

Landelijke uitrol kan leiden tot aa

Eén op de drie Nederlanders overlijdt door hart- en vaatziekten (HVZ). Zo'n vier procent van de bevolking (640 duizend patiënten) heeft HVZ. Door vergrijzing stijgt dit naar verwachting in 2025 tot zes procent van de bevolking (één miljoen mensen). Preventie kan bij mensen met een verhoogd vasculair risico (VVR) HVZ voorkomen, en bij HVZ-patiënten een recidief event voorkomen. Dit artikel bespreekt de eerste uitkomsten van drie jaar ketenzorg (periode 2010-2013) van vasculair risicomanagement (VRM) in twee zorggroepen in Zuidoost-Brabant.

PoZoB is een zorggroep met ruim tweehonderd huisartsen en 150 praktijkondersteuners in een gebied van 410 duizend inwoners. De patiëntenpopulatie is een mix van platteland, semi-stedelijk en stadspraktijken (Eindhoven). DOH is een zorggroep van 17 grootschalige huisartsenpraktijken / gezondheidscentra die zorg biedt aan ruim 126 duizend patiënten in regio Eindhoven. Er werken 75 huisartsen en 120 praktijkondersteuners.

CVRM in de eerste lijn

In een gebied met ruim 500 duizend inwoners zijn PoZoB en DOH in 2010 samen en in afstemming met zorgverzekeraars VGZ en CZ gestart met een pilot DBC-CVRM. De centrale gedachte was dat de eerste lijn de primaire en secundaire preventie van hart- en vaatziekten (HVZ) het beste kan organiseren, dicht bij de patiënt en diens gezin. De doelstelling van het zorgprogramma CVRM is het voorkómen van (eerste of nieuwe) manifestaties en complicaties van HVZ. De DBC is gebaseerd op de "Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement", de Richtlijnen "Cardiovasculair risicomanagement" van zowel het CBO als NHG, en de NHG-Standaarden "TIA/CVA", "Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct", "Stabiele angina pectoris" en "Atriumfibrilleren". De principes zoals omschreven in het Chronic Caremodel worden in de DBC uitgevoerd. Speerpunten in dit zorgprogramma zijn de organisatie van multidisciplinaire samenwerking tussen huisarts, prak-

tijkondersteuner, diëtist, fysiotherapeut, apotheker, medisch specialist en huisartsenlaboratorium, en het bevorderen van zelfmanagement met een individueel zorgplan voor elke patiënt. Door periodieke spiegelinformatie en feedbackbesprekingen is er goed zicht op de prestaties op zorggroepniveau en op individueel praktijkniveau. Dat vormt de basis voor een gericht en systematisch kwaliteitsbeleid met sturing op betere zorguitkomsten voor patiënten, ofwel vermindering van (nieuwe) events en complicaties.

Patiëntenpopulatie in de pilot

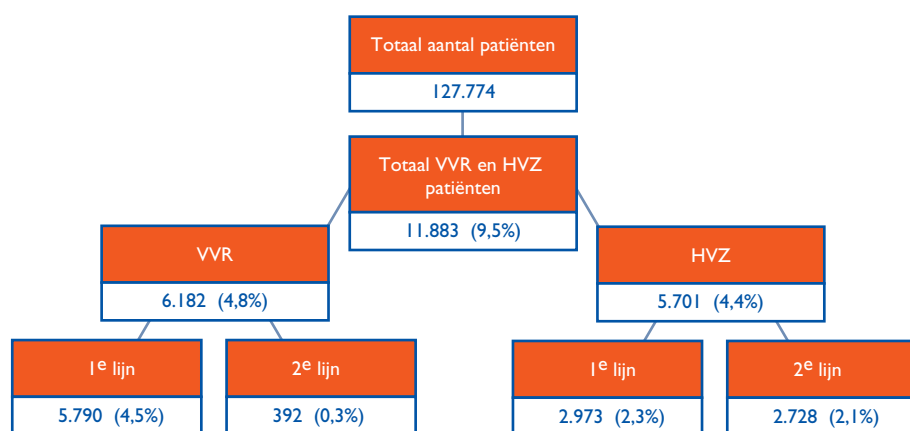
De eerstelijns pilot DBC-CVRM is bedoeld voor twee groepen patiënten: Groep 1. Patiënten met een verhoogd vasculair risico (VVR) zonder ziekte. Dat zijn patiënten met hypertensie of hypercholesterolemie die op basis van de SCORE-systematiek uit de richtlijnen in aanmerking komen voor behandeling.

En patiënten met een absolute behandelindicatie voor hypertensie (systolisch > 180) of hypercholesterolemie (ratio > 8). Doel is om een cardiovasculair event te voorkomen door primaire preventie. Groep 2. Patiënten met een hart- of vaatziekte (HVZ), of patiënten die een cardiovasculair event hebben doorgemaakt. Bij hen is in principe levenslang cardiovasculair risicomanagement nodig. Doel is om een nieuw event voorkomen door secundaire preventie.

Dossieronderzoek

Bij de start van de pilot in 2010 is zorgvuldig dossieronderzoek verricht bij alle patiënten bij wie inclusie in de DBC werd overwogen. Daarbij is gezocht op relevante ATC-codes en op ICPC-codes. Ook is gekeken of bij de start van de behandeling een SCORE was vastgesteld. Zo nodig is de medicatie tijdelijk gestopt om alsnog een SCORE te bepalen. Diagnosen gesteld in de eer-

Figuur 1: Opbouw van de patiëntenpopulatie binnen de pilot van de DBC in 2010



nzienlijke besparing

ste lijn werden gevalideerd conform de NHG-Standaarden. Voor diagnoses uit de tweede lijn gold dat er een specialistenbrief moest zijn waarin de diagnose vermeld stond. Tenslotte is nagegaan of de patiënt in de eerste of in de tweede lijn onder behandeling was.

Het dossieronderzoek in 2010 leidde tot inclusie in de DBC van 11.883 patiënten, oftewel 9,5 procent van de totale populatie. Inmiddels zijn veel meer patiënten ingestroomd in de DBC. Dit artikel gaat over een vaste populatie patiënten die vanaf de start in 2010 is geïncludeerd.

Analyse indicatoren

Zowel op proces- als op uitkomstniveau is een aantal indicatoren onderzocht. Voor de *procesindicatoren* is gekeken naar het percentage patiënten waarvan alle afgesproken indicatoren die relevant zijn voor het risicoprofiel, ook daadwerkelijk zijn vastgelegd. Voor de *uitkomstindicatoren* is gekeken naar het LDL-gehalte en de systolische bloeddruk, beide sterke voorspellers van het risico op (nieuwe) events.

Tenslotte is gekeken naar de mate waarin bij patiënten met een bestaande HVZ substitutie van zorg heeft plaatsgevonden van tweede naar eerste lijn, waardoor de huisarts hoofdbehandelaar wordt.

Aangezien een follow-up van drie jaar te kort is om een feitelijke reductie van nieuwe events aan te tonen, gaat dit artikel daar niet op in.

Uitkomsten

Bij de uitkomsten van de pilot valt allereerst op dat het *percentage in de DBC-geïncludeerde CVRM-patiënten* met 9,5 procent duidelijk lager is dan het landelijk gemiddelde van andere zorggroepen in die jaren (15-20 procent). Deze scherpere inclusie verklaren wij door het intensieve dossieronderzoek voorafgaand aan de start van de DBC. Wij



Foto: Freeimages

pleiten voor een dergelijk dossieronderzoek bij andere zorggroepen die met de DBC-CVRM starten. Het voorkomt onnodige zorg en daarmee onnodige kosten.

Wat betreft de *procesindicatoren* leert deze pilot dat het in een tijdsbestek van drie jaar mogelijk is om bij minimaal tachtig procent van de patiënten de belangrijke risicofactoren van het CVRM-programma vast te leggen. Het ligt voor de hand dat deze meer en beter gestructureerde CVRM-zorg ook de uitkomsten van zorg helpt verbeteren. Naar analogie van de ervaringen met de eerder gestarte DBC Diabetes denken wij dat een verdere stijging van de procesindicatoren tot ruim negentig procent mogelijk is (noot: inmiddels is deze verdere stijging ook gerealiseerd).

Ook met de *uitkomstindicatoren LDL en bloeddruk* is er in deze DBC belangrijke winst geboekt. Natuurlijk gaat het erom dat de "getalsmatige winst" van de genoemde indicatoren ook gaat leiden tot "klinische winst". Zoals gezegd is een tijdsbestek van drie jaar te kort om die klinische winst te kunnen meten.

Conclusies

Zowel voor de LDL als bloeddruk blijkt in onze pilot de verbetering van waarden vooral toe te schrijven aan een stringenter medicatie-voorschrijfbeleid (statines en antihypertensiva). Met het

grotendeels voorschrijven van generieke preparaten blijkt uit een kosten-effectiviteitsanalyse van de huidige pilot dat de "klinische winst" de kosten ruimschoots overtreffen.

In onze pilot vindt in drie jaar bij minstens dertig procent van de CVRM-patiënten een tensiedaling plaats van $> = 10$ mmHg. Als we deze pilotgegevens (ruim 11 duizend patiënten) vertalen naar de landelijke populatie, zou de gezondheidswinst bij een landelijke uitrol van het programma zeer aanzienlijk zijn. Bij een landelijke gemiddelde prevalentie van tien procent CVRM-cases (op 17 miljoen inwoners is dit 1,7 miljoen) heeft bij instroom in de DBC hypothetisch minimaal veertig procent een SBD $> = 140$ mm Hg; dit betreft ongeveer 700 duizend personen. Bij ruim dertig procent van deze risicopopulatie verbetert de SBD binnen drie jaar substantieel (> 10 mm Hg): 230 duizend, hetgeen een zeer forse gezondheidswinst en daarmee ook kwaliteit van leven zou betekenen.

Uit de literatuur is bekend dat iedere mmol/l-daling van het LDL ongeveer twintig procent reductie geeft van het relatieve risico op ziekte of sterfte door HVZ, en tien procent daling van het relatieve risico op sterfte in het algemeen. Als we uitgaan van een daling van > 1 mmol / l bij tien procent in de totale CVRM-pilotgroep betekent dit dus een



Foto: Freeimages

forse gezondheidswinst (ervan uitgaande dat andere risicofactoren minimaal gelijk blijven). Deze cijfers moeten ook steeds in perspectief gezien worden voor de totale eerstelijns populatie in Nederland. Bij een landelijke gemiddelde prevalentie van tien procent CVRM-cases (op 17 miljoen inwoners is dit 1,7 miljoen) zou bij tien procent een daling plaats vinden van > 1 mmol/l. Als deze verbetering vastgehouden wordt, geeft dit bij 170 duizend patiënten een aanzienlijke gezondheidswinst na drie jaar! Daarnaast laat onderzoek zien dat een bloeddrukdaling van 10 mm Hg gedurende vijf jaar een daling van het risico op sterfte geeft van tien procent, veertig procent daling van het risico op CVA's, 15 procent op coronaire hartziektes, vijftig procent risicoreductie op hartfalen en 25 procent op nierinsufficiëntie. In de NHG-Standaard "CVRM" is be-

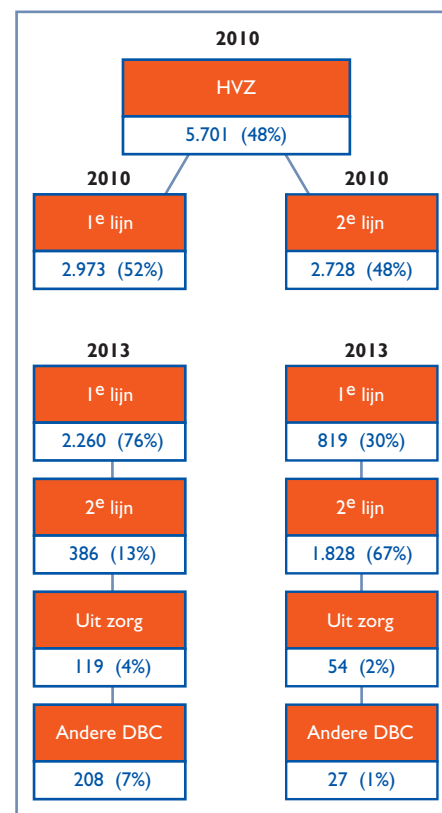
rekend dat een CVA (waarvoor een te hoge tensie de belangrijkste risicofactor is) als "event" ruim 7 duizend euro kost, het eerste jaar na het event 19 duizend euro, het tweede jaar; 16 duizend euro (ervan uitgaande dat er geen nieuw event plaats vindt).

In de DBC-DM hebben we gezien dat verdere voorzetting van het zorgprogramma de LDL en bloeddruk verder doet verbeteren. Aangezien dit dezelfde praktijken, dezelfde huisartsen, dezelfde POH'ers en dezelfde praktijkpopulaties zijn, mogen we aannemen dat dit in onze DBC-CVRM ook zal gebeuren.

Gedachtenexperiment substitutie

Wat substitutie van zorg betreft, staat vooral de kostenbesparing centraal. Van de groep patiënten met een HVZ die bij aanvang van de pilot tweedelijnszorg kreeg, was drie jaar later dertig procent in de eerste lijn in zorg. Het volgende gedachtenexperiment is hierbij op zijn plaats. Stel, er vindt op dezelfde gedegen en strenge manier zoals in de pilot in heel Nederland een dossieronderzoek in de huisartsenpraktijk plaats van patiënten op risicofactoren voor CVRM. Dan blijkt dat tien procent van

Figuur 2: Behandeling HVZ patiënten na drie jaar DBC CVRM



17 miljoen inwoners is 1,7 miljoen voldoet aan de criteria. Hiervan behoort 48 procent tot de HVZ-groep: afgerond 800 duizend patiënten. Hiervan is 48 procent in zorg in de tweede lijn: afgerond 400 duizend patiënten. Binnen drie jaar vindt bij dertig procent substitutie van zorg plaats naar de eerste lijn, afgerond: 120 duizend patiënten.

Zonder in detail te treden heeft navraag geleerd dat het tweedelijns DBC- (of DOT-)tarief minimaal 150 euro duurder is dan de eerstelijns DBC voor CVRM. Dit zou betekenen dat voor heel Nederland binnen drie jaar een besparing van 120 duizend x 150 euro = 18 miljoen euro is te bereiken. In het ziekenhuis wordt sneller intern doorverwezen, wat secundair nog meer kosten met zich meebrengt. Daarnaast is bekend dat de huisarts veel beter in staat is dan de specialist om generieke, en dus goedkopere, medicijnen voor te schrijven zodat de besparing nog hoger zal uitvallen. <<

Ellen Huijbers, Colette Wijnands, Arnold Romeijnders, Maarten Klomp, Victor Pop

Resultaten na drie jaar pilot DBC-CVRM

- Een voorbereidend dossieronderzoek leidt tot een **scherpe inclusie** van ongeveer tien procent in de DBC-CVRM.
- Er is een **aanzienlijke substitutie** mogelijk van tweede naar eerste lijn. Hierbij is vooral veel winst te behalen in de groep HVZ-patiënten, die nu soms vele jaren na een event onnodig in de tweede lijn onder controle blijven. Het meer systematisch inschakelen van de tweedelijns expertise binnen de eerstelijns DBC kan hier aan bijdragen. De landelijk te bereiken kostenbesparing kan oplopen tot 18 miljoen euro. Het in kaart brengen waar "de CVRM"-patiënt zijn zorg krijgt (eerste of tweede lijn) is een belangrijke opmaat naar substitutie van zorg.
- Er is een **onmiskenbare kwaliteitsslag** gemaakt in de CVRM-zorg. Allereerst wordt de zorg vaker uitgevoerd volgens de afgesproken richtlijnen (proces). Maar vooral leidt de zorg tot significant verbeterde uitkomstparameters voor bloeddruk en LDL. De proef is nog te kort om dit al terug te zien in "harde uitkomsten" (infarct, CVA). Daarvoor is een langduriger registratie nodig. De op deze manier te bereiken kostenbesparingen zijn zeer aanzienlijk.
- **Continuering van de DBC-CVRM** in de proefregio is zeer wenselijk. Een langere follow-up biedt de mogelijkheid cijfers te verzamelen over daadwerkelijke reductie van complicaties.
- **Landelijke uitrol** van de DBC-CVRM is mogelijk en wenselijk. Daarbij dienen de in de pilot geschetste voorzorgen in acht te worden genomen.