

TRANSPARANTE KETENZORG DIABETES MELLITUS, COPD EN VRM RAPPORTAGE ZORGGROEPEN OVER 2014

**OP WEG NAAR GENUANCEERDE
RAPPORTAGE VAN ZORG**

COLOFON

© InEen, juni 2015

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	10
Werkwijze	11
Respons zorggroepen	12
Resultaten diabetes algemeen	13
Resultaten diabetes indicatoren	15
Resultaten COPD algemeen	22
Resultaten COPD indicatoren	24
Resultaten HVZ algemeen	31
Resultaten HVZ indicatoren	34
Resultaten VVR algemeen	40
Resultaten VVR indicatoren	42
Bijlagen	48
Bijlage I Grafieken diabetes	48
Bijlage II Grafieken COPD	72
Bijlage III Grafieken HVZ	85
Bijlage IV Grafieken VVR	107
Bijlage V Namen van zorggroepen	127

VOORWOORD

Dit is het vijfde jaarrapport Transparante Ketenzorg, opgesteld door InEen 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 (HVZ) en zonder (VVR) een hartvaatziekte in 2014. In al deze zorgprogramma's werken huisartspraktijken nauw samen met andere eerstelijns zorgverleners en met medisch specialisten.

Dit jaar leverden 113 zorggroepen gegevens aan. Vorig jaar waren dat er 92. Daarmee participeren bijna alle zorggroepen in Nederland. Het spiegelen en onderling vergelijken van de gestandaardiseerde dataset is voor iedere zorggroep een essentieel onderdeel van het eigen kwaliteitsbeleid. Het analyseren van de verschillen vormt een aanzet voor het benoemen van verbeterpunten op het gebied van datamanagement of van de zorgprocessen zelf. Daarnaast biedt deze benchmark een kapstok bij de externe verantwoording van de branche en van de afzonderlijke zorggroepen over de door haar geleverde zorg.

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. Verdere uniformering van de procedures van registratie, extractie en rapportage moet gaan leiden tot steeds betrouwbaardere en daarmee ook daadwerkelijk vergelijkbare gegevens.

Veel dank gaat uit aan de leden van de redactiecommissie uit de beleidsadviescommissie datamanagement van InEen, aan de experts van DiHag, CaHag en HartVaagHag 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
- 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, Hoogleraar Huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum

Vasculair Risico Management (HVZ en VVR):

- Lex Goudswaard, huisarts
- Xavier Hofman, huisarts, kaderhuisarts hart en vaatziekten

SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN

Dit is de vijfde 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 (HVZ) en zonder een hartvaatziekte (VVR). De uitvraag is 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 113 hun data over het jaar 2014 aangeleverd. Van ongeveer een derde van hen zijn de analyses uitgevoerd door leden van het Platform Regionale Datacentra of hebben de zorggroepen zich vorig jaar laten visiteren voor controle van de dataverwerking. Deze zijn in de grafieken donkerblauw weergegeven. In totaal gaven 101 zorggroepen toestemming voor het vermelden van de naam van de zorggroep.

Bij alle 113 zorggroepen betrof het data over diabetes zorg (vorig jaar 92), bij 102 groepen ook data over COPD zorg (vorig jaar 68), bij 62 groepen ook data over HVZ (vorig jaar 39) en bij 40 groepen ook over VVR (vorig jaar 20). Daarmee is de respons duidelijk gestegen ten opzichte van 2013. Met elkaar vertegenwoordigen de 113 aanleverende zorggroepen ongeveer 14.906.917 (vorig jaar 11.455.898) inwoners van Nederland (88%, vorig jaar 68%), door het land verspreid.

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 diabetes in het zorgprogramma. De gemiddelde prevalentie van diabetes is 5,1%.
- 2 Gemiddeld 11,9% (vorig jaar 12,4%) van de patiënten met diabetes is onder behandeling bij de specialist. Dat is een afname van 0,5% ten opzichte van 2013. De substitutie zet dus langzaam maar zeker door.
- 3 Gemiddeld 4,1% (vorig jaar 3,8%) heeft geen programmatische zorg. Zorggroepen zijn dus weer iets kritischer op de noodzaak om patiënten met diabetes te includeren in een zorgprogramma.
- 4 Om betrouwbaardere gegevens te verkrijgen zijn dit jaar zijn voor het eerst alleen patiënten geïncludeerd in de benchmark die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma meededen. Dat levert geringe verschillen op met de oude systematiek, waarin werd uitgegaan van de peildatum 31 december.
- 5 Vrijwel alle procesindicatoren zijn voor het vijfde achtereenvolgende jaar verbeterd. Zes van de tien scoren nu 90% of hoger. Funduscontrole, voetonderzoek en urineonderzoek op albuminurie scoren wat lager, tussen 80 en 85%.
- 6 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.

- 7 De uitkomstindicatoren zijn nog steeds beperkt vergelijkbaar vanwege de invloed van casemix verschillen.
- 8 De uitkomstindicator HbA1c < 53 mmol/mol 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.
- 9 Het percentage patiënten met een bloeddruk ≤ 140 mmHg is aanzienlijk gestegen, van 63,8% naar 68%.
- 10 Het aantal patiënten met een LDL $\leq 2,5$ mmol/l is 60,7%. Dat is hoger dan vorig jaar (56%), maar toen werden alle patiënten meegeteld terwijl dit jaar conform de nieuwe standaard alleen patiënten < 80 jaar werden meegeteld.
- 11 Het aantal rokers is opnieuw gedaald, naar 15,8% (vorig jaar 16,4%). De spreiding tussen zorggroepen blijft erg groot.
- 12 Over het aantal patiënten met retinopathie zijn nog steeds geen harde conclusies te trekken.
- 13 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 De processen van registratie, data extractie en databewerking van de zorggroepen dienen te worden geüniformeerd met behulp van een passende toetssystematiek van de datakwaliteit.
- 2 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 te ontwikkelen.
- 3 Praktijkvariatie is een belangrijk gegeven voor zorggroepen om intern na te gaan waar de meeste verbetering te bereiken valt.
- 4 Alle zorggroepen dienen te 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 programmatische zorg'.
- 5 Er dient een kritische beschouwing te komen van het aantal indicatoren uit deze benchmark. Alleen indicatoren die toch al geregistreerd worden in het kader van de zorg verdienen een plek in de benchmark. Indicatoren die extra registratiedruk veroorzaken of niet betrouwbaar uitgespoeld kunnen worden dienen te worden verwijderd uit de benchmark.
- 6 Mensen met een gestoorde glucosetolerantie (IGT) zonder diabetes dienen niet in het zorgprogramma te worden opgenomen. Dit lijkt nog steeds een aandachtspunt voor zorggroepen met een hoog percentage 'behandeling: alleen dieet'.
- 7 Zorggroepen die minder goed scoren op het gemiddelde LDL dienen te kijken naar een mogelijke relatie met een laag gebruik van lipidenverlagers.
- 8 De uitkomstindicator BMI < 25 kg/m² lijkt minder geschikt om de uitkomst van de leefstijlmaatregelen gericht op het gewicht inzichtelijk te maken. Mogelijk is 'gemiddelde BMI' of een andere afkapwaarde beter. Dit verdient nadere studie.
- 9 De uitkomstindicator griepvaccinatie lijkt structureel onbetrouwbaar i.v.m. het probleem van de antedatering en HIS-KIS koppeling.
- 10 De uitkomstindicator retinopathie dient nader te worden bestudeerd dan wel verwijderd.
- 11 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 68 naar 102. Daarmee zijn er veel zorggroepen die voor het eerst deelnamen.
- 2 De gemiddelde prevalentie van COPD in het eerstelijns ketenzorgprogramma is met 2% ongeveer gelijk gebleven ten opzichte van 2013 (1,9%) en is conform landelijk bekende cijfers. De prevalenties per zorggroep wisselen nog sterk van 0,8 tot 3,4%, maar de spreiding is minder groot dan vorig jaar (0,2 tot 3,7%).
- 3 Bij een beperkt aantal zorggroepen kon de meerjaren trend in de verdeling eerste en tweede lijn worden uitgerekend. Daarbij bleek het percentage COPD-patiënten in de tweede lijn met 34% gelijk gebleven. De gegevens zijn nog onvoldoende om harde conclusies over substitutie te trekken.
- 4 Het percentage patiënten zonder programmatische zorg is met 9,5% gestegen t.o.v. vorig jaar (5,7%) door betere registratie en/of het vaker beëindigen van de programmatische zorg bij herhaalde no show.
- 5 Om betrouwbaardere gegevens te verkrijgen zijn dit jaar zijn voor het eerst alleen patiënten geïncludeerd in de benchmark die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma meededen. Dat levert geringe verschillen op met de oude systematiek, waarin werd uitgegaan van de peildatum 31 december.
- 6 Ondanks het grote aantal nieuwe groepen scoren alle procesindicatoren opnieuw beter dan vorig jaar. Dit impliceert dat de processen steeds beter onder controle komen.
- 7 De best scorende procesindicator is 'rookstatus' met 80%, de sterkst stijgende procesindicator is 'inhalatietechniek', van 60% naar 70%.
- 8 De procesindicator 'longfunctie bepaald' scoort stabiel op 68%. Met de nieuwe NHG standaard, waarin niet langer voor alle COPD patiënten jaarlijks spirometrie wordt geadviseerd, zal deze indicator moeten worden heroverwogen.
- 9 Het aantal rokers is licht gedaald naar 40%. Bij het stellen van de diagnose rookt 80-90%. Toch is er nog verbeterruimte.
- 10 De indicator 'griepvaccinatie' is gemiddeld nog te laag en laat een enorme spreiding zien, door registratieproblemen (antedatering) en minder animo voor griepvaccinaties in de bevolking.
- 11 De beide indicatoren 'aantal exacerbaties' en 'prednisonkuren' kennen registratieproblemen met onderregistratie tot gevolg. De indicator 'prednisonkuren' lijkt het betrouwbaarste.

Aanbevelingen COPD

- 1 De processen van registratie, data extractie en databewerking van de zorggroepen dienen te worden geüniformeerd met behulp van een passende toetssystematiek van de datakwaliteit.
- 2 Zorggroepen die scores hebben die ver af liggen van de gemiddelden dienen de redenen voor hun afwijkende gegevens te analyseren, en daar zo nodig en mogelijk een verbetertraject voor te ontwikkelen.
- 3 Praktijkvariatie is een belangrijk gegeven voor zorggroepen om intern na te gaan waar de meeste verbetering te bereiken valt.

- 4 COPD patiënten die geen programmatische zorg (meer) wensen of nodig hebben vallen buiten het zorgprogramma en worden als zodanig gekenmerkt in de registratie. Dit kan bijvoorbeeld gelden voor patiënten met lichte ziektelast, zonder medicatie die al langere tijd gestopt zijn met roken.
- 5 Alle zorggroepen dienen te kunnen rapporteren hoeveel van de ingeschreven patiënten met COPD worden behandeld binnen de eerstelijns keten, resp. in de tweede lijn, resp. behoorden tot de categorie 'geen programmatische zorg'.
- 6 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 nu ook een zorgprogramma astma kan worden gecontracteerd.
- 7 Er dient een kritische beschouwing te komen van het aantal indicatoren uit deze benchmark. Alleen indicatoren die toch al geregistreerd worden in het kader van de zorg verdienen een plek in de benchmark. Indicatoren die extra registratiedruk veroorzaken of niet betrouwbaar uitgespoeld kunnen worden dienen te worden verwijderd uit de benchmark.
- 8 Als indicator voor de exacerbaties gaat voor 2015 de voorkeur uit naar het aantal prednison stootkuren.
- 9 De indicator 'spirometrie verricht' dient n.a.v. de nieuwe standaard te worden aangepast dan wel verwijderd.
- 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 COPD zorg in Nederland.

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 39 naar 62.
- 2 De gemiddelde prevalentie van de patiënten met HVZ is gelijk gebleven, maar de spreiding is toegenomen van 1,3% tot 10,9% (vorig jaar 2,6% tot 6,9%) door verschillen in populaties, inclusiecriteria en stadium van implementatie van het programma.
- 3 Gemiddeld zit 71% (vorig jaar 66,8% van deze patiënten in het zorgprogramma. Daarnaast is 24,8 onder controle in de tweede lijn (vorig jaar 30,4%) en heeft 4,2 (vorig jaar 2,8%) 'geen programmatische zorg'.
- 4 In een subanalyse naar substitutie bij 20 zorggroepen werden aanwijzingen gevonden dat enige substitutie heeft plaats gevonden. Echter gezien de lage aantallen is dit niet conclusief.
- 5 Om betrouwbaardere gegevens te verkrijgen zijn dit jaar zijn voor het eerst alleen patiënten geïncludeerd in de benchmark die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma meededen. Dat levert geringe verschillen op met de oude systematiek, waarin werd uitgegaan van de peildatum 31 december.
- 6 Vrijwel alle procesindicatoren zijn opnieuw verbeterd, sommige aanzienlijk. Dit wordt verklaard door een combinatie van betere registratie/extractie en het beter op orde krijgen van het zorgproces. De laboratoriumbepalingen zitten al ruim boven de 90%.
- 7 In absolute zin blijft de indicator griepvaccinatie achter met 40%. Oorzaak is waarschijnlijk onderrapportage door koppelingsproblemen tussen HISSen en KISSen en de mogelijkheid van antedatering waardoor gegevens worden ingevoerd na de extractiedatum.

- 8 De uitkomstindicatoren laten fraaie verbeteringen zien bij RR <140 mmHg (71%, vorig jaar 68%) en LDL <2,5 mmol/l (50%, vorig jaar 42%). Ook het aantal patiënten met een lipidenverlager en met antistollingsmiddelen is gestegen.
- 9 De uitkomstindicator roken is licht verbeterd tot net onder de 20%. Dit is weliswaar lager dan de 27% in de algemene bevolking, maar nog voor verdere verbetering vatbaar.

Aanbevelingen VRM bij patiënten met een HVZ (HVZ)

- 1 De processen van registratie, data extractie en databewerking van de zorggroepen dienen te worden geüniformeerd met behulp van een passende toetssystematiek van de datakwaliteit.
- 2 Zorggroepen die scores hebben die ver afdalen van de gemiddelden dienen de redenen voor hun afwijkende gegevens te analyseren, en daar zo nodig en mogelijk een verbetertraject voor te ontwikkelen.
- 3 Praktijkvariatie is een belangrijk gegeven voor zorggroepen om intern na te gaan waar de meeste verbetering te bereiken valt.
- 4 Alle zorggroepen dienen te 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 programmatische zorg'.
- 5 Er dient een kritische beschouwing te komen van het aantal indicatoren uit deze benchmark. Alleen indicatoren die toch al geregistreerd worden in het kader van de zorg verdienen een plek in de benchmark. Indicatoren die extra registratiedruk veroorzaken of niet betrouwbaar uitgespoeld kunnen worden dienen te worden verwijderd uit de benchmark.
- 6 Patiënten met hartfalen en chronische nierschade dienen alleen in het zorgprogramma te worden opgenomen als er een indicatie is voor vasculair risicomanagement.
- 7 Er dienen op meer plaatsen regionale transmurale afspraken te komen met specialisten over de taakverdeling tussen eerste en tweede lijn, terverwijzing na een event en eventueel shared care. Daarbij dient waar mogelijk verdere substitutie te worden bevorderd.
- 8 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.
- 9 Zorggroepen die laag scoren op de indicator LDL ≤ 2,5 mmol/l dienen tevens te kijken naar het percentage gebruik van lipidenverlagers.
- 10 De registratie- en extractieproblemen bij griepvaccinatie zijn zo hardnekkig dat moet worden overwogen om deze indicator te laten vervallen.

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 Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de landelijke benchmark VRM bij patiënten zonder een HVZ is gestegen van 20 naar 40.
- 2 De gemiddelde prevalentie van de patiënten met VVR is 8,4% met een spreiding van 1,9% tot 17,9% verklaard door verschillen in populaties, inclusiecriteria en vooral ook stadium van implementatie van het programma.
- 3 Gemiddeld zit 70% van deze patiënten in het zorgprogramma. De overigen zitten of in de tweede lijn ofwel hebben geen programmatische zorg.

- 4 Om betrouwbaardere gegevens te verkrijgen zijn dit jaar zijn voor het eerst alleen patiënten geïncorporeerd in de benchmark die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma meededen.
- 5 De procesindicatoren LDL, MDRD, glucose, scoren boven de 90%, RR scoort 85%, en de overige procesindicatoren tussen de 75 en de 85%).
- 6 De uitkomstindicator RR <140 mmHg wordt bereikt bij 65%.
- 7 De uitkomstindicator LDL <2,5 mmol/l scoort 30%, waarbij geldt dat de streefwaarde bij VVR minder absoluut is dan bij HVZ.
- 8 De uitkomstindicator roken is 15% en daarmee significant lager dan de 26% in de bevolking.

Aanbevelingen VRM bij patiënten zonder een hartvaatziekte (VVR)

- 1 De processen van registratie, data extractie en databewerking van de zorggroepen dienen te worden geüniformeerd met behulp van een passende toetssystematiek van de datakwaliteit.
- 2 Zorggroepen die scores hebben die ver van de gemiddelden liggen dienen de redenen voor hun afwijkende gegevens te analyseren, en daar zo nodig en mogelijk een verbetertraject voor te ontwikkelen.
- 3 Praktijkvariatie is een belangrijk gegeven voor zorggroepen om intern na te gaan waar de meeste verbetering te bereiken valt.
- 4 Alle zorggroepen dienen te 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 programmatische zorg'.
- 5 Er dient een kritische beschouwing te komen van het aantal indicatoren uit deze benchmark. Alleen indicatoren die toch al geregistreerd worden in het kader van de zorg verdienen een plek in de benchmark. Indicatoren die extra registratiedruk veroorzaken of niet betrouwbaar uitgespoeld kunnen worden dienen te worden verwijderd uit de benchmark.
- 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 laag scoren op de indicator LDL $\leq 2,5$ mmol/l dienen tevens te kijken naar het percentage gebruik van lipidenverlagers.

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. Inmiddels hebben alle zorgverzekeraars besloten de eigen uitvraag van indicatoren te beëindigen en de landelijke benchmark als informatiebron over de kwaliteit van de geleverde zorg te gebruiken bij hun inkoop. Verdere uniformering van het proces van dataregistratie, dataverzameling en data-analyse is hiervoor noodzakelijk. InEen wil zorggroepen hierbij nadrukkelijk ondersteuning bieden.

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) en voor het eerst ook bij patiënten zonder hartvaatziekten (VVR), ook wel primaire preventie genoemd.

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 101 zorggroepen gebruik. In 1.1.1.1.1 Bijlage V 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 van 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 en gezondheidscentra via email benaderd voor deelname aan de benchmark over 2014. Het betreft zorggroepen en gezondheidscentra zoals bekend bij InEen en/of voorkomen op de lijsten van gecontracteerde groepen bij de zorgverzekeraars. Uit die lijst van namen is niet op te maken hoeveel unieke zorggroepen het betreft. Sommige groepen hanteren een aparte naam en een aparte AGB code per zorgprogramma. Ook staan er groepen op die een GEZ contract hebben afgesloten en tevens onderdeel vormen van een zorggroep.

Aan zorggroepen die niet met een regionaal datacentrum werken hebben we gevraagd gegevens via de website transparanteketenzorg.nl aan te leveren. Aan de andere groepen hebben we gevraagd met het regionaal datacentrum contact op te nemen voor deelname. Het regionaal datacentrum zorgde dan vervolgens dat de gegevens via de website werden aangeleverd.

Als deadline hebben we 1 april aangegeven. Een paar zorggroepen hebben laten weten dat ze wel wilden meedoen, maar niet binnen de gestelde termijn gegevens konden aanleveren.

In voorgaande jaren werd de rapportage gemaakt op basis van het aantal patiënten dat op peildatum 31 december aan het zorgprogramma meedeed. Zoals vorig jaar aangekondigd baseren we ons dit jaar op iedereen die gedurende het hele jaar in zorg was bij de zorggroep. Om tot de scores te komen vulden de zorggroepen de tellers en noemers voor de indicatoren in op de website. Voor de procesindicatoren is de noemer het aantal patiënten gedurende het hele jaar 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 een 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 de aantallen van alle patiënten in alle tellers en alle noemers bij elkaar opgeteld en tot een percentage over alle zorggroepen heen berekend, het gewogen gemiddelde.

De consequentie van het berekenen van scores op indicatoren van patiënten die gedurende een heel jaar in zorg waren is, dat zorggroepen die pas in 2014 zijn gestart met een zorgprogramma in het geheel geen rapportage voor dat programma konden aanleveren.

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 114 gegevens aangeleverd voor de landelijke benchmark. Met elkaar vertegenwoordigen deze zorggroepen ongeveer¹ 14.906.917 inwoners van Nederland (88%), door het land verspreid.

Overzicht 1: Deelname zorggroepen

Aangeschreven	138
Gegevens aangeleverd voor diabetes ²	113
Gegevens aangeleverd voor COPD	102
Gegevens aangeleverd voor HVZ	62
Gegevens aangeleverd voor VVR	40

In voorgaande jaren konden zorggroepen hun datamanagement laten toetsen via een QuickScan om vast te stellen of de procedure conform de afgesproken werkwijze van de Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (die later onderdeel werd van InEen) was. Ze konden ook de gegevens laten verwerken door een regionaal datacentrum dat hierop getoetst was. Van die zorggroepen worden de staven in de grafieken donkerblauw weergegeven. Van hen weten we dat de gegevens vergelijkbaar zijn.

Inmiddels heeft InEen opdracht gegeven voor het ontwikkelen van een nieuwe toets procedure. Aangezien die procedure voor deze ronde niet beschikbaar was, zijn de kleuren zoals ze vorig jaar golden nu bevroren. Voor de volgende ronde moet iedereen (opnieuw) worden getoetst. De donkerblauwe kleur heeft dan zijn houdbaarheid verloren.

101 groepen hebben aangegeven dat hun naam gemeld mag worden. Die namen staan opgenomen in 1.1.1.1.1Bijlage V.

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

² Een gezondheidscentrum telt voor diabetes mee bij een zorggroep en heeft voor COPD apart aangeleverd. Vandaar dat het totale hier niet op 114 maar op 113 uitkomt.

RESULTATEN DIABETES ALGEMEEN

De 113 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2014 627.090 patiënten met diabetes type 2 in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 565.808 patiënten (90%) die gedurende het hele jaar in zorg waren. In werkelijkheid ligt het percentage patiënten dat gedurende het hele jaar in zorg was lager. Vijftien groepen konden dit onderscheid niet maken en hebben daarom de indicatoren berekend op iedereen die op peildatum in zorg was.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	113
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	109
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	129.555
Mediaan	84.270
Minimum	6.328
Maximum	488.148

Het verschil in grootte tussen zorggroepen is enorm. De kleinste deelnemers bestaan uit één enkel gezondheidscentrum. In dat geval werkt de locatie – jonge/oude, welvarende/achterstandswijk – direct door op de cijfers en is er behoefte aan casemixcorrectie.

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

	patiënten met diabetes ³ N=99	prevalentie N=99	in zorggroep N=113	% specialist ⁴ N=85	% niet in programma ⁵ N=85
Gemiddelde	6.408	5,1	5.549	11,9	4,1
Mediaan	3.580	5,0	3.543	11,5	3,5
Minimum	246	2,6	230	0,4	0,0
Maximum	31.140	7,7	22.603	31,2	18,7

³ Dit betreft het totaal aantal patiënten met diabetes type 2; het is de optelsom van patiënten in het zorgprogramma, patiënten in de eerste lijn zonder programmatische zorg en patiënten onder behandeling van de specialist.

⁴ Onmogelijke waarden (bijvoorbeeld in geval de som van aantal bij specialist en aantal bij huisarts groter is dan het totaal aantal diabetespatiënten) zijn niet meegenomen.

⁵ Een zorggroep heeft hier o als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

Vergeleken met 2013 kunnen er weer meer zorggroepen de totaal ingeschreven populatie aanleveren (stijging van 93 naar 96%), zie Overzicht 1. Het percentage zorggroepen dat de totale populatie diabetespatiënten in beeld heeft, dus niet alleen weet wie er bij de zorggroep in zorg is, maar ook weet hoeveel patiënten er bij de specialist onder behandeling zijn en hoeveel patiënten geen programmatische zorg ontvangen, is procentueel afgenomen: van 85 naar 75%. Dat komt door een toenemend aantal zorggroepen dat met een keteninformatiesysteem (KIS) werkt waarin alleen de gegevens van de patiënten in zorg bij de zorggroep worden verwerkt. Wil een zorggroep de verantwoordelijkheid nemen over het totale beleid (is de totale diabetespopulatie in beeld en komt de prevalentie overeen met de verwachting, zijn de juiste patiënten geïncludeerd, komt het percentage niet in programmatische zorg overeen met de verwachting en is er (verdere) substitutie van tweede naar eerste lijn mogelijk?) dan moet zij ervoor zorgen over de benodigde gegevens te beschikken.

Om zicht te krijgen op substitutie van tweede naar eerste lijn hebben we het percentage patiënten dat in 2013 in de eerste lijn werd behandeld vergeleken met het percentage in 2014. 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, aantal patiënten met hoofdbehandelaar specialist, aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, aantal patiënten niet in zorgprogramma en niet bij specialist, de zogenoemde 'geen programmatische zorg') konden aanleveren.

Overzicht 3: Vergelijking percentage diabetespatiënten in 1^e lijn

	2013 N=46	2014 N=46
Gemiddeld (sd)	85,7 (5,1)	86,5 (4,6)
Minimum	72,7	77,5
Maximum	98,0	93,9

Het percentage mensen met diabetes dat in de eerste lijn wordt begeleid, is weer gestegen, naar een gemiddelde van 86,5%. Daarbij maken veel zorggroepen geen nauwkeurig onderscheid tussen type 1 en type 2 diabetes, een onderscheid dat overigens ook niet altijd even gemakkelijk is, denk aan diabetesvormen als LADA en MODY. Een onderscheid tussen type 1 en type 2 kan ook in de tweede lijn niet altijd goed worden gemaakt, maar in een pilot onderzoek naar diabeteszorg in 2013 bij zeven ziekenhuizen blijkt dat er bij zo'n 40% van de mensen begeleid in de tweede lijn sprake is van diabetes type 1. Op basis van gegevens van DBC-onderhoud kan worden geconstateerd dat de verhouding tussen mensen met diabetes zonder en met complicaties in de tweede lijn duidelijk is verschoven: het aantal mensen zonder complicaties is beduidend afgenomen (en vertegenwoordigt in overmaat mensen met type 1), het aantal mensen mét complicaties is duidelijk toegenomen.

RESULTATEN DIABETES INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de diabetesindicatoren over 4 jaren. Omdat dit jaar is gevraagd gegevens aan te leveren over iedereen die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma meedeelde is een zuivere vergelijking met voorgaande jaren niet mogelijk. De selectie van de populatie kan een deel van de eventuele veranderingen in de scores verklaren.

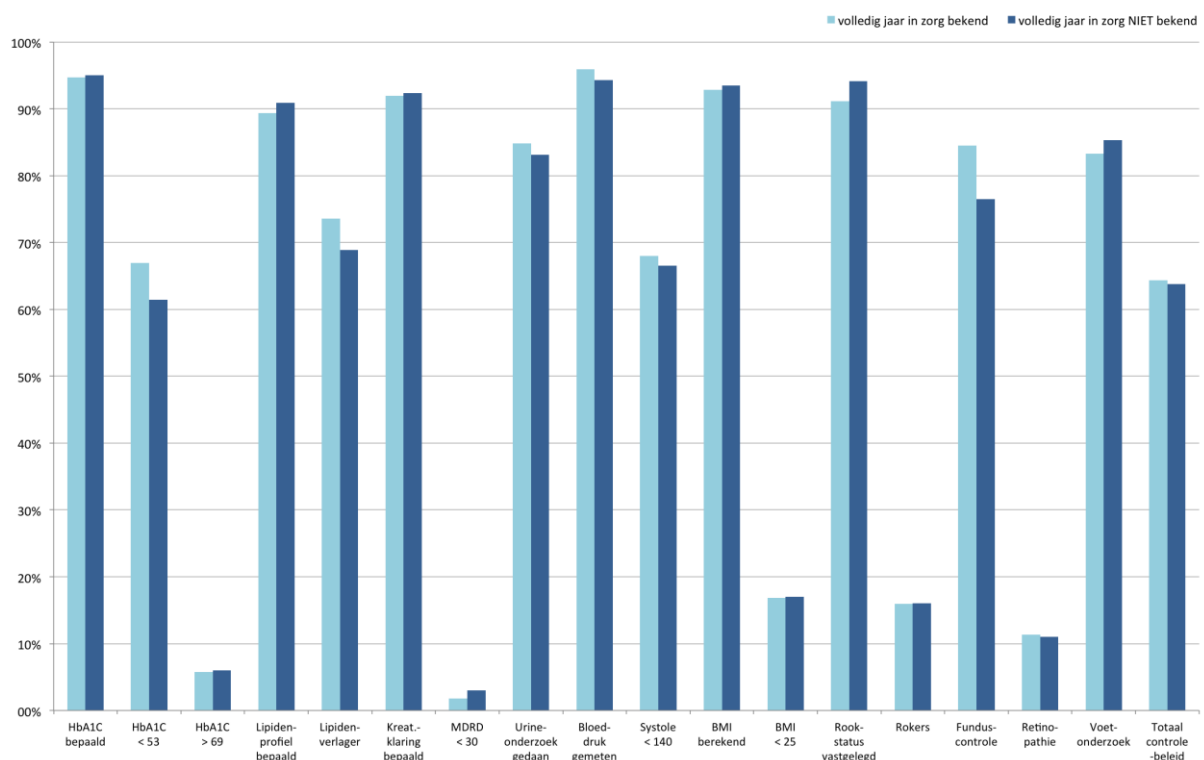
Vijftien zorggroepen konden niet filteren op heel jaar in zorg. Voor hen zijn de scores berekend op de gegevens van iedereen die op peildatum 31 december in zorg was.

In Grafiek 1 staan de scores van beide groepen (volledig jaar in zorg versus peildatum) weergegeven. Om vervolgens een vergelijking over drie jaar te kunnen maken zijn alleen de groepen meegenomen die ook vorig jaar gegevens hebben aangeleverd: 90 groepen in totaal waarvan 80 op basis van volledig jaar in zorg en 10 op basis van peildatum. In Grafiek 2 zijn beide groepen samengevoegd als gezamenlijk resultaat voor 2014.

Het zijn longitudinaal gepresenteerde cijfers, maar ook al nemen we alleen de resultaten mee van groepen die over meer jaren aanleveren, er is geen sprake van patiëntcohorten. Binnen een zorggroep treden nieuwe praktijken toe of vallen praktijken af en binnen een praktijk geldt hetzelfde op patiëntniveau.

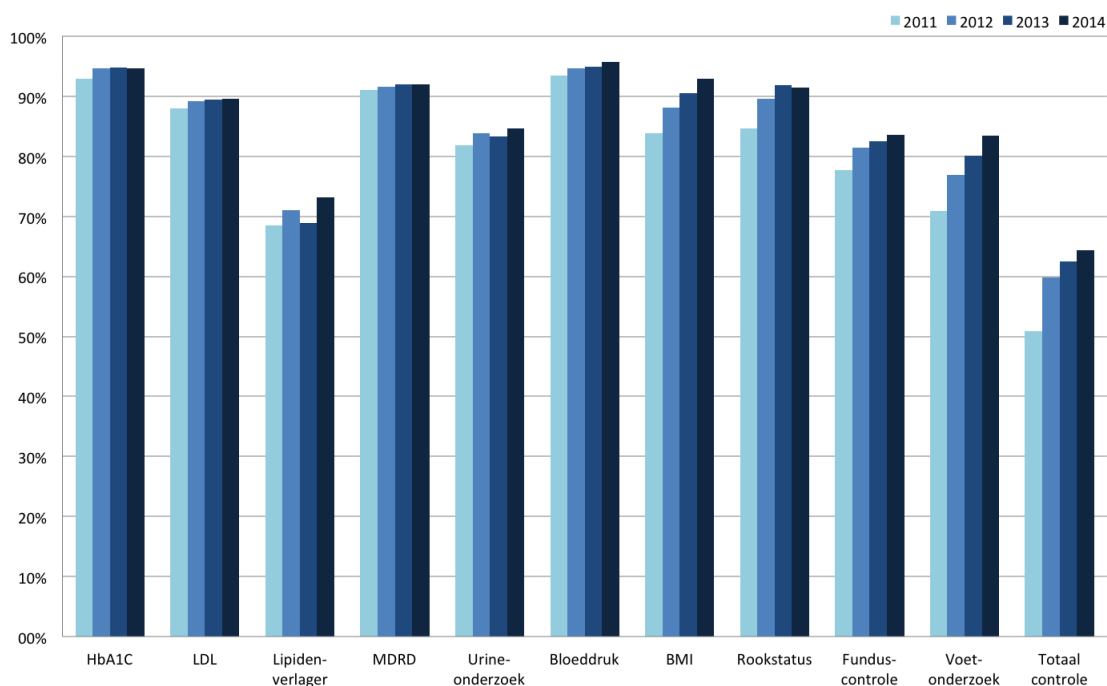
1 Vergelijking diabetesindicatoren over vier jaren

Grafiek 1: Vergelijking scores op basis van volledig jaar in zorg versus peildatum



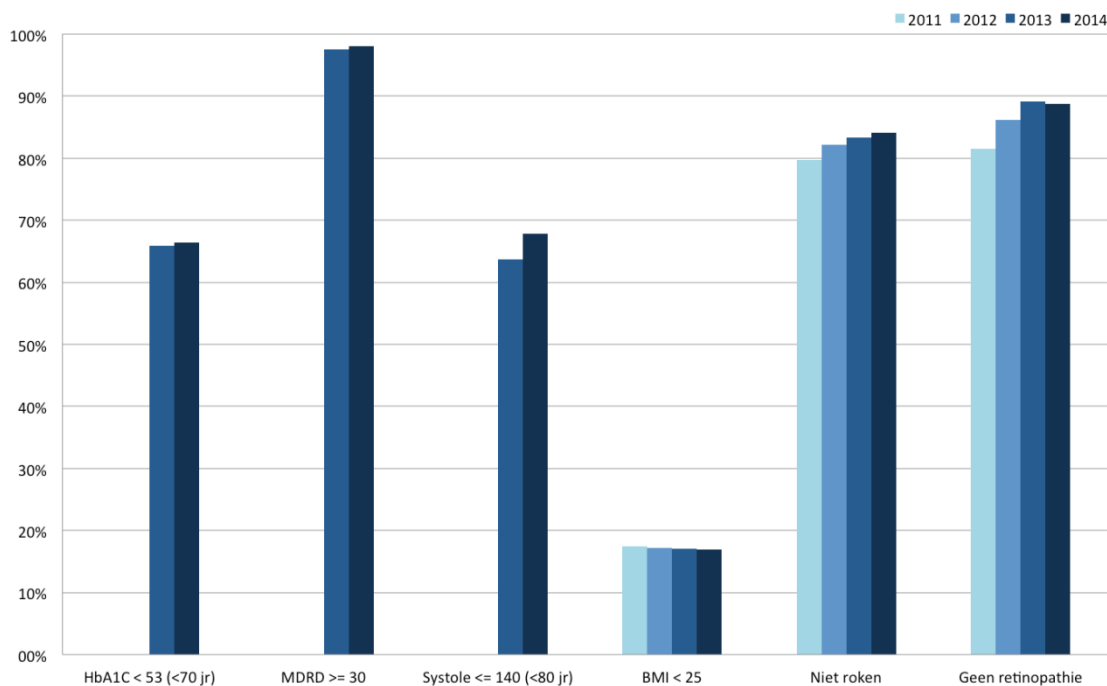
De verschillen zijn marginaal en meestal ten gunste van de zorggroepen die gegevens konden aanleveren van de selectie patiënten die een heel jaar in zorg waren.

Grafiek 2: Vergelijking procesindicatoren over vier jaren



Over de hele lijn zien we een verdere stijging van de uitkomsten op de procesindicatoren. Bij veel indicatoren is vier jaar op rij verbetering zichtbaar. Het zorgproces komt steeds beter op orde, en/of er wordt steeds beter geregistreerd. Een aantal van de procesindicatoren lijkt op een plateau-niveau uit te komen boven de 90%, bij een aantal andere is verdere verbetering wenselijk en mogelijk.

Grafiek 3: Vergelijking uitkomstindicatoren over vier jaren



In grafiek 3 (uitkomstindicatoren) ziet u bij drie indicatoren uitkomsten weergegeven over slechts twee jaar; deze indicatoren zijn pas in 2013 ingevoerd en een vergelijking met eerdere jaren is niet mogelijk. LDL is in dit meerjarenoverzicht niet meegenomen omdat die dit jaar voor het eerst gaat over mensen jonger dan 80 jaar en vorig jaar over de hele populatie. Daarnaast kan ook bij de uitkomstindicatoren de andere noemer (heel jaar in zorg versus peildatum) invloed hebben op het resultaat.

Van de zes uitkomstindicatoren zijn er twee gestabiliseerd. De vier anderen zijn verbeterd. Het meest in het oog springt de stijging van het aantal mensen < 80 jaar met een goede bloeddruk. Het aantal rokers daalt voor het vierde achtereenvolgende jaar. Verbetering van de uitkomstindicatoren zal op termijn leiden tot vermindering van het aantal complicaties van diabetes.

De inspanningen op het gebied van de diabeteszorg in Nederland hebben ook internationaal aandacht gekregen. De Europese commissie heeft in 2014 weer de Euro Diabetes Index laten samenstellen (www.healthpowerhouse.com/files/EDI-2014/EDI-2014-report.pdf).

In deze rapportage wordt beschreven dat Nederland de beste multidisciplinaire teambenadering en een goed gecoördineerde aanpak van diabetes kent. De sterke Nederlandse eerstelijnszorg dicht bij de patiënt met goed ontwikkelde gezondheidsprogramma's is een andere belangrijke factor.

Nederland werd in de ranglijst uiteindelijk tweede na Zweden vanwege het ontbreken van een echt nationaal diabetesregister, waardoor een aantal belangrijke gegevens onduidelijk bleven, zoals het aantal voetamputaties. De Nederlandse diabeteszorg wordt samen met die van Zweden en Denemarken als een rolmodel voor Europa gezien (www.dvn.nl/dvn/actueel/nieuws/1513/nederland-2e-in-euro-diabetes-index-2014).

2 Resultaten over 2014 per indicator

Het totaalbeeld wordt inzichtelijk in de grafieken in 1.1.1.1.1 Bijlage I. Daarin staan per indicator de resultaten van elke zorggroep weergegeven. Om een vergelijking mogelijk te maken met het landelijk 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)

Zorggroepen verschillen enorm in grootte. Van vier zorggroepen die geen totale populatie konden aanleveren kan de prevalentie van diabetes niet berekend worden. Net als vorig jaar stellen we vast dat voor een verdergaande interpretatie casemix-correctie noodzakelijk is, dat wil zeggen dat rekening gehouden wordt met factoren die van invloed zijn op de resultaten van de behandeling, zoals de leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie, hun sociaaleconomische status, de duur van de diabetes enzovoorts. Dat vraagt grote inspanningen en investeringen. Of dit gegeven de relatief goede uitkomsten van nu de moeite waard is valt te bediscussiëren. Zoals vorig jaar gesuggereerd: een eenvoudig uit te vragen maat zou de leeftijdsopbouw van de praktijken en de zorggroep kunnen zijn, als een eerste stap naar een voor iedereen begrijpelijke 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: tussen 2,6 en 7,7%. De meerderheid zit qua prevalentie

tussen 4 en 6,5%. Die verschillen berusten waarschijnlijk op populatieverschillen. De zorggroepen die buiten deze spreiding vallen moeten deze afwijking proberen te verklaren. Hierbij kan worden geacht aan onderregistratie (het niet goed in beeld hebben van de patiënten niet in programmatische zorg en in de tweede lijn) of over- en onderdiagnostiek, maar ook aan populatieopbouw binnen een regio.

Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma (Grafiek 3)

Voor 14 zorggroepen konden we dit percentage niet berekenen. Bij de overige varieert het tussen 60 en 100%, met een gewogen gemiddelde van 85,6%. De grote spreiding, maar zeker een percentage van 100% betekent naar alle waarschijnlijkheid dat de telling, inclusie of codering nog steeds niet door alle zorggroepen op een gelijke wijze en even nauwkeurig gebeurt. Er zijn zorggroepen die alleen in het KIS registreren en geen hoofdbehandelaar specialist vastleggen.

Een zorgvuldige registratie van het hoofdbehandelaarschap dat ook nog eens te extraheren is uit HIS of KIS is in een aantal zorggroepen nog niet geregeld. Dat geldt ook voor de registratie van 'geen programmatische zorg'. Deze zorggroepen vallen allemaal in de lichtblauwe categorie. Het gewogen gemiddelde van 85% betekent dat het overgrote deel van de diabetespatiënten in de eerstelijns keten zit. Zorggroepen met een percentage van 100% moeten kritisch kijken naar een mogelijke verklaring voor dit onwaarschijnlijke getal.

Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie HbA1c is bepaald (Grafiek 4)

Bij het nu behaalde gewogen gemiddelde van 94,6% bestaat er voor de meeste zorggroepen nauwelijks nog de mogelijkheid tot verdere verbetering.

Percentage diabetespatiënten < 70 jaar met HbA1c ≤ 53 mmol/mol (Grafiek 5)

De leeftijd van 70 jaar sluit aan bij het afkappunt in de NHG-Standaard. Wat betreft deze indicator missen we de gegevens van maar één zorggroep, en zijn er twee zorggroepen met een verrassend laag percentage (18 en 40%). Uiteindelijk resulteert dat in een spreiding tussen de 53 en 90%. Het gewogen gemiddelde komt daarbij uit op 67,6%. De forse spreiding bij deze indicator vraagt om een nadere bezinning vooral door de zorggroepen die laag scoren. Mogelijk is er sprake van klinische inertie, een (inter-)nationaal veel voorkomend verschijnsel waarbij dokters (en verpleegkundigen) wel zaken meten, maar daar bij herhaling geen consequenties aan verbinden. Gerichte nascholing zou dan een optie kunnen zijn. Uit recent onderzoek komen aanwijzingen dat de verschillen tussen zorggroepen in sterke mate bepaald worden door verschillen tussen praktijken binnen een zorggroep, de zogenoemde praktijkvariatie. Dat kunnen zorggroepen snel uit hun database opmaken. De scholing kan dan gericht worden op bepaalde praktijken.

Percentage diabetespatiënten met HbA1c > 69 mmol/mol (Grafiek 6)

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?). Het gewogen gemiddelde is hierbij 5,6%. De spreiding tussen 0% en 13% suggereert dat in de zorggroep die 0% scoort niet optimaal wordt geregistreerd, of dat binnen het zorgprogramma mogelijk alleen die patiënten worden opgenomen, die goed te begeleiden zijn binnen de ketenzorg.

Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie lipidenprofiel is bepaald (Grafiek 7)

Dezelfde zorggroepen, die laag scoren bij het HbA1c als procesparameter scoren ook laag op het lipidenprofiel. Dit suggereert een data uitleesprobleem. Het gewogen gemiddelde is 89,9% en dat is een fraai resultaat. Verbetering tot boven de 90% zoals bij het HbA1c lijkt mogelijk.

Percentage diabetespatiënten < 80 jaar bij wie het LDL is bepaald en de LDL-cholesterolwaarde $\leq 2,5$ mmol/l is (Grafiek 8)

Ook hier een forse variatie, tussen 18 en 87%, met een gewogen gemiddelde van 60,7%. Deze waarde is beduidend hoger dan vorig jaar (56%) maar toen werden ook patiënten > 80 jaar meegeteld. De variatie kan verschillende oorzaken hebben. Het kan zijn dat door problemen met vastleggen, extractie of verwerking niet alle uitslagen bekend zijn met onderrapportage als gevolg.

Percentage diabetespatiënten dat een lipidenverlagend medicament kreeg voorgeschreven (Grafiek 9)

De vraag is of bij groepen met een lage score weinig lipidenverlagende middelen worden voorgeschreven of dat er ook op dit terrein problemen zijn om volledige medicatiegegevens aan te leveren. De variatie is tussen 51 en 100%, met een gewogen gemiddelde van 73%. Zowel de lage als de hoge uitkomsten verdienen aandacht. Het zou heel uitzonderlijk zijn als er binnen een zorggroep populatie niemand zou zijn met bijwerkingen van statines en/of middelen als ezetimibe. Met andere woorden: een score van 100% lijkt niet helemaal betrouwbaar. Ook hier geldt: zorggroepen kunnen snel uit hun database destilleren welke praktijken opvallend laag scoren (praktijkvariatie) en vervolgens gericht actie ondernemen. Van benchmarken, bestuderen van de praktijkvariatie en gerichte feedback staat het effect onomstotelijk vast!

Percentage diabetespatiënten bij wie de eGFR is berekend (Grafiek 10)

Er lijkt een variatie tussen de 68 en 99% met een gewogen gemiddelde van 91,8%. Dat is een mooi resultaat, hoewel naar analogie van de HbA1c 95% mogelijk moet zijn. Alle mogelijke verklaringen voor de variatie zijn al genoemd, maar ook hier geldt: bij duidelijke afwijking van het gemiddelde kijken waarom die afwijking bestaat.

Percentage diabetespatiënten met eGFR < 30 ml/min (Grafiek 11)

De twee meest linkse waarden zijn wederom dusdanig afwijkend, dat het verstandig is als betreffende zorggroepen de eigen brongegevens onderzoeken. Er is een variatie tussen 0 en 25%, bij buitensluiten van de twee uitbijters tussen de 0 en de 6,5% met een gewogen gemiddelde van 1,8%. Het lijkt tamelijk eenvoudig om binnen deze relatief kleine groep de leeftijdsspreiding te vermelden. Daarmee wordt de relevantie van het probleem duidelijker; weliswaar is ook voor hoogbejaarden kennis van een beperkte nierfunctie relevant in verband met het aanpassen van de medicatie, maar voor de jongere patiënten die in de eerste lijn behandeld worden en die een beperkte nierfunctie hebben gelden nog andere te nemen maatregelen, conform de LTA Chronische nierschade.

Percentage diabetespatiënten met urineonderzoek op albumine of albumine / kreatinine ratio (Grafiek 12)

Eén zorggroep heeft de gegevens niet kunnen aanleveren, bij de andere is er een spreiding tussen de 61 en 97% met een gewogen gemiddelde van 84,6%. Voor hoogbejaarden is de bepaling minder relevant, maar voor alle andere mensen met diabetes geldt: micro-albuminurie blijft een belangrijke voorspeller voor morbiditeit en vroege mortaliteit en blijkt ook een factor die in gunstige zin beïnvloedbaar is, met een vertragend effect op de overgang naar macro-albuminurie. Praktijken die in dit opzicht te weinig meten kunnen hun zorg dus aantoonbaar verbeteren.

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

Deze procesindicator is inmiddels uitstekend op orde.

Percentage diabetespatiënten < 80 jaar met een systolische bloeddruk $\leq$ 140 mm Hg (Grafiek 14)

Van één zorggroep zijn de gegevens niet bekend, bij de anderen is de spreiding tussen 44 en 90% met een gewogen gemiddelde van 68%. Dit gemiddelde is in internationaal perspectief een goed resultaat. Bovendien is de score duidelijk verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Anderzijds biedt de spreiding nog verbetermogelijkheden voor de minder goed scorende zorggroepen.

Percentage diabetespatiënten bij wie de Body Mass Index (BMI) berekend is (Grafiek 15)

De zorggroepen links in de grafiek zullen weer naar de eerder genoemde mogelijke verklaringen moeten kijken, maar over het geheel is er toch zeker sprake van een verder gelijktrekken van de resultaten.

Percentage diabetespatiënten met BMI < 25 kg/m² (Grafiek 16)

De variatie tussen de 9 en de 25% met een gewogen gemiddelde van 16,8% roept de vraag op of er regionale verschillen zijn in de mate van 'gezond gewicht'. Maar ook of de samenstelling van de populaties verschilt op een aantal factoren waarvan bekend is dat ze samenhangen met gezond gewicht en overgewicht, zoals de sociaaleconomische status en etniciteit. Voor het voeren van een langetermijnbeleid zou verdere uitdieping van deze cijfers van groot belang kunnen zijn. Overigens lijkt de uitkomstindicator BMI < 25 minder geschikt om de uitkomst van de leefstijlmaatregelen gericht op het gewicht inzichtelijk te maken. Mogelijk is 'gemiddelde BMI' of een andere afkapwaarde beter. Dit verdient nadere studie.

Percentage diabetespatiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd (Grafiek 17)

Het is een goed teken dat in de huisartsenpraktijk bij negen van de tien diabetespatiënten bekend is of ze roken of niet.

Percentage diabetespatiënten dat rookt (Grafiek 18)

De grote spreiding tussen zorggroepen, met een variatie tussen de 10 en 24% bij een gewogen gemiddelde van 15,8% roept dezelfde vragen op als bij het percentage mensen met een gezond gewicht. Overigens daalt het aantal mensen met diabetes dat rookt voor de vierde keer op rij.

Percentage diabetespatiënten met een funduscontrole (Grafiek 19)

Het percentage mensen van wie het resultaat van de funduscontrole bekend is, neemt voor het vierde achtereenvolgende jaar toe. Dat wijst er op dat de zorggroepen er steeds beter in slagen de keten goed te laten functioneren.

Percentage diabetespatiënten bekend met diabetische retinopathie (Grafiek 20)

De verschillen zijn ook dit jaar onverklaarbaar groot. Een percentage van 36% is met een grote mate van waarschijnlijkheid een onbetrouwbaar getal, maar de afwezigheid van retinopathie is ook onmogelijk. Waarschijnlijk zijn er belangrijke registratieproblemen. Het zou goed zijn om de manier waarop gegevens vastgelegd worden, het datatransport en de interpretatie van de uitkomsten nog eens goed te bestuderen. Dat geldt ook voor de betekenis van de cumulatieve aspecten, graad 1 en 2, en om de prevalentie in vergelijking met de incidentie.

Percentage diabetespatiënten bij wie voetonderzoek is gedaan (Grafiek 21)

Het staat buiten kijf dat dit een van de onderdelen van de zorg is, waarop de score hoog moet zijn. Toch is ook hier de variatie groot. Van één zorggroep zijn de gegevens niet bekend, bij de anderen is de variatie tussen de 54 en 98% met een gewogen gemiddelde van 84,6%. De indicator is duidelijk verbeterd ten opzichte van vorig jaar, maar is bij de meeste zorggroepen nog voor verbetering vatbaar. De score zou eigenlijk op het niveau van de andere procesindicatoren moeten zijn.

Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie een griepvaccinatie is gegeven (Grafiek 22)

Deze indicator is nieuw en laat een enorme spreiding zien. Zeer waarschijnlijk zijn meer patiënten gevaccineerd dan wat hier getoond wordt. Voor een deel heeft dit te maken met de griepmodule in het HIS die het mogelijk maakt om in batchverwerking codes voor de gevaccineerden aan te maken. Dit gebeurt nadat de laatste patiënt is gevaccineerd en dat kan heel goed in januari zijn nadat de extractie voor de rapportage al heeft plaatsgehad. De verschillende HISsen hanteren daarbij andere codes (episode of journaal ICPC, ruiter of medicatie) en voor de meeste KISsen is het lastig om die uit het HIS op te halen vanwege de mogelijkheid tot antedatering.

Percentage diabetespatiënten met de combinatie van gegevens op eerder genoemde parameters (Grafiek 23)

Deze samengestelde indicator is de weergave van de combinatie van al vermelde gegevens. Gelet op alle mitsen en maren die wij bij de vorige grafieken hebben vastgesteld moet er voor gewaakt worden verregaande conclusies te trekken. Opvallend dat de zorggroepen met geconstateerde vergelijkbare dataverwerking (donkerblauw) bijna allemaal in het rechterdeel van de grafiek zitten. Dit veronderstelt een grote invloed van de kwaliteit van databewerking en -extractie.

Verdeling medicamenteuze behandeling diabetespatiënten (Grafiek 24)

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

RESULTATEN COPD ALGEMEEN

De 102 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2014 126.470 patiënten met COPD in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 105.224 patiënten (83%) die gedurende het hele jaar in zorg waren. In werkelijkheid ligt het percentage patiënten dat gedurende het hele jaar in zorg was lager, 21 groepen konden dit onderscheid niet maken en hebben daarom de indicatoren berekend op iedereen die op peildatum in zorg was.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	102
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	100
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	111.405
Mediaan	75.965
Minimum	5.687
Maximum	419.798

Het aantal zorggroepen dat gegevens aanlevert over geprotocolleerde COPD-zorg is wederom fors gestegen: van 68 zorggroepen in 2013 naar 102 zorggroepen in 2014. COPD is na diabetes mellitus, de tweede chronische ziekte waarvan de zorg in groten getale door zorggroepen gecontracteerd is. Deze stijging betekent dat in dit rapport veel zorggroepen voor het eerst hun cijfers over COPD presenteren. Opstart- en registratieproblemen dienen daarom bij de interpretatie in ogenschouw genomen te worden.

Overzicht 2: Verdeling mensen met COPD in zorgprogramma over zorggroepen

	patiënten met COPD N=88	prevalentie N=88	in zorggroep N=101	% specialist ⁶ N=85	% niet in programma ⁷ N=84
gemiddelde	2.160	2,0	1.235	29,3	9,5
mediaan	1.198	2,0	660	30,5	8,3
minimum	84	0,8	54	0,9	0,0
maximum	9.665	3.4	4643	51,4	44,3

⁶ Onmogelijke waarden (bijvoorbeeld in geval de som van aantal bij specialist en aantal bij huisarts groter is dan het totaal aantal patiënten met COPD) zijn niet meegenomen.

⁷ Een zorggroep heeft hier o als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

De overall prevalentie van COPD in zorggroepen bleef met 2% min of meer gelijk aan 2013 (1,9%). De prevalenties per zorggroep wisselen nog sterk, van 0,8 tot 3,4%, maar de spreiding is minder groot dan vorig jaar (0,2 tot 3,7%). Belangrijkste oorzaak van lage prevalentie is het feit dat in de opstartfase pas een deel van de patiënten is geïnccludeerd. Belangrijke oorzaken van hoge prevalentie zijn onvoldoende validering van de diagnose bij inclusie, overlap met astma (mengbeelden) of lage SES (meer rokers).

Ook het gemiddelde percentage patiënten dat geïnccludeerd is in het zorgprogramma blijft met 57% gelijk aan vorig jaar. Het gemiddelde percentage patiënten in de tweede lijn is ongeveer gelijk aan vorig jaar. Het gemiddelde percentage patiënten dat niet in programmatische zorg is, is gestegen ten opzichte van vorig jaar (9,5% vs. 5,7%). Deze stijging kan verklaard worden door betere registratie van deze groep maar ook door het systematischer beëindigen van de DBC bij deze mensen vanwege het niet verschijnen op controle-afspraken na herhaalde oproep. Dit laatste is een regelmatig voorkomend probleem bij COPD.

Om zicht te krijgen op substitutie van tweede naar eerste lijn hebben we het percentage patiënten dat in 2013 in de eerste lijn werd behandeld vergeleken met het percentage in 2014. Voor deze vergelijking hebben we alleen groepen meegenomen die in beide jaren voorkwamen 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 programmatische zorg') konden aanleveren.

Overzicht 3: Vergelijking percentage patiënten met COPD in 1^e lijn

	2013 N=44	2014 N=44
Gemiddelde (sd)	66,5 (9,5)	66,3 (9,1)
Minimum	36,5	53,2
Maximum	81,7	94,8

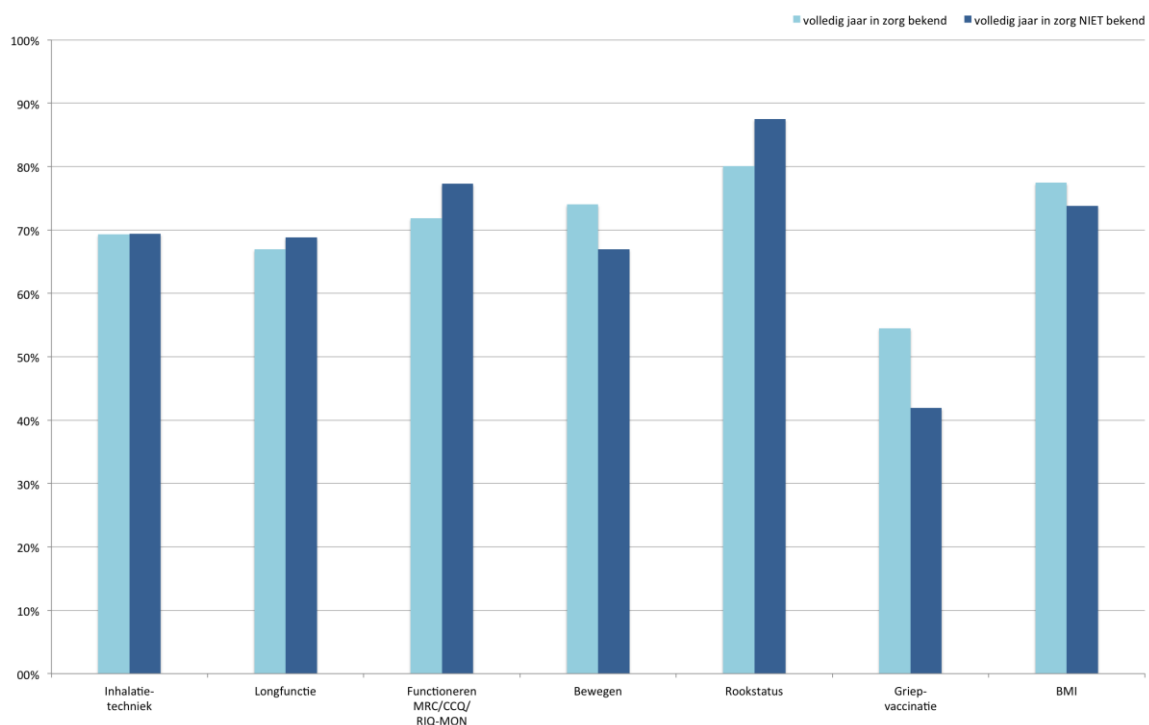
Uit dit overzicht blijkt dat het percentage COPD-patiënten dat in de eerste lijn wordt behandeld gelijk gebleven is. Het gaat hier echter over een beperkt aantal zorggroepen dat de benodigde gegevens hiervoor adequaat kon aanleveren. Deze gegevens zijn nog onvoldoende om conclusies over substitutie te trekken.

RESULTATEN COPD INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de indicatoren over 3 jaren. Omdat dit jaar is gevraagd gegevens aan te leveren over alle patiënten die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma deelnamen is een zuivere vergelijking met voorgaande jaren niet mogelijk. De selectie van de populatie kan een deel van de eventuele verbeteringen op de scores verklaren. Een aantal zorggroepen (21) kon geen selectie maken van de patiënten die een heel jaar in zorg waren. Voor hen zijn de scores berekend op de gegevens van iedereen die op peildatum 31 december in zorg was. In Grafiek 1 staan de scores van beide groepen (volledig jaar in zorg versus peildatum) weergegeven. Om vervolgens een vergelijking over drie jaar te kunnen maken zijn alleen de groepen meegenomen die ook vorig jaar gegevens hebben aangeleverd: 67 groepen in totaal waarvan 60 op basis van volledig jaar in zorg en 7 op basis van peildatum. In Grafiek 2 zijn beide groepen samengevoegd als gezamenlijk resultaat voor 2014.

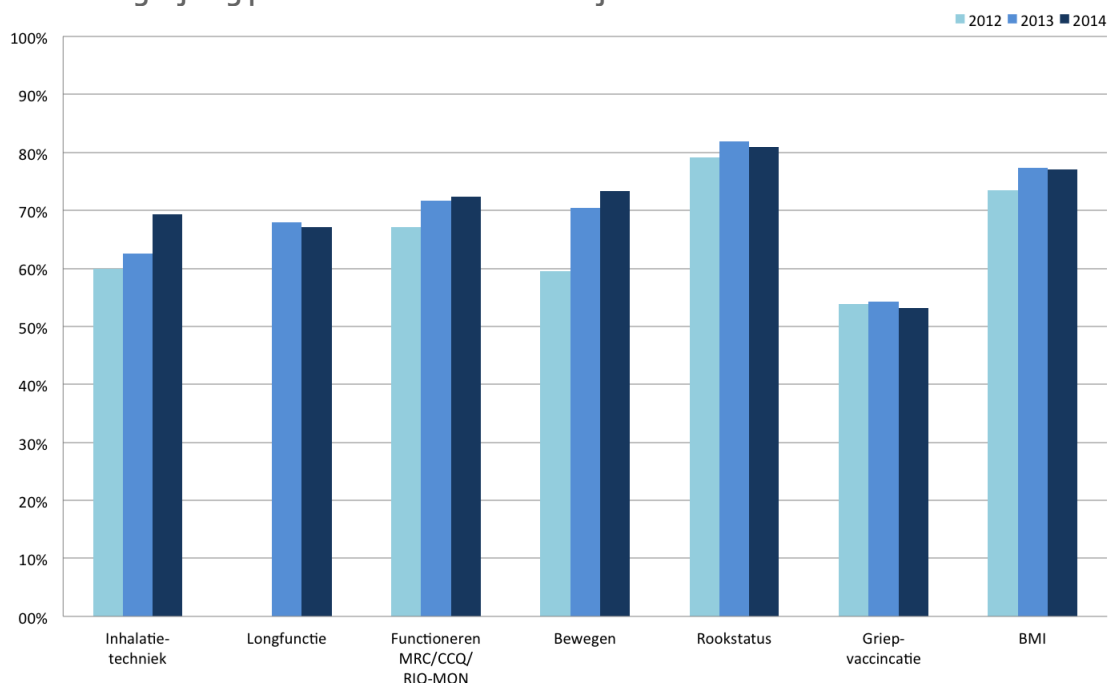
1 Vergelijking indicatoren COPD over drie jaren

Grafiek 1: Vergelijking scores op basis van volledig jaar in zorg versus peildatum



Uit deze grafiek blijkt dat de zorggroepen die nog geen gegevens over een volledig jaar konden aanleveren in het algemeen niet slechter registreerden dan zorggroepen met gegevens over een volledig jaar. De rookstatus en het functioneren kregen juist meer aandacht, het bewegen iets minder. Dat de griepvaccinatie duidelijk minder geregistreerd werd kan te maken hebben met de peildatum, met name wanneer deze ná de vaccinatieperiode viel.

Grafiek 2: Vergelijking procesindicatoren over drie jaren



In 2014 is er wederom een vooruitgang in de registratie van de meeste procesindicatoren geboekt. Enkele indicatoren bleven min of meer gelijk (rookstatus, griepvaccinatie, BMI, functioneren). Het proces komt steeds beter op orde, maar blijft nog achter bij de doelstellingen. Bij de scores van de afzonderlijke groepen (1.1.1.1.1Bijlage II) blijken percentages van 90% haalbaar. Dus er is verbeter ruimte.

Registratie van 100% zal niet gehaald worden bij COPD-patiënten die vaak maar eens per jaar gezien worden en bij wie de registratie afhankelijk is van daadwerkelijk uitgevoerde zorgprocessen (anders dan bij diabetes, waar veel indicatoren uitkomsten uit laboratoriumonderzoek betreffen).

Omdat volgens de nieuwe richtlijnen (NHG-standaard 2015) er meer aandacht aan ziektelast moet worden besteed verwachten we bij de indicatoren functioneren, bewegen, BMI en exacerbaties toch enige stijging in de toekomst. Dat vraagt ook om een strikter no show beleid, dat wil zeggen: patiënten die niet op controle verschijnen worden herhaald opgeroepen en eventueel wordt dan het zorgprogramma beëindigd.

De grootste stijging werd behaald in de controle van de inhalatietechniek. Dit proces is een belangrijk onderdeel van de zorg voor COPD-patiënten, het draagt bij aan de effectiviteit van de voorgeschreven medicatie (die immers vaak op incorrecte wijze wordt geïnhaald).

Bij 68% van de COPD-patiënten is een longfunctie uitgevoerd. Dit aantal zal op basis van de nieuwe richtlijnen voor monitoring in de nieuwe NHG-standaard COPD (april 2015) in de toekomst lager kunnen worden. Spirometrie neemt daarin een minder belangrijke plaats in bij de monitoring van COPD-patiënten met lichte ziektelast.

Voor 2015 is deze daling nog niet te verwachten omdat de zorgprogramma's en spirometrieën voor dat jaar al afgesproken waren. Ook dienen er nog aanpassingen in de ICT van de KISsen te

worden gerealiseerd om te borgen dat een individuele frequentie van spirometrieën programmatisch goed wordt aangestuurd.

Ondanks het feit dat de richtlijnen griepvaccinatie adviseren bij COPD-patiënten wordt slechts bij iets meer dan de helft van hen een vaccinatie geregistreerd. Hoewel registratie- en extractieproblemen hierbij een rol spelen is er ook sprake van een maatschappelijke tendens van minder animo voor griepvaccinaties in de bevolking. Er zijn landelijke initiatieven om deze tendens in de nabije toekomst te keren.

2 Resultaten over 2014 per indicator

Het totaalbeeld wordt inzichtelijk in de grafieken in 1.1.1.1.1 Bijlage II. Daarin staan per indicator de resultaten van elke zorggroep weergegeven. Om een vergelijking mogelijk te maken met het landelijk gemiddelde is er een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.

Prevalentie COPD (Grafiek 1)

In 2014 was de prevalentie van COPD-patiënten met 2% vrijwel gelijk aan 2013 (1.9%). De spreiding is echter minder groot dan vorig jaar, toen veel groepen startten met COPD-ketenzorg. Omdat de ervaring leert dat het 2-3 jaar duurt voordat een zorggroep alle COPD-patiënten goed in beeld heeft is de verwachting dat de spreiding volgend jaar nog verder zal afnemen en steeds meer zorggroepen een prevalentie van ca. 2% zullen laten zien. Zorggroepen met prevalenties boven 3% hebben mogelijk astmapatiënten met persisterende obstructie in de prevalentiecijfers meegenomen.

Percentage COPD patiënten in zorgprogramma (Grafiek 2)

Van alle COPD-patiënten is 57% geïnccludeerd in het zorgprogramma van de zorggroep (in 2013 was dit 58%). Opvallend is dat er geen verdere groei van dit percentage is. De meeste zorggroepen en hun deelnemende huisartspraktijken hanteren waarschijnlijk (nog) geen actief beleid om patiënten waar dat kan uit de tweede lijn terug te halen voor deelname aan het ketenzorgprogramma. Verder worden vermoedelijk wel nieuwe COPD-patiënten door screening en case-finding opgenomen in het zorgprogramma maar is er tevens een uitval. Factoren die deze uitval beïnvloeden zijn het beter hanteren van de Lower Limit of Normal (LLN) voor obstructie (noodzakelijk voor het stellen van de diagnose COPD) en een toename van het bij herhaling niet verschijnen van patiënten op controle-afspraken waardoor de afgesproken zorg niet geleverd kan worden (patiënten worden geëxcludeerd uit het zorgprogramma en gekenmerkt met code 'geen programmatische zorg'). Hoewel de LLN pas met de update van de NHG Standaarden astma en COPD in 2015 is geïntroduceerd, was er mogelijk ook daarvoor al sprake van terughoudendheid met het stellen van de diagnose COPD bij ouderen wanneer er geen sprake was van een duidelijk klachtenpatroon passend bij COPD. Tevens dient rekening gehouden te worden met de grote groep nieuw instromende zorggroepen, waarbij er een tijdelijk verlagend effect op deze indicator kan worden verwacht.

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

Bij bijna 70% van de COPD-patiënten met inhalatiemedicatie is in 2014 de inhalatietechniek gecontroleerd. Dit is een duidelijke stijging ten opzichte van 2013, toen dit bij 60% gebeurd was. Dit onderdeel van de zorg voor COPD-patiënten is belangrijk, daar bekend is dat inhalatiemedicatie vaak op foutieve wijze gebruikt wordt door de patiënt. Een jaarlijkse controle is daarom aangewezen en zou bij 85-90% haalbaar moeten zijn. Verdere bekendheid van de uniforme inhalatieprotocollen van de LAN (zie www.inhalatorgebruik.nl) en uitrol van scholing op het gebied van inhalatie-instructie aan zorgverleners kunnen bijdragen aan de kwaliteit van de inhalatietechniek. Gezien de sterke toename aan nieuwe luchtwegmedicatie met variërende toedieningsdevices zal het de komende jaren van groot belang blijven om de patiënten op dit onderdeel van de COPD-zorg te voorzien van heldere en onbevooroordeelde informatie. De introductie van regionale formularia kan daar aan bijdragen.

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

Voor commentaar: zie bij Grafiek 5.

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

Uitvoering van spirometrie is in 2014 bij 68% van de COPD-patiënten gebeurd; dit percentage is gelijk aan 2013. Hoewel tijdens de *monitoring* fase een COPD-patiënt zijn eigen inhalatiemedicatie mag gebruiken voorafgaand aan de spirometrie en er geen extra bronchodilatatie tijdens de test hoeft te geschieden – immers de test is al na luchtwegverwijding - kunnen veel spirometers deze test niet als post-test opslaan. Vandaar dat een verzameling van zowel de pre-testuitslagen als post-uitslagen een reëler beeld geven van het totaal aantal uitgevoerde longfunctietesten.

Gezien de update van de NHG Standaarden Astma en COPD is te verwachten dat het aantal longfunctietesten in de monitoringfase met name bij lichtere ziektelast zal gaan afnemen; de verwachting is daarom dat deze procesindicator de komende jaren zal dalen. Het is expliciet de bedoeling van de richtlijnmakers geweest om hierdoor tijdens het consult ruimte te scheppen voor betere registratie van uitkomsten zoals longaanvallen, klachtenpatroon en kwaliteit van leven. De ziektelast is het leidende begrip geworden omdat deze beter de ervaring van patiënten weergeeft dan longfunctie.

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

In afwachting van de momenteel in onderzoeksetting toegepaste ziektelastmeter COPD, worden de belangrijkste klachten van COPD-ers vastgelegd in kwaliteit-van-leven- vragenlijsten als de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) of de RIQ MON10 en de kortademigheidsscoretest van de Medical Research Council (MRC). Bij gemiddeld ruim 70% van de patiënten in het zorgprogramma werden deze testen afgenomen, een lichte stijging ten opzichte van voorgaande jaren, wat waarschijnlijk een geflatteerd resultaat is gezien de sterke toestroom van nieuwe zorggroepen. 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. De verwachting is dat deze indicator verder zal stijgen de komende jaren.

Percentage COPD patiënten in zorgprogramma 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-ers 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)speerfunctie. 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 goed 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 hiervan ten opzichte van eerdere jaren verder gestegen is tot ruim boven de 70%. Deze stijging liep parallel aan de wijziging van de vergoeding die zorgverzekeraars instelden voor fysiotherapie bij COPD-patiënten: vanaf 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 in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd (Grafiek 8)

Bij het merendeel van 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 daarom bij iedere COPD-patiënt besproken te worden. Net als in voorgaande jaren werd deze indicator in 2014 als hoogste genoteerd, echter daalde deze enigszins ten opzichte van 2013 tot net onder de 80%. Waarschijnlijk is dit effect te wijten aan de grote groep nieuw ingestroomde praktijken, wat een tijdelijke daling suggereert.

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 in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd, dat rookt (Grafiek 9)

Ten tijde van de diagnose is bij 80-90% van alle COPD-ers 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 goede stoppen-met-roken-begeleiding het percentage actieve rokers gedaald is 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 gemiddeld in Nederland, temeer daar dit percentage onveranderd is ten opzichte van 2013. 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 in zorgprogramma met griepvaccinatie (Grafiek 10)

COPD-patiënten komen in aanmerking voor de jaarlijkse griepvaccinatie. Deze vermindert met name de morbiditeit (optreden van exacerbaties). De vaccinatiegraad bij COPD-ers was in 2014 gelijk aan die van 2013 en 2012, namelijk ruim 50%. Hoewel registratieproblemen hierbij een rol kunnen spelen is er ook te wijzen naar een maatschappelijke tendens van minder animo voor griepvaccinaties in de bevolking. Er zijn landelijke initiatieven om deze tendens in de nabije toekomst te keren.

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

De voedingstoestand van de COPD-patiënt 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-ers met milde tot matige ziektelast – de patiënt belemmeren in zijn lichaamsbeweging en ademanbreid, leidend tot verdere inactiviteit. Anderzijds wijst een laag BMI – vaak bij COPD-ers met ernstige tot zeer ernstige ziektelast – op gewichtsverlies ten gevolge van toegenomen ademanbreid en spieraftbraak. Dit is een ernstige toestand die sterk voorspellend is voor morbiditeit en mortaliteit. Tijdige signalering en behandeling – via verwijzing naar de diëtist en fysiotherapeut – is daarom van belang.

Het vaststellen van de Body Mass Index is in 2014 bij ruim 75% van de COPD-patiënten uitgevoerd, vergelijkbaar met 2013.

Percentage COPD patiënten in zorgprogramma 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 inhalatie corticosteroïden, en kan worden verwacht bij circa 20% van de eerstelijns populatie.

Het aantal zorggroepen dat 0% scoort op deze indicator is afgenomen ten opzichte van 2013, maar het gemiddelde is daarmee wel enigszins gedaald tot onder 5%, hetgeen illustreert dat er bij deze indicator nog sprake is van een opstartfase van registratie in de praktijk. Dit heeft een aantal bekende oorzaken. 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 grote impact en therapeutische consequentie.

Percentage COPD patiënten in zorgprogramma 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 bijna 10% ligt in deze grafiek wat hoger dan in grafiek 12, terwijl het aantal zorggroepen dat 0% scoort op deze indicator is afgenomen ten opzichte van 2013. Mogelijk is deze indicator in deze opstartfase betrouwbaarder doordat deze gebaseerd is op medicatiegegevens en de registratie niet afhankelijk is van de rapportage van de patiënt en navragen door de hulpverlener.

RESULTATEN HVZ ALGEMEEN

De 62 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2014 187.632 patiënten met HVZ in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 146.549 patiënten (78%) die gedurende het hele jaar in zorg waren. In werkelijkheid ligt het percentage patiënten dat gedurende het hele jaar in zorg was lager, want 12 groepen konden dit onderscheid niet maken en hebben daarom de indicatoren berekend op iedereen die op peildatum in zorg was.

Bij patiënten met een bekende HVZ gaat het om een of meer van de volgende aandoeningen: myocardinfarct, 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 CVRM worden opgenomen, omdat ze al in de DBC DM zitten. Programmatische ketenzorg HVZ betreft zowel het vasculair risicomanagement als de zorg voor het orgaanlijden.

Het afgelopen jaar waren er nog zorggroepen die patiënten met hartfalen en nierschade includeerden in het zorgprogramma. Inmiddels maken de door HartVaatHag geformuleerde inclusie- en exclusiecriteria duidelijk dat deze patiënten moeten worden geëxcludeerd, tenzij ze een indicatie hebben voor vasculair risicomanagement.

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 programmatische zorg'.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	62
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	61
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	119.259
Mediaan	108.153
Minimum	6.328
Maximum	416.433

Er reageerden 62 zorggroepen (23 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 224 en de grootste 29.897 patiënten met HVZ in het zorgprogramma. De totale prevalentie (patiënten in zorg in eerste plus tweede lijn) varieert van 1% tot 11%, wat het gevolg kan zijn van verschillen in populaties, inclusiecriteria en stadium van implementatie van het programma (Overzicht 2). Zorggroepen met prevalenties die

sterk afwijken van het gemiddelde (zowel naar boven als naar beneden) verdienen nadere bestudering en eventueel ondersteuning.

Overzicht 2: Verdeling mensen met HVZ over zorggroepen

	patiënten met HVZ N=50	prevalentie N=50	In zorggroep N=62	% specialist ⁸ N=38	% niet in programma ⁹ N=49
gemiddelde	5.490	4,2	3.026	24,8	4.2
mediaan	3.690	3,9	2.197	28,2	2.1
minimum	224	1,3	93	0,3	0
maximum	29.897	10,9	16.581	40,2	19.1

Veel zorggroepen die met een KIS werken nemen daarin alleen gegevens op van de patiënten in het zorgprogramma. Daarbij beschikken ze vaak niet over gegevens van de totale groep HVZ patiënten voor het berekenen van de totale prevalentie of over de aantallen patiënten onder behandeling van de specialist. Ze kennen dus ook vaak niet de verdeling tussen eerste en tweede lijn. Voor de deelnemende huisartspraktijken is het heel eenvoudig om een uitdraai te maken van het totaal aantal vaste, actieve ingeschreven patiënten. Zodoende kan de zorggroep wel beschikken over cijfers van de totale populatie, waar dan overigens niet de prevalentie mee berekend kan worden omdat gegevens over de totale HVZ groep ontbreken. In Overzicht 2 staan de aantallen genoemd van het gemiddeld aantal patiënten in het zorgprogramma. Het percentage patiënten in het zorgprogramma staat per zorggroep in Grafiek 2 van 1.1.1.1.1 Bijlage III, met een gewogen gemiddelde van 56%.

De verdeling van de patiënten met HVZ over de eerste en tweede lijn kent ook dit jaar een aanzienlijke spreiding, met uitschieters naar boven (40% patiënten met HVZ in de tweede lijn) en naar beneden (vrijwel geen patiënten met HVZ in de tweede lijn). Patiënten met een recente HVZ worden bijna allemaal verwezen naar de tweede lijn (conform de NHG-Standaarden). Stabiele patiënten kunnen daarna 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. In deze laatste situatie is de huisarts hoofdbehandelaar. Deze variatie in verdeling van patiënten met HVZ kan tal van oorzaken hebben, zoals verschillen tussen populaties, transmurale afspraken, inclusie en werkwijzen, maar ook onjuiste registratie en problemen met ICT, HIS- en KIS-extracties. Een nadere analyse van deze variaties kan de verschillen stap voor stap oplossen. Zo zal een verbetering van de kwaliteit van het datamanagement de registratie- en extractieverschillen kunnen verkleinen. Ook kunnen door betere en meer uniforme transmurale afspraken ('programmatische substitutie') de komende

⁸ Onmogelijke waardes (bijvoorbeeld in geval de som van aantal bij specialist en aantal bij huisarts groter is dan het totaal aantal patiënten met HVZ) zijn niet meegenomen.

⁹ Een zorggroep heeft hier o als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

jaren meer patiënten met een HVZ vervolgccontroles krijgen in de eerste lijn waarmee het verschil in regie tussen de zorggroepen kleiner wordt. Alleen gerichte programma's met voldoende draagvlak in de tweede lijn zullen dit kunnen bewerkstelligen.

Om zicht te krijgen op substitutie van tweede naar eerste lijn hebben we het percentage patiënten dat in 2013 in de eerste lijn werd behandeld vergeleken met het percentage in 2014 (Overzicht 3). Voor deze vergelijking hebben we alleen groepen meegenomen die in beide jaren voorkwamen en die algemene populatiegegevens (totale populatie, totaal aantal patiënten met HVZ, aantal patiënten met hoofdbehandelaar specialist, aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, aantal patiënten niet in zorgprogramma en niet bij specialist, de zogenoemde 'geen programmatische zorg') konden aanleveren.

Overzicht 3: Vergelijking percentage patiënten met HVZ in 1^e lijn

	2013 N=20	2014 N=20
Gemiddelde (sd)	61,1 (16,5)	64,3 (14,6)
Minimum	36,3	36,8
Maximum	90,0	90,4

Uit de vergelijking bij deze 20 zorggroepen lijkt dat ten opzichte van 2013 gemiddeld genomen enige substitutie heeft plaatsgevonden. Het gaat echter om een beperkt aantal groepen dat adequate gegevens kon aanleveren, zodat harde conclusies over substitutie nog niet mogelijk zijn. Het verdient nadere analyse om de betekenis van dit gegeven op juiste waarde te schatten en om verbeteringen te initiëren.

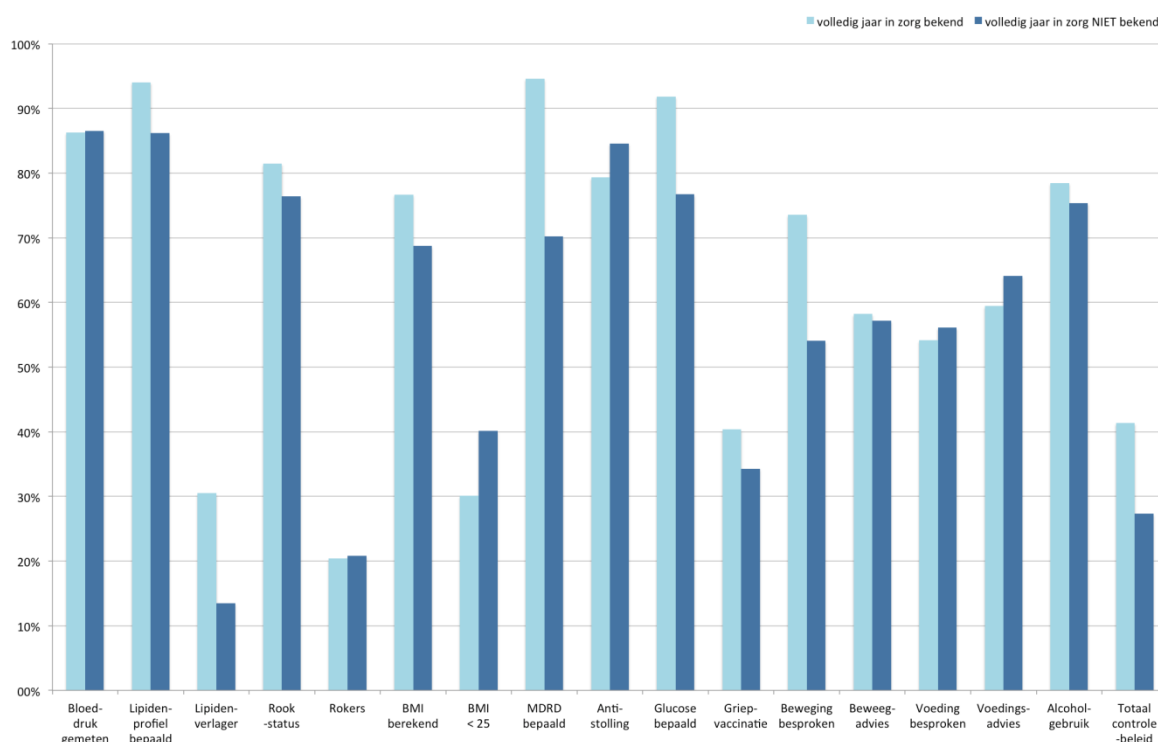
RESULTATEN HVZ INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de indicatoren HVZ over 3 jaren. Omdat dit jaar is gevraagd gegevens aan te leveren over alle patiënten die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma meededen, is een zuivere vergelijking met voorgaande jaren niet mogelijk. De selectie van de populatie kan een deel van de eventuele verbeteringen op de scores verklaren. Twaalf zorggroepen konden geen selectie maken van de patiënten die een heel jaar in zorg waren. Bij deze zorggroepen zijn alleen de scores berekend van de patiënten die op de peildatum 31 december 2014 in zorg waren.

In Grafiek 1 staan de scores van beide groepen (volledig jaar in zorg versus op de peildatum in zorg) weergegeven. Om vervolgens een vergelijking over drie jaar te kunnen maken zijn alleen de groepen meegenomen die ook vorig jaar gegevens hebben aangeleverd: 37 groepen in totaal waarvan 33 op basis van volledig jaar in zorg en 4 op basis van peildatum. In Grafiek 2 zijn beide groepen samengevoegd als gezamenlijk resultaat voor 2014.

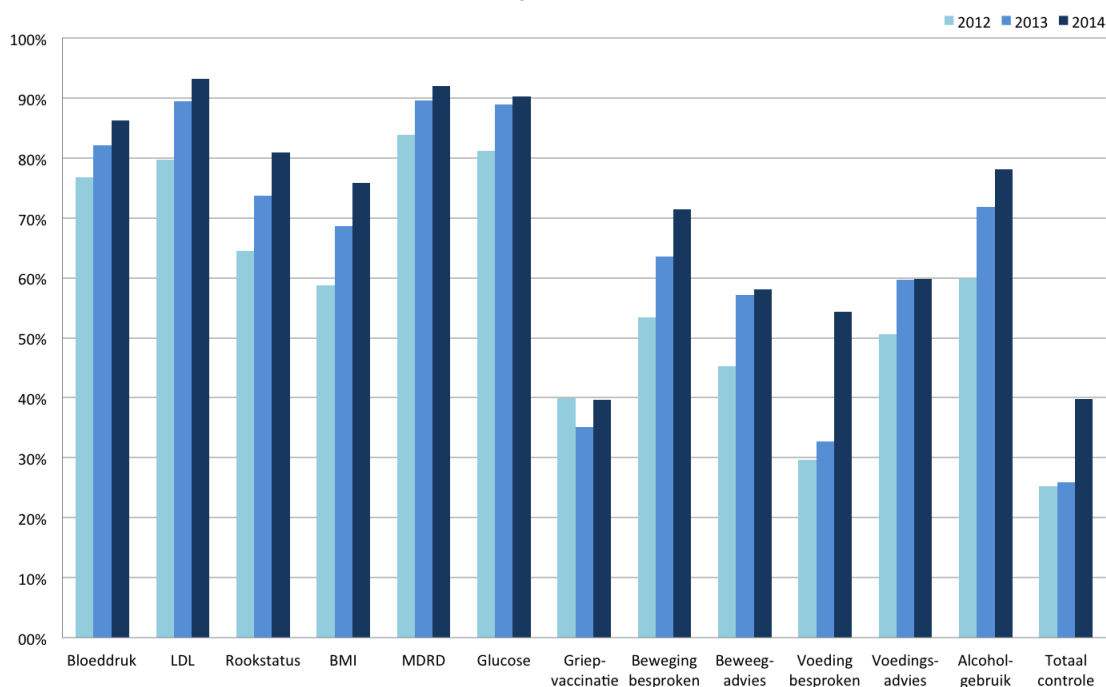
1 Vergelijking indicatoren HVZ over drie jaren

Grafiek 1: Vergelijking scores op basis van volledig jaar in zorg versus peildatum



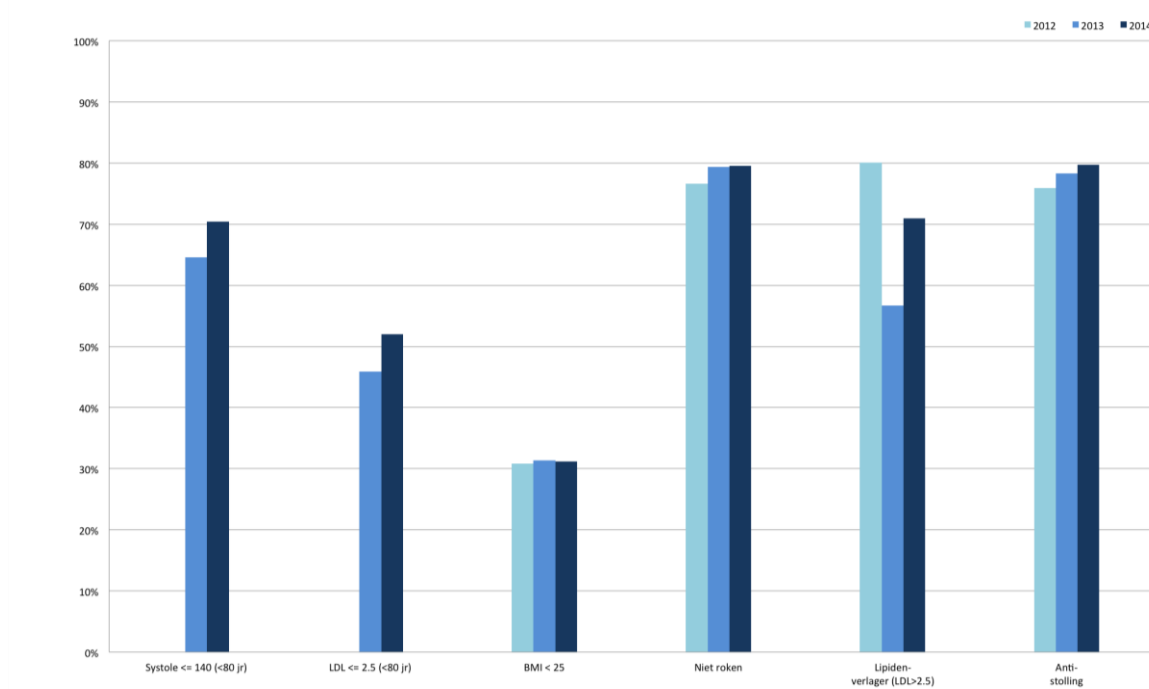
Grafiek 1 laat zien dat de zorggroepen met cijfers over patiënten die het gehele jaar in zorg waren betere scores hebben op bijna alle procesindicatoren dan de zorggroepen die hun bestand baseren op de peildatum. Dit wordt verklaard doordat patiënten die slechts een deel van het jaar in zorg waren nog niet alle jaarlijks geïndiceerde controles gehad hebben op de peildatum.

Grafiek 2: Vergelijking procesindicatoren over drie jaar



Grafiek 2 laat zien dat alle procesindicatoren zijn verbeterd ten opzichte van 2013. Deze trend was al zichtbaar in 2013. Dit wordt 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 de processen steeds beter in kaart krijgen. Bij een aantal indicatoren zijn verdere verbeteringen mogelijk, terwijl sommige indicatoren een optimum bereikt lijken te hebben. De indicator 'registratie griepvaccinatie' is weliswaar iets verbeterd, maar deze blijft achter bij de andere verbeteringen. Waarschijnlijk is er nog steeds sprake van onderrapportage als gevolg van registratie- en extractieproblemen.

Grafiek 3: Vergelijking uitkomstindicatoren over drie jaar



Grafiek 3 laat in vergelijking met 2013 vooral verbeteringen zien op de uitkomstindicatoren systolische bloeddruk op streefwaarde, LDL op streefwaarde, lipidenverlager bij LDL > 2.5 mmol/l en antistolling. Verbetering van het gemiddelde percentage mensen met een systolische bloeddruk <= 140 mmHg is een bemoedigende ontwikkeling, want een relatief kleine verbetering bij grote aantallen patiënten kan op populatieniveau tot aanzienlijke gezondheidswinst leiden. Ook het gemiddelde percentage patiënten dat de streefwaarde van het LDL haalt is substantieel verbeterd.

Meer gezondheidswinst kan worden bereikt als nog meer bewezen effectieve programma's worden ingezet om gewichtsreductie en stoppen met roken te bevorderen.

2 Resultaten over 2014 per indicator

Het totaalbeeld wordt inzichtelijk in de grafieken in 1.1.1.1.1 Bijlage III. Daarin staan per indicator de resultaten van elke zorggroep weergegeven. Om een vergelijking mogelijk te maken met het landelijk gemiddelde is er een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.

Prevalentie HVZ (Grafiek 1)

De spreiding van de totale prevalentie van HVZ per zorggroep bedraagt 1,3 – 7,2%, wat vergelijkbaar is met die in de rapportage van 2013 (2,6 – 6,9%). De spreiding wordt beïnvloed door een groot aantal variabelen. Zo is bij recent gestarte zorggroepen de implementatie van het programma doorgaans nog niet optimaal. Ook wisselt de mate van substitutie per zorggroep. Dit betekent dat registratie, inclusie en substitutie nog kunnen verbeteren.

Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma (Grafiek 2)

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

- K74.00 (angina pectoris)
- K75.00 (hartinfarct)
- K76.00 (andere ischemische hartziekten)
- K89.00 (TIA)
- K90.03 (herseninfarct)
- K92.01 (perifeer arterieel vaatlijden)
- K99.01 (aneurysma aortae)

Exclusiecriteria voor deelname aan 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 programmatische zorg

Ten opzichte van 2013 is de variatie in het percentage patiënten dat aan het zorgprogramma deelneemt niet veranderd en nog steeds aanzienlijk. De aanbeveling in de vorige rapportages 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 eerste lijn.

Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten (Grafiek 3) en percentage < 80 jaar met systolische bloeddruk $\leq$ 140 mmHG (Grafiek 4)

Bij gemiddeld 86% van de patiënten is de bloeddruk geregistreerd (grafiek 3): een stijging van 4% ten opzichte van vorig jaar. Ook het percentage patiënten bij wie de streefwaarde is gehaald is van 68 naar 71% toegenomen (grafiek 4). Dit is 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). Omdat naar schatting 10-15% van de patiënten 'last' heeft van het witte jassenfenomeen (dat wil zeggen een normale bloeddruk, maar een te hoge waarde in de spreekkamer), is in werkelijkheid het resultaat waarschijnlijk nog beter. Bovendien zal bij een flink aantal patiënten in het kader van een individueel zorgplan een hogere streefwaarde worden afgesproken, bijvoorbeeld door het niet verdragen van medicatie en op grond van leeftijd.

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

Ook hier zien we opnieuw een verbetering van zowel de proces- als de uitkomstindicator: bij gemiddeld ruim 90% is het LDL-cholesterol bepaald (2013: 89%) (grafiek 5) terwijl ruim 50% de streefwaarde haalt (2013: 42%) (grafiek 6). Dit is een substantiële verbetering. Toch haalt een aanzienlijk deel van de patiënten de streefwaarde niet, ondanks het hoge cardiovasculaire risico. Verbetering lijkt hier nog mogelijk zelfs als rekening wordt gehouden met tegenwerkende factoren als therapietrouw en bijwerkingen.

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

Grafiek 7 laat zien dat ten opzichte van 2013 minder patiënten met een indicatie voor een lipidenverlager dit middel niet slikten. Ook deze verbetering kan hebben bijgedragen aan het feit dat meer patiënten de streefwaarden haalden. De spreiding tussen zorggroepen is echter met 10 – 65% wel aanzienlijk, waardoor een verdere verbetering mogelijk is, ook als rekening wordt gehouden met therapie(on)trouw en bijwerkingen.

Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd (Grafiek 8) en percentage dat rookt (Grafiek 9)

De registratie van de rookstatus nadert de 80% en laat een lichte verbetering zien ten opzichte van 2013. Van de patiënten van wie de rookstatus bekend is, is het percentage rokers gedaald tot onder de 20%, eveneens een lichte verbetering. De spreiding van de registratie tussen de zorggroepen is vrijwel gelijk gebleven.

Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index berekend is (Grafiek 10) en percentage met BMI onder 25 kg/m² (Grafiek 11)

De registratie van de BMI (75%) is licht verbeterd ten opzichte van 2013, wel blijft de spreiding opvallend groot (Grafiek 10). Het aantal patiënten met een BMI < 25 is gelijk gebleven (Grafiek 11). Dit is een bevestiging van de in de vorige rapportage uitgesproken verwachting dat deze uitkomstindicator moeilijk zal zijn te verbeteren. Misschien moet deze stabilisatie daarom als 'winst' worden beschouwd. Alleen inzet van op gewichtsreductie gerichte multidisciplinaire programma's kan voor verbetering zorgen, mits deze (ook) in de eerste lijn kunnen worden gecontracteerd.

Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is gemeten in afgelopen vijf jaar (Grafiek 12) en in afgelopen jaar (Grafiek 13)

De registratie van de nierfunctie aan de hand van de klaring (eGFR) is in vergelijking met 2013 vrijwel gelijk gebleven. Wel scoren evenals vorig jaar een aantal zorggroepen ruim onder het gemiddelde. Verbetering is derhalve zeker mogelijk.

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

Bijna 80% van de patiënten met een doorgemaakte HVZ gebruikt een antistollingsmiddel of een plaatsjesaggregatieremmer, een lichte verbetering ten opzichte van 2013. Ook hier is bij enkele zorggroepen nog verbetering mogelijk.

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

Een periodieke screening van de nuchtere glucosewaarde ter opsporing ('case-finding') van diabetes type 2 wordt bij net iets meer dan 90% van de patiënten uitgevoerd, een verbetering ten opzichte van 2013 (87%). Een flink aantal zorggroepen kan echter nog verbeteren.

Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma met griepvaccinatie in de meetperiode (Grafiek 16)

Opnieuw blijft de registratie van griepvaccinatie (ver) achter bij die van de andere indicatoren. De grote spreiding verraadt (nog steeds) een koppelings- en extractieprobleem en berust zeer waarschijnlijk niet op een wérkelijk verschil in vaccinatiegraad. De gemiddelde griepvaccinatiegraad is met 45% gelijk gebleven, maar veel lager dan het landelijk gemiddelde van 70%. De vorig jaar gedane aanbeveling om dit probleem nader te analyseren en op te lossen (bijvoorbeeld door te leren van zorggroepen waarbij de registratie wel succesvol is) blijft derhalve onverkort van kracht.

Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode (Grafiek 17) en percentage met beweegadvies OOI (Grafiek 18)

De gemiddelde scores van de indicator 'bewegen' zijn licht verbeterd ten opzichte van 2013. De spreiding tussen de zorggroepen is echter nog steeds aanzienlijk, wat drukt op het gemiddelde. Verdere verbetering is mogelijk als boven water komt wat de oorzaak is van deze spreiding. Een deel van de verklaring kan zijn dat er wel een beweegadvies wordt gegeven, maar dat dit niet (juist) in het dossier wordt vastgelegd ('registratiemoetheid?'). Het blijft hoe dan ook een uitdaging om 'meer bewegen' en 'conditieverbetering' verder te stimuleren door het aanbieden van effectieve beweegprogramma's (bij voorkeur 'in de buurt') en het formuleren van haalbare doelen. Wellicht is een zinnigere indicator het resultaat van het beweegadvies: hoeveel procent voldoet aan de norm gezond bewegen?

Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma met wie voedingspatroon is besproken in meetperiode (Grafiek 19) en percentage met voedingsadvies OOI (Grafiek 20) en percentage bij wie alcoholgebruik is vastgelegd in afgelopen vijf jaar (Grafiek 21)

De procesindicatoren 'geven voedingsadvies' en 'vastleggen alcoholgebruik' zijn flink verbeterd ten opzichte van 2013. Veel zorggroepen kunnen hier nog een verbetering laten zien, want mogelijk is er sprake van onderrapportage.

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

De score ten aanzien van 'compleet risicoprofiel' is flink verbeterd ten opzichte van 2013 (37 versus 31%). Wel is er (nog steeds) sprake van een grote spreiding. De verwachting is dat deze score nog verder zal verbeteren als recent gestarte zorggroepen verder zijn met de implementatie van het programma en zorggroepen een gerichte inspanning doen om te verbeteren op de indicatoren waarbij zij (ver) onder het gemiddelde scoren.

RESULTATEN VVR ALGEMEEN

Inleiding

Zoals de Zorgstandaard Vasculair Risico Management in aansluiting op de NHG Standaard Cardio Vasculair Risico Management beschrijft, is vasculair risico management zowel geïndiceerd voor patiënten die een hartvaatziekte (HVZ) doormaakten als voor patiënten zonder HVZ. Voor de helderheid onderscheiden we de categorie HVZ en de categorie VVR (verhoogd vasculair risico zonder hartvaatziekte). Vasculair risicomanagement bij patiënten zonder HVZ beoogt het voorkómen of uitstellen van cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit (primaire preventie). Primaire preventie vindt plaats op zowel populatie- als op individueel niveau, en zowel binnen de eerste- als 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 een ongezonde leefstijl (roken, ongezonde voeding, alcohol- en druggebruik, lichamelijke inactiviteit), werkstress, hypertensie en dyslipidemie. Het verlagen van het vasculaire risico vraagt om een multidisciplinaire aanpak en om inzet van zowel zorgvragers, zorgverleners en overheid. Er zijn activiteiten en maatregelen mogelijk op zowel individueel niveau (casefinding, risico-inventarisatie, interventies, zelfmanagement), als op populatie niveau (anti-rook beleid, voorlichting gezonde voeding, stimuleren van beweging, etc.).

De benchmark in het overgangsjaar 2014

Uit de eerste benchmark 2013 zijn lessen getrokken ten bate van een valide in- en exclusie van patiënten met een VVR in toekomstige zorgprogramma's. De benchmark van 2013 was een eerste inventarisatie van de werkwijze van een twintigtal zorggroepen, die in 2013 een gecontracteerd zorgprogramma hadden voor patiënten met een VVR zonder HVZ. In 2013 is bij de inclusie in de zorgprogramma's voor VVR nog gebruik gemaakt van verschillende methoden. In de loop van het overgangsjaar 2014 zijn er uniforme afspraken over de methode gemaakt. Deze afspraken, de inclusiecriteria, zijn door InEen eind 2014 gepubliceerd. De afspraken hebben dus een beperkte invloed gehad op de cijfers van dit overgangsjaar. De benchmark van 2014 is tot stand gekomen via een uniforme landelijke indicatorenset op basis waarvan de zorggroepen hun gegevens hebben aangeleverd. Verwacht kan worden dat er nu sprake is van een betrouwbaardere benchmark.

Algemene resultaten

De 40 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2014 291.479 patiënten met verhoogd vasculair risico in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 219.610 patiënten (75%) die gedurende het hele jaar in zorg waren. In werkelijkheid ligt het percentage patiënten dat gedurende het hele jaar in zorg was lager, vijf groepen konden dit onderscheid niet maken en hebben daarom de indicatoren berekend op de gegevens van iedereen die op peildatum 31 december 2014 in zorg was.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	40
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	39
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	128.441
Mediaan	134.712
Minimum	8.137
Maximum	416.433

Evenals in 2013 variëren de zorggroepen sterk in grootte en aantal patiënten waarover wordt gerapporteerd.

Overzicht 2: Verdeling mensen met VVR over zorggroepen

	patiënten met VVR N=31	prevalentie N=31	In zorggroep N=40	% specialist ¹⁰ N=31	% niet in programma ¹¹ N=31
gemiddelde	9.923	8,4	7.286	5,7	5,9
mediaan	7.408	7,9	6403	5,2	3,1
minimum	807	1,9	298	0,1	0
maximum	39.994	17,9	27.637	18,7	38

Domein, beperkingen van de rapportage

Het domein - de doelpopulatie waarvoor deze rapportage geldt - bestaat uit patiënten met een verhoogd vasculair risico (VVR). Bij primaire preventie wordt gebruikt gemaakt van een 10-jaarsrisico op HVZ (NHG standaard Cardiovasculair risicomanagement). VVR impliceert conform de zorgstandaard dat dat risico >10% is. U vindt echter geen uitsplitsing van het risico (medium/oranje (10-20%) of hoog/rood (>20%) in deze rapportage. De risicobepaling kan slechts éénmalig betekenisvol worden bepaald. De risicobepaling wordt als instrument gebruikt (en niet als indicator) en hier niet beschreven.

In deze rapportage wordt gefocust op de *individuele risicofactoren* terwijl bij de huidige aanpak van primaire preventie de risicotabel - met simultane toepassing van een *pallet aan risicofactoren* - breed wordt toegepast.

¹⁰ Onmogelijke waarden (bijvoorbeeld in geval de som van aantal bij specialist en aantal bij huisarts groter is dan het totaal aantal patiënten met VVR) zijn niet meegenomen.

¹¹ Een zorggroep heeft hier o als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

RESULTATEN VVR INDICATOREN

De scores op de afzonderlijke indicatoren zijn op uniforme wijze weergegeven in grafieken waarbij de scores zijn gerangschikt van laagste naar hoogste waarde. De positie van een zorggroep verschilt dus per grafiek. Als een zorggroep voor een bepaalde indicator geen gegevens kon aanleveren, ontbreekt de zorggroep in de betreffende grafiek. De grafieken zijn opgenomen in 1.1.1.1.1 Bijlage IV. Om een vergelijking mogelijk te maken met het landelijk gemiddelde is er een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.

Prevalentie VVR (Grafiek 1)

Het percentage van de patiënten die in 2014 in de VVR zorgprogramma's waren geïncludeerd bedroeg bijna 8% en was hoger dan in de benchmark van 2013. Door toename - meer dan 50% - van het aantal participerende zorggroepen is de spreiding onverminderd groot; nieuwe zorggroepen die in een opstartfase van het zorgprogramma verkeren, hebben immers nog niet alle patiënten geïncludeerd en scoren lager. Indien een analyse wordt verricht op de zorggroepen die reeds in 2013 participeerden dan is de spreiding evenwel afgenomen. Het aantal VVR patiënten, dat in het zorgprogramma wordt geïncludeerd kan uiteindelijk naar verwachting uitkomen tussen 8 en 10% (bij focus op een juiste inclusie, adequate registratie, afhankelijk van de sociaal economische klasse).

Percentage VVR patiënten in zorgprogramma (Grafiek 2)

In Een kiest voor de lijn dat transparant wordt wie van de patiënten in de eerste of in de tweede lijn onder behandeling is en wie geen programmatische zorg ontvangt. De participatie van VVR patiënten aan het zorgprogramma is gemiddeld 70%. Dit betekent dat circa 30% van de patiënten met een VVR in de tweede lijn wordt gecontroleerd of geen programmatische zorg ontvangt.

Welke karakteristieken de patiënten kenmerken die geen programmatische zorg krijgen is interessant en vraagt om nadere studie. Bestaat deze groep uit laag- of uit hoog-risico patiënten? Bestaat deze groep uit patiënten die geen gehoor geven aan de oproep voor controle? Of bestaat deze groep uit patiënten die om een andere redenen in overleg met de huisarts niet deelnemen aan het zorgprogramma? Nu de registratie van de 'reden geen programmatische zorg' in de labcodetabel van het NHG is aangepast, zullen we hier meer inzicht in gaan krijgen.

VVR is een eerstelijns aangelegenheid. VVR patiënten zijn bij entree in de zorg immers eerstelijns patiënt (HVZ patiënten maken hun entree doorgaans in de tweede lijn en daarna vindt substitutie van zorg naar de eerste lijn plaats). De eerste lijn kenmerkt zich door korte lijnen tussen praktijkondersteuner, huisarts, apotheker, diëtist en fysiotherapeut. Bij VVR patiënten kan dit met name gunstig zijn voor de verbetering van therapietrouw, succesvolle leefstijlinterventies en management van polyfarmacie bij ouderen.

Behandeling van VVR patiënten in de tweede lijn is aangewezen in geval van therapie resistente hypertensie, erfelijke of therapie resistente dyslipidemie, medicatie intolerantie en/of premature atherosclerose behandeling. Wat betreft substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn is de

vraag of VVR (met inachtneming van transmurale afspraken) nog wel in de tweede lijn gecontracteerd dient te worden, zeker als de huisarts gebruik kan maken van een zogenoemd (specialistisch) meekijkconsult.

Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten (Grafiek 3) en percentage < 80 jaar met systolische bloeddruk $\leq$ 140 mmHG (Grafiek 4)

Een verhoogde bloeddruk verhoogt, net als de andere risicofactoren, de kans op hartvaatziekten. Bij het grootste deel van alle VVR patiënten die gedurende een heel jaar aan het zorgprogramma deelnemen is de bloeddruk gemeten. In de NHG-Standaard of CBO richtlijn is de streefwaarde voor de SBD $\leq$ 140 voor patiënten jonger dan 80 jaar. Dit wordt voor meer dan 65% bereikt. In de andere 35% wordt deze streefwaarde niet bereikt, maar men kan aannemen dat er bij een aanzienlijke categorie sprake is van een zogenaamde 'witte jassen hypertensie' (waarschijnlijk 10-15%). Daarnaast zijn er de patiënten die bepaalde medicatie niet verdragen; bij deze categorie kan de streefwaarde in individuele gevallen niet worden bereikt. Naast evaluatie van therapietrouw (in geval van medicatie) zijn in dit verband thuis- of ambulante bloeddrukmetingen nuttig. Medicatie kan de kwaliteit van leven verminderen. Een individueel behandelplan is van belang. Geschat wordt dat op dit moment ongeveer 70% van de patiënten met VVR bloeddrukverlagers (antihypertensiva) gebruikt. De behandeling van hypertensie verlaagt de kans op hartvaatziekte. Naast leefstijladviezen is het geïndiceerd gebruik van antihypertensiva medicatie meer geaccepteerd en geeft in het algemeen minder bijwerkingen dan het geïndiceerd gebruik van cholesterolverlagers.

Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie LDL is bepaald (Grafiek 5) en percentage < 80 jaar met LDL-cholesterolwaarde $\leq$ aan 2,5 mmol/l (Grafiek 6) en percentage met LDL-cholesterolwaarde > 2,5 mmol/l dat GEEN lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt (Grafiek 7)

Een hoog cholesterol verhoogt, net als de andere risicofactoren, de kans op hartvaatziekten. Bij CVRM wordt het low-density-lipoproteïne of LDL-cholesterol gebruikt. Bij vrijwel alle VVR patiënten is het LDL bepaald. In het algemeen is de streefwaarde voor het LDL $\leq$ 2,5 mmol/l. Al is LDL als uitkomstindicator in de VVR groep niet zinvol omdat medicamenteuze behandeling niet per se wordt aanbevolen (ondanks een LDL > 2,5) – de bepaling van LDL is wel van belang, omdat de hoogte van het LDL gerelateerd is aan het risico op hartvaatziekte. Geschat wordt dat op dit moment ongeveer 10% van de patiënten met VVR cholesterol verlagend medicatie, bijvoorbeeld een statine, gebruikt.

Gemiddeld gebruikt 60% van de patiënten in het VVR programma met een LDL > 2,5 geen medicatie (cholesterol verlagend medicijn bijvoorbeeld statine) (Grafiek 7). Bijna 30% van alle patiënten in het VVR programma behaalt de LDL-streefwaarde (Grafiek 6). Bij VVR patiënten worden vaak eerst leefstijlinterventies toegepast die het cholesterol gunstig beïnvloeden vooraleer met een statine wordt gestart. Dit kan een sterk appèl doen op de motiverende expertise van praktijkondersteuners en huisartsen, als er een goede indicatie is voor het gebruiken van statines. Dit lijkt minder te spelen bij het geïndiceerd gebruik van antihypertensiva.

Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd (Grafiek 8) en percentage dat rookt (Grafiek 9)

Begin jaren zestig rookte bijna 60% van de mannen en vrouwen, in 2012 was dat 26%. Bij de meeste van de VVR patiënten is de rookstatus vastgelegd en circa 15% van de VVR patiënten rookt, dat is lager dan het landelijke gemiddelde. Dit kan mede een gevolg zijn van het zorgprogramma. Dit is belangrijk: roken verhoogt het risico op verschillende kankersoorten en COPD, en is ook een belangrijke risicofactor voor hartvaatziekten. In 2011 was roken verantwoordelijk voor 17% van de sterfte aan coronaire hartziekten, 7% van de sterfte aan beroerte en 12% van de sterfte aan hartfalen. In 2011 overleden in totaal bijna 19.000 patiënten van 20 jaar en ouder ten gevolge van een aan roken gerelateerde aandoening, waarvan bijna 3.000 aan coronaire hartziekten, beroerte of hartfalen¹².

Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index berekend is (Grafiek 10) en percentage met BMI onder 25 kg/m² (Grafiek 11)

Bij iets meer dan driekwart van alle VVR patiënten is de BMI berekend (uit lengte en gewicht). De spreiding is groot en varieert tussen de 30% en de (onwaarschijnlijke) 100%. Een laag percentage geregistreerde BMI kan diverse oorzaken hebben zoals registratie- of extractieproblemen. Er is echter een afspraak om in principe bij alle patiënten met VVR jaarlijks het BMI te meten (en niet alleen op indicatie). Dit is een onderdeel van het programma. Gebruikelijk is immers om - op indicatie - de aanpak van bijdragende leefstijlfactoren zoals obesitas en lichamelijke inactiviteit te intensiveren. Het is nastrevenswaardig de score op deze indicator te verbeteren door een verbeterde registratie van het lichaamsgewicht en de lengte.

In het algemeen wordt aangenomen: zorg voor een optimaal lichaamsgewicht. Dat wil zeggen een BMI ≤ 25 kg/m² bij personen tot 70 jaar. Gewichtsreductie heeft effect op diverse risicofactoren voor HVZ. Desalniettemin heeft minder dan 30% van de VVR patiënten een ideaal gewicht (een BMI onder 25). Tot de 70% van de VVR patiënten die geen ideaal gewicht heeft behoort waarschijnlijk een substantiële groep 70 plussers.

Een BMI tussen de 25 en de 30 wordt evenwel ook als aanvaardbaar gezien (een BMI onder de 30 wordt in de standaard niet als risico verhogende factor gezien¹³ bij patiënten met een 10-jaarsrisico op HVZ van 10 tot 20%) maar een BMI >30 kan evenwel als morbide worden benadrukt.

¹² Gelder BM van, Poos MJJC, Zantinge EM. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van roken? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Roken, december 2012.

¹³ Hoewel er voldoende bewijs is voor de negatieve gevolgen van obesitas voor de menselijke gezondheid, lijken bepaalde subgroepen juist gezonder te zijn bij een verhoogde BMI. Dit verschijnsel wordt wel de 'Obesitasparadox' genoemd¹³. Deze paradox is voor het eerst beschreven in 1999; daarna is dit verschijnsel vastgesteld bij patiënten met hartfalen en perifeer arterieel vaatlijden (PAV). Of gewichtsreductie ook daadwerkelijk zorgt voor een afname van het risico op HVZ is nog niet aangetoond in klinische trials. Het risico op DM2 is evenwel al verminderd bij 5% gewichtsverlies en bij obese patiënten met verhoogde bloeddruk leidt reductie van het lichaamsgewicht tot reductie van de bloeddruk. Zoals beschreven in het rapport 'Overgewicht en obesitas' van de Gezondheidsraad [Gezondheidsraad 2003] wordt vanuit het oogpunt van gezondheidswinst een blijvend gewichtsverlies van 10% tot 15% als een succesvolle behandeling beschouwd voor patiënten met obesitas. Dieetmaatregelen zijn onmisbaar bij het bereiken van gewichtsreductie. Er zijn aanwijzingen dat het combineren van dieetmaatregelen met lichaamsbeweging effectiever is dan dieetmaatregelen of lichaamsbeweging alleen.

Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is gemeten in afgelopen vijf jaar (Grafiek 12) en in afgelopen jaar (Grafiek 13)

Bij meer dan 80% van de VVR patiënten is een nierfunctie bepaald in het afgelopen jaar. Bij de intake van patiënten met een VVR dient a priori de aanwezigheid van nierschade te worden uitgesloten. Nierschade is immers een sterk verhogend risico voor HVZ. Bij patiënten met een VVR kan de nierfunctie progressief afnemen, dit pleit voor periodieke jaarlijkse controle, zeker in geval van medicatiegebruik (lithium, nsaid's, HAART en andere chronische medicatie) en het niet behalen van behandeldoelen. De nierfunctie behoeft bij een VVR patiënt die geen medicatie gebruikt geen jaarlijkse controle. Maar in geval van medicatie gebruik is er een harde medische indicatie om periodiek (minimaal jaarlijks) de nierfunctie te bepalen. Geschat wordt dat op dit moment ongeveer 70% van de patiënten met VVR bloeddrukverlagers (antihypertensiva) gebruikt en ongeveer 10% van de patiënten met VVR een cholesterolverlagend medicijn (statine) gebruikt.

Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie nuchtere glucose meting is uitgevoerd in de afgelopen vijf jaar (Grafiek 14)

Bij de intake van patiënten met een VVR dient a priori de aanwezigheid van suikerziekte te worden uitgesloten. Bij een geringe verhoging van de nuchtere glucose waarde spreekt men van een gestoorde nuchtere glucose. Er is dan een hogere kans op de ontwikkeling van diabetes mellitus en sprake van een VVR. Het is in beginsel mogelijk om die hogere kans met preventieve maatregelen, zoals leefstijlinterventies, te verlagen en het ontstaan op diabetes uit te stellen of te voorkomen.

Deze kennis bij huisartsen en praktijkondersteuners zorgt voor een hoge score – bijna 95% - op bepaling van het nuchtere glucose in de afgelopen vijf jaar. Vanzelfsprekend gebruikt geen van de VVR patiënten medicatie voor suikerziekte.

Aanbevolen wordt bij een gestoorde nuchtere glucose en/of gestoorde glucosetolerantie de nuchtere glucosebepaling na 3 maanden in het laboratorium te herhalen. Gestoorde nuchtere glucose kan als voorstadium van type-2-diabetes worden gezien. Men gebruikt ook wel de term prediabetes (al krijgt minstens de helft van deze patiënten nooit diabetes). Ongeveer 30% van de bevolking van 60 jaar en ouder heeft óf een gestoorde nuchtere glucose óf een gestoorde glucosetolerantie.

Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode (Grafiek 15) en percentage met beweegadvies OOI (Grafiek 16)

Leefstijlfactoren van invloed op het ontstaan van hartvaatziekten zijn roken, voeding en bewegen. De invloed verloopt soms rechtstreeks maar vaak indirect via endogene risicofactoren¹⁴. Gecombineerde leefstijlinterventies zijn gericht op gewichtsverlies, meer lichamelijke activiteit en een beter dieet.

¹⁴ A. Blokstra¹, I. van Dis², W.M.M. Verschuren¹ Auteurs hoofdstuk 6, Prevalentie en trends van roken, voeding en bewegen in de Nederlandse bevolking. hoofdstuk. In: Vaartjes I, Koopman C, van Dis I, Visseren FLJ, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2013, cijfers over leefstijl, risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Hartstichting, 2013. 1 Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, 2 Hartstichting, Den Haag

Voldoende bewegen kan het beloop van een hartvaatziekte beïnvloeden. Voor een deel verloopt dit effect indirect maar er is ook een direct risico verlagend effect van lichamelijke activiteit op deze ziekten¹⁵.

Bij meer dan 70% van de VVR patiënten zijn gegevens bekend over de mate van beweging in de meetperiode en in ongeveer de helft van de VVR patiënten heeft een bewegingsadvies ooit gekregen. De spreiding van deze registratie is groot. Het is niet eenvoudig deze indicator gestandaardiseerd te 'scoren'.

Percentage VVR patiënten in zorgprogramma met wie voedingspatroon is besproken in meetperiode (Grafiek 17) en percentage met voedingsadvies OOI (Grafiek 18)

Een ongezond voedingspatroon is van invloed op het ontstaan van hartvaatziekten. Dit effect verloopt deels via leefstijl maar er is ook een direct effect. Groente, fruit, vezelrijke producten en vis verlagen en verzadigd vet verhoogt het risico op hartvaatziekten¹⁶. Geadviseerd wordt dagelijks een minimale hoeveelheid groente en fruit te eten, het gebruik van vetten te beperken en twee keer per week vis te eten¹⁷. Geadviseerd wordt om het gebruik van keukenzout te beperken.

Bij minder dan 50% van de VVR patiënten zijn gegevens bekend over het voedingspatroon in de meetperiode maar met meer dan 60% van de VVR patiënten is ooit het voedingspatroon besproken. De spreiding van deze registratie is groot. Het is niet eenvoudig deze indicator gestandaardiseerd te 'scoren'.

Ten aanzien van roken¹⁸ is de indicator 'stop-met-roken advies gegeven' vervangen door 'het aantal rokers op het aantal van wie de rookstatus bekend is', als resultante van alle inspanningen om te stoppen met roken. Te overwegen is om datzelfde te doen bij het beweegadvies en het voedingsadvies. Bij zorgverleners is het weinig populair dat wanneer in gesprek met de patiënt de mate van beweging is vastgesteld (of het voedingspatroon) er nog apart nota moet worden gemaakt van: 'beweegadvies gegeven' (of 'voedingsadvies gegeven'). Daar komt bij dat er steeds meer gecombineerde leefstijlinterventies c.q. vraag gestuurde individuele (haalbare) doelen worden vastgesteld in het kader van een individueel zorgplan. Soms wordt een ongevraagd advies om te bewegen (of een ongevraagd voedingsadvies) ook niet op prijs gesteld.

¹⁵ Wendel-Vos GCW. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van lichamelijke (in)activiteit? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Lichamelijke activiteit, juni 2012.

¹⁶ Kranen HJ van, Raaij JMA van, Bakel AM van. Wat is de relatie tussen voeding en gezondheid? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Voeding, maart 2013.

¹⁷ Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding ecologisch belicht. Den Haag, 2011.

¹⁸ % patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode of uitslag nooit ooit is gemeten % patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode dat rookt.

Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie alcoholgebruik is vastgelegd in afgelopen vijf jaar (Grafiek 19)

Alcohol is bloeddruk verhogend, vermindert de optimale leverfunctie en verstoort de cholesterol huishouding en alcoholgebruik tast de hartfunctie direct aan. Bij meer dan 80% van de patiënten in het de zorgprogramma's is het alcoholgebruik vastgelegd. Dit is belangrijk, er zijn berichten dat zeer beperkt alcoholgebruik gunstig zou kunnen zijn. De algemene opinie is echter dat het chronisch gebruik van alcohol funest is. In de meest recente 'Standaarden goede voeding' wordt voor vrouwen maximaal 1 glas alcoholische drank per dag aanbevolen en voor mannen maximaal 2 glazen per dag¹⁹.

Percentage VVR patiënten in zorgprogramma met compleet risicoprofiel (rookstatus, voeding, beweging, alcoholgebruik, BMI, bloeddruk, glucose, LDL eGFR) (Grafiek 20)

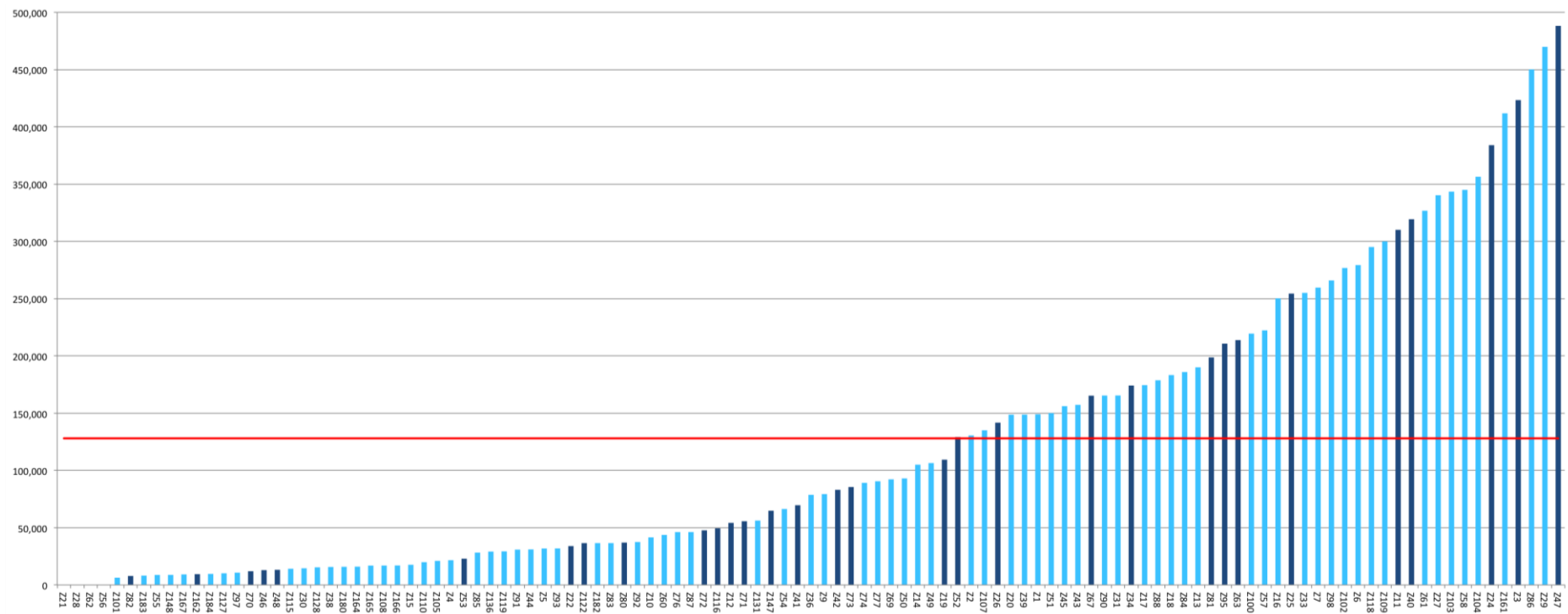
Deze indicator laat eenzelfde beeld zien als de benchmark 2013. De spreiding is groot. Weliswaar hebben meer zorggroepen dan vorig jaar bij meer dan 90% van de patiënten een compleet risicoprofiel geregistreerd. Er zijn relatief veel zorggroepen in de opstartfase. Indien een analyse wordt verricht op de zorggroepen die reeds in 2013 participeerden dan is de spreiding evenwel afgenomen.

¹⁹ [Gezondheidsraad 2006].

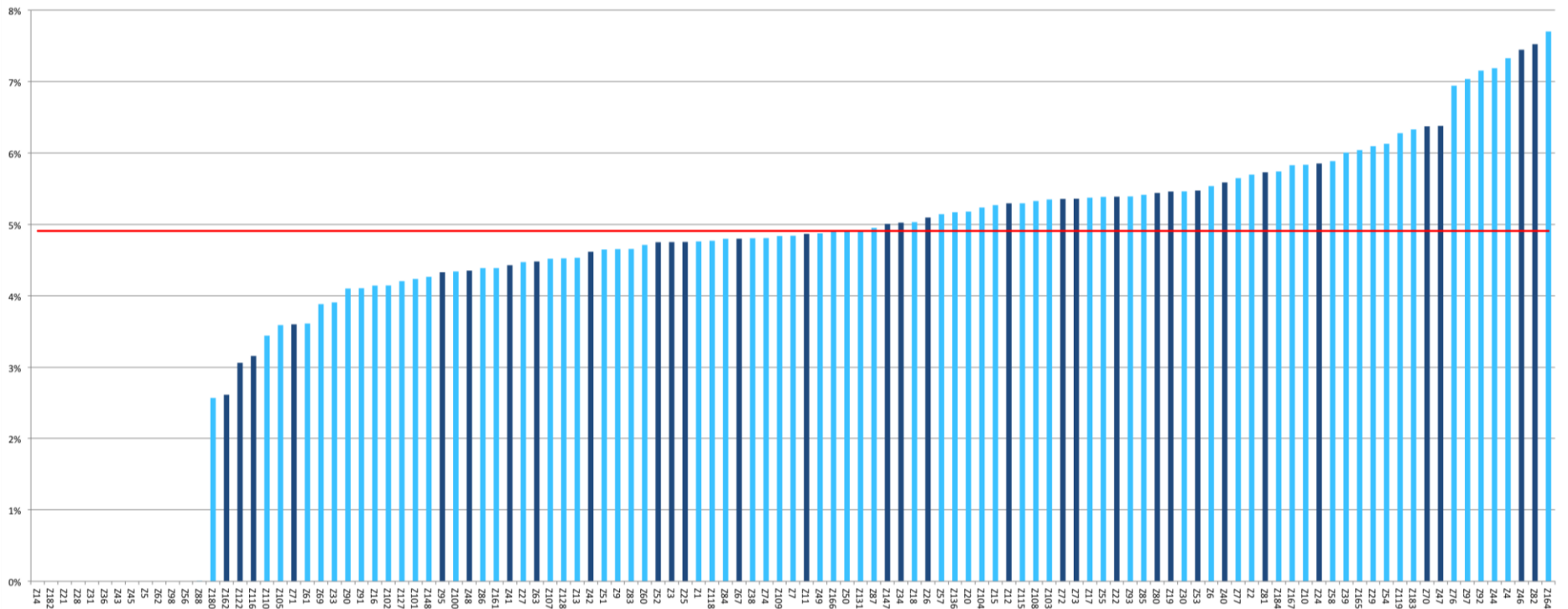
BIJLAGEN

Bijlage I Grafieken diabetes

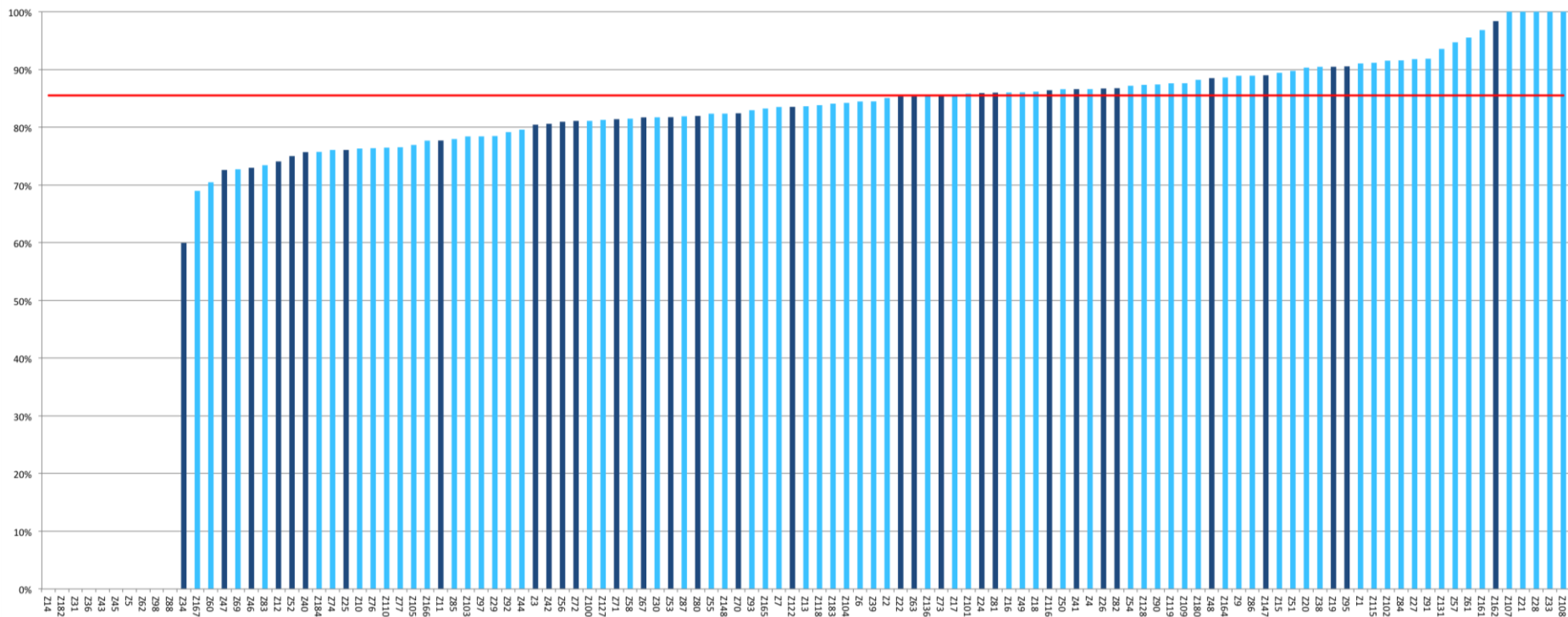
Grafiek 1: Totale populatie zorggroepen



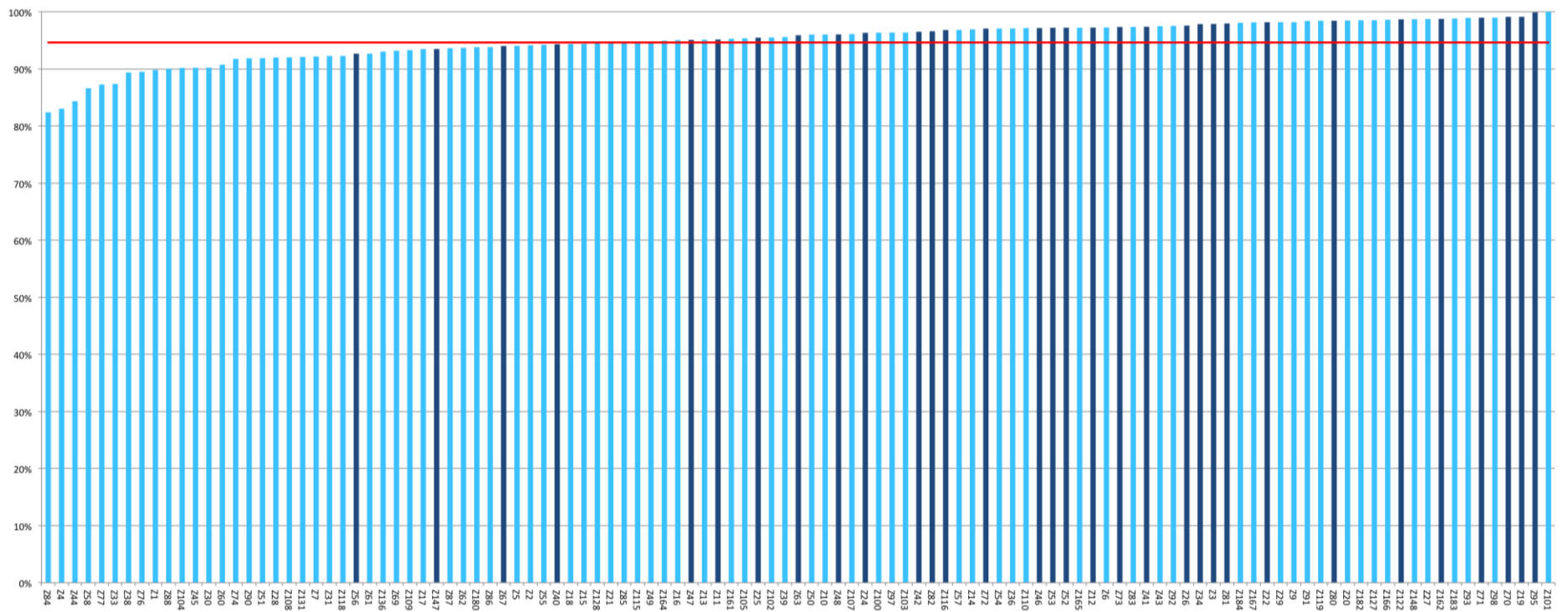
Grafiek 2: Prevalentie diabetes



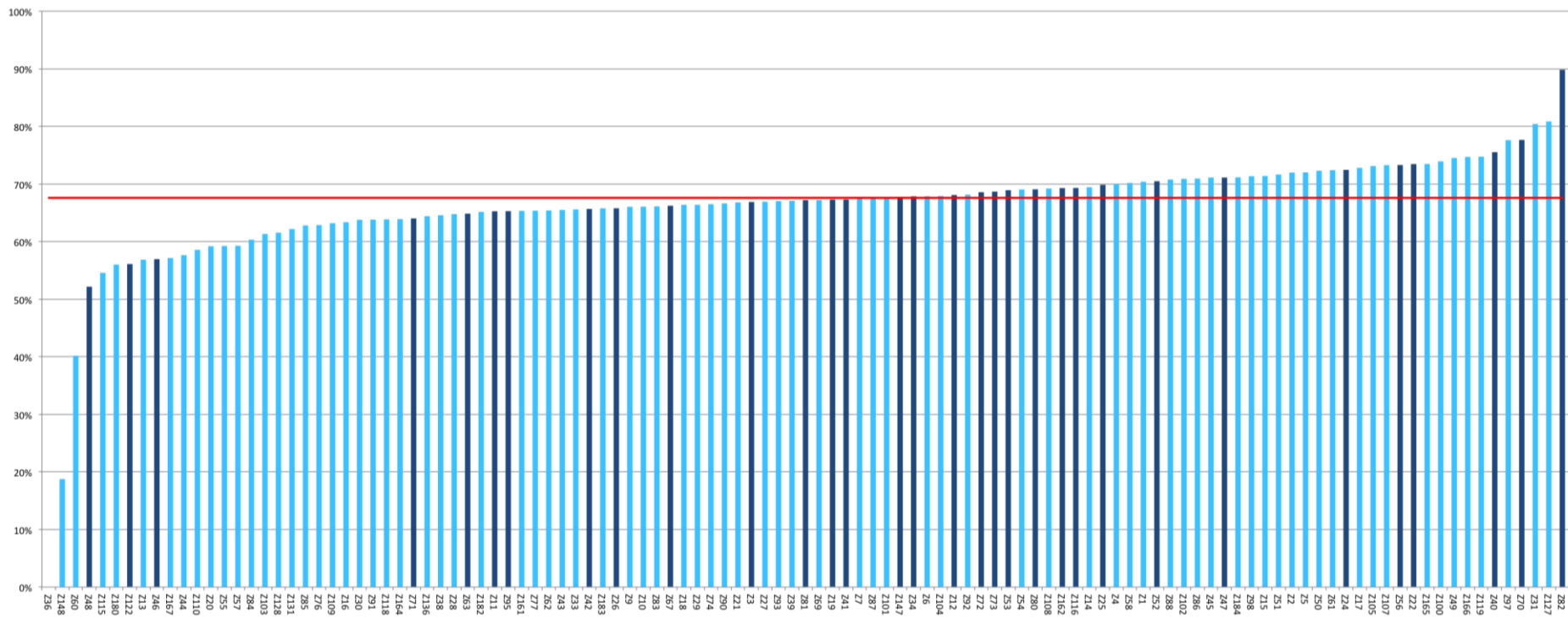
Grafiek 3: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma



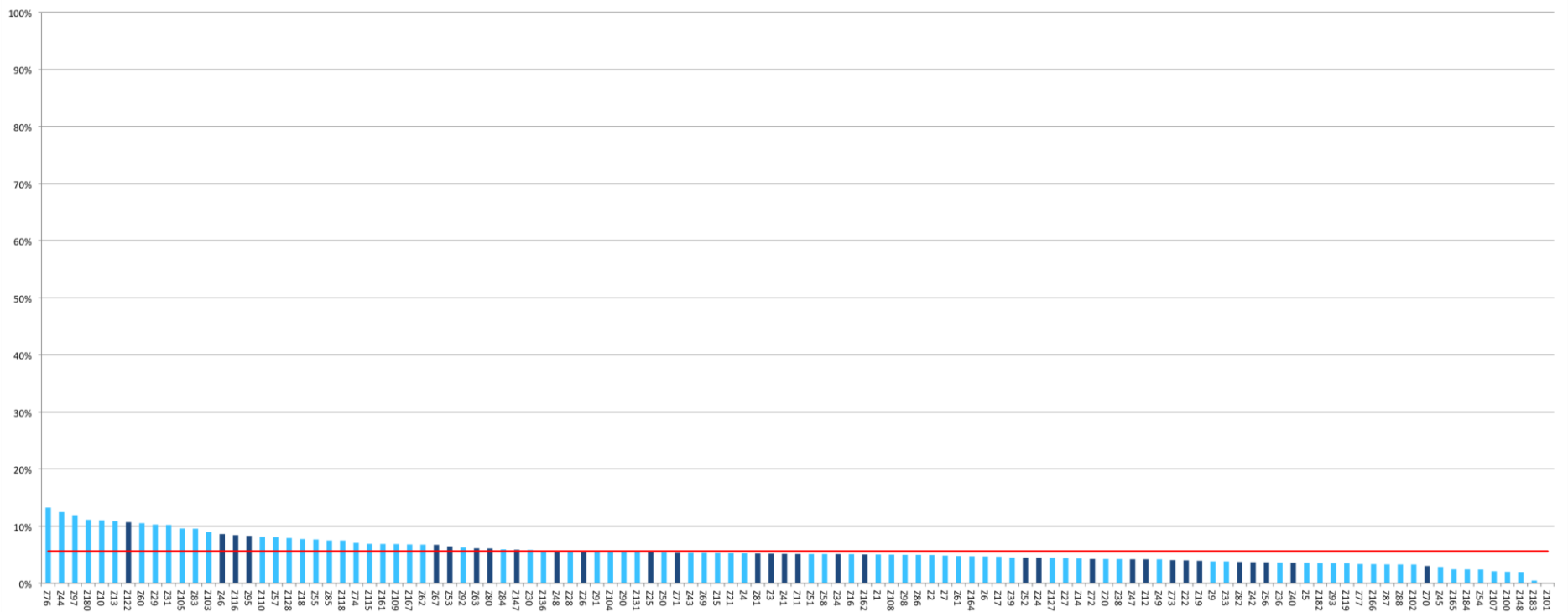
Grafiek 4: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie HbA1c is bepaald



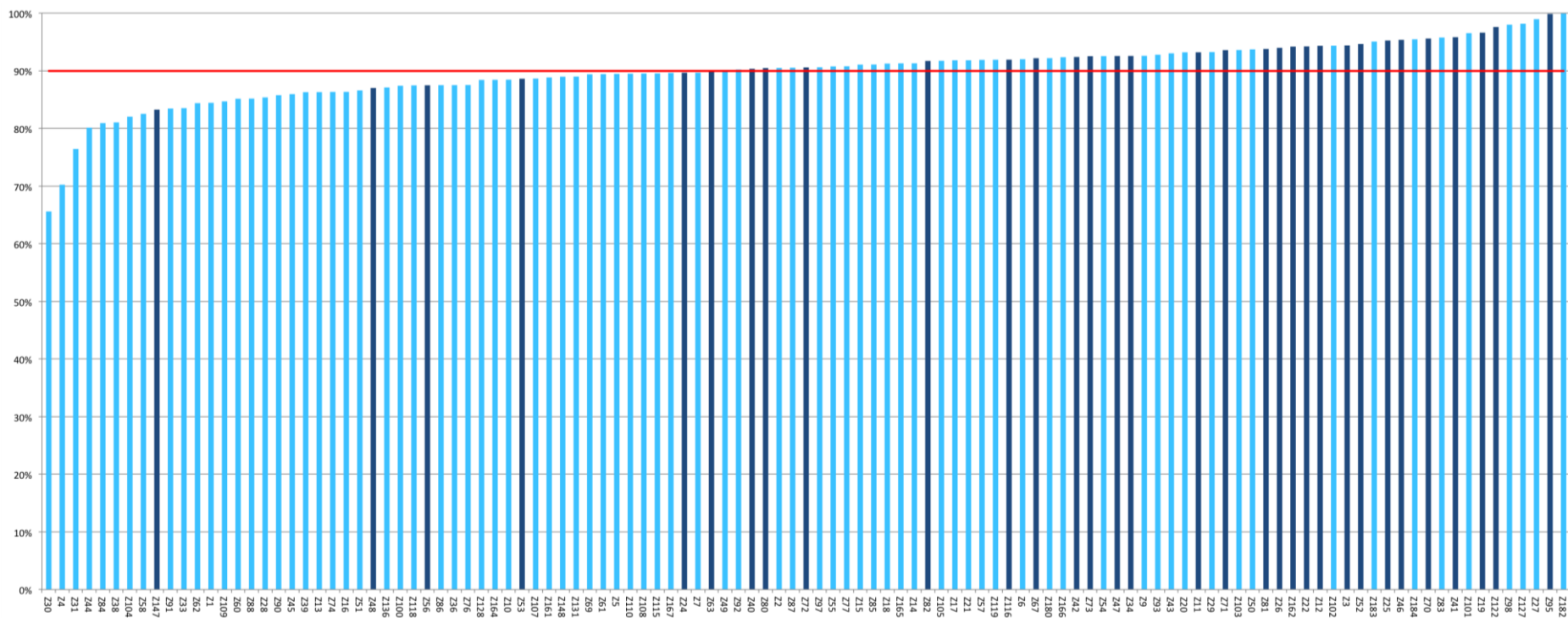
Grafiek 5: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie HbA1c is bepaald met HbA1c <= 53 mmol/mol



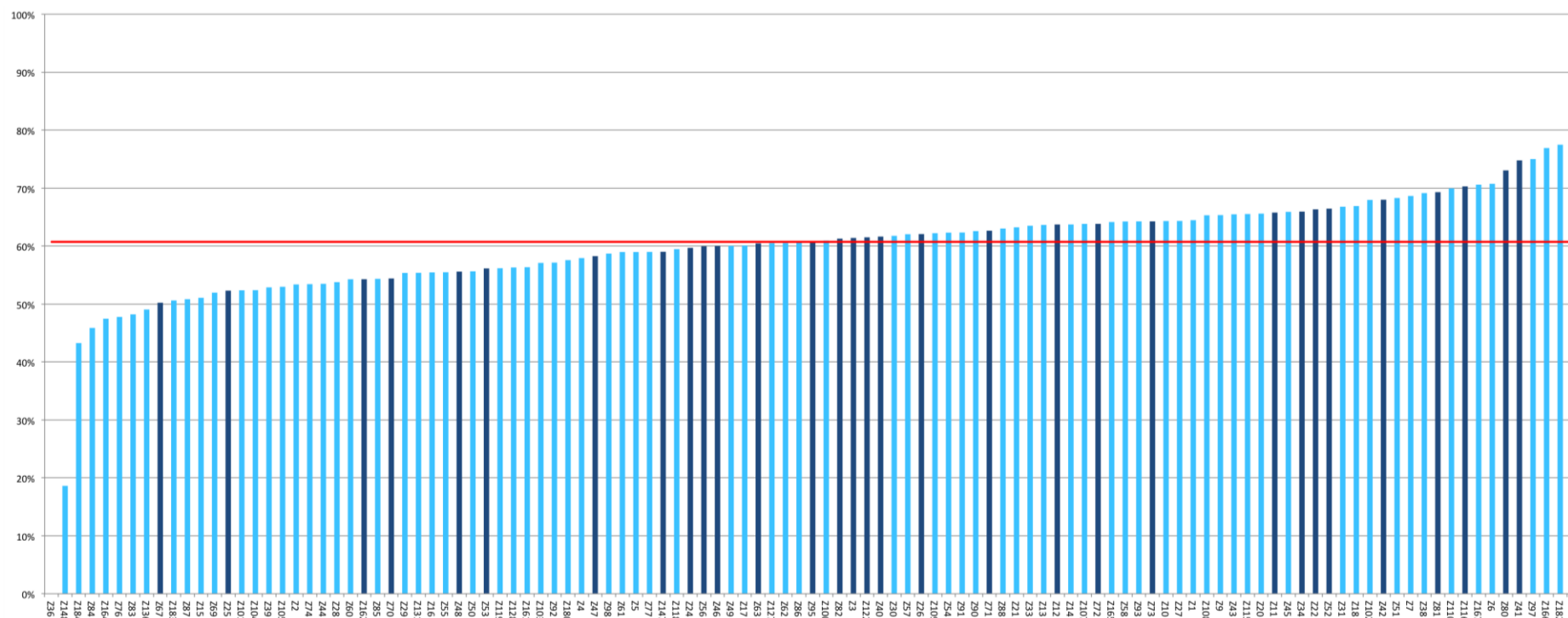
Grafiek 6: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie HbA1c is bepaald met HbA1c > 69 mmol/mol



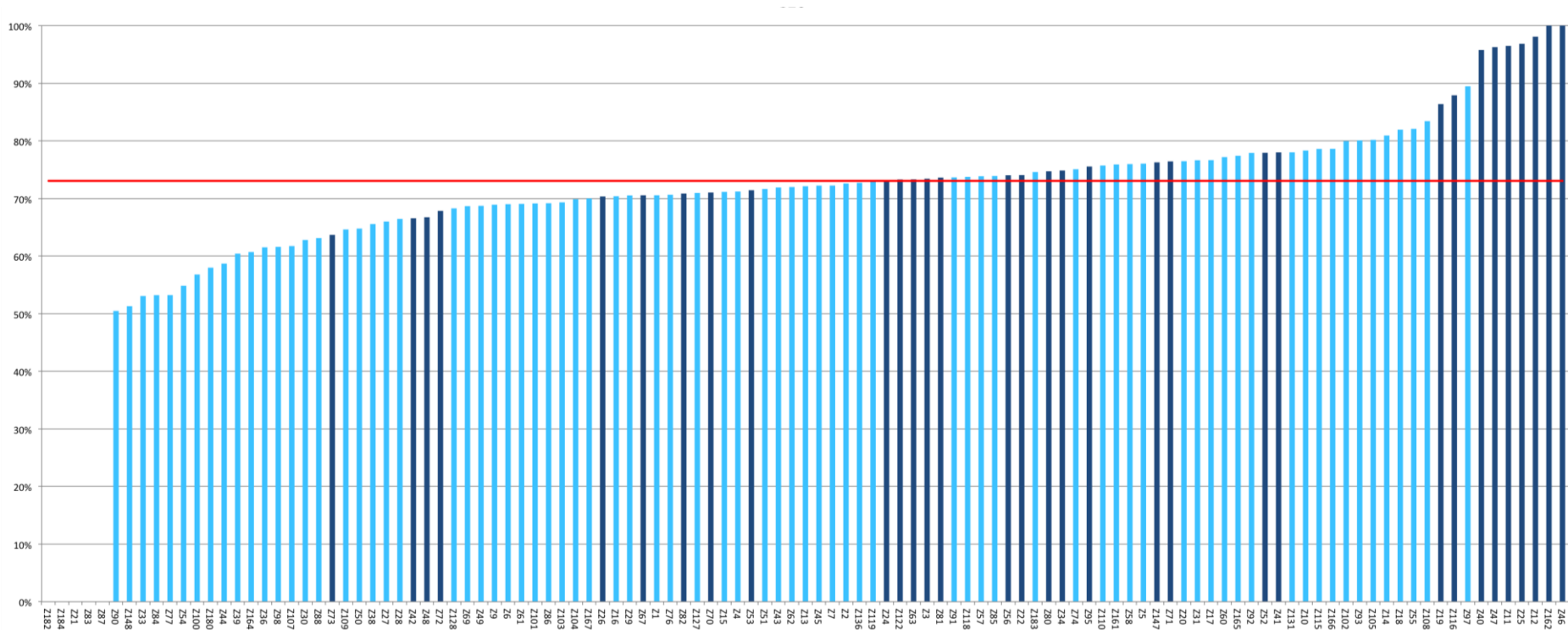
Grafiek 7: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie LDL is bepaald



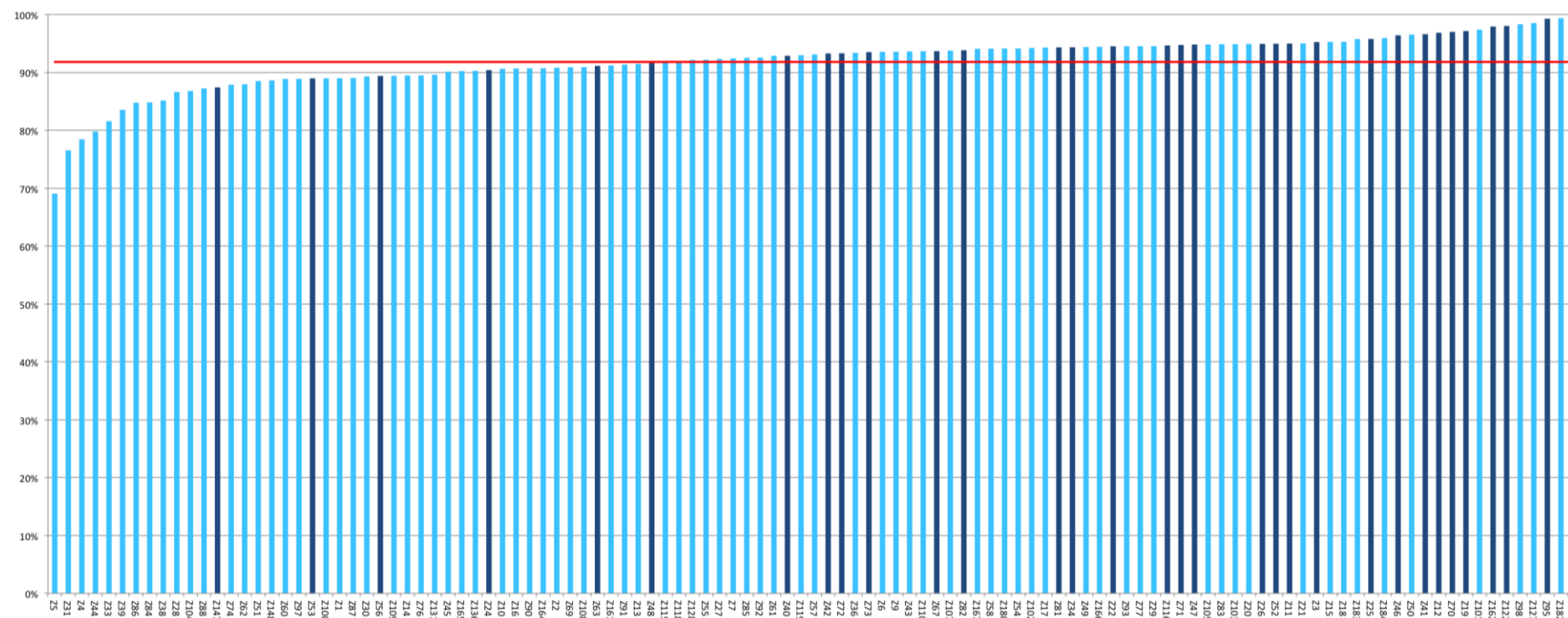
Grafiek 8: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde $\leq 2,5$ mmol/l



Grafiek 9: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt

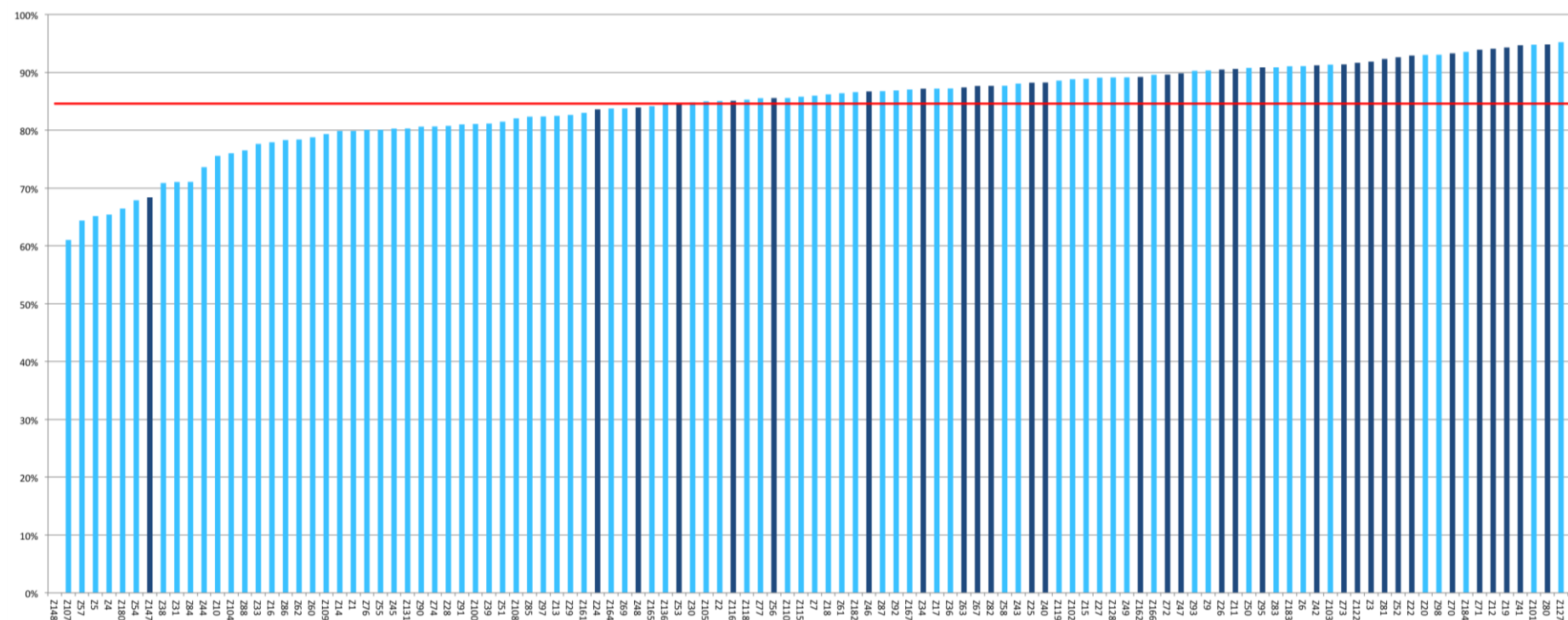


Grafiek 10: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de eGFR is berekend

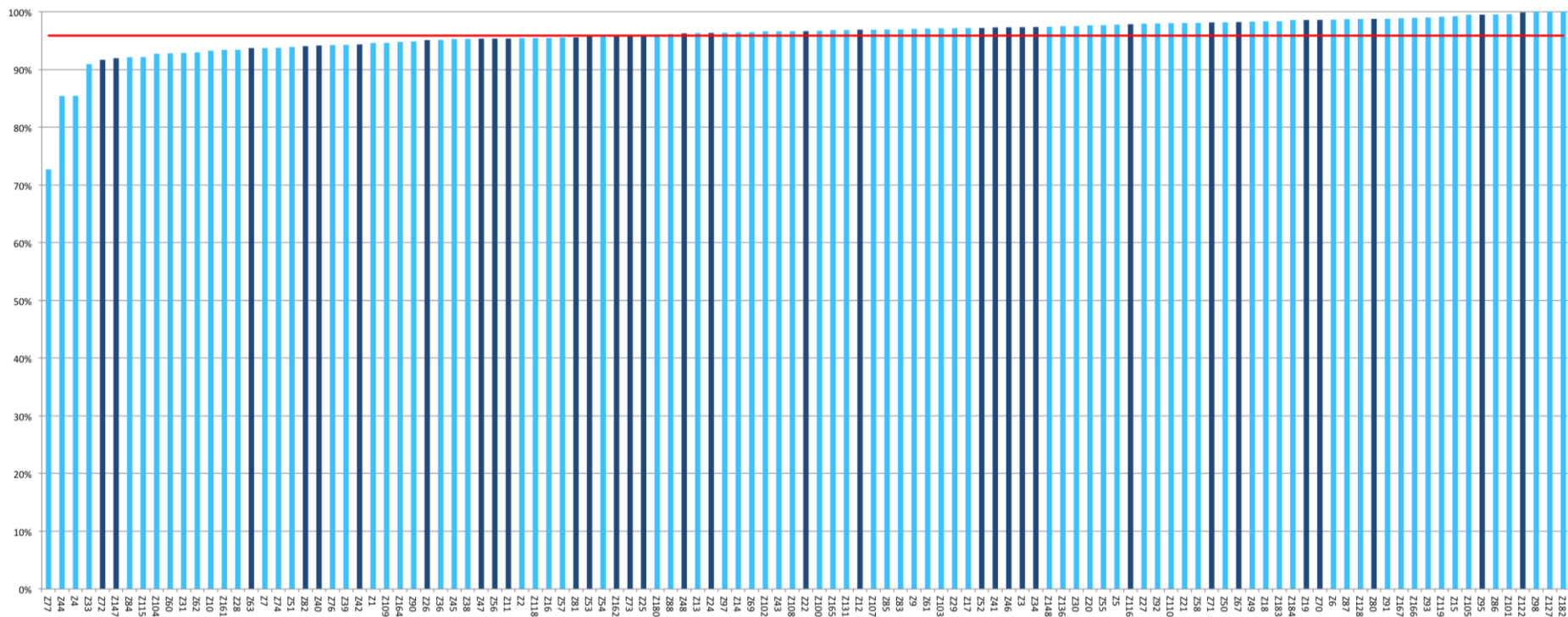


Age Group	Percentage
14-17	25%
18-21	15%
22-25	7%
26-29	3%
30-33	3%
34-37	3%
38-41	3%
42-45	3%
46-49	3%
50-53	3%
54-57	3%
58-61	3%
62-65	3%
66-69	3%
70-73	3%
74-77	3%
78+	3%

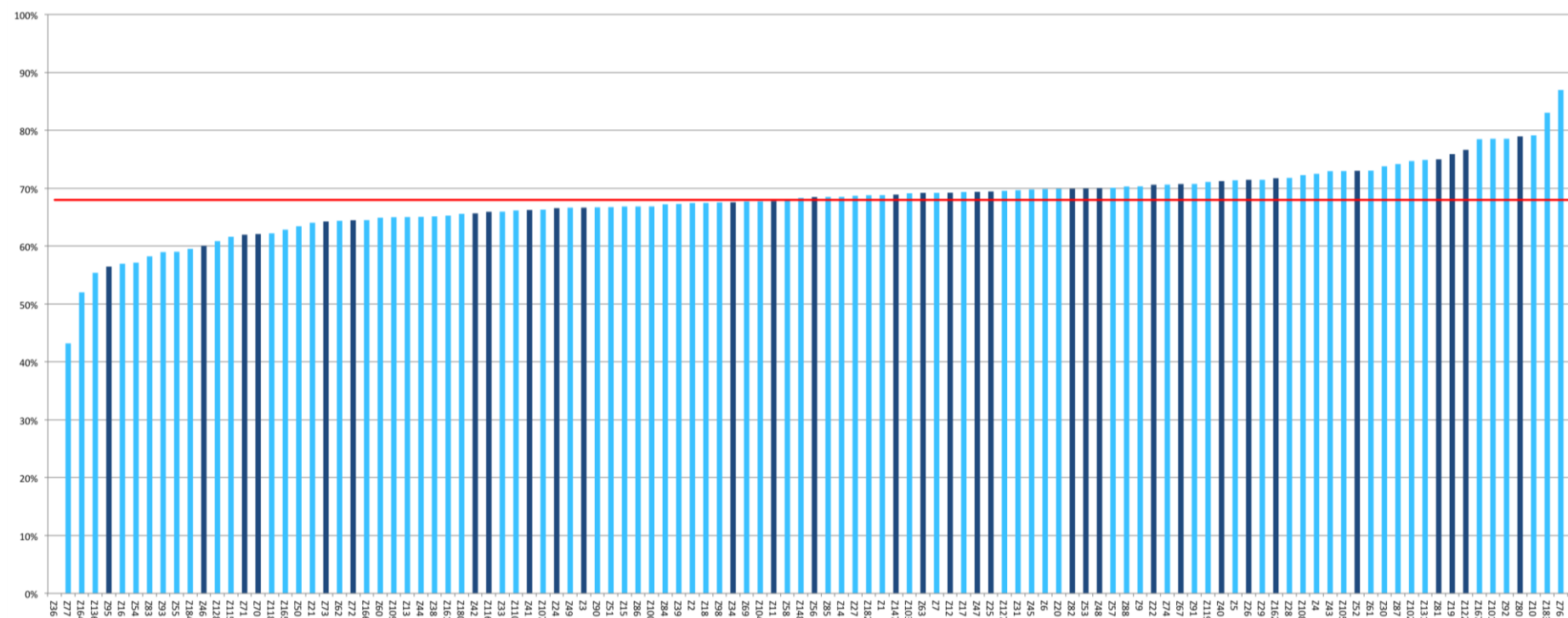
Grafiek 12: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met urineonderzoek (porties) op albumine of albumine/creatinine ratio



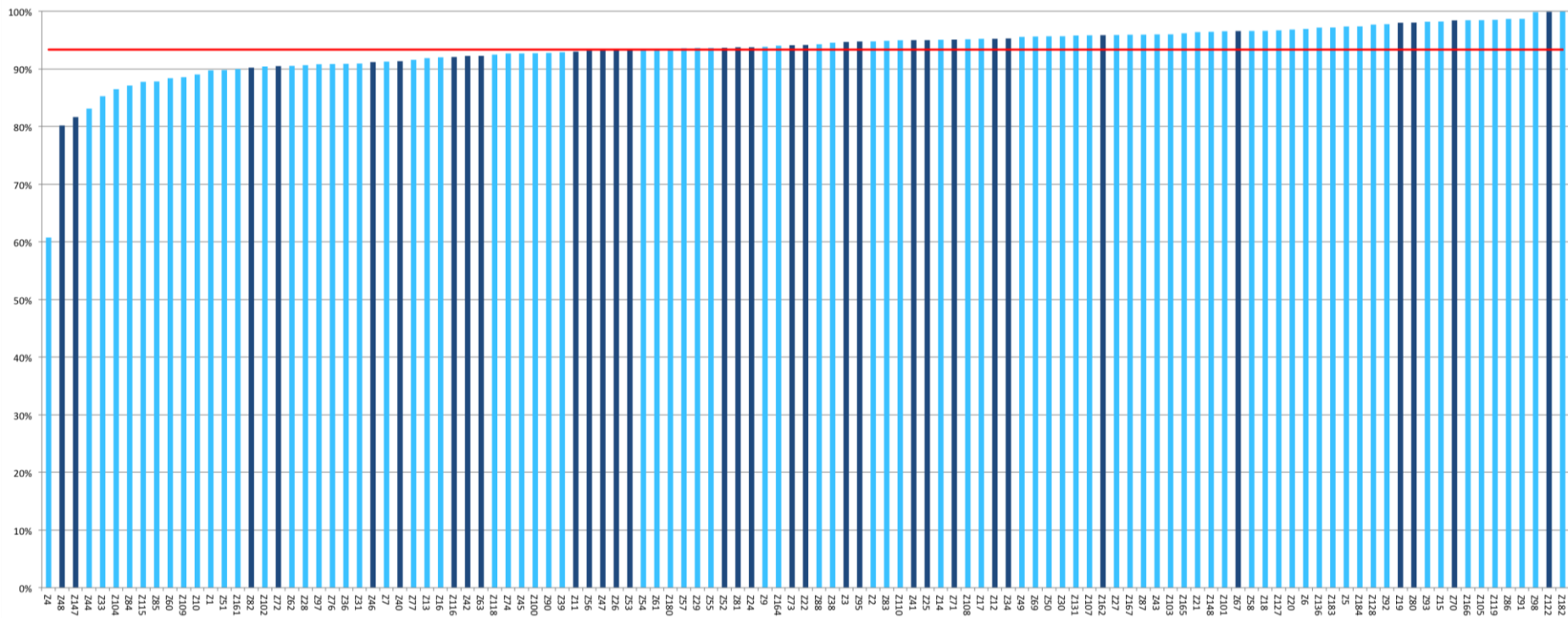
Grafiek 13: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten



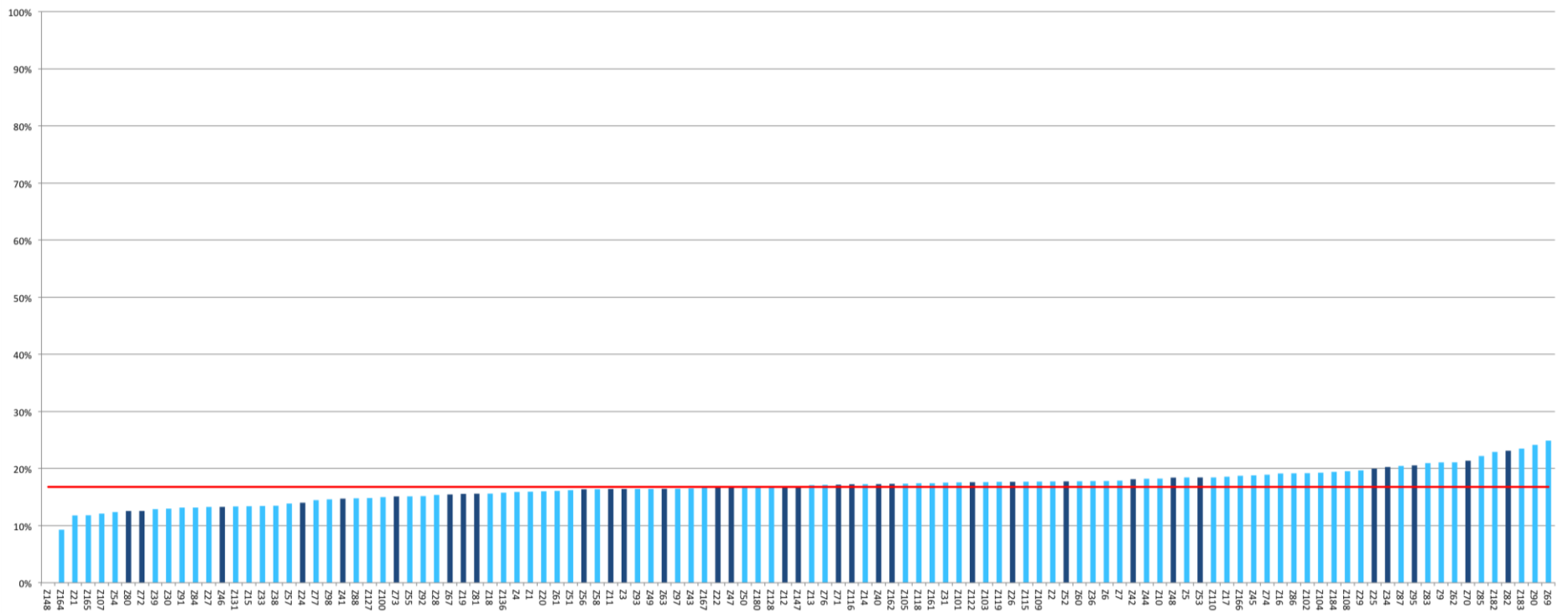
Grafiek 14: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk ≤ 140 mmHg



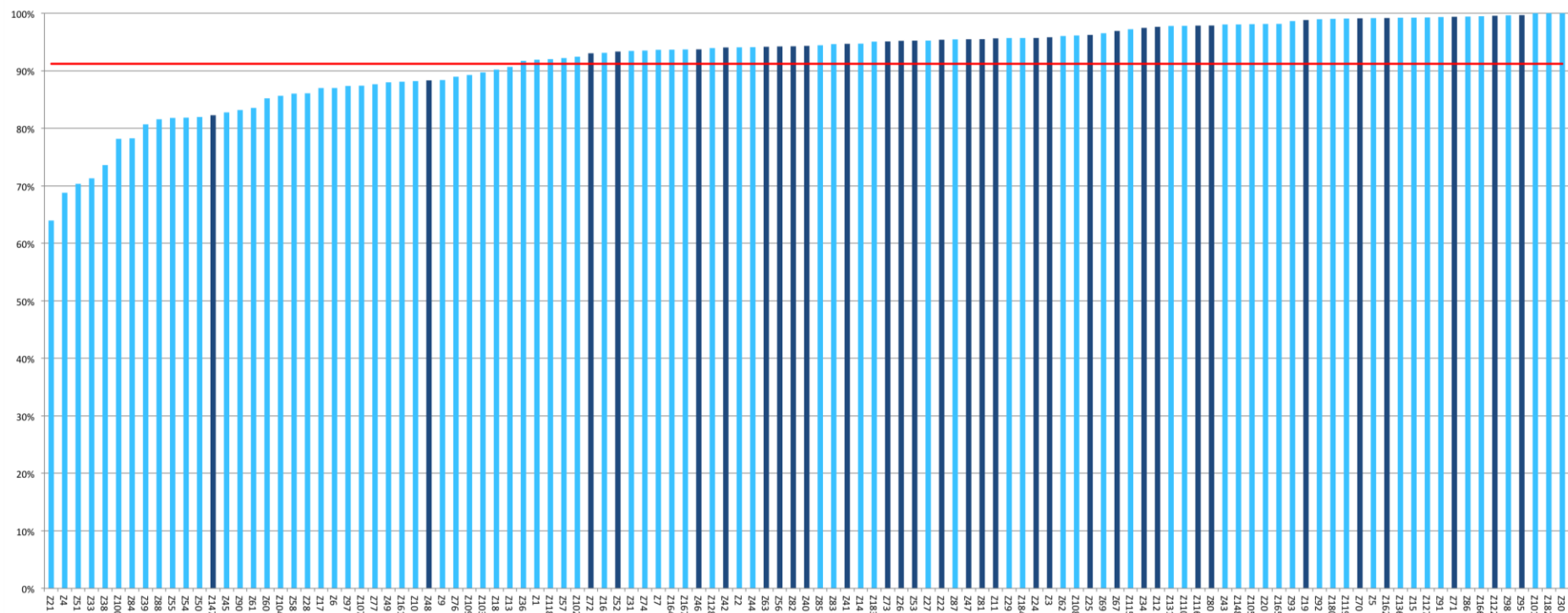
Grafiek 15: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index (BMI) berekend is



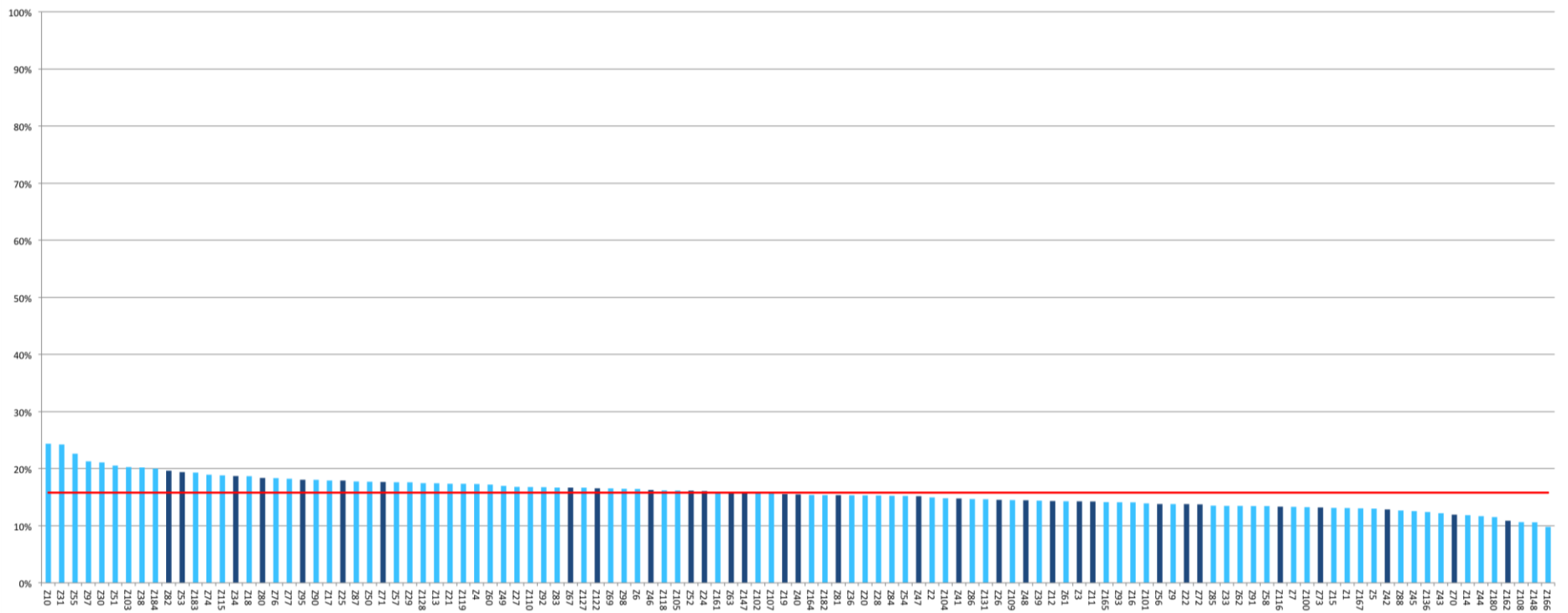
Grafiek 16: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie BMI berekend is met BMI < 25 kg/m²



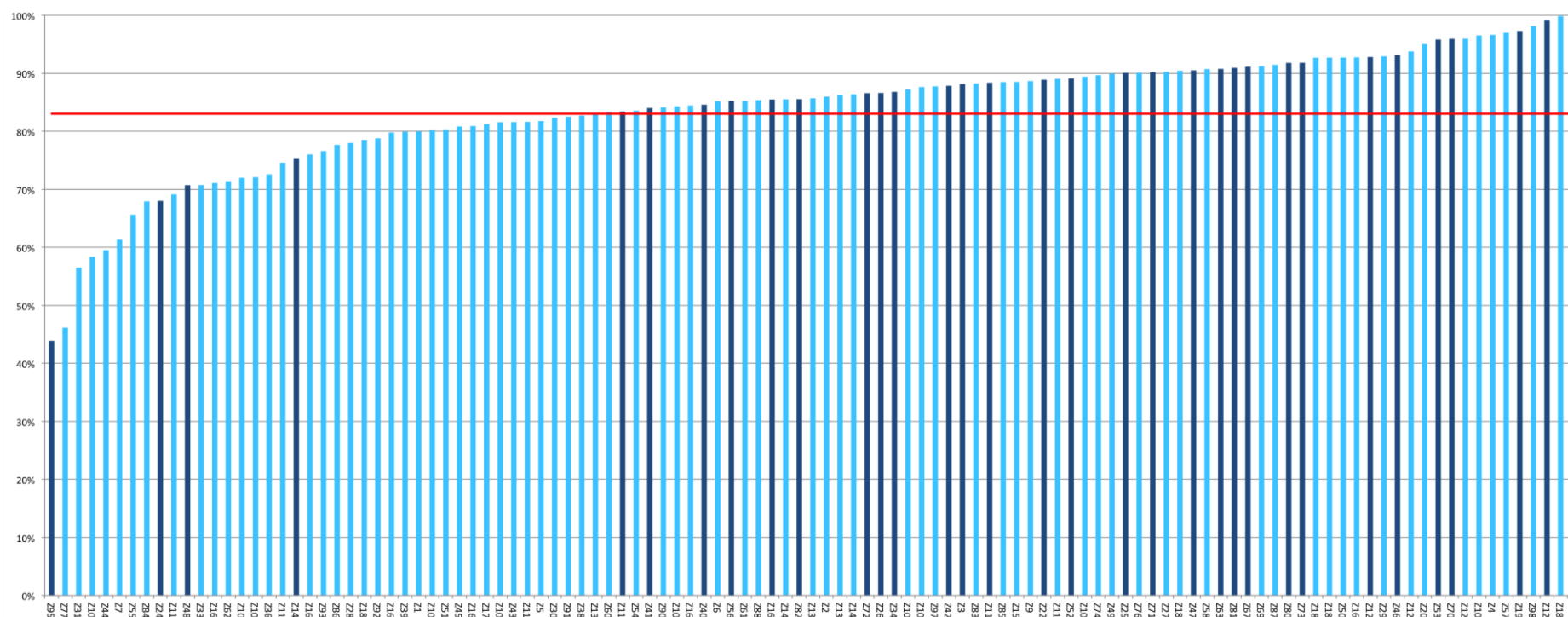
Grafiek 17: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



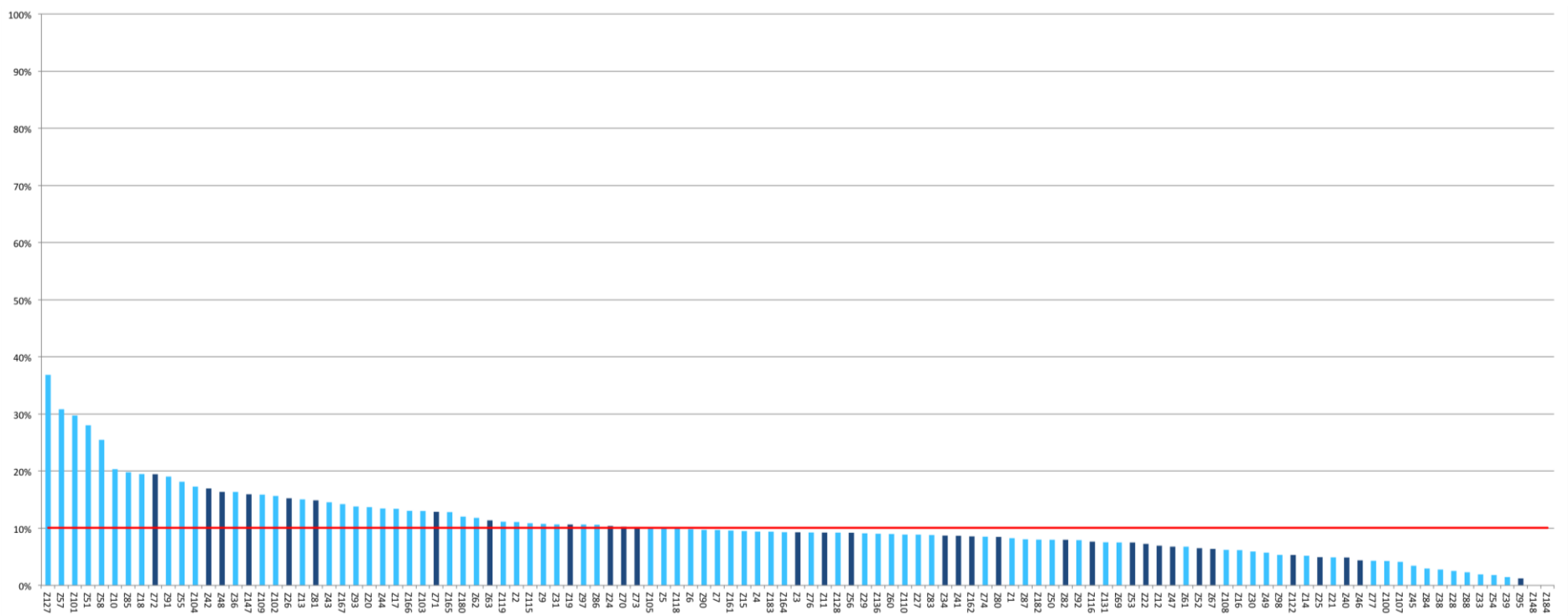
Grafiek 18: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma, van wie rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



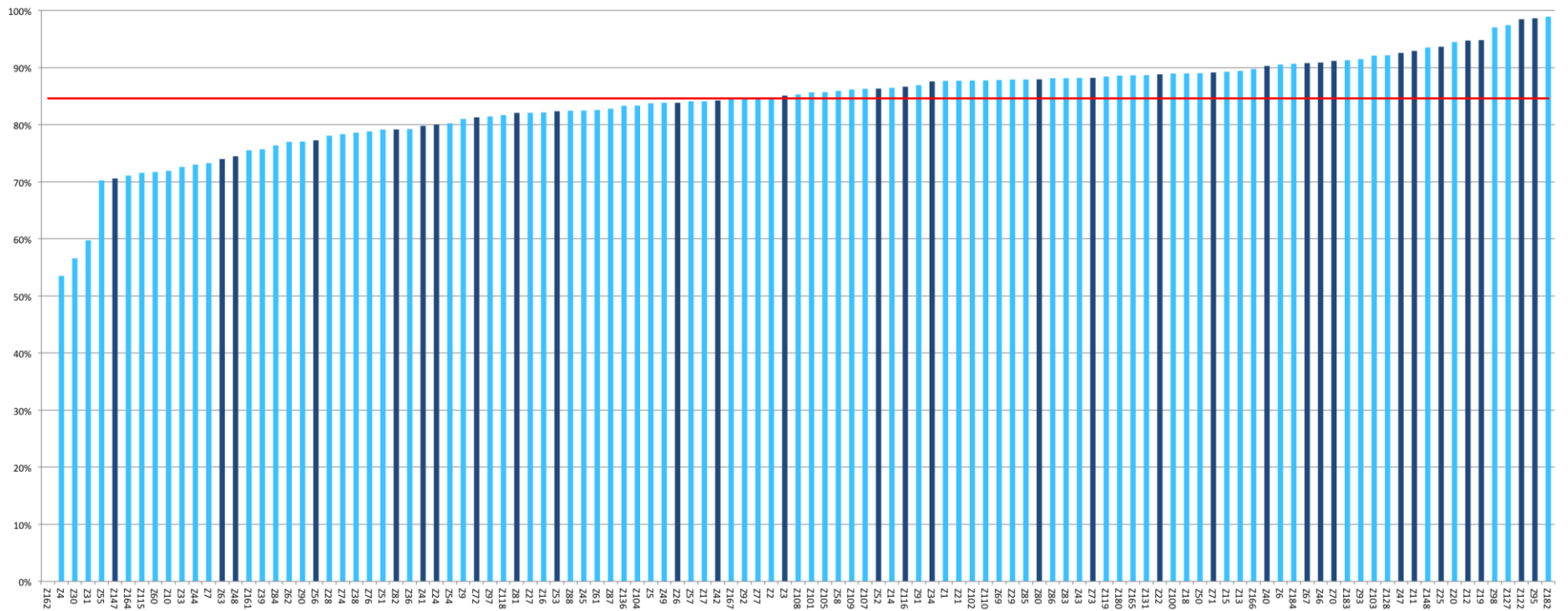
Grafiek 19: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met een funduscontrole



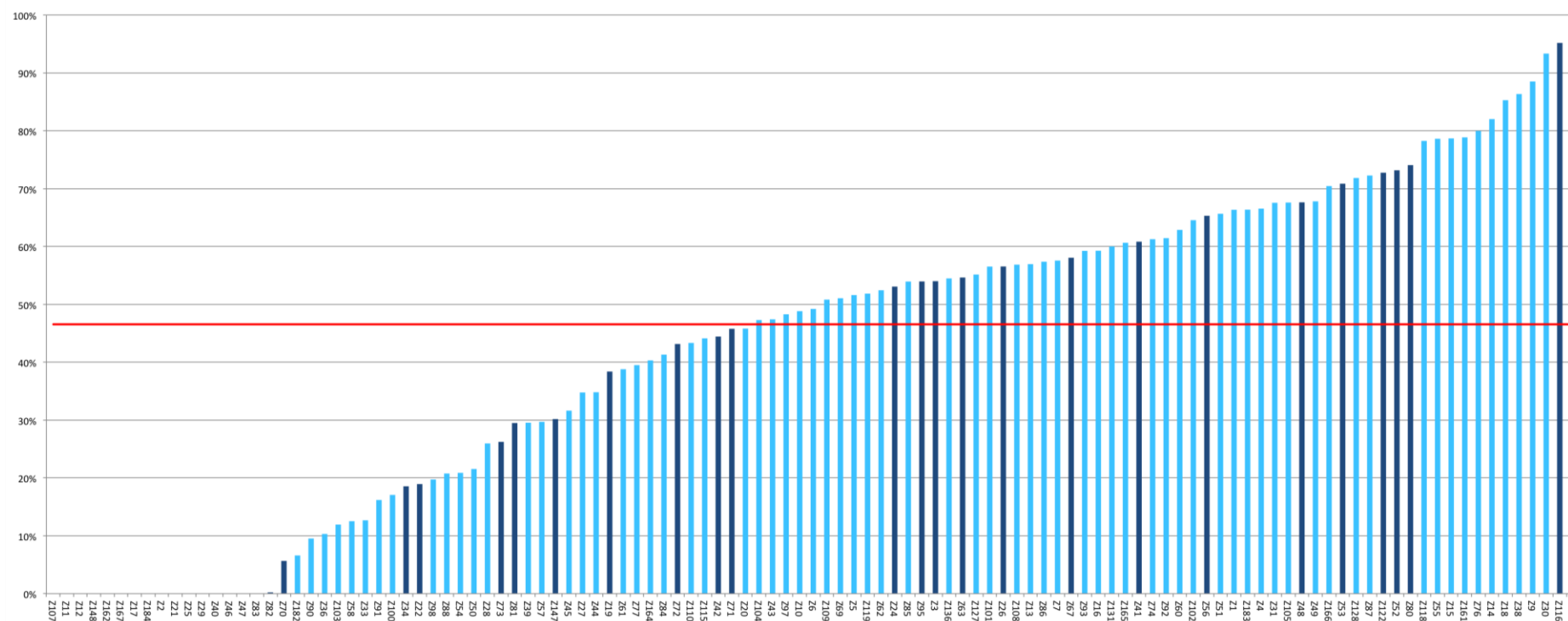
Grafiek 20: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met diabetische retinopathie



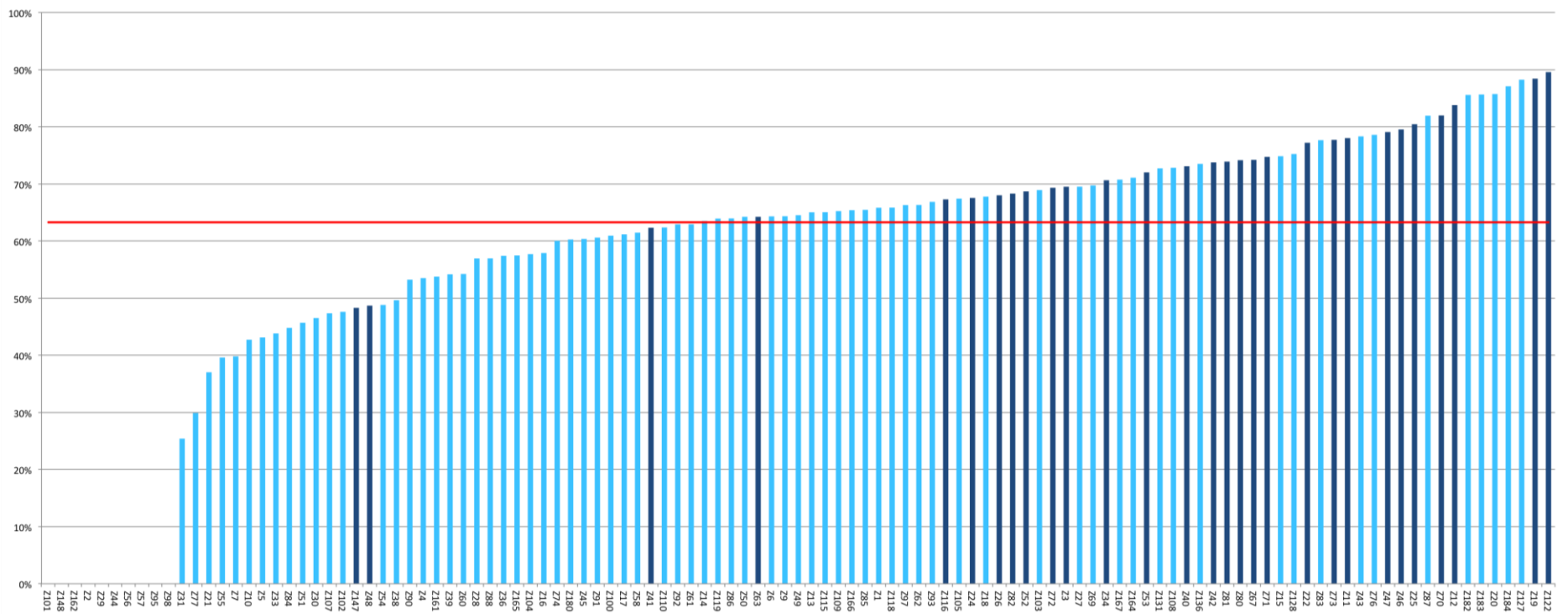
Grafiek 21: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie voetonderzoek is gedaan



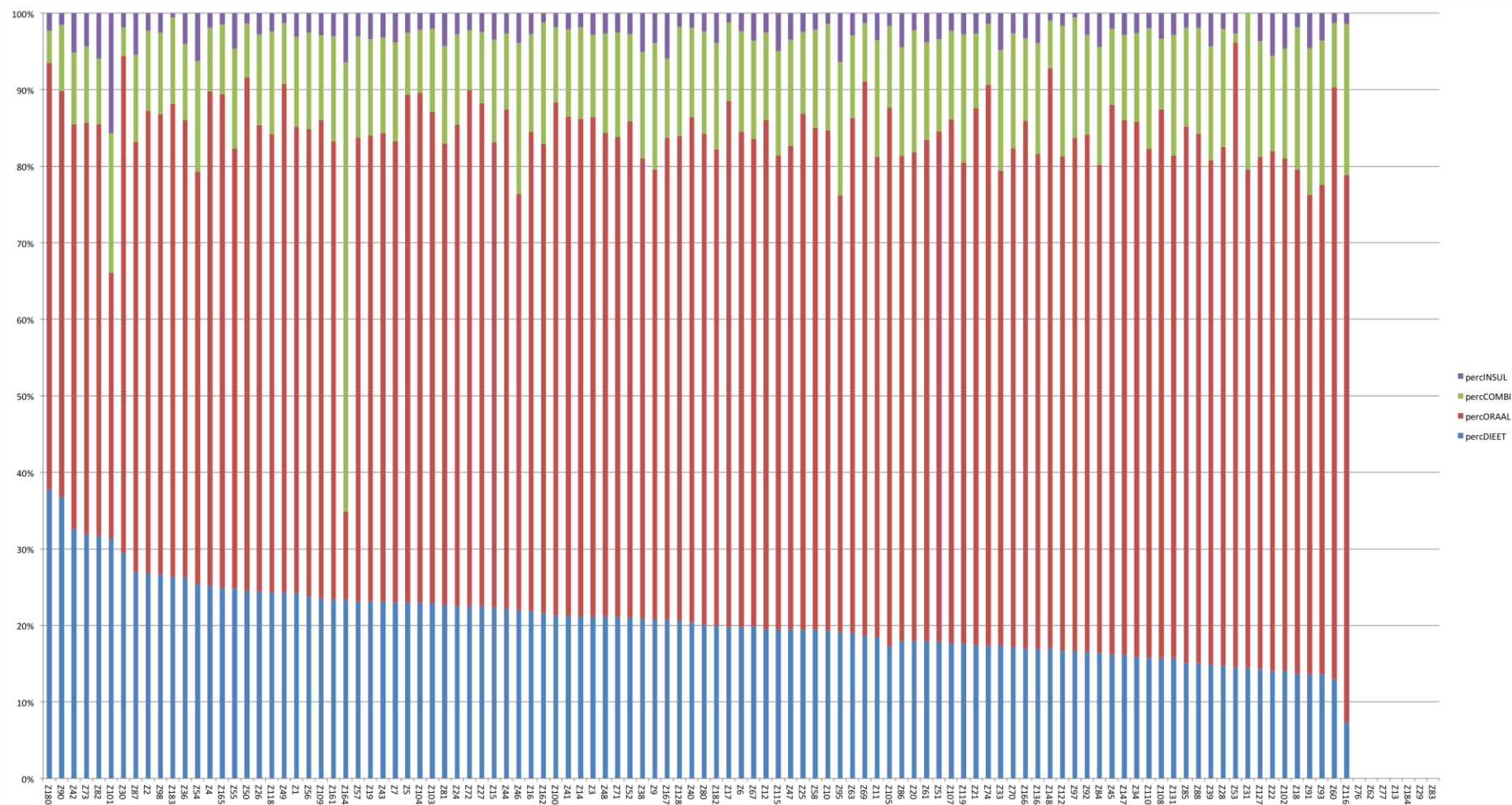
Grafiek 22: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie griepvaccinatie is gegeven



Grafiek 23: 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)

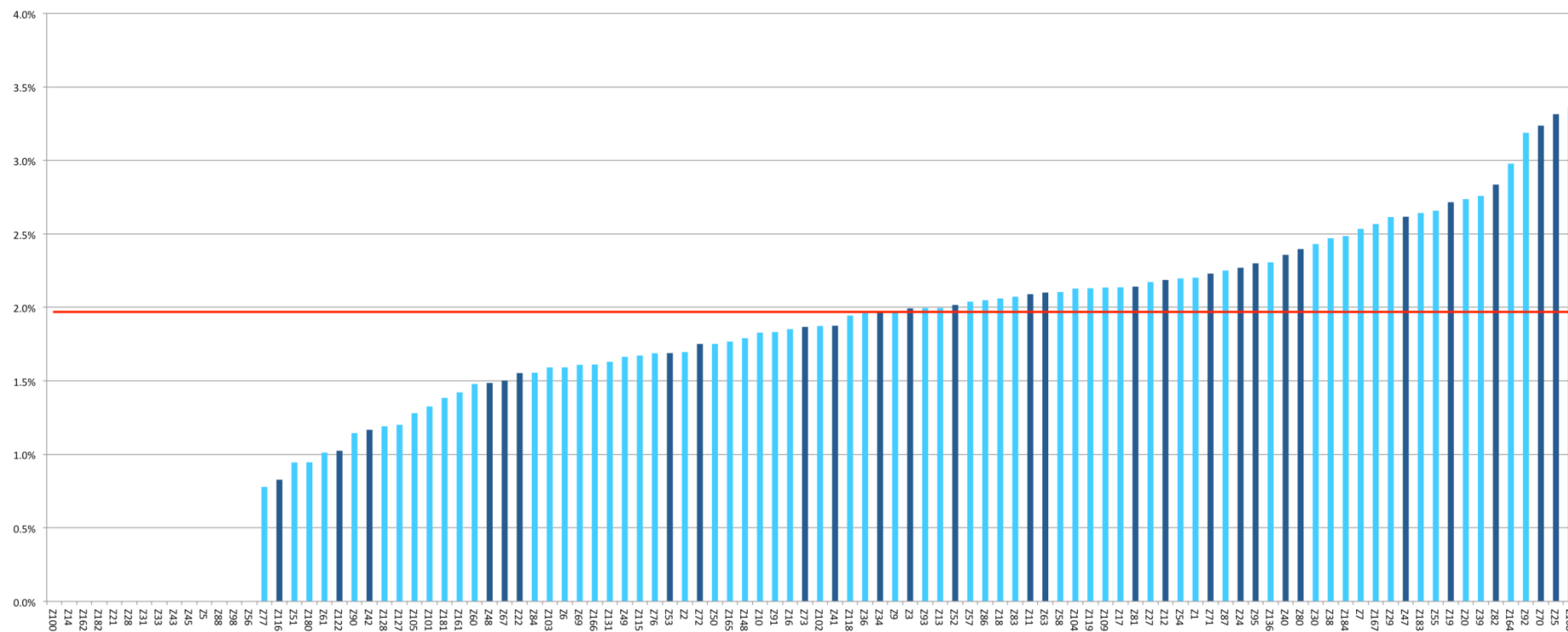


Grafiek 24: Verdeling medicamenteuze behandeling diabetespatiënten in zorgprogramma

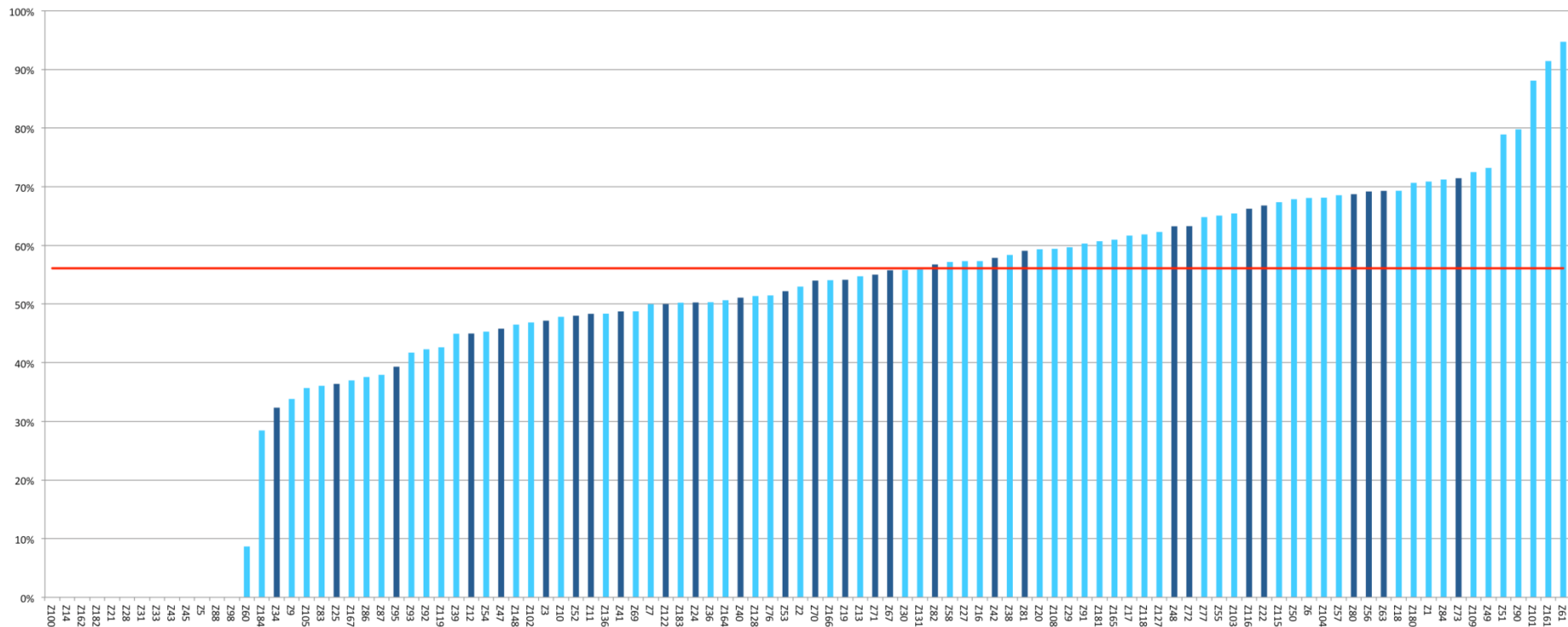


Bijlage II Grafieken COPD

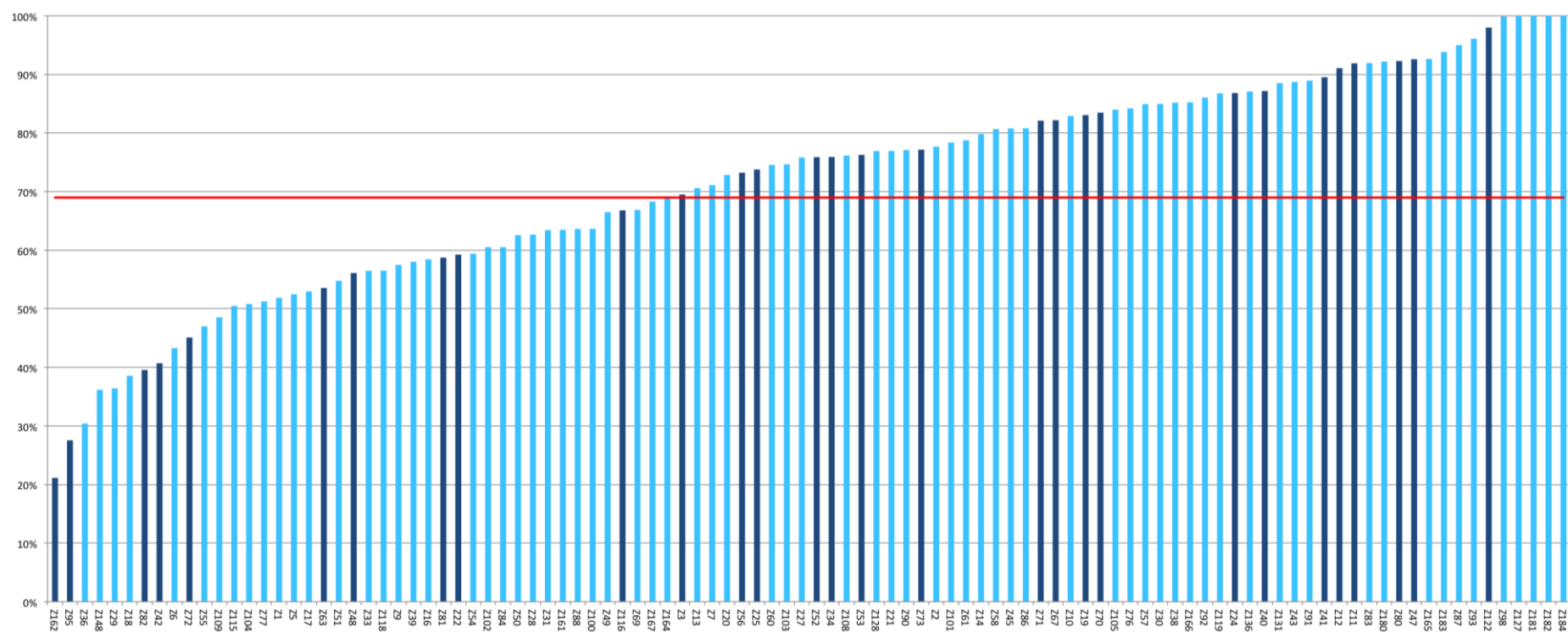
Grafiek 1: Prevalentie COPD patiënten



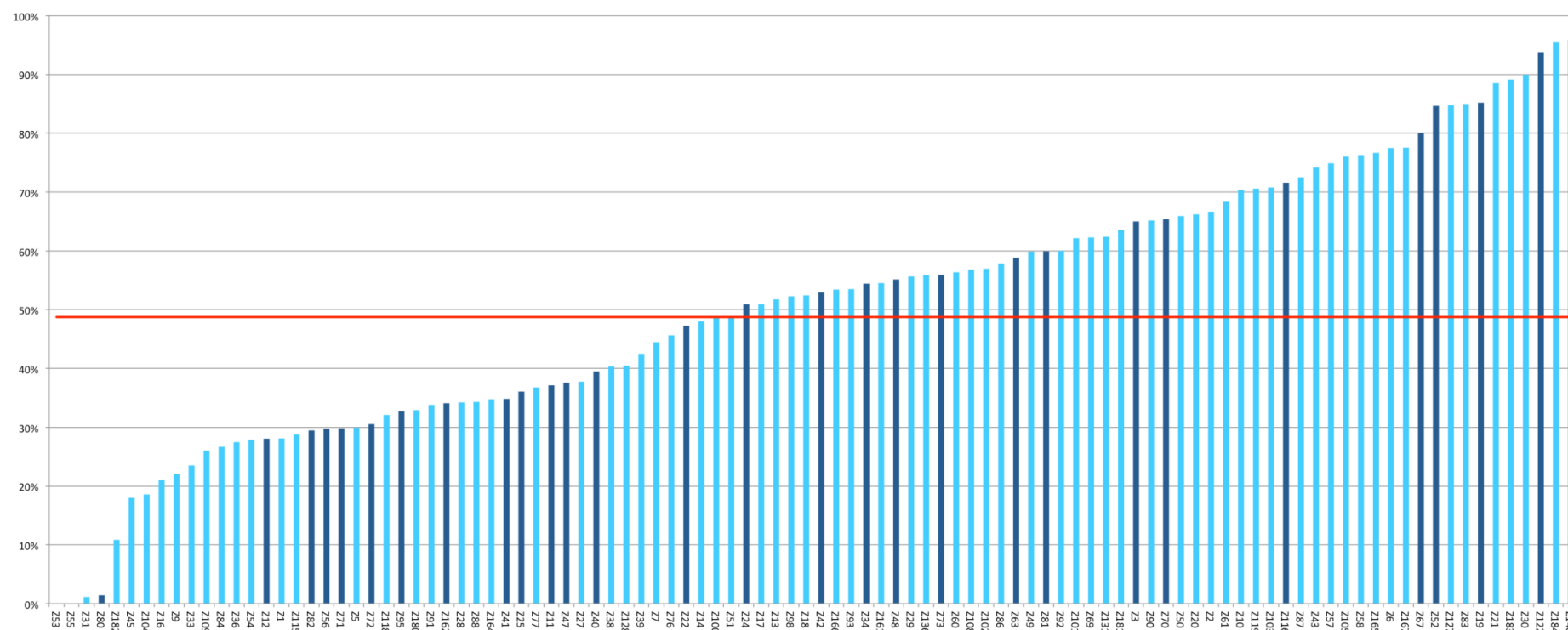
Grafiek 2: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma



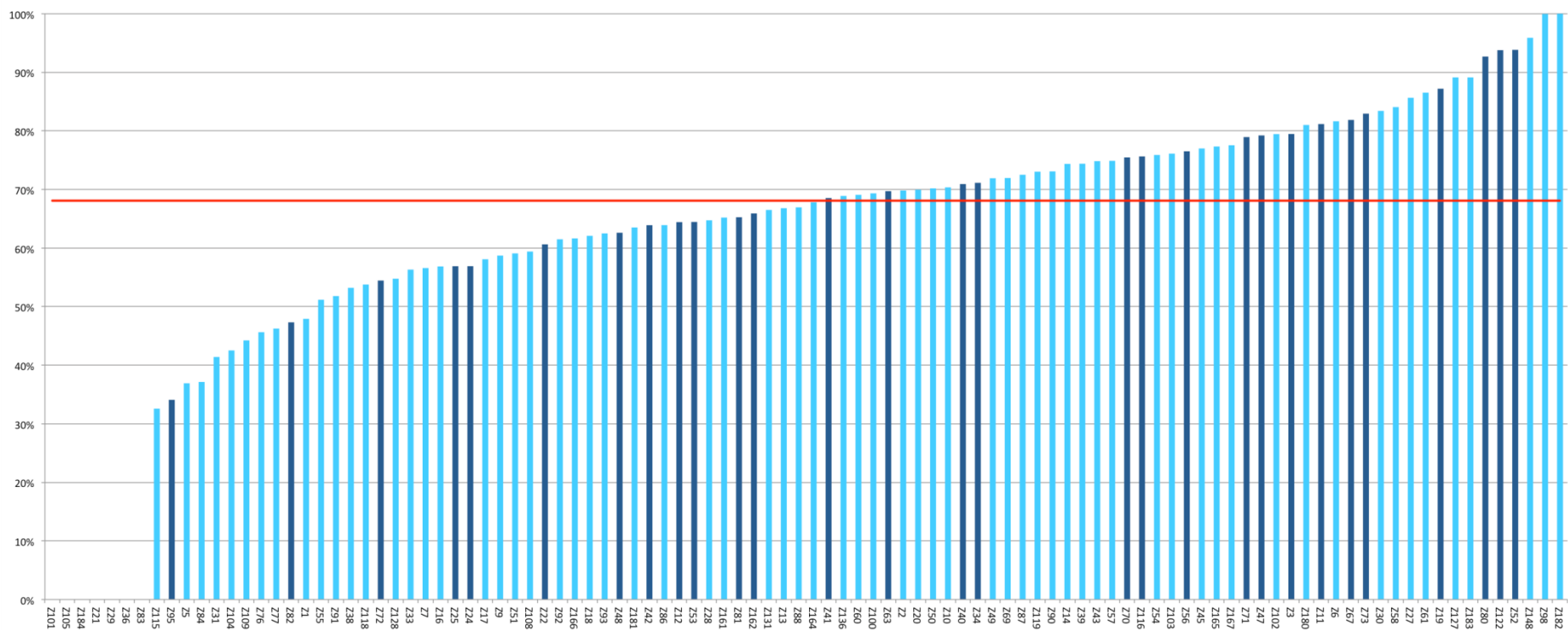
Grafiek 3: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd



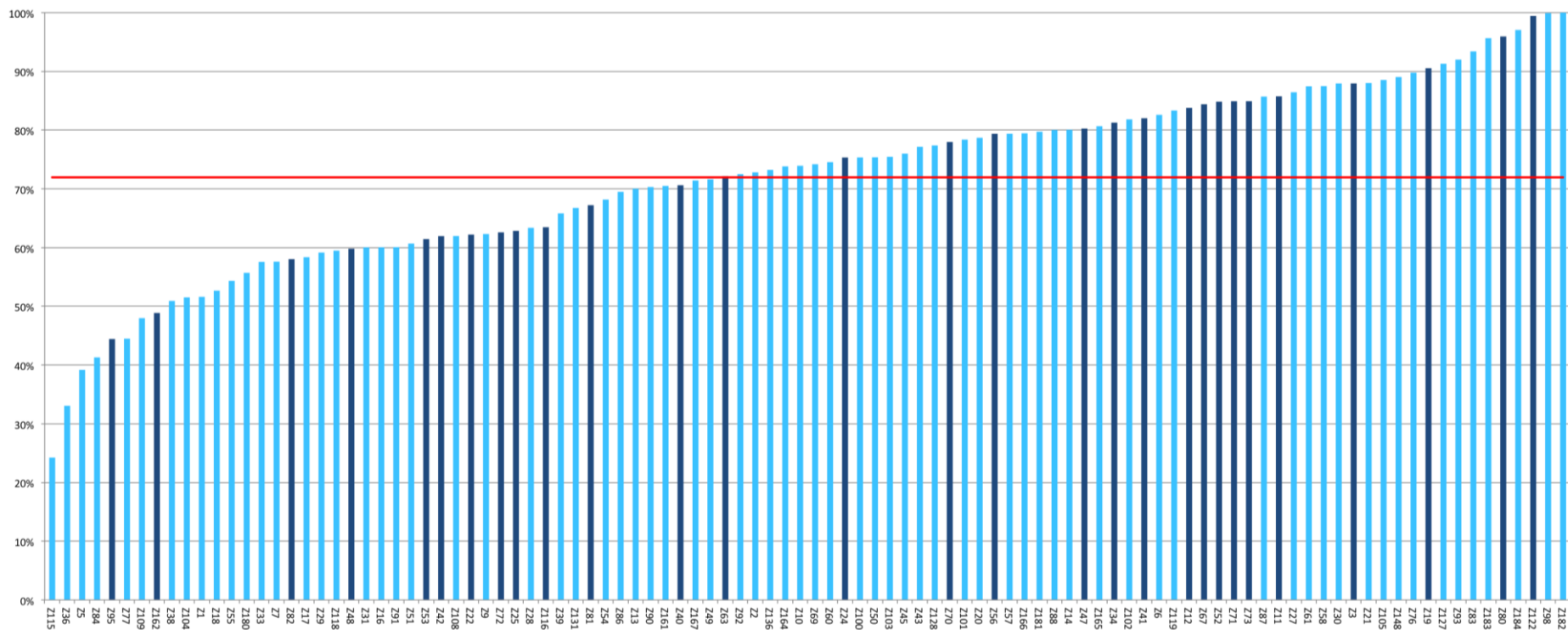
Grafiek 4: Percentage COPD patiënten bij wie longfunctie is bepaald met FEV₁ post BD EN FVC post BD EN FEV₁/FVC ratio post BD



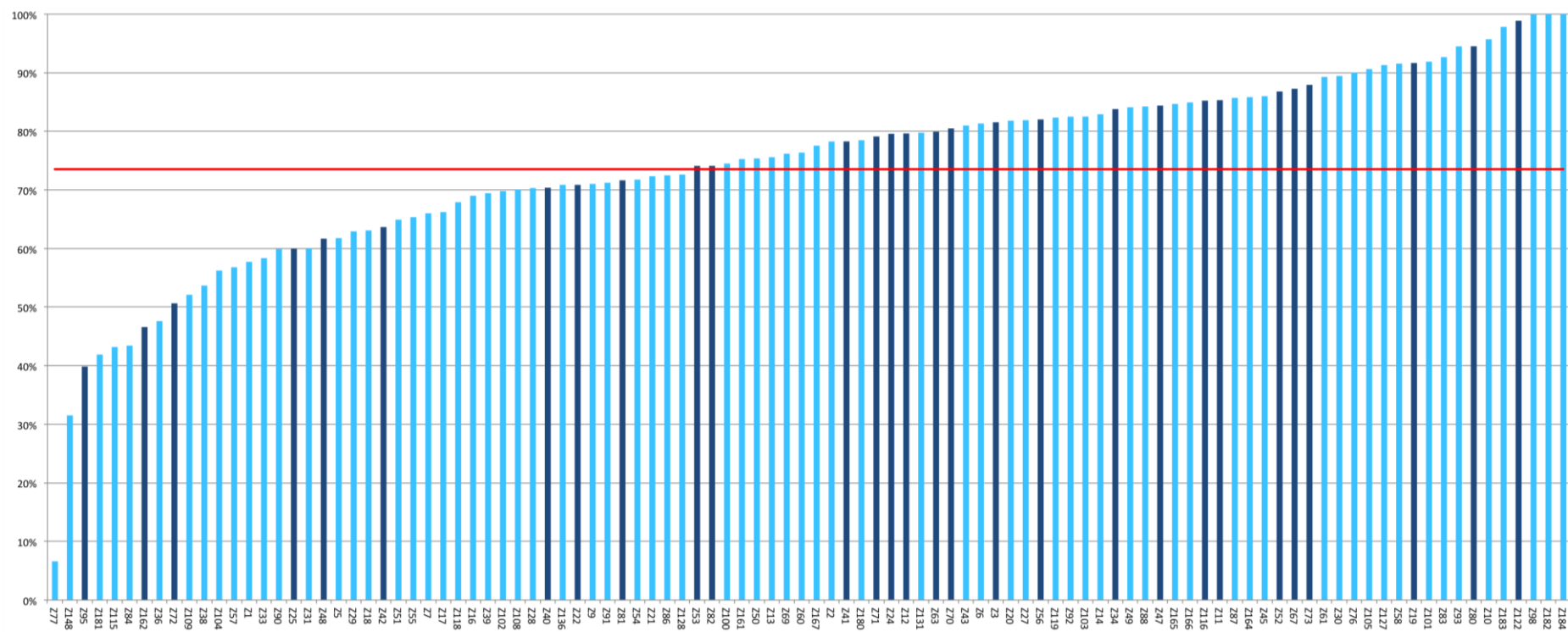
Grafiek 5: Percentage COPD patiënten bij wie longfunctie is bepaald met FEV₁ of FVC of FEV₁/FVC post of pre BD



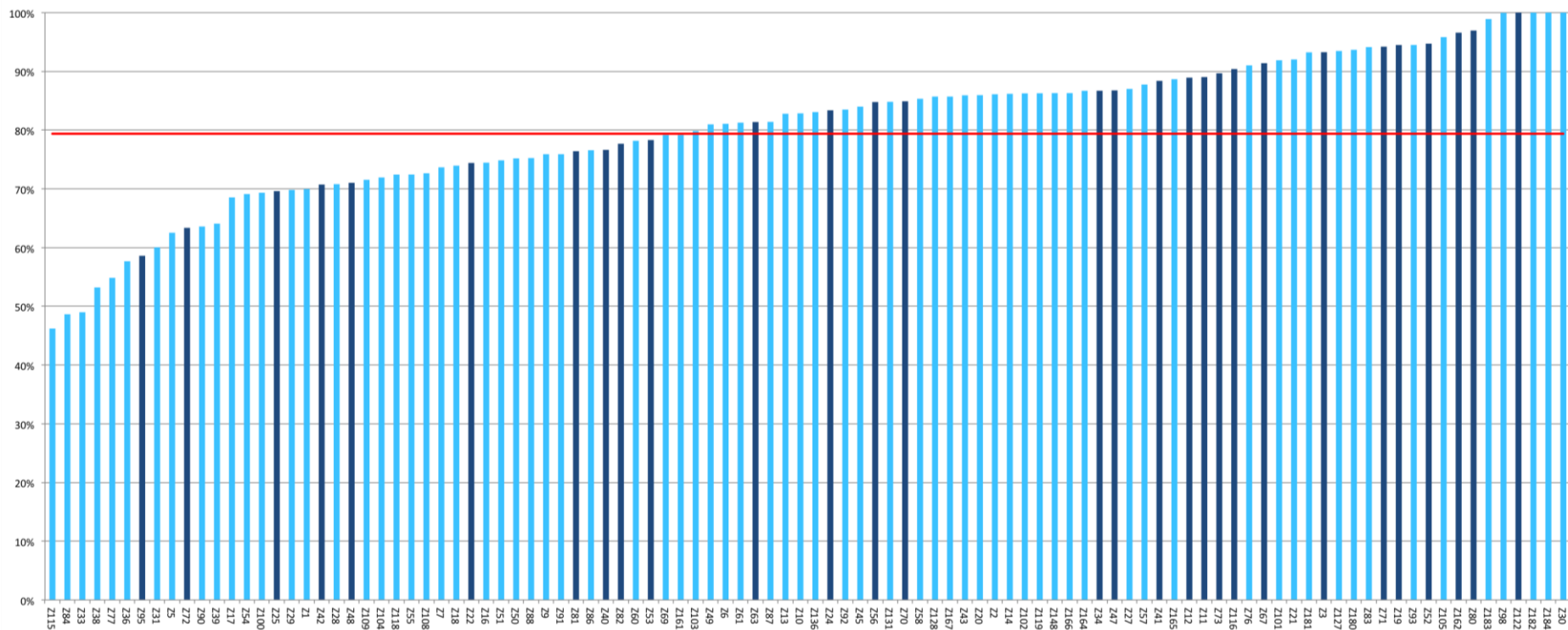
Grafiek 6: Percentage COPD patiënten bij wie functioneren (MRC | CCQ | RIQ-MON10) is vastgelegd



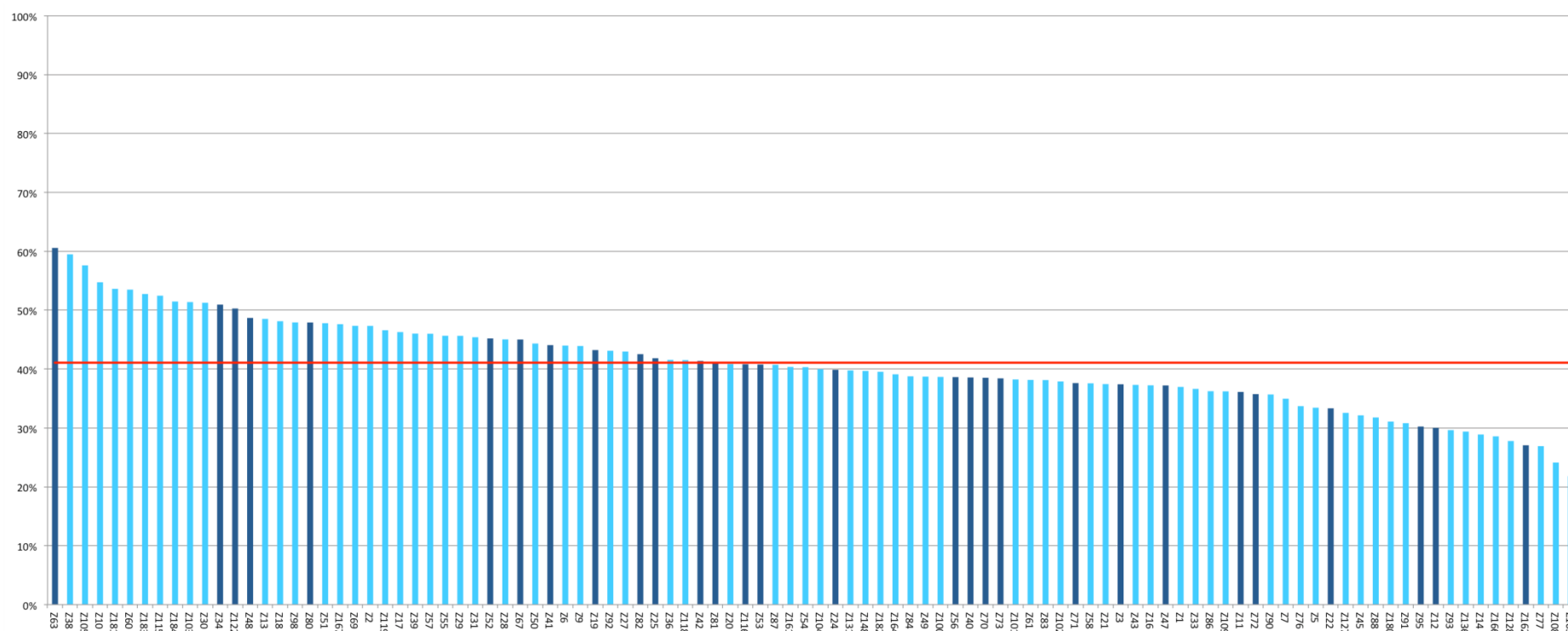
Grafiek 7: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma bij wie mate van bewegen is gecontroleerd



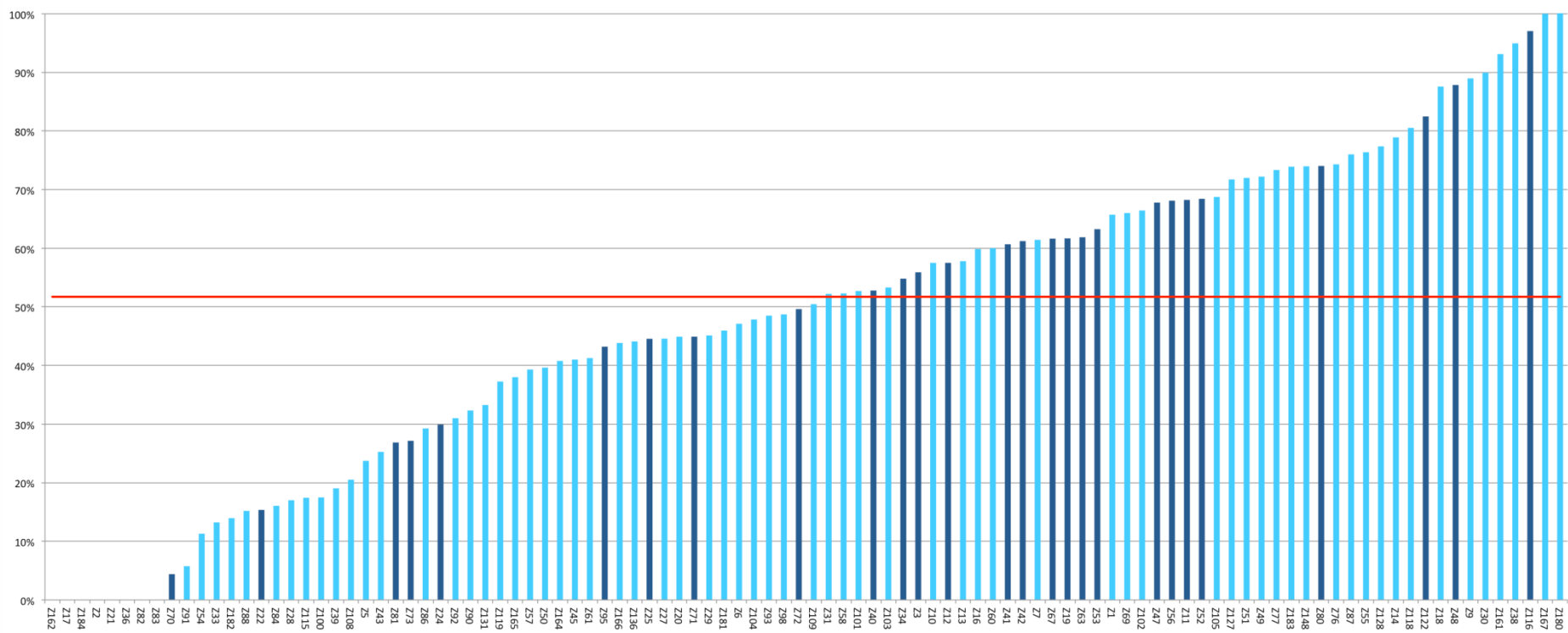
Grafiek 8: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



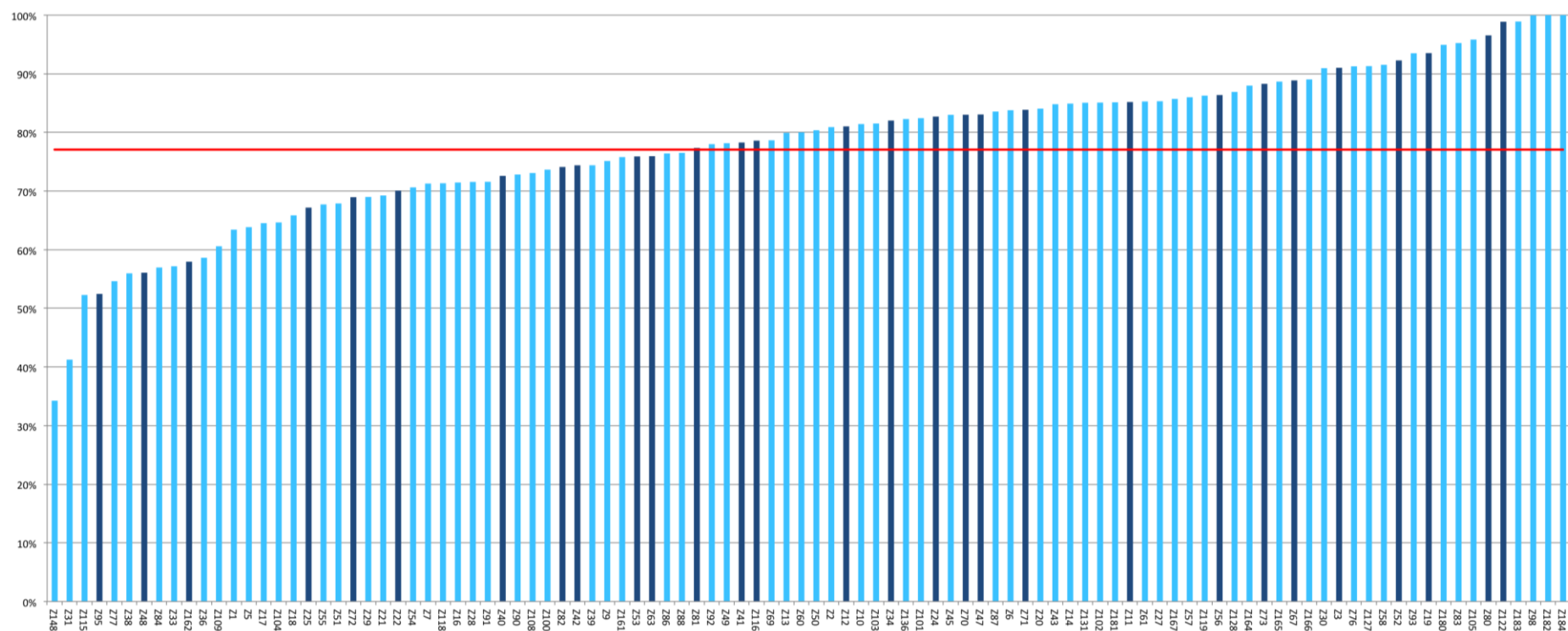
Grafiek 9: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



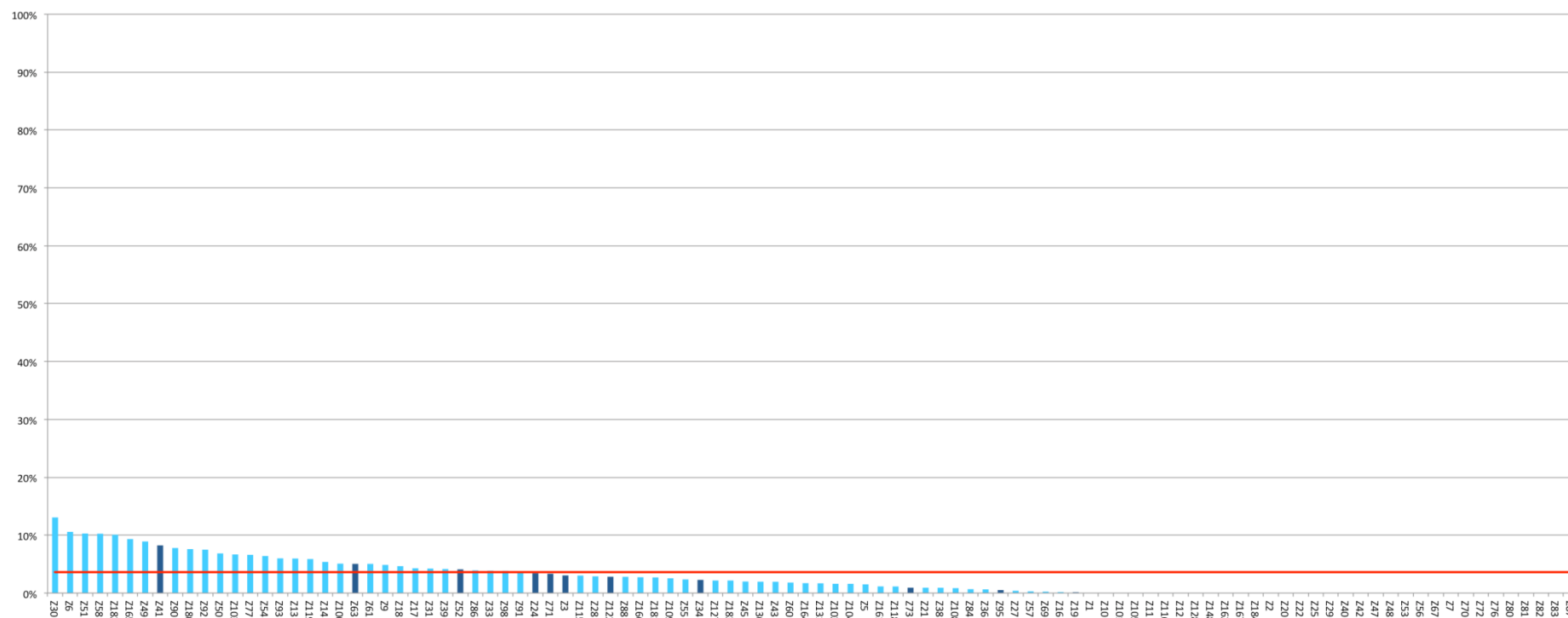
Grafiek 10: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met griepvaccinatie



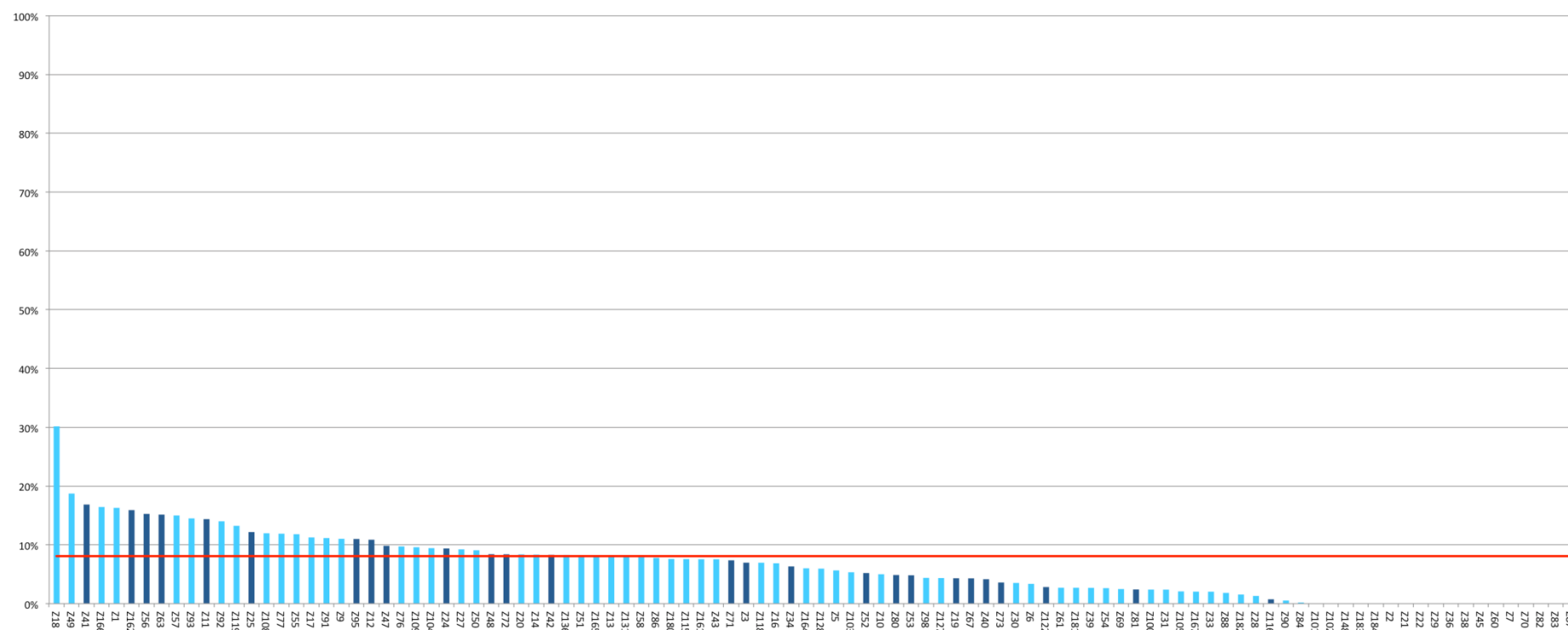
Grafiek 11: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index berekend is



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

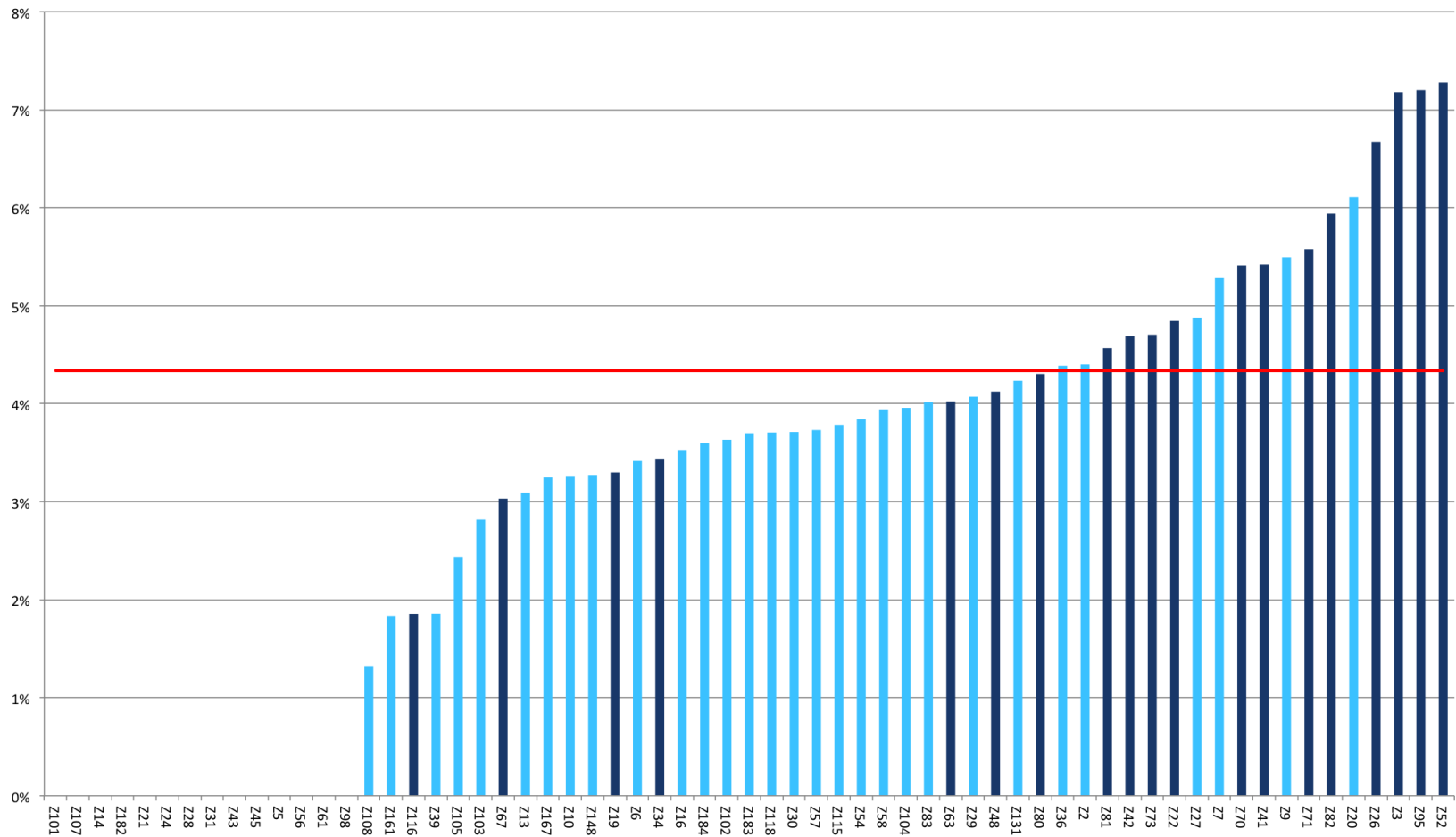


Grafiek 13: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met 2 of meer stootkuren

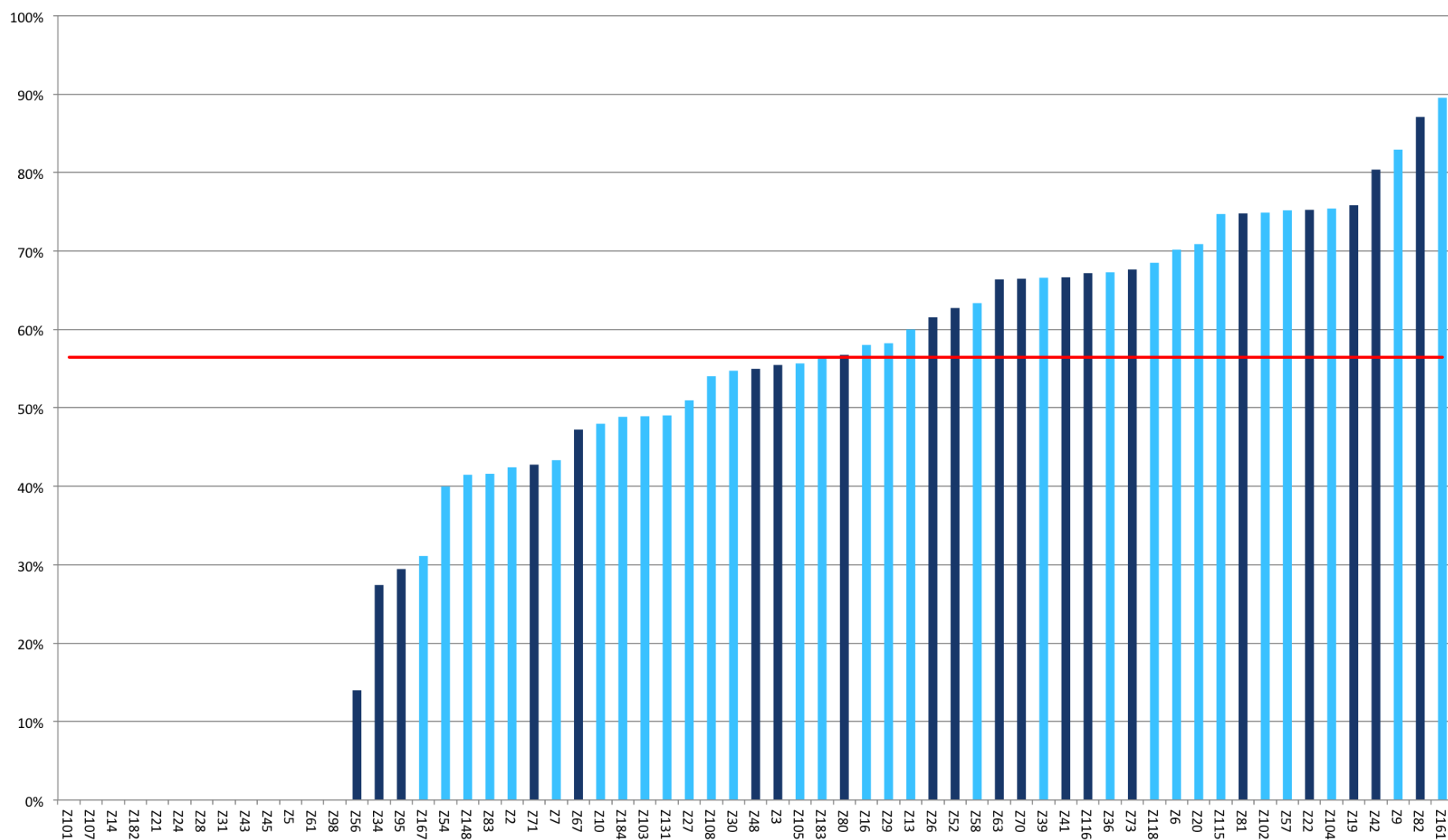


Bijlage III Grafieken HVZ

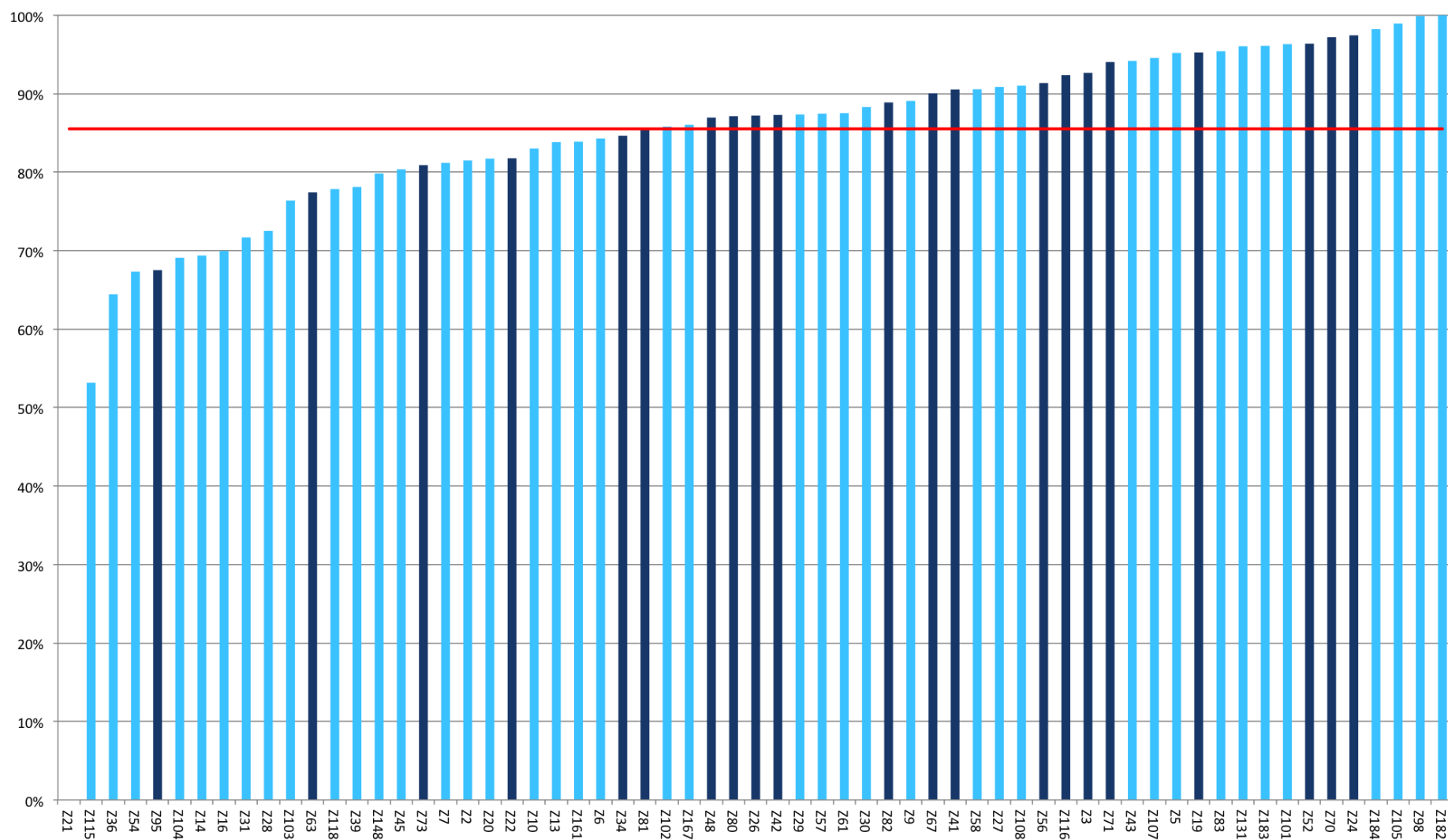
Grafiek 1: Prevalentie HVZ



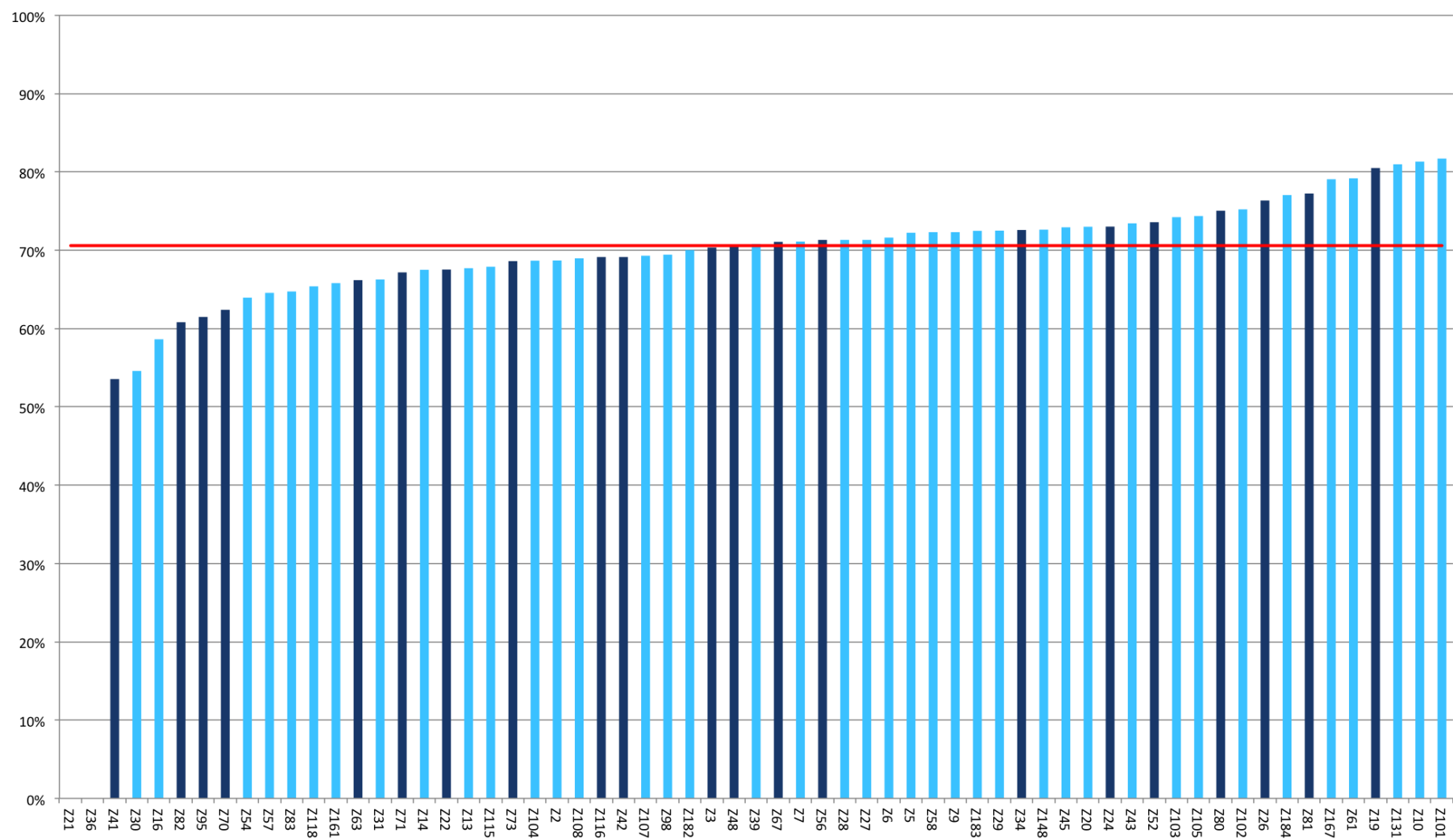
Grafiek 2: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma



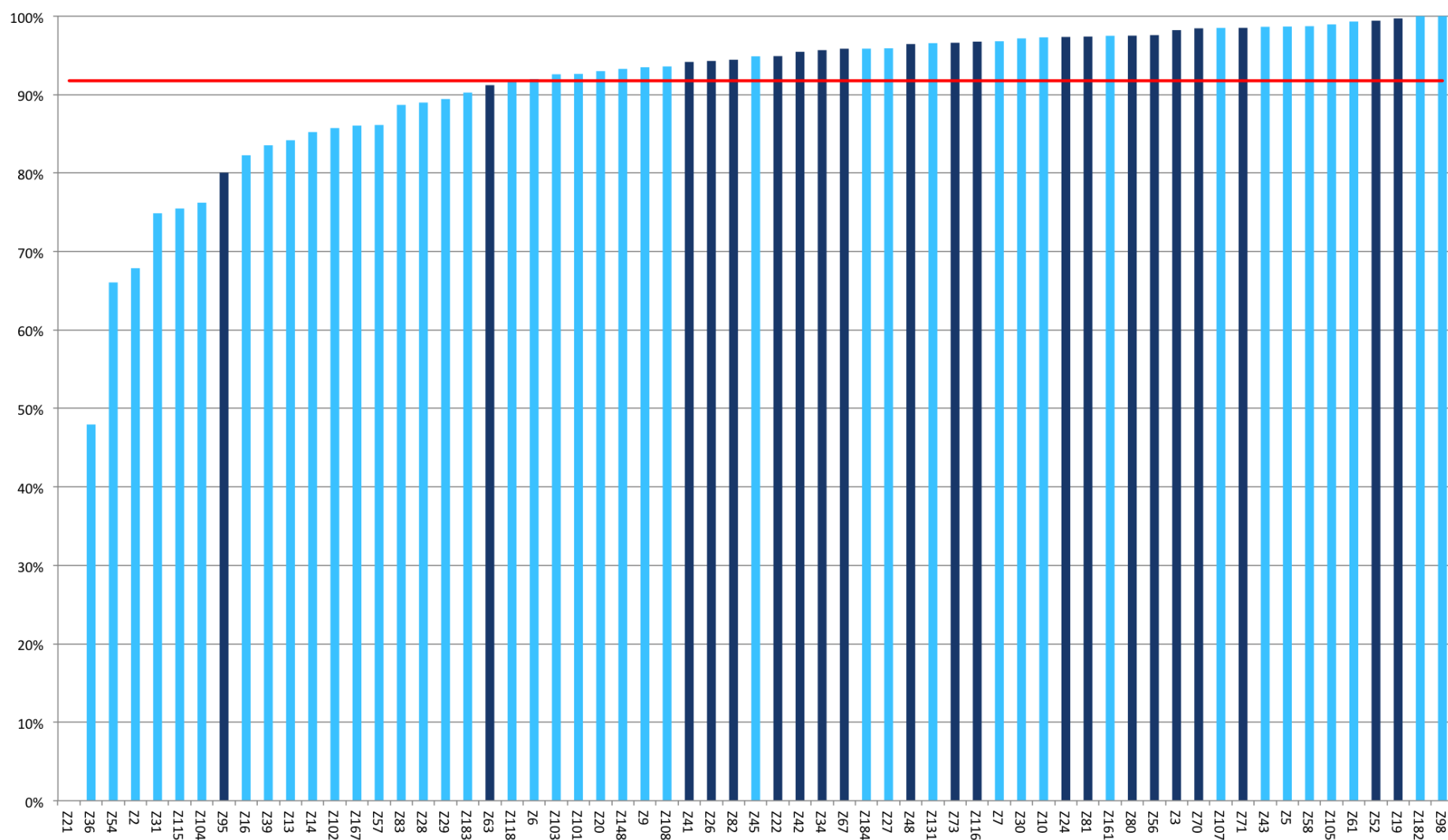
Grafiek 3: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten



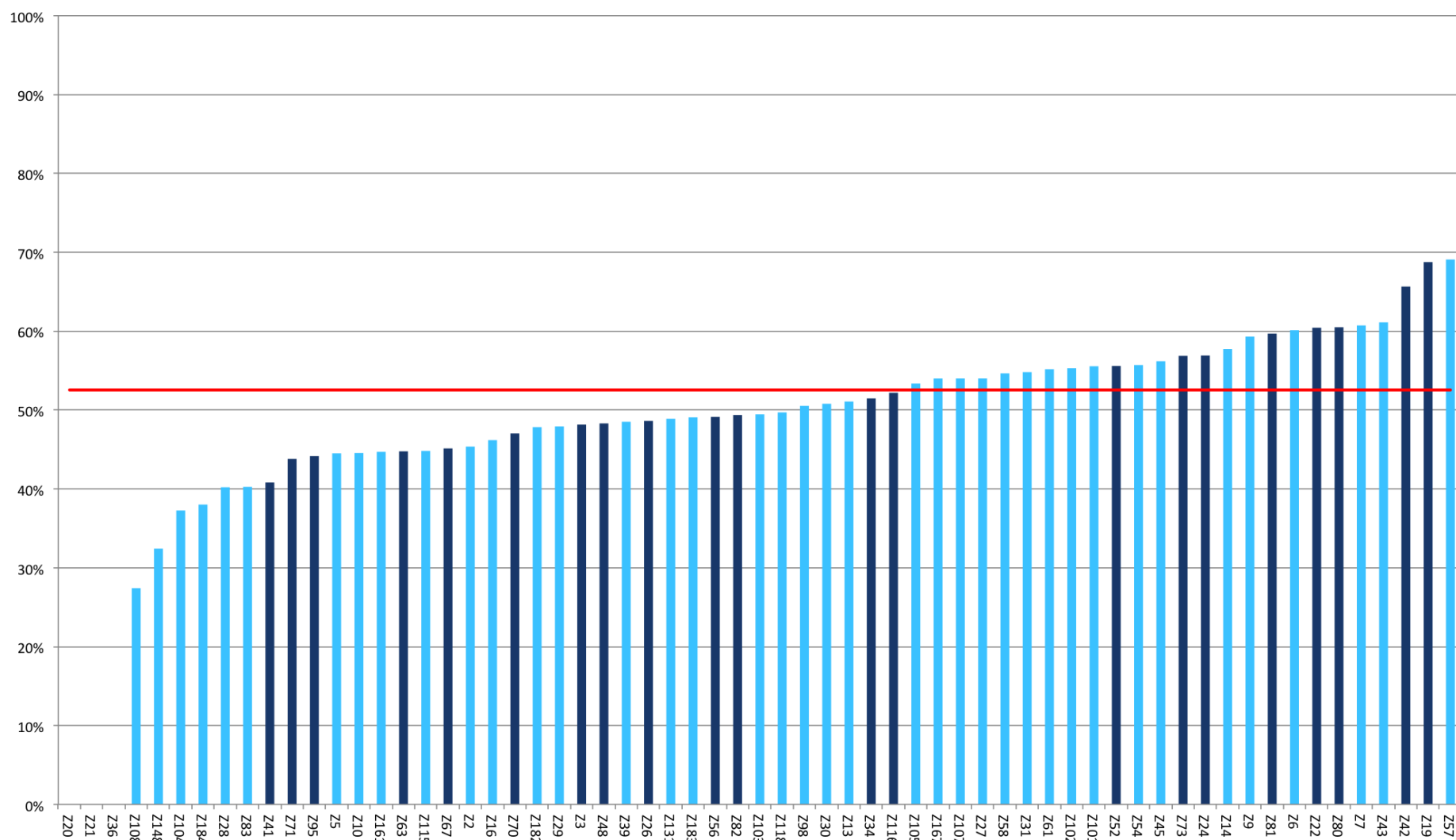
Grafiek 4: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk <= 140 mmHG



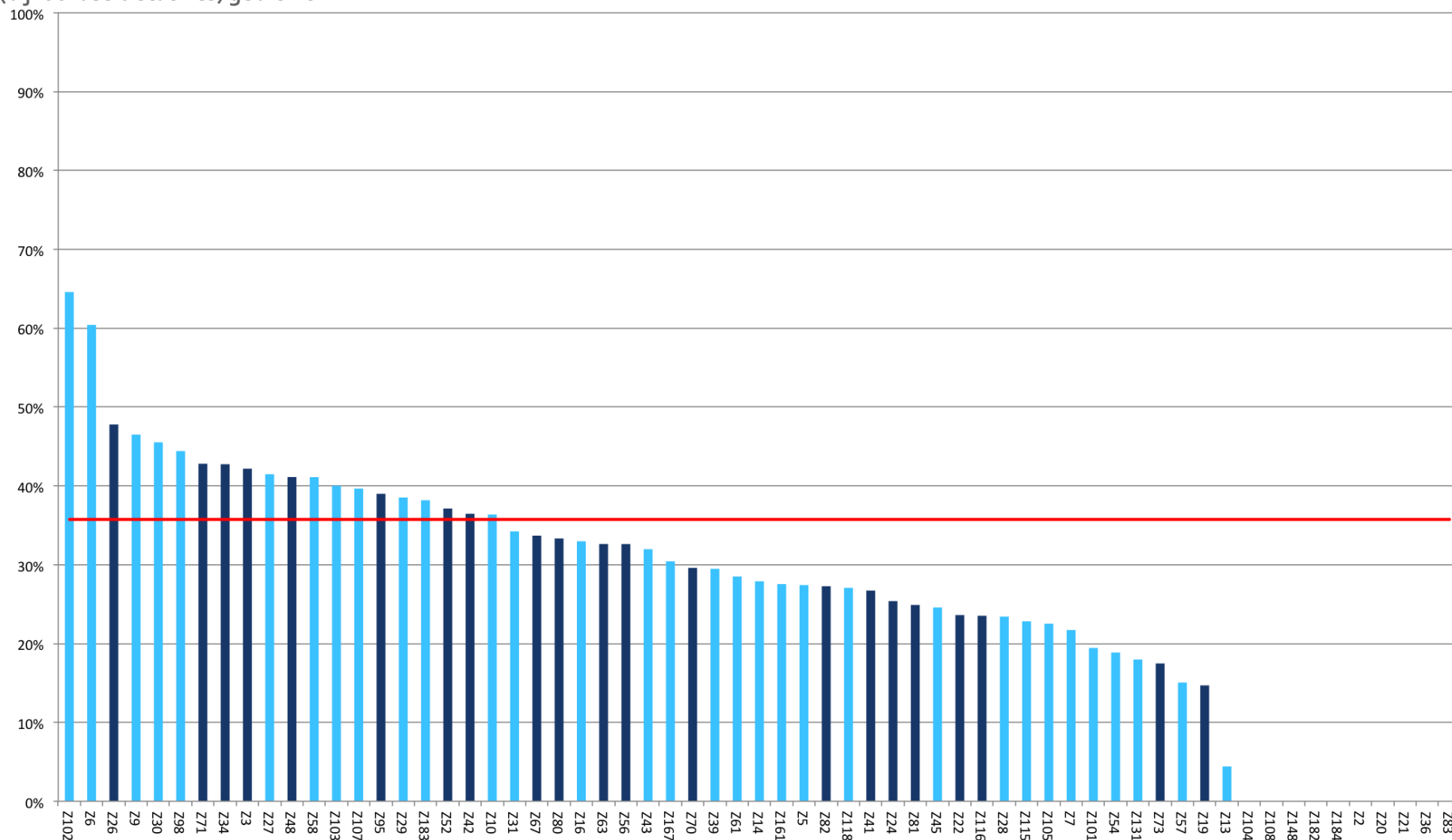
Grafiek 5: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie LDL is bepaald



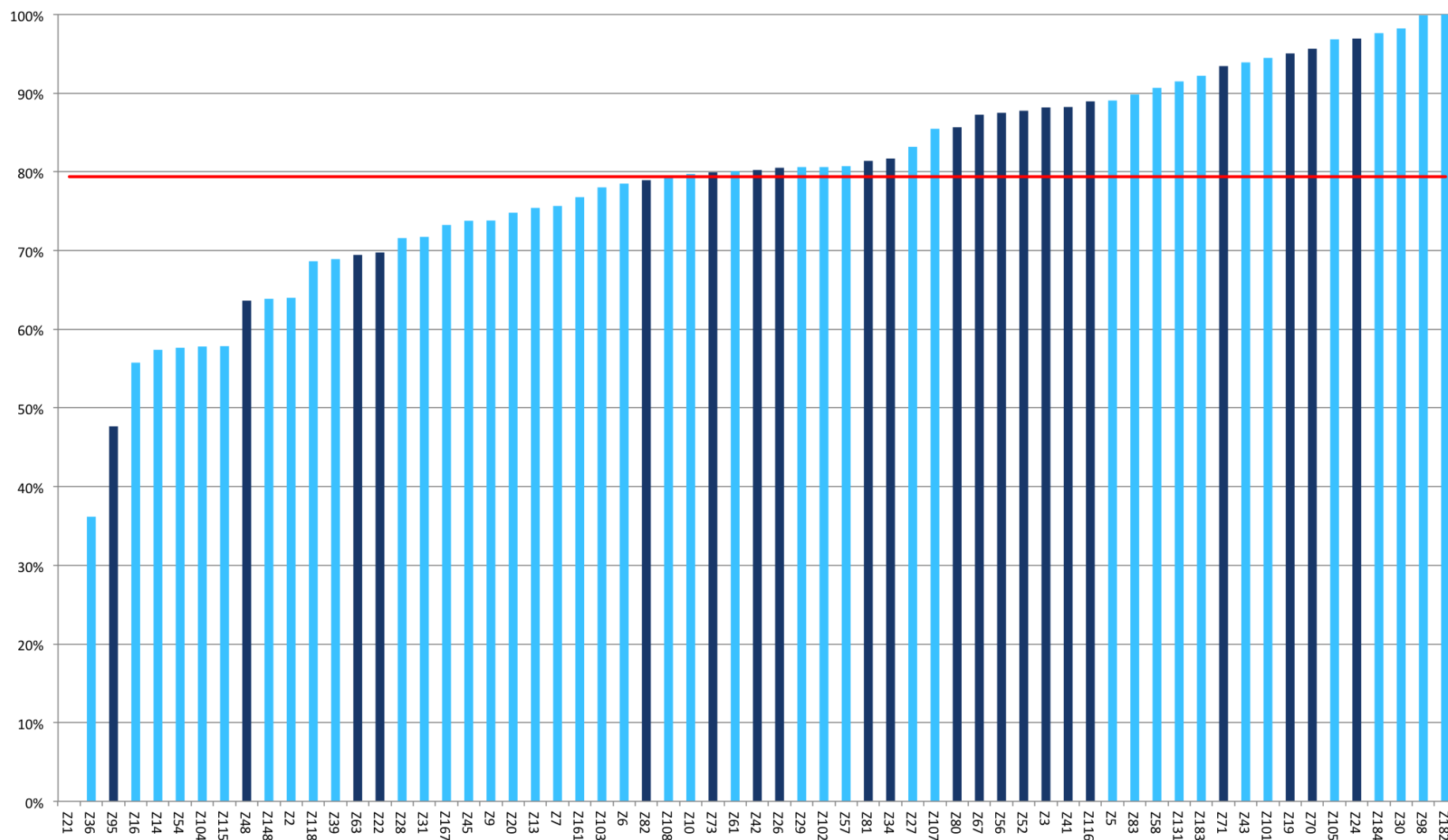
Grafiek 6: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde <= aan 2,5 mmol/l



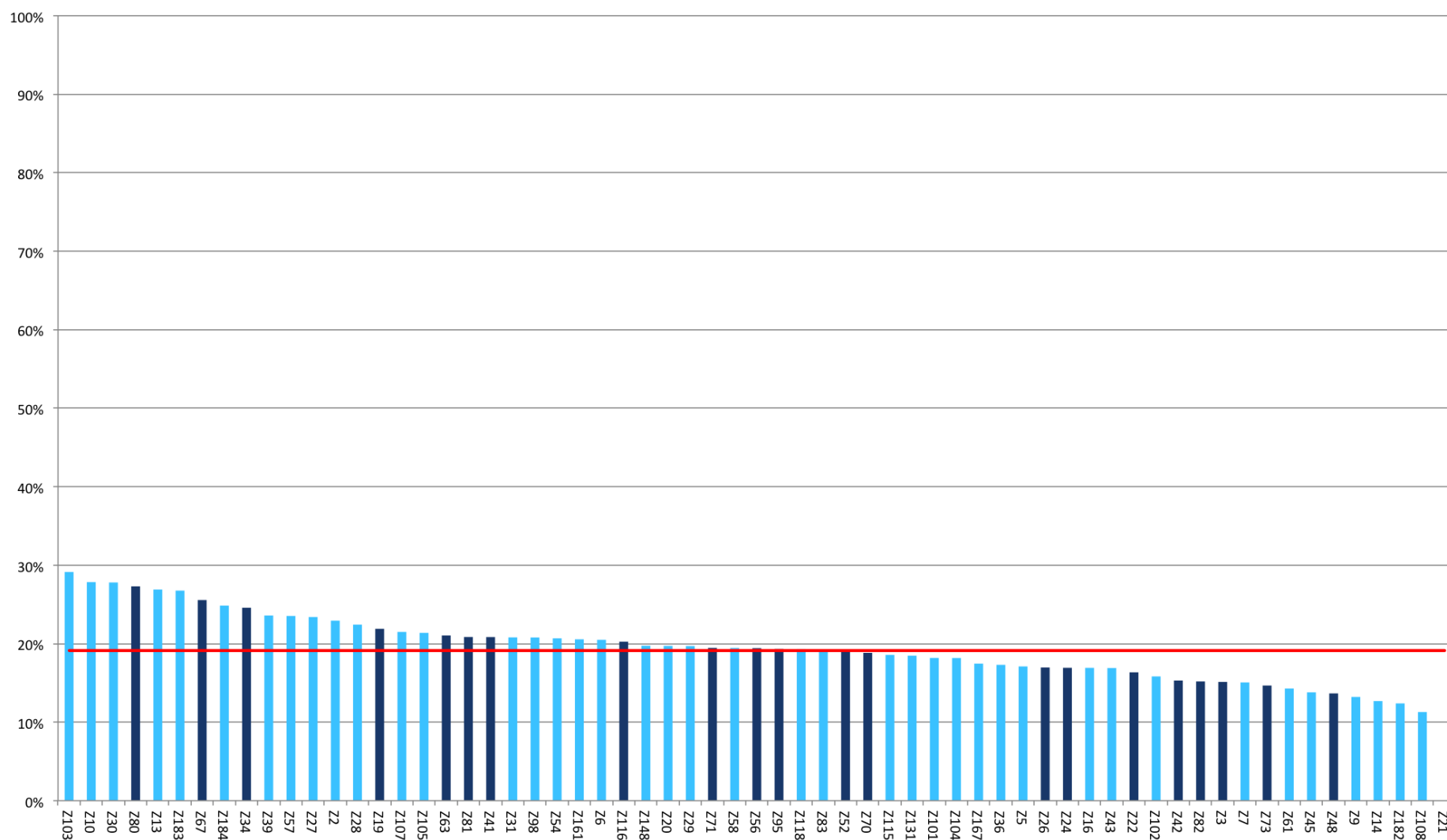
Grafiek 7: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma met LDL-cholesterolwaarde > 2,5 mmol/l dat GEEN lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt



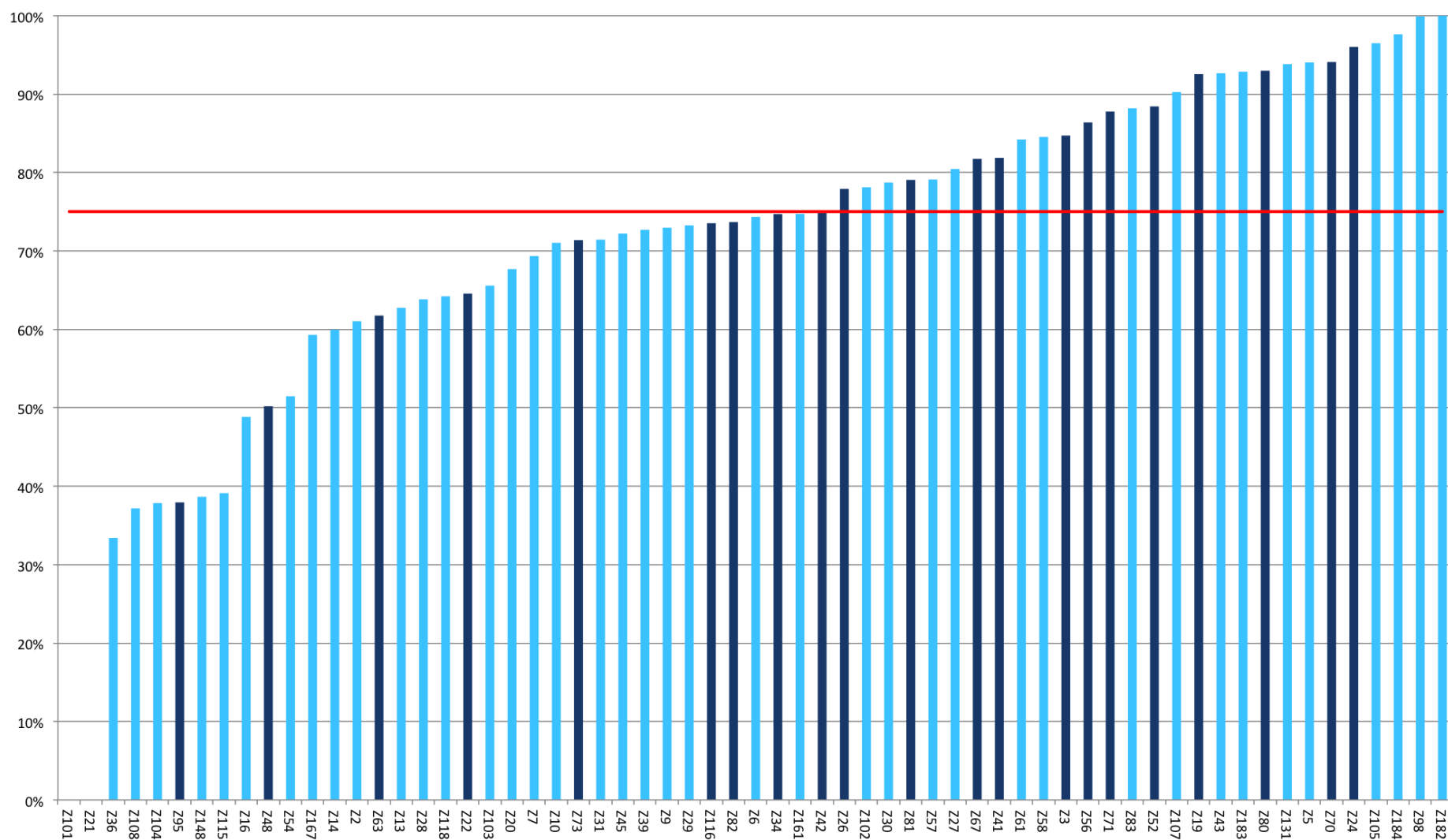
Grafiek 8: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



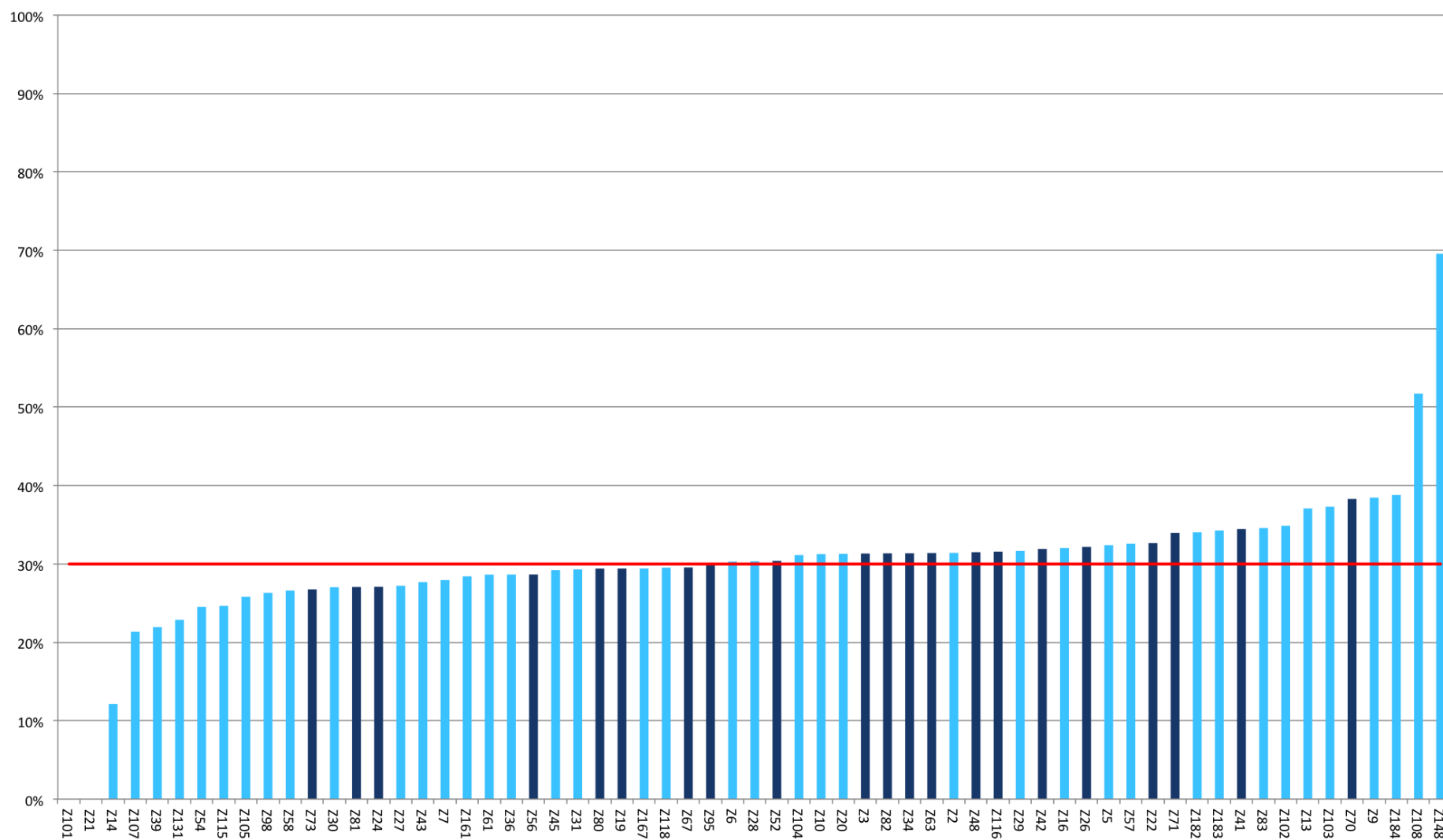
Grafiek 9: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd dat rookt



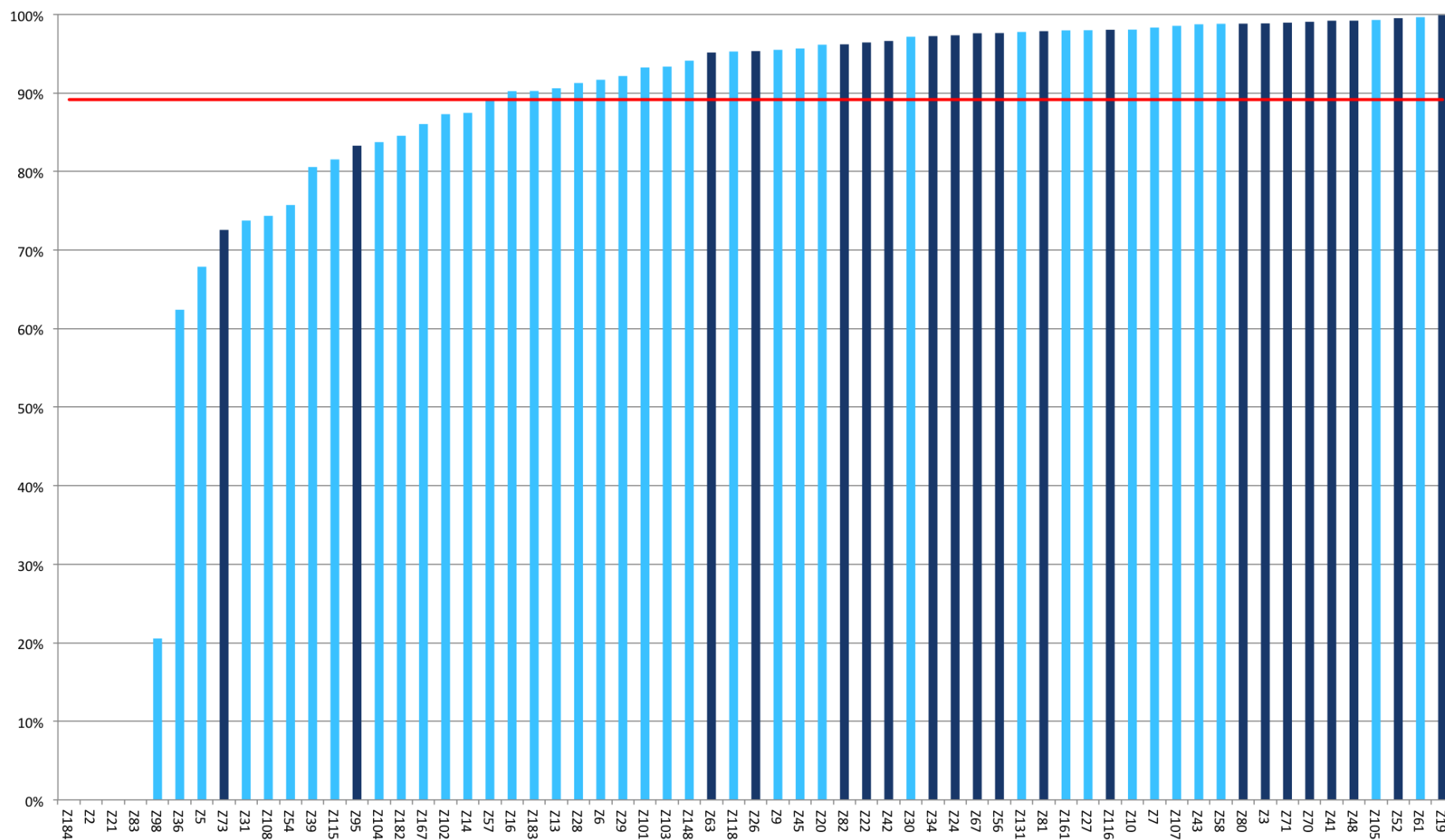
Grafiek 10: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index berekend is



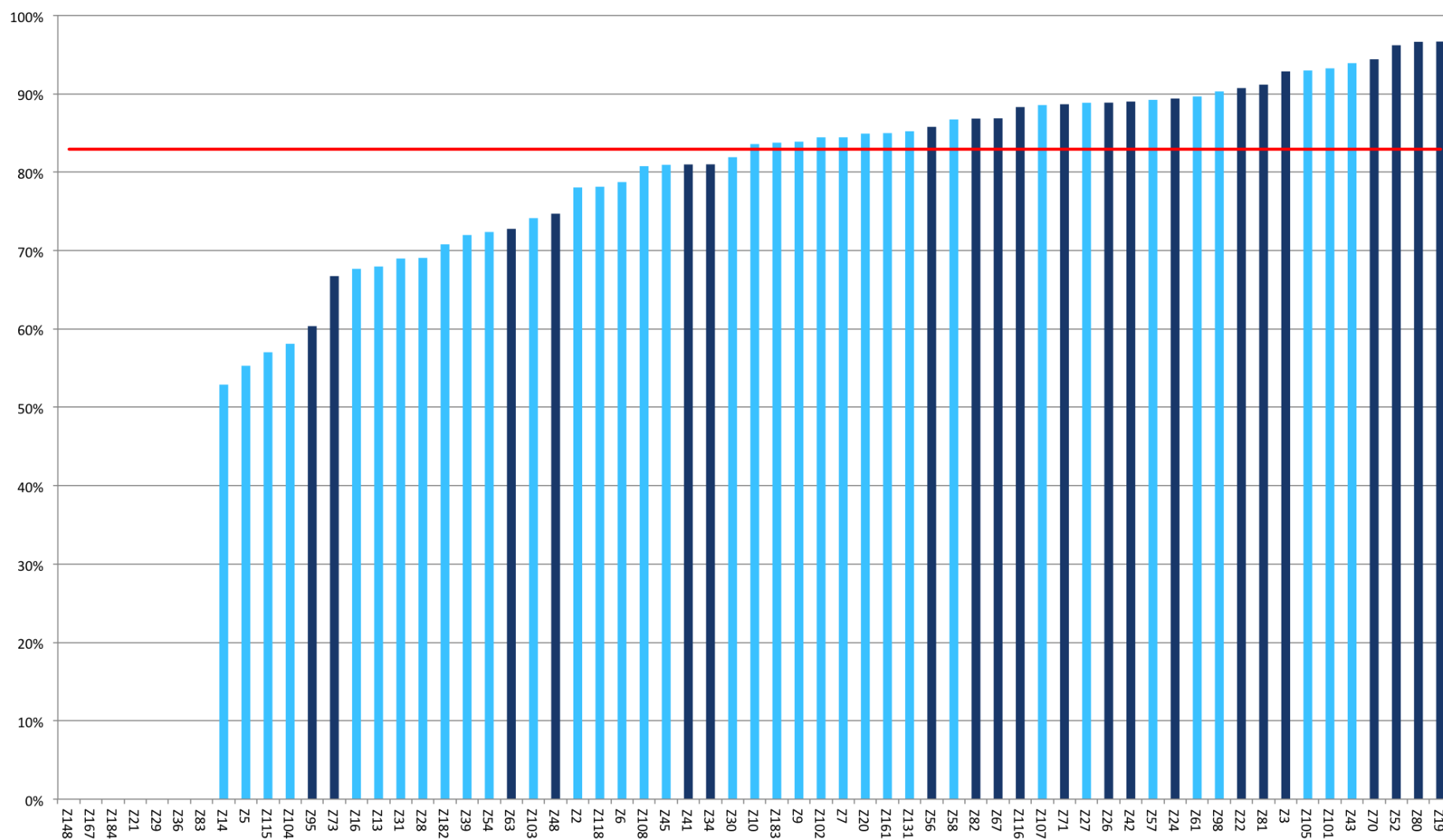
Grafiek 11: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie BMI berekend is met BMI < 25 kg/m²



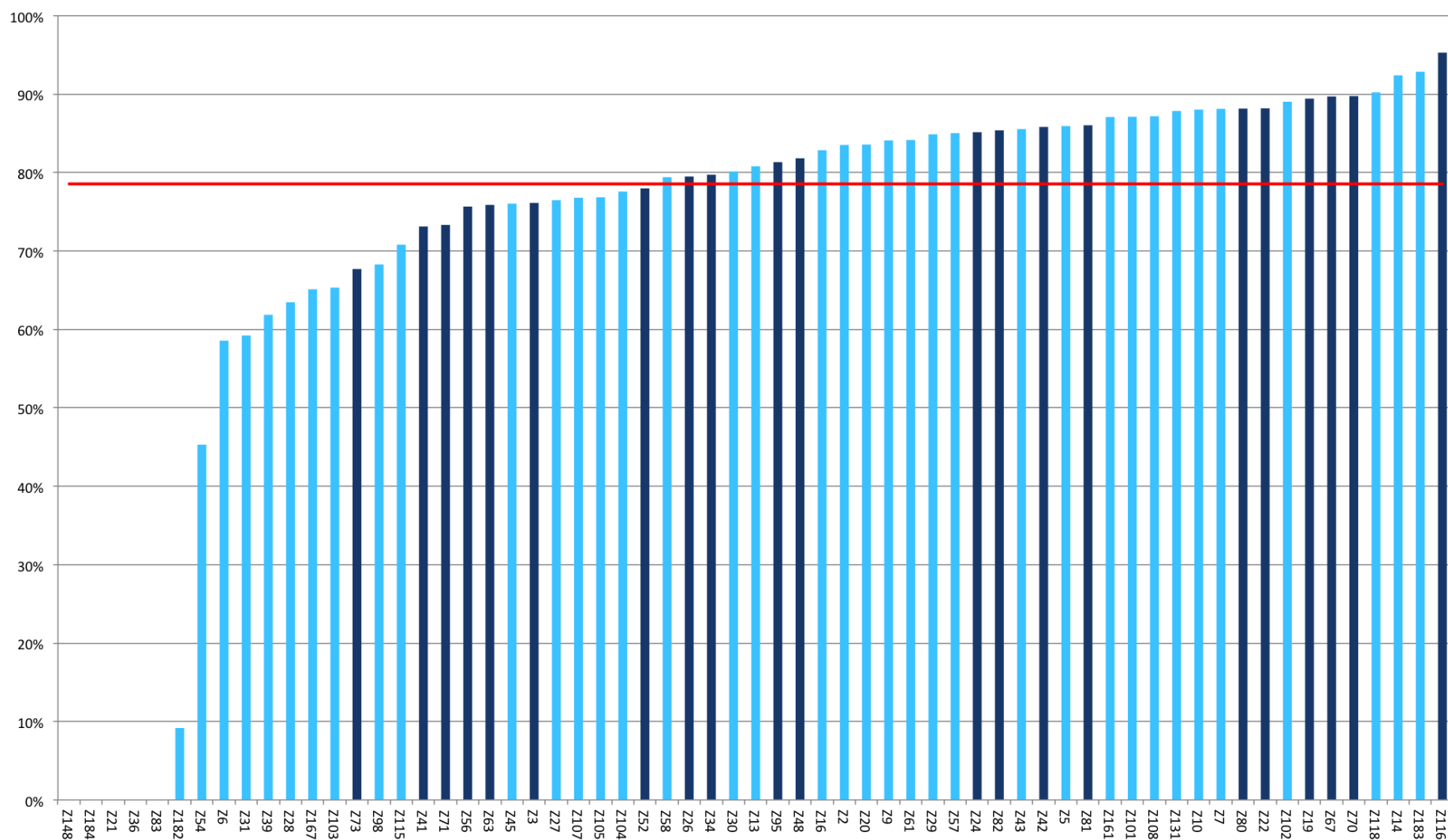
Grafiek 12: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is gemeten in afgelopen vijf jaar



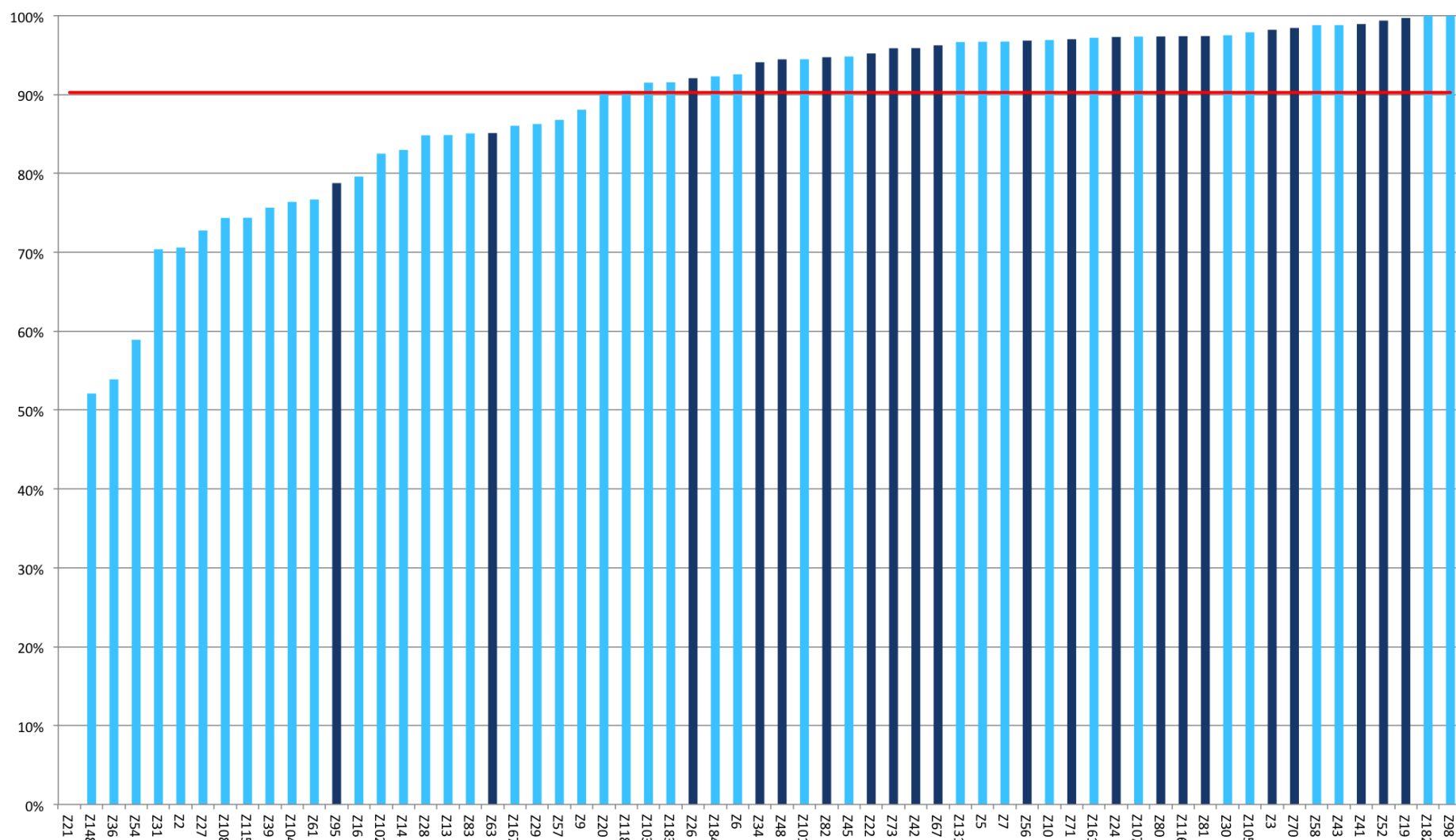
Grafiek 13: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is gemeten in afgelopen jaar



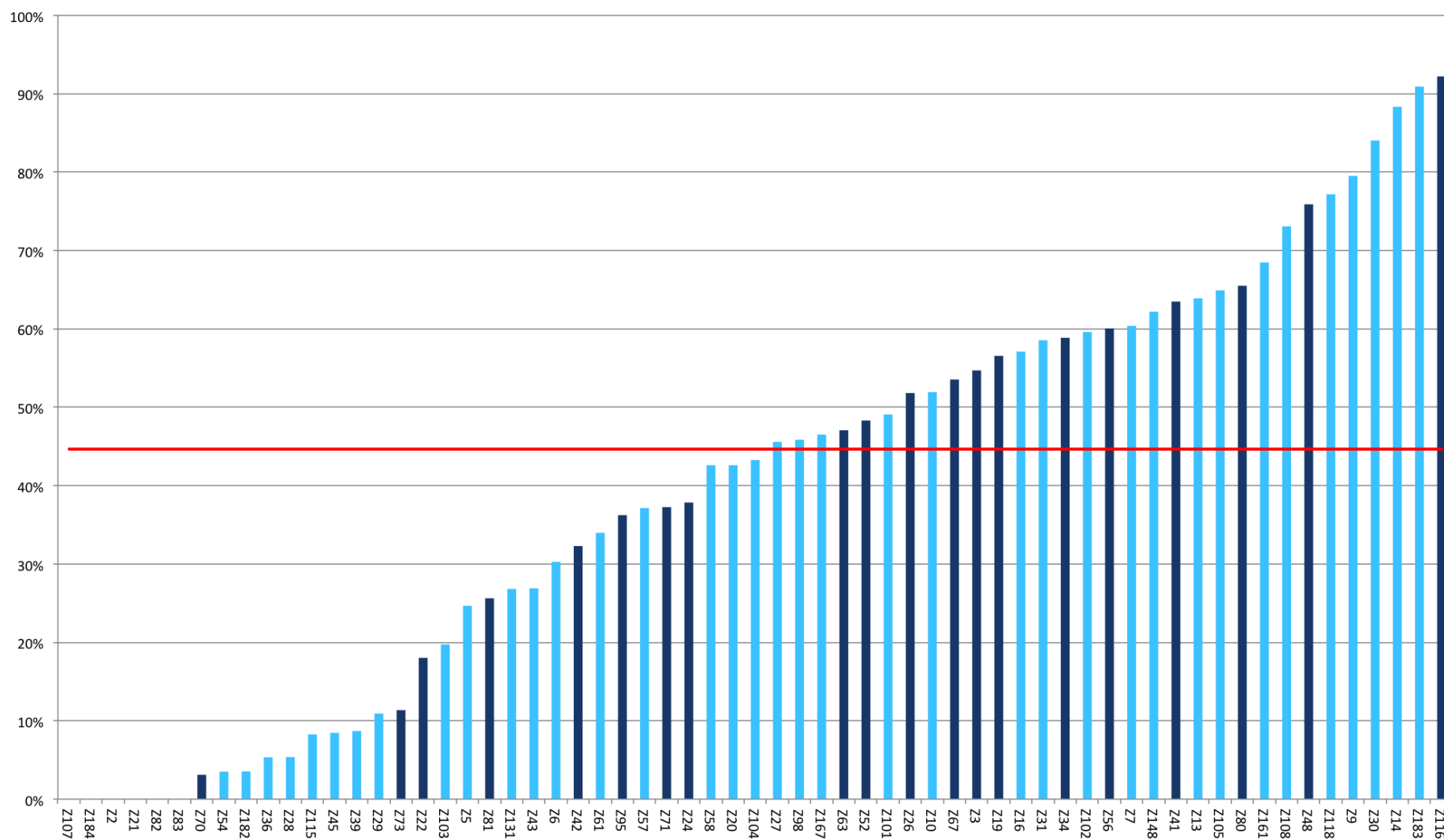
Grafiek 14: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma met antistollingsmiddelen of plaatsjesaggregatieremmers in meetperiode



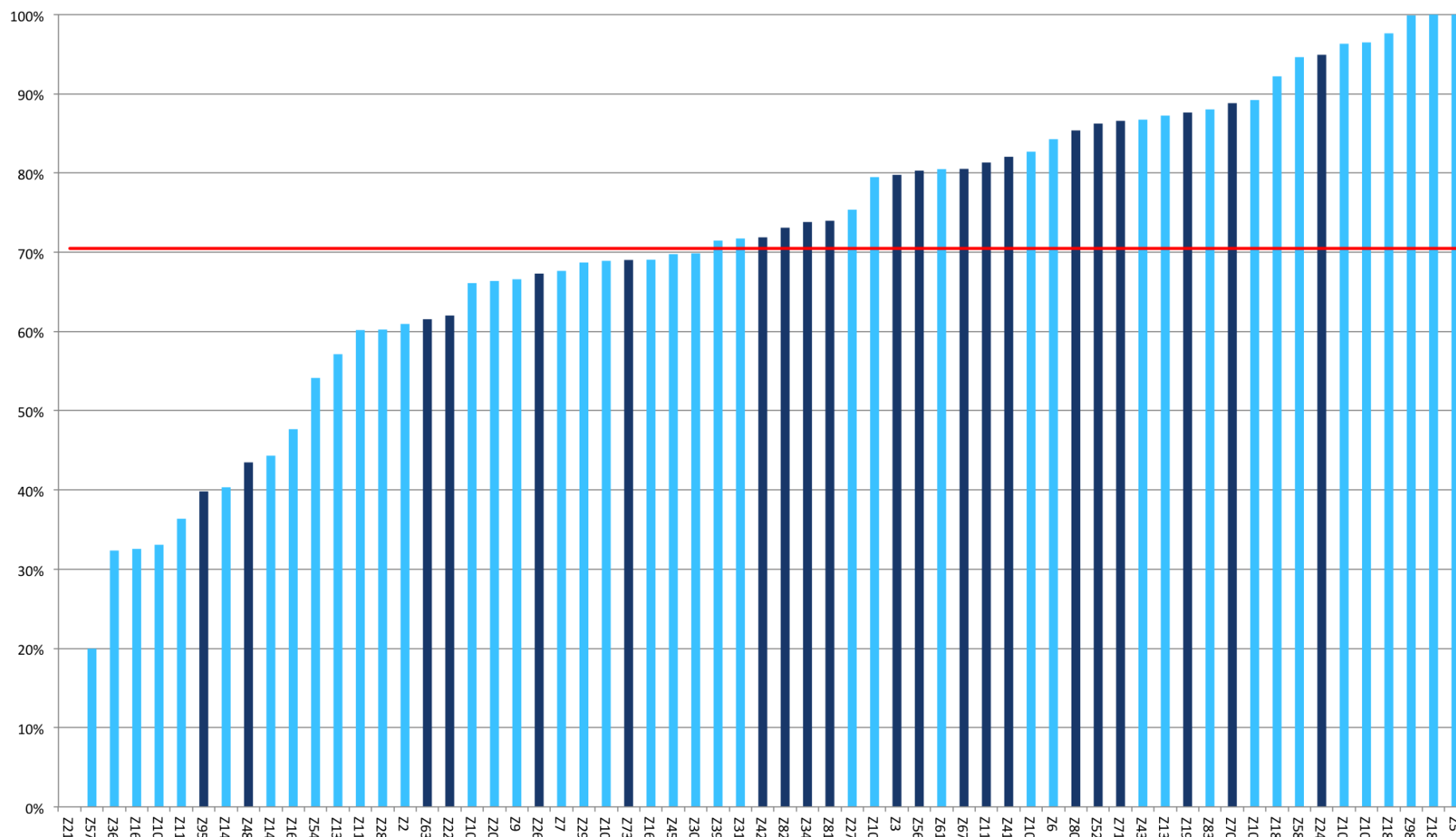
Grafiek 15: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie nuchtere glucose meting is uitgevoerd in de afgelopen vijf jaar



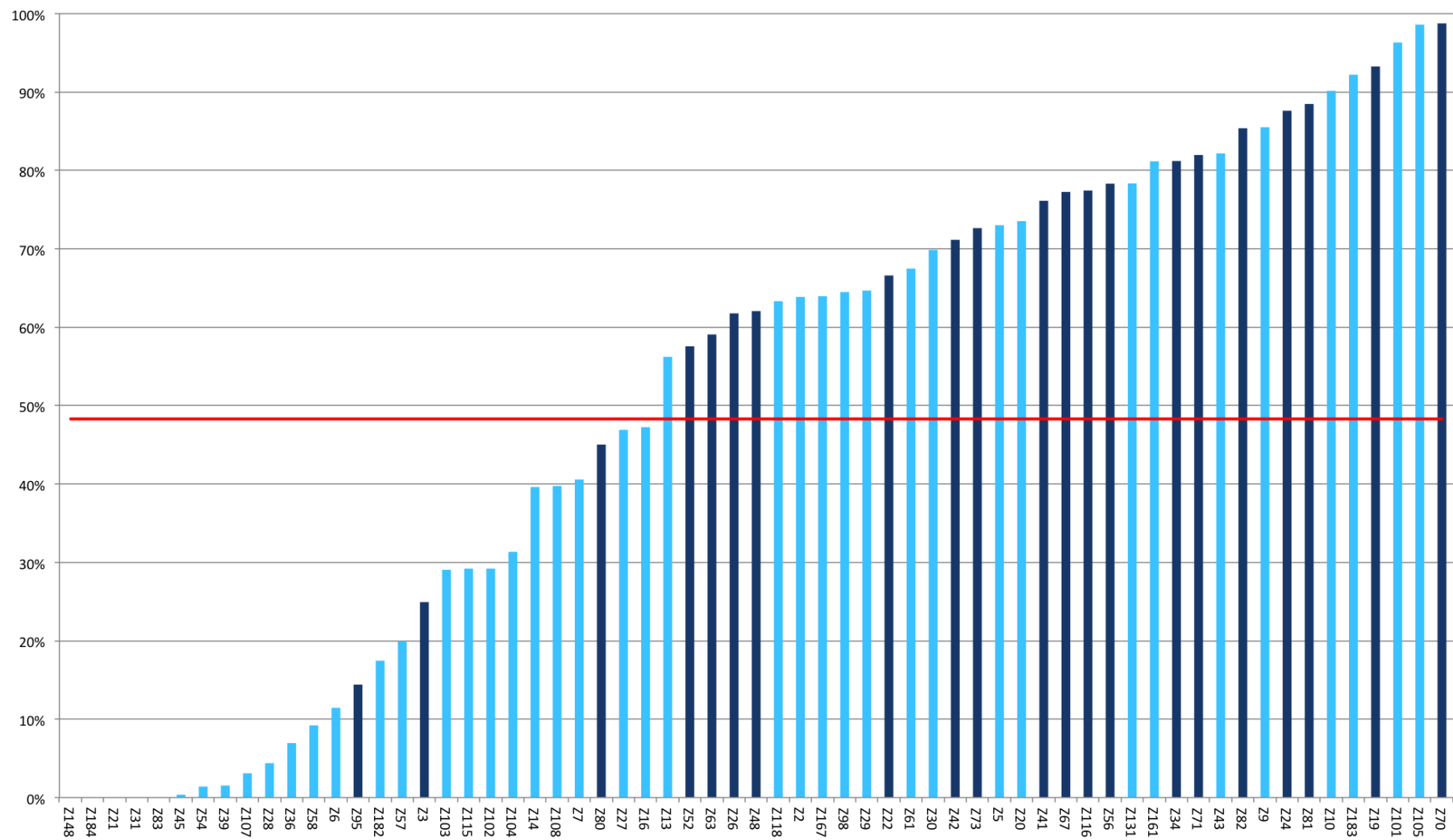
Grafiek 16: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma met griepvaccinatie inmeetperiode



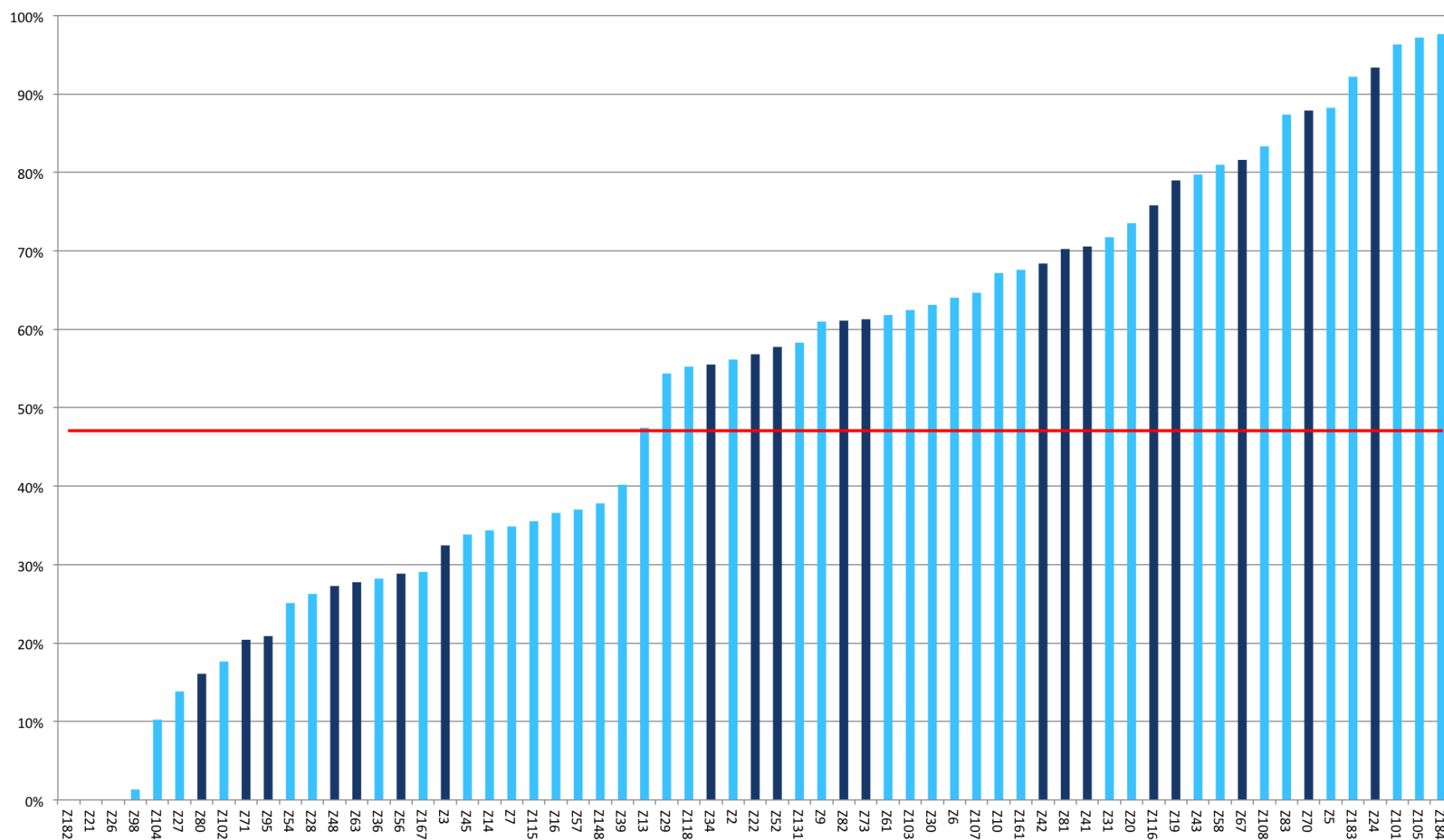
Grafiek 17: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode



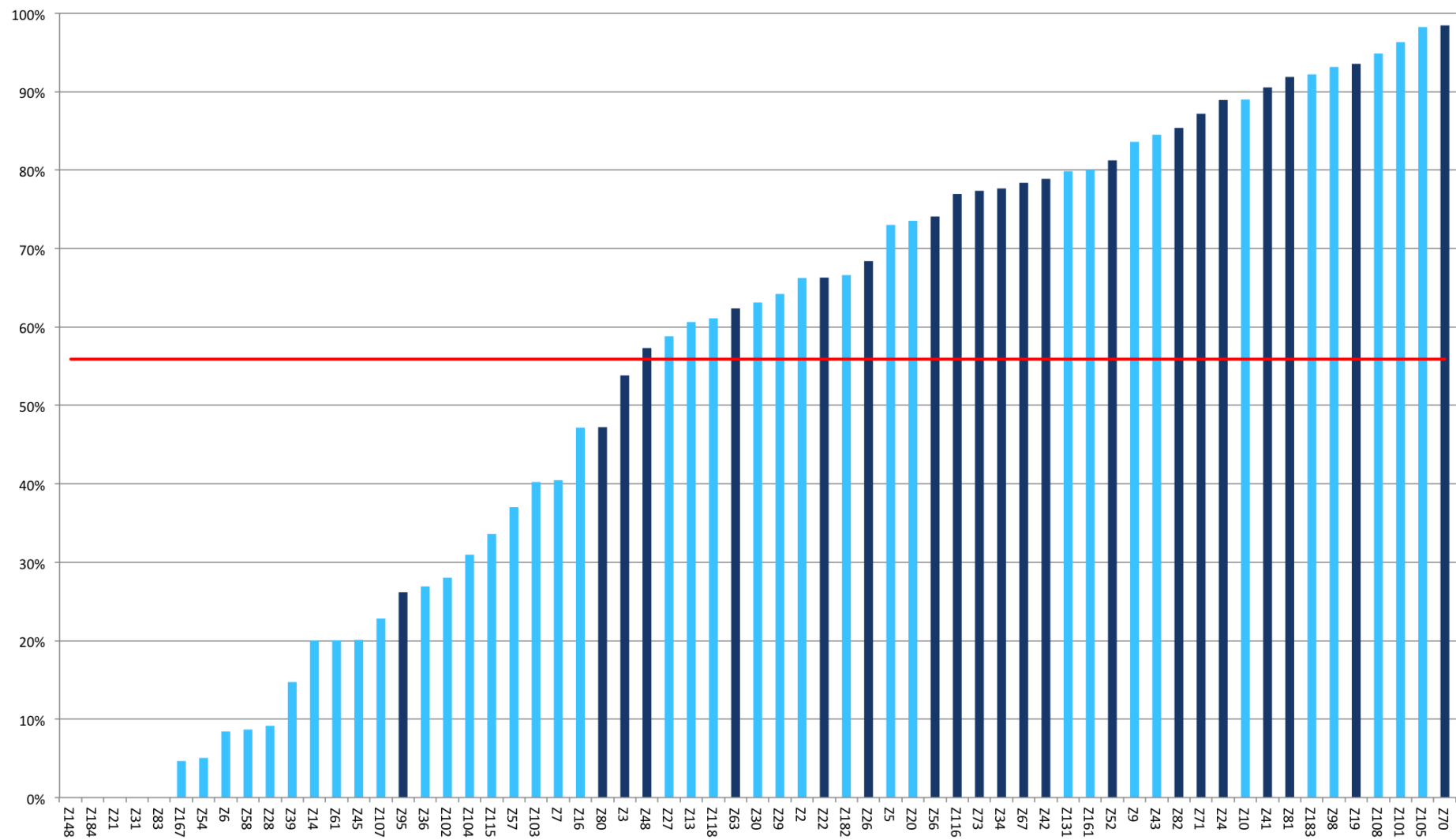
Grafiek 18: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma met beweegadvies OOI



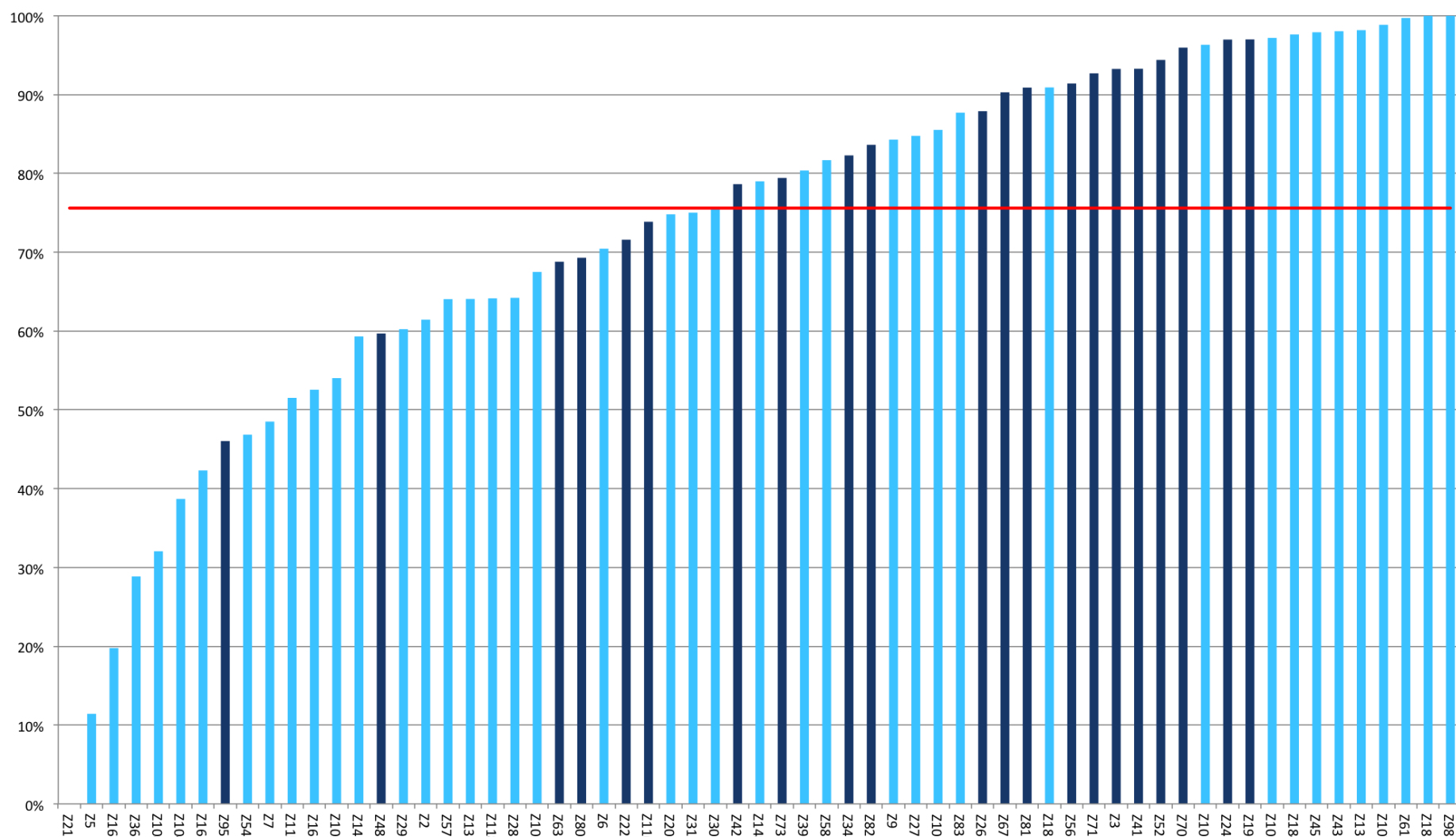
Grafiek 19: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma met wie voedingspatroon is besproken in meetperiode



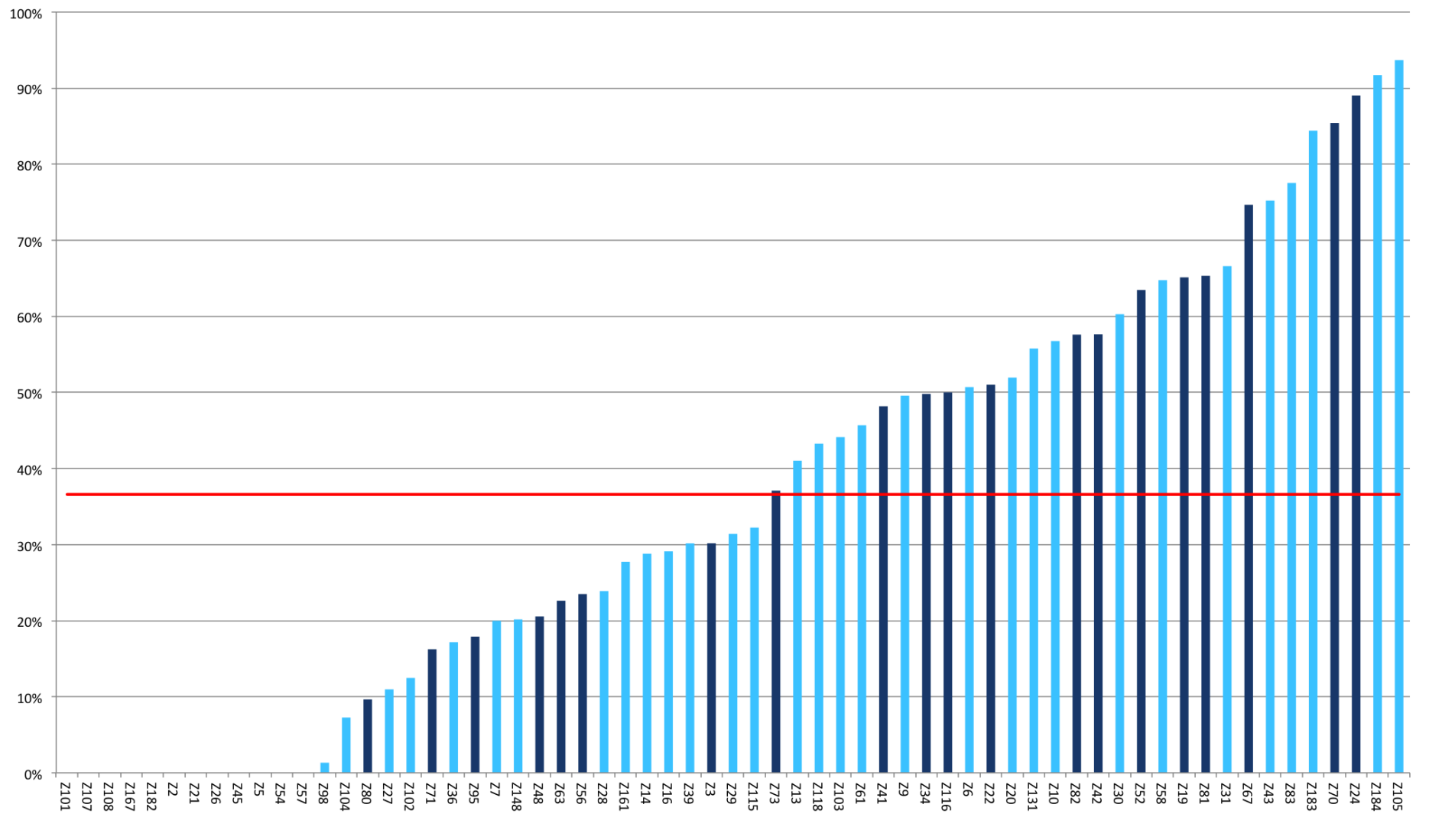
Grafiek 20: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma met voedingsadvies OOIT



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

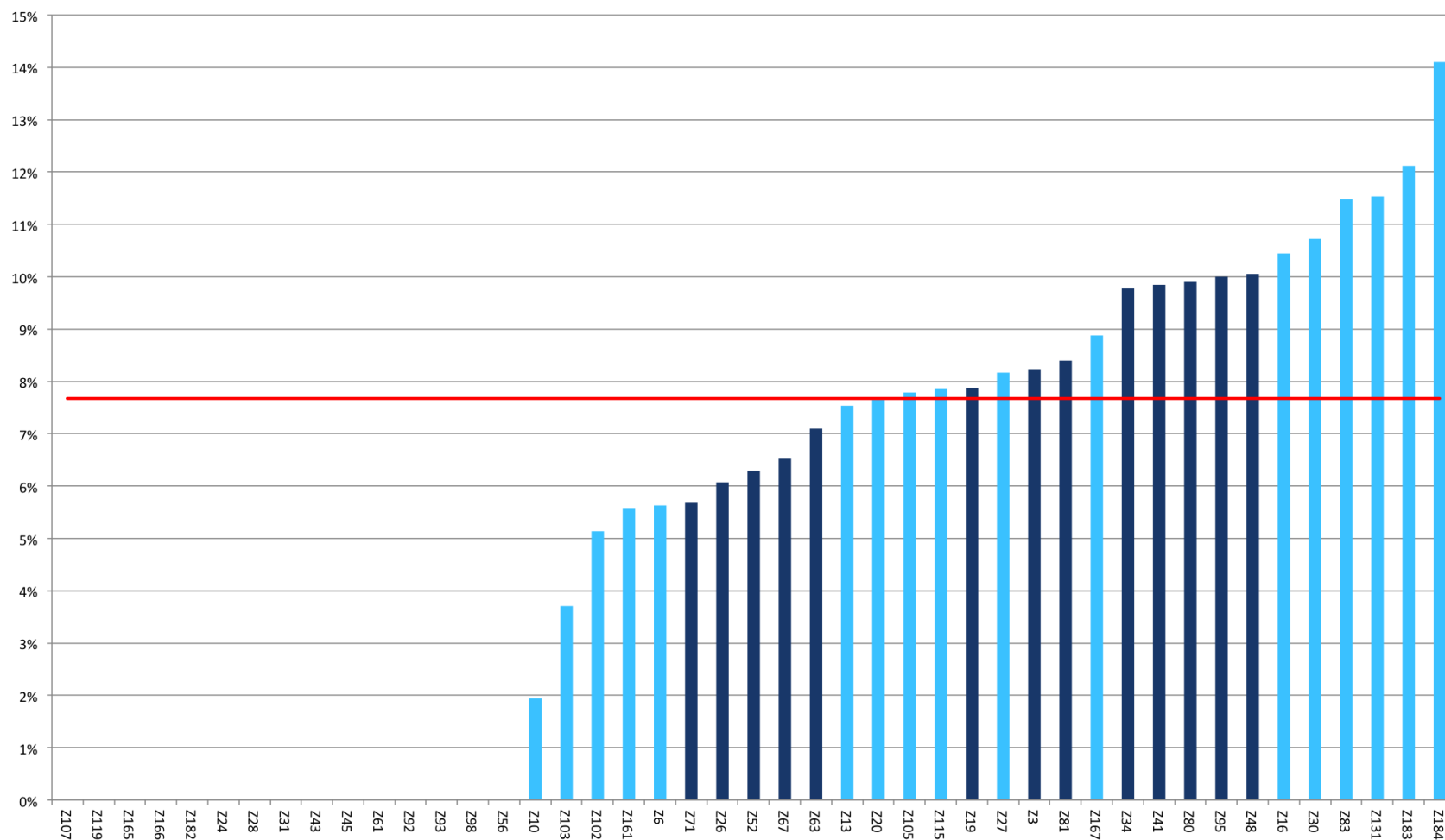


Grafiek 22: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma met compleet risicoprofiel (rookstatus, voeding, beweging, alcoholgebruik, BMI, bloeddruk, glucose, LDL eGFR)

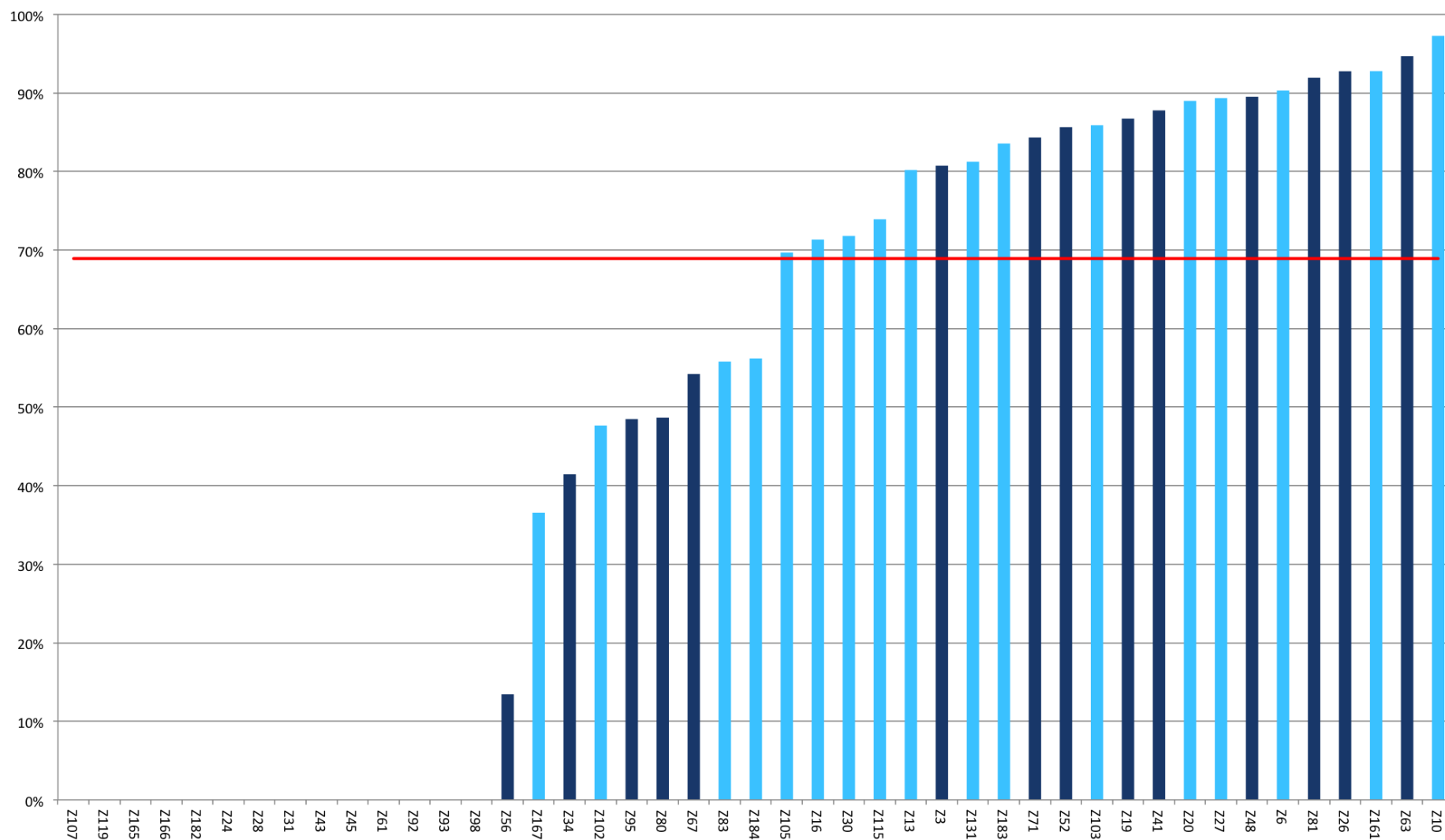


Bijlage IV Grafieken VVR

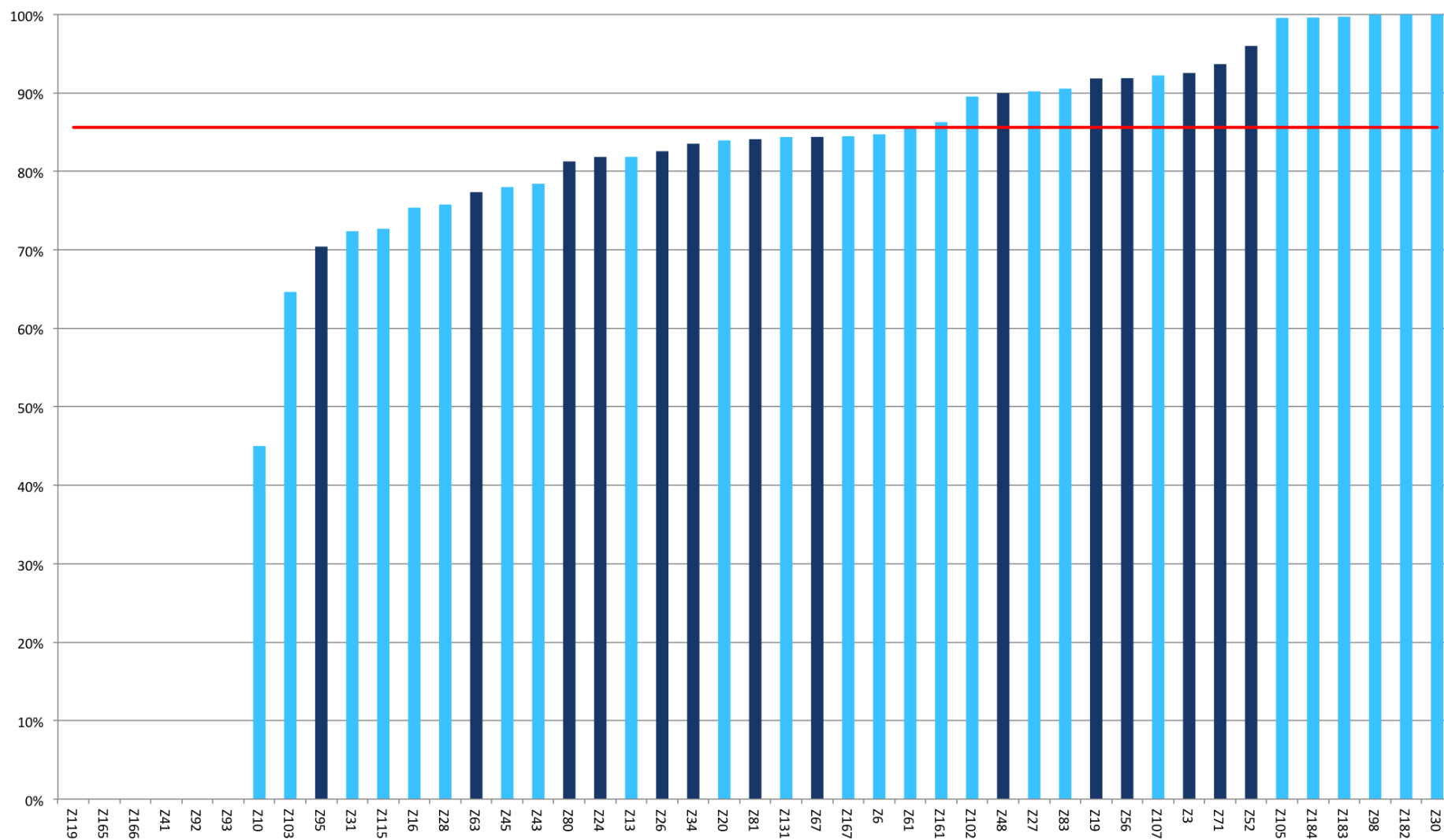
Grafiek 1: Prevalentie VVR



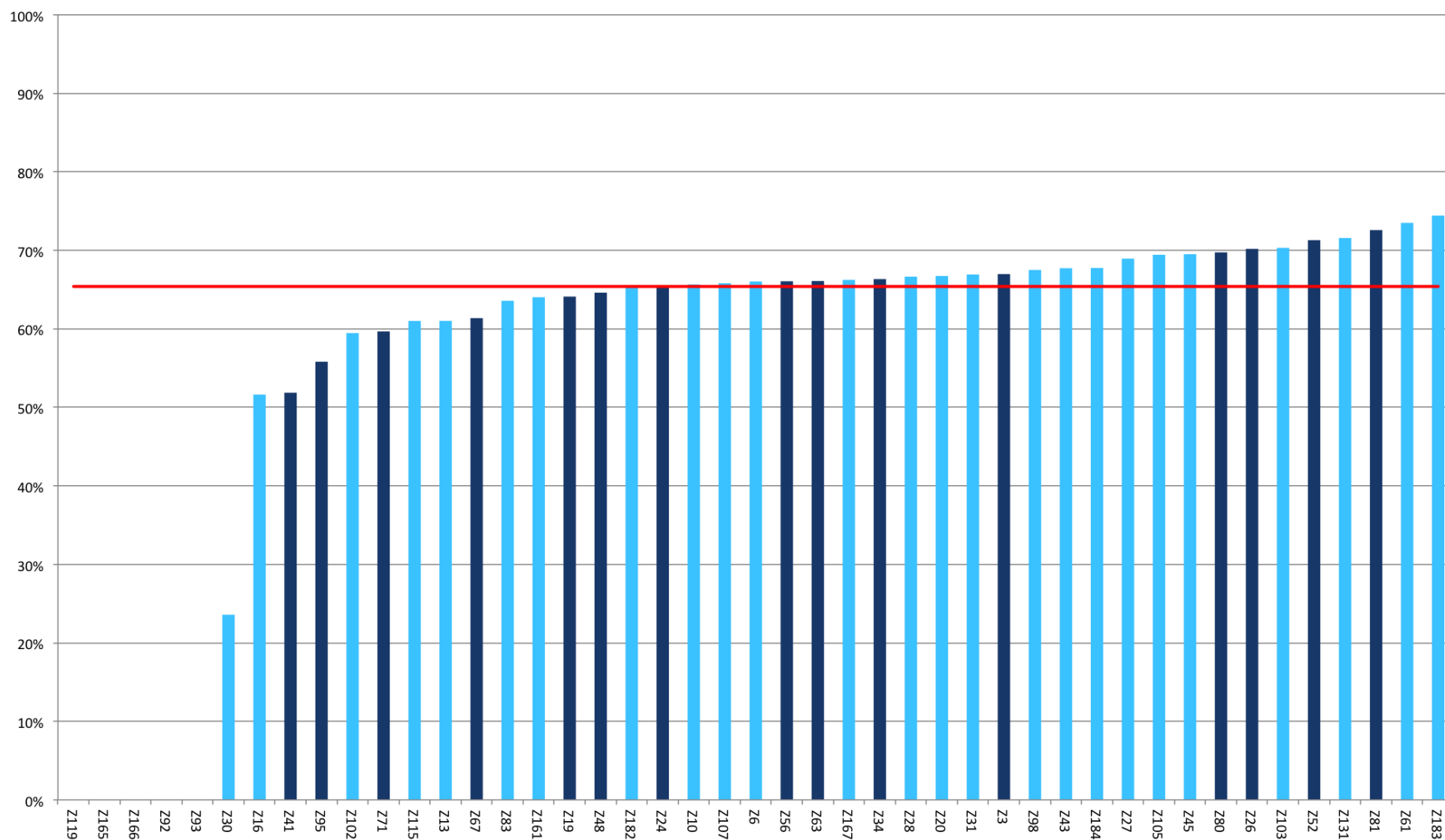
Grafiek 2: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma



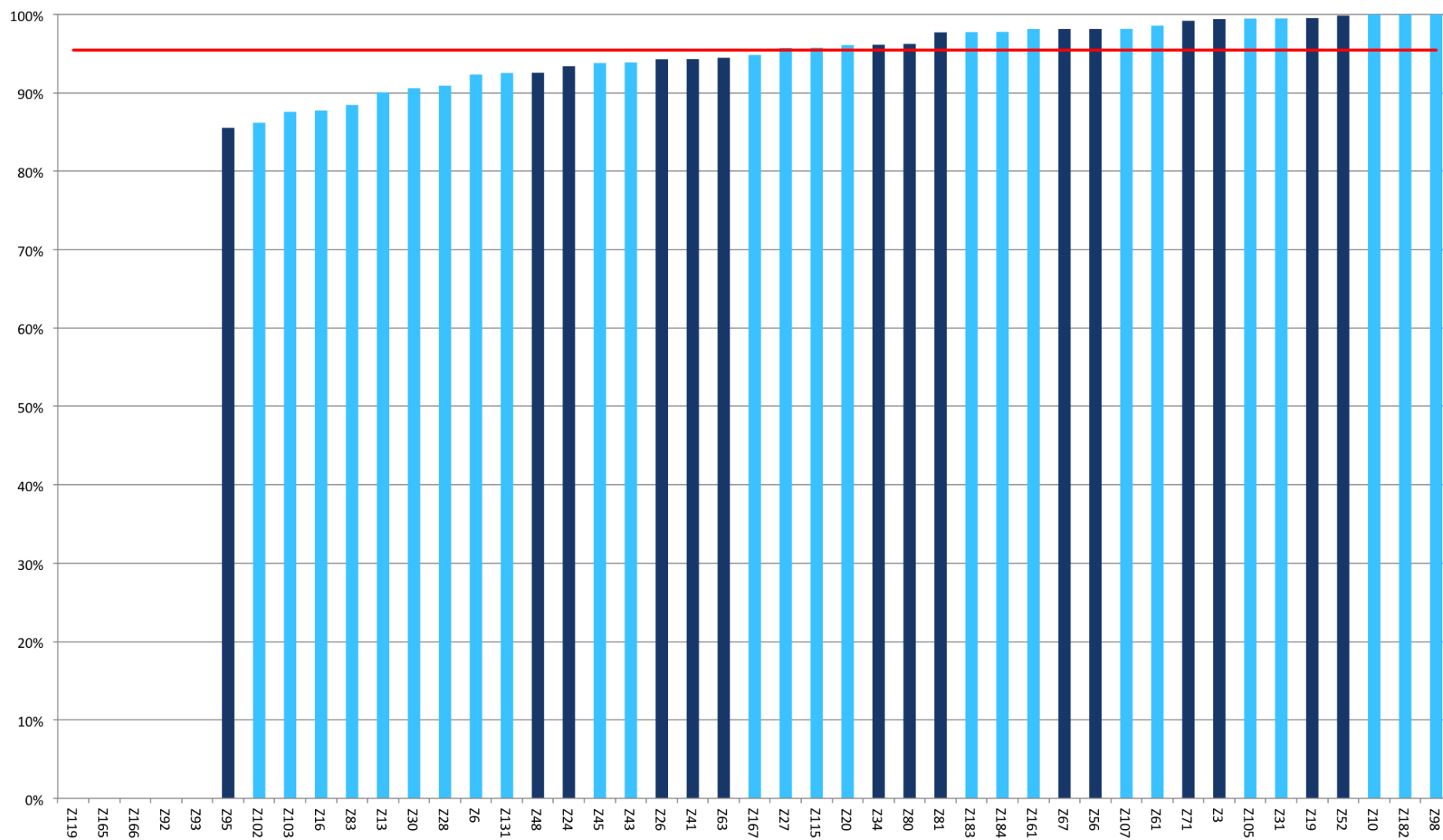
Grafiek 3: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten



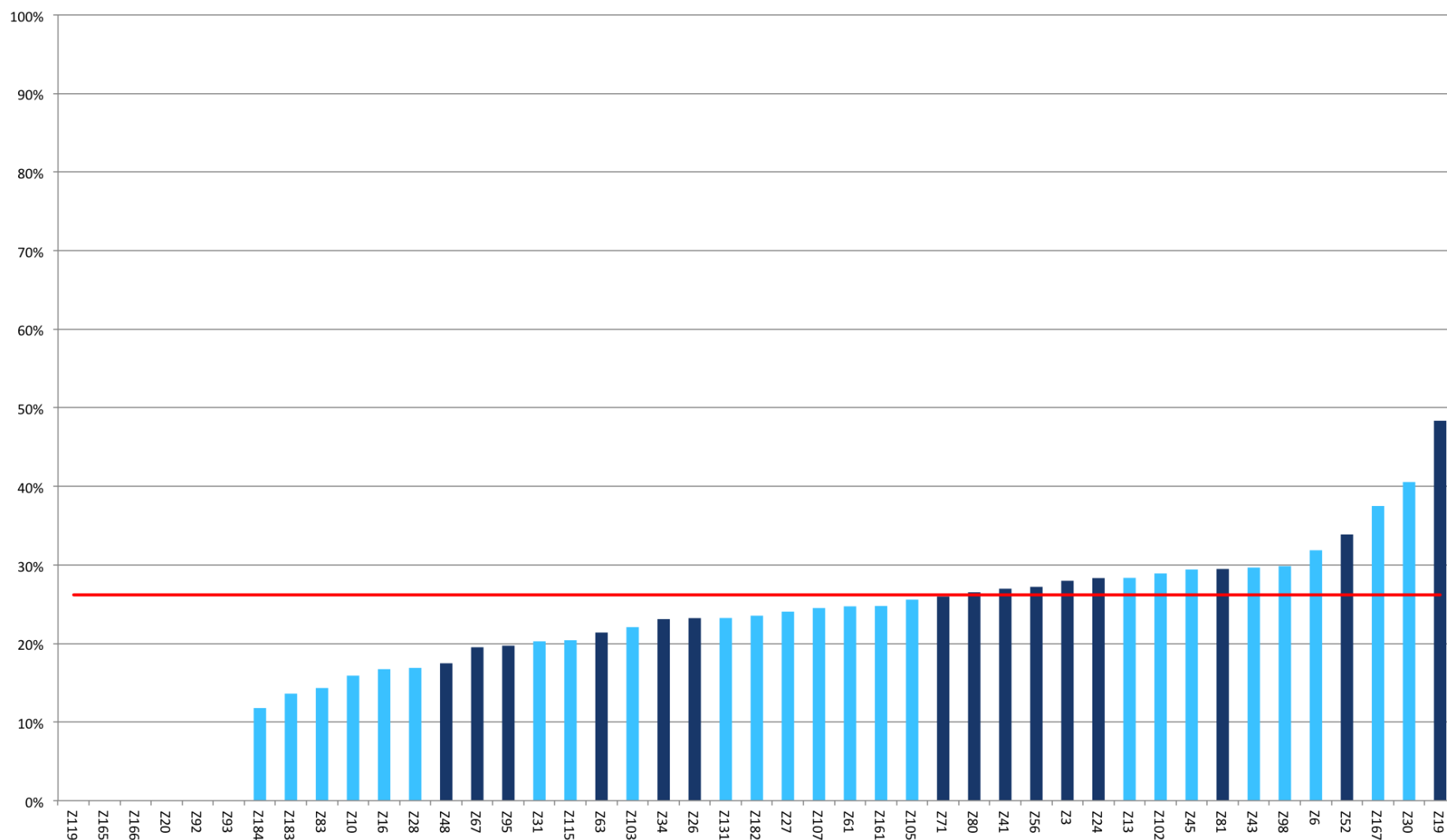
Grafiek 4: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk ≤ 140 mm HG



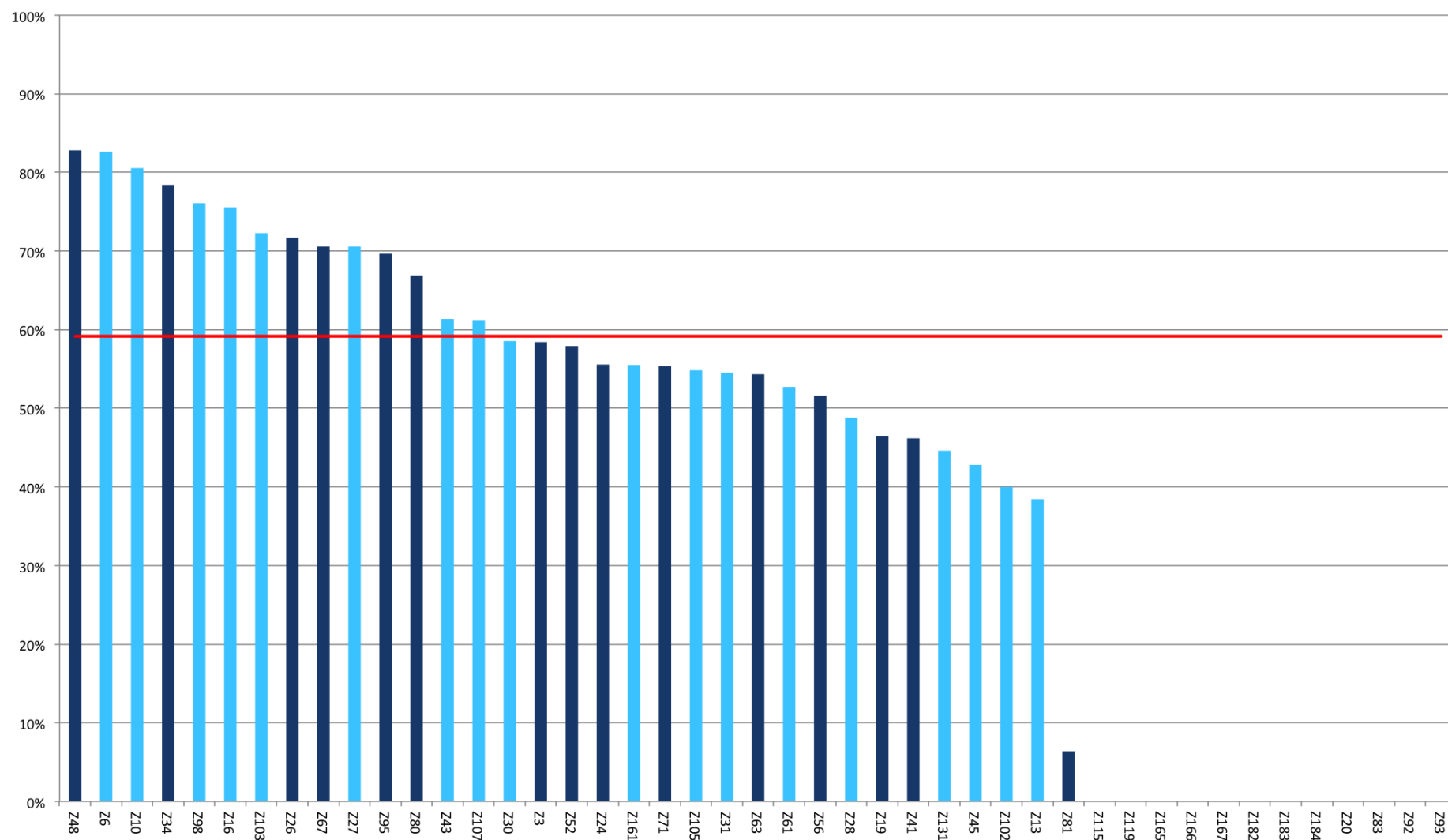
Grafiek 5: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie LDL is bepaald



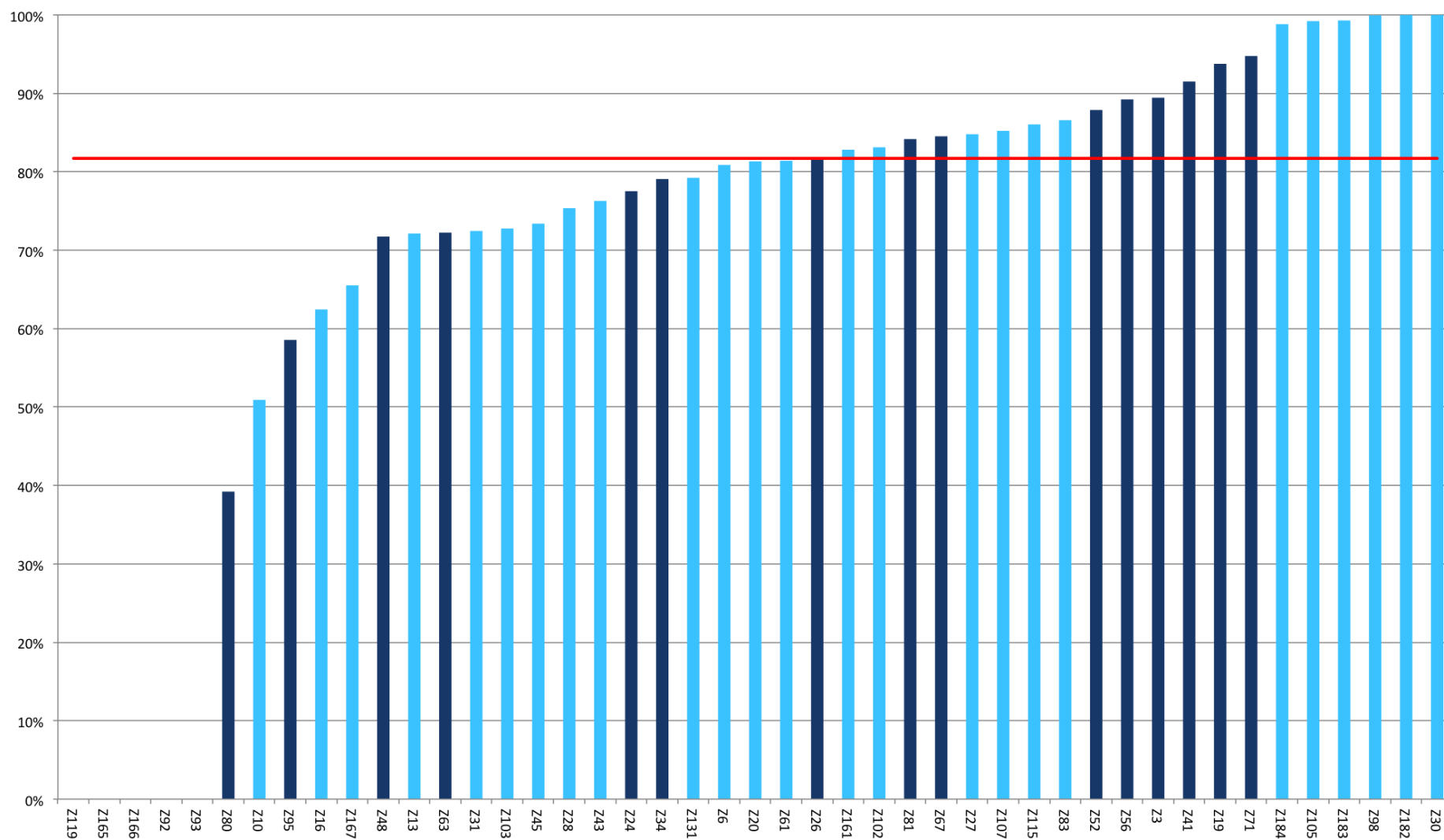
Grafiek 6: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde <= aan 2,5 mmol/l



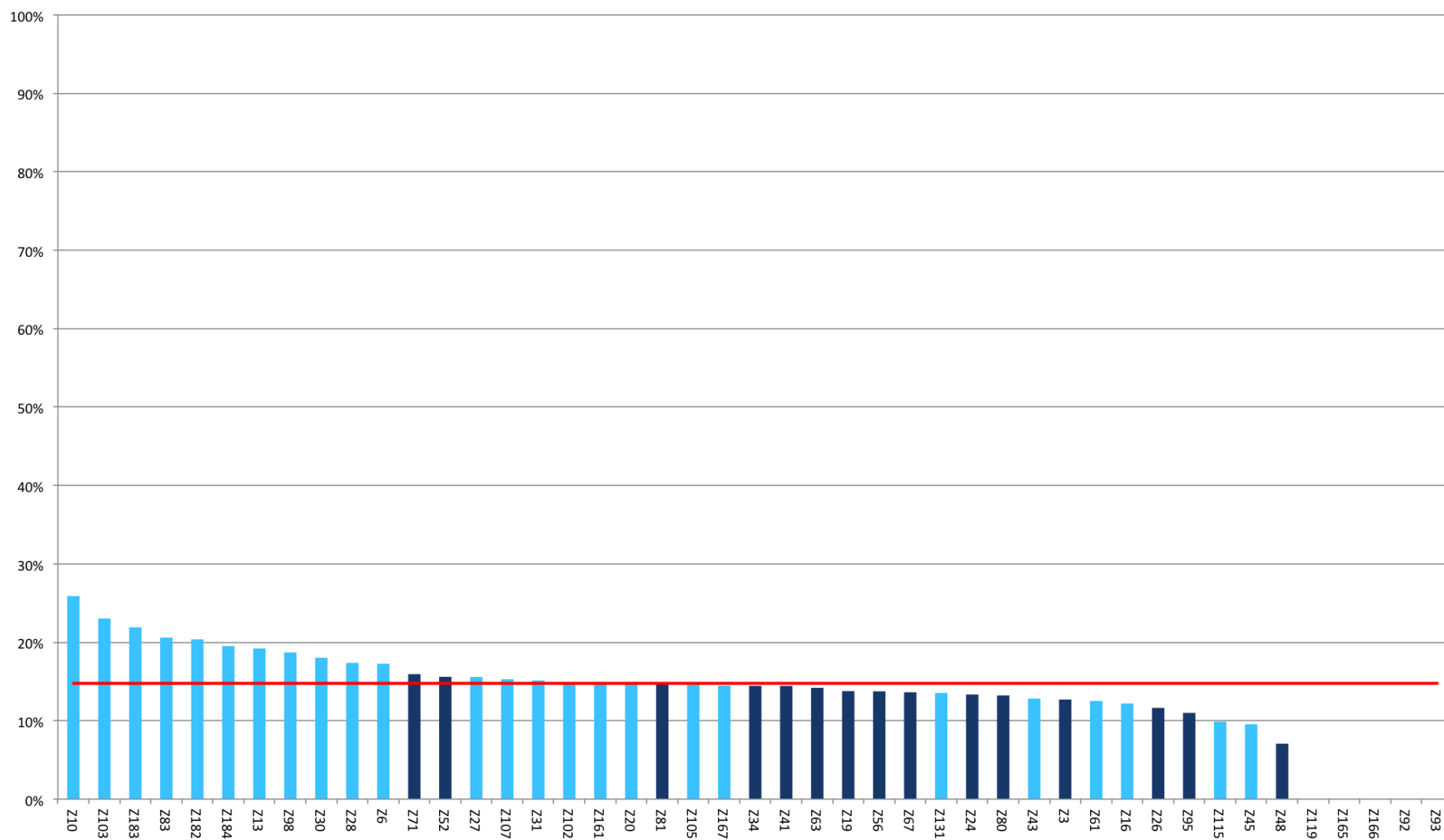
Grafiek 7: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma met LDL-cholesterolwaarde > 2,5 mmol/l dat GEEN lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt



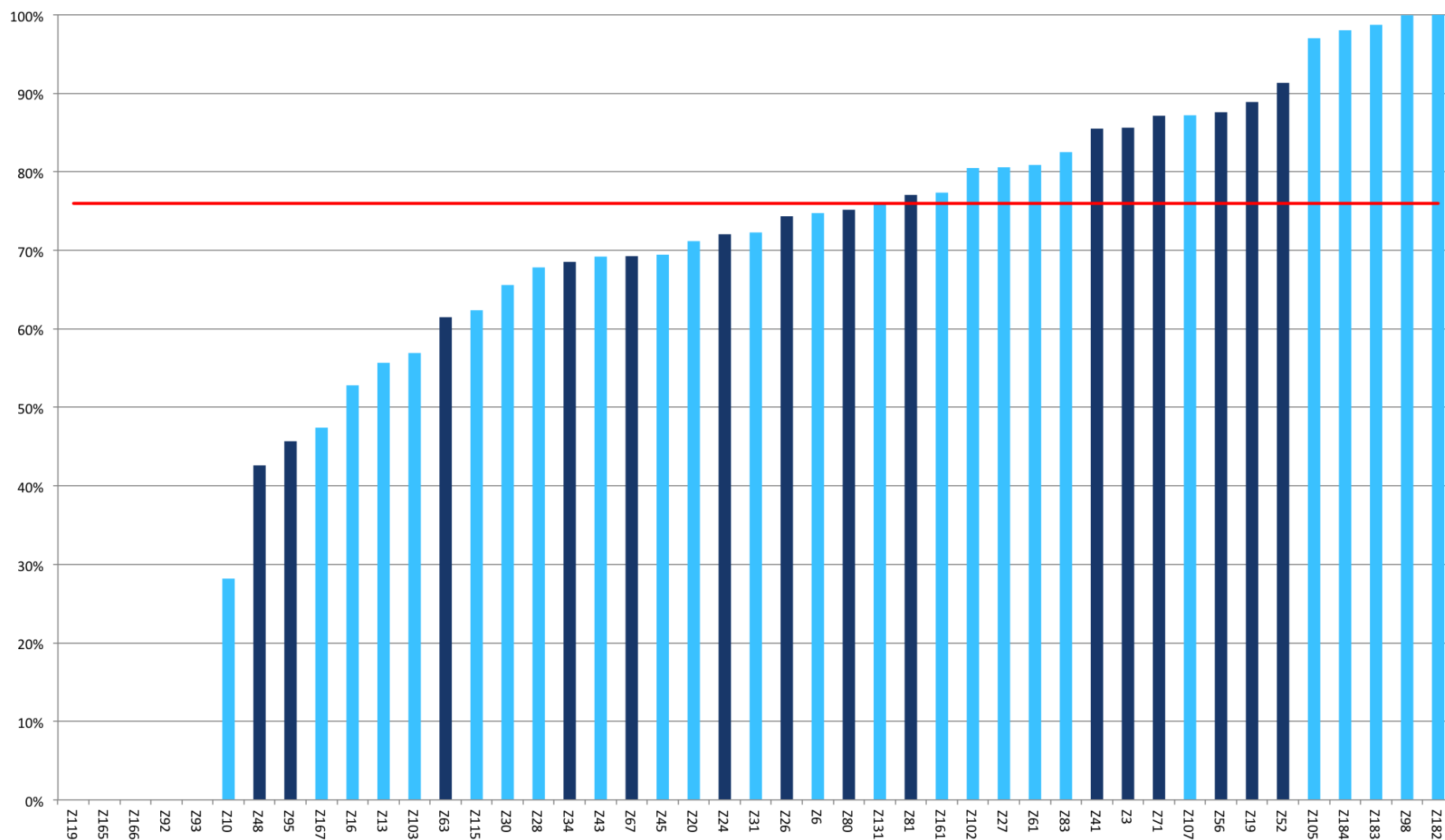
Grafiek 8: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



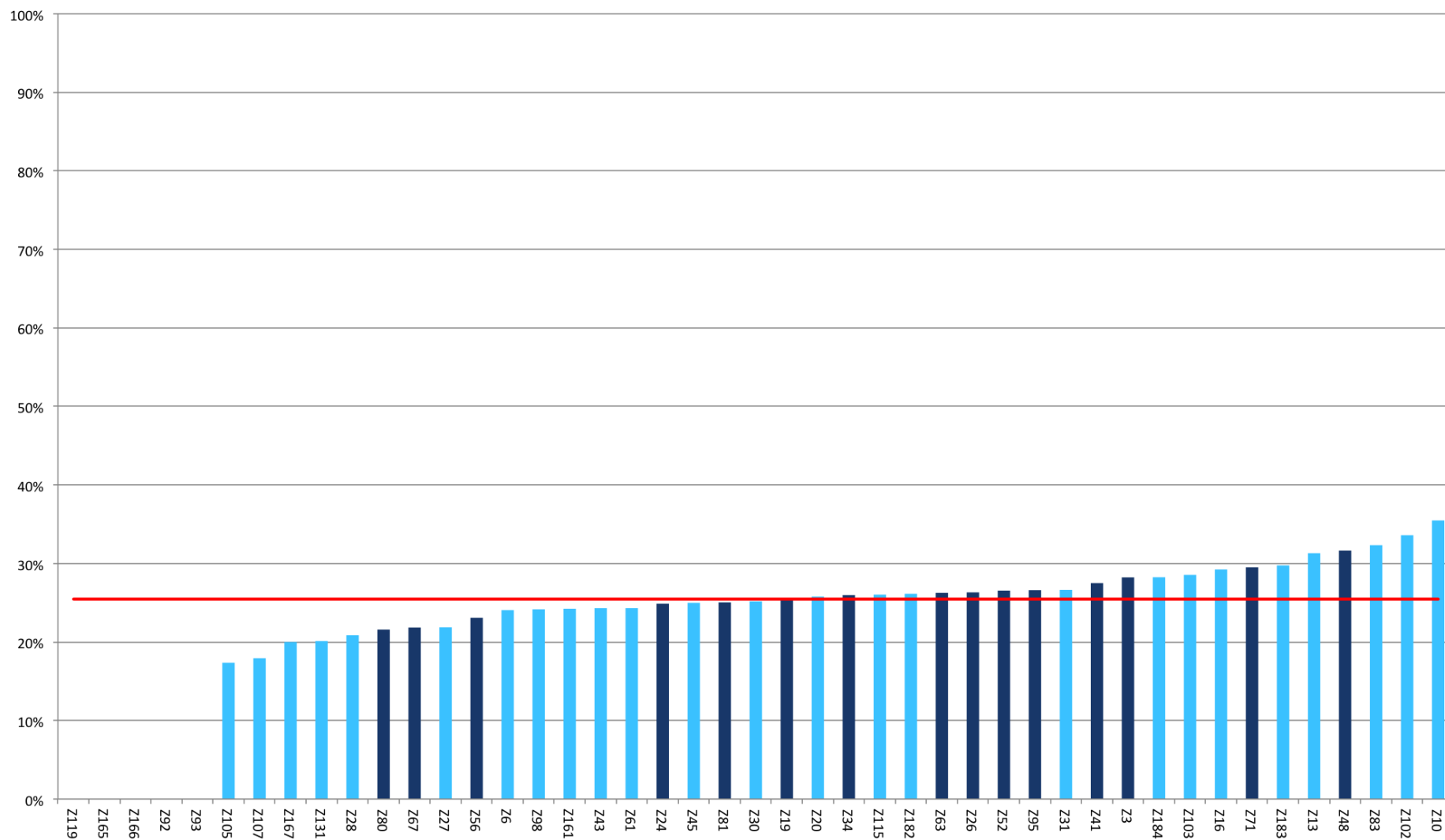
Grafiek 9: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd dat rookt



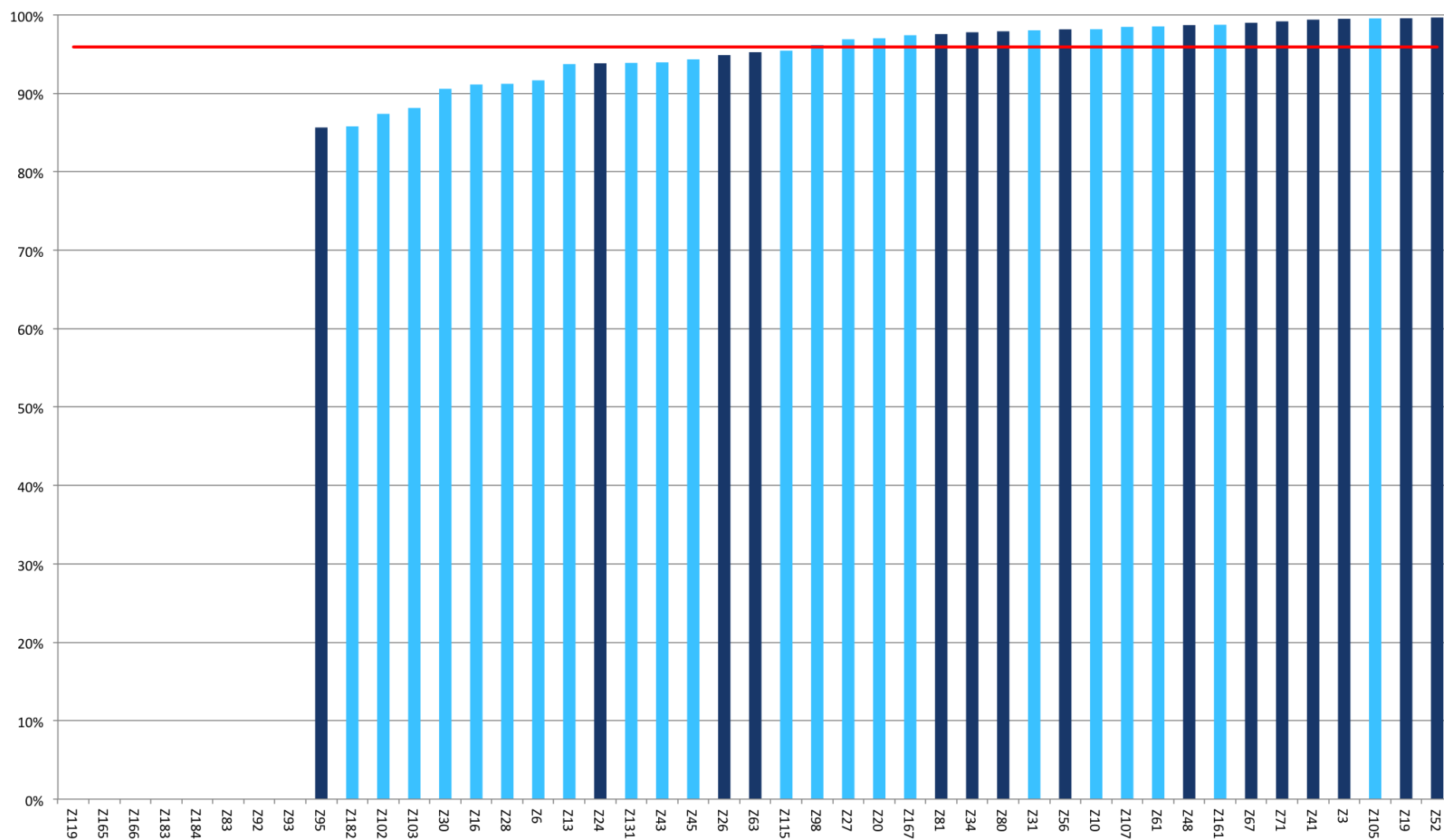
Grafiek 10: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index berekend is



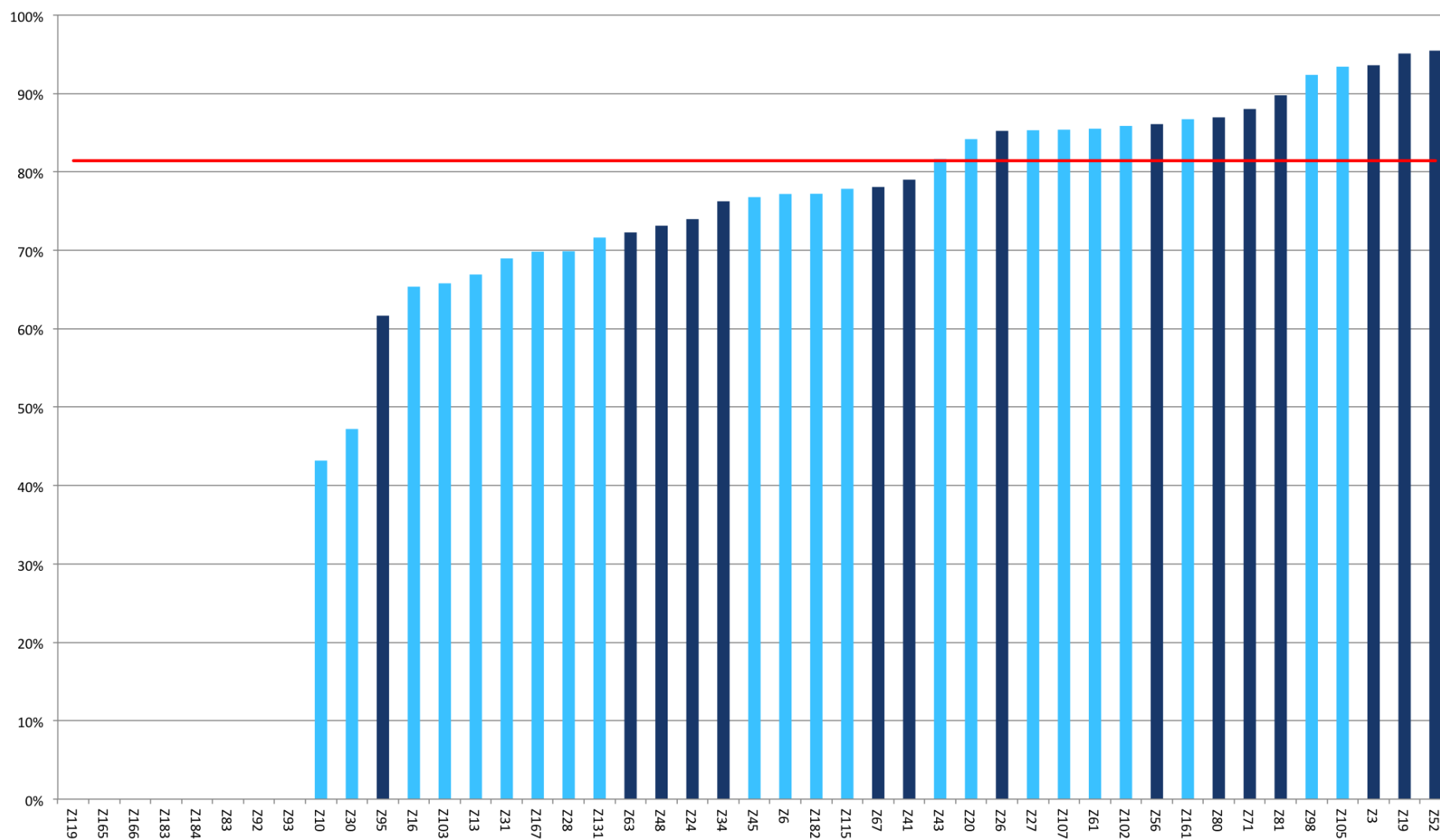
Grafiek 11: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie BMI berekend is met BMI < 25 kg/m²



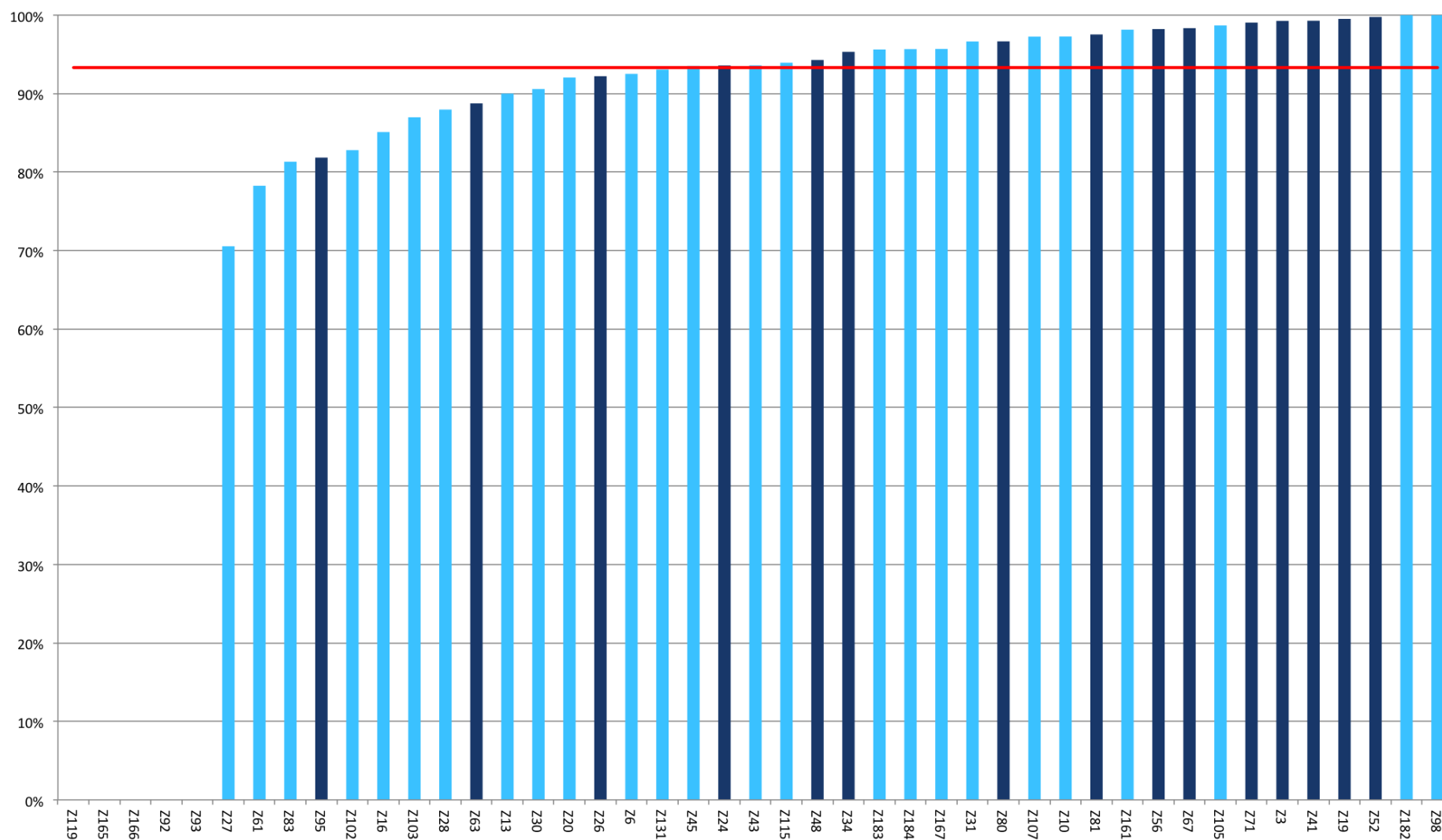
Grafiek 12: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is gemeten in afgelopen vijf jaar



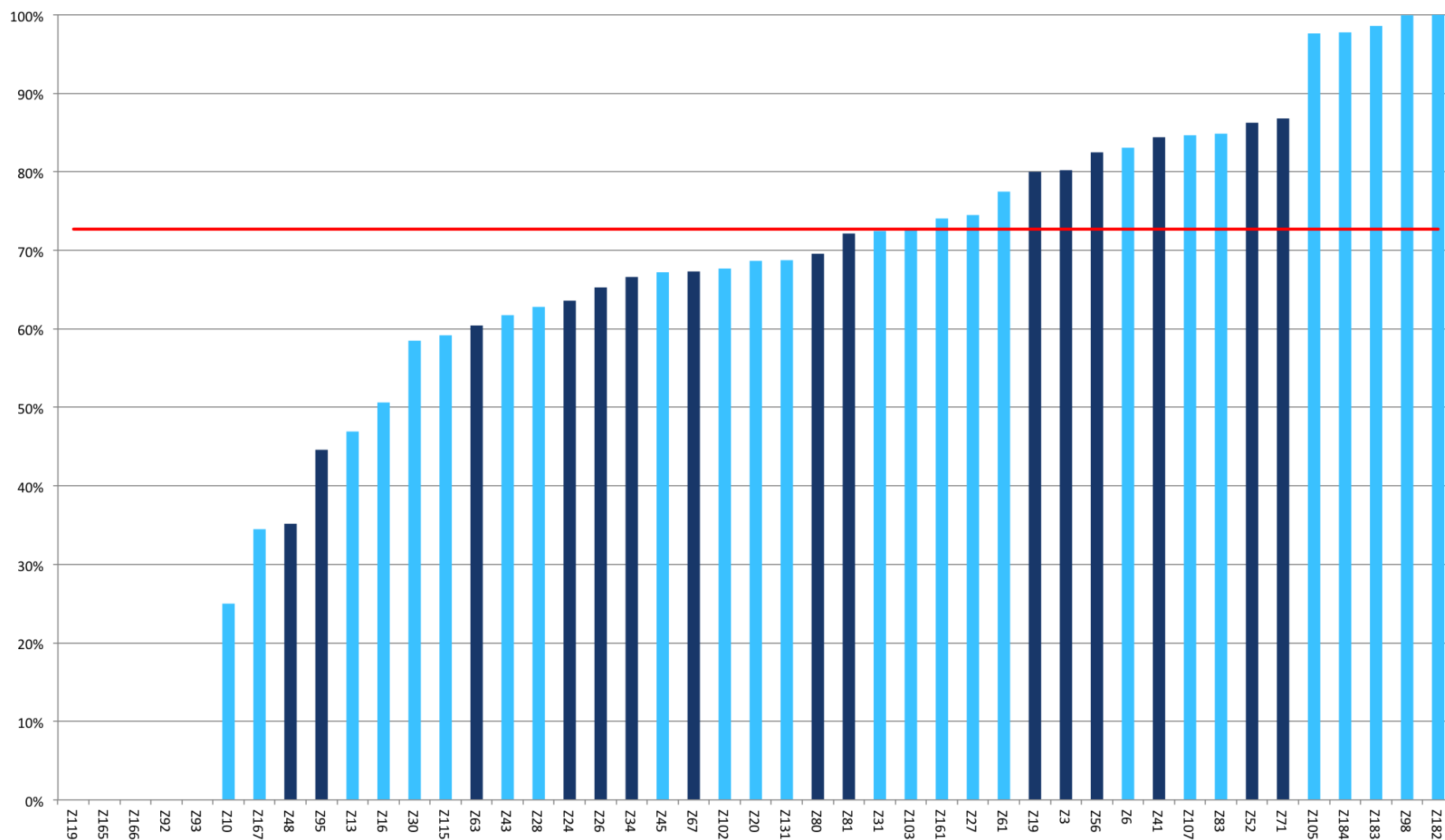
Grafiek 13: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is gemeten in afgelopen jaar



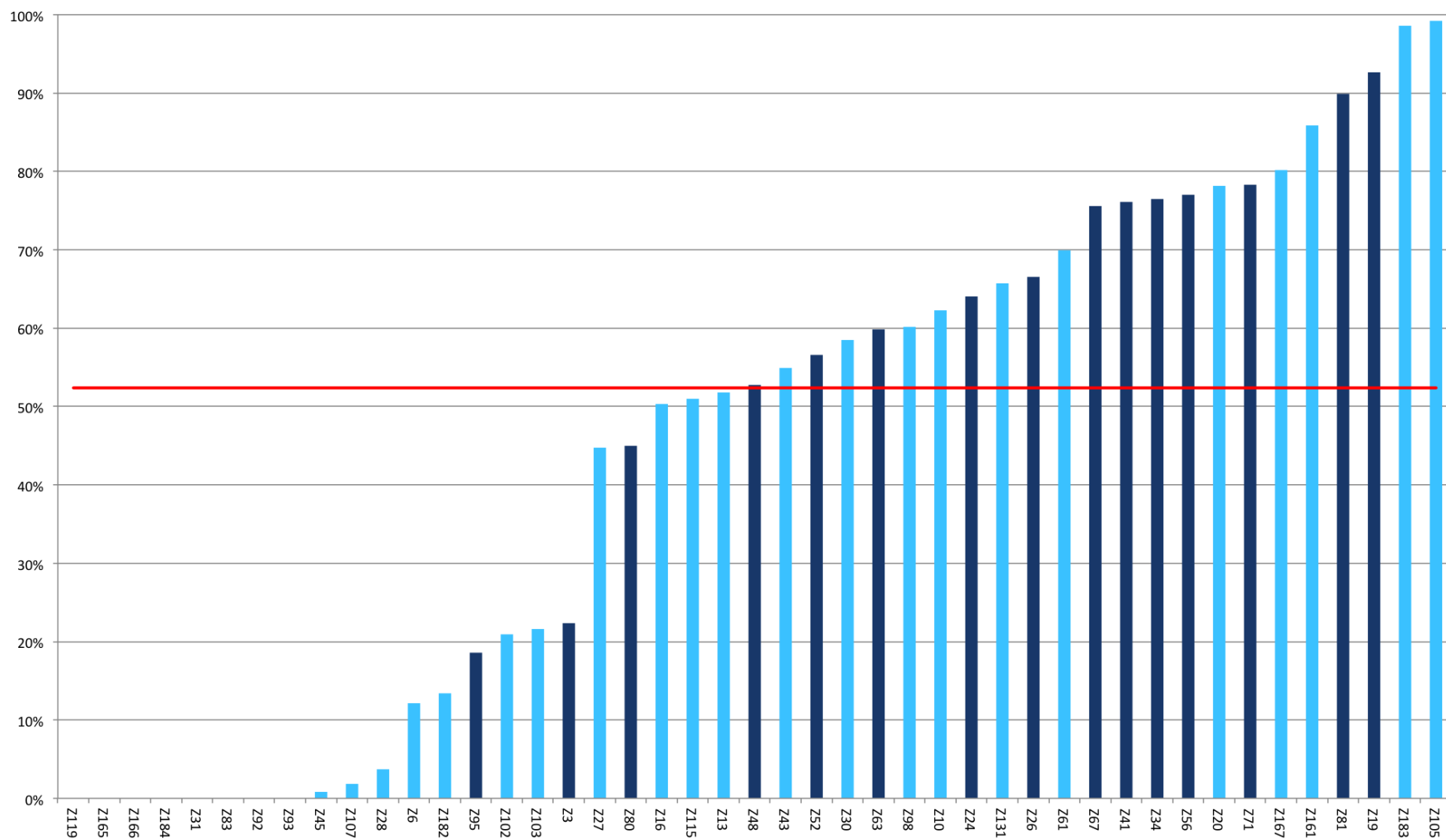
Grafiek 14: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie nuchtere glucose meting is uitgevoerd in de afgelopen vijf jaar



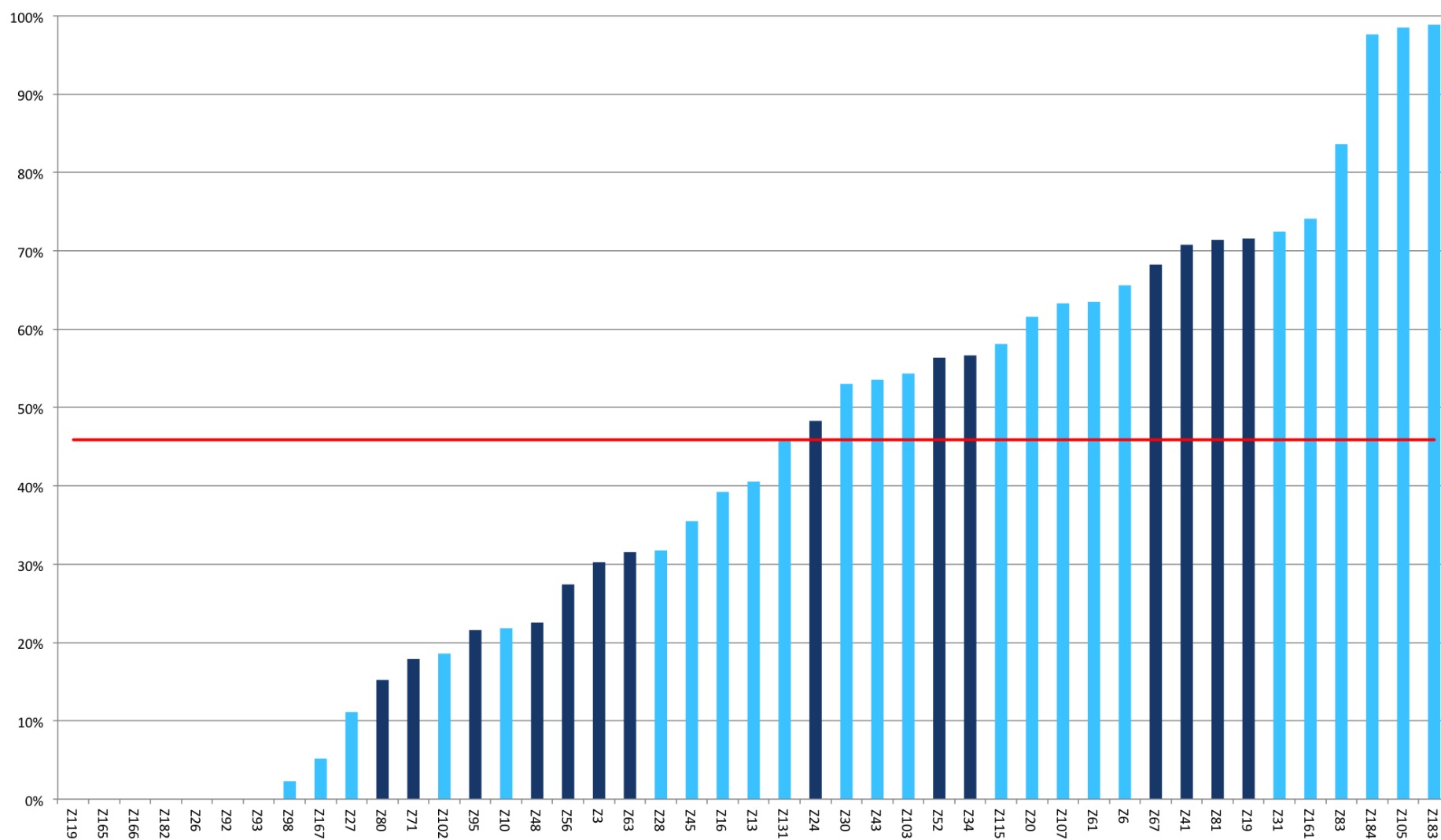
Grafiek 15: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode



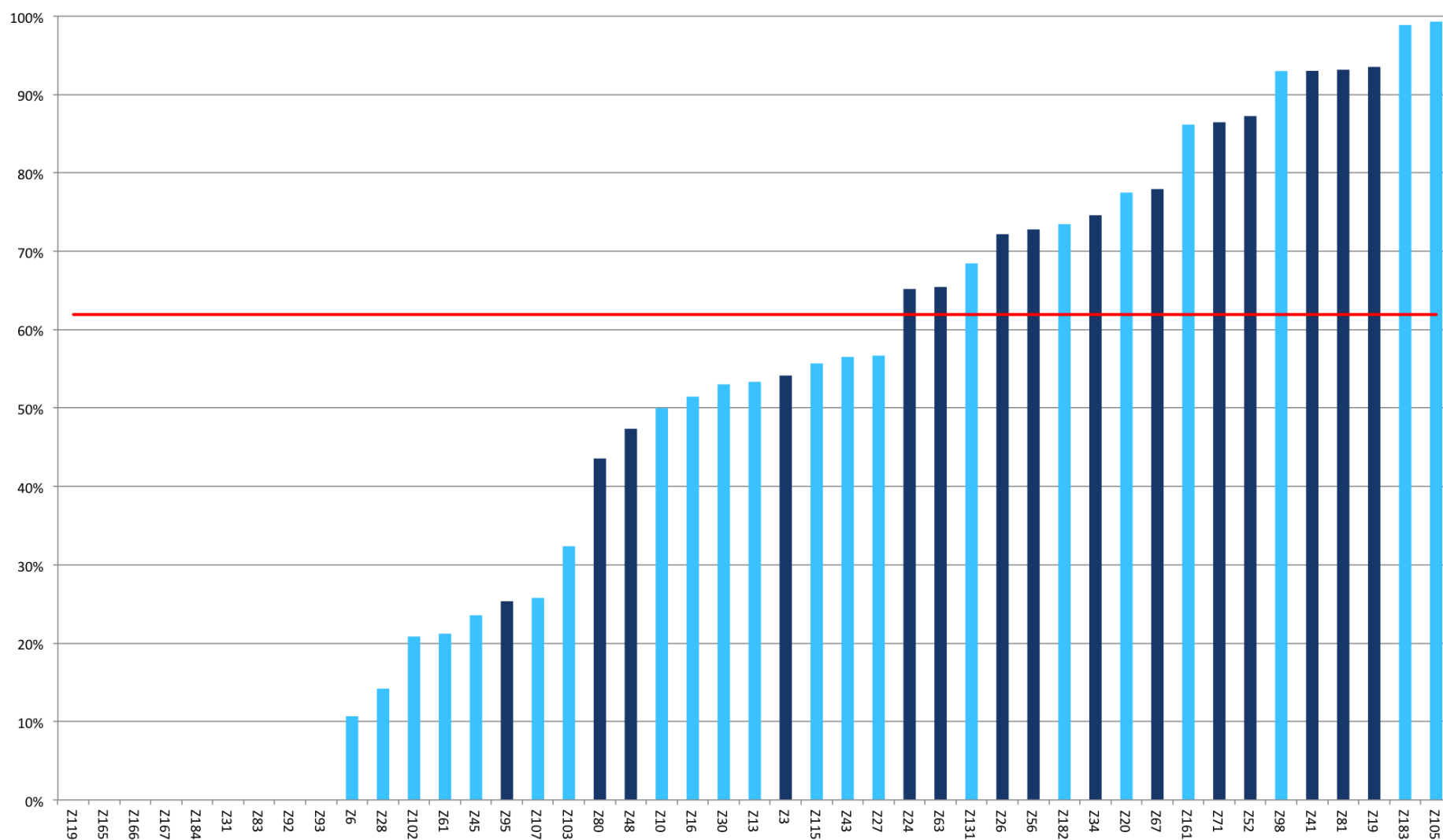
Grafiek 16: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma met beweegadvies OOIT



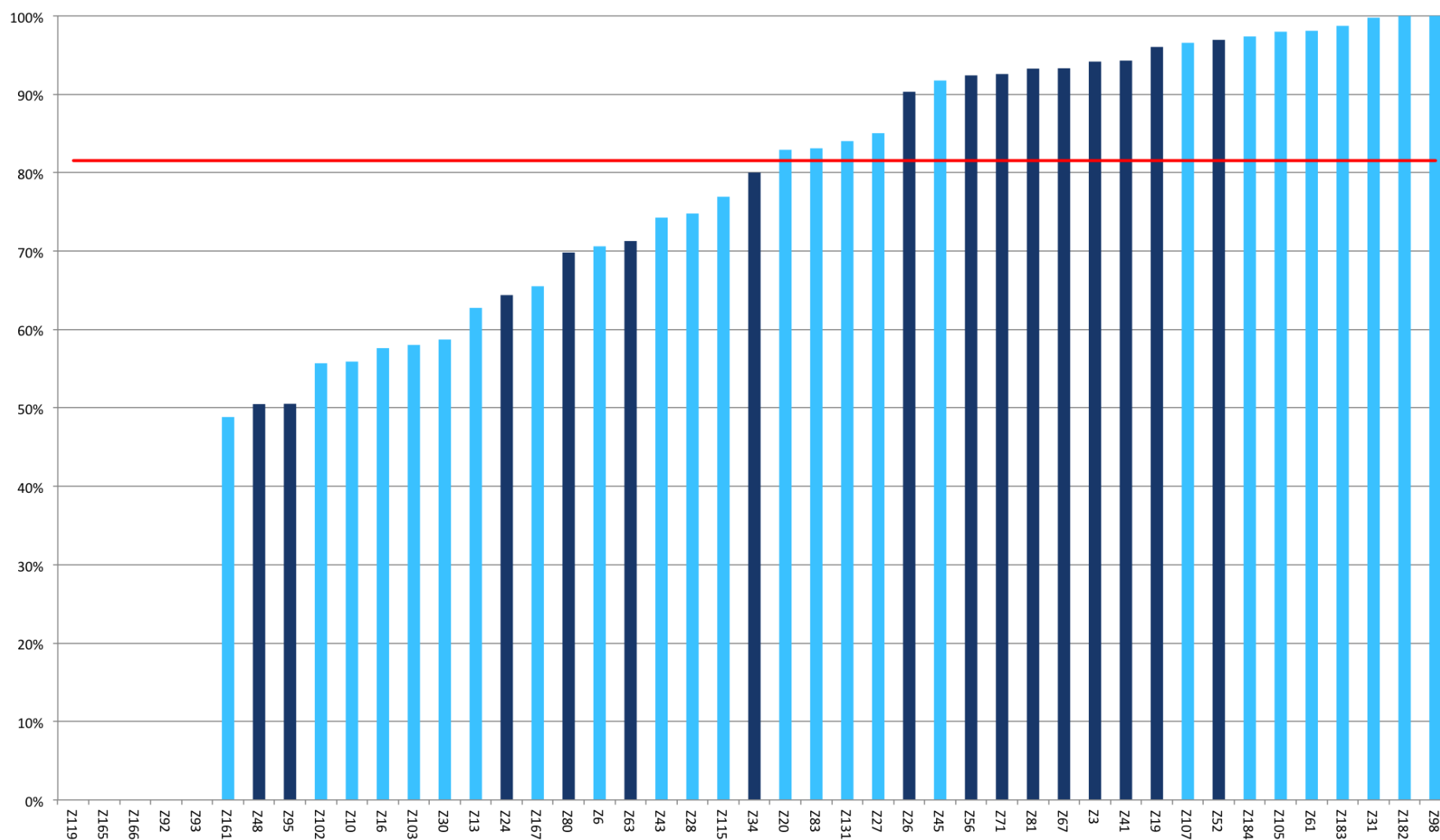
Grafiek 17: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma met wie voedingspatroon is besproken in meetperiode



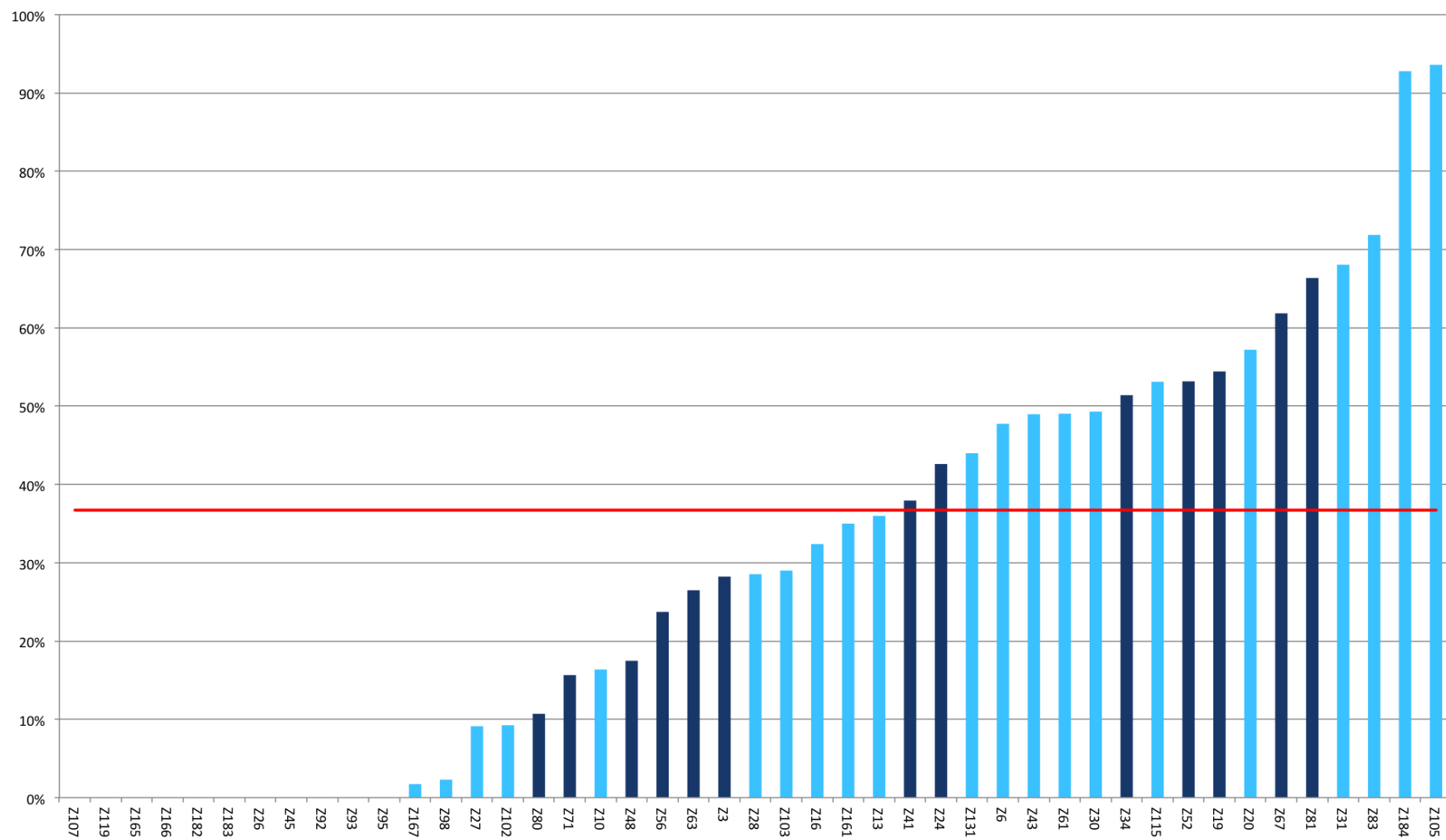
Grafiek 18: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma met voedingsadvies OOI



Grafiek 19: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie alcoholgebruik is vastgelegd in afgelopen vijf jaar



Grafiek 20: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma met compleet risicoprofiel (rookstatus, voeding, beweging, alcoholgebruik, BMI, bloeddruk, glucose, LDL eGFR)



Bijlage V Namen van zorggroepen

NAAM	NUMMER
AMSTELLAND ZORG BV	Z45
ARTS EN ZORG	Z34
B.V. BETER IN BOMMELERWAARD	Z72
B.V. DIABETESZORG GORINCHEM	Z43
BEROEMD	Z71
CHRONOS	Z63
COOPERATIE DEN HAM-VROOMSHOOP	Z165
COOPERATIE TUBBERGEN	Z166
COOPERATIE VRIEZENVEEN-WESTERHAAR	Z164
COOPERATIE ZORGSAAM ZUID	Z46
COOPERATIE RIJSSENSE HUISARTSEN UA	Z91
COHAESIE ZORG B.V.	Z39
COHESIE	Z56
COOPERATIE HUISARTSEN UTRECHT STAD	Z13
COOPERATIE KIEK UA	Z53
COOPERATIE REGIONALE ORGANISATIE HUISARTSEN GELDERSE VALLEI U.A.	Z33
COOPERATIE HUISARTSEN AMSTERDAM GROOT-ZUID	Z69
COOPERATIE STIELO U.A.	Z180
COOPERATIE ZORGGROEP KATWIJK U.A. (KETENZORG)	Z131
DIABETES ZORGGROEP DE BEVELANDEN B.V.	Z42
DIABETES ZORGGROEP SCHOUWEN-DUIVELAND	Z22
DIABETESZORGGROEP FLEVOLAND BV	Z84
DIABETESZORGSYSTEEM WEST-FRIESLAND	Z95
DIAGIS COOPERATIE HUISARTSEN EPE-OENE U.A.	Z108
DIAGIS HUISARTSEN COOPERATIE MEDICAMUS	Z1
DIAGIS MERCATORPLEIN	Z97
DIAGIS ZORGGROEP DIEMEN/DUIVENDRECHT/BETONDORP	Z85
DOH	Z52
EERSTE HUISARTSEN COOPERATIE ALMELO UA	Z119

NAAM	NUMMER
EERSTELIJNS CENTRUM TIEL	Z80
ELAN	Z26
GEZONDHEIDSCENTRUM CHARLEY TOOROP	Z184
GO DIABETES B.V. I.O. (KETENZORG)	Z90
HKN HUISARTSEN	Z51
HUISARTSEN COOPERATIE ALMELO 1-4 UA	Z92
HUISARTSEN COOPERATIE HELLENDORP/NIJVERDAL UA	Z93
HUISARTSEN COOPERATIE NOORDERZORG U.A.	Z4
HUISARTSEN COOPERATIE ZEIST U.A.	Z62
HUISARTSEN ZORGGROEP BREDA E.O. B.V.	Z57
HUISARTSENCOOPERATIE DE BAARSJES U.A.	Z60
HUISARTSEN-OZL	Z98
HUISARTSEN-OZL WALCHEREN	Z182
HUISARTSENZORG OOST ACHTERHOEK B.V.	Z49
HUISARTSENZORG REGIO APELDOORN B.V.	Z17
HUISARTSENZORG REGIO ARNHEM B.V.	Z161
HUISARTSENZORG REGIO DEVENTER B.V.	Z18
HUISARTSENZORG REGIO ZUTPHEN B.V.	Z50
HZD BV	Z47
INTEGRALE ZORGGROEP EERSTELIJN RIJNMOND	Z28
KCOETZ	Z25
KETENZORG NU	Z88
KETENZORG FRIESLAND B.V.	Z86
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
ORG. VOOR CHRONISCHE EERSTELIJNSZORG B.V. OCE BV	Z118

NAAM	NUMMER
POZOB	Z3
PREVENTZORG B.V.	Z109
RCH	Z27
REGIOZORG MIDDEN-HOLLAND B.V. (RZMH BV)	Z100
ROH WEST-NEDERLAND	Z16
SEZ	Z40
SGE	Z41
ST. GEZONDHEIDSCENTRA MAARSSENBOEK (GEZ)	Z30
ST. LEIDSCHER RIJN JULIUS GEZ. CENTRA (GEZ)	Z122
ST. SAMENWERKENDE HUISARTSEN REIMERSWAAL (KETENZORG)	Z101
STICHTING AMSTERDAMSE GEZONDHEIDSCENTRA (SAG)	Z74
STICHTING BOSKOOP GEZOND	Z148
STICHTING DIAMURAAL (KETENZORG)	Z61
STICHTING GAZO GEZONDHEIDSCENTRA AMSTERDAM ZUIDOOST	Z76
STICHTING GC HAARLEMMERMEER (GEZ)	Z105
STICHTING GEZONDHEIDSCENTRA UTRECHT (GEZ/KETENZORG)	Z110
STICHTING GEZONDHEIDSCENTRUM CORLAER (GEZ)	Z128
STICHTING GEZONDHEIDSCENTRUM LEWENBORG	Z115
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
ZORG IN HOUTEN	Z116
ZORG OP NOORD ROTTERDAM	Z83
ZORGGROEP ALMERE	Z67
ZORGGROEP ATTINT B.V.	Z38

NAAM	NUMMER
ZORGGROEP AXEL ZAAMSLAG	Z70
ZORGGROEP DRACHTEN/STICHTING CATENA	Z77
ZORGGROEP ELZHA	Z29
ZORGGROEP HARINGVLIET	Z54
ZORGGROEP HET HUISARTSENTEAM	Z19
ZORGGROEP HOEKSEWAARD	Z73
ZORGGROEP RIDDERKERK	Z5
ZORGGROEP WEST-BRABANT	Z81
ZORGGROEP ZGWA	Z6
ZORROO	Z20

