

# AANSCHERPING SPECIFICATIES INDICATOREN LANDELIJKE BENCHMARK 2018

## Inhoud

1	Inleiding.....	3
1.1	Goedkeuring en certificering .....	3
1.2	Verspreiding .....	3
1.3	Opbouw document.....	3
2	Populatie-indicatoren .....	4
2.1	Populatie in kaart.....	4
2.2	Populatie in Benchmark ketenzorg .....	5
3	Proces- en uitkomstenindicatoren .....	10
	Bijlage 1: Grenzen extreme waarden.....	14
	Bijlage 2: Omzetten alfanumerieke waarden .....	15
	Bijlage 3: Wijzigingen.....	16
	Wijzigingen Benchmark indicatoren .....	16
	Wijzigingen Invulformats .....	17
	Wijzigingen document Aanscherping .....	30
	Bijlage 4: Toelichting wijziging registratie deelname ketenzorgprogramma .....	31
	Bijlage 5: verwerking 'deelname ketenzorg' in 2018.....	32

---

## 1 INLEIDING

In de [NHG indicatorenset](#) worden de indicatoren omschreven en gespecificeerd, die voor de huisartsenzorg van belang zijn. De InEen Benchmark indicatoren voor 2018 vormen hiervan een onderdeel.

Ook wanneer de indicatoren goed zijn beschreven en gespecificeerd kunnen leveranciers en gebruikers in de praktijk een andere invulling geven. Om deze operationalisatie te ondersteunen zijn de [Invulformats](#) en voorliggende Aanscherping opgesteld.

### 1.1 Goedkeuring en certificering

Deze Aanscherping vormt de basis voor de 'Gouden Standaard' die voor de RDC certificeringen en de KIS (goed)keuringen wordt gebruikt. Het is voor een continue betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de indicatoren van belang dat in de operationalisatie continu dezelfde keuzen worden gemaakt.

### 1.2 Verspreiding

Deze versie wordt verspreid onder een aantal zorggroepen, KIS leveranciers, RDC's en HIS leveranciers, zodat de rapportage Transparante Keten zorg over verslagjaar 2018 eenduidig kan worden vormgegeven.

Vragen en opmerkingen kunnen worden doorgegeven aan InEen ([benchmarkketenzorg@ineen.nl](mailto:benchmarkketenzorg@ineen.nl)) Een overzicht van de wijzigingen is opgenomen in [bijlage 3](#).

### 1.3 Opbouw document

De aangescherpte specificaties worden in de volgende twee hoofdstukken beschreven: *Populatie-indicatoren* en *Proces- en uitkomstenindicatoren*. Elk hoofdstuk wordt ingeleid met een aantal algemene aanwijzingen. Vervolgens worden de aanscherpingen gedefinieerd. Daarbij wordt het format van onderstaande tabel gebruikt.

Nummer	Naam	Astma	COPD	DM	HVZ	VVR
Toelichting	... <i>Korte toelichting die aangeeft waarom de aanscherping noodzakelijk is...</i>	#	#	#	#	#
Aanscherping	... <i>Definitie van de aanscherping ...</i>	In deze kolommen de nummers van de tellers en noemers voor de desbetreffende aandoening waarvoor de aanscherping relevant is				

## 2 POPULATIE-INDICATOREN

Een juiste bepaling van de populatie is van groot belang voor de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de indicatoren. Daar wordt ook de "noemer" bepaald die de basis vormt voor de meeste proces- en uitkomsten indicatoren die volgen en in het Invulformat staan benoemd.

### Verschillen populatie tussen NHG en Benchmark Indicatoren

Hoewel het NHG en InEen gebruik maken van dezelfde zorginhoudelijke indicatoren, is er wel een verschil in de populatie waarover wordt gerapporteerd.

Voor de indicatoren huisartsenzorg gaat het over alle patiënten in de praktijkpopulatie die voldoen aan de inclusiecriteria: diagnose, vaste patiënten die 12 maanden of meer zijn ingeschreven in de praktijk en huisarts voor 12 maanden of meer hoofdbehandelaar.

Voor programmatische zorg (zorggroepen) gaat het over patiënten die voldoen aan de diagnostische criteria en die zijn ingeschreven in de praktijk (vaste patiënten). In aanvulling hierop gaat het om patiënten die zorg ontvangen voor 12 maanden of meer via programmatische zorg.

Het is de bedoeling om de omschrijvingen en specificaties in de komende jaren verder in elkaar te schuiven, zodat de zorggroep-populatie in alle opzichten een deelpopulatie is van de huisartsenpraktijk-populatie op basis van één onderscheidend kenmerk. Met de introductie van de bepaling 'Deelname Ketenzorgprogramma' in 2017 is hiermee een belangrijke stap gezet. Meer informatie over de omgang met deze bepaling is beschreven in

Bijlage 4 en Bijlage 5.

Naast de populatie cijfers in de Landelijke Benchmark, is er een aparte rapportage, de Populatie rapportage. Deze geeft de huisarts en de zorggroepen meer inzicht in de populatie en de registratie. Via NedHIS is een document verspreid, waarin deze rapportage nader is uitgewerkt. De rapportage vormt een onderdeel van een verbeterde ondersteuning door de huisartsensystemen (HISen) van programmatische zorg.

## 2.1 Populatie in kaart

Naast gegevens over de patiënten die deelnemen aan een zorgprogramma, zijn gegevens nodig voor een uniforme afbakening van de populatie en een betekenisvolle vergelijking van de indicatoren in de landelijke benchmark. Voor alle aandoeningen dienen daarom per programma een aantal beschrijvende gegevens beschikbaar te zijn voor het definiëren van de populatie. Het betreft:

- prevalentiecijfers voor de genoemde aandoeningen;
- verdeling van het hoofdbehandelaarschap (huisarts-specialist);
- percentage patiënten niet in programmatische zorg.

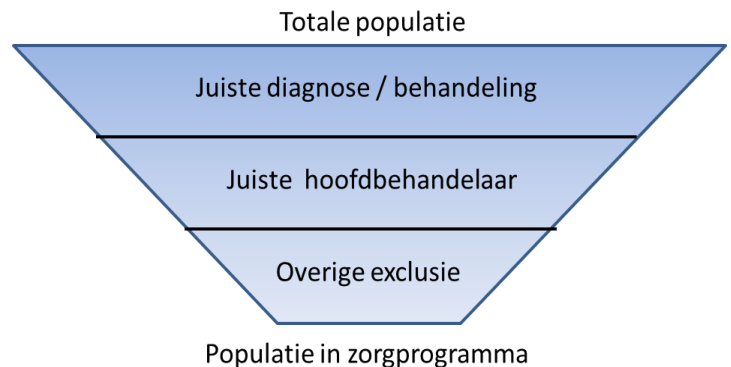
De eerste 7 invulvelden van de benchmark worden gebruikt om de populatie in kaart te brengen.

De eerste indicator duidt de gehele populatie. De tweede indicator duidt de populatie die de juiste diagnose en behandeling heeft.

Vervolgens wordt binnen die groep via de volgende indicatoren de behandelaar en andere relevante kenmerken geselecteerd.

Tenslotte wordt deze groep gedefinieerd op het criterium 'Deelname aan zorgprogramma', door de patiënten eruit te halen die niet aan de betreffende kenmerken voldoen (zie onderstaande Po8).

Uiteindelijk blijft het aantal patiënten over '12 maanden of meer in het zorgprogramma', wat de belangrijkste noemer is voor de indicatoren.



## 2.2 Populatie in Benchmark ketenzorg

Voor alle aandoeningen worden de eerste 7 invulvelden gebruikt voor het in kaart brengen van de populatie. Hieronder volgt eerst een aantal algemene opmerkingen, vervolgens wordt een aantal aanscherpingen in detail uitgewerkt.

### Algemene opmerkingen voor populatie-indicatoren:

- Daar waar gesproken wordt over episodes worden actieve episodes bedoeld, d.w.z. episodes zonder einddatum of een einddatum na de meetperiode.
- Als er meerdere episodes zijn bij diabetes dan geldt de laatste, d.w.z. met de laatste startdatum.
- Voor die bepalingen waarvoor geldt peildatum en dan de laatste uitslag OOIIT gemeten geldt de laatste registratie OOIIT.

Specifieke aanscherpingen van populatie-indicatoren

Hieronder een aantal specifieke aanscherpingen ten aanzien van de populatie-indicatoren.

Po1	Bepaling praktijkpopulatie	Astma	COPD	DM	HVZ	VVR
Toelichting	Bij de bepaling van de praktijkpopulatie worden verschillende interpretaties gehanteerd	1	1	1	1	1
Aanscherping	De praktijkpopulatie bestaat uit de bij de praktijk ingeschreven patiënten <ul style="list-style-type: none"> <li>• met een inschrijfdatum voor peildatum</li> <li>• plus de patiënten zonder inschrijfdatum</li> </ul> <u>minus</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tijdelijke patiënten</li> <li>• passanten</li> <li>• niet op naam ingeschreven patiënten (noni)</li> <li>• patiënten met een uitschrijfdatum voor peildatum (overleden of verhuisd)</li> </ul>					

Po2	Bepaling praktijkpopulatie, ontbreken geldige geboortedatum	Astma	COPD	DM	HVZ	VVR
Toelichting	Bij de bepaling van de praktijkpopulatie kan het zijn dat bepaalde gegevens ontbreken of geen geldige waarde hebben. Het komt voor dat er <u>geen of geen geldige geboortedatum</u> meekomt. Dat kan zijn: leeg veld, dag ontbreekt, datum in toekomst of ver verleden etc. Daar wordt bij het verwerken verschillend mee omgegaan.	1	1	1	1	1
Aanscherping	De patiënt wordt meegenomen in de praktijkpopulatie, ook bij ontbreken van geboortedatum of bij geen geldige geboortedatum. De meetwaarden tellen mee bij de proces- en uitkomstenindicatoren behalve bij de indicatoren waar een leeftijds criterium speelt (bv. <70 of <80 jaar); in dat geval telt de meetwaarde niet mee. In de tabel met grenswaarden zijn ook grenswaarden voor leeftijd opgenomen.					

Po3	Bepaling praktijkpopulatie, ontbreken geslacht	Astma	COPD	DM	HVZ	VVR
Toelichting	Bij de bepaling van de praktijkpopulatie kan het zijn dat bepaalde gegevens ontbreken of geen geldige waarde hebben. Het komt voor dat er in de extractie van het HIS bij een patiënt geen geslacht meekomt. Daar wordt bij het verwerken verschillend mee omgegaan door databewerkers.	1	1	1	1	1
Aanscherping	De patiënt wordt meegenomen in de praktijkpopulatie. De informatie omtrent het geslacht ontbreekt en blijft "leeg". Geslacht speelt bij de bepaling van de indicatoren geen rol.					

Po4	Startdatum episode	Astma	COPD	DM	HVZ	VVR
Toelichting	Bij de bepaling van de populatie gaan we bij de selectie op ICPC uit van actieve episodes. Sommige databewerkers excluseren patiënten als er geen startdatum is voor de episode, anderen doen dat niet. Dat leidt tot grote verschillen in de populatie die wordt meegenomen. <sup>1</sup>	2 3 4 5 6 7	2 3 4 5 6 7	2 3 4 5 6 7	2 3 4 5 6 7	2 3 4 5 6 7
Aanscherping	Bij selectie op ICPC op basis van actieve episodes is het ontbreken van een startdatum geen reden om patiënten te excluseren. Dat betekent: ook zonder startdatum worden patiënten geïncludeerd.					

Po5	Hoofdbehandelaar huisarts	Astma	COPD	DM	HVZ	VVR
Toelichting	Bij het in kaart brengen van de populatie vindt selectie plaats op hoofdbehandelaar huisarts. Bv. voor diabetes gaat het om DMHB TZ (2206) = 48. Sommige databewerkers includeren ook patiënten waarvoor de hoofdbehandelaar niet is ingevuld. Andere databewerkers includeren die patiënten niet. Dat leidt tot grote verschillen in de populatie die wordt meegenomen. <sup>1</sup>	4 5 6 7	4 5 6 7	4 5 6 7	4 5 6 7	4 5 6 7
Aanscherping	Bij selectie op hoofdbehandelaar huisarts worden alleen patiënten waar daadwerkelijk huisarts is ingevuld geïncludeerd. Dat betekent: patiënten bij wie geen hoofdbehandelaar is ingevuld worden geëxcludeerd.					

<sup>1</sup> Deze situatie geldt als er nog gewerkt wordt met de trechtergewijze registratie (bijlage 5).



Po6	Ruiters en labels	Astma	COPD	DM	HVZ	VVR
Toelichting	Ruiters en labels komen in de specificaties van de populatie-indicatoren niet (meer) voor. Als zorggroepen ook ICPC en hoofdbehandelaarschap invullen is dat geen probleem. Maar als dat niet het geval is kan er uitval optreden. Dat is een reden waarom databewerkers in de praktijk kunnen besluiten toch gebruik te maken van ruiters en labels bij het bepalen van de populatie. Het al of niet gebruik maken van ruiters en labels leidt tot verschillende resultaten.	3 4 5 6 7	3 4 5 6 7	3 4 5 6 7	3 4 5 6 7	3 4 5 6 7
Aanscherping	Ruiters en labels worden niet meegenomen bij de populatiebepaling. <sup>2</sup>					

Po7	Aantal patiënten in ouderenzorg	Astma	COPD	DM	HVZ	VVR
Toelichting	Het gaat hier in principe over de patiënten die in het programma ouderenzorg zitten en in dat geval niet in één van de andere zorgprogramma's (diabetes, COPD, HVZ, VVR, Astma) moeten worden meegenomen. Nu zijn er patiënten met ICPC A05 en OZHB AZ=48 waarbij de zorggroep geen ouderenzorg gecontracteerd heeft en de patiënten in dat geval dus ook niet geëxcludeerd moeten worden van de populatie.	5	5	5	5	5
Aanscherping	Wanneer de zorggroep Ouderenzorg heeft gecontracteerd geldt dat deze indicator de patiënten weergeeft van wie de huisarts hoofdbehandelaar is, dus OZHB AZ=48.					

<sup>2</sup> Ruiters en Labels helpen de huisarts om in één oogopslag te zien hoe hoofdbehandelaarschap en deelname aan programmatische zorg zijn geregeld. Hoewel het gebruik van Ruiters en Labels voor de registratie van hoofdbehandelaarschap en deelname aan een zorgprogramma niet geschikt zijn, wordt het gebruik ervan gedoogd totdat een alternatieve manier voor inzage door de HISen is geïmplementeerd.

Po8	Bepaling gedurende heel jaar (12 maanden) in zorgprogramma	Astma	COPD	DM	HVZ	VVR
Toelichting	In de praktijk blijken er in praktische uitwerking van de bepaling "12 maanden in zorg" verschillen mogelijk te zijn die leiden tot grote verschillen tussen de databewerkers ten aanzien van de populatie die meegenomen wordt.	7	7	7	7	7
Aanscherping	<p>Gedurende heel jaar (12 maanden) in zorgprogramma is iedereen die op peildatum 31 december jaar x in zorg is minus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datum eerste meting huisarts hoofdbehandelaar in meetjaar</li> <li>• Startdatum eerste episode (van betreffend programma) in meetjaar</li> <li>• Laatste datum meting hoofdbehandelaar voorafgaand aan meetjaar was niet huisarts (specialist/overig)</li> <li>• Meting hoofdbehandelaar specialist in meetjaar (kan kortstondige wisseling van hoofdbehandelaar zijn geweest)</li> <li>• Patiënten die voorafgaand of tijdens de meetperiode een meting: "Reden geen ketenzorg" OF Controlebeleid met uitslag "Geen programmatische zorg" OF Deelname ketenzorgprogramma = 'Nee' hebben die gedurende de meetperiode ongedaan is gemaakt door: de meting Controlebeleid met uitslag "x maal per x jaar" OF door de meting Deelname ketenzorgprogramma = 'Ja'</li> </ul>					

### 3 PROCES- EN UITKOMSTENINDICATOREN

De volgende indicatoren zijn de proces- en uitkomstenindicatoren. Voor Astma 5 tellers en noemers, voor COPD 7, voor DM 9, voor HVZ 8 en voor VVR 9. Hoewel er grote verschillen in indicatoren zijn voor de verschillende aandoeningen blijkt dat afwijkingen vaak veroorzaakt worden door vergelijkbare mechanismen. Dat is te herkennen aan de aanscherpingen die hieronder weergegeven zijn en die vaak voor meerdere indicatoren en aandoeningen relevant zijn.

#### Algemene opmerkingen voor proces en uitkomstenindicatoren:

Voor de uitslagen wordt in principe de laatste meting in de meetperiode (1-1-2018 tot 1-1- 2019) genomen tenzij anders aangegeven.

Afwijkingen van de 12 maandenperiode (let op de precieze specificatie):

- COPD: roken met uitslag nooit (OOIT)
- DM: LDL (OOIT), roken met uitslag nooit (OOIT) en fundusmeting (24 maanden)
- HVZ: LDL (OOIT), roken met uitslag nooit (OOIT), eGFR (5 jaar)
- VVR: LDL (OOIT), roken met uitslag nooit (OOIT), eGFR (5 jaar),
- Voor die metingen waarvoor geldt peildatum en dan de laatste uitslag OOIT gemeten geldt de laatste registratie OOIT.

#### Specifieke aanscherpingen van proces- en uitkomstenindicatoren

lo1	Grenzen extreme meetwaarden bij uitkomstenindicatoren	Astma	COPD	DM	HVZ	VVR
Toelichting	Voor uitkomstenindicatoren zijn er grenzen (ondergrens, bovengrens) waartussen de reële uitkomsten zullen liggen. Uitkomsten die buiten deze grenzen liggen worden beschouwd als extreme waarden die mogelijk het gevolg zijn van een onjuiste registratie. Als bij de bepaling van de indicatoren extreme waarden voorkomen worden deze door de databewerkers verwijderd en dus niet meegenomen. In de praktijk gaan databewerkers uit van verschillende onder- en bovengrenzen hetgeen zal leiden tot verschillen in resultaten.			8	9 11	10 13
Aanscherping	Waarden voor indicatoren die buiten bepaalde vastgestelde grenzen liggen worden niet meegenomen. Voor indicatoren worden onder- en bovengrenzen gehanteerd die zijn weergegeven in de tabel in de <a href="#">bijlage 1</a> van dit document.					

lo2	Omzetten alfanumerieke meetwaarden bij uitkomstenindicatoren	Astma	COPD	DM	HVZ	VVR
Toelichting	<p>Voor bepaalde uitkomstenindicatoren worden soms alfanumerieke meetwaarden meegegeven die niet passen binnen het bereik van te verwachten numerieke uitkomsten. In de praktijk worden die waarden vaak door de databewerkers omgezet naar waarden die wel passen binnen het te verwachten numerieke bereik.</p> <p>Bv. LDL-cholesterol (LDL-B) waarde NTB of ntb wordt omgezet naar 2,4</p> <p>In de praktijk gaan databewerkers daar op verschillende manieren mee om wat zal leiden tot verschillen in resultaten.</p>			9	11	13
Aanscherping	Alfanumerieke waarden voor bepaalde indicatoren die niet passen binnen het te verwachten numerieke bereik worden volgens vaste afspraken omgezet naar waarden die wel passen binnen het numerieke bereik. In de tabel in <a href="#">bijlage 2</a> is een overzicht gegeven van de indicatoren waarvoor dit geldt en welke omzettingen gehanteerd worden.					

lo3	Extreme uitkomst bij procesindicator (1)	Astma	COPD	DM	HVZ	VVR
Toelichting	<p>Extreme uitkomsten (uitkomsten die liggen buiten bepaalde afgesproken grenzen) worden niet meegenomen bij de uitkomstenindicatoren. De vraag is of in dat geval de meting wel meegenomen moet worden bij de desbetreffende procesindicator.</p> <p>Voorbeeld: Bij DM indicator 14 "Roken bepaald" is roken bepaald vastgelegd maar er is geen waarde aan toegevoegd. Moet die meting wel meegenomen worden?</p>	8 9 10 11 12	9 10 11 12 13 15	8 11 12 13 15 16	8 10 12 14 15	8 9 12 14 16 17
Aanscherping	Als er een waarde staat dan is er iets gemeten en dan telt de meting mee voor de procesindicator ook als de uitkomst een extreme waarde is.					

lo4	Extreme uitkomst bij procesindicator (2)	Astma	COPD	DM	HVZ	VVR
Toelichting	Deze vraag is aanvullend aan aanscherping lo3 "Extreme uitkomst bij procesindicator (1)" hierboven. <u>Situatieschets</u> : Er zijn meerdere metingen binnen een meetperiode s en de uitkomst van de laatste meting is een extreme waarde (d.w.z. dat de uitkomst ligt buiten bepaalde afgesproken grenzen).	8 9 10 11 12	9 10 11 12 13 15	8 11 12 13 15 16	8 10 12 14 15	8 9 12 14 16 17
Aanscherping	De laatste meting telt, ook bij een extreme uitkomst (zie aanscherping lo3).					

lo5	Leeftijd definitie bij leeftijdscriterium	Astma	COPD	DM	HVZ	VVR
Toelichting	Bij een aantal indicatoren geldt een leeftijdscriterium "patiënten < (jonger dan) 80 jaar" of "patiënten < (jonger dan) 70 jaar".  Afgesproken is dat voor de definitie van leeftijd de NHG definitie wordt gebruikt. Uitgangspunt daarbij is, de leeftijd op 1 januari van het betreffende meetjaar. Dit vertaalt zich in de berekening: Leeftijd = rapportagejaar – geboortejaar - 1			8 9	8 9 10 11	9 10 12 13
Aanscherping	Patiënten worden geïncludeerd indien (rapportagejaar – (minus) geboortejaar – (minus) 1) < 80/70  Patiënten worden geïncludeerd indien leeftijd aan het begin van de meetperiode <80/70 is.					

lo6	BMI, gebruik van lengte en gewicht	Astma	COPD	DM	HVZ	VVR
Toelichting	Voor de indicator BMI staat voor de operationalisatie van de teller beschreven: "indien geen BMI is geregistreerd maar lengte (LNGPAO) en gewicht (GEWAO) in meetjaar zijn wel bekend, dan is BMI berekend". Het gaat dus over meetwaarden in het meetjaar. In de praktijk blijkt dat soms andere meetwaarden dan in het meetjaar worden gebruikt. Dat wijkt af van de specificatie en wordt als onjuist verondersteld.		15			
Aanscherping	Bij de bepaling van de BMI geldt dat indien geen BMI geregistreerd is, BMI bekend verondersteld mag worden als lengte (LNGPAO) en gewicht (GEWAO) <u>in het meetjaar</u> bekend zijn, anders niet.					

lo7	Gebruik medicatie	Astma	COPD	DM	HVZ	VVR
Toelichting	In de praktijk blijken er verschillen te zitten in de manier waarop het gebruik van medicatie in de meetperiode wordt vastgesteld, m.n. wanneer de startdatum buiten de meetperiode valt. Continue en herhaal medicatie wordt op verschillende manieren geregistreerd, met name bij einddata. Bijvoorbeeld in geval van DM indicator 10 "Gebruik statines".		8 16	10		2
Aanscherping	Medicatie wordt geteld als het actieve medicatie betreft. Dit betekent dat het voorschrift (recept) uitgeschreven is in de meetperiode (startdatum in 2018) of als de einddatum van het voorschrift ligt in de meetperiode (einddatum in 2018) of als het voorschrift uitgeschreven is voor de meetperiode (startdatum < 2018) waarbij de einddatum van het voorschrift ligt na de meetperiode (einddatum > 2018). In alle andere gevallen telt de medicatie niet mee.					

## BIJLAGE 1: GRENZEN EXTREME WAARDEN

Grenzen extreme waarden - afwijkende waarden verwijderen

Afwijkende uitslagen (bv tekst in plaats van numeriek) worden verwijderd.

Genoemde waarden wordt gehandhaafd, waarden eronder of erboven worden verwijderd.

criterium	NHG labcode	Ondergrens	Bovengrens
LDL	LDL B	0,80	7,30
LDL	LDLD B	0,80	7,30
Systolische RR	RRSY KA	70	250
Systolische RR thuismeting	RRSY KA MH	70	250

## BIJLAGE 2: OMZETTEN ALFANUMERIEKE WAARDEN

Alfanumerieke waarden i.p.v. numerieke waarden - afwijkende waarden wijzigen

criterium	NHG labcode	Input	Output
LDL-cholesterol	LDL B/LDLD B	NTB	2,4
LDL-cholesterol	LDL B/LDLD B	ntb	2,4

De LDL bepaling wordt door het systeem berekend. Het komt voor, dat in de berekening één van de waardes zo laag is, dat berekening niet mogelijk is. Het systeem geeft dan 'ntb' terug. De experts (internisten/huisartsen) die zich hierover gebogen hebben, hebben geconstateerd dat de feitelijke LDL bepaling in die gevallen altijd binnen de streefwaarden vallen. Daarom is ervoor gekozen om dit duidelijk te maken door deze waarde te vervangen door 2,4.



## BIJLAGE 3: WIJZIGINGEN

### Wijzigingen Benchmark indicatoren

In de onderstaande tabel staan de inhoudelijke wijzigingen in omschrijvingen onderstreept in de indicatoren 2018 (inclusief BM nummer) ten opzichte van de [indicatoren 2017](#).

BM Nr.	Indicator 2017	Indicator 2018
	<b>Astma</b>	
		Ongewijzigd
	<b>COPD</b>	
9	Aantal COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index berekend is	Vervallen
10	Aantal COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma met 2 of meer <u>stootkuren</u> in de afgelopen 12 maanden	Aantal COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma met 2 of meer <u>exacerbaties</u> in de afgelopen 12 maanden
	<b>Diabetes mellitus type 2</b>	
7	Aantal diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 80 jr bij wie LDL is bepaald <u>in de afgelopen 5 jaar</u> met LDL-cholesterolwaarde lager dan of gelijk aan 2,5 mmol/l	Aantal diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 80 jr bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde lager dan of gelijk aan 2,5 mmol/l
	<b>Hart- en Vaatziekten</b>	
7	Aantal HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 80 jr bij wie LDL is bepaald <u>in afgelopen vijf jaar</u> met LDL-cholesterolwaarde lager dan of gelijk aan 2.5 mmol/l	Aantal HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 80 jr bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde lager dan of gelijk aan 2,5 mmol/l
	<b>VVR</b>	
11	Aantal VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie LDL is bepaald in <u>afgelopen vijf jaar</u>	vervallen
7	Aantal VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 80 jr bij wie LDL B of LDLD B is bepaald <u>in afgelopen vijf jaar</u> met LDL-cholesterolwaarde lager dan of gelijk aan 2,5 mmol/l	Aantal VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 80 jr bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde lager dan of gelijk aan 2,5 mmol/l

## Wijzigingen Invulformats

Voor alle zorgprogramma's zijn in de Invulformats de jaartallen aangepast. In de onderstaande tabel staan de additionele inhoudelijke wijzigingen in het Invulformat 2018 (inclusief nr.) genoemd ten opzichte van Invulformat 2017. In de invulformats zijn ook kleine tekstuele aanpassingen gedaan die geen impact hebben en daarom niet expliciet zijn aangegeven (bijvoorbeeld jr wordt jaar).

De grootste wijziging is het gebruik van de bepaling Deelname Ketenzorgprogramma. Voor verwerking in de Invulformats wordt de volgende werkwijze voor de migratieperiode gehanteerd (zie toelichting [Bijlage 5](#)):

1. *Zorggroep hanteert nieuwe registratie.* Indien de zorggroep wel volledig gebruik maakt van de bepaling Deelname Ketenzorgprogramma en alle drie de bepalingen consequent en juist registreert en er geen inconsistenties zijn in ICPC, meting hoofdbehandelaar en meting Deelname Ketenzorgprogramma, gebruik dan alleen de nieuwe noemberbepaling (Deelname Ketenzorgprogramma = 'Ja') en negeer de oude noemberbepaling.
2. *Zorggroep werkt trechtergewijs met nieuwe bepaling.* Indien de zorggroep al wel de bepaling Deelname Ketenzorgprogramma registreert en er mogelijk nog inconsistenties voorkomen tussen ICPC, meting hoofdbehandelaar en meting Deelname Ketenzorgprogramma, neem dan naast Deelname Ketenzorgprogramma ook hoofdbehandelaar en ICPC mee voor de noemberbepaling.
3. *Zorggroep werkt met verschillende registratiewijzen door elkaar aan het begin van meetperiode.* Kijk dan eerst naar de aanwezigheid van de nieuwe bepaling 'deelname ketenzorgprogramma' en daarna naar de 'oude' registratie voor het begin van de meetperiode.
4. *Zorggroep werkt met verschillende registratiewijzen door elkaar aan het begin én aan het einde van meetperiode.* Kijk dan eerst naar de aanwezigheid van de nieuwe bepaling 'deelname ketenzorgprogramma' en daarna naar de 'oude' registratie voor zowel het begin als het einde van de meetperiode.

BM Nr.	Invulformat 2017	Invulformat 2018
	<b>Astma</b>	
5	Operationalisatie: Alle patiënten 16 jaar en ouder met ICPC R96 EN GEEN R95 EN ASHB RZ (2406) = 48 EN  ASKZ (3828) = 2 <u>OF</u> <u>meting geen programmatische zorg ASRZ RZ (1788)</u> <u>OF controle ASCB RZ (1776) = 55 of 500</u>  <u>Indien ASRZ RZ en ASCB RZ beide worden gebruikt, laatste uitslag nemen</u>  Peildatum 31 december 2017	Operationalisatie: Alle patiënten 16 jaar en ouder met ICPC R96 EN GEEN R95 EN ASHB RZ (2406) = 48 EN  ASKZ (3828) = 2 OF (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1  <u>OF oude werkwijze indien van toepassing</u>  op peildatum 31 december 2018

	<p>OF (indien van toepassing):  <u>ICPC A05 EN OZHB AZ (3015)</u>  <u>OF</u>  OZKZ (3832) = 1</p>	
6	<p>Operationalisatie:  Alle patiënten 16 jaar en ouder met ICPC R96 en geen R95  EN ASHB RZ (2406) = 48  EN</p> <p>deelname ketenzorgprogramma Astma ASKZ (3828) = 1  <u>OF</u>  <u>GEEN meting geen programmatische zorg ASRZ RZ (1788)</u>  <u>of controle ASCB RZ (1776) = 55 of 500</u></p> <p>Peildatum 31 december 2017</p> <p>EN GEEN (indien van toepassing):  ICPC A05 EN OZHB AZ (3015)  OF  deelname ketenzorgprogramma ouderenzorg  OZKZ (3832) = 1</p>	<p>Operationalisatie:  Alle patiënten 16 jaar en ouder met ICPC R96  EN GEEN R95  EN ASHB RZ (2406) = 48  EN ASKZ (3828) = 1  EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</p> <p><u>OF oude werkwijze indien van toepassing</u>  op peildatum 31 december 2018</p>
7	<p>Operationalisatie:  Alle patiënten 16 jaar en ouder met ICPC R96  EN GEEN R95  EN ASHB RZ (2406) = 48  EN ASKZ (3828) = 1  op peildatum 31 december 2017  EN</p> <p>ICPC R96  EN GEEN R95  EN ASHB RZ (2406) = 48  <u>EN GEEN meting geen programmatische zorg ASRZ RZ (1788)</u>  <u>of controle ASCB RZ (1776) met uitslag Geen programmatische zorg (= 55 of 500)</u>  Op peildatum 31 december 2016</p> <p>OF</p> <p>ICPC R96  EN GEEN R95  EN ASHB RZ (2406) = 48  EN GEEN  meting geen programmatische zorg ASRZ RZ</p>	<p>Operationalisatie:  Alle patiënten 16 jaar en ouder met ICPC R96  EN GEEN R95  EN ASHB RZ (2406) = 48  EN ASKZ (3828) = 1  <u>EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</u>  op peildatum 31 december 2018 EN op peildatum 31 december 2017</p> <p>OF</p> <p>Alle patiënten 16 jaar en ouder met ICPC R96  EN GEEN R95  EN ASHB RZ (2406) = 48  <u>EN ASKZ (3828) = 1</u>  <u>EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</u>  op peildatum 31 december 2018  EN  ICPC R96  EN GEEN R95</p>

	<p>(1788) of controle ASCB RZ (1776) met uitslag Geen programmatische zorg (= 55 of 500) Op peildatum 31 december 2016 EN nog steeds op peildatum 31 december 2017. Huisarts is hoofdbehandelaar gedurende 12 maanden of langer</p> <p>EN GEEN (indien van toepassing) ICPC A05 EN OZHB AZ (3015) OF OZKZ (3832) = 1</p> <p>Is iedereen uit 6 minus: - pte met datum eerste meting huisarts hoofdbehandelaar in meetperiode - pte met startdatum eerste episode in meetperiode - pte met laatste meting hoofdbehandelaar voorafgaand aan meetjaar niet huisarts (specialist/overig) - pte met meting hoofdbehandelaar specialist in meetperiode - pte met ASCB RZ = 55/500 of ASRZ RZ voorafgaand of tijdens meetperiode EN in meetperiode ASCB RZ = 'x maal per x jaar' - pte met meting deelname ketenzorgprogramma Astma ASKZ (3828) = 2 in meetperiode</p>	<p>EN ASHB RZ (2406) = 48 EN GEEN meting geen ketenzorg ASRZ RZ (1788) of controle ASCB RZ (1776) = 55 of 500 EN GEEN (indien van toepassing) ICPC A05 EN OZHB AZ (3015) EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1 op peildatum 31 december 2017</p> <p>Is iedereen uit 6 minus: - pte met datum eerste meting huisarts hoofdbehandelaar in meetperiode - pte met startdatum eerste episode in meetperiode - pte met laatste meting hoofdbehandelaar voorafgaand aan meetjaar niet huisarts (specialist/overig) - pte met meting hoofdbehandelaar specialist in meetperiode - pte met ASCB RZ = 55/500 of ASRZ RZ voorafgaand of tijdens meetperiode EN in meetperiode ASCB RZ = 'x maal per x jaar' - pte met meting deelname ketenzorgprogramma Astma ASKZ (3828) = 2 in meetperiode</p>
	<b>COPD</b>	
14	<p>Omschrijving: Aantal COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index berekend is</p>	Vervallen
5	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met ICPC R95 EN WCIA COHB RZ = 48 EN</p> <p>COKZ (3829) = 2 OF <u>meting geen programmatische zorg CORZ RZ (1818)</u> <u>OF controle COCB RZ (1785) = 55 of 500</u></p> <p><u>Indien CORZ RZ en COCB RZ beide worden gebruikt, laatste uitslag nemen</u></p>	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met ICPC R95 EN COHB RZ (2407) = 48 EN</p> <p>COKZ (3829) = 2 OF (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</p> <p><u>OF oude werkwijze indien van toepassing</u></p> <p>op peildatum 31 december 2018</p>

	<p>Peildatum 31 december 2017, laatste uitslag OOIT gemeten</p> <p>OF indien van toepassing: <u>ICPC A05 EN OZHB AZ (3015)</u> <u>OF</u> OZKZ (3832) = 1</p>	
6	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met ICPC R95 EN COHB RZ = 48 EN</p> <p>COKZ (3829) = 1 <u>OF</u> <u>GEEN meting geen programmatische zorg CORZ RZ (1818)</u> <u>of controle COCB RZ (1785) = 55 of 500</u></p> <p>Peildatum 31 december 2017</p> <p>EN GEEN (indien van toepassing): <u>ICPC A05 EN OZHB AZ (3015)</u> <u>OF</u> OZKZ (3832) = 1</p>	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met ICPC R95 EN COHB RZ (2407) = 48 EN COKZ (3829) = 1 EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</p> <p><u>OF oude werkwijze indien van toepassing</u></p> <p>op peildatum 31 december 2018</p>
7	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met ICPC R95 EN COHB RZ = 48 EN COKZ COPD (3829) = 1 op peildatum 31 december 2017 EN</p> <p>ICPC R95 EN COHB RZ = 48 <u>EN GEEN meting geen programmatische zorg CORZ RZ (1818) of controle COCB RZ (1785)= 55 of 500 op peildatum 31 december 2016</u></p> <p>OF</p> <p>ICPC R95 EN COHB RZ = 48 EN GEEN meting geen programmatische zorg CORZ RZ (1818) of controle COCB RZ (1785)= 55 of 500 op peildatum 31 december 2016 EN nog steeds op peildatum 31 december 2017. Huisarts is hoofdbehandelaar gedurende 12 maanden of langer</p>	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met ICPC R95 EN COHB RZ (2407) = 48 EN COKZ COPD (3829) = 1 <u>EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</u> op peildatum 31 december 2018 EN op peildatum 31 december 2017</p> <p>OF</p> <p>Alle patiënten met ICPC R95 EN COHB RZ (2407) = 48 <u>EN COKZ COPD (3829) = 1</u> <u>EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</u> op peildatum 31 december 2018 EN ICPC R95</p>

	<p>EN GEEN (indien van toepassing) ICPC A05 EN OZHB AZ (3015) OF OZKZ (3832) = 1</p> <p>Is iedereen uit 6 minus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pte met datum eerste meting huisarts hoofdbehandelaar in meetperiode</li> <li>- pte met startdatum eerste episode in meetperiode</li> <li>- pte met laatste meting hoofdbehandelaar voorafgaand aan meetjaar niet huisarts (specialist/overig)</li> <li>- pte met meting hoofdbehandelaar specialist in meetperiode</li> <li>- pte met COCB RZ (= 55/500 of CORZ RZ voorafgaand of tijdens meetperiode EN in meetperiode COCB RZ = 'x maal per x jaar')</li> <li>- pte met meting deelname ketenzorgprogramma COPD COKZ (3829) = 2 in meetperiode</li> </ul>	<p>EN COHB RZ (2407) = 48 EN GEEN meting geen ketenzorg CORZ RZ (1818) OF controle COCB RZ (1785)= 55 of 500 EN GEEN (indien van toepassing) ICPC A05 EN OZHB AZ (3015) EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1 op peildatum 31 december 2017</p> <p>Is iedereen uit 6 minus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pte met datum eerste meting huisarts hoofdbehandelaar in meetperiode</li> <li>- pte met startdatum eerste episode in meetperiode</li> <li>- pte met laatste meting hoofdbehandelaar voorafgaand aan meetjaar niet huisarts (specialist/overig)</li> <li>- pte met meting hoofdbehandelaar specialist in meetperiode</li> <li>- pte met COCB RZ (= 55/500 of CORZ RZ voorafgaand of tijdens meetperiode EN in meetperiode COCB RZ = 'x maal per x jaar')</li> <li>- pte met meting deelname ketenzorgprogramma COPD COKZ (3829) = 2 in meetperiode</li> </ul>
16		<p><i>Omschrijving:</i> <u>Aantal COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie de exacerbaties in de afgelopen 12 maanden zijn vastgelegd</u></p>
16		<p><i>Operationalisatie:</i> <u>Alle patiënten heel jaar in zorgprogramma met 3549, COAE RQ, in 2018</u></p> <p><u>De teller voor deze indicator is nr. 15</u></p>
15	<p><i>Omschrijving:</i> Aantal COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma met 2 of meer <u>stootkuren</u> in de afgelopen 12 maanden</p>	<p><i>Omschrijving:</i> Aantal COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma met 2 of meer <u>exacerbaties</u> in de afgelopen 12 maanden</p>
15	<p><i>Operationalisatie :</i> Alle patiënten heel jaar in zorgprogramma met 2 of meer <u>ATC H02AB06 en/of ATC H02AB07</u> in 2017</p>	<p><i>Operationalisatie:</i> Alle patiënten heel jaar in zorgprogramma met <u>aantal 3549, COAE RQ, in de voorgaande 12 maanden, laatste bepaling in afgelopen 12 maanden: ≥ 2</u> in 2018</p> <p><u>De noemer voor deze indicator is nr. 16</u></p>

	<b>Diabetes mellitus type 2</b>	
5	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met ICPC T90.02 EN DMHB TZ = 48, EN</p> <p>DMKZ (3827) = 2 OF <u>(meting geen programmatische zorg DMRZ TZ (1789)</u> <u>of controle DMCB TZ (1775) = 55 of 500)</u> Peildatum 31 december 2017, laatste uitslag OOIT gemeten</p> <p><u>Indien DMRZ TZ en DMCB TZ beide worden ge-</u> <u>bruikt, laatste uitslag nemen</u></p> <p>OF indien van toepassing: <u>ICPC A05 EN OZHB AZ (3015)</u> OF OZKZ (3832) = 1</p>	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met ICPC T90.02 EN DMHB TZ (2206) = 48 EN</p> <p>DMKZ (3827) = 2 OF (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</p> <p><u>OF oude werkwijze indien van toepassing</u>  <i>op</i> peildatum 31 december 2018</p>
6	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met ICPC T90.02 EN DMHB TZ (2206) = 48 EN</p> <p>DMKZ (3827) = 1 OF <u>GEEN meting geen programmatische zorg</u> <u>DMRZ TZ (1789)</u> <u>of controle DMCBTZ (1775) = 55 of 500)</u></p> <p>EN GEEN (indien van toepassing): <u>ICPC A05 EN OZHB AZ (3015)</u> OF OZKZ (3832) = 1</p> <p>Peildatum 31 december 2017</p>	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met ICPC T90.02 EN DMHB TZ (2206) = 48 EN DMKZ (3827) = 1 EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</p> <p><u>OF oude werkwijze indien van toepassing</u>  <i>op</i> peildatum 31 december 2018</p>
7	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met ICPC T90.02 EN DMHB TZ = 48 EN DMKZ (3827) = 1 <i>op</i> peildatum 31 december 2017 EN</p>	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met ICPC T90.02 EN DMHB TZ (2206) = 48 EN DMKZ (3827) = 1 <u>EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) =</u> <u>1</u></p>

	<p>ICPC T90.02 EN DMHB TZ = 48 EN <u>GEEN meting geen programmatische zorg DMRZ TZ (1789) of controle DMCBTZ (1775) = 55 of 500 op peildatum 31 december 2016</u></p> <p>OF</p> <p>ICPC T90.02 EN DMHB TZ = 48 EN GEEN meting geen programmatische zorg DMRZ TZ (1789) of controle DMCBTZ (1775) = 55 of 500 op peildatum 31 december 2016 EN nog steeds op peildatum 31 december 2017 . Huisarts is hoofdbehandelaar gedurende 12 maanden of langer</p> <p>EN GEEN (indien van toepassing) ICPC A05 EN OZHB AZ (3015) OF OZKZ (3832) = 1</p> <p>Is iedereen uit 6 minus: - pte met datum eerste meting huisarts hoofdbehandelaar in meetperiode - pte met startdatum eerste episode in meetperiode - pte met laatste meting hoofdbehandelaar voorafgaand aan meetjaar niet huisarts (specialist/overig) - pte met meting hoofdbehandelaar specialist in meetperiode - pte met DMCBTZ = 55/500 of DMRZTZ voorafgaand of tijdens meetperiode EN in meetperiode DMCBTZ = 'x maal per x jaar' - pte met meting deelname ketenzorgprogramma diabetes DMKZ (3827) = 2 in meetperiode</p>	<p>op peildatum 31 december 2018 EN op peildatum 31 december 2017</p> <p>OF</p> <p>Alle patiënten met ICPC T90.02 EN DMHB TZ (2206) = 48 <u>EN DMKZ (3827) = 1</u> <u>EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</u> op peildatum 31 december 2018 EN ICPC T90.02 EN DMHB TZ (2206) = 48 EN GEEN meting geen ketenzorg DMRZ TZ (1789) OF controle DMCB TZ (1775) = 55 of 500 EN GEEN (indien van toepassing) ICPC A05 EN OZHB AZ (3015) EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1 op peildatum 31 december 2017</p> <p>Is iedereen uit 6 minus: - pte met datum eerste meting huisarts hoofdbehandelaar in meetperiode - pte met startdatum eerste episode in meetperiode - pte met laatste meting hoofdbehandelaar voorafgaand aan meetjaar niet huisarts (specialist/overig) - pte met meting hoofdbehandelaar specialist in meetperiode - pte met DMCB TZ = 55/500 of DMRZ TZ voorafgaand of tijdens meetperiode EN in meetperiode DMCB TZ = 'x maal per x jaar' - pte met meting deelname ketenzorgprogramma diabetes DMKZ (3827) = 2 in meetperiode</p>
8	<p>Omschrijving: Aantal diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 80 jr bij wie LDL is bepaald <u>in de afgelopen 5 jaar</u></p>	<p>Omschrijving: Aantal diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 80 jaar bij wie LDL is bepaald</p>
8	<p>Operationalisatie: Dit is geen indicator, maar de noemer voor indicator nr 9</p> <p>Alle patiënten heel jaar in zorgprogramma &lt; 80</p>	<p>Operationalisatie: Dit is geen indicator, maar de noemer voor indicator nr 9</p> <p>Alle patiënten heel jaar in zorgprogramma &lt; 80</p>



	jr met WCIA: LDL B (542) of WCIA: LDLD B (2683) <u>in afgelopen 5 jaar</u>	jr met WCIA: LDL B (542) of WCIA: LDLD B (2683) <u>laatste waarde ooit</u>
9	Omschrijving: Aantal diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 80 jr bij wie LDL is bepaald <u>in de afgelopen 5 jaar</u> met LDL-cholesterolwaarde lager dan of gelijk aan 2,5 mmol/l	Omschrijving: Aantal diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde lager dan of gelijk aan 2,5 mmol/l
9	Operationalisatie: Alle patiënten heel jaar in zorgprogramma < 80 jr met WCIA: LDL B (542) of WCIA: LDLD B (2683) <u>in afgelopen 5 jaar</u> en LDL B of LDLD B <= 2,5  De noemer voor deze indicator is nr 8.	Operationalisatie: Alle patiënten heel jaar in zorgprogramma < 80 jr met WCIA: LDL B (542) of WCIA: LDLD B (2683) en LDL B of LDLD B <= 2,5 <u>laatste waarde ooit</u>  De noemer voor deze indicator is nr 8.
15	Operationalisatie: Alle patiënten heel jaar in zorgprogramma met WCIA: FUFO FA (2129) òf WCIA: DAFU FZ (1638) òf WCIA: DMRP FA LI (1652), DMRP FA RE (1653) in 2016 of 2017	Operationalisatie: Alle patiënten heel jaar in zorgprogramma met WCIA: FUFO FA (2129) OF WCIA: DAFU FZ (1638) OF WCIA: DMRP FA LI (1652) OF DMRP FA RE (1653) OF <u>WCIA : DMR7 FA LI (3923) OF DMR7 FA RE (3924) OF</u> <u>WCIA : FSFU FZ (2717)</u> in 2017 of 2018
16	Operationalisatie: Alle patiënten heel jaar in zorgprogramma met <u>WCIA: DBLO LV LI (1641) of DBLO LV RE (1642)</u> <u>of</u> <u>WCIA: INSP LV LI (1697) of INSP LV RE (1698) of</u> <u>WCIA: MOFV NS LI (1710) of MOFV NS RE (1711) of</u> WCIA: RIVU SQ (2196) in 2017  Deze indicator wijkt in de operationalisatie als enige af van de NHG indicator (32). Het NHG schrijft 'en-en' voor, waar de InEen Benchmark indicator 'of-of' voorschrijft. Wij zijn ons hiervan bewust, maar in het kader van de continuïteit van de benchmark en nog door te voeren registratie-aanpassingen, hanteren we voor verslagjaar 2017 deze andere specificatie.	Operationalisatie: Alle patiënten heel jaar in zorgprogramma met WCIA: RIVU SQ (2196) of <u>WCIA: ZPVU SQ (3609)</u> in 2018

	<b>Hart- en Vaatziekten</b>	
5	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met een of meer bovengenoemde ICPC bij HVZ EN GEEN T90.02 EN CVHB KZ (2815) = 48, EN</p> <p>CVKZ (3830) = 2 <u>OF</u> <u>HVCB KZ (2413) met uitslag Geen programmatische zorg (= 55 of 500) OF HVRZ KZ (2414)</u></p> <p>Peildatum 31 december 2017, laatste uitslag OOIIT gemeten</p> <p>Indien HVRZ KZ en HVCB KZ beide worden gebruikt, laatste uitslag nemen</p> <p>OF (indien van toepassing): <u>ICPC A05 EN OZHB AZ (3015)</u> <u>OF</u> OZKZ (3832) = 1</p>	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met een of meer bovengenoemde ICPC bij HVZ EN GEEN T90.02 EN CVHB KZ (2815) = 48 EN</p> <p>CVKZ (3830) = 2 OF (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</p> <p><u>OF oude werkwijze indien van toepassing</u></p> <p><i>op</i> peildatum 31 december 2018</p>
6	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met een of meer bovengenoemde ICPC bij HVZ EN GEEN T90.02 EN CVHB KZ (2815) = 48 EN</p> <p>CVKZ (3830) = 1 <u>OF</u> <u>GEEN HVCB KZ (2413) met uitslag Geen programmatische zorg (= 55 of 500) of HVRZ KZ (2414)</u></p> <p>EN GEEN (indien van toepassing): <u>ICPC A05 EN OZHB AZ (3015)</u> <u>OF</u> OZKZ (3832) = 1</p> <p>Peildatum 31 december 2017</p>	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met een of meer bovengenoemde ICPC bij HVZ EN GEEN T90.02 EN CVHB KZ (2815) = 48 EN CVKZ (3830) = 1 EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</p> <p><u>OF oude werkwijze indien van toepassing</u></p> <p><i>op</i> peildatum 31 december 2018</p>
7	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met een of meer bovengenoemde ICPC bij HVZ EN CVHB KZ (2815) = 48 EN CVKZ (3830) = 1 <i>op</i> peildatum 31 december 2017 EN</p>	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met een of meer bovengenoemde ICPC bij HVZ EN GEEN ICPC T90.02 EN CVHB KZ (2815) = 48 EN CVKZ (3830) = 1</p>

	<p>CVHB KZ (2815) = 48 <u>EN GEEN HVCB KZ (2413) met uitslag Geen programmatische zorg (= 55 of 500) en/of WCIA: HVRZ KZ op peildatum 31 december 2016</u></p> <p>OF</p> <p>CVHB KZ (2815) = 48 EN GEEN HVCB KZ (2413) met uitslag Geen programmatische zorg (= 55 of 500) en/of HVRZ KZ Op peildatum 31 december 2016 EN nog steeds op peildatum 31 december 2017. Huisarts is hoofdbehandelaar gedurende 12 maanden of langer</p> <p>EN GEEN (indien van toepassing): ICPC A05 EN OZHB AZ (3015) OF OZKZ (3832) = 1</p> <p>EN GEEN ICPC T90.02</p> <p>Is iedereen uit 6 minus: - pte met datum eerste meting huisarts hoofdbehandelaar in meetperiode - pte met startdatum eerste episode in meetperiode - pte met laatste meting hoofdbehandelaar voorafgaand aan meetjaar niet huisarts (specialist/overig) - pte met meting hoofdbehandelaar specialist in meetperiode - pte met HVCB KZ = 55/500 of HVRZ KZ voorafgaand of tijdens meetperiode EN in meetperiode HVCB KZ = 'x maal per x jaar' - pte met deelname ketenzorgprogramma CVRM CVKZ (3830) = 2 in meetperiode</p>	<p><u>EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</u> op peildatum 31 december 2018 EN op peildatum 31 december 2017</p> <p>OF</p> <p>Alle patiënten met een of meer bovengenoemde ICPC bij HVZ EN GEEN ICPC T90.02 EN CVHB KZ (2815) = 48 <u>EN CVKZ (3830) = 1</u> <u>EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</u> op peildatum 31 december 2018 EN een of meer bovengenoemde ICPC bij HVZ EN GEEN ICPC T90.02 EN CVHB KZ (2815) = 48 EN GEEN meting geen ketenzorg HVRZ KZ (2414) of HVCB KZ (2413) = 55 of 500 EN GEEN (indien van toepassing) ICPC A05 EN OZHB AZ (3015) EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1 op peildatum 31 december 2017</p> <p>Is iedereen uit 6 minus: - pte met datum eerste meting huisarts hoofdbehandelaar in meetperiode - pte met startdatum eerste episode in meetperiode - pte met laatste meting hoofdbehandelaar voorafgaand aan meetjaar niet huisarts (specialist/overig) - pte met meting hoofdbehandelaar specialist in meetperiode - pte met HVCB KZ = 55/500 of HVRZ KZ voorafgaand of tijdens meetperiode EN in meetperiode HVCB KZ = 'x maal per x jaar' - pte met meting deelname ketenzorgprogramma CVRM CVKZ (3830) = 2 in meetperiode</p>
10	<p>Omschrijving: Aantal HVZ patiënten heel jaar in zorg jonger dan 80 jaar bij wie de LDL is bepaald <u>in de afgelopen vijf jaar</u></p>	<p>Omschrijving: Aantal HVZ patiënten heel jaar in zorg jonger dan 80 jaar bij wie de LDL is bepaald</p>

10	<p>Operationalisatie: Dit is geen indicator, maar de noemer voor indicator nr 11</p> <p>Alle patiënten &lt; 80 jr heel jaar in zorgprogramma met WCIA: LDL B (542) of WCIA: LDLD B (2683) <u>in afgelopen vijf jaar</u></p>	<p>Operationalisatie: Dit is geen indicator, maar de noemer voor indicator nr 11</p> <p>Alle patiënten &lt; 80 jr heel jaar in zorgprogramma met WCIA: LDL B (542) of WCIA: LDLD B (2683) laatste waarde ooit</p>
11	<p>Omschrijving : Aantal HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 80 jr bij wie LDL is bepaald <u>in afgelopen vijf jaar met LDL-cholesterolwaarde lager dan of gelijk aan 2.5 mmol/l</u></p>	<p>Omschrijving: Aantal HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde lager dan of gelijk aan 2,5 mmol/l</p>
11	<p>Operationalisatie : Alle patiënten jonger dan 80 jr heel jaar in zorgprogramma met WCIA: LDL B (542) of WCIA: LDLD B (2683) <u>in afgelopen vijf jaar</u> en LDL B of LDLD B &lt;= 2,5</p> <p>De noemer voor deze indicator is nr 10.</p>	<p>Operationalisatie: Alle patiënten jonger dan 80 jr heel jaar in zorgprogramma met WCIA: LDL B (542) of WCIA: LDLD B (2683) en LDL B of LDLD B &lt;= 2,5 laatste waarde ooit</p> <p>De noemer voor deze indicator is nr 10.</p>
	<b>VVR</b>	
11	<p>Omschrijving: Aantal VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie LDL is bepaald in afgelopen vijf jaar</p>	vervallen
5	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met een of meer bovengenoemde criteria bij VVR EN GEEN T90.02 EN GEEN K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99.01 EN CVHB KZ (2815) = 48 EN</p> <p>CVKZ (3830) = 2 <u>OF</u> <u>HVCB KZ (2413) met uitslag Geen programmatische zorg (= 55 of 500) of HVRZ KZ (2414)</u> <u>Indien HVRZ KZ en HVCB KZ beide worden gebruikt, laatste uitslag nemen</u></p> <p>Peildatum 31 december 2017, laatste uitslag OOIT gemeten</p>	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met een of meer bovengenoemde criteria bij VVR EN GEEN T90.02 EN GEEN K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99.01 EN CVHB KZ (2815) = 48 EN</p> <p>CVKZ (3830) = 2 OF (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</p> <p><u>OF oude werkwijze indien van toepassing</u></p> <p>op peildatum 31 december 2018</p>

	<p>OF indien van toepassing: <u>ICPC A05 EN OZHB AZ (3015)</u> OF OZKZ (3832) = 1</p>	
6	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met een of meer bovengenoemde criteria bij VVR EN GEEN T90.02 EN GEEN K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99.01 EN CVHB KZ (2815) = 48 EN</p> <p>CVKZ (3830) = 1 OF <u>GEEN HVCB KZ (2413) met uitslag Geen programmatische zorg (= 55 of 500) en/of WCIA: HVRZ KZ (2414)</u></p> <p><u>Indien HVRZ KZ en HVCB KZ beide worden gebruikt, laatste uitslag nemen</u></p> <p>EN GEEN (indien van toepassing): <u>ICPC A05 EN OZHB AZ (3015)</u> OF OZKZ (3832) = 1</p> <p>Peildatum 31 december 2017</p>	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met een of meer bovengenoemde criteria bij VVR EN GEEN T90.02 EN GEEN K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99.01 EN CVHB KZ (2815) = 48 EN CVKZ (3830) = 1 EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</p> <p><u>OF oude werkwijze indien van toepassing</u></p> <p>op peildatum 31 december 2018</p>
7	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met een of meer bovengenoemde criteria bij VVR EN GEEN T90.02 EN GEEN K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99.01 EN CVHB KZ (2815) = 48 EN</p> <p>CVKZ (3830) = 1 op peildatum 31 december 2017 <u>EN GEEN HVCB KZ (2413) met uitslag Geen programmatische zorg (= 55 of 500) of HVRZ KZ op peildatum 31 december 2016</u></p> <p>OF</p> <p>GEEN HVCB KZ (2413) met uitslag Geen programmatische zorg (= 55 of 500) of HVRZ KZ op peildatum 31 december 2016 EN nog steeds op</p>	<p>Operationalisatie: Alle patiënten met een of meer bovengenoemde ICPC bij VVR EN GEEN ICPC T90.02 EN GEEN ICPC K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99.01 EN CVHB KZ (2815) = 48 EN CVKZ (3830) = 1 <u>EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</u> op peildatum 31 december 2018 EN op peildatum 31 december 2017</p> <p>OF</p> <p>Alle patiënten met een of meer bovengenoemde ICPC bij VVR EN GEEN ICPC T90.02 NE GEEN ICPC K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99.01</p>

	<p>peildatum 31 december 2017. Huisarts is hoofdbehandelaar gedurende 12 maanden of langer</p> <p>EN GEEN (indien van toepassing): ICPC A05 EN OZHB AZ (3015) OF OZKZ (3832) = 1</p> <p>Is iedereen uit 6 minus: - pte met datum eerste meting huisarts hoofdbehandelaar in meetperiode - pte met startdatum eerste episode in meetperiode - pte met laatste meting hoofdbehandelaar voorafgaand aan meetjaar niet huisarts (specialist/overig) - pte met meting hoofdbehandelaar specialist in meetperiode - pte met HVCB KZ = 55/500 of HVRZ KZ voorafgaand of tijdens meetperiode EN in meetperiode HVCB KZ = 'x maal per x jaar' - pte met meting deelname ketenzorgprogramma CVRM CVKZ (3830) = 2 in meetperiode</p>	<p>EN CVHB KZ (2815) = 48 <u>EN CVKZ (3830) = 1</u> <u>EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1</u> op peildatum 31 december 2018 EN een of meer bovengenoemde ICPC bij VVR EN GEEN ICPC T90.02 EN GEEN ICPC K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99.01 EN CVHB KZ (2815) = 48 EN GEEN meting geen ketenzorg HVRZ KZ (2414) OF controle HVCB KZ (2413) = 55 of 500 EN GEEN (indien van toepassing) ICPC A05 EN OZHB AZ (3015) EN GEEN (indien van toepassing) OZKZ (3832) = 1 op peildatum 31 december 2017</p> <p>Is iedereen uit 6 minus: - pte met datum eerste meting huisarts hoofdbehandelaar in meetperiode - pte met startdatum eerste episode in meetperiode - pte met laatste meting hoofdbehandelaar voorafgaand aan meetjaar niet huisarts (specialist/overig) - pte met meting hoofdbehandelaar specialist in meetperiode - pte met HVCB KZ = 55/500 of HVRZ KZ voorafgaand of tijdens meetperiode EN in meetperiode HVCB KZ = 'x maal per x jaar' - pte met meting deelname ketenzorgprogramma CVRM CVKZ (3830) = 2 in meetperiode</p>
12	<p>Omschrijving: Aantal VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 80 jr bij wie LDL is bepaald <u>in afgelopen vijf jaar</u></p>	<p>Omschrijving: Aantal VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 80 jaar bij wie LDL is bepaald</p>
12	<p>Operationalisatie: Dit is geen indicator maar de noemer voor indicator nr 13</p> <p>Alle patiënten &lt; 80 jr heel jaar in zorgprogramma met WCIA: LDL B (542) of WCIA: LDL B (2683) <u>in afgelopen vijf jaar</u></p>	<p>Operationalisatie: Dit is geen indicator maar de noemer voor indicator nr 13</p> <p>Alle patiënten &lt; 80 jr heel jaar in zorgprogramma met WCIA: LDL B (542) of WCIA: LDL B (2683) laatste waarde ooit</p>

13	Omschrijving: Aantal VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 80 jr bij wie LDL B of LDL B is bepaald <u>in afgelopen vijf jaar</u> met LDL-cholesterolwaarde lager dan of gelijk aan 2,5 mmol/l	Omschrijving: Aantal VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde lager dan of gelijk aan 2,5 mmol/l
13	Operationalisatie: Alle patiënten jonger dan 80 jr heel jaar in zorgprogramma met WCIA: LDL B (542) of WCIA: LDL B (2683) <u>in afgelopen vijf jaar</u> en LDL B of LDL B <= 2,5  De noemer voor deze indicator is nr 12.	Operationalisatie: Alle patiënten jonger dan 80 jr heel jaar in zorgprogramma met WCIA: LDL B (542) of WCIA: LDL B (2683) en LDL B of LDL B <= 2,5 laatste waarde ooit  De noemer voor deze indicator is nr 12.

### Wijzigingen document Aanscherping

In de onderstaande tabel staan de wijzigingen in de opbouw van dit document ten opzichte van het voorgaande document ('[Aanscherping specificaties indicatoren 2017](#)').

Nr	Wijziging
1	Jaartallen aangepast
2	H3 Proces- en uitkomstenindicatoren: wijziging Algemene opmerkingen voor proces en uitkomstenindicatoren
3	Bijlage 3: Wijzigingen toegevoegd
4	Bijlage 5: Toelichting wijziging registratie deelname ketenzorgprogramma aangepast

## **BIJLAGE 4: TOELICHTING WIJZIGING REGISTRATIE DEELNAME KETENZORGPROGRAMMA**

Middels de invoering van de NHG code 'Deelname Ketenzorgprogramma' wordt duidelijker onderscheid gemaakt tussen patiënten die gebruik maken van basishuisartsenzorg en patiënten die deelnemen aan een zorgprogramma van een zorggroep.

### *Hoe ziet de registratie eruit?*

De registratie van 'controlebeleid' en 'reden geen programmatische zorg' wordt vervangen door 'deelname ketenzorgprogramma'. De 'oude' bepalingen kunnen nog wel gebruikt worden voor andere (medische) doeleinden, maar hebben geen functie meer voor het bepalen of een patiënt aan een zorgprogramma deelneemt. De stappen in de registratie zijn:

1. Registratie van de ICPC als diagnostisch criterium;
2. Registratie van de hoofdbehandelaar om onderscheid te maken wie in de eerste en wie in de tweede lijn wordt behandeld;
3. Registratie van 'deelname ketenzorgprogramma' om te bepalen of de patiënt deelneemt aan een zorgprogramma van een zorggroep.

### *Hoe wordt de populatie patiënten in een zorgprogramma bepaald?*

De selectie van patiënten die deelnemen aan een zorgprogramma ten behoeve van de Benchmark Transparante Ketenzorg zal op basis van de registratie 'deelname ketenzorgprogramma' plaats vinden, en in het geval van CVRM tevens op basis van ICPC om onderscheid te maken tussen VVR en HVZ. De indicatoren worden voor elk zorgprogramma berekend over de patiëntenpopulatie die gedurende een heel jaar deelneemt aan het betreffende ketenzorgprogramma.

### *Waarom worden naast de indicatoren nog aanvullende gegevens gevraagd?*

Naast gegevens over de patiënten die deelnemen aan een zorgprogramma, zijn gegevens nodig voor een uniforme afbakening van de populatie en een betekenisvolle vergelijking van de indicatoren in de landelijke benchmark. Voor alle aandoeningen dienen daarom per programma een aantal beschrijvende gegevens beschikbaar te zijn voor het definiëren van de populatie. Het betreft :

- prevalentiecijfers voor de genoemde aandoeningen;
- verdeling van het hoofdbehandelaarschap (huisarts-specialist);
- percentage patiënten niet in programmatische zorg.

### *Wanneer start de nieuwe registratie?*

In 2017 en 2018 kunnen beide registratievormen nog naast elkaar worden gebruikt. Uiterlijk 31/12/2018 moeten alle patiënten die deelnemen aan een zorgprogramma, een registratie 'deelname zorgprogramma' hebben, om tot een juiste rapportage te komen. Volgens dit tijdpad krijgen de ketenzorgorganisaties de tijd om de registratie aan te passen en hebben de leveranciers de tijd om de ondersteuning op een goede manier te realiseren. In de 'Aanscherping Specificaties Indicatoren' faciliteren we de transitie van de oude naar de nieuwe registratie in technische zin, zodat beide registraties naast elkaar kunnen worden gebruikt. Op deze manier wordt dubbelregistratie (van zowel 'controlebeleid' als 'deelname ketenzorgprogramma') voorkomen en kan de nieuwe code per direct al worden gebruikt.



## BIJLAGE 5: VERWERKING 'DEELNAME KETENZORG' IN 2018

### *Registratie en populatieselectie*

Het is de bedoeling dat ICPC, hoofdbehandelaar én Deelname Ketenzorg geregistreerd worden. Hierbij wordt verondersteld dat de HIS leveranciers de gebruikers ondersteunen om deze registratie zo eenvoudig mogelijk te maken. Wanneer goed in deze ondersteuning wordt voorzien, kan ten behoeve van de Benchmark rapportage de selectie van patiënten die deelnemen aan een zorgprogramma op basis van de registratie 'deelname ketenzorgprogramma' plaatsvinden, en in het geval van CVRM tevens op basis van ICPC om onderscheid te maken tussen VVR en HVZ.

### *Registratie- en rapportagewijze 2018*

In 2018 hebben de HIS leveranciers de ondersteuning van programmatische zorg verbeterd en zijn de meeste POH's en huisartsen gestart met de nieuwe registratiewijze. De methode van registratie van de POH's en huisartsen is bepalend hoe de populatieselectie voor de Benchmark rapportage in de migratieperiode (2018) het best kan plaatsvinden:

1. *Zorggroepen waarbij de drie bepalingen (ICPC, hoofdbehandelaar en controlebeleid/deelname ketenzorgprogramma) structureel alle drie worden geregistreerd.*

Dit is de manier waarop de registratie voor 2019 en verder is voorzien. Door goede ondersteuning van HISen wordt de POH werk uit handen genomen, bijvoorbeeld door het instellen van variabelen (bv automatische registratie hoofdbehandelaar en ICPC bij Deelname Ketenzorg) en/of goede rapportages.

### *Eindsituatie:*

Uiteindelijk loopt de huidige populatiebepaling mogelijk niet synchroon met de noemer. Zo kan, bijvoorbeeld uit het oogpunt van shared care, de hoofdbehandelaar op 'Medisch specialist' worden gesteld en toch ook Deelname ketenzorgprogramma = 'Ja'. In dit voorbeeld klopt de noemer en de indicatoren dan, alleen zegt de indicator 'Hoofdbehandelaar specialist' niet zoveel meer over bijvoorbeeld substitutie. Zodra meer op deze manier gebruik van Shared Care wordt gemaakt zal dit in de populatieindicatoren worden ondervangen.

### *Migratie aandachtspunt:*

In de migratieperiode kunnen inconsistenties optreden, omdat nu eerst naar deelname ketenzorgprogramma wordt gekeken en, wanneer deze niet is ingevuld, daarna nog naar de oude registratie. Omdat we nu ook controlebeleid separaat van deelname aan een ketenzorgprogramma kunnen registreren kan de situatie ontstaan dat patiënten volgens de 'nieuwe registratie' niet in een zorgprogramma zitten, maar er toch in terecht komen, omdat de oude bepalingen ook nog worden meegenomen.

Vanuit de registratie beredeneerd ligt het voor de hand om dan deelname ketenzorgprogramma = 'Nee' te registreren, maar dat ligt niet altijd voor de hand wanneer de patiënt niet aan een zorgprogramma deelneemt en je deze registratie mogelijk dus niet tegenkomt.

2. *Zorggroepen die 'trechtergewijs' registreren.*

Hierbij wordt volgens de trechter ICPC -> hoofdbehandelaar -> Deelname ketenzorgprogramma geregistreerd. Er wordt van uit gegaan dat wanneer je eerder in de trechter iets aanpast, zoals de hoofdbehandelaar, dat je de rest dan niet meer hoeft bij te werken. Veel zorggroepen registreren momenteel 'trechtergewijs'. Voor hen is het niet haalbaar om de gegevens van 2017 met terugwerkende kracht aan te passen.

*Eindsituatie:*

Zo kan (bijvoorbeeld na een exacerbatie) een patiënt naar de 2<sup>e</sup> lijn worden overgedragen, waarbij hoofdbehandelaar specialist wordt. De trechter stelt dan dat de patiënt hiermee 'automatisch' buiten ketenzorg valt en Deelname ketenzorgprogramma wordt daarom niet aangepast (blijft op 'Ja' staan). In dit voorbeeld zou de noemer niet langer kloppen wanneer alleen op basis van Deelname ketenzorgprogramma wordt geselecteerd; er komen teveel patiënten in de zorgprogramma populatie.

*Migratie aandachtspunt:*

In de migratieperiode bestaat hetzelfde aandachtspunt als aangegeven bij 1. Ook de situatie van de eindsituatie geldt gedurende de migratieperiode.

De volgende pragmatische oplossingen bestaan voor de verwerking ten behoeve van de rapportage over verschillende ketenzorgprogramma's (indicatoren 5,6,7):

1. *Oude registratiewijze.* Indien binnen een zorggroep nog geen gebruik wordt gemaakt van de bepaling Deelname Ketenzorgprogramma, gebruik dan de 'oude' noemberbepaling voor de rapportage over de inhoudelijke indicatoren.
2. *Nieuwe registratiewijze.* Indien de zorggroep wel volledig gebruik maakt van de bepaling Deelname Ketenzorgprogramma en alle drie de bepalingen consequent registreert, gebruik dan alleen voor de rapportage de nieuwe noemberbepaling (Deelname ketenzorgprogramma = 'Ja') en negeer de oude noemberbepaling.
3. *Trechter i.c.m. Deelname Ketenzorgprogramma.* Indien de zorggroep al wel de bepaling Deelname Ketenzorgprogramma registreert, maar 'trechtergewijs' werkt, neem dan voor de rapportage naast Deelname ketenzorgprogramma ook hoofdbehandelaar en ICPC mee voor de noemberbepaling.
4. *Oude en nieuwe registratiewijze komen door elkaar voor.* Indien binnen een zorggroep verschillende registratie wijzen voorkomen, kijk dan voor de rapportage eerst naar de aanwezigheid van de nieuwe bepaling 'deelname ketenzorgprogramma' en daarna naar de 'oude' registratie. In 2018 bestaan hiervan twee varianten:
  - a. *Registratie peildatum 31 december 2017.* De oude en nieuwe registratiewijze worden aan het begin van de meetperiode nog beide gebruikt. Verwacht wordt dat deze situatie nog vaak voorkomt.
  - b. *Registratie peildatum 31 december 2018.* De oude en nieuwe registratiewijze worden aan het einde van de meetperiode nog beide gebruikt. Gezien de aandacht die de zorggroepen aan de registratie van de bepaling Deelname Ketenzorgprogramma vanaf 2017 hebben besteed en de verbeterde ondersteuning van de HISen, wordt aangenomen dat deze situatie niet vaak voorkomt.

Wanneer de ondersteuning van de HISen goed is, dan zou nog geen verschil moeten bestaan tussen de rapportageresultaten bij een 'trechtersgewijs' registratiewijze en de 'nieuwe' registratiewijze. Daarom wordt in de Invulformats voor de rapportage over 2018 nog uitgegaan van een trechtersgewijze registratie, waarbij oude en nieuwe registratiewijze aan het begin van de meetperiode nog door elkaar worden gebruikt, maar aan het einde van de meetperiode gebruik wordt gemaakt van de nieuwe registratiewijze. Vanaf rapportagejaar 2019 wordt de nieuwe registratiewijze als uitgangspunt genomen.

