



Transparante ketenzorg Diabetes Mellitus, COPD en VRM Rapportage zorggroepen over 2012

Op weg naar genuanceerde rapportage van zorg

September 2013

Inhoud

Voorwoord	3
Verantwoording	4
Samenvatting en aanbevelingen	5
Inleiding.....	10
Werkwijze	11
Respons zorggroepen	12
Resultaten diabetes algemeen.....	13
Resultaten diabetes indicatoren	15
Resultaten COPD algemeen	19
Resultaten COPD indicatoren.....	21
Resultaten VRM algemeen	31
Resultaten VRM indicatoren	33
Bijlage 1 Grafieken diabetes.....	53
Bijlage 2 Namen van zorggroepen	78

Voorwoord

Dit is het derde jaarrapport Transparante Ketenzorg van de Landelijke Organisatie Ketenzorg (LOK) op basis van door zorggroepen verzamelde gegevens. Het geeft inzicht in de ketenzorg aan patiënten met diabetes, COPD en vasculair risicomanagement bij patiënten met hartvaatziekte in 2012. In deze ketenzorg werken huisartspraktijken nauw samen met andere eerstelijnszorgverleners en medisch specialisten.

Sommige zorggroepen verzorgen de dataverzameling, -extractie en -rapportage zelf, anderen hebben dit uitbesteed aan een regionaal datacentrum (RDC). Een deel van die regionale datacentra heeft inmiddels de werkwijze op elkaar afgestemd. Uniformering van de procedures van registratie, extractie en rapportage moet gaan leiden tot steeds betrouwbaardere en daarmee ook daadwerkelijk vergelijkbare gegevens. De LOK zet nadrukkelijk in op deze uniformering en daarmee op uitbreiding van het netwerk van regionale datacentra en van het aantal zorggroepen dat gebruik maakt van zo'n datacentrum.

Dit jaar leverden 70 zorggroepen gegevens aan. Daarmee participeert meer dan 2/3 van de ruim 100 zorggroepen in Nederland. Het merendeel van de deelnemers is aangesloten bij de LOK, die inmiddels 75 leden telt.

De toename van het aantal deelnemers aan de benchmark is een belangrijke stimulans om voort te gaan op de ingeslagen weg. Het spiegelen en onderling vergelijken van de gestandaardiseerde dataset is voor iedere zorggroep een essentieel onderdeel van het eigen kwaliteitsbeleid. Het analyseren van de verschillen vormt een aanzet voor het benoemen van verbeterpunten op het gebied van datamanagement of van de zorgprocessen zelf. Daarnaast biedt deze benchmark een kapstok bij de externe verantwoording van de branche en van de afzonderlijke zorggroepen over de door haar geleverde zorg.

Een van de conclusies is dat aan het betrouwbaar meten van zoveel verschillende indicatoren heel veel haken en ogen kleven. Mede door deze benchmark worden die haken en ogen steeds duidelijker en verbeteren de procedures voor registratie, extractie en weergeven van de data.

Het duurt een aantal jaren voordat een zorggroep het datamanagement met al haar registratie-, HIS-, KIS- en ICT- aspecten zodanig onder de knie heeft dat sprake is van op alle onderdelen betrouwbare en vergelijkbare data.

Het is goed om vast te stellen dat steeds meer zorggroepen deelnemen en zich daarmee bereid tonen transparantie te bieden over de door hen geleverde zorg. Er zijn niet veel sectoren in de zorg in Nederland die de uitdaging van een landelijke benchmark aangaan en deze ook zelf vorm geven. Daarmee toont de ketenzorgsector zich van haar goede kant. De LOK zal daarbij haar leden met raad en daad blijven ondersteunen. Daarnaast heeft de LOK het afgelopen jaar belangrijke stappen gezet op weg naar een kwaliteitssysteem voor ketenzorg, waarvan datamanagement uiteraard een cruciaal onderdeel vormt.

Wij zijn veel dank verschuldigd aan de leden van de Stuurgroep Datamanagement van de LOK, aan de vertegenwoordigers van de regionale datacentra, en aan de externe experts die met hun kennis hebben bijgedragen aan een zorgvuldige analyse van de verkregen gegevens.

Maarten Klomp, voorzitter stuurgroep datamanagement LOK

Verantwoording

Dit rapport is op verzoek van de Landelijke Organisatie voor Ketenzorg samengesteld door de Stuurgroep Datamanagement, bestaande uit:

Maarten Klomp, voorzitter, bestuurslid LOK, huisarts, medisch directeur zorggroep DOH
Arnold Romeijnders, huisarts, medisch directeur zorggroep PoZoB
Marc Roosenboom, plaatsvervangend directeur LVG
Frederik Vogelzang, senior beleidsmedewerker LOK
Henk Bilo, Isala Klinieken Zwolle en hoogleraar inwendige geneeskunde UMC Groningen
Tjeerd van Althuis, teamleider sectie automatisering NHG
Mirjam Broekhuizen, kwaliteitsmedewerker zorggroep Medicamus
Alice Bosch, RDC Kenniscentrum Ketenzorg en vertegenwoordiger Platform RDC
Marianne Meulepas, RDC Meetpunt Kwaliteit en vertegenwoordiger Platform RDC

Daarnaast hebben de volgende externe deskundigen een heel belangrijke bijdrage geleverd aan dit rapport:

Voor diabetes:

Guy Rutten, hoogleraar diabetologie in de huisartsgeneeskunde, Julius Centrum, UMC Utrecht, voorzitter DIHAG

Voor COPD:

Regien Kievits, huisarts, voorzitter CAHAG

Niels Chavannes, huisarts en vice voorzitter CAHAG, associate professor public health en eerstelijns geneeskunde LUMC

Voor VVR:

Lex Goudswaard, huisarts, coördinator zorgprogramma's zorggroep Zorg in Houten

Xavier Hofman, huisarts, kaderhuisarts hart en vaatziekten

Samenvatting en aanbevelingen

Dit is de derde landelijke rapportage over georganiseerde ketenzorg op basis van de gegevens die zorggroepen hierover hebben verzameld. Net als vorig jaar bevat deze rapportage de gegevens over patiënten uit de zorgprogramma's Diabetes Mellitus type 2 en COPD. Voor het eerst zijn nu ook de gegevens over patiënten uit het zorgprogramma Vacuair RisicoManagement uitgevraagd en geanalyseerd. De Landelijke Organisatie voor Ketenzorg heeft hiertoe het initiatief genomen en een Stuurgroep Datamanagement ingericht. Deze stuurgroep heeft de gegevens uitgevraagd, daarbij ondersteund door het Platform Regionale Datacentra. De uitvraag was op vrijwillige basis. Zij was gebaseerd op de landelijke indicatorensets die zijn vastgesteld in overleg tussen het Nederlands Huisartsengenootschap en de Nederlandse Diabetes Federatie resp. de Long Alliantie Nederland, resp. het Platform Vitale Vaten.

Respons

Van de aangeschreven zorggroepen hebben er 70 hun data over het jaar 2012 tijdig en in het juiste format aangeleverd. Van ongeveer de helft van hen zijn de analyses uitgevoerd door leden van het Platform Regionale Datacentra of hebben de zorggroepen zich laten visiteren voor controle van de dataverwerking. Deze zijn in de grafieken donkerblauw weergegeven. In totaal gaven 45 zorggroepen toestemming voor het vermelden van de naam van de zorggroep.

Bij alle 70 zorggroepen betrof het data over DM zorg (vorig jaar 66), bij 41 groepen ook data over COPD zorg (vorig jaar 34). Bij 27 zorggroepen zijn dit jaar ook data over VRM geanalyseerd. Daarmee is de respons duidelijk gestegen ten opzichte van 2011.

Met elkaar vertegenwoordigen de 70 aanleverende zorggroepen ongeveer 9.700.000 inwoners van Nederland (58%), door het land verspreid. Uiteraard dient het streven gericht te zijn op een nog hogere respons in 2013.

Conclusies diabetes

De gerapporteerde gegevens zijn geanalyseerd en vervolgens becommentarieerd door twee experts op het gebied van diabetes en door de leden van de stuurgroep. Hieronder worden de belangrijkste conclusies weergegeven.

1. Zorggroepen variëren sterk in omvang en dus in aantallen patiënten met DM in het zorgprogramma. De gemiddelde prevalentie van DM is 5,0%.
2. Gemiddeld 12,1% van de patiënten met DM is onder behandeling bij de specialist en 4,2% heeft geen geregelde zorg. Daarmee zit 83,7% in een eerstelijns ketenzorgprogramma. In 2011 was dat nog 81,3%, een stijging dus van 2,4%.
3. Verschillen in scores tussen de zorggroepen worden deels verklaard door populatie- en prevalentieverschillen, deels door registratieproblemen en deels door verschillen in zorgprestatie.
4. Alle procesindicatoren zijn wederom verbeterd. Wel zijn er nog steeds aanzienlijke verschillen tussen de zorggroepen. Onduidelijk is of het nog gaat om onderrapportage door registratie- of extractieproblemen, of om daadwerkelijke verschillen in zorgprestatie.
5. De uitkomstindicator HbA1c <53 scoort opnieuw heel hoog en stabiliseert. Het plafond lijkt bereikt, de resultaten steken heel gunstig af in de vergelijking met de gegevens uit de internationale literatuur. Streefwaarden op basis van leeftijdscategorieën wordt de toekomst..
6. Het percentage patiënten met een bloeddruk ≤ 140 is verbeterd ten opzichte van 2011, van gemiddeld 55% naar 61,6%.

7. Het aantal gebruikers van lipidenverlagers is gestegen van 67% naar 70,4% en het aantal patiënten met een LDL $\leq$ 2,5 is gestegen van 53,6% naar 56,5%.
8. Het aantal rokers is gedaald van 19,8% naar 17,6% . Dat betekent dat ruim 10% van de rokers is gestopt.
9. Over het aantal patiënten met retinopathie zijn geen harde conclusies te trekken.
10. Door de mooie resultaten voor bloeddruk, cholesterol en roken mag worden aangenomen dat de kans op hart- en vaatziekten is afgenomen en waarschijnlijk nog verder zal afnemen.

Aanbevelingen diabetes

1. Alleen patiënten in de rapportages betrekken die het hele jaar in zorg waren in plaats van het gebruik van een peildatum.
2. Ondubbelzinnige afspraken maken over in- en exclusiecriteria, zoals voor mensen met gestoorde glucosetolerantie (IGT) en patiënten met diabetes die met enkel een leefstijlinterventie normoglykemisch zijn geworden (zonder medicatie) en het toekennen van de meetwaarde 'geen geregelde zorg'.
3. Verdisconteren van verschillen in grootte van de zorggroep en populatieverschillen in de benchmark.
4. Voor de volgende uitvraag dienen leeftijdscategorieën invoeren bij de indicatoren HbA1C en bloeddruk.
5. Zorggroepen die scores hebben die ver af liggen van de gemiddelden dienen de redenen voor hun afwijkende gegevens te analyseren, en daar zo nodig en mogelijk een verbetertraject voor te ontwikkelen.

Conclusies COPD

De gerapporteerde gegevens zijn geanalyseerd en daarna becommentarieerd door twee experts op het gebied van COPD en door de leden van de stuurgroep. Hieronder worden de belangrijkste conclusies weergegeven.

1. Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de landelijke benchmark COPD is gestegen van 34 naar 41.
2. De prevalentie van COPD in het eerstelijns ketenzorgprogramma wisselt nog steeds sterk tussen de zorggroepen (0,8 tot 2,8%), maar is gemiddeld (1,9%) conform landelijk bekende cijfers. Belangrijkste oorzaken van de wisselend opgegeven prevalenties zijn: onvoldoende validering van de diagnose bij inclusie, soms lage prevalentie doordat in de opstartfase nog niet de hele populatie in beeld is, juist hoge prevalentie door overlap met astma (mengbeelden) of door lage SES (meer rokers).
3. De gemiddelde aantallen patiënten met COPD in de tweede lijn (29%) zijn waarschijnlijk nog steeds te laag gerapporteerd. Oorzaken zijn: populatie niet volledig in beeld, onder andere door beperkte berichtgeving vanuit tweede lijn, en inclusie van astmapatiënten (mengbeelden) bij wie percentage tweede lijn veel lager is.
4. Alle procesindicatoren scoren aanzienlijk beter dan in 2011, hetgeen impliceert dat de processen beter onder controle zijn.
5. De procesindicator 'longfunctie bepaald' scoort nog sterk wisselend. Gezien de *best practice* lijkt een percentage boven de 80% haalbaar. Veel zorggroepen scoren veel lager. Belangrijkste redenen zijn: geen koppeling spirometer aan HIS, HIS kan niet enkel de postmeting registreren, wel gemeten maar beperkt geregistreerd (geen FEV1/FVC), geen gestructureerd oproepsysteem, gebrekkige koppelingen tussen diagnostisch centrum en HIS, controle vaak slechts 1x per jaar en

- oproep net buiten dit tijdsinterval, onvoldoende motivatie bij sommige patiënten en nog geen 'geen geregelde zorg'.
6. De indicatoren 'inhalatietechniek gecontroleerd', 'MRC/CCQ bepaald', 'bewegen gecontroleerd' en BMI gecontroleerd' zijn alle aanzienlijk gestegen maar vertonen nog steeds een hele grote spreiding. Voor deze indicatoren lijkt 80-90% een haalbaar doel. Redenen voor beperkte registratie zijn: no show, onvoldoende volgen HIS protocol, geen meetwaarde in HIS protocol, onvolledige extractie uit het HIS en weergave in het KIS (Bron: Huisarts Wet 2013, 56(2) 79), en onvoldoende aandacht voor het item.
 7. De procesindicator 'rookstatus bekend' is misschien wel de belangrijkste en met gemiddeld 80% ook de best scorende indicator. Ook hier is nog een aanzienlijke spreiding. Die wordt mede veroorzaakt doordat de meetwaarde ook bij patiënten die gestopt zijn met roken elk jaar herhaald moet worden.
 8. De indicator 'Griepvaccinatie' is gemiddeld nog te laag en laat een enorme spreiding zien. Samen met het aanzienlijke aantal groepen met 0% wijst dit op registratie- of extractieproblemen; of problemen met gegevensuitwisseling tussen HIS en KIS.

Aanbevelingen COPD

Op basis van hierboven beschreven gegevens over de COPD zorg komt de stuurgroep datamanagement van de LOK tot de volgende aanbevelingen.

1. Alleen patiënten includeren die gedurende een heel jaar hebben deelgenomen aan het zorgprogramma in plaats van het gebruik van een peildatum.
2. Betere registratie van patiënten onder behandeling in de tweede lijn.
3. Afspraken maken over in- en exclusiecriteria en het toekennen van de meetwaarde 'geen geregelde zorg', bijvoorbeeld bij mensen met lichte ziektelast zonder medicatie, die al vele jaren niet meer roken of mensen die niet in een zorgprogramma willen.
4. Aandacht voor valide diagnosestelling en adequaat onderscheid tussen COPD, astma, en mengbeelden van COPD met astma.
5. HISsen en KISsen dienen de meetwaarden uit de NHG tabellen nauwkeurig te volgen.
6. Zorgverleners dienen allemaal volgens ADEPD te registreren.
7. De zoek strategieën voor 'spirometrie verricht' en 'griepvaccinatie' dienen te worden aangepast, zodat zij in de extractie beter worden gevonden.
8. Onderscheid maken tussen zorggroepen die alleen COPD doen en die zowel astma als COPD doen.
9. Uitkomstindicatoren zoals CCQ, MRC of aantal exacerbaties toevoegen aan de benchmark.
10. Heldere en uniforme landelijke instructies over definiëring en operationalisatie van nieuwe indicatoren (bijvoorbeeld ziektelast en individueel zorgplan).

Conclusies VRM

De gerapporteerde gegevens zijn geanalyseerd en vervolgens becommentarieerd door twee experts op het gebied van VRM en door de leden van de stuurgroep. Hieronder worden de belangrijkste conclusies weergegeven.

1. Hoewel de zorgstandaard VRM programmatisch multidisciplinair vasculair risicomanagement indiceert bij primaire en secundaire preventie beperkt deze uitvraag over 2012 zich nog tot de groep secundaire preventie, d.w.z. de patiënten met een hart- of vaatziekte (HVZ).
2. Een aantal zorggroepen heeft ook patiënten met hartfalen geïnccludeerd. Anderen pleiten voor een apart zorgprogramma voor hartfalen. Voor volgend jaar dient er duidelijkheid te komen

over de vraag of patiënten met hartfalen in het zorgprogramma VRM dienen te worden opgenomen. Dat geldt ook voor chronische nierschade.

3. Voor de zorggroepen die hun data over 2012 hebben aangeleverd is het veelal het eerste of tweede jaar van de ketenzorg voor VRM, met alle aanloopproblemen van dien.
4. Er is een grote spreiding (1%-11%) van de gerapporteerde prevalentie van patiënten met HVZ. Deze kan slechts deels worden verklaard door populatieverschillen. In regio's met een lagere sociaal economische klasse is weliswaar de prevalentie van HVZ traditioneel hoger, maar niet zoveel dat dit de spreiding geheel verklaart.
5. Een ander deel van de verschillen in prevalentie kan worden verklaard door onder- en overrapportage. Onderrapportage is vaak het gevolg van registratieproblemen in de aanlooperperiode van het zorgprogramma. Overrapportage kan bijvoorbeeld optreden door het includeren van patiënten die behandeld worden in het kader van primaire preventie.
6. Daarnaast zijn verschillen deels ook terug te voeren op wisselende taakverdeling tussen eerste en tweede lijn. Traditioneel zijn veel HVZ patiënten (initieel en ook chronisch) onder controle in de tweede lijn en vaak ontbreekt het aan goede transmurale afspraken over taakverdeling met de eerste lijn. Ook zijn er geen prikkels voor de tweede lijn om patiënten actief voor verdere controle terug te verwijzen naar de eerste lijn.
7. Zorggroepen presteren beter op de procesindicatoren nierfunctie en nuchtere glucose bepaling dan op de meeste andere indicatoren. Blijkbaar worden laboratoriumbepalingen systematischer geregistreerd dan consultgegevens gegevens als roken, BMI, en bewegings- en voedingsadviezen. Hier kan sprake zijn van onderrapportage in het geval deze items wel in het consult ter sprake zijn gekomen.
8. De synchronisatie tussen KISsen en HISsen is nog steeds niet optimaal, zodat niet alle ingegeven indicatoren ook daadwerkelijk worden geëxtraheerd.
9. De uitkomstindicator bloeddruk ≤ 140 is met 63% zeer bemoedigend, zeker omdat voor ouderen een hogere streefwaarde geldt.
10. De uitkomstindicator LDL $\leq 2,5$ wordt slechts bij 42% gehaald. Mogelijke verklaringen zijn: de bijwerkingen van statines, de weerstand van veel patiënten tegen het slikken van deze medicatie en de aanbevelingen uit de vorige NHG-Standaard CVRM, die minder streng waren voor patiënten zonder HVZ.
11. De uitkomstindicator roken is met 20% significant lager dan de 27% in de bevolking, maar gezien de bijdrage aan de recidiefkans nog voor verbetering vatbaar.
12. De griepvaccinatiegraad scoort laag (38%). Omdat we weten dat de landelijke beschermingsgraad bij de doelgroep 70% is, berust dit op registratie- en extractie problemen of gebrekkige gegevensuitwisseling tussen HIS en KIS.
13. Het percentage patiënten met antistollingsmiddelen of plaatjesaggregatieremmers is met 77% op de streefwaarde van 75 -80%.

Aanbevelingen VRM

1. Uitvraag over de patiëntencategorie primaire preventie naast de categorie secundaire preventie.
2. Heroverweging of patiënten met hartfalen en chronische nierschade in het zorgprogramma moeten worden opgenomen.
3. Ondubbelzinnige afspraken maken over in- en exclusiecriteria, zoals de juiste ICPC coderingen, onderscheid tussen primaire en secundaire preventie, en zo nodig het toekennen van de meetwaarde 'geen geregelde zorg'

4. Regionale transmurale afspraken maken over de taakverdeling tussen eerste en tweede lijn.
5. Alleen patiënten in de rapportages betrekken die het hele jaar in zorg waren in plaats van het gebruik van een peildatum.
6. Verbeteren van de registratie van de indicatoren, met name die welke tijdens het consult worden verzameld d.m.v. scholing en spiegelinformatie.
7. Verbetering van de synchronisatie tussen HISsen en KISsen zodat alle ingegeven indicatoren ook daadwerkelijk worden geëxtraheerd.
8. Zorggroepen die scores hebben die ver af liggen van de gemiddelden dienen de redenen voor hun afwijkende gegevens te analyseren, en daar zo nodig en mogelijk een verbetertraject voor ontwikkelen.
9. Verbeteren van de registratiesystematiek over rookstatus, zodat deze bij patiënten die gestopt zijn niet elk jaar opnieuw ingevuld hoeft te worden.
10. Heroverwegen of advies om te stoppen jaarlijks moet worden herhaald.
11. Registratieproblemen bij griepvaccinatie oplossen.
12. Gezien de nieuwe richtlijnen VRM dient een differentiatie van sommige uitkomstindicatoren (RR, gewicht) in de verschillende leeftijdscategorieën overwogen te worden.

Aanbevelingen algemeen

1. Het proces van dataverzameling en data-extractie dient verder te worden verbeterd en gestandaardiseerd. Hiertoe heeft de LOK met de samenwerkende Regionale Datacentra een certificeringsprocedure ontwikkeld en een instrument om de kwaliteit van het datamanagement van een zorggroep te meten. Doel is dat alle zorggroepen resp. alle betrokken datacentra uiteindelijk op uniforme wijze data extraheren en beschikbaar stellen.
2. HISsen en KISsen dienen hun procedures zodanig te standaardiseren dat data gemakkelijk en foutloos kunnen worden getransporteerd van KIS naar HIS en andersom.
3. De huidige indicatoren hebben vooral betrekking op de huisartsenzorg. Er dienen ook indicatoren te worden ontwikkeld over de zorg door ketenpartners. Het is aan LOK en NHG om hiertoe samen met die ketenpartners het voortouw te nemen.
4. Bij het transparant in beeld brengen van de kwaliteit van de ketenzorg dient ook het patiënten perspectief te worden betrokken. De LOK wil samen met ZN een generiek instrument ontwikkelen om de tevredenheid van patiënten over de ketenzorg te meten.
5. Nu ZIZO is teruggetreden dienen LOK en NHG het voortouw te nemen voor een procedure om de kernsets van indicatoren te updaten resp. vast te stellen, en daar de relevante partijen bij te betrekken.

Inleiding

De Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK) is de branche organisatie van zorggroepen in Nederland. Zij ziet het als haar taak om richting te geven aan het kwaliteitsbeleid in de ketenzorg en zorggroepen daarbij te ondersteunen. Daartoe heeft de LOK een set van 21 Kritische Kwaliteits Kenmerken (KKK's) voor zorggroepen vastgesteld.

<http://www.organisatieketenzorg.nl/kwaliteit/kritische-kwaliteits-kenmerken-2013>)

Transparantie over de geleverde zorg is een van die KKK's en vormt een belangrijke hoeksteen in het kwaliteitsbeleid van de LOK. Daarom realiseert de LOK met steun van Zorgverzekeraars Nederland jaarlijks deze landelijke benchmark. Daarmee leggen zorggroepen tevens verantwoording af over de door hen geleverde zorg.

De LOK streeft ernaar dat alle zorggroepen in Nederland deelnemen aan deze benchmark. Het nodigt daarnaast medisch specialisten en ziekenhuizen uit om ook in de tweede lijn data te verzamelen over de chronische zorg. Zodoende wordt een weloverwogen, onderbouwd en samenhangend beleid tussen eerste en tweede lijns zorgverleners mogelijk. Dat is in het belang van goede patientenzorg. Om deze benchmark te realiseren heeft de LOK een Stuurgroep Datamanagement ingericht met als belangrijkste opdracht de geaggregeerde gegevens van de zorggroepen op een verantwoorde wijze te verzamelen en daarover te rapporteren. Daartoe worden de gegevens geanalyseerd, geïnterpreteerd en van commentaar voorzien. Tevens worden aanbevelingen geformuleerd over de dataverzameling zelf, over de zorgprestaties en soms ook over de doorontwikkeling van de indicatoren.

Om deze doelen te kunnen bereiken is allereerst een verdere uniformering noodzakelijk van het proces van dataregistratie, dataverzameling en data-analyse. De LOK wil zorggroepen hierbij nadrukkelijk ondersteuning bieden. Dat gebeurt voor een belangrijk deel via een platform van Regionale Datacentra die het datamanagement voor zorggroepen kunnen uitvoeren of hen daarbij kunnen ondersteunen.

Het platform van regionale datacentra ondersteunt de stuurgroep ook bij het opvragen van de data bij de zorggroepen. Dit jaar zijn naast de indicatoren voor diabetes en COPD ook de indicatoren voor VRM (alleen patiënten met HVZ) uitgevraagd.

De stuurgroep verzorgt, aan de hand van de per zorggroep geleverde gegevens, een landelijke rapportage over de diabeteszorg, COPD zorg en VRM zorg van 2012 en daarnaast individuele feedbackrapportages per zorggroep.

In deze derde rapportage zijn de gegevens van alle deelnemende zorggroepen opgenomen. Net als vorig jaar werd zorggroepen de gelegenheid geboden om in de rapportage kenbaar te maken welke de eigen gegevens waren. Daarvan maakten 45 zorggroepen gebruik. In bijlage 2 treft u de identiteit aan van die zorggroepen die daarvoor toestemming gaven.

In dit rapport komen achtereenvolgens aan de orde:

- De werkwijze bij het benaderen zorggroepen.
- De respons van de zorggroepen.
- De resultaten van de aangeleverde data (de indicatoren), met een analyse van de uitkomsten per zorgprogramma: diabetes, COPD en VRM.

Werkwijze

Voor de uitnodiging voor deelname aan de benchmark over 2012 is gebruik gemaakt van de lijst van zorggroepen uit 2012. Op deze lijst staan alle potentiële zorggroepen zoals bekend bij de LOK en/of voorkomen op de lijsten van gecontracteerde groepen bij de zorgverzekeraars. Uit die lijst van namen is niet op te maken hoeveel unieke zorggroepen het betreft. Sommige groepen hanteren een aparte naam en een aparte AGB code per zorgprogramma. Ook staan er groepen op die een GEZ contract hebben afgesloten en tevens onderdeel vormen van een zorggroep. In contact met de zorggroepen proberen we de lijst te verfijnen. Zo is de lijst vorig jaar geslonken van 168 namen naar 144.

Deze 144 (potentiële) zorggroepen werden uitgenodigd om deel te nemen aan de landelijke benchmark diabetes over 2012. De uitnodigingsbrief voor deelname is via email aan één contactpersoon (manager of directeur) per zorggroep verstuurd. Aan zorggroepen die niet met een regionaal datacentrum werken hebben we gevraagd hun gegevens via de website <https://transparanteketenzorg.nl> aan te leveren. Aan de andere groepen hebben we gevraagd met het regionaal datacentrum contact op te nemen voor deelname. Het regionaal datacentrum zorgde dan vervolgens dat de gegevens via de website werden aangeleverd.

Als deadline hebben we 1 mei 2013 aangegeven. Een paar dagen voor de deadline hebben we een herinneringsmail gestuurd. Heel veel zorggroepen gaven aan dat ze wel wilden meedoen, maar niet binnen de gestelde termijn gegevens konden aanleveren. We hebben daarom de deadline verschoven naar 1 juni. En ook toen hebben we nog zorggroepen uitstel verleend. Uiteindelijk hebben we de website gesloten op 16 juni.

Op de website vulden de zorggroepen de tellers en noemers voor de indicatoren in. Voor de procesindicatoren is de noemer het aantal patiënten in het zorgprogramma en de teller het aantal patiënten bij wie bepaalde meting is geregistreerd. Voor uitkomstindicatoren is de noemer het aantal patiënten bij wie bepaalde meting is geregistreerd en de teller het aantal patiënten dat een score boven of juist beneden een bepaalde afkapwaarde heeft. Op basis van tellers en noemers zijn percentages per zorggroep berekend. Daarnaast zijn alle patiënten in alle tellers en alle noemers bij elkaar opgeteld en tot een percentage over alle zorggroepen heen berekend, het gewogen gemiddelde.

Het aantal patiënten in het zorgprogramma is bepaald op peildatum 31 december 2012. Door de stuurgroep is eerder al aangegeven dat dit onwenselijk is en dat uitgegaan zou moeten worden van iedereen die gedurende het hele jaar in zorg was bij de zorggroep. Omdat we niet zeker zijn of het op deze wijze vaststellen van de populatie een belemmering kan zijn voor zorggroepen om gegevens aan te kunnen leveren hebben we dit als vraag voorgelegd.

Aanvullend op de indicatoren zijn op de website twee vragen gesteld:

- 1) Geeft u toestemming om de naam van uw zorggroep te vermelden bij de resultaten?
- 2) Is uw zorggroep in staat de indicatoren te berekenen op ALLEEN DIE patiënten die gedurende HET HELE MEETJAAR bij de zorggroep in zorg waren? Is uw zorggroep in staat de indicatoren te berekenen op ALLEEN DIE patiënten die gedurende HET HELE MEETJAAR bij de zorggroep in zorg waren?

Respons zorggroepen

Van de 140 aangeschreven potentiële zorggroepen hebben er 70 gegevens aangeleverd voor de landelijke benchmark. Met elkaar vertegenwoordigen deze zorggroepen ongeveer¹ 9.700.000 inwoners van Nederland (58%), door het land verspreid.

Overzicht 1: Deelname zorggroepen

Aangeschreven	140
Gegevens aangeleverd voor diabetes	70
Gegevens aangeleverd voor COPD	41
Gegevens aangeleverd voor VRM	27

Zorggroepen die de gegevens laten verwerken door een regionaal datacentrum worden in de grafieken donkerblauw weergegeven. Van hen weten we dat de gegevens vergelijkbaar zijn omdat de datacentra een uniforme werkwijze hebben afgesproken. Dat geldt ook voor zorggroepen die zelf de gegevens verwerken en bij wie met een QuickScan is vastgesteld dat hun werkwijze vergelijkbaar is. In totaal worden 32 zorggroepen, resp. 20 bij COPD en 18 bij VRM donkerblauw weergegeven.

De antwoorden op de aanvullende vragen over anonimiteit en de mogelijkheid om patiënten te selecteren die gedurende een heel jaar in zorg waren staan weergegeven in Overzicht 2.

Overzicht 2: Antwoord op aanvullende vragen

Omschrijving vraag	Ja	Nee
Toestemming naamsvermelding zorggroep bij resultaten	45	25
Mogelijkheid om patiënten te selecteren die jaar in zorg zijn	30	40

¹ Van zorggroepen waarvan de populatiegrootte niet bekend is, is die berekend op basis van de gemiddelde prevalentie (4%).

Resultaten diabetes algemeen

In totaal zijn de gegevens tot indicatoren verwerkt van 391.100 mensen met diabetes type 2 die in een zorgprogramma zijn opgenomen bij een van de 70 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	70
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	59
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	139.504
Mediaan	125.999
Minimum	7.880
Maximum	500.733

Uit overzicht 1 blijkt een grote variatie in de grootte van de zorggroepen. Dit kan leiden tot vertekening in de resultaten. Bij een zorggroep met 179 mensen met diabetes in de ketenzorg heeft kan een klein aantal uitbijters al leiden tot afwijkende gegevens, omdat elk individu zwaarder meetelt in de gemiddelden dan bij grote zorggroepen.

Een overweging voor de toekomst is om bij het analyseren van de uitkomsten rekening te houden met de grootte van de zorggroep. Dit gebeurt al enigszins door gebruik te maken van het gewogen gemiddelde, maar bij het vergelijken van percentages tellen de resultaten van kleine zorggroepen nog relatief (te) zwaar mee.

Ook om een andere reden is de betrouwbaarheid van de data nog niet optimaal. Zorggroepen, die gecertificeerd zijn of gebruik maken van een regionaal datacentrum zijn in staat om de volledige diabetes kernset aan te leveren conform de landelijk afgesproken procedures. Dat maakt een valide vergelijking mogelijk. Een deel van de andere zorggroepen kan de gegevens ook compleet aanleveren, maar onduidelijk is of daarbij dezelfde procedures zijn gehanteerd. Bij weer een ander deel van de zorggroepen zijn de aangeleverde data nog onvolledig.

Toch verdienen ook deze zorggroepen waardering omdat ook zij transparant willen zijn ten aanzien van de kwaliteit van de geleverde zorg. De LOK wil hen graag ondersteunen om de kwaliteit van de aan te leveren data te verhogen.

Prevalentie en verdeling tussen eerste en tweede lijn

De grote variatie in gemelde prevalentie van diabetes in de zorggroepen (0,1% - 7.6%), van patiënten in de tweede lijn (0,2%-20,3%), en van patiënten die 'niet in zorg' zijn (0,2-28,1%), laat zien dat nog niet alle zorggroepen hun diabetespopulatie goed in beeld hebben.

Van 16 zorggroepen was het in 2012 niet bekend. Daarnaast is een prevalentie van 0,1% ondenkbaar, evenals het aantal mensen in de tweede lijn van 1,1%. Dat berust ongetwijfeld op registratie- en extractieproblemen en is nuttige spiegelinformatie voor de betreffende zorggroepen.

De variatie in prevalentie kan ook te maken hebben met een aantal andere factoren. Deze worden hieronder opgesomd.

- Het al of niet toepassen van systematische casefinding in de praktijken.
- Andere bevolkings- c.q. leeftijdsopbouw binnen het werkgebied van de zorggroep. Meer ouderen en grotere groepen met lage SES leiden tot hogere prevalenties.
- Het ten onrechte includeren van patiënten met gestoorde glucosetolerantie. Zorggroepen waarbij dat gebeurt dienen hierop bij te sturen.
- Mensen met slechte zorguitkomsten minder gemakkelijk opnemen in de eerstelijns keten en eerder verwijzen omdat zij de gemiddelde zorguitkomsten omlaag halen. Deze handelwijze dient te worden afgekeurd.

Het aandeel mensen met diabetes in een eerstelijnszorgprogramma is gemiddeld 83,7%. In 2011 was dit 81,5%. Gemiddeld is 12,1% van de patiënten bekend in de tweede lijn, iets minder dan in 2011 (13,3%). Goede samenwerkingsafspraken met de internisten over verwijs- en terugverwijsbeleid zullen in de toekomst nog tot een lichte verschuiving van deze percentages kunnen leiden, ten gunste van de eerste lijn.

Uit het overzicht blijkt verder dat 4,2% van de diabetespatiënten noch in de eerstelijns keten, noch in de tweedelijnszorg zit. In 2011 bedroeg dit nog circa 6,2%. Daarmee is het aantal patiënten met DM zonder geregelde zorg verder afgenomen.

Overzicht 2: Verdeling mensen met diabetes type 2 over zorggroepen

	aantal patiënten N=56	prevalentie N=53	in zorggroep N=70	% specialist N=50	% niet in zorg N=35
Gemiddelde	6.591	5,0	5.587	12,1	4,2
Mediaan	4.805	5,1	5.127	12,5	3,1
Minimum	179	0,1	339	1,1	0,2
Maximum	29.898	7,6	20.517	20,3	28,1

Resultaten diabetes indicatoren

De meeste indicatoren zijn verbeterd ten opzichte van 2011 ondanks deelname van nieuwe zorggroepen aan de benchmark. Dit is een verheugende ontwikkeling die erop wijst dat monitoring, scholing, spiegelinformatie en aansturing door de zorggroep tot een betere uitvoering leidt. Het is duidelijk dat het organiseren en inrichten van processen tijd kost, maar ook dat het effect sorteert. Verbetering van de registratie blijft steeds nog een belangrijk aandachtspunt, maar het is ook haalbaar, getuige de resultaten van de best scorende zorggroepen.

Proces- versus uitkomstindicatoren

De procesindicatoren in de diabeteszorg komen steeds beter op orde. Maar waar het in goede diabeteszorg natuurlijk echt om gaat is om het verder verbeteren van de uitkomsten van zorg. De huidige uitkomstindicatoren geven daarvoor aanwijzingen. Naar de toekomst toe is het van belang om steeds meer te gaan kijken naar harde uitkomstmaten zoals het voorkomen van complicaties. Dergelijke uitkomstmaten zullen dan ook in toenemende mate moeten worden opgenomen in de landelijke indicatorenset.

Ten aanzien van de uitkomstindicatoren is nog een ander algemeen punt van belang en dat is het effect van leeftijd. De leeftijdsverdeling van de diabetespatiënten en de duur waarmee ze met diabetes bekend zijn hebben een belangrijke invloed op de na te streven behandeldoelen. Dit komt nadrukkelijk naar voren in de nieuwe NHG standaard die eind 2013 verschijnt. In een volgende rapportage dient de verdeling in leeftijdscategorieën, bijvoorbeeld < 70 jaar, tussen 70 en 80 jaar, en > 80 jaar dan ook te worden verdisconteerd.

Resultaten per indicator

Het totaalbeeld per indicator wordt inzichtelijk in de grafieken in bijlage 1. Daarin staan per indicator de resultaten van elke zorggroep aangegeven. De afzonderlijke commentaren per grafiek komen in grote lijnen overeen met de commentaren uit de benchmark over 2010 en 2011 en worden hier daarom niet herhaald.

Uiteraard is er wel een tendens zichtbaar in de gemiddelden en spreidingen over de jaren. Hieronder worden de meest opmerkelijke trends beschreven en van commentaar voorzien.

Een goede vergelijking tussen de gerapporteerde indicatoren over 2011 en 2012 is mogelijk bij de 53 zorggroepen, die in beide jaren aan de uitvraag hebben meegewerkt. Daarbij blijkt dat de scores op de meeste indicatoren hoog zijn. Op sommige punten zijn er toch nog duidelijke veranderingen zichtbaar. De meest opvallende veranderingen zijn cursief gemaakt in het onderstaande overzicht. De commentaren hebben vooral betrekking op deze veranderingen.

Overzicht 1: vergelijking zorggroepen, die in 2011 en 2012 gegevens hebben aangeleverd
(achter ieder item staat de grafiek waarin betreffende indicator wordt weergegeven)

	alle groepen die in beide jaren voorkomen						+/-	
	2011			2012				
	N	GEM	SD	N	GEM	SD		
HbA1C bepaald (grafiek 4)	53	92,9	5,5	52	94,5	3,5	+	1,6
HbA1C < 53 (grafiek 5)	53	68,7	7,8	52	66,3	6,8	-	-2,4
HbA1C > 69 (grafiek 7)	51	5,7	8,2	52	5,4	2,4	-	-0,3
Lipidenprofiel bepaald (grafiek 8)	53	88,0	6,3	53	89,0	5,0	+	1,0
LDL <2.5 (grafiek 9)	50	53,6	6,2	50	56,5	6,2	+	2,9
Lipidenverlager (grafiek 10)	41	67,0	10,3	46	70,4	5,0	+	3,4
Kreatinineklaring bepaald (grafiek 11)	52	89,6	10,3	53	91,4	4,8	+	1,8
Urineonderzoek gedaan (grafiek 12)	52	81,9	9,0	53	83,8	6,7	+	1,9
Bloeddruk gemeten (grafiek 13)	53	93,6	4,5	53	94,6	3,2	+	1,1
Systole < 140 (grafiek 14)	53	55,0	5,9	52	61,6	7,4	+	6,6
BMI berekend (grafiek 16)	52	84,6	9,7	53	88,4	6,7	+	3,8
BMI < 25 (grafiek 17)	51	17,4	4,4	52	17,1	2,4	-	-0,3
Rookstatus vastgelegd (grafiek 18)	52	85,3	11,1	52	89,6	7,8	+	4,3
Rokers (grafiek 19)	50	19,8	12,6	52	17,6	3,3	-	-2,2
Stop rook advies gegeven (grafiek 20)	40	65,6	23,9	45	74,4	16,7	+	8,8
Funduscontrole (grafiek 21)	51	77,3	11,0	53	81,3	7,1	+	4,0
Retinopathie (grafiek 22)	41	17,1	27,8	51	12,9	18,3	-	-4,2
Voetonderzoek (grafiek 23)	52	71,4	13,2	53	77,1	11,0	+	5,7
Totaal controlebeleid (grafiek 24)	43	49,5	21,5	46	59,4	15,4	+	9,9

Bij de uitkomstindicatoren van het HbA1c is het duidelijk dat er een plafond is bereikt. Gegeven het feit, dat deze uitkomsten voor een eerstelijns populatie bij de beste van de wereld horen, zal verdere verlaging nauwelijks meer mogelijk zijn. Bovendien maakt de nieuwe NHG standaard Diabetes Mellitus type 2 (okt 2013) onderscheid in drie verschillende streefwaarden (53 mmol/mol, 58mmol/mol en 64 mmol/mol) op basis van leeftijd, de bekende diabetesduur en de intensiteit van de behandeling. Zoals eerder aangegeven zullen dit soort meer geïndividualiseerde streefwaarden op kortere of langere termijn ook in de rapportage moeten worden meegenomen.

Bij de gerapporteerde HbA1c gemiddelden (grafiek 25) dient niet alleen met de leeftijd maar ook met de intensiteit van behandeling rekening te worden gehouden. Zeker bij een zorggroep met een hoog percentage insulinegebruikers, zal in de toekomst kritisch gekeken moeten worden naar het gemiddelde HbA1c. Een overweging kan zijn om afzonderlijke gegevens uit te vragen voor de verschillende behandelgroepen (dieet, orale medicatie, insuline al dan niet gecombineerd met orale medicatie), om zo de vergelijkbaarheid van de data te bevorderen.

De indicator 'gebruik van lipidenverlager' laat een stijging zien van 67% naar 70,4% bij die zorggroepen, waarbij gegevens over het voorschrijfgedrag gerapporteerd zijn. Dit zal zeker niet alleen het gevolg zijn van het feitelijk meer voorschrijven, maar zeker ook een effect van verbeterde rapportage over het medicatiegebruik. Dat blijkt ook uit grafiek 10, waar 14 zorggroepen nog geen opgave doen van het gebruik van lipidenverlagers en de gerapporteerde percentages variëren tussen de 57 en 84%.

De uitkomstindicator 'aantal patiënten met systolische bloeddruk < 140' laat een aanzienlijke verbetering zien (zie ook grafieken 14 en 15) van 55 naar 61,6%. Dat is een heel mooi resultaat. Het is

bekend dat vooral de adequate behandeling van de bloeddruk en het lipidengehalte de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit van mensen met type 2 diabetes verlaagt. Waar de glucoseregulatie vooral effecten heeft op de microvasculaire complicaties die zich uiten in blindheid, nierfalen en amputaties, heeft de aanpak van de overige risicofactoren vooral effect op de macrovasculaire complicaties. Door de verbeterde zorg voor de mensen met type 2 diabetes is het aantal gevallen van hart- en vaatziekten nu al met ongeveer een derde afgenomen, zo blijkt uit tal van internationale studies.

De ACCORD-studie en ook gegevens uit de Zwolse ZODIAC studie toonden aan dat een systolische bloeddruk tussen 130 en 140 mmHg optimaal is (althans bij mensen beneden de 75 jaar) en de American Diabetes Association paste in 2013 de streefwaarde voor de bloeddruk aan van < 130 mm Hg naar <140 mmHg. Bij mensen boven de 80 jaar verschuift de streefwaarde naar 160 mmHg, mede ingegeven door het feit dat in de ZODIAC studie bij de oudere mens het effect van strenge bloeddrukverlaging contraproductief kan zijn, dit in tegenstelling tot de situatie bij de jongere mensen met diabetes. Veel patiënten hebben drie of zelfs vier verschillende soorten antihypertensiva nodig om de streefwaarden te halen. Hun kwaliteit van leven lijdt daar meestal niet onder. Ook hier vragen zinvolle kwaliteitsindicatoren dus om een koppeling met de leeftijd van de patiënt en met de voorgeschreven medicatie.

De CVRM-standaard (advies overgenomen door de diabetes standaard) vermeldt :

'Bij een SBD ≥ 160 mmHg en een leeftijd ≥ 80 jaar worden leefstijlmaatregelen geadviseerd en bij onvoldoende effect op de SBD antihypertensieve medicatie voorgeschreven. De SBD dient niet veel verder te dalen dan 150 mmHg. Continueren van al eerder gestarte behandeling van hypertensie is ook bij deze leeftijdsgroep zinvol; eventueel kan de dosering worden aangepast.'

Voor de individuele patiëntenzorg zal hiervoor weinig extra inspanning noodzakelijk zijn (enkel het hanteren van individueel verschillende afkappunten). Voor het verwerken van de data tot een geschikte rapportage gaat dit echter zeker uitmaken.

Voor de rapportage over 2013 speelt dit nog niet, maar voor die over 2014 straks wel. De LOK zal in overleg met relevante partijen tijdig een nieuwe wijze van uitvragen voorbereiden.

Het aantal bekende rokers is gedaald van 19,8% naar 17,6% (zie ook grafiek 19). Hoewel dit een klein verschil lijkt, betekent dit toch dat mogelijk ruim 10% van de rokers gestopt is. Gegeven de bekende moeizame resultaten van interventies gericht op stoppen met roken is dit een uitstekend resultaat.

Hoewel het aantal mensen bekend met retinopathie lijkt te dalen (grafiek 22), blijkt alleen al uit de standaarddeviatie, dat de rapportages te ver uiteen lopen om hieraan een conclusie te kunnen verbinden. Overigens steekt zelfs het hoogste gerapporteerde percentage (18%) gunstig af in vergelijking met internationale gegevens. Combinatie van diverse Nederlandse bronnen maakt duidelijk dat van alle Nederlandse type 2 diabetespatiënten ongeveer 10-15% een vorm van DRP heeft. In Nederland neemt blindheid ten gevolge van diabetes een veel minder prominente plaats dan in vrijwel alle andere landen, waar deze gegevens van bekend zijn (zie overzicht 5).

Overzicht 2: oorzaken van slechthziendheid en blindheid in Nederland

Oorzaken	2000		2020		toename	
	blind	slechthziend	blind	slechthziend	blind	slechthziend
LMD*	20.600	38.400	27.800	51.800	35%	35%
Cataract	2.800	99.500	3.800	134.300	36%	35%
Glaucoom	4.400	5.500	5.900	7.400	34%	35%
Diabetische retinopathie	4.000	8.200	5.400	11.100	35%	35%
Refractie afwijking	10.600	90.000	14.300	121.500	35%	35%
Overig	7.300	16.300	9.900	22.000	36%	35%
Totaal	49.700	257.900	67.100	348.100	35%	35%
Vermijdbaar	21.800	203.200	29.400	274.300	35%	35%
% Vermijdbaar	44%	79%	44%	79%		

*LMD = leeftijdsgebonden macula degeneratie

Bron: <http://www.vision2020.nl/contents/V2020Nlrapport.pdf>

Complete profielen zijn nu op te maken bij 51,6% van de in de zorggroep begeleide mensen met diabetes. Bij deze parameter is er nog steeds een grote spreiding.

Samengevat zien we een verdergaande verbetering op een aantal zeer belangrijke uitkomstindicatoren, met name het stoppen met roken, de systolische bloeddruk en het behandelen van lipidenstoornissen. We kunnen zondermeer aannemen dat hierdoor het aantal type 2 diabetespatiënten met cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit al is gedaald en nog verder zal dalen. Ook ten aanzien van de invaliderende microvasculaire complicaties zijn de resultaten goed. Na drie rapportages zien we ook dat veel zorggroepen een vergelijkbaar hoog niveau hebben. We hebben echter nog onvoldoende zicht op de nog te grote variatie tussen zorggroepen en de factoren waarmee die variatie samenhangt. In de komende jaren zal daartoe onder andere worden moeten gekeken naar de samenstelling van de diabetespopulatie.

Resultaten COPD algemeen

In totaal zijn de gegevens tot indicatoren verwerkt van 62.723 mensen met COPD die in een zorgprogramma zijn opgenomen bij een van de 41 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd.

Zorggroepen variëren enorm in grootte, in rapportageproblemen die samenhangen met het aantal HISsen en het KIS, in regionale achtergronden en in ervaring met het voeren van zorgprogramma's. Met name dit laatste speelt een rol bij COPD waarvoor veel zorggroepen nog maar kort een zorgprogramma hebben. Daarmee is de onderlinge vergelijkbaarheid van de cijfers van de diverse zorggroepen in dit rapport nog aan discussie onderhevig.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	41
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	36
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	140.406
Mediaan	130.699
Minimum	8.904
Maximum	410.671

Het aantal aanleverende zorggroepen met een COPD zorgprogramma is ten opzichte van 2011 licht gestegen, van 34 naar 41 zorggroepen (van de ruim 100 bestaande zorggroepen). Veel zorggroepen zijn pas in 2012 gestart met COPD zorg. Mogelijk hebben deze zorggroepen hun gegevens over COPD zorg daarom nog niet aangeleverd.

Prevalentie en verdeling tussen eerste en tweede lijn

Het aandeel mensen met COPD in een eerstelijnszorgprogramma is gemiddeld 58%. Gemiddeld is 29% van de COPD patiënten bekend in de tweede lijn, iets meer dan in 2011 (27%). Goede samenwerkingsafspraken met de longartsen over verwijs- en terugverwijsbeleid zullen in de toekomst tot verschuiving van deze percentages kunnen leiden, ten gunste van de eerste lijn. Ruim 8% van de COPD patiënten zit noch in een zorgprogramma, noch in de tweede of derde lijn. In 2011 bedroeg dit nog circa 6%. Dit betreft een groep die wel in beeld is maar niet in aanmerking komt voor een zorgprogramma, bijvoorbeeld vanwege de geringe ziektelast bij patiënten die zijn gestopt met roken, het systematisch niet verschijnen op de afspraken ('no show') of de hoge leeftijd. De ervaring van zorggroepen die al langere tijd een zorgprogramma COPD hebben, is dat dit percentage zal groeien.

De enorme variatie in gemelde prevalenties van COPD patiënten in de zorggroepen (0,8-2,8%), van COPD patiënten in de tweede lijn (7,7-42,6%) én van COPD patiënten die 'niet in zorg' zijn (0,2-54,8%), laat zien dat nog niet alle zorggroepen hun COPD populatie goed in beeld hebben. De ervaring leert dat het 2-3 jaar duurt voordat prevalentiecijfers een realistisch beeld geven.

Overzicht 2: Verdeling mensen met COPD over zorggroepen

	aantal patiënten N=36	prevalentie N=35	% bij specialist N=31	% niet in zorg N=23
gemiddelde	2.590	1,9	29,0	8,4
mediaan	2.406	1,9	29,4	5,6
minimum	190	0,8	7,7	0,2
maximum	6.958	2,8	42,6	54,8

Opvallend is verder dat de prevalentie van COPD (1,9%) t.o.v. 2011 nauwelijks is toegenomen (1,8%). Hoewel de vergrijzing en casefinding (bijvoorbeeld via de Nationale COPD Test van het Longfonds) een stijging van de prevalentie zou doen verwachten, is dit in deze benchmark nog niet zichtbaar. Een mogelijke oorzaak is dat er wél nieuwe COPD patiënten gevonden worden maar bij andere patiënten de diagnose onterecht gesteld was in het verleden. Zo is het onderscheid tussen COPD en astma soms lastig en pas na enige tijd te bepalen. Meer kennis van het ziektebeeld en beter toegepast longfunctieonderzoek dragen bij aan een hogere validiteit van het diagnostisch proces.

Resultaten COPD indicatoren

Vrijwel alle procesindicatoren zijn ten opzichte van 2011 beter geregistreerd. Dit is een verheugende ontwikkeling die erop wijst dat monitoring, scholing, spiegelinformatie en aansturing door de zorggroep tot een betere uitvoering leidt. Het organiseren en inregelen van processen kost nu eenmaal tijd. Verbetering van de registratie blijft een belangrijk aandachtspunt en is ook haalbaar, getuige de resultaten van enkele goed presterende zorggroepen. De best gescoorde procesindicator is – in navolging van 2011 – de registratie van het rookgedrag. Omdat het stoppen met roken nog altijd de meest zinvolle behandeling bij COPD is, is kennis van het huidige rookgedrag onmisbaar.

Procesindicatoren zullen bij COPD zorg altijd lager scoren dan bij bijvoorbeeld diabeteszorg. Dit heeft met een aantal zaken te maken:

- De indicatoren bij COPD bestaan voornamelijk uit parameters die door de zorgverlener zélf nagegaan moeten worden; bij diabetes zijn veel parameters afkomstig uit het laboratorium.
- De frequentie van COPD controles, bij lichte tot matige ziektelast, is vaak maar een à twee keer per jaar; er zijn dus minder momenten om alle gegevens voor de indicatoren te verzamelen.
- Het aantal ‘no show’-patiënten bij COPD ligt relatief hoog; deels omdat de ziektelast vaak licht tot matig is, deels omdat mensen ongemotiveerd zijn of een confronterend gesprek over het rookgedrag willen vermijden.
- Niet iedere COPD patiënt kan of wil een betrouwbare spirometrie blazen, zodat deze indicator soms niet geregistreerd kan worden.
- Maar 70-80% van de COPD patiënten gebruikt inhalatiemedicatie, de controle van inhalatietechniek kan alleen bij deze mensen uitgevoerd worden (bron: Longziekten, feiten en cijfers 2013, LAN)

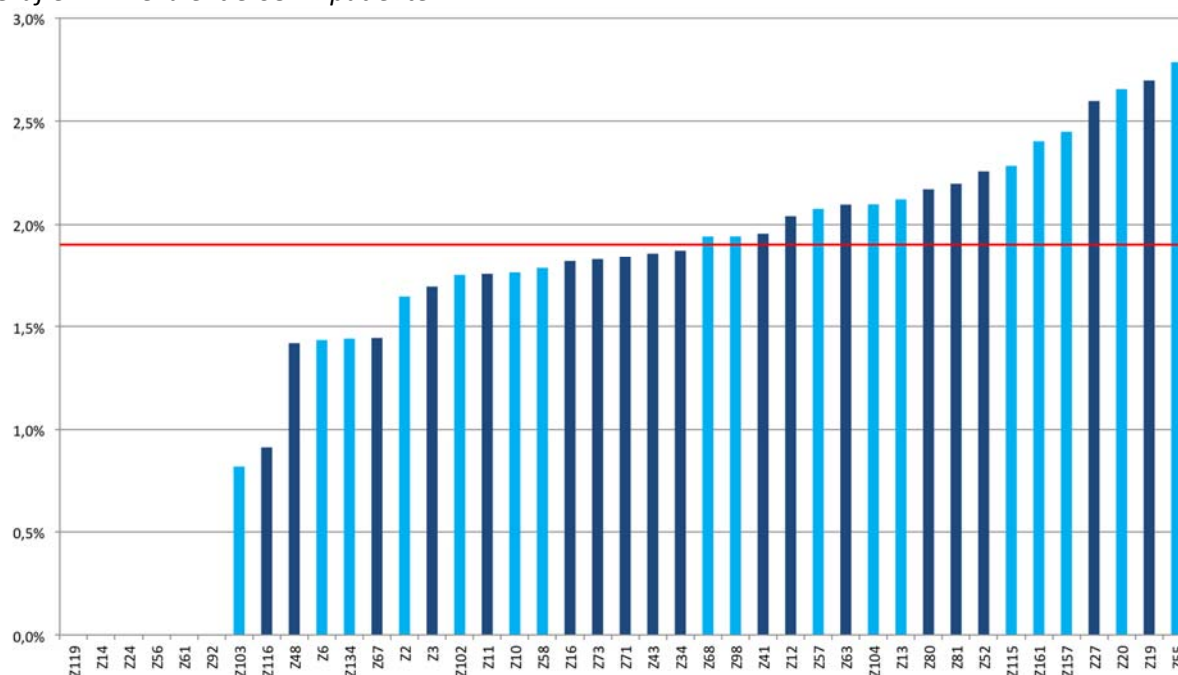
Proces- versus uitkomstindicatoren

Een verbetering van de registratie van procesindicatoren impliceert dat de processen beter onder controle zijn en meer patiënten de zorg volgens het COPD zorgprogramma krijgen. Vanaf 2013 zullen ook uitkomstparameters uitgevraagd worden zodat er zicht komt op de mate van de ervaren ziektelast. In de toekomst zal zo blijken of de programmatische uitvoering van zorgprocessen tot vermindering van deze ziektelast leidt.

De scores op de afzonderlijke indicatoren zijn op uniforme wijze weergegeven in grafieken waarbij de scores zijn gerangschikt van laagste naar hoogste waarde. De positie van een zorggroep verschilt dus per grafiek. Als een zorggroep voor een bepaalde indicator geen gegevens kon aanleveren, ontbreekt bij betreffende zorggroep een staaf in de grafiek.

In iedere grafiek geeft een rode lijn het gewogen gemiddelde aan. Dat is berekend over alle patiënten uit alle zorggroepen die in de betreffende grafiek zijn meegenomen.

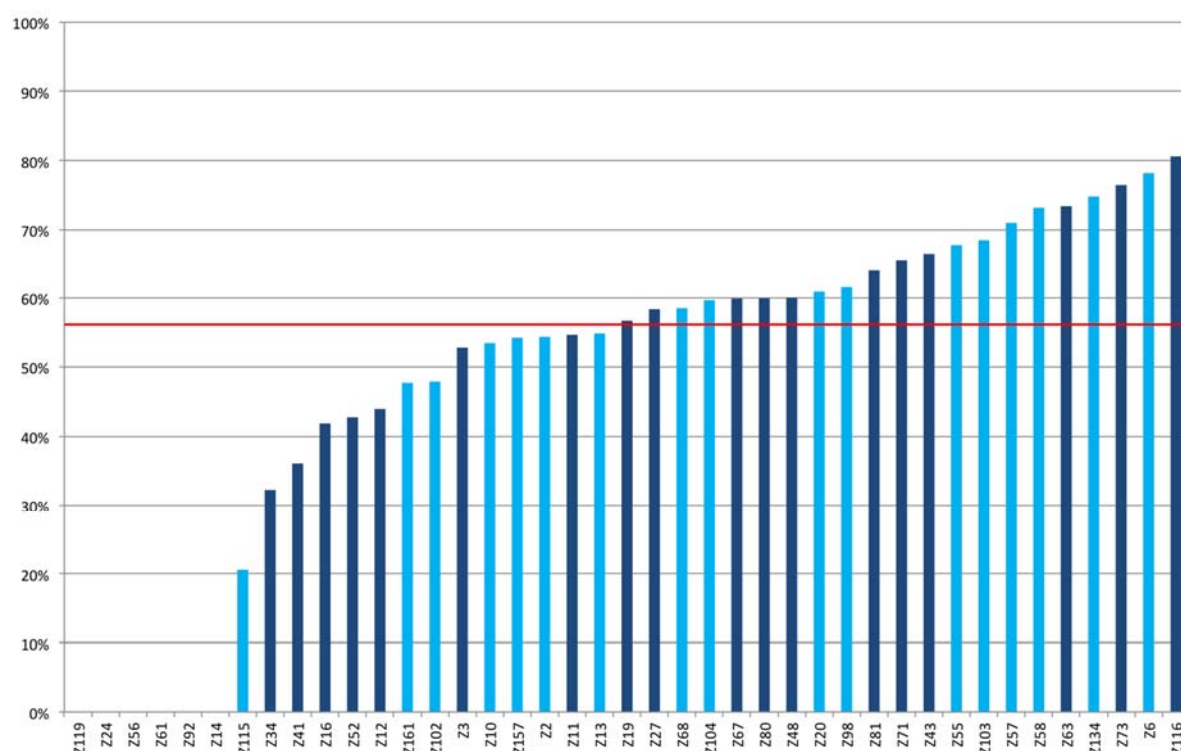
Grafiek 1: Prevalentie COPD patiënten



De totale prevalentie van COPD patiënten bedroeg in 2012 gemiddeld 1,9 %. Dit komt overeen met de landelijk bekende cijfers ('Longziekten, feiten en cijfers 2013', LAN). De spreiding is echter groot, van 0,8 – 2,8%; dit betekent dat enkele zorggroepen nog niet alle COPD patiënten in beeld gebracht hebben en dat andere zorggroepen waarschijnlijk ook astmapatiënten includeren; omdat deze groepen geen apart zorgprogramma voor astma hebben, zijn vaak ook de patiënten met astma met persisterende obstructie opgenomen. Prevalentiecijfers hangen daarnaast o.a. af van de leeftijd en de sociale status van de praktijkpopulaties.

Van 6 groepen waren geen cijfers van de gehele zorgpopulatie voor handen, zodat geen prevalentie bepaald kon worden.

Grafiek 2: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma

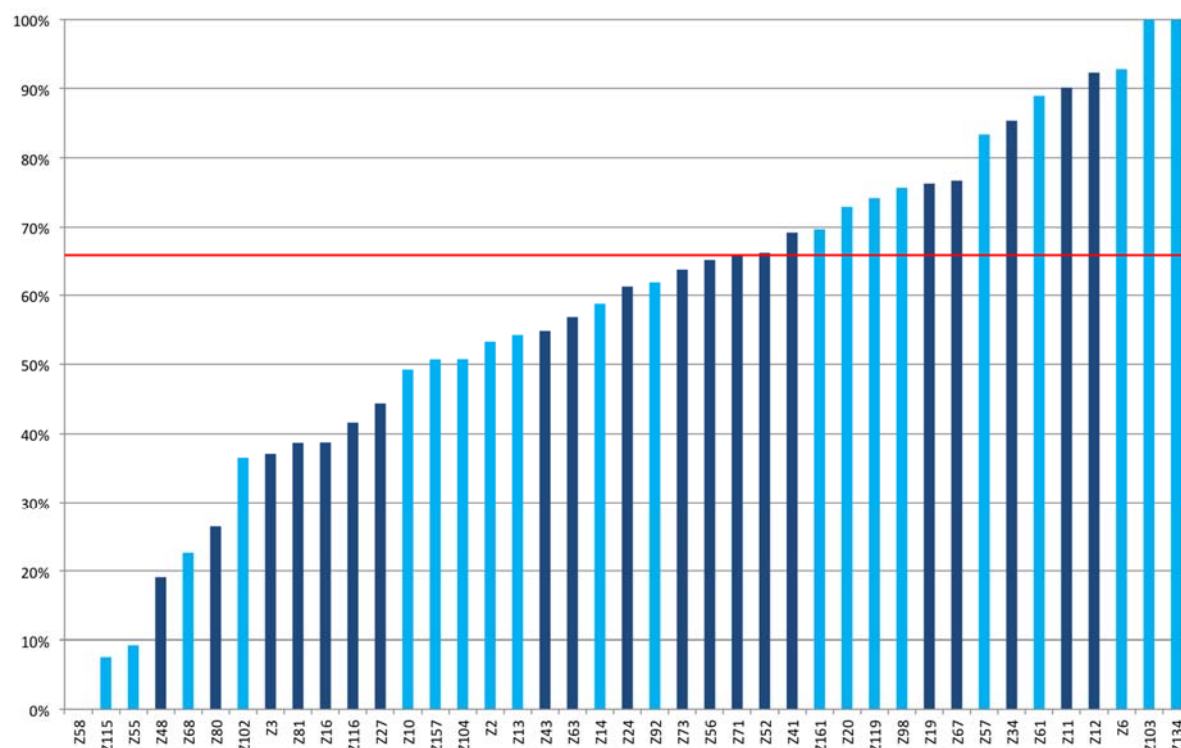


Van alle COPD patiënten is gemiddeld 58% geïnccludeerd in het zorgprogramma, 29% is onder behandeling bij de longarts en ruim 8% heeft geen geregelde zorg. Van een klein percentage patiënten is, vanwege onvoldoende registratie, niet bekend of en waar zij in zorg zijn.

Enkele zorggroepen kennen een laag percentage COPD patiënten in hun programma; vermoedelijk zijn zij pas recent gestart met COPD zorg.

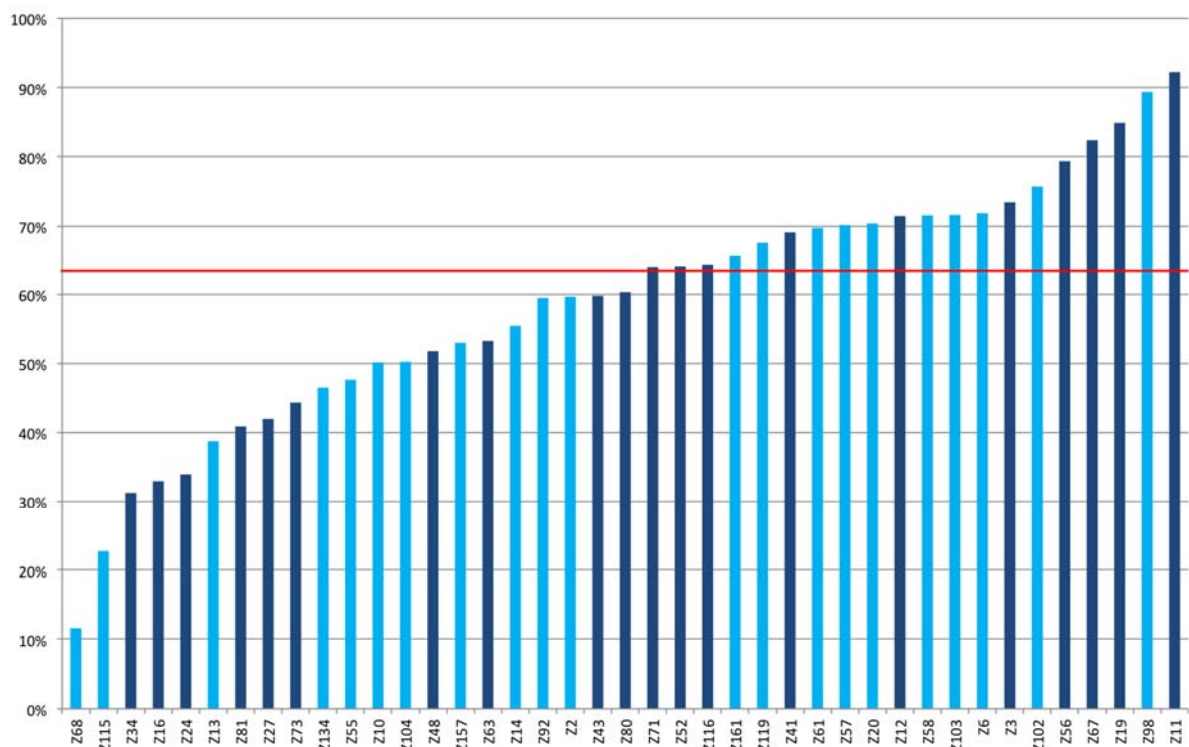
Exacte prevalentiecijfers met betrekking tot de mate van ziektelast zijn er nog niet. Vermoedelijk corresponderen bovenstaande cijfers aardig met de geschatte COPD populatie met lichte tot matige ziektelast (ca. 65%) en matig tot ernstige ziektelast (ca. 35%) waar een longarts bij betrokken moet zijn. De verwachting is dat in de toekomst met name de groep met licht tot matige ziektelast zal toenemen, omdat nu nog sprake is van onderdiagnostiek van COPD. Anderzijds zullen mensen met lichte ziektelast die gestopt zijn met roken het zorgprogramma weer verlaten (geen geregelde zorg).

Grafiek 3: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd



Het voorschrijven van inhalatiemedicatie is een van de behandelmogelijkheden van COPD patiënten; de medicatie zorgt voor luchtwegverwijding en daardoor voor klachtenvermindering en een betere inspanningstolerantie; inhalatiesteroiden kunnen zorgen voor vermindering van de exacerbatiefrequentie. Van belang daarbij is dat de medicatie – via juiste inhalatietechniek – op de goede plaats arriveert. Controle van het juiste gebruik van de medicatie is daarom een belangrijk onderdeel van de zorg voor COPD patiënten. Deze controle is gemiddeld (67%) duidelijk vaker uitgevoerd wordt dan in 2011 (46%), hetgeen een goede ontwikkeling is. De spreiding is echter nog erg groot, van 8-100%, waardoor het een belangrijk punt van aandacht blijft.

Grafiek 4: Percentage COPD patiënten bij wie longfunctie is bepaald



Bij COPD patiënten gaat de longfunctie, zeker als de patiënt blijft roken, sneller achteruit dan bij niet-COPD patiënten. Bij een slechtere longfunctie is de inspanningstolerantie lager en is het risico op ernstig verlopende exacerbaties groter. Om dit tijdig te signaleren is het verrichten van een spirometrisch onderzoek, minimaal éénmaal per jaar, als onderdeel van het basaal assessment van belang (Bron: Zorgstandaard COPD 2010, LAN).

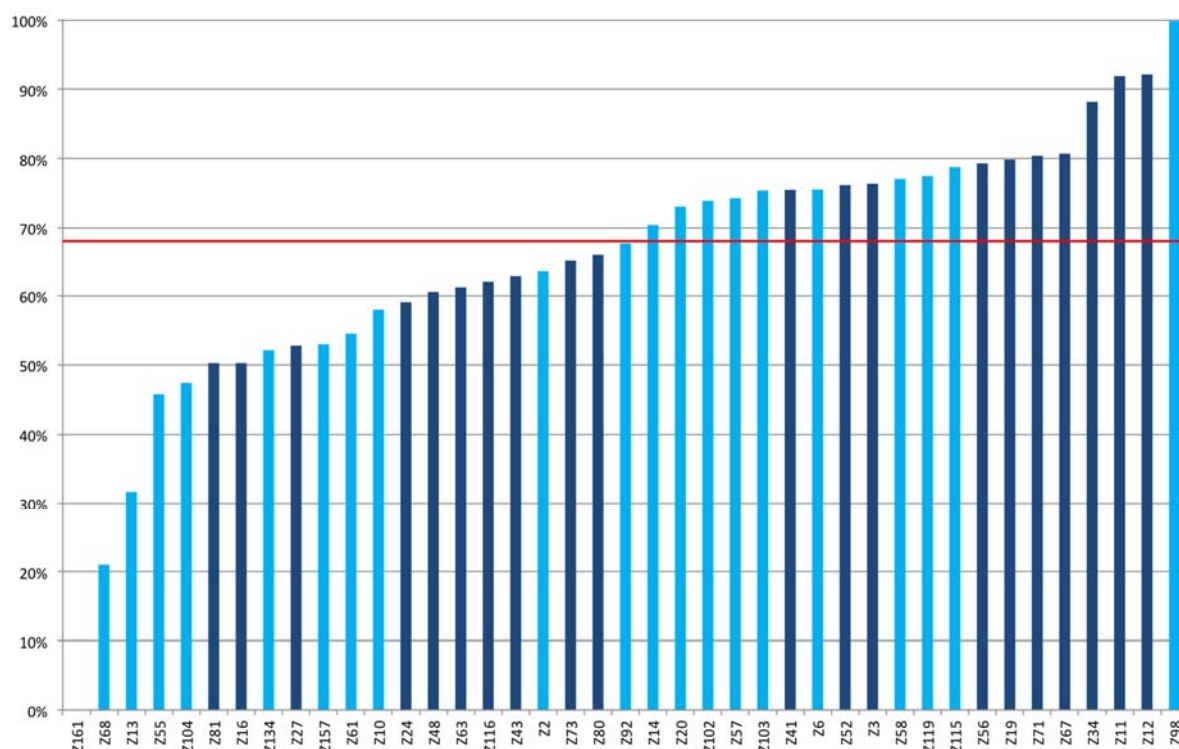
Verheugend is dat ten opzichte van 2011 spirometrisch onderzoek in 2012 gemiddeld vaker is verricht (49% resp. 63% van de COPD patiënten minstens eenmaal per jaar). De spreiding is echter groot (12-92%). Omdat het op de juiste wijze registreren van dit onderzoek ten behoeve van de extractie op veel problemen stuit is het te verwachten dat het daadwerkelijke percentage een stuk hoger ligt. Registratieproblemen worden o.a. veroorzaakt door:

- de software van de spirometers die geen mogelijkheid biedt voor het registreren van uitsluitend een post-BD-meting; deze wordt dan als pre-meting geregistreerd en niet in de extractie meegenomen.
- de koppeling van de spirometer naar het HIS, die niet automatisch verloopt; met de komst van het KIS zal dit probleem naar verwachting verdwijnen.

Daarnaast spelen patiëntgebonden problemen: niet iedere patiënt wil of kan een betrouwbare longfunctietest blazen.

Het verrichten van minimaal één longfunctieonderzoek per jaar bij ca. 75-80% van alle COPD patiënten moet echter haalbaar zijn, gezien de prestaties van de best scorende zorggroepen.

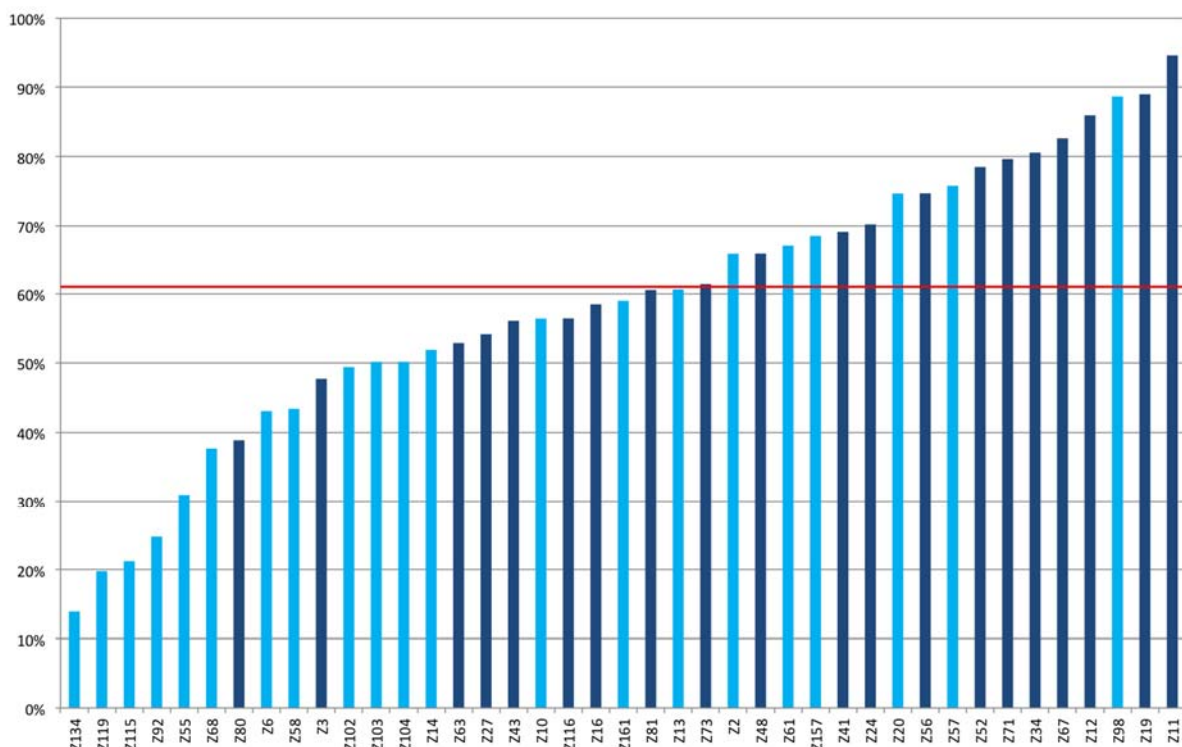
Grafiek 5: Percentage COPD patiënten bij wie functioneren (MRC | CCQ | RIQ-MON10) is vastgelegd



Hoewel de mate van ziektelast het best aangeeft hoeveel hinder de patiënt van zijn ziekte ervaart is hier nog geen gevalideerd meetinstrument voor ontwikkeld. Studies naar definitie en bepaling van de ziektelast zijn in volle gang.

In 2012 werd voor een goed beeld van de mate van hinder van de ziekte bij COPD patiënten daarom nog gebruik gemaakt van vragenlijsten voor de ervaren benauwdheid (MRC) en voor de kwaliteit van leven (CCQ en/of RIQ-MON10). De uitkomst van deze vragenlijsten bepaalt de individuele behandelbehoefte bij iedere patiënt en het is daarom van belang deze minstens jaarlijks af te nemen. In 2012 werd bij bijna 70% gebruik gemaakt van een van deze vragenlijsten. Dit is een duidelijke stijging t.o.v. 2011 (58%). Dit is een goede opmaat naar het werken met het meten van ziektelast, hetgeen vermoedelijk ook via een (online) vragenlijst zal gaan plaatsvinden.

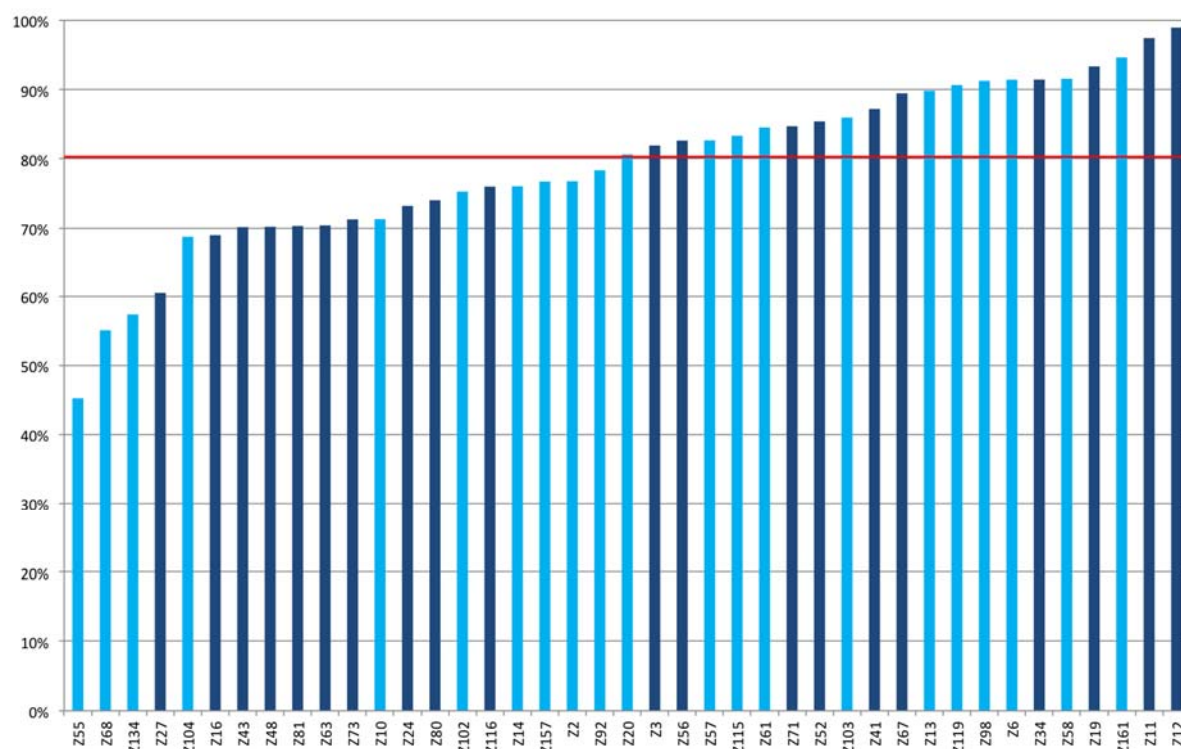
Grafiek 6: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma bij wie mate van bewegen is gecontroleerd



Bij COPD patiënten is sprake van een negatieve spiraal: omdat zij benauwdheid ervaren als zij zich inspannen vermijden ze die in toenemende mate. Hierdoor vermindert hun conditie en neemt de spiermassa af. Het gevolg is nog snellere benauwdheid bij inspanning, gevolgd door nog meer inactiviteit. Dit proces geschiedt heel geleidelijk over de jaren; de patiënt past zich aan zijn verminderde conditie aan en ervaart soms zelf maar weinig klachten omdat hij inactief is. Om deze spiraal te doorbreken is het van belang om het beweeggedrag van de patiënten in kaart te brengen. Vandaar dat deze indicator van groot belang is bij de controle van COPD patiënten. Gemiddeld is de mate van beweging bij ruim 60% van de mensen gecontroleerd. Dit is een vooruitgang t.o.v. 2011 (50%); ons inziens moet het haalbaar zijn bij ruim 80% van de patiënten, getuige ook de beter scorende zorggroepen.

Het therapeutisch gevolg geven aan een slechte mate van beweging was in 2012 nog moeilijk: beweegzorg in de vorm van fysiotherapie werd slechts voor enkele ernstige COPD patiënten vergoed terwijl velen er baat bij zouden hebben. Vanaf 2013 is de vergoeding versoepeld voor de individuele patiënt. Dat beweegzorg echter nog steeds niet contracteerbaar is in de keten blijft voor COPD patiënten een deficiëntie in hun integrale zorg(behoeft).

Grafiek 7: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



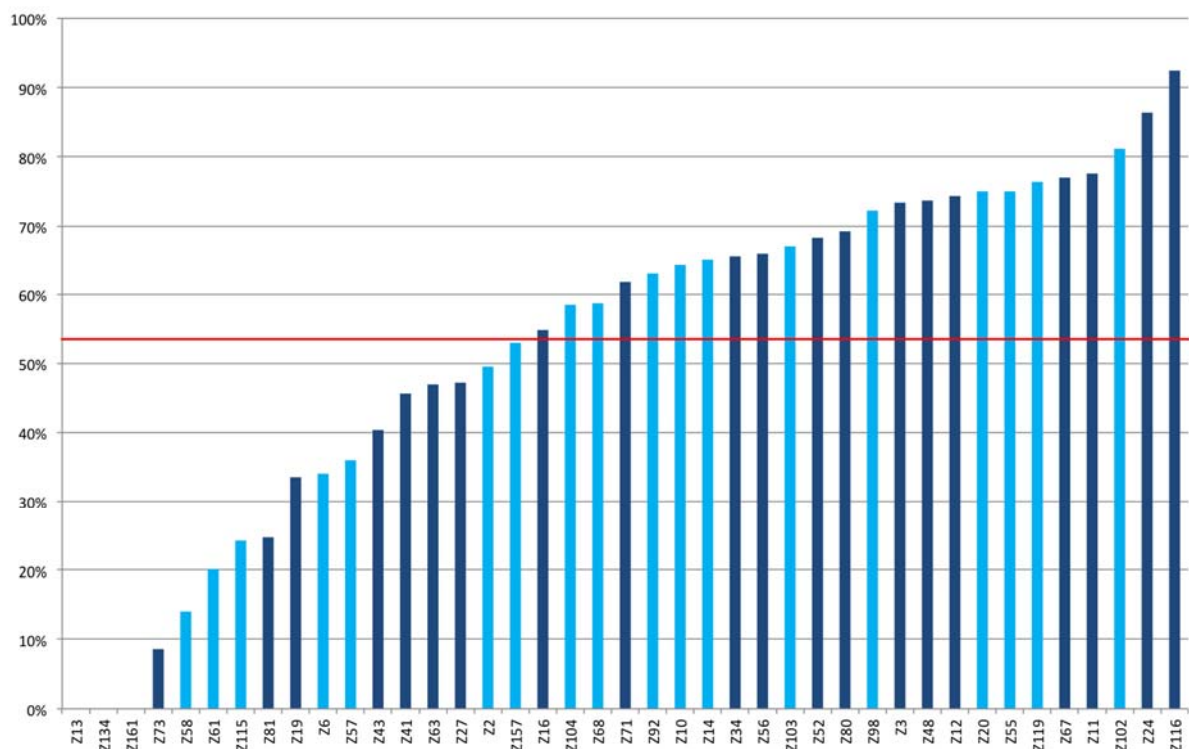
Stoppen met roken is zonder twijfel de primaire behandeling bij COPD. Het voorkomt een versnelde achteruitgang van de longfunctie en progressie van de ziekte.

Het is dus van groot belang het rookgedrag van de patiënt te kennen om zo adequaat tot een stoppen met roken-begeleiding op maat te komen.

Het rookgedrag is bij gemiddeld 80% van de patiënten geregistreerd. Enkele zorggroepen halen zelfs een registratie van boven 90%, hetgeen dus realiseerbaar lijkt.

Deze indicator dient – net als de overige indicatoren – jaarlijks ingevuld te worden. Als een patiënt al jaren niet meer rookt (ruim 50% van de COPD patiënten in een zorgprogramma stopt op een bepaald moment) kan het rookgedrag wel eens onbesproken blijven en wordt geen registratie gemeten.

Grafiek 8: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met griepvaccinatie



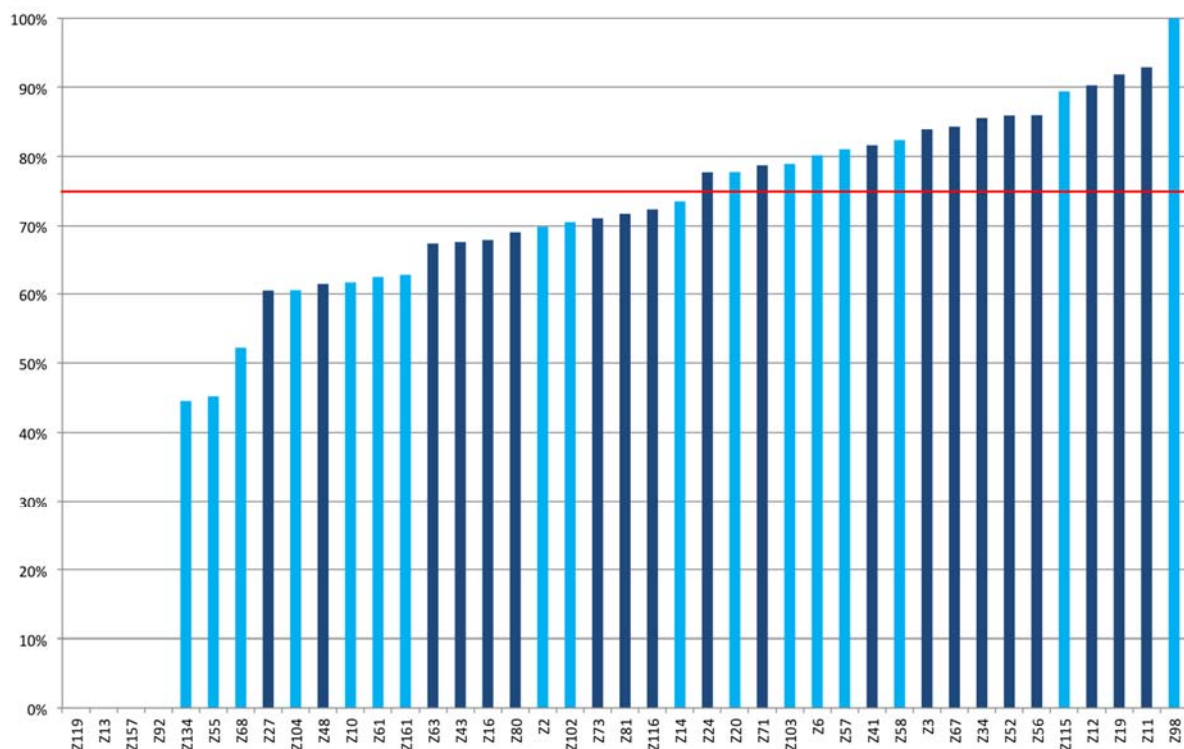
Mensen met COPD komen in aanmerking voor vaccinatie tegen influenza. Dit vermindert niet zozeer de mortaliteit als wel de morbiditeit (exacerbaties).

Vergeleken met 2011 is de griepvaccinatiegraad van COPD patiënten licht gestegen, van 52 naar 54%. Dit zou kunnen betekenen dat bijna de helft van alle COPD patiënten niet gevaccineerd is. Sommige praktijken scoorden echter nul op deze indicator, hetgeen naar alle waarschijnlijkheid wijst op een probleem met de registratie.

Belangrijke factoren zijn:

- De wijze waarop registratie van een vaccinatie binnen de griepvaccinatiemodule verloopt is bij veel HISSen niet conform de registratie van de indicator. Dit leidt tot verwarring en vraagt in veel praktijken dubbel (registratie) werk. Extracties verlopen nog steeds moeizaam. Met de komst van het KIS binnen een toenemend aantal zorggroepen moet dit probleem verholpen worden.
- De landelijke griepvaccinatiegraad in hoog-risico-groepen laat in het geheel een dalende tendens zien, mede door de dubbelzinnige publicaties in de media (bron: Monitoring vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie). Het nut van de griepspuit werd betwijfeld en belangenverstrengeling van adviserende gremia werd gesuggereerd.

Grafiek 9: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index berekend is



De voedingstoestand bij COPD patiënten kan op meerdere manieren van belang zijn bij de ziektelast en behandeling van deze patiëntengroep:

- Obesitas wordt relatief veel gezien bij de milde en matige vormen van COPD en kan met name een belemmering zijn voor de inspanningstolerantie.
- Ondergewicht c.q. een snel gewichtsverlies is een probleem dat vooral bestaat bij ernstige tot zeer ernstige COPD patiënten, waarbij ook sprake is van spieraafbraak; dit dient tijdig gesignaleerd en behandeld te worden daar het een sterke voorspeller is van morbiditeit en mortaliteit.

Het noteren van de BMI is daarom een onderdeel van het zorgproces van COPD patiënten. Ten opzichte van 2011 (63%) wordt dit in 2012 vaker uitgevoerd (75%). De spreiding is beperkter (44-100%). Vermoedelijk heeft deze goede uitkomst te maken met het bekend zijn van het vragen naar de BMI in het kader van andere zorgprogramma's (diabetes, CVRM), het standaard noteren van de BMI bij longfunctieonderzoek en de relatief eenvoudige wijze van registratie en extractie. Een score van 80% moet daarom bij deze indicator haalbaar zijn.

Resultaten VRM algemeen

In deze eerste uitvraag is ervoor gekozen alleen te rapporteren over het vasculair risicomanagement bij patiënten met een bekende hart- of vaatziekte (HVZ), omdat voor deze groep op dit moment een landelijk vastgestelde indicatorenset bestaat. Volgend jaar is het de bedoeling om ook te rapporteren over patiënten met een verhoogd vasculair risico zonder HVZ.

Bij de HVZ gaat het om patiënten met een of meer van de volgende aandoeningen: myocardinfarct, angina pectoris, TIA, herseninfarct, aneurysma aortae of perifere arterieel vaatlijden (ICPC codes: K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99.01) en de huisarts als hoofdbehandelaar, verminderd met de patiënten met de code 'geen geregelde zorg'. Patiënten met diabetes zijn geëxcludeerd. Zij kunnen niet in de DBC VRM worden opgenomen.

De ICPC code voor hartfalen is niet mee uitgevraagd. Sommige zorggroepen includeren echter wel patiënten met hartfalen omdat deze patiënten doorgaans ook VRM zorg nodig hebben. Anderen pleiten voor een apart zorgprogramma hartfalen, omdat het daarnaast veel andere specifieke aandachtspunten heeft. Op dit punt is behoefte aan duidelijkheid voor een volgende uitvraag. Datzelfde geldt voor chronische nierschade.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	27
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	27
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	103.300
Mediaan	63.361
Minimum	3.567
Maximum	410.671

Er reageerden 27 zorggroepen met in totaal bijna drie miljoen ingeschreven patiënten. De zorggroepen verschillen sterk in grootte en daarmee varieert ook het aantal patiënten met een HVZ waarover wordt gerapporteerd: de kleinste zorggroep heeft 454 en de grootste 24.948 patiënten met een HVZ in het zorgprogramma. (zie Overzicht 2).

Een zorggroep was niet in staat om alleen de gegevens van patiënten met HVZ te extraheren en voor de vergelijkbaarheid niet meegenomen in de grafieken per indicator. In totaal zijn de gegevens tot indicatoren verwerkt van 64.331 mensen met een doorgemaakte hart- of vaatziekte die in een VRM zorgprogramma waren opgenomen op peildatum 31-12-2012 bij een van de overige 26 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd.

Prevalentie en verdeling tussen eerste en tweede lijn

De verdeling van de patiënten met HVZ over de eerste en tweede lijn kent een aanzienlijke spreiding, met uitschieters naar boven (45% in de tweede lijn) en naar beneden (2% in de tweede lijn). Dit roept de vraag op hoe betrouwbaar deze cijfers zijn. Het is opmerkelijk dat gemiddeld 'slechts' een kwart van deze populatie gecontroleerd wordt in de tweede lijn, omdat patiënten met een doorgemaakte

HVZ doorgaans door de specialist 'onder controle' worden gehouden. Voor een volgende uitvraag zal dit nader geanalyseerd moeten worden. Met transmurale afspraken (criteria over terugverwijzing, vormen van *shared care*) en prikkels voor de tweede lijn kunnen in de toekomst meer patiënten met een doorgemaakte HVZ verantwoord worden terugverwezen naar de huisarts voor controle.

Overzicht 2: Verdeling mensen met HVZ over zorggroepen

	aantal patiënten N=25	prevalentie N=25	% bij specialist N=24	% niet in zorg N=16
gemiddelde	3.815	4,7	26,3	4,1
mediaan	2.013	4,5	24,8	1,1
minimum	454	0,9	2,4	0,2
maximum	24.948	10,9	45,5	17,6

Uitgangspunten bij het cardiovasculair risicomanagement zijn:

- Patiënten met HVZ, diabetes en RA worden vanwege hun per definitie hoge risico het meest intensief behandeld en gecontroleerd (secundaire preventie).
- Aan alle patiënten worden adviezen gegeven over voeding, alcoholgebruik, gewichtbeheersing, lichamelijke activiteit, stress en bij rokende patiënten is stoppen met roken veruit de belangrijkste maatregel.
- De indicatie voor medicamenteuze behandeling bij primaire preventie wordt individueel en in overleg met de patiënt bepaald, waarbij rekening wordt gehouden met de hoogte van het risico op HVZ, de leeftijd en levensverwachting, familieanamnese, BMI, leefstijl en motivatie voor gedragsverandering, comorbiditeit, comediatie en de te verwachten baat van de behandeling.
- In het algemeen is de streefwaarde voor de systolische bloeddruk ≤ 140 mmHg en de streefwaarde voor het LDL-cholesterol $\leq 2,5$ mmol/l.
- Voor het aanpassen van de leefstijl en het voedingspatroon worden met de patiënt concrete, haalbare veranderdoelen geformuleerd. Hoe de patiënt daarbij het beste ondersteund kan worden, hangt af van de behoefte van de patiënt en de lokale mogelijkheden.
- De leefstijladviezen omvatten:
 - Niet roken.
 - Voldoende bewegen.
 - Gezond eten met vis en fruit, geen harde vetten, en beperkt gebruik van zout.
 - Beperk het gebruik van alcohol.
 - Zorg voor een optimaal gewicht: BMI ≤ 25 kg/m² bij personen tot 70 jaar.
 - Tracht stress te voorkomen, dan wel tijdig te herkennen en te reduceren.
- Voor alle patiënten geldt dat er na juiste instelling van de medicamenteuze behandeling reguliere controle van het risicoprofiel moet plaatsvinden.

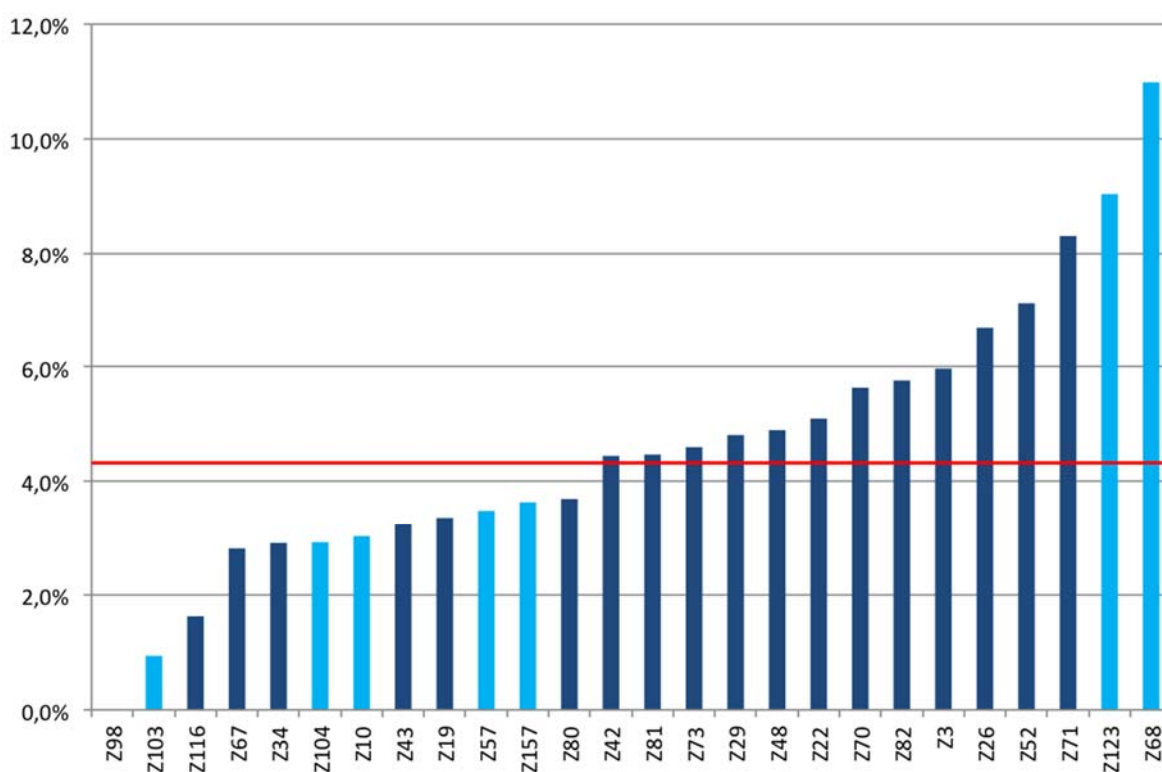
Resultaten VRM indicatoren

De scores op de afzonderlijke indicatoren zijn op uniforme wijze weergegeven in grafieken waarbij de scores zijn gerangschikt van laagste naar hoogste waarde. De positie van een zorggroep verschilt dus per grafiek. Als een zorggroep voor een bepaalde indicator geen gegevens kon aanleveren, ontbreekt bij betreffende zorggroep een staaf in de grafiek. De gegevens van zorggroepen die zijn geanalyseerd door een gecertificeerde zorggroep of datacentrum zijn donkerblauw weergegeven, de gegevens van de overige zorggroepen zijn lichtblauw. Daarnaast is in iedere grafiek een rode lijn zichtbaar die het gewogen gemiddelde aangeeft. Dat is berekend over alle patiënten uit alle zorggroepen die in de betreffende grafiek zijn meegenomen.

Proces- versus uitkomstindicatoren

Door de ongelijksoortigheid van de deelrapportages en de daardoor optredende (statistische) onzekerheid kunnen geen verregaande (inhoudelijke) conclusies over de 'prestaties' van de individuele zorggroepen worden getrokken. Deze eerste rapportage over de verleende zorg aan patiënten met HVZ moet daarom nadrukkelijk gezien worden als een nulmeting, op grond waarvan allereerst lessen geleerd kunnen worden voor het hanteren van de juiste en uniforme registratie- en inclusiecriteria. De afzonderlijke indicatoren moeten vooral tegen deze achtergrond worden beoordeeld.

Grafiek 1: Prevalentie HVZ



Hoewel de gemiddelde prevalentie (circa 4%) overeenkomt met het landelijk gemiddelde (CBS 2011²) is er een aanzienlijke spreiding tussen de zorggroepen: 1 – 11 procent. Dit kan niet (geheel) verklaard

² <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/default.aspx?VW=T&DM=SLNL&PA=81173NED&D1=2%2c5-8%2c24-30&D2=0-39&D3=0&D4=I&HD=130129-1618&HDR=G3%2cG2%2cT&STB=G1>

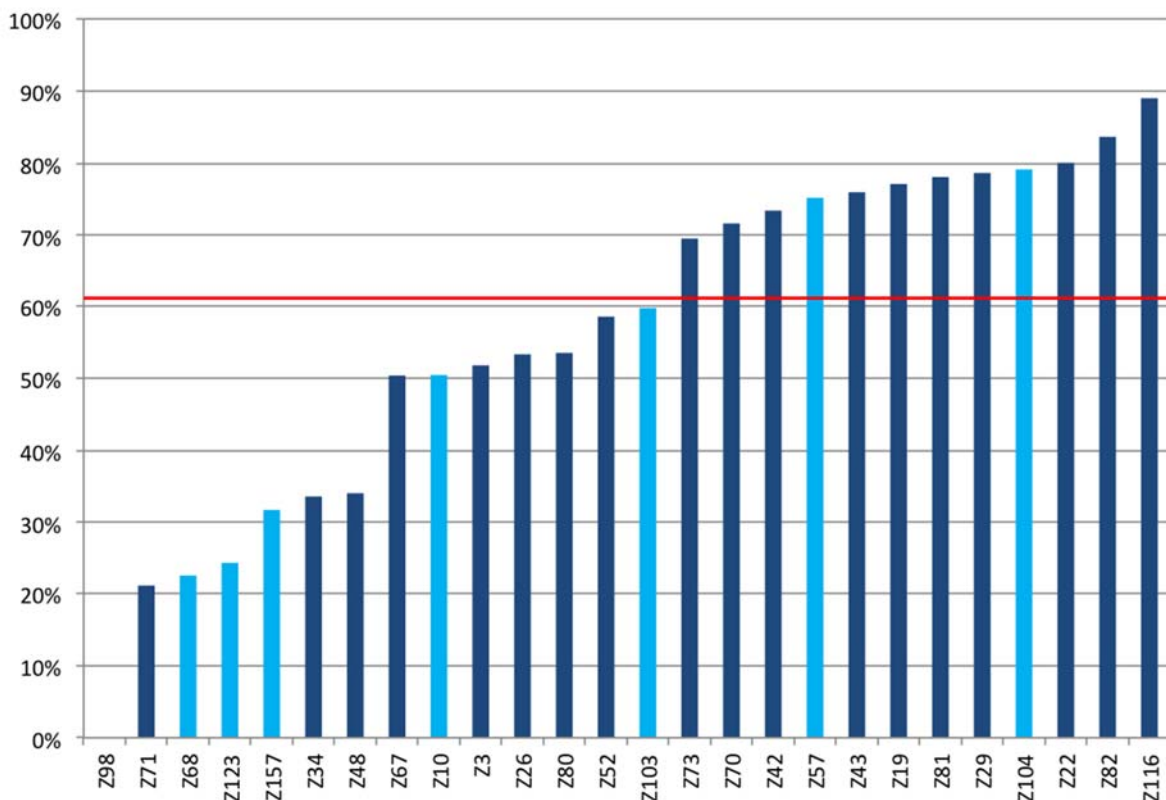
worden door morbiditeitsverschillen in de deelpopulaties. Vooral registratie- en inclusieverschillen zullen hier een rol spelen.

Mogelijke verklaringen zijn derhalve:

- Achterlopende ICPC-code registratie van patiënten met HVZ in het HIS (gevolg: onderrapportage).
- Inclusie in het zorgprogramma van patiënten met een verhoogd CV-risico maar zónder HVZ (gevolg: overrapportage).
- Onduidelijkheid bij zorggroepen over inclusie in het zorgprogramma: álle patiënten met HVZ versus alleen die met de huisarts als hoofdbehandelaar.
- Verschillen in sociaaleconomische status (SES) tussen de populaties van de zorggroepen.
- Wisselend terugverwijsgedrag van specialisten.

De verschillen maken onderlinge vergelijking van de zorggroepen minder goed mogelijk. Dit moet voor een volgende uitvraag eerst goed onderzocht (en gecorrigeerd) worden om cijfers en conclusies betrouwbaarder te maken.

Grafiek 2: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma



Patiënten die in aanmerking komen voor secundaire preventie, zijn diegenen met ICPC- code

- K74.00 (angina pectoris)
- K75.00 (hartinfarct)
- K76.00 (andere ischemische hartziekten)
- K89.00 (TIA)
- K90.03 (herseninfarct)
- K92.01 (perifeer arterieel vaatlijden)

- K99.01 (aneurysma aortae)

Exclusiecriteria voor deelname aan het zorgprogramma CVR zijn:

- geen doorgemaakte HVZ
- diabetes type 2
- hoofdbehandelaar medisch specialist
- geen periodieke zorg

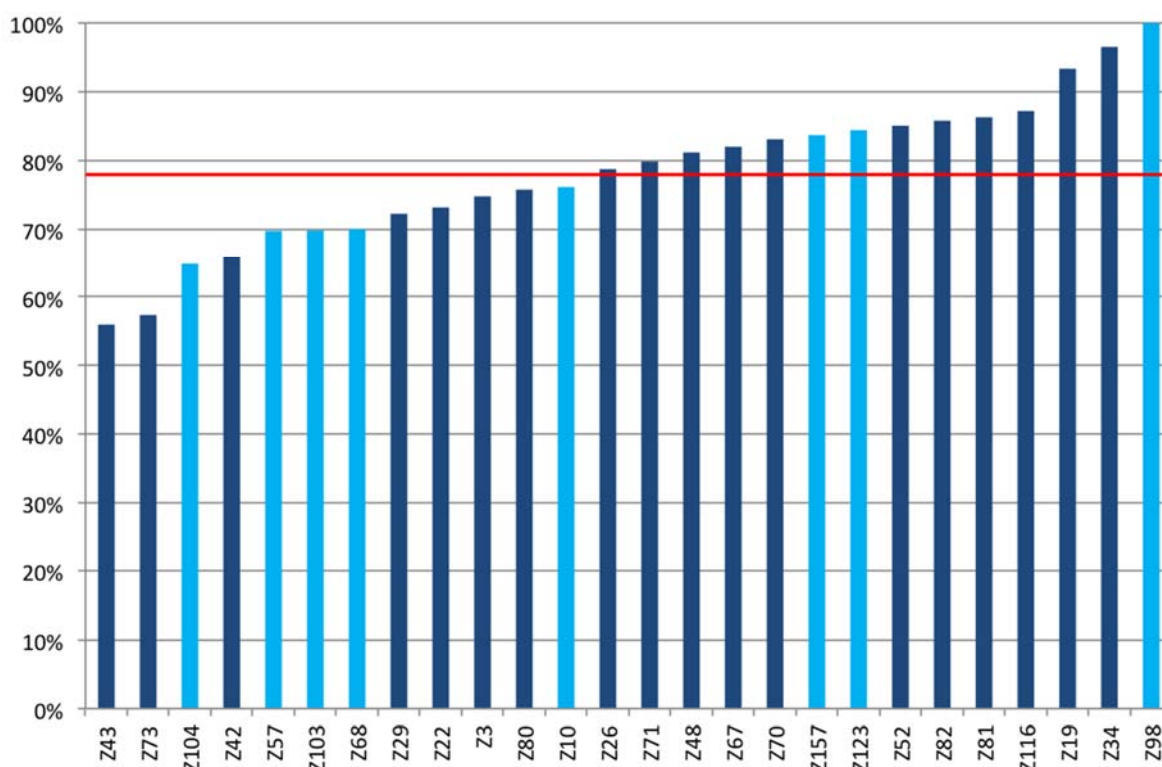
De variatie is groot : tussen de 20 – 90 procent van deze groep is opgenomen in het zorgprogramma. De helft van de zorggroepen heeft meer dan 70 procent van de patiënten met een HVZ geïnccludeerd. Een mogelijke verklaring voor deze inclusieverschillen is dat beginnende zorggroepen een implementatiestrategie hebben waarbij zij patiënten gefaseerd includeren, zodat in de aanloopfase meer tijd per patiënt beschikbaar is. Hierdoor is in het eerste jaar de inclusie nog beperkt. Een relatief hoge inclusie roept echter de vraag op of patiënten wellicht ten onrechte zijn geïnccludeerd. Daarom verdient het aanbeveling om bij de start van dit zorgprogramma veel aandacht te besteden aan validatie van diagnoses en toetsing aan de inclusiecriteria door zorgvuldig dossieronderzoek of zelfs het oproepen van de betreffende patiënt.

BLOEDDRUK

Aanbevelingen NHG-Standaard CVRM (2012):

- Bij patiënten met HVZ en verhoogde bloeddruk (SBD > 140 mmHg) zijn antihypertensiva geïndiceerd, waarbij de voorkeursmedicatie afhangt van de aandoening, comorbiditeit en de overige medicatie.
- Bij patiënten met een coronaire ziekte zijn bètablokkers geïndiceerd, ongeacht de hoogte van de bloeddruk.
- Na een CVA of een TIA bestaat ook bij een SBD ≤ 140 mmHg een indicatie voor bloeddrukverlagende behandeling als deze wordt verdragen.
- Bij een SBD > 160 mmHg en een leeftijd ≥ 80 jaar worden leefstijlmaatregelen geadviseerd en bij onvoldoende effect op de SBD antihypertensieve medicatie. De SBD dient niet veel verder te dalen dan 150 mmHg.
- Na instelling van de behandeling wordt de controle frequentie (van de bloeddruk) individueel bepaald.

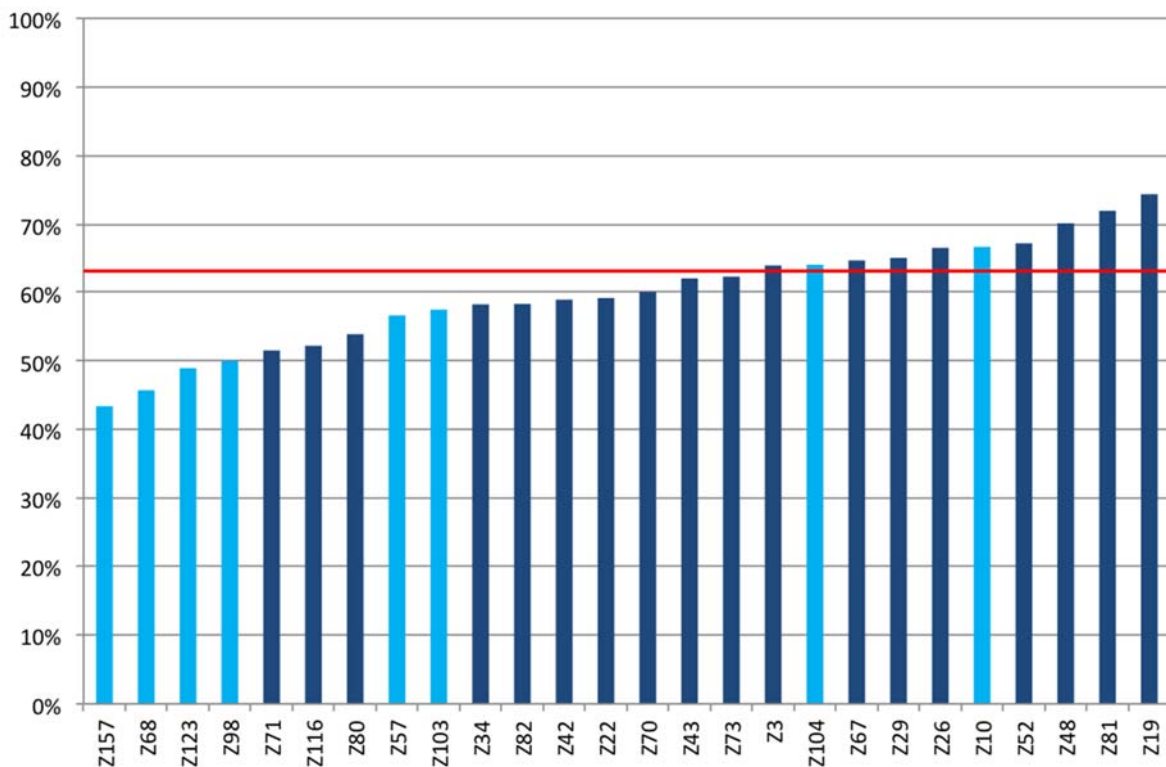
Grafiek 3: percentage patiënten bij wie de bloeddruk is gemeten



Dit percentage varieert van 56 tot 100%. Het gewogen gemiddeld ligt op 78%, wat betekent dat bij veel patiënten dit gegeven ontbreekt. Bij deze proces indicator dient het streefniveau hoog te zijn, maar mogelijke verklaringen zijn:

- Ten onrechte inclusie van patiënten die onder controle staan van de tweede lijn (zie overwegingen bij Overzicht 2).
- Niet het gehele jaar aan het zorgprogramma deelgenomen, bijvoorbeeld inclusie in de loop van het jaar of recent terugverwezen vanuit de tweede lijn.
- De patiënt is wel gecontroleerd, maar door verkeerde registratie is er geen informatie in de extractie.
- Wel controle en goede registratie maar toch geen informatie in de extractie; sommige KISsen hebben nog problemen met juiste en volledige data uitwisseling met sommige HISsen (Huisarts Wet 2013; 56:79)).
- no show ondanks inclusie.

Grafiek 4: Percentage HVZ patiënten bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk ≤ 140 mmHG



Gemiddeld haalt 63% deze streefwaarde. Dit is een zeer bemoedigende uitkomst en is vergelijkbaar met de score bij patiënten met diabetes type 2. Gezien de uitkomsten van de best scorende groepen lijkt een lichte stijging nog haalbaar.

Bij ouderen (>80 jaar) ligt de streefwaarde boven de 140 mmHg. Het verdient daarom aanbeveling om bij een volgende uitvraag een onderscheid te maken in leeftijdscategorieën, dan wel 80plussers te excluderen.

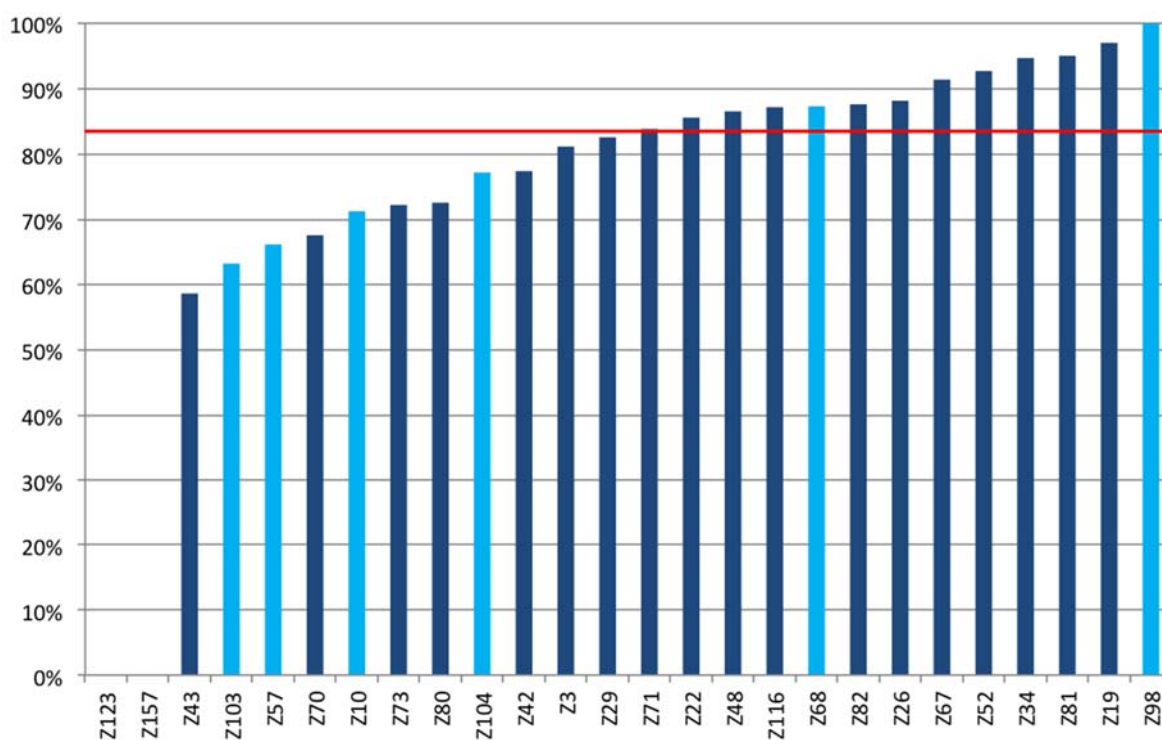
Daarnaast heeft een behoorlijk percentage (naar schatting 10-15%) van de patiënten last van een witte jassenfenomeen. Terwijl de werkelijke bloeddruk normaal is wordt daarbij vaak de te hoge spreekkamerwaarde in de extracties meegenomen.

CHOLESTEROL

Aanbevelingen NHG-Standaard CVRM (2012):

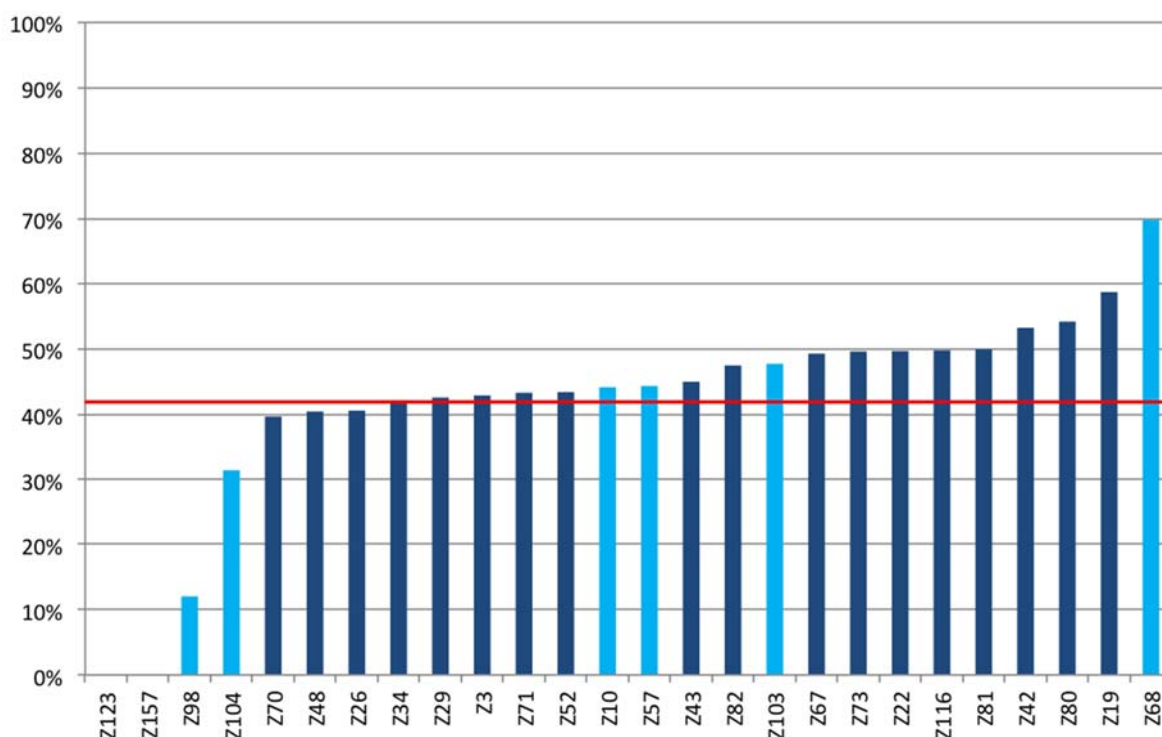
- Behandel met statines bij een LDL > 2,5 mmol/l.
- Bij symptomatisch coronairlijden of doorgemaakt hartinfarct: statine ongeacht hoogte TC en LDL.
- Bepaal LDL in instelfase 3-maandelijks en daarna alleen bij wijzigingen (of controle) van het risicoprofiel.

Grafiek 5: Percentage patiënten bij wie LDL is bepaald



Gemiddeld is bij 83% van de patiënten het LDL bekend. Dit is een hoge score als in ogenschouw wordt genomen dat patiënten eenmaal ingesteld op een statine niet routinematig jaarlijks op het LDL hoeven te worden gecontroleerd (*shoot and don't look*). In de praktijk zal het echter de gewoonte zijn de LDL-bepaling bij de jaarlijkse labcontrole mee te nemen.

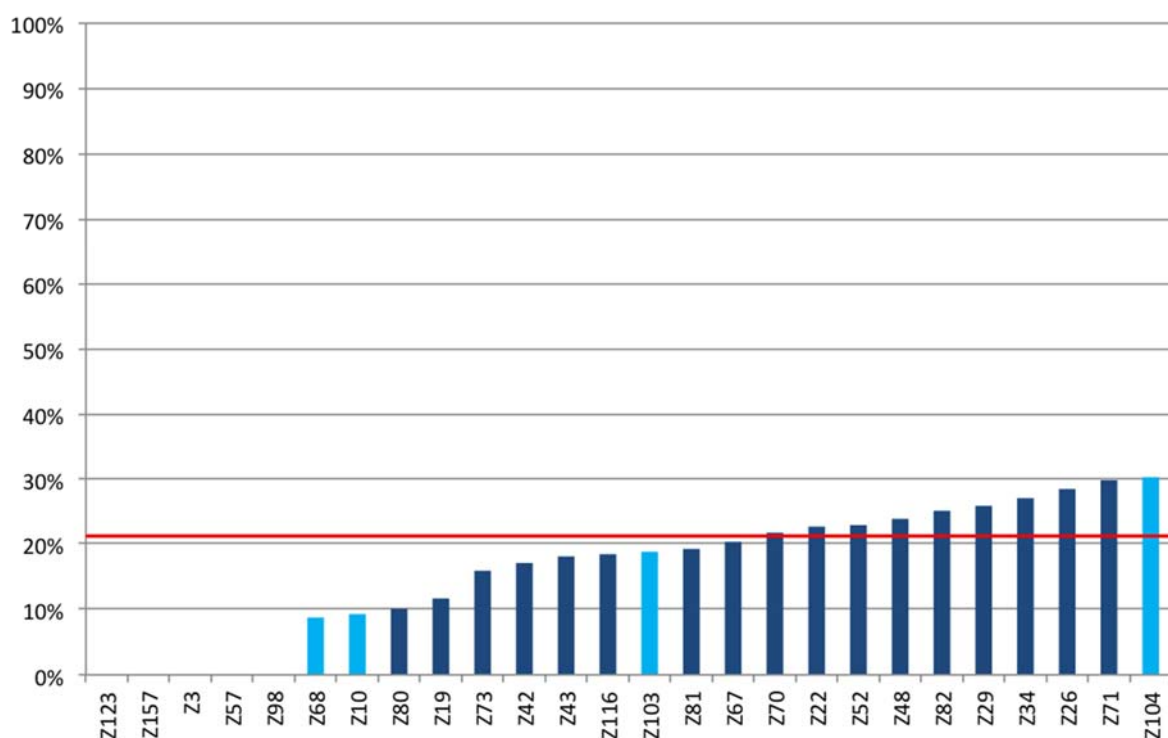
Grafiek 6: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie LDL is bepaald met $LDL \leq 2,5$ mmol/l



Gemiddeld haalt minder dan 42% van de patiënten de streefwaarde en de variatie tussen de zorggroepen is groot. Dit percentage is ruim 10% lager in vergelijking met patiënten met diabetes type 2. Mogelijke verklaringen zijn:

- Patiëntfactoren: bijwerkingen; matige therapietrouw; stoppen zonder overleg.
- Artsfactoren: onbekendheid met de cholesterol verlagende werking van de verschillende doseringen statines; accepteren van een hogere streefwaarde dan wel een klinisch relevante (nominale) daling; shared decision making.
- het zorgprogramma diabetes loopt al enkele jaren. Door een kwaliteitsbeleid met periodieke spiegelinformatie zijn de prestaties van de programma's geleidelijk verbeterd. Dat wekt de verwachting dat ook de prestaties van het zorgprogramma VRM verder zullen stijgen.

Grafiek 7: patiënten met LDL > 2,5 zonder lipiden verlagend medicament



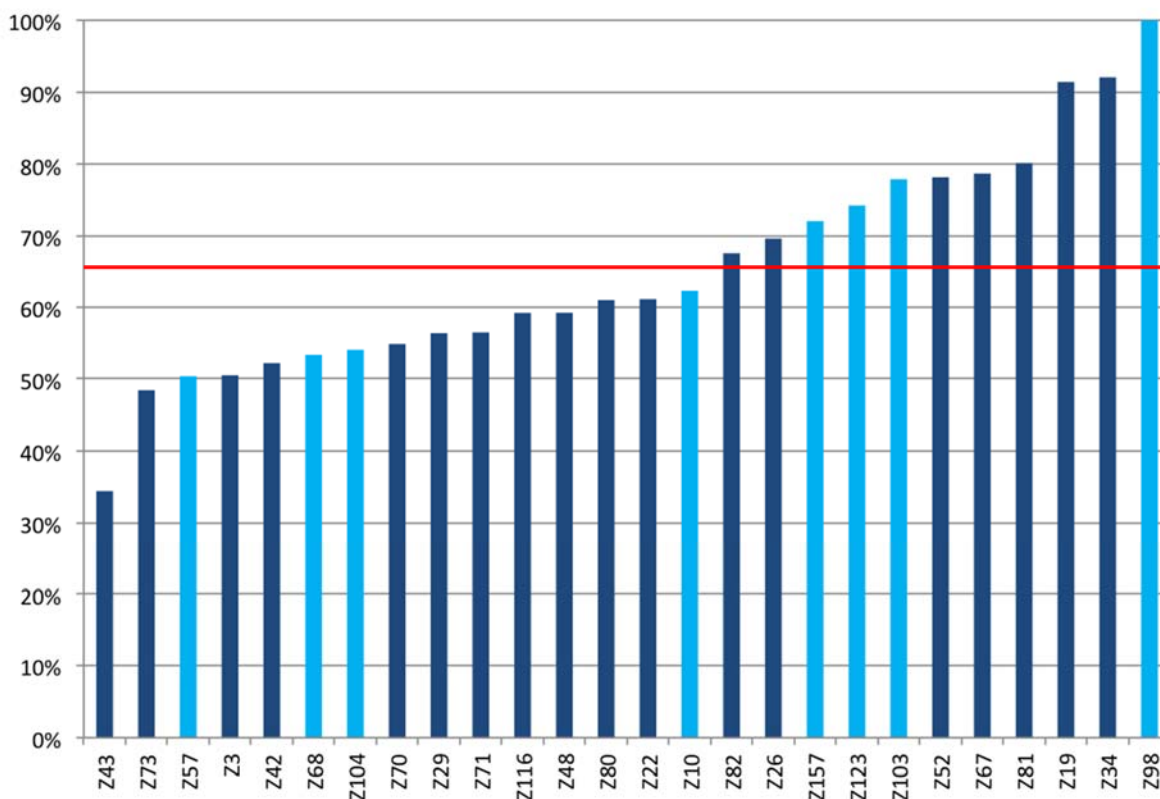
Gemiddeld gebruikt 21% van deze patiënten geen lipidenverlagend middel. De spreiding is hier relatief gering. De verklaring is waarschijnlijk dat niet iedereen een statine goed verdraagt met alle gevolgen voor de therapietrouw van dien. Omdat het 'officiële' percentage patiënten met relevante bijwerkingen lager is lijkt hier nog enige verbetering mogelijk.

De gevreesde bijwerking rabdomyolyse is zeldzaam. Myopathie (een serum creatinekinase (CK) gehalte van meer dan 10x de normale waarde) is als bijwerking beschreven en treedt bij 1-2% van gebruikers op. Lichte stijging van de serum transaminasen treedt op bij 0,1-1,5% van de gebruikers. De kans op transaminasestijging lijkt toe te nemen bij hogere doseringen statine en hogere plasmaconcentratie. Spierpijn of spierstijfheid zonder spierschade of CK-stijging komt bij 5% tot 18% van de gebruikers voor. Dezelfde klachten komen echter ook veel voor zonder statinegebruik (NHG-Standaard CVRM 2012).

ROKEN

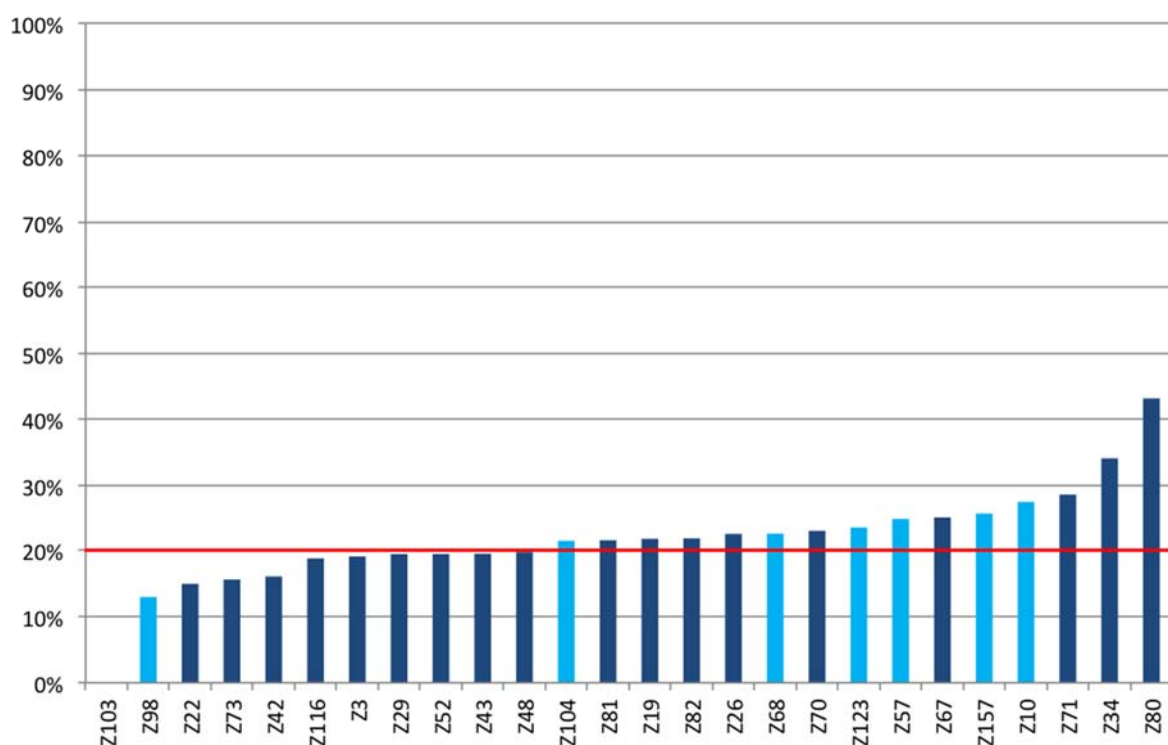
Aanbeveling NHG-Standaard CVRM (2012): bespreek rookgedrag en methoden om te stoppen.

Grafiek 8: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag ooit is vastgelegd



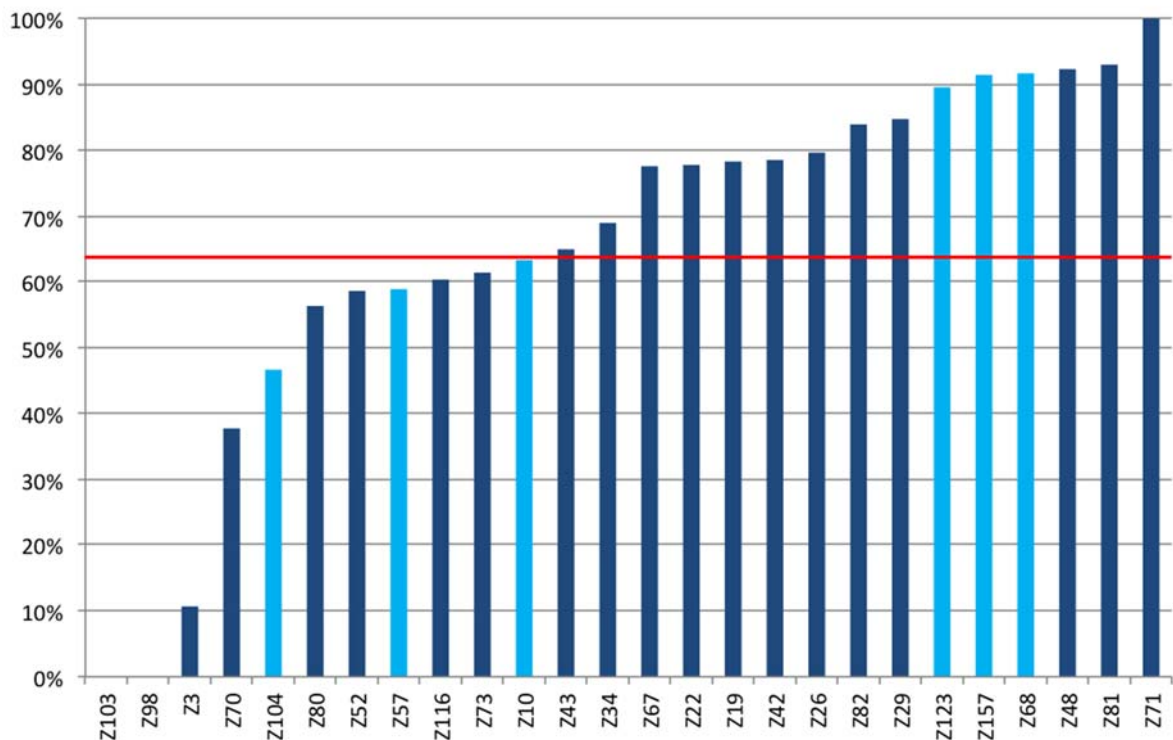
Bij gemiddeld 66% van de patiënten is de rookstatus vastgelegd. Dit is dus voor verbetering vatbaar, hoewel mogelijk registratie- en extractieproblemen hier debet aan zijn. Een verklaring kan zijn dat bijvoorbeeld het gegeven 'niet-roker' wel (ooit) is vastgelegd maar niet ieder jaar opnieuw wordt ingevuld. Het automatisch meenemen van dit soort historische data kan dit oplossen.

Grafiek 9: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode die roken



Gemiddeld rookt (nog steeds!) 20% van de patiënten met een doorgemaakte HVZ, tegen 27% van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder. Het is bekend dat ongeveer de helft van de rokers na een event blijft roken. De (aanzienlijke) spreiding tussen de zorggroepen zal waarschijnlijk deels verklaard worden door registratie- en extractieproblemen.

Grafiek 10: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma dat een advies kreeg om te stoppen met roken, in de groep patiënten die roken



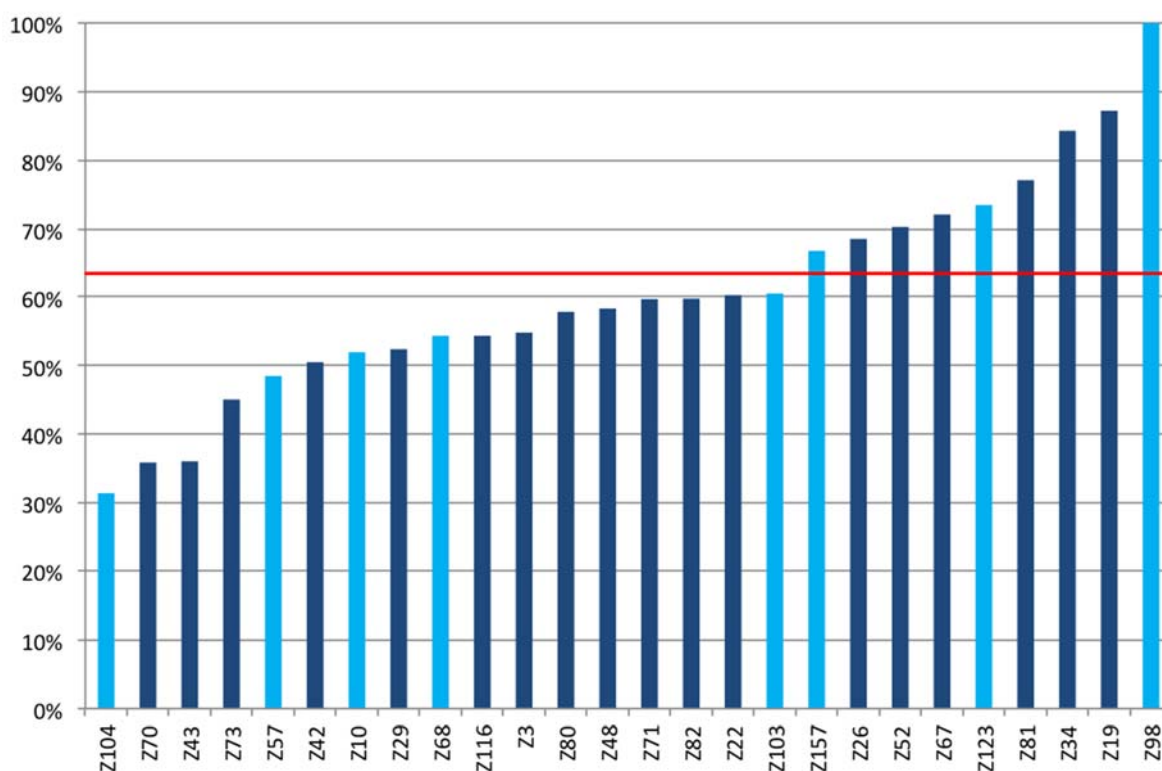
Twee derde van de patiënten die roken heeft advies gekregen om te stoppen met roken, en ook bij deze indicator is de spreiding tussen zorggroepen groot. Hierbij spelen registratie- en extractieproblemen een rol. Hoewel het natuurlijk geen kwaad kan om jaarlijks de motivatie om te stoppen opnieuw te inventariseren en een stop-advies te herhalen zou een 'ooit' gegeven advies moeten meelopen met de data-extractie. Uiteindelijk gaat het er vooral om of de rookstatus goed in kaart is gebracht en hoeveel mensen er uiteindelijk nog roken.

GEWICHT

Aanbevelingen NHG-Standaard CVRM (2012)

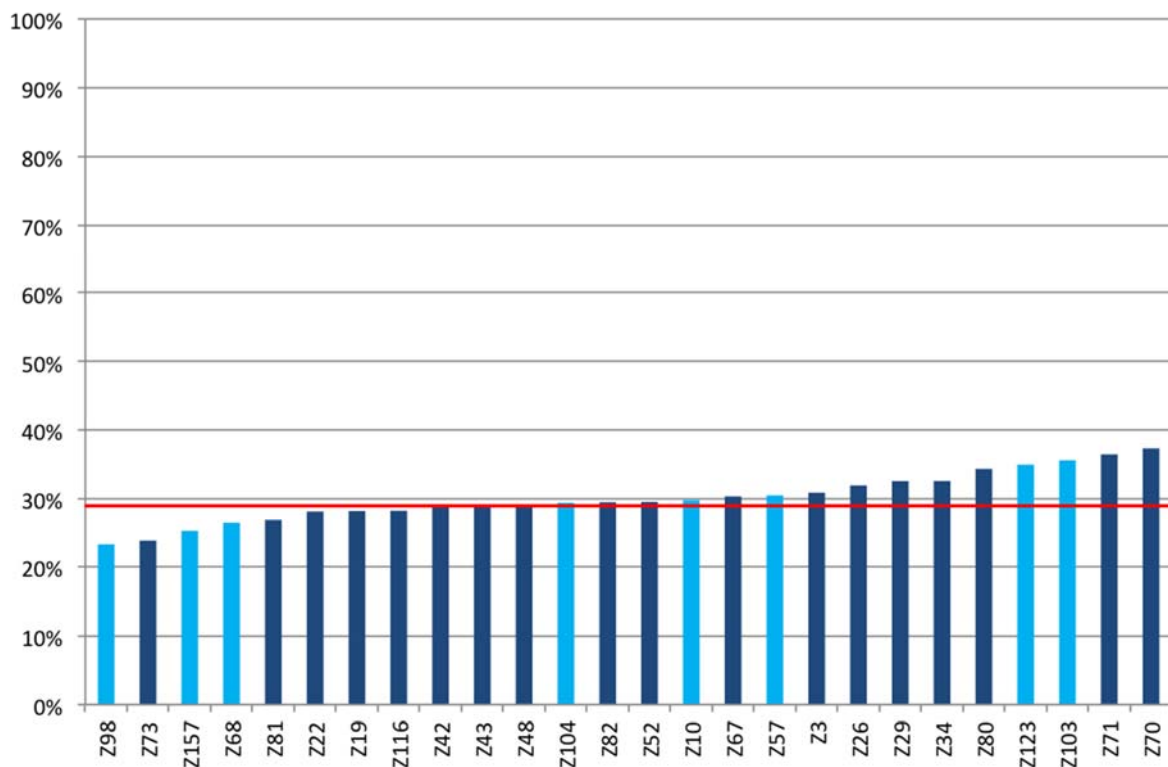
- Zorg voor een optimaal gewicht, dat wil zeggen een BMI ≤ 25 kg/m² bij personen tot 70 jaar;
- Bij ouderen is de relatie tussen BMI en gezondheid niet zo eenduidig en een BMI ≤ 30 kg/m² acceptabel;
- Bij overgewicht of obesitas kan een gestructureerde leefstijlinterventie aangewezen zijn.

Grafiek 11: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index berekend is



Van twee derde van de patiënten is de BMI genoteerd. Ook hier spelen registratie- en extractieproblemen een rol. Daarnaast kan een verklaring zijn dat de meeste HISSen de BMI niet automatisch berekenen als lengte (doorgaans bekend als historisch gegeven) en gewicht bekend zijn. Veel zorgverleners zijn waarschijnlijk ook gewend om het met de patiënt eerder te hebben over gewicht(sreductie) dan over BMI(reductie), zeker als de patiënt al bekend is met overgewicht of obesitas. Hoe dan ook, deze indicator is zeker voor verbetering vatbaar, waarbij een streefniveau van 85-90% haalbaar lijkt te zijn.

Grafiek 12: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie BMI berekend is met BMI onder 25



Ruim een kwart van de patiënten heeft een BMI lager dan 25, wat direct de omvang van het 'probleem' overgewicht en obesitas weerspiegelt. De spreiding tussen de zorggroepen is hier opvallend gering. Het is bekend dat (blijvende) gewichtsreductie een van de moeilijkst haalbare doelen is voor de meeste patiënten met overgewicht. Op de lange termijn effectieve interventies zijn schaars. Het verdient aanbeveling bij deze groep meer in te zetten op conditieverbetering dan op gewichtsreductie 'sec' omdat conditieverbetering ook bij gelijkblijvend gewicht bijdraagt aan een betere prognose. Onderzocht zou kunnen worden om 'conditieverbetering' als uitkomstindicator (uitgedrukt in 'maat en getal') voor een volgende rapportage op te nemen.

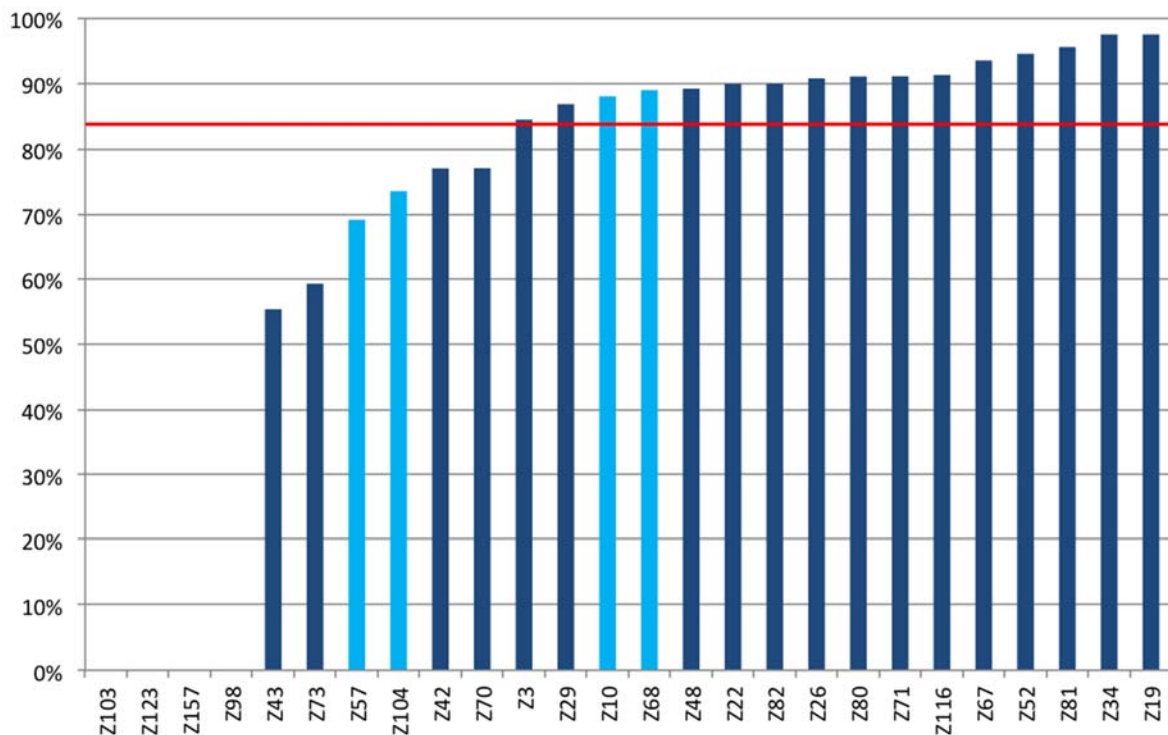
Gezien de richtlijnen ten aanzien van gewichtsreductie bij ouderen zou ook een differentiatie van de uitkomsten afhankelijk van de leeftijd overwogen moeten worden

NIERFUNCTIE

Aanbevelingen NHG-Standaard CVRM (2012):

- De nierfunctie (eGFR) wordt geschat door middel van het serumcreatininegehalte (via de MDRD-formule). Een eGFR < 60 ml/min/1,73 m² bij personen < 65 jaar, of < 45 ml/min/1,73 m² bij personen ≥ 65 jaar, wijst op chronische nierschade.
- bij nierfunctiestoornissen, gebruik van diuretica, ACE-remmers of ARB's worden het serumkalium- en serumcreatininegehalte jaarlijks gecontroleerd.

Grafiek 13: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie MDRD (klaring) is gemeten in afgelopen vijf jaar



Hier presteren de zorggroepen bovengemiddeld vergeleken met andere indicatoren. Blijkbaar worden urine en bloed controles beter geregistreerd, dan controles van de 'leefstijl'-risicofactoren, zoals roken, BMI, bewegingsadvies en voedingsadvies. T.a.v. labwaarden zijn er veel minder registratie- en extractieproblemen dan bij de waarden die in de NHG-labcodetabellen van de diverse Hissen moeten worden ingevuld.

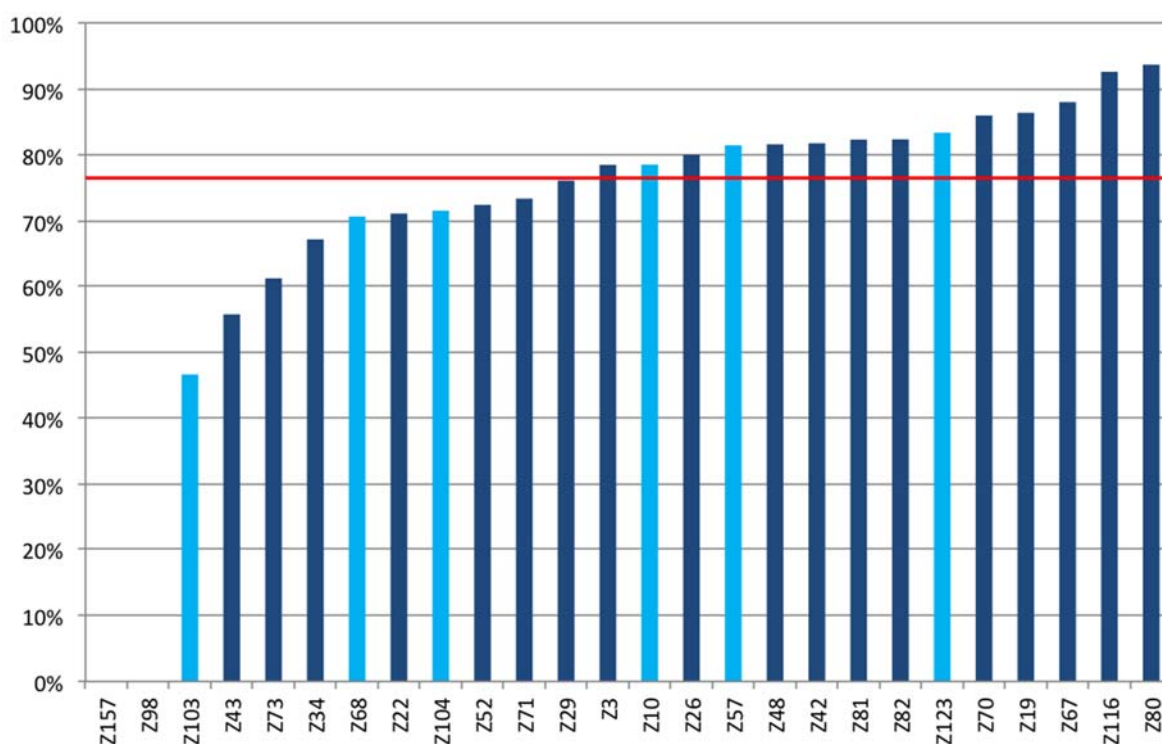
Gezien de uitslagen van de best scorende groepen lijkt een score rond de 90% hier haalbaar.

ANTISTOLLING

Aanbevelingen NHG-Standaard CVRM (2012)

- Aan alle patiënten met HVZ dient acetylsalicylzuur te worden voorgeschreven, tenzij er een indicatie is voor orale antistollingstherapie (bijvoorbeeld bij atriumfibrilleren, structurele hartafwijkingen, kunstkleppen en vaatprothesen);
- Bij patiënten met overgevoeligheid voor acetylsalicylzuur kan clopidogrel worden voorgeschreven;
- Na een TIA of een onbloedig CVA zijn acetylsalicylzuur én dipyridamol geïndiceerd indien de bijwerkingen van deze medicatie dit toelaten (tenzij er sprake is van atriumfibrilleren als oorzaak).

Grafiek 14: Percentage patiënten met antistollingsmiddelen of plaatsjesaggregatieremmers



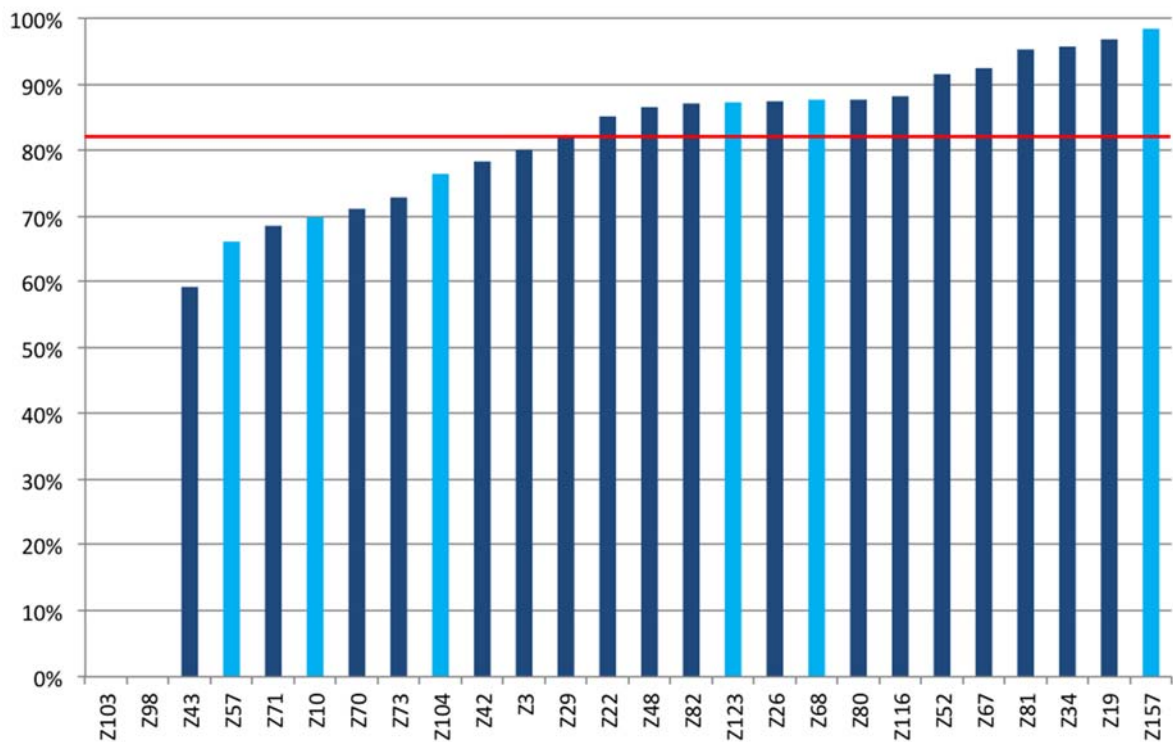
Gemiddeld 77% van de patiënten gebruikt deze medicamenten. Gezien de aanbevelingen in de standaard lijkt dit percentage in overeenstemming met de streefwaarde van 75 tot 80%.

GLUCOSE

Aanbevelingen NHG-Standaard CVRM (2012)

- bepaal nuchtere glucose bij patiënten zonder DM elke 3-5 jaar

Grafiek 15: Percentage patiënten bij wie nuchtere glucose meting is uitgevoerd in de afgelopen vijf jaar



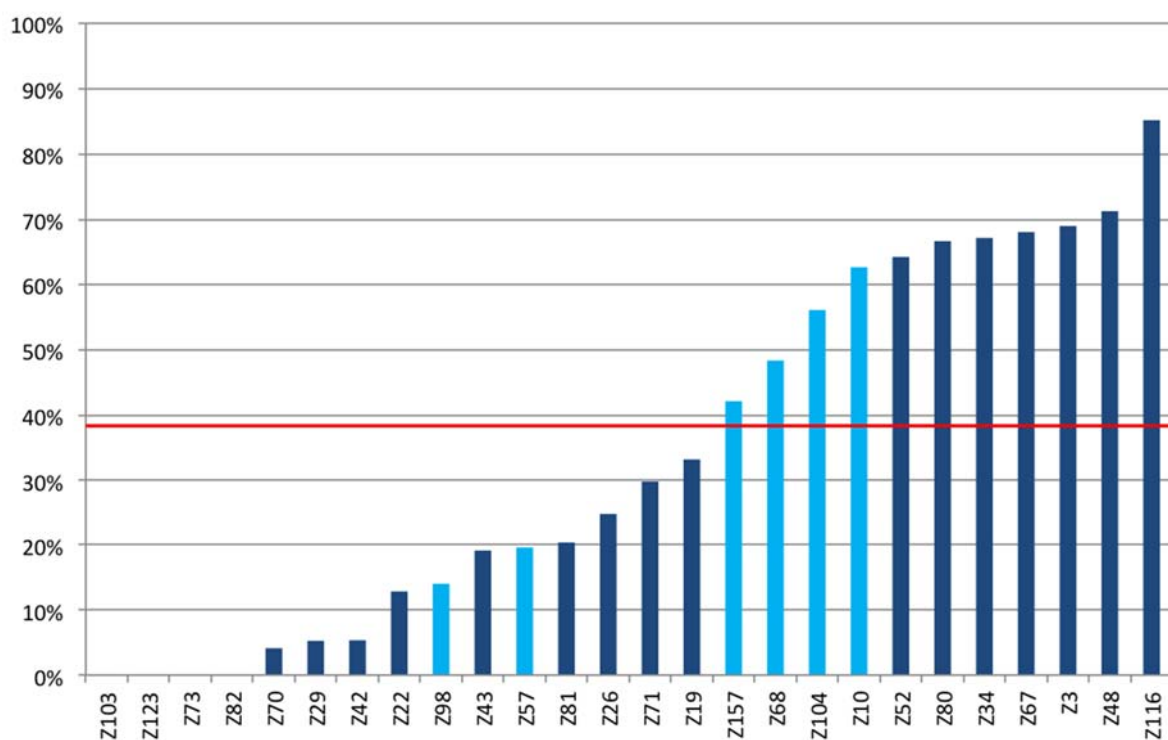
De meeste zorggroepen voeren deze bepaling bij de meeste patiënten (bijna 82%) minstens eenmaal in de vijf jaar uit. Hier presteren de zorggroepen gemiddeld beter en dit is vergelijkbaar met andere laboratorium bepalingen. De in het algemeen hoge compliance van het aanvragen van de juiste laboratorium bepalingen wordt in belangrijke mate gefaciliteerd door het gebruik van de probleemgestuurde laboratoriumformulieren.

GRIEPVACCINATIE

Aanbeveling NHG-Standaard

- een grieprik wordt aanbevolen voor de volgende groepen mensen: personen ouder dan 60 jaar, volwassenen en kinderen met chronische ziekten (o.a. diabetes mellitus, hart-, long- en nierziekten)

Grafiek 16: Percentage patiënten met griepvaccinatie in meetperiode



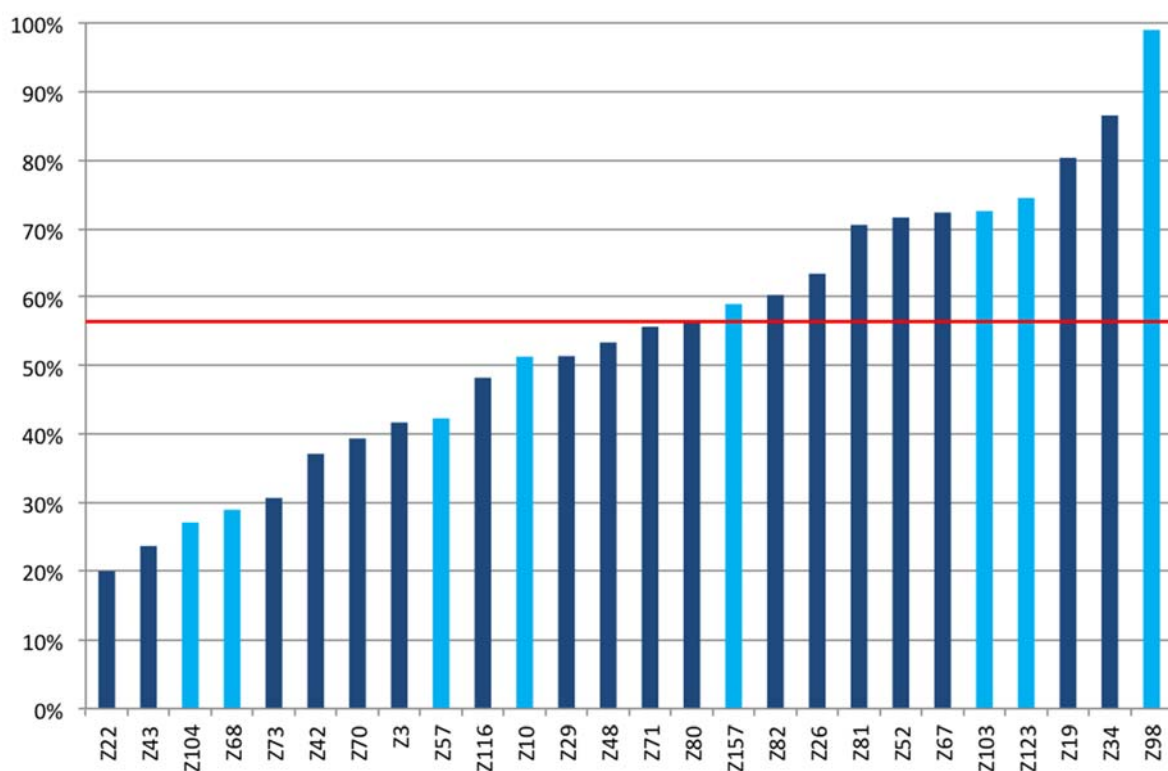
De griepvaccinatiegraad in Nederland is steeds circa 70%. Het is daarom opvallend dat bij gemiddeld nog geen 40% van de patiënten een griepvaccinatie is vastgelegd. Zeer waarschijnlijk ligt dit aan registratie - en extractieproblemen, omdat de registratie van de griepvaccinatie in het HIS, vrijwel altijd buiten het directe CVRM-controleprofiel van de patiënt plaatsvindt.

BEWEGING

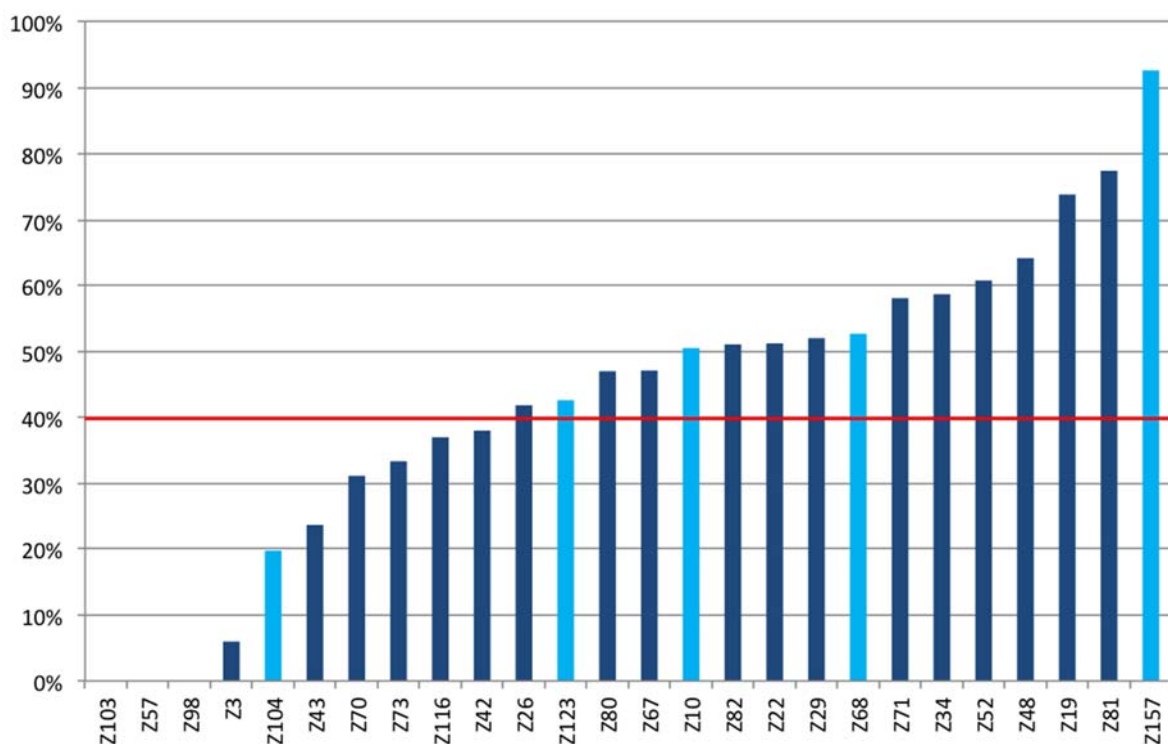
Aanbevelingen NHG-Standaard CVRM (2012):

- Voldoende bewegen, bij voorkeur ten minste 5 dagen per week 30 minuten per dag matig intensieve inspanning, zoals fietsen, stevig wandelen, tuinieren enzovoort.

Grafiek 17: Percentage patiënten bij wie mate van beweging is vastgelegd



Grafiek 18: Percentage patiënten met beweegadvies OOI



De percentages van deze indicator liggen in lijn met de andere leefstijl indicatoren: bij gemiddeld 56% is deze indicator vastgelegd, en bij gemiddeld 40% is een ooit gegeven beweegadvies geregistreerd. Het is niet uit te sluiten dat in de consulten *bewegen* en *beweegadviezen* vaker ter

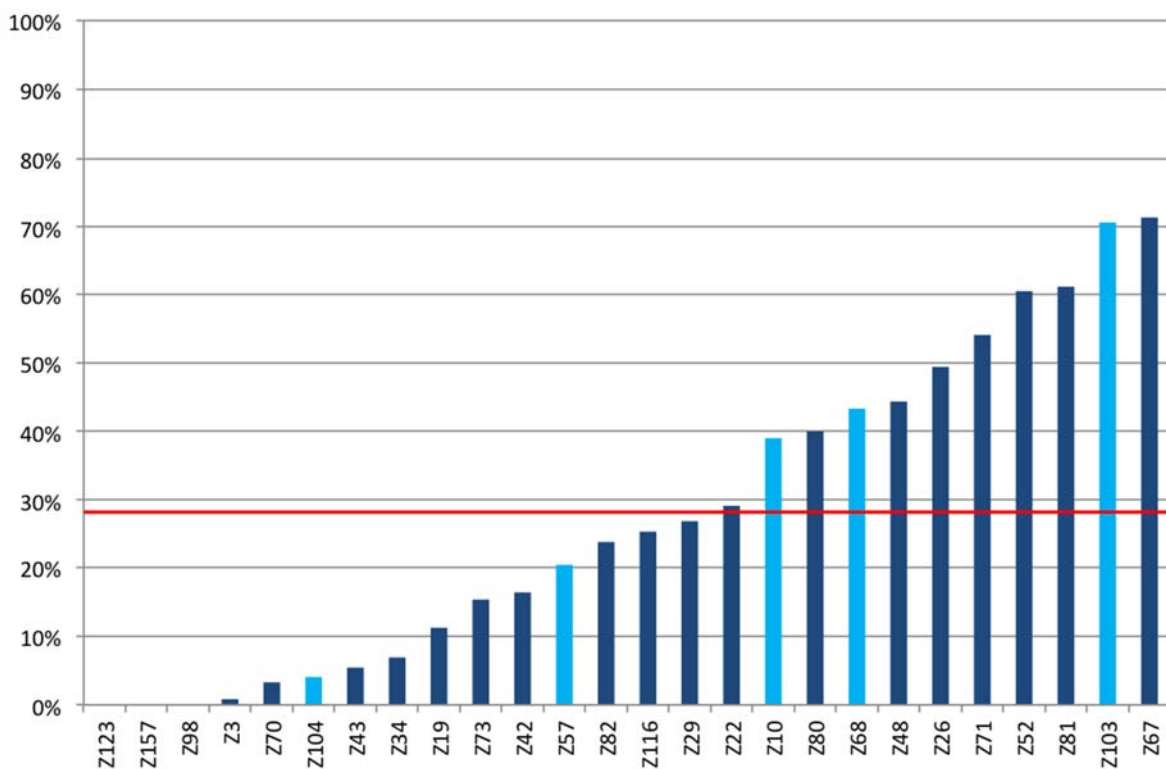
sprake komen dan ze worden geregistreerd. Registratieproblemen in HISSen en KISSen zijn hier mede debet aan. Het werken met verplichte velden in de HIS/KIS protocollen met een goede koppeling aan de NHG labcodetabellen kan deze discrepantie verminderen.

VOEDING en ALCOHOL

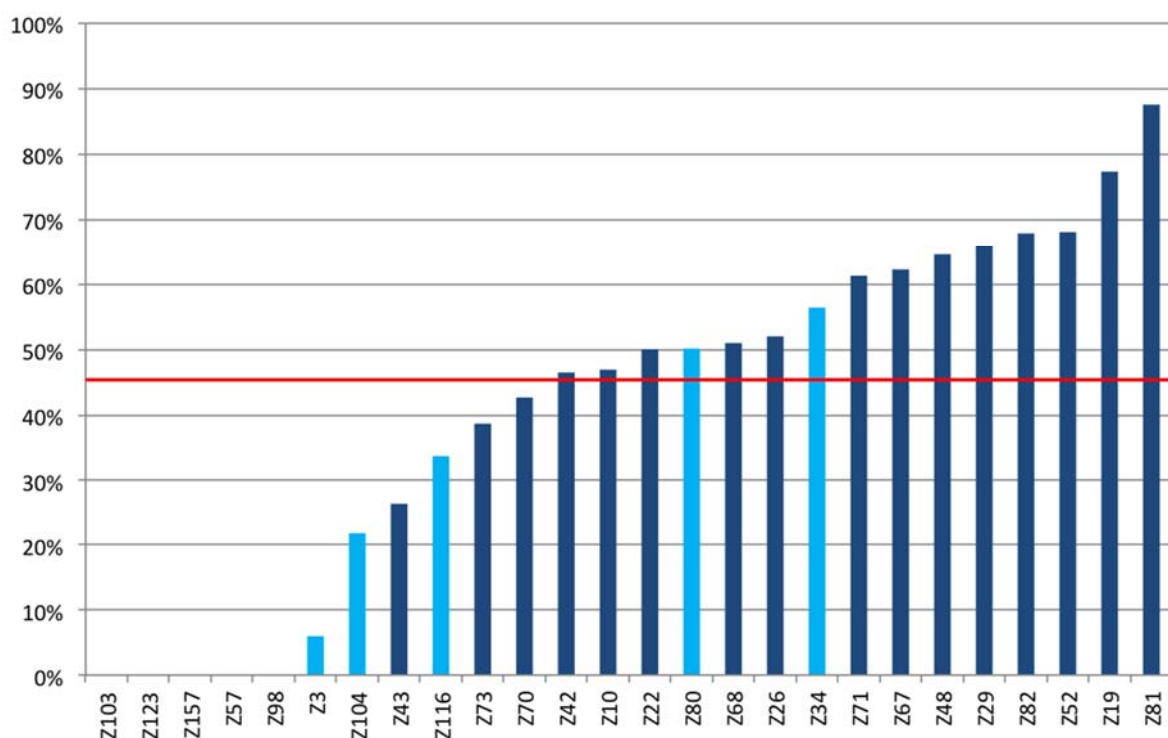
Aanbevelingen NHG-Standaard CVRM (2012):

- Gezond eten, waarbij de volgende punten van belang zijn
 - het gebruik van roomboter, harde margarines, vette vlees en melkproducten en tussendoortjes (ook zoete) beperken, ter verlaging van het cholesterolgehalte;
 - 2 porties (100-150 g) vis per week eten, waarvan ten minste 1 portie vette vis;
 - per dag 150 tot 200 gram groente en 200 gram fruit gebruiken;
 - het gebruik van zout beperken tot maximaal 6 gram per dag; in de praktijk betekent dit dat er wordt geadviseerd om geen zout toe te voegen aan de voeding en voedingsmiddelen die veel zout bevatten te vermijden.
- Beperk het gebruik van alcohol. Voor vrouwen geldt maximaal 1 à 2 glazen per dag, voor mannen 2 à 3 glazen per dag.

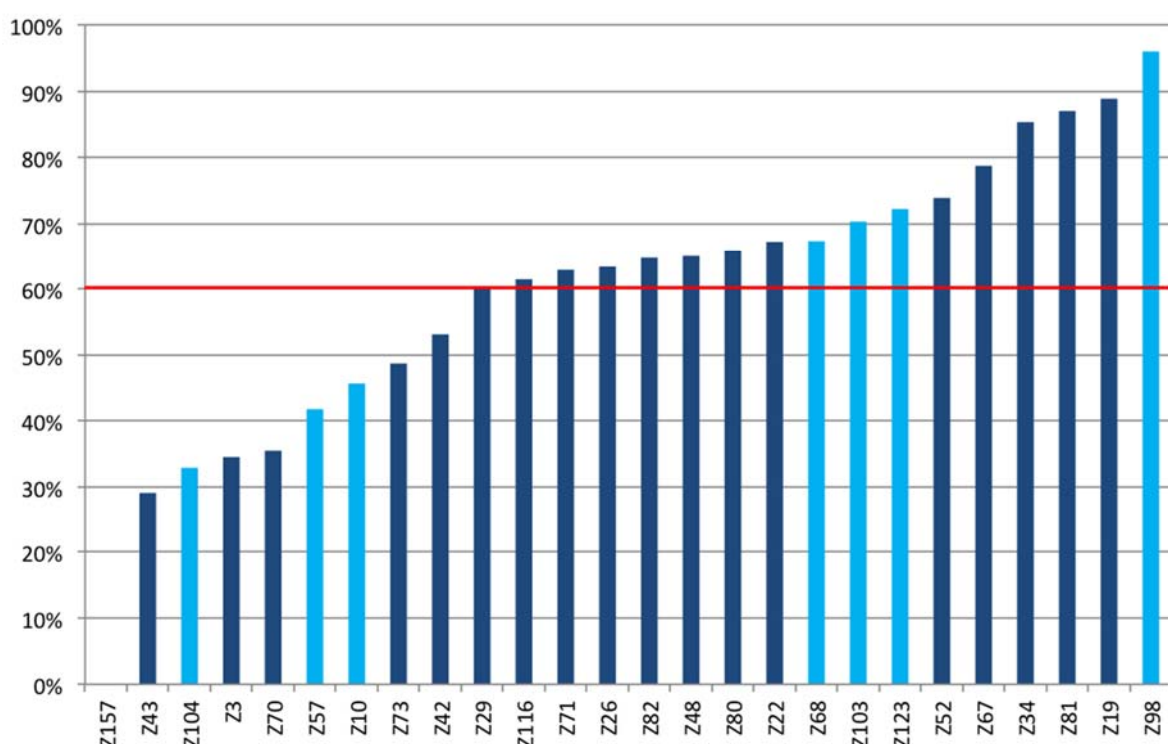
Grafiek 19: Percentage patiënten met wie voedingspatroon is besproken.



Grafiek 20: Percentage patiënten met voedingsadvies OOIT



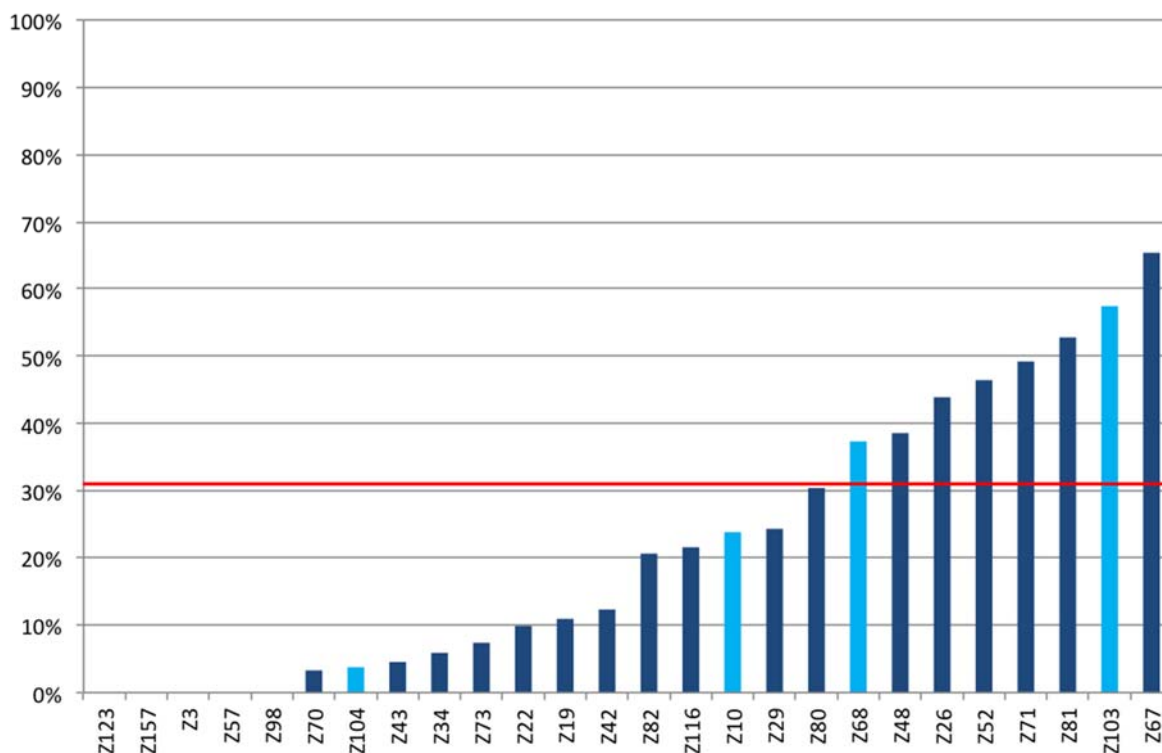
Grafiek 21: Percentage patiënten bij wie alcoholgebruik is vastgelegd in afgelopen vijf jaar



Evenals bij de andere leefstijl indicatoren zien we hier relatief lage percentages registraties, met een mogelijke discrepantie tussen de inhoud van het consult en de registratie van datgene wat aan de orde is geweest. Goede structurele en multidisciplinaire interventies in de eerste lijn op het gebied van leefstijl (roken, afvallen, bewegen) met een voldoende lange follow-up zijn schaars. Daarnaast

zijn er ook maatschappelijke factoren die minder gezond gedrag eerder aanmoedigen dan afremmen. En last but not least is er de patiënt zelf. Niets menselijks is hem vreemd, waardoor het (blijvend) veranderen van rook-, eet-, en beweeggedrag een uitermate lastige opgave blijft.

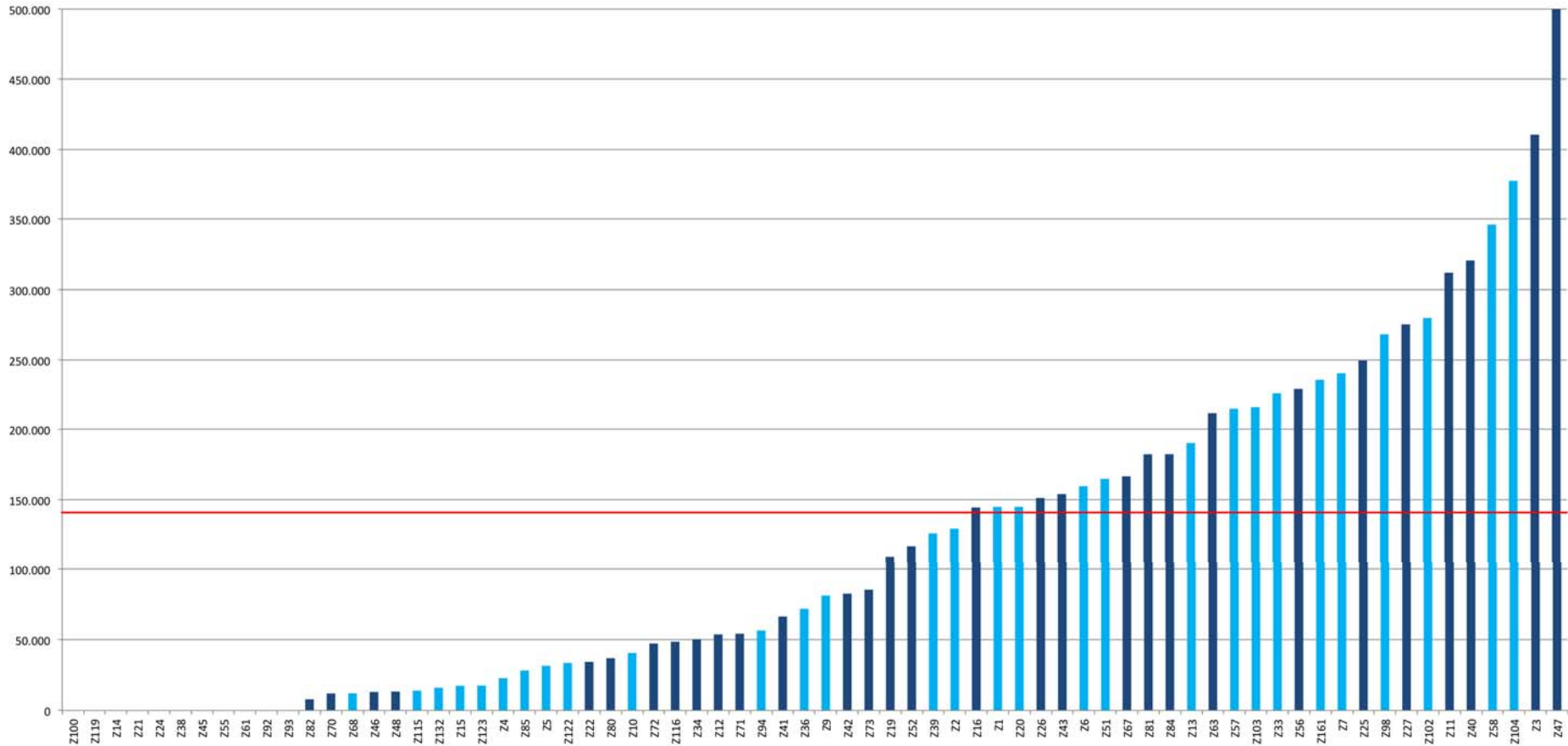
Grafiek 22: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma met compleet risicoprofiel (rookstatus, voeding, beweging, alcoholgebruik, BMI, bloeddruk, glucose, LDL eGFR)



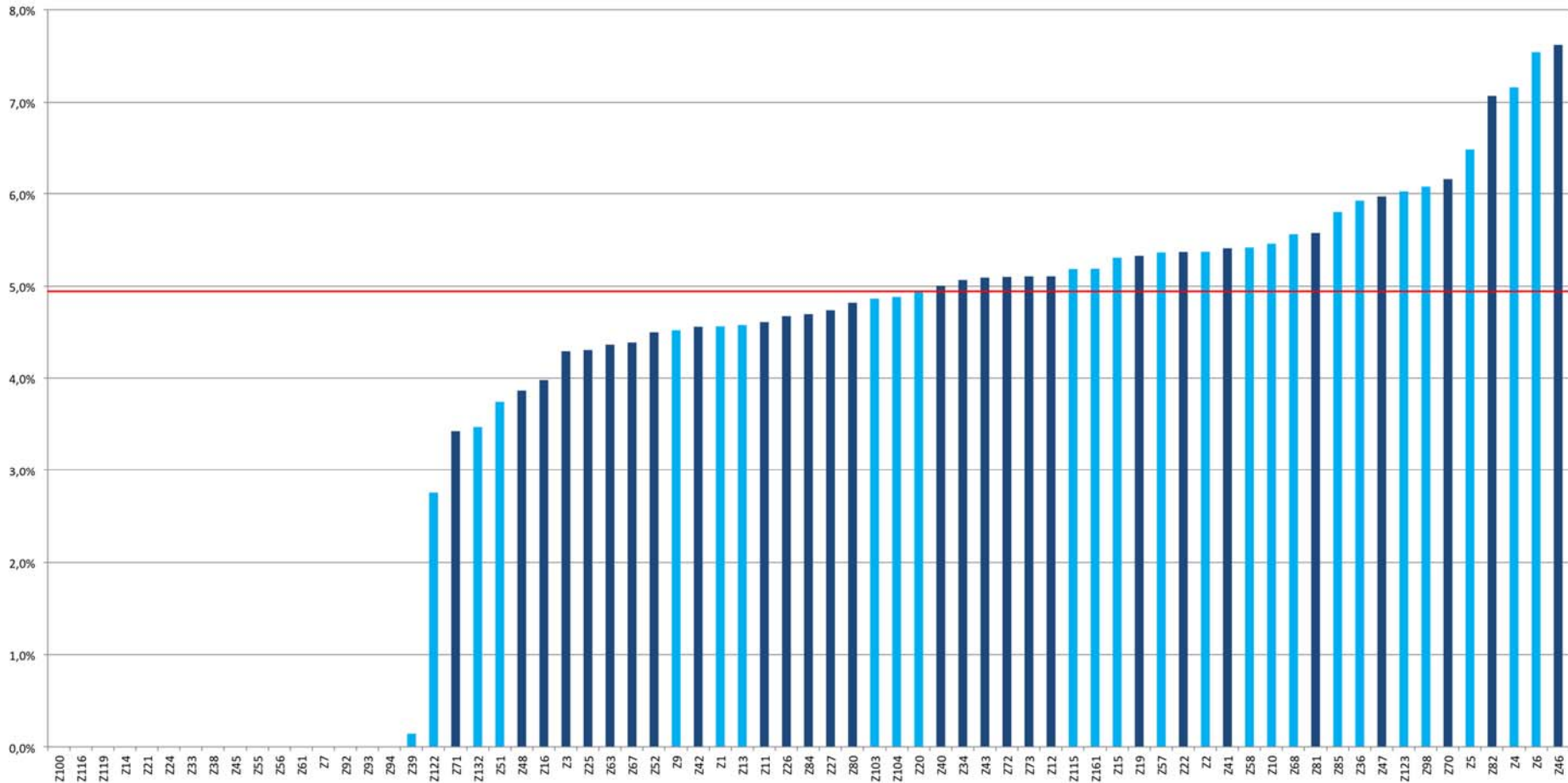
De scores ten aanzien van een compleet risicoprofiel zijn nog erg bescheiden. Dat heeft alles te maken met de opstart van dit zorgprogramma en alle haken en ogen die daar nog aan kleven. Bij de start van het zorgprogramma diabetes enkele jaren geleden zagen we vergelijkbare bescheiden scores. De verwachting is dat deze grafiek elk jaar betere scores zal laten zien.

Bijlage 1 Grafieken diabetes

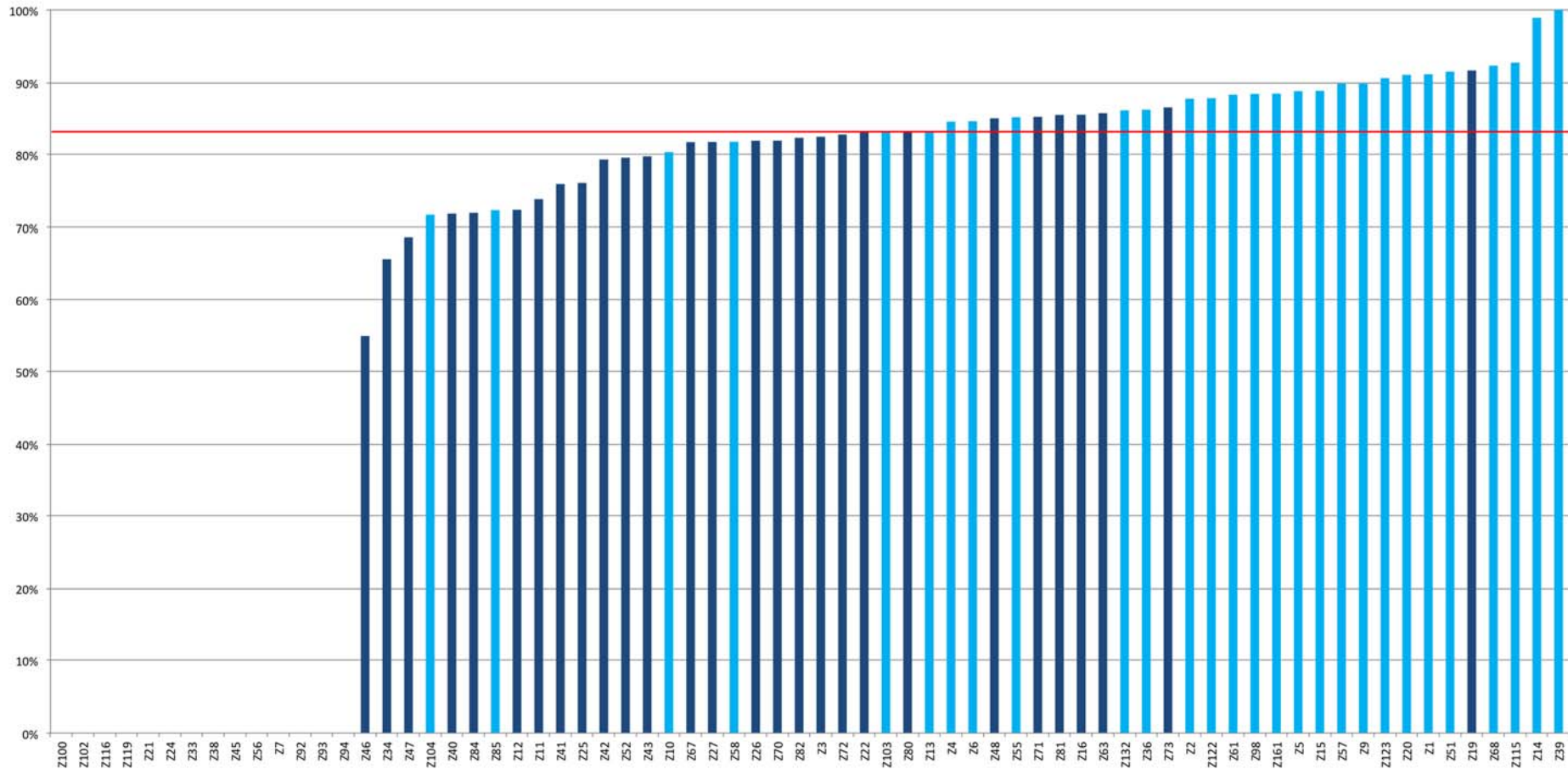
Grafiek 1: Totale populatie zorggroepen



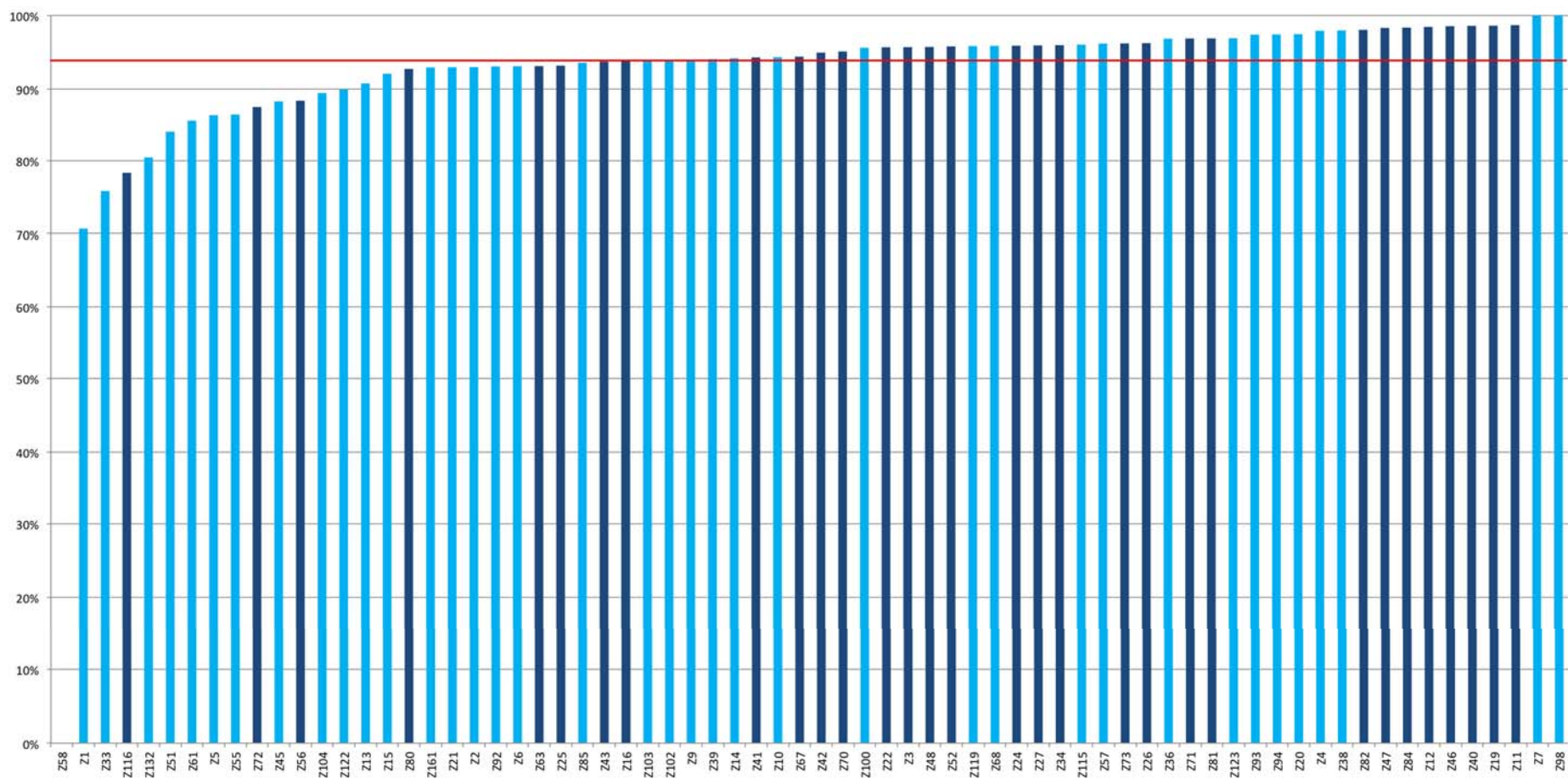
Grafiek 2: Prevalentie diabetes



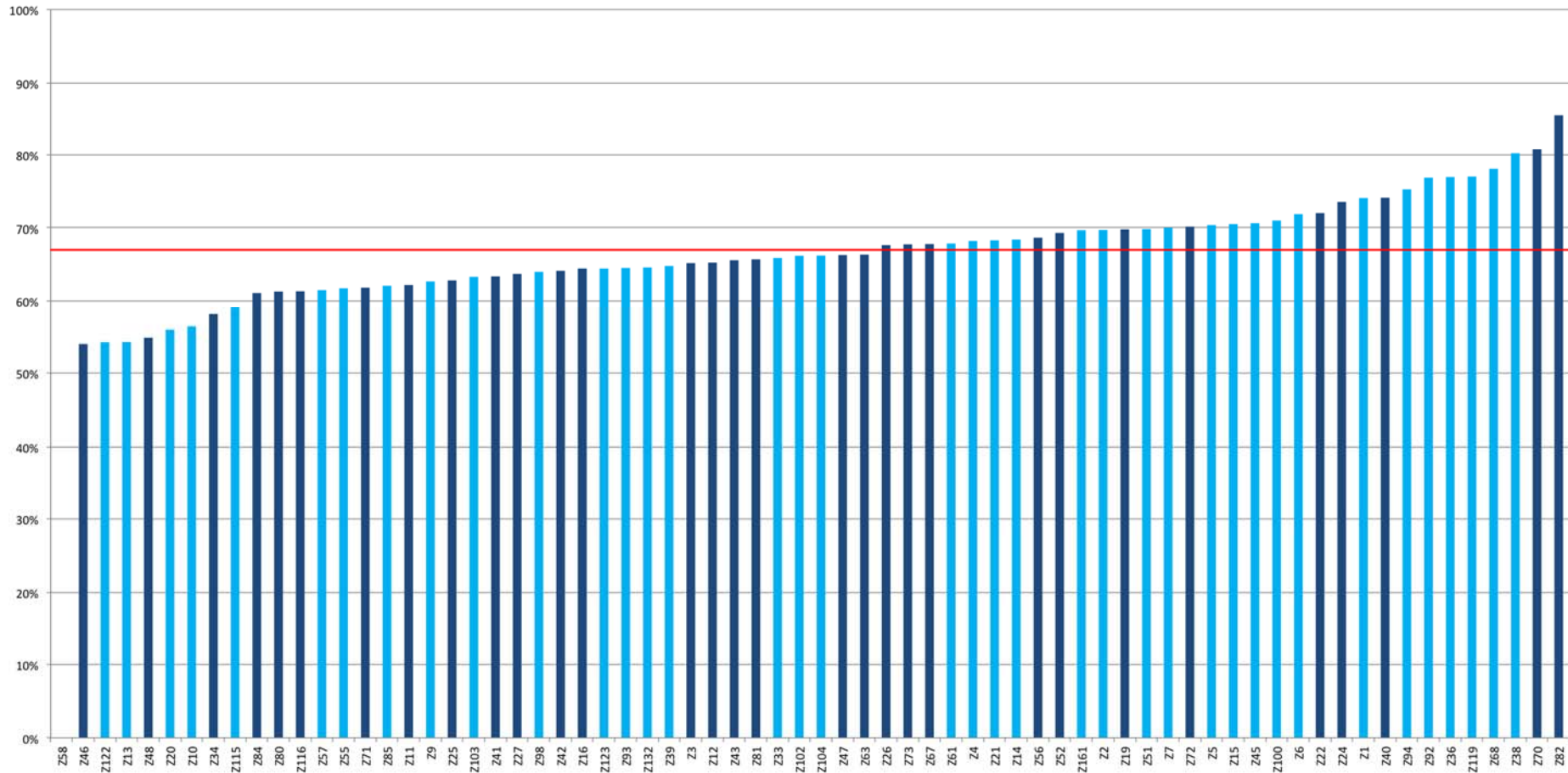
Grafiek 3: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma



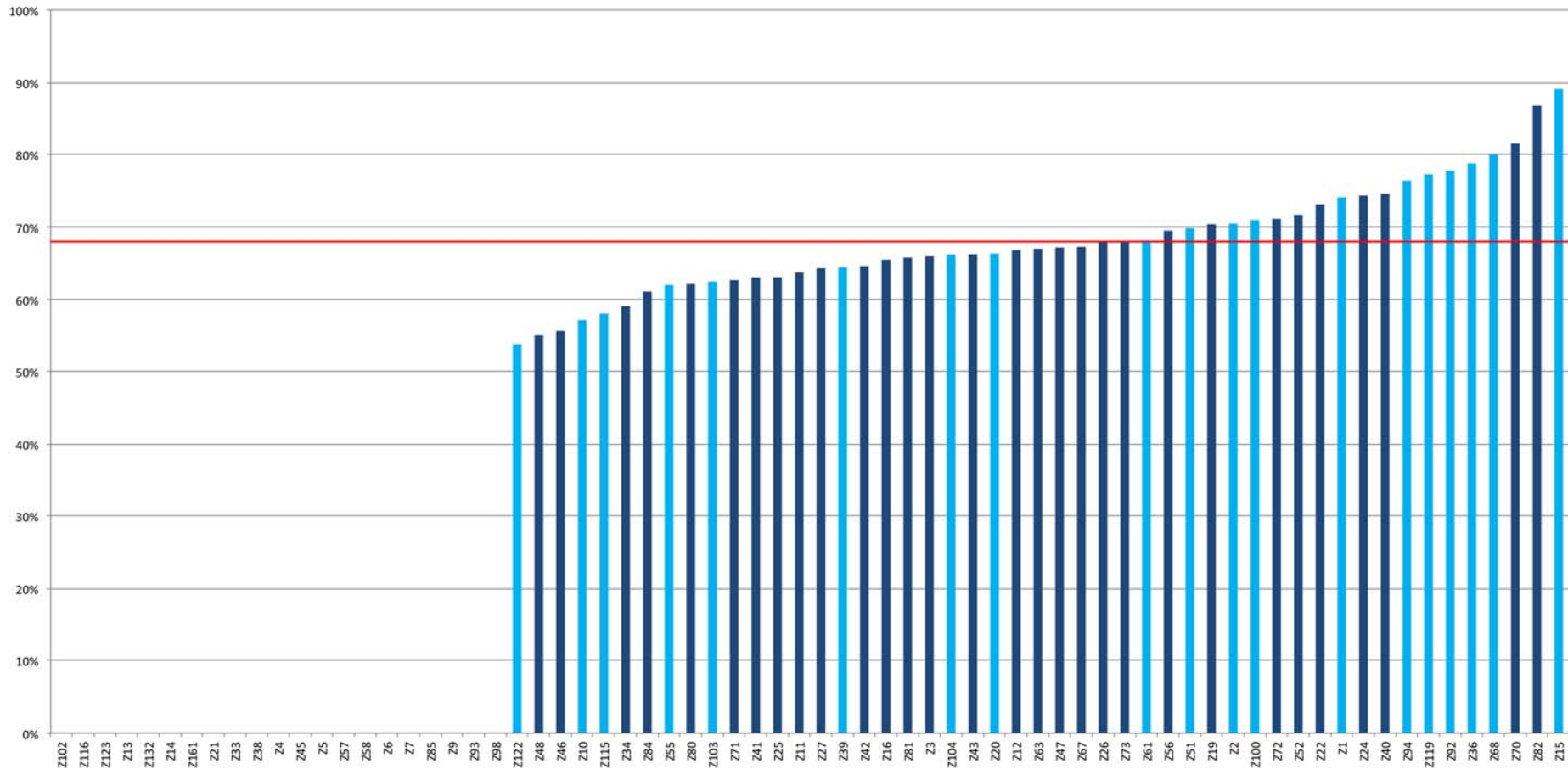
Grafiek 4: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie HbA1c is bepaald



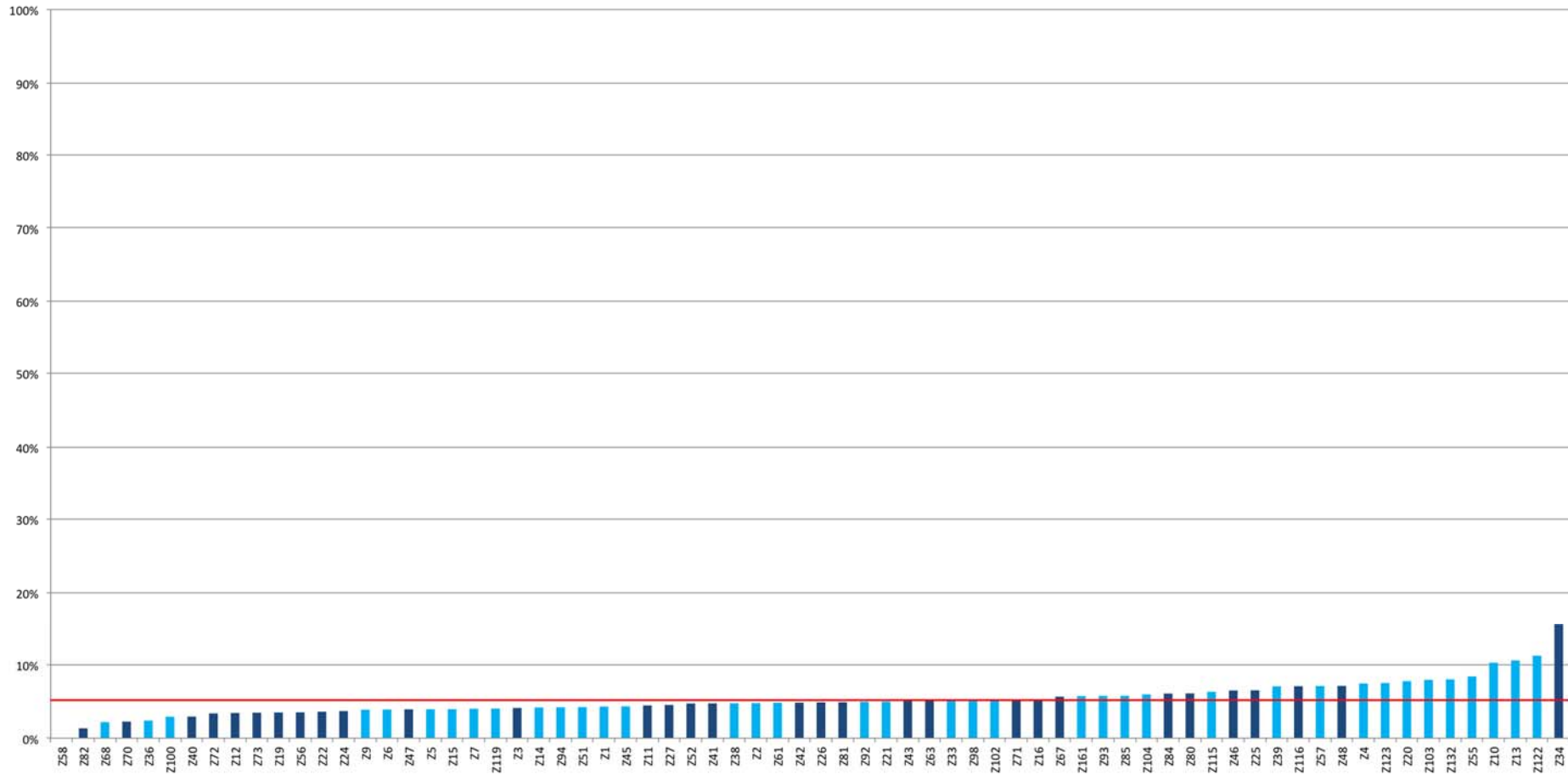
Grafiek 5: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie HbA1c is bepaald met HbA1c onder 53 mmol/mol



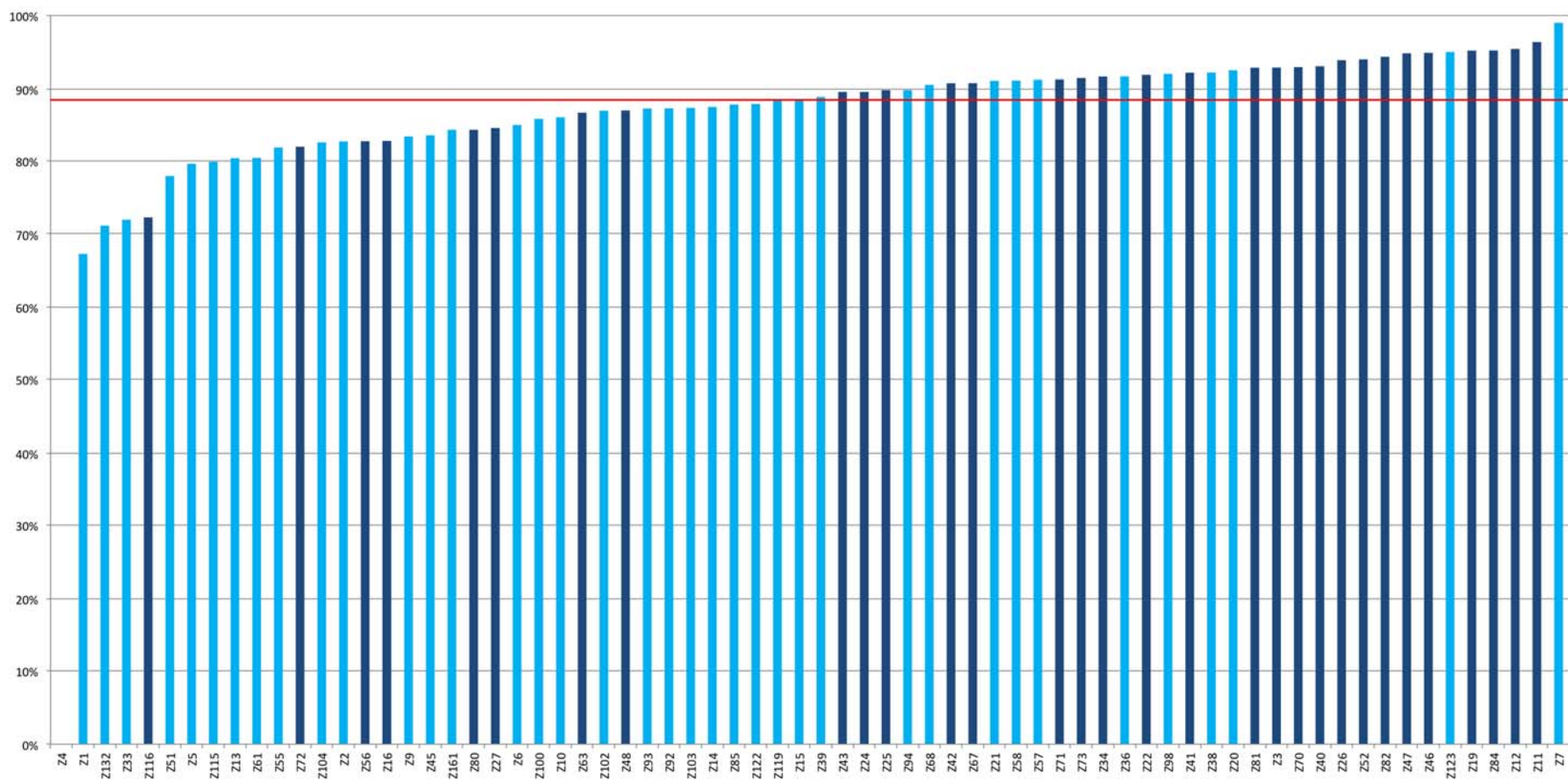
Grafiek 6: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie HbA1c is bepaald met HbA1c onder 53 mmol/mol



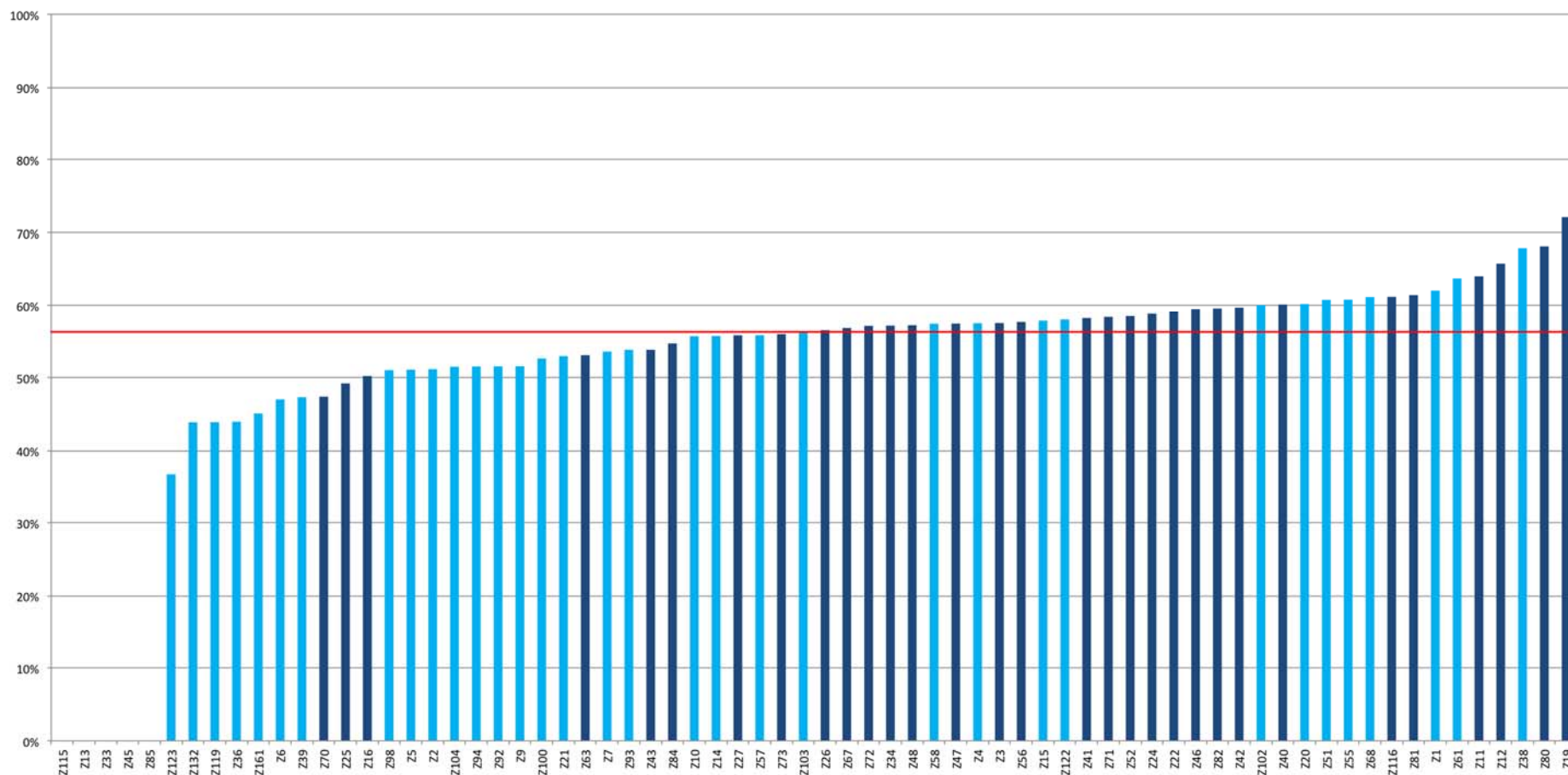
Grafiek 7: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie HbA1c is bepaald met HbA1c boven 69 mmol/mol



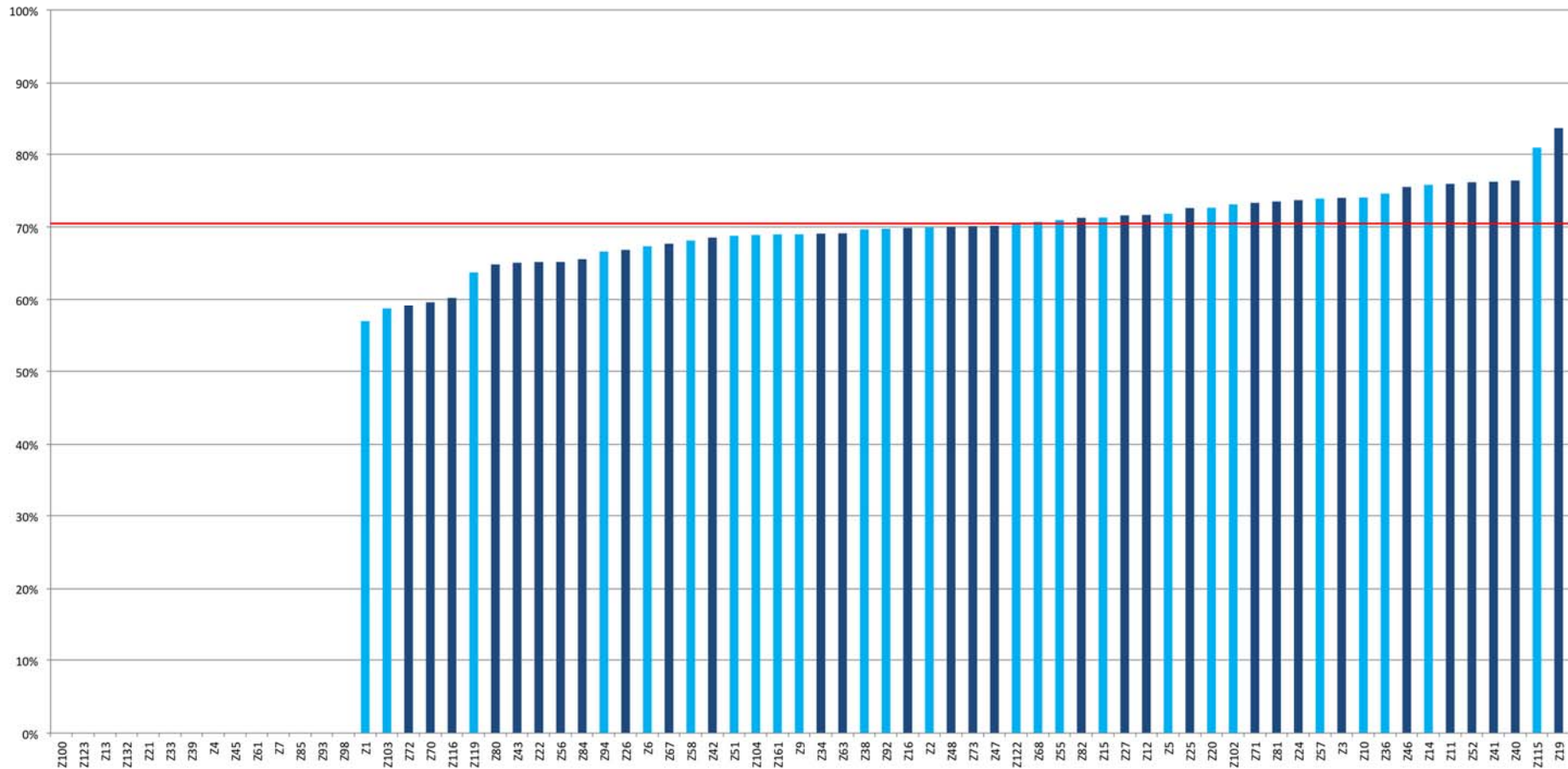
Grafiek 8: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie lipidenprofiel is bepaald



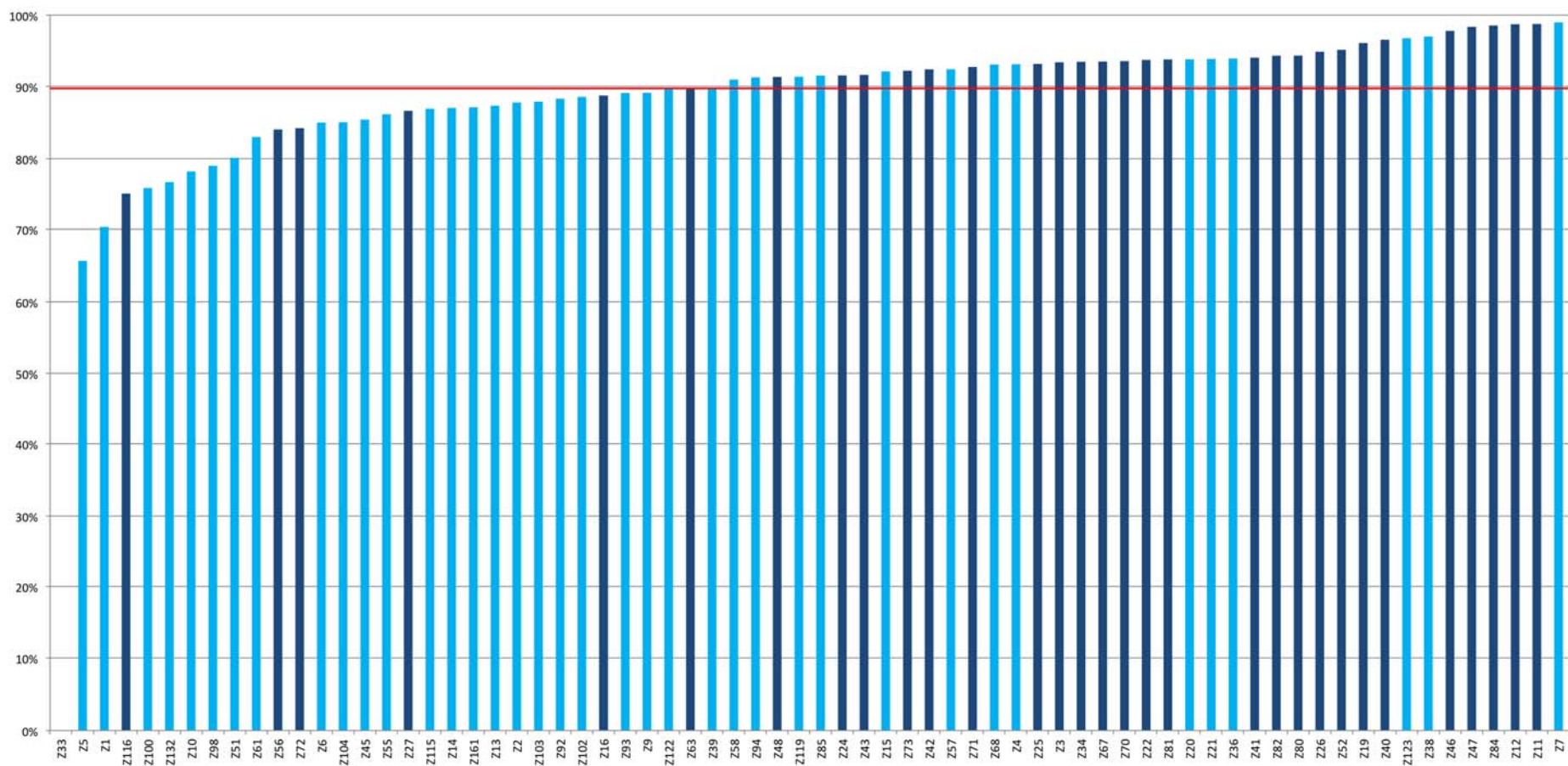
Grafiek 9: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie LDL B of LDLD B is bepaald met LDL-cholesterolwaarde lager dan 2,5 mmol/l



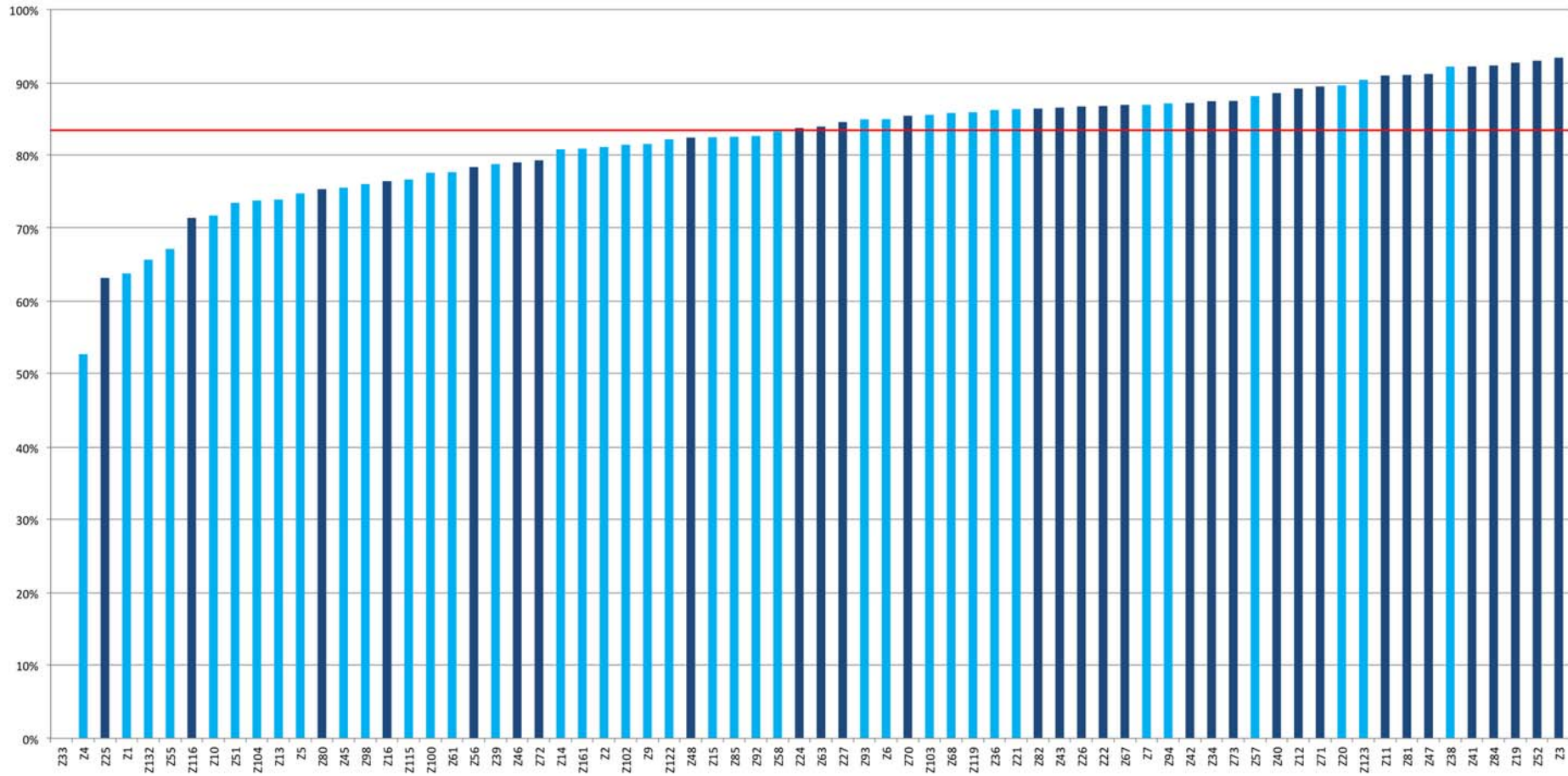
Grafiek 10: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt



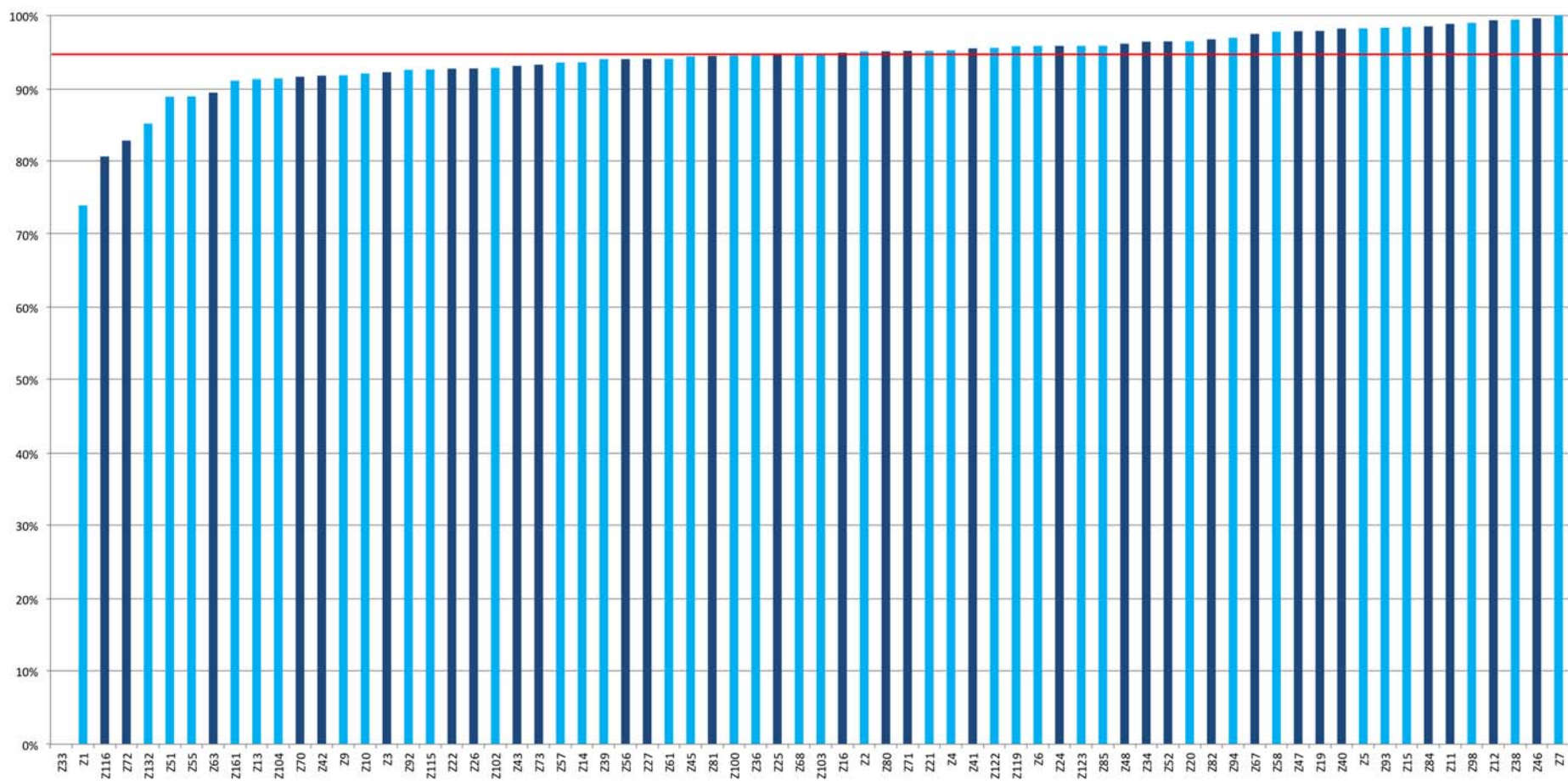
Grafiek 11: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de kreatinineklaring is berekend of bepaald



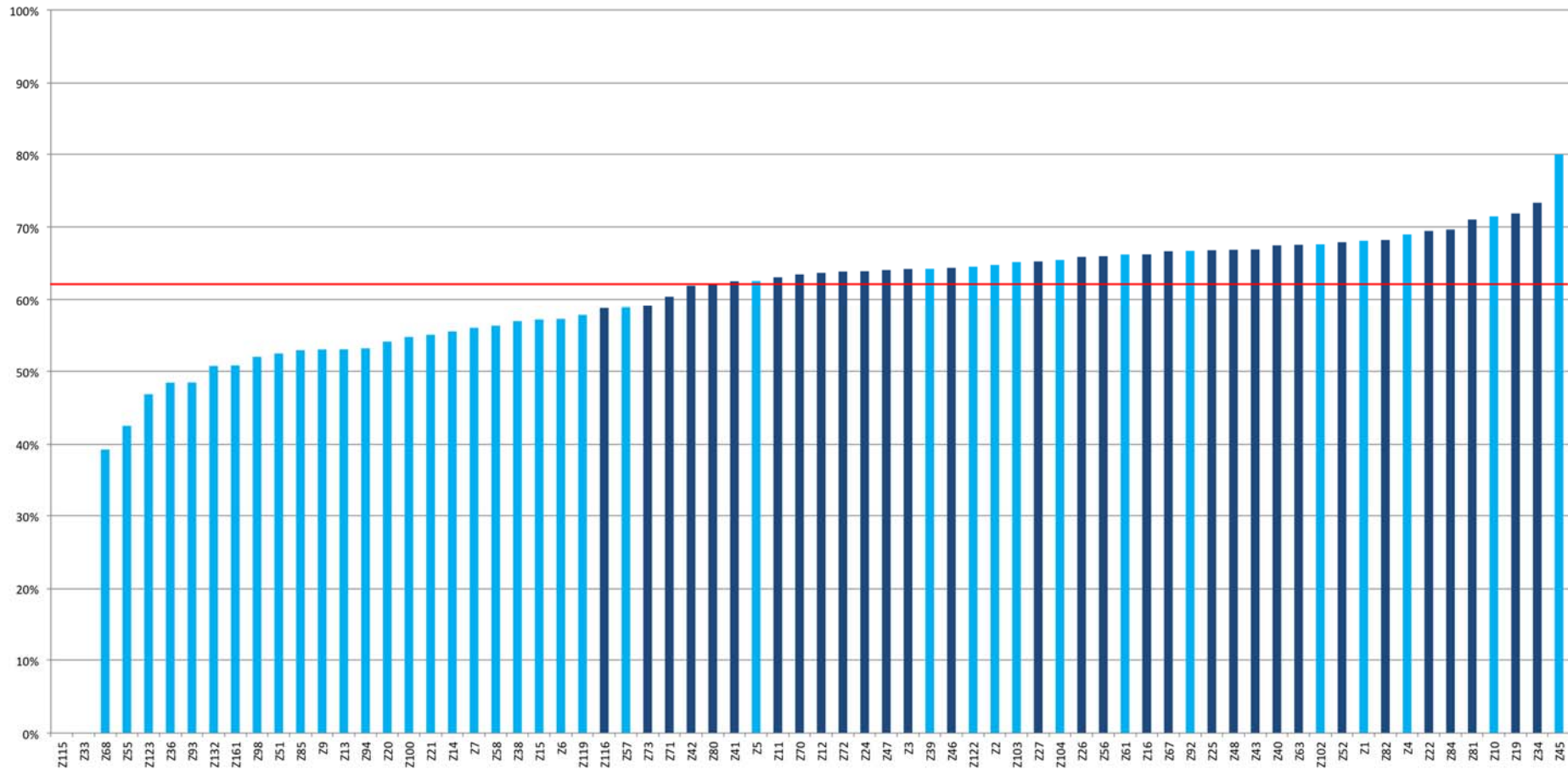
Grafiek 12: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met urineonderzoek (porties) op albumine of albumine/creatinine ratio



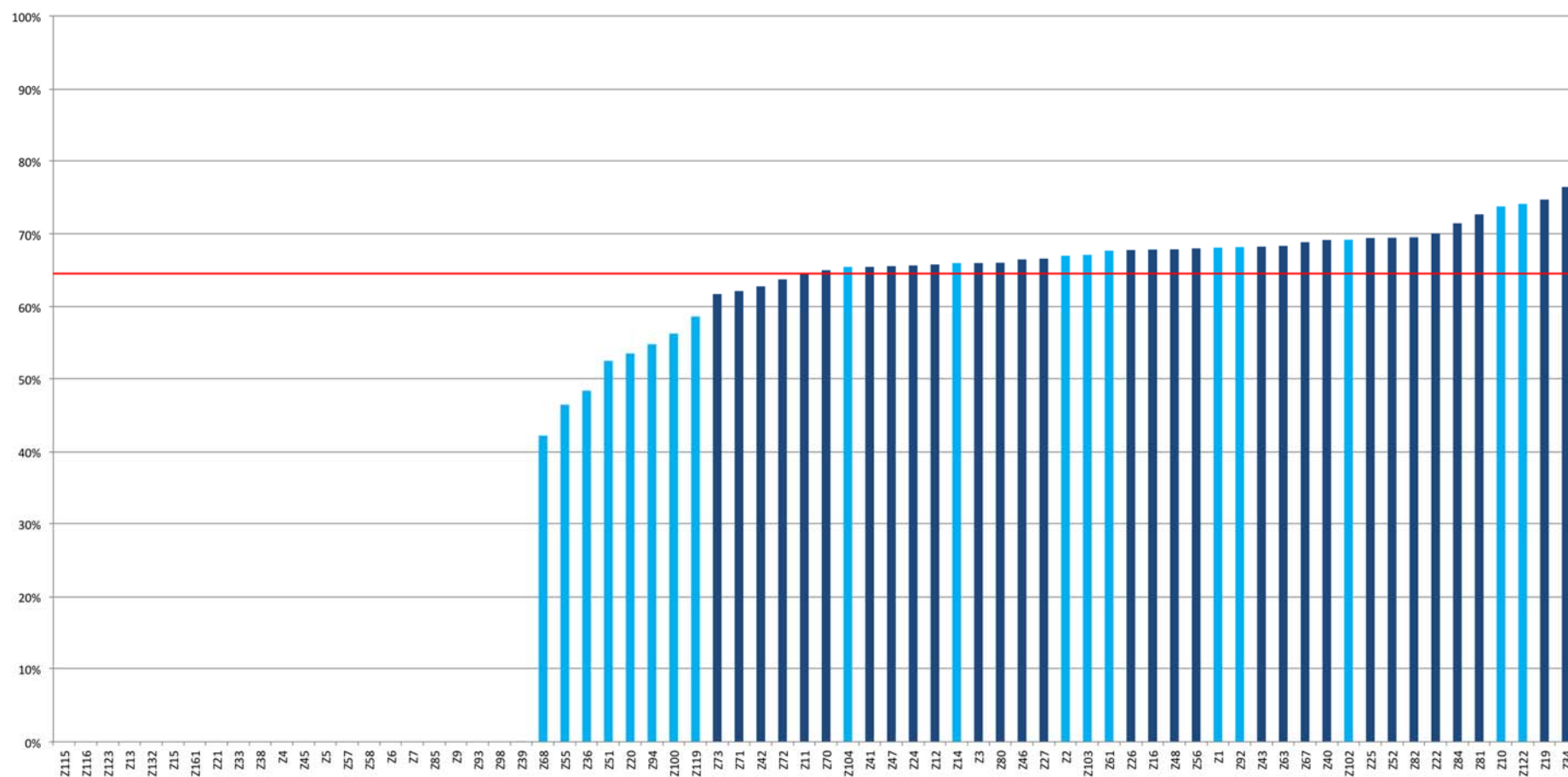
Grafiek 13: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten



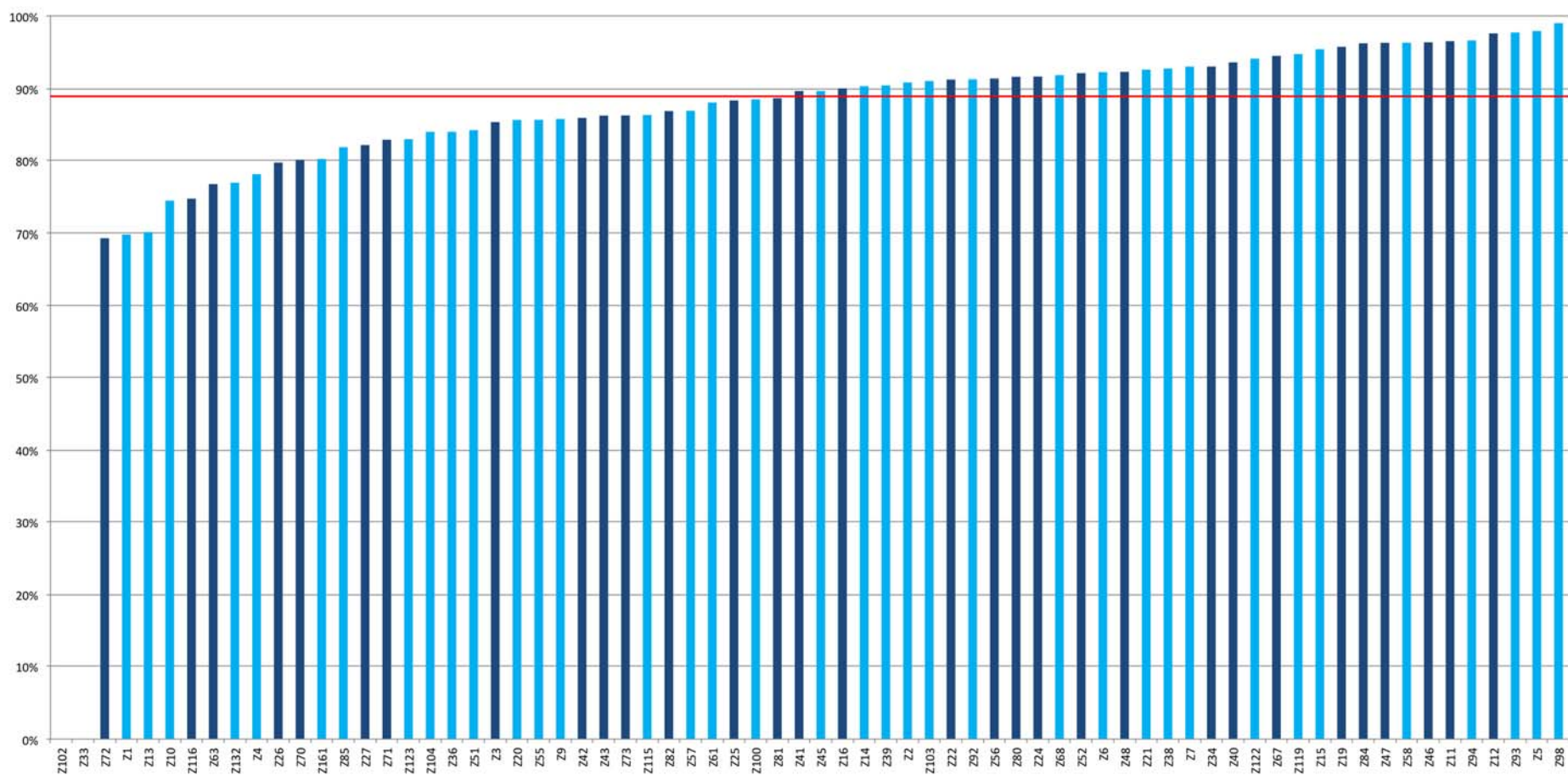
Grafiek 14: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk lager dan 140 mm Hg



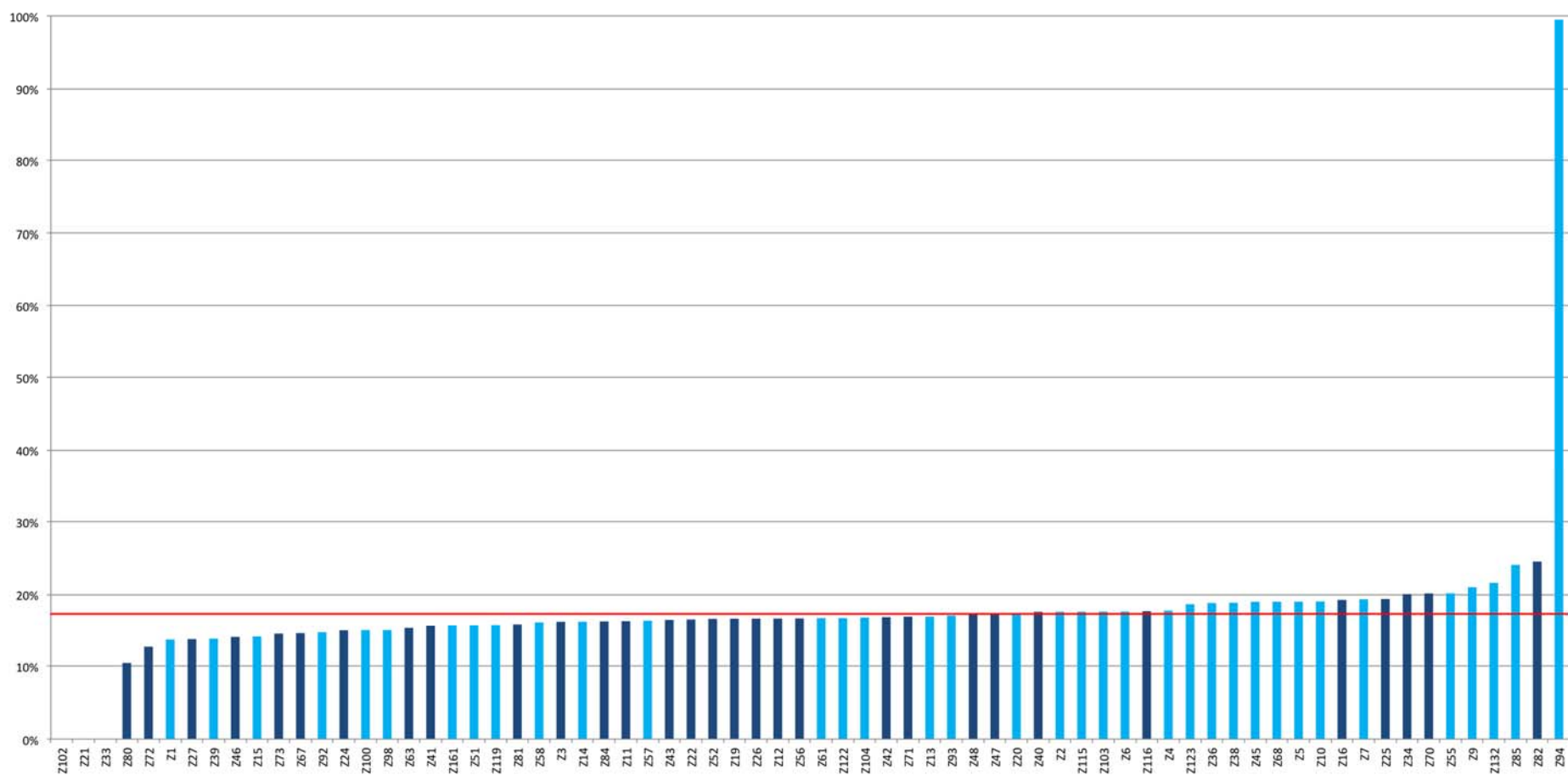
Grafiek 15: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk lager dan 140 mm Hg



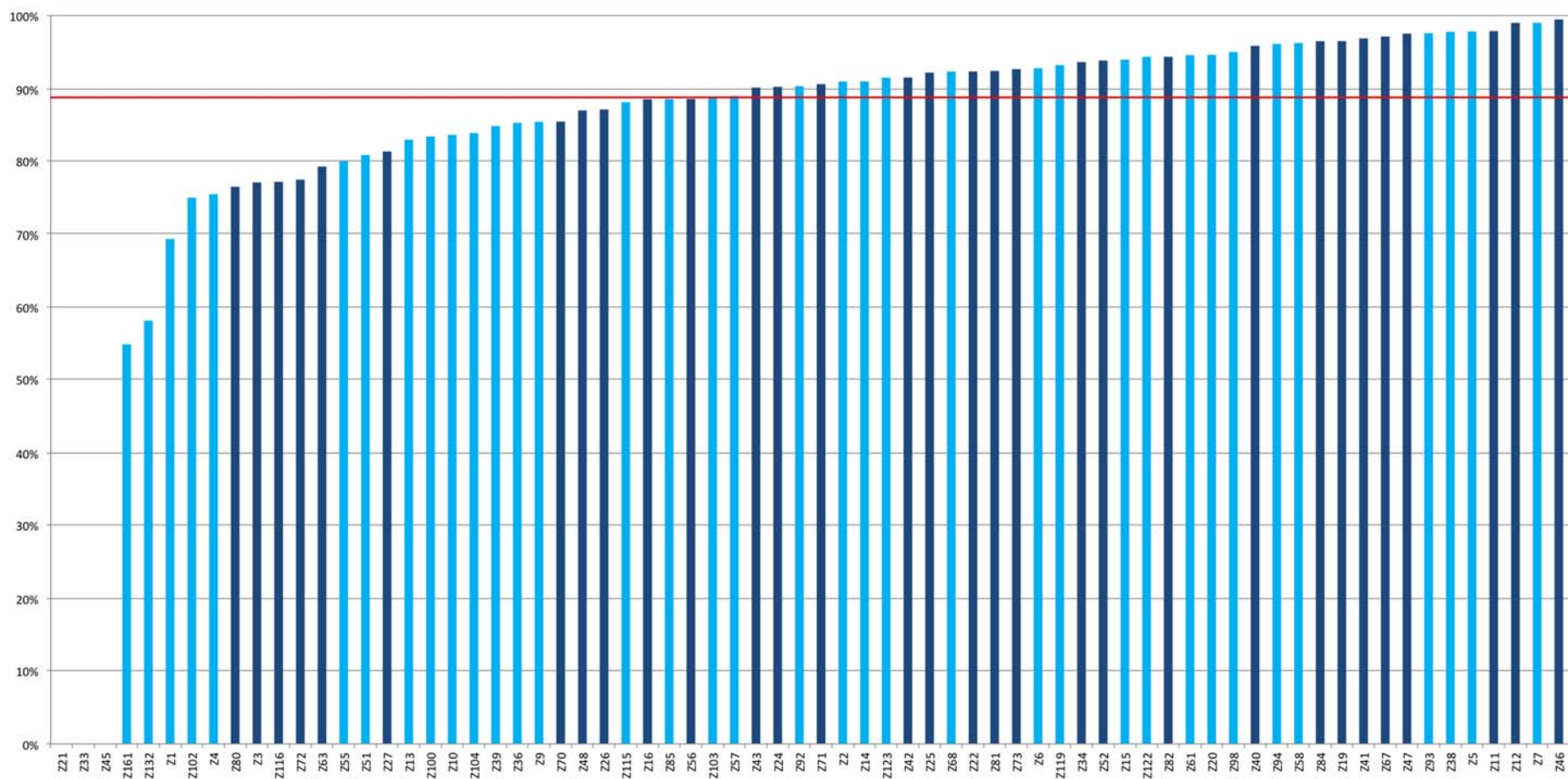
Grafiek 16: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index (BMI) berekend is



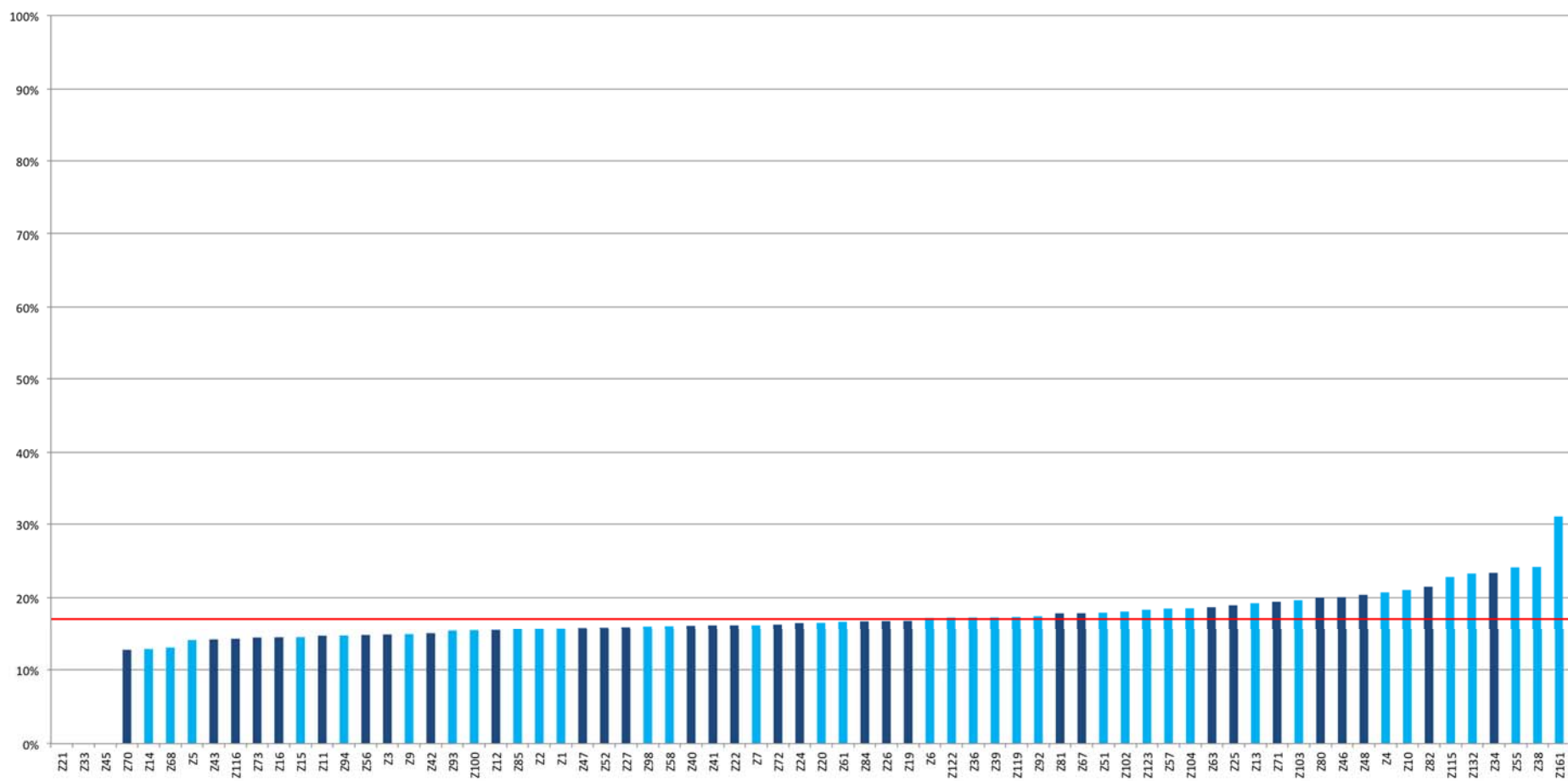
Grafiek 17: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie BMI berekend is met BMI onder 25



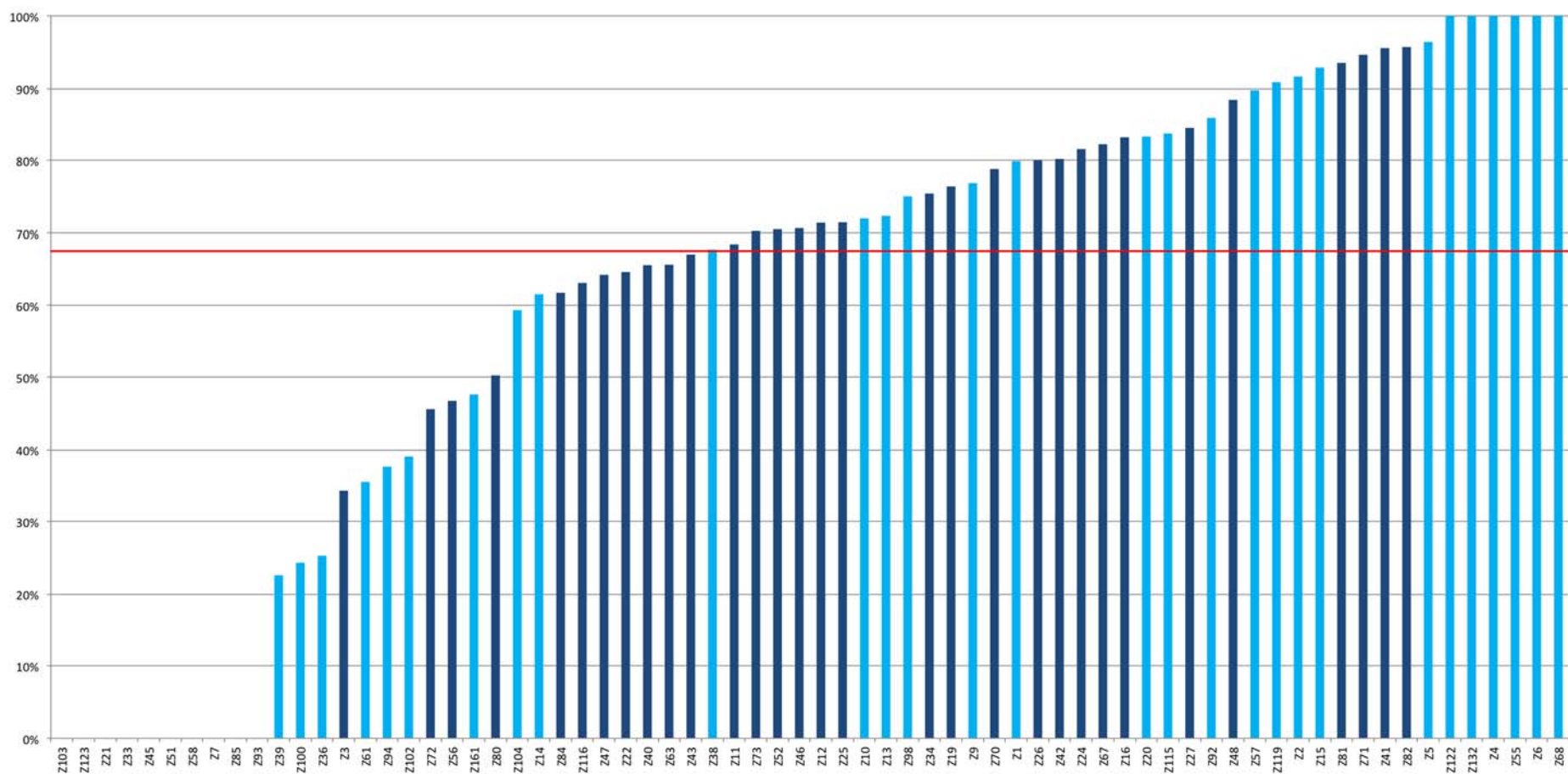
Grafiek 18: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



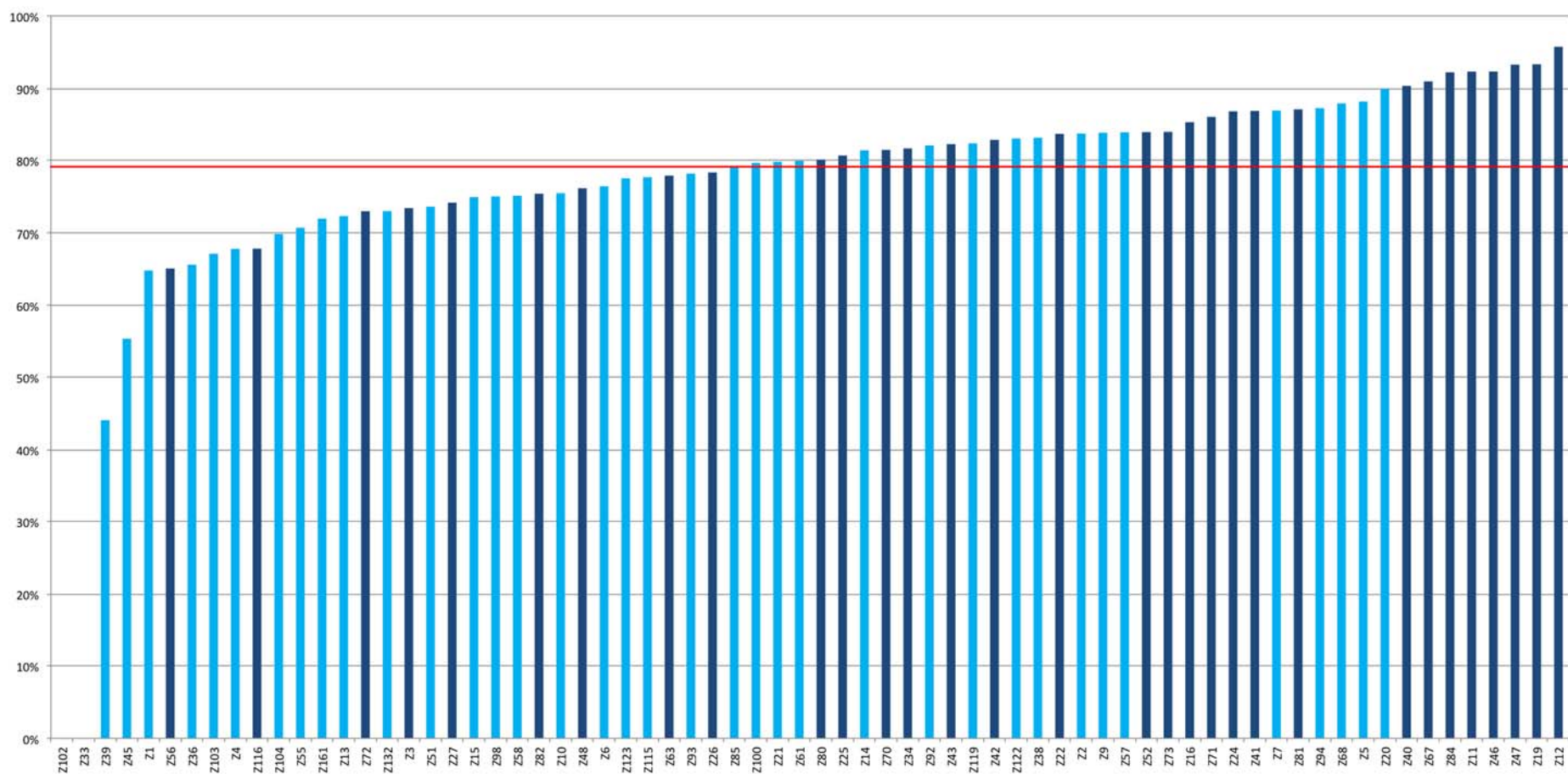
Grafiek 19: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma, van wie rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



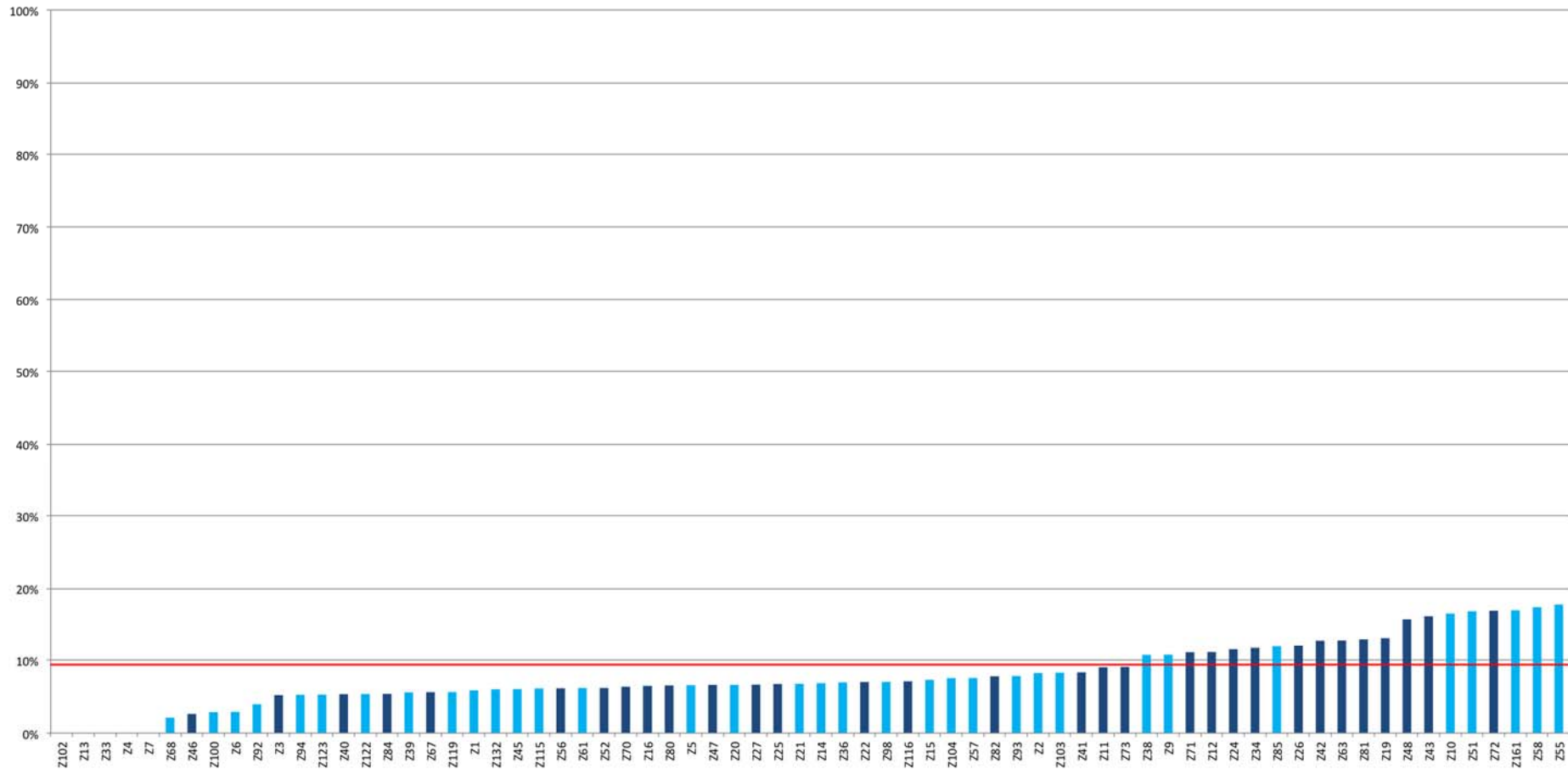
Grafiek 20: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma dat rookt met advies om te stoppen met roken



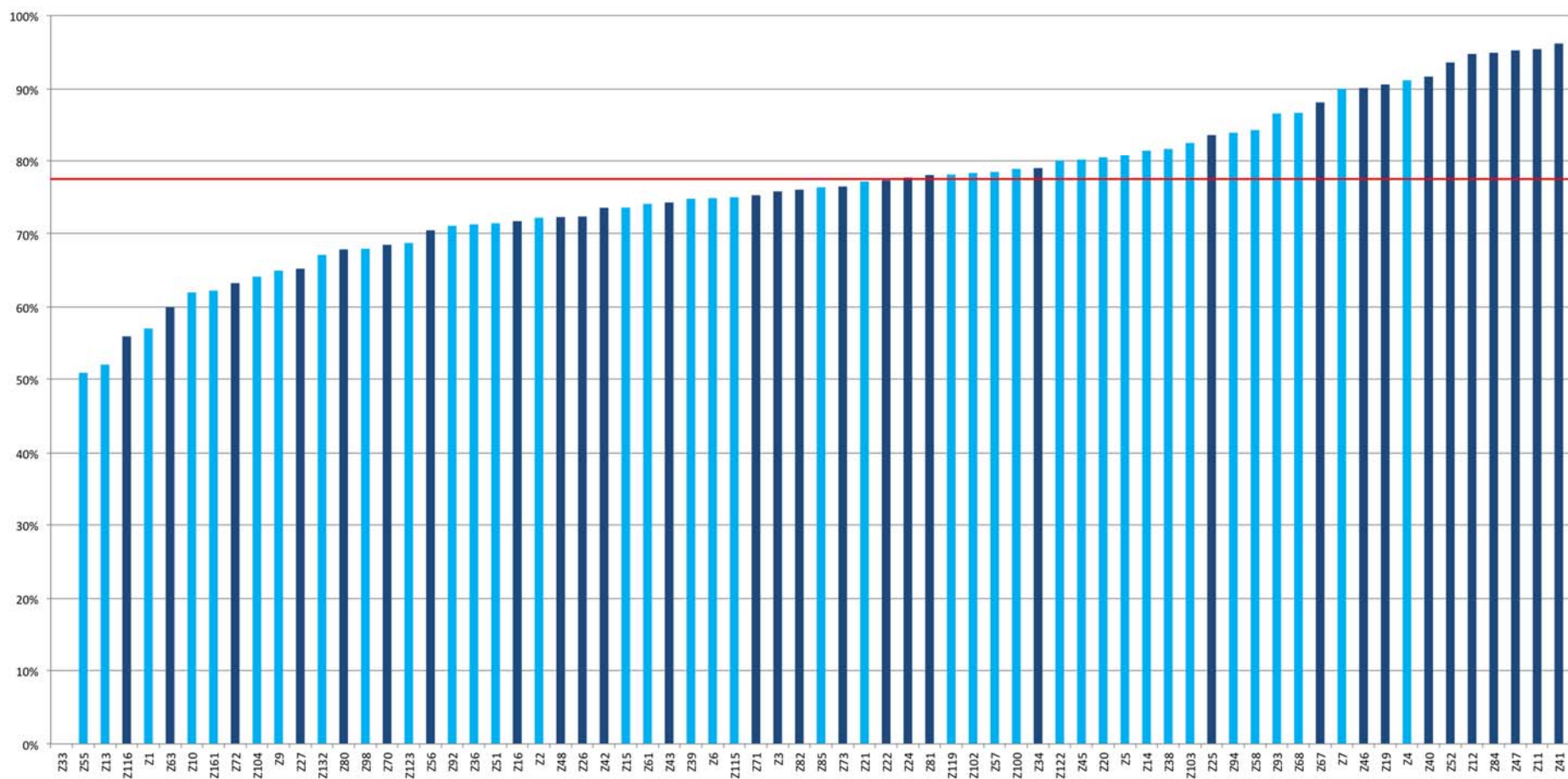
Grafiek 21: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met een funduscontrole



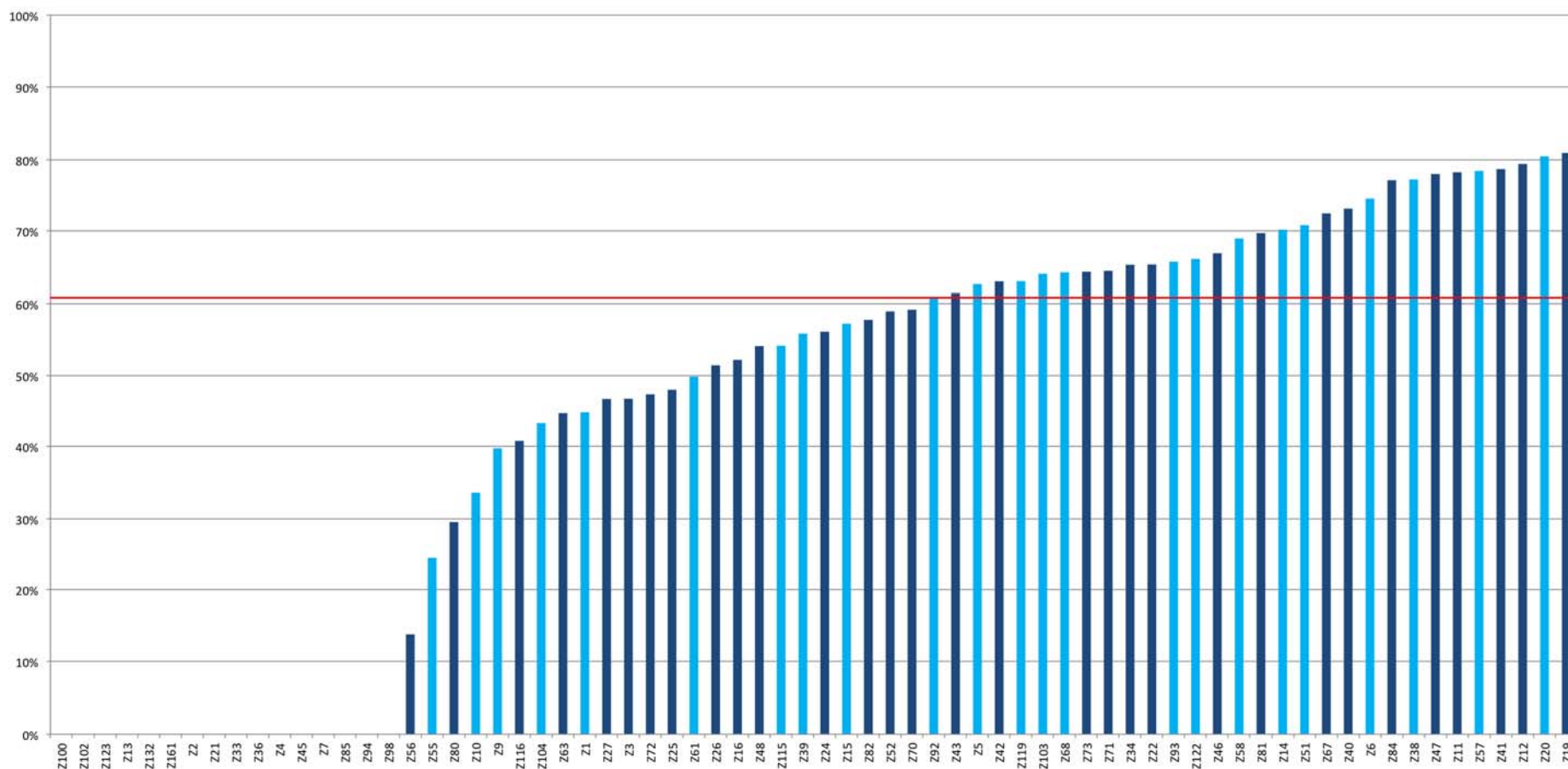
Grafiek 22: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met diabetische retinopathie



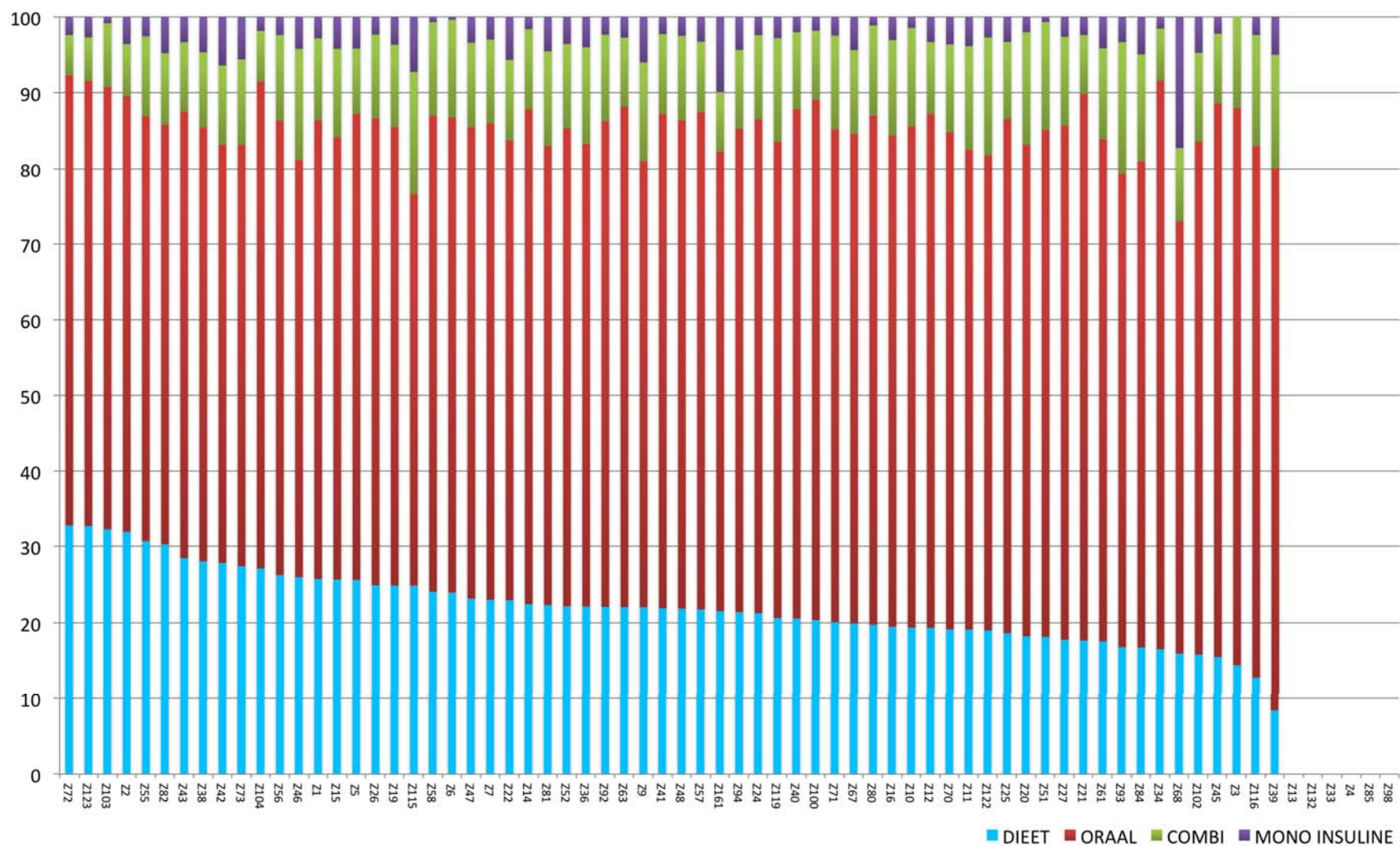
Grafiek 23: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie voetonderzoek is gedaan



Grafiek 24: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met de combinatie van gegevens op eerder genoemde parameters (hba1c, bloeddruk, lipidenprofiel, nierfunctie (kreatinineklaring en urineonderzoek), rookgedrag, BMI, voetonderzoek en oogonderzoek)



Grafiek 25: Verdeling medicamenteuze behandeling diabetespatiënten in zorgprogramma



Bijlage 2 Namen van zorggroepen

NAAM	NUMMER
AMSTELLAND ZORG BV	Z45
ARTS EN ZORG	Z34
B.V. DIABETES ZORG OUDE IJSSEL	Z21
B.V. DIABETESZORG GORINCHEM	Z43
BEROEMD	Z71
CHRONOS	Z63
COOPERATIE ZORGSAAAM ZUID	Z46
COHESIE	Z56
DIABETES ZORGGROEP DE BEVELANDEN B.V.	Z42
DIABETES ZORGGROEP SCHOUWEN-DUIVELAND	Z22
DIABETES ZORGGROEP WEST-ALBLASSERWAARD & OMSTREKEN	Z6
DOH	Z52
EERSTELIJNS CENTRUM TIEL	Z80
ELAN	Z26
HUISARTSEN COOPERATIE ALMELO 1-4 UA	Z92
HUISARTSEN COOPERATIE HELLENDORP/NIJVERDAL UA	Z93
HUISARTSEN COOPERATIE NOORDERZORG U.A.	Z4
HUISARTSEN ZORGGROEP BREDA E.O. B.V.	Z57
HZDM	Z47
KCOETZ	Z25
KETENZORG WALCHEREN BV	Z9
MEDITTA	Z58
MEDRIE FLEVOLAND B.V.	Z84
MEDRIE HARDENBERG	Z12
MEDRIE ZWOLLE B.V.	Z11
MERENWIJK	Z48
NUCLEUS CHRONISCHE ZORG B.V.	Z36
POZOB	Z3
RCH	Z27
REGIOZORG DIABETES MIDDEN-HOLLAND B.V. (RDMH BV)	Z100
ROH	Z16
SEZ	Z40
SGE	Z41
ST. LEIDSCHER RIJN JULIUS GEZ. CENTRA	Z122
STADSMAATSCHAP UTRECHT	Z13
STICHTING GEZONDHEIDSCENTRUM LEWENBORG	Z115
STICHTING MAETRI-X	Z82
STICHTING ONDERSTEUNING HUISARTSEN AMSTERDAM (ROHA)	Z103
STICHTING ORANJEVESTE	Z15
SYNCHROON	Z7
SYNTEIN	Z14
TED BV	Z24
VERENIGING ZORGGROEP SOESTERKWARTIER	Z55

ZORG IN HOUTEN	Z116
ZORGGROEP ALMERE	Z67
ZORGGROEP HET HUISARTSENTEAM	Z19
ZORGGROEP HOEKSEWAARD	Z73
ZORGGROEP WEST-BRABANT	Z81
ZORROO	Z20