longitudinale observationele studie. Patiënten die een consult hebben gehad bij een specialist in de anderhalve lijn (de Stadspoli of PlusPunt MC) vormen de interventiegroep. De controlegroep bestaat uit patiënten die direct zijn verwezen naar de tweede lijn. De patiënten zijn niet 'at random' toegewezen aan de interventie- of controlegroep. De huisarts heeft in samenspraak met de patiënt bepaald waar de patiënt naar toe verwezen werd en op basis daarvan is de interventie- en controlegroep bepaald. De onderzoekers hebben hier geen invloed op gehad. Achteraf is er gecorrigeerd voor verschillen op een reeks van kenmerken om de groepen zoveel als mogelijk vergelijkbaar te maken.

Centraal bij de evaluatie van anderhalvelijnszorg staat het in kaart brengen van de effecten van anderhalvelijnszorg op de dimensies van de *Quadruple Aim* (zie hoofdstuk 1.4). Op basis hiervan zijn de volgende vier onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wat is het effect van anderhalvelijnszorg op de (ervaren) gezondheid van de patiënten?
2. Wat is het effect van anderhalvelijnszorg op de kwaliteit van zorg zoals ervaren door patiënten?
3. Hoe wordt anderhalvelijnszorg ervaren door de betrokken huisartsen en specialisten?
4. Wat is het effect van anderhalvelijnszorg op de zorgkosten?

2.3 Onderzoeksmethoden en uitkomstmaten

De onderzoeksopzet en methoden van dataverzameling alsmede de gekozen uitkomstmaten per dimensie van de *Quadruple Aim* staan hieronder beschreven.

Methoden van dataverzameling

Vragenlijstonderzoeken

In zowel Blauwe Zorg als MijnZorg is een vragenlijstonderzoek uitgevoerd binnen de interventie- en controlegroep om het effect van anderhalvelijnszorg op de gezondheid van de patiënten en de ervaren kwaliteit van zorg in kaart te brengen. Deelnemende patiënten ontvingen op drie verschillende meetmomenten een vragenlijst (zie figuur 2.3.1 en tabel 2.3.1): vóór het consult met de specialist (T0), direct ná het eerste consult met de specialist (T1) en drie maanden na het eerste consult met de specialist (T2).

Daarnaast is onder zorgprofessionals een vragenlijstonderzoek uitgevoerd om de ervaringen en tevredenheid van zorgprofessionals met anderhalvelijnszorg in kaart te brengen (zie tabel 2.3.1). Dit onderzoek bestond uit een eenmalige vragenlijst onder huisartsen en specialisten die betrokken zijn bij anderhalvelijnszorg.

Overige databronnen

Voor het meten van de overige uitkomstmaten zoals volumes, verwijfsbeslissingen en kosten per patiënt zijn verschillende databronnen gebruikt. De uitkomstmaten met de bijbehorende databronnen staan beschreven in tabel 2.3.1.

Uitkomstmaten

Demografische kenmerken

De demografische kenmerken van patiënten (zoals leeftijd, geslacht, geboorteland en opleidingsniveau) zijn gemeten in de eerste vragenlijst (T0) (zie tabel 2.3.1). Deze gegevens zijn gebruikt om de studiepopulatie te beschrijven en, indien nodig, om in de statistische analyse voor eventuele verschillen tussen de interventie- en controlegroep te corrigeren.

Gezondheid van de populatie

De effecten van anderhalvelijnszorg op de ervaren gezondheidsstatus van de populatie en de kwaliteit van leven zijn gemeten met gevalideerde en gestandaardiseerde meetinstrumenten. Binnen het onderzoek is gebruik gemaakt van twee vragenlijsten: de *EuroQol-five dimensions, five-level (EQ-5D-5L)* inclusief de *EuroQol Visual Analogue Scale (EQ-VAS)* en de *Short Form 12 Health Survey (SF-12)* versie twee (13, 14).

De EQ-5D-5L bestaat uit vijf vragen waarmee een score wordt gegeven op de volgende gezondheidsniveaus: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. Hieruit kan vervolgens een gewogen gezondheidsindex worden afgeleid waarmee de algemene gezondheidstoestand kan worden bepaald (volgens het Nederlandse EQ-5D-tarief) (13). Bij de EQ-VAS, ook wel de gezondheidsthermometer genoemd, moet een individu aangeven hoe hij zijn gezondheidstoestand op een schaal van 0 tot 100 ervaart (waarbij 0 staat voor de slechtst voorstelbare gezondheidstoestand en 100 voor de best voorstelbare gezondheidstoestand). De EQ-5D-5L en de EQ-VAS zijn meegenomen in het vragenlijstonderzoek op alle drie de meetmomenten (T0, T1 en T2) (zie figuur 2.3.1 en tabel 2.3.1).

De SF-12 is een verkorte variant van de grotere SF-36. Zeven vragen in de vragenlijst verwijzen naar de functionele status, waaronder lichamelijk en sociaal functioneren en lichamelijke en emotionele rolbeperkingen. Vier vragen verwijzen naar het welbevinden, waaronder mentale gezondheid (twee vragen), vitaliteit en pijn. Eén vraag betreft de algemene evaluatie van de eigen gezondheid. Twee subschalen zijn af te leiden uit de SF-12: de '*Physical Component Summary*' (PCS) en de '*Mental Component Summary*' (MCS) (14). De SF-12 is meegenomen in het vragenlijstonderzoek op het eerste en laatste meetmoment (T0 en T2) (zie figuur 2.3.1 en tabel 2.3.1).

Ervaren kwaliteit van zorg door patiënten

De ervaren kwaliteit van zorg is gemeten met items uit de *Consumer Quality Index (CQ-index)*. De CQ-index is een gevalideerde en gestandaardiseerde methode voor het meten van ervaringen van patiënten met de

Hoofdstuk 2 - Anderhalvelijnszorg

gezondheidszorg. CQ-index-resultaten kunnen worden gebruikt voor het evalueren en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Voor de evaluatie van anderhalvelijnszorg is gebruik gemaakt van een combinatie van items uit de CQ-index huisartsenzorg en items afgeleid van de CQ-index poliklinische ziekenhuiszorg. Het Nivel is het kennis- en expertisecentrum voor de ontwikkeling van de CQ-index en meer informatie over deze vragenlijsten kunt u vinden op de website: www.nivel.nl/nl/cq-index.

De CQ-index is onderdeel van het vragenlijstonderzoek bij patiënten en is direct na het consult (T1) afgenomen (zie figuur 2.3.1 en tabel 2.3.1).

Daarnaast is ook tijdigheid meegenomen als indicator van kwalitatief goede zorg (15). In dit onderzoek is tijdigheid gemeten aan de hand van de wachttijd (in dagen) tussen de verwijzing van de patiënt door de huisarts en de dag van het eerste consult bij de specialist in de anderhalve- of tweede lijn. In de regio Blauwe Zorg is tijdigheid gemeten met gegevens van de Stadspoli en het ziekenhuis en daarnaast is er een vraag opgenomen in het vragenlijstonderzoek. In de regio MijnZorg is tijdigheid gemeten met twee vragen in het vragenlijstonderzoek.

Ervaring zorgprofessionals

De vragenlijst, gericht op de ervaringen en tevredenheid van zorgprofessionals met anderhalvelijnszorg, is afgenomen bij 1. specialisten (waaronder ook gespecialiseerde huisartsen en kaderhuisartsen) werkzaam in de anderhalve lijn, en 2. huisartsen werkzaam in de regio's Maastricht-Heuvelland en OZL. Omdat niet alle vragen op beide groepen van toepassing zijn, verschillen de vragen voor specialisten en huisartsen op een aantal punten.

Zorgkosten

Het meten van de zorgkosten is op verschillende manieren uitgevoerd (zie ook tabel 2.3.1).

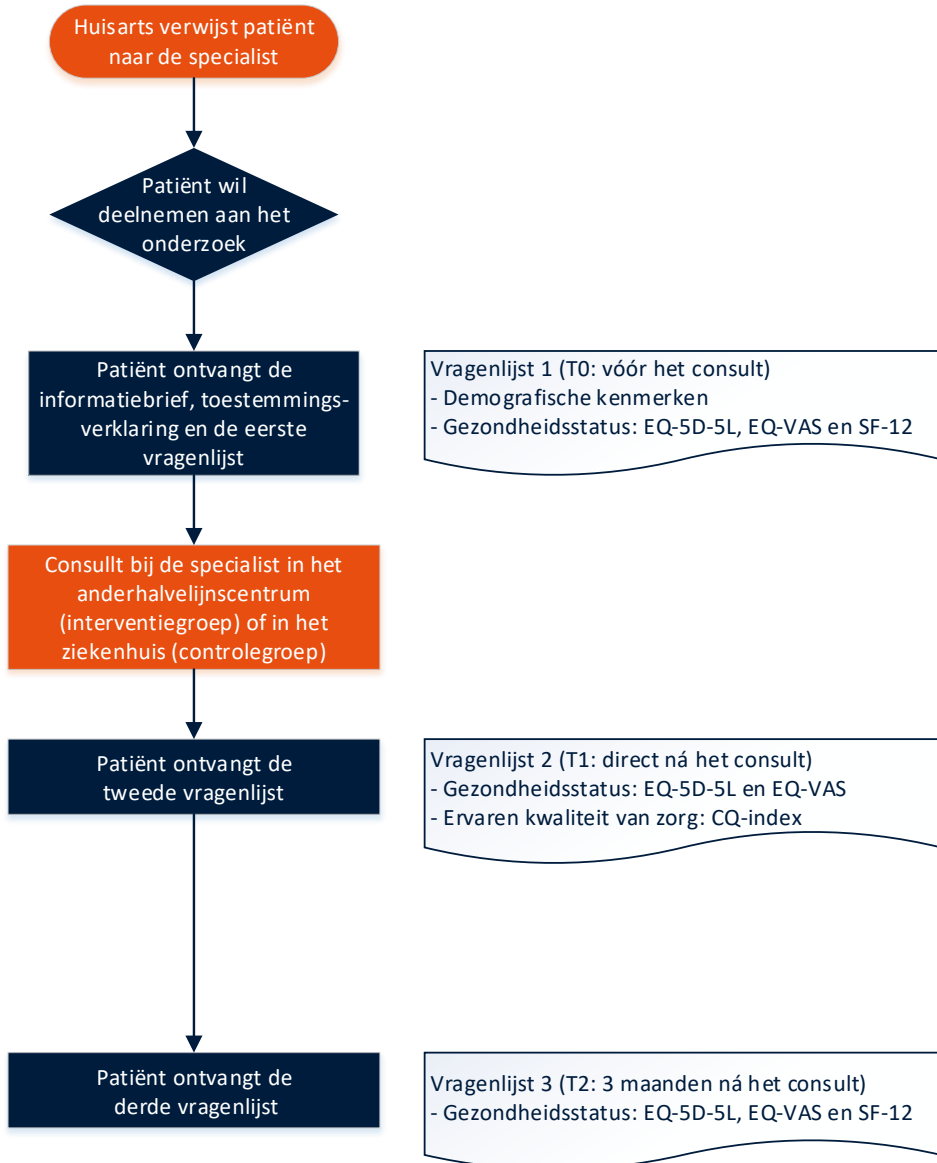
Volumes en verwijsbeslissingen: Data van de anderhalvelijnscentra zijn gebruikt om 1. het volume van het aantal patiënten en consulten alsmede om 2. de

verwijsbeslissingen na anderhalvelijnszorg in kaart te brengen als proxy voor de zorgkosten. Onder verwijsbeslissing verstaan we het advies dat de specialist geeft over het vervolgtraject na één of twee consulten in de anderhalve lijn. De specialist kan de patiënt retour sturen naar de huisarts, óf de specialist kan beslissen dat een verwijzing naar de tweede lijn toch gewenst is in verband met aanvullende diagnostiek en/of behandeling die nodig blijkt te zijn.

Initiële en vervolggkosten op patiëntniveau: Data van de anderhalvelijnscentra en de ziekenhuizen zijn gebruikt om de kosten van patiënten uit de interventie- en controlegroep te bepalen. Hierbij is gekeken naar de initiële en de vervolggkosten in de anderhalve en de tweede lijn met een follow-up van 9 of 12 maanden.

Trends op regionaal en landelijk niveau: In beide regio's zijn declaratiegegevens van de preferente zorgverzekeraars in de desbetreffende regio gebruikt om het effect van anderhalvelijnszorg op het zorggebruik in de regio te bepalen. De trendanalyses geven inzicht in het mogelijke substitutie-effect van de anderhalvelijnscentra in de regio's. Daarnaast hebben we beiden regio's vergeleken met de landelijke trend van de preferente zorgverzekeraar. In de proeftuin MijnZorg is daarnaast de OZL-regio vergeleken met de trend van een controleregio. De controleregio is een regio waarin tijdens de periode 2013 tot en met 2017 geen vergelijkbare substitutie-initiatieven zoals anderhalvelijnszorg geïmplementeerd zijn.

De studieprotocollen van beide proeftuinen zijn goedgekeurd door de medisch-ethische toetsingscommissie van het Maastricht UMC+ (METC 14-4-136 en 15-4-032).



Figuur 2.3.1 Flowchart vragenlijstonderzoek anderhalvelijnszorg: metingen gezondheid en ervaren kwaliteit van zorg door patiënten

Tabel 2.3.1 Demografische kenmerken en uitkomstmaten evaluatie anderhalvelijnszorg

Dimensie	Demografische kenmerken/ uitkomstmaten	Bron	Meetmomenten ^a			
			T0	T1	T2	2014 t/m 2018
Demografische kenmerken	O.a. leeftijd, geslacht, geboorteland en opleidingsniveau	Vragenlijst patiënten, data anderhalvelijnscentra, ziekenhuizen en verzekeraars	x			
Gezondheid van de populatie	Gezondheidsstatus, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven	Vragenlijst patiënten: EQ-5D-5L Vragenlijst patiënten: EQ-VAS Vragenlijst patiënten: SF-12	x	x	x	
Ervaren kwaliteit van zorg door patiënten	Kwaliteit van de zorg Tijdigheid: aantal dagen tussen verwijzing huisarts en eerste consult met de specialist	Vragenlijst patiënten: CQ-index ^b <i>Blauwe Zorg</i> : vragenlijst patiënten, verwijsdata en data anderhalvelijnscentrum en ziekenhuis <i>MijnZorg</i> : vragenlijst patiënten		x		x
Ervaring zorgprofessionals	Ervaringen en tevredenheid van zorgprofessionals met 1,5 ^e lijn	Vragenlijst zorgprofessionals (huisartsen en specialisten)				x
Zorgkosten	Volume in de 1,5 ^e lijn: aantal patiënten en consulten	Data anderhalvelijnscentra, ziekenhuizen en verzekeraars				x
	Verwijsbeslissingen: % patiënten verwezen naar 2 ^e lijn na consult in 1,5 ^e lijn	Data anderhalvelijnscentra en ziekenhuizen				x
	Zorgkosten per patiënt in de 1,5 ^e en 2 ^e lijn	Data anderhalvelijnscentra en ziekenhuizen				x
	Trends in de regio in de 1,5 ^e en 2 ^e lijn	Data anderhalvelijnscentra ^c , ziekenhuis ^c en zorgverzekeraars ^b				x

^a T0 = vóór het eerste consult, T1 = direct na eerste consult, T2 = 3 maanden na eerste consult, 2014-2018 = overige dataverzameling gedurende het onderzoek naar anderhalvelijnszorg

^b Voor zowel *Blauwe Zorg* als *MijnZorg*

^c Voor *Blauwe Zorg*

2.4 Bevindingen anderhalvelijnszorg in de proeftuin Blauwe Zorg

Vragenlijstonderzoek bij patiënten

Patiënten zijn door Huisartsenverwijsbureau TIPP (Transmuraal Interactief Patiënten Platform) benaderd voor en geïnformeerd over deelname aan het vragenlijstonderzoek. Indien patiënten geïnteresseerd waren, werd er een informatiebrief, een toestemmingsverklaring en de eerste vragenlijst (T0) naar de patiënten verstuurd. In totaal zijn er op T0 vragenlijsten verstuurd naar 5.535 patiënten, waarvan 3.890 aan patiënten uit de interventiegroep en 1.645 aan patiënten uit de controlegroep. Uiteindelijk hebben 2.108 (54,2%) patiënten uit de interventiegroep de toestemmingsverklaring en de eerste vragenlijst ingevuld en 778 (47,3%) patiënten uit de controlegroep. Tabel 2.4.1 laat zien dat van deze patiënten ruim 70% de vragenlijsten heeft ingevuld op alle drie de meetmomenten (T0, T1 en T2). Tabel 2.4.1 geeft tevens weer naar welke specialismen de patiënten zijn verwezen. In verhouding is het percentage dermatologie, orthopedie, oogheelkunde, reumatologie en KNO patiënten hoger in de interventiegroep dan in de controlegroep. Voor het specialisme interne geneeskunde, neurologie, gynaecologie en urologie zit er in verhouding juist een lager percentage patiënten in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep.



stadspoli

Demografische kenmerken

Tabel 2.4.2 toont dat patiënten uit de interventiegroep significant jonger zijn vergeleken met patiënten uit de controlegroep. De verdeling in geslacht, geboorteland en opleidingsniveau is niet significant verschillend tussen de twee groepen.

Tabel 2.4.1 Respons en uitval per vragenlijst binnen de interventie- en controlegroep en verdeling van de studiepopulatie over de specialismen

	Interventiegroep	Controlegroep
Respons per vragenlijst^a n (%)		
Vragenlijst 1 (T0)	2.108 (54,2%)	778 (47,3%)
Vragenlijst 2 (T1)	1.774 (45,6%)	640 (38,9%)
Vragenlijst 3 (T2)	1.535 (39,5%)	556 (33,8%)
Uitval per vragenlijst^b n (%)		
Vragenlijst 2 (T1)	334 (15,8%)	138 (17,7%)
Vragenlijst 3 (T2)	573 (27,2%)	222 (28,5%)
Respons T0 per specialisme % (n)		
Dermatologie	31,4% (662)	16,3% (127)
Interne geneeskunde (incl. MDL)	2,8% (58)	9,1% (71)
Neurologie	7,4% (157)	12,3% (96)
Orthopedie	19,0% (400)	24,2% (188)
Oogheelkunde	8,4% (178)	8,0% (62)
Reumatologie	6,7% (142)	3,9% (30)
KNO	17,0% (359)	13,2% (103)
Gynaecologie	6,0% (126)	7,1% (55)
Urologie	1,2% (26)	5,9% (46)

^a Respons per vragenlijst is berekend a.d.h.v. het totaal aantal initieel geïnteresseerde patiënten dat door TIPP is doorgestuurd.

^b Uitval per vragenlijst is berekend a.d.h.v. het totaal aantal patiënten dat geïncludeerd is op basis van T0 en die T1 en/of T2 niet meer hebben ingevuld.

Tabel 2.4.2 Demografische kenmerken van de patiënten uit de interventie- en controlegroep binnen het vragenlijstonderzoek op T0

	Interventiegroep (n = 2.108)	Controlegroep (n = 778)	p-waarde
Leeftijd gemiddelde (sd)	54,1 (16,3)	56,0 (15,8)	0,006 *
Geslacht % (n)			
Man	38,8% (817)	40,5% (315)	
Vrouw	61,2% (1.291)	59,5% (463)	0,398
Geboorteland % (n)			
Nederland	95,9% (2.022)	95,1% (740)	
Anders	3,7% (77)	4,2% (33)	
Onbekend	0,4% (9)	0,6% (5)	0,577
Opleidingsniveau^a % (n)			
Laag	18,6% (393)	21,9% (171)	
Middel	47,2% (995)	45,4% (353)	
Hoog	33,6 % (708)	31,9% (248)	
Onbekend	0,6% (12)	0,8% (6)	0,211

Statistisch getest met chikwadraattoetsen en T-toetsen.

* De groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

^a Ingedeeld a.d.h.v. de Standaard Onderwijsindeling (SOI) van het CBS (16).

Gezondheid van de populatie



Belangrijkste bevindingen m.b.t. de gezondheid van de populatie:

Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat anderhalvelijnszorg en reguliere ziekenhuiszorg leiden tot dezelfde uitkomsten op het gebied van ervaren gezondheid.

Zie figuur 2.4.1 voor de gemiddelde scores van de interventie- en controlegroep op de EQ-5D-5L (A) en EQ-VAS (B), de fysieke component van de SF-12 (C) en de mentale component van de SF-12 (D). Multilevel-analyses, die rekening houden met de afhankelijkheid van de scores van patiënten binnen de meetmomenten, zijn gebruikt om de scores statistisch te toetsen. Onafhankelijke variabelen waren tijd, groep (interventie- of controlegroep) en de interactie tussen tijd en groep. Tevens zijn de variabelen leeftijd en geslacht als onafhankelijke variabelen meegenomen om te corrigeren voor potentiële verschillen tussen de groepen (17). P-waarden $< 0,05$ zijn als significant beschouwd.

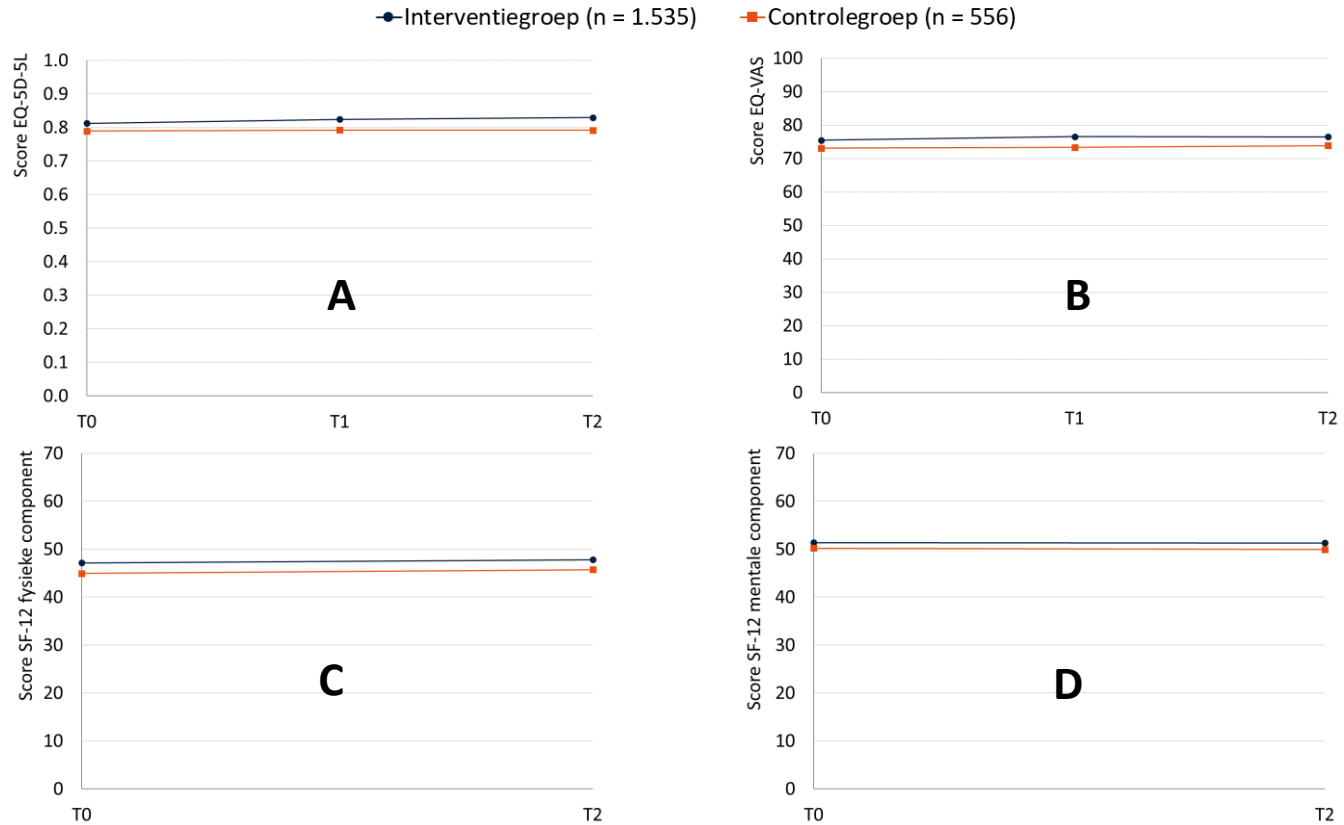
Op alle vier de uitkomstmaten (EQ-5D-5L, EQ-VAS en de fysieke en mentale component van de SF-12) scoort de interventiegroep significant hoger op het eerste meetmoment (T0). Dit wil zeggen dat de interventiegroep over het algemeen een gezondere populatie betreft dan de controlegroep. Overigens

dient hierbij vermeld te worden dat ook al is er sprake van een significant verschil de “klinische” relevantie gering is. De uitkomsten liggen dicht bij elkaar. Zowel bij de interventie- als de controlegroep verbeteren de scores op de EQ-5D-5L en de fysieke component van de SF-12 (A en C) over de tijd. De scores met betrekking tot de EQ-VAS en de mentale component van de SF-12 (B en D) veranderen niet over de tijd. Voor geen van de uitkomstmaten is een significante interactie tussen tijd en groep gevonden; een eventuele toename in de tijd is hetzelfde voor de interventie- als de controlegroep.

Kanttekeningen:

- Er is gekozen om in dit onderzoek de gezondheid van de populatie te meten met generieke meetinstrumenten om vergelijkingen tussen de verschillende deelnemende specialismen, vormen van anderhalvelijnszorg en proeftuinen mogelijk te maken en eveneens een vergelijking met het landelijk onderzoek van het RIVM. Een nadeel van generieke meetinstrumenten is dat deze minder gevoelig zijn voor kleine veranderingen en effecten (over de tijd).
- Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van vragenlijsten ingevuld door patiënten. Er is geen gebruik gemaakt van specifiek op de klacht c.q. aandoening gerichte klinische uitkomstmaten om de gezondheid van de studiebevolking (over de tijd) te meten.
- De studiebevolking bestaat uit laagrisicopatiënten met niet-acute en laagcomplexere zorgvragen met op baseline al hoge scores op de ervaren gezondheid. Dit verklaart mogelijk waarom er weinig effecten op de ervaren gezondheidsstatus zijn gevonden.

Hoofdstuk 2 - Anderhalvelijnszorg



Figuur 2.4.1 Gezondheid van de studiepopulatie – gemiddelde scores van de interventie- en de controlegroep op de EQ-5D-5L (A), de EQ-VAS (B), de fysieke (C) en mentale (D) component van de SF-12 van patiënten die alle drie de vragenlijsten (T0, T1, T2) hebben ingevuld

Ervaren kwaliteit van zorg door patiënten



Belangrijkste bevindingen m.b.t. ervaren kwaliteit van zorg door patiënten:

- De patiënten in beide groepen zijn (zeer) positief over de kwaliteit van zorg geleverd op de Stadspoli en in het ziekenhuis.
- Over het algemeen is er geen verschil in patiënttevredenheid tussen de Stadspoli en het ziekenhuis. Wel scoort de Stadspoli significant hoger op 2 van de 4 items over de samenwerking tussen zorgprofessionals.
- De wachttijd voor een consult op de Stadspoli is significant korter dan de wachttijd voor een consult in het ziekenhuis. Echter, de Stadspoli scoort significant lager (d.w.z. slechter) als het gaat om de tevredenheid van patiënten over de wachttijd. Waarschijnlijk spelen verwachtingen hierbij een rol.

De vragen met betrekking tot de ervaren kwaliteit van zorg zijn op T1 ingevuld door 1.774 patiënten uit de interventiegroep en 640 patiënten uit de controlegroep. De uitkomsten op het vragenlijstonderzoek zijn statistisch getoetst met chikwadraattoetsen en T-toetsen. P-waarden $< 0,05$ zijn als significant beschouwd. In de analyse zijn de antwoordcategorieën 'ja helemaal'

en 'grotendeels' samengevoegd net als de antwoordcategorieën 'een beetje' en 'nee helemaal niet'. In de figuren is dit aangegeven met een stippellijn.

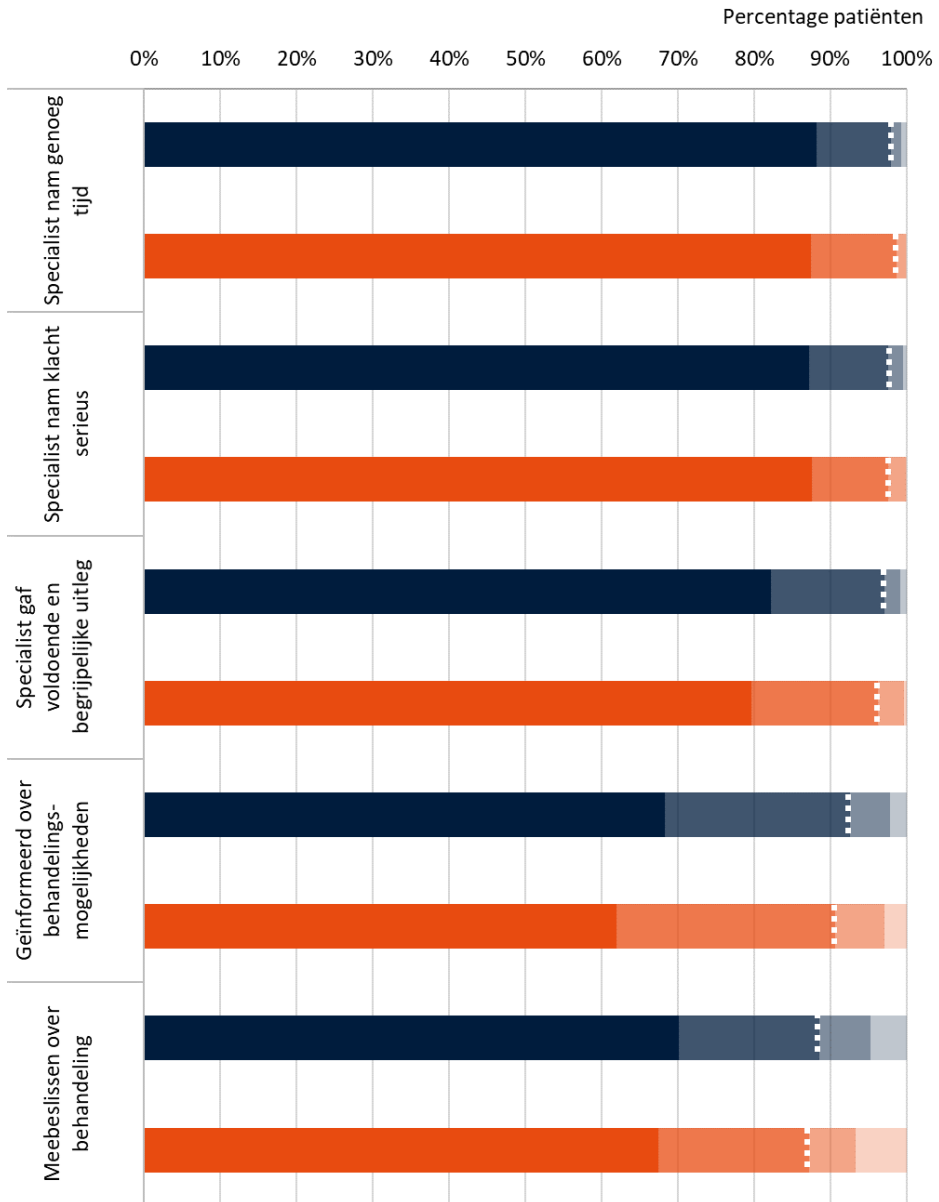
Figuur 2.4.2 laat de resultaten zien van een selectie van vijf items uit de CQ-index die betrekking hebben op de tevredenheid van de patiënten met het specialistisch consult in de anderhalve of tweede lijn. Er zijn geen significante verschillen gevonden op deze items tussen de interventie- en controlegroep. Patiënten zijn even positief over de kwaliteit van de geleverde zorg op de Stadspoli (interventiegroep) als over de kwaliteit van de reguliere zorg in het ziekenhuis (controlegroep).

Figuur 2.4.3 geeft de resultaten weer van vier items die betrekking hebben op de samenwerking tussen de huisarts en de specialist. De mate waarin de specialist de huisarts heeft geïnformeerd over de afspraken die gemaakt zijn met de patiënt en de beoordeling van de samenwerking en afstemming tussen de huisarts en de specialist worden significant beter beoordeeld door patiënten uit de interventiegroep.

Figuur 2.4.4 toont de gemiddelde rapportcijfers (op een schaal van 1 tot en met 10) die patiënten geven aan de Stadspoli of het ziekenhuis en de specialist die hen geholpen heeft. De patiënten uit de interventiegroep geven de Stadspoli gemiddeld een 8,5 en de specialist ook een 8,5. Deze rapportcijfers zijn significant hoger dan de 8,3 en de 8,4 gegeven door de patiënten uit de controlegroep.

Tenslotte beschrijft figuur 2.4.5 de mate waarin patiënten de Stadspoli of het ziekenhuis en de specialist aanbevelen bij familie en vrienden. Alhoewel in de interventiegroep het percentage van patiënten dat de (Stads)poli zou aanbevelen bij familie en vrienden (95,3%) iets hoger is dan in de controlegroep (93,6%) is dit verschil niet significant. Ook verschilt het percentage patiënten dat de specialist (helemaal of grotendeels) zou aanbevelen bij familie en vrienden niet.

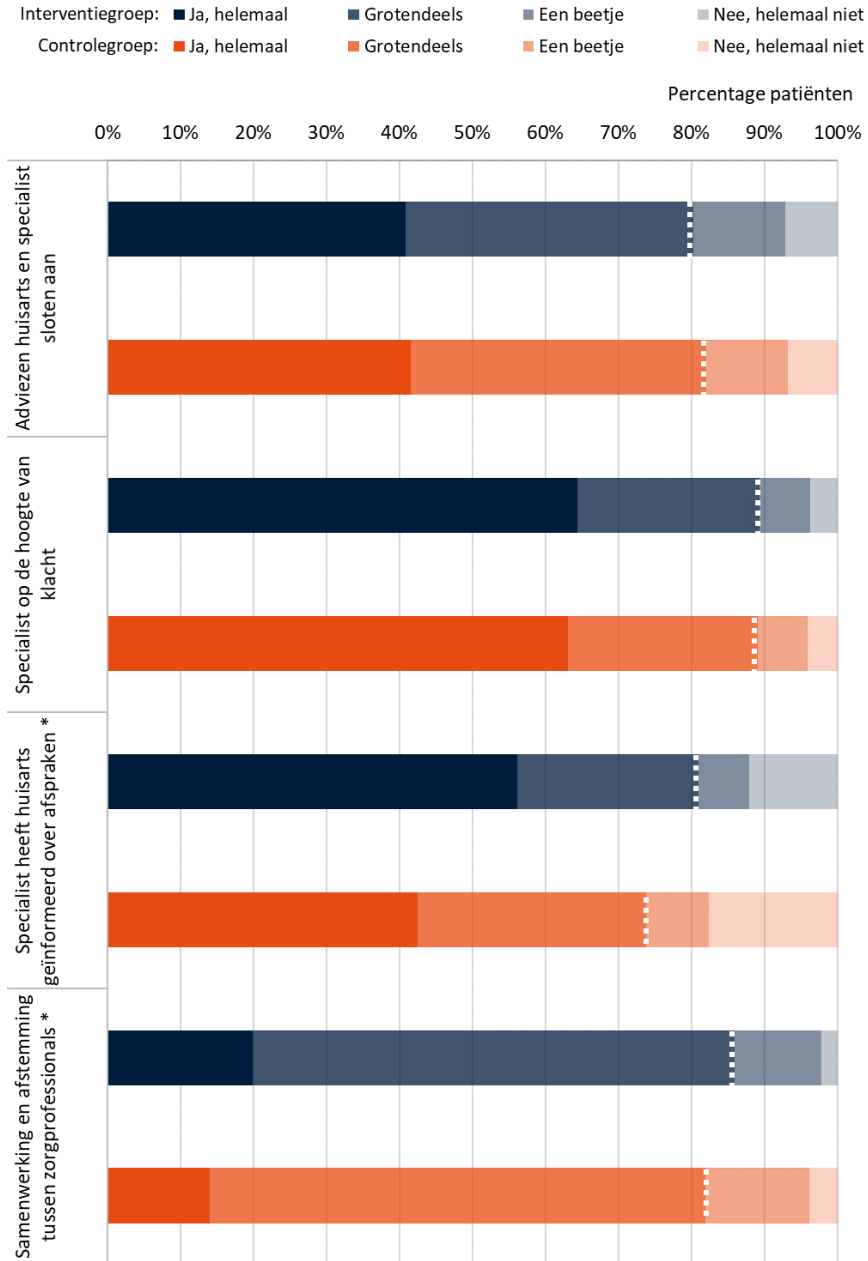
Interventiegroep: ■ Ja, helemaal ■ Grotendeels ■ Een beetje ■ Nee, helemaal niet
 Controlegroep: ■ Ja, helemaal ■ Grotendeels ■ Een beetje ■ Nee, helemaal niet



Statistisch getest met een chikwadraattoets.
 Geen significante verschillen tussen de groepen.

Figuur 2.4.2 Ervaren kwaliteit van zorg - consult met de specialist

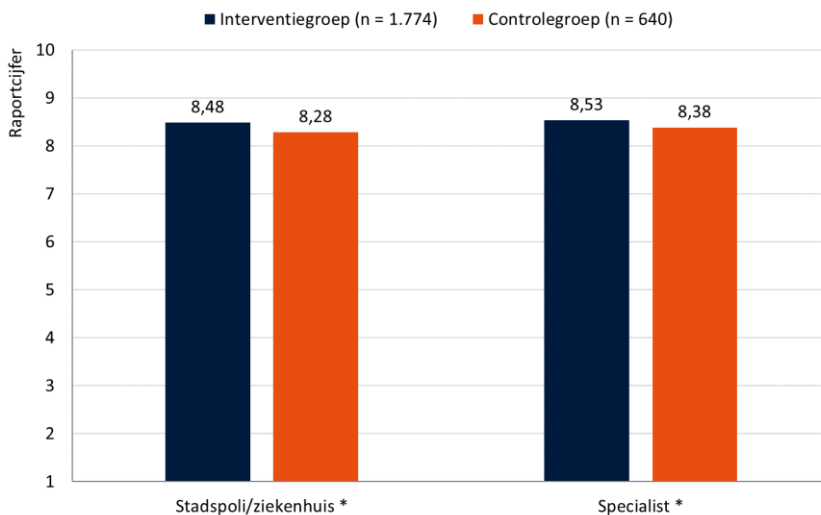
Hoofdstuk 2 - Anderhalvelijnszorg



Statistisch getest met een chikwadraattoets.

* Groepen verschillen statistisch significant met een p -waarde $<0,05$.

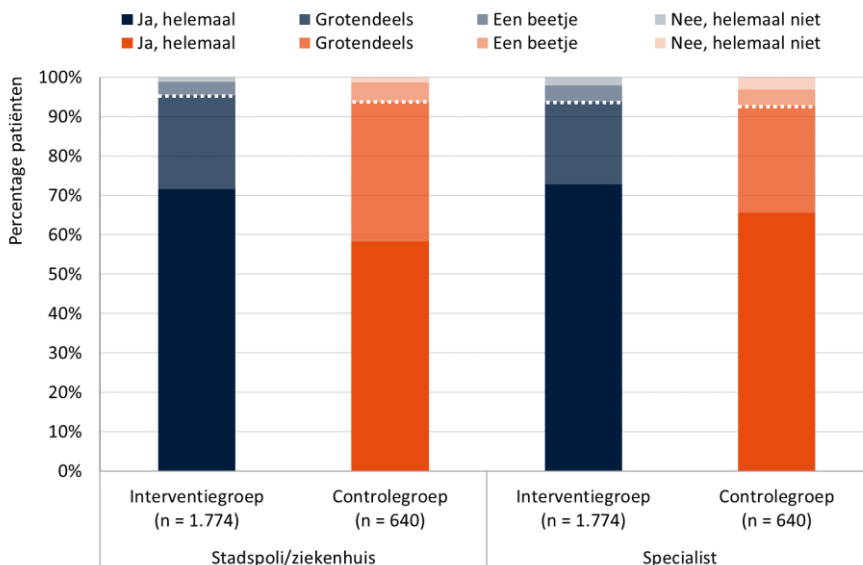
Figuur 2.4.3 Ervaren kwaliteit van zorg - samenwerking tussen zorgprofessionals



Statistisch getest met een T-toets.

* Groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

Figuur 2.4.4 Ervaren kwaliteit van zorg – rapportcijfers



Statistisch getest met een chikwadrattoets.

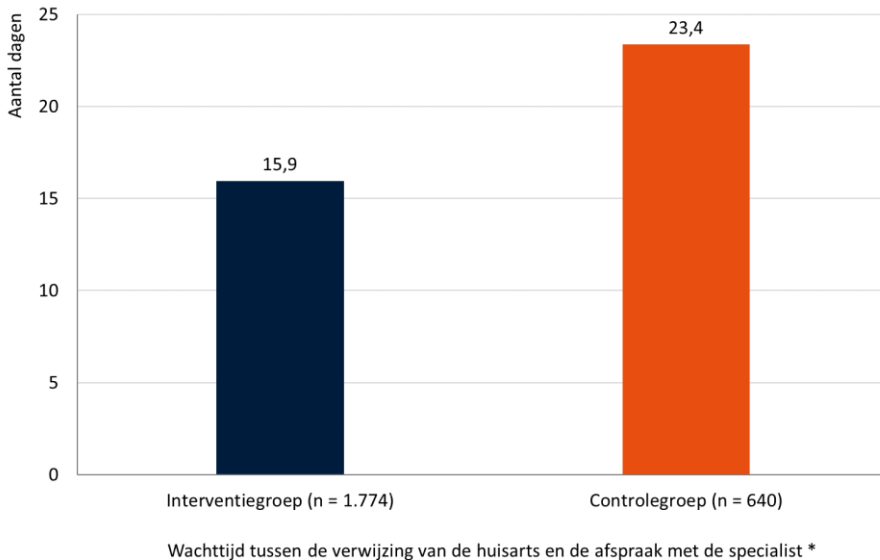
Geen significante verschillen tussen de groepen.

Figuur 2.4.5 Ervaren kwaliteit van zorg - aanbevelen Stadspoli/het ziekenhuis en de specialist bij familie en vrienden

Tijdigheid

Figuur 2.4.6 laat zien dat de gemiddelde wachttijd significant korter is voor patiënten uit de interventiegroep (15,9 dagen) in vergelijking met 23,4 dagen voor patiënten uit de controlegroep.

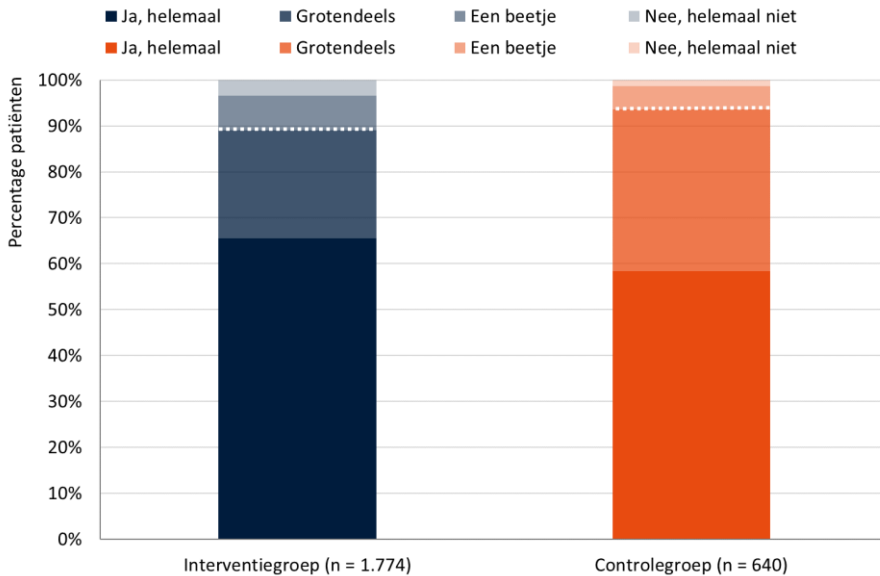
Ondanks de significant langere wachttijd voor patiënten uit de controlegroep (figuur 2.4.7) zijn patiënten uit de controlegroep significant tevredener over de wachttijd in vergelijking met patiënten uit de interventiegroep. De verwachtingen van patiënten over de tijdigheid van hun afspraak is waarschijnlijk van invloed op de tevredenheid, in plaats van het daadwerkelijke aantal dagen.



Statistisch getest met een T-toets.

* Groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

Figuur 2.4.6 Tijdigheid - wachttijd tussen de verwijzing van de huisarts en de afspraak met de specialist



Statistisch getest met een chikwadraattoets.

* Groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

Figuur 2.4.7 Tijdigheid - tevredenheid over de termijn (wachtijd) waarop patiënten gezien konden worden door de specialist

De resultaten van de overige items uit de CQ-index zijn te vinden in bijlage I.

Kanttekeningen:

- Naast patiëntgerichtheid en tijdigheid zijn er volgens het Institute of Medicine (IOM) nog vier andere criteria of doelen van kwalitatief goede zorg: effectiviteit, veiligheid, efficiëntie en gelijkwaardigheid (18). Deze vier criteria zijn niet meegenomen in dit onderzoek.

Ervaring zorgprofessionals



Belangrijkste bevindingen m.b.t. de ervaring van zorgprofessionals:

- Volgens de huisartsen en specialisten heeft de Stadspoli vooral effect op het verminderen van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn en op het terugbrengen van de totale zorgkosten.
- De komst van de Stadspoli heeft een positief effect op het werkplezier van specialisten.
- De specialisten waarderen de sfeer op de Stadspoli, zowel voor henzelf als voor patiënten.
- De specialisten voelen zich meer betrokken bij de Stadspoli dan huisartsen.
- Het contact en de samenwerking tussen zorgprofessionals is niet optimaal.
- De zorgprofessionals geven aan dat de wachttijd op de Stadspoli soms te lang is.

Het vragenlijstonderzoek naar de ervaring van zorgprofessionals is uitgevoerd bij alle specialismen die in 2018 aanwezig waren op de Stadspoli (zie figuur 2.1.1). De vragenlijst is ingevuld door 37 van de 81 huisartsen die aangesloten zijn bij ZIO en werkzaam zijn in de regio Maastricht-Heuvelland (respons 45,7%).

Van de specialisten en gespecialiseerde en kaderhuisartsen die werkzaam zijn op de Stadspoli hebben 28 van de 76 de vragenlijst ingevuld (respons 36,8%). Per specialisme heeft minimaal één specialist of gespecialiseerde of kaderhuisarts de vragenlijst ingevuld. Specialisten en gespecialiseerde en kaderhuisartsen zijn in het vervolg onder de noemer 'specialisten' samengebracht. In tabel 2.4.3 zijn een aantal kenmerken van de deelnemers aan het vragenlijstonderzoek weergegeven.

Ervaring huisartsen

Figuur 2.4.8 toont de resultaten van het vragenlijstonderzoek bij huisartsen. Driekwart van de huisartsen geeft aan dat hij/zij alle geschikte patiënten voor anderhalvelijnszorg naar de Stadspoli verwijst (en dus niet naar het ziekenhuis). Van de huisartsen verwijst 70,3% naar alle specialismen die aanwezig zijn op de Stadspoli. Voor 78,4% van de huisartsen is het duidelijk welke patiënten terecht kunnen op de Stadspoli.

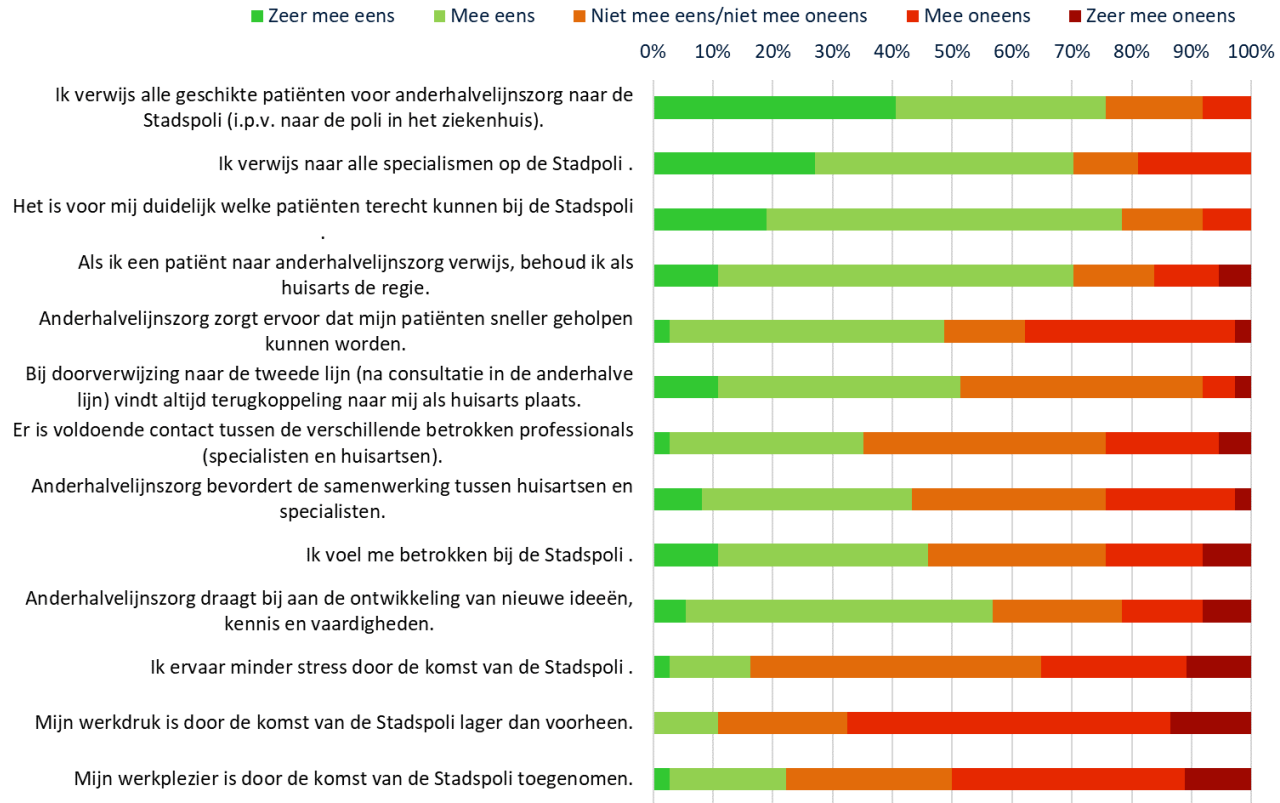
Een belangrijk kenmerk van anderhalvelijnszorg is dat huisartsen de regie behouden. Van de huisartsen geeft 70,3% aan dat dit inderdaad het geval is. Opvallend is dat maar volgens de helft van de huisartsen er altijd terugkoppeling plaatsvindt als de specialist op de Stadspoli de patiënt alsnog doorverwijst naar de tweede lijn. Daarnaast vindt 35,1% van de huisartsen dat er voldoende contact is tussen de zorgprofessionals en 43,2% dat de samenwerking tussen huisartsen en specialisten bevorderd is. Verder voelt minder dan de helft van de huisartsen zich betrokken bij de Stadspoli, terwijl het een doel van anderhalvelijnszorg is om een brug te slaan tussen de eerste en tweede lijn. Volgens 56,8% draagt anderhalvelijnszorg bij aan de ontwikkeling van nieuwe ideeën, kennis en vaardigheden. Tot slot lijkt de komst van de Stadspoli weinig invloed te hebben op het werkplezier, de werkdruk en de ervaren stress van huisartsen.

Hoofdstuk 2 - Anderhalvelijnszorg

Tabel 2.4.3 Kenmerken van de deelnemers aan het vragenlijstonderzoek bij de zorgprofessionals

	Huisartsen (n= 37)	Specialisten ^a (n= 28)
Respons % (n)	45,7% (37)	36,8% (28)
Geslacht % (n)		
Man	56,8% (21)	42,9% (12)
Vrouw	43,2% (16)	57,1% (16)
Leeftijd % (n)		
Jonger dan 35 jaar	-	14,3% (4)
Tussen 36 en 55 jaar	67,6% (25)	67,9% (19)
Ouder dan 55 jaar	32,4% (12)	17,9% (5)
Werkzaam in huidige functie % (n)		
Minder dan 5 jaar	5,4% (2)	42,9% (12)
Tussen de 5 en 25 jaar	70,3%(26)	53,6% (15)
Meer dan 25 jaar	24,3% (9)	3,6% (1)
Arbeidsrol binnen huisartsenpraktijk % (n)		
Waarnemer	-	n.v.t.
In dienst	2,7% (1)	
Praktijkhouder	97,3% (36)	
Soort huisartsenpraktijk % (n)		
Solopraktijk	24,3% (9)	n.v.t.
Duopraktijk	29,7% (11)	
Groepspraktijk	45,9% (17)	
Dagdelen werkzaam in 1,5^e lijn % (n)		
Minder dan een dagdeel per maand		14,3% (4)
Een tot twee dagdelen per maand	n.v.t.	42,9% (12)
Een dagdeel per week		17,9% (5)
Meerdere dagdelen per week		17,9% (5)
Niet meer werkzaam in 1,5 ^e lijn		7,1% (2)

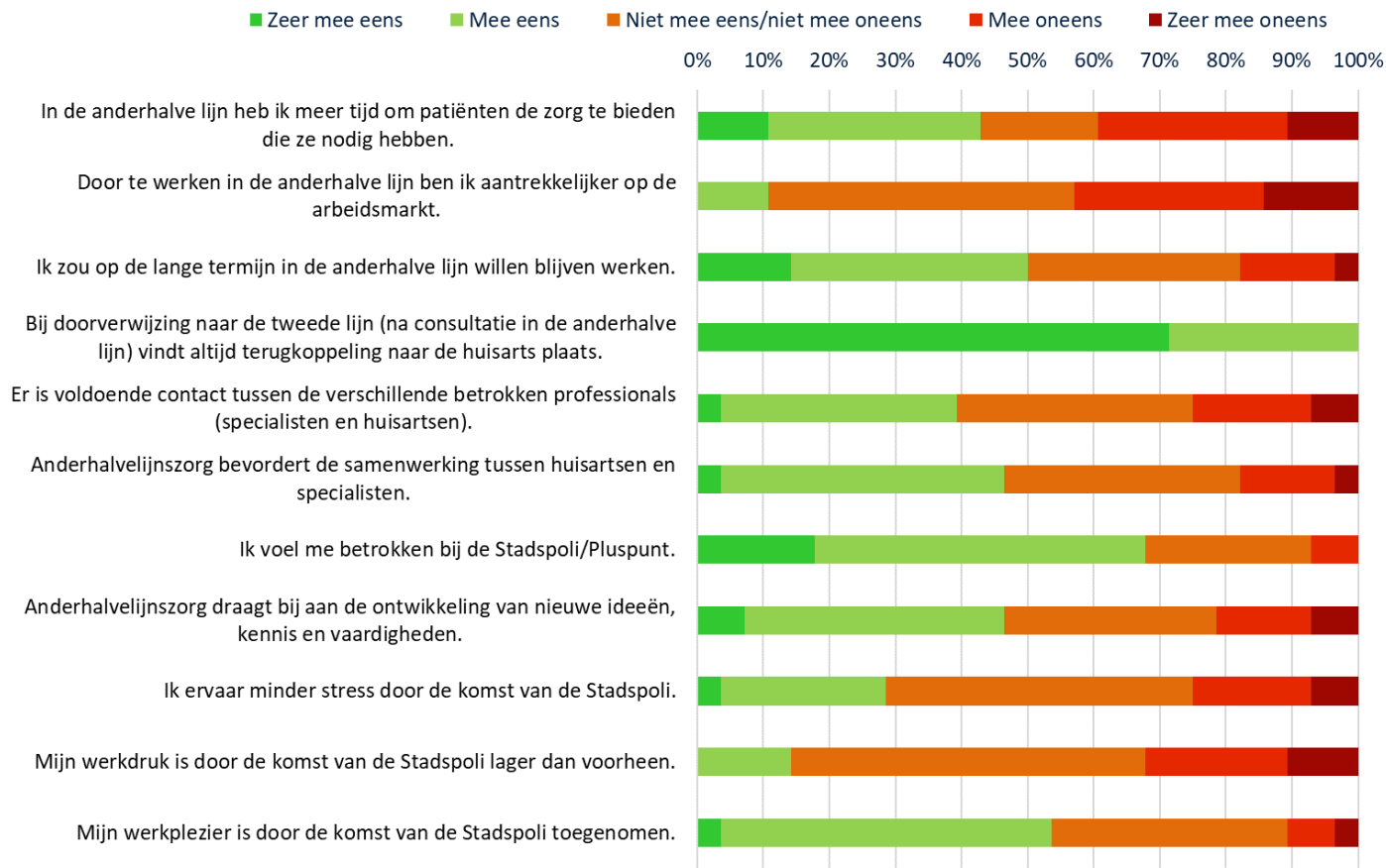
^a Specialisten en gespecialiseerde- en kaderhuisartsen werkzaam op de Stadspoli.



Figuur 2.4.8 Ervaring zorgprofessionals - uitkomsten vragenlijstonderzoek bij huisartsen weergegeven in percentages

Ervaring specialisten

Figuur 2.4.9 geeft de resultaten van het vragenlijstonderzoek bij specialisten weer. Hieruit blijkt dat 42,9% van de specialisten vindt dat ze in de anderhalve lijn meer tijd hebben om patiënten zorg te bieden. Verder denkt 10,7% dat werken in de anderhalvelijnszorg hen aantrekkelijker maakt op de arbeidsmarkt. De helft van de specialisten geeft aan op de lange termijn in de anderhalve lijn te willen blijven werken. Alle specialisten geven aan dat er bij een doorverwijzing naar de tweede lijn altijd terugkoppeling plaatsvindt naar de huisarts. Dit lijkt niet overeen te komen met de ervaring van de huisartsen (zie figuur 2.4.8). Verder vindt 39,3% dat er voldoende contact is tussen de zorgprofessionals en geeft 46,4% aan dat anderhalvelijnszorg de samenwerking tussen zorgprofessionals bevordert. De meerderheid van de specialisten (67,9%) voelt zich betrokken bij de Stadspoli, dit in tegenstelling tot de huisartsen (45,9%). Ook geeft 46,4% van de specialisten aan het ermee eens te zijn dat anderhalvelijnszorg bijdraagt aan de ontwikkeling van nieuwe ideeën, kennis en vaardigheden. Tenslotte is bij 53,6% van de specialisten het werkplezier toegenomen. Het effect van de Stadspoli op de ervaren werkdruk en stress lijkt minder groot. Van de specialisten ervaart 14,3% minder werkdruk en 28,6% ervaart minder stress.

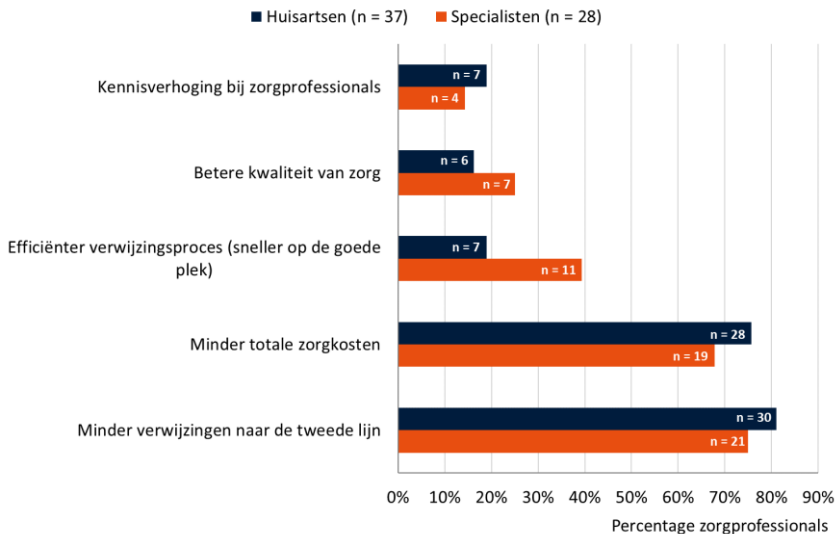


Figuur 2.4.9 Ervaring zorgprofessionals – uitkomsten vragenlijstonderzoek bij specialisten weergegeven in percentages

Overige uitkomsten van het vragenlijstonderzoek bij zorgprofessionals

In figuur 2.4.10 is weergegeven welke effecten de invoering van anderhalvelijnszorg volgens de huisartsen en specialisten heeft. Het effect 'minder verwijzingen naar de tweede lijn' is zowel door de huisartsen (81,1%) als door de specialisten (75,0%) het meeste ingevuld. 'Kennisverhoging bij zorgprofessionals' werd het minst vaak aangekruist, namelijk door 18,9% van de huisartsen en 14,3% van de specialisten.

Tot slot komt uit de aanvullende opmerkingen van de huisartsen en specialisten naar voren dat op het gebied van communicatie en samenwerking tussen de zorgprofessionals verbetering mogelijk is. Zowel de huisartsen als de specialisten geven aan dat er onvoldoende kennisoverdracht plaatsvindt. Daarnaast werd vanuit de huisartsen de wachttijd op de Stadpoli als een belangrijk verbeterpunt genoemd. Huisartsen gaven aan dat de wachttijd voor een consult op de Stadspoli nu vaak gelijk is aan de wachttijd in het ziekenhuis. Dit is niet in lijn met de doelstellingen van de Stadspoli. Een positief punt van de Stadspoli, dat door meerdere specialisten als aanvullende opmerking genoemd werd, is de prettige sfeer op de Stadspoli voor zowel de zorgprofessional als de patiënt.



Figuur 2.4.10 Ervaring zorgprofessionals - effecten van anderhalvelijnszorg ingevuld door de zorgprofessionals

Kanttekeningen:

- Er is mogelijk sprake van responsbias bij de zorgprofessionals omdat een bepaalde selectie van zowel huisartsen als specialisten heeft geparticipeerd in het vragenlijstonderzoek. De reden waarom een zorgprofessional wel of niet heeft gereageerd is niet onderzocht.
- Binnen dit onderzoek zijn alleen specialisten werkzaam in de anderhalve lijn bevroegd. De opinie over anderhalvelijnszorg in het algemeen onder specialisten (dus ook degenen die niet werkzaam zijn in een anderhalvelijnscentrum) is niet onderzocht.

Zorgkosten

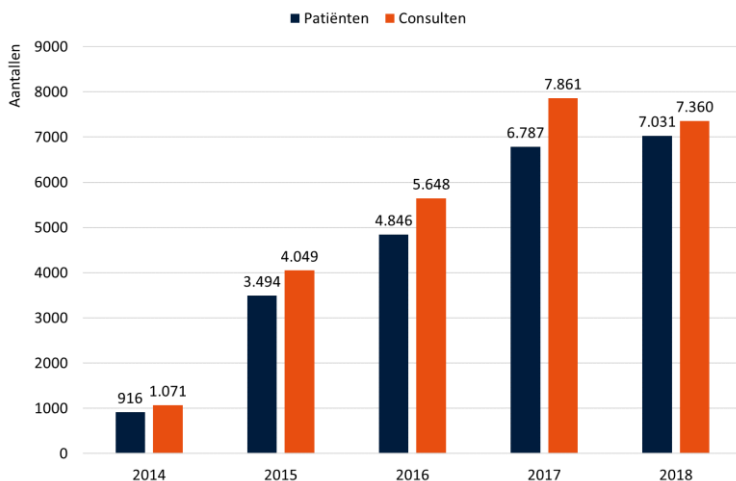


Belangrijkste bevindingen m.b.t. de zorgkosten:

- Na een consult op de Stadspoli wordt gemiddeld 20% (N= 4.500) van de patiënten alsnog doorverwezen naar de tweede lijn; 80% (N= 16.660) van de patiënten kan dus verder behandeld worden in de eerste lijn.
- De gemiddelde zorgkosten voor een patiënt die verwezen is naar de Stadspoli liggen significant lager dan de zorgkosten voor een patiënt die is verwezen naar reguliere ziekenhuiszorg. Dit geldt voor zowel de initiële kosten als voor de vervolgcosten gemeten tot en met twaalf maanden.
- De regionale trendanalyses laten in het algemeen, dat wil zeggen binnen de meeste specialismen, (nog) geen substitutie-effect zien. Het zorggebruik in de tweede lijn (initiële zorgproducten en nieuwe patiënten) neemt niet af zoals men zou verwachten in het kader van substitutie. Enkel binnen sommige specialismen lijkt er substitutie van zorg plaats te vinden op regionaal niveau ook wanneer dit wordt vergeleken met de landelijke trend.

Volume in de anderhalve lijn: aantal patiënten en consulten

Figuur 2.4.11 geeft het volume van patiënten en consulten op de Stadspoli weer voor de periode 2014 tot en met 2018. Het betreft hier alle patiënten en niet alleen de patiënten die deelgenomen hebben aan het vragenlijstonderzoek. Het aantal patiënten op de Stadspoli neemt elk jaar toe. In 2015, het eerste volledige jaar dat de Stadspoli's open zijn, bezoeken bijna 3.500 patiënten een specialist in de anderhalve lijn. In 2018 zijn dit er ruim 7.000. Daarnaast is de toename in aantal patiënten in 2018 ten opzichte van 2017 minder groot dan de toename in de voorgaande jaren. Dit kan meerdere oorzaken hebben, zoals: dat er niet meer volume mogelijk is op de Stadspoli, omdat de maximale capaciteit benut wordt, dat er verzadiging optreedt van het aantal geschikte patiënten of dat er nog steeds potentie blijft liggen (bijvoorbeeld door een tekort aan formatie van specialisten). Verder valt op dat het aantal consulten in 2018 afneemt ten opzichte van 2017, terwijl het aantal patiënten niet afneemt. Dit betekent dat het gemiddeld aantal consulten per patiënt op de Stadspoli daalt. In 2014 was het gemiddeld aantal consulten 1,19 per patiënt, in 2015, 2016 en 2017 was dit 1,16 en in 2018 was dit 1,05 per patiënt. Dat het gemiddeld aantal consulten per patiënt is gedaald, is gunstig voor de kostenbesparende werking van de Stadspoli omdat de afrekening plaatsvindt per consult. Meer informatie over de volumes van patiënten en consulten per specialisme op de Stadspoli is te vinden in bijlage II.

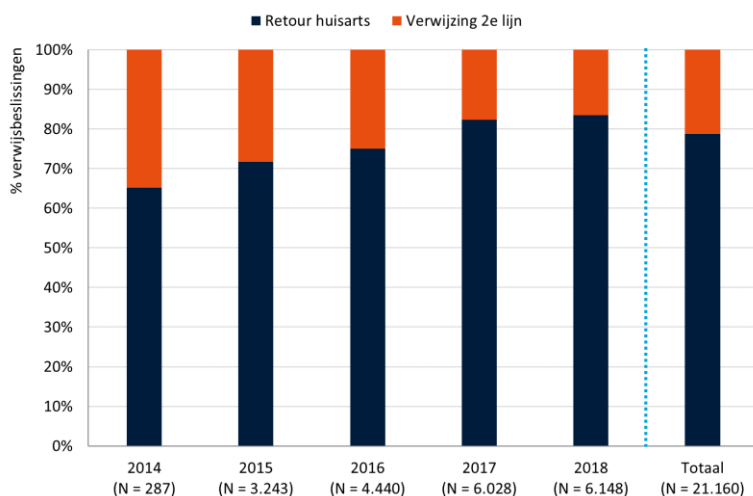


Figuur 2.4.11 Aantal patiënten en consulten op de Stadspoli voor de periode 2014-2018

Verwijsbeslissing van de specialist op de Stadspoli

In figuur 2.4.12 is de verdeling van de verwijsbeslissing over de tijd zichtbaar. De patiënten waarvan de verwijsbeslissing niet was ingevuld of nog niet kon worden ingevuld zijn hierbij geëxcludeerd (1.944 (8,3%) van de patiënten). In de loop van de jaren neemt het percentage patiënten dat na een consult in de anderhalve lijn alsnog wordt verwezen naar de tweede lijn af en stabiliseert op minder dan 20%. Meer informatie over de verwijsbeslissing na een of meerdere consulten op de Stadspoli per specialisme is te vinden in bijlage III.

Tabel 2.4.4 geeft het overzicht weer van het aantal patiënten en consulten, in totaal en per specialisme, voor de periode 2014 tot en met 2018. Daarnaast toont de tabel de verwijsbeslissing. Ook hier zijn patiënten waarvan de verwijsbeslissing ontbrak niet meegenomen in de berekeningen. Het percentage patiënten dat ná een consult in de anderhalve lijn doorverwezen wordt naar de tweede lijn verschilt per specialisme. Voor het specialisme gynaecologie is dit percentage het laagst, namelijk 10,9%. Voor het specialisme oogheelkunde is dit percentage het hoogst, namelijk 35,5%. Dit verschil wordt onder andere veroorzaakt door de diagnostische en behandelmogelijkheden op de Stadspoli per specialisme. In bijlage IV is een overzicht van het aantal patiënten, consulten en de verdeling van verwijsbeslissingen op de Stadspoli per jaar te vinden.



Figuur 2.4.12 Verwijsbeslissing na een of meerdere consulten op de Stadspoli

Tabel 2.4.4 Overzicht van het aantal patiënten, het aantal consulten en de verdeling van verwijzingsbeslissingen op de Stadspoli voor de periode 2014 tot en met 2018.

Specialisme	Aantal patiënten	Aantal consulten			Verwijzing 2 ^e lijn		Retour huisarts	
	N	N	gem.	sd	%	N	%	N
Gynaecologie	2.484	2.795	1,13	0,35	10,9%	271	89,1%	2.213
Interne geneeskunde (incl. MDL)	751	816	1,09	0,30	11,7%	88	88,3%	663
KNO	3.421	3.766	1,10	0,30	16,7%	571	83,3%	2.850
Dermatologie	5.519	6.324	1,15	0,37	19,1%	1.053	80,9%	4.466
Reumatologie	1.474	1.747	1,19	0,40	19,3%	285	80,7%	1.189
Rugpoli	883	1.116	1,26	0,44	20,0%	177	80,0%	706
Kindergeneeskunde	44	66	1,50	0,59	20,5%	9	79,5%	35
Urologie	228	292	1,28	0,47	21,5%	49	78,5%	179
Orthopedie	3.436	3.862	1,12	0,33	29,6%	1.018	70,4%	2.418
Neurologie	1.225	1.392	1,14	0,34	30,8%	377	69,2%	848
Oogheelkunde	1.695	1.748	1,03	0,17	35,5%	602	64,5%	1.093
Totaal	21.160	23.924	1,13	0,35	21,3%	4.500	78,7%	16.660

Kosten per patiënt in de anderhalve en tweede lijn

Voor het vergelijken van de gemiddelde zorgkosten van een patiënt in de anderhalve en tweede lijn (Stadspoli en Maastricht UMC+) zijn de patiënten die meedoen aan het vragenlijstonderzoek gekoppeld aan de anderhalvelijns- en ziekenhuisdata. De zorgkosten van de patiënten uit de interventie- en controlegroep zijn met behulp van een multivariate multilevel analyse vergeleken waarbij is gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, geboorteland, opleidingsniveau, gezondheidsstatus (EQ-VAS score op T0), historische zorgkosten (zorgkosten in de anderhalve en tweede lijn 12 maanden vóór het consult) en het specialisme waarvoor de patiënt een specialist heeft bezocht. Patiënten met missende gegevens voor één van deze variabelen of patiënten waarbij het niet is gelukt om de data te koppelen zijn geëxcludeerd (491 (17,0%) van de patiënten). In tabel 2.4.5 zijn de patiënten uit de interventie- en controlegroep op basis van demografische kenmerken, historische zorgkosten en het specialisme waarnaar de patiënt is verwezen met elkaar vergeleken in de periode T0. De groepen verschillen in leeftijd, EQ-VAS score en verdeling naar specialisme.

Meer informatie over de gemiddelde zorgkosten van een patiënt per specialisme is te vinden in bijlage V.

Tabel 2.4.5 Demografische kenmerken, historische zorgkosten en specialismen van de patiënten uit de interventie- en controlegroep gemeten op T0

	Interventiegroep (n = 1.793)^c	Controlegroep (n = 602)^c	P- waarde
Leeftijd gem. (sd)	54,16 (16,01)	56,52 (15,35)	0,002 *
Geslacht % (n)			
Man	38,5% (690)	40,0% (241)	
Vrouw	61,5% (1.103)	60,0% (361)	0,500
Geboorteland % (n)			
Nederland	96,3% (1.726)	95,3% (574)	
Anders	3,7% (67)	4,7% (28)	0,320
Opleidingsniveau^a % (n)			
Laag	18,7% (335)	22,6 (136)	
Middel	47,6% (853)	45,8 (276)	
Hoog	33,7% (605)	31,6 (190)	0,109
EQ-VAS score (T0) gem. (sd)	75,67 (16,41)	73,39 (16,25)	0,003 *
Historische kosten^b gem. (sd)			
Binnen specialisme	€47 (424)	€35 (383)	0,555
Binnen en buiten specialisme	€767 (2.778)	€1.017 (4.069)	0,160
Specialisme % (n)			
Dermatologie	31,8% (570)	16,4% (99)	
Interne geneeskunde (incl. MDL)	2,6% (47)	9,8% (59)	
Neurologie	7,6% (137)	12,6% (76)	
Orthopedie	19,4% (347)	23,6% (142)	
Oogheelkunde	7,9% (142)	7,5% (45)	
Reumatologie	6,6% (118)	3,3% (20)	
KNO	16,8% (302)	14,3% (86)	
Gynaecologie	5,9% (105)	7,3% (44)	
Urologie	1,4% (25)	5,1% (31)	≤0,000 *

Statistisch getest met chikwadraattoetsen en T-toetsen.

* De groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

^a Ingedeeld a.d.h.v. de Standaard Onderwijsindeling (SOI) van het CBS (7).

^b Zorgkosten in de anderhalve en tweede lijn vanaf 12 maanden voor het eerste consult.

^c Bij de weergegeven aantallen zijn 315 (14,9%) patiënten uit de interventiegroep en 176 (22,6%) uit de controlegroep waar geen data van gekoppeld kon worden, geëxcludeerd.

In figuur 2.4.13 zijn de resultaten van verschillende analyses (A t/m D) van de gemiddelde zorgkosten van een patiënt (ongeacht naar welk specialisme de patiënt is verwezen) in de anderhalve en tweede lijn weergegeven. De initiële zorgkosten van een patiënt in de interventiegroep zijn gelijk aan het toenmalige tarief van één consult op de Stadspoli, namelijk €157,50. Inmiddels is het tarief van de Stadspoli verlaagd. De wijziging in dit tarief is tevens meegenomen in de analyses. De vervolgcosten van een patiënt zijn bepaald door de kosten van eventuele herhaalconsulten op de Stadspoli en de eventueel gedeclareerde zorgproducten in het Maastricht UMC+ binnen (figuur A en C) of binnen en buiten (figuur B en D) het specialisme. Deze vervolgcosten kunnen wel of niet samenhangen met de klacht waarvoor de patiënt initieel is verwezen. De zorgkosten van een patiënt uit de controlegroep zijn bepaald door alle gedeclareerde zorgproducten in het Maastricht UMC+ binnen (figuur A en C) of binnen en buiten (figuur B en D) het specialisme. De initiële zorgkosten van een patiënt uit de controlegroep zijn gelijk aan de kosten van het eerste gedeclareerde zorgproduct. Om de interactie tussen tijd en groep te bestuderen, is tevens naar de ontwikkeling van de zorgkosten over de tijd vanaf drie maanden gekeken (T1). Verder is het belangrijk om te vermelden dat er een verrekening van kosten plaatsvindt voor de consulten die plaatsvinden op de Stadspoli. Via deze verrekening wordt het Maastricht UMC+ gekort op zijn budget door zorgverzekeraar VGZ. Bij de eerste 5.000 consulten op de Stadspoli vond de verrekening plaats door een eenmalige mindering in het budget van het Maastricht UMC+. Na deze eenmalige mindering, vindt de verrekening plaats per consult in de anderhalve lijn. Voor de groep patiënten die ná een consult op de Stadspoli alsnog wordt doorverwezen naar het ziekenhuis wordt deze verrekening vereffend. Anders dan in de proeftuin MijnZorg is het niet mogelijk deze verrekening mee te nemen in de analyse van de zorgkosten omdat de verrekening achteraf plaatsvindt op organisatieniveau. Het is niet mogelijk om deze verrekening door te voeren in de analyses van de zorgkosten op patiëntniveau. Daarnaast zijn overige zorgkosten, zoals zorgkosten in de eerste lijn en kosten voor aanvullende diagnostiek, niet meegenomen in de analyses omdat data hierover ontbrak. Met name voor patiënten uit de interventiegroep die vanuit de Stadspoli retour worden verwezen naar de huisarts is de kans aanwezig dat na een consult in de anderhalve lijn ook in de eerste lijn nog kosten gemaakt worden, bijvoorbeeld voor consulten en medicatie.

Figuur 2.4.13 A toont de gemiddelde zorgkosten per patiënt binnen het specialisme waarnaar de patiënt initieel is verwezen, opgesplitst naar interventiegroep (n= 1.793) en controlegroep (n= 602). Uit de statistische analyses blijkt dat de initiële kosten en de vervolggkosten binnen het specialisme op drie, zes, negen en twaalf maanden significant lager zijn voor patiënten uit de interventiegroep. Verder blijkt dat vanaf drie maanden het verschil tussen de groepen over de tijd groter wordt. Dat wil zeggen dat de zorgkosten binnen het betreffende specialisme gemiddeld minder sterk toenemen voor patiënten uit de interventiegroep.

In figuur 2.4.13 B zijn de gemiddelde zorgkosten van een patiënt binnen en buiten het specialisme in de anderhalve en tweede lijn weergegeven, opgesplitst naar interventiegroep (n= 1.793) en controlegroep (n= 602). Uit de statistische analyses blijkt dat de initiële kosten en de vervolggkosten binnen en buiten het specialisme op drie, zes, negen en twaalf maanden significant lager zijn voor patiënten uit de interventiegroep. Daarnaast blijkt dat vanaf drie maanden het verschil tussen de groepen over de tijd groter wordt. Dat wil zeggen dat de zorgkosten binnen en buiten het specialisme gemiddeld minder sterk toenemen voor patiënten uit de interventiegroep. Verder blijkt dat, wanneer we figuur 2.4.13 B met figuur 2.4.13 A vergelijken, patiënten uit de interventie- en controlegroep in verhouding ongeveer evenveel kosten binnen als buiten het specialisme maken.

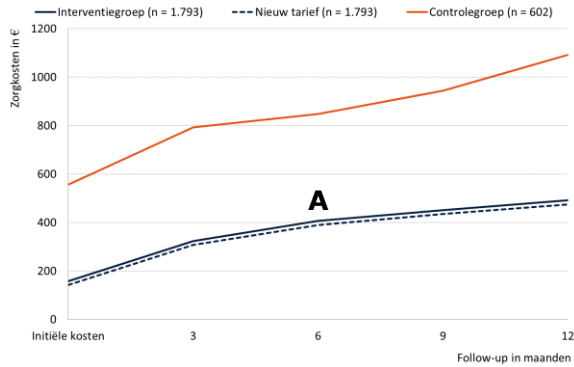
Uit aanvullende analyses blijkt dat een deel van de patiënten extreem hoge zorgkosten maakt binnen 12 maanden follow-up (met een maximum van €47.262). Om voor het effect van deze uitschieters te corrigeren, zijn de analyses herhaald en zijn de patiënten met extreem hoge zorgkosten, zowel binnen als buiten het specialisme, geëxcludeerd (2,5% van de studiebevolking). In bijlage VI worden de demografische kenmerken van deze top 2,5% patiënten vergeleken met de patiënten die niet zijn geëxcludeerd.

In figuur 2.4.13 C zijn de gemiddelde zorgkosten zonder deze uitschieters binnen het specialisme weergegeven, opgesplitst naar interventie- (n= 1.756) en controlegroep (n= 579). Uit de statistische analyses blijkt dat de initiële kosten en de vervolggkosten binnen het specialisme op drie, zes, negen en twaalf maanden significant lager zijn voor patiënten uit de interventiegroep. Verder

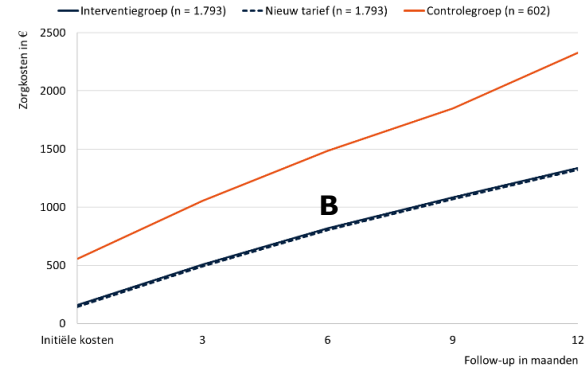
blijkt dat vanaf drie maanden het verschil tussen de groepen over de tijd groter wordt. Dat wil zeggen dat de zorgkosten binnen het specialisme gemiddeld minder sterk toenemen voor patiënten uit de interventiegroep. Uit de analyses De exclusie van de top 2,5% patiënten met hoogste zorgkosten heeft maar een geringe invloed op de verschillen tussen de groepen. De initiële kosten en de vervolgcosten binnen het specialisme zijn na exclusie van de uitschieters nog steeds significant lager voor patiënten uit de interventiegroep en de kosten nemen gemiddeld minder sterk toenemen voor patiënten uit de interventiegroep.

In figuur 2.4.13 D zijn de gemiddelde zorgkosten zonder deze uitschieters binnen en buiten het specialisme weergegeven, opgesplitst naar interventie- (n= 1.756) en controlegroep (n= 579). Uit de statistische analyses blijkt dat de initiële kosten en de vervolgcosten binnen en buiten het specialisme op drie, zes, negen en twaalf maanden significant lager zijn voor patiënten uit de interventiegroep. Verder blijkt dat vanaf drie maanden het verschil tussen de groepen over de tijd groter wordt. Dat wil zeggen dat de zorgkosten binnen en buiten het specialisme gemiddeld minder sterk toenemen voor patiënten uit de interventiegroep. De exclusie van de top 2,5% patiënten met hoogste zorgkosten heeft maar een geringe invloed op de verschillen tussen de groepen. De initiële kosten en de vervolgcosten binnen en buiten het specialisme zijn na exclusie van de uitschieters nog steeds significant lager voor patiënten uit de interventiegroep en de kosten nemen gemiddeld minder sterk toenemen voor patiënten uit de interventiegroep.

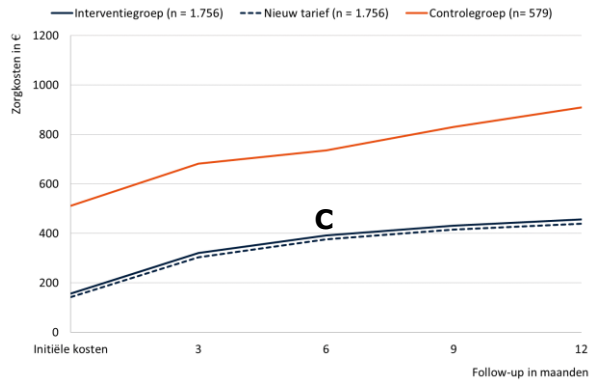
A. Gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme



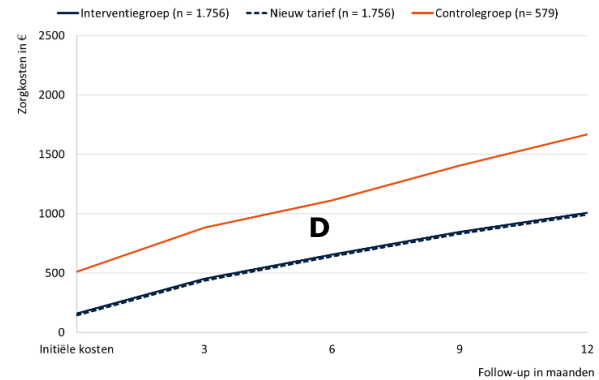
B. Gemiddelde zorgkosten binnen en buiten het specialisme



C. Gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme met exclusie top 2,5% patiënten



D. Gemiddelde zorgkosten binnen en buiten het specialisme met exclusie top 2,5% patiënten



Figuur 2.4.13 Gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme van een patiënt uit de interventie- en controlegroep, gemeten tot 12 maanden na het eerste consult voor de anderhalve (Stadspoli) en tweede lijn (Maastricht UMC+)

Vervolgens zijn aanvullende analyses uitgevoerd waarbij gekeken is naar de gemiddelde zorgkosten van een patiënt (ongeacht naar welk specialisme de patiënt is verwezen) in de anderhalve- en tweede lijn opgedeeld naar vier verschillende groepen in plaats van de verdeling in interventie- en controlegroep (zie figuur 2.4.14). De interventiegroep is hierbij opgesplitst in patiënten die na het bezoek aan de Stadspoli retour gaan naar de huisarts (groep 1, n= 1.353) en patiënten die na het bezoek aan de Stadspoli zijn doorverwezen naar de tweede lijn (groep 2, n= 393). Eenzelfde soort opsplitsing is gemaakt in de controlegroep, namelijk patiënten die laag-zorgintensief zijn (groep 3, n= 269) en patiënten die meer-zorgintensief zijn (groep 4, n= 333) die door de huisarts direct zijn doorverwezen naar het ziekenhuis. De opsplitsing in groep 3 en 4 is gemaakt op basis van het initiële zorgproduct dat voor patiënten in het Maastricht UMC+ is geregistreerd. Patiënten met een initieel licht ambulante zorgproduct zijn hierbij ingedeeld in groep 3. Hierbij is uitgegaan van de assumptie dat deze groep slechts één of twee consulten heeft bij de specialist in het ziekenhuis en vergelijkbaar is met de laagrisicopatiënten met niet-acute en laagcomplexe klachten die maximaal twee keer gezien worden op de Stadspoli. Voor een aantal specialismen is de selectie zorgproducten uitgebreid, omdat we hiervan weten dat een aantal andere zorgproducten ook op de Stadspoli plaats kunnen vinden.

Groep 1 en 3 (laag-zorgintensief) en groep 2 en 4 (meer-zorgintensief) zijn dan beter vergelijkbaar. Patiënten uit de interventiegroep waarvan de verwijfsbeslissing onbekend is (n= 47) zijn niet meegenomen in deze analyses.

Ook in alle figuren (A t/m D) van 2.4.14 zijn de initiële zorgkosten van een patiënt in de interventiegroep (zowel in groep 1 als 2) altijd gelijk aan het tarief van één consult op de Stadspoli, namelijk €157,50. De initiële kosten van laag-zorgintensieve patiënten uit de controlegroep (groep 3) beginnen op ongeveer dezelfde hoogte. De gemiddelde initiële kosten van deze groep zijn namelijk €170,-. Verder zijn de vervolggkosten op eenzelfde manier bepaald als in de analyses zoals gepresenteerd in figuur 2.4.13.

Belangrijk bij de analyses van figuur 2.4.14 is dat de verhouding van het aantal laag-zorgintensieve patiënten (groep 1) en meer-zorgintensieve patiënten (groep 2) in de interventiegroep anders is dan de verhouding van het aantal laag-

zorgintensieve patiënten (groep 3) en meer-zorgintensieve patiënten (groep 4) in de controlegroep. In de figuren 2.4.14 A en B behoort 77,5% (n= 1.353) van de interventiegroep tot de groep laag-zorgintensieve patiënten, in de controlegroep is dit slechts 44,7% (n= 269). In de figuren 2.4.14 C en D waarbij de top 2,5% patiënten met hoogste zorgkosten zijn geëxcludeerd zijn deze verhoudingen vergelijkbaar. Hier behoort 77,9% (n= 1.328) van de interventiegroep tot de groep laag-zorgintensieve patiënten, in de controlegroep is dit 45,6% (n= 264).

In figuur 2.4.14 A en B zijn de gemiddelde zorgkosten van een patiënt in de anderhalve- en tweede lijn weergegeven, opgesplitst naar de vier groepen.

Uit figuur 2.4.14 A blijkt dat de vervolggkosten binnen het specialisme op drie, zes, negen en twaalf maanden significant lager zijn voor laag-zorgintensieve patiënten uit de interventiegroep in vergelijking met laag-zorgintensieve patiënten uit de controlegroep. Daarnaast zijn de initiële kosten en de vervolggkosten op drie, zes, negen en twaalf maanden significant lager voor meer-zorgintensieve patiënten uit de interventiegroep in vergelijking met meer-zorgintensieve patiënten uit de controlegroep. Verder blijkt uit de analyses dat de gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme van zowel de laag-zorgintensieve patiënten als de meer-zorgintensieve patiënten uit de interventie- en controlegroep zich vanaf drie maanden even sterk toenemen over de tijd.

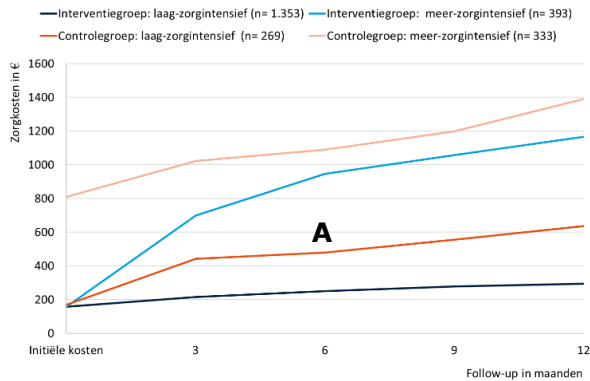
Uit figuur 2.4.14 B blijkt dat de vervolggkosten binnen en buiten het specialisme alleen op drie maanden significant lager zijn voor laag-zorgintensieve patiënten uit de interventiegroep in vergelijking met laag-zorgintensieve patiënten uit de controlegroep. Daarnaast zijn de initiële kosten en de vervolggkosten binnen en buiten het specialisme op drie, zes, negen en twaalf maanden significant lager voor meer-zorgintensieve patiënten uit de interventiegroep in vergelijking met meer-zorgintensieve patiënten uit de controlegroep. Verder blijkt uit de analyses dat de gemiddelde zorgkosten binnen en buiten het specialismen van zowel de laag-zorgintensieve patiënten als de meer-zorgintensieve patiënten uit de interventie- en controlegroep zich vanaf drie maanden even sterk toenemen over de tijd.

In figuur 2.4.14 C en D zijn de gemiddelde zorgkosten zonder de top 2,5% patiënten met hoogste totale zorgkosten weergegeven opgesplitst naar de vier groepen.

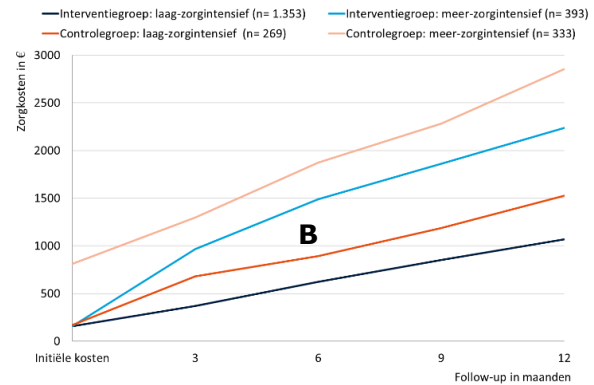
Figuur 2.4.14 C geeft weer dat de vervolgcosten binnen het specialisme op drie, zes, negen en twaalf maanden significant lager zijn voor laag-zorgintensieve patiënten uit de interventiegroep in vergelijking met laag-zorgintensieve patiënten uit de controlegroep. Daarnaast zijn de initiële kosten en de vervolgcosten op drie en twaalf maanden significant lager voor meer-zorgintensieve patiënten uit de interventiegroep in vergelijking met meer-zorgintensieve patiënten uit de controlegroep. Verder blijkt uit de analyses dat de gemiddelde zorgkosten van laag-zorgintensieve patiënten uit de interventiegroep vanaf drie maanden minder sterk toenemen dan voor laag-zorgintensieve patiënten uit de controlegroep. Het verschil in de gemiddelde zorgkosten van meer-zorgintensieve patiënten uit de interventie- en controlegroep wordt over de tijd juist steeds kleiner.

Uit figuur 2.4.14 D blijkt dat de vervolgcosten binnen en buiten het specialisme op drie, zes, negen en twaalf maanden significant lager zijn voor laag-zorgintensieve patiënten uit de interventiegroep in vergelijking met laag-zorgintensieve patiënten uit de controlegroep. Daarnaast zijn alleen de initiële kosten en de vervolgcosten op drie maanden significant lager voor meer-zorgintensieve patiënten uit de interventiegroep in vergelijking met meer-zorgintensieve patiënten uit de controlegroep. Verder blijkt uit de analyses dat de gemiddelde zorgkosten van laag-zorgintensieve patiënten uit de interventiegroep vanaf drie maanden minder sterk toenemen dan voor laag-zorgintensieve patiënten uit de controlegroep. Het verschil in de gemiddelde zorgkosten van meer-zorgintensieve patiënten uit de interventie- en controlegroep ontwikkelt zich vanaf drie maanden gelijk over de tijd.

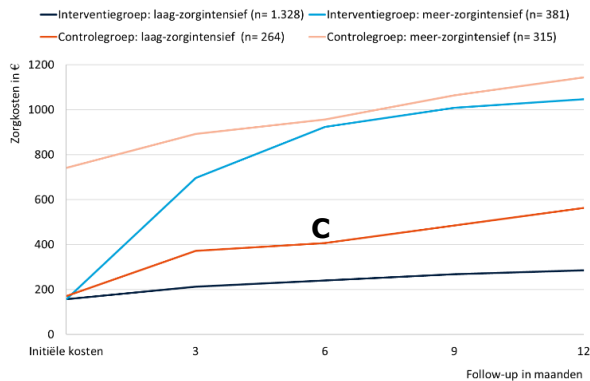
A. Gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme



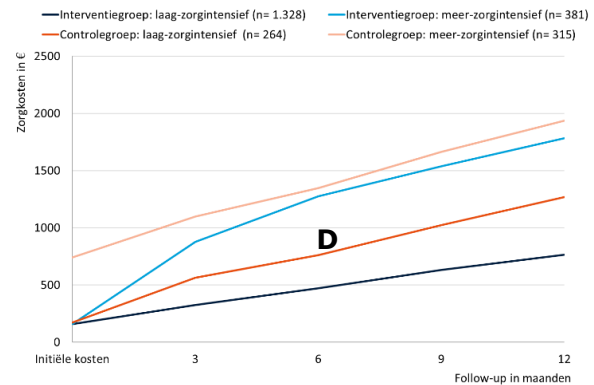
B. Gemiddelde zorgkosten binnen en buiten het specialisme



C. Gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme met exclusie top 2,5% patiënten



D. Gemiddelde zorgkosten binnen en buiten het specialisme met exclusie top 2,5% patiënten



Figuur 2.4.14 Gemiddelde zorgkosten van een patiënt verdeeld in vier groepen gemeten tot en met 12 maanden na het eerste consult in de anderhalve lijn (Stadspoli) en tweede lijn (Maastricht UMC+)

Toelichting trendanalyses

Om de vraag te kunnen beantwoorden 'Hebben de Stadspoli's geleid tot substitutie van zorg?' zijn trendanalyses uitgevoerd met 1. retrospectieve data van de Stadspoli's en het Maastricht UMC+ en 2. declaratiegegevens van VGZ.

Voor beide trendanalyses betreft de onderzoeksperiode 2014 tot en met 2017. Verder zijn alleen zorgproducten van initiële behandelingen (subtrajecten met zorgtype 11) geselecteerd met een ZIO-huisarts als verwijzer (dus geen horizontale verwijzingen binnen de tweede lijn). Zorgproducten van vervolghandelingen (subtrajecten met zorgtype 21) en andere zorgtypen zijn niet meegenomen in de analyses. Enkel de specialismen die aanwezig waren op de Stadspoli in de periode van 2014 tot en met 2017 (zie figuur 2.1.1) zijn geselecteerd. Verder is er gecorrigeerd voor het aantal ingeschreven personen bij ZIO-huisartsen per jaar (retrospectieve data van Stadspoli en Maastricht UMC+) en het aantal verzekerden per jaar (declaratiegegevens van VGZ) met als gevolg dat de trendanalyses zijn weergegeven per 1.000 personen respectievelijk verzekerden.

De betrokken partijen in de proeftuin Blauwe Zorg hebben geen specifieke zorgproducten geselecteerd waarvan bepaald is dat ze substitueerbaar zijn naar de anderhalve lijn. Daarom is ook hier (net zoals bij de kosten per patiënt) een selectie gemaakt van licht ambulante zorgproducten. Voor een aantal specialismen is deze selectie uitgebreid met een aantal andere zorgproducten die op de Stadspoli plaats kunnen vinden. Omdat het niet zeker is of alleen deze zorgproducten substitueerbaar zijn naar de anderhalve lijn zijn de trendanalyses ook uitgevoerd voor alle zorgproducten (dus van licht ambulant tot en met de meest complexe zorgproducten). De visualisaties van deze uitgebreide trendanalyse zijn bijgevoegd in bijlage VII.

Met de retrospectieve data van de Stadspoli en het Maastricht UMC+ is de trend van initiële zorgproducten in de anderhalve lijn en het ziekenhuis over de jaren gevisualiseerd. Met deze data is het effect onderzocht van anderhalvelijnszorg op het zorggebruik in het Maastricht UMC+. Voor het Maastricht UMC+ betreft het alle patiënten die in deze periode via een huisarts aangesloten bij ZIO zijn verwezen. Omdat de verwijzende huisarts in de Stadspoli data niet bekend is, kan het zijn dat hier ook patiënten buiten de ZIO-regio zijn meegenomen. Echter,

de verwachting is dat dit aandeel gering is aangezien de Stadspoli's zich vooral richten op de huisartsen en hun patiënten in de ZIO-regio.

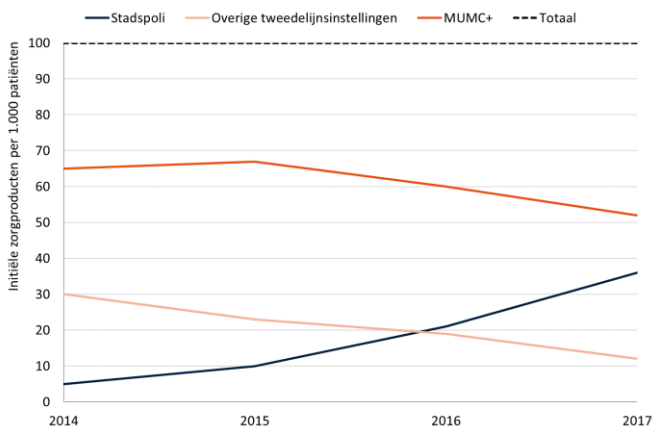
Een nadeel van de retrospectieve data van de Stadspoli en het Maastricht UMC+ is dat het geen inzicht geeft in de trend van het zorggebruik in overige tweedelijnsinstellingen waarnaar patiënten eventueel zijn verwezen door de huisarts. Om ook hier een beeld van te krijgen zijn daarnaast ook trendanalyses uitgevoerd met declaratiegegevens van VGZ. Met deze data is de trend gevisualiseerd van het aantal initiële zorgproducten over de jaren van alle patiënten verwezen via een huisarts aangesloten bij ZIO en die verzekerd zijn bij VGZ. Deze trendanalyses bevatten naast de volumes van de Stadspoli en het Maastricht UMC+ ook de volumes van overige tweedelijnsinstellingen waarnaar deze patiënten zijn verwezen. Daarnaast is de ZIO-regio vergeleken met de landelijk trend met behulp van declaratiegegevens van alle VGZ-verzekerden.

Een beperking van de VGZ-data is dat voor de anderhalve lijn het specialisme niet herleidbaar is. Het is daardoor niet mogelijk om het exacte volume van VGZ verzekerden per specialisme in de anderhalve lijn weer te geven. Dit wijkt af van de manier van registreren in de regio MijnZorg waar het specialisme in de anderhalve lijn wel herleidbaar is uit de declaratiegegevens van de zorgverzekeraar. Voor de regio Blauwe Zorg betekent dit dat een figuur met daarin zowel de anderhalve lijn en alle tweedelijnsinstellingen alleen gevisualiseerd kan worden voor alle specialismen samen. Het gaat hierbij om alle specialismen die in de periode 2014 tot en met 2017 aanwezig waren op de Stadspoli (zie figuur 2.1.1). Per specialisme is wel gevisualiseerd wat er met de volumes van initiële zorgproducten in de tweedelijnsinstellingen is gebeurd maar dit kon niet direct vergeleken worden met de volumes in de anderhalve lijn.

Substitutie van zorg is, binnen de kaders van dit onderzoek, het verplaatsten van tweedelijnszorg naar de anderhalve lijn. Een stijging van initiële zorgproducten in de anderhalve lijn zal dus moeten leiden tot een daling van initiële zorgproducten in de tweede lijn. In het kader van substitutie van zorg is de verwachting dat in de regio Blauwe Zorg de trend van tweedelijnszorggebruik sterker zou dalen of minder sterk zou stijgen dan de landelijke trend. De grafieken in figuur 2.4.15 geven ter verduidelijking twee voorbeelden weer van wat verwacht kan worden.

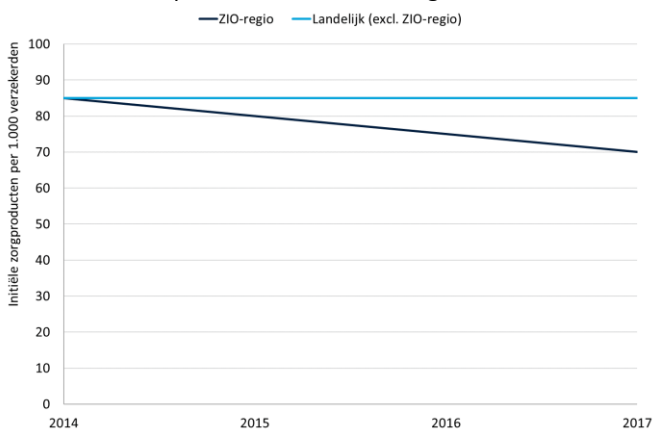
VOORBEELD

De verwachte trends van anderhalvelijnszorg, Maastricht UMC+ en overige tweedelijnsinstellingen wanneer er substitutie plaatsvindt en het totale volume gelijk blijft^a:



^a De getallen zijn fictief.

De verwachte trends van tweedelijnszorg in de ZIO-regio ten opzichte van de landelijke trend wanneer er substitutie plaatsvindt in de ZIO-regio^{a, b}:



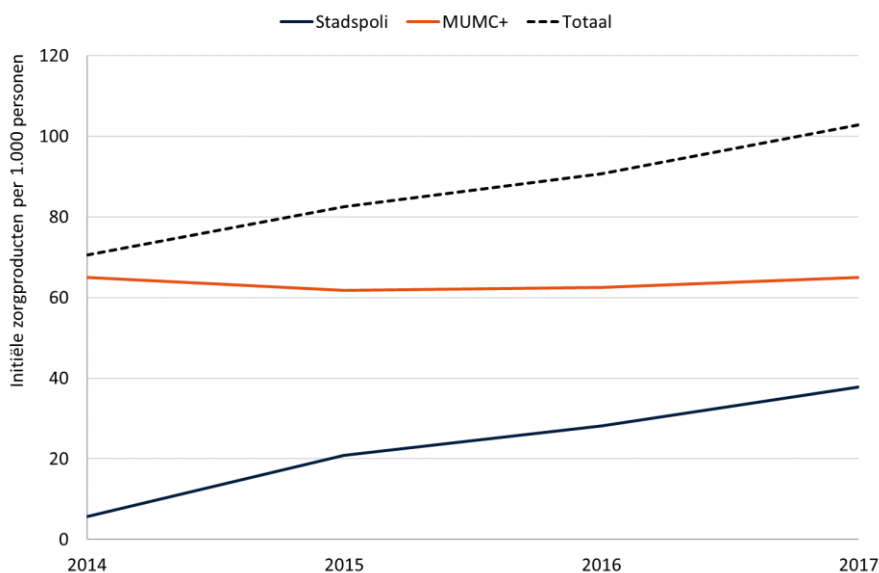
^a De getallen zijn fictief.

^b De ZIO-regio is de optelsom van het volume in het Maastricht UMC+ en de overige tweedelijnsinstellingen.

Figuur 2.4.15 Trendanalyses: voorbeeld verwachte trends in het kader van substitutie

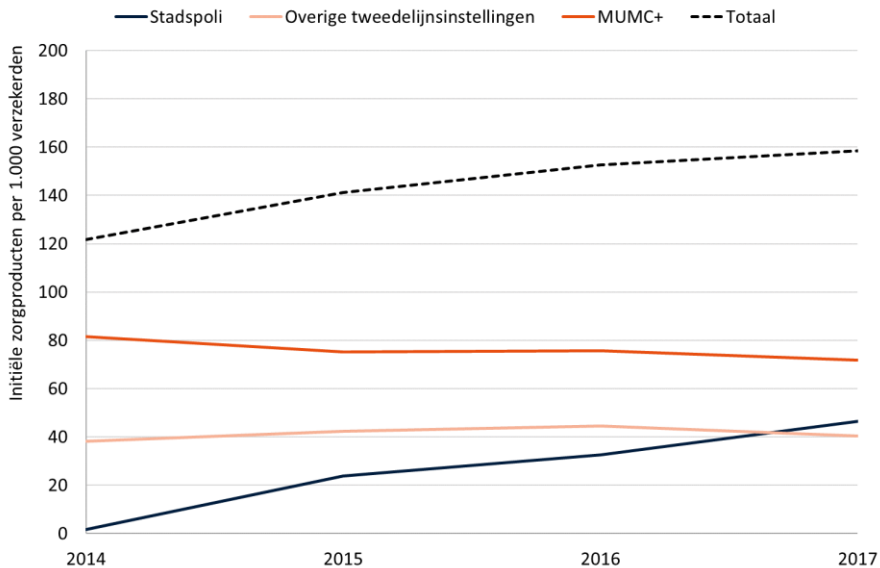
Trendanalyses alle specialismen

De trendanalyse met de retrospectieve data van de Stadspoli en het Maastricht UMC+ zoals gevisualiseerd in figuur 2.4.16 toont het effect van de komst van de Stadspoli's op het zorggebruik per 1.000 personen binnen het Maastricht UMC+ voor alle specialismen. Over de periode van 2014 tot en met 2017 kan op basis van het aantal initiële licht ambulante zorgproducten niet worden aangetoond dat substitutie van zorg heeft plaatsgevonden binnen het Maastricht UMC+. Met de komst van de Stadspoli neemt het totale volume aan initiële zorgproducten toe van ongeveer 70 initiële zorgproducten per 1.000 personen in 2014 naar ongeveer 103 initiële zorgproducten per 1.000 personen in 2017. In bijlage VII is te zien dat een vergelijkbare trend zichtbaar is als alle zorgproducten (dus inclusief de licht ambulante en de complexe zorgproducten) worden geselecteerd.



Figuur 2.4.16 Trendanalyses Stadspoli en Maastricht UMC+: de trend van het aantal initiële licht ambulante zorgproducten per 1.000 personen voor de periode 2014 t/m 2017 voor alle specialismen

De trendanalyse met declaratiegegevens van VGZ zoals gevisualiseerd in figuur 2.4.17 toont het effect van de komst van de Stadspoli's op het zorggebruik per 1.000 verzekerden binnen alle tweedelijnsinstellingen voor alle specialismen. Op basis van deze trendanalyse kan niet worden aangetoond dat substitutie van licht ambulante zorg heeft plaatsgevonden binnen de regio in periode van 2014 tot en met 2017. De komst van de Stadspoli lijkt vanaf 2016 wel een effect te hebben op het volume in overige tweedelijnsinstellingen aangezien hier het zorggebruik licht afneemt. Echter, dit resulteert uiteindelijk niet in een daling van het totaal aantal aan initiële zorgproducten. In bijlage VII is te zien dat een vergelijkbare trend zichtbaar is als alle zorgproducten (dus zowel de licht ambulante als de complexe zorgproducten) worden geselecteerd.

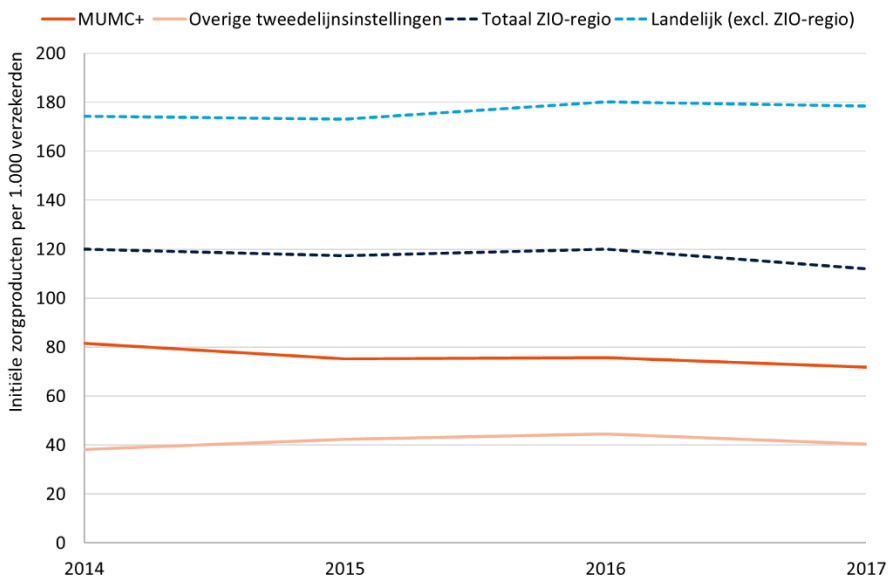


Figuur 2.4.17 Trendanalyses Stadspoli, Maastricht UMC+ en overige tweedelijnsinstellingen: de trend van het aantal initiële licht ambulante zorgproducten per 1.000 VGZ verzekerden voor de periode 2014 t/m 2017 voor alle specialismen.

In figuur 2.4.18 worden de trendanalyses met declaratiegegevens van VGZ van het tweedelijnszorggebruik in de ZIO-regio vergeleken met de landelijke trend. Hieruit blijkt dat in de periode 2014 tot en met 2017 het volume van initiële licht ambulante zorgproducten in de tweede lijn op landelijk niveau stijgt.

In de ZIO-regio neemt het zorggebruik in de tweede lijn in 2017 af en de trend daalt dan sterker dan de landelijke trend. Dit duidt mogelijk op een substitutie-effect.

In het kader van substitutie was de verwachting dat het volume in de tweede lijn in de ZIO-regio zou dalen. De trendanalyses laten een lichte daling zien in 2017. Echter, deze daling is minder sterk dan de toename van zorggebruik in de anderhalve lijn. De Stadspoli lijkt gedeeltelijk een aanzuigende werking te hebben. Omdat het mogelijk is dat op langere termijn meer substitutie van zorg plaats zal vinden, is het belangrijk om de trends te blijven monitoren. Daarnaast moeten de kanttekeningen zorgvuldig in acht worden genomen bij de interpretatie van de trendanalyses (zie pagina 87).



Figuur 2.4.18 Trendanalyses tweedelijnsinstellingen ZIO-regio en landelijk: de trend van het aantal initiële licht ambulante zorgproducten per 1.000 VGZ verzekerden voor de periode 2014 t/m 2017 voor alle specialismen

Trendanalyses per specialisme

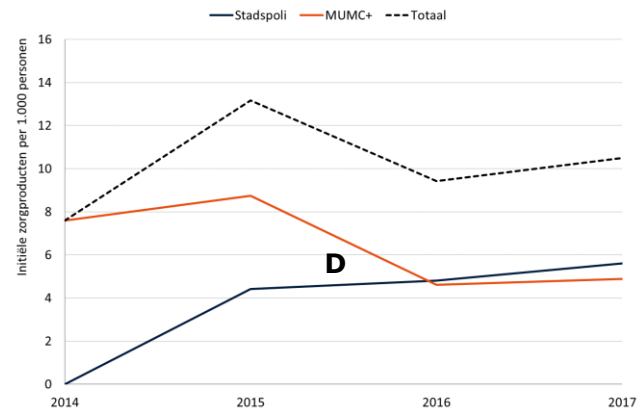
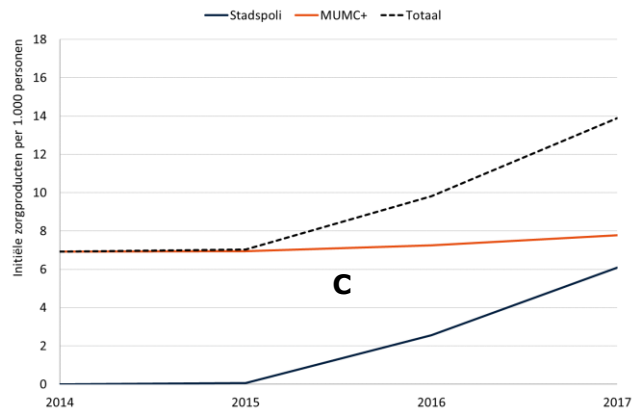
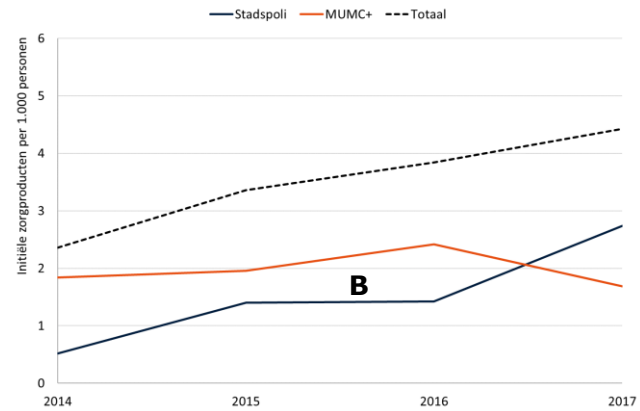
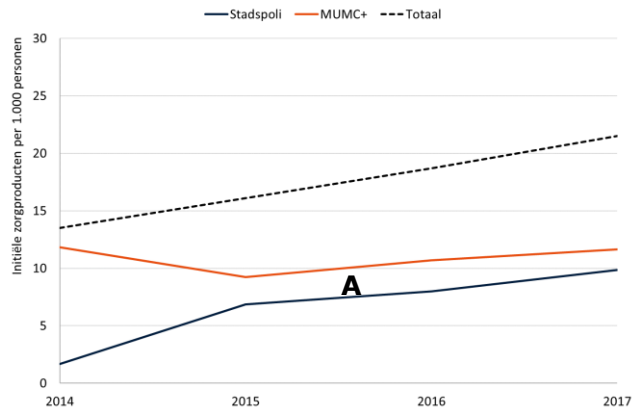
De trendanalyse met de retrospectieve data van de Stadspoli en het Maastricht UMC+, illustratief voor een aantal specialismen, zijn gevisualiseerd in figuur 2.4.19. De trendanalyses met de declaratiegegevens van VGZ voor dezelfde selectie van specialismen en een vergelijking met de landelijke trend zijn gevisualiseerd in figuur 2.4.20. In bijlage VIII zijn daarnaast ook de trendanalyses van de overige specialismen aanwezig op de Stadspoli weergegeven.

Dermatologie is sinds 2014 aanwezig op de Stadspoli en heeft, in verhouding tot de andere specialismen, een hoog volume in de anderhalve lijn. Echter, op basis van de trendanalyses lijkt er geen sprake te zijn van substitutie van zorg binnen het Maastricht UMC+ (figuur 2.4.19 A). De trendanalyse laat, behalve in 2015, geen afname van initiële licht ambulante zorgproducten in het Maastricht UMC+ zien. Het totale volume aan initiële zorgproducten neemt toe over de tijd en verdubbelt bijna. Met betrekking tot dermatologische zorg in overige tweedelijnsinstellingen, zoals gevisualiseerd in figuur 2.4.20 A, lijkt ook hier de komst van de Stadspoli geen effect te hebben op de substitutie van initiële licht ambulante zorgproducten. De trendanalyse laat een stijging in het totale volume over de tijd zien. Tenslotte laat de trend in de totale ZIO-regio een stijging zien, terwijl de landelijke trend in 2017 afneemt.

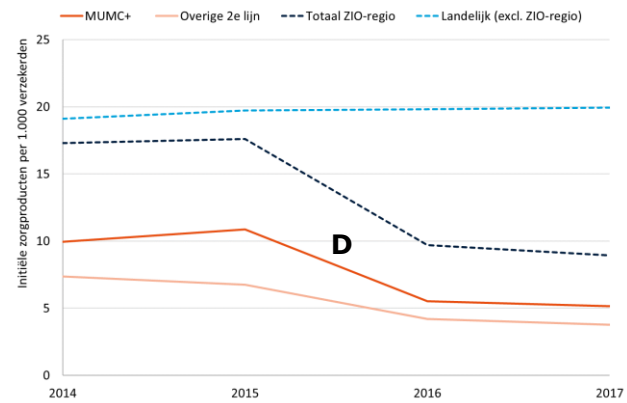
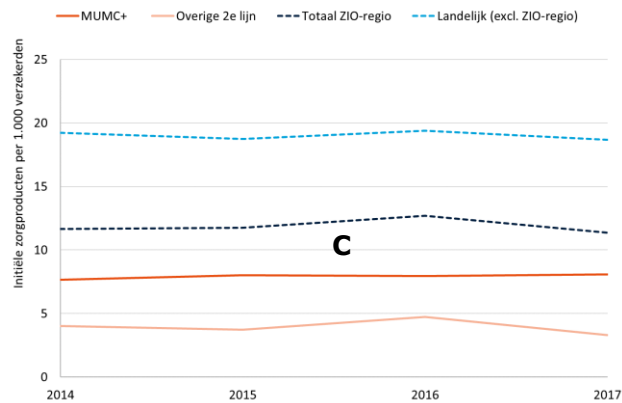
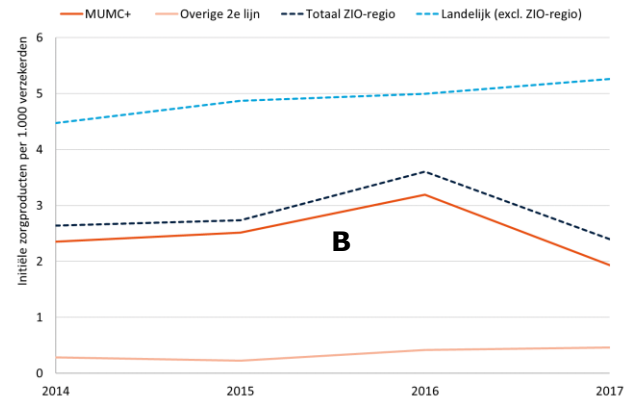
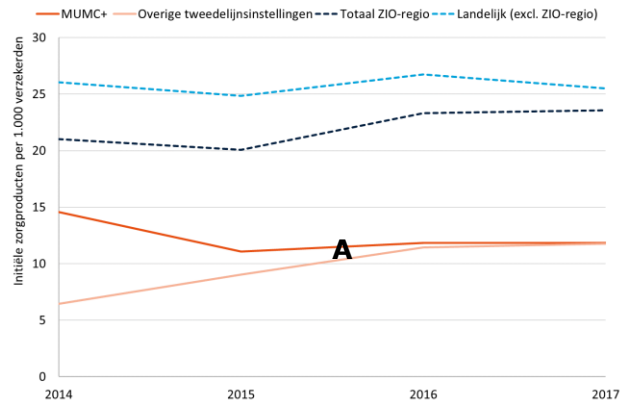
Ook reumatologie is sinds 2014 aanwezig op de Stadspoli. De trendanalyse voor dit specialisme laat zien dat naarmate het volume in de anderhalve lijn toeneemt, het volume in de tweede lijn afneemt (figuur 2.4.19 B). Dit duidt mogelijk op substitutie van zorg. Echter, het totale volume aan initiële licht ambulante zorgproducten neemt wel toe over de tijd. Verder laat figuur 2.4.20 B zien dat het aandeel initiële licht ambulante zorgproducten voor reumatologie in overige tweedelijnsinstellingen in verhouding erg laag is. De komst van de Stadspoli lijkt dus vooral effect te hebben op het volume in het Maastricht UMC+. Echter, het volume van reumatologische zorg in overige tweedelijnsinstellingen neemt niet af over de tijd. Tenslotte is zichtbaar dat in de ZIO-regio er sprake is van een daling van het zorggebruik in 2017 en landelijk de trend van het zorggebruik voor het specialisme reumatologie toeneemt. Dit duidt mogelijk op een substitutie-effect in de ZIO-regio.

Het specialisme gynaecologie is sinds eind 2015 aanwezig op de Stadspoli. Op basis van de trendanalyses lijkt er geen sprake te zijn van substitutie van zorg binnen het Maastricht UMC+ (figuur 2.4.19 C). De trendanalyse laat geen afname van initiële licht ambulante zorgproducten in het Maastricht UMC+ zien. Het is duidelijk te zien dat het volume van initiële zorgproducten in de anderhalve lijn bovenop het volume van het Maastricht UMC+ komt waardoor het totale volume toeneemt en zelfs meer dan verdubbelt. Deze toename zou mogelijk te maken kunnen hebben met de wijziging in de bekostiging voor het plaatsen van een spiraaltje door de huisarts. Vanaf 2015 ontvangen huisartsen hiervoor een lager bedrag. Echter, als we kijken in de declaratiegegevens van huisartsen in de VGZ-data zien we geen daling in het aantal spiraaltjes geplaatst door huisartsen vanaf 2015 in deze regio. Dit lijkt hiervoor dus geen verklaring te zijn. Verder laat figuur 2.4.20 C zien dat het volume in de overige tweedelijnsinstellingen voor gynaecologische zorg, na een stijging in 2016, een lichte daling laat zien in 2017. Deze daling leidt tot een dalende trend in de totale ZIO-regio. Deze daling is ook terug te zien in de landelijke trend, zij het in mindere mate.

Tenslotte laten de trendanalyses van het specialisme KNO, sinds 2015 aanwezig op de Stadspoli, een afname van initiële licht ambulante zorgproducten zien vanaf 2016 in het Maastricht UMC+ (figuur 2.4.19 D). Op basis hiervan lijkt er dus sprake te zijn van substitutie van licht ambulante zorg binnen het Maastricht UMC+. Daarnaast laat figuur 2.4.20 D zien dat ook het volume in de overige tweedelijnsinstellingen afneemt vanaf de komst van KNO op de Stadspoli. Tenslotte is zichtbaar dat in de ZIO-regio er sprake is van een daling van het zorggebruik in de tweede lijn en landelijk de trend van het zorggebruik voor het specialisme KNO gelijk blijft. Dit duidt mogelijk op een substitutie-effect in de ZIO-regio.



Figuur 2.4.19 Trendanalyses Stadspoli en Maastricht UMC+: de trend van het aantal initiële licht ambulante zorgproducten per 1.000 personen voor de periode 2014 t/m 2017 voor dermatologie (A), reumatologie (B), gynaecologie (C) en KNO (D)



Figuur 2.4.20 Trendanalyses Maastricht UMC+ en overige tweedelijnsinstellingen (excl. Stadspoli): de trend van het aantal initiële licht ambulante zorgproducten per 1.000 VGZ verzekerden voor de periode 2014 t/m 2017 voor dermatologie (A), reumatologie (B), gynaecologie (C) en KNO (D)

Kanttekeningen:

- Voor de analyses van de kosten per patiënt was het niet mogelijk om zorgkosten gemaakt in de eerste lijn en in andere zorginstellingen dan het Maastricht UMC+ mee te nemen omdat de verschillende databronnen niet gekoppeld konden worden, o.a. vanwege regels betreffende de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) binnen de verschillende organisaties.
- Er zijn mogelijk nog andere variabelen waarvoor niet gecorrigeerd kon worden in de analyses van de kosten per patiënt ('hidden bias').
- De analyses van de gemiddelde zorgkosten per patiënt geven mogelijk een onderschatting van de kostenbesparingen per patiënt omdat overige zorgkosten, zoals kosten in de eerste lijn en kosten voor aanvullende diagnostiek niet zijn meegenomen.
- Daartegenover is het ook mogelijk dat de analyses een overschatting van de gemiddelde kostenbesparingen per patiënt geven omdat de verrekening van kosten die plaatsvindt voor de groep patiënten die ná een consult op de Stadspoli alsnog wordt doorverwezen naar het ziekenhuis niet zijn meegenomen.
- De trendanalyses geven mogelijk een overschatting van het substitutiepotentieel weer. Een deel van de patiënten waarvoor een licht ambulante (substitueerbaar) zorgproduct wordt gedeclareerd, en die dus meegenomen wordt in deze trendanalyses, zal mogelijk toch ziekenhuiszorg nodig hebben en dus niet gesubstitueerd kunnen worden naar de Stadspoli.
- Daartegenover is het ook mogelijk dat de trendanalyses een onderschatting van het substitutiepotentieel weergeven. Enkel de licht ambulante zorgproducten zijn geselecteerd. Eventueel zijn ook zwaardere zorgproducten substitueerbaar naar de Stadspoli.
- Door het ontbreken van registratie van het specialisme op de Stadspoli in de declaratiegegevens van de zorgverzekeraar was het niet mogelijk om in de trendanalyses de volumes per specialisme in de anderhalve lijn te visualiseren en te vergelijken met volumes van alle overige tweedelijnsinstellingen in de regio.

2.5 Bevindingen anderhalvelijnszorg in de proeftuin MijnZorg

De bevindingen beschreven in dit hoofdstuk hebben, met uitzondering van de ervaring van zorgprofessionals en de trendanalyses, betrekking op het specialisme cardiologie. In de bijlagen X en XI zijn de bevindingen met betrekking tot de specialismen KNO, kleine chirurgie, dermatologie en interne geneeskunde weergegeven.



Vragenlijstonderzoek bij patiënten (cardiologie)

In totaal hebben 437 patiënten uit de interventiegroep de eerste vragenlijst (T0) ingevuld en 326 patiënten uit de controlegroep (zie tabel 2.5.1). Ruim 70% van de patiënten uit de interventiegroep en 80% van de patiënten uit de controlegroep hebben alle drie de vragenlijsten ingevuld (T0, T1 en T2).

Demografische kenmerken

Tabel 2.5.2 laat zien dat de patiënten uit de interventie- en controlegroep verschillen in leeftijd; patiënten uit de controlegroep zijn gemiddeld ouder. De verdeling in geslacht, opleidingsniveau en geboorteland is niet significant verschillend tussen de groepen.

Tabel 2.5.1. Respons en uitval per vragenlijst binnen de interventie- en controlegroep

	Interventiegroep	Controlegroep
Respons per vragenlijst^a n (%)		
Vragenlijst 1 (T0)	437 (23,9%)	326 (12,0%)
Vragenlijst 2 (T1)	370 (20,2%)	291 (10,7%)
Vragenlijst 3 (T2)	321 (17,8%)	261 (8,7%)
Uitval per vragenlijst^b n (%)		
Vragenlijst 2 (T1)	67 (15,3%)	35 (10,7%)
Vragenlijst 3 (T2)	116 (26,5%)	65 (19,9%)

^a Het responspercentage is berekend a.d.h.v. het totaal aantal consulten dat plaats vond bij PlusPunt MC/het ziekenhuis gedurende de periode dat er patiënten werden geïncludeerd voor het vragenlijstonderzoek.

^b Uitval per vragenlijst is berekend a.d.h.v. het totaal aantal patiënten dat geïncludeerd is op T0 en die T1 en T2 niet meer hebben ingevuld.

Tabel 2.5.2 Demografische kenmerken van de patiënten uit de interventie- en controlegroep binnen het vragenlijstonderzoek op T0

	Interventiegroep (n = 437)	Controlegroep (n = 326)	p-waarde
Leeftijd gemiddelde (sd)	57,3 (13,2)	63,9 (12,9)	≤0,000 *
Geslacht % (n)			
Man	47,7% (209)	51,2% (167)	
Vrouw	52,3% (228)	48,8% (159)	0,336
Opleidingsniveau^a % (n)			
Laag	33,2% (145)	42,0% (137)	
Midden	46,0% (201)	38,7% (126)	
Hoog	18,1% (79)	17,5% (57)	
Anders	2,7% (12)	1,8% (6)	0,054
Geboorteland % (n)			
Nederland	93,8% (410)	95,1% (310)	
Anders	6,2% (27)	4,6% (15)	
Onbekend	-	0,3% (1)	0,350

Statistisch getest met chikwadrattoetsen en T-toetsen.

* De groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

^a Ingedeeld a.d.h.v. de Standaard Onderwijsindeling (SOI) van het CBS (16).

Gezondheid van de populatie



Belangrijkste bevinding m.b.t. de gezondheid van de populatie:

Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat anderhalvelijnszorg en reguliere ziekenhuiszorg leiden tot dezelfde uitkomsten op het gebied van ervaren gezondheid. Bij beide groepen is er sprake van een lichte verbetering van de ervaren gezondheid over de tijd.

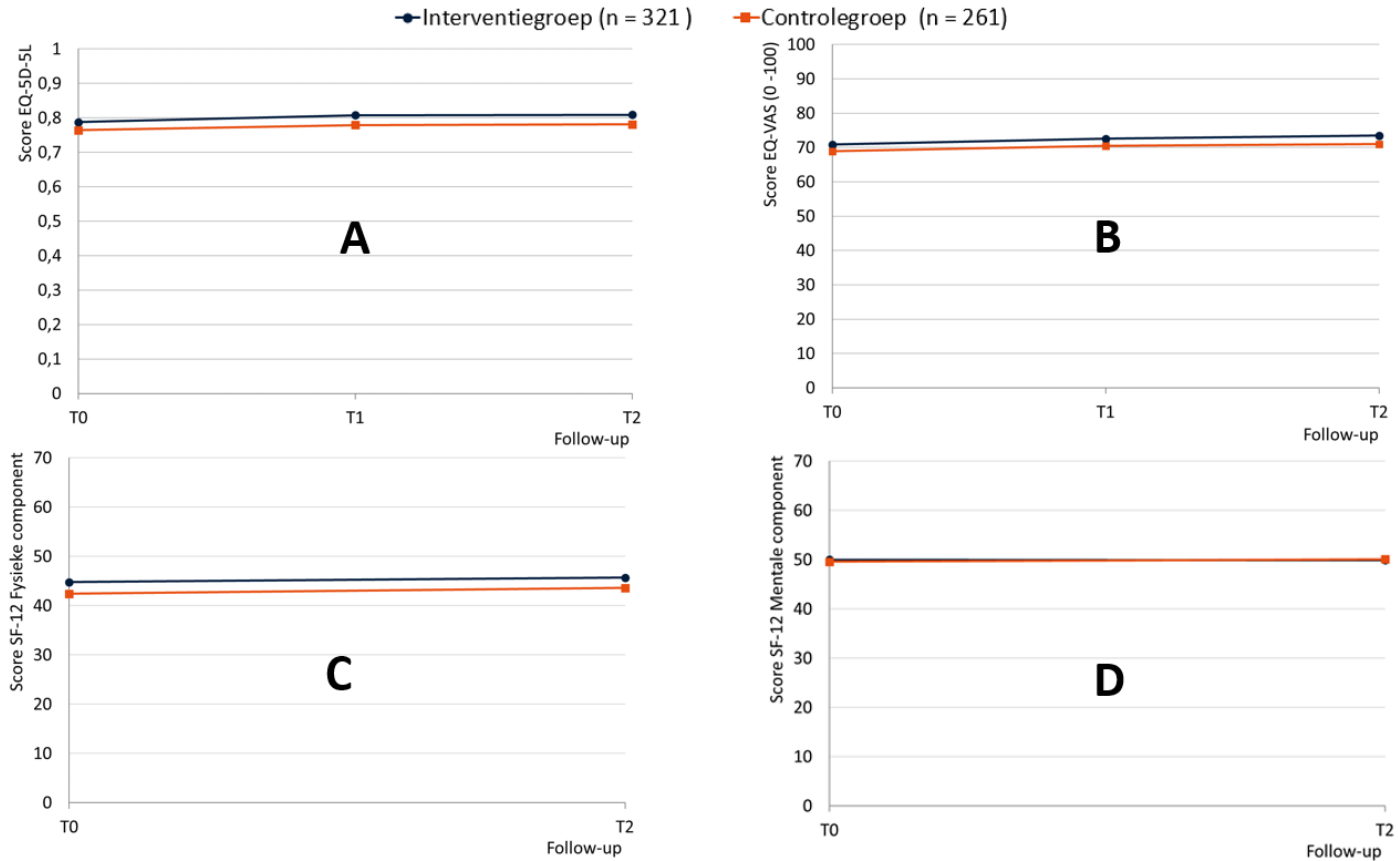
Zie figuur 2.5.1 voor de gemiddelde scores van de interventie- en controlegroep op de EQ-5D-5L (A) en EQ-VAS (B), de fysieke component van de SF-12 (C) en de mentale component van de SF-12 (D). Multilevel-analyses, die rekening houden met de afhankelijkheid van de scores van patiënten binnen de meetmomenten, zijn gebruikt om de scores statistisch te toetsen. Onafhankelijke variabelen waren tijd, groep (interventie- en controlegroep) en de interactie tussen tijd en groep. Tevens zijn de variabelen leeftijd en geslacht als onafhankelijke variabelen meegenomen om te corrigeren voor potentiële verschillen tussen de groepen (17). P-waarden $<0,05$ zijn als significant beschouwd.

Op drie uitkomstmaten (EQ-5D-5L, EQ-VAS en de mentale component van de SF-12) verschillen de groepen niet. Alleen op de fysieke component van de SF-12 verschillen de groepen significant; de interventiegroep scoort gemiddeld iets hoger (d.w.z. beter). Verder blijkt uit de analyses van de EQ-5D-5L (A), de EQ-VAS (B) en de fysieke component van de SF-12 (C) dat de ervaren gezondheid van de patiënten, zowel binnen de interventie- als de controlegroep, significant

verbetert over de tijd. De scores met betrekking tot de mentale gezondheid (D) veranderen niet over de tijd. Er is geen significante interactie tussen tijd en groep; de toename in de tijd is hetzelfde voor de interventie- als voor de controlegroep. Samengevat kan worden geconcludeerd dat anderhalvelijnszorg en reguliere ziekenhuiszorg leiden tot dezelfde uitkomsten op het gebied van ervaren gezondheid.

Kanttekeningen:

- Er is gekozen om in dit onderzoek de gezondheid van de populatie te meten met generieke meetinstrumenten om vergelijkingen tussen de verschillende deelnemende specialismen, vormen van anderhalvelijnszorg en proeftuinen mogelijk te maken en eveneens een vergelijking met het landelijk onderzoek van het RIVM. Een nadeel van generieke meetinstrumenten is dat deze minder gevoelig zijn voor kleine veranderingen en effecten (over de tijd).
- Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van vragenlijsten ingevuld door patiënten. Er is geen gebruik gemaakt van specifiek op de klacht c.q. aandoening gerichte klinische uitkomstmaten om de gezondheid van de studiepopulatie (over de tijd) te meten.
- De studiepopulatie bestaat uit laagrisicopatiënten met niet-acute en laagcomplexere zorgvragen met op baseline al hoge scores op de ervaren gezondheid. Dit verklaart mogelijk waarom er weinig effecten op de ervaren gezondheidsstatus zijn gevonden.



Figuur 2.5.1 Gezondheid van de studiepopulatie - gemiddelde scores van de interventie- en de controlegroep op de EQ-5D-5L (A), de EQ-VAS (B), de fysieke (C) en mentale (D) component van de SF-12 van patiënten die alle drie de vragenlijsten (T0, T1 en T2) hebben ingevuld.

Ervaren kwaliteit van zorg door patiënten



Belangrijkste bevindingen m.b.t. de ervaren kwaliteit van zorg door patiënten:

- De patiënten zijn (zeer) positief over de kwaliteit van zorg geleverd bij PlusPunt MC en het ziekenhuis.
- PlusPunt MC scoort op 24 van de 25 gemeten items significant hoger (d.w.z. beter) in vergelijking met reguliere ziekenhuiszorg.
- De patiënten uit de interventiegroep geven PlusPunt MC gemiddeld een 9 als rapportcijfer en de patiënten uit de controlegroep geven het ziekenhuis een 8.
- De wachttijd voor een consult bij PlusPunt MC is significant korter dan de wachttijd voor een consult bij het ziekenhuis.

De vragen met betrekking tot de ervaren kwaliteit van zorg zijn op T1 ingevuld door 370 patiënten uit de interventiegroep en 291 patiënten uit de controlegroep. De uitkomsten op het vragenlijstonderzoek zijn statistisch getoetst met chikwadraattoetsen en T-toetsen. P-waarden $<0,05$ zijn als significant beschouwd. In de analyse zijn de antwoordcategorieën 'ja helemaal' en 'grotendeels' samengevoegd net als de antwoordcategorieën 'een beetje' en 'nee helemaal niet'. In de figuren is dit aangegeven met een witte stippellijn.

De patiënten uit zowel de interventie- als de controlegroep zijn (zeer) positief over de kwaliteit van zorg geleverd bij PlusPunt MC en het ziekenhuis. Uit de statistische analyses blijkt dat de interventiegroep op 24 van de 25 items significant hoger scoort dan de controlegroep ($p < 0,05$). Dat wil zeggen dat de patiënten die een consult hebben gehad bij PlusPunt MC de kwaliteit van zorg beter beoordelen in vergelijking met patiënten die reguliere zorg bij de specialist in het ziekenhuis hebben ontvangen. Het enige item waarop de groepen niet significant verschillen is 'Vindbaarheid & bereikbaarheid' (zie bijlage IX).

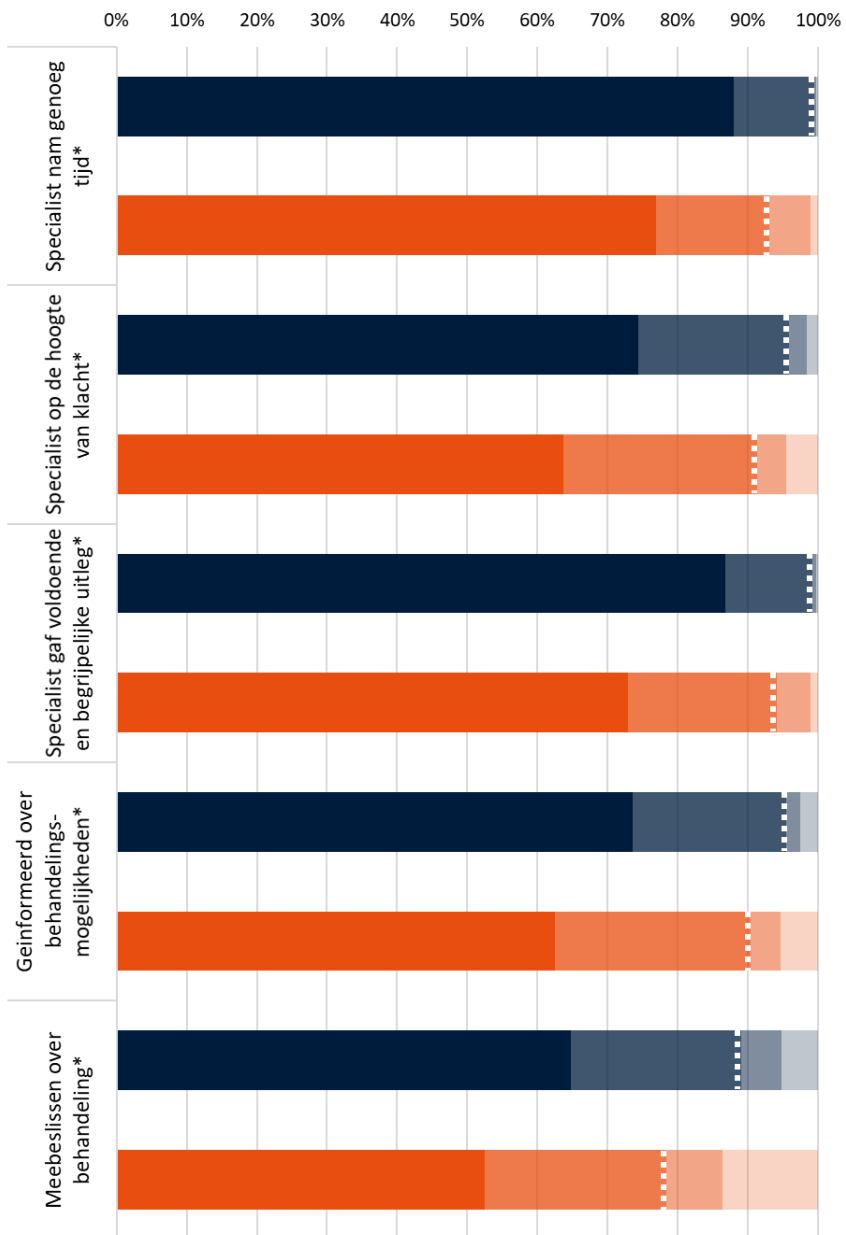
Figuur 2.5.2 presenteert vijf items die betrekking hebben op de ervaring van de patiënt met het consult bij de specialist. Over het algemeen zijn de patiënten in beide groepen positief over het consult met de specialist. Echter de patiënten die een consult hadden bij de specialist bij PlusPunt MC (interventiegroep) zijn significant positiever over de kwaliteit van zorg in vergelijking met patiënten die een consult bij de specialist hadden in het ziekenhuis (controlegroep).

Figuur 2.5.3 beschrijft de mate waarin de patiënten (op een schaal van slecht tot uitstekend) de samenwerking en afstemming tussen de huisarts en de specialist bij PlusPunt MC of het ziekenhuis beoordelen. Van de patiënten uit de interventiegroep beoordeelt 54,1% de samenwerking en afstemming als 'uitstekend' ten opzichte van 23,7% van de patiënten uit de controlegroep.

In figuur 2.5.4 zijn de rapportcijfers weergegeven. De patiënten uit de interventiegroep geven PlusPunt MC gemiddeld een 9,0 en de specialist een 8,9. Deze rapportcijfers zijn significant hoger dan de 8,0 en 8,3 gegeven door de patiënten uit de controlegroep.

Tot slot laat figuur 2.5.5 zien dat significant meer patiënten uit de interventiegroep PlusPunt MC en de specialist die hen geholpen heeft, zouden aanbevelen bij familie en vrienden in vergelijking met de controlegroep. Met name het verschil in 'ja helemaal' is opvallend; in de interventiegroep hebben 93,8% en 82,7% van de patiënten 'Ja helemaal' ingevuld ten opzichte van 50,2% en 65,4% in de controlegroep.

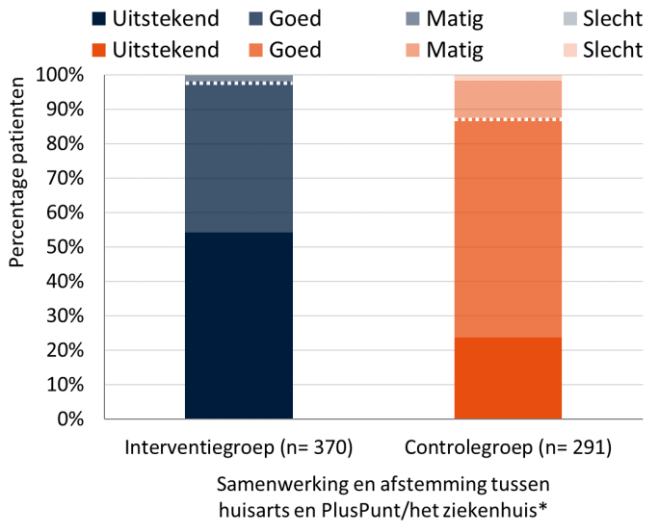
Interventiegroep: ■ Ja, helemaal ■ Grotendeels ■ Een beetje ■ Nee, helemaal niet
 Controlegroep: ■ Ja, helemaal ■ Grotendeels ■ Een beetje ■ Nee, helemaal niet



Statistisch getest met een chikwadrattoets.

* De groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

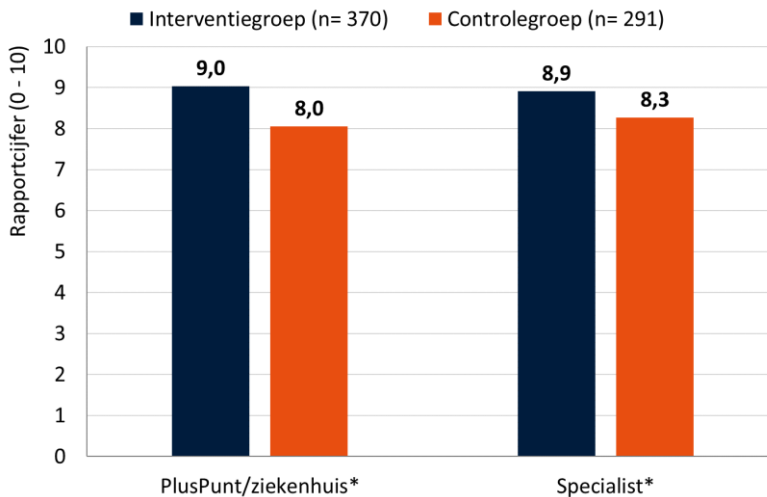
Figuur 2.5.2 Ervaren kwaliteit van zorg – consult met de specialist



Statistisch getest met een chikwadrattoets.

* De groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

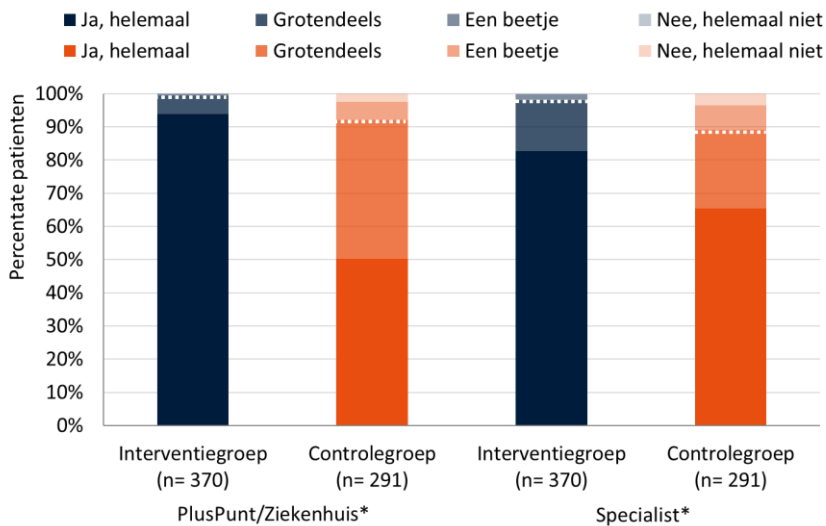
Figuur 2.5.3 Ervaren kwaliteit van zorg - samenwerking en afstemming tussen huisarts en specialist bij PlusPunt MC/ in het ziekenhuis



Statistisch getest met een T-toets.

* De groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

Figuur 2.5.4 Ervaren kwaliteit van zorg - rapportcijfers



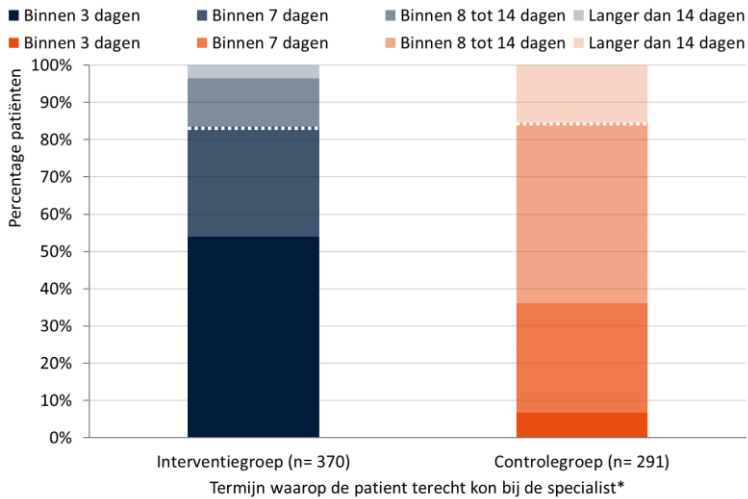
Statistisch getest met een chikwadrattoets.

* De groepen verschillen statistisch significant met een p -waarde $<0,05$.

Figuur 2.5.5 Ervaren kwaliteit van zorg - aanbevelen PlusPunt MC/ het ziekenhuis en de specialist bij familie en vrienden

Tijdigheid

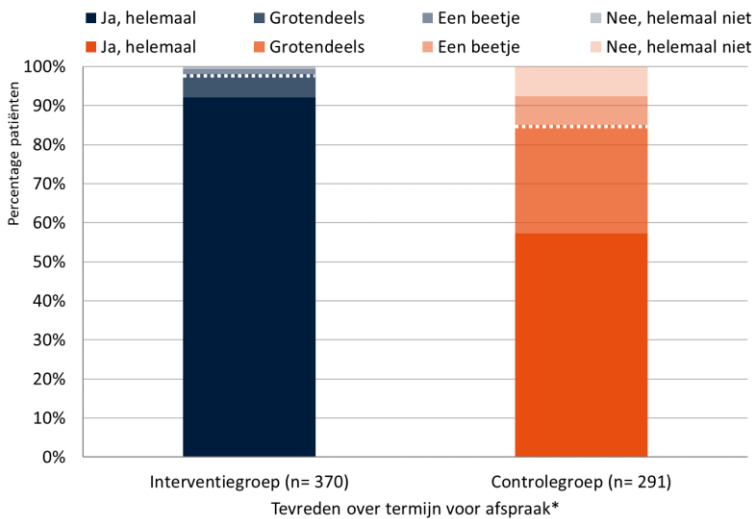
De wachttijd tussen de verwijzing van de huisarts en de afspraak bij de specialist was voor patiënten met een verwijzing naar PlusPunt MC significant lager. Uit figuur 2.5.5 blijkt dat 53,9% van de patiënten uit de interventiegroep binnen drie dagen terecht kon bij PlusPunt MC ten opzichte van 6,7% van de patiënten uit de controlegroep. Daarnaast toont figuur 2.5.6 dat 92,1% van de patiënten uit de interventiegroep helemaal tevreden is over de wachttijd; in de controlegroep was dit 57,3%. De mate van tevredenheid is significant verschillend tussen de groepen.



Statistisch getest met een chikwadrattoets.

* De groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

Figuur 2.5.6 Tijdigheid - wachttijd tussen de verwijzing van de huisarts en de afspraak met de specialist



Statistisch getest met een chikwadrattoets.

* De groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

Figuur 2.5.7 Tijdigheid - tevredenheid over de termijn (wachttijd) waarop patiënten gezien konden worden door de specialist

In bijlage IX worden de resultaten van de overige items gerelateerd aan de ervaren kwaliteit van zorg door patiënten met betrekking tot het specialisme cardiologie weergegeven. In de bijlagen X zijn de bevindingen van de ervaren kwaliteit van zorg door patiënten met betrekking tot de specialismen KNO, kleine chirurgie, dermatologie en interne geneeskunde weergegeven.

Kanttekeningen:

- Naast patiëntgerichtheid en tijdigheid zijn er volgens het Institute of Medicine (IOM) nog vier andere criteria of doelen van kwalitatief goede zorg: effectiviteit, veiligheid, efficiëntie en gelijkwaardigheid (18). Deze vier criteria zijn niet meegenomen in dit onderzoek.

Ervaring zorgprofessionals



Belangrijkste bevindingen m.b.t. de ervaring van zorgprofessionals:

- De meerderheid van de huisartsen vindt dat hij/zij de regie behoudt en er (bijna) altijd terugkoppeling plaatsvindt als een patiënt ná PlusPunt MC alsnog is doorverwezen naar de tweede lijn.
- Een deel van de huisartsen geeft aan dat het niet duidelijk is welke patiënten bij PlusPunt MC terecht kunnen.
- Bij meer dan de helft van de specialisten is het werkplezier toegenomen door de komst van PlusPunt MC.
- De prettige patiëntvriendelijke sfeer en laagdrempeligheid worden als positieve punten van PlusPunt MC genoemd.
- Huisartsen en specialisten zijn van mening dat PlusPunt MC vooral effect heeft op het aantal verwijzingen naar de tweede lijn.
- De samenwerking en kennisoverdracht tussen de zorgprofessionals is nog niet optimaal.

Het vragenlijstonderzoek naar de ervaring van zorgprofessionals heeft betrekking op alle specialismen die op het moment van meting (oktober 2018) aanwezig waren bij PlusPunt MC. De vragenlijst is ingevuld door 37 van de 130 huisartsen die werkzaam zijn in de regio Oostelijk Zuid-Limburg (respons 28,5%). Daarnaast hebben 17 van 20 specialisten en gespecialiseerde- en kaderhuisartsen die werkzaam zijn bij PlusPunt MC de vragenlijst ingevuld

(respons 85%). Specialisten en gespecialiseerde- en kaderhuisartsen zijn hieronder onder de noemer 'specialisten' samengebracht. In tabel 2.5.3 is een aantal kenmerken van de deelnemers aan het vragenlijstonderzoek weergegeven.

Tabel 2.5.3 Kenmerken van de deelnemers aan het vragenlijstonderzoek bij de zorgprofessionals

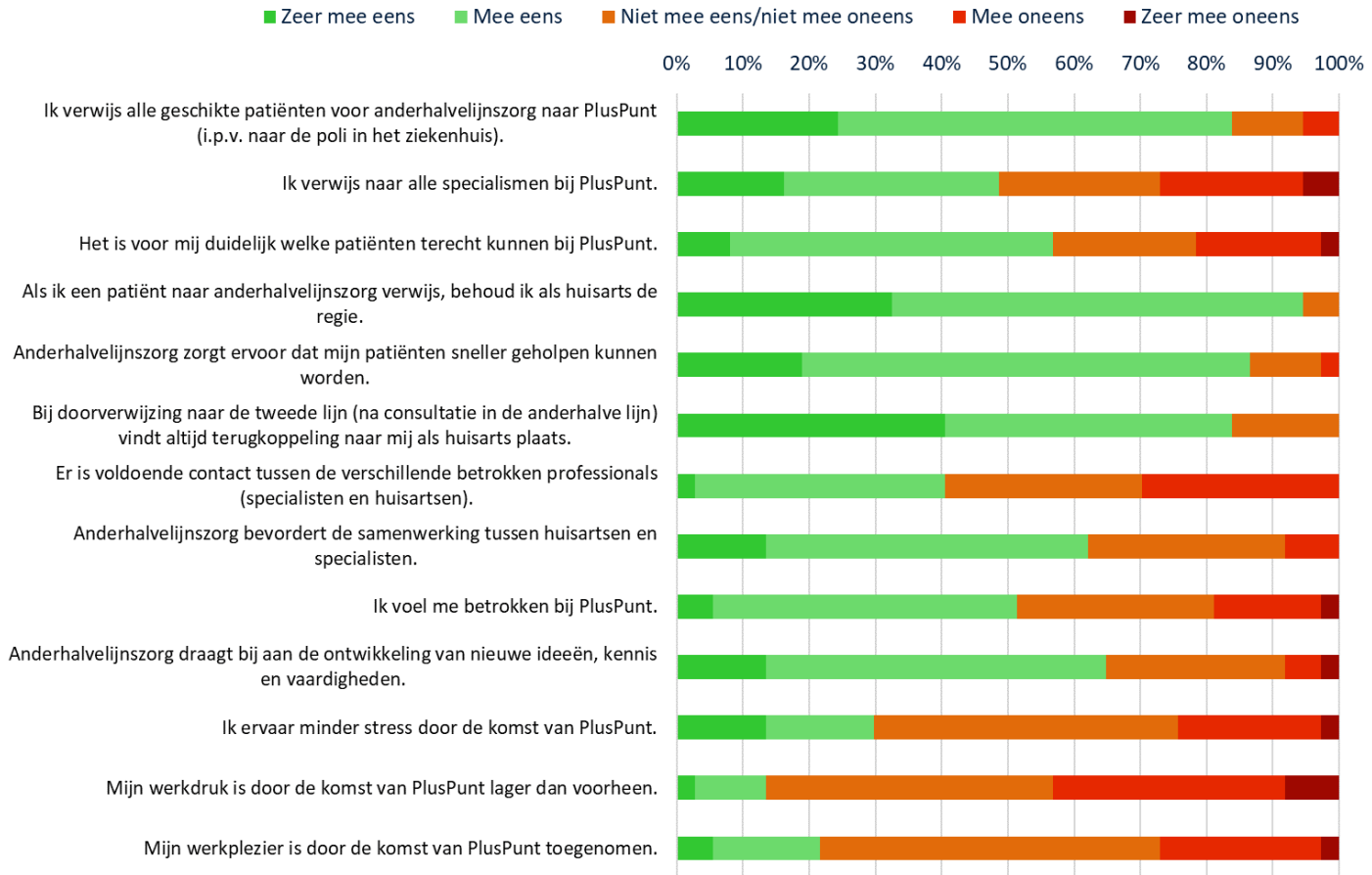
	Huisartsen (n=37)	Specialisten ^a (n=17)
Respons % (n)	28,5% (37)	85,0% (17)
Geslacht % (n)		
Man	54,1% (20)	52,9% (9)
Vrouw	45,9% (17)	47,1% (8)
Leeftijd % (n)		
Jonger dan 35 jaar	18,9% (7)	-
Tussen 36 en 55 jaar	56,8% (21)	70,6% (12)
Ouder dan 55 jaar	24,3% (9)	29,4% (5)
Werkzaam in huidige functie % (n)		
Minder dan 5 jaar	21,6% (8)	11,8% (2)
Tussen de 5 en 25 jaar	56,8% (21)	64,7% (11)
Meer dan 25 jaar	21,6% (8)	23,5% (4)
Arbeidsrol binnen huisartsenpraktijk % (n)		
Waarnemer	21,6% (8)	
In dienst	5,4% (2)	n.v.t.
Praktijkhouder	73,0% (27)	
Soort huisartsenpraktijk % (n)		
Solopraktijk	32,4% (12)	n.v.t.
Duopraktijk	29,7% (11)	
Groepspraktijk	37,8% (14)	
Dagdelen werkzaam in 1,5^e lijn % (n)		
Een dagdeel per maand		5,9% (1)
Twee dagdelen per maand	n.v.t.	23,5% (4)
Een dagdeel per week		41,2% (7)
Meerdere dagdelen per week		29,4% (5)

^aSpecialisten en gespecialiseerde- en kaderhuisartsen werkzaam bij PlusPunt MC.

Ervaring huisartsen

Figuur 2.5.8 laat de resultaten van het vragenlijstonderzoek onder huisartsen zien. Het blijkt dat 83% van de huisartsen alle geschikte patiënten voor anderhalvelijnszorg verwijst naar PlusPunt MC (en niet naar het ziekenhuis). Echter 56,8% van de huisartsen geeft aan dat het duidelijk is welke patiënten terecht kunnen bij PlusPunt MC. Verder geeft 48,7% van de huisartsen aan dat hij/zij verwijst naar alle specialismen die aanwezig zijn bij PlusPunt MC. Deze percentages zijn tegenstrijdig: aan de ene kant geeft 83% van de huisartsen aan dat ze alle geschikte patiënten naar PlusPunt MC verwijzen, terwijl voor een deel van de huisartsen het niet duidelijk is welke patiënten terecht kunnen bij PlusPunt MC en bovendien geeft meer dan de helft aan dat hij/zij niet naar alle specialismen verwijst.

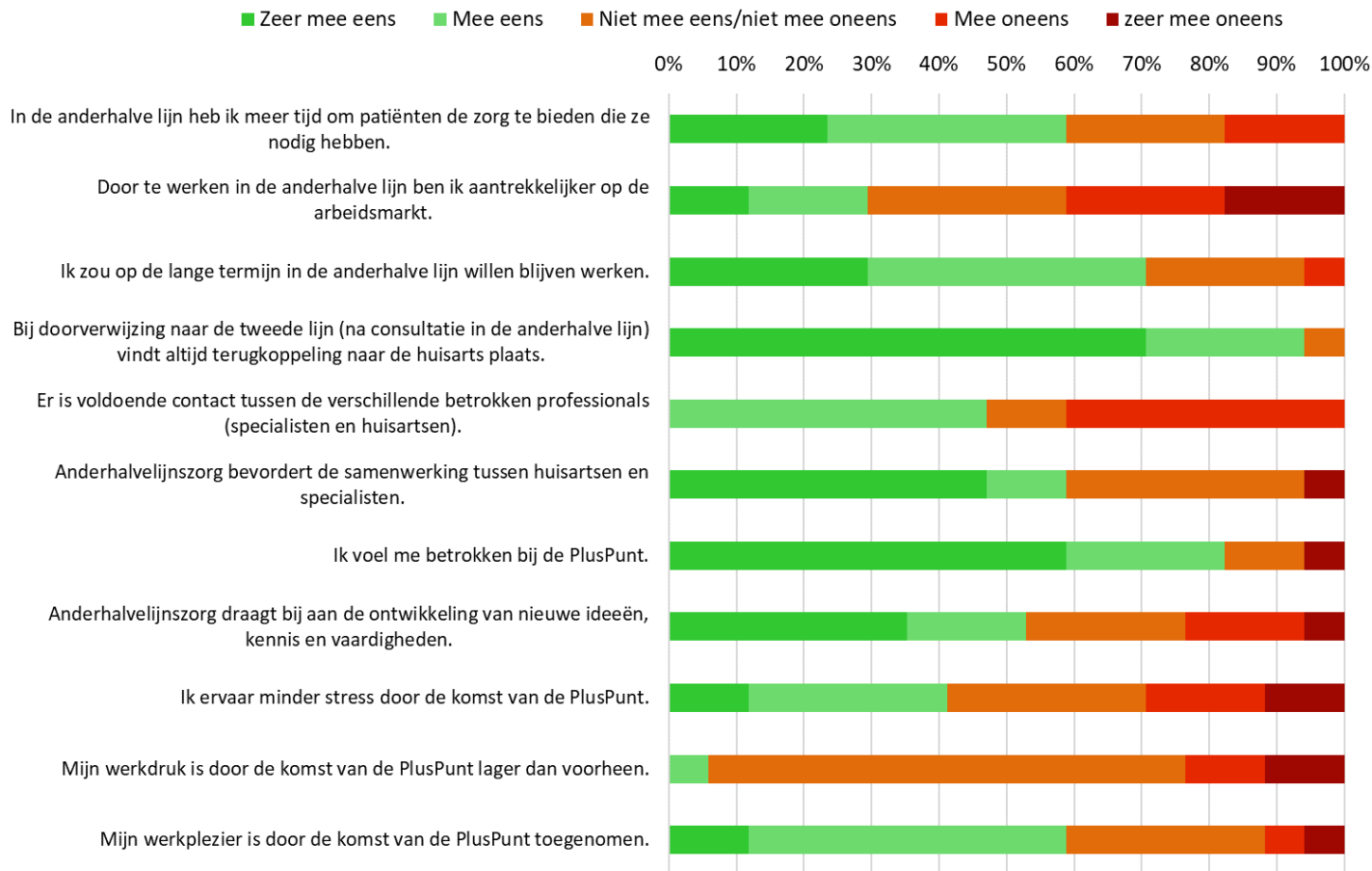
Een belangrijk kenmerk van anderhalvelijnszorg is dat huisartsen de regie behouden. Van de huisartsen geeft 94,6 % aan dat dit ook zo is. Daarnaast is 83% van de huisartsen het ermee eens dat er altijd terugkoppeling plaatsvindt als de specialist bij PlusPunt MC de patiënt alsnog doorverwijst naar de tweede lijn. Van de huisartsen vindt 62,2% dat anderhalvelijnszorg de samenwerking tussen huisartsen en specialisten bevordert, vindt 40,5% dat er voldoende contact is tussen de zorgprofessionals en voelt de helft van de huisartsen (51,2%) zich betrokken bij PlusPunt MC. Volgens 64,9% draagt anderhalvelijnszorg bij aan de ontwikkeling van nieuwe ideeën, kennis en vaardigheden. Tot slot lijkt de komst van PlusPunt MC weinig positieve invloed te hebben op het werkplezier, de werkdruk en de ervaren stress van huisartsen.



Figuur 2.5.8 Ervaring zorgprofessionals - uitkomsten vragenlijstonderzoek bij huisartsen weergegeven in percentages

Ervaring specialisten

Figuur 2.5.9 toont de resultaten van het vragenlijstonderzoek bij specialisten. Hieruit komt naar voren dat 58,8% van de specialisten vindt dat ze in de anderhalve lijn meer tijd hebben om patiënten zorg te bieden. Daarnaast verwacht 29,4% dat werken in de anderhalvelijnszorg hen aantrekkelijker maakt op de arbeidsmarkt. Daartegenover geeft 70,6% van de specialisten aan dat hij/zij op de lange termijn in de anderhalve lijn wil blijven werken. Van de specialisten geeft 94,4% aan dat er bij doorverwijzing naar de tweede lijn altijd terugkoppeling plaatsvindt naar de huisarts en 58,8% vindt dat anderhalvelijnszorg de samenwerking bevordert. De helft van de specialisten (47,1%) vindt dat er voldoende contact is tussen de zorgprofessionals. Bijna alle specialisten (82,4%) voelen zich betrokken bij PlusPunt MC. Verder is 52,9% van de specialisten het ermee eens dat anderhalvelijnszorg bijdraagt aan de ontwikkeling van nieuwe ideeën, kennis en vaardigheden. Tot slot, is door de komst van PlusPunt MC bij 58,8% van de specialisten het werkplezier toegenomen, ervaart 41,2% minder stress, en ervaart 5,9% (maar één specialist) minder werkdruk.

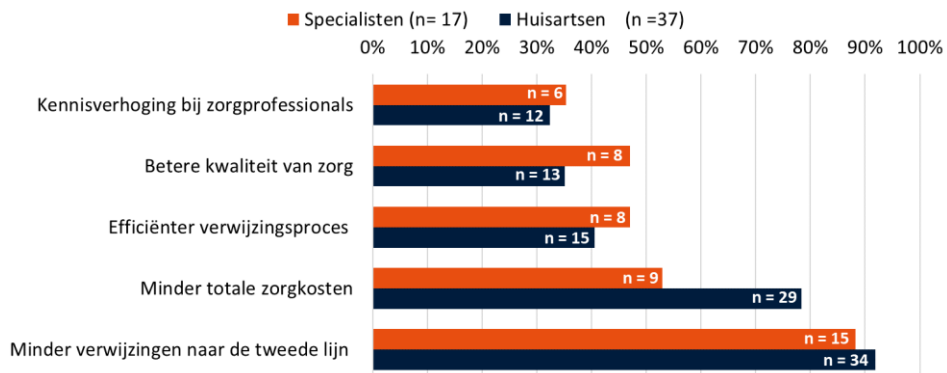


Figuur 2.5.9 Ervaring zorgprofessionals - uitkomsten vragenlijstonderzoek bij specialisten weergegeven in percentages

Overige uitkomsten van het vragenlijstonderzoek bij zorgprofessionals

In de vragenlijst hebben huisartsen en specialisten daarnaast aangegeven welke effecten de invoering van anderhalvelijnszorg volgens hen heeft. Er konden meerdere opties worden aangekruist. Figuur 2.5.10 laat zien dat de meerderheid van de huisartsen (91,9%) en de specialisten (88,2%) 'minder verwijzingen naar de tweede lijn' aan heeft gekruist als een effect van anderhalvelijnszorg. 'Kennisverhoging bij zorgprofessionals' werd door één op de drie zorgprofessionals gezien als een effect van anderhalvelijnszorg en scoort daarmee het laagst.

Tot slot gaven zowel de huisartsen als de specialisten aan dat er verbetering mogelijk is op het gebied van communicatie en samenwerking en in het bijzonder kennisoverdracht. Er worden verschillende mogelijkheden genoemd om dit te verbeteren zoals uitgebreider advies vanuit de specialist bij PlusPunt MC via brief of telefonisch, het organiseren van een multidisciplinair overleg, scholing en het houden van gezamenlijke spreekuren. De prettige patiëntvriendelijke (werk)sfeer en de laagdrempeligheid van anderhalvelijnszorg zijn meerdere malen als positief punt genoemd.



Figuur 2.5.10 Mogelijke effecten van anderhalvelijnszorg volgens zorgprofessionals

Kanttekeningen:

- Er is mogelijk sprake van responsbias bij de huisartsen omdat een bepaalde selectie van huisartsen heeft geparticipeerd in het vragenlijstonderzoek. De reden waarom een huisarts wel of niet heeft gereageerd is niet onderzocht.
- Binnen dit onderzoek zijn alleen specialisten werkzaam in de anderhalve lijn bevraagd. De opinie over anderhalvelijnszorg in het algemeen onder specialisten (dus ook degenen die niet werkzaam zijn in een anderhalvelijnscentrum) is niet onderzocht.

Zorgkosten



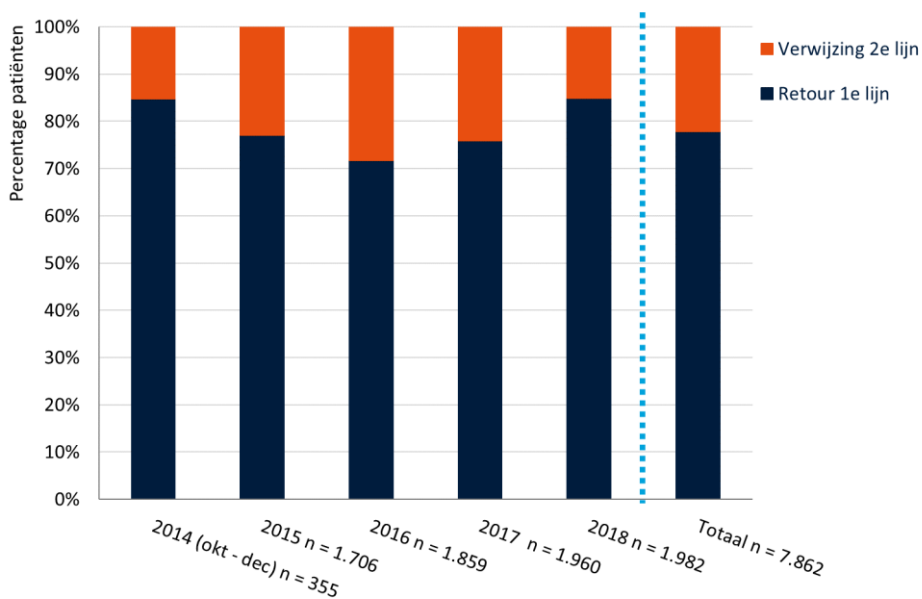
Belangrijkste bevindingen m.b.t. de zorgkosten:

- Na een consult bij PlusPunt MC wordt gemiddeld 22% (N= 1.738) van de patiënten alsnog doorverwezen naar de tweede lijn; 78% (N= 6.124) van de patiënten kan dus verder behandeld worden in de eerste lijn. (cardiologie)
- De gemiddelde zorgkosten voor een patiënt die verwezen is naar PlusPunt MC liggen significant lager dan de zorgkosten voor een patiënt die is verwezen naar reguliere ziekenhuiszorg. Dit geldt voor zowel de initiële kosten als voor de vervolgcosten gemeten tot en met negen maanden na het eerste consult. (cardiologie)
- De regionale trendanalyses laten in het algemeen, dat wil zeggen binnen de meeste specialismen, (nog) geen substitutie-effect zien. Het zorggebruik in de tweede lijn (initiële zorgproducten en nieuwe patiënten) neemt niet af zoals men zou verwachten in het kader van substitutie. Enkel binnen sommige specialismen lijkt er substitutie van zorg plaats te vinden op regionaal niveau, ook wanneer dit wordt vergeleken met de trend in een controleregio en met de landelijke trend.

Verwijsbeslissing van de specialist bij PlusPunt MC (cardiologie)

Na een consult bij PlusPunt MC geeft de cardioloog een advies over het vervolgtraject. Dit advies wordt de verwijsbeslissing genoemd. De specialist kan de patiënt retour sturen naar de huisarts, of de specialist vindt een verwijzing naar de tweede lijn wenselijk. Figuur 2.5.11 laat zien dat 77,9% van de patiënten na een consult in de anderhalve lijn verder behandeld kan worden in de eerste lijn. Het percentage patiënten dat volgens de cardioloog aanvullende specialistische zorg nodig heeft in het ziekenhuis is gemiddeld 22,1%. Dit percentage verschilt per jaar. In vergelijking met de andere jaren lag het doorverwijspercentage relatief hoog in 2016, namelijk 28,2%. In 2014 en 2018 lag dit percentage lager dan het gemiddelde, namelijk op 15,2% en 15,1%.

In bijlage XI worden de verwijsbeslissingen voor de specialismen KNO, kleine chirurgie, dermatologie en interne geneeskunde weergegeven.



Figuur 2.5.11 Verwijsbeslissing van de cardioloog bij PlusPunt MC na het consult in de anderhalve lijn gemeten over de periode oktober 2014 tot en met december 2018

Gemiddelde zorgkosten per patiënt in de anderhalve en tweede lijn (cardiologie)

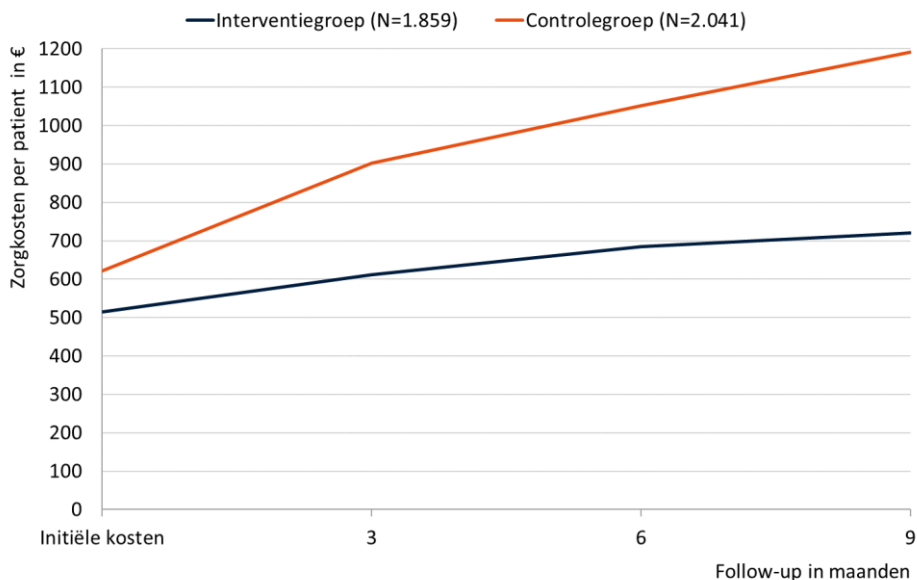
In figuur 2.5.12 zijn de gemiddelde zorgkosten van een patiënt in de anderhalve en tweede lijn weergegeven, opgesplitst naar interventie- en controlegroep, binnen het specialisme cardiologie. De interventiegroep bestaat uit 1.859 patiënten en de controlegroep uit 2.041 patiënten. De interventiegroep bestaat uit alle patiënten die in 2016 een consult hadden bij de cardioloog in PlusPunt MC. De controlegroep bestaat uit patiënten met vergelijkbare klachten die in 2016 een consult hadden bij de cardioloog in het ziekenhuis. Data vóór 2016 waren niet beschikbaar. Dit is anders dan bij de analyses met betrekking tot de zorgkosten per patiënt in de proeftuin Blauwe Zorg. In de analyses aangaande Blauwe Zorg bestaat de interventie- en controlegroep uit patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld en zijn de verschillende databronnen gekoppeld. Dit was niet mogelijk in de proeftuin MijnZorg met als gevolg dat er niet kon worden gecorrigeerd voor onder andere geboorteland, opleidingsniveau en gezondheidsstatus. In deze observationele studie hangt het effect van wel of niet verwezen worden naar PlusPunt MC af van de keuze van de huisarts en/of de patiënt. Er is dus geen sprake van randomisatie. Hierdoor is er een kans dat er tussen de interventie- en controlegroep een verschil is in baselinekarakteristieken tussen de twee groepen die een eventueel verschil kan verklaren (confounding). In de statistische analyses is rekening gehouden met de invloed van leeftijd en geslacht op de uitkomstmaat (17). Elke patiënt is negen maanden gevolgd.

De initiële zorgkosten van een patiënt in de interventiegroep worden bepaald door de kosten van de diagnostiek en het consult bij PlusPunt MC waarvoor een integraal tarief is vastgesteld. De vervolggkosten worden bepaald door de kosten van de gedeclareerde zorgproducten binnen het specialisme cardiologie in de tweede lijn. De zorgkosten van een patiënt uit de controlegroep bestaan uit alle gedeclareerde zorgproducten binnen het specialisme cardiologie in de tweede lijn waarbij de initiële zorgkosten gelijk zijn aan de kosten van het eerste gedeclareerde zorgproduct. Voor het berekenen van de kosten van de zorgproducten is er gebruik gemaakt van de landelijk gemiddelde prijzen (18). Verder is het belangrijk om te vermelden dat er een verrekening van kosten plaatsvindt voor alle patiënten die ná een consult bij PlusPunt MC alsnog

worden doorverwezen naar de cardioloog in het ziekenhuis. De kosten gemaakt bij PlusPunt MC worden in mindering gebracht op de tweede lijn. Dit is een afspraak tussen de zorgverzekeraar, het ziekenhuis en PlusPunt MC. Overige zorgkosten, zoals zorgkosten in de eerste lijn, zijn niet meegenomen in de analyses omdat data hierover ontbrak. Met name voor patiënten uit de interventiegroep die vanuit PlusPunt MC retour worden verwezen naar de huisarts is de kans aanwezig dat na een consult in de anderhalve lijn ook in de eerste lijn nog kosten gemaakt worden, bijvoorbeeld voor consulten en medicatie.

Uit de statistische analyses blijkt dat de initiële kosten en de vervolgcosten op drie, zes en negen maanden significant lager zijn voor patiënten uit de interventiegroep (zie figuur 2.5.12). Het verschil tussen de groepen wordt over de tijd groter, wat wil zeggen dat de kosten gemiddeld minder sterk toenemen voor patiënten uit de interventiegroep. Het ongecorrigeerde verschil tussen de initiële zorgkosten van de interventie- en controlegroep is €108 per patiënt. Gecorrigeerd voor eventuele verschillen tussen de groepen is dit verschil €94. De verrekking van kosten die plaatsvindt is essentieel, als deze niet plaats zou vinden dan zouden de initiële en vervolgcosten nog steeds lager zijn voor patiënten uit de interventiegroep. Maar de verschillen in kosten tussen de interventie- en controlegroep zullen kleiner zijn.

Uit de data blijkt dat een deel van de patiënten extreem hoge zorgkosten heeft in vergelijking met het merendeel van de studiepopulatie (met een maximum van €22.285 op 9 maanden). Om het effect van deze uitschieters uit te sluiten zijn de analyses herhaald en zijn de patiënten met extreem hoge zorgkosten geëxcludeerd (2,5% van de studiepopulatie). Uit de analyses blijkt dat de uitschieters geen noemenswaardige invloed hebben op de verschillen tussen de groepen. De initiële kosten en de vervolgcosten op drie, zes en negen maanden zijn na exclusie van de uitschieters nog steeds significant lager voor patiënten uit de interventiegroep. Verder neemt het verschil tussen de groepen toe, wat wil zeggen dat de kosten gemiddeld minder sterk toenemen voor patiënten uit de interventiegroep.



Figuur 2.5.12 Gemiddelde zorgkosten van een patiënt uit de interventie- en controlegroep binnen het specialisme cardiologie gemeten tot en met 9 maanden na het eerst consult in de anderhalve lijn (PlusPunt MC) en tweede lijn (Zuyderland MC)

Toelichting trendanalyses

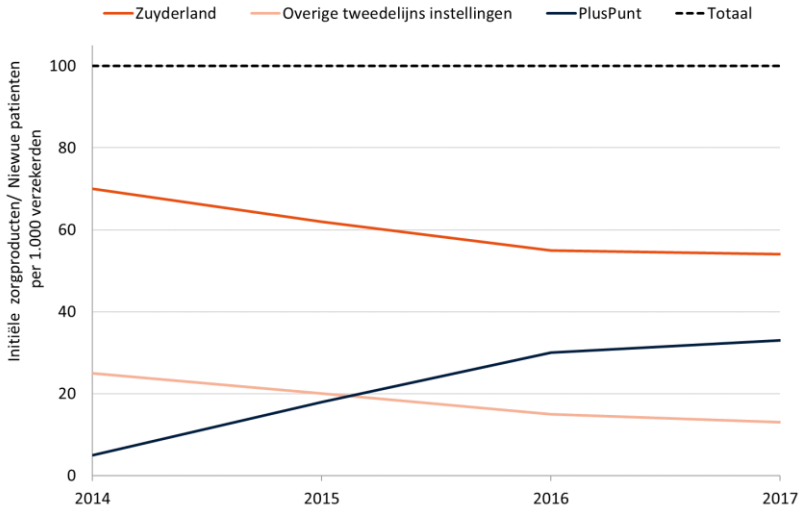
Om de vraag te kunnen beantwoorden ‘*Heeft PlusPunt MC geleid tot substitutie van zorg?*’ zijn er trendanalyses uitgevoerd met declaratiegegevens van CZ. Hiervoor is de OZL-regio (MijnZorg) vergeleken met de trend in een controleregio en met de landelijke trend. Onder de OZL-regio wordt in het kader van deze analyses bedoeld: alle personen die ingeschreven zijn bij een huisarts in de OZL-regio (en bij CZ verzekerd zijn). De controleregio is een regio waarin tussen 2013 en 2017 geen substitutie-initiatieven (zoals anderhalvelijnszorg) geïmplementeerd zijn. PlusPunt MC, Zuyderland MC en CZ hebben zorgproducten geselecteerd waarvan bepaald is dat ze substitueerbaar zijn naar de anderhalve lijn (PlusPunt MC), zogenaamde ‘substitueerbare zorgproducten’. De trendanalyses zijn gebaseerd op deze substitueerbare zorgproducten. De onderzoeksperiode betreft 2014 tot en met 2017. Verder werden alleen zorgproducten van initiële behandelingen (subtrajecten met zorgtype 11) geselecteerd. Zorgproducten van vervolgbehandelingen (subtrajecten met zorgtype 21) en andere zorgtypen zijn niet meegenomen in de analyses.

Er zijn verschillende trendanalyses uitgevoerd waarbij allereerst is gekeken naar de effecten van anderhalvelijnszorg op het zorggebruik van de populatie binnen de OZL-regio. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen het aantal gedeclareerde initiële zorgproducten per jaar en het aantal nieuwe patiënten per jaar. Een nieuwe patiënt is een persoon die minimaal 450 dagen geen zorg heeft ontvangen in de anderhalve of tweede lijn binnen het desbetreffende specialisme. Verder is er gecorrigeerd voor het aantal verzekerden per jaar en in de trendanalyses is dit weergegeven als per 1.000 verzekerden. Substitutie van zorg is, binnen de kaders van dit onderzoek, het verplaatsten van tweedelijnszorg naar de anderhalve lijn. Een stijging van initiële zorgproducten en nieuwe patiënten in de anderhalve lijn (PlusPunt MC) zal dus moeten leiden tot een daling van initiële zorgproducten en nieuwe patiënten in de tweede lijn. In het kader van substitutie van zorg is de verwachting dat in de OZL-regio de trend van tweedelijnszorggebruik sterker zou dalen of minder sterk zou stijgen dan de trend van de controleregio en de landelijke trend. De grafieken in figuur 2.5.13 geven ter verduidelijking een voorbeeld weer van deze verwachting.

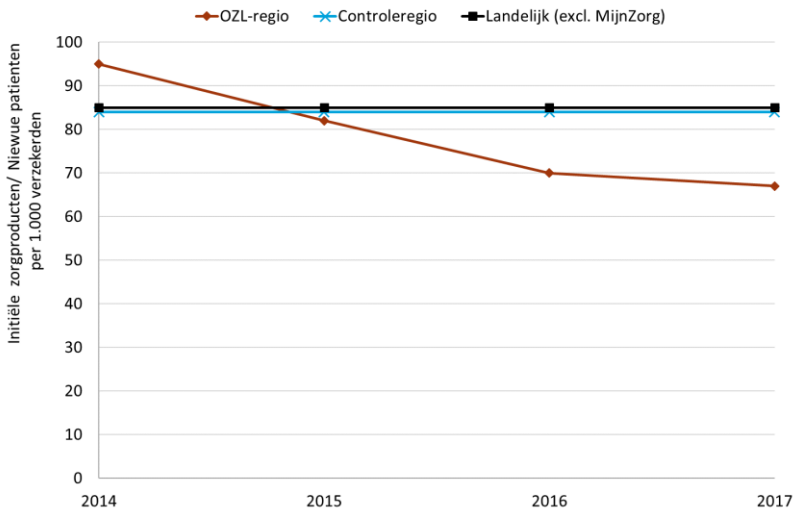
De trendanalyses met betrekking tot anderhalvelijnszorg in de proeftuin MijnZorg zijn in een aantal opzichten verschillend van de trendanalyses van de proeftuin Blauwe Zorg (gepresenteerd in paragraaf 2.4). Anders dan in de proeftuin Blauwe Zorg was het in de proeftuin MijnZorg wel mogelijk om met verzekeraarsgegevens analyses uit te voeren per specialisme. Binnen de proeftuin MijnZorg was het niet mogelijk om enkel de verwijzingen vanuit de huisarts te selecteren, zoals in de trendanalyses van Blauwe Zorg is gedaan. In de hierop volgend gepresenteerde analyses zijn ook de horizontale verwijzingen binnen de tweede lijn meegenomen.

VOORBEELD

De verwachte trends van anderhalvelijnszorg en tweedelijnszorg binnen de OZL-regio wanneer er substitutie plaatsvindt:



De verwachte trend van tweedelijnszorg in de OZL-regio ten opzichte van de trend in een controleregio en de landelijke trend wanneer er substitutie plaatsvindt in de OZL-regio:



De OZL-regio is de optelsom van het volume bij Zuyderland en de overige tweedelijnsinstellingen vanuit het bovenstaand figuur. De getallen zijn fictief.

Figuur 2.5.13 Trendanalyses: voorbeeld verwachte trends in het kader van substitutie.

Trendanalyses: cardiologie

De trends in figuur 2.5.13 tonen het effect van de komst van PlusPunt MC op het zorggebruik binnen de OZL-regio (grafieken A en B). In grafiek A zijn alle gedeclareerde initiële zorgproducten in de anderhalve en tweede lijn weergegeven. Over de periode van 2014 tot en met 2017 kan op basis van de gedeclareerde initiële zorgproducten niet worden aangetoond dat substitutie van zorg heeft plaatsgevonden binnen de OZL-regio. De trends laten geen verplaatsing van initiële zorgproducten van de tweede naar de anderhalve lijn (PlusPunt MC) zien. Het totale volume aan gedeclareerde initiële zorgproducten is toegenomen van 34 initiële zorgproducten per 1.000 verzekerden in 2014 naar 44 initiële zorgproducten per 1.000 verzekerden in 2017. Uit de trends blijkt dat enkel in het jaar 2015 mogelijk substitutie van zorg heeft plaatsgevonden, aangezien het volume van PlusPunt MC stijgt, het volume van de tweede lijn (Zuyderland MC en overige tweedelijnsinstellingen) daalt en het totale volume (licht) daalt. In de jaren 2016 en 2017 zet deze trend echter niet door. In 2016 is er een opvallende stijging te zien van het aantal gedeclareerde initiële zorgproducten bij Zuyderland MC.

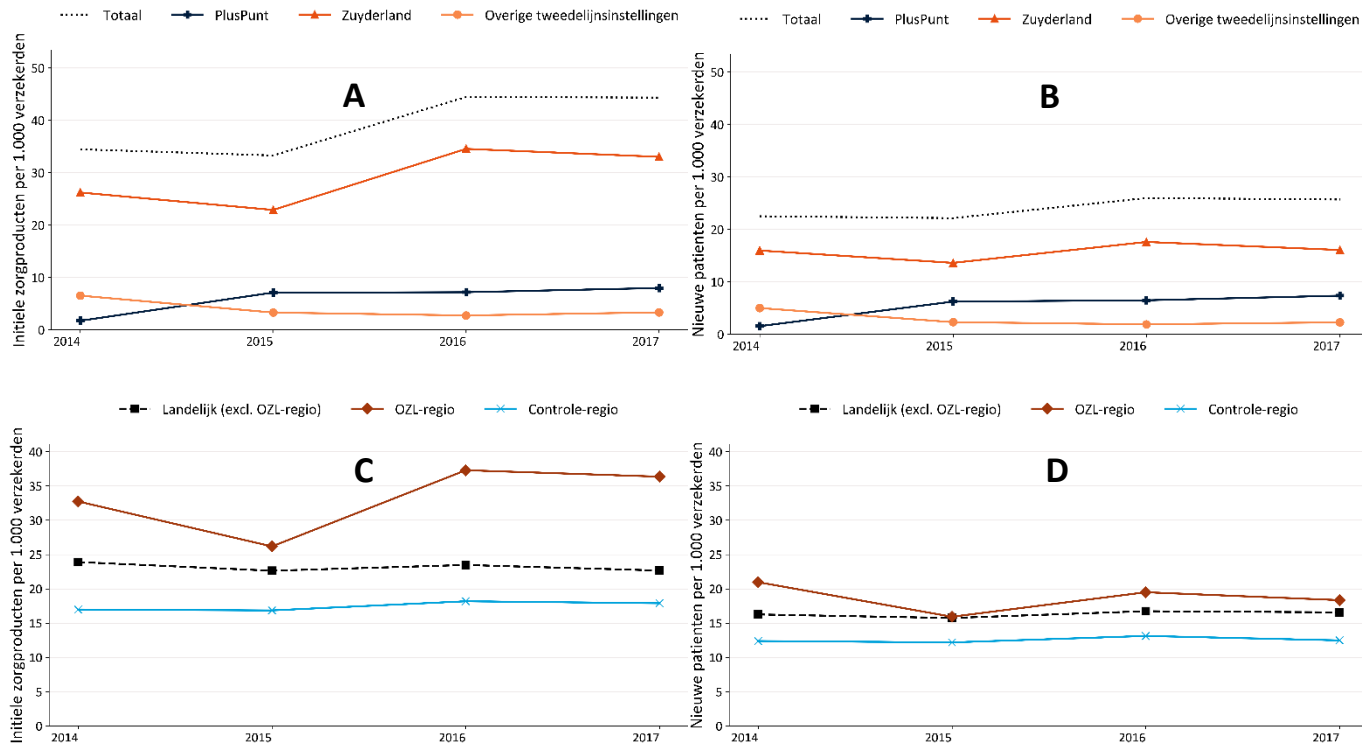
Grafiek B presenteert het aantal nieuwe patiënten per 1.000 verzekerden in de anderhalve en tweede lijn in de OZL-regio. In het algemeen laat deze grafiek dezelfde trends zien als grafiek A. Over de gehele periode is er een lichte stijging van het totaal aantal nieuwe patiënten binnen de OZL-regio te zien. Deze stijging wordt grotendeels bepaald door de toename van het aantal nieuwe patiënten binnen de anderhalve lijn. Dit duidt mogelijk op een lichte aanzuigende werking van PlusPunt. Bij Zuyderland MC blijft het aantal nieuwe patiënten uit de OZL-regio nagenoeg gelijk. Bij de overige tweedelijnsinstelling daalt het aantal nieuwe patiënten. In tegenstelling tot de verwachting kan op basis van de grafieken A en B worden geconcludeerd dat de komst van PlusPunt MC niet heeft geleid tot een daling in het aantal initiële zorgproducten en nieuwe patiënten in de tweede lijn. Met name het aantal gedeclareerde initiële zorgproducten is toegenomen terwijl het aantal nieuwe patiënten maar licht is toegenomen.

Uit de grafieken C en D van figuur 2.5.13 blijkt dat in de periode 2014 tot en met 2017 het volume in initiële zorgproducten en nieuwe patiënten nagenoeg gelijk blijft in de controleregio en op landelijk niveau. In de OZL-regio neemt het

zorggebruik in de tweede lijn in 2015 af; en de trend daalt dan sterker dan de trend in de controleregio en de landelijke trend. Dit duidt mogelijk op een substitutie-effect. In 2016 daarentegen stijgt het aantal initiële zorgproducten en het aantal nieuwe patiënten in de OZL-regio, terwijl er zowel landelijk als in de controleregio geen vergelijkbare stijging te zien is. In tegenstelling tot de verwachte substitutie stijgt over de gehele periode het aantal gedeclareerde initiële zorgproducten in de OZL-regio, terwijl zowel in de controleregio als landelijk er geen stijgende trend te zien is. Over de gehele periode daalt het aantal nieuwe patiënten in de OZL-regio matig; in de controleregio en landelijk blijft het aantal nieuwe patiënten gelijk. Er worden dus gemiddeld meer initiële zorgproducten per patiënt gedeclareerd, waardoor de daling van het aantal nieuwe patiënten (in de tweede lijn) waarschijnlijk niet tot een kostenbesparend effect leidt op regionaal niveau.

In het kader van substitutie was de verwachting dat het volume in de tweede lijn zou dalen. Tijdens bijeenkomsten met de stakeholders (Zuyderland MC, CZ en PlusPunt MC) is geen eenduidige verklaring voor de stijging van het aantal initiële zorgproducten in 2016 gevonden.

Kortom, de trendanalyses van het specialisme cardiologie laten (vooralsnog) geen substitutie van zorg zien. Omdat het mogelijk is dat op langere termijn er wel substitutie van zorg plaats zal vinden, is het belangrijk om de trends te blijven monitoren. Daarnaast moeten de kanttekeningen zorgvuldig in acht worden genomen bij de interpretatie van de trendanalyses (zie pagina 123). Om substitutie van zorg daadwerkelijk te realiseren is het belangrijk dat het volume van het aantal nieuwe patiënten en (initiële) zorgproducten in de tweede lijn zal afnemen. Hierover moeten realistische en haalbare afspraken met de desbetreffende specialisten in het ziekenhuis en de andere betrokken stakeholders in de regio worden gemaakt.



Figuur 2.5.13 Trendanalyses cardiologie: aantal initiële zorgproducten en aantal nieuwe patiënten in de anderhalve en tweede lijn per 1.000 verzekerden binnen de OZL-regio (respectievelijk A&B) en de trend van de het aantal initiële zorgproducten en het aantal nieuwe patiënten in de tweede lijn in de OZL-regio vergeleken met de trend in een controleregio en de landelijke trend (respectievelijk C&D) voor de periode 2014 tot en met 2017

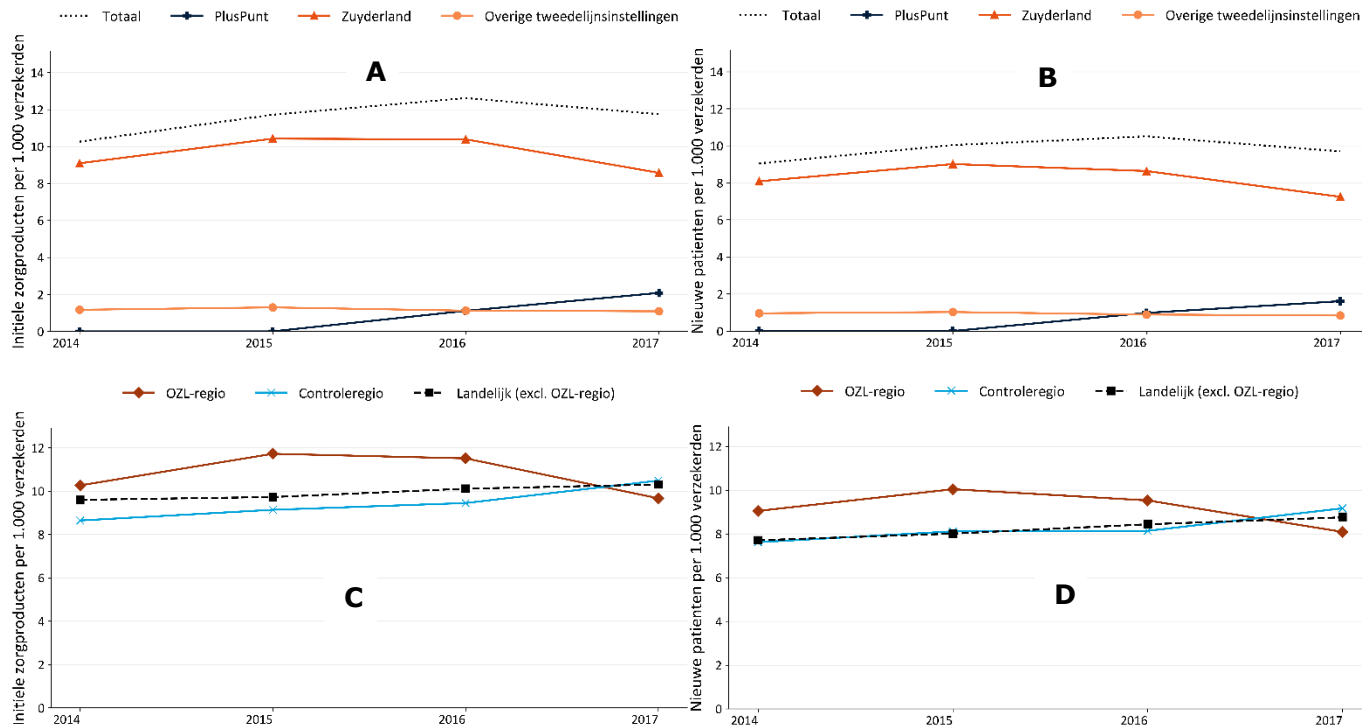
Trendanalyses van de specialismen die in 2016 zijn gestart bij PlusPunt MC: KNO, kleine chirurgie, dermatologie en interne geneeskunde

Sinds de start van het specialisme KNO bij PlusPunt MC lijkt er op basis van de trendanalyses sprake te zijn van substitutie van zorg (figuur 2.5.14). Binnen de regio (A&B) daalt het aantal initiële zorgproducten en het aantal nieuwe patiënten in de tweede lijn naarmate deze aantallen in de anderhalve lijn (PlusPunt MC) toenemen. Verder daalt het aantal initiële zorgproducten en het aantal nieuwe patiënten in de OZL-regio en stijgen deze aantallen zowel in de controleregio als op landelijke niveau (C&D).

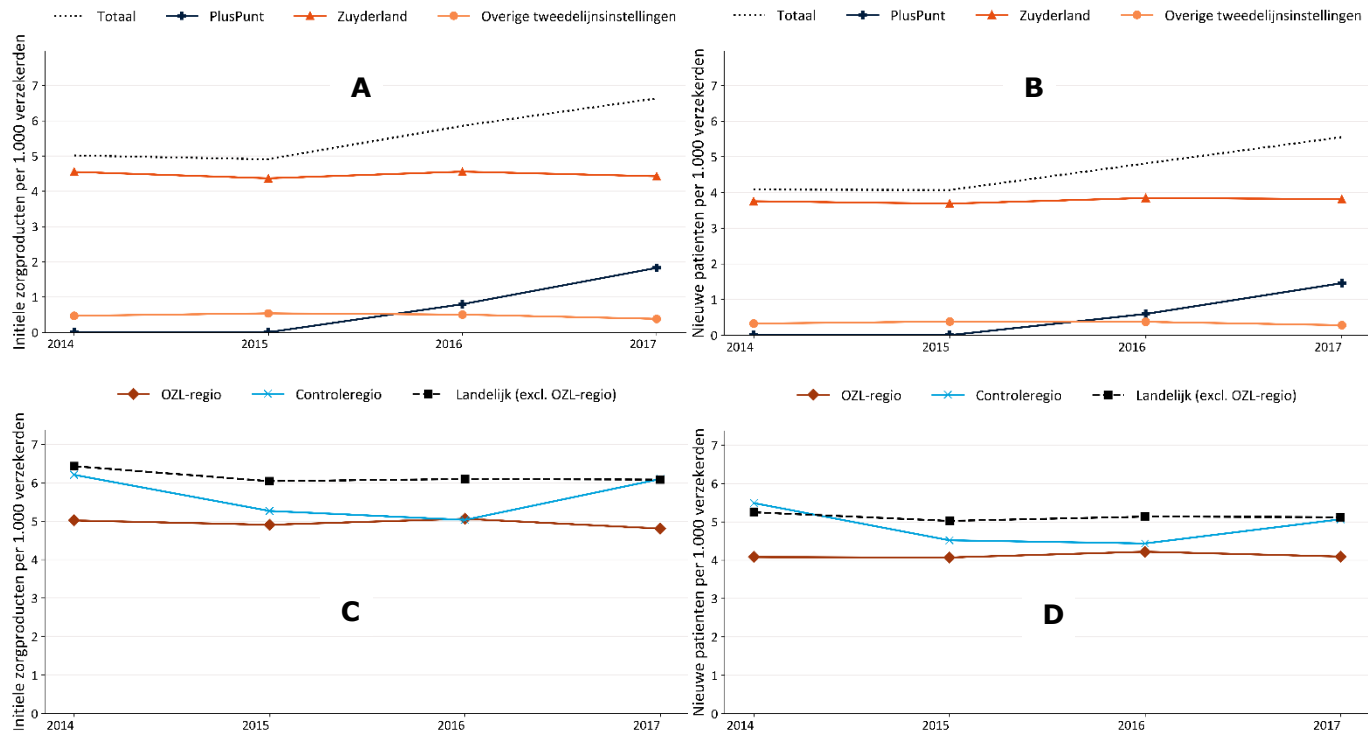
Op basis van de trendanalyses lijkt er binnen het specialisme kleine chirurgie geen substitutie plaats te vinden (figuur 2.5.15). Het aantal initiële zorgproducten en het aantal nieuwe patiënten in de tweede lijn blijft gedurende de periode 2014 tot en met 2017 gelijk en in de anderhalve lijn (PlusPunt MC) nemen deze aantallen toe in 2016 en 2017 (A&B). In vergelijking met landelijke trend (C&D) is er in de OZL-regio geen sprake van een sterkere daling in het aantal initiële zorgproducten en nieuwe patiënten in de tweede lijn. Daarnaast is er in de controleregio in 2015 en 2016 een dalende trend te zien maar deze trend buigt om tot een stijgende trend in 2017.

Binnen de specialismen dermatologie en interne geneeskunde lijkt er in het jaar 2017 substitutie plaats te vinden (figuren 2.5.16 en 2.5.17). In dat jaar daalt het aantal initiële zorgproducten en het aantal nieuwe patiënten in de tweede lijn naarmate deze aantallen stijgen in de anderhalve lijn (PlusPunt MC) (A&B). In tegenstelling tot de trend in de controleregio en de landelijke trend is er in de OZL-regio een dalende trend te zien. Dit duidt mogelijk op substitutie van zorg (C&D).

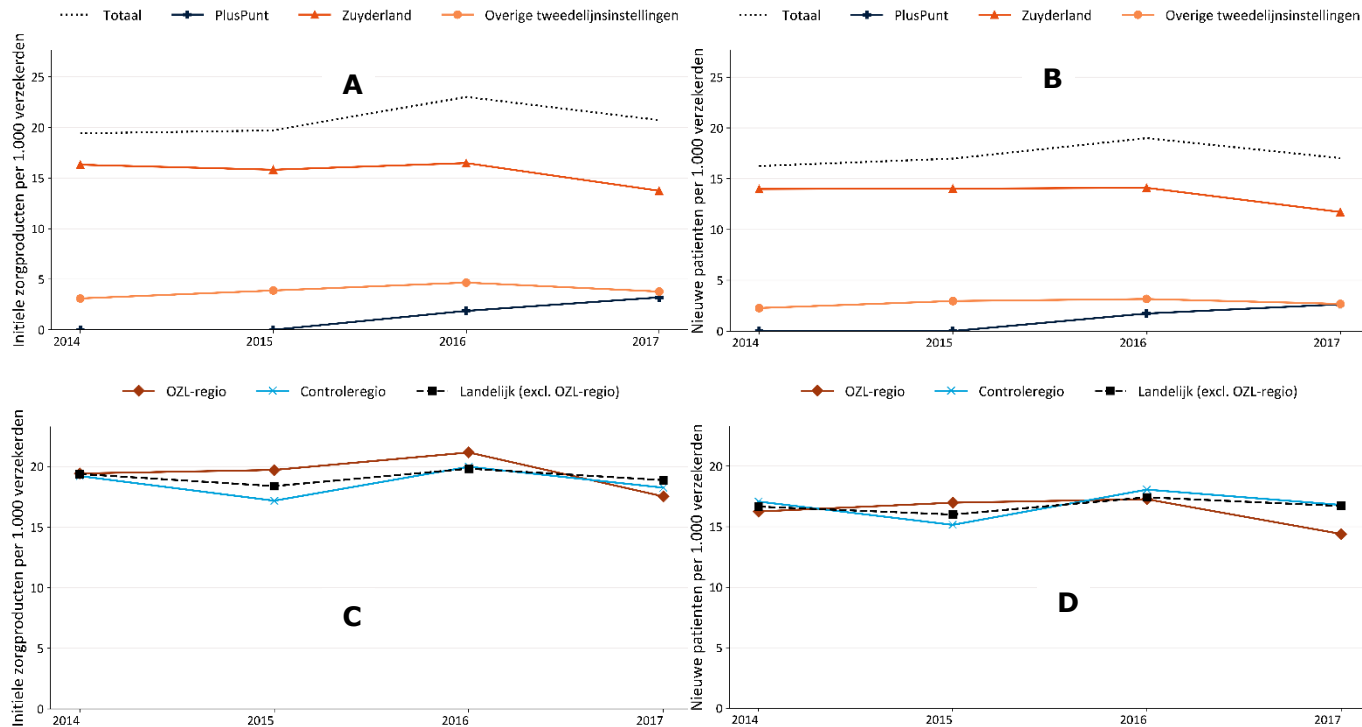
Het is echter zeer voorbarig om op basis van deze trends te concluderen dat er daadwerkelijk wel of geen substitutie plaatsvindt. PlusPunt MC is immers pas in februari 2016 gestart met de specialismen KNO, kleine chirurgie, dermatologie en interne geneeskunde. Het is belangrijk om trends zoals deze te blijven volgen in de tijd zodat men kan nagaan of er substitutie van zorg plaatsvindt en zodat men indien nodig tijdig kan bijsturen.



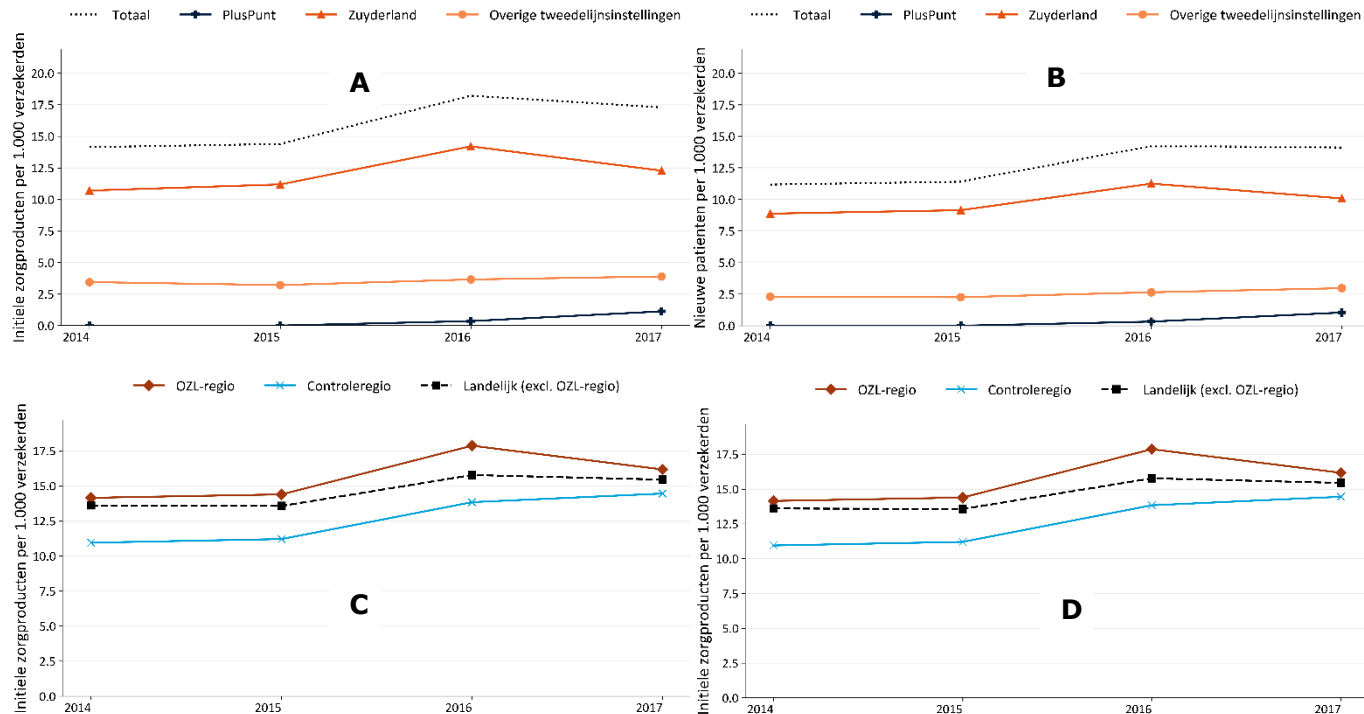
Figuur 2.5.14 Trendanalyses KNO (gestart in 2016): Aantal initiële zorgproducten en het aantal nieuwe patiënten in de anderhalve en tweede lijn per 1.000 verzekerden binnen de OZL-regio (respectievelijk A&B) en de trend van de het aantal initiële zorgproducten en het aantal nieuwe patiënten in de tweede lijn in de OZL-regio vergeleken met de trend in een controleregio en de landelijke trend (respectievelijk C&D) voor de periode 2014 tot en met 2017



Figuur 2.5.15 Trendanalyses kleine chirurgie (gestart in 2016): Aantal initiële zorgproducten en het aantal nieuwe patiënten in de anderhalve en tweede lijn per 1.000 verzekerden binnen de OZL-regio (respectievelijk A&B) en de trend van de het aantal initiële zorgproducten en het aantal nieuwe patiënten in de tweede lijn in de OZL-regio vergeleken met de trend in een controleregio en de landelijke trend (respectievelijk C&D) voor de periode 2014 tot en met 2017



Figuur 2.5.16 Trendanalyses dermatologie (gestart in 2016): Aantal initiële zorgproducten en het aantal nieuwe patiënten in de anderhalve en tweede lijn per 1.000 verzekerden binnen de OZL-regio (respectievelijk A&B) en de trend van de het aantal initiële zorgproducten en het aantal nieuwe patiënten in de tweede lijn in de OZL-regio vergeleken met de trend in een controleregio en de landelijke trend (respectievelijk C&D) voor de periode 2014 tot en met 2017



Figuur 2.5.17 Trendanalyses interne geneeskunde (gestart in 2016): Aantal initiële zorgproducten en het aantal nieuwe patiënten in de anderhalve en tweede lijn per 1.000 verzekerden binnen de OZL-regio (respectievelijk A&B) en de trend van de het aantal initiële zorgproducten en het aantal nieuwe patiënten in de tweede lijn in de OZL-regio vergeleken met de trend in een controleregio en de landelijke trend (respectievelijk C&D) voor de periode 2014 tot en met 2017

Kanttekeningen:

- Het was niet mogelijk om in de analyses te corrigeren voor verschillen in gezondheidsstatus. De verschillende databronnen konden niet gekoppeld worden vanwege regels rondom de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) binnen de verschillende organisaties.
- De trendanalyses zijn gebaseerd op alle gedeclareerde initiële zorgproducten, onafhankelijk van de verwijzer. Idealiter zouden we alleen de verwijzingen vanuit de huisarts mee willen nemen, maar aangezien het veld 'verwijzer' niet (goed) wordt geregistreerd, was deze selectie voor de analyses niet mogelijk. Hierdoor zijn dus ook de horizontale verwijzingen binnen de tweede lijn meegenomen in de trendanalyses, dit kan mogelijk een vertekend beeld geven.
- De trendanalyses geven mogelijk een overschatting van het substitutiepotentieel weer. Een deel van de patiënten waarvoor een 'substitueerbaar zorgproduct' wordt gedeclareerd, en die dus meegenomen wordt in deze trendanalyses, zal mogelijk toch ziekenhuiszorg nodig hebben en dus niet gesubstitueerd kunnen worden naar PlusPunt MC.
- Het consult en de eventuele ingreep bij PlusPunt MC worden vergoed door de zorgverzekeraar. Dit is vrijgesteld van het eigen risico. Informatie over het effect van anderhalvelijnszorg op het 'mislopen' van inkomsten voor de zorgverzekeraar uit het eigen risico is te vinden in bijlage XII.

2.6 Conclusies en aanbevelingen van anderhalvelijnszorg

Om substitutie via anderhalvelijnsinitiatieven vorm te geven is een samenwerkingsverband tussen verschillende stakeholders (eerste lijn, tweede lijn, zorgverzekeraars en patiënten) een voorwaarde. Om te evalueren of deze initiatieven ook het gewenste resultaat opleveren is onafhankelijk onderzoek nodig. Daarnaast is het van groot belang dat er tussentijdse interactie tussen stakeholders en onderzoekers plaatsvindt om te kunnen anticiperen op zich voordoende wijzigingen in de praktijk van alledag. Tevens kunnen dan bevindingen gedeeld worden en kan er ingespeeld worden op nieuwe vragen en informatiebehoefte. Met respect voor ieders rol kon deze evaluatie plaatsvinden. Van groot belang is om dergelijke initiatieven ook de tijd te geven om doorontwikkelingen mogelijk te maken. In aanvulling op de conclusies zijn dan ook aanbevelingen opgenomen voor beleid, praktijk en onderzoek.

Conclusies per Quadruple Aim dimensie

Zorg in de anderhalve lijn leidt tot dezelfde verbetering op het gebied van ervaren gezondheid als reguliere ziekenhuiszorg.

De gemiddelde zorgkosten voor een patiënt die verwezen is naar anderhalvelijnszorg liggen significant lager dan de zorgkosten voor een patiënt die is verwezen naar reguliere ziekenhuiszorg. Dit geldt voor zowel de initiële kosten als voor de vervolgcosten. Op regioniveau is er binnen de meeste specialismen (vooralsnog) geen substitutie-effect van anderhalvelijnszorg waar te nemen. Enkel binnen sommige specialismen lijkt er substitutie van zorg plaats te vinden, ook wanneer dit wordt vergeleken met de landelijke trend.



Patiënten zijn (zeer) positief over de kwaliteit van zorg in de anderhalvelijnscentra. Tevens is de wachttijd voor een afspraak met de specialist significant korter in de anderhalve lijn vergeleken met de reguliere ziekenhuiszorg.

Huisartsen en specialisten zijn in het algemeen tevreden over de komst van anderhalvelijnszorg. De prettige en patiëntvriendelijke sfeer in de anderhalvelijnscentra wordt als positief ervaren. De professionals zien nog graag verbetering op het gebied van communicatie, samenwerking en kennisdeling.

Aanbevelingen voor beleid en praktijk

Op basis van het onderzoek naar de effecten van anderhalvelijnszorg op de dimensies van de *Quadruple Aim* kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan voor beleid en praktijk:

- **Wachttijd en verwachtingsmanagement:** Anderhalvelijnszorg wordt gepromoot als ‘snel’ en met ‘korte wachttijden’. Een korte wachttijd betekent dat huisartsen op een snelle manier advies kunnen inwinnen bij een specialist zodat de patiënt snel geholpen is. Wanneer de wachttijd in de anderhalve lijn oploopt, gaat dit voordeel verloren. Houd daarom de wachttijden zo kort mogelijk en zorg ervoor dat de huisartsen en patiënten op de hoogte zijn van de actuele wachttijden. Het continu monitoren van de wachttijden biedt daarnaast de mogelijkheid om snel in te spelen op het aanbod van spreekuren in de anderhalve lijn om zo de wachttijden onder controle te houden.
- **Setting:** Een belangrijk kenmerk van anderhalvelijnszorg is de setting. Deze is gesitueerd tussen de eerste en tweede lijn. Praktisch betekent dit dat de huisarts de regie houdt en de specialist een behandeladvies geeft. Voorkom dat anderhalvelijnszorg verplaatste ziekenhuiszorg (een buitenpoli van het ziekenhuis) wordt waar alle tweedelijns diagnostiek aanwezig is en de specialist de regie overneemt. Verder wordt de laagdrempelige, kleinschalige en patiëntvriendelijke setting door zowel de zorgprofessionals als de patiënten zeer gewaardeerd. Houd dat in ere.
- **Diagnostiek:** Het is belangrijk om per specialisme na te gaan of en welke diagnostiek daadwerkelijk noodzakelijk is om een goede diagnose te stellen in de anderhalve lijn. Om te voorkomen dat anderhalvelijnszorg verplaatste ziekenhuis zorg wordt, kan bijvoorbeeld als uitgangspunt worden genomen dat er in de anderhalvelijnscentra alleen eerstelijnsdiagnostiek aanwezig mag zijn. Regel dit daarnaast zo efficiënt mogelijk in voor de patiënt en probeer de diagnostiek indien mogelijk ook aan te bieden in het anderhalvelijnscentrum.
- **Patiëntprofielen:** Het is belangrijk om duidelijke patiëntprofielen op te stellen per specialisme. Het moet voor de huisartsen duidelijk zijn welke

patiënten terecht kunnen in de anderhalve lijn alsook welke patiënten niet geschikt zijn voor de anderhalve lijn en direct naar het ziekenhuis verwezen moeten worden. Houd hierbij rekening met de werkwijze van huisartsen (Nederlands Huisartsen Genootschap-standaarden) en verwerk de patiëntprofielen in verwijsformulieren/verwijssystemen. Een (terug)triagesysteem vanuit de anderhalve lijn of het ziekenhuis blijkt bij verschillende specialismen goed te functioneren. Het triagesysteem houdt in dat de specialist aan de hand van de verwijsbrief van de huisarts kijkt waar een patiënt het best gezien kan worden. Het is van belang dat de huisarts hierover wordt geïnformeerd, zodat dit ook bijdraagt aan de kennisvergroting van huisartsen.

- **Communicatie, samenwerking en kennisdeling:** Uit de evaluatie blijkt dat huisartsen en specialisten hadden verwacht dat anderhalvelijnszorg zou leiden tot meer contact, samenwerking en kennisdeling tussen de zorgprofessionals. Echter, uit het vragenlijstonderzoek naar de ervaring van zorgprofessionals blijkt dat dit nog niet optimaal is. Uitwisseling van informatie tussen huisartsen en specialisten zou meer aandacht moeten krijgen. Dit zou op verschillende manieren ingericht kunnen worden, zoals:
 - kortere lijnen tussen huisartsen en specialisten waardoor huisartsen op een laagdrempelige manier advies kunnen vragen (per mail of telefonisch), bijvoorbeeld om na te gaan of een bepaalde patiënt inderdaad geschikt is voor een consult in het anderhalvelijnscentrum. Dit kan onnodige verwijzingen naar het anderhalvelijnscentrum of het ziekenhuis voorkomen;
 - telefonische terugkoppeling door specialisten naar huisartsen nadat een patiënt bij hen op consult is geweest;
 - organiseren van multidisciplinaire overleggen bij de anderhalvelijnscentra waar zowel specialisten als huisartsen aanwezig zijn;
 - organiseren van scholing voor huisartsen, verzorgd door de specialisten uit de anderhalvelijnscentra.
- **Taakverschuiving:** In de anderhalvelijnscentra worden de consulten momenteel gegeven door specialisten, kaderhuisartsen en gespecialiseerde huisartsen. Binnen sommige specialismen of met betrekking tot sommige

patiëntprofielen en/of diagnosegroepen valt te overwegen om een verpleegkundig specialist (of physician assistant), dan wel kaderhuisarts in te zetten. Dit kan mogelijk leiden tot meer kostenbesparing aangezien het uurtarief van deze zorgprofessionals lager is dan dat van een specialist.

- **E-health:** Het is wellicht niet altijd nodig dat er een fysiek consult plaatsvindt. Ook e-health zou mogelijk binnen sommige specialismen ingezet kunnen worden, denk bijvoorbeeld aan teleconsulten. Zowel de specialist als patiënt hoeft dan niet fysiek aanwezig te zijn in het anderhalvelijnscentrum.
- **Tarief:** Anderhalvelijnszorg is een goedkoper alternatief in vergelijking met reguliere ziekenhuiszorg mits het tarief juist is bepaald. Met als uitgangspunt dat het tarief is gebaseerd op een gewogen gemiddelde van de prijs van zorgproducten waarvan bepaald is dat deze gesubstitueerd kunnen worden naar de anderhalve lijn. Binnen deze berekeningen dient rekening te worden gehouden met het specialisme. Het tarief is binnen de proeftuinen op verschillende manieren vastgesteld, namelijk voor alle specialismen samen (Blauwe Zorg) of per specialisme apart (MijnZorg). Het tarief zal regelmatig moeten worden bijgesteld aangezien de vooraf verwachte volumes en 'case-mix van patiënten' kunnen afwijken van wat er daadwerkelijk in de anderhalve lijn plaatsvindt.
- **Integrale financiële afspraken:** Om succesvolle substitutie van zorg te bewerkstelligen is het van groot belang dat er transparante financiële afspraken zijn tussen zorgverzekeraars en tweedelijnsinstellingen in de regio. Alle partijen dienen zich bewust te zijn van de implicaties van deze afspraken. In de tweede lijn betekent in het geval van substitutie dat het volume in zowel aantal patiënten als aantal zorgproducten zal afnemen. Daarnaast dient het voor de eerste lijn duidelijk te zijn welke patiënten verwezen kunnen worden naar de anderhalve lijn en dient te worden voorkomen dat er onnodige patiënten verwezen worden (aanzuigende werking). Uiteindelijk zullen alle lijnen binnen de gezondheidszorg hun gedrag moeten aanpassen om te komen tot succesvolle substitutie van zorg en het bieden van de juiste zorg op de juiste plek.

- **Registratie van gegevens:** Het is belangrijk om een nieuwe zorgvorm als anderhalvelijnszorg continue te blijven monitoren, evalueren en verbeteren. Hiervoor is het noodzakelijk dat de benodigde informatie wordt geregistreerd. Op het gebied van registratie van de juiste gegevens kan er nog verbetering plaatsvinden. Aandachtspunten zijn:
 - het registreren van de benodigde informatie om inzicht te verkrijgen in de processen en resultaten. Bijvoorbeeld om op specialismineniveau het effect van anderhalvelijnszorg op het zorggebruik in de regio te evalueren is het belangrijk dat uit de declaratiegegevens van de zorgverzekeraar te herleiden is bij welk specialisme een patiënt is geweest in de anderhalve lijn;
 - het koppelen van systemen van anderhalvelijnscentra met de tweede lijn. Dit geeft specialisten inzicht in wat er in de anderhalve lijn gebeurd is. Hiermee kan de behandeling van patiënten beter afgestemd worden en kan bijvoorbeeld dubbele diagnostiek worden voorkomen. Daarnaast geeft het inzicht in het zorggebruik van patiënten die zijn verwezen naar de anderhalve lijn en vervolgens worden doorverwezen naar de tweede lijn. Op basis hiervan kan 1. informatie worden verkregen op het effect van anderhalvelijnszorg over de kosten, maar kunnen 2. de patiëntprofielen worden aangepast indien blijkt dat patiënten met bepaalde kenmerken vaak alsnog worden doorverwezen naar de tweede lijn.

Aanbevelingen voor onderzoek

Tot slot kunnen er aanbevelingen worden gedaan voor onderzoek naar de effecten van anderhalvelijnszorg op de dimensies van de *Quadruple Aim*. Hieronder zullen per *aim* een aantal aanbevelingen worden gedaan:

- **Gezondheid van de populatie:** In dit onderzoek is ervoor gekozen om de gezondheid van de populatie te meten met generieke meetinstrumenten om vergelijkingen tussen verschillende specialismen, interventies, proeftuinen en met het landelijk onderzoek van het RIVM mogelijk te maken. Een nadeel van generieke meetinstrumenten is dat deze minder gevoelig zijn voor kleine veranderingen en effecten (over de tijd).

Toekomstig onderzoek zou, naast de generieke vragenlijsten, ook gebruik kunnen maken van specialisme- en/of conditie-specifieke vragenlijsten. Door het opsplitsen van de studiepopulatie in meerdere subpopulaties, kunnen vervolgens per subpopulatie relevante gezondheidsgerelateerde vragenlijsten worden toegevoegd die relevant zijn vanuit het perspectief van de patiënt. Het is raadzaam om zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande valide en betrouwbare vragenlijsten, indien nodig zullen nieuwe vragenlijsten moeten worden ontwikkeld. Verder kan men overwegen om de gezondheid van de populatie te meten met specifiek op de klacht/aandoening gerichte klinische uitkomstmaten. In het anderhalvelijnscentrum en het ziekenhuis worden verschillende klinische uitkomsten geregistreerd. Indien dit op een eenduidige manier gebeurt en het mogelijk is om de systemen te koppelen kunnen patiënten worden gevolgd over de tijd en kunnen deze gegevens worden gebruikt om de gezondheid van de populatie te evalueren. Omdat een groot deel van de patiënten na een consult in het anderhalvelijnscentrum terug gaat naar de huisarts, zou het interessant zijn als ook de gegevens die bij de huisarts worden geregistreerd gekoppeld kunnen worden.

- **Ervaren kwaliteit van zorg door patiënten:** Naast het meten van patiëntgerichtheid en tijdigheid kan onderzoek naar de kwaliteit van zorg uitgebreid worden met andere uitkomstmaten. Voorbeelden hiervan zijn de overige criteria van kwalitatief goede zorg opgesteld door het *Institute of Medicine*, namelijk: effectiviteit, veiligheid, efficiëntie en gelijkwaardigheid (17). Indien de verschillende datasystemen in de eerste, anderhalve, en tweede lijn gekoppeld kunnen worden, is informatie over deze maatstaven relatief eenvoudig beschikbaar en kunnen groepen patiënten hierop met elkaar vergeleken worden.
- **Ervaringen zorgprofessionals:** het meten van de ervaringen van zorgprofessionals met anderhalvelijnszorg kan worden geoptimaliseerd. Met name het meten van het effect van anderhalvelijnszorg op de door zorgprofessionals ervaren stress, werkplezier en de werkdruk dient nader onderzocht te worden. In dit onderzoek zijn deze uitkomstmaten slechts op één meetmoment onderzocht. Het meten van deze uitkomstmaten over de tijd geeft meer inzicht in het daadwerkelijke effect van anderhalvelijnszorg.

Indien in de toekomst ook andere zorgprofessionals, zoals verpleegkundig specialisten, in de anderhalve lijn gaan werken is het ook interessant om naar de verschillen tussen deze zorgprofessionals te kijken. Daarnaast is het interessant om de mate van kennisdeling tussen de verschillende zorgprofessionals te evalueren indien men hier meer op gaat inzetten. Deze informatie kan nuttig zijn om te onderzoeken welke vorm van kennisdeling het meest gewenst en effectief is. Bovendien is inzicht in de algemene opinie over anderhalvelijnszorg onder zorgprofessionals interessant. Hierbij dienen ook zorgprofessionals die momenteel niet werkzaam zijn in de anderhalve lijn bevraagd te worden, zodat er een completer beeld ontstaat. Hierbij zou onder andere gekeken kunnen worden wat redenen zijn voor zorgprofessionals om niet in de anderhalve lijn te gaan werken. Dit omdat substitutie van zorg hoog op de nationale beleidsagenda staat.

- **Zorgkosten:** Het onderzoeken van het effect van anderhalvelijnszorg op de zorgkosten dient naast het meten op patiëntniveau ook zoveel mogelijk te gebeuren op regionaal en landelijk niveau. Kostenbesparingen op patiëntniveau hoeven niet automatisch te leiden tot kostenbesparingen op regionaal niveau. Zoals al eerder is aangegeven, dienen alle lijnen binnen de gezondheidszorg hun gedrag aan te passen. Daarnaast is het raadzaam om naast gedeclareerde kosten in de tweede lijn ook inzicht te krijgen in de gedeclareerde kosten over de lijnen heen, om zo het effect van anderhalvelijnszorg volledig in kaart te brengen. Hiervoor is het noodzakelijk dat deze data juist geregistreerd wordt, beschikbaar en herleidbaar is. Het vooraf maken van concrete afspraken tussen alle stakeholders en onderzoekers over datadeling is essentieel. Voor de volledigheid is het wenselijk om voor het onderzoek naar het effect van anderhalvelijnszorg op de zorgkosten tevens gebruik te maken van Vektis-data. Hierdoor kunnen kosten en volumes van alle verzekeraars en dus de gehele Nederlandse populatie worden meegenomen.
- **Tijd:** Voor de evaluatie van initiatieven zoals anderhalvelijnszorg is een longitudinale aanpak noodzakelijk. Allereerst is er tijd nodig voor anderhalvelijnscentra om voldoende volume te genereren. Bovendien vergt dit soort initiatieven veel aanpassingsvermogen van professionals en zij hebben ook tijd nodig om zich te ontwikkelen in deze nieuwe vorm van zorg.

Tenslotte loopt de beschikbaarheid van declaratiegegevens van zorgkosten meer dan een jaar achter op de werkelijkheid. Stakeholders zullen zich dit moeten realiseren en de evaluatie dient hierop afgestemd te worden.

3 Zorgpad Artrose

3.1 Doel en ontwikkeling van het zorgpad

Het zorgpad 'Beter bewegen bij artrose' in de proeftuin Anders Beter heeft als doel om een vorm van substitutie te realiseren waarbij men onnodige verwijzingen naar de specialistische orthopedische zorg in de tweede lijn probeert te voorkomen door patiënten met artrose van knie of heup eerst de noodzakelijke zorg in de eerste lijn aan te bieden. Het zorgpad is ontwikkeld door de Expertisegroep Artrose, bestaande uit vertegenwoordigers van MCC Omnes, huisartsen, fysiotherapeuten, de afdeling orthopedie van het Zuyderland MC en Burgerkracht Limburg. Het zorgpad is in een later stadium toegevoegd als project binnen de proeftuin Anders Beter.

De aanleiding voor de ontwikkeling van het zorgpad is het feit dat bij patiënten met artrose aan de knie of heup meer beeldvormende diagnostiek (röntgenfoto's en MRI's) wordt uitgevoerd in de eerste lijn en meer wordt verwezen naar de specialist in de tweede lijn, dan in de richtlijnen van huisartsen, fysiotherapeuten en orthopeden wordt aanbevolen (19-21). Tevens wordt er vaak verwezen naar de fysiotherapeut zonder duidelijke vraagstelling. Gevolgen hiervan zijn dat er mogelijk onnodig hoge ziektekosten worden gemaakt, dat de patiënt wordt onderworpen aan mogelijk onnodige beeldvormende diagnostiek en onnodig wordt belast met behandeling. Het doel van het zorgpad is daarom het optimaal inzetten van beeldvormende diagnostiek en behandeling bij patiënten met de werkdiagnose artrose aan de knie of heup.

Voor het zorgpad zijn de volgende doelstellingen door de Expertisegroep geformuleerd, deze zijn: 1. beeldvormende diagnostiek wordt conform de geldende richtlijnen toegepast, 2. er wordt gewerkt via het stepped-care-principe, 3. patiënten ontvangen betere voorlichting, en 4. gedeelde besluitvorming tussen arts en patiënt (shared decision-making) wordt meer toegepast.

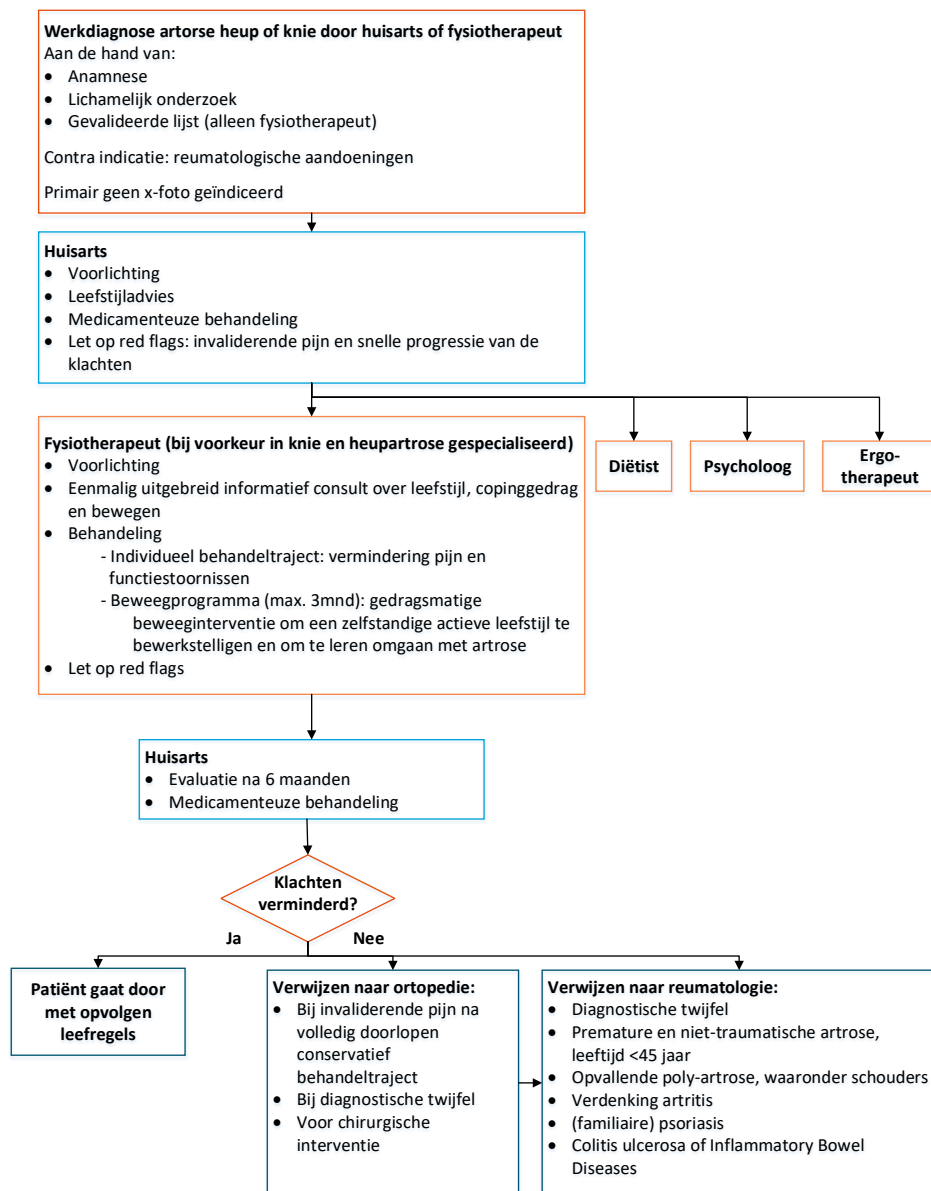
Bij artrose van de knie of heup zijn verschillende behandelingen mogelijk, van conservatief (bij o.a. huisarts en fysiotherapeut) tot invasief (in het ziekenhuis). Met het zorgpad wordt ingezet op het principe van stepped-care, waarbij gestart wordt met conservatieve en waar nodig uitgebreid met invasieve behandelmethoden. In het zorgpad wordt bij patiënten, met een door de huisarts of fysiotherapeut gestelde diagnose artrose van de knie of heup, eerst conservatief beleid gevoerd door de patiënt naar de fysiotherapeut, diëtist, psycholoog en/of ergotherapeut te verwijzen (zie figuur 3.1.1). Bij voorkeur vindt na zes maanden een evaluatie door de huisarts plaats. Als de klachten aanhouden wordt de patiënt verwezen naar orthopedie en/of reumatologie, waarna nadere diagnose dan wel specialistische behandeling kan plaatsvinden.

De pilot van het zorgpad 'Beter bewegen bij artrose' is gestart op 2 februari 2015 met een scholing voor huisartsen en fysiotherapeuten. Later zijn er verdiepende scholingsbijeenkomsten separaat voor huisartsen en fysiotherapeuten georganiseerd. Informatie over het zorgpad en de inhoud van de scholingsbijeenkomsten zijn gepubliceerd op de website (22) en de mobiele applicatie van MCC Omnes. Daarnaast werden huisartsen herinnerd om te verwijzen volgens het zorgpad door het laten verschijnen van pop-ups in de verwijsapplicatie ZorgDomein. Bij de aanvraag van beeldvormende diagnostiek en bij het verwijzen van de patiënt naar de orthopeed verschenen vragen in beeld over de mate waarin de stappen van het zorgpad waren doorlopen en de reden van verwijzing die de huisarts moest beantwoorden alvorens de aanvraag/verwijzing kon plaatsvinden.

In 2016 waren er in de regio Westelijke Mijnstreek 49 huisartspraktijken met in totaal 113 huisartsen, waarvan 59 huisartsen hebben deelgenomen aan de eerste scholingsbijeenkomst van het zorgpad. Het is niet duidelijk hoeveel huisartsen zich uiteindelijk hebben geconformeerd aan het zorgpad. Hiervan heeft geen registratie plaatsgevonden. Echter, informatie over het zorgpad is via meerdere kanalen van MCC Omnes verspreid en was voor iedereen toegankelijk. Daarnaast ontbreekt ook informatie over het aantal patiënten dat door de huisartsen is gezien in verband met artrose aan de knie of heup (zowel het aantal incidente als prevalentie gevallen), het aantal patiënten dat is behandeld conform het zorgpad en welke interventies uit het zorgpad hebben plaatsgevonden. Om een schatting te maken van het aantal patiënten dat het

Hoofdstuk 3 – Zorgpad Artrose

zorgpad geheel of gedeeltelijk heeft doorlopen vóór verwijzing naar de orthopeed, is bij een steekproef van deze verwezen patiënten een dossieronderzoek uitgevoerd.



Figuur 3.1.1 Het zorgpad 'Beter bewegen bij artrose'

3.2 Onderzoeksvragen

Het zorgpad 'Beter bewegen bij artrose' is opgezet door de Expertisegroep Artrose. De AWDZ is betrokken bij het zorgpad voor het uitvoeren van een procesevaluatie. De Expertisegroep heeft in eerste instantie gekozen om vooral te focussen op de procesevaluatie doormiddel van interviews. In een later stadium is tevens besloten om ook een effectevaluatie uit te voeren.

Effectevaluatie

Binnen de effectevaluatie is gekeken naar het aantal aanvragen voor beeldvormende diagnostiek (röntgenfoto's en MRI's) in de eerste lijn, het aantal verwijzingen naar de orthopeed en de hit ratio in de tweede lijn. De hit ratio verwijst naar het aantal gewrichtsvervangende operaties dat een orthopeed uitvoert in verband met artrose voor knie of heup in verhouding tot het totaal aantal verwijzingen in verband met deze klachten. Idealiter ziet de orthopeed door middel van het zorgpad alleen patiënten die daadwerkelijk toe zijn aan een gewrichtsvervangende operatie met als consequentie een hogere hit ratio.

De centrale vraagstelling voor de effectevaluatie was:

Leidt de toepassing van het zorgpad tot minder aanvragen voor beeldvormende diagnostiek in de eerste lijn, tot minder verwijzingen naar de orthopeed en tot een hogere hit ratio?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is gekeken naar de volgende deelvragen:

- a. Hoe wordt het zorgpad toegepast in de praktijk?
- b. Wat is de kans dat een patiënt, die het zorgpad heeft doorlopen, wordt gediagnosticeerd met artrose van de knie of heup en de kans dat deze patiënt een gewrichtsvervangende operatie ondergaat?
- c. Leidt de implementatie van het zorgpad tot een daling van knie- en heupartrose gerelateerde eerstelijnsdiagnostiek (röntgenfoto's en MRI's) (als proxy van het aantal aanvragen van beeldvormende diagnostiek door huisartsen)?

- d. Leidt de implementatie van het zorgpad tot een daling van het aantal knie- en heupartrose gerelateerde initiële orthopedische zorgproducten (als proxy van het aantal verwijzingen naar de orthopeed)?

Procesevaluatie

Binnen de procesevaluatie zijn de ervaringen van patiënten en zorgprofessionals met het zorgpad en de zorg rondom artrose in kaart gebracht.

Ervaring patiënten

Voor de evaluatie van de ervaringen van patiënten stond de volgende onderzoeksvraag centraal:

Hoe ervaren de patiënten uit de regio Westelijke Mijnstreek de algemene zorg die ze voor hun artrose ontvangen en voldoet deze zorg aan de speerpunten van het zorgpad 'Beter bewegen bij artrose'?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is gekeken naar de volgende deelvragen:

- a. In welke mate zijn de vier speerpunten van het zorgpad vanuit het perspectief van de patiënt aanwezig in de huidige artrosezorg?
 - 1. gebruik van beeldvormende diagnostiek,
 - 2. toepassen van stepped-care,
 - 3. geven van voorlichting,
 - 4. toepassen van gedeelde besluitvorming.
- b. Wat zijn de verwachtingen van patiënten met betrekking tot artrosezorg?
- c. Wat zijn de ervaringen van patiënten met betrekking tot artrosezorg?
- d. Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren patiënten met betrekking tot artrosezorg?

Ervaring zorgprofessionals

Voor de evaluatie van de ervaringen van zorgprofessionals stond de volgende onderzoeksvraag centraal:

Hoe ervaren de verschillende zorgprofessionals het zorgpad 'Beter bewegen bij artrose', dat in februari 2015 is geïntroduceerd in de regio Westelijke Mijnstreek?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- a. Wat zijn de verwachtingen van de verschillende zorgprofessionals met betrekking tot het zorgpad?
- b. Welke belemmerende en bevorderende factoren kunnen geïdentificeerd worden in het implementatieproces van het zorgpad, vanuit het perspectief van de zorgprofessionals?

3.3 Onderzoeksmethoden en uitkomstmaten

Effectevaluatie

In de effectevaluatie zijn twee studies uitgevoerd waarbij meerdere databronnen zijn geraadpleegd (zie ook tabel 3.3.1):

1. Retrospectief dossieronderzoek met behulp van data uit ZorgDomein (verwijsapplicatie) en SAP (Ziekenhuis Informatie Systeem). Deze data is verkregen via MCC Omnes en Zuyderland MC.
2. Observationeel onderzoek waarbij CZ-declaratiegegevens van artrose gerelateerde eerstelijnsdiagnostiek (beeldvormende diagnostiek, nl. röntgenfoto's en MRI's) en artrose gerelateerde initiële orthopedische zorgproducten in de interventieregio en een controleregio zijn geanalyseerd.

Retrospectief dossieronderzoek

Het dossieronderzoek is uitgevoerd over de periode februari 2015 t/m oktober 2016. Omdat het qua tijdsinvestering niet haalbaar was om alle dossiers van patiënten die verwezen waren naar de orthofoon met een verdenking op artrose van de knie of heup uit deze periode te onderzoeken in SAP (N= 6.027) is per maand een random selectie gemaakt van één tiende van het totaal aantal patiënten. Het doel van dit retrospectieve dossieronderzoek was om inzicht te krijgen in de toepassing van het zorgpad in de praktijk, aan de hand van de antwoorden op de vragen die verschenen in Zorgdomein wanneer huisartsen medische beeldvorming aanvroegen of een patiënt verwezen naar de orthofoon.

Vervolgens is met behulp van data uit SAP voor patiënten die zijn verwezen naar de orthofoon in verband met verdenking artrose van de knie of heup gekeken naar demografische kenmerken (leeftijd en geslacht), de uiteindelijke diagnose en de hit ratio. Patiënten die het zorgpad geheel of gedeeltelijk hadden doorlopen zijn vervolgens vergeleken met patiënten die het zorgpad niet hadden doorlopen. Verschillen in demografische kenmerken, de uiteindelijke diagnose en de hit ratio tussen deze twee groepen zijn, apart voor knie- en heuppatiënten getoetst aan de hand van een t-test of een Chikwadraattoets. Tenslotte is een logistische regressieanalyse uitgevoerd om de kans dat een patiënt daadwerkelijk wordt gediagnosticeerd met artrose en de kans dat de patiënt een gewrichtsvervangende operatie ondergaat te berekenen wanneer een patiënt wel of niet het zorgpad heeft doorlopen. Bij alle statistische toetsten is een p-waarde van 0,05 als significant beschouwd.

Observationeel onderzoek

In het observationeel onderzoek zijn de declaratiegegevens van CZ geanalyseerd over de periode 2012 t/m 2016 waarbij een onderscheid is gemaakt in het aantal aanvragen van beeldvormende diagnostiek en het aantal verwijzingen naar de orthopeed. Voor beide is een drietal vergelijkingen gemaakt:

1. Voor de eerste vergelijking is gekeken naar het verschil in a. eerstelijnsdiagnostiek voor knie- en heupartrose (röntgenfoto's en MRI's) als proxy van het aantal aanvragen van beeldvormende diagnostiek door huisartsen, en in b. het aantal knie- en heupartrose gerelateerde initiële orthopedische zorgproducten als proxy van het aantal verwijzingen naar de orthopeed voor en na implementatie van het zorgpad.
2. Vervolgens is gekeken of de bij punt 1 genoemde declaratiegegevens verschillen van de veranderingen in beeldvormende eerstelijnsdiagnostiek en initiële orthopedische zorgproducten voor andere gewrichten (nek, schouder, bovenarm, elleboog, onderarm, hand, pols, vingers, enkel, voet en tenen).
3. Tenslotte zijn de bij punt 1 en 2 onderzochte veranderingen in de regio Westelijke Mijnstreek (de interventieregio) vergeleken met een (vergelijkbare) controleregio. De controleregio bestond uit drie regio's gelegen in Zuid- en Midden-Limburg. Deze drie regio's zijn samengevoegd tot één controleregio.

De verschillen tussen de gedeclareerde eerstelijnsdiagnostiek en het aantal initiële orthopedische zorgproducten in de periode na de implementatie van het zorgpad, t.o.v. de periode voor de implementatie, in beide regio's (interventie- en controleregio) zijn getoetst met behulp van een regressieanalyse. Bij alle statistische toetsten is een p-waarde van 0,05 als afkappunt aangehouden.

CZ is in de Westelijke Mijnstreek de preferente zorgverzekeraar. Van de ongeveer 180.000 inwoners in deze regio is ongeveer 40-45% verzekerd bij CZ.

Tabel 3.3.1 Onderzoeksvragen en opzet effectevaluatie zorgpad ‘Beter bewegen bij artrose’

Vraag	Databron	Methode	Periode dataselectie
Hoe wordt het Zorgpad toegepast in de praktijk?	Zorgdomein en SAP	Retrospectief dossieronderzoek	Februari 2015 t/m oktober 2016
Wat is de kans dat een patiënt, die het zorgpad heeft doorlopen, wordt gediagnosticeerd met artrose van de knie of heup en de kans dat deze patiënt een gewrichtsvervangende operatie ondergaat?	Zorgdomein en SAP	Retrospectief dossieronderzoek	Februari 2015 t/m oktober 2016
Leidt de implementatie van het zorgpad tot een daling van knie- en heupartrose gerelateerde eerstelijnsdiagnostiek (röntgenfoto's en MRI's) (als proxy van het aantal aanvragen van beeldvormende diagnostiek door huisartsen)?	Declaratie-gegevens CZ	Observationeel onderzoek met een voor en na implementatie vergelijking in zowel de interventie- als controleregio getoetst met een regressieanalyse	2012 t/m 2016
Leidt de implementatie van het zorgpad tot een daling van het aantal knie- en heupartrose gerelateerde initiële orthopedische zorgproducten (als proxy van het aantal verwijzingen naar de orthopeed)?	Declaratie-gegevens CZ	Observationeel onderzoek met een voor en na implementatie vergelijking in zowel de interventie- als controleregio getoetst met een regressieanalyse	2012 t/m 2016

Procevaluatie

De procesevaluatie is uitgevoerd onder patiënten en zorgprofessionals die betrokken zijn bij het zorgpad. De interviews met patiënten zijn afgenomen in de periode april en mei 2016. In de periode van oktober 2015 tot en met maart 2016 zijn de zorgprofessionals geïnterviewd.

Ervaring patiënten

Vanuit het perspectief van de patiënt is in de procesevaluatie gekeken naar de waardering van en de ervaring met de algemene artrosezorg en zijn belemmerende en bevorderende factoren hiervoor in kaart gebracht. Daarnaast is de mate waarin patiënten behandeld worden volgens de principes van het zorgpad geëvalueerd.

Voor deelname aan het onderzoek werden artrosepatiënten benaderd via hun huisarts, fysiotherapeut of orthopeed. In semigestructureerde interviews is gevraagd naar hun verwachtingen en ervaringen met de zorg omtrent artrose. De interviews zijn begin 2016 afgenomen. Alle interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. Daarna zijn deze gecodeerd en geanalyseerd in Nvivo. Vervolgens zijn de resultaten anoniem gerapporteerd.

Ervaring zorgprofessionals

Aan de hand van interviews is de waardering van en ervaring met het zorgpad geëvalueerd bij verschillende zorgprofessionals. Voor de interviews werden zorgprofessionals (huisartsen, fysiotherapeuten, een Physician Assistant orthopedie en orthopeed) uit de Westelijke Mijnstreek benaderd voor deelname aan dit onderzoek. In semigestructureerde interviews is gevraagd naar hun verwachtingen van en ervaringen met het zorgpad. Alle interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. Daarna zijn deze gecodeerd en geanalyseerd in Nvivo. De resultaten zijn anoniem gerapporteerd.

Het studieprotocol van het zorgpad 'Beter bewegen bij artrose' is goedgekeurd door de medisch-ethische toetsingscommissie van Zuyderland én van Zuyd Hogeschool (METC Z) (METC 15-N-123).

3.4 Bevindingen effectevaluatie

De resultaten van het retrospectieve dossieronderzoek en het observationeel onderzoek met de declaratiegegevens van CZ staan hieronder beschreven.

Retrospectief dossieronderzoek

De resultaten van het dossieronderzoek beschrijven de aanvragen van beeldvormende diagnostiek, de verwijzingen naar de orthooped en de hit ratio.

Beeldvormende diagnostiek

In totaal zijn 436 aanvragen van beeldvormende diagnostiek (röntgenfoto's en MRI's) bekeken. In verband met een afwijkende klinische vraagstelling zijn hiervan 108 (24,8%) aanvragen geëxcludeerd. Van de overige aanvragen (n= 328) ging het in 137 (41,8%) gevallen om beeldvormende diagnostiek in verband met verdenking artrose van de knie en in 191 (58,2%) gevallen om een aanvraag in verband met verdenking artrose van de heup (zie tabel 3.4.1).

In tabel 3.4.1 staan de redenen die huisartsen opgaven bij deze aanvragen van beeldvormende diagnostiek via Zorgdomein. De reden voor ongeveer 50% van de aanvragen is ter ondersteuning van de diagnose artrose, ongeveer 15% voor het vaststellen van de mate van artrose en meer dan 10% ter geruststelling van de patiënt.

Verwijzingen orthooped

In totaal zijn 286 verwijzingen voor een consult bij de orthooped onderzocht. Hiervan zijn 27 (9,4%) verwijzingen geëxcludeerd, omdat het ging om controle van een bestaande prothese of dat het geen verdenking op artrose betrof. Van de overige verwijzingen (n= 259) ging het in 169 (65,3%) gevallen om verdenking artrose van de knie en in 90 (34,7%) van de gevallen om verdenking artrose van de heup.

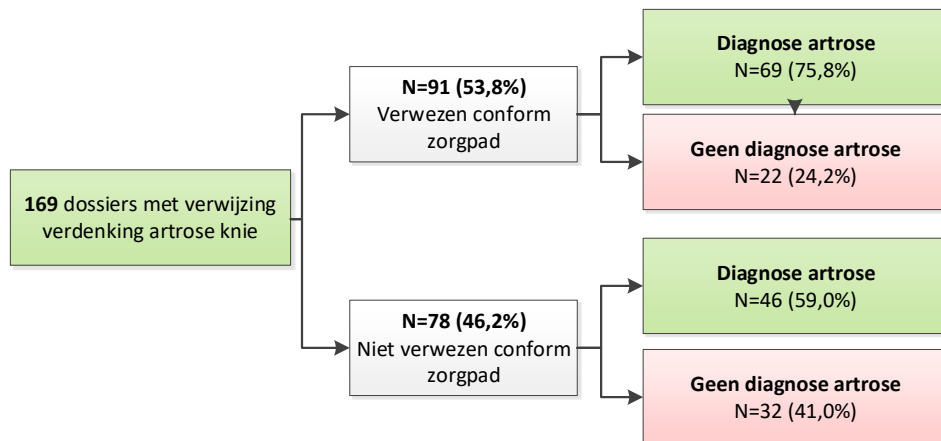
De figuren 3.4.1 en 3.4.2 laten zien bij hoeveel patiënten de diagnose artrose inderdaad door de orthooped is vastgesteld voor patiënten die het zorgpad

helemaal of gedeeltelijk hebben doorlopen (verwezen conform zorgpad) en voor patiënten die het zorgpad niet hebben doorlopen (niet verwezen conform zorgpad).

Tabel 3.4.1 Reden beeldvormende diagnostiek bij verdenking artrose knie en heup vermeld door aanvragende huisarts (n= 328)

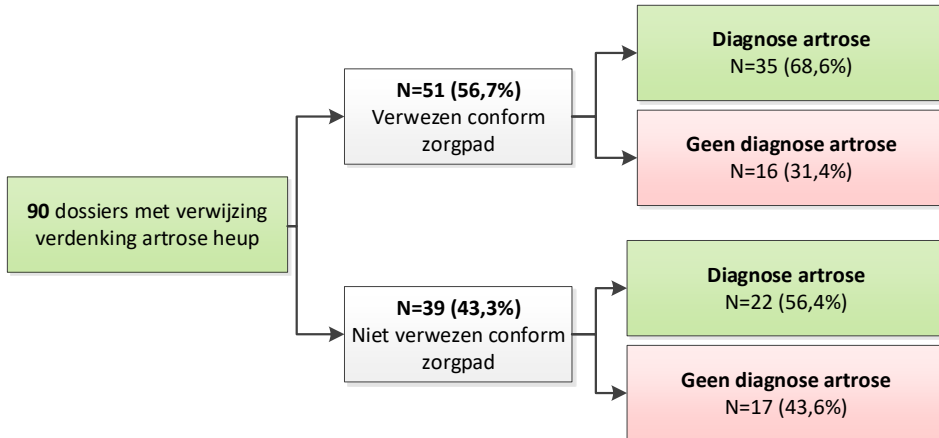
Reden aanvraag beeldvormende diagnostiek	Totaal (n= 328)	Artrose knie (n= 137)	Artrose heup (n= 191)
Aanvraag beeldvormende diagnostiek zonder reden % (n)	11,9 (39)	8,8 (12)	14,1 (27)
Aanvraag beeldvormende diagnostiek met reden % (n)^a	88,1 (289)	91,2 (125)	85,9 (164)
Ondersteuning diagnose artrose	48,2 (158)	54,7 (75)	43,5 (83)
Ondersteuning verder beleid	28,0 (92)	34,3 (47)	23,6 (45)
Vaststellen mate artrose	14,6 (48)	19,0 (26)	11,5 (22)
Uitsluiten maligniteit	14,0 (46)	12,4 (17)	15,2 (29)
Ter geruststelling patiënt	13,1 (43)	10,9 (15)	14,7 (28)
Indicatie prothese operatie	3,0 (10)	3,6 (5)	2,6 (5)
Anders	2,1 (7)	2,9 (4)	1,6 (3)

^a meerdere redenen per aanvraag mogelijk.



Figuur 3.4.1 Flowchart van verwezen patiënten i.v.m. verdenking artrose knie en uiteindelijke diagnose

Hoofdstuk 3 – Zorgpad Artrose



Figuur 3.4.2 Flowchart van verwezen patiënten i.v.m. verdenking artrose heup en uiteindelijke diagnose

De demografische kenmerken van patiënten die al dan niet verwezen zijn conform het zorgpad staan weergegeven in tabel 3.4.2 en 3.4.3. Deze demografische kenmerken zijn verderop meegenomen als voorspellers in de logistische regressieanalyses (zie tabel 3.4.4 en 3.4.7). Uit tabel 3.4.2 blijkt dat er geen verschil is in de leeftijd van patiënten die wel of niet conform het zorgpad zijn verwezen met een verdenking van knie artrose. Verder is er geen verschil in de verdeling van mannen en vrouwen tussen deze twee groepen. Wel zien we dat de diagnose artrose significant vaker is vastgesteld bij patiënten die het zorgpad hebben doorlopen in verband met een verdenking van artrose aan de knie.

Voor patiënten die zijn verwezen met een verdenking van artrose aan de heup zien we ook geen significante verschillen in leeftijd en geslacht tussen patiënten die wel en niet conform het zorgpad zijn verwezen (zie tabel 3.4.3). Daarnaast is er ook geen significant verschil in de mate waarin de diagnose artrose bij deze twee groepen is vastgesteld.

In tabel 3.4.4 staan de variabelen beschreven die middels een logistische regressieanalyse getoetst zijn als mogelijke voorspellers voor de diagnose artrose van de knie of de heup. Leeftijd van de patiënt blijkt een significante voorspeller te zijn voor het vaststellen van de diagnose artrose, zowel van de knie als van de heup. Hoe ouder de patiënt, hoe groter de kans dat artrose wordt

vastgesteld. Daarnaast is het doorlopen van het zorgpad voor patiënten met de verdenking artrose van de knie ook een significante voorspeller voor het daadwerkelijk vaststellen van de diagnose artrose. Dat wil zeggen dat patiënten met een verdenking artrose van de knie die het zorgpad gedeeltelijk of helemaal hebben doorlopen, een significant hogere kans hebben dat ze ook daadwerkelijk door de orthopeed worden gediagnosticeerd met artrose.

Tabel 3.4.2 Demografische kenmerken van patiënten verwezen met verdenking artrose knie (n = 169)

Variabelen	Totaal (n= 169)	Verwezen conform zorgpad (n= 91)	Niet verwezen conform zorgpad (n= 78)	p- waarde
Leeftijd patiënt gemiddelde (sd)	66,1 ± 11,16	66,9 ± 9,49	65,1 ± 12,84	0,305
Geslacht % (n)				
Man	43,8 (74)	38,5 (35)	50,0 (39)	
Vrouw	56,2 (95)	61,5 (56)	50,0 (39)	0,132
Diagnose artrose % (n)				
Geen diagnose artrose	32,0 (54)	24,2 (22)	41,0 (32)	
Wel diagnose artrose	68,0 (115)	75,8 (69)	59,0 (46)	0,019 *

Statistisch getest met chikwadraattoetsen en T-toetsen.

** De groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.*

Tabel 3.4.3 Demografische kenmerken van patiënten verwezen met verdenking artrose heup (n = 90)

Variabelen	Totaal (n= 90)	Verwezen conform zorgpad (n= 51)	Niet verwezen conform zorgpad (n= 39)	p- waarde
Leeftijd patiënt gemiddelde (sd)	63,8 ± 13,93	66,3 ± 10,83	60,5 ± 16,75	0,063
Geslacht % (n)				
Man	37,8 (34)	39,4 (15)	48,7 (19)	
Vrouw	62,2 (56)	70,6 (36)	51,3 (20)	0,061
Diagnose artrose % (n)				
Geen diagnose artrose	36,7 (33)	31,4 (16)	43,6 (17)	
Wel diagnose artrose	63,3 (57)	68,6 (35)	56,4 (22)	0,233

Statistisch getest met chikwadraattoetsen en T-toetsen.

Geen significante verschillen tussen de groepen.

Tabel 3.4.4 Voorspellende variabelen voor de diagnose artrose bij patiënten verwezen in verband met verdenking van artrose van de knie (n = 169) en heup (n = 90)

Variabelen	Exp(B) ^a	95% BI ^b	p-waarde
Verwijzing i.v.m. verdenking artrose knie (n= 169)			
Leeftijd patiënt	1,05	1,02-1,09	0,003 *
Geslacht patiënt (man)	1,14	0,56-2,32	0,721
Zorgpad helemaal of gedeeltelijk doorlopen	2,09	1,06-4,14	0,035 *
Verwijzing i.v.m. verdenking artrose heup (n= 90)			
Leeftijd patiënt	1,07	1,02-1,12	0,003 *
Geslacht patiënt (man)	1,24	0,55-2,80	0,600
Zorgpad helemaal of gedeeltelijk doorlopen	1,35	0,61-2,98	0,457

Statistisch getest met een logistische regressie.

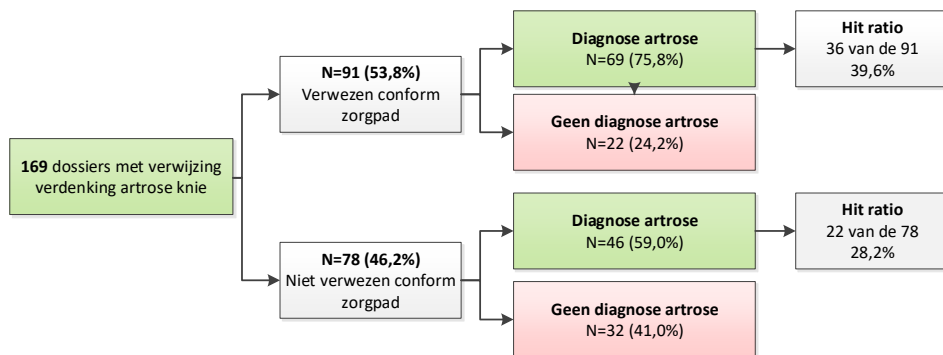
* De groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

^a Exp(B) = regressiecoëfficiënt.

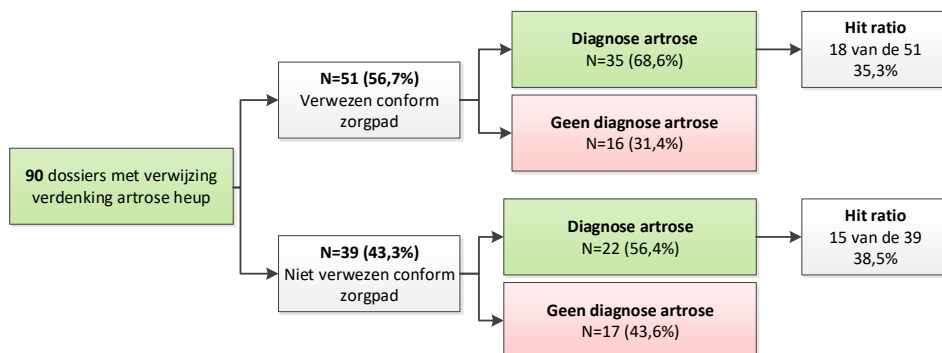
^b BI = betrouwbaarheidsinterval.

Hit ratio

Op basis van de verhouding van het aantal gewrichtsvervangende operaties dat heeft plaatsgevonden in verband met artrose aan de knie of heup en het aantal patiënten uit het dossieronderzoek dat met een verdenking op deze diagnose naar de orthopeed is verwezen, is de hit ratio uitgerekend. Dit is apart gedaan voor patiënten die wel (geheel of gedeeltelijk) het zorgpad hebben doorlopen en patiënten die niet het zorgpad hebben doorlopen (figuur 3.4.3 en 3.4.4).



Figuur 3.4.3 Flowchart met hit ratio bij verwijzing verdenking artrose knie



Figuur 3.4.4 Flowchart met hit ratio bij verwijzing verdenking artrose heup

Tabel 3.4.5 en 3.4.6 laten zien dat voor zowel patiënten met verdenking van artrose van de knie als van de heup de hit ratio niet significant verschillend is voor patiënten die het zorgpad wel of niet hebben doorlopen. Aan de hand van regressieanalyses is vervolgens nagegaan welke variabelen een eventuele gewrichtsvervangende operatie voorspellen.

Tabel 3.4.7 laat zien dat enkel de leeftijd van de patiënt een significante voorspeller is voor de hit ratio bij patiënten die zijn verwezen in verband met verdenking artrose van de knie of de heup. Hierbij geldt, hoe ouder de patiënt, hoe groter de kans dat deze een gewrichtsvervangende operatie ondergaat.

Tabel 3.4.5 Verschil in hit ratio tussen patiënten verwezen met verdenking artrose knie die wel of niet het zorgpad hebben doorlopen (n= 169)

Variabelen	Totaal (n= 169)	Zorgpad doorlopen (n= 91)	Zorgpad niet doorlopen (n= 78)	p-waarde
Hit ratio % (n)				
Geen gewrichtsvervangende operatie	65,7 (111)	60,4 (55)	71,8 (56)	
Gewrichtsvervangende operatie	34,3 (58)	39,6 (36)	28,2 (22)	0,121

Statistisch getest met chikwadraattoets.

Geen significante verschillen tussen de groepen.

Tabel 3.4.6 Verschil in hit ratio tussen patiënten verwezen met verdenking artrose heup die wel of niet het zorgpad hebben doorlopen (n= 90)

Variabelen	Totaal (n= 90)	Zorgpad doorlopen (n= 51)	Zorgpad niet doorlopen (n= 39)	p-waarde
Hit ratio % (n)				
Geen gewrichtsvervangende operatie	63,3 (57)	64,7 (33)	61,5 (24)	
Gewrichtsvervangende operatie	36,7 (33)	35,3(18)	38,5 (15)	0,757

Statistisch getest met chikwadraattoets.

Geen significante verschillen tussen de groepen.

Tabel 3.4.7 Voorspellende variabelen voor de hit ratio voor patiënten die zijn verwezen in verband met verdenking van artrose van de knie (n= 115) en heup (n= 57)

Variabelen	Exp(B) ^a	95% BI ^b	p-waarde
Verwijzing i.v.m. verdenking artrose knie (N = 115)			
Leeftijd patiënt	1,08	1,04-1,12	≤0,000 *
Geslacht patiënt (man)	1,24	0,60-2,53	0,563
Zorgpad helemaal of gedeeltelijk doorlopen	1,68	0,84-3,34	0,141
Verwijzing i.v.m. verdenking artrose heup (N = 57)			
Leeftijd patiënt	1,04	1,00-1,08	0,035 *
Geslacht patiënt (man)	0,62	0,24-1,62	0,330
Zorgpad helemaal of gedeeltelijk doorlopen	0,65	0,25-1,64	0,357

Statistisch getest met logistische regressie.

** De groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.*

^a Exp(B) = regressiecoëfficiënt

^b BI = betrouwbaarheidsinterval

Observationeel onderzoek

Met behulp van declaratiegegevens zijn voor de regio Westelijk Mijnstreek het aantal aanvragen van beeldvormende diagnostiek en het aantal verwijzingen naar de orthopeed tussen de periode voor (2012 t/m 2014) en na (2015 t/m 2016) de implementatie van het zorgpad vergeleken. Om het effect van het zorgpad beter te kunnen verklaren zijn deze vergeleken met een controleregio. Het gemiddeld aantal verzekerden, de geslachtsverdeling en de gemiddelde leeftijd van CZ-verzekerden binnen de regio's (interventie- en controleregio) in de twee periodes (voor en na de implementatie van het zorgpad) staan beschreven in tabel 3.4.8.

Tabel 3.4.8 Kenmerken van de interventie- en controleregio

Regio en periode	Gemiddeld aantal verzekerden (n)	Geslacht – man (%)	Leeftijd in jaren (gemiddelde ± sd)
Interventieregio			
Voor implementatie	85.749	48,3	45,92 ± 23,26
Na implementatie	80.078	48,4	46,36 ± 23,40
Controleregio			
Voor implementatie	99.055	48,9	45,32 ± 23,26
Na implementatie	100.987	48,8	45,78 ± 23,39

Statistisch getest met chikwadraattoetsen en T-toetsen.

Geen significante verschillen tussen de groepen.

Beeldvormende diagnostiek

Voor de aanvraag van beeldvormende diagnostiek is gekeken naar gedeclareerde eerstelijnsdiagnostiek voor knie- en heupartrose (röntgenfoto's en MRI's). Daarnaast is als aanvullende vergelijking ook de gedeclareerde beeldvormende eerstelijnsdiagnostiek voor andere gewrichten (nek, schouder, bovenarm, elleboog, onderarm, hand, pols, vingers, enkel, voet en tenen) meegenomen. Tenslotte zijn de verandering in de interventieregio vergeleken met de controleregio.

Tabel 3.4.9 laat het gemiddeld aantal gedeclareerde eerstelijnsdiagnostiek per 1.000 verzekerden zien in de periode voor en na de implementatie van het zorgpad, zowel in de interventie- als in de controleregio. Daarnaast geeft de tabel de procentuele verandering aan die berekend is voor de periode ná de

implementatie ten opzichte van de periode vóór de implementatie. Met behulp van een regressieanalyse is getoetst of de afname in medische beeldvorming is toe te schrijven aan de implementatie van het zorgpad. Hierbij is voor de kniegerelateerde beeldvormende eerstelijnsdiagnostiek een significant interactie-effect gevonden tussen regio en periode (voor/na). Dit betekent dat er in de interventieregio een significant sterkere afname is in het aantal beeldvormende eerstelijnsdiagnostiek in de periode na de implementatie van het zorgpad dan in de controleregio. Hetzelfde geldt voor de beeldvormende eerstelijnsdiagnostiek voor de andere gewrichten dan de knie of de heup, ook hier was de interactie significant.

Verwijzingen naar orthopeed

Voor de verwijzingen naar de orthopeed is gekeken naar de verschillen in het aantal knie en heup gerelateerde initiële orthopedische zorgproducten voor en na implementatie van het zorgpad. Voor een aanvullende vergelijking zijn ook de initiële orthopedische zorgproducten voor andere gewrichten (nek, schouder, bovenarm, elleboog, onderarm, hand, pols, vingers, enkel, voet en tenen) geëvalueerd en zijn de verandering in de interventieregio vergeleken met de controleregio.

Tabel 3.4.9 Aantal gedeclareerde beeldvormende eerstelijnsdiagnostiek per regio in de periode voor en na de implementatie van het zorgpad

Periode	Voor	Na	Procentuele verandering (%) ^a
	Gemiddelde ^b (n)	Gemiddelde ^b (n)	
Interventieregio			
Knie	12,72	9,51	- 25,2 *
Heup	15,19	13,45	- 11,5
Overig	35,45	32,14	- 9,3 *
Controleregio			
Knie	13,24	12,91	- 2,5 *
Heup	15,94	15,43	- 3,2
Overig	43,95	43,73	- 0,5 *

Statistisch getest met regressieanalyse

* *Significant interactie-effect tussen regio en periode*

^a - = procentuele verandering is negatief (een afname)

^b = per 1000 verzekerden

Tabel 3.4.10 laat het gemiddeld aantal initiële orthopedische zorgproducten per 1.000 verzekerden zien in de periode voor en na de implementatie van het zorgpad, zowel in de interventie- als in de controleregio. Daarnaast geeft de tabel de procentuele verandering aan die berekend is voor de periode na de implementatie ten opzichte van de periode voor de implementatie. Met behulp van een regressieanalyse is getoetst of de toename in het aantal initiële consulten in de interventieregio afwijkt van de toename in de controleregio. Voor zowel de knie, heup en overige-gerelateerde initiële consulten was deze interactie niet significant. Dit betekent dat er geen sterkere of minder sterke toename is in het aantal initiële consulten in de interventieregio in periode na de implementatie van het zorgpad dan in de controleregio.

Tabel 3.4.10 Aantal initiële orthopedische zorgproducten per regio in de periode voor en na de implementatie van het zorgpad

Periode	Voor	Na	Procentuele verandering (%) ^a
	Gemiddelde per 1.000 verzekerden (n)	Gemiddelde per 1.000 verzekerden (n)	
Interventieregio			
Knie	5,93	6,47	+ 9,1
Heup	10,92	13,14	+ 20,3
Overig	3,07	3,60	+ 17,3
Controleregio			
Knie	5,37	6,77	+ 26,1
Heup	11,30	13,50	+ 19,5
Overig	5,04	5,34	+ 6,0

Statistisch getest met regressieanalyse.

Geen significant interactie-effect tussen regio en periode.

^a + = procentuele verandering is positief (een toename)

3.5 Bevindingen procesevaluatie

De resultaten van de interviews met patiënten en zorgprofessionals betrokken bij het zorgpad zijn hieronder achtereenvolgens beschreven.

Ervaring patiënten

In totaal zijn 15 artrosepatiënten uit de Westelijke Mijnstreek geïnterviewd. De kenmerken van deze patiënten staan beschreven in tabel 3.5.1.

Tabel 3.5.1 Demografische kenmerken geïnterviewde patiënten (n= 15)

Karakteristieken	Totaal (n= 15)
Leeftijd gemiddelde (sd)	65,9 ± 8,1
Geslacht % (n)	
Man	33,3 (5)
Vrouw	66,7 (10)
Aangedaan gewricht % (n)	
Knie	73,3 (11)
Heup	26,7 (4)

Speerpunten

Hieronder staat beschreven of en in welke mate de zorg voor patiënten met artrose voldeed aan de vier doelstellingen van het zorgpad (vanuit het perspectief van de patiënten): 1. gebruik van beeldvormende diagnostiek, 2. toepassen van stepped-care, 3. geven van voorlichting en 4. toepassen van gedeelde besluitvorming tussen arts en patiënt.

1. Gebruik van beeldvormende diagnostiek

Ondanks de aandacht binnen het zorgpad voor het beperken van onnodige beeldvormende diagnostiek bij artrose geven bijna alle patiënten (n= 13) aan dat er beeldvormende diagnostiek plaats heeft gevonden, zoals een röntgenfoto, MRI of een echo. Daarnaast gaf een deel van de patiënten (n= 7) aan dat daarnaast ook lichamelijk onderzoek plaats heeft gevonden.

II. Toepassen van stepped-care

Slechts twee patiënten gaven aan dat er een duidelijk stappenplan was, gericht op het uitstellen van een operatie. Voor de rest van de patiënten was het niet duidelijk of er een stappenplan was of was er alleen een stappenplan gericht op het traject na de gewrichtsvervangende operatie.

Daarnaast gaf twee derde van de patiënten aan fysiotherapie te hebben gekregen voordat een eventuele gewrichtsvervangende operatie plaatsvond. Slechts één patiënt was verwezen naar de diëtist. Niemand gaf aan bij een ergotherapeut of psycholoog geweest te zijn. Uiteindelijk zijn twaalf patiënten naar de orthopeed verwezen, waarvan elf een gewrichtsvervangende operatie hebben ondergaan. Vijf patiënten kregen na de operatie fysiotherapie.

III. Geven van voorlichting

De tevredenheid over de informatie die men ontving was verschillend. Een gedeelte van de patiënten (n= 4) was positief over de informatie en vond deze nuttig. Een ander gedeelte van de patiënten (n= 4) was minder positief over de informatie die ze ontvingen. Men vond de informatie te beperkt of juist te uitgebreid.

IV. Toepassen van gedeelde besluitvorming

Slechts een klein deel van de patiënten (n= 3) gaf aan dat ze op de hoogte waren van de verschillende behandelmogelijkheden. Daarnaast was er slechts bij twee patiënten echt sprake van 'shared decision-making' en vond het besluit over de behandeling plaats in overleg met de zorgprofessional.

Bij 'shared decision-making' is de rol van de patiënt belangrijk, het gaat tenslotte over een vorm van gelijkwaardige en gezamenlijke besluitvorming tussen hulpvrager en zorgprofessional. Op de vraag welke rol men zelf had in de zorg rondom hun artrose gaf een deel van de patiënten (n= 5) aan dat ze zelf geen duidelijke rol hadden. Een ander deel (n= 5) gaf aan dat het hun rol was om het advies van de zorgprofessional op te volgen.

Verwachtingen met betrekking tot de artrosezorg

Om de verwachtingen van patiënten met betrekking tot de artrosezorg te achterhalen is patiënten gevraagd wat ze hoopten te bereiken met hun behandeling. De antwoorden op deze vraag staan beschreven in tabel 3.5.2. Daarnaast is patiënten gevraagd of de zorg die men ontving, voldeed aan de verwachtingen. De meerderheid (n= 9) gaf aan dat dit inderdaad het geval was.

Tenslotte is gevraagd wanneer men de zorg voor artrose een succes vond. De patiënten gaven de volgende successen aan (in volgorde van vaakst naar minst genoemd): wanneer de behandeling (en dan met name de gewrichtsvervangende operatie) succesvol is verlopen (n= 4), wanneer men minder of geen pijn meer heeft (n= 4), wanneer men weer actief kan zijn (n= 4), wanneer een gewrichtsvervangende operatie is voorkomen of is uitgesteld (n= 2), en wanneer men weer volledig is genezen (n= 1).

Tabel 3.5.2 Verwachtingen van patiënten (n= 15) over zorg rondom artrose

Verwachtingen artrosezorg	N
Weer kunnen bewegen / actief zijn	6
Geen pijn meer hebben	6
Functioneren zoals vroeger	2
Stabiel blijven (en operatie voorkomen)	2
Volledig genezen (na operatie)	1

Ervaringen met verschillende zorgprofessionals

De ervaringen van de patiënten met de verschillende zorgprofessionals die men voor hun artrose heeft bezocht, zijn onderverdeeld in positieve en negatieve ervaringen en staan beschreven in tabel 3.5.3.

Tabel 3.5.3 Positieve en negatieve ervaringen van patiënten (n= 15) met verschillende zorgprofessionals die zij in verband met artrose bezocht hebben

Zorgprofessional	Ervaringen	N
Huisarts	+ Aandacht en belangstelling	3
	+ Het nemen van tijd	1
	- Niet serieus nemen van patiënt	2
	- Geen optimale begeleiding geboden	2
	- Geen expert op het gebied van artrose	1
Fysiotherapeut	+ Goede hulp en advies	6
	+ Aandacht en belangstelling	2
	+ Expert op het gebied van artrose	1
	- Behandeling sluit niet aan op klachten	1
Diëtist	- Behandeling sluit niet aan op wensen van patiënt	1
Orthopeed	+ Goede uitleg	3
	+ Goede hulp en advies	3
	+ Leveren van goede zorg	3
	+ Expert op het gebied van artrose	1
	+ Goede band met orthopeed	1
	+ Aandacht	1
	- Nonchalante houding ten opzichte van een gewrichtsvervangende operatie	1

Belemmerende en bevorderende factoren

Om na te gaan welke belemmerende en bevorderende factoren patiënten ervaren met betrekking tot artrosezorg, zijn de volgende vragen gesteld: Wat vindt u niet goed aan de zorg?, Wat waren beperkingen of belemmeringen bij de zorg?, Wat zou u willen veranderen aan de zorg voor artrose?, Wat vindt u goed aan de zorg? De verschillende belemmerende en bevorderende factoren die hierdoor naar voren zijn gekomen staan beschreven in tabel 3.5.4.

Tabel 3.5.4 Belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot artrosezorg

Belemmerende factoren	N
Beperkte vergoeding voor fysiotherapie	2
De meningen van de verschillende zorgprofessionals komen niet altijd overeen	1
Zorgprofessionals hebben weinig tijd beschikbaar voor patiënt /gebrek aan aandacht	1
Er is sprake van een gebrek aan uitleg	1
De huisarts mist de expertise over artrose	1
Als patiënt ben je afhankelijk van de zorgprofessionals	1
Klachten van patiënten worden niet altijd serieus genomen (afgeschoven op leeftijd van de patiënt)	1
Beperkte aandacht voor preventie van artrose	1
Optie fysiotherapie niet besproken met patiënt	1
Bevorderende factoren	N
Persoonlijke aandacht / individuele zorg	4
De juiste behandeling geboden voor de klachten van de patiënt	3
Snelle behandeling in het ziekenhuis (snel naar huis na operatie)	3
Goede begeleiding	1
Goede informatie	1
Vriendelijke zorgprofessionals	1
Het gevoel dat men moeite voor je doet	1

Ervaring zorgprofessionals

In totaal zijn 12 zorgprofessionals uit de Westelijke Mijnstreek geïnterviewd: zes fysiotherapeuten, vijf huisartsen en één Physician Assistant orthopedie. Vijf van deze zorgprofessionals waren lid van de Expertisegroep Artrose.

Verwachtingen

De verwachtingen van de zorgprofessionals met het zorgpad waren (in volgorde van meest naar minst genoemde verwachtingen): betere verwijzingen naar orthopeed waarbij onnodige verwijzingen worden voorkomen (n= 8), besparing van kosten (n= 2), creëren van een uniforme werkwijze (n= 2), meer patiënten naar de fysiotherapeut (n= 2), erkenning van het zorgpad door zorgprofessionals

in de regio (n= 1), zorg is passender en beter voor de patiënt (n= 1). Deze verwachtingen komen overeen met de antwoorden op de vraag welke doelstellingen het zorgpad artrose volgens hen heeft. Hierop werd als volgt geantwoord (op volgorde van meest naar minst genoemde doelen): leveren van effectieve zorg (n= 7), voorkomen van onnodige verwijzingen en diagnostiek (n= 5), reductie van kosten (n= 3), de beste zorg voor de patiënt leveren (n= 1), de patiënt actief en zelfstandig houden (n= 1), uniforme zorg leveren (n= 1), de eerste lijn optimaal benutten (n= 1), en de kwaliteit van leven van de patiënt verbeteren (n= 1).

Belemmerende en bevorderende factoren

De factoren die volgens de geïnterviewde zorgprofessionals mogelijk belemmerend en bevorderend zijn bij de implementatie van het zorgpad zijn aan de hand van literatuur (Fleuren et al., 2002) ingedeeld in vijf categorieën, namelijk: factoren met betrekking tot 1. de organisatie, 2. de omgeving, 3. de gebruiker, 4. de vernieuwing en 5. de randvoorwaarden. Hierbij gaat het niet alleen om factoren die door de zorgprofessionals zelf zijn ervaren, maar ook om factoren waarvan zij verwachten dat deze een rol kunnen spelen bij de implementatie van het zorgpad (tabel 3.5.5). In algemene zin blijkt uit de antwoorden dat het ontbreken van een factor als belemmerend en de aanwezigheid van dezelfde factors als bevorderend wordt gezien.

Tabel 3.5.5 Belemmerende (-) en bevorderende (+) factoren bij de implementatie van het zorgpad volgens de geïnterviewde zorgprofessionals

Factoren	Belemmerende en bevorderende factoren	N
Factoren met betrekking tot de organisatie	Niet genoemd	0
Factoren met betrekking tot de omgeving	- Patiënt is niet bereid om mee te werken	5
	- Extra kosten voor de patiënt door het zorgpad	2
	- Aanbod van zorg in het buitenland	1
	+ Patiënt is bereid om mee te werken	1
Factoren met betrekking tot de gebruiker(s) van de vernieuwing (de zorgprofessionals)	- Gebrek aan steun/medewerking van andere zorgprofessionals	4
	- Lage betrokkenheid van de zorgprofessional	2
	- Gebrek aan samenwerking/communicatie tussen zorgprofessionals	2
	- Gebrek aan kennis bij de zorgprofessional	1
	- Gebrek aan overeenkomst om doel te bereiken	1
	- Moeilijkheden om de huidige routine te doorbreken	1
	+ Medewerking van andere zorgprofessionals	1
	+ Aanwezigheid van enthousiasme en interesse van zorgprofessional	1
	+ Goede communicatie tussen zorgprofessionals	2
	+ (Extra) overleg tussen zorgprofessionals	1
Factoren met betrekking tot de vernieuwing (het zorgpad)	- Gebrek aan heldere richtlijnen/uniformiteit	2
	- Uitkomst is niet (direct) zichtbaar voor zorgprofessionals	2
	- Kans op nadelige gevolgen voor zorgprofessional (bijv. behandelgemiddelden fysio)	1
	- Vernieuwing is niet aantrekkelijk voor zorgprofessional (zoveelste project)	1
	+ Heldere richtlijnen/uniformiteit	4
	+ Aantrekkelijk voor zorgprofessional	1
	+ Uitkomst zichtbaar maken	1
Factoren met betrekking tot de randvoorwaarden	- Gebrek aan tijd	3
	- Geen goede afbakening van de interventie	1
	- Gebrek aan PR en informatie	1
	+ Goede afbakening van de interventie	1
	+ Juiste PR en informatie	5

3.6 Conclusies en aanbevelingen van het zorgpad

De evaluatie heeft inzicht gegeven in het effect van het zorgpad 'Beter bewegen bij artrose' alsmede de toepassing van en ervaringen met het zorgpad in de praktijk. Door de keuze van de Expertisegroep om vooral te focussen op de procesevaluatie doormiddel van interviews, pas in een later stadium te kiezen voor een effectevaluatie en het betrekken van de onderzoekers hierbij, ontbrak systematische registratie van de hiervoor benodigde informatie. Daardoor bleek het lastig om de hoeveelheid huisartsen die werken conform het zorgpad en het aantal patiënten dat behandeld is conform het zorgpad te achterhalen. Daarnaast was het niet mogelijk om te achterhalen welke behandelingen patiënten hebben gehad (met name in de eerste lijn). Het meten van het echte effect van het zorgpad was hierdoor lastig. Echter, doormiddel van een steekproef (data ZorgDomein en SAP) is getracht het effect van het zorgpad zo goed mogelijk te benaderen, hoewel het wel een beperkter beeld geeft. Tenslotte hebben de aanvullende analyses met de CZ-data waardevolle informatie opgeleverd.

Conclusies

Aan de hand van de effect- en procesevaluatie kunnen we een aantal conclusies trekken over het effect en de toepassing van en ervaringen met het zorgpad 'Beter bewegen bij artrose'.

Beeldvormende diagnostiek

Met betrekking tot de beeldvormende diagnostiek kunnen we concluderen dat de toepassing van het zorgpad leidt tot minder aanvragen van knieartrose gerelateerde eerstelijnsdiagnostiek vanuit de huisartsen. Verder blijkt uit het retrospectief dossieronderzoek dat ondanks de implementatie van het zorgpad beeldvormende diagnostiek in veel gevallen nog niet wordt aangevraagd conform de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Dit blijkt uit het feit dat de belangrijkste reden voor huisartsen om beeldvormende diagnostiek aan te vragen is ter ondersteuning van de diagnose.

Daarnaast lijkt het zorgpad een bewustwordingseffect te hebben. Resultaten van het observationeel onderzoek laten namelijk ook een significante afname van beeldvormende diagnostiek voor overige gewrichten zien in de Westelijke Mijnstreek. Alhoewel het zorgpad zich alleen op knie- en heupartrose richt, kan de implementatie van het zorgpad ertoe hebben geleid dat huisartsen in het algemeen bewuster diagnostiek zijn gaan aanvragen.

Verwijzingen naar orthopeed

Uit het retrospectieve dossieronderzoek blijkt dat nog niet alle huisartsen in de Westelijke Mijnstreek conform het zorgpad verwijzen naar de orthopeed, aangezien bijna de helft van de patiënten het zorgpad niet heeft doorlopen voordat men werd verwezen. Echter, het doorlopen van het zorgpad vergroot de kans dat een patiënt (met een verdenking van artrose aan de knie) daadwerkelijk door de orthopeed wordt gediagnosticeerd met artrose. Daarnaast blijkt uit het observationeel onderzoek dat het zorgpad tot nu toe geen aanzienlijk effect heeft op het verwijsgedrag van huisartsen naar de orthopeed

Hit ratio

Het retrospectieve dossieronderzoek laat zien dat het zorgpad tot nu toe geen significante invloed op de hit ratio. Dit komt mede door de lage aantallen die onderzocht zijn.

Ervaring patiënten

Uit de interviews blijkt dat patiënten over het algemeen tevreden zijn over de zorg die ze hebben ontvangen en het behaalde behandelresultaat. Met name de afname van klachten en pijn zijn van groot belang voor patiënten. Patiënten focussen zich dus vooral op de uitkomsten van de behandeling.

Als we kijken naar de mate waarin de vier speerpunten van het zorgpad vanuit het perspectief van de patiënt aanwezig zijn in de huidige artrosezorg, kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- Gebruik van beeldvormende diagnostiek: ondanks de aandacht binnen het zorgpad voor het beperken van onnodige diagnostiek bij artrose geeft het merendeel van de patiënten aan dat beeldvormende diagnostiek is gebruikt en dit wordt ook als belangrijk ervaren door patiënten.
- Toepassen van stepped-care: een stepped-care aanpak is vanuit het perspectief van de patiënt niet duidelijk aanwezig.
- Geven van voorlichting: het merendeel van de patiënten geeft aan meer informatie te willen over wat artrose precies is, wat de oorzaken zijn en welke behandelmogelijkheden er zijn.
- Toepassen van gedeelde besluitvorming: bij weinig patiënten was terug te zien dat er sprake was van een gedeelde besluitvorming.

Een belangrijke kanttekening bij bovenstaande conclusies is dat uit de gesprekken met de patiënten naar voren kwam dat men vaak niet weet dat men in een zorgpad zit. De vraag is of het van belang is dat de speerpunten van het zorgpad vanuit het perspectief van de patiënt duidelijk naar voren komen.

Tenslotte geven patiënten aan een patiëntgerichte benadering en behandeling belangrijk te vinden. Wanneer dit onvoldoende gebeurt, is dit een belemmering van de artrosezorg en gaat dit ten koste van de kwaliteit. Daarnaast ervaren patiënten een niet volledige vergoeding van fysiotherapie als een belemmering.

Ervaring zorgprofessionals

Uit de interviews komt naar voren dat de verwachtingen van zorgprofessionals met betrekking tot het zorgpad over het algemeen positief zijn. Een meerderheid van de zorgprofessionals gaf aan te verwachten dat door het toepassen van het zorgpad er efficiënter verwezen wordt naar de orthofoon waardoor onnodige verwijzingen zullen worden voorkomen.

Wel geven zorgverleners aan dat de implementatie van het zorgpad een aantal verbeterpunten kent (zie aanbevelingen). Zorgprofessionals vinden samenwerking en communicatie met andere zorgprofessionals een belangrijk aspect binnen het zorgpad en men vindt dat dit meer aandacht verdient.

Een belangrijke kanttekening bij bovenstaande conclusies is dat vijf van de twaalf geïnterviewde zorgprofessionals lid was van de Expertisegroep Artrose. Deze zorgprofessionals waren daardoor mogelijk bevooroordeeld in hun verwachtingen over het zorgpad.

Aanbevelingen

Voor de verdere ontwikkeling en optimalisering van het zorgpad 'Beter bewegen bij artrose' zijn verschillende aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen zijn geschreven voor de stakeholders van het huidige zorgpad, maar kunnen ook nuttig zijn voor organisaties uit andere regio's die met een gelijksoortig project aan de slag willen.

- Om het effect van het zorgpad te vergroten dienen huisartsen die nog niet verwijzen conform het zorgpad gestimuleerd worden dit wel te gaan doen.
- Patiënten én zorgprofessionals dienen meer doordrongen te worden van het feit dat, conform de NHG-richtlijnen, voor het diagnosticeren van artrose beeldvormende diagnostiek zelden nodig is.
- Meer aandacht dient uit te gaan naar patiëntgerichte communicatie (shared decision-making), o.a. vanwege de associatie met minder beeldvormende diagnostiekaanvragen door de huisarts. Afstemming op de behoefte van de patiënt is dan geboden.
- De verschillende onderdelen van het zorgpad en de behandelopties dienen eenduidig besproken te worden met de patiënt. Dit maakt het zorgpad en de bijbehorende onderdelen van de stepped-care aanpak zichtbaarder voor de patiënt. Voorbeelden hiervan zijn het implementeren van langere consulten bij de huisarts of de implementatie van groepsconsulten. Dit kan tevens bijdragen aan het verhogen van de kennis over artrose bij patiënten. Een ander voorbeeld is de implementatie van een informatieklaapper die patiënten krijgen nadat ze gediagnosticeerd zijn met artrose. Een

soortgelijke klapper is ook aanwezig in het ziekenhuis en wordt door patiënten zeer gewaardeerd. Deze klapper kan daarnaast ook bijdragen aan het verhogen van de kennis over artrose bij patiënten.

- Huisartsen dienen extra scholing te ontvangen over het zorgpad en het herkennen en behandelen van artrose om efficiënter naar de orthopeed te verwijzen en de hit ratio te verhogen. Dit sluit aan op de behoefte van zorgprofessionals om meer informatie te ontvangen. Tijdens speciale bijeenkomsten (voor zowel huisartsen als fysiotherapeuten) kan men dieper ingaan op de implementatie van het zorgpad in de praktijk. Relevante onderwerpen zijn bijvoorbeeld: omgaan met patiënten die een sterke voorkeur hebben voor beeldvormende diagnostiek of een gewrichtsvervangende operatie, voorlichten van patiënten, bewerkstelligen van gedragsverandering (bij zowel de professionals zelf als bij de patiënt), toepassen van shared decision-making en hoe om te gaan met de beperkte tijd die je als zorgprofessional hebt.
- Om het aantal verwijzingen naar de orthopeed terug te dringen kan het zorgpad gecombineerd worden met interventies die zich specifiek richten op het verminderen van verwijzingen naar de tweede lijn. Een voorbeeld hiervan is Anderhalvelijnszorg binnen het Anders Beter Centrum. Hiernaar kunnen patiënten met schouderklachten verwezen worden, waarbij de patiënt advies op maat krijgt tijdens een one-stop-visit. Eenzelfde soort methode zou gebruikt kunnen worden voor patiënten met knie- en heupklachten.
- De samenwerking en communicatie tussen zorgprofessionals dient bevorderd te worden. Een voorbeeld om dit te stimuleren is het creëren van mogelijkheden om met andere zorgprofessionals te overleggen en elkaar beter te leren kennen. Een ander voorbeeld is het ontwikkelen van richtlijnen waarbij afspraken tussen zorgprofessionals op papier worden gezet. Deze richtlijnen beschrijven o.a. een standaard opmaak van verwijsbrieven van en naar huisartsen en fysiotherapeuten.
- Het is van belang om voorafgaand aan de interventie een duidelijk plan te hebben over de wijze van monitoring en evaluatie en onderzoekers hierbij te betrekken.

Referenties

1. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). Naar beter betaalbare zorg. Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven. Den Haag; 2012.
2. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). Kamerbrief Proeftuinen en pilots 'beter zorg met minder kosten'. Den Haag; 2013.
3. Drewes HW, van Vooren NJE, Steenkamer B, Kemper PF, Hendriks RJ, Baan CA. Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem Landelijke Monitor Proeftuinen – reflectie op 5 jaar proeftuinen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2018.
4. Drewes H, Heijink R, Struijs J, Baan C. Samen werken aan duurzame zorg Landelijke monitor proeftuinen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2015.
5. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 tot en met 2017. Den Haag; 2013.
6. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017. Den Haag; 2013.
7. Lamberts PHG, Steenbakkers M, Thijssen NHB, Backus-Mujakovic S, de Vreede JJM, Hajema KJ, et al. GGD Zuid Limburg. Een gezonde kijk op Zuid-Limburg; Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Utrecht; 2010.
8. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*. 2008;27(3):759-69.
9. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals Family Medicine*. 2014;12(6):573-6.
10. Qunjel TCC, Spreeuwenberg MD, Struijs JN, Baan CA, Ruwaard D. Evaluating a Dutch cardiology primary care plus intervention on the Triple Aim outcomes: study design of a practice-based quantitative and qualitative research. *BMC Health Services Research*. 2017;17:628.
11. van Hoof SJ, Kroese ME, Spreeuwenberg MD, Elissen AM, Meerlo RJ, Hanraets MM, et al. Substitution of Hospital Care with Primary Care: Defining the Conditions of Primary Care Plus. *Int J Integr Care*. 2016;16(1):12.
12. van Hoof SJ, Spreeuwenberg MD, Kroese ME, Steevens J, Meerlo RJ, Hanraets MM, et al. Substitution of outpatient care with primary care: a feasibility study on the experiences among general practitioners, medical specialists and patients. *BMC Fam Pract*. 2016;17:108.
13. Versteegh M, Evers S, de Wit G, Prenger R, Stolk E. Dutch Tariff for the Five-Level Version of EQ-5D. *Value in Health*. 2016;19(4):343-52.

14. Mols F, Pelle AJ, Kupper N. Normative data of the SF-12 health survey with validation using postmyocardial infarction patients in the Dutch population. *Quality of Life Research*. 2009;18(4):403-14.
15. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: The National Academies Press; 2001.
16. Centraal Bureau voor statistiek (CBS). *Standaard onderwijsindeling (Editie 2016/2017)*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2017.
17. Poelman T. Methodes om de betrouwbaarheid van observationele studies te vergroten: wat is de plaats van een instrumentele-variabele-analyse? *Minerva*. 2017;16(8):208-10.
18. Nederlandse Zorgautoriteit. Open data van de Nederlandse Zorgautoriteit. Available from: <https://www.opendisdata.nl/2018>
19. van den Ende CHM, Bierma-Zeinstra SMA, Vliet Vlieland TPM, Swierstra BA, Voorn TB, Dekker J. Conservatieve behandeling van heup- en knieartrose. Systematische en stapsgewijze behandelstrategie. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2010;154(A1574).
20. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten (M107); 2016. Available from: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-niet-traumatische-knieklachten>.
21. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). KNGF-richtlijn Artrose heup-knie. *Praktijkrichtlijnen*. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*. 2010;120(1).
22. MCC Omnes. Werkafspraken. Artrose heup en knie. Available from: <https://mcc-omnes.nl/documenten>.

Bijlagen

Anderhalvelijnszorg in de proeftuin Blauwe Zorg

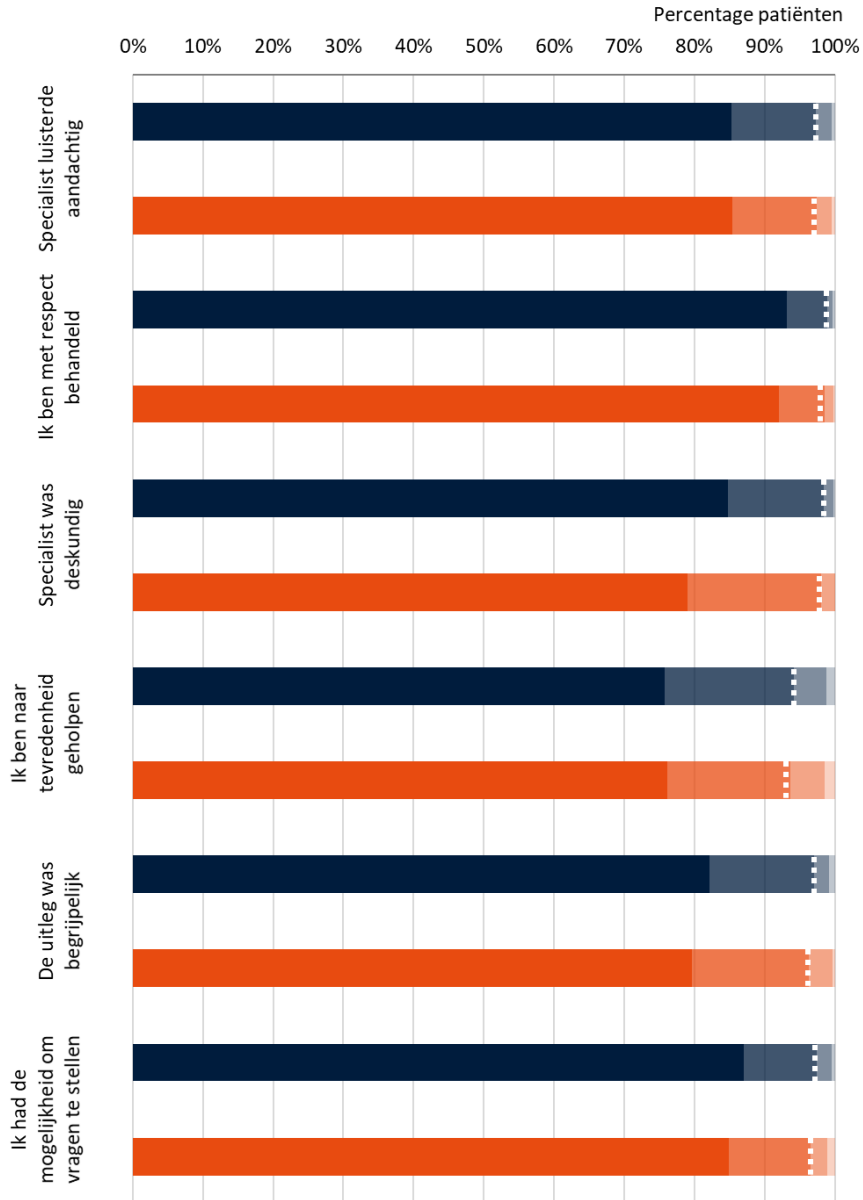
- I. Overige items ervaren kwaliteit van zorg
- II. Volumes van patiënten en consulten per specialisme op de Stadspoli
- III. Verwijsbeslissing na een of meerdere consulten op de Stadspoli per specialisme
- IV. Aantal patiënten, consulten en de verdeling van verwijsbeslissingen op de Stadspoli per jaar
- V. Gemiddelde zorgkosten van een patiënt gemeten tot en met 12 maanden na het eerste consult in de anderhalve en tweede lijn per specialisme
- VI. Kenmerken van de top 2,5% patiënten met hoogste zorgkosten
- VII. Trendanalyses: de trend van het totaal aantal initiële zorgproducten voor de periode 2014 t/m 2017
- VIII. Trendanalyses: de trend van het aantal initiële licht ambulante zorgproducten voor de periode 2014 t/m 2017 per specialisme

Anderhalvelijnszorg in de proeftuin MijnZorg

- IX. Overige items ervaren kwaliteit van zorg m.b.t. het specialisme cardiologie
- X. Ervaren kwaliteit van zorg m.b.t de specialismen: KNO, kleine chirurgie, dermatologie en interne geneeskunde
- XI. Verwijsbeslissing per specialisme m.b.t de specialismen: KNO, kleine chirurgie, dermatologie en interne geneeskunde
- XII. Trendanalyses van de specialismen: KNO, kleine chirurgie, dermatologie en interne geneeskunde
- XIII. Effect van anderhalvelijnszorg op de eigen risico derving

Bijlage I. Overige items ervaren kwaliteit van zorg

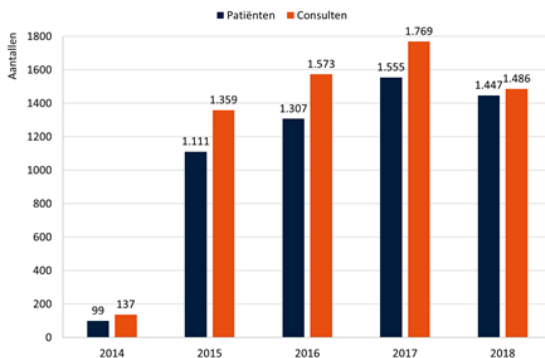
Interventiegroep: ■ Ja, helemaal ■ Grotendeels ■ Een beetje ■ Nee, helemaal niet
 Controlegroep: ■ Ja, helemaal ■ Grotendeels ■ Een beetje ■ Nee, helemaal niet



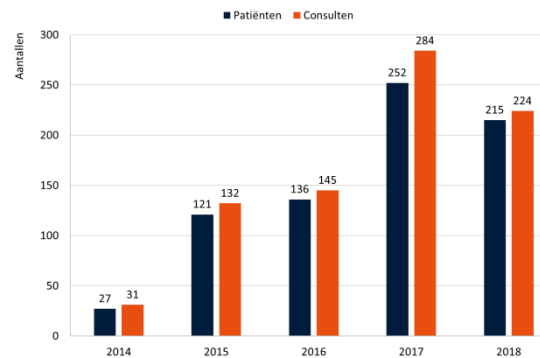
Statistisch getest met een chikwadraattoets.
 Geen significante verschillen tussen de groepen.

Figuur 1 Ervaren kwaliteit van zorg - consult met de specialist

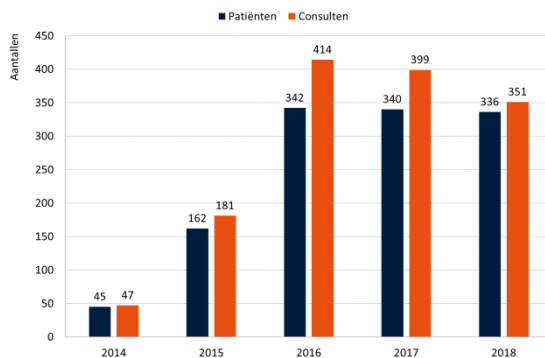
Bijlage II. Volumes van patiënten en consulten per specialisme op de Stadspoli



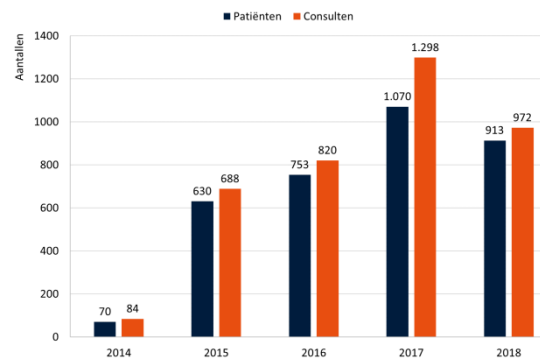
Figuur 1 Dermatologie: aantal patiënten en consulten op de Stadspoli (2014-2018)



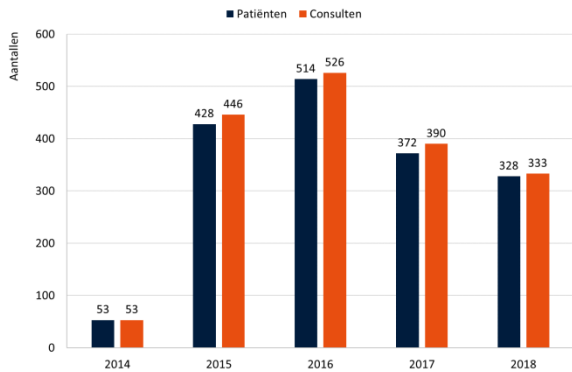
Figuur 2 Interne geneeskunde (incl. MDL): aantal patiënten en consulten op de Stadspoli (2014-2018)



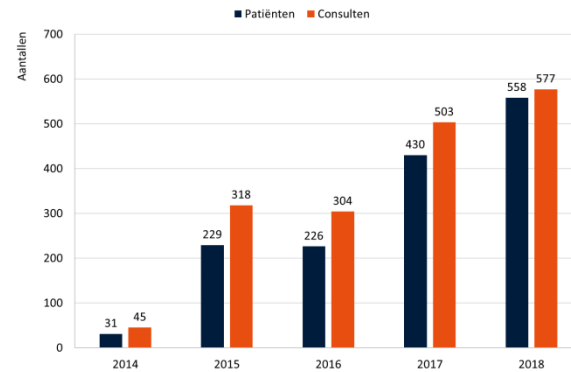
Figuur 3 Neurologie: aantal patiënten en consulten op de Stadspoli (2014-2018)



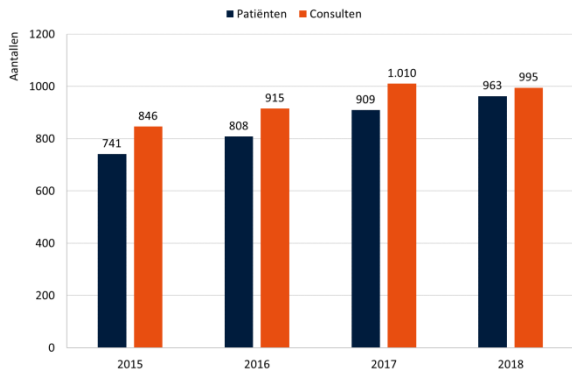
Figuur 4 Orthopedie: aantal patiënten en consulten op de Stadspoli (2014-2018)



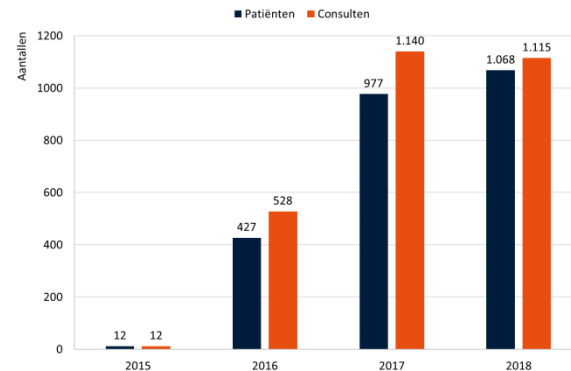
Figuur 5 Oogheelkunde: aantal patiënten en consulten op de Stadspoli (2014-2018)



Figuur 6 Reumatologie: aantal patiënten en consulten op de Stadspoli (2014-2018)

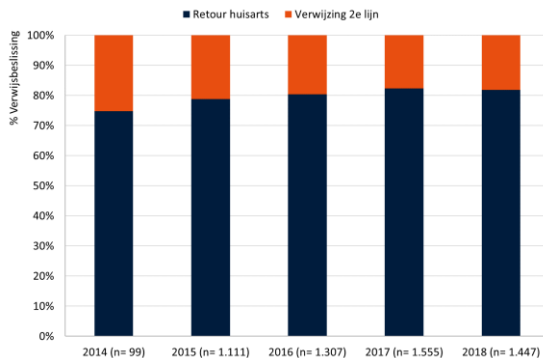


Figuur 7 KNO: aantal patiënten en consulten op de Stadspoli (2014-2018)

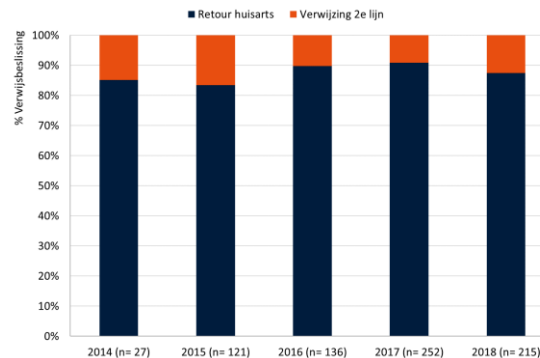


Figuur 8 Gynaecologie: aantal patiënten en consulten op de Stadspoli (2014-2018)

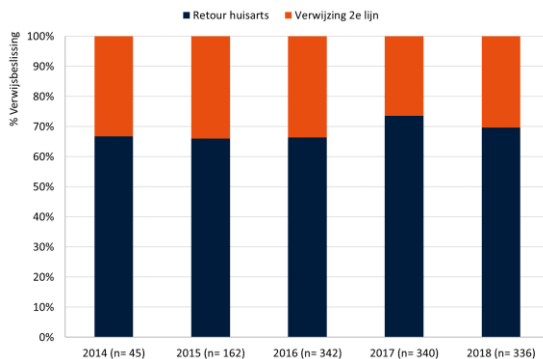
Bijlage III. Verwijsbeslissing na één of meerdere consulten op de Stadspoli per specialisme



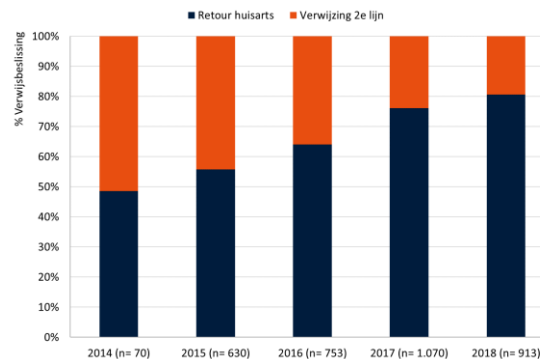
Figuur 1 Dermatologie: verwijsbeslissing na één of meerdere consulten op de Stadspoli



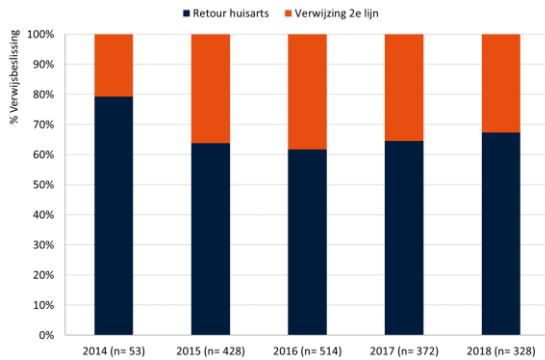
Figuur 2 Interne geneeskunde (incl. MDL): verwijsbeslissing na één of meerdere consulten op de Stadspoli



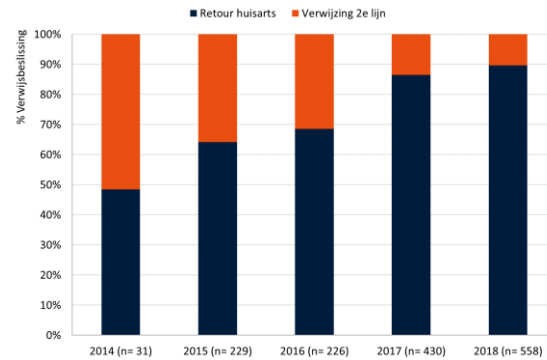
Figuur 3 Neurologie: verwijsbeslissing na één of meerdere consulten op de Stadspoli



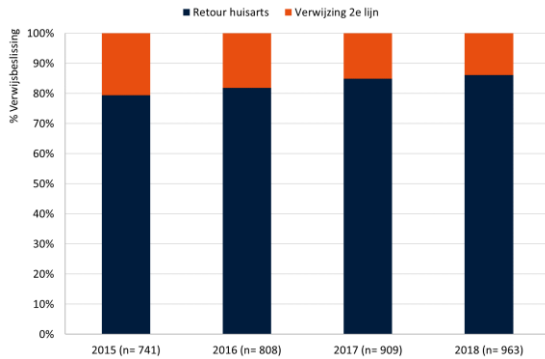
Figuur 4 Orthopedie: verwijsbeslissing na één of meerdere consulten op de Stadspoli



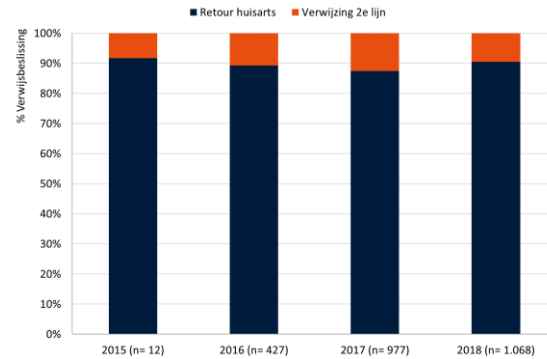
Figuur 5 Oogheekunde: verwijsbeslissing na één of meerdere consulten op de Stadspoli



Figuur 6 Reumatologie: verwijsbeslissing na één of meerdere consulten op de Stadspoli



Figuur 7 KNO: verwijsbeslissing na één of meerdere consulten op de Stadspoli



Figuur 8 Gynaecologie: verwijsbeslissing na één of meerdere consulten op de Stadspoli

Bijlage IV: Aantal patiënten, consulten en de verdeling van verwijsbeslissingen op de Stadspoli per jaar**Tabel 1.** Overzicht van het aantal patiënten, het aantal consulten en de verdeling van verwijsbeslissingen op de Stadspoli in 2014

Specialisme	Aantal patiënten	Aantal consulten			Retour huisarts		Verwijzing 2 ^e lijn	
	N	N	gem.	sd	%	N	%	N
Dermatologie	99	137	1,38	0,62	74	74,7%	25	25,3%
Interne geneeskunde (incl. MDL)	27	31	1,15	0,36	23	85,2%	4	14,8%
Neurologie	45	47	1,04	0,21	30	66,7%	15	33,3%
Oogheekunde	53	53	1,00	0,00	42	79,2%	11	20,8%
Orthopedie	70	84	1,20	0,40	34	48,6%	36	51,4%
Reumatologie	31	45	1,45	0,57	15	48,4%	16	51,6%
Totaal	325	397	1,22	0,47	218	67,1%	107	32,9%

Tabel 2. Overzicht van het aantal patiënten, het aantal consulten en de verdeling van verwijfsbeslissingen op de Stadspoli in 2015

Specialisme	Aantal patiënten	Aantal consulten			Retour huisarts		Verwijzing 2 ^e lijn	
	N	N	gem.	sd	%	N	%	N
Dermatologie	1.111	1.359	1,22	0,45	876	78,8%	235	21,2%
Gynaecologie	12	12	1,00	0,00	11	91,7%	1	8,3%
Interne geneeskunde (incl. MDL)	121	132	1,09	0,32	101	83,5%	20	16,5%
Kindergeneeskunde	1	2	2,00	0,00	0	0,0%	1	100,0%
KNO	741	846	1,14	0,36	588	79,4%	153	20,6%
Neurologie	162	181	1,12	0,32	107	66,0%	55	34,0%
Oogheelkunde	428	446	1,04	0,20	273	63,8%	155	36,2%
Orthopedie	630	688	1,09	0,31	351	55,7%	279	44,3%
Reumatologie	229	318	1,39	0,50	147	64,2%	82	35,8%
Totaal	3.435	3.984	1,16	0,38	2454	71,4%	981	28,6%

Tabel 3. Overzicht van het aantal patiënten, het aantal consulten en de verdeling van verwijfsbeslissingen op de Stadspoli in 2016

Specialisme	Aantal patiënten	Aantal consulten			Retour huisarts		Verwijzing 2 ^e lijn	
	N	N	gem.	sd	%	N	%	N
Dermatologie	1.307	1.573	1,20	0,41	1.051	80,4%	256	19,6%
Gynaecologie	427	528	1,24	0,44	381	89,2%	46	10,8%
Interne geneeskunde (incl. MDL)	136	145	1,07	0,25	122	89,7%	14	10,3%
Kindergeneeskunde	43	64	1,49	0,59	34	79,1%	9	20,9%
KNO	808	915	1,13	0,34	661	81,8%	147	18,2%
Neurologie	342	414	1,21	0,41	227	66,4%	115	33,6%
Oogheelkunde	514	526	1,02	0,15	317	61,7%	197	38,3%
Orthopedie	753	820	1,09	0,29	482	64,0%	271	36,0%
Reumatologie	226	304	1,35	0,49	155	68,6%	71	31,4%
Rugpoli	32	40	1,25	0,44	21	65,6%	11	34,4%
Urologie	100	146	1,46	0,54	72	72,0%	28	28,0%
Totaal	4.688	5.475	1,17	0,38	3.523	75,1%	1.165	24,9%

Tabel 4. Overzicht van het aantal patiënten, het aantal consulten en de verdeling van verwijfsbeslissingen op de Stadspoli in 2017

Specialisme	Aantal patiënten	Aantal consulten			Retour huisarts		Verwijzing 2 ^e lijn	
	N	N	gem.	sd	%	N	%	N
Dermatologie	1.555	1.769	1,14	0,34	1.280	82,3%	275	17,7%
Gynaecologie	977	1.140	1,17	0,40	854	87,4%	123	12,6%
Interne geneeskunde (incl. MDL)	252	284	1,13	0,36	229	90,9%	23	9,1%
KNO	909	1.010	1,11	0,31	772	84,9%	137	15,1%
Neurologie	340	399	1,17	0,38	250	73,5%	90	26,5%
Oogheelkunde	372	390	1,05	0,21	240	64,5%	132	35,5%
Orthopedie	1.070	1.298	1,21	0,41	815	76,2%	255	23,8%
Reumatologie	430	503	1,17	0,39	372	86,5%	58	13,5%
Rugpoli	404	566	1,40	0,50	314	77,7%	90	22,3%
Urologie	128	146	1,14	0,35	107	83,6%	21	16,4%
Totaal	6.437	7.505	1,17	0,38	5.233	81,3%	1.204	18,7%

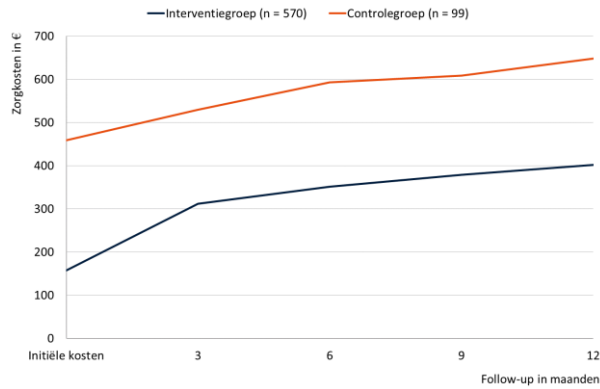
Tabel 5. Overzicht van het aantal patiënten, het aantal consulten en de verdeling van verwijfsbeslissingen op de Stadspoli in 2018

Specialisme	Aantal patiënten	Aantal consulten			Retour huisarts		Verwijzing 2 ^e lijn	
	N	N	gem.	sd	%	N	%	N
Dermatologie	1.447	1.486	1,03	0,16	1.185	81,9%	262	18,1%
Gynaecologie	1.068	1.115	1,04	0,21	967	90,5%	101	9,5%
Interne geneeskunde (incl. MDL)	215	224	1,04	0,22	188	87,4%	27	12,6%
KNO	963	995	1,03	0,18	829	86,1%	134	13,9%
Neurologie	336	351	1,04	0,21	234	69,6%	102	30,4%
Oogheelkunde	328	333	1,02	0,12	221	67,4%	107	32,6%
Orthopedie	913	972	1,06	0,25	736	80,6%	177	19,4%
Reumatologie	558	577	1,03	0,18	500	89,6%	58	10,4%
Rugpoli	447	510	1,14	0,35	371	83,0%	76	17,0%
Totaal	6.275	6.563	1,05	0,21	5.231	83,4%	1044	16,6%

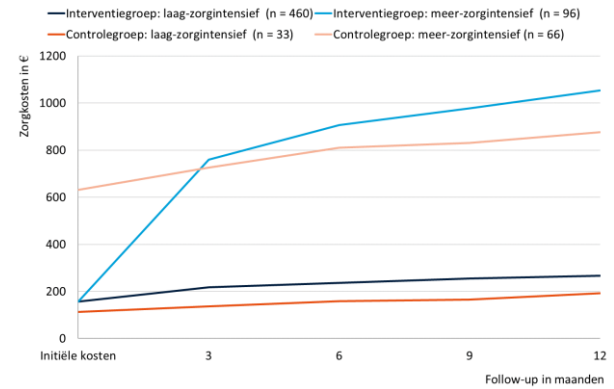
Bijlage V. Gemiddelde zorgkosten van een patiënt gemeten tot en met 12 maanden na het eerste consult in de anderhalve en tweede lijn per specialisme

In onderstaande figuren zijn de gemiddelde zorgkosten van een patiënt gemeten tot en met 12 maanden na het eerste consult in de anderhalve en tweede lijn per specialisme gevisualiseerd. Dit is gedaan voor zowel de verdeling in twee groepen (interventie- en controlegroep) als voor de verdeling in vier groepen (laag-zorgintensieve patiënten in de interventie- en controlegroep en meer-zorgintensieve patiënten in de interventie- en controlegroep). In de figuren kijken we naar de zorgkosten binnen het specialisme en voor alle patiënten (dus geen exclusie van de top 2,5% duurste patiënten).

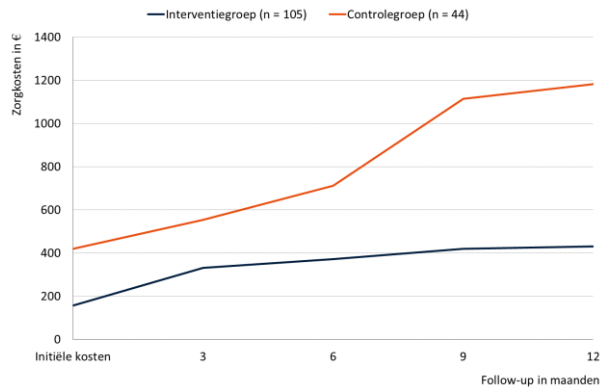
De figuren beschrijven de ontwikkeling van de zorgkosten over de tijd. Echter, er zijn hiervoor geen statistische analyses uitgevoerd waarbij zorgkosten van de groepen vergeleken zijn. Dit heeft te maken met de lage aantallen in de groepen door de opsplitsing per specialisme.



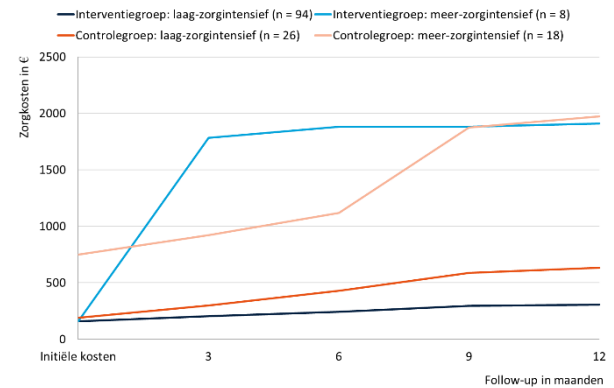
Figuur 1 Dermatologie: gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (2 groepen)



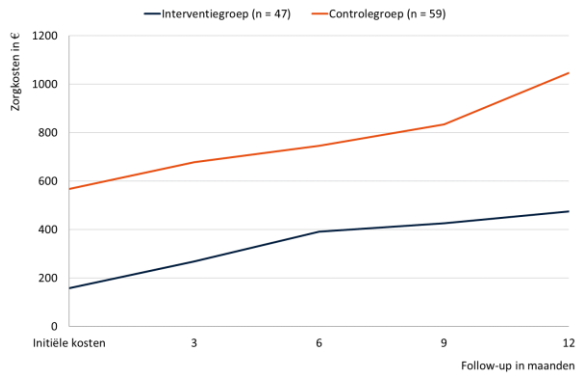
Figuur 2 Dermatologie: gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (4 groepen)



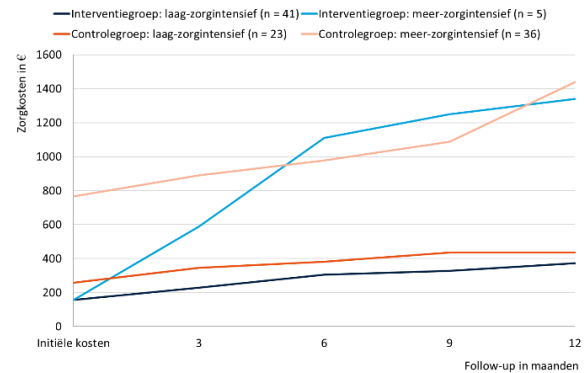
Figuur 3 Gynaecologie: gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (2 groepen)



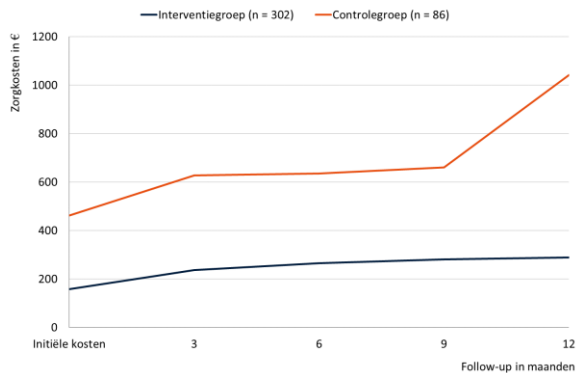
Figuur 4 Gynaecologie: gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (4 groepen)



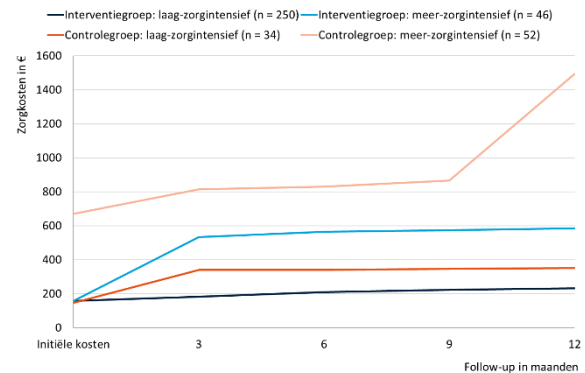
Figuur 5 Interne geneeskunde (incl. MDL): gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (2 groepen)



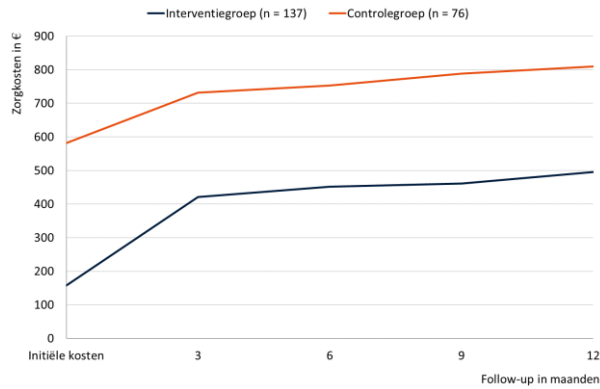
Figuur 6 Interne geneeskunde (incl. MDL): gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (4 groepen)



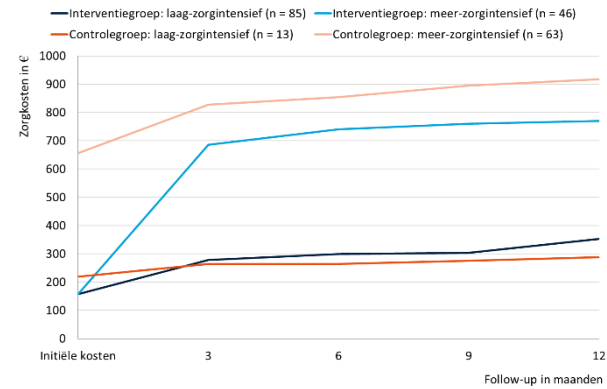
Figuur 7 KNO: gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (2 groepen)



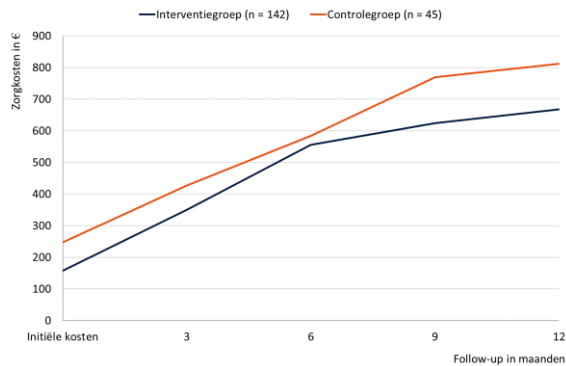
Figuur 8 KNO: gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (4 groepen)



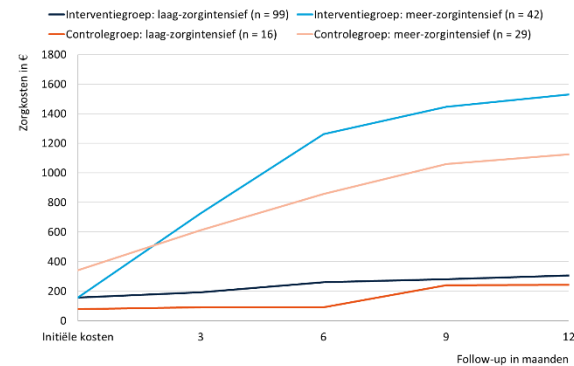
Figuur 9 Neurologie: gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (2 groepen)



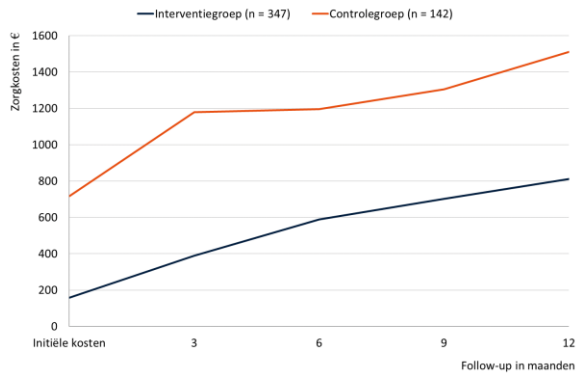
Figuur 10 Neurologie: gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (4 groepen)



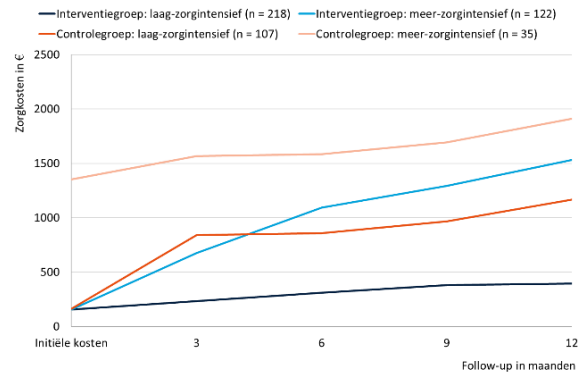
Figuur 11 Oogheelkunde: gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (2 groepen)



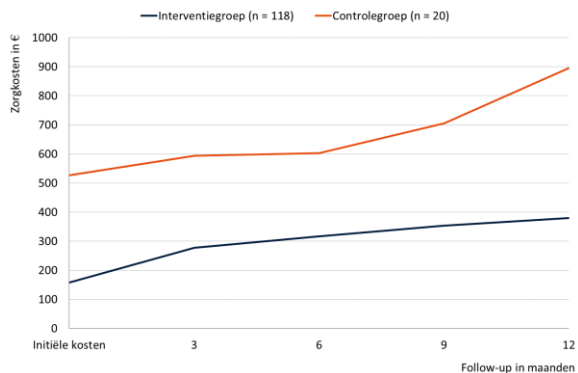
Figuur 12 Oogheelkunde: gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (4 groepen)



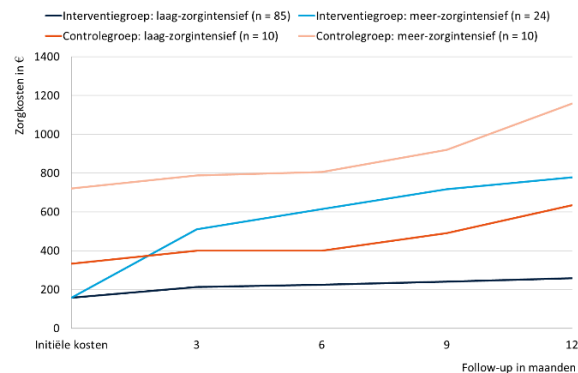
Figuur 13 Orthopedie: gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (2 groepen)



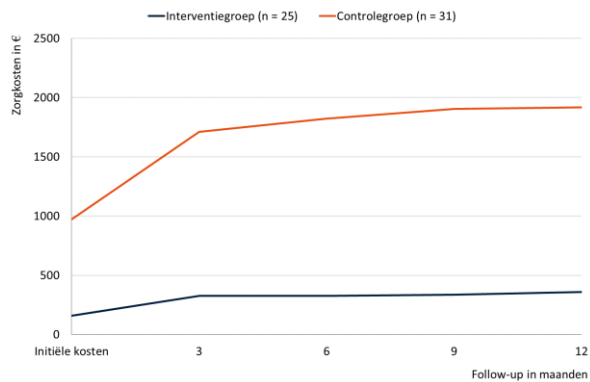
Figuur 14 Orthopedie: gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (4 groepen)



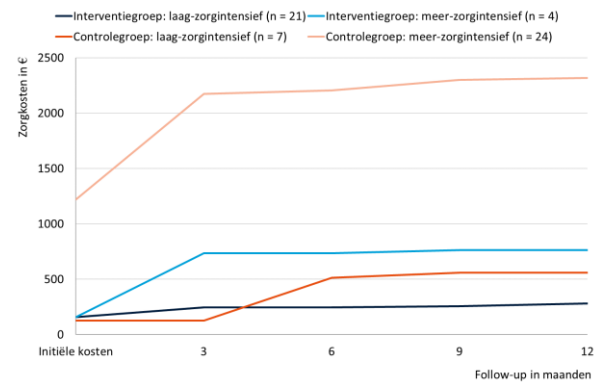
Figuur 15 Reumatologie: gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (2 groepen)



Figuur 16 Reumatologie: gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (4 groepen)



Figuur 17 Urologie: gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (2 groepen)



Figuur 18 Urologie: gemiddelde zorgkosten binnen het specialisme (4 groepen)

Bijlage VI. Kenmerken van de top 2,5% patiënten met hoogste zorgkosten in vergelijking met de overige 97,5% patiënten

Tabel 1. Demografische kenmerken, historische zorgkosten en specialismen van de patiënten (gemeten op T0) met de top 2,5% hoogste kosten in vergelijking met de overige 97,5% patiënten

	2,5% (n = 60)	97,5% (n = 2.335)	P- waarde
Studiegroep % (n)			
Interventiegroep	61,7% (37)	75,2% (1.756)	
Controlegroep	38,3% (23)	24,8% (579)	0,017 *
Leeftijd gemiddelde (sd)	66,35 (11,11)	54,45 (15,87)	≤0,000 *
Geslacht % (n)			
Man	55,0% (33)	38,5% (898)	
Vrouw	45,0% (27)	61,5% (1.437)	0,009 *
Geboorteland % (n)			
Nederland	96,7% (58)	96,0% (2.242)	
Anders	3,3% (2)	4,0% (93)	0,799
Opleidingsniveau ^a % (n)			
Laag	23,3% (14)	19,6% (457)	
Middel	51,7% (31)	47,0% (1.098)	
Hoog	25,0% (15)	33,4% (780)	0,380
EQ-VAS score (T0) gemiddelde (sd)	63,07 (18,6)	75,40 (16,2)	≤0,000 *
Historische kosten (€) ^b gemiddelde (sd)			
Binnen specialisme	€155 (€947)	€41 (€391)	0,357
Binnen en buiten specialisme	€3.377 (€5.097)	€764 (€3.062)	≤0,000 *
Specialisme % (n)			
Dermatologie	11,7% (7)	28,4% (662)	
Interne geneeskunde (incl. MDL)	10,0% (6)	4,3% (100)	
Neurologie	5,0% (3)	9,0% (210)	
Orthopedie	31,7% (19)	20,1% (470)	
Oogheelkunde	11,7% (7)	7,7% (180)	
Reumatologie	6,7% (4)	5,7% (134)	
KNO	18,3% (11)	16,1% (377)	
Gynaecologie	3,3% (2)	6,3% (147)	
Urologie	1,6% (1)	2,4% (55)	0,026 *

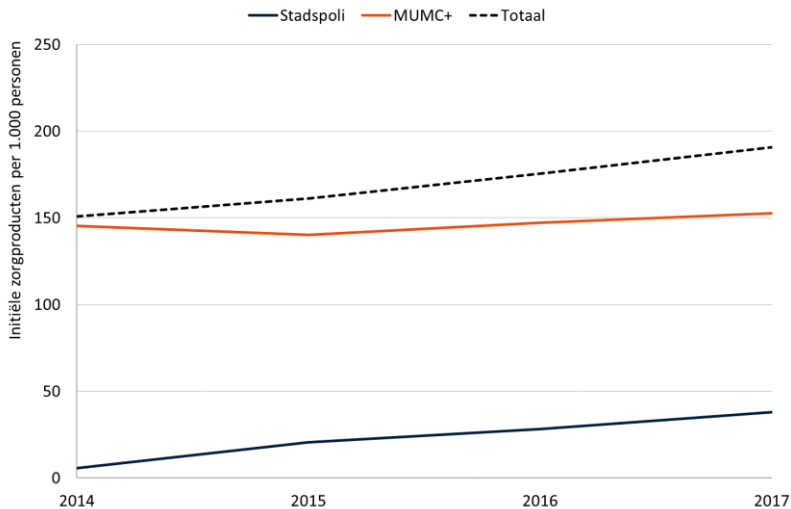
Statistisch getest met chikwadraattoetsen en T-toetsen

* De groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

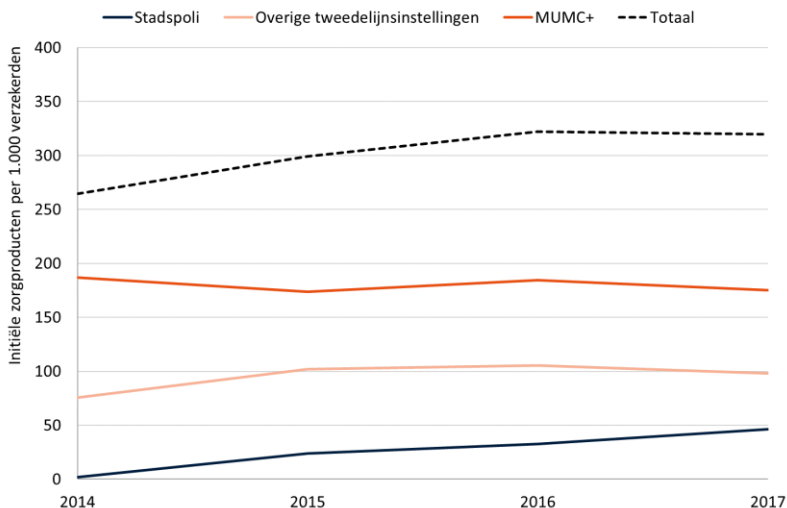
^a Ingedeeld a.d.h.v. de Standaard Onderwijsindeling (SOI) van het CBS (7).

^b Zorgkosten in de anderhalve en tweede lijn vanaf 12 maanden voor het eerste consult.

Bijlage VII. Trendanalyses: de trend van het totaal aantal initiële zorgproducten voor de periode 2014 t/m 2017



Figuur 1 Trendanalyses Stadspoli en Maastricht UMC+: de trend van het totaal aantal initiële zorgproducten per 1.000 personen voor de periode 2014 t/m 2017 voor alle specialismen



Figuur 2 Trendanalyses Stadspoli, Maastricht UMC+ en overige tweedelijnsinstellingen: de trend van het totaal aantal initiële zorgproducten per 1.000 VGZ verzekerden voor de periode 2014 t/m 2017 voor alle specialismen

Bijlage VIII. Trendanalyses: de trend van het aantal initiële licht ambulante zorgproducten voor de periode 2014 t/m 2017 per specialisme

De trendanalyses zijn niet voor alle specialismen uitgewerkt. Voor de rugpoli, CVA nazorg en seksuologie was het niet mogelijk omdat hiervoor geen duidelijke selectie van zorgproducten gemaakt kon worden.

De trendanalyse voor interne geneeskunde (sinds 2014 aanwezig op de Stadspoli) en MDL (sinds 2017 aanwezig op de Stadspoli) laat zien dat er, behalve in 2015, geen afname is in het aantal initiële licht ambulante zorgproducten in het Maastricht UMC+ (figuur 1). Daarnaast laat figuur 2 zien dat het aandeel initiële licht ambulante zorgproducten voor interne geneeskunde en MDL in overige tweedelijnsinstellingen in verhouding laag is. Daardoor is het moeilijk te zien wat het effect van de Stadspoli is op deze trend. Tenslotte laat figuur 2 zien dat de trend van de totale tweedelijnszorg in de ZIO-regio tot en met 2016 redelijk gelijkloopt aan de landelijke trend. Echter, in 2017 neemt het zorggebruik in de ZIO-regio licht af terwijl het op landelijk niveau toeneemt.

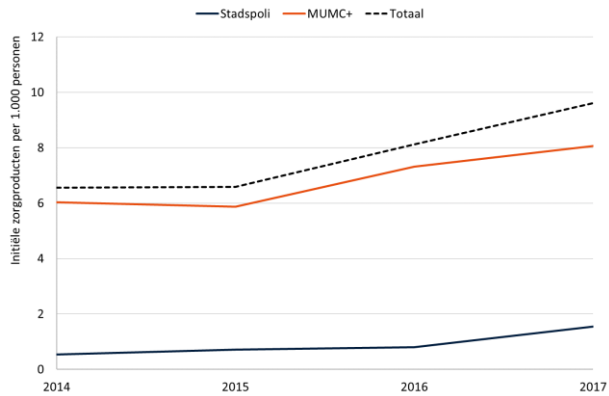
De trendanalyse voor neurologie (sinds 2014 aanwezig op de Stadspoli) laat, behalve in 2015, geen afname van initiële licht ambulante zorgproducten in het Maastricht UMC+ zien (figuur 3). Daarnaast laat figuur 4 zien dat het aandeel initiële licht ambulante zorgproducten voor neurologie in overige tweedelijnsinstellingen in verhouding laag is. Echter, vanaf 2015 is er in deze overige tweedelijnsinstellingen een afname te zien in het zorggebruik. Tenslotte laat figuur 4 zien dat de trend van de totale tweedelijnszorg in de ZIO-regio in 2017 en ten opzichte van 2014 afneemt terwijl het op landelijk niveau toeneemt.

De trendanalyse voor oogheelkunde (sinds 2014 aanwezig op de Stadspoli) laat zien dat er sprake is van een afname in initiële licht ambulante zorg binnen het Maastricht UMC+ (figuur 5). Vanaf 2016 neemt ook het totale volume af. Echter, dit wordt veroorzaakt door een afname van zorggebruik in de anderhalve lijn. Daarnaast laat figuur 6 zien dat de trend in overige tweedelijnsinstellingen vanaf 2016 eveneens afneemt. Tenslotte laat figuur 6 zien dat de trend van de totale tweedelijnszorg in de ZIO-regio afneemt, evenals de landelijke trend die zelfs nog sterker afneemt.

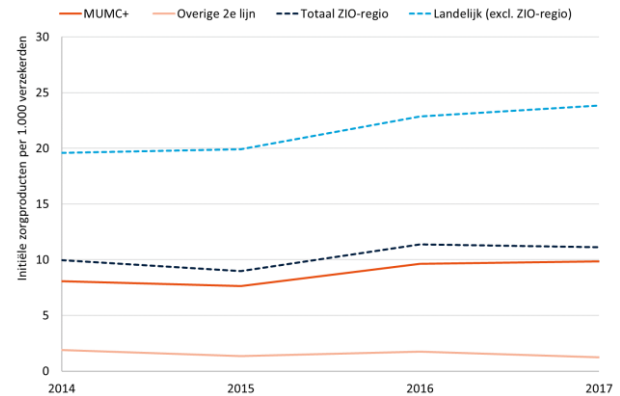
De trendanalyse voor orthopedie (sinds 2014 aanwezig op de Stadspoli) laat zien dat er in 2017 sprake is van een lichte afname in initiële licht ambulante zorg binnen het Maastricht UMC+ (figuur 7). Echter, de totale lijn in figuur 7 laat geen afnemende trend zien. Daarnaast laat figuur 8 zien dat in 2017 er ook een afname is voor orthopedische zorg in overige tweedelijnsinstellingen. Tenslotte laat figuur 8 zien dat de totale tweedelijnszorg in de ZIO-regio in 2017 afneemt en landelijk de trend toeneemt. Dit kan dus duiden op substitutie.

De trendanalyse voor urologie (in 2016 en 2017 aanwezig op de Stadspoli) laat geen afname van initiële licht ambulante zorgproducten in het Maastricht UMC+ zien (figuur 9). Dit kan onder andere te maken hebben met de late instroom van het specialisme op de Stadspoli, gevolgd door de uitstroom in 2017. Daarnaast laat figuur 10 zien dat het aandeel initiële licht ambulante zorgproducten voor urologie in overige tweedelijnsinstellingen in verhouding laag is. Daardoor is het moeilijk te zien wat het effect van de Stadspoli is op deze trend. Tenslotte laat figuur 10 zien dat de totale tweedelijnszorg in de ZIO-regio licht toeneemt. Deze stijging is ook terug te zien in de landelijke trend, zij het in sterkere mate.

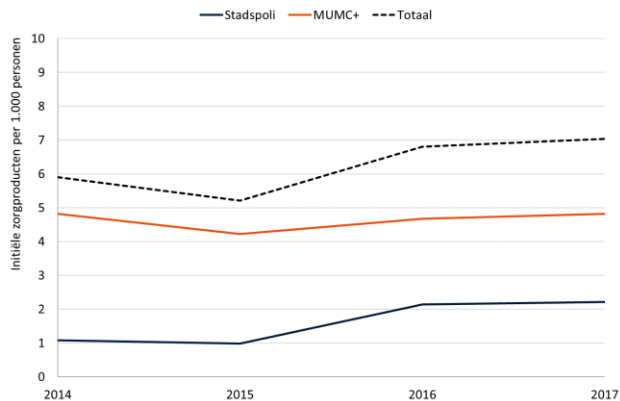
De trendanalyse voor kindergeneeskunde (in 2015 en 2016 aanwezig op de Stadspoli) laat geen afname van initiële licht ambulante zorgproducten in het Maastricht UMC+ zien (figuur 11). Dit heeft onder andere te maken met het lage volume en de korte duur van het specialisme op de Stadspoli. Daarnaast laat figuur 12 zien dat het aandeel initiële licht ambulante zorgproducten voor kindergeneeskunde in overige tweedelijnsinstellingen in verhouding laag is. De komst van de Stadspoli lijkt hier dus ook geen effect op te hebben. Tenslotte laat figuur 12 zien dat de trend van de totale tweedelijnszorg in de ZIO-regio licht toeneemt over de tijd. Op landelijk niveau is deze stijging tot en met 2016 ook zichtbaar, vanaf 2017 is de trend dalend.



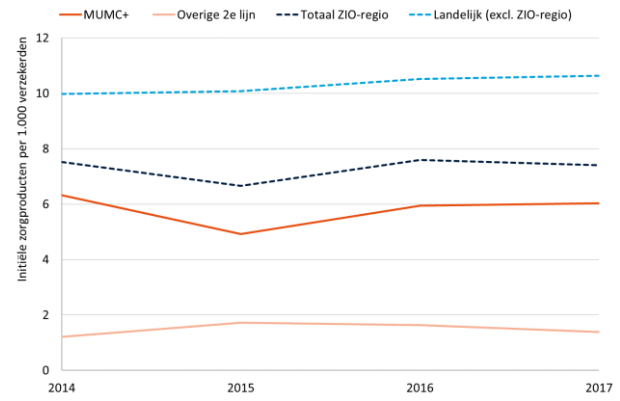
Figuur 1 Interne geneeskunde (incl. MDL): trendanalyse data Stadspoli en Maastricht UMC+



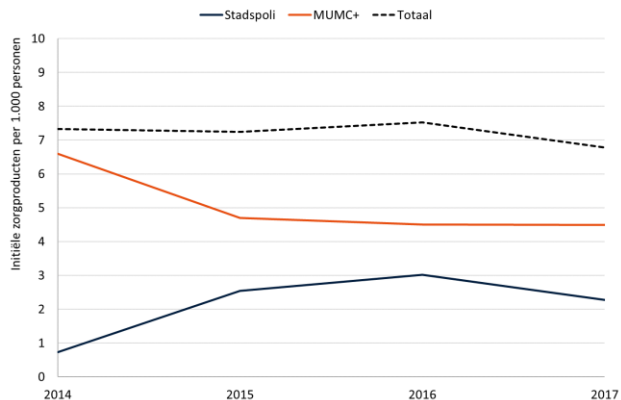
Figuur 2 Interne geneeskunde (incl. MDL): trendanalyse VGZ data



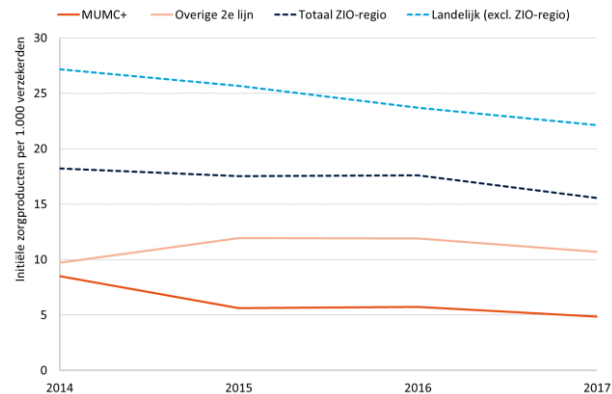
Figuur 3 Neurologie: trendanalyse data Stadspoli en Maastricht UMC+



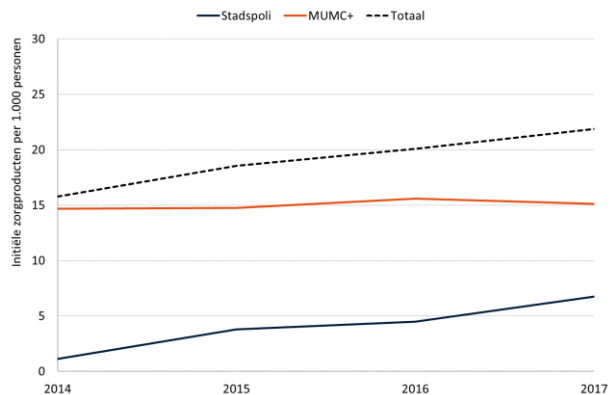
Figuur 4 Neurologie: trendanalyse VGZ data



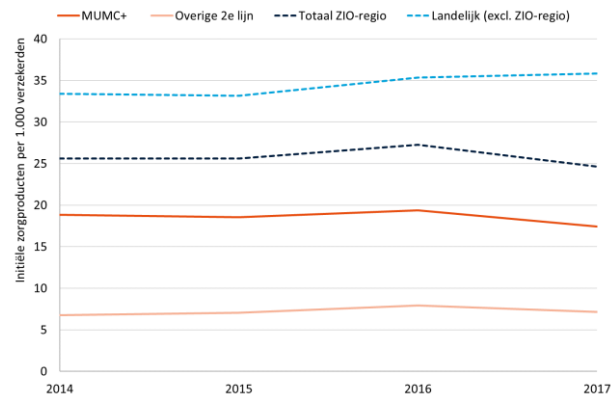
Figuur 5 Oogheelkunde: trendanalyse data Stadspoli en Maastricht UMC+



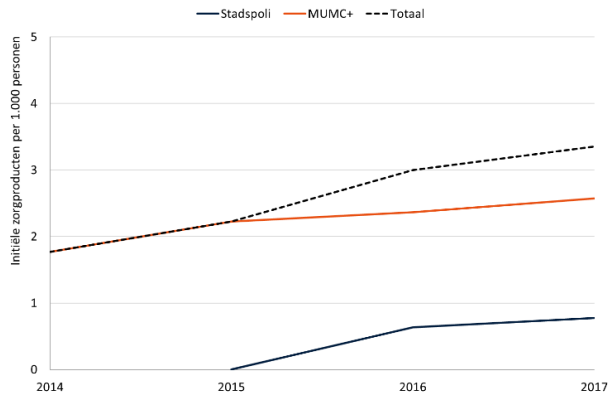
Figuur 6 Oogheelkunde: trendanalyse VGZ data



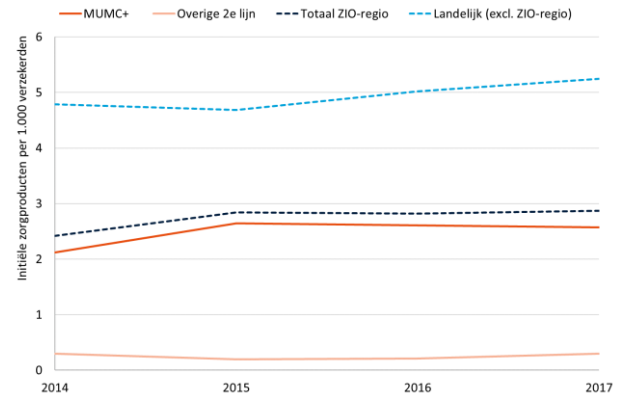
Figuur 7 Orthopedie: trendanalyse data Stadspoli en Maastricht UMC+



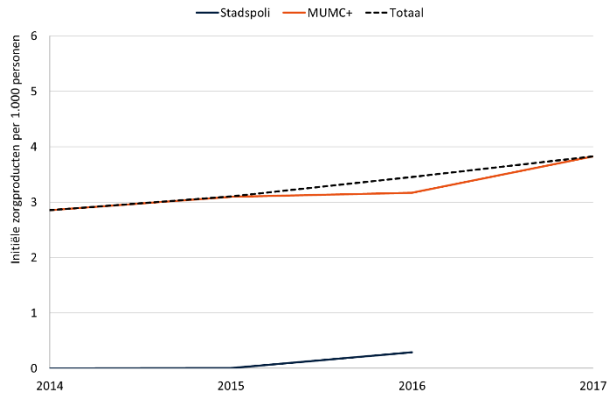
Figuur 8 Orthopedie: trendanalyse VGZ data



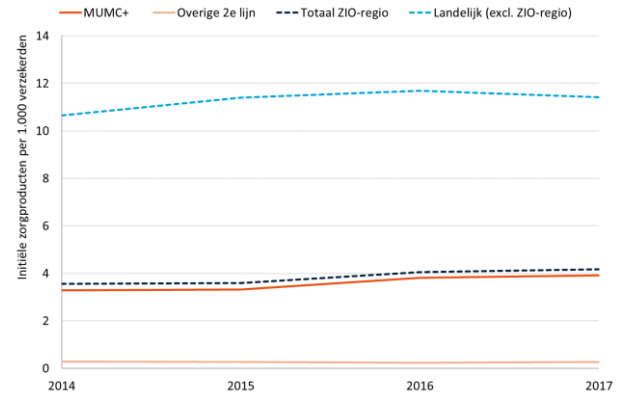
Figuur 9 Urologie: trendanalyse data Stadspoli en Maastricht UMC+



Figuur 10 Urologie: trendanalyse VGZ data

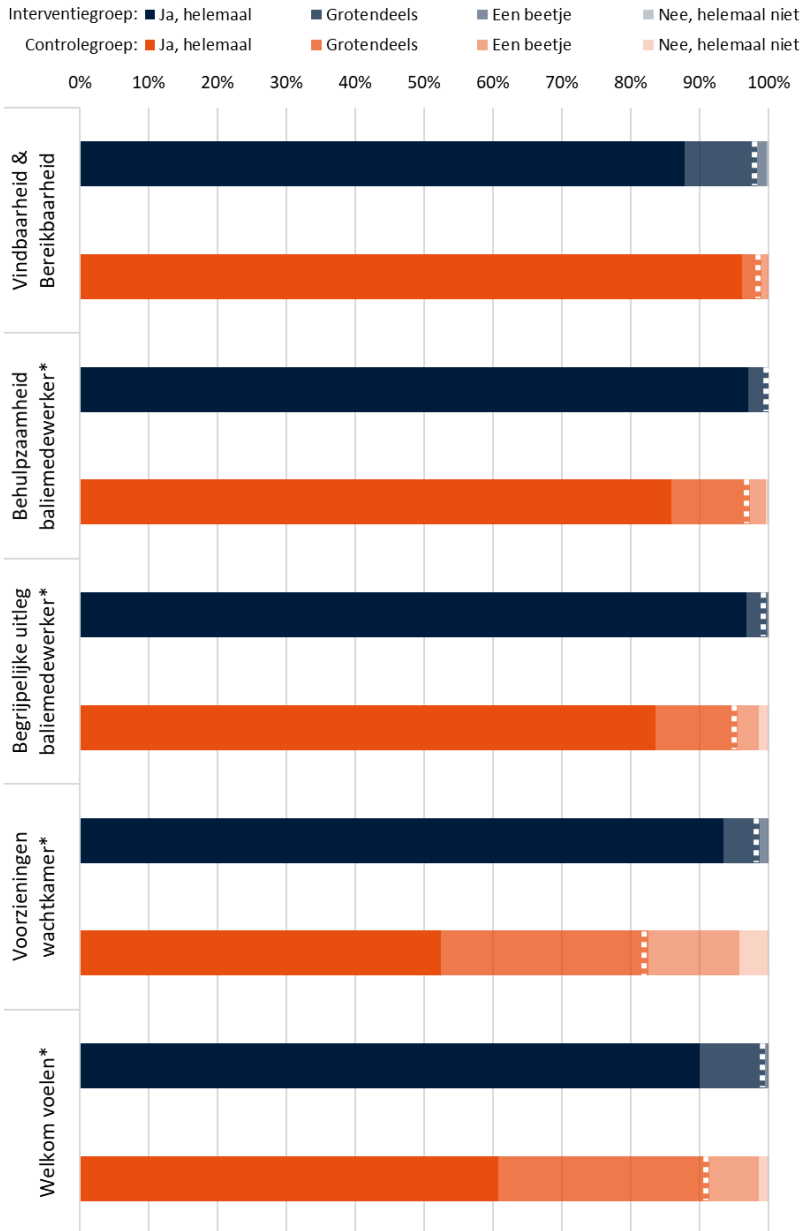


Figuur 11 Kindergeneeskunde: trendanalyse data Stadspoli en Maastricht UMC+



Figuur 12 Kindergeneeskunde: trendanalyse VGZ data

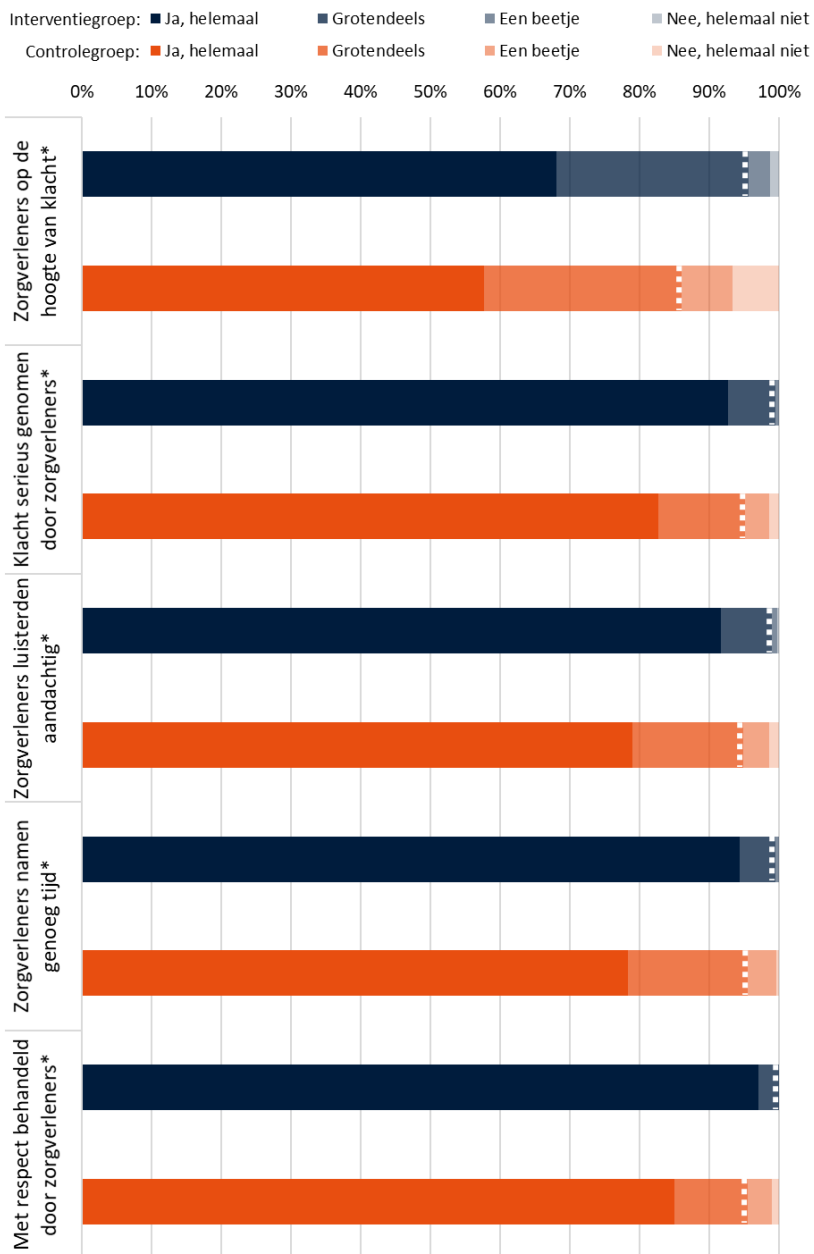
Bijlage IX. Overige uitkomsten ervaren kwaliteit van zorg m.b.t. het specialisme cardiologie



Statistisch getest met een chikwadraattoets.

* De groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

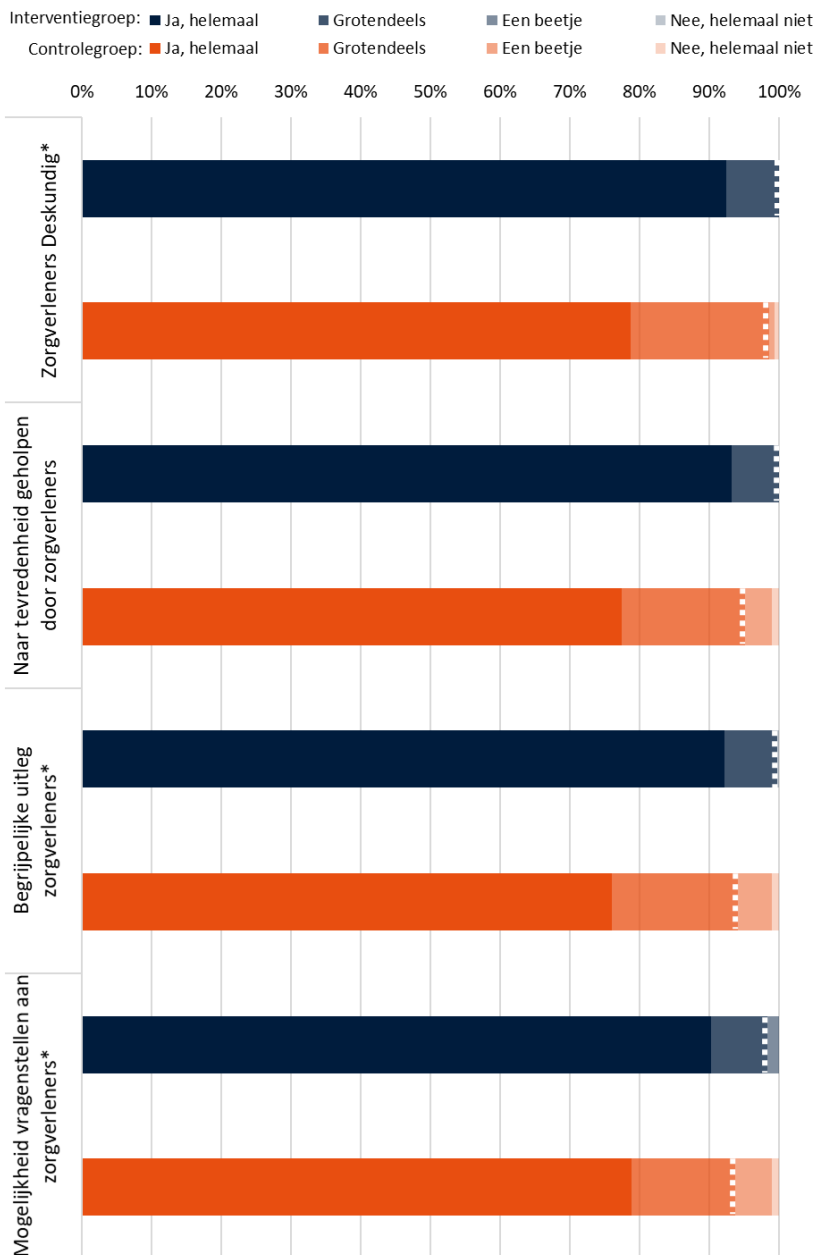
Figuur 1. Ervaren kwaliteit van zorg – overige items uit vragenlijst



Statistisch getest met een chikwadrattoets.

* De groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

Figuur 2. Ervaren kwaliteit van zorg – overige items uit vragenlijst



Statistisch getest met een chikwadrattoets.

* De groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

Figuur 3. Ervaren kwaliteit van zorg – overige items uit vragenlijst

Bijlage X. Ervaren kwaliteit van zorg m.b.t de specialismen: KNO, kleine chirurgie, dermatologie en interne geneeskunde

In februari 2016 zijn de specialismen KNO, kleine chirurgie, dermatologie en interne geneeskunde gestart bij PlusPunt MC. De dataverzameling binnen deze specialismen heeft plaatsgevonden op een kleinere schaal.

In totaal hebben 183 patiënten uit de interventiegroep en 126 patiënten uit de controlegroep één vragenlijst ingevuld. De patiënten hebben de vragenlijst ingevuld ná het consult bij de specialist bij PlusPunt MC (interventiegroep) of het ziekenhuis (controlegroep). De vragenlijst bestaat uit vragen met betrekking tot de ervaren kwaliteit van zorg en de ervaren gezondheid (EQ-5D-5L en de EQ-VAS). De ervaren gezondheid is toegevoegd aan de vragenlijst om de groepen te kunnen vergelijken. In tabel 1 worden de demografische kenmerken en de gezondheidsstatus van patiënten beschreven. Uit de statistische analyses blijkt dat de groepen niet verschillen qua leeftijd, verhouding man-vrouw en gezondheidsstatus.

In figuur 1 wordt de respons per specialisme weergegeven. Het is opvallend dat binnen het specialisme kleine chirurgie de controlegroep in verhouding groot is en dat binnen het specialisme interne geneeskunde geen patiënten zijn geïnccludeerd in de controlegroep.

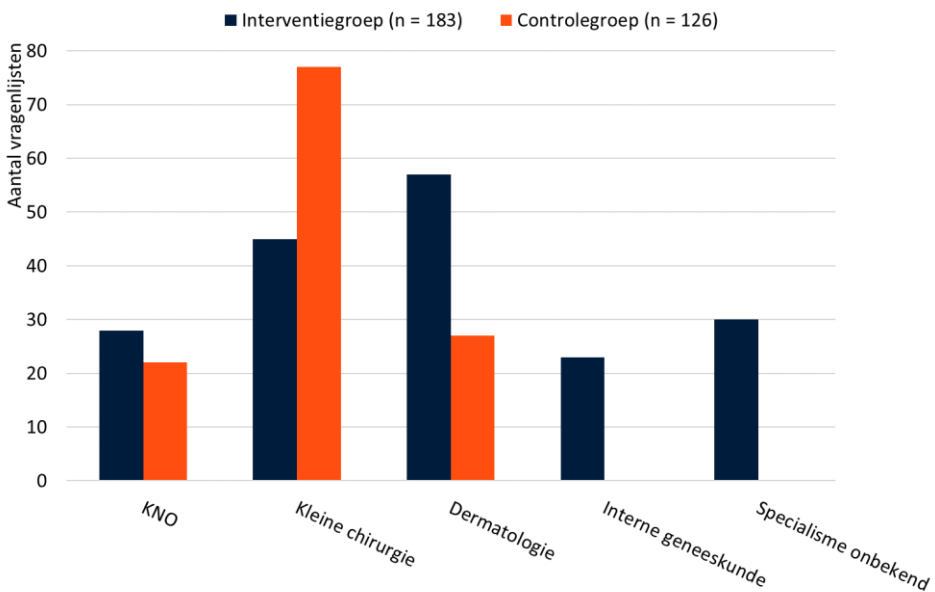
Het doel van het onderzoek is om anderhalvelijnszorg te vergelijken met reguliere ziekenhuiszorg. De bevindingen met betrekking tot de ervaren kwaliteit van zorg zijn dus niet opgesplitst per specialisme. In de figuren 2 tot en met 6 worden de resultaten met betrekking tot de ervaren kwaliteit van zorg door patiënten weergegeven. De uitkomsten op het vragenlijstonderzoek zijn statistisch getoetst met chikwadraattoetsen en T-toetsen. P-waarden <0,05 zijn als significant beschouwd. In de analyse zijn de antwoordcategorieën 'ja helemaal' of 'grotendeels' samengevoegd en ook de antwoordcategorieën 'een beetje' of 'nee helemaal niet'. In de figuren is deze verdeling aangegeven met een stippellijn.

Tabel 1. Demografische kenmerken en gezondheidsstatus van de patiënten in de interventie- en controlegroep binnen het vragenlijstonderzoek (specialismen: KNO, kleine chirurgie, dermatologie en interne geneeskunde)

	Interventiegroep (n= 183)	Controlegroep (n= 126)	
Leeftijd gemiddelde (sd)	59,4 (15,4)	59,4 (15,0)	0,975
Geslacht % (n)			
Man	42,6% (78)	46,8% (59)	
Vrouw	57,4% (104)	53,2% (67)	0,491
Score EQ-5D-5I gemiddelde (sd)	0,792 (0,223)	0,805 (0,181)	0,589
Score EQ-VAS gemiddelde (sd)	73,42 (18,03)	75,33 (13,45)	0,293

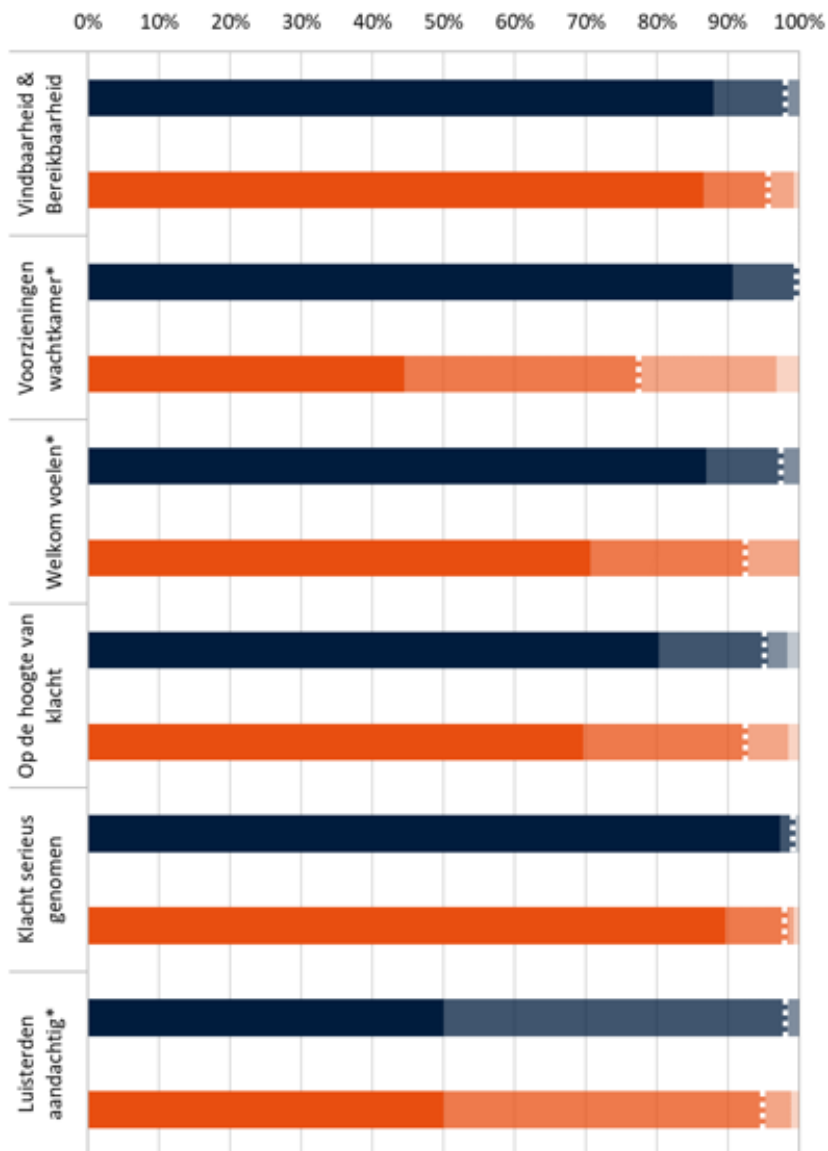
Statistisch getest met chikwadraattoetsen en T-toetsen

De groepen verschillen niet significant.



Figuur 1. Respons vragenlijstonderzoek weergegeven in aantallen per specialisme

Interventiegroep: ■ Ja, helemaal ■ Grotendeels ■ Een beetje ■ Nee, helemaal niet
 Controlegroep: ■ Ja, helemaal ■ Grotendeels ■ Een beetje ■ Nee, helemaal niet

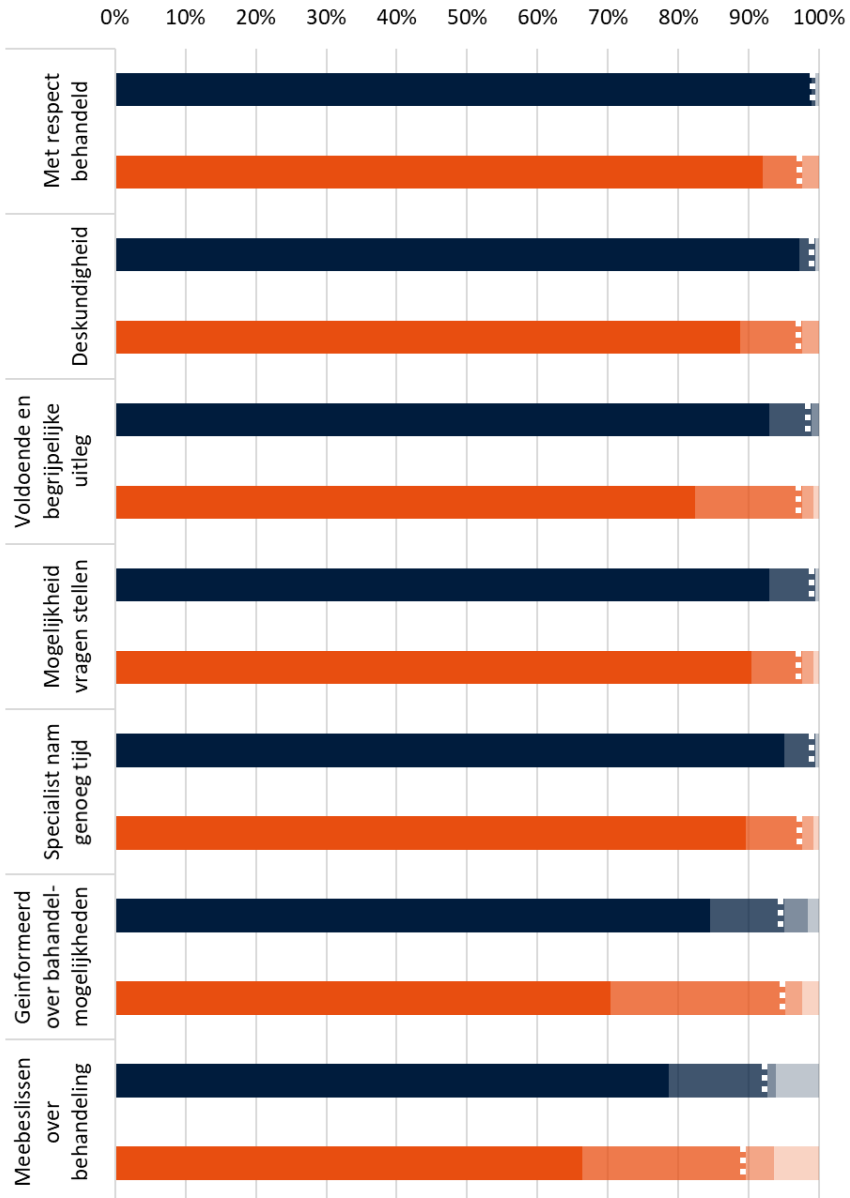


Statistisch getest met een chikwadrattoets.

* Groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

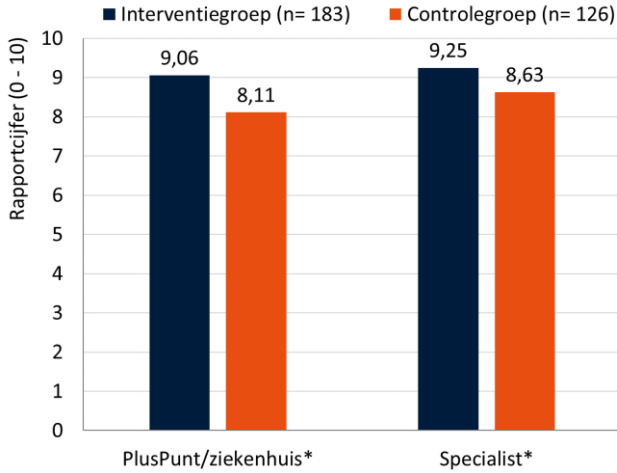
Figuur 2. Ervaren kwaliteit van zorg – algemene ervaring en consult met de specialist.

Interventiegroep: ■ Ja, helemaal ■ Grotendeels ■ Een beetje ■ Nee, helemaal niet
 Controlegroep: ■ Ja, helemaal ■ Grotendeels ■ Een beetje ■ Nee, helemaal niet



Statistisch getest met een chikwadrattoets.
 Geen significante verschillen tussen de groepen.

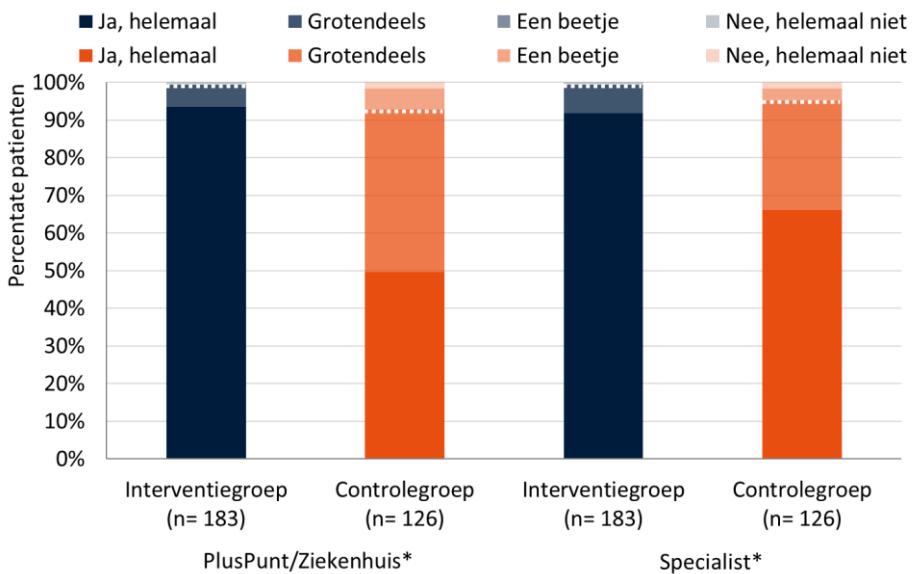
Figuur 3. Ervaren kwaliteit van zorg – consult met de specialist.



Statistisch getest met een T-toets.

* Groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

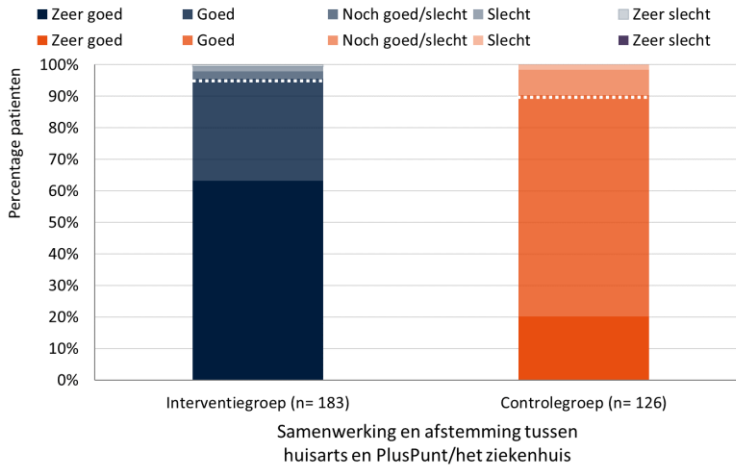
Figuur 4. Ervaren kwaliteit van zorg - rapportcijfers



Statistisch getest met een chikwadraattoets.

* Groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

Figuur 5. Ervaren kwaliteit van zorg – aanbevelen PlusPunt MC/ziekenhuis en de specialist bij familie en vrienden

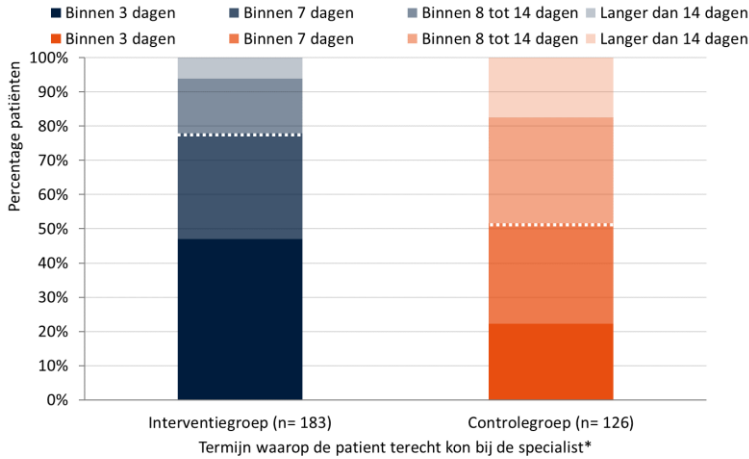


*Statistisch getest met een chikwadraattoets.
Geen significante verschillen tussen de groepen.*

Figuur 6. Ervaren kwaliteit van zorg – samenwerking en afstemming tussen huisarts en specialist bij PlusPunt MC/in het ziekenhuis

Tijdigheid

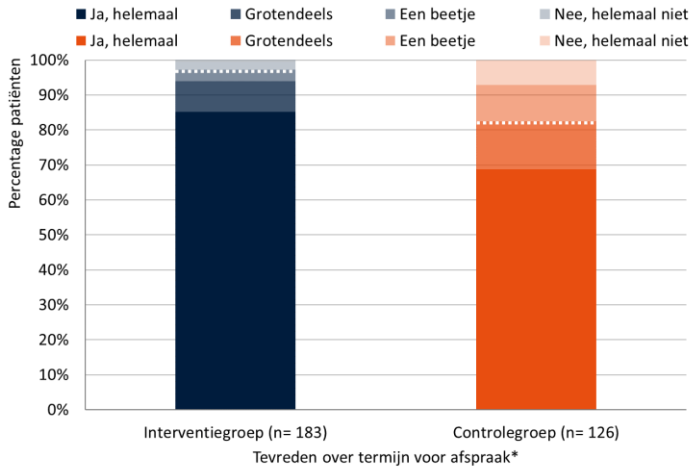
Figuur 7 laat de wachttijd zien van de patiënten uit de interventie- en controlegroep. De wachttijd tussen de verwijzing van de huisarts en de afspraak bij de specialist was voor patiënten met een verwijzing naar PlusPunt MC significant lager. Verder laat figuur 8 de tevredenheid van patiënten zien met betrekking tot de wachttijd.



Statistisch getest met een chikwadraattoets.

* Groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

Figuur 7. Tijdigheid – tijd tussen de verwijzing van de huisarts en de afspraak met de specialist



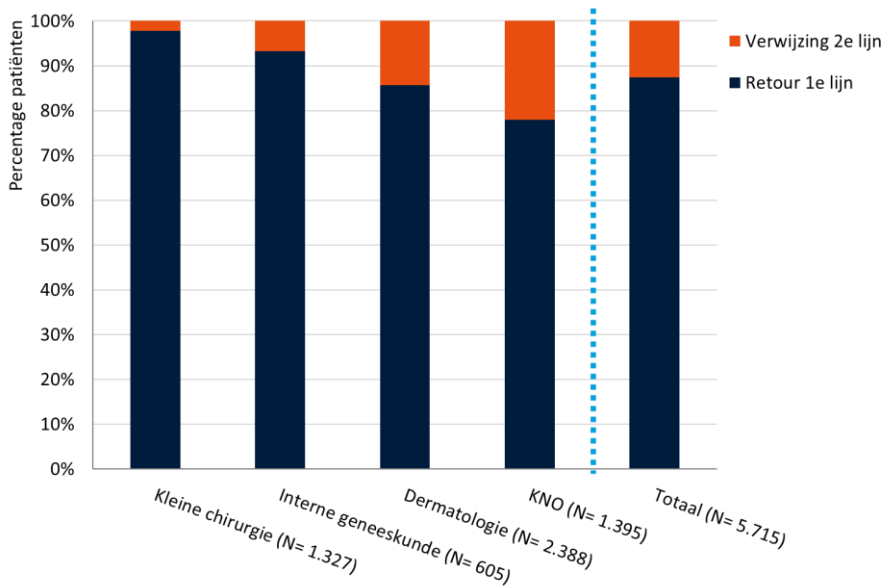
Statistisch getest met een chikwadraattoets.

* Groepen verschillen statistisch significant met een p-waarde <0,05.

Figuur 8. Tijdigheid – tevredenheid over de termijn (wachttijd) waarop patienten gezien konden worden door de specialist

Bijlage XI. Verwijsbeslissing per specialisme m.b.t de specialismen: KNO, kleine chirurgie, dermatologie en interne geneeskunde

Figuur 1 laat de verschillen zien tussen de specialismen wat betreft de verwijsbeslissing van de specialist. Binnen het specialisme kleine chirurgie geeft de specialist enkel in 3% van de gevallen het advies 'Verwijzing 2^e lijn'. In de meeste gevallen gaat het binnen dit specialisme om kleine chirurgische ingrepen. Patiënten worden in één of twee consulten behandeld en kunnen daarna terug naar de huisarts. Bij het specialisme KNO ligt het percentage van 'Verwijzing 2^e lijn' in verhouding hoger; 22% van de patiënten krijgt na een consult bij PlusPunt MC het advies 'Verwijzing 2^e lijn'. Deze patiënten kunnen volgens de specialist niet in de eerste lijn behandeld worden en hebben specialistische zorg in het ziekenhuis nodig.



Figuur 1. Verwijsbeslissing van de specialist bij PlusPunt MC na het consult in de anderhalve lijn (periode februari 2016 tot en met december 2018).

Bijlage XII. Effect van anderhalvelijnszorg op de eigen risico derving

Een consult in het anderhalvelijnscentrum, PlusPunt MC, is vrijgesteld van eigen risico. Dit betekent dat de verzekeraar inkomsten uit het eigen risico ‘misloopt’ voor patiënten die naar PlusPunt MC zijn verwezen waarvan het eigen risico nog niet volledig benut is. Als de patiënt voor dezelfde zorg naar het ziekenhuis was gegaan dan had de patiënt het eigen risico wel zelf betaald. De preferente zorgverzekeraar in de OZL-regio (CZ) heeft onderzocht hoeveel inkomsten ze aan eigen risico mislopen doordat patiënten geen eigen risico hoeven te betalen voor een consult bij PlusPunt MC. In tabel 1 wordt het bedrag weergegeven dat de verzekeraar, volgens zijn eigen berekening, per jaar is misgelopen.

Tabel 1. Eigen risico derving door consulten bij PlusPunt MC vrij te stellen van eigen risico ^a

Jaar	Bedrag misgelopen door PlusPunt MC vrij te stellen van eigen risico
2014	€17.363
2015	€3.979
2016	€52.679
2017	€75.830 ^b

^a Specialismen meegenomen in berekening: cardiologie, dermatologie, interne geneeskunde en KNO

^b Dit bedrag is een indicatie van 2017 op het moment van de berekening waren nog niet alle declaraties van het jaar 2017 verwerkt.

Academische Werkplaats Duurzame Zorg
Department of Health Services Research
Care and Public Health Research Institute (CAPHRI)
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences
Maastricht University

P.O. Box 616
6200 MD Maastricht
T +31 43 3881696
E info-hsr@maastrichtuniversity.nl

<https://www.duurzamezorgmaastricht.nl/>
<https://hsr.mumc.maastrichtuniversity.nl/>

Duurzame LIMBURG
ACADEMISCHE WERKPLAATS | **Zorg**

Health Services Research
Focusing on Value-based Care and Ageing