

**TRANSPARANTE KETENZORG
DIABETES MELLITUS,
COPD EN VRM RAPPORTAGE
ZORGGROEPEN
OVER 2013**

**OP WEG NAAR GENUANCEERDE
RAPPORTAGE VAN ZORG**

COLOFON

© InEen, 1 juni 2014.

Leden van InEen kunnen dit document voor eigen gebruik vrijelijk kopiëren en bewerken.
Anderen kunnen daarvoor een verzoek indienen bij InEen, via info@ineen.nl.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	2
Verantwoording	3
Samenvatting en aanbevelingen	4
Inleiding	11
Werkwijze	13
Respons zorggroepen	14
Resultaten diabetes algemeen	15
Resultaten diabetes indicatoren	17
Resultaten COPD algemeen	25
Resultaten COPD indicatoren	27
Resultaten HVZ, algemeen	32
Resultaten HVZ per indicator	36
Verhoogd Vasculair Risico (zonder HVZ)	51
Resultaten VVR, algemeen	52
Resultaten VVR, per indicator	55
Bijlage 1 Grafieken diabetes	61
Bijlage 2 Grafieken COPD	86
Bijlage 3 Inclusiecriteria programma verhoogd vaatrisico (VVR)	99
Bijlage 4 Namen van zorggroepen	100

VOORWOORD

Dit is het vierde jaarrapport Transparante Ketenzorg. De eerste drie werden verzorgd door de toenmalige LOK. Inmiddels is de LOK opgegaan in InEen, de nieuwe landelijke koepel van eerstelijns zorgorganisaties. Voortaan verzorgt InEen dit benchmarkrapport, dat is opgesteld op basis van door zorggroepen verzamelde gegevens. Het geeft inzicht in de ketenzorg aan patiënten met diabetes, COPD en Vasculair Risico Management voor patiënten met een hartvaatziekte (HVZ) in 2013. Daarnaast is een eerste inventarisatie verricht van de zorgprogramma's Vasculair Risico Management bij patiënten zonder hartvaatziekte (VVR). In al deze zorgprogramma's werken huisartspraktijken nauw samen met andere eerstelijns zorgverleners en met 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. InEen 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 92 zorggroepen gegevens aan. Vorig jaar waren dat er 70. Daarmee participeert het overgrote deel van de ruim 100 zorggroepen in Nederland. 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. Zorggroepen zijn zo bovendien in staat de eigen verbetertrajecten en ontwikkelingen te spiegelen aan die van het merendeel van de zorggroepen in het land, en dit te benutten bij het stellen van nadere prioriteiten en verbeterplannen. Daarnaast biedt deze benchmark een kapstok bij de externe verantwoording van de branche en van de afzonderlijke zorggroepen over de door haar geleverde zorg. 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. InEen roept ziekenhuizen en medisch specialisten op om ook over hun aandeel in de zorg voor de genoemde patiëntencategorieën rapportages te verzorgen zodat er een compleet beeld ontstaat over de kwaliteit van de zorg aan patiënten met deze chronische aandoeningen.

Wij zijn veel dank verschuldigd aan de leden van de redactiecommissie uit de beleidsadviescommissie datamanagement van InEen, 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, bestuurslid InEen, voorzitter van de redactiecommissie.

VERANTWOORDING

Het rapport Transparante Ketenzorg van InEen is samengesteld door een redactiecommissie, bestaande uit:

Maarten Klomp, voorzitter, bestuurslid InEen, medisch directeur zorggroep DOH
Arnold Romeijnders, huisarts, medisch directeur zorggroep PoZoB
Esther de Braal, huisarts en kaderhuisarts hart-en vaatziekten zorggroep Almere
Frederik Vogelzang, programmamanager InEen
Henk Bilo, Isala Klinieken Zwolle en hoogleraar inwendige geneeskunde UMC Groningen
Marianne Meulepas, RDC Meetpunt Kwaliteit en vertegenwoordiger Platform RDC

en de volgende externe deskundigen:

Diabetes:

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

COPD:

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

Vasculair Risico Management (HVZ en VVR):

Lex Goudswaard, huisarts, coördinator zorgprogramma's zorggroep Zorg in Houten (tot 1 april 2014)
Xavier Hofman, huisarts, kaderhuisarts hart en vaatziekten

SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN

Dit is de vierde landelijke rapportage over georganiseerde ketenzorg op basis van de gegevens die zorggroepen hierover hebben verzameld. Net als vorig jaar bevat deze rapportage gegevens over de zorgprogramma's Diabetes Mellitus type 2, COPD en Vasculair Risico Management bij patiënten met een hartvaatziekte. Voor het eerst is er ook een inventarisatie gedaan onder zorggroepen die een zorgprogramma Vasculair Risico Management hebben gecontracteerd voor patiënten zonder hartvaatziekte (VVR). De uitvraag was op vrijwillige basis. Zij was gebaseerd op de landelijke indicatorensets die zijn vastgesteld in overleg tussen het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Diabetes Federatie resp. de Long Alliantie Nederland, resp. het Platform Vitale Vaten.

Respons

Van de aangeschreven zorggroepen hebben er 92 hun data over het jaar 2013 tijdig en in het juiste format aangeleverd. Van ongeveer een derde 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 74 zorggroepen toestemming voor het vermelden van de naam van de zorggroep. Bij alle 92 zorggroepen betrof het data over DM zorg (vorig jaar 70), bij 68 groepen ook data over COPD zorg (vorig jaar 41), en bij 39 groepen ook data over VRM (vorig jaar 27). De eerste inventarisatie over vasculair risicomangement bij patiënten zonder hartvaatziekte (VVR) werd beantwoord door 23 zorggroepen. Daarmee is de respons duidelijk gestegen ten opzichte van 2012.

Met elkaar vertegenwoordigen de 92 aanleverende zorggroepen ongeveer 11.455.898 (vorig jaar 9.700.000) inwoners van Nederland (68%, vorig jaar 58%), door het land verspreid. Uiteraard is het streven gericht op een nog hogere respons in 2014.

Conclusies diabetes

De gerapporteerde gegevens zijn geanalyseerd en vervolgens becommentarieerd door twee experts op het gebied van diabetes en door de leden van de redactiecommissie. 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 5,1%.
- 2 Gemiddeld 12,4% van de patiënten met DM is onder behandeling bij de specialist en 3,8% heeft geen geregelde zorg. Daarmee zit 83,8% in een eerstelijns ketenzorgprogramma, weliswaar met een aanzienlijke spreiding. Nadere analyse bij zorggroepen die volledig konden rapporteren over beide jaren gaf een toename van patiënten in de eerstelijns keten te zien van 1,7% ten opzichte van 2012.
- 3 Met deelname van meer zorggroepen is het aantal 'donkerblauwe' zorggroepen relatief afgenomen.
- 4 Vrijwel alle procesindicatoren zijn voor het vierde achtereenvolgende jaar verbeterd. Zes van de tien scoren nu 90% of hoger. Funduscontrole en voetonderzoek scoren het laagst (rond 80%)

- 5 Er zijn nog steeds aanzienlijke verschillen tussen de zorggroepen. Oorzaak is een combinatie van: populatie- en prevalentieverschillen, onderrapportage door registratie- of extractieproblemen en verschillen in zorgprestatie.
- 6 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, maar dat kan als consequentie hebben dat deze uitkomstindicator leidt tot een lager percentage, zeker als patiëntvoorkeuren een onderdeel vormen van de afspraken tussen zorgvrager en zorgverlener.
- 7 Het percentage patiënten met een bloeddruk ≤ 140 is opnieuw gestegen naar 63,8%.
- 8 Het aantal patiënten met een LDL $\leq 2,5$ is gelijk gebleven als alle 92 zorggroepen worden meegerekend (56%) en gestegen als alleen de zorggroepen worden geteld die eerder ook al deelnamen aan de benchmark (57,3%).
- 9 Het aantal rokers is opnieuw gedaald naar 16,4%. De spreiding tussen zorggroepen blijft erg groot.
- 10 Over het aantal patiënten met retinopathie zijn nog steeds geen harde conclusies te trekken.
- 11 Door de mooie resultaten voor bloeddruk, cholesterol en roken mag worden aangenomen dat er een daling zal optreden van het aantal diabetespatiënten met macro-vasculaire complicaties in de komende jaren.

Aanbevelingen diabetes

- 1 Er dient een beleid te worden ingezet dat snel meer zorggroepen data aanleveren volgens de afgesproken procedures van de regionale datacentra en dus 'donkerblauw' worden.
- 2 De populatie waarover wordt gerapporteerd dient het hele jaar te hebben deelgenomen aan het zorgprogramma en niet alleen op de peildatum. Dit zal bij de rapportage over 2014 voor het eerst gebeuren.
- 3 Mensen met een gestoorde glucosetolerantie (IGT) zonder diabetes dienen niet in het zorgprogramma te worden opgenomen. Dit lijkt een belangrijk aandachtspunt voor zorggroepen met een hoog percentage 'behandeling: alleen dieet'.
- 4 Diabetespatiënten die geen programmatische zorg (meer) wensen vallen buiten het zorgprogramma en krijgen de meetwaarde 'geen geregelde zorg'.
- 5 Diabetespatiënten die met enkel een leefstijlinterventie normoglykemisch zijn geworden (zonder medicatie) dienen wel in het zorgprogramma opgenomen te blijven maar kunnen minder frequent worden opgeroepen.
- 6 Alle zorggroepen dienen volgend jaar de kunnen rapporteren hoeveel van de ingeschreven patiënten met diabetes werden behandeld binnen de eerstelijns keten, resp. in de tweede lijn, resp. behoorden tot de categorie 'geen geregelde zorg'.
- 7 Er dient nagegaan te worden of casemixcorrectie tussen zorggroepen zinvol is, en zo ja welke mogelijkheden er zijn voor een dergelijke casemixcorrectie (met behulp van factoren als leeftijd, etnische afkomst, sociaal economische status) bij deze benchmark. Een start zou kunnen worden gemaakt door het uitvragen van de leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie.
- 8 Zorggroepen die scores hebben die ver afdiggen van de gemiddelden dienen de redenen voor hun afwijkende gegevens te analyseren, en daar zo nodig en mogelijk een verbetertraject voor te ontwikkelen. Zij kunnen daarbij de verbeteringen jaarlijks relateren aan de beginsituatie, maar ook aan ontwikkelingen bij alle andere deelnemers aan de benchmark.

- 9 Zorggroepen die minder goed scoren op het gemiddelde LDL dienen te kijken naar een mogelijke relatie met een laag gebruik van lipidenverlagers.
- 10 Ook ziekenhuizen en medisch specialisten dienen te worden uitgenodigd om te rapporteren over de patiënten die bij hen in zorg zijn, zodat er een compleet beeld ontstaat over de diabeteszorg in Nederland.

Conclusies COPD

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

- 1 Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de landelijke benchmark COPD is gestegen van 41 naar 68.
- 2 Met het aansluiten van veel nieuwe zorggroepen is het aantal 'donkerblauwe' zorggroepen relatief afgenomen.
- 3 De gemiddelde prevalentie van COPD in het eerstelijns ketenzorgprogramma is met 1,9% gelijk gebleven ten opzichte van 2012 en is conform landelijk bekende cijfers. De prevalenties per zorggroep wisselen nog zeer sterk, van 0,2 tot 3,7%. Belangrijkste oorzaak van lage prevalentie is het feit dat in de opstartfase pas een deel van de patiënten is geïncludeerd. Belangrijke oorzaken van hoge prevalentie zijn onvoldoende validering van de diagnose bij inclusie, overlap met astma (mengbeelden) of lage SES (meer rokers).
- 4 Bij zorggroepen bij wie een vergelijking met vorig jaar mogelijk was steeg het aantal patiënten in de eerste lijn ten opzichte van de tweede lijn licht. In 2013 was bij hen gemiddeld 65% (spreiding 51-79%) onder behandeling in de eerste lijn en 35% (spreiding 21-49%) in de tweede lijn.
- 5 Ondanks het grote aantal nieuwe groepen scoren alle procesindicatoren voor het tweede achtereenvolgende jaar duidelijk beter. Dit impliceert dat de processen steeds beter onder controle komen.
- 6 De best scorende procesindicator is 'rookstatus', de sterkst stijgende procesindicator is 'bewegen'. Dat is verheugend want stoppen met roken en meer bewegen zijn de belangrijkste onderdelen van de behandeling van COPD.
- 7 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'.
- 8 De indicatoren 'inhalatietechniek gecontroleerd', 'MRC/CCQ bepaald' en BMI gecontroleerd' zijn alle drie verbeterd, 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.
- 9 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- en/of extractieproblemen en problemen met gegevensuitwisseling tussen HIS en KIS.

- 10 Er is nog geen eenduidige afspraak over de registratie van exacerbaties. Het aantal exacerbaties kan daarom bij een jaarcontrole niet goed vastgesteld worden. De huidige uitkomsten (o.b.v. labcode resp. aantal stootkuren) leiden tot onderregistratie.

Aanbevelingen COPD

- 1 Er dient een beleid te worden ingezet dat snel meer zorggroepen data aanleveren volgens de afgesproken procedures van de regionale datacentra en dus 'donkerblauw' worden.
- 2 De populatie waarover wordt gerapporteerd dient het hele jaar in zorg te zijn geweest en niet alleen op de peildatum. Dit zal bij de rapportage over 2014 voor het eerst gebeuren.
- 3 COPD patiënten die geen programmatische zorg (meer) wensen of nodig hebben vallen buiten het zorgprogramma en krijgen de meetwaarde 'geen geregelde zorg'. Dit kan bijvoorbeeld gelden voor patiënten met lichte ziektelast, zonder medicatie die al langere tijd gestopt zijn met roken.
- 4 Alle zorggroepen dienen volgend jaar de kunnen rapporteren hoeveel van de ingeschreven patiënten met COPD werden behandeld binnen de eerstelijns keten, resp. in de tweede lijn, resp. behoorden tot de categorie 'geen geregelde zorg'
- 5 Zorggroepen dienen veel aandacht te besteden aan valide diagnosestelling en een adequaat onderscheid tussen COPD, astma, en mengbeelden van COPD met astma. Dit geldt eens te meer omdat vanaf 2015 een zorgprogramma astma kan worden gecontracteerd.
- 6 Het advies voor de zoekstrategie naar exacerbaties in 2014 is: labcode COEX RQ en/of prednison stootkuur.
- 7 De zoekstrategie 'spirometrie verricht' dient opnieuw te worden gedefinieerd voor 2014.
- 8 Er dient een heldere en uniforme landelijke instructie te komen over definiëring en operationalisatie van nieuwe indicatoren 'ziektelast' en 'gebruik individueel zorgplan'.

Conclusies VRM bij patiënten met een HVZ (HVZ)

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

- 1 Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de landelijke benchmark VRM bij patiënten met een HVZ is gestegen van 27 naar 39.
- 2 Met het aansluiten van veel nieuwe zorggroepen is het aantal 'donkerblauwe' zorggroepen relatief afgenomen.
- 3 De gemiddelde prevalentie van de patiënten met HVZ is 4,2% (vorig jaar 4,7%), met een spreiding van 2,6% tot 6,9% (vorig jaar 1% tot 11%). De spreiding is dus afgenomen.
- 4 Gemiddeld zit 66,8% van deze patiënten in het zorgprogramma. Daarnaast is 30,4% onder controle in de tweede lijn (vorig jaar 26,3%) en heeft 2,8% 'geen geregelde zorg'. Ook hier is een aanzienlijke spreiding door verschillen in populaties (sociaal economische status), transmurale afspraken, werkwijzen en inclusie, maar ook door onjuiste registratie en problemen met ICT, HIS- en KIS-extracties.
- 5 Een aantal zorggroepen heeft ook patiënten met hartfalen en chronische nierschade geïncludeerd. Het is niet voldoende duidelijk of en wanneer dit gewenst is.
- 6 Vrijwel alle procesindicatoren zijn aanzienlijk verbeterd ten opzichte van 2012. Dit wordt verklaard door een combinatie van betere registratie/extractie en het beter op orde krijgen van het zorgproces. De laboratoriumbepalingen zitten al op 90%.

- 7 Alleen de indicator griepvaccinatie is gedaald naar 35%. Oorzaak is waarschijnlijk onderrapportage door koppelingsproblemen tussen HISsen en KISsen.
- 8 Ook de uitkomstindicatoren BMI<25, 'niet roken' en 'gebruik antistolling' zijn licht verbeterd ten opzichte van 2012.
- 9 De uitkomstindicatoren RR ≤ 140 (68%, vorig jaar 63%) en LDL $\leq 2,5$ (49%, vorig jaar 42%) allebei fors verbeterd, doch vergelijking met 2012 is niet goed mogelijk omdat dit jaar alleen patiënten <80 jaar zijn geïncludeerd.
- 10 De uitkomstindicator roken is met 20% stabiel ten opzichte van vorig jaar en significant lager dan de 27% in de bevolking, maar gezien de bijdrage aan de recidiefkans nog voor verbetering vatbaar.
- 11 Het percentage patiënten met antistollingsmiddelen of plaatjesaggregatieremmers is met 77% stabiel en op de streefwaarde van 75 -80%.

Aanbevelingen VRM bij patiënten met een HVZ (HVZ)

- 1 Er dient een beleid te worden ingezet dat snel meer zorggroepen data aanleveren volgens de afgesproken procedures van de regionale datacentra en dus 'donkerblauw' worden.
- 2 De populatie waarover wordt gerapporteerd dient het hele jaar in zorg te zijn geweest en niet alleen op de peildatum. Dit zal bij de rapportage over 2014 voor het eerst gebeuren.
- 3 Alle zorggroepen dienen volgend jaar de kunnen rapporteren hoeveel van de ingeschreven patiënten met VRM werden behandeld binnen de eerstelijns keten, resp. in de tweede lijn, resp. behoorden tot de categorie 'geen geregelde zorg'
- 4 Zorggroepen dienen veel aandacht te besteden aan de validatie van diagnoses als voorwaarde voor inclusie in het zorgprogramma.
- 5 Patiënten met hartfalen en chronische nierschade dienen alleen in het zorgprogramma te worden opgenomen als er een indicatie is voor vasculair risicomangement.
- 6 Er dienen regionale transmurale afspraken te komen met specialisten over de taakverdeling tussen eerste en tweede lijn, tergrverwijzing na een event en eventueel shared care. Daarbij dient waar mogelijk verdere substitutie te worden bevorderd.
- 7 Bij patiënten met witte jassen bloeddruk dient de thuismeting of 24 uursmeting als zodanig te worden geregistreerd in HIS en KIS. In die gevallen dient deze meting, en niet de spreekkamerwaarde te worden geëxtraheerd voor de benchmark.
- 8 Zorggroepen die scores hebben die ver afliggen van de gemiddelden dienen de redenen voor hun afwijkende gegevens te analyseren, en daar zo nodig en mogelijk een verbetertraject voor ontwikkelen.
- 9 Zorggroepen die laag scoren op de indicator LDL $\leq 2,5$ dienen tevens te kijken naar het percentage gebruik van lipidenverlagers.
- 10 De registratie-/extractieproblemen bij griepvaccinatie dienen te worden opgelost door synchronisatie HIS-KIS en het tijdig voor de peildatum invullen ervan.

Conclusies VRM bij patiënten zonder een HVZ (VVR)

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

- 1 Vanwege het ontbreken van landelijke indicatorenset en uniforme inclusiecriteria is hier geen sprake van een benchmark. Het gaat veeleer om een inventarisatie waaruit lessen kunnen worden getrokken om te komen tot een benchmark.
- 2 Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de eerste inventarisatie VRM bij patiënten zonder een HVZ (VVR) is 23.
- 3 Van deze 23 zorggroepen hebben er 12 gebruik gemaakt van een gecertificeerd datacentrum (donkerblauw).
- 4 De deelnemende zorggroepen hanteerden diverse inclusiecriteria. Er waren er 8 die zich baseerden op diagnosecodes of medicatie, 12 die zich baseerden op de risicoscore uit de NHG standaard en 2 die zich baseerden op de behandeladviezen van het Platvorm Vitale Vaten.
- 5 De gemiddelde prevalentie van de geïncludeerde patiënten met VVR is 6,6%, met een hele grote spreiding, namelijk van 2,4% tot 16,7%
- 6 Van de geïncludeerde patiënten is 30% ouder dan 70 jaar.
- 7 Het percentage geïncludeerde patiënten met een risicoscore >20% varieert enorm door onduidelijkheid over noodzaak tot en het moment van bepaling ervan.
- 8 Van de patiënten in het zorgprogramma met een bloeddruk >140 wordt 20% niet behandeld. Dat percentage lijkt te billijken.
- 9 Van de patiënten in het zorgprogramma met een LDL>2,5 wordt 65% niet behandeld. Dat percentage lijkt te hoog.

Aanbevelingen VRM bij patiënten zonder een HVZ (VVR)

- 1 Er dient een helder en eenduidig beleid te worden afgesproken ten aanzien van de inclusiecriteria voor het zorgprogramma. Gebruik van de risicoscore en dossieronderzoek op patiëntniveau dienen hiervan deel uit te maken. De adviesgroep van de kaderhuisartsen HVZ (HartVaatHAG) is gevraagd hier een voorstel voor te maken.
- 2 Het verdient aanbeveling heldere afspraken te maken over de inclusie van oudere patiënten in het zorgprogramma.
- 3 Er dient een landelijke indicatorenset te worden ontwikkeld voor het zorgprogramma.
- 4 De populatie waarover wordt gerapporteerd dient het hele jaar in zorg te zijn geweest en niet alleen op de peildatum. Dit zal bij de rapportage over 2014 voor het eerst gebeuren.
- 5 Alle zorggroepen dienen volgend jaar de kunnen rapporteren hoeveel van de ingeschreven patiënten met VRM werden behandeld binnen de eerstelijns keten, resp. in de tweede lijn.
- 6 Bij patiënten met witte jassen bloeddruk dient de thuismeting als zodanig te worden geregistreerd in HIS en KIS. In die gevallen dient de thuismeting, en niet de spreekkamerwaarde te worden geëxtraheerd voor de benchmark.
- 7 Zorggroepen die scores hebben die ver afdwijken van de gemiddelden dienen de redenen voor hun afwijkende gegevens te analyseren, en daar zo nodig en mogelijk een verbetertraject voor ontwikkelen.
- 8 Zorggroepen die hoog scoren op aantal patiënten met verhoogd LDL zonder lipidenverlagende middelen dienen hier beleid op te maken.

Aanbevelingen algemeen

- 1 Het proces van dataverzameling en data-extractie dient verder te worden verbeterd en gestandaardiseerd. Hiertoe dient de certificeringsprocedure van InEen met de regionale datacentra te worden verbeterd en breed uitgerold over alle datacentra/zorggroepen. Daarmee worden zo veel mogelijk zorggroepen 'donkerlauw'.
- 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. InEen en NHG dienen hierin 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. InEen dient samen met ZN een generiek instrument te laten ontwikkelen om de tevredenheid van patiënten over de ketenzorg te meten.

INLEIDING

Transparantie over de geleverde ketenzorg is een belangrijke hoeksteen in het kwaliteitsbeleid van InEen en de aangesloten zorggroepen. Daarom realiseert InEen met steun van Zorgverzekeraars Nederland jaarlijks deze landelijke benchmark. Daarmee leggen zorggroepen tevens verantwoording af over de door hen geleverde zorg. Met deze benchmarkrapportage wil InEen tevens bereiken dat zorgverzekeraars de eigen uitvragen van indicatoren achterwege laten. Daarvoor is nodig dat alle zorggroepen deelnemen en dat de scores op de indicatoren betrouwbaar berekend worden en daardoor vergelijkbaar zijn. Achmea heeft dit jaar als eerste zorgverzekeraar de eigen uitvraag achterwege gelaten. We hopen, en rekenen erop, dat andere zorgverzekeraars dit voorbeeld zullen volgen. Verdere uniformering van het proces van dataregistratie, dataverzameling en data-analyse is hiervoor noodzakelijk. InEen 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.

InEen nodigt 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 tweedelijns zorgverleners mogelijk. Dat is in het belang van goede patiëntenzorg.

InEen heeft een beleidsadviescommissie ingericht om haar te adviseren over datamanagement en benchmarking. Uit hun midden is een redactiecommissie benoemd die als opdracht heeft 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.

Ook dit jaar zijn de indicatoren uitgevraagd van de zorgprogramma's diabetes, COPD en Vasculair Risico Management bij hartvaatziekten (HVZ). Daarnaast is een eerste inventarisatie gedaan onder zorggroepen die een zorgprogramma hebben voor Vasculair Risico Management bij patiënten zonder hartvaatziekte (VVR), ook wel primaire preventie genoemd. Hoewel de zorgstandaard VRM ook de zorg voor deze groep impliceert was dit zorgprogramma in 2013 nog beperkt gecontracteerd, en is er ook nog geen landelijke indicatorenset beschikbaar. Van een benchmark kan dan ook nog geen sprake zijn. Aan de hand van deze eerste inventarisatie worden aanbevelingen gedaan die het mogelijk moeten maken volgend jaar een eerste benchmarkrapportage te maken over dit zorgprogramma.

In de 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 73 zorggroepen gebruik. In bijlage 4 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, HVZ en VVR.

WERKWIJZE

In totaal zijn 138 contactpersonen van zorggroepen via email benaderd voor deelname aan de benchmark over 2013. Het betreft zorggroepen zoals bekend bij InEen en/of die 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.

Aan zorggroepen die niet met een regionaal datacentrum werken hebben we gevraagd 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 vervolgens dat de gegevens via de website werden aangeleverd.

De deadline voor het aanleveren was 1 april. Een aantal zorggroepen heeft laten weten dat ze wel wilde meedoen, maar niet binnen de gestelde termijn gegevens kon aanleveren.

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 2013. Door de voormalige stuurgroep datamanagement LOK is eerder al aangegeven dat dit onwenselijk is en dat alleen over patiënten die gedurende het hele jaar in zorg waren bij de zorggroep zou moeten worden gerapporteerd. Omdat vorig jaar 75% van de zorggroepen nog liet weten dat ze niet in staat zijn op die wijze de patiëntenselectie te maken, hebben we dit jaar voor het laatst op peildatum uitgevraagd. Voor volgend jaar zou dan iedereen de programmatuur aangepast moeten hebben.

Aanvullend op de indicatoren is aan de zorggroepen gevraagd of hun naam vermeld mag worden bij de rapportage en is per zorgprogramma gevraagd hoe lang het programma al gecontracteerd is.

RESPONS ZORGGROEPEN

Van de 138 aangeschreven potentiële zorggroepen hebben er 92 gegevens aangeleverd voor de landelijke benchmark. Met elkaar vertegenwoordigen deze zorggroepen ongeveer¹ 11.455.898 inwoners van Nederland (68%), door het land verspreid.

Overzicht 1: Deelname zorggroepen

Aangeschreven	138
Gegevens aangeleverd voor diabetes	92
Gegevens aangeleverd voor COPD	67
Gegevens aangeleverd voor HVZ	40
Gegevens aangeleverd voor VVR	23

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 30 zorggroepen bij diabetes, resp. 24 bij COPD, 19 bij HVZ en 14 bij VVR donkerblauw weergegeven.

74 groepen hebben aangegeven dat hun naam gemeld mag worden. Die namen staan opgenomen in Bijlage 4.

¹ Van zorggroepen waarvan de populatiegrootte niet bekend is, is die berekend op basis van de gemiddelde prevalentie (5%).

RESULTATEN DIABETES ALGEMEEN

In totaal zijn de gegevens van 480.276 mensen met diabetes type 2 verwerkt tot indicatoren. Deze mensen waren in zorg bij een van de 92 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	92
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	86
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	125.652
Mediaan	81.124
Minimum	7.980
Maximum	508.347

Er is een grote spreiding in grootte van zorggroepen. Dit kan voor een kleine zorggroep tot gevolg hebben dat het aantal ouderen hoger ligt dan bij een zorggroep in een Vinex wijk. De prevalentie ligt in dat geval hoger dan de 5.1% in overzicht 2. De grote spreiding hoeft dus niet te betekenen dat er sprake is van over- of onderdiagnostiek. Als in de komende jaren de uitvraag verder wordt verfijnd, kan de interpretatie van de gegevens verbeteren.

Overzicht 2: Verdeling mensen met diabetes type 2 in zorgprogramma over zorggroepen

	aantal patiënten N=88	prevalentie N=83	in zorggroep N=92	% specialist N=79	% niet in zorg N=73
Gemiddelde	6.123	5,1	5.220	12,4	3,8
Mediaan	4.169	5,1	3.729	12,2	2,1
Minimum	331	2,9	224	1,5	0,0
Maximum	30.281	7,8	21.877	26,6	25,7

Alle 92 zorggroepen weten hoeveel mensen met diabetes bij hen in zorg zijn. Niet alle zorggroepen weten hoe groot dat aandeel is op het totaal aantal mensen bekend met diabetes in hun werkgebied: hoeveel mensen zijn bij de specialist in behandeling en hoeveel mensen zijn niet in programmatische zorg. Hier kan sprake zijn van mensen die op een andere manier worden begeleid, bijvoorbeeld vanwege een korte levensverwachting maar ook van zorgweigeraars die niet binnen het aangeboden programma wensen te worden begeleid. Bij groepen die wel alle gegevens over regie (verdeling hoofdbehandelaarschap en % niet in zorg) hebben geleverd bestaat de indruk, dat de gegevens nog niet volledig betrouwbaar zijn:

een opgave van 0% patiënten in de tweede lijn is zo goed als onmogelijk. Hier moet bij volgende uitvragen op gecontroleerd gaan worden.

Om zicht te krijgen op substitutie van tweede naar eerste lijn hebben we het percentage patiënten dat in 2012 in de eerste lijn werd behandeld vergeleken met het percentage in 2013. Voor deze vergelijking hebben we alleen groepen meegenomen die in beide jaren voorkwamen en die algemene populatiegegevens (totale populatie, aantal patiënten met diabetes type 2, verdeling hoofdbehandelaarschap en % niet in zorg) konden aanleveren (overzicht 3).

Overzicht 3: Vergelijking percentage diabetespatiënten in 1^e lijn 2012 versus 2013

	2012 N=14	2013 N=14
Gewogen gemiddelde	81.8	83.5
Minimum	75.7	74.5
Maximum	92.0	91.3

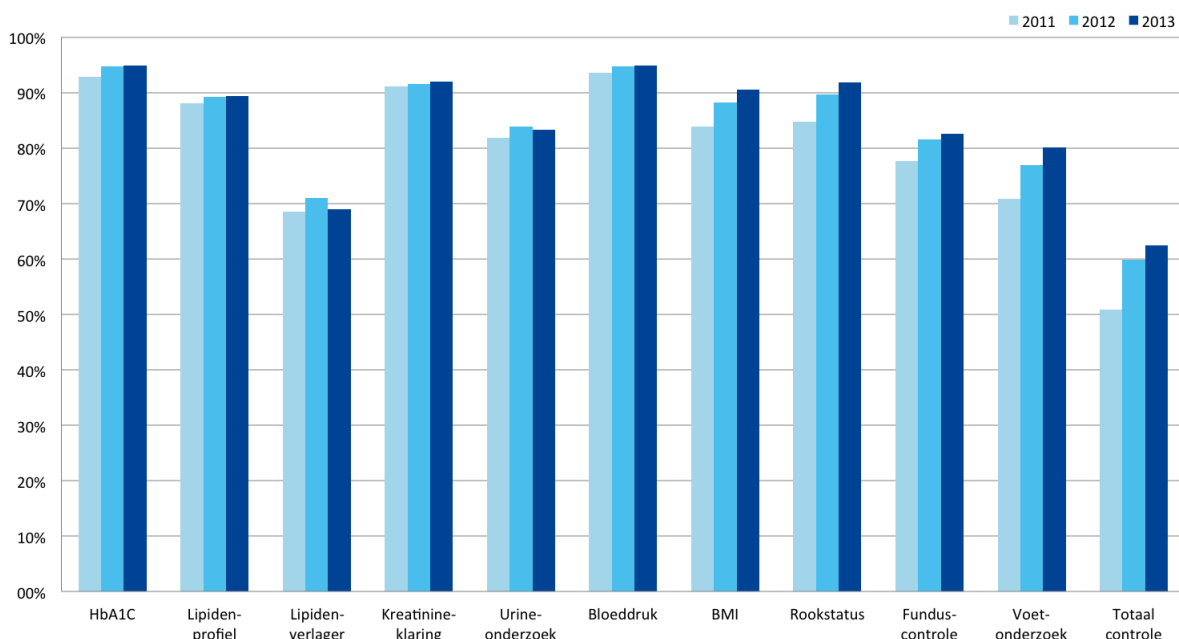
Er is een lichte toename van het percentage mensen met diabetes, dat in de eerste lijn wordt gevolgd. Het is belangrijk om de spreiding van 74,5 tot 91,3% te kunnen verklaren. In dit verslag zal hieraan nog geen tijd worden besteed, maar het is wel een aandachtspunt voor volgend jaar. Een dergelijk analyse moet niet alleen betrekking hebben op regionale verschillen, maar ook moet worden onderzocht of en hoe het percentage onder behandeling van de tweede lijn van invloed is op de verschillende proces-en uitkomstindicatoren. Bij de analyse moeten diverse factoren worden betrokken zoals de deelnemende huisartspraktijken (selectie of hele regio), percentage mensen in eerstelijns zorgprogramma, de leeftijdsopbouw van de populatie met de daaraan gekoppelde streefwaarden. Natuurlijk zijn er meer factoren die een rol spelen, maar deze kunnen al met de huidige benchmarkgegevens worden verkregen en bewerkt.

RESULTATEN DIABETES INDICATOREN

Dit hoofdstuk beginnen we met een beschrijving van de ontwikkeling op scores van diabetesindicatoren over drie jaar landelijke benchmark. Daarna beschrijven we relevante bevindingen op de scores van 2013 per indicator.

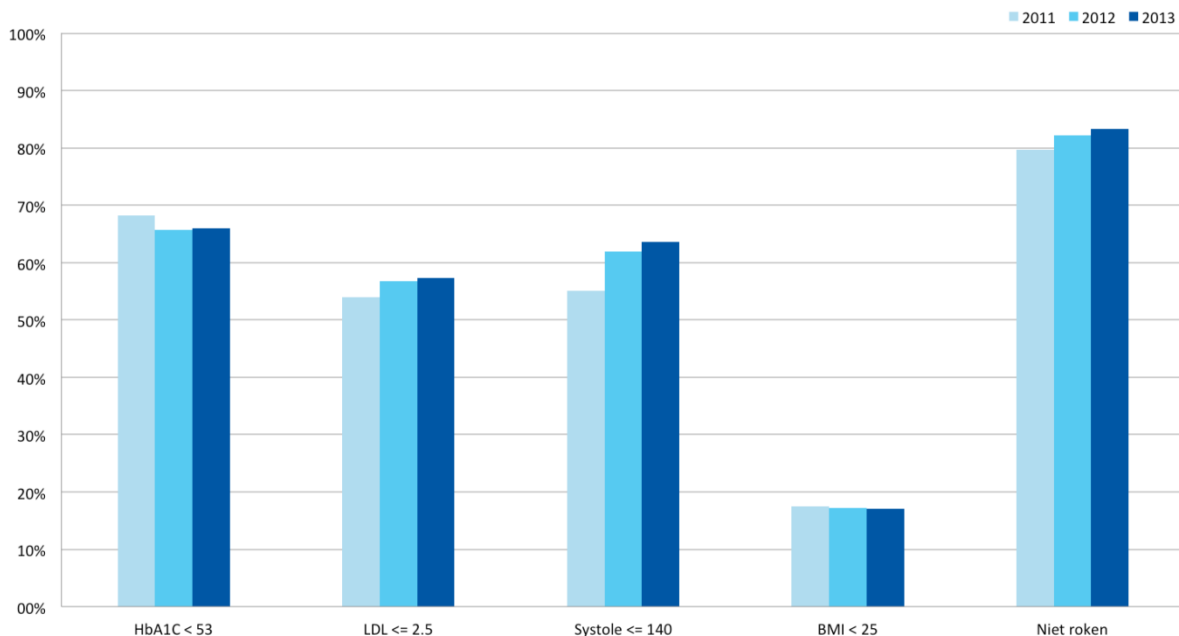
1 Vergelijking diabetesindicatoren over drie jaar

Grafiek 1: Vergelijking procesindicatoren over drie jaren



De meeste procesindicatoren zijn ook in 2013 opnieuw verbeterd. Zes van de tien indicatoren zitten nu boven de 90%. De verbeteringen over de jaren zijn het duidelijkst bij de BMI, de rookstatus, de funduscontrole, en het voetonderzoek. Met name die veranderingen verklaren waarom de totaalscore op volledigheid van de procesparameters verbeterd. De gegevens over lipidenverlagers geven aan dat het gebruik klaarblijkelijk niet veel hoger dan op twee derde van de totale populatie zal komen, waarbij het niet duidelijk is wat de redenen zijn voor het niet voorschrijven van een lipidenverlager. Artsen hebben vaak, maar niet altijd, goede redenen om geen lipidenverlager voor te schrijven. In internationaal verband zien we vergelijkbare cijfers. Het is de bedoeling om vanaf 2014 te rapporteren over de groep mensen met diabetes type 2 die het gehele voorafgaande jaar hebben deelgenomen aan het zorgprogramma (in plaats van zoals nu op grond van een peildatum). Te verwachten valt dat daarmee een hoger percentage aan (proces)parameters zal worden gevonden ten opzichte van rapportage vanuit een peildatum. Daarnaast zal het in de verdere toekomst interessant zijn om te zien in hoeverre het werken met individuele streefdoelen en procesplannen effect gaat hebben op het gemiddelde zorgproces en de gemeten uitkomsten. De interpretatie daarvan zal overigens niet gemakkelijker worden, tenzij in het dossier duidelijk is vastgelegd wat die streefwaarden waren.

Grafiek 2: Vergelijking uitkomstindicatoren over drie jaren



Bij de uitkomstindicatoren zien we een stabilisering bij de indicatoren voor de HbA1C en BMI, en een verbetering bij indicatoren van LDL, bloeddruk en roken. Deze verbeteringen zullen leiden tot een afname van macrovasculaire complicaties in de komende jaren. Deze gegevens dienen ook nog eens geïnterpreteerd te worden tegen de achtergrond van de toenemende substitutie waarbij meer complexe patiënten in de eerste lijn behandeld worden. Exacte informatie over deze verschuivingen in de zorg ontbreken jammer genoeg nog. Deze gegevens kunnen onvoldoende uit de benchmarkrapportages worden gehaald, omdat gegevens over de zorg van patiënten die worden begeleid in de tweede lijn in het HIS vaak ontbreken. Mogelijk dat meer inzicht ontstaat als klinische data kunnen worden gecombineerd met behandeldata uit ziekenhuizen of met declaratiegegevens van Vektis. Het zou goed zijn als meer ziekenhuizen en medisch specialisten werk maken van transparantie in de zorg voor mensen met diabetes.

2 Resultaten 2014 per indicator

Het totaalbeeld per indicator wordt inzichtelijk in de grafieken in bijlage 1. Daarin staan per indicator

de resultaten van elke zorggroep weergegeven. Om een vergelijking mogelijk te maken met het landelijke gemiddelde is er een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend. Omdat de zorggroepen verschillen in grootte kan niet worden volstaan met het gemiddelde van de individuele percentages.

Totale populatie zorggroepen (Grafiek 1)

Een aantal zorggroepen beschikt niet over de populatiegrootte. Het is van belang dat wel te gaan regelen omdat correcte interpretatie van de cijfers anders bijna onmogelijk is. Bovendien kan dan geen prevalentie worden berekend (zie grafiek 2). Daarnaast is het zo dat relatief kleine verschuivingen in het aantal mensen bekend met diabetes een sterkere invloed hebben op de

prevalentie bij kleinere zorggroepen dan bij grotere zorggroepen. Hieruit blijkt eens te meer, hoe belangrijk het is om de bekende informatie op een zorgvuldige wijze te interpreteren. Voor een juiste interpretatie is casemix- correctie noodzakelijk. Dat vraagt grote inspanningen en investeringen. De discussie over bijvoorbeeld het mogen vastleggen van de (etnische) achtergrond is zeker nog niet tot een voor iedereen aanvaardbare conclusie gekomen. Het maakt nogal verschil of iemand van Kaukasische/Nederlandse afkomst is, of van Turkse, Marokkaanse of Hindoestaanse. Ook de sociaal economische status is van invloed op de kansen op zowel het manifest worden van type 2 diabetes mellitus, als op de kans op complicaties en vervroegd overlijden. Voor het volgende jaar zou een eenvoudig uit te vragen maat de leeftijdsopbouw van de praktijken en de zorggroep kunnen zijn, als een eerste stap en voor iedereen begrijpelijke stap richting casemix- correctie.

Prevalentie diabetes (Grafiek 2)

Bij de zorggroepen, waarvoor het mogelijk bleek een prevalentie te berekenen, is er nog steeds een sterke spreiding in de prevalentie. Dit kan veel oorzaken hebben. Denk aan een jonge populatie, of aan onderdiagnostiek in geval van lage prevalentie. Of wellicht heeft de zorggroep niet goed in beeld hoeveel diabetespatiënten er zijn buiten de patiënten in de eerstelijns keten. Een hoge prevalentie kan samenhangen met een hogere gemiddelde leeftijd van de populatie, of met een bovengemiddelde vertegenwoordiging van mensen van Surinaamse, Marokkaanse, of Turkse afkomst. Het kan ook zijn dat niet alleen mensen met diabetes maar ook mensen met een gestoorde glucosetolerantie worden opgenomen in het zorgprogramma. Dat zal iedere zorggroep voor zich zelf kunnen analyseren.

Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma (Grafiek 3)

Voor vier zorggroepen konden we dit percentage niet berekenen. Bij de overige 88 varieert het percentage tussen 68-100%. De grote spreiding, maar zeker een percentage van 100% dat de telling niet door alle zorggroepen op gelijke wijze gebeurt. Rekenen we alleen met de donkerblauwe balken – bij wie de telling wel gelijk gebeurt – dan liggen de percentages tussen 71-90%.

Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie HbA_{1c} is bepaald (Grafiek 4)

Bij het nu behaalde gewogen gemiddelde van 94% bestaat er voor de meeste zorggroepen nauwelijks nog de mogelijkheid tot verdere verbetering. Voor een deel is het ontbreken van gegevens het gevolg van het feit dat sommige patiënten zijn geïncludeerd in de loop van het jaar (nieuwe patiënten resp. terugverwezen patiënten, van wie nog geen complete gegevens bekend zijn. Voor de zorggroepen links op de curve is van belang na te gaan wat de oorzaak van dit lage percentage is. Is dit inderdaad een relatief achterblijven van het aantal bepalingen, of is er bij het uitlezen van en rapporteren over dit cijfer nog de mogelijkheid voor verbetering? Zeker bij het in de nabije toekomst vaststellen van kwaliteitsindicatoren is dit een punt van aandacht. Hierbij geldt dat de eerste kwaliteitsindicatoren zich naar verwachting zullen concentreren op de procesparameters, en in tweede instantie op andere parameters zoals prestatie- en uitkomstparameters, die veel moeilijker te interpreteren en te vergelijken zijn zeker zolang een goede casemix correctie én het goed kunnen weergeven van patiëntpreferenties nog niet goed mogelijk zijn.

Percentage diabetespatiënten met HbA1c < 53 mmol/mol (Grafiek 5)

Ook bij deze grafiek is de interpretatie niet gemakkelijk, maar toch kunnen vragen worden gesteld zoals: hebben we te maken met een zorggroep, die alleen huisartspraktijken accepteert, die aan kwaliteitseisen voldoen, of wordt er juist aan gewerkt om binnen een regio iedereen mee te laten doen? Als andere optie: worden in het zorgprogramma alleen patiënten opgenomen, wiens omstandigheden gunstig zijn (mensen die begeleid en behandeld willen worden), of wordt er juist voor gekozen om (partiële) zorgweigeraars en kwetsbare patiënten in het programma op te nemen, bij wie bewust voor een ander beleid wordt gekozen. Die keuzes zullen hun weerslag hebben in de gepresenteerde uitkomsten. Ook kan de mate van therapie intensiteit bijdragen aan de waargenomen verschillen. Zo zullen zorggroepen en huisartsen, waarbij een groot deel van de mensen met insuliner therapie wordt begeleid, anders scoren dan die zorggroepen en huisartsen, waarbij de insuliner therapie (voor een groot deel) gedelegeerd is aan de tweede lijn. Correctie voor het percentage patiënten dat per zorggroep in de 2e lijn wordt behandeld zal in de komende jaren zeker op zijn plaats zijn, omdat dit een duidelijk verstoringende variabele kan zijn.

Percentage diabetespatiënten < 70 jaar met HbA1c ≤ 53 mmol/mol (Grafiek 6)

Het betrekken van de leeftijd is een zuiverder indicator dan de score voor de hele populatie zoals in grafiek 5. Helaas kon een deel van de zorggroepen de selectie op leeftijd niet aanleveren. De bij grafiek 5 benoemde punten blijven overigens voor een deel wel van toepassing, maar hier moet aan beide kanten van het staafdiagram worden gekeken wat de verklaring is voor de afwijking van het gemiddelde. Zo moet een 100%-score eigenlijk als onmogelijk worden gezien, tenzij het om een zeer geselecteerde populatie gaat.

Percentage diabetespatiënten met HbA1c > 69 mmol/mol (Grafiek 7)

Ook bij deze grafiek horen de eerder genoemde aandachtspunten, zij het dat het weergegeven afkappunt toch wel zo hoog is, dat bij groepen met een hoog percentage mensen met een HbA1c boven de 69 mmol/mol goed gekeken moet worden naar een verklaring (veel kwetsbaren, veel ouderen? Terughoudendheid in therapie intensivering?).

Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie lipidenprofiel is bepaald (Grafiek 8)

Dezelfde zorggroepen, die laag scoren bij het HbA1c als procesparameter scoren ook laag bij het al dan niet bekend zijn van het lipidenprofiel. Voor gedachten en mogelijke oorzaken zie bij HbA1c als procesparameter.

Percentage diabetespatiënten LDL-cholesterolwaarde ≤ 2,5 mmol/l (Grafiek 9)

De enorme variatie kan verschillende oorzaken hebben. Het kan zijn dat door problemen met vastleggen, extractie of verwerking niet alle uitslagen bekend zijn en er sprake is van onderrapportage. Maar ook bij de donkerblauwe weergaven is er een evident verschil van tussen de 31 en 73%. Weer een punt van aandacht. Daarbij is het ook goed om de bepalingsmethode te betrekken in de beoordeling: wordt de Friedewald formule gebruikt of wordt een directe LDL-bepaling uitgevoerd? Bovendien kan bij een aantal van de patiënten bij gebruik van de Friedewald formule ($\text{LDL-cholesterol} = \text{totaal cholesterol} - \text{HDL-cholesterol} - 0,44 \cdot \text{triglyceriden}$) bij een te hoge triglyceridenconcentratie ook besloten zijn om geen berekening te doen. In dat geval is er geen resultaat om te rapporteren.

Percentage diabetespatiënten lipidenverlagend medicament (Grafiek 10)

De vraag is of bij groepen met een lage score weinig lipidenverlagende middelen worden voorgeschreven of dat ze problemen hebben volledige medicatiegegevens aan te leveren. De reden kan zijn dat ze de rapportage uit KIS data halen en dat de medicatiegegevens daarin niet betrouwbaar zijn opgeslagen. Zorggroepen met een lage score bij deze indicator zijn gebaat met een eigen analyse naar de oorzaak. Deze analyse is des te meer belangrijk, omdat het met name de statines zijn die - mits op goede indicatie- duidelijk bijdragen aan verminderde morbiditeit/mortaliteit. Nationaal en internationaal schommelen de prescripties bij mensen met diabetes type 2 tussen 60-75%.

Percentage diabetespatiënten bij wie de kreatinineklaring is berekend of bepaald (Grafiek 11)

Dit is natuurlijk niet de kreatinineklaring maar de MDRD. Zorggroep 93 heeft het duidelijk moeilijk bij het leveren van de relevante informatie, maar verdient complimenten dat zij in ieder geval dat, wat zij wel weten, ook aanleveren. Alleen door informatie te delen en steeds weer te streven naar verbetering is het mogelijk een steeds betere indruk geven van de kwaliteit van de diabeteszorg in Nederland.

Percentage diabetespatiënten met eGFR < 30 ml/min (Grafiek 12)

De twee meest linkse waarden zijn dusdanig afwijkend, dat het verstandig is als betreffende zorggroepen de eigen brongegevens onderzoeken. Wat overigens over de gehele linie duidelijk wordt is dat het aantal mensen die binnen de ketenzorg worden begeleid met een écht slechte nierfunctie gelukkig heel beperkt is.

Percentage diabetespatiënten met urineonderzoek (Grafiek 13)

Alleen met deze maat is het mogelijk om - zeker bij mensen onder de 70 jaar - preventie te bedrijven via ACE-remming. Recente analyse heeft aangetoond, dat preventie met name effectief is bij gebruik van ACE-remming en veel minder bij gebruik van een AIIA. ACE-remming blijft de behandeling van voorkeur bij mensen met diabetes type 2 en micro- of macroalbuminurie, ongeacht de hoogte van de bloeddruk(bij het personaliseren van behandeling dient natuurlijk met factoren als leeftijd, levensverwachting en kwetsbaarheid rekening te worden gehouden). Ook bij deze grafiek geldt dat het voor de zorggroepen die lagere percentages rapporteren, verstandig is om een analyse aan te gaan van de eventuele mogelijke oorzaak of oorzaken van de afwijking van het gewogen gemiddelde. Mocht dit bijvoorbeeld samenhangen met het onvermogen van de gebruikte ICT-ondersteuning om betrouwbare gegevens te produceren, dan kan het tijd zijn voor een goed gesprek met een leverancier. Mocht het echter een kwestie zijn van te weinig aanvragen door hulpverleners, dan is een educatie- en verbetertraject gericht op dit punt wel aangewezen.

Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten (Grafiek 14)

Geen verder commentaar bij deze grafiek, zie eerdere commentaren.

Percentage diabetespatiënten met systolische bloeddruk ≤ 140 mm Hg (Grafiek 15)

Bij de interpretatie van deze grafiek met fraaie gegevens zal rekening moeten worden gehouden met een aantal factoren zoals leeftijdsverdeling (voor de groep > 80 jaar geldt een andere

streefwaarde). Daarnaast zeggen de bereikte bloeddrukwaardes niet alles over de prestatie die geleverd wordt. Daarvoor is het nodig na te gaan welke medicatie wordt gebruikt in welke dosering, welke uitbreidingen hebben plaatsgevonden naar hogere doseringen of naar meer verschillende medicamenten, en te bezien of intensivering van de behandeling in voldoende mate heeft plaatsgevonden. Ook mensen met vier verschillende medicamenten in optimale dosering kunnen uiteindelijk een bloeddruk van 160/90 mmHg hebben.

Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 80 jaar met systolische bloeddruk ≤ 140 mm Hg (Grafiek 16)

Deze grafiek geeft een eerlijker beeld van het aantal goed ingestelde patiënten omdat voor patiënten ≥ 80 jaar een andere streefwaarde voor de bloeddruk geldt, namelijk ≤ 160 mmHg. Zeker bij het verder individualiseren van de streefdoelen zal in de komende jaren blijken dat er bij deze parameter op hogere leeftijd een verschuiving naar gemiddeld hogere waarden zal plaatsvinden, mogelijk in gradaties per leeftijdscategorie, maar zeker ook afhankelijk van de mate van multimorbiditeit en kwetsbaarheid.

Percentage diabetespatiënten bij wie de Body Mass Index (BMI) berekend is (Grafiek 17)

Geen verder commentaar. De zorggroepen links in de grafiek zullen weer naar de eerder genoemde mogelijke verklaringen moeten kijken.

Percentage diabetespatiënten met BMI < 25 (Grafiek 18)

De BMI is een van de factoren die intensiveren van behandeling bij een groot deel van de mensen noodzakelijk maken: hoe zwaarder, hoe meer behandeling noodzakelijk om streefdoelen te halen is een uitspraak, die in zijn algemeen opgaat. Het is voor zorggroepen zelf belangrijk om de veranderingen per jaar te monitoren en te relateren aan de sociaaleconomische positie van de wijken waarin de verschillende praktijken liggen en waarin de zorggroep als geheel ook een bepaalde positie heeft. Die positie bepaalt waarschijnlijk voor een deel de benodigde inzet van mensen en middelen. Hierbij kan de landelijke benchmark houvast bieden door de vergelijking van het percentage van de zorggroep met het landelijke gemiddelde, en daarmee kan worden bepaald of de urgentie voor een interventie hoger of lager is.

Percentage diabetespatiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd (Grafiek 19)

Geen verder commentaar. Alleen als bekend is of iemand rookt kan er een advies worden gegeven om met roken te stoppen. Zorggroepen die beduidend onder de 90% scoren zouden de oorzaak daarvan moeten analyseren en een verbeterplan opstellen.

Percentage diabetespatiënten dat rookt (Grafiek 20)

Grote spreiding tussen zorggroepen, met een verschil van meer dan 100% tussen het laagste en het hoogste percentage. Een duidelijke verklaring is hiervoor niet. Praktijkuitkomsten kunnen duidelijk verschillen per regio, maar het feit dat er zo grote verschillen bestaan tussen regio's, kan niet zomaar worden verklaard. Het belangrijkste is dat zorggroepen zelf jaarlijks de veranderingen monitoren en dit relateren aan de inzet van mensen en middelen. De landelijke benchmark kan houvast bieden door de vergelijking van het percentage van de zorggroep met het landelijke gemiddelde, en daarmee kan worden bepaald of de urgentie voor een interventie hoger of lager is.

Percentage diabetespatiënten met een funduscontrole (Grafiek 21)

Een percentage ver onder het landelijk gemiddelde dient onder de loep te worden genomen. Hoewel diabetes als oorzaak van blindheid in Nederland inmiddels van de eerste naar de vierde plaats is gedaald, blijft het bij mensen met type 2 diabetes noodzakelijk om periodieke controles te verrichten. Het is onwaarschijnlijk dat de hier gepresenteerde verschillen een gevolg zijn van verschillen in patiëntkarakteristieken. Wel kan sprake zijn van een registratieprobleem.

Percentage diabetespatiënten met diabetische retinopathie (Grafiek 22)

Deze verschillen zijn onverklaarbaar groot. Een percentage van 30% is met een grote mate van waarschijnlijkheid een onbetrouwbaar getal, afwezig is onmogelijk. Voor deze parameter is het goed om de manier waarop gegevens vastgelegd worden, het datatransport en de interpretatie van de uitkomsten alle aan de orde te laten komen bij het nadenken over deze specifieke parameter.

Percentage diabetespatiënten bij wie voetonderzoek is gedaan (Grafiek 23)

Het staat buiten kijf dat dit een van de onderdelen van de zorg is, waarop de score hoog moet zijn. Voetzorg maar ook voorlichting over het zelf zorgen voor de voeten, is buitengewoon belangrijk als onderdeel van het bestrijden van de kansen op ulcera en amputatie.

Percentage diabetespatiënten met de combinatie van gegevens op eerder genoemde parameters (Grafiek 24)

Hoewel goed om weer te geven, zal het duidelijk zijn dat deze samengestelde parameter weergeeft wat er aan mogelijkheden en onmogelijkheden bij het verkrijgen van geaggregeerde gegevens op zorggroepniveau bestaat. Hier is dus geen zinvolle extra uitleg bij te geven. Elke zorggroep dient een analyse te maken op grond van deze score. Als de score erg laag is zou dit aanleiding kunnen zijn voor een urgent verbeterplan. Daarnaast wordt het interessant om te zien in hoeverre het werken met individuele streefdoelen en procesplannen effect gaat hebben op het gemiddelde zorgproces en de gemeten procesparameters.

Verdeling medicamenteuze behandeling diabetespatiënten (Grafiek 25)

Bij deze grafiek bestaat twijfel of deze gegevens wel goed met elkaar vergelijkbaar zijn, en wat ze voor invloed hebben op de andere indicatoren, zoals weergegeven in deze benchmarkrapportage.

Percentages 'dieet' boven de 30% zijn waarschijnlijk het gevolg van onbetrouwbare rapportage over medicatiegebruik ofwel van patiënten met een niet-correcte diagnose diabetes. Hier is analyse op zorggroepniveau op zijn plaats.

Tot slot mag worden geconcludeerd dat er ten opzichte van 2012 opnieuw een belangrijke stap voorwaarts is gemaakt in de kwaliteit van de geboden diabeteszorg in Nederland. Méér zorggroepen hebben in 2013 hun gegevens aan InEen ter beschikking gesteld, de gegevens worden gaandeweg completer, en de uitkomsten beter. Het is van belang om de uitgevraagde dataset in principe zo veel mogelijk te consolideren. Daardoor krijgen we steeds meer en beter vergelijkbare data van de deelnemende groepen en het biedt duidelijkheid ten aanzien van wat er gevraagd wordt voor nog niet deelnemende zorggroepen.

Daarnaast zullen we met de koplopers op zoek moeten of er nog andere relevante parameters kunnen worden geïdentificeerd die te vertalen zijn in bruikbare indicatoren voor de toekomst. Daarin neemt InEen graag het voortouw.

RESULTATEN COPD ALGEMEEN

In totaal zijn de gegevens van 88.965 mensen met COPD verwerkt tot indicatoren. Deze mensen waren in zorg bij een van de 68 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	68
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	66
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	116.738
Mediaan	96.879
Minimum	3.162
Maximum	410.347

Het aantal zorggroepen dat gegevens over hun COPD-programma heeft aangeleverd is enorm toegenomen ten opzichte van 2012 (van 41 naar 68 zorggroepen, toename 66%). Vermoedelijk zijn dit vooral startende zorggroepen die in 2013 voor het eerst een volledig jaar COPD-zorg geboden hebben. De deelname van een substantieel aantal startende groepen verklaart mogelijk dat de uitkomsten van een aantal indicatoren niet of beperkt verbeterd zijn. De ervaring is dat de eerste jaren van een nieuw zorgprogramma gepaard gaan met de nodige registratieproblemen.

Overzicht 2: Verdeling mensen met COPD in zorgprogramma over zorggroepen

	aantal pte COPD N=60	prevalentie N=60	% bij specialist N=56	% niet in zorg N=67
gemiddelde	2.3	1,9	28,9	5.7
mediaan	1.5	1,9	27,4	3.2
minimum	75	0,2	0.3	0,0
maximum	7.9	3.7	63.5	35.2

De prevalentie van COPD in 2013 is gelijk gebleven aan de prevalentie van 2012 (1,9%). Dit is conform landelijke prevalentiecijfers (2,1% bij mannen, 1,8% bij vrouwen, Bron: Longziekten, feiten en cijfers 2013, LAN). De spreiding in vermelde prevalenties is echter fors (0,7-3,7%) en doet vermoeden dat meerdere zorggroepen de inclusie van COPD-patiënten niet op orde hebben (grafiek 1 laat zien dat met name nog veel zorggroepen onder de gemiddelde prevalentie van 1,9% scoren). Anderzijds zien we dat de prevalentie van roken toenemend

samenhangt met sociaaleconomische status (SES), wat juist bij zal dragen aan de variatie in COPD prevalentie, afhankelijk van de samenstelling van de praktijkpopulatie.

Het aantal COPD-patiënten dat niet aan het zorgprogramma deelnam (geen geregelde zorg) daalde licht, van 8,4% in 2012 naar 5,7% in 2013.

Om zicht te krijgen op substitutie van tweede naar eerste lijn hebben we het percentage patiënten dat in 2012 in de eerste lijn werd behandeld vergeleken met het percentage in 2013. Voor deze vergelijking hebben we alleen groepen meegenomen die in beide jaren deelnamen aan de landelijke benchmark en die algemene populatiegegevens (totale populatie, totaal aantal patiënten met COPD, aantal patiënten met hoofdbehandelaar specialist, aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, aantal patiënten niet in zorgprogramma en niet bij specialist, de zogenoemde 'geen geregelde zorg') konden aanleveren.

Overzicht 3: Vergelijking percentage COPD-patiënten in 1^e lijn 2012 versus 2013

	2012 N=14	2013 N=14
Gewogen gemiddelde	63.3	65.0
Minimum	36.3	51.1
Maximum	78.2	78.7

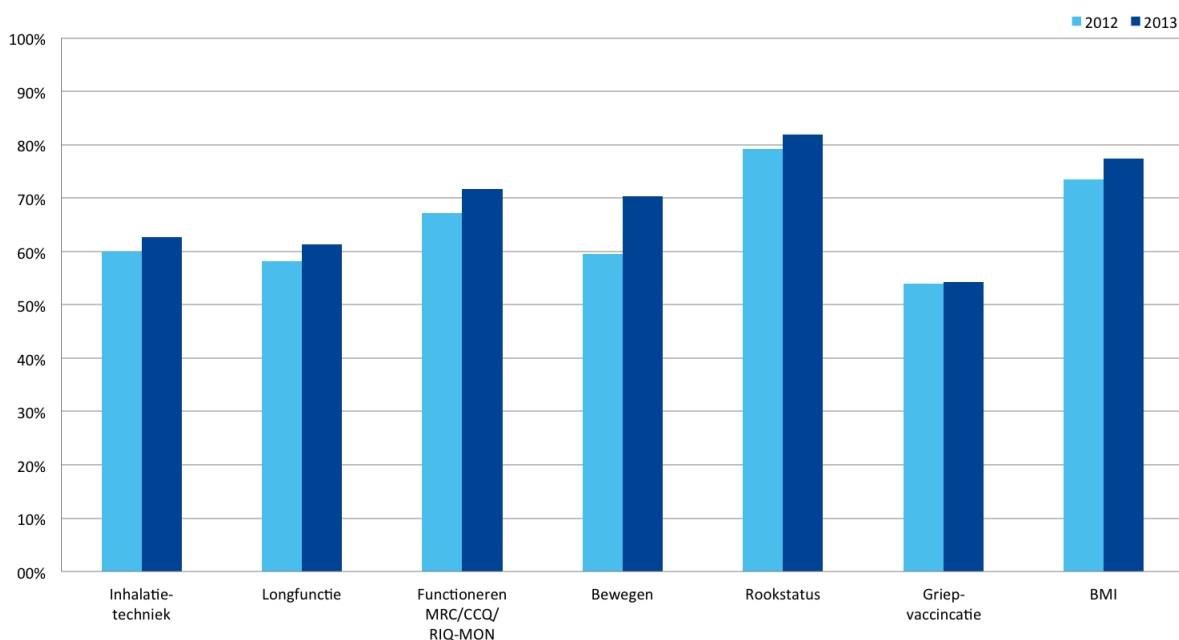
Het percentage COPD-patiënten dat in de eerste lijn werd behandeld (65%) is licht gestegen ten opzichte van 2012 (63,3%). Tevens is het minimum flink gestegen, waardoor de variatie tussen zorggroepen substantieel is afgenomen. Mogelijk zijn dit voorzichtige signalen dat de contouren van substitutie zich beginnen af te tekenen.

RESULTATEN COPD INDICATOREN

Dit hoofdstuk beginnen we met een beschrijving van de ontwikkeling op scores van indicatoren COPD over twee jaar landelijke benchmark. Daarna beschrijven we relevante bevindingen op de scores van 2014 per indicator.

1. Vergelijking indicatoren COPD over twee jaar

Grafiek1: Vergelijking procesindicatoren over twee jaar



Het is verheugend te zien dat alle procesindicatoren ten opzichte van 2012 in meer of mindere mate gestegen zijn. Zeker met de grote inbreng van pas startende zorggroepen is het goed te signaleren dat de zorgprocessen ook bij hen in belangrijke mate uitgevoerd worden.

De sterkst stijgende procesindicator is Bewegen (controle en advies lichaamsbeweging). Voldoende lichaamsbeweging is – na het stoppen met roken - het belangrijkste onderdeel van de behandeling van COPD-patiënten. Het is daarom positief te zien dat dit onderdeel toenemend besproken wordt tijdens de uitvoering van de zorg.

Van enkele zorgprocessen zullen ook in de toekomst niet veel hogere registratiecijfers verwacht worden:

- Spirometrie kan niet door iedere COPD-er jaarlijks uitgevoerd worden; soms gaat het om logistieke problemen, soms om technische problemen (waardoor onbetrouwbaarheid van het onderzoek), soms om de persoonlijke wens van de patiënt die het onderzoek als belastend ervaart. De noodzaak van spirometrie in de follow-up van de COPD-er met geringe ziektelast wordt in de toekomst kritisch tegen het licht gehouden.

- De prevalentie van de griepvaccinatie was in 2012 ook landelijk dalend, in 2013 zette deze trend zich door; het is de vraag of de prevalentie onder de negatieve druk van de media in de komende jaren de gewenste hoogte zal kunnen bereiken.

De procesindicatoren van COPD-zorg zullen altijd een maximum kennen dat onder dat van bijvoorbeeld diabeteszorg ligt. Dit komt onder andere doordat:

- de frequentie van monitoring lager ligt, bij lichte ziektelast soms zelfs 1x per jaar. Tijdens dit ene bezoek kan een bepaald zorgproces niet aan bod gekomen zijn. Ook kan een bezoek net buiten de registratieperiode van één jaar vallen.
- de no-show bij COPD-patiënten groter is. Redenen hiervoor kunnen zijn dat zij de confrontatie met hun rookgedrag uit de weg willen gaan en/of door geleidelijke acceptatie van de beperkingen de noodzaak van een bezoek niet hoog achten.
- veel procesindicatoren bij COPD de daadwerkelijk besproken zorg betreffen en metingen die door de praktijkondersteuner uitgevoerd worden. Bij diabetes bestaan veel procesindicatoren uit laboratoriumonderzoek.

Van zorgprocessen waarbij met name de registratie een probleem vormde, is wél verbetering te verwachten bij gebruik van Keteninformatiesystemen waarbij sprake is van 'verplicht' in te vullen velden.

2. Resultaten 2014 per indicator

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

Prevalentie COPD patiënten (Grafiek 1)

De totale prevalentie van COPD in 2013 die zorggroepen hebben geregistreerd is met 1,9% gelijk gebleven aan 2012 (rapportage over 2012). De spreiding van de prevalentiecijfers is echter groot. Veel zorggroepen scoren ruim onder deze 1,9%, hetgeen doet vermoeden dat zij de inclusie van COPD-patiënten nog niet op orde hebben. De ervaring leert dat dit ook enkele jaren duurt (2-3 jaar). Zorggroepen met prevalentiecijfers boven 2,5% hebben waarschijnlijk ook astmapatiënten met persisterende obstructie geïnccludeerd.

Percentage COPD patiënten in zorgprogramma (Grafiek 2)

Zorggroepen hebben gemiddeld 58% van hun COPD-patiënten in het zorgprogramma opgenomen, hetgeen ook in 2012 het geval was; 29% is bekend bij de tweede lijn, een kleine 6% is niet in programmatische zorg. Hoewel een klein percentage ontbreekt is hiermee toch goed zicht op de plaats van COPD-patiënten in het zorg veld.

Naarmate een zorggroep langer ervaring heeft met de uitvoering van COPD-zorg is meer substitutie te verwachten en daardoor een stijging van de prevalentie in de eerste lijn. Deze stijging zal zich echter niet 1:1 vertalen in een stijging van het aantal patiënten in het zorgprogramma. Immers, voor COPD-patiënten die gestopt zijn met roken en nauwelijks ziektelast ervaren is opname in het zorgprogramma vaak niet meer nodig.

Percentage COPD patiënten bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd (Grafiek 3)

Inhalatiemedicatie is een van de behandel mogelijkheden van COPD. Luchtwegverwijders zijn vaak geïndiceerd en zorgen voor vermindering van klachten, een grotere inspanningstolerantie en daardoor voor een betere kwaliteit van leven. Inhalatiecorticosteroïden zijn geïndiceerd bij mensen die frequente exacerbaties hebben (2 of meer per jaar) en verlengen de tijd tot een nieuwe exacerbatie.

Bij het gebruik van inhalatiemedicatie is de juiste techniek van inname van groot belang. Daarom moet minimaal 1x per jaar controle van deze inhalatietechniek onderdeel uitmaken van het zorgprogramma.

In 2013 werd controle van inhalatietechniek bij ruim 60% van de COPD-patiënten met inhalatiemedicatie uitgevoerd, dan wel geregistreerd. Het is niet duidelijk of en in welke mate hier sprake is van registratie- of extractieproblemen dan wel onvoldoende controles. Dit moet een punt van aandacht blijven.

Percentage COPD patiënten bij wie longfunctie is bepaald (Grafiek 4 en 5)

COPD-patiënten hebben ten gevolge van het roken een verminderde en obstructieve longfunctie. Het verval van de longfunctie gaat bij hen, zeker als ze blijven roken, sneller dan bij niet COPD-patiënten. Hoewel de longfunctie niet altijd de mate van ziektelast voorspelt is het verslechteren van de longfunctie wel gerelateerd aan het frequenter optreden van exacerbaties en vermindering van de kwaliteit van leven. De longfunctie kan met spirometrie worden gemonitord en maakt onderdeel uit van het jaarlijks basaal assessment van COPD-zorg. Omdat niet bij iedere COPD-patiënt spirometrie uitgevoerd kan worden (vanwege logistieke, technische of persoonlijke redenen) is 100% uitvoering niet realistisch. Een percentage van 75-80% is vermoedelijk haalbaar.

Omdat spirometers een post-bronchodilatatoire test vaak als pre-test registreren zijn de data uit beide testen in deze benchmark opgenomen. Grafiek 5 laat zien dat er dan inderdaad toename van uitvoering van de spirometrie te zien is (68% t.o.v. 60%).

Percentage COPD patiënten bij wie functioneren is vastgelegd (Grafiek 6)

Zolang er nog geen gevalideerd instrument als ziektelastmeter bij COPD-patiënten voor handen is worden de belangrijkste klachten van COPD-patiënten vastgelegd in kwaliteit-van-leven-vragenlijsten zoals de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) of de RIQ MON10 en de kortademigheidsscore van de Medical Research Council (MRC). Bij gemiddeld 70% van de patiënten in het zorgprogramma werden deze testen afgenomen, vergelijkbaar met 2012. Dat hier geen stijging is te zien komt vermoedelijk door de toetreding van nieuwe groepen. Ervaring leert dat deze cijfers met de jaren verbeteren. Omdat deze korte vragenlijsten een betere indruk geven van de last die een individuele patiënt ervaart van zijn ziekte dan de longfunctie, is het van belang dat uitvoering van dit zorgonderdeel sterk benadrukt blijft. Mogelijk dat de invoering van een keteninformatiesysteem op korte termijn tot betere registraties leidt.

Percentage COPD patiënten bij wie mate van bewegen is gecontroleerd (Grafiek 7)

Voldoende bewegen is – na het stoppen met roken – de belangrijkste behandeling bij COPD-patiënten. Omdat COPD-patiënten vaak kortademig worden bij inspanning, meestal ten gevolge van hyperinflatie, treedt vermijdingsgedrag op. Vermijding van inspanning leidt tot een slechtere conditie en afname van de (ademhalings)spierfunctie. Hierdoor kost inspanning nog meer moeite en zal de COPD-patiënt nog vaker een inactieve houding aannemen. Doorbreken

van dit patroon is vrijwel alleen mogelijk door de patiënt op de voordelen van bewegen te wijzen en van op de persoon toegesneden advies te voorzien. Dit onderdeel van de zorg is daarom van groot belang. Het is goed te zien dat de uitvoering ervan gestegen is tot 70% (ten opzichte van 60% in 2012). Deze stijging liep parallel aan de wijziging van de vergoeding die zorgverzekeraars instelden voor fysiotherapie bij COPD-patiënten: in 2013 werd voor mensen met COPD GOLD 2 (ook 3 en 4) fysiotherapie vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Mogelijk heeft dit positief gewerkt op het bespreekbaar maken van lichaamsbeweging bij de COPD-patiënt.

Percentage COPD patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd (Grafiek 8)

Bij het overgrote merendeel van de COPD-patiënten is roken de oorzaak van hun irreversibele longfunctieschade. Stoppen met roken is daarom essentieel om progressie van de ziekte te voorkomen. Het rookgedrag dient bij iedere COPD-patiënt besproken te worden. Net als in 2012 werd deze indicator in 2013 - met ruim 80% - als hoogste genoteerd. De indicator dient jaarlijks ingevuld te worden. Bij mensen die al lang gestopt zijn met roken komt het rookgedrag wellicht niet meer ter sprake. Toch is het van belang hiernaar te vragen; patiënten kunnen immers in hun oude verslaving terugvallen.

Percentage COPD patiënten dat rookt (Grafiek 9)

Ten tijde van de diagnose is bij 80-90% van alle COPD-patiënten sprake van actief rookgedrag. Het is van groot belang dat zij zo spoedig mogelijk met roken stoppen. Het is verheugend te zien dat dankzij informatie, bewustwording, stoppen-met-roken advisering en last-but-not least goede stoppen-met-roken-begeleiding het percentage actieve rokers is gedaald naar ruim 40%. Het betekent echter ook dat er nog veel te winnen valt op dit terrein, aangezien dit nog altijd aanzienlijk hoger is dan gemiddelde in Nederland. Het is zinvol deze uitkomstindicator te blijven volgen om daarmee het resultaat van stoppen-met-roken-zorg te monitoren en optimalisering van deze zorg te kunnen bepleiten.

Percentage COPD patiënten met griepvaccinatie 9 Grafiek 10)

COPD-patiënten komen in aanmerking voor de jaarlijkse griepvaccinatie. Deze vermindert met name de morbiditeit (optreden van exacerbaties). De vaccinatiegraad bij COPD-patiënten was in 2013 gelijk aan die van 2012, nl. ruim 50%. Hoewel er een landelijke tendens van daling van de influenzavaccinatiegraad te zien is kan deze lage prevalentie vermoedelijk ook verklaard worden door een registratie- of extractieprobleem. Het hoge aantal zorggroepen dat überhaupt geen griepvaccinatie-cijfers kon aanleveren laat zien dat registratie lastig blijft. Registratie van de vaccinatie volgens de griepmodule in het HIS levert de juiste gegevens voor deze indicator in het dossier van de patiënt. Koppeling tussen HIS en KIS moet ervoor zorgen dat ook daar de gegevens terechtkomen.

Percentage COPD patiënten bij wie de Body Mass Index berekend is (Grafiek 11)

De voedingstoestand speelt in meerdere opzichten een rol in de ziektelast en behandeling van deze groep patiënten. Enerzijds kan een hoog BMI – hetgeen vooral voorkomt bij COPD-patiënten met milde tot matige ziektelast – de patiënt belemmeren in zijn lichaamsbeweging en leiden tot inactiviteit. Anderzijds wijst een laag BMI – vaak bij COPD-patiënten met ernstige tot zeer ernstige ziektelast – op gewichtsverlies ten gevolge van toegenomen ademanarbeid en spieraafbraak. Dit is een ernstige toestand die voorspellend is voor toegenomen morbiditeit en

mortaliteit. Tijdige signalering en behandeling – door verwijzing naar de diëtist en fysiotherapeut – is daarom van belang.

Het vaststellen van de Body Mass Index is in 2013 bij ruim 75% van de COPD-patiënten uitgevoerd, vergelijkbaar met 2012.

Percentage COPD patiënten met 2 of meer exacerbaties, vastgelegd met NHG labcode COEX RQ (Grafiek 12)

Exacerbaties – longaanvallen – hebben grote invloed op de last die een COPD-patiënt ervaart van zijn ziekte. Tijdens een exacerbatie is er sprake van toename van klachten, verslechtering van de longfunctie en afname van de inspanningstolerantie. Het komt geregeld voor dat de patiënt na herstel van de exacerbatie niet meer het oude inspanningsniveau van vóór de longaanval bereikt. Bij ernstige exacerbaties is sprake van noodzaak tot opname, meerdere opnames per jaar zijn een voorspeller van mortaliteit. Exacerbaties komen bij alle COPD-patiënten voor, óók bij patiënten die in de eerste lijn onder behandeling zijn. Het registreren van deze aanvallen is van belang omdat er therapeutische consequenties aan verbonden worden: een prevalentie van 2 of meer exacerbaties per jaar is een indicatie voor het starten met inhalatiecorticosteroiden, en kan worden verwacht bij circa 20% van de eerstelijns populatie. Het valt vooralsnog niet mee om exacerbaties goed te registreren, zoals ook blijkt het uit grote aantal zorggroepen dat 0% scoort op deze indicator. Ten eerste was de definitie van een exacerbatie tot voor kort nog onduidelijk, en is het systematisch uitvragen daarom nog niet voldoende geïmplementeerd. Ten tweede wordt een exacerbatie niet altijd tijdig (h)erkend door de patiënt en het belang daarvan vermoedelijk onvoldoende benadrukt door hulpverleners. Ten derde zoekt een patiënt daarom nogal eens hulp tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten waardoor registratie niet altijd optimaal verloopt. Toch verdient het aanbeveling om met het registreren door te gaan, gezien de impact en therapeutische consequentie.

Percentage COPD patiënten met 2 of meer stootkuren (Grafiek 13)

Prednison-stootkuren – soms aangevuld met antibiotica - vormen dé behandeling van exacerbaties bij COPD-patiënten. Het aantal stootkuren zou daarom direct gerelateerd moeten zijn aan het aantal longaanvallen. Het gemiddelde percentage van deze grafiek komt daarom sterk overeen met grafiek 12. Mogelijk is deze registratie iets betrouwbaarder omdat hierbij medicatiegegevens verwerkt zijn en deze registratie niet afhankelijk is van de rapportage van de patiënt. Ook hierbij kunnen veel zorggroepen echter nog geen data aanleveren, mogelijk omdat dit een indicator betreft die niet opgenomen is in het zorgprogramma COPD. De uitschieter van 86% bij één zorggroep moet als niet realistisch beschouwd worden.

RESULTATEN HVZ, ALGEMEEN

In totaal zijn de data verwerkt van 39 zorggroepen met 97.825 patiënten die in een zorgprogramma VRM voor patiënten met een HVZ waren opgenomen op peildatum 31-12-2013. Bij patiënten met een bekende HVZ gaat het om een of meer van de volgende aandoeningen: myocardiinfarct, angina pectoris, TIA, herseninfarct, aneurysma aortae of perifeer arterieel vaatlijden (ICPC codes: K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99.01). Patiënten met diabetes zijn geëxcludeerd. Zij kunnen niet in de DBC VRM worden opgenomen. Bij HVZ is er sprake van programmatische ketenzorg voor zowel het orgaanlijden als het vasculair risicomanagement. De ICPC codes voor hartfalen en nierschade worden door een aantal zorggroepen geïncludeerd vanwege het belang van goede programmatische ketenzorg bij deze aandoeningen. Op dit punt is behoefte aan duidelijkheid voor een volgende uitvraag.

Tot patiënten in het zorgprogramma wordt iedereen gerekend met een of meer van bovengenoemde ICPC codes in combinatie met een code voor huisarts als hoofdbehandelaar, verminderd met de patiënten met de code 'geen geregelde zorg'

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	39
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	38
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	108.285
Mediaan	83.528
Minimum	7.980
Maximum	406.119

Er reageerden 39 zorggroepen (12 meer dan in de vorige rapportage). De zorggroepen verschillen sterk in grootte en daarmee varieert ook het aantal patiënten met een HVZ waarover wordt gerapporteerd: de kleinste zorggroep heeft 240 en de grootste 28.402 patiënten met HVZ in het zorgprogramma. De totale prevalentie (patiënten in zorg in eerste plus tweede lijn) varieert van 2,6% tot 6,9%, wat het gevolg kan zijn van verschillen in populaties, inclusiecriteria of werkwijze bij de implementatie (Overzicht 2). Zorggroepen met prevalenties die erg afwijken van het gemiddelde (zowel meer als minder) verdienen nadere bestudering.

Prevalentie en verdeling tussen eerste en tweede lijn

De verdeling van de patiënten met HVZ over de eerste- en tweedelijns kent ook dit jaar een aanzienlijke spreiding, met uitschieters naar boven (59% in de tweede lijn) en naar beneden (3% in de tweede lijn). Patiënten met een recente HVZ worden bijna allemaal verwezen naar de tweedelijns (conform de NHG-Standaarden). Stabiele patiënten kunnen hierna weer terug naar

de eerste lijn, maar de huisarts is hierbij wel afhankelijk van de snelheid van terugverwijzen. Daarnaast zijn er zorggroepen die in overleg met de tweede lijn *shared care* toepassen. Daarbij blijft de patiënt nog een bepaalde tijd laag frequent onder controle van de specialist, terwijl de eerstelijns het vasculair risicomanagement verzorgt.

De variaties kunnen tal van oorzaken hebben zoals verschillen tussen populaties, transmurale afspraken, werkwijzen en inclusie, maar ook door onjuiste registratie en problemen met ICT, HIS- en KIS-extracties (zie ook grafiek 1). Een nadere analyse van deze variaties kan de verschillen stap voor stap oplossen. Zo kunnen door betere en meer uniforme transmurale afspraken de komende jaren meer patiënten met een HVZ vervolgcontroles krijgen in de eerstelijns waarmee het verschil in prevalentie tussen de zorggroepen kleiner wordt.

Overzicht 2: Verdeling mensen met HVZ over zorggroepen

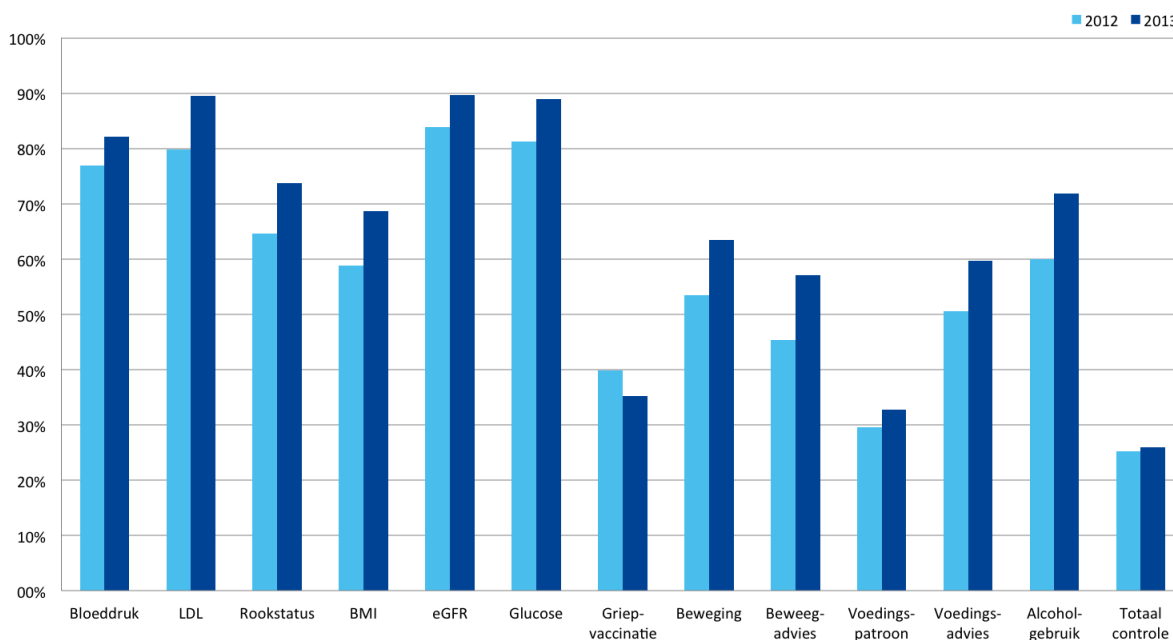
	aantal pte HVZ N=34	prevalentie N=34	% bij specialist N=32	% niet in zorg N=34
gemiddelde	4.506	4.2	30.4	2.8
mediaan	3.638	3.9	29.3	0.9
minimum	240	2.6	2,9	0
maximum	28.402	6.9	59.2	10.9

Landelijke uitgangspunten bij het cardiovasculair risicomanagement zijn:

- Patiënten met HVZ, diabetes en reumatoïde artritis worden vanwege hun per definitie hoge risico het meest intensief behandeld en gecontroleerd (secundaire preventie).
- Aan alle patiënten worden adviezen gegeven over voeding, alcoholgebruik, gewichtsbeheersing, 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.

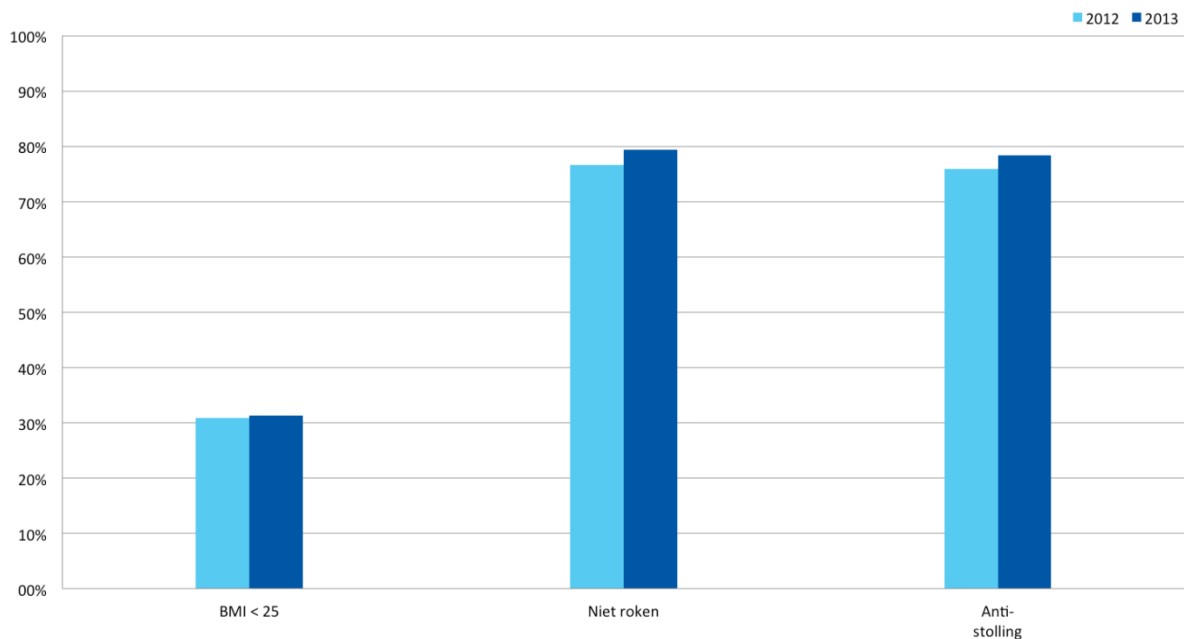
Voor alle patiënten geldt dat conform de landelijke richtlijnen periodieke controle van de risicofactoren moet plaatsvinden.

Grafiek 1: Vergelijking procesindicatoren over twee jaar



Grafiek 1 laat zien dat - met uitzondering van 'griepvaccinatie' – alle procesindicatoren zijn verbeterd ten opzichte van 2012. Dit kan worden verklaard door een combinatie van factoren: daadwerkelijk meer verrichte metingen, een betere registratie van de metingen, en een verbeterde data-extractie. Eerdere ervaringen met de benchmark Diabetes en COPD hebben geleerd dat het ongeveer drie jaar duurt voor een zorggroep het proces van registratie en data extractie goed onder de knie heeft. De verbeteringen laten zien dat de zorgverleners en zorggroepen goed op weg zijn om de processen beter in kaart te krijgen. Bij de indicator griepvaccinatie is zeer waarschijnlijk sprake van een onderrapportage door koppelingsproblemen tussen HISsen en KISsen.

Grafiek 2: Vergelijking uitkomstindicatoren over twee jaar



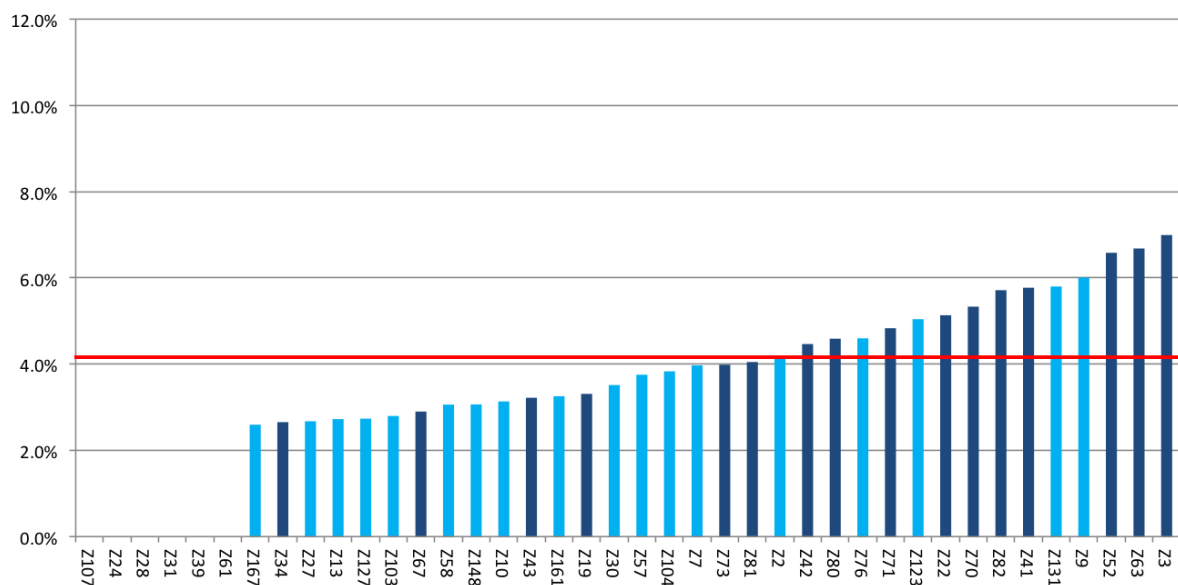
Uit grafiek 2 blijkt dat 'meer meten' niet alleen leidt tot 'meer weten', maar mogelijk ook tot verbeterde uitkomsten, al zijn de verbeteringen ten opzichte van 2012 klein (en mogelijk niet statistisch significant). De uitkomstindicatoren RR en LDL zijn niet in deze tabel opgenomen omdat de uitkomsten van 2013 niet vergelijkbaar zijn met die van 2012. Reden daarvan is het feit dat in de benchmark van 2013 in overeenstemming met de nieuwe richtlijnen alleen de patiënten <80 jaar zijn opgenomen. Deze twee indicatoren worden verderop in deze rapportage wel besproken.

RESULTATEN HVZ PER INDICATOR

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 de zorggroep in de betreffende grafiek. Alle gegevens zijn verzameld op 31 december 2013 (peildatum).

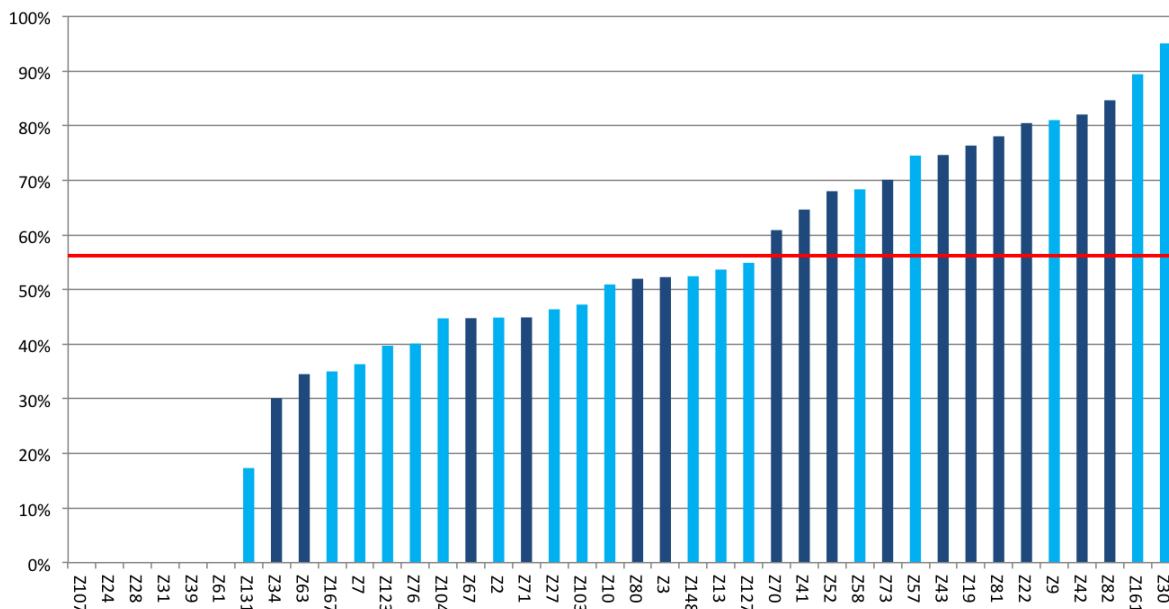
In iedere grafiek wordt met een rode lijn het gewogen gemiddelde aangegeven. Dat is berekend over alle patiënten uit alle zorggroepen die in de betreffende grafiek zijn meegenomen.

Grafiek 1: Prevalentie HVZ (iedereen met indicatie in eerste- plus tweede lijn)



De spreiding van de totale prevalentie van HVZ bedraagt 2,6 – 6,9%. In 2012 was deze spreiding groter (1 – 11%) hetgeen wijst op een verbeterde registratie en inclusie. Ook zal het excluseren van patiënten met (uitsluitend) een verhoogd vasculair risico (VVR, primaire preventie) aan deze verbetering hebben bijgedragen. Daarnaast spelen de verschillende regionale transmurale afspraken mee (zie commentaar bij overzicht 1).

Grafiek 2: Percentage HVZ patiënten in het eerstelijns 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 (herseneninfarct)
- K92.01 (perifeer arterieel vaatlijden)
- K99.01 (aneurysma aortae)

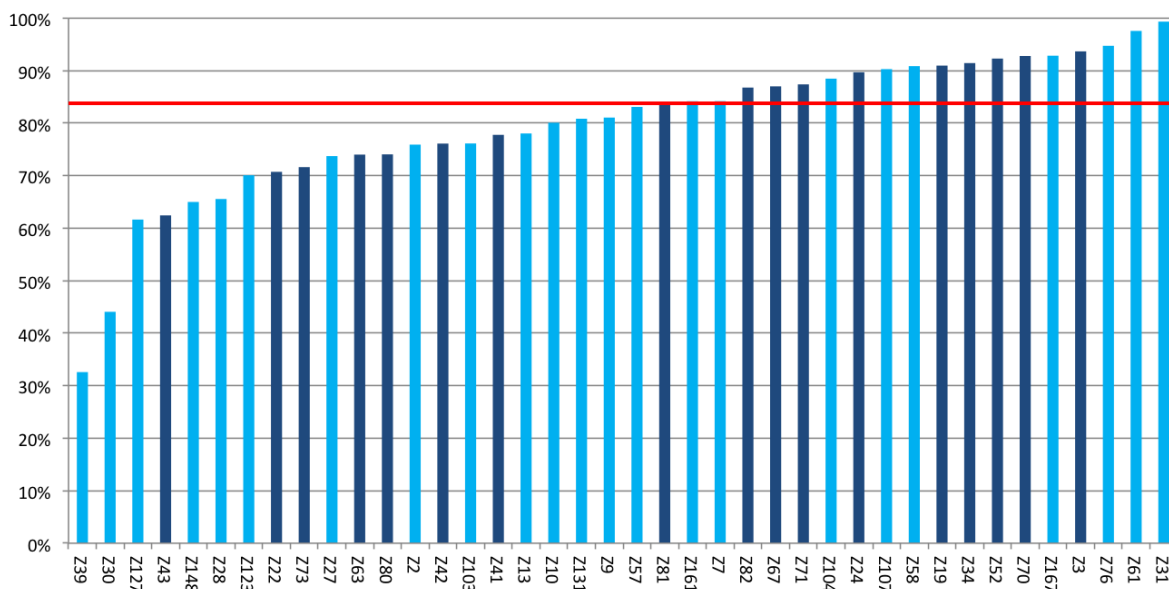
Exclusiecriteria voor deelname aan dit zorgprogramma zijn:

- geen doorgemaakte HVZ (zie hiervoor hoofdstuk VVR)
- diabetes type 2 (vasculair risicomanagement is onderdeel van het zorgprogramma diabetes)
- hoofdbehandelaar medisch specialist
- geen geregelde zorg

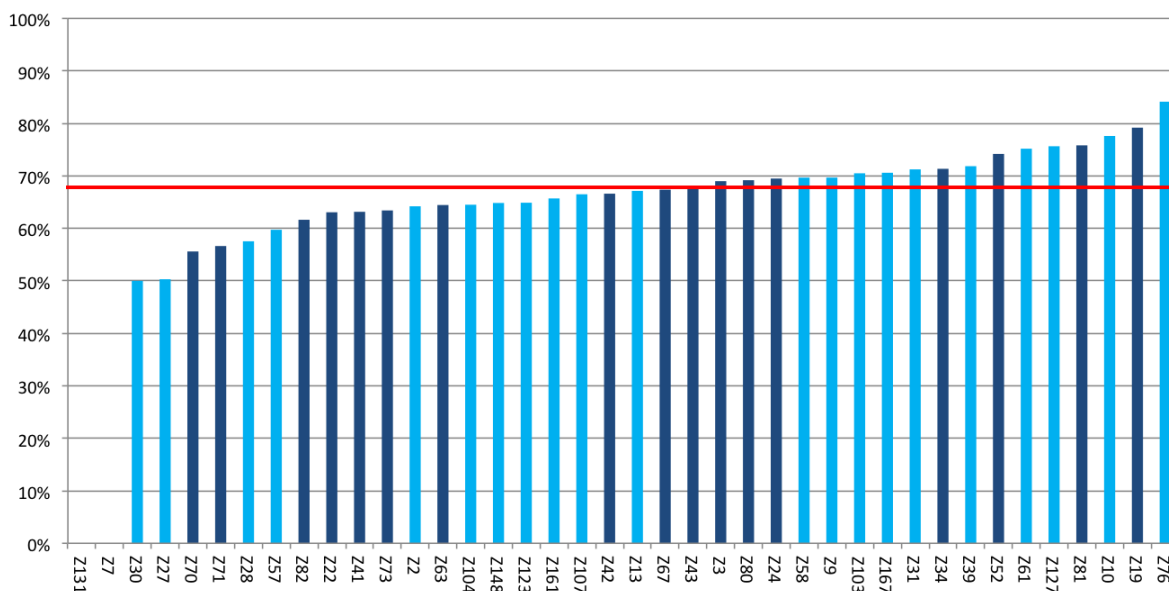
Ten opzichte van 2012 is de variatie iets toegenomen. Of dit komt omdat de zorggroepen die dit jaar voor het eerst deelnemen nog een 'inhaalslag' moeten maken en nog niet alle patiënten op de juiste wijze hebben geïnccludeerd, of dat ook de andere zorggroepen nog verbeteringen in de inclusie moeten aanbrengen is uit de gegevens niet op te maken. Onze aanbeveling in de vorige rapportage blijft van kracht, namelijk dat maximaal aandacht moet worden besteed aan validatie van diagnoses en aan toetsing van de in- en exclusiecriteria. Daarnaast lijkt er in veel zorggroepen nog volop ruimte voor substitutie van tweede- naar eerstelijns.

BLOEDDRUK

Grafiek 3: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten



Grafiek 4: Percentage HVZ patiënten < 80 jaar in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk ≤ 140 mm HG



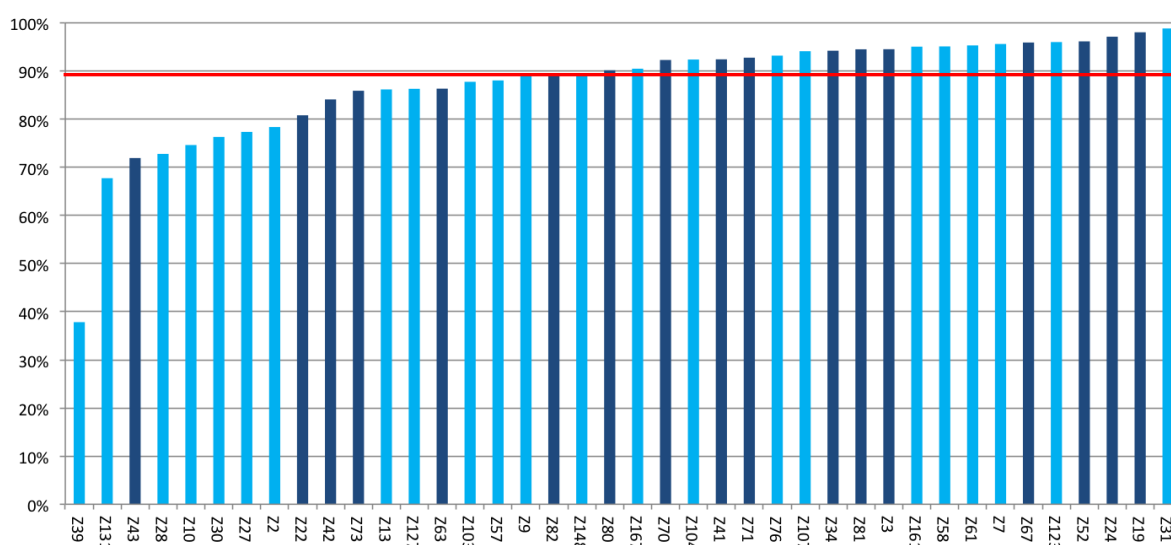
Bij gemiddeld 82% van de patiënten is de bloeddruk geregistreerd: een stijging met 4% ten opzichte van vorig jaar. Ook het percentage patiënten bij wie de streefwaarde is gehaald lijkt toegenomen (van 63 naar 68%). Een exacte vergelijking kunnen we niet maken omdat vorig jaar de uitkomstmaat op alle patiënten in het zorgprogramma is berekend en dit jaar alleen voor de groep onder 80 jaar. Hoe dan ook een bemoedigende ontwikkeling, want een relatief kleine

verbetering bij grote aantallen patiënten kan op populatieniveau tot aanzienlijke gezondheidswinst leiden, waarbij het overigens niet zeker is welke individuele patiënt daarvan het meest profiteert (preventieparadox).

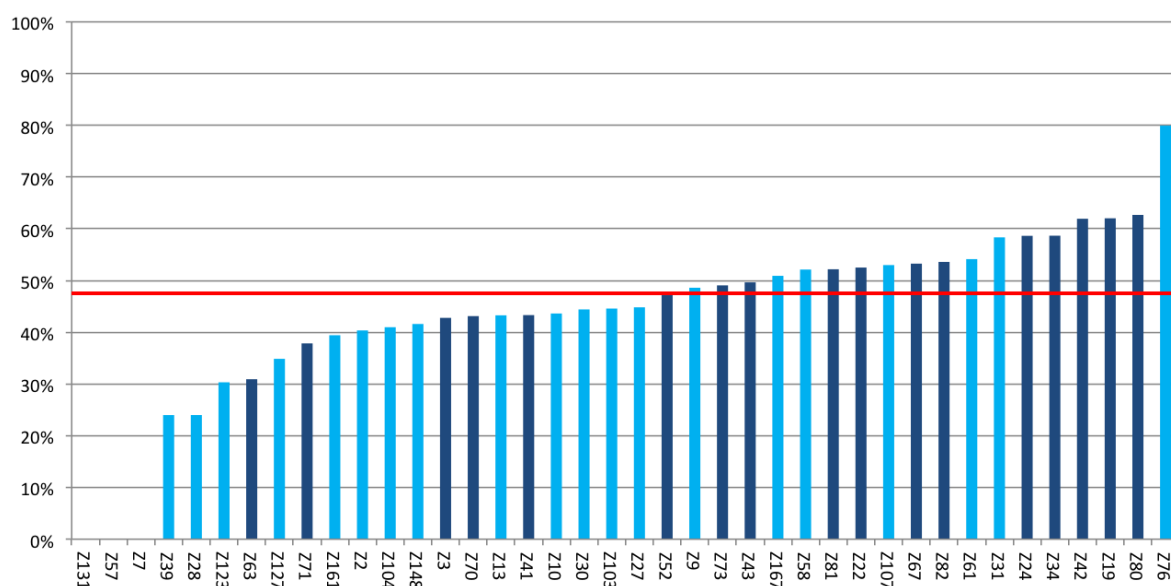
Verder heeft naar schatting 10-15 procent van de patiënten 'last' van een witte jassenfenomeen. Terwijl de werkelijke bloeddruk normaal is wordt daarbij vaak de te hoge spreekkamerwaarde in de extracties meegenomen.

LDL-CHOLESTEROL

Grafiek 5: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie LDL is bepaald

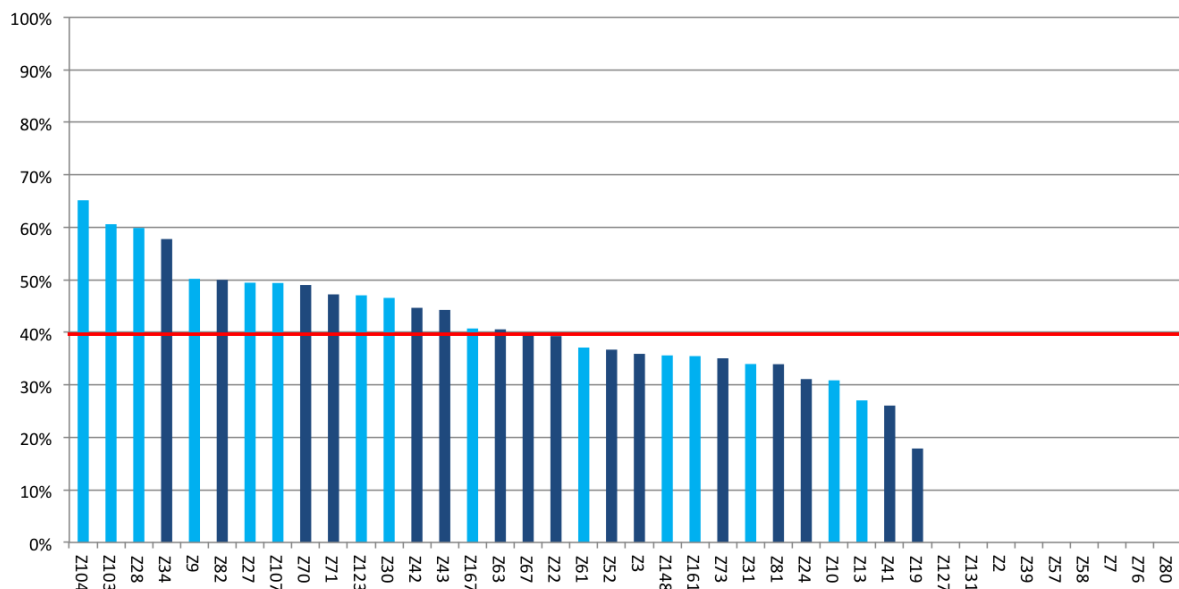


Grafiek 6: Percentage HVZ patiënten < 80 jaar in zorgprogramma bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde $\leq$ aan 2,5 mmol/l



Ook hier zien we een verbetering van zowel de proces- als de uitkomstindicator, waarbij de uitkomst vorig jaar werd gemeten op alle patiënten in het zorgprogramma en dit jaar op iedereen jonger dan 80 jaar. Bijna 50% haalt de streefwaarde, tegen 42% vorig jaar. Anderzijds blijft het een opmerkelijk gegeven dat ruim de helft van deze populatie in weerwil van het hoge cardiovasculaire risico (secundaire preventie) de in de CVRM-richtlijn aanbevolen streefwaarde niet haalt. Nader (dossier)onderzoek bij deze groep kan meer inzicht geven in de achtergronden van dit fenomeen. Zowel patiëntfactoren (therapietrouw, bijwerkingen), als artsfactoren (accepteren van waarden boven het streefniveau) spelen hier zeer waarschijnlijk een rol. Hoe dan ook, een verdere verbetering lijkt hier haalbaar.

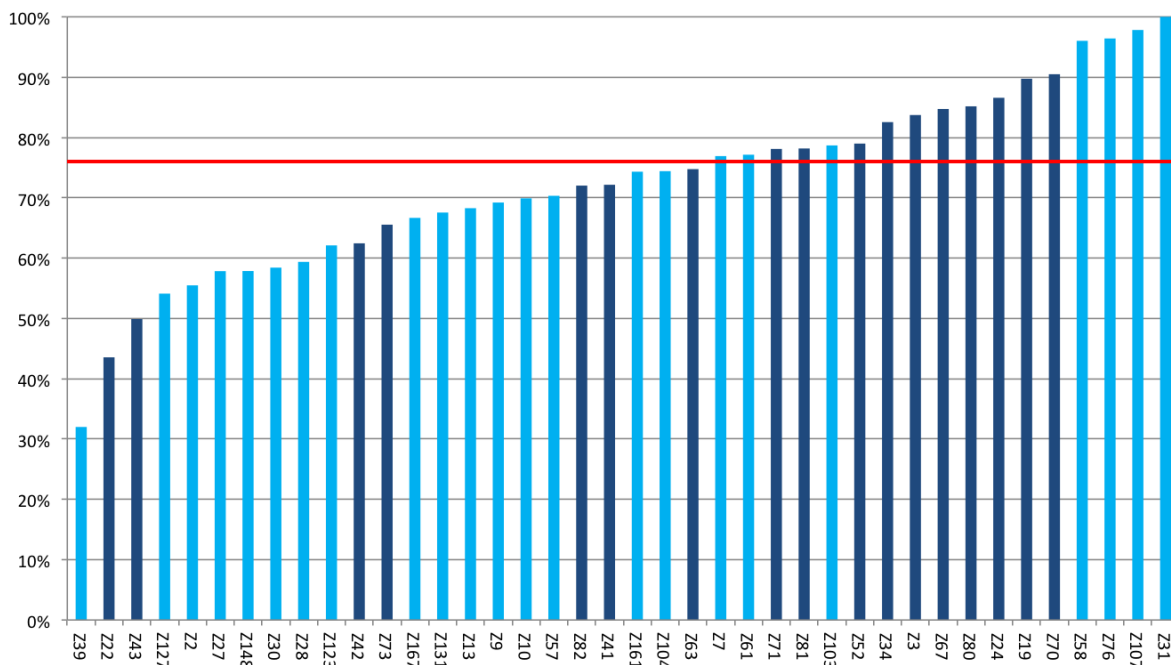
Grafiek 7: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma met LDL-cholesterolwaarde > 2,5 mmol/l dat GEEN lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt



Deze grafiek laat een fors verschil zien met vorig jaar: gemiddeld 40% van de patiënten met *LDL-cholesterolwaarde* boven de streefwaarde gebruikt geen lipidenverlagend medicijn. Vorig jaar was dat nog 'slechts' gemiddeld 21%. Tegen deze achtergrond is het opmerkelijk dat desondanks meer patiënten de streefwaarde haalden (grafiek 6). Nader onderzoek kan meer inzicht geven in de (patiënt- en arts)factoren die dit zouden kunnen verklaren. Mogelijk is ook sprake van registratie- of extractie problemen.

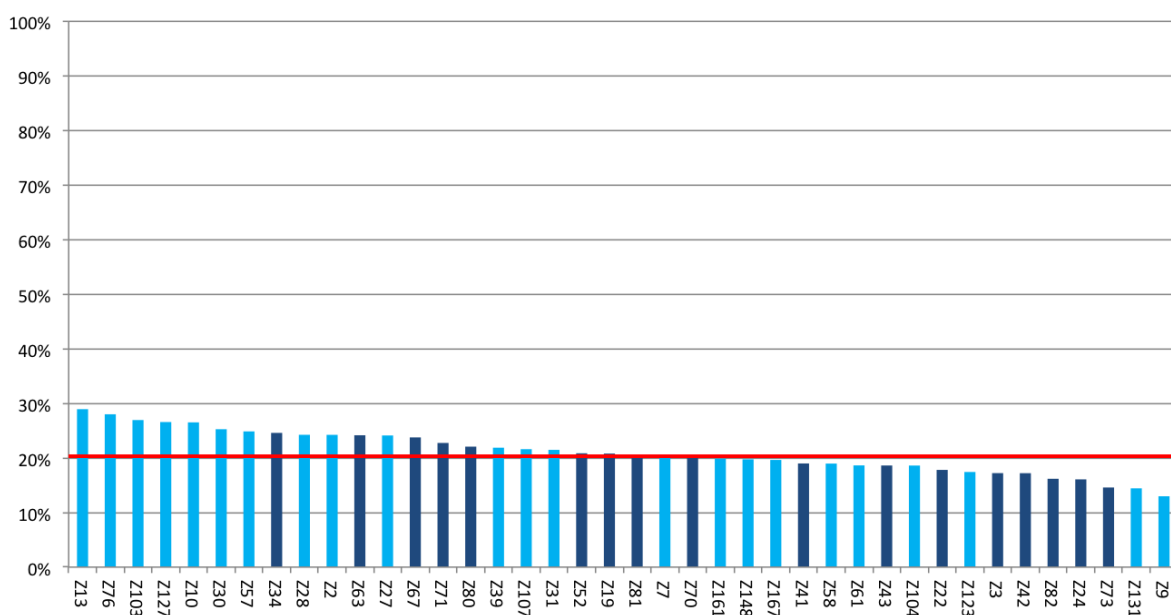
ROKEN

Grafiek 8: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode of van wie de uitslag 'niet-roker' ooit is geregistreerd.



De registratie van de 'rookstatus' is flink verbeterd: 66% in 2012 versus 76% dit jaar.

Grafiek 9: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma dat rookt

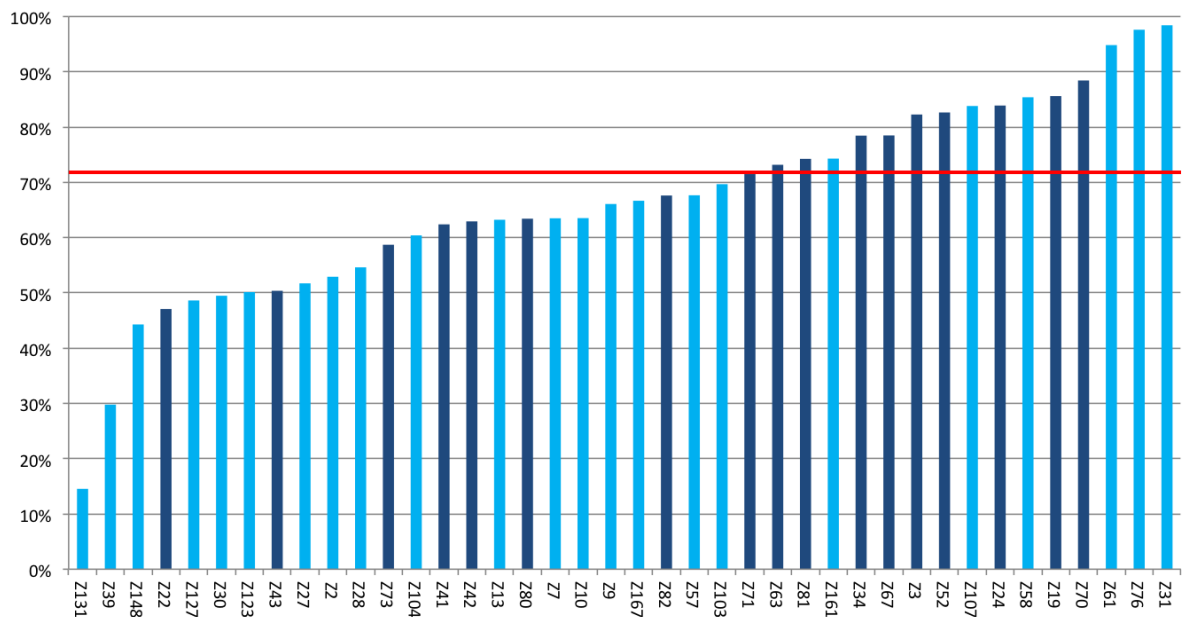


Het percentage is berekend op de mensen van wie de rookstatus bekend is. Evenals in de vorige rapportage blijft gemiddeld 20% van de patiënten roken na een doorgemaakte HVZ. Van de

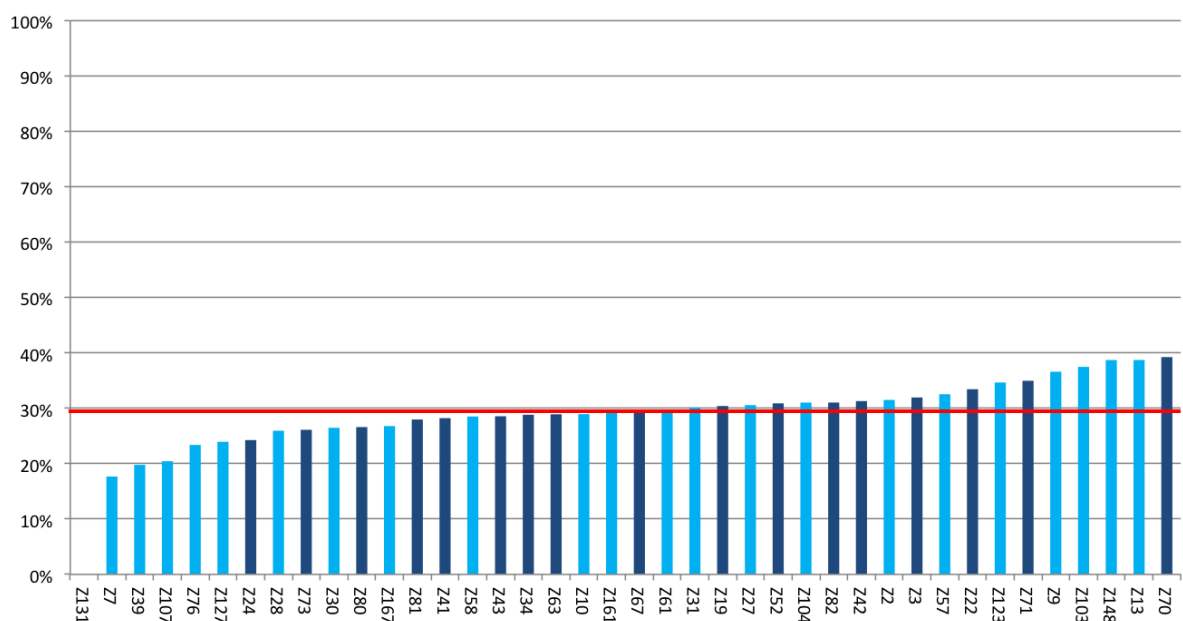
Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder rookt 27%. De spreiding van de registratie tussen de zorggroepen is afgenomen ten opzichte van 2012.

GEWICHT

Grafiek 10: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index berekend is



Grafiek 11: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie BMI berekend is met BMI onder 25

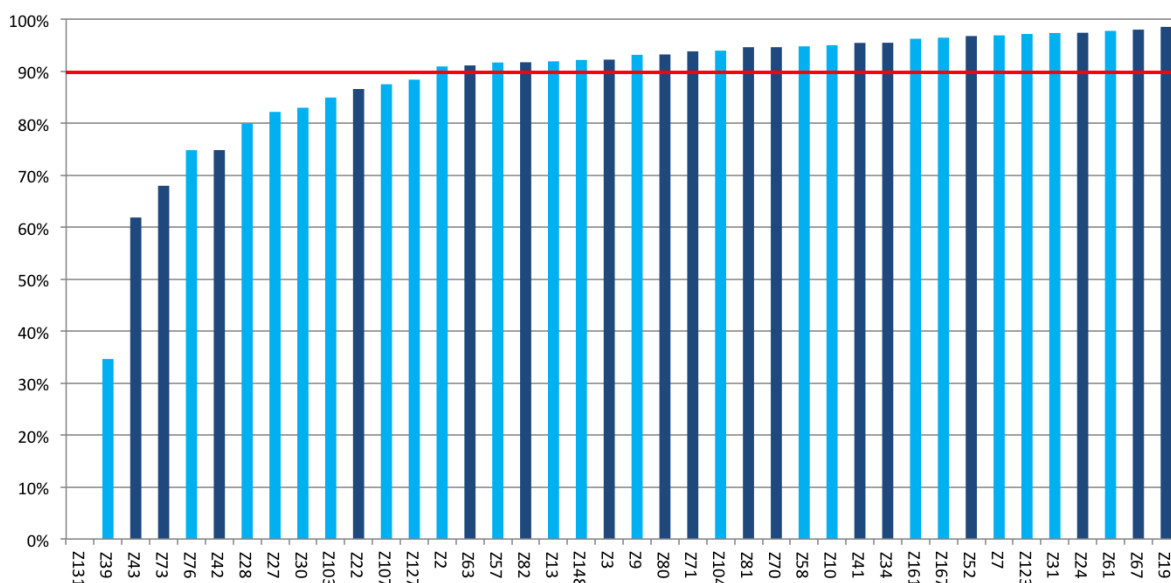


De registratie van de BMI is verbeterd. Verdere verbetering is mogelijk als de HISSen de BMI automatisch berekenen aan de hand van een 'ooit' geregistreerde lengte en het actuele lichaamsgewicht.

Het percentage patiënten met een BMI lager dan 25 is vrijwel gelijk gebleven. Het is niet te verwachten dat deze uitkomstindicator en de toekomst nog in belangrijke mate zal verbeteren. Patiënt- en maatschappelijke factoren spelen hier de belangrijkste rol. Bij ouderen (> 70 jaar) is ook een BMI tussen 25 en 30 acceptabel. De grafiek geeft uiteraard geen inzicht in gewichtsreductie zonder dat de streefwaarde wordt gehaald.

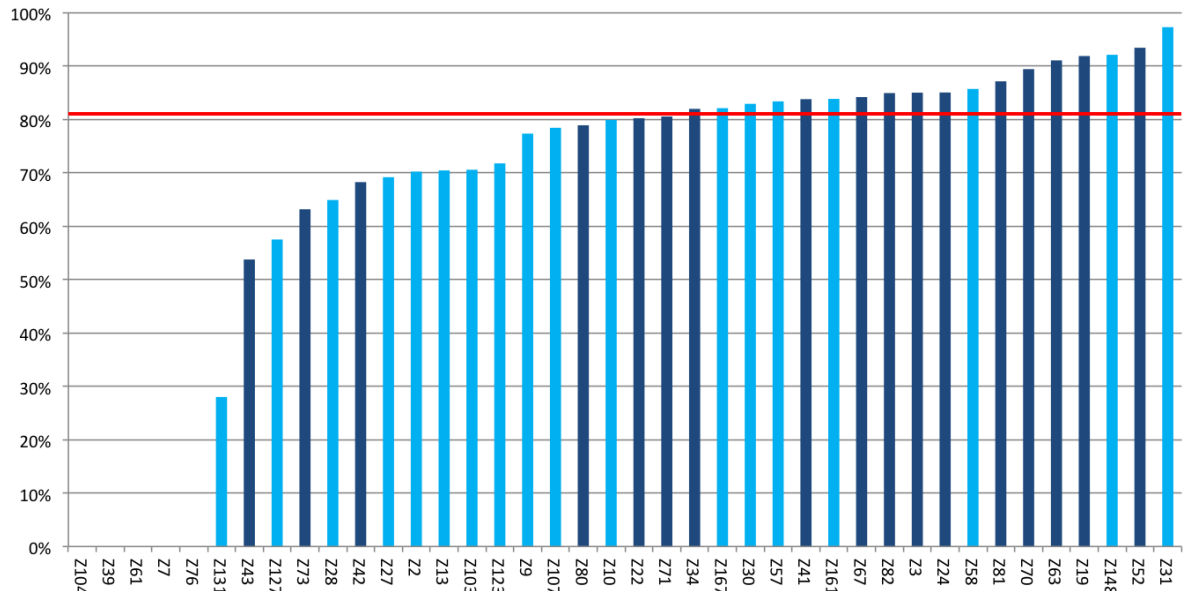
NIERFUNCTIE

Grafiek 12: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie MDRD (klaring) is gemeten in afgelopen vijf jaar



Deze procesindicator is verder verbeterd en nadert met gemiddeld 90% het optimum. Opvallend is wel dat enkele zorggroepen hier (ver) ondergemiddeld scoren.

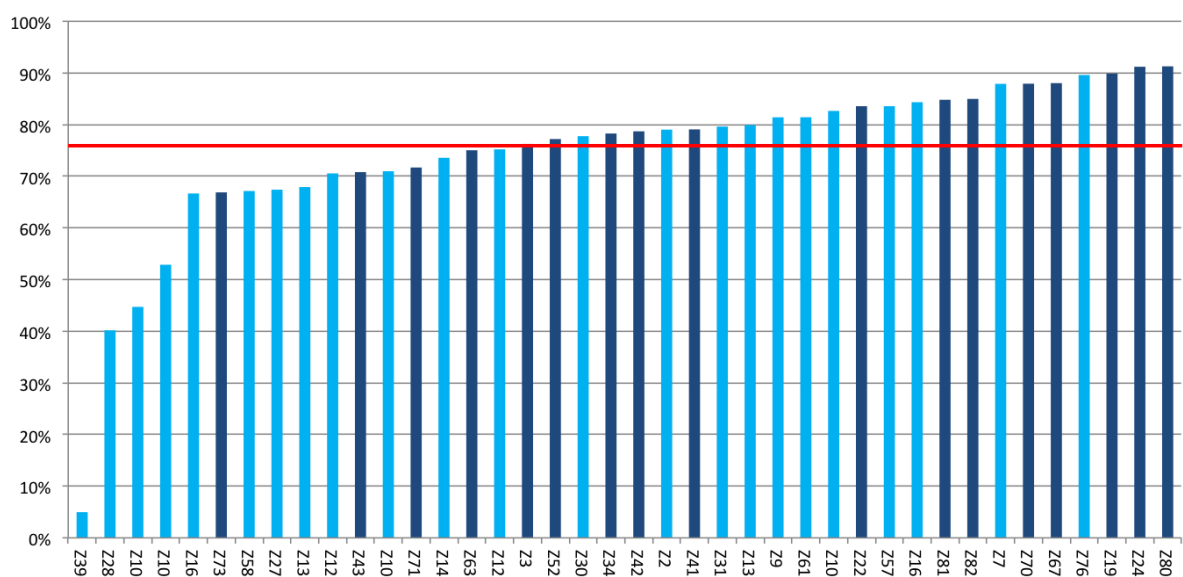
Grafiek 13: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie MDRD (klaring) is gemeten in afgelopen jaar



Deze indicator is vorig jaar niet uitgevraagd, zodat vergelijking niet mogelijk is. Ook hier scoren meerdere zorggroepen (nog) ondergemiddeld, mogelijk ten gevolge van een gefaseerde instroom van patiënten in het zorgprogramma. Verbetering is derhalve zeker mogelijk.

ANTISTOLLING

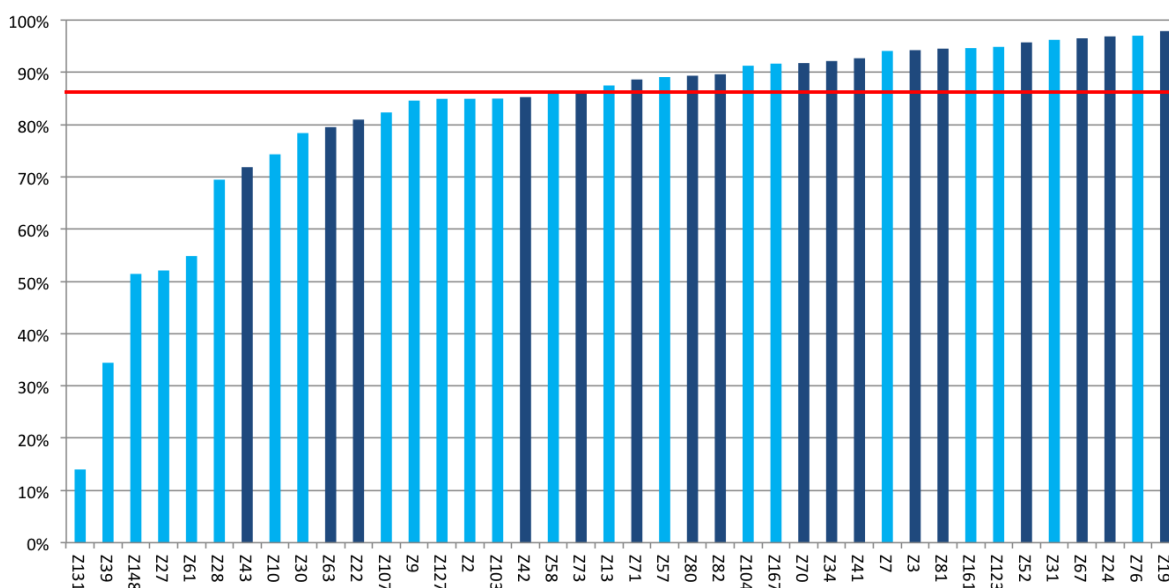
Grafiek 14: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma met antistollingsmiddelen of plaatsjesaggregatieremmers in meetperiode



Gemiddeld ruim driekwart van de patiënten met een doorgemaakte HVZ gebruikt een antistollingsmiddel of een plaatsjesaggregatieremmer, vergelijkbaar met vorig jaar. Omdat bij enkele zorggroepen nog verbetering mogelijk is, zal dit aantal nog verder kunnen toenemen.

GLUCOSE

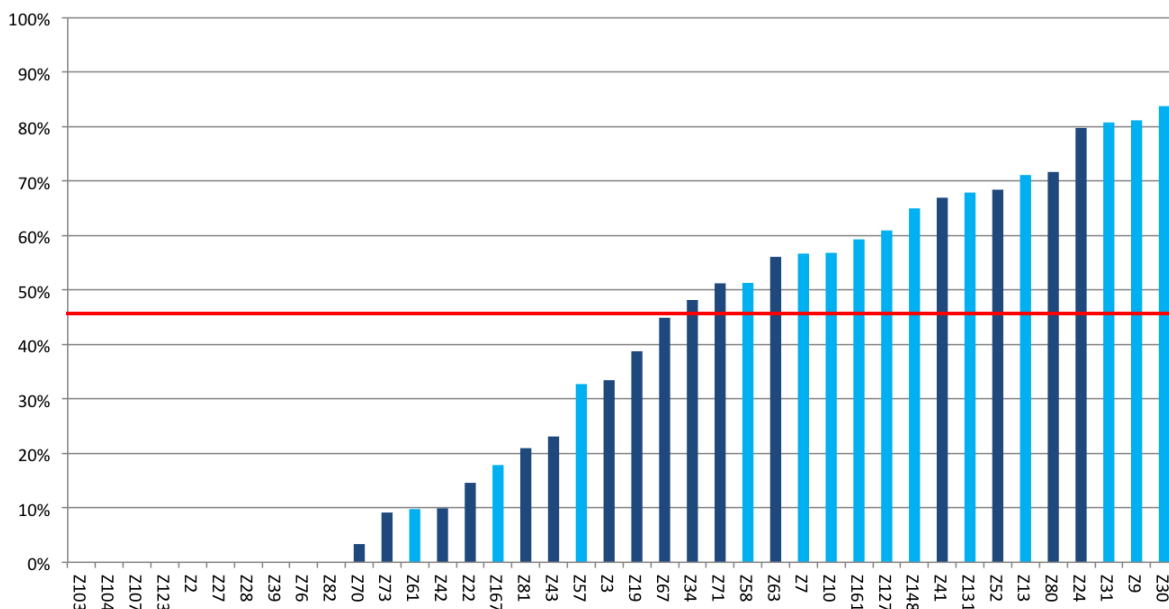
Grafiek 15: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie nuchtere glucose meting is uitgevoerd in de afgelopen vijf jaar



Ter opsporing ('case-finding') van diabetes type 2 en overeenkomstig de aanbevelingen in de NHG-Standaarden wordt deze bepaling bij de meeste patiënten uitgevoerd. Er is sprake van een lichte verbetering ten opzicht van 2012, die nog kan doorzetten als enkele achterblijvende zorggroepen een inhaalslag maken.

GRIEPVACCINATIE

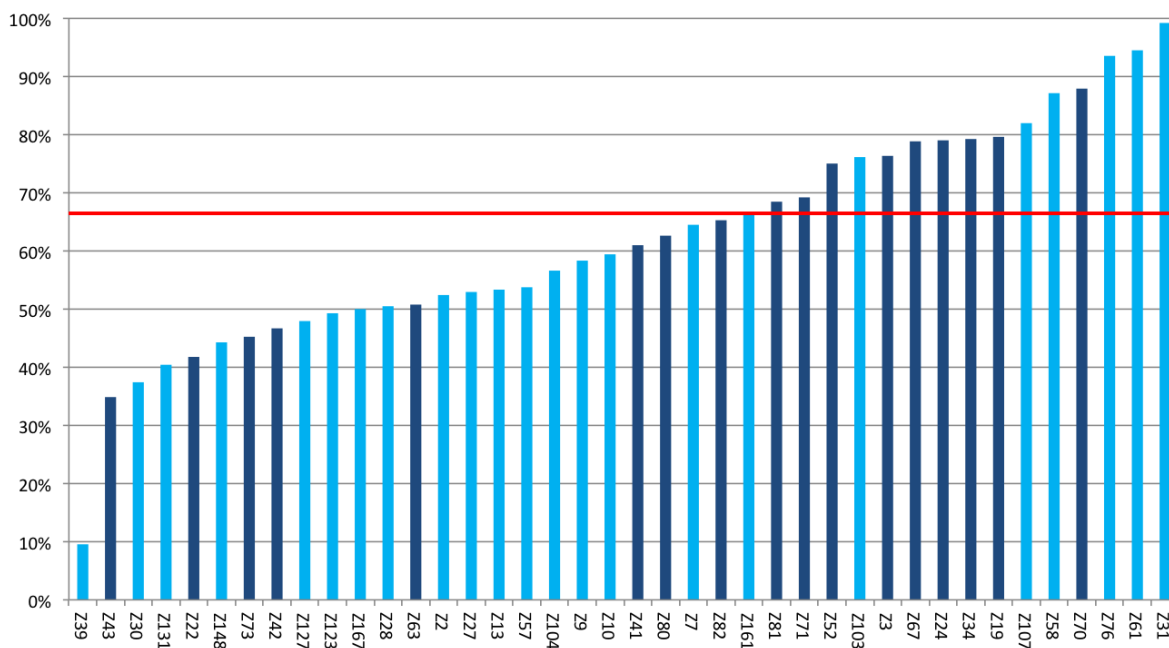
Grafiek 16: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma met griepvaccinatie in meetperiode



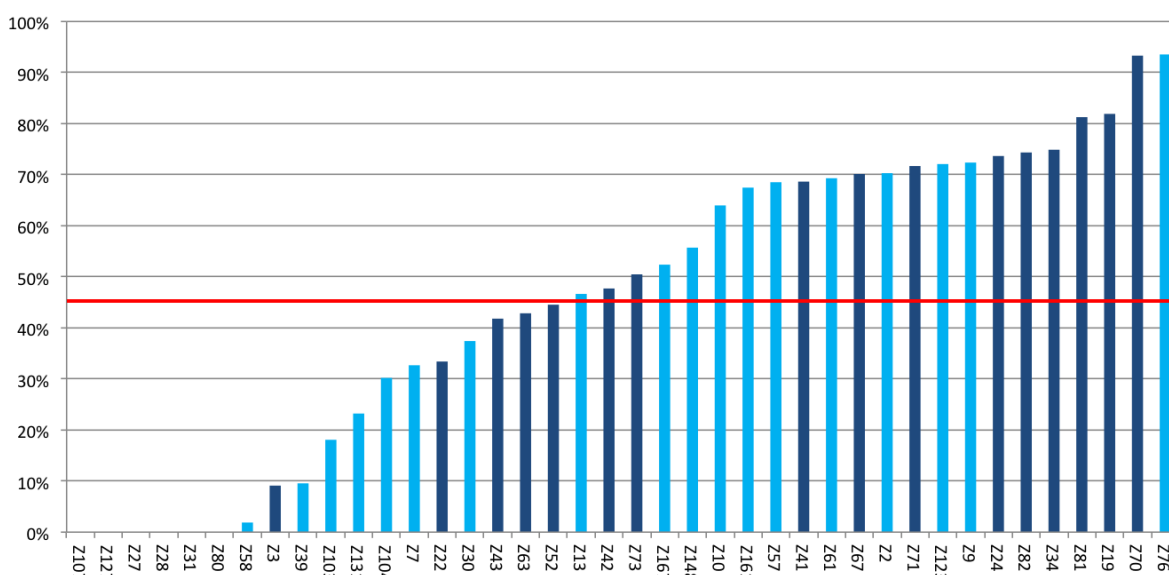
De gemiddelde griepvaccinatiegraad is met ruim 45% weliswaar licht gestegen ten opzichte van 2012 (39%), maar blijft opnieuw achter bij het landelijk gemiddelde van 70%. De uitkomsten van deze indicator worden echter in belangrijke mate beïnvloed door registratie/extractieproblemen (wijze van wegschrijven en niet tijdig invoeren van de registratie voor de peildatum van 31-12). Er dienen aanbevelingen te komen om deze problemen voor volgend jaar te voorkomen.

BEWEGING

Grafiek 17: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode



Grafiek 18: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma met beweegadvies OOI

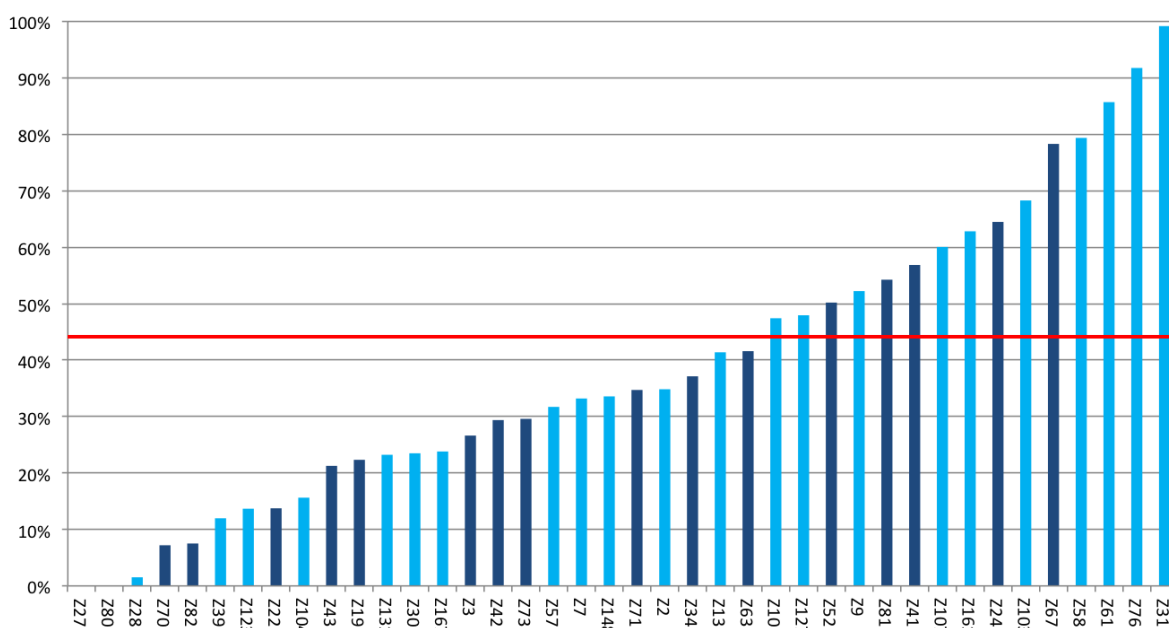


De royale spreiding van deze beide indicatoren wijst zeer waarschijnlijk op aanloop- en registratie problemen. De gemiddelde scores zijn wel iets verbeterd ten opzichte van 2012. Verdere verbetering is mogelijk als boven water komt wat de oorzaak is van de grote spreiding

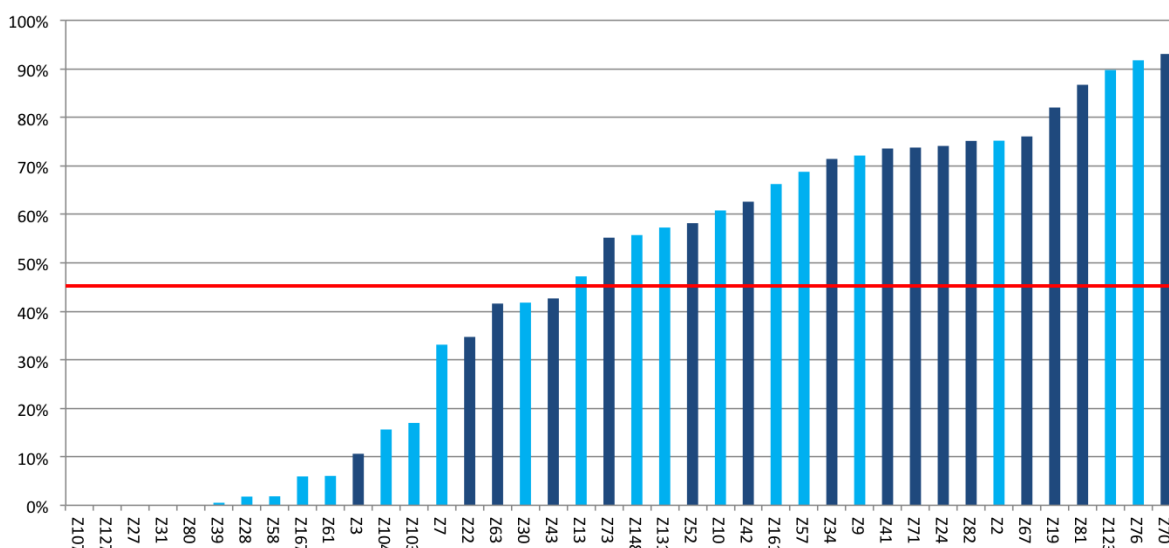
en van de relatief lage gemiddelde score. Het blijft daarnaast een uitdaging om 'meer bewegen' en 'conditieverbetering' te bespreken en verder te stimuleren door het aanbieden van beweegprogramma's (bij voorkeur 'in de buurt') en het formuleren van haalbare doelen.

VOEDING EN ALCOHOL

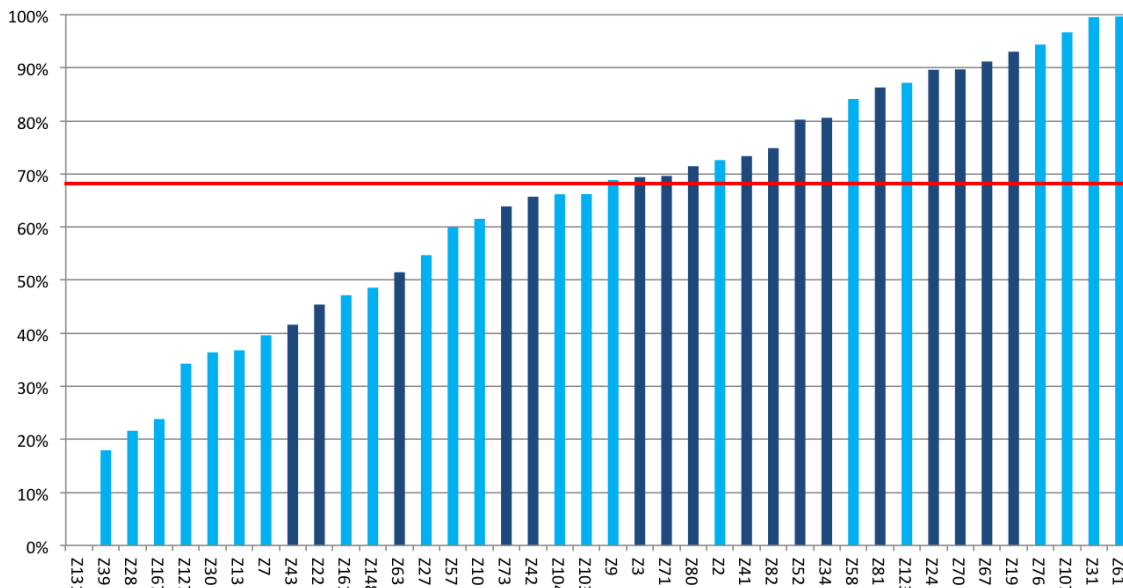
Grafiek 19: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma met wie voedingspatroon is besproken in meetperiode



Grafiek 20: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma met voedingsadvies OOI



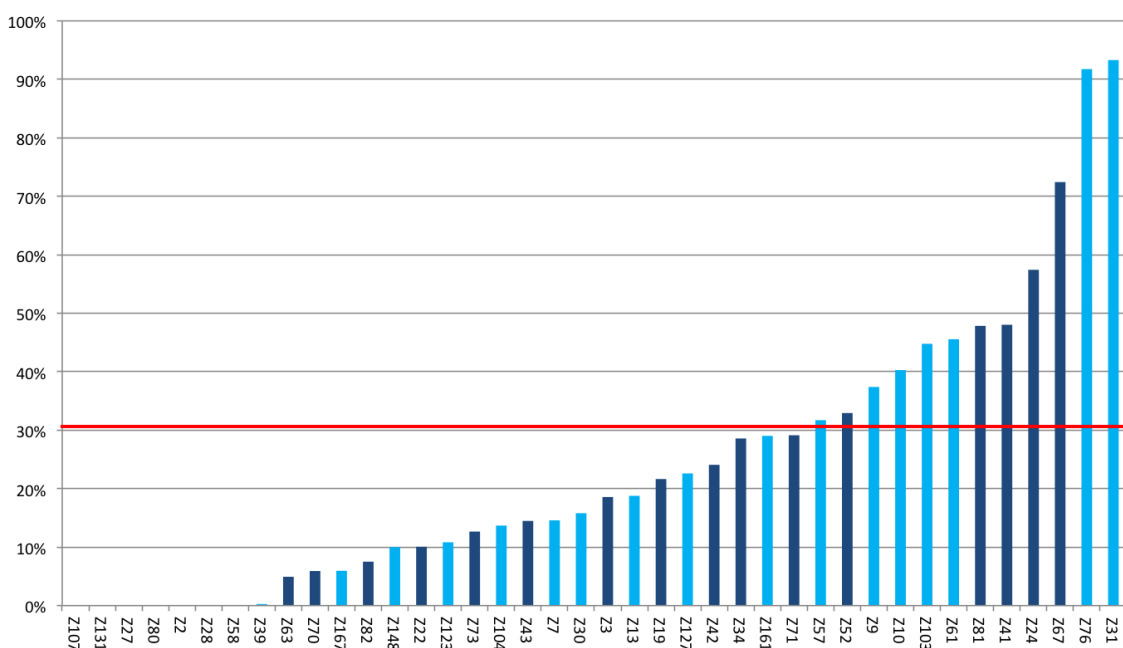
Grafiek 21: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie alcoholgebruik is vastgelegd in afgelopen vijf jaar



Ook hier zien we een forse spreiding met een lichte verbetering van de gemiddelde scores. Deze procesindicatoren geven uiteraard geen inzicht in de vraag of voedingspatroon en alcoholgebruik daadwerkelijk in een gewenste richting is opgeschoven. Mogelijk is er sprake van een forse onderrapportage, omdat leefstijl altijd een belangrijk aandachtsgebied van praktijkondersteuners is.

Het is aan de zorgverleners en zorggroepen om dat op te pakken.

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



De score ten aanzien van 'compleet risicoprofiel' is gelijk aan die van 2012, terwijl er (nog steeds) sprake is van een grote spreiding. Mogelijk dat door de instroom van nieuwe zorggroepen de verwachte verbetering is uitgebleven. De voornaamste oorzaak voor de opvallend grote spreiding bij het complete risicoprofiel zijn grote onderrapportage bij griepvaccinaties en de leefstijl factoren. Gezien de te grote spreiding is de zeggingskracht van deze indicator gering en kunnen er moeilijk conclusies aan worden verbonden.

VERHOOGD VASCULAIR RISICO (ZONDER HVZ)

Inleiding

Zoals de zorgstandaard VRM beschrijft is vasculair risico management geïndiceerd voor zowel (bepaalde) patiënten met patiënten zonder hartvaatziekte. Voor een helder onderscheid noemen we de eerste categorie HVZ (hartvaatziekte) en de tweede categorie VVR (verhoogd vasculair risico).

Vasculair risicomanagement bij patiënten zonder hart- en vaatziekte beoogt het voorkómen van cardiovasculaire morbiditeit en stelt mortaliteit aan HVZ uit. Het vindt plaats op zowel populatie- als op individueel niveau, zowel binnen de eerste- als binnen de tweedelijnsgezondheidszorg.

Patiënten met diabetes mellitus, reumatoïde artritis, nierschade, hypertensie of dyslipidemie hebben een bewezen verhoogd vasculair risico, terwijl ook psychiatrische patiënten (psychomedicatie, roken) en personen met een belaste familieanamnese vaak een hoger risico hebben. Sommige risicofactoren zijn niet te beïnvloeden, zoals erfelijkheid, etniciteit en geslacht. Veel andere risicofactoren zijn wel beïnvloedbaar, zoals leefstijl, roken, ongezonde voeding, alcohol- en druggebruik, lichamelijke inactiviteit en werkstress. Het verlagen van het vasculaire risico vraagt om activiteiten van zowel zorgvragers als zorgverleners, en om een multidisciplinaire aanpak. Er zijn interventies denkbaar op individueel niveau (case-finding, risico-inventarisatie, interventie, zelfmanagement) als op populatieniveau (roken, voeding, vetten, zout, stimuleren beweging, etc.).

Inclusie

Voor opname in een zorgprogramma wordt op dit moment door zorggroepen gebruik gemaakt van diverse stappenplannen. Zo kunnen (bepaalde) patiënten die niet voor aan HVZ gerelateerde klachten de praktijk bezoeken worden uitgenodigd om een *risicoprofiel* op te stellen (casefinding). Ook kunnen patiënten die voldoen aan bepaalde criteria per brief of via de praktijksite uitgenodigd worden om een risicoprofiel op te laten stellen. Vervolgens vindt *risicoschatting* plaats overeenkomstig de richtlijnen. Bij de introductie van het zorgprogramma kan ook dossieronderzoek worden verricht bij patiënten die reeds in behandeling zijn, met als vraag: is er naar de huidige inzichten (nog) een goede indicatie voor behandeling?

Na inclusie in het zorgprogramma vindt behandeling plaats op basis van haalbare persoonlijke doelen. Hierbij is uitdrukkelijk de ruimte voor een individuele afweging van voor- en nadelen van mogelijke interventies. De huidige standaard geeft duidelijke handvatten bij de multidisciplinaire benadering van de individuele patiënt door huisartsen, medisch specialisten, praktijkondersteuners, diëtisten, fysiotherapeuten en vasculair verpleegkundigen. Het individueel zorgplan kan daarbij voortdurend worden bijgesteld.

RESULTATEN VVR, ALGEMEEN

Inventarisatie, nog geen benchmark.

Dit is de eerste keer dat de landelijke benchmark gegevens rapporteert over het vasculair risico management bij patiënten zonder hart- of vaatziekte (VVR). Voor deze VVR groep is nog geen landelijke indicatorenset beschikbaar. Ook zijn er nog geen eenduidige criteria voor de inclusie van patiënten met een verhoogd vasculair risico (VVR) in een zorgprogramma. Er kan dan ook nog geen sprake zijn van een echte betrouwbare benchmark.

Deze rapportage is veeleer een eerste inventarisatie van de werkwijze bij 23 zorggroepen die in 2013 een gecontracteerd zorgprogramma hadden voor patiënten met een verhoogd vasculair risico zonder hartvaatziekte (VVR).

Uit deze inventarisatie willen we vooral lessen trekken ten bate van een valide in- en exclusie van patiënten in een zorgprogramma in de toekomst. Het niet onderkennen en niet behandelen van patiënten met een verhoogd vasculair risico kan leiden tot vermijdbare schade, complicaties en vroegtijdige sterfte. Anderzijds wordt met heldere inclusiecriteria ook voorkomen dat onnodig zorg wordt geleverd aan patiënten met een laag vasculair risico. In totaal hebben 23 zorggroepen (zie overzicht 1) gegevens over hun prestaties met patiënten met VVR aangeleverd. De zorggroepen varieerden sterk in grootte en daarmee ook in het aantal patiënten waarover werd gerapporteerd.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	23
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	22
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	112.915
Mediaan	103.972
Minimum	9.249
Maximum	406.119

Inclusiecriteria

Allereerst zijn patiënten met diabetes mellitus of een doorgemaakte hart- of vaatziekte geëxcludeerd. Zij nemen deel aan het zorgprogramma diabetes of HVZ. De inclusiecriteria voor het zorgprogramma VVR zijn voor de zorggroepen weliswaar verschillend, maar wel transparant en gebaseerd op de NHG-Standaard CVRM. Zie voor een volledig overzicht van gehanteerde inclusiecriteria bijlage 3. De gehanteerde inclusiecriteria vallen in drie groepen uiteen.

Overzicht 2: Gehanteerde inclusiecriteria

	Aantal zorggroepen
Zonder gebruik te maken van een risicoscore of risicotabel Op basis van alleen ICPC diagnosecodes of medicatie	8
Op basis van een risicoscore 10% of 20% 10-jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ (zie standaard CVRM)	12
Conform de behandeladviezen Platform Vitale Vaten mede op basis van een risicoscore, conform de standaard CVRM	2

Er zijn acht zorggroepen die patiënten hebben geïnccludeerd op basis van ICPC² codes of ATC codes (medicatie gebruik), zonder gebruik te maken van een CVRM risicoscore; in de praktijk kunnen huisartsen een selectie uit het HIS maken. Huisartsen passen de ADEPD-richtlijn toe, de adequate ICPC gestuurde elektronisch patiëntendossiervorming. Het is zo in de praktijk mogelijk prioriteiten te stellen bij de inclusie en een stappenplan toe te passen. In de meeste gevallen worden eerst patiënten met bekende hypertensie en/of geïsoleerde dyslipidemie die al in behandeling zijn geïnccludeerd; hypertensie is immers een goed onderzochte risicofactor voor HVZ en voor de effectiviteit van de behandeling van hypertensie is veel bewijs. Daarbij zien we zorggroepen die gebruik maken van inclusie criteria als: gestoorde glucose regulatie, reumatoïde artritis, een belaste familie anamnese, patiënten met nierschade of de 'rokers' (zie bijlage 3). Twaalf zorggroepen hebben gebruikgemaakt van een risicoscore (conform CVRM standaard) bij de inclusie van patiënten in het zorgprogramma. Twee zorggroepen hebben patiënten geïnccludeerd conform de criteria van Vitale Vaten. Dit complete instrument – dat ontwikkeld is conform o.a. de standaard CVRM - is als webtool beschikbaar: www.cardiometabool.nl. Bij toepassing van dit instrument kan eveneens gebruikt worden gemaakt van een risicoscore (conform CVRM standaard).

² Landelijke werkgroep CVRM Huisarts Wet 2012;55(1):14-28. Op basis van de bekende ICPC Diagnosecodes: hypertensie ; dyslipidemie; roken, belaste familie anamnese; gestoorde glucose regulatie; (chronische) nierschade en reumatoïde artritis.

De risicoscore is in 2012 aangepast. De oude risicoscore (2007) gaat uit van de kans op mortaliteit (sterfte), de nieuwe risicoscore (2012) geeft de kans op mortaliteit (sterfte) of morbiditeit (ziekte). Een hoog risico is gedefinieerd als $\geq 20\%$, een matig risico als 10% tot 20%, en een laag risico als $<10\%$ risico op ziekte of sterfte door HVZ in 10 jaar (<http://www.artsennet.nl/Kennisbank/medische-apps/app/129133/Risicotabel.htm>). Welke risicoscore door de zorggroepen is gebruikt is niet transparant. Mogelijk dat in 2013 door sommige zorggroepen nog gebruik gemaakt is van de oude risicoscore. In het kader van deze rapportage, gaan wij uit van de meest actuele richtlijn³.

³ Nota bene: De NZA en het Ministerie gaan in de Prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Vasculair Risicomanagement (VRM) uit van een waarde (mortaliteit *niet* morbiditeit) van 5%: *de prestatie geldt voor het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat het verhoogde risico is vastgesteld (risico $\geq 5\%$ om binnen 10 jaar te overlijden aan hart- of vaatziekte)*. Hiervoor is integrale bekostiging van multidisciplinaire zorgverlening voor chronische aandoeningen verlengd (brief van 25 oktober 2012, CZ-3134258, Minister van VWS). In de praktijk blijkt dat er overlap is tussen patiënten met een risico $\geq 5\%$ om binnen 10 jaar te overlijden mortaliteit *niet* morbiditeit aan hart- of vaatziekte en patiënten die een risico $\geq 10\%$ hebben om binnen 10 jaar te overlijden aan hart- of vaatziekte OF hart- of vaatziekte te krijgen (mortaliteit *en* morbiditeit).

[http://www.nza.nl/137706/144027/654317//BR-CU-7074_Integrale_bekostiging_multidisciplinaire_zorgverlening_chronische_aandoeningen_\(DM_type_2_VRM_COPD\)_2013.pdf](http://www.nza.nl/137706/144027/654317//BR-CU-7074_Integrale_bekostiging_multidisciplinaire_zorgverlening_chronische_aandoeningen_(DM_type_2_VRM_COPD)_2013.pdf)

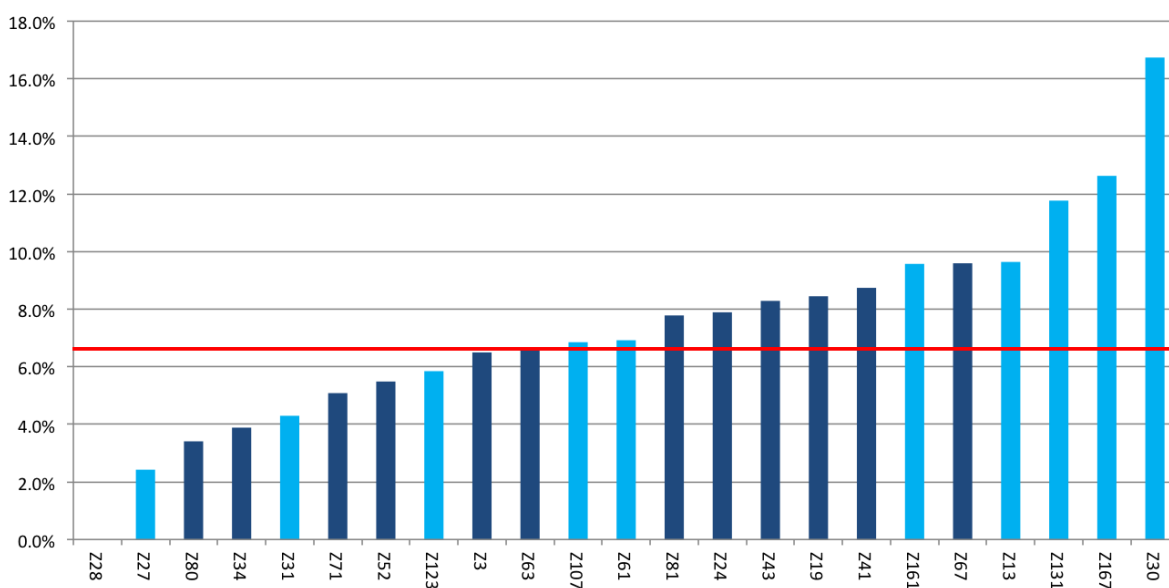
RESULTATEN VVR, PER INDICATOR

Omdat er nog geen landelijke indicatoren set bestaat en er geen sprake is van uniforme inclusie is een goede vergelijking tussen de zorggroepen niet goed mogelijk. Toch willen we in deze eerste rapportage de resultaten van enkele indicatoren weergeven.

De scores op deze afzonderlijke indicatoren zijn 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 de zorggroep in de betreffende grafiek.

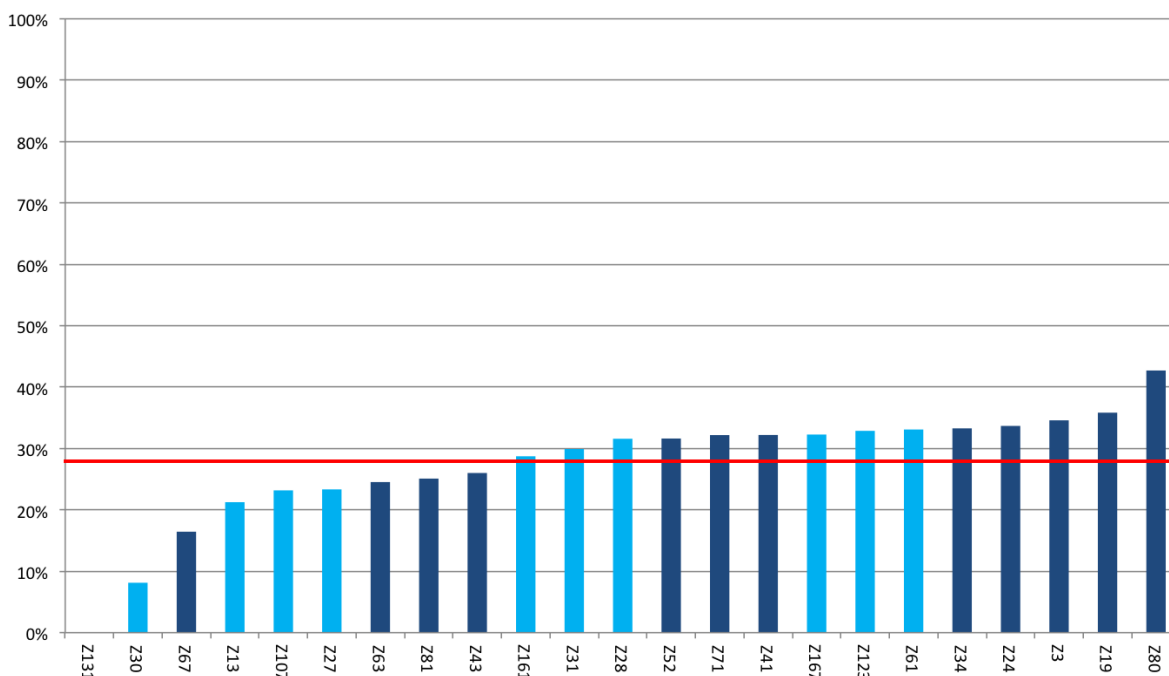
In iedere grafiek wordt met een rode lijn het gewogen gemiddelde aangegeven. Dat is berekend over alle patiënten uit alle zorggroepen die in de betreffende grafiek zijn meegenomen.

Grafiek 1: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma ten opzichte van totaal aantal patiënten ingeschreven bij aangesloten huisartspraktijken



De prevalentie van patiënten die op dit moment in het zorgprogramma zijn geïncludeerd is circa 7%. De spreiding is groot. Eén zorggroep includeert slechts iets meer dan 2% van zijn patiënten, terwijl een andere zorggroep 17% van het totaal aantal patiënten includeert. Dit heeft ongetwijfeld te maken met de verschillen in inclusie zoals eerder beschreven, of mogelijke verschillen in fase van implementatie dan wel problemen met registratie of ICT. Door meer uniforme en scherpe inclusie kan deze spreiding in de toekomst afnemen.

Grafiek 2: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma > 70 jaar



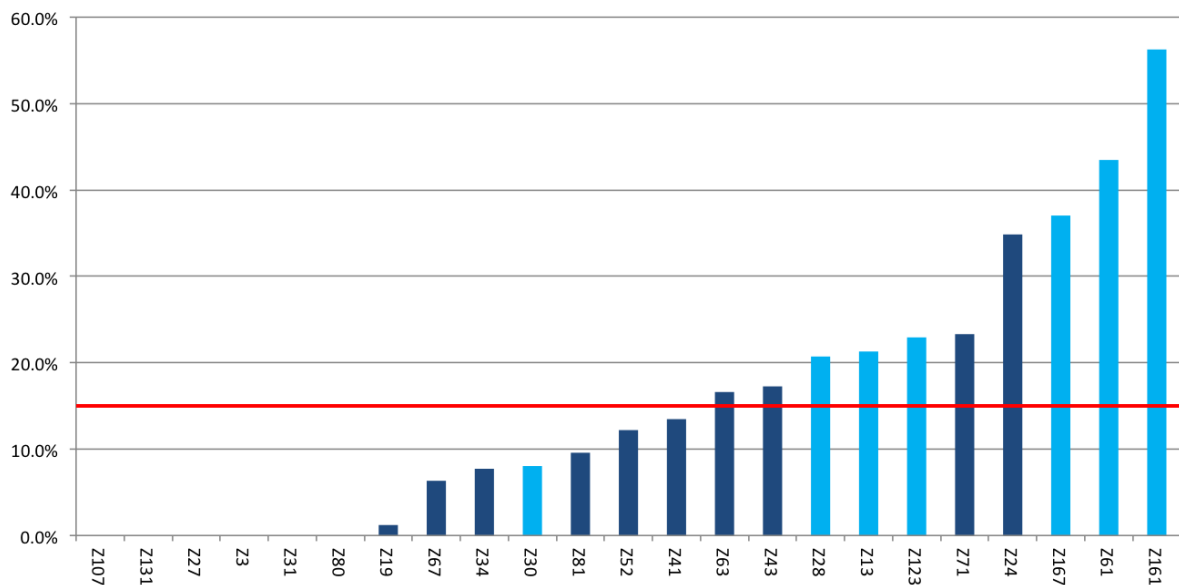
Circa 30% van de patiënten in het zorgprogramma bestaat uit 70-plussers. De gemiddelde levensverwachting van een zeventigjarige in Nederland is meer dan 15 jaar en stijgt voorlopig nog. Daarmee is er alle reden voor behandeling en begeleiding van deze patiëntencategorie. Bij ouderen is de relatie tussen BMI en gezondheid niet zo eenduidig maar bijvoorbeeld stoppen met roken is ook voor ouderen gunstig. Bij ouderen neemt de prevalentie van hoge bloeddruk toe maar op hoge leeftijd (80 jaar en ouder) neemt de prevalentie weer wat af. De behandeling van hypertensie beschermt tegen HVZ, ook bij 70-plussers. Bij ouderen neemt de prevalentie van hypercholesterolemie toe. Uit onderzoeken blijkt de effectiviteit van behandeling met statines vergelijkbaar met die bij jongere patiënten, extrapolatie van de effectiviteit van statines naar ouderen is verdedigbaar, maar de effectiviteit is niet rechtstreeks aangetoond bij ouderen zonder HVZ.

Vastgelegd is welke zorg gemiddeld geboden wordt in het zorgprogramma. Bij ouderen wordt geadviseerd het gebruik van medicatie te continueren (tenzij interacties of een korte levensduur op de voorgrond staan) aangezien deze middelen ook bij deze leeftijdsgroep een significante daling van ziekte of sterfte door HVZ geven. Per oudere worden daar individuele afspraken over gemaakt. Anderzijds kan de 'heilige status' van de klassieke risicofactoren⁴ worden genuanceerd als het gaat om het voorspellen van hart- en vaatziekten bij mensen die daar nog geen verleden in hebben. Dat geldt dan vooral bij de oudste ouderen, maar misschien ook al wel op wat lagere leeftijd. Daarbij zien ouderen in de praktijk om hun moverende redenen nogal eens van medicatie af. Zeker op hoge leeftijd zijn er patiënten die geen geregeld zorg (zorgprogramma) meer willen ontvangen. De CVRM standaard geeft hierin geen advies, maar het automatisme

⁴ Cardiovascular risk management in old age. Ruijter, W. de, 2009, Doctoral thesis, Leiden University ISBN:9789085595304

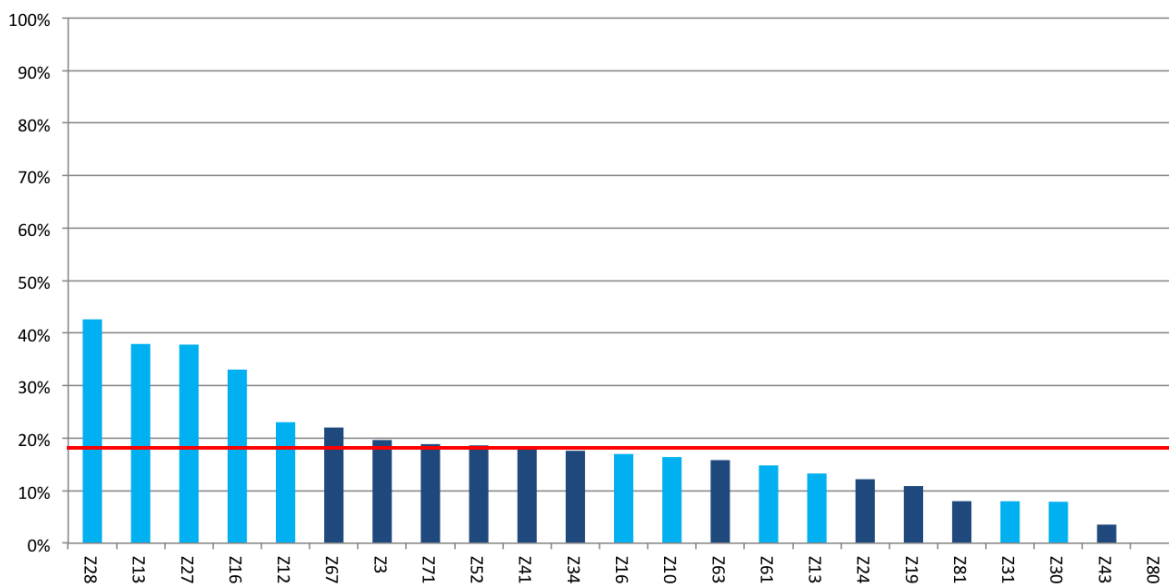
van blijvend bloeddruk en cholesterol te behandelen conform de streefwaarden voor mensen jonger dan 70 jaar dient bij de oudste ouderen wel ter discussie te worden gesteld.

Grafiek 3: Percentage VVR patiënten in het zorgprogramma met risicoscore $\geq 20\%$ bij entree in zorgprogramma



Bij de inclusie dient er een *risicoprofiel* van de patiënt worden gemaakt en kan **eenmalig** een *risicoscore* worden berekend. Deze score ondersteunt het beslisproces samen met de patiënt om te bepalen of medicatie aangewezen is. Het percentage patiënten met een risicoscore van $> 20\%$ bij entree varieert in hoge mate. Enerzijds omdat veel patiënten waarschijnlijk al veel langer behandeld werden, zelfs al van voor het bestaan van een risicoscore. Indien patiënten al worden behandeld met bijvoorbeeld antihypertensiva of statines, zal enerzijds de risicoscore dalen, maar kan men anderzijds deze score niet meer gebruiken als valide instrument voor het berekenen van 10-jaars risico's bij deze behandelde patiënt.

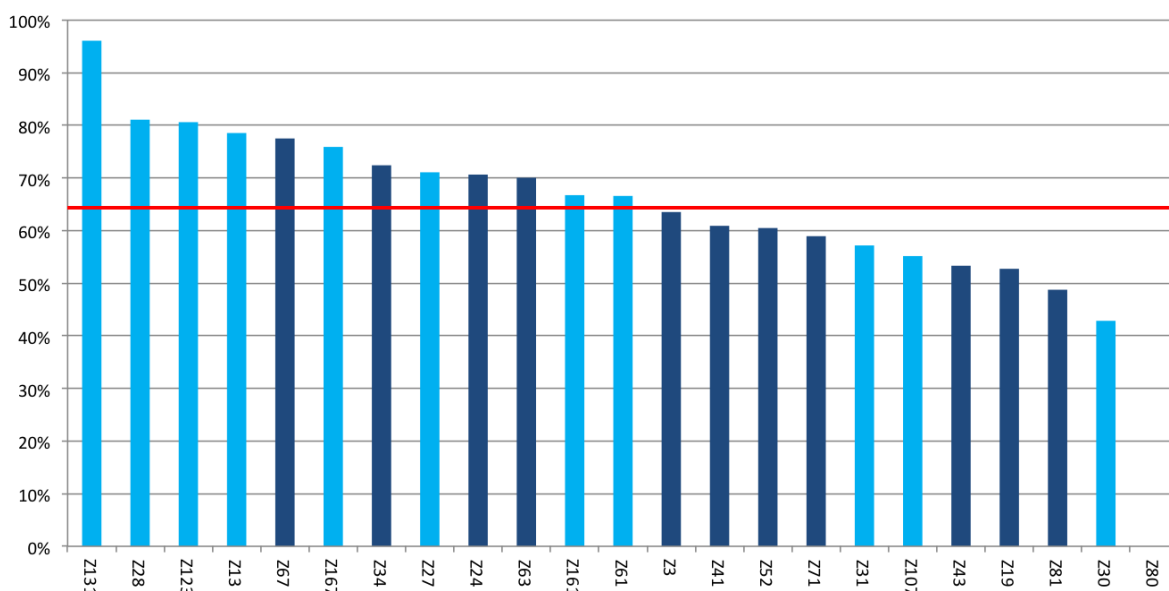
Grafiek 4: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma met systolische bloeddruk > 140 dat NIET wordt behandeld met antihypertensiva



Gemiddeld wordt 20% van de patiënten met een hoge bloeddruk daarvoor niet medicamenteus behandeld.

Bij een 10-jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ < 10% is medicamenteuze behandeling van licht tot matig verhoogde bloeddruk (SBD 140- 160 mmHg) meestal niet zinvol, maar bij patiënten met een 10-jaars risico tussen 10- en 20% dient een medicamenteuze behandeling te worden overwogen. Bij een sterk verhoogde bloeddruk (SBD) > 180 mmHg is medicamenteuze behandeling volgens de NHG standaard altijd geïndiceerd, ongeacht het totaal risico op HVZ. In de praktijk kiezen patiënten met een startscore tussen 10 en 20% regelmatig eerst voor het veranderen van leefstijl om daarmee de bloeddruk te verlagen en wordt het gebruik van medicatie in eerste instantie vooruitgeschoven. Hetzelfde geldt voor mensen met primaire hypercholesterolemie en een, met het stijgen van de leeftijd, hoger wordende bloeddruk. Alhoewel ook een relatief kleine verbetering van de bloeddruk bij grote aantallen patiënten op populatie niveau tot aanzienlijke gezondheidswinst kan leiden, is deze optie (geen medicatie voor hypertensie) acceptabel en conform de standaard. Het is daarmee de vraag of 20% hoog of laag is. Het zal in de komende periode blijken of dit percentage nog zal stijgen of niet.

Grafiek 5: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma met LDL-cholesterolwaarde > 2,5 mmol/l dat GEEN lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt

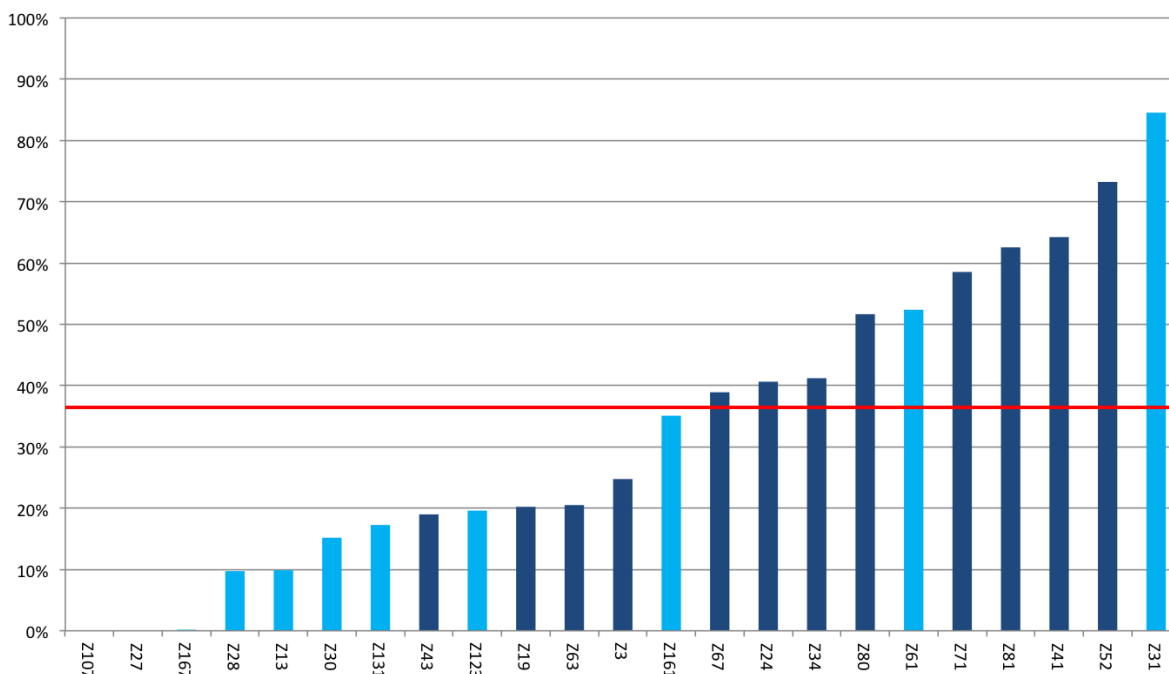


Gemiddeld wordt 65% van de patiënten die een hoog cholesterol hebben, daarvoor niet medicamenteus behandeld.

Bij een 10-jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ < 10% is medicamenteuze behandeling van licht tot matig cholesterolgehalte (TC/HDL-ratio 5 tot 8) meestal niet zinvol, maar bij patiënten met een sterk verhoogd cholesterol (TC/HDL-ratio) > 8 is daarvoor volgens de NHG standaard wel een indicatie, ongeacht het totaal risico op HVZ.

In de praktijk kiezen veel patiënten met een startscore tussen 10 en 20% regelmatig eerst voor het veranderen van leefstijl om daarmee het LDL cholesterol te verlagen en wordt het gebruik van medicatie in eerste instantie vooruitgeschoven. Hetzelfde geldt voor met mensen met primaire hypertensie en een, met het stijgen van de leeftijd, oplopend cholesterol. De optie (geen medicatie voor het te hoge cholesterol) kan acceptabel zijn en conform de standaard. Toch is een uitslag van 65% wel hoog, ook omdat waarschijnlijk meer dan een vijfde van de patiënten >20% kans heeft op een vasculair accident binnen 10 jaar. Hier lijkt dan ook het advies op zijn plaats om vaker te behandelen.

Grafiek 6: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma met compleet risicoprofiel (rookstatus, familieanamnese, voeding, beweging, alcoholgebruik, BMI, bloeddruk, glucose, lipidenprofiel, eGFR) in afgelopen vijf jaar



Zorggroepen maken wisselend gebruik van het patiënten-risicoprofiel. Uit beschrijving van de inclusiecriteria eerder bleek al dat er acht zorggroepen zijn die patiënten hebben geïncludeerd op basis van ICPC⁵ codes of ATC codes (medicatie gebruik), *zonder* het opstellen van een risicoprofiel of risicoscore. Toch lijkt het aangewezen om zo mogelijk, bij inclusie en voor aanvang van de behandeling, **eenmalig** een *risicoscore* te berekenen. Dit kan bij patiënten die al langer onder behandeling zijn in principe ook op grond van oude gegevens van voor de start met medicamenten. Zo wordt het risico op HVZ gekwantificeerd, en daarmee wordt het beslisproces om al of niet medicamenteus te behandelen ondersteund

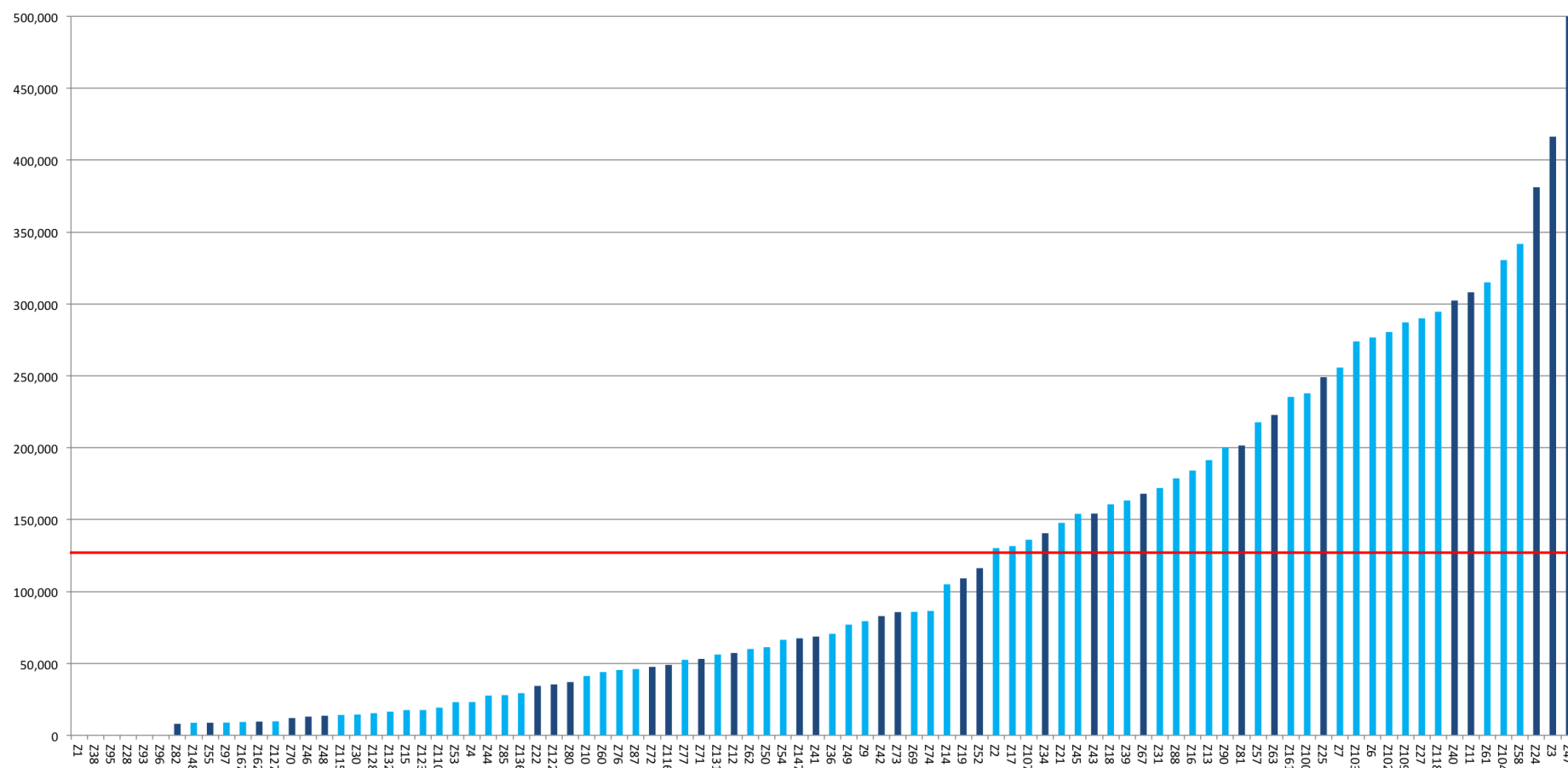
De zorggroepen uit deze inventarisatie hebben op uiteenlopende wijze patiënten geïncludeerd in het zorgprogramma. Dat is onwenselijk. Allereerst is dan ook eenduidigheid over de inclusiecriteria aangewezen. De huidige richtlijnen zijn daarin weliswaar helder over de noodzaak tot behandelen, maar een landelijke afspraak over inclusie in het zorgprogramma is eveneens nodig.

In het verleden is mogelijk sprake geweest van een te ruime inclusie. Het was toen immers gebruikelijk ook een licht tot matig verhoogde bloeddruk en een licht tot matig verhoogd cholesterolgehalte te behandelen. In principe is dossieronderzoek op patiënten niveau nodig om na te gaan hoe sterk de indicatie tot start met de behandeling in het verleden was (bijv SBD>180, of TC/HDL ratio >8). Als er uit het dossieronderzoek blijkt dat er met een te lage indicatie is gestart, kan met de patiënt besproken worden een proef te doen met stoppen van de medicatie.

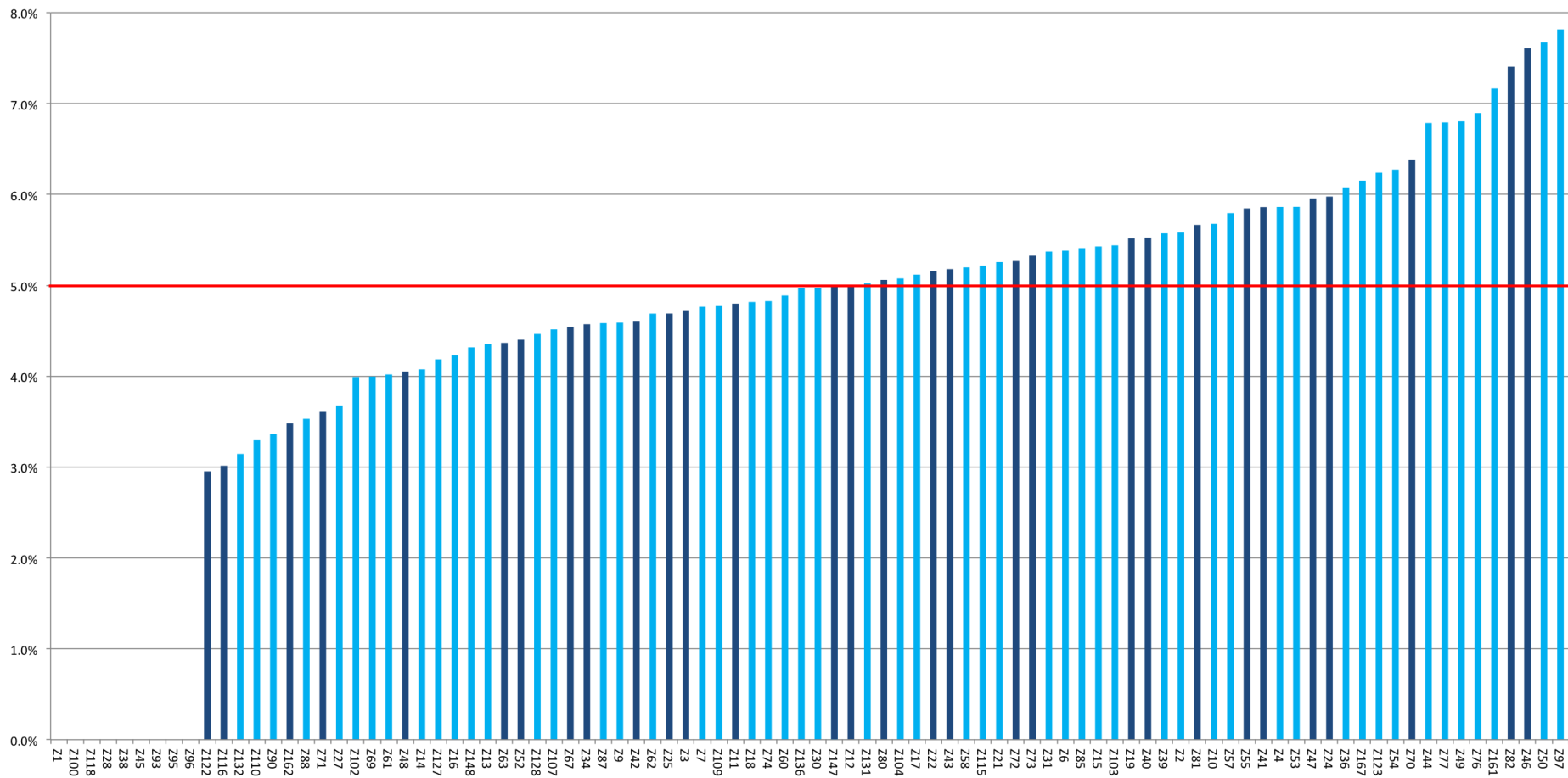
⁵ Op basis van de bekende ICPC Diagnosecodes: hypertensie ; dyslipidemie; roken, belaste familie anamnese; gestoorde glucose regulatie; (chronische) nierschade en reumatoïde artritis.

BIJLAGE 1 | GRAFIEKEN DIABETES

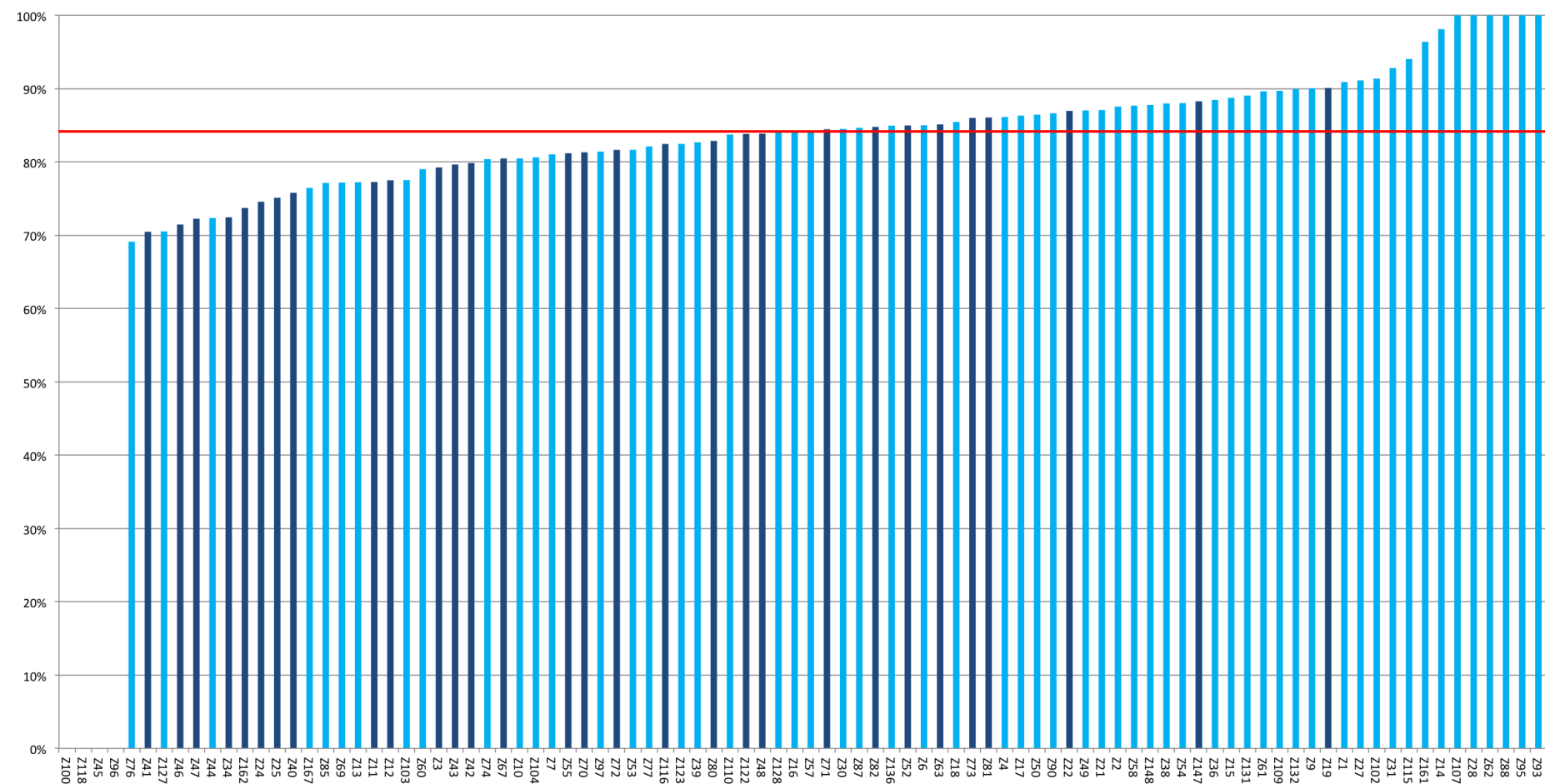
Grafiek 1: Totale populatie zorggroepen



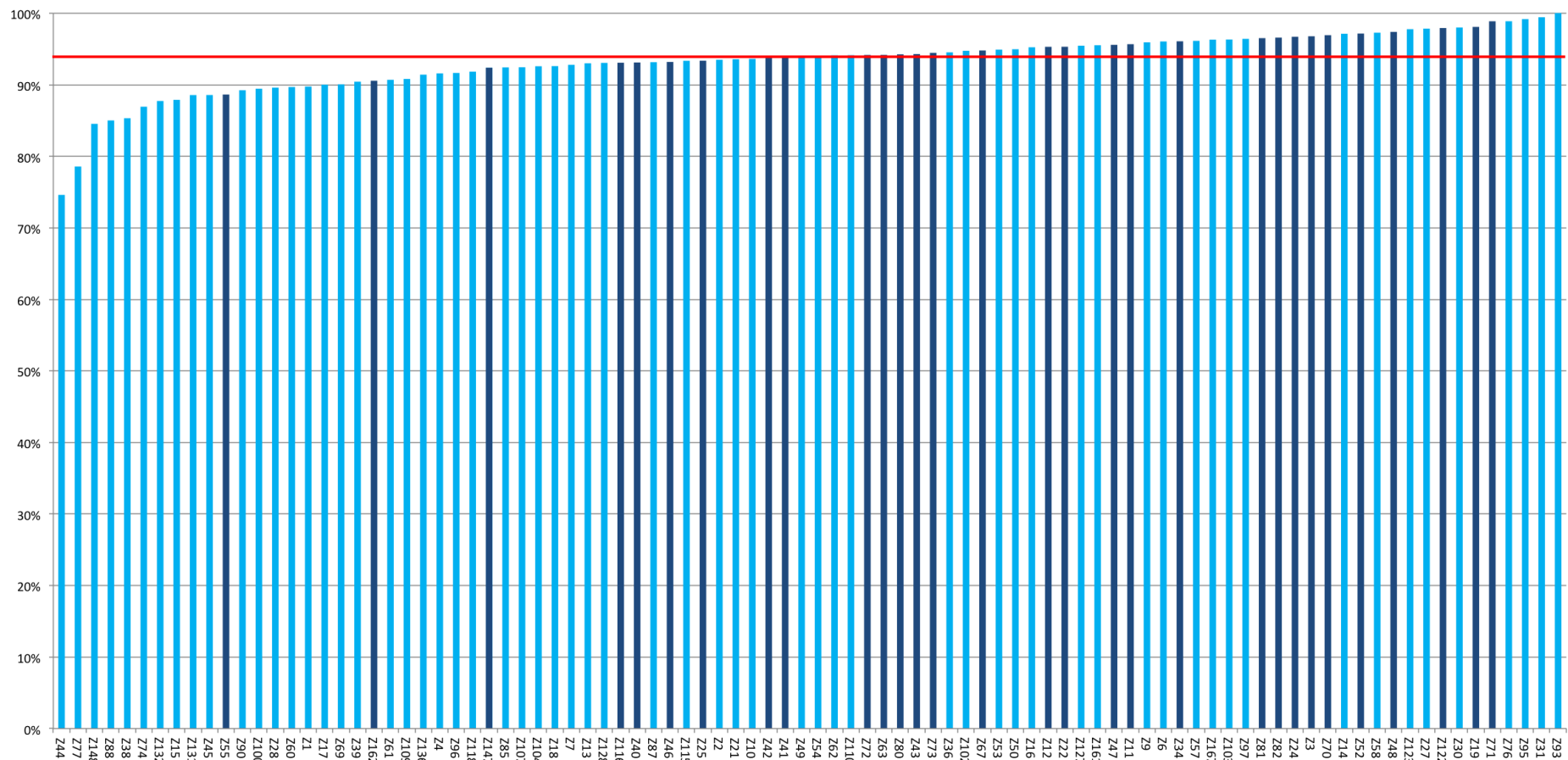
Grafiek 2: Prevalentie diabetes



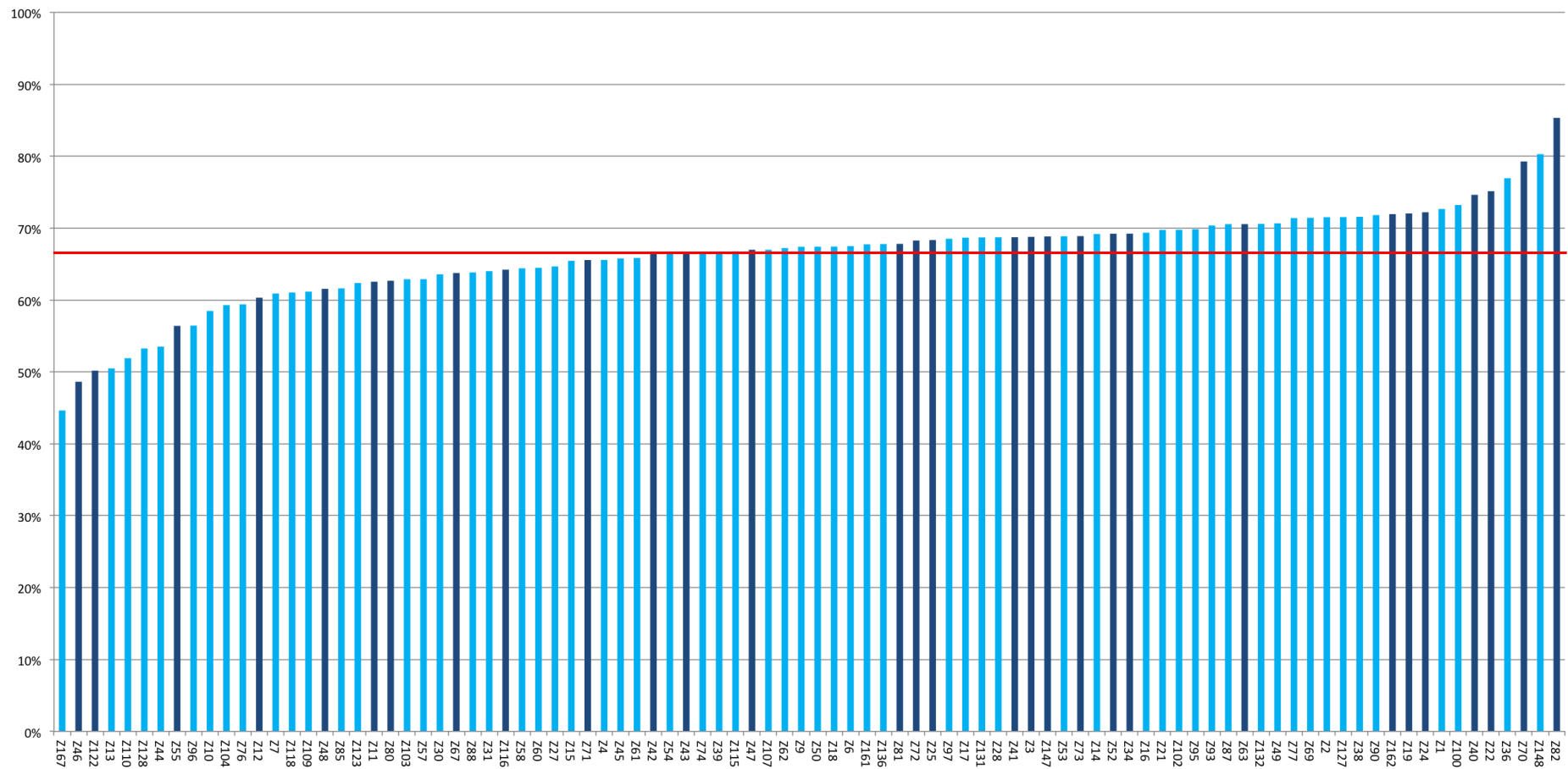
Grafiek 3: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma



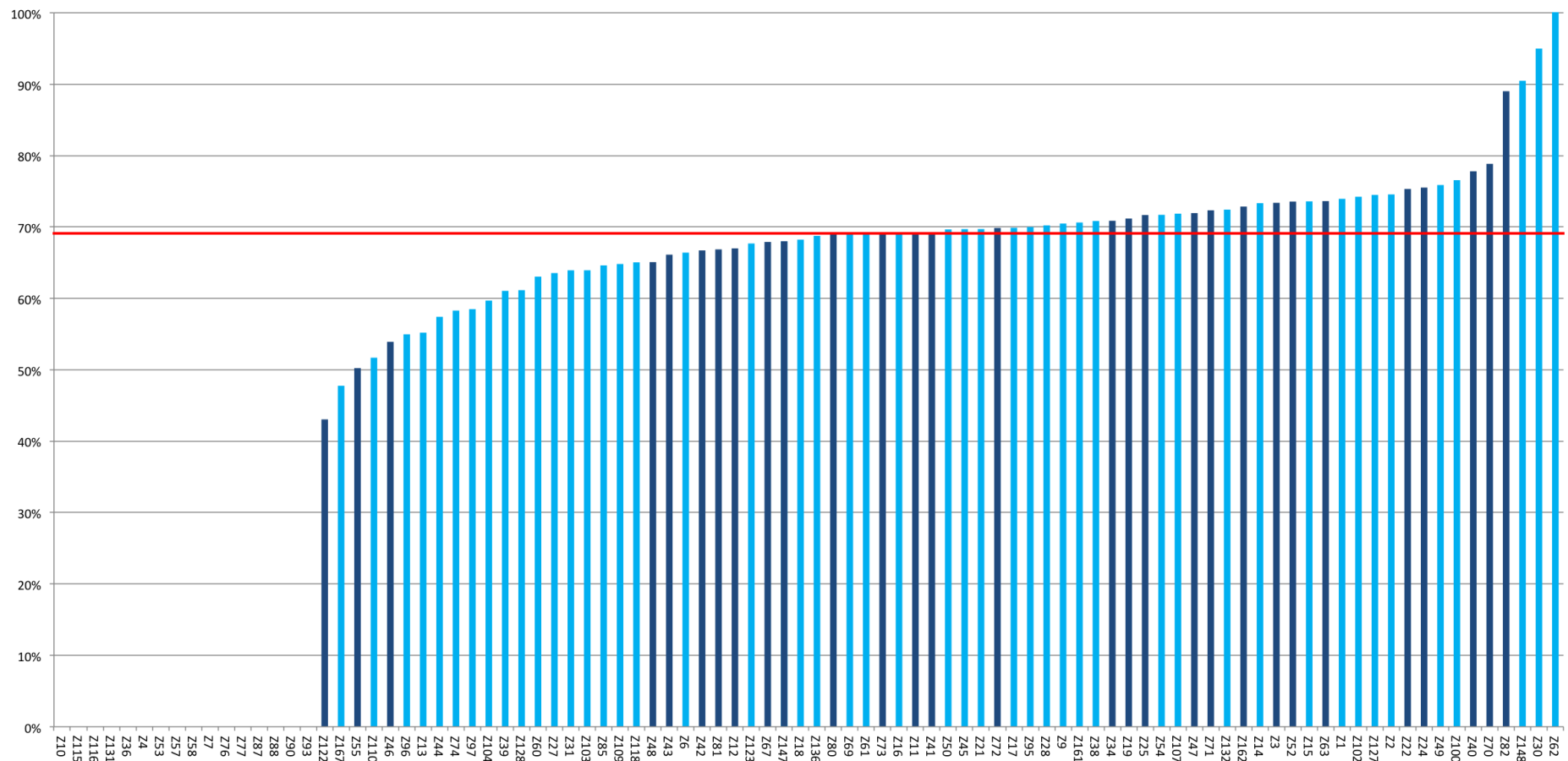
Grafiek 4: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie HbA1c is bepaald



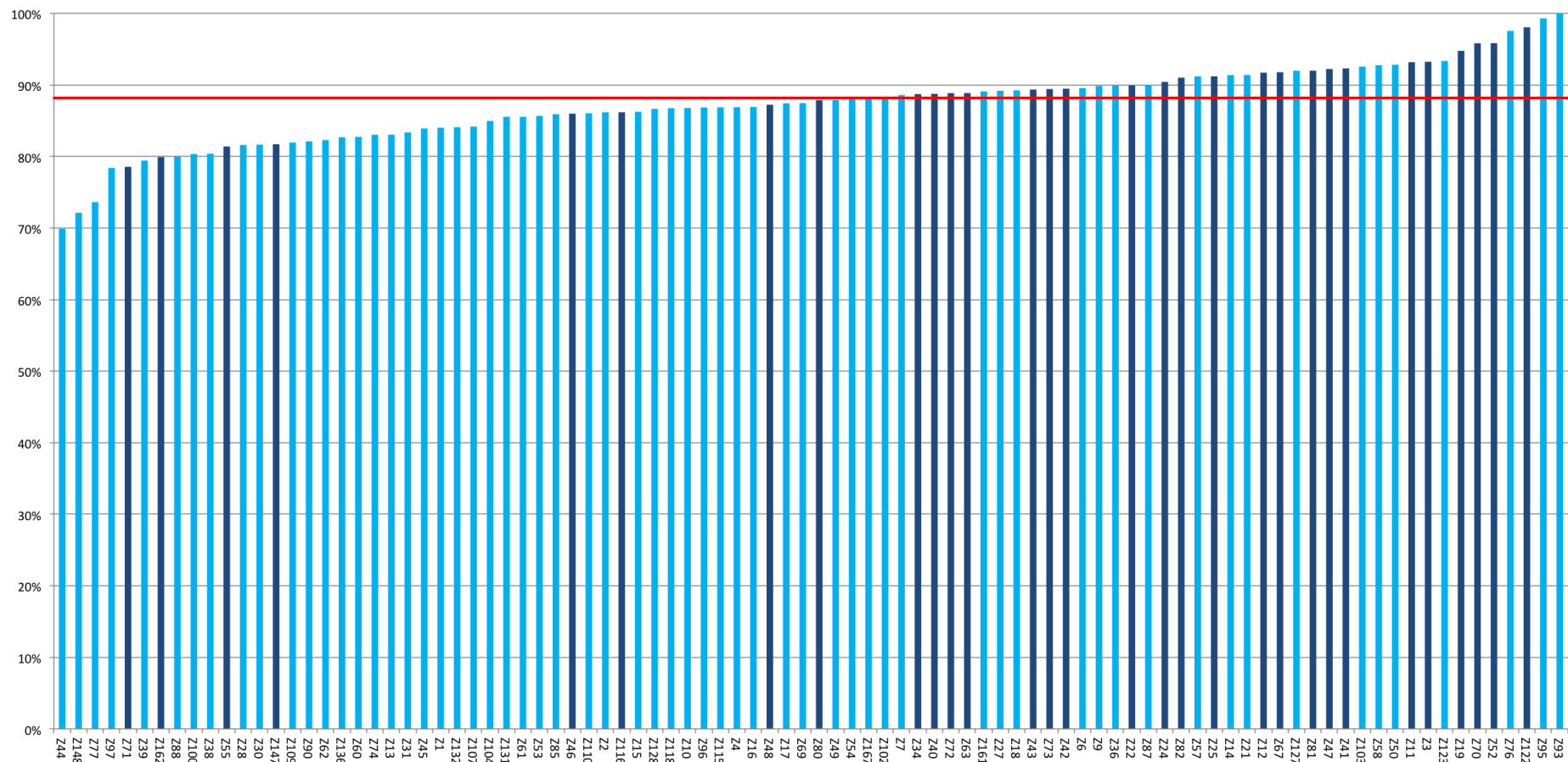
Grafiek 5: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie HbA1c is bepaald met HbA1c < 53 mmol/mol



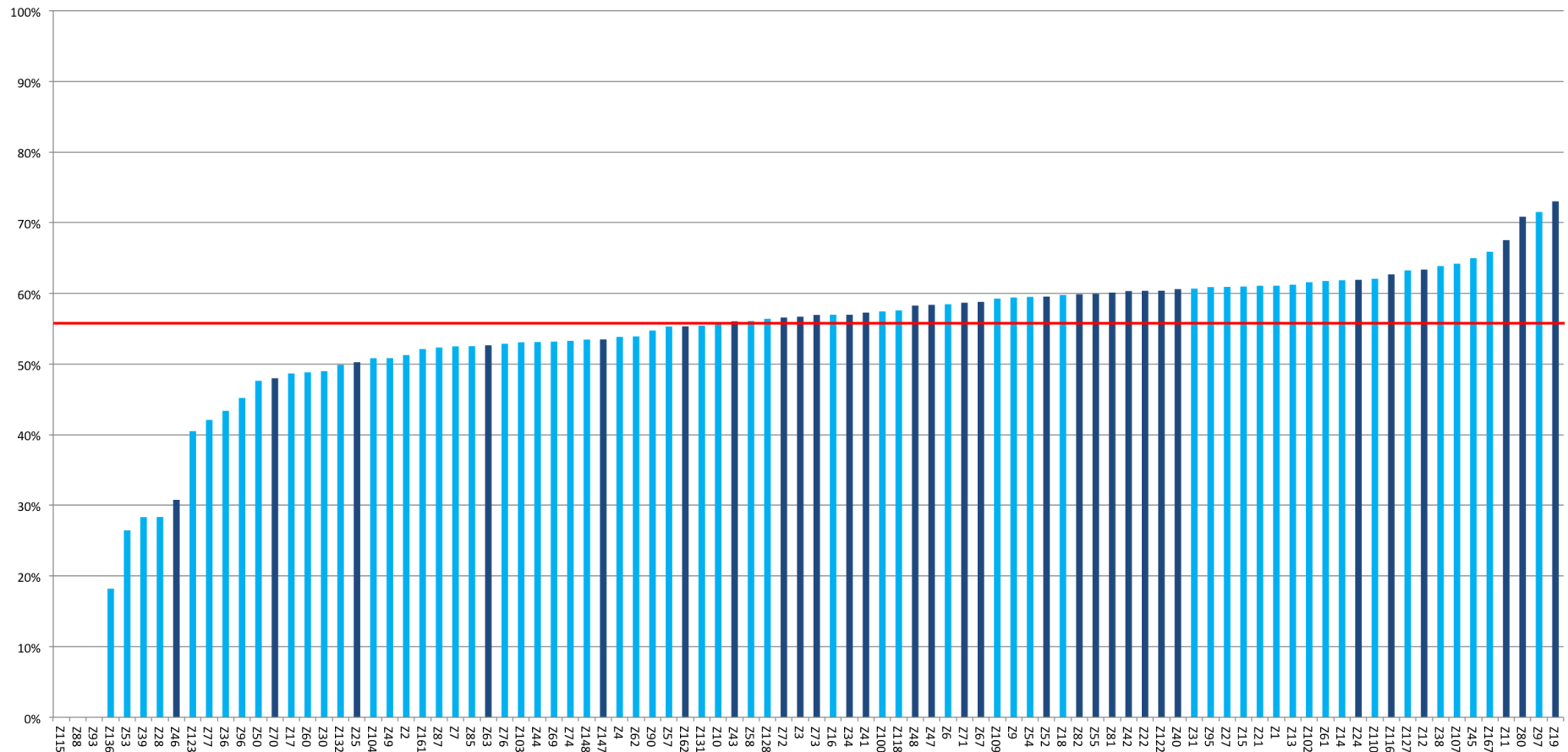
Grafiek 6: Percentage diabetespatiënten < 70 jaar in zorgprogramma bij wie HbA1c is bepaald met HbA1c ≤ 53 mmol/mol



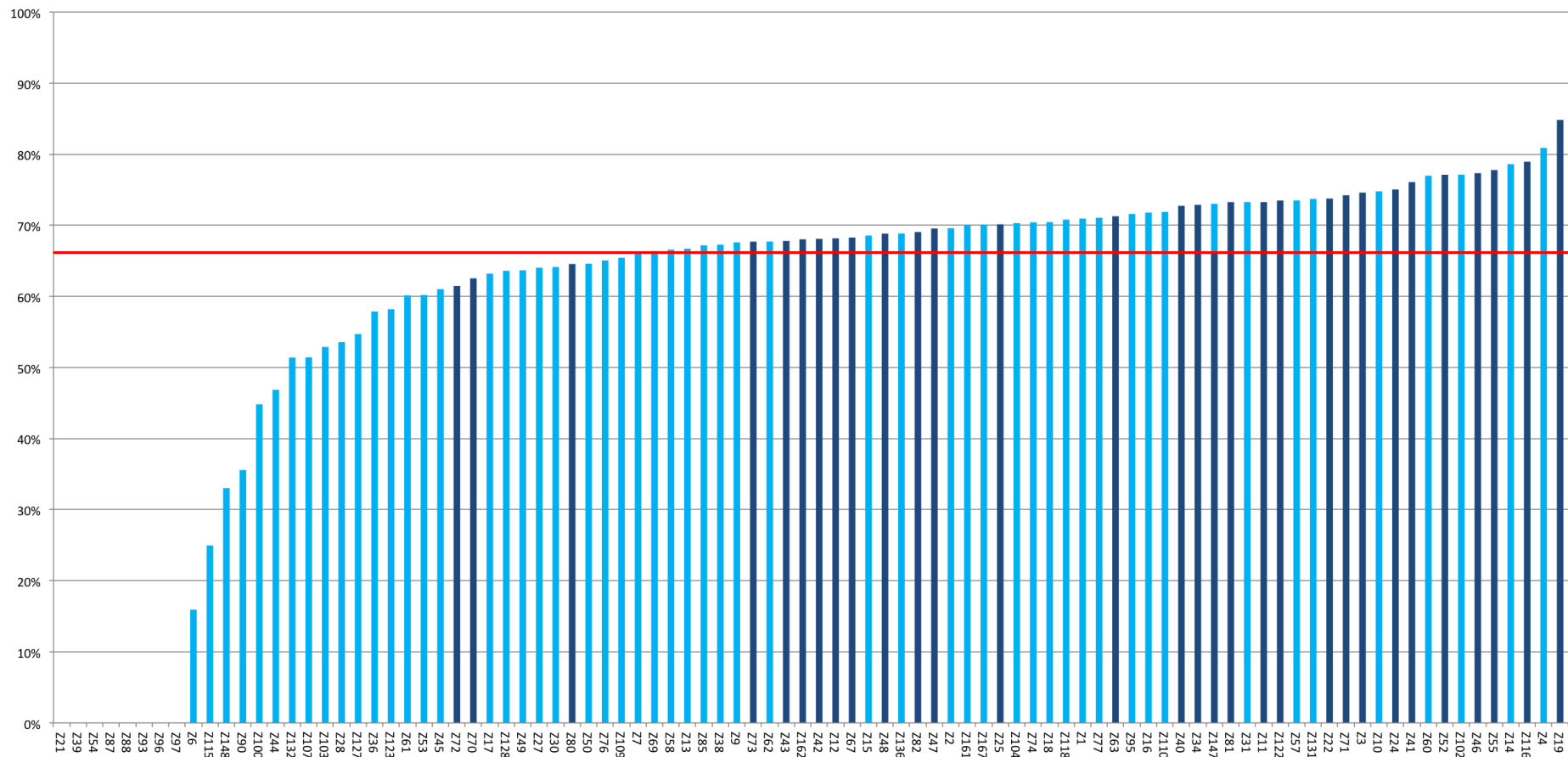
Grafiek 8: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie lipidenprofiel is bepaald



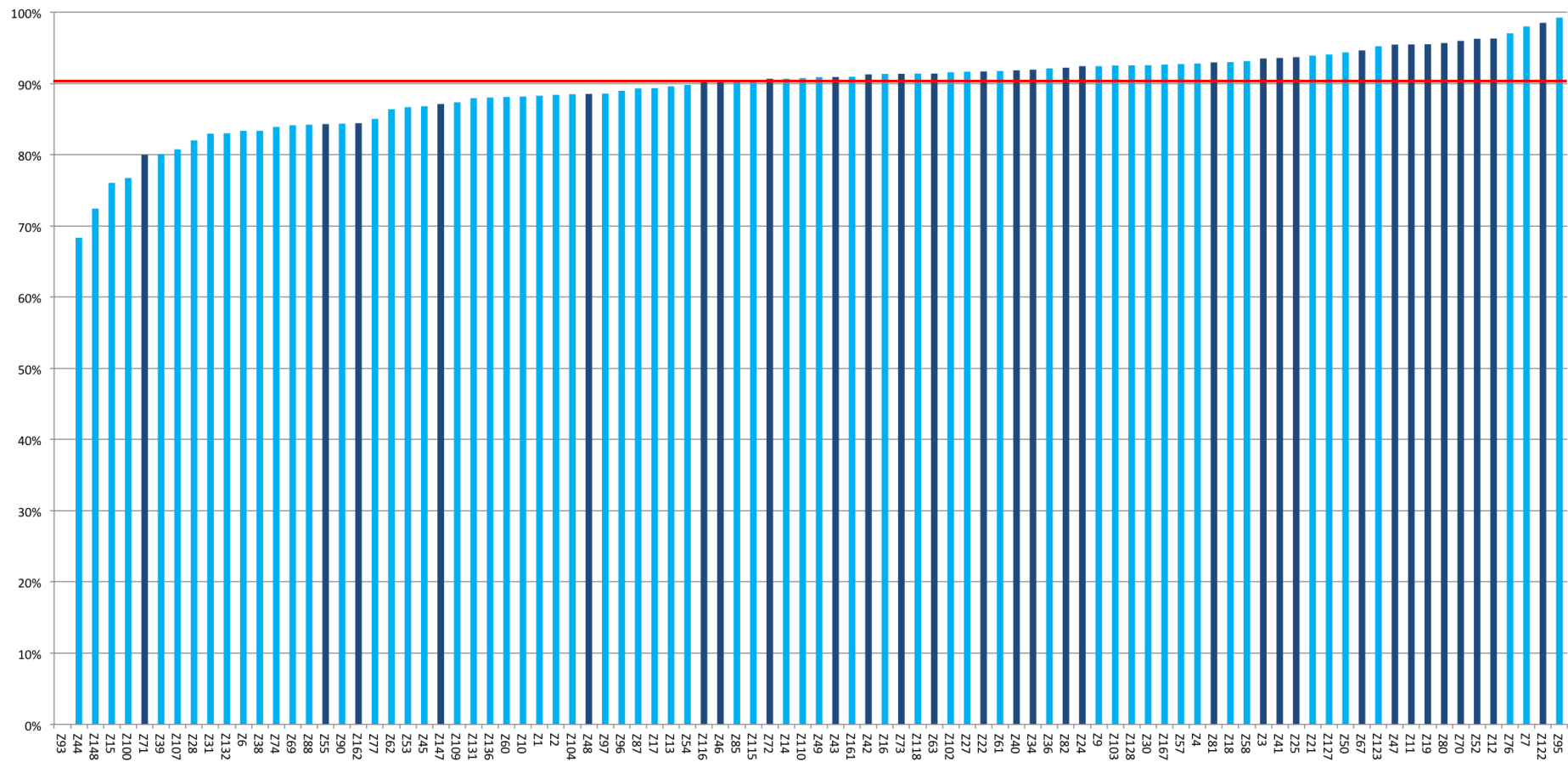
Grafiek 9: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie LDL B of LDLD B is bepaald met LDL-cholesterolwaarde $\leq 2,5$ mmol/l



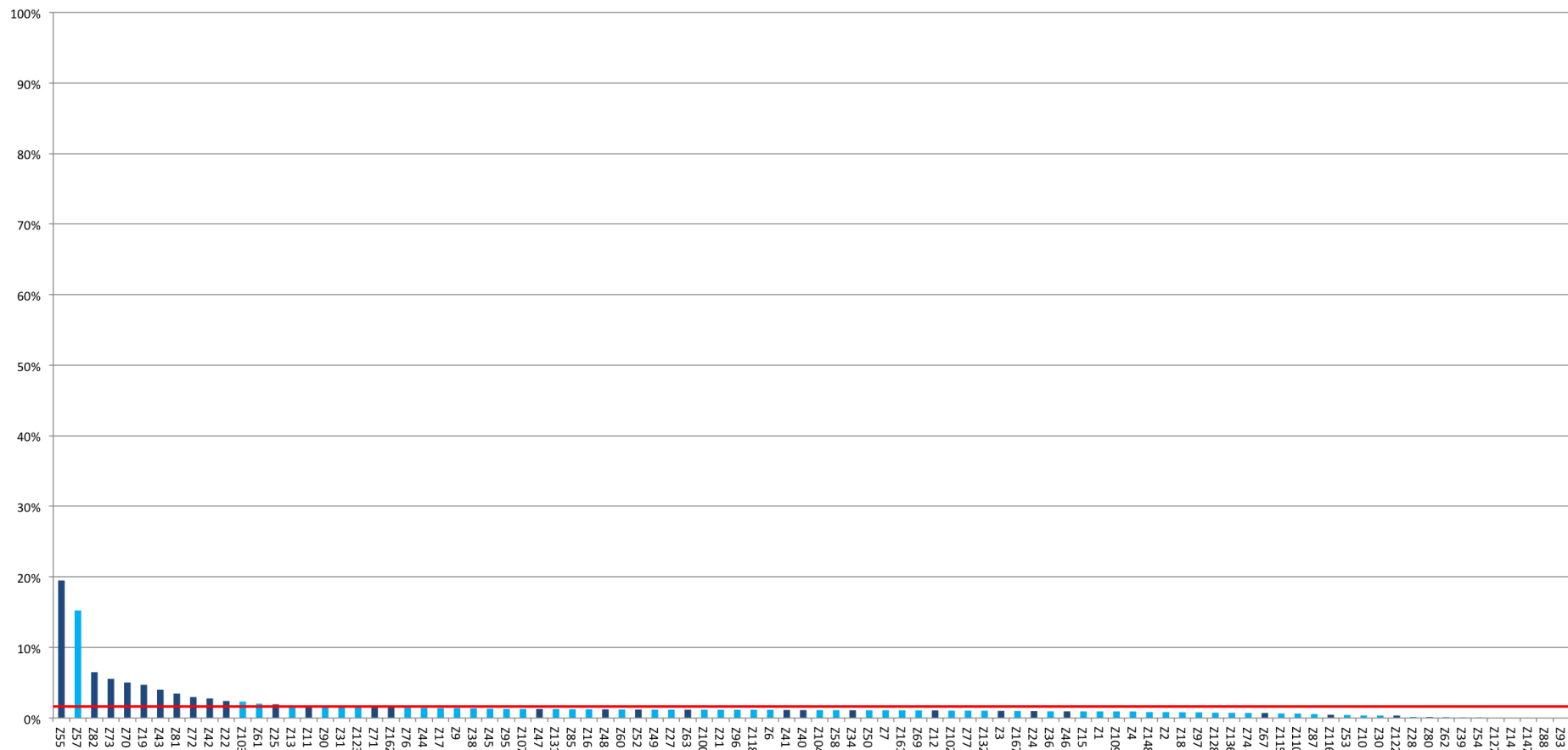
Grafiek 10: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt



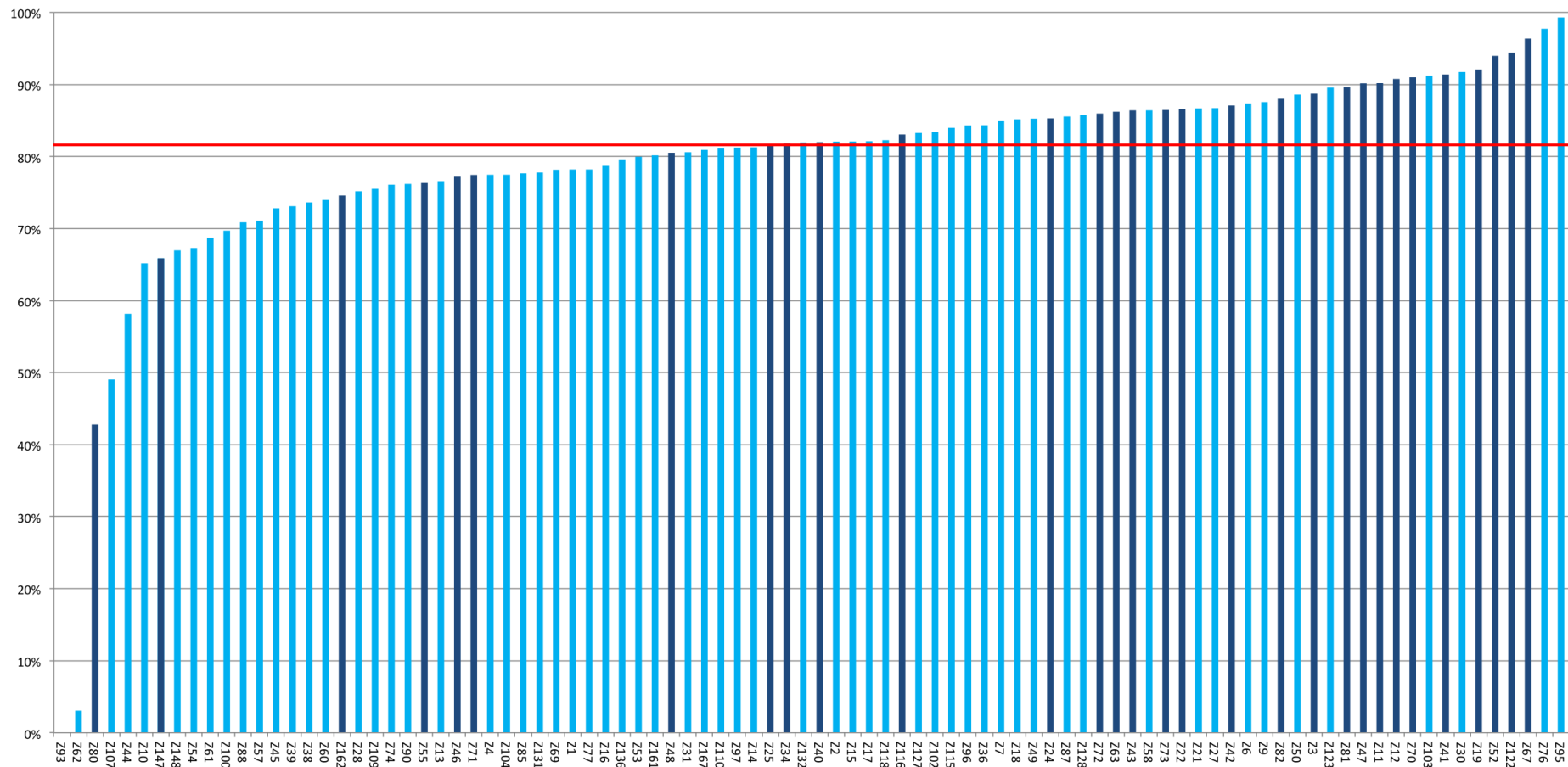
Grafiek 11: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de kreatinineklaring is berekend of bepaald



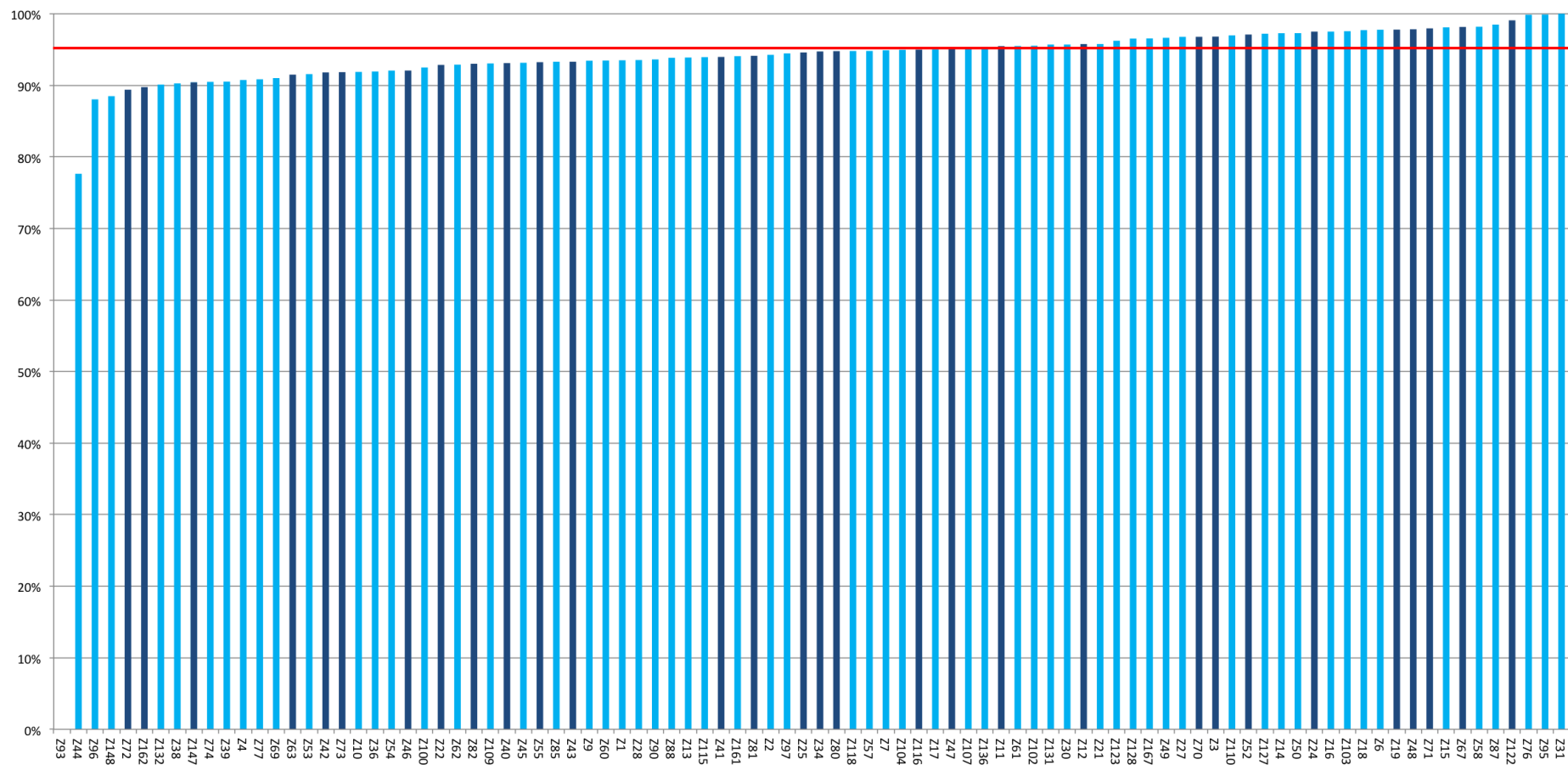
Grafiek 12: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de kreatinineklaring is berekend of bepaald en eGFR < 30 ml/min



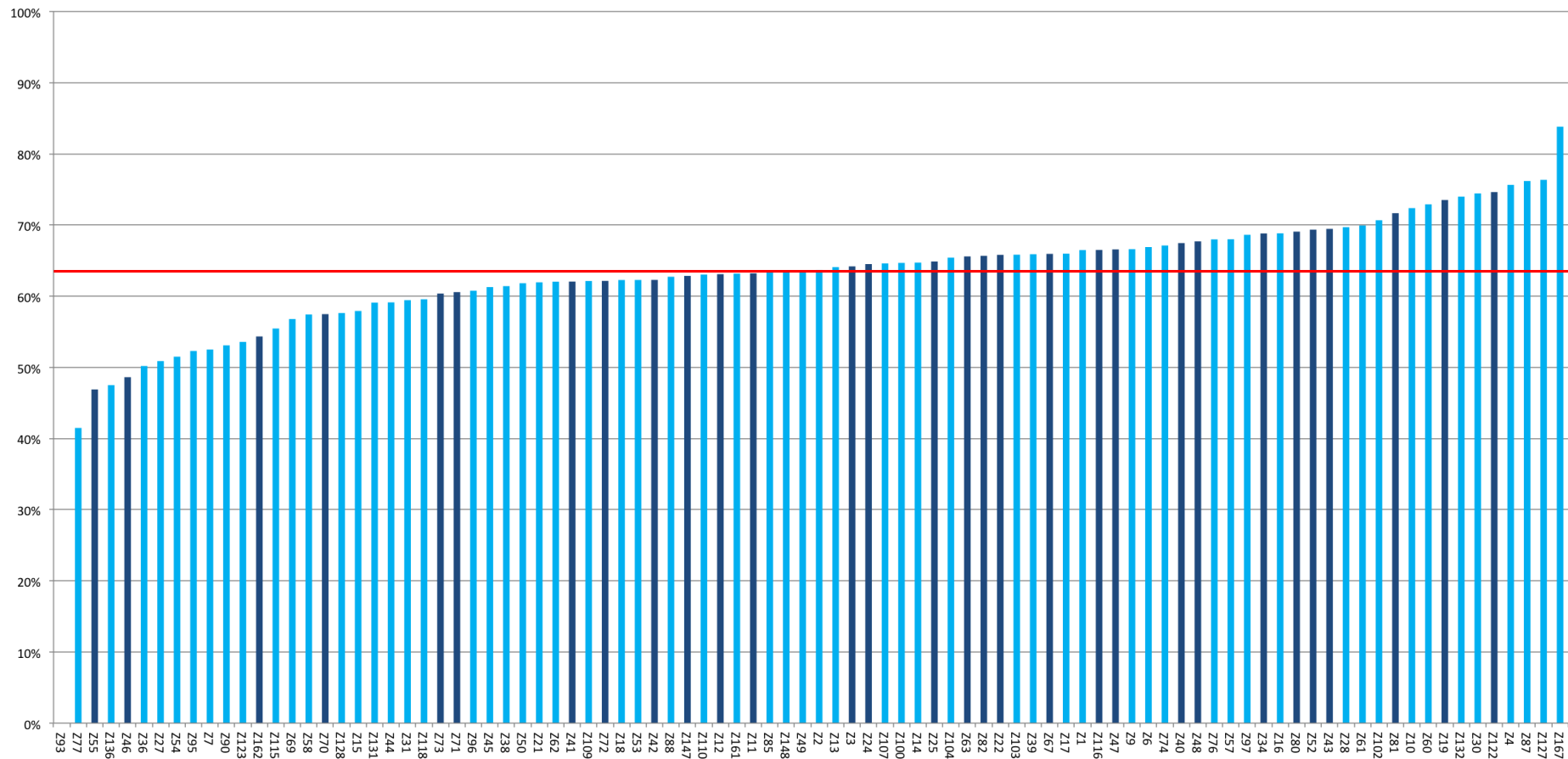
Grafiek 13: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met urineonderzoek (porties) op albumine of albumine/creatinine ratio



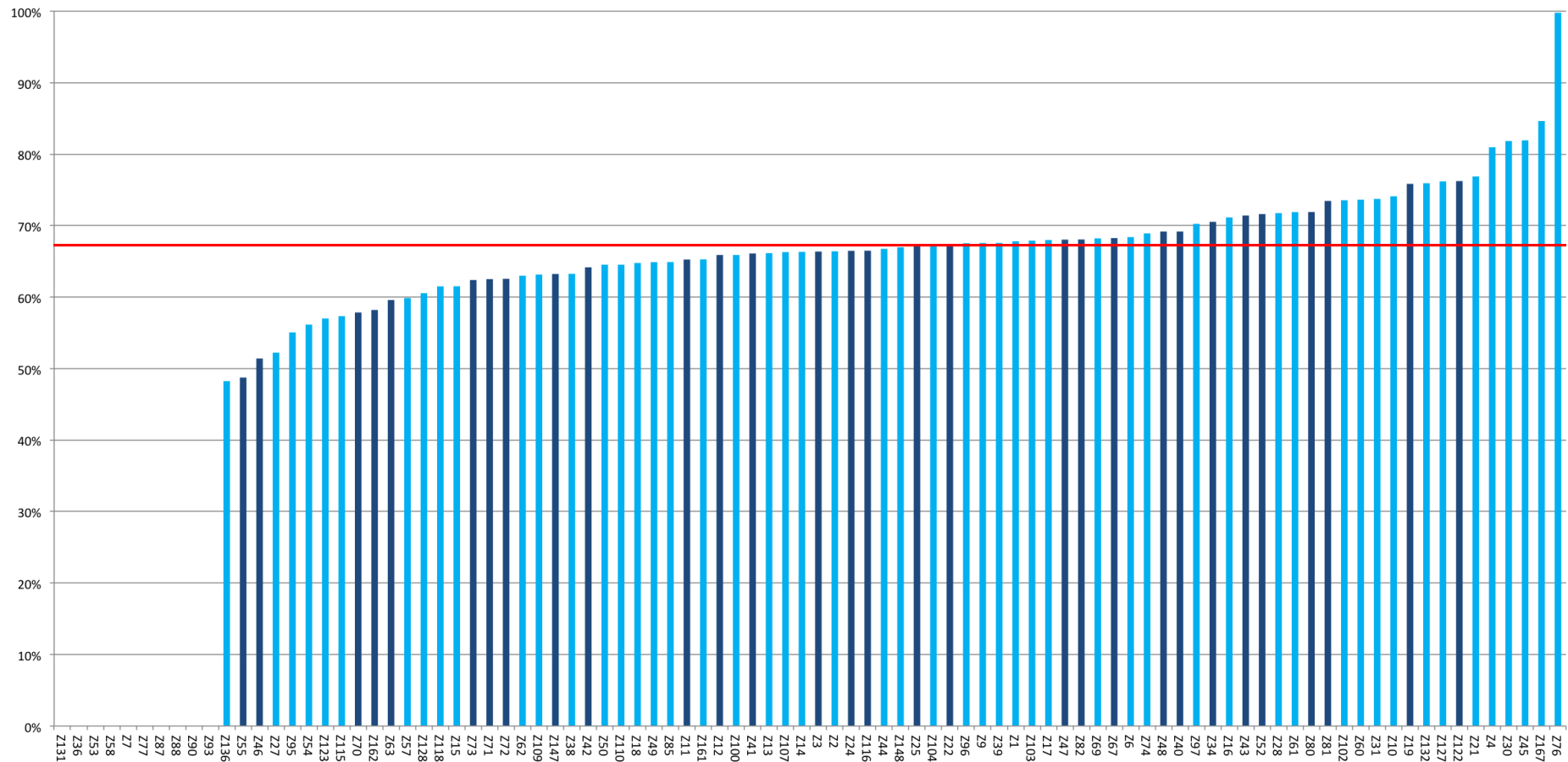
Grafiek 14: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten



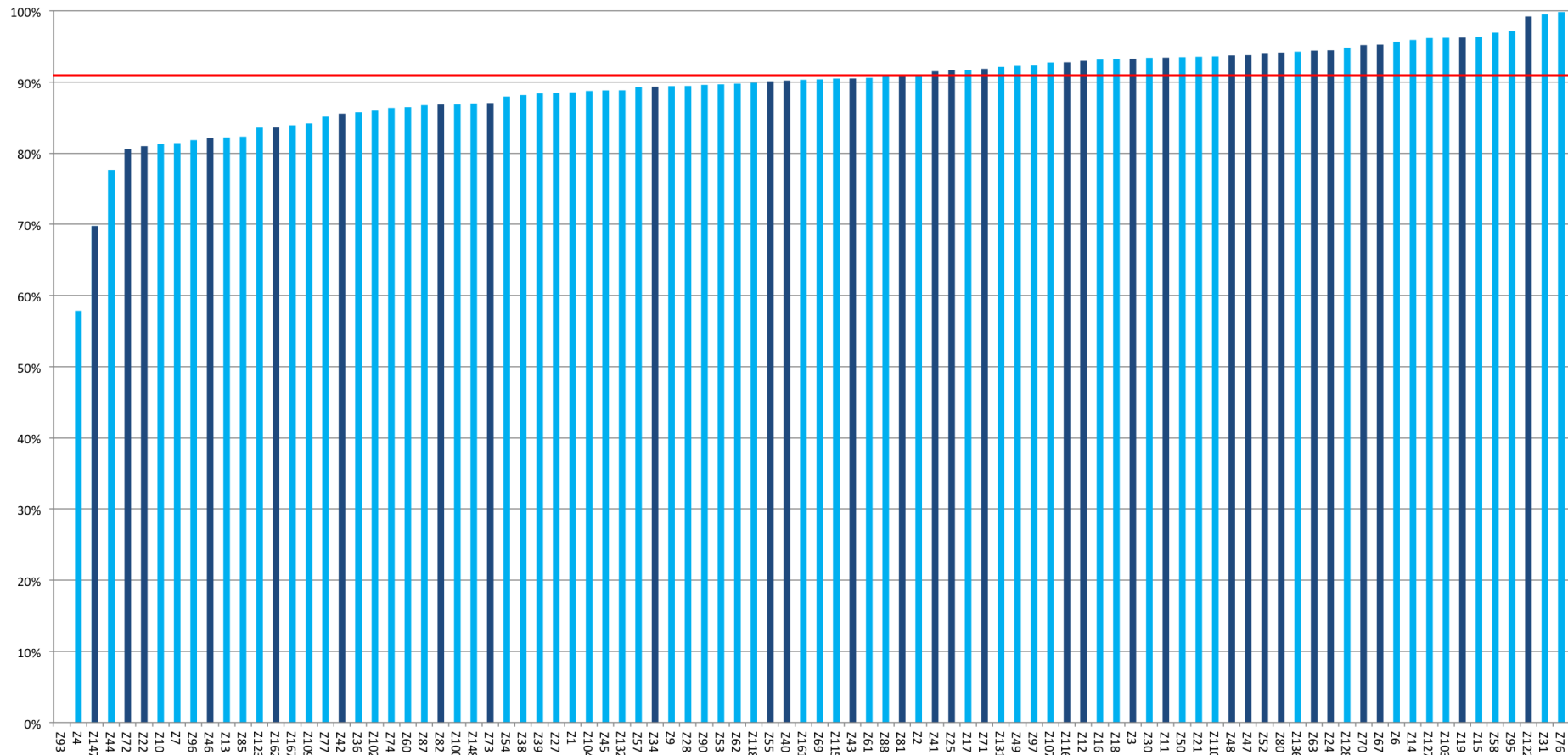
Grafiek 15: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk <= 140 mm Hg



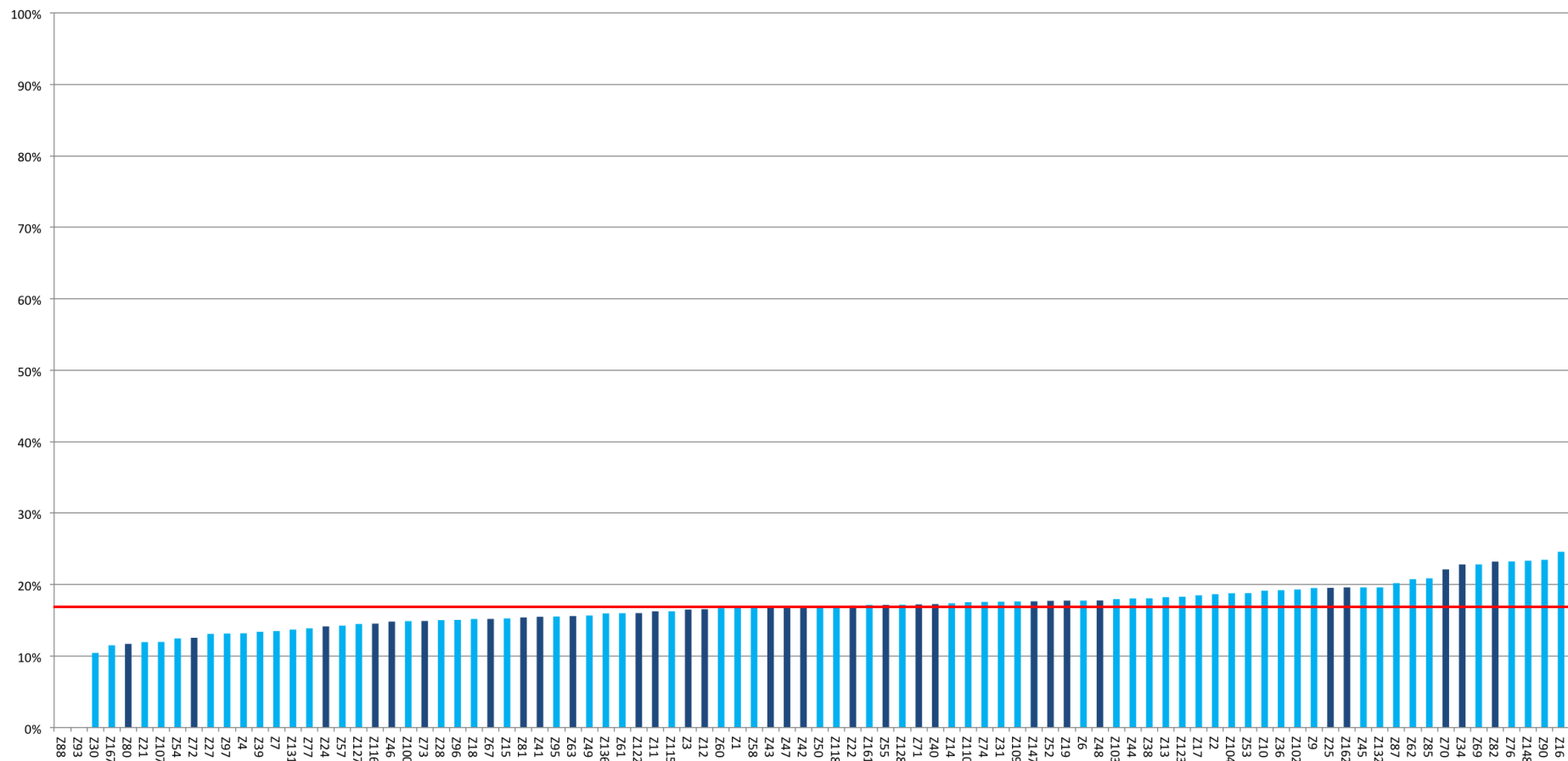
Grafiek 16: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk ≤ 140 mm Hg



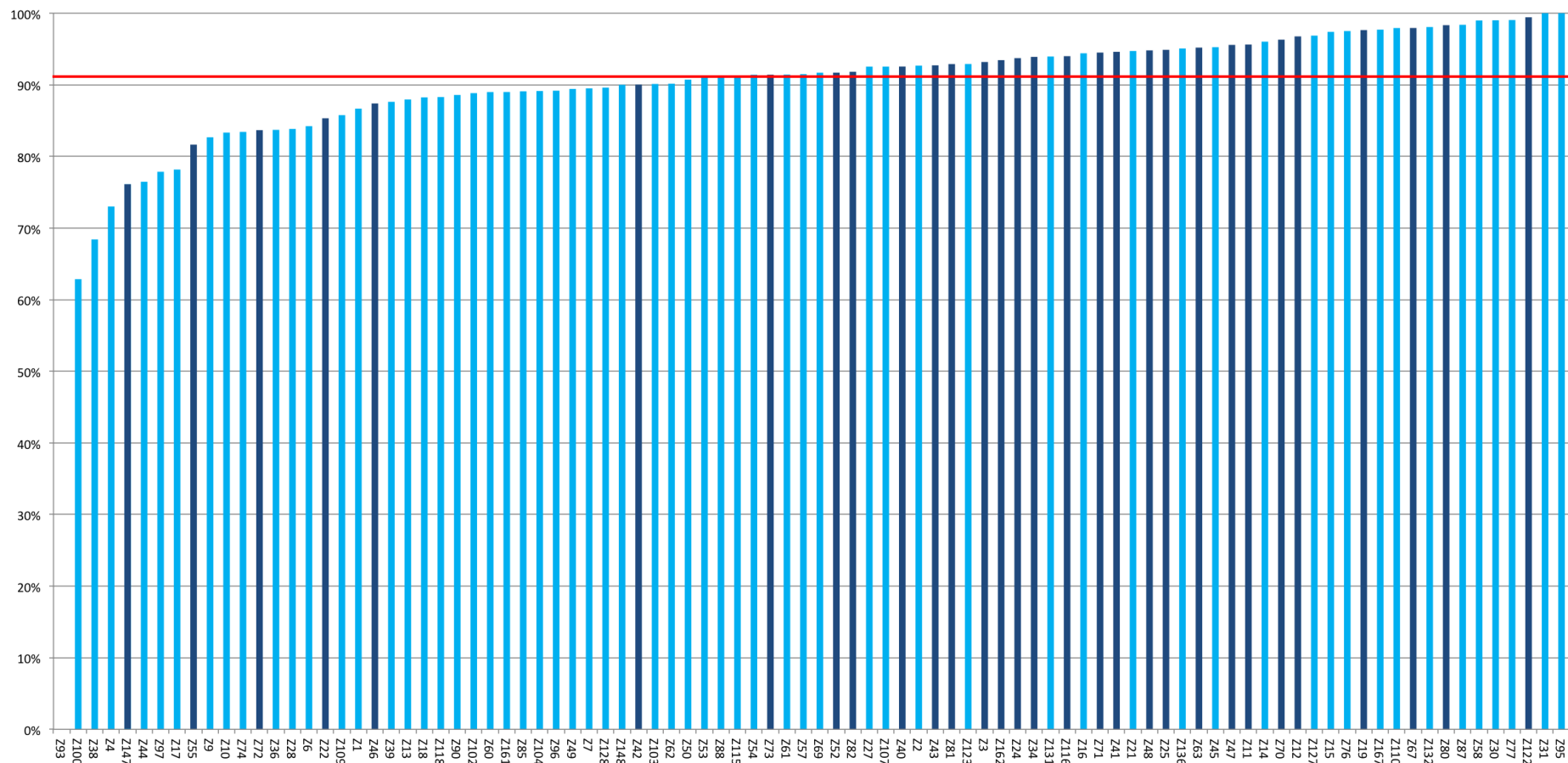
Grafiek 17: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index (BMI) berekend is



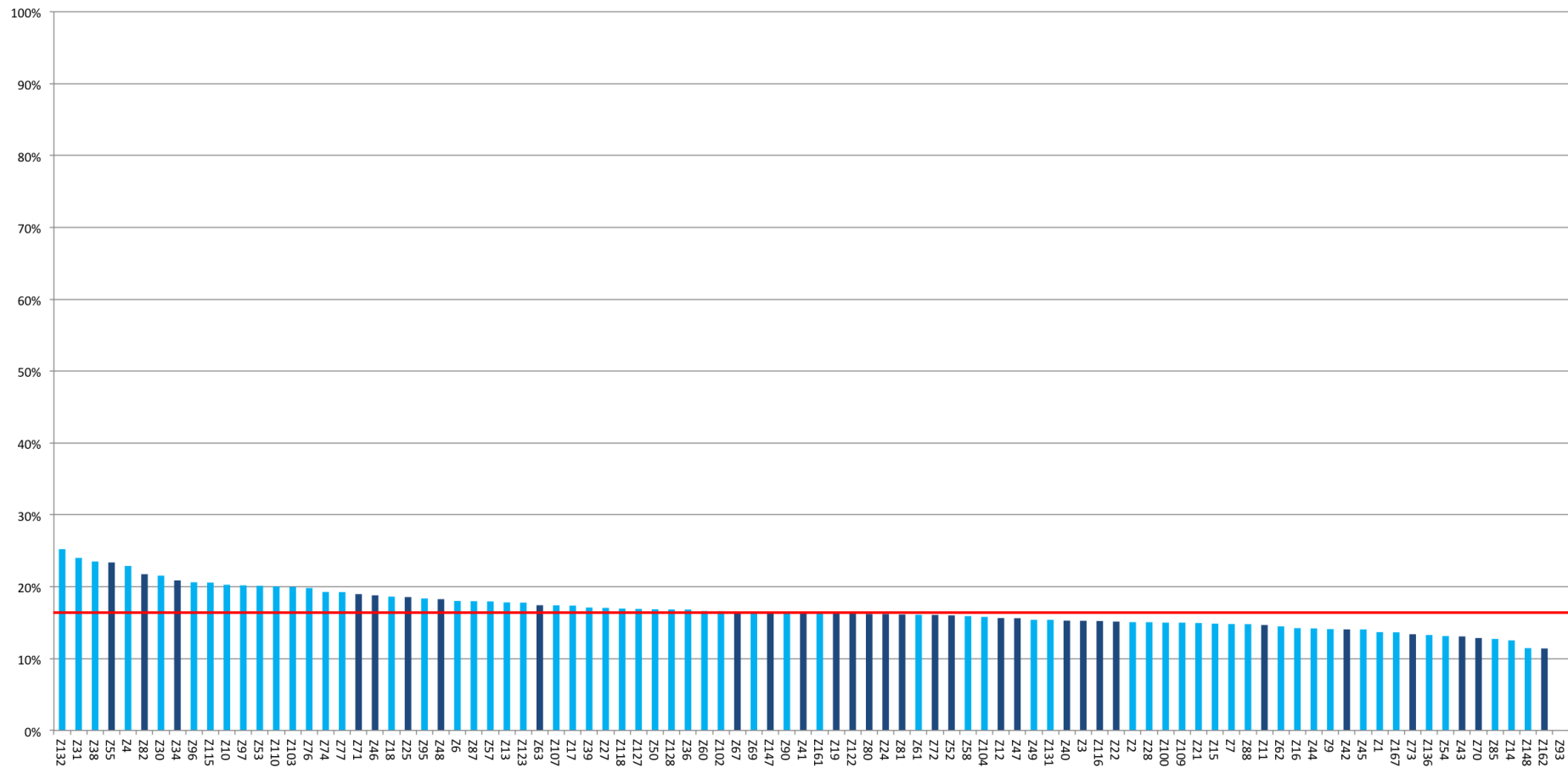
Grafiek 18: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie BMI berekend is met BMI < 25



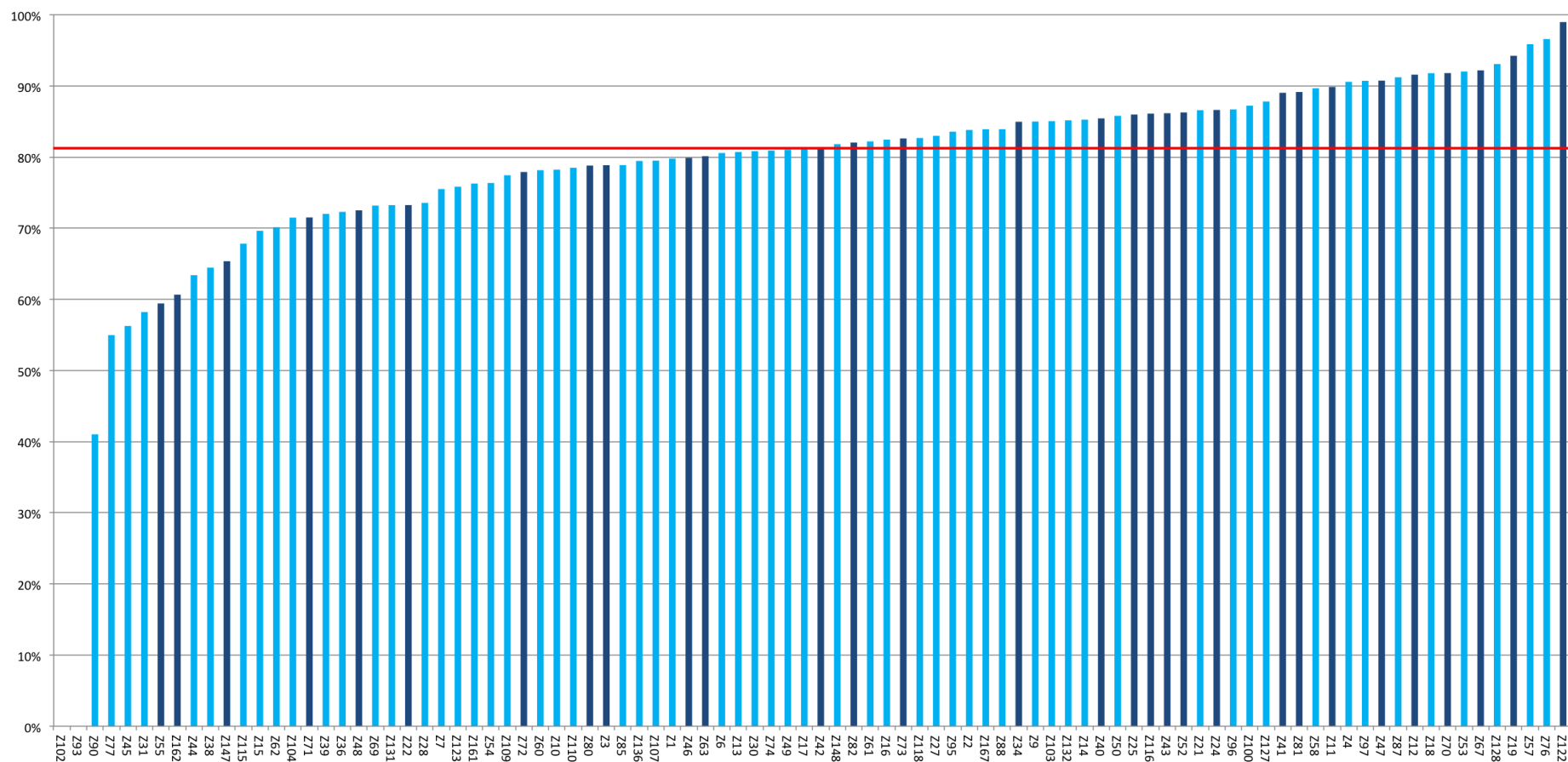
Grafiek 19: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



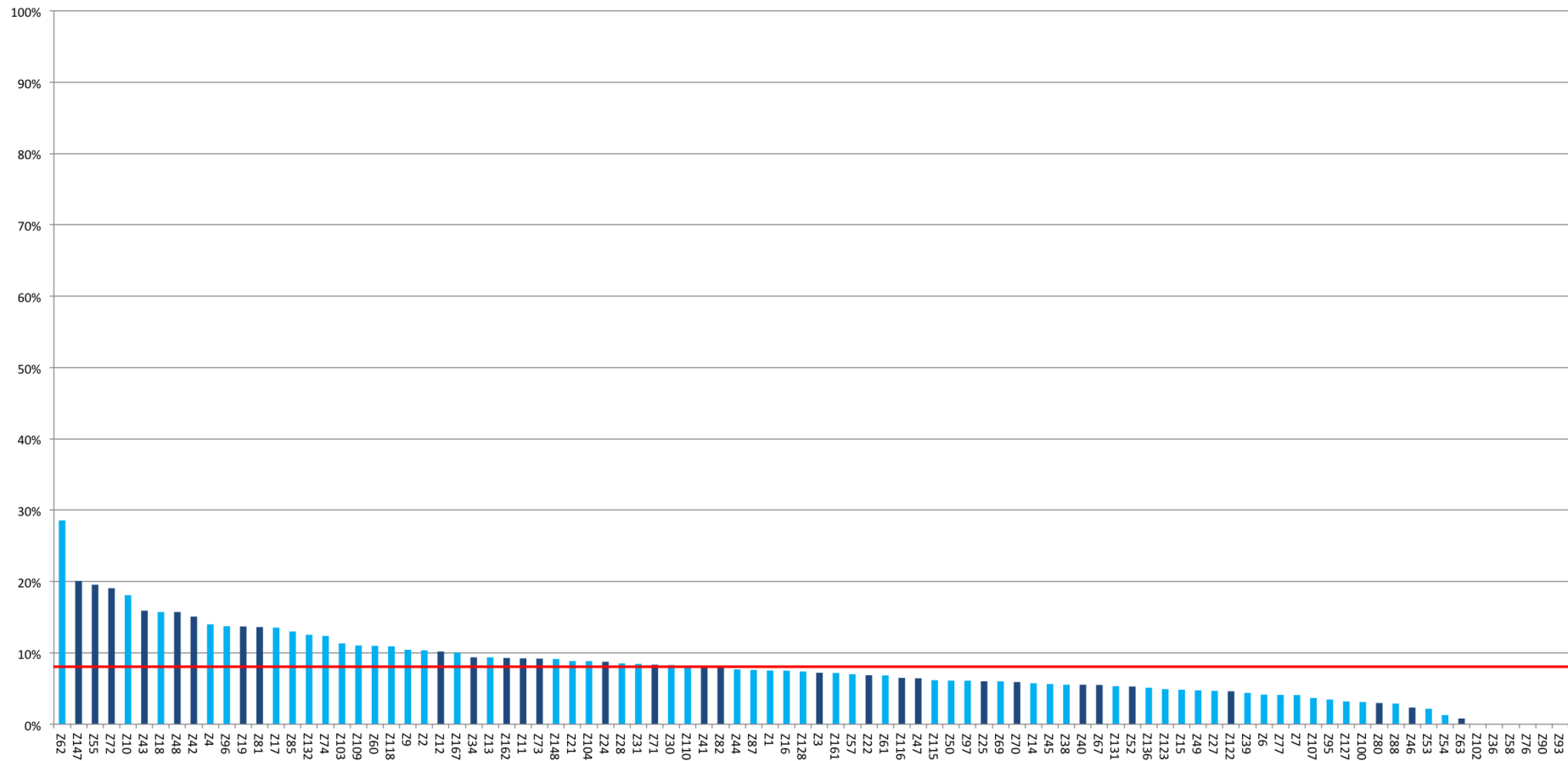
Grafiek 20: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma, van wie rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



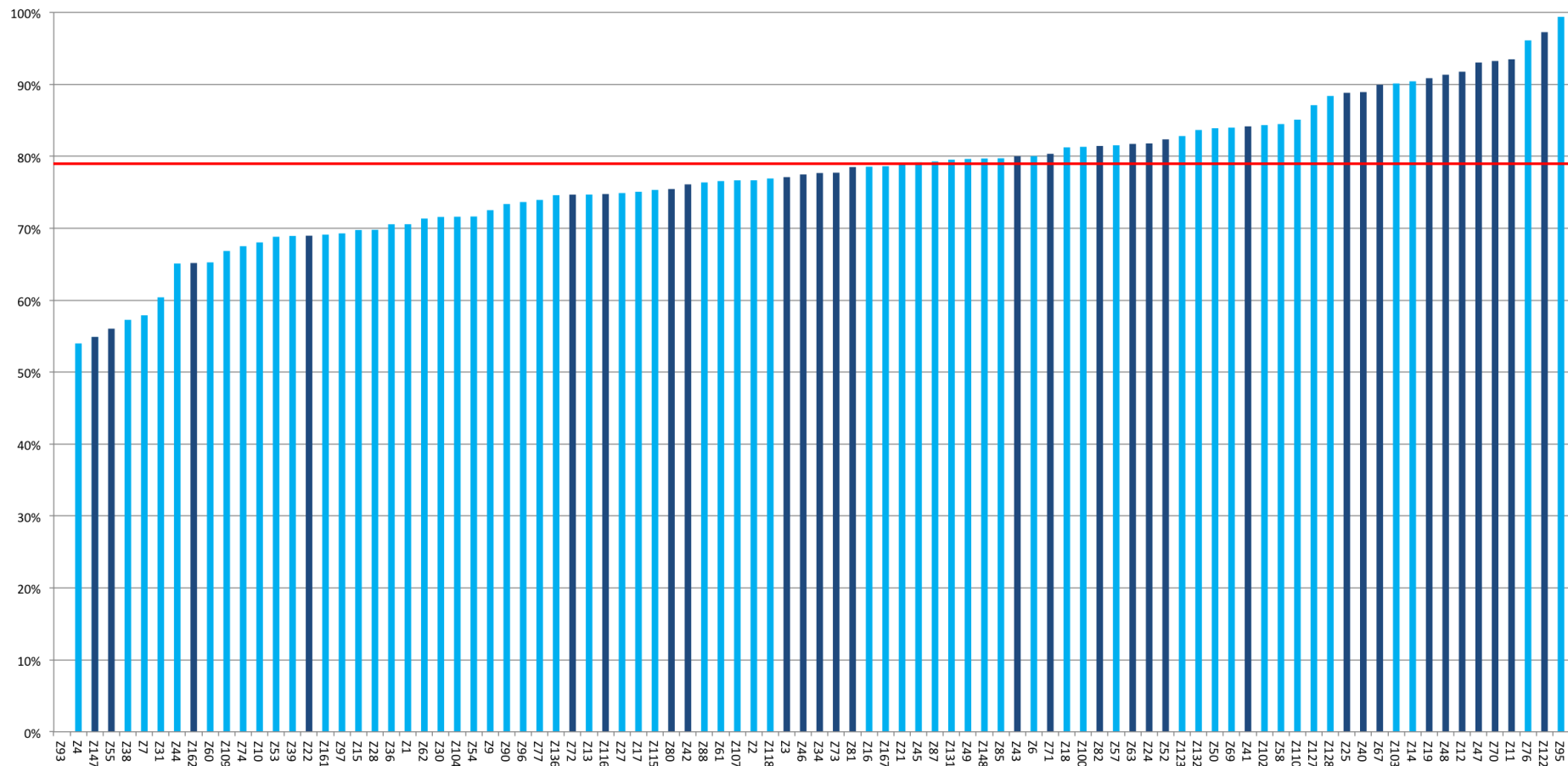
Grafiek 21: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met een funduscontrole



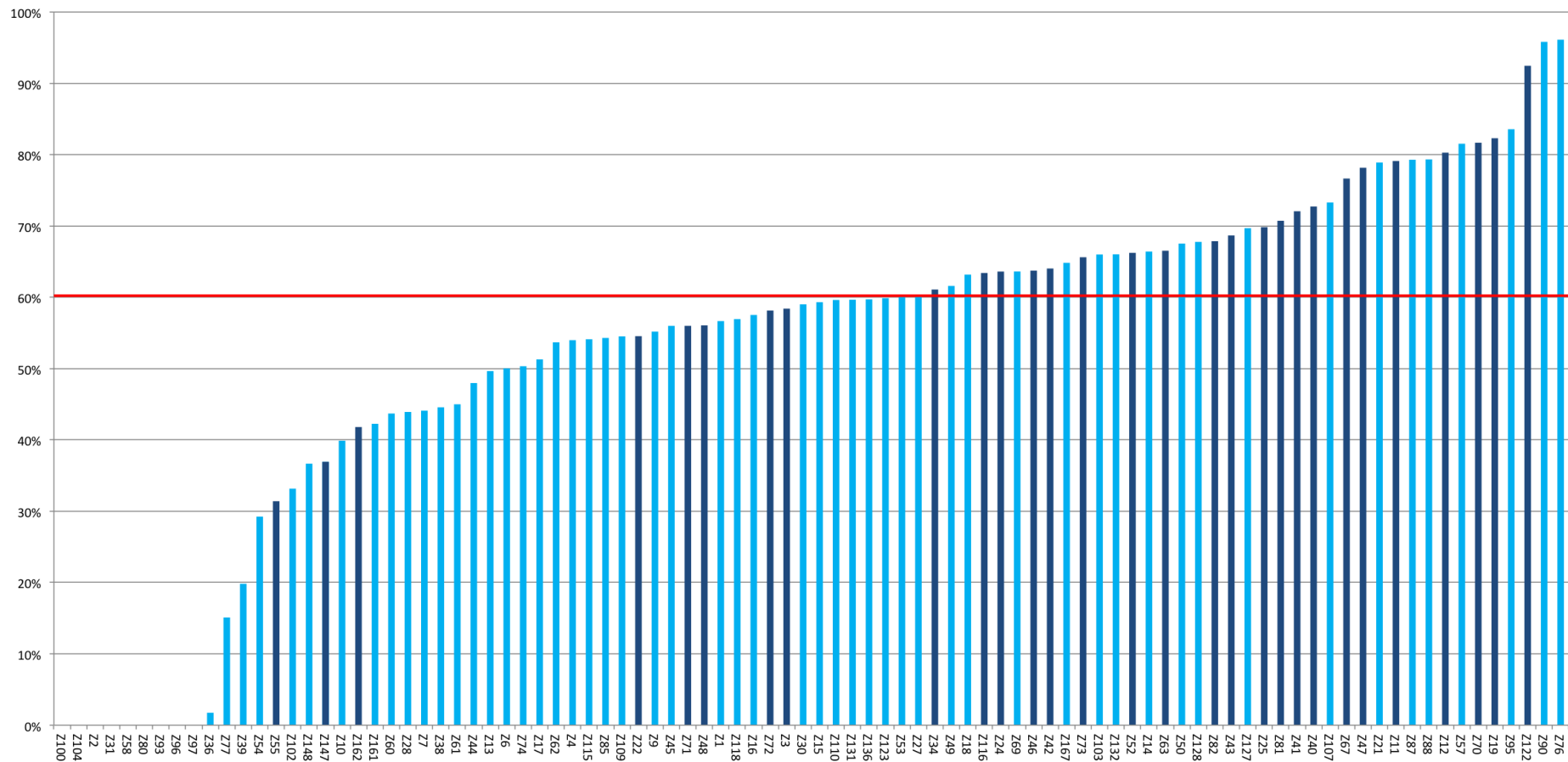
Grafiek 22: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met diabetische retinopathie



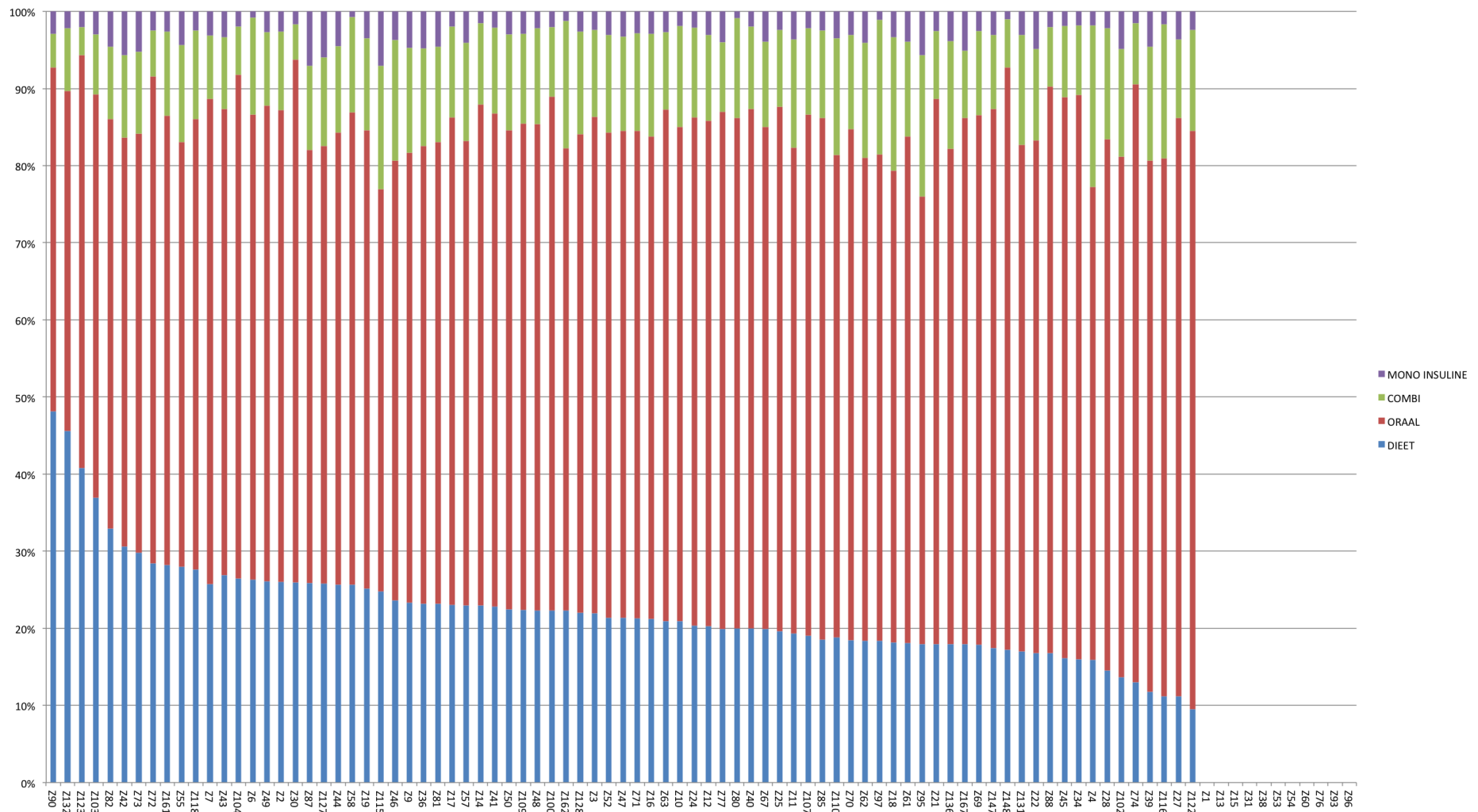
Grafiek 23: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie voetonderzoek is gedaan



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*)

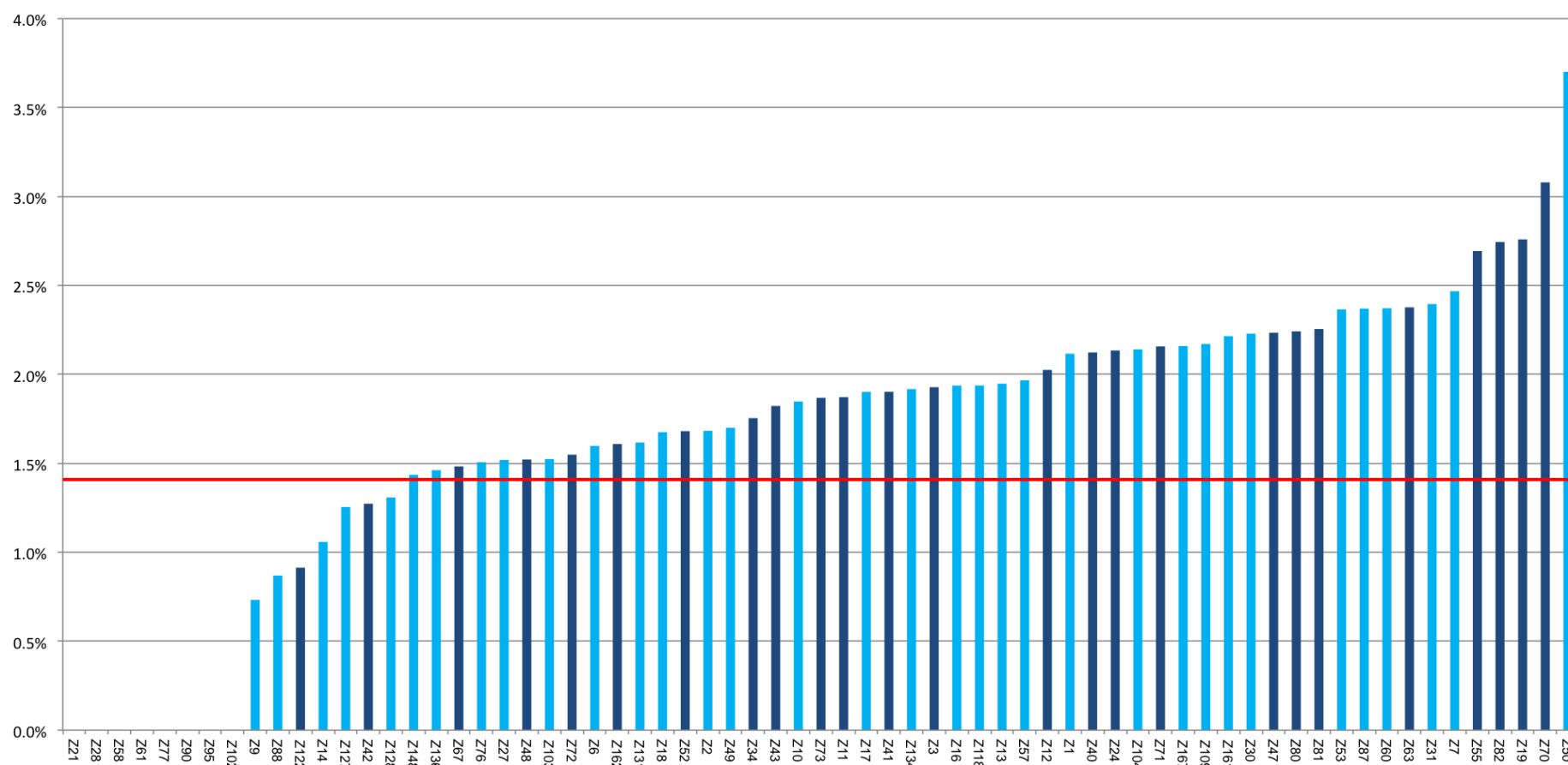


Grafiek 25: Verdeling medicamenteuze behandeling diabetespatiënten in zorgprogramma

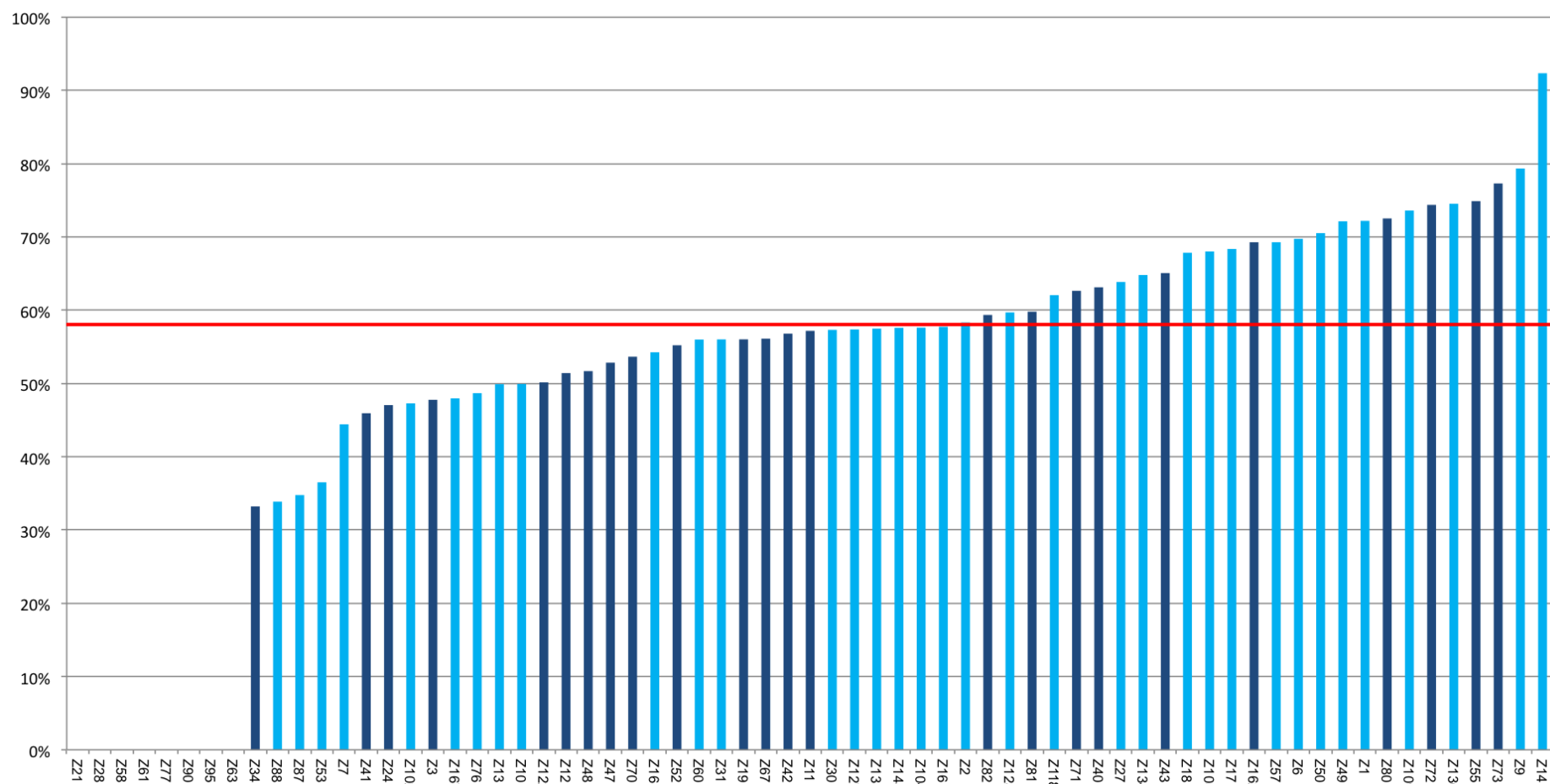


BIJLAGE 2 | GRAFIEKEN COPD

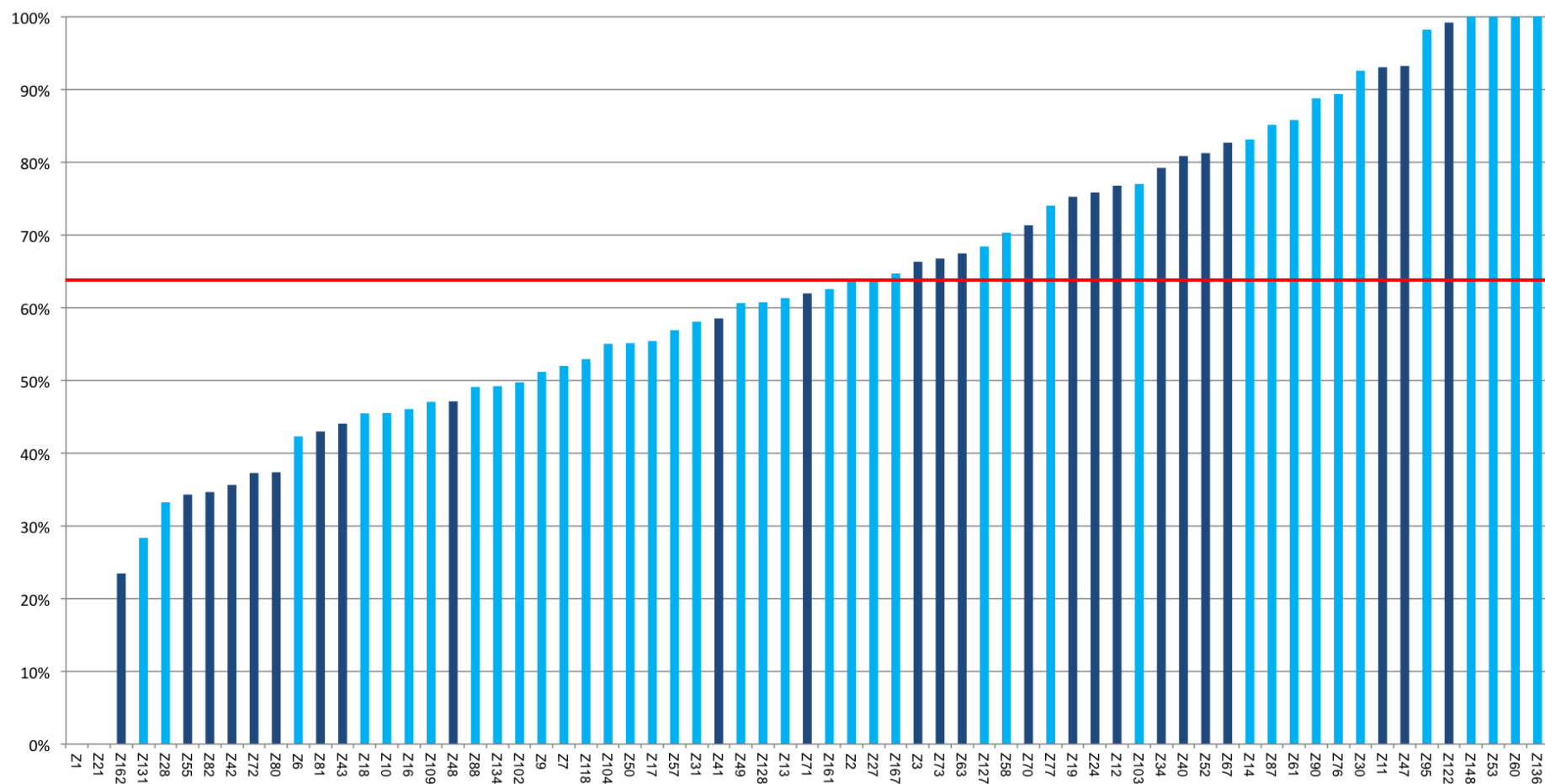
Grafiek 1: Prevalentie COPD patiënten



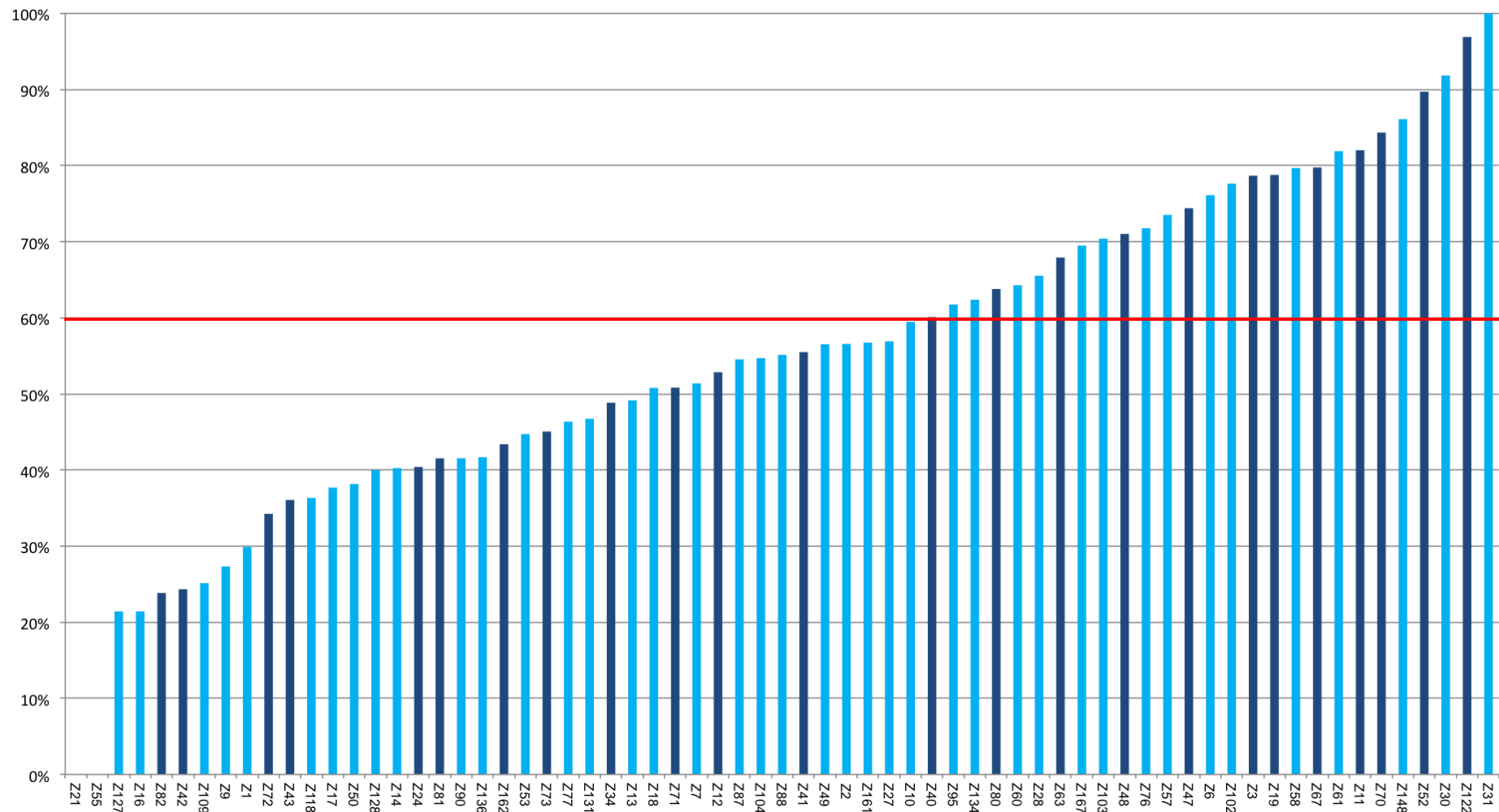
Grafiek 2: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma



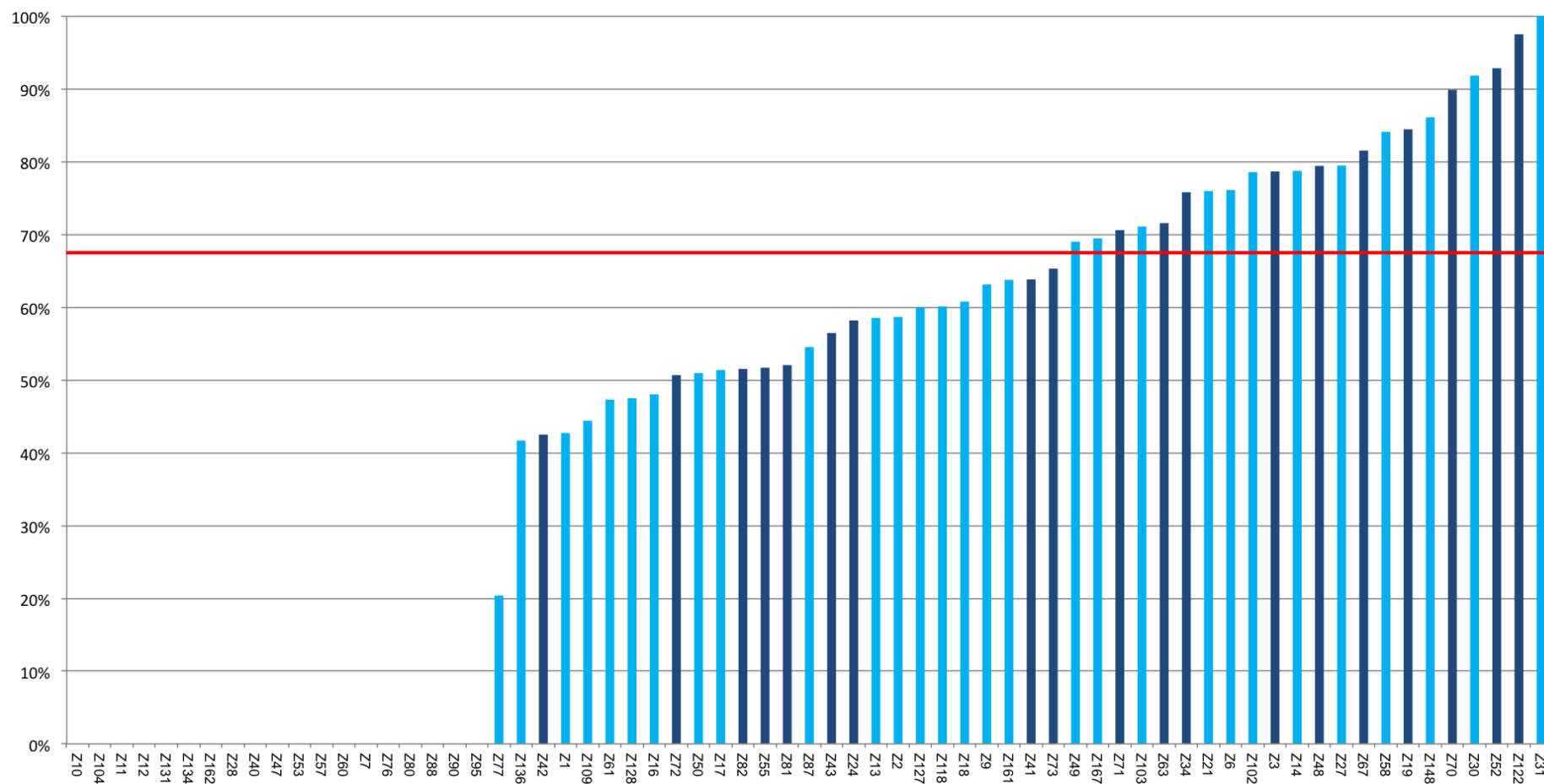
Grafiek 3: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd



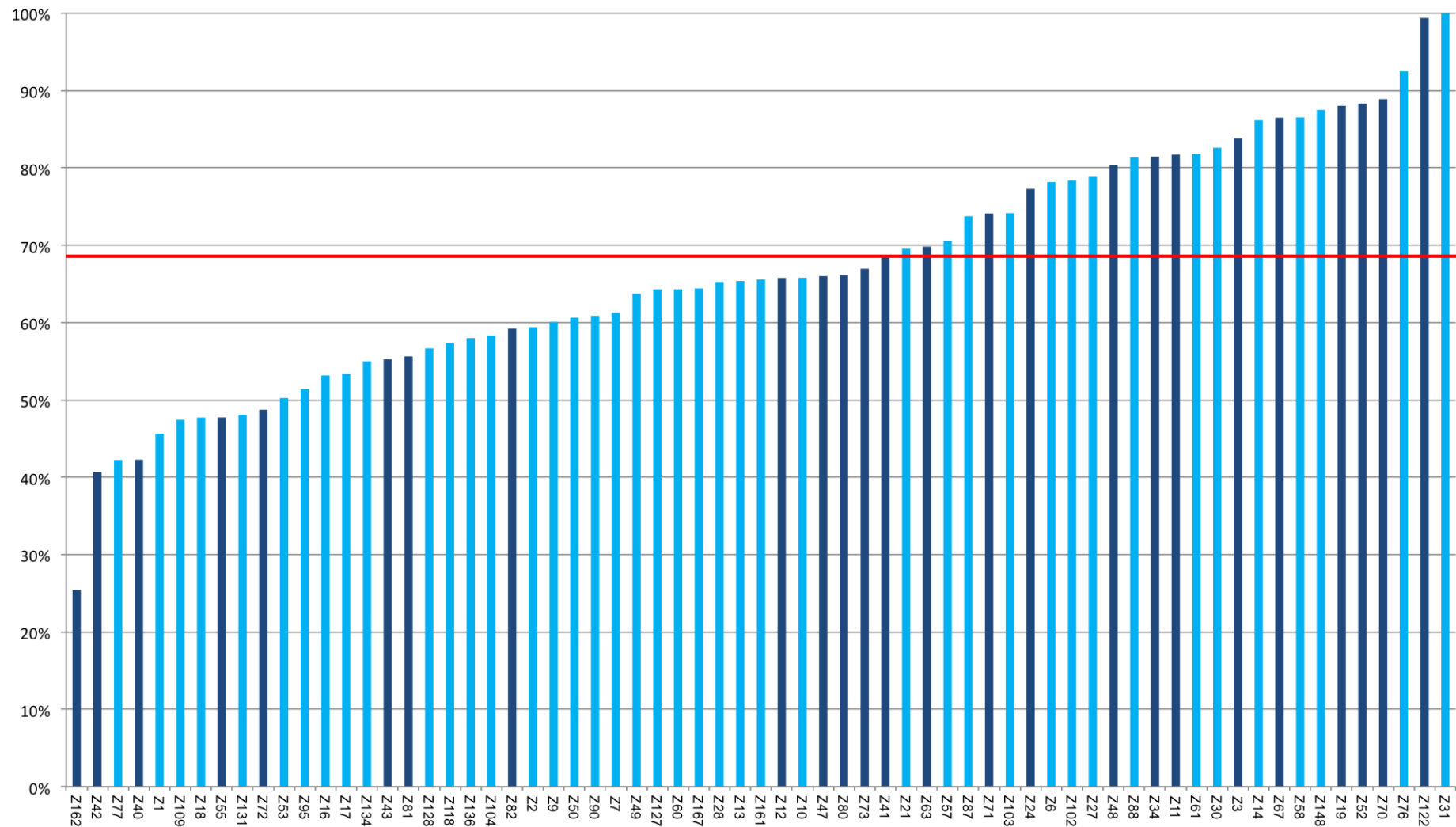
Grafiek 4: Percentage COPD patiënten bij wie longfunctie is bepaald met FEV₁ post BD EN FVC post BD EN FEV₁/FVC ratio post BD



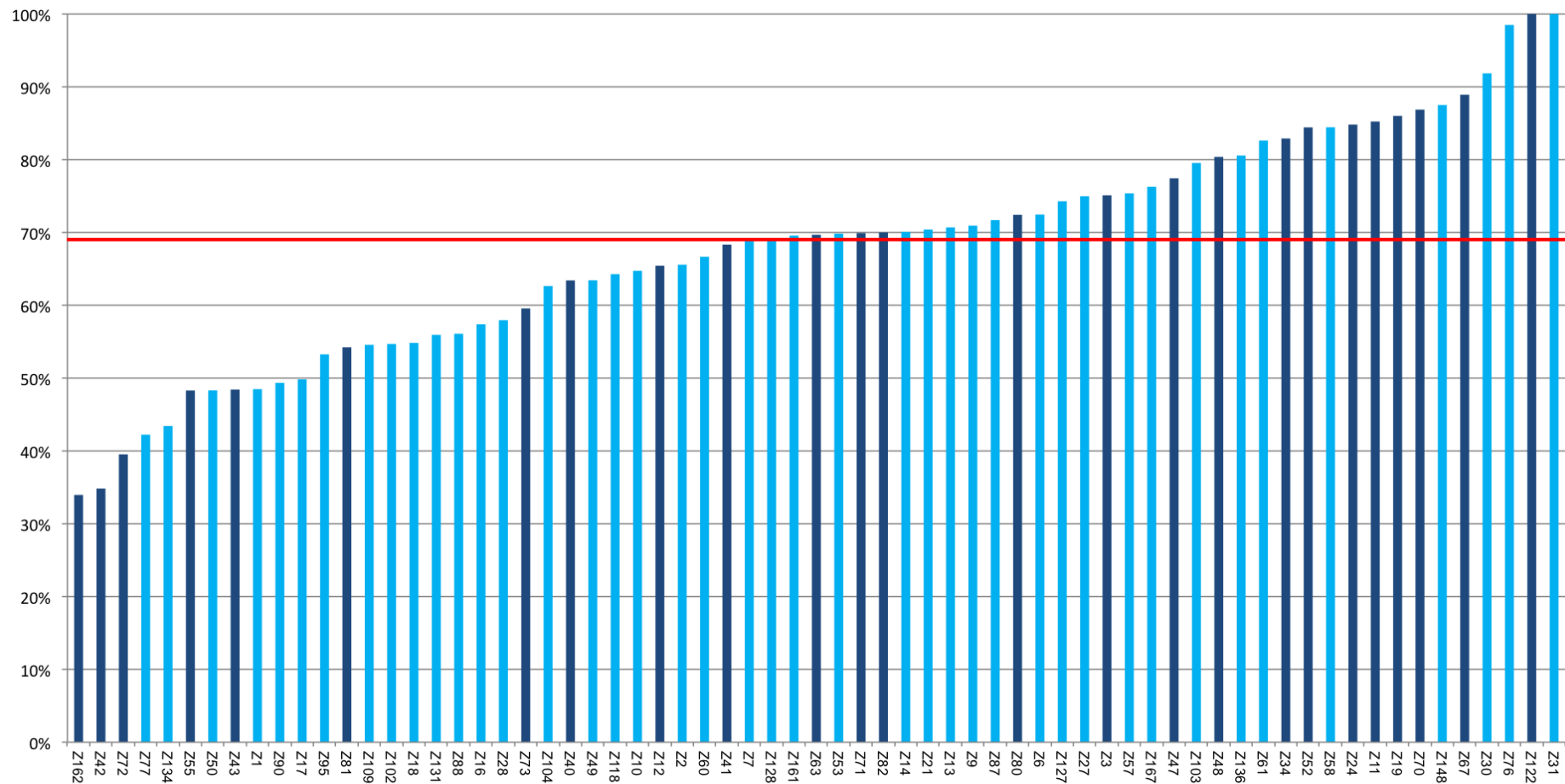
Grafiek 5: Percentage COPD patiënten bij wie longfunctie is bepaald met FEV₁ of FVC of FEV₁/FVC post of pre BD



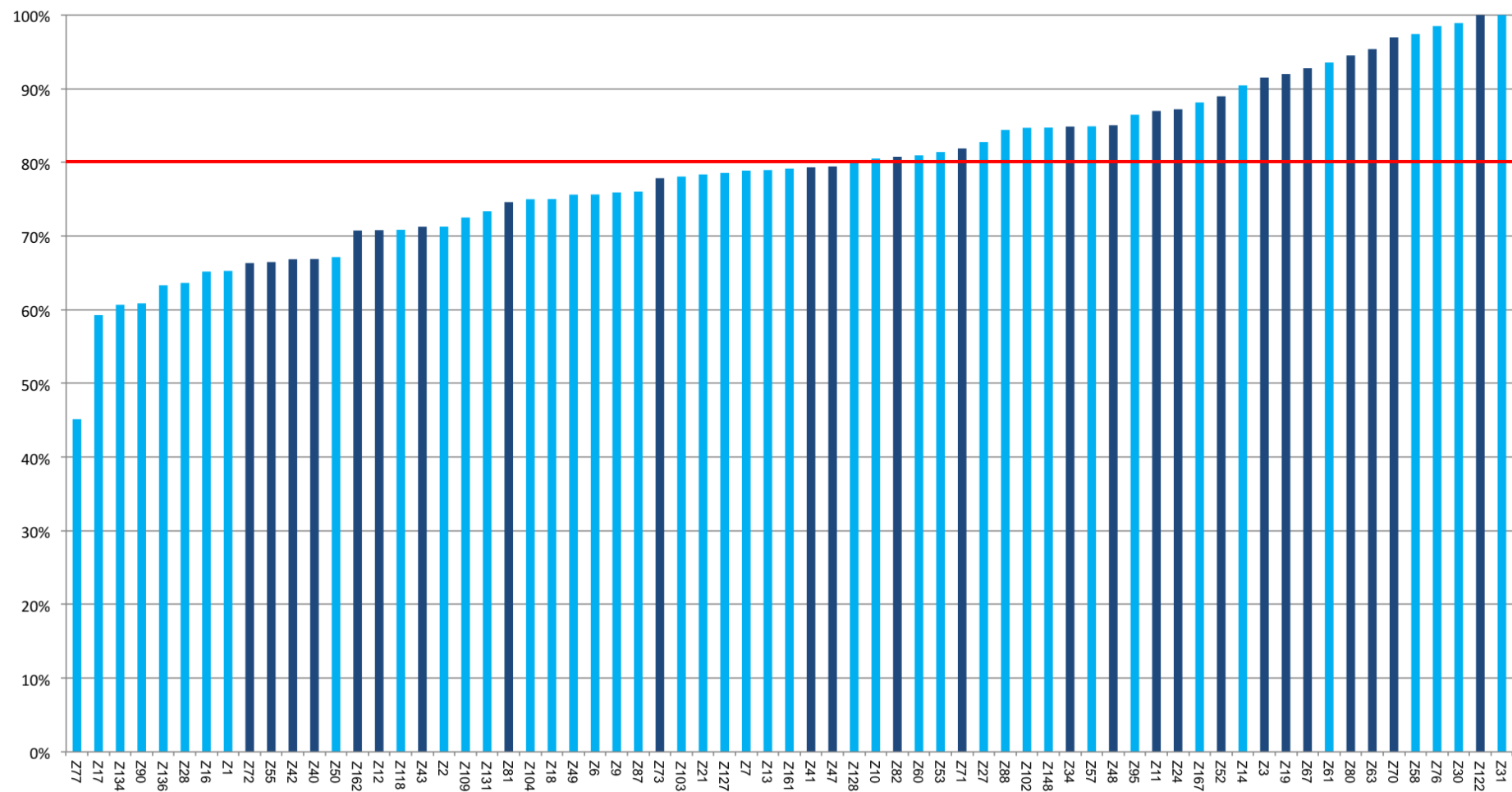
Grafiek 6: Percentage COPD patiënten bij wie functioneren (MRC | CCQ | RIQ-MON₁₀) is vastgelegd



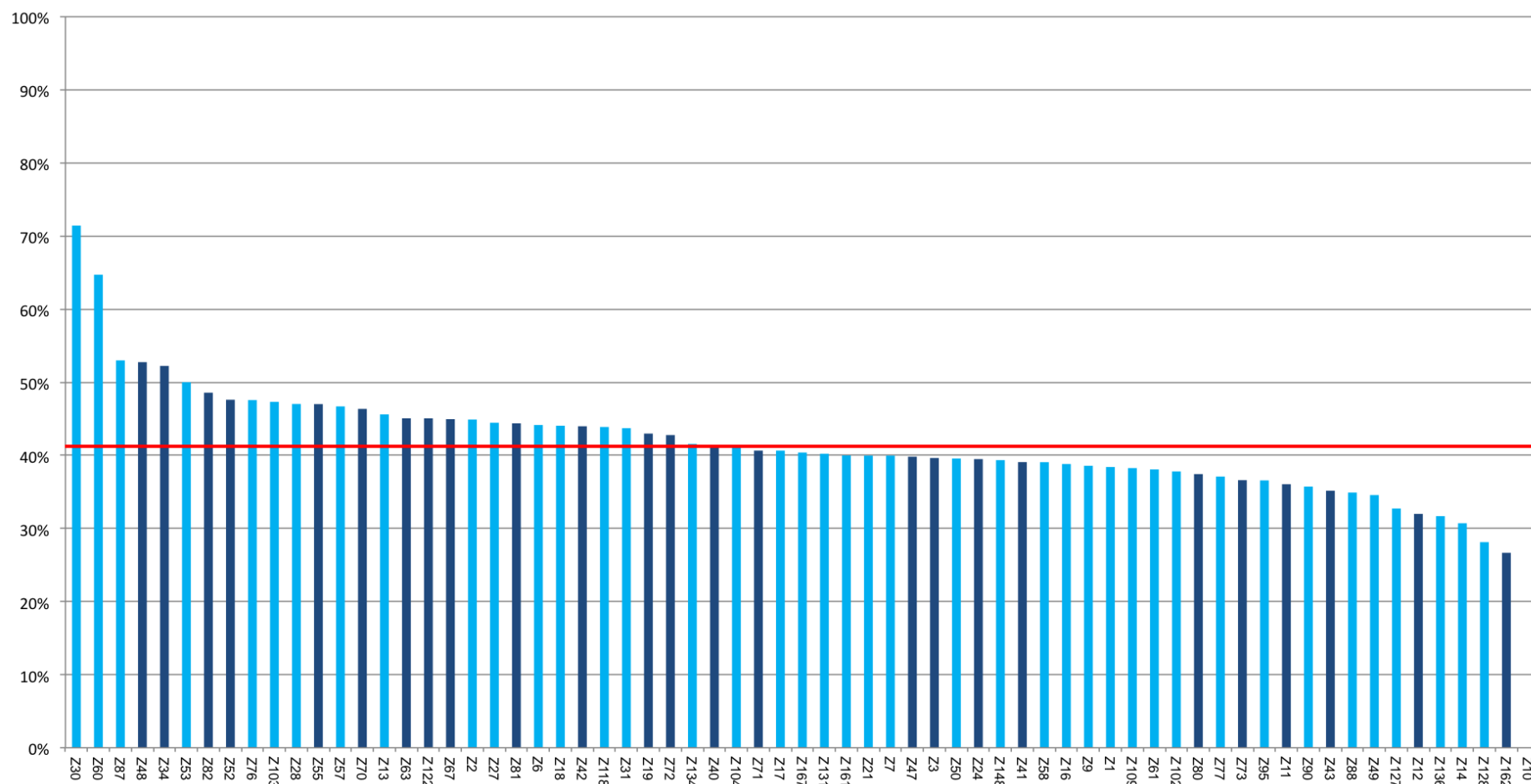
Grafiek 7: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma bij wie mate van bewegen is gecontroleerd



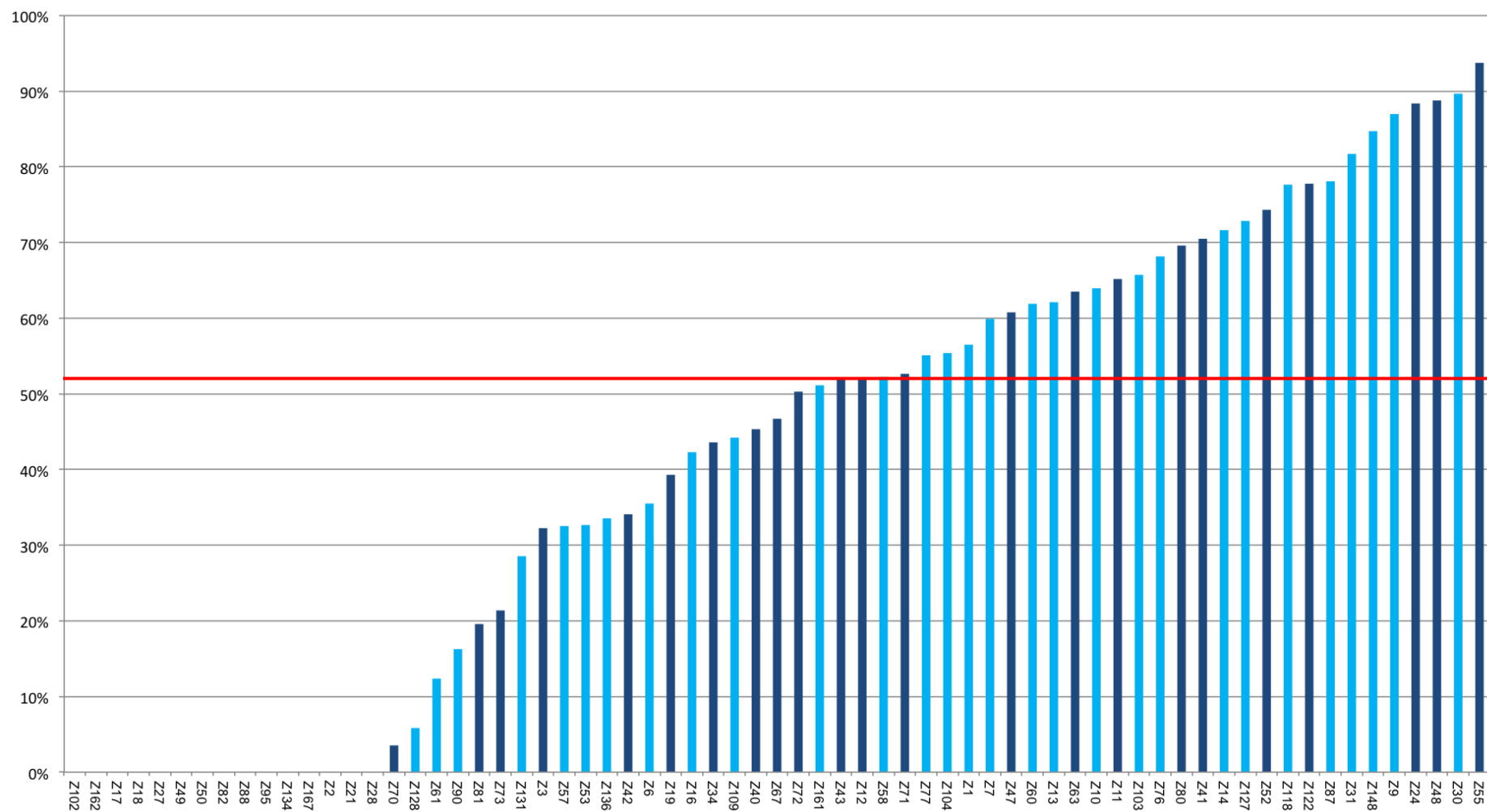
Grafiek 8: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



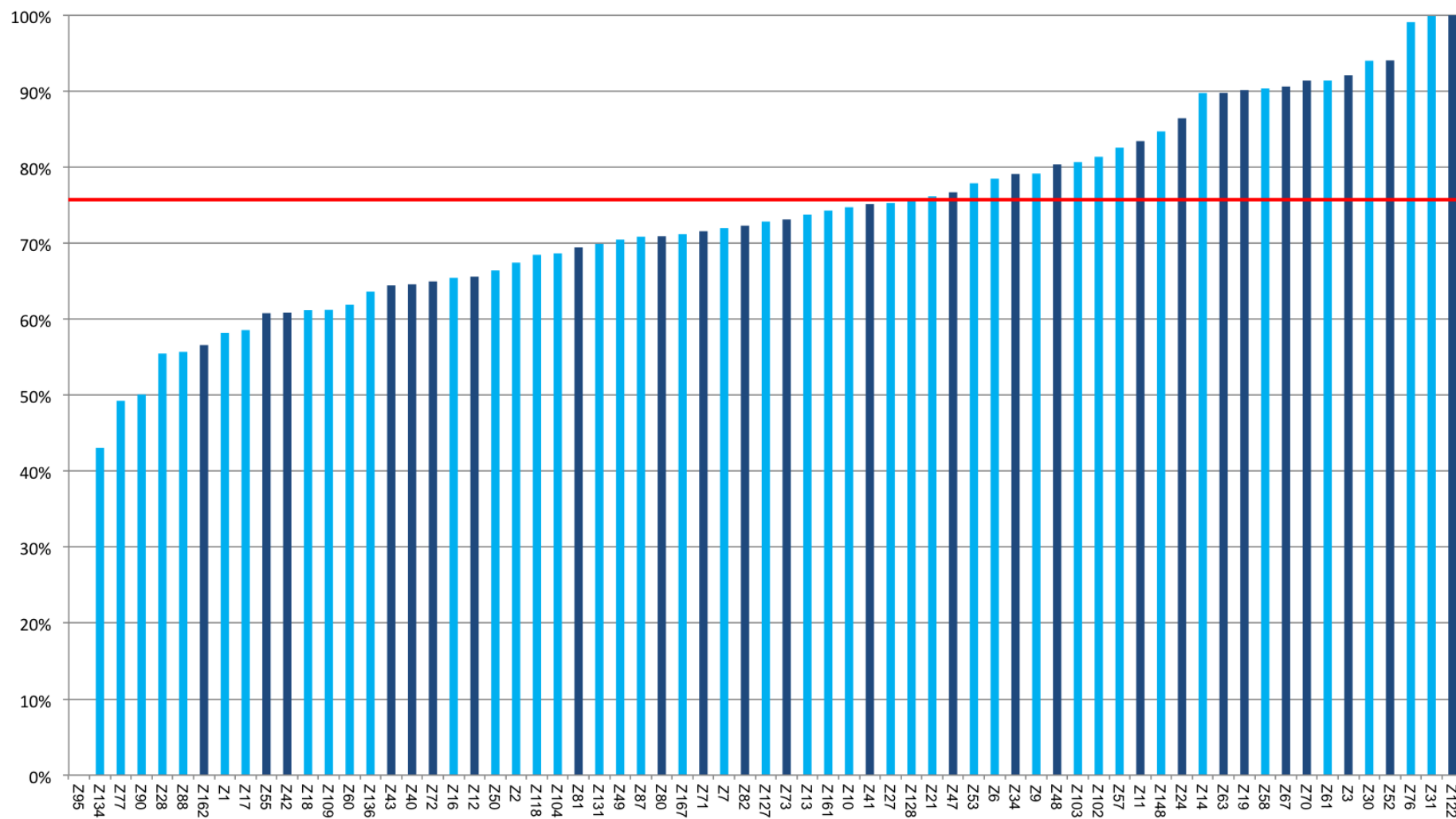
Grafiek 9: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



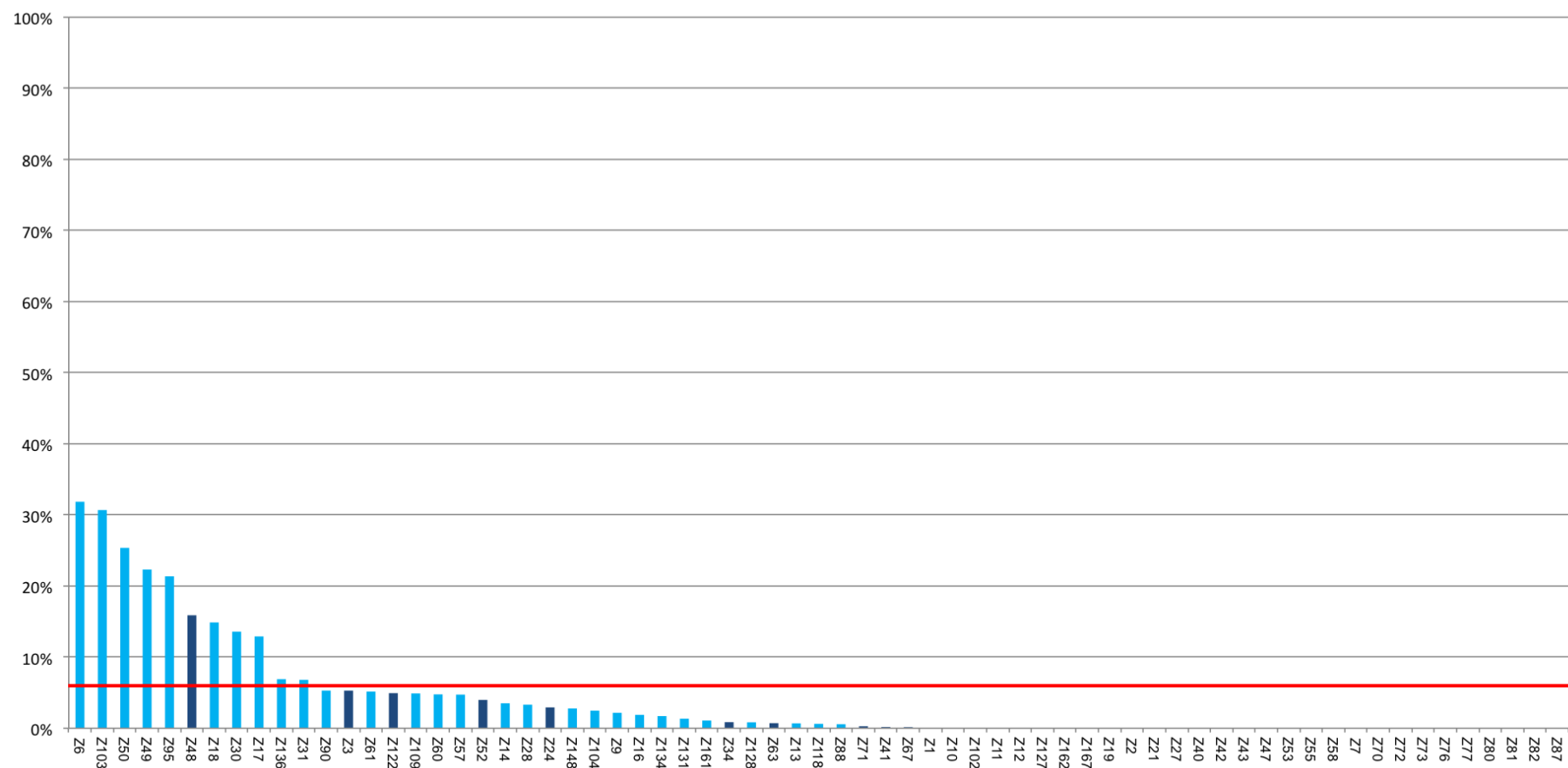
Grafiek 10: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met griepvaccinatie



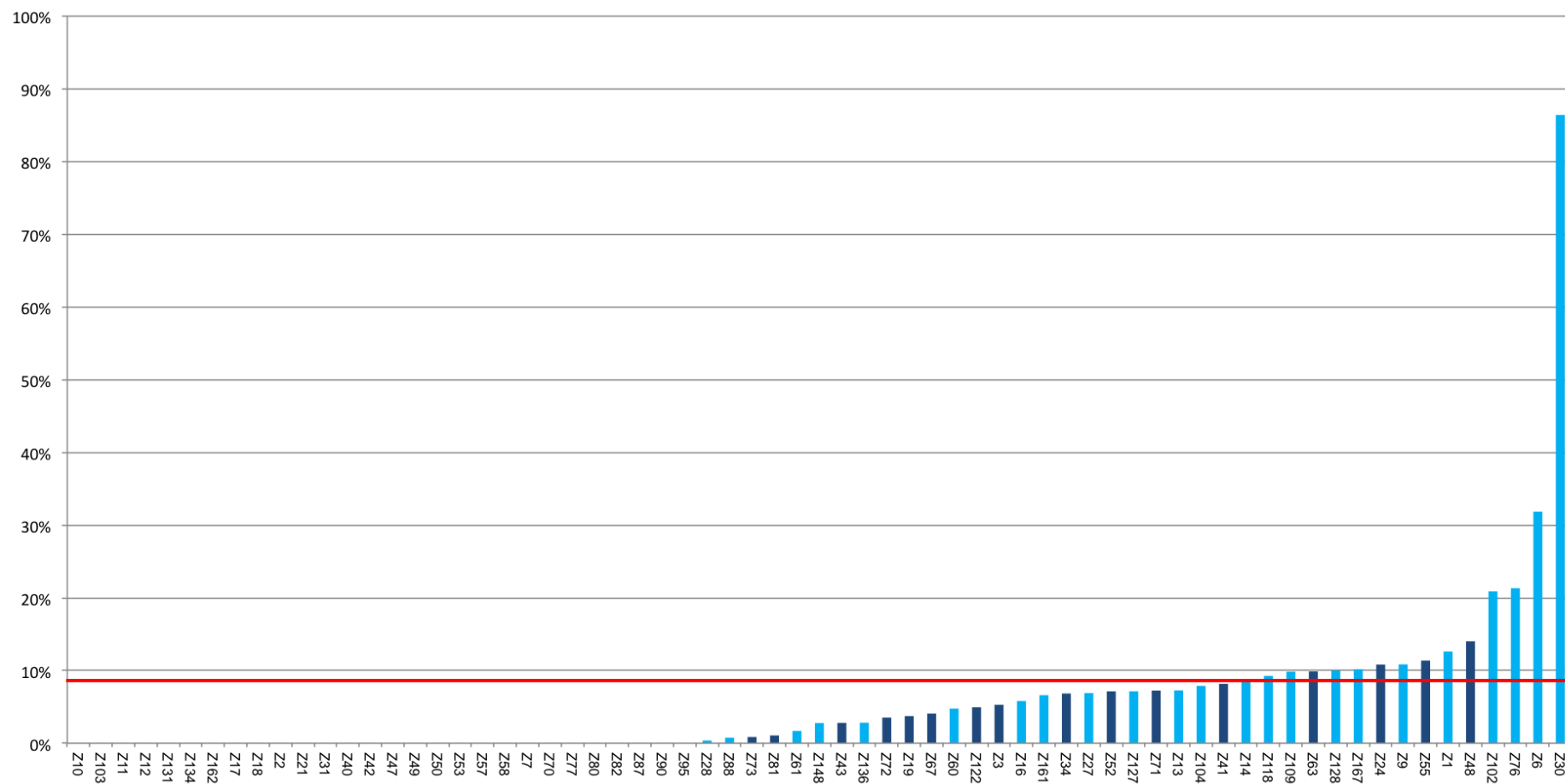
Grafiek 11: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index berekend is



Grafiek 12: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met 2 of meer exacerbaties, vastgelegd met NHG labcode COEX RQ



Grafiek 13: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met 2 of meer stootkuren



BIJLAGE 3 | INCLUSIECRITERIA PROGRAMMA VERHOOGD VAATRISICO (VVR)

Overzicht 1: Gehanteerde inclusiecriteria⁶

	Aantal zorggroepen ⁷
Risicoscore $\geq 10\%$	4
Risicoscore $\geq 20\%$	1
Risicoscore $\geq 10\%$ in combinatie met hypertensie of hypercholesterolemie	3
Risicoscore $\geq 10\%$ en medicamenteuze behandeling van hypertensie of hypercholesterolemie	2
Risicoscore $\geq 20\%$ + risicoscore $\geq 10\%$ in combinatie met aanvullende risicofactoren conform NHG	1
Risicoscore $\geq 10\%$ en instemming van patiënt om met medicamenteuze behandeling en/of leefstijlaanpassing via individueel zorgplan aan de slag te gaan	1
Diagnosecodes: hypertensie, vetstofwisselingsstoornis, gestoorde glucosetolerantie	2
Diagnosecodes: reumatoïde artritis, hypertensie, vetstofwisselingsstoornis	1
Diagnosecodes: hypertensie, vetstofwisselingsstoornis, gestoorde glucosetolerantie, reumatoïde artritis	1
Diagnosecodes/verhoogde uitslag meting: hypertensie, hypercholesterolemie, roken	2
Diagnosecode/verhoogde uitslag meting/medicatiegebruik: roken, hypercholesterolemie, hypertensie, chronische nierschade, reumatoïde artritis, belaste familieanamnese	1
Medicatiegebruik	1
Conform criteria Vitale Vaten	2

⁶ Door een aantal zorggroepen wordt naast de inclusiecriteria het exclusie criterium van CZ-verzekerde genoemd omdat CZ geen VVR programma met de zorggroep contracteert.

⁷ Van 1 zorggroep geen inclusiecriteria bekend

BIJLAGE 4 | NAMEN VAN ZORGGROEPEN

NAAM	NUMMER
AMSTELLAND ZORG BV	Z45
ARTS EN ZORG	Z34
B.V. DIABETESZORG GORINCHEM	Z43
B.V. ZORG OUDE IJSSEL	Z21
BEROEMD	Z71
CHRONOS	Z63
COOPERATIE ZORGGROEP DE PIJP U.A.	Z132
COOPERATIE ZORGSAAAM ZUID	Z46
COOP KIEK UA	Z53
COOPERATIE ZORGGROEP KATWIJK U.A. (KETENZORG)	Z131
DIABETES ZORGGROEP DE BEVELANDEN B.V.	Z42
DIABETES ZORGGROEP SCHOUWEN-DUIVELAND	Z22
DIABETESZORGSYSTEEM WEST-FRIESLAND	Z95
DIAGIS HUISARTSEN COOPERATIE MEDICAMUS	Z1
DIAGIS MERCATORPLEIN	Z97
DIAGIS ZORGGROEP DIEMEN/DUIVENDRECHT/BETONDORP	Z85
DOH	Z52
DOKTERSCOOP	Z87
EERSTELIJNS CENTRUM TIEL	Z80
GO DIABETES B.V.	Z90
HUISARTSEN COOPERATIE MEZZO	Z44
HUISARTSEN COOPERATIE NOORDERZORG U.A.	Z4
HUISARTSEN DIABETESZORG REGIO DEVENTER BV	Z18
HUISARTSEN ZORGGROEP BREDA E.O. B.V.	Z57
HUISARTSENCOÖPERATIE DE BAARSJES U.A.	Z60
HUISARTSENZORG OOST ACHTERHOEK B.V.	Z49
HUISARTSENZORG REGIO APELDOORN	Z17
HUISARTSENZORG REGIO ARNHEM	Z161
HUISARTSENZORG REGIO ZUTPHEN B.V.	Z50
HZDM	Z47
INTEGRALE ZORGGROEP EERSTELIJN RIJNSMOND	Z28
KCOETZ	Z25
KETENZORG NEDERLAND	Z127
KETENZORG WALCHEREN BV	Z9
MEDITTA	Z58
MEDRIE HARDENBERG	Z12
MEDRIE ZWOLLE B.V.	Z11
MERENWIJK	Z48

NUCLEUS CHRONISCHE ZORG B.V.	Z36
OCE BV	Z118
POZOB	Z3
RCH	Z27
REGIOZORG MIDDEN-HOLLAND B.V. (RZMH BV)	Z100
SEZ	Z40
SGE	Z41
ST. GEZONDHEIDSCENTRA MAARSSSENBROEK (GEZ)	Z30
ST. LEIDSCHER RIJN JULIUS GEZ. CENTRA (GEZ)	Z122
STADSMAATSCHAP UTRECHT	Z13
STICHTING BOSKOOP GEZOND	Z148
STICHTING GAZO GEZONDHEIDSCENTRA AMSTERDAM ZUIDOOST	Z76
STICHTING GEZONDHEIDSCENTRA UTRECHT (GEZ/KETENZORG)	Z110
STICHTING GEZONDHEIDSCENTRUM CORLAER (GEZ)	Z128
STICHTING GEZONDHEIDSCENTRUM LEWENBORG	Z115
STICHTING HAAGSE GEZONDHEIDSCENTRA	Z10
STICHTING HUISARTSENPRAKTIJK HOED NIEUWERKERK A/D IJSSEL	Z162
STICHTING KETENZORG KANALENEILAND NOORD-ZUID	Z167
STICHTING MAETRI-X	Z82
STICHTING ONDERSTEUNING HUISARTSEN AMSTERDAM (ROHA)	Z103
STICHTING ORANJEVESTE	Z15
SYNCHROON	Z7
SYNTEIN	Z14
THOON BV	Z24
VERENIGING ZORGGROEP SOESTERKWARTIER	Z55
ZEL	Z104
ZIO	Z31
ZORG IN HOUTEN	Z116
ZORGGROEP ALMERE	Z67
ZORGGROEP ATTINT B.V.	Z38
ZORGGROEP HET HUISARTSENTEAM	Z19
ZORGGROEP HOEKSEWAARD	Z73
ZORGGROEP KRIMPEN	Z136
ZORGGROEP WEST-ALBLASSERWAARD E.O.	Z6
ZORGGROEP WEST-BRABANT	Z81

