

TRANSPARANTE KETENZORG RAPPORTAGE 2015 ZORGGROEPEN

DIABETES MELLITUS, VRM, COPD EN ASTMA

**OP WEG NAAR GENUANCEERDE
RAPPORTAGE VAN ZORG**

COLOFON

© InEen, juni 2016

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

Verantwoording	2
Samenvatting en aanbevelingen	3
Inleiding	9
Werkwijze	11
Respons zorggroepen	12
Resultaten diabetes algemeen	13
Resultaten diabetes indicatoren	15
Resultaten HVZ algemeen	19
Resultaten HVZ-indicatoren	22
Resultaten VVR algemeen	25
Resultaten VVR-indicatoren	27
Resultaten COPD algemeen	31
Resultaten COPD indicatoren	34
Resultaten astma algemeen	38
Resultaten astma indicatoren	40
 Bijlagen	
Bijlage 1 Grafieken diabetes	43
Bijlage 2 Grafieken HVZ	54
Bijlage 3 Grafieken VVR	62
Bijlage 4 Grafieken COPD	72
Bijlage 5 Grafieken astma	82
Bijlage 6 Namen van zorggroepen	90

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
- Marianne Meulepas, RDC Meetpunt Kwaliteit en vertegenwoordiger Platform RDC

en de volgende externe deskundigen:

Diabetes

- Henk Bilo, internist Isala Klinieken Zwolle en hoogleraar inwendige geneeskunde UMC Groningen
- 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 zesde 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). Nieuw dit jaar is de rapportage over astma.

Als uitvloeisel van de discussies over externe verantwoording in "Het Roer moet om" is het aantal indicatoren voor de externe verantwoording vanaf dit jaar beperkt tot maximaal acht per zorgprogramma. Daarbij is door de betrokken partijen een keuze gemaakt uit de indicatoren die het NHG per zorgprogramma heeft ontwikkeld.

Respons

Van de aangeschreven zorggroepen hebben er 105 (vorig jaar 113) hun data over het jaar 2015 aangeleverd. In totaal gaven 95 (vorig jaar 101) zorggroepen toestemming voor het vermelden van de naam van de zorggroep.

Bij alle 105 zorggroepen betrof het data over diabeteszorg (vorig jaar 113), bij 95 (vorig jaar 102) zorggroepen ook data over COPD zorg, bij 17 zorggroepen ook data over astma, bij 68 (vorig jaar 62) zorggroepen ook data over HVZ en bij 50 (vorig jaar 40) zorggroepen ook over VVR.

Met elkaar vertegenwoordigen de 105 aanleverende zorggroepen ongeveer 14.436.656 (vorig jaar 14.906.917) inwoners van Nederland (85%, vorig jaar 88%), 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 Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de benchmark is gedaald van 113 naar 105. Zij variëren sterk in omvang en dus in aantallen patiënten in het zorgprogramma. De gemiddelde prevalentie van diabetes type 2 is net als vorig jaar 5,1%.
- 2 Het aantal zorggroepen dat de hele populatie in beeld heeft is gestegen van 75 naar 91%. De stijging wordt mede veroorzaakt door de nieuwe toets systematiek op de datakwaliteit van InEen.
- 3 Zorggroepen rapporteren dat nu 83-87% van de patiënten onder behandeling is in de eerste lijn. Dat percentage lijkt te stabiliseren.
- 4 Gemiddeld 4,3% (vorig jaar 4,1%) heeft geen programmatische zorg. Zorggroepen zijn dus weer iets kritischer op de noodzaak om patiënten met diabetes te includeren in een zorgprogramma.
- 5 Het aantal indicatoren is vanaf dit jaar beperkt tot 8. De gerapporteerde procesindicatoren zijn opnieuw verbeterd. Ze scoren nu allen tussen de 85 en 93%. Sommigen lijken hun plateaufase te hebben bereikt.

- 6 Het aantal patiënten met LDL $\leq 2,5$ mmol/l is gemiddeld 61,3% (vorig jaar 60,7%), maar varieert enorm tussen de zorggroepen. Ook het aantal patiënten met een lipidenverlagend middel varieert (te) sterk (17-87%). Waarschijnlijk kunnen sommige zorggroepen deze data nog niet betrouwbaar aanleveren.
- 7 Het aantal rokers stabiliseert ten opzichte van vorig jaar (16%). Dat is beduidend lager dan in de open populatie (24,6%).

Aanbevelingen diabetes

- 1 De toets systematiek voor de datakwaliteit dient verder te worden doorontwikkeld zodat in de toekomst van alle zorggroepen betrouwbare en vergelijkbare data beschikbaar zijn.
- 2 Een aantal zorggroepen dient nog werk te maken van een betrouwbare weergave van de populatie aan de hand van de codes "hoofdbehandelaar" en "geen programmatische zorg"
- 3 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.
- 4 Praktijkvariatie is een belangrijk gegeven voor zorggroepen om intern na te gaan waar de meeste verbetering te bereiken valt.
- 5 Zorggroepen die minder goed scoren op de uitkomstindicator LDL dienen te kijken naar een mogelijke relatie met een laag gebruik van lipidenverlagers.
- 6 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 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 62 naar 68.
- 2 De gemiddelde prevalentie van de patiënten met HVZ is met 4,5% vergelijkbaar met vorig jaar. De spreiding is nog steeds groot (2% tot 7%), zij het kleiner dan vorig jaar.
- 3 Daarvan is 27,5% onder controle in de tweede lijn (vorig jaar 24,8%) en heeft 6,0% (vorig jaar 4,2%) 'geen programmatische zorg'. Gemiddeld zit 55-65% in het zorgprogramma. De cijfers wisselen afhankelijk van de gekozen steekproef omdat de registratie hoofdbehandelaar nog niet door alle zorggroepen volledig betrouwbaar kan worden weergegeven. De spreiding tussen zorggroepen is erg groot.
- 4 Een vergelijking over meer jaren laat zien dat alle drie in de benchmark opgenomen procesindicatoren jaarlijks verder verbeteren. Ook dit jaar zijn ze weer beter dan vorig jaar.
- 5 De uitkomstindicator RR ≤ 140 mmHg is 72% (vorig jaar 71%) en daarmee waarschijnlijk al zo goed als optimaal. De uitkomstindicator LDL $\leq 2,5$ mmol/l is met 55% sterk gestegen (vorig jaar 50%), maar blijft achter bij de bloeddruk en kan waarschijnlijk nog verder verbeteren.
- 6 Het aantal niet-rokers stabiliseert net boven de 80%. Dat is wel beduidend beter dan in de algemene bevolking (75,4%).
- 7 Door de genoemde uitkomsten van deze programmatische aanpak van de HVZ zorg zal het aantal complicaties in de toekomst naar verwachting verminderen.

Aanbevelingen VRM bij patiënten met een HVZ (HVZ)

- 1 De toets systematiek voor de datakwaliteit dient verder te worden doorontwikkeld zodat in de toekomst van alle zorggroepen betrouwbare en vergelijkbare data beschikbaar zijn.
- 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 Het relatief achterblijvende resultaat bij de indicator LDL dient nader te worden bestudeerd. Daarbij dient ook de variatie in het gebruik van lipidenverlagende middelen te worden betrokken.
- 5 In het kader van persoonsgerichte zorg dient er een discussie te worden gevoerd over het dilemma "halen streefwaarde" versus "relevante verlaging" bij SBD en LDL.
- 6 Er dient een nadere analyse te worden verricht naar de grote spreiding bij de inclusie van patiënten in het zorgprogramma.

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 40 naar 50.
- 2 De gemiddelde prevalentie van de patiënten met VVR blijft stabiel op 8,5%. De spreiding is kleiner dan vorig jaar maar nog steeds groot (2,9% tot 14,8%). Dit wordt 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 Alle acht in deze benchmark gekozen indicatoren zijn verbeterd ten opzichte van vorig jaar.
- 5 Van de vijf procesindicatoren scoren LDL en eGFR boven de 95%, RR en rookstatus tussen 85% en 90% en lichaamsbeweging bepaald 74%.
- 6 De uitkomstindicator RR <140 mmHg scoort 70% (vorig jaar 65%) en LDL <2,5 mmol/l scoort bijna 30%, waarbij geldt dat de streefwaarde bij VVR minder absoluut is dan bij HVZ.
- 7 De uitkomstindicator roken is ondanks het aantal nieuwe zorggroepen met 15% stabiel en daarmee significant lager dan de 24,6% in de bevolking.

Aanbevelingen VRM bij patiënten zonder een hartvaatziekte (VVR)

- 8 De toets systematiek voor de datakwaliteit dient verder te worden doorontwikkeld zodat in de toekomst van alle zorggroepen betrouwbare en vergelijkbare data beschikbaar zijn.
- 9 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.
- 10 Praktijkvariatie is een belangrijk gegeven voor zorggroepen om intern na te gaan waar de meeste verbetering te bereiken valt.
- 11 Zorggroepen die laag scoren op de indicator LDL $\leq 2,5$ mmol/l dienen tevens te kijken naar het percentage gebruik van lipidenverlagers.

- 12 In het kader van persoonsgerichte zorg dient er een discussie te worden gevoerd over het dilemma “halen streefwaarde” versus “relevante verlaging” bij SBD en LDL.
- 13 Er dient een nadere analyse te worden verricht naar de grote spreiding bij de inclusie van patiënten in het zorgprogramma.

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 licht gedaald van 102 naar 95. Enerzijds omdat kleinere zorggroepen zijn opgegaan in grotere, anderzijds wellicht door de financiële verplichting voor deelname die dit jaar voor het eerst gold.
- 2 De gemiddelde prevalentie van COPD in het eerstelijns ketenzorgprogramma is met 2,1% licht gestegen ten opzichte van 2014 (2,0%). Dit komt overeen met de verwachting dat het aantal COPD-patiënten zal stijgen, mede door de vergrijzing. De prevalenties per zorggroep wisselen nog (te) sterk.
- 3 Het percentage COPD-patiënten in de eerste lijn is gedaald van 66% naar 64%. Ook het percentage in de tweede lijn daalde van 29% naar 27%. Van zo’n 10% bleef de hoofdbehandelaar onduidelijk, zodat geen harde conclusies getrokken kunnen worden over eventuele substitutie.
- 4 Het percentage patiënten zonder programmatische zorg bleef met 9,7% ongeveer gelijk.
- 5 Vergelijking van de indicatoren over vier jaren laat zien dat er veel is bereikt. De relevante zorgprocessen worden in toenemende mate uitgevoerd of hebben inmiddels hun “plateaufase” bereikt. Bij een enkele indicator (inhalatietechniek gecontroleerd, functioneren vastgelegd) is nog verbetering mogelijk en ook wenselijk.
- 6 De best scorende procesindicator is ‘rookstatus’ met 84% (in 2014 80%).
- 7 De sterkst stijgende procesindicator is “functioneren MRC/CCQ vastgelegd” van 70% naar 78%. Dat is verheugend, want de CCQ is de basis van de ziektelastmeting, die het verdere beleid bepaalt.
- 8 Bij 69% van de COPD-patiënten die inhalatiemedicatie gebruiken is de inhalatietechniek gecontroleerd, vergelijkbaar met 2014. Deze indicator verdient extra aandacht.
- 9 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 worden aangepast.
- 10 Het percentage rokers in de COPD-populatie ligt onverminderd op 40%. Dit betekent dat er ieder jaar een aantal mensen stoppen, want van de nieuwe COPD-patiënten die instromen rookt de meerderheid en toch blijft het percentage stabiel op 40%.
- 11 De indicatoren ‘exacerbaties op basis van prednisonkuren’ kent registratieproblemen met onderregistratie tot gevolg. De uitkomst is met 10% stabiel.

Aanbevelingen COPD

- 1 De toets systematiek voor de datakwaliteit dient verder te worden doorontwikkeld zodat in de toekomst van alle zorggroepen betrouwbare en vergelijkbare data beschikbaar zijn.
- 2 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.
- 3 De uitkomsten voor de indicatoren "inhalatietechniek gecontroleerd " en "functioneren vastgelegd" verdienen meer aandacht.
- 4 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.
- 5 De indicatoren voor longfunctie bepaald en voor de exacerbaties dienen voor 2016 te worden aangepast. Zo mogelijk dient een indicator over de ziektelast te worden toegevoegd.
- 6 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 Astma

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

- 7 Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan deze eerste landelijke benchmark Astma bedraagt 17. Zij hadden samen 28.776 patiënten van 16 jaar en ouder met astma in zorg.
- 8 In het eerste jaar waarin gegevens over astmazorg zijn vastgelegd en waarin nog verschillende inclusiecriteria zijn gehanteerd blijkt er nog een grote variatie in prevalentiecijfers tussen 1e en 2e lijn en het percentage niet-programmatische zorg.
- 9 De gemiddelde prevalentie bedraagt 4,7% en daarvan is 38% opgenomen in het zorgprogramma. Dat gemiddelde komt overeen met de cijfers van zorggroepen die al vele jaren ervaring hebben met dit programma (40%)
- 10 Bij 64% van de patiënten met astma is de inhalatietechniek gecontroleerd en geregistreerd. Een stijging van dit percentage moet de komende jaren haalbaar zijn.
- 11 De mate van astma controle is vastgelegd bij 50%. Dit is een cruciale indicator voor het beleid en daarom moet deze waarde omhoog.
- 12 De procesindicator 'longfunctie bepaald' scoort 59%. De waarde is moeilijk te bepalen omdat in de nieuwe NHG standaard een spirometrie niet meer bij elke patiënt is geïndiceerd
- 13 Het rookgedrag is geregistreerd bij 84%. Een mooie start, maar dat percentage kan nog stijgen.
- 14 Het percentage rokers in de astma-populatie ligt met 13% een stuk lager dan het landelijke percentage (24,6%). Dat is een goed resultaat.
- 15 De indicatoren 'exacerbaties op basis van prednisonkuren' kent registratieproblemen met onderregistratie tot gevolg.

Aanbevelingen Astma

- 1 De toets systematiek voor de datakwaliteit dient verder te worden doorontwikkeld zodat in de toekomst van alle zorggroepen betrouwbare en vergelijkbare data beschikbaar zijn.
- 2 Zorggroepen dienen veel aandacht te besteden aan valide diagnosestelling en zuivere inclusie in het zorgprogramma (wel of geen programmatische zorg).
- 3 De uitkomsten voor de indicatoren "inhalatietechniek gecontroleerd " en "astma controle vastgelegd" verdienen meer aandacht.
- 4 Zorggroepen die scores hebben die ver afdiggen van de gemiddelden dienen de redenen voor hun afwijkende gegevens te analyseren, en daar zo nodig en mogelijk een verbetertraject voor te ontwikkelen.
- 5 De indicatoren voor longfunctie bepaald en voor de exacerbaties dienen voor 2016 te worden aangepast.
- 6 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 astma zorg in Nederland.

INLEIDING

Transparantie over de geleverde ketenzorg is een belangrijke hoeksteen in het kwaliteitsbeleid van InEen en de aangesloten zorggroepen. Daarom realiseert InEen in samenwerking met 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.

In 2015 is er op initiatief van de landelijke beweging “Het roer moet om” een discussie op gang gekomen over de noodzaak tot beperking van de hoeveelheid verantwoordingsinformatie over huisartsen- en ketenzorg. Als gevolg daarvan is het aantal indicatoren in de ketenzorg en dus in deze benchmark teruggebracht tot maximaal acht per zorgprogramma. De uiteindelijke keuze voor de indicatorensets die hier worden gepresenteerd is gemaakt in een gezamenlijk overleg tussen NHG, InEen, de expertgroepen DiHAG, CaHaG en HartVaatHAG, ZN, NPCF, LHV, VPH en het Roer.

Een betrouwbare weergave en vergelijking van data stelt eisen aan het proces van dataregistratie, dataverzameling en data-analyse. Daarbij is uniformering van die processen noodzakelijk. InEen wil zorggroepen hierbij nadrukkelijk ondersteuning bieden. Daartoe hebben InEen en ZN in 2015 een nieuw toetsinstrument laten ontwikkelen waarmee bij zorggroepen de datakwaliteit kan worden getoetst. Daarmee komt het vorige toetsinstrument te vervallen, zodat ook de vertrouwde onderverdeling licht blauw versus donkerblauw in deze benchmarkrapportage niet meer terugkeert. Omdat het nieuwe toetsinstrument pas in 2016 operationeel wordt is in de benchmark over 2015 geen kwalificatie van de datakwaliteit opgenomen.

InEen heeft 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.

Dit jaar zijn de indicatoren uitgevraagd van de zorgprogramma's diabetes, COPD, astma en Vasculair Risico Management bij patiënten met hartvaatziekten (HVZ) en 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 95 zorggroepen gebruik. In bijlage 6 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, HVZ, VVR, COPD en astma.

WERKWIJZE

Eind december 2015 werd de reductie van het aantal indicatoren volgens de afspraken uit Het Roer Gaat Om verder uitgewerkt. Voor deze rapportage over het verslagjaar 2015 is de eerder gepubliceerde set indicatoren teruggebracht tot acht voor diabetes, COPD en VVR en zes voor HVZ en astma. Daarnaast worden voor alle programma's aanvullende gegevens gevraagd om de prevalentie, regie (verdeling tussen eerste en tweede lijn) en verdeling tussen programmatische en niet programmatische zorg te kunnen berekenen.

Begin januari 2016 zijn in totaal 130 contactpersonen van zorggroepen en gezondheidscentra via email benaderd voor deelname aan de benchmark over 2015. 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 <https://transparanteketenzorg.nl> aan te leveren. Aan de andere groepen hebben we gevraagd met het regionaal datacentrum contact op te nemen voor deelname. Het regionaal datacentrum zorgde dan vervolgens dat de gegevens via de website werden aangeleverd.

Als deadline hebben we 1 april aangegeven.

Net als vorig jaar wordt de rapportage gemaakt voor 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 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.

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 130 aangeschreven potentiële zorggroepen hebben er 105 gegevens aangeleverd voor de landelijke benchmark. Met elkaar vertegenwoordigen deze zorggroepen ongeveer¹ 14.436.656 inwoners van Nederland (85%), door het land verspreid. De geschatte dekkingsgraad is met 3% afgenomen ten opzichte van 2015 (rapportage over 2014). Het aantal lag toen op 14.906.917.

Dat de deelname aan de landelijke benchmark is afgenomen heeft hoogstwaarschijnlijk te maken met de verandering in financiering van de benchmark. In voorgaande jaren betaalde ZN die uit projectgelden. Dit jaar vraagt InEen hiervoor een bijdrage van de zorggroepen. Sommige zorggroepen die deel uitmaken van een federatie hebben er daarom voor gekozen niet meer afzonderlijk cijfers aan te leveren maar gezamenlijk als federatie.

Verder zijn er kleine zorggroepen die deel zijn gaan uitmaken van een grotere zorggroep. Dat lijkt op landelijke schaal een beweging die een paar jaar geleden op gang kwam en zich doorzet.

Overzicht 1: Deelname zorggroepen

Aangeschreven	131
Gegevens aangeleverd voor diabetes	105
Gegevens aangeleverd voor COPD	95
Gegevens aangeleverd voor HVZ	68
Gegevens aangeleverd voor VVR	50
Gegevens aangeleverd voor astma	17

In voorgaande jaren werden de grafieken in donkerblauw en lichtblauw weergegeven. Donkerblauw was voor zorggroepen die hun datamanagement hadden laten toetsen via een QuickScan om vast te stellen of de procedure conform de afgesproken werkwijze van InEen was. Daarnaast werden zorggroepen donkerblauw weergegeven die hun gegevens lieten verwerken door een regionaal datacentrum dat hierop getoetst was. Alle andere zorggroepen werden lichtblauw weergegeven.

Inmiddels hebben InEen en ZN opdracht gegeven voor het ontwikkelen van een nieuwe toets procedure. Aangezien die procedure voor deze ronde nog niet afgerond is, worden alle groepen in dezelfde kleur weergegeven.

95 groepen hebben aangegeven dat hun naam gemeld mag worden. Die namen staan opgenomen in Bijlage 6.

¹ Van zorggroepen waarvan de populatiegrootte niet bekend is, is die berekend op basis van de gemiddelde prevalentie (5.1%).

RESULTATEN DIABETES ALGEMEEN

De 105 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2015 in totaal 611.080 mensen met diabetes type 2 in zorg. In 2014 hebben 113 zorggroepen gegevens aangeleverd met een totaal van 627.037 mensen met diabetes type 2 in zorg. Voor de berekening van de indicatoren voor het verslagjaar 2015 hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 538.163 patiënten (88%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	105
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	103
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	138.362
Mediaan	95.599
Minimum	6.536
Maximum	535.760

Omdat voor de benchmark zowel zorggroepen als gezondheidscentra die geen deel uitmaken van een zorggroep gegevens aanleveren zijn de verschillen in populatie erg groot. De opbouw van de populatie van een gezondheidscentrum kan daarbij een veel grotere invloed hebben op de scores op de indicatoren dan die van een zorggroep. In een qua omvang grote zorggroep wordt de invloed van de zogenoemde case-mix (bijvoorbeeld relatief veel ouderen of mensen met lage sociaaleconomische status) als het ware verdund en is de invloed van verschillende groeperingen in het gemiddelde minder of niet meer terug te zien.

Overzicht 2: Mensen met diabetes type 2, prevalentie en regie

	Totaal aantal mensen met diabetes type 2 N*=96	Prevalentie** N=99	In programma zorggroep N=105	% onder behandeling specialist** N=93	% niet in programma zorggroep*** N=90
Gemiddelde	7.237	5,2	5.819	10,4	4,3
Mediaan	4.654	5,1	3.965	10,3	3,6
Minimum	314	2,6	239	0,4	0,0
Maximum	29.437	7,5	24.585	20,9	14,7

*N= aantal zorggroepen dat betreffende gegevens kon aanleveren; dit aantal kan per item verschillen.

**Hier is het gemiddelde van de prevalenties per zorggroep genomen. Die kan afwijken van de gewogen prevalentie (rode streep in grafiek 1 van bijlage 1) die is berekend over alle patiënten van alle aanleverende zorggroepen.

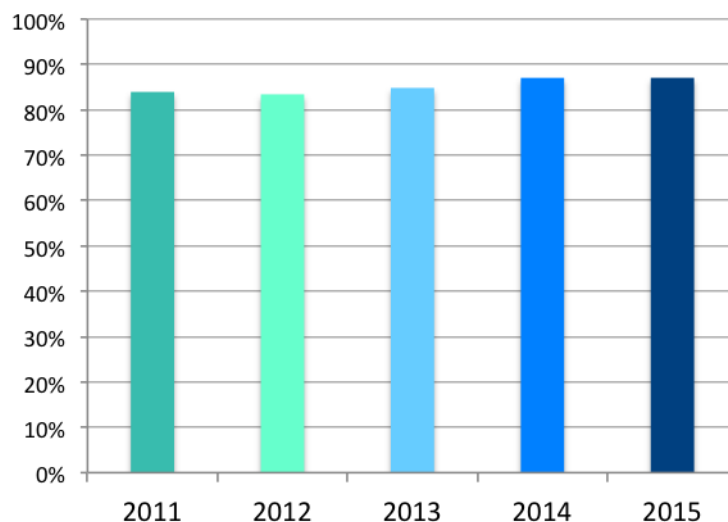
***Een zorggroep heeft hier o als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

Was er vorig jaar nog een daling in het aantal zorggroepen dat de hele populatie diabetespatiënten in beeld had, nu is dat aantal flink gestegen: van 75 naar 91%. Ook zorggroepen die met een KIS werken en voorheen enkel gegevens konden aanleveren over de patiënten die bij hen in zorg waren, treffen nu maatregelen om de gehele populatie inzichtelijk te krijgen. De ontwikkeling van het toetsinstrument voor zorggroepen door InEen en ZN heeft hieraan ongetwijfeld een positieve bijdrage geleverd.

Om zicht te krijgen op substitutie van tweede naar eerste lijn hebben we het percentage patiënten dat in de eerste lijn wordt behandeld vergeleken over vijf jaren. Voor deze vergelijking hebben we alleen groepen meegenomen 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 programmatische zorg) gedurende minstens drie jaar konden aanleveren.

Er lijkt sprake van een redelijk stabiele situatie in de verdeling van behandeling tussen eerste en tweede lijn. Het gemiddelde moet aanleiding zijn om te kijken naar verschillen tussen zorggroepen. Op basis van de beschikbare gegevens kunnen we niet concluderen of het huidige evenwicht goed is en in overeenstemming met de landelijke transmurale afspraken of dat er teveel of te weinig mensen in het ziekenhuis onder behandeling zijn. De waargenomen stabiliteit suggereert, dat er vanuit zorgperspectief een acceptabel evenwicht is bereikt.

Grafiek 1: Vergelijking percentage mensen met diabetes type 2 in 1^e lijn

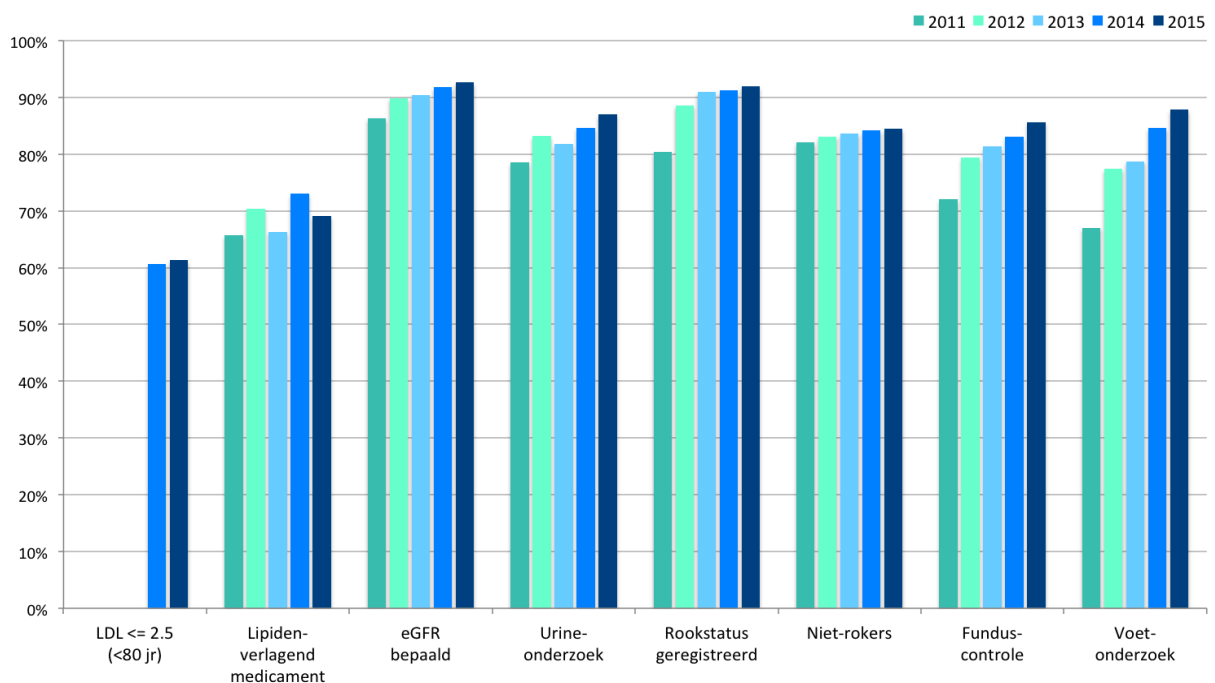


RESULTATEN DIABETES INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de diabetesindicatoren over vijf jaren. Omdat dit jaar evenals vorig jaar is gevraagd gegevens aan te leveren over iedereen die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma meedeelt is een zuivere vergelijking met de jaren daarvoor niet goed mogelijk.

1 Vergelijking diabetesindicatoren over vijf jaren

Grafiek 3: Vergelijking indicatoren over vijf jaren over de volledige populatie



Hoewel de selectie van de populatie een deel van de verbeteringen op de scores kan verklaren, blijft de tendens tot verbetering bij een aantal indicatoren zichtbaar. De relevante zorgprocessen worden in toenemende mate uitgevoerd of hebben hun plateaufase bereikt. Over de uitkomstindicator LDL<2,5 zijn pas cijfers over 2 jaren. De uitkomstindicator bloeddruk op streefwaarde ontbreekt nu sinds dit verslagjaar het aantal indicatoren tot 8 wordt beperkt.

2 Resultaten over 2015 per indicator

Het totaalbeeld wordt nog beter inzichtelijk in de grafieken in bijlage 1. Daarin staan per indicator de resultaten van elke zorggroep weergegeven. Om een vergelijking mogelijk te maken met het landelijk gemiddelde is er een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.

Toelichting bij de grafieken

Grafiek 1: Totale populatie zorggroepen

De omvang van de deelnemende gezondheidscentra en zorggroepen verschilt enorm. Van twee zorggroepen die geen totale populatie konden aanleveren kan de prevalentie van diabetes niet berekend worden; dit is ten opzichte van 2014 een halvering. Desondanks, en zoals al aangegeven in het bovenstaande, is de groepsgrootte zo verschillend, dat dit het zonder context vergelijken van gegevens erg lastig maakt. Blijf de gegevens dus bekijken met deze gedachte in het achterhoofd.

Grafiek 2: Prevalentie diabetes

Van zes organisaties is er geen prevalentie bekend. 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 7,5%. De meerderheid zit qua prevalentie tussen 4 en 6,5% en het gewogen gemiddelde is net als vorig jaar 5,1%. De verschillen berusten waarschijnlijk op populatieverschillen dan wel een afwijkende manier van opsporen en registratie. De zorggroepen die buiten deze spreiding vallen moeten deze afwijking proberen te verklaren. Hierbij kan worden gedacht aan onderregistratie (het niet goed in beeld hebben van de eigen in de keten opgenomen populatie, patiënten niet in programmatische zorg en in de tweede lijn) of over- en onderdiagnostiek, maar ook aan populatieopbouw binnen een regio. Gegeven deze gedachten zal bij de rapportages in de komende jaren ook aandacht moeten worden gegeven aan het beschrijven van overeenkomsten en verschillen bij analyse op basis van groepsgrootte indeling, dan wel indeling naar regio binnen Nederland, inclusief (rand)stedelijke en niet (rand)stedelijke setting.

Grafiek 3: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma

Vorig jaar kon bij 14 organisaties dit percentage niet berekend worden, dat is voor 2015 teruggelopen naar 6 organisaties. Bij de overige varieert het tussen 66 en 100%, met een gewogen gemiddelde van 83%, een iets lager gemiddelde dan vorig jaar. Dat betekent overigens niet zomaar dat er meer mensen naar de tweede lijn zijn verwezen. Er is hier vrijwel zeker sprake van een verbeterde registratie. Verder differentiëren binnen deze informatie zal hierin mogelijk meer duidelijkheid kunnen brengen; ook dat kan een taak zijn voor de volgende jaren. Hierbij moet er overigens voor gewaakt worden dat de InEen rapportage niet dusdanig gedetailleerd wordt, dat er niet meer dóór te komen is.

De grote spreiding, maar zeker een percentage van 100% betekent waarschijnlijk 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 steeds onvoldoende tot niet geregeld. Dat geldt ook voor de registratie van 'geen programmatische zorg'. Deze beide registraties zijn voorwaarde voor een betrouwbare vergelijking van zorguitkomsten tussen zorggroepen.

Grafiek 4: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde $\leq 2,5$ mmol/l

Van 7 organisaties is dit percentage niet bekend. Ook hier een forse variatie, tussen 38 en 77% (vorig jaar tussen de 18 en 87%), met een gewogen gemiddelde van 61,3% (vorig jaar 60,7%). De nog steeds aanwezige ruime 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.

Grafiek 5: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt

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 gerapporteerde variatie is tussen 17 en de 87% (vorig jaar tussen 51 en 100%), met een gewogen gemiddelde van 69,1% (vorig jaar 73%). Bij de meeste organisaties geldt: zorggroepen kunnen snel in hun database nagaan welke praktijken opvallend laag scoren (praktijkvariatie) en vervolgens gericht actie ondernemen. De laagste scorende organisaties zullen mogelijk ook dit jaar eerder een uitleesprobleem hebben dan een ernstige onderbehandeling voor de gehele populatie kennen. Het wordt echter toch wel tijd om dat heel goed duidelijk te krijgen op zorggroep niveau.

Grafiek 6: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de eGFR is geregistreerd

Er lijkt een variatie tussen de 32 en 99% met een gewogen gemiddelde van 92,6%. Dat gemiddelde is een mooi resultaat. Alle mogelijke verklaringen voor de variatie zijn al genoemd, maar ook hier geldt: bij duidelijke afwijking van het gemiddelde kijken waarom die afwijking bestaat. Informatie over de nierfunctie dient breed gedeeld te worden, ook vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid. Zeker als het gaat om medicatie en de eventueel op basis van afwijkende nierfunctie noodzakelijke aanpassingen is deze informatie voor de gehele keten onontbeerlijk.

Grafiek 7: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met urineonderzoek (porties) op albumine of albumine/creatinine ratio

Eén zorggroep heeft de gegevens niet kunnen aanleveren, bij de andere is er een spreiding tussen de 34 en 96% (vorige jaar tussen de 61 en 97%) met een gewogen gemiddelde van 87% (vorig jaar 84,6%). De ene heel lage waarde zal toch echt wel een uitlees- of definitieprobleem betreffen. RAAS remming moet bij micro-albuminurie altijd heel bewust overwogen worden, ook bij mensen met een normale bloeddruk. Zeker bij de jongere mensen met diabetes type 2 is dit een maatregel, die zijn nut heel duidelijk bewezen heeft.

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

Het is een goed teken dat binnen de ketenzorg bij 92% van de mensen (vorig jaar: negen van de tien) bekend is of ze roken of niet.

Grafiek 9: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma, van wie rookgedrag is vastgelegd, dat rookt

In deze cijfers is nauwelijks een verandering waarneembaar. Het aantal bekende rokers stabiliseert zo rond de 16% (gewogen gemiddelde 15,6%), beduidend minder dan het landelijke percentage van volwassenen in Nederland dat rookt (in 2012: 23%) . De spreiding blijft wel nog steeds aanwezig

Grafiek 10: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met een funduscontrole

Hier wordt een uitstekend resultaat geboekt. Een deel van de organisaties met een lage score heeft dit lage percentage vrijwel zeker te danken aan het onvermogen om uit de beschikbare data de juiste gegevens te identificeren. Het werkelijke gemiddelde, dat nu al mooi hoog op 85,6% zit, is waarschijnlijk al hoger.

Grafiek 11: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie voetonderzoek is gedaan

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 iedere deelnemende organisatie zijn de gegevens nu bekend. De spreiding van gerapporteerde gegevens is hetzelfde als in 2014 (tussen de 54 en 98%) met een gewogen gemiddelde 87,8% (een verbetering dus in vergelijking met 2015, toen het gewogen gemiddelde 84,6% was).

RESULTATEN HVZ ALGEMEEN

De 68 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2015 met elkaar 207.720 patiënten met HVZ in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 159.596 patiënten (77%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Bij patiënten met HVZ² gaat het om een of meer van de volgende aandoeningen: angina pectoris, acuut myocardinfarct, andere chronische ischemische hartziekte, passagère cerebrale ischemie, TIA³, cerebraal infarct (arteriestamocclusie), claudicatio intermittens en aneurysma aorta. Patiënten met diabetes mellitus type 2 kunnen uitsluitend worden opgenomen in het zorgprogramma diabetes, en niet in het zorgprogramma HVZ. Programmatische ketenzorg HVZ betreft zowel het vasculair risicomanagement (VVR, zie hoofdstuk VVR) als de zorg voor patiënten met HVZ. Bij deze laatste zorg is onder meer sprake van begeleiding na een myocardinfarct, cerebraal infarct of TIA, en van preventie van een recidief event, waarbij er vaak langdurige zorg en/of medische controle nodig is, vooral in het geval er orgaanschade is opgetreden.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	68
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	67
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	124.073
Mediaan	100.582
Minimum	6.536
Maximum	422.296

Anders dan bij diabetes en COPD ligt het aantal zorggroepen dat cijfers aanlevert over 2015 hoger dan vorig jaar. Dat betekent dat het aantal groepen dat start met een zorgprogramma HVZ nog steeds groeit. Bij hen zullen opstart- en registratieproblemen de cijfers in de rapportage beïnvloeden⁴.

² secundaire preventie: ICPC- codes K74.00 (angina pectoris), K75.00 (hartinfarct), K76.00 (andere ischemische hartziekten), K89.00 (TIA), K90.03 (herseneninfarct), K92.01 (perifeer arterieel vaatlijden), K99.01 (aneurysma aorta).

³ De definitie van TIA lijkt soms niet eenduidig, er is een definitie uit de standaard 2013; wij verwijzen naar de NHG-Standaard Beroerte: *Transient ischaemic attack (TIA)*: een voorbijgaande episode met neurologische verschijnselen (uitval) als gevolg van focale ischemie van de hersenen, het ruggenmerg of de retina zonder dat er (bij beeldvorming) aanwijzingen zijn voor verse (acute) infarctering, dit sluit aan bij [Easton 2009], Stroke. 2009; 40: 2276-2293 AHA/ASA Scientific Statement Definition and Evaluation of Transient Ischemic Attack. J. Donald Easton et.al.

⁴ In de opstartperiode kan sprake zijn van een lagere prevalentie van HVZ. Ook moet gewenste substitutie van tweede- naar eerstelijns nog op gang komen.

Overzicht 2: Mensen met HVZ, prevalentie en regie

	Totaal aantal mensen met HVZ N*=63	Prevalentie** N=63	In programma zorggroep N=68	% onder behandeling specialist N=60	% niet in programma zorggroep*** N=60
gemiddelde	5.595	4,3	3.054	27,5	6,0
mediaan	4.103	4,3	2.435	28,9	3,9
minimum	265	1,9	105	0,1	0
maximum	30.523	7,2	17.479	56,1	39,7

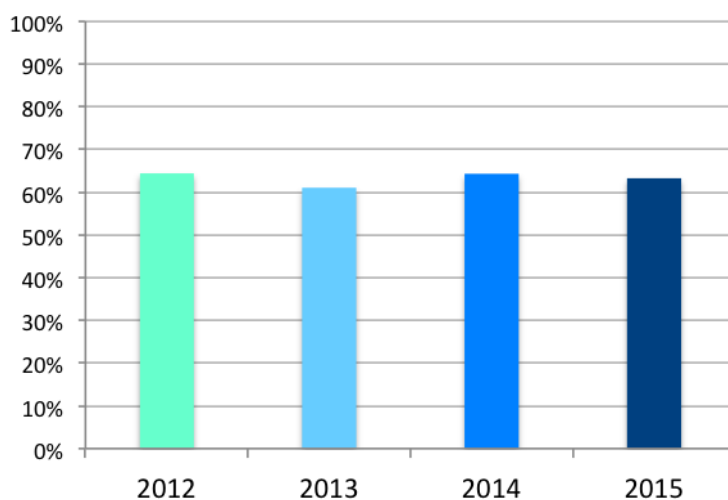
*N = aantal zorggroepen dat betreffende gegevens kon aanleveren; dit aantal kan per item verschillen.

**Hier is het gemiddelde van de prevalenties per zorggroep genomen. Die kan afwijken van de gewogen prevalentie (rode streep in grafiek 1 van bijlage 2) die is berekend over alle patiënten van alle aanleverende zorggroepen.

***Een zorggroep heeft hier 0 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).

Net als bij diabetes en COPD neemt het aantal zorggroepen dat de hele populatie in beeld heeft toe. Daarmee komt er meer zicht op de werkelijke prevalentie. Ook wordt zo duidelijker welke patiënten niet in programmatische zorg zijn en wat de verdeling is van patiënten tussen eerste- en tweedelij. Een verantwoorde verschuiving van zorg van tweede- naar eerstelij (substitutie) vereist een actieve opstelling van zorgverleners, ondersteund door transmurale afspraken. De door de zorggroepen aangeleverde gegevens geven echter geen inzicht in deze afspraken, noch in de eventuele effecten ervan op substitutie. Daarbij speelt dat niet alle zorggroepen de registratie van het hoofdbehandelaarschap op orde hebben. Substitutie is een proces van jaren en tevens afhankelijk van variabele factoren als lokale contacten, patiënt-karakteristieken, beleid van zorgverzekeraars, en de ontwikkeling en implementatie van transmurale afspraken.

Grafiek 1. Vergelijking percentage patiënten met HVZ in 1^e lijn



Het percentage patiënten dat in de eerste lijn wordt behandeld is in Grafiek 1 vergeleken over vier jaren. Voor deze vergelijking zijn alleen die groepen geselecteerd 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 programmatische zorg) gedurende minstens twee jaar compleet konden aanleveren.

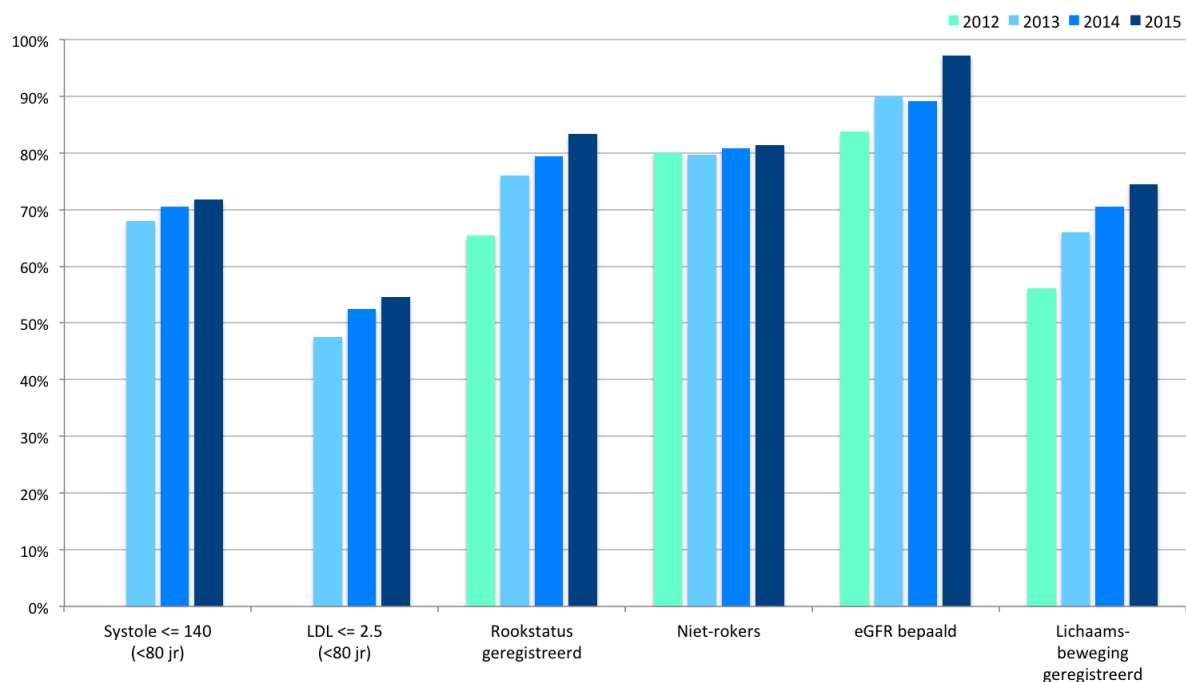
RESULTATEN HVZ-INDICATOREN

1 Vergelijking indicatoren HVZ over vier jaren

In Grafiek 1 zien we de scores van de indicatoren HVZ over de afgelopen jaren. Van de indicatoren systolische bloeddruk en LDL zijn gegevens over de jaren 2013 – 2015 beschikbaar. Over de jaren 2014 - 2015 zijn gegevens verwerkt van patiënten die gedurende het gehele jaar aan het zorgprogramma deelnamen.

De grafiek laat zien dat de zorggroepen de processen steeds beter onder controle krijgen: steeds meer patiënten ontvangen zorg conform de NHG-Standaard. Daarbij zien we een verbetering bij de uitkomstindicatoren systolische bloeddruk en LDL. De conclusie lijkt hier gerechtvaardigd dat een programmatische aanpak de uitkomsten van zorg verbetert.

Grafiek 1: Vergelijking indicatoren over vier jaren



2 Resultaten over 2015 per indicator

Het totaalbeeld wordt inzichtelijk in de grafieken in bijlage 2. 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.

Toelichting bij de grafieken

Grafiek 1. Prevalentie HVZ

In Nederland zijn er meer dan een miljoen mensen met Hart & Vaatziekten (bron: Hartstichting). Hieronder worden echter ook patiënten gerekend die niet primair voor het zorgprogramma HVZ in aanmerking komen, zoals patiënten met hartfalen, ritmestoornissen en kleplijden. In potentie komen er in Nederland meer dan 900.000⁵ patiënten in aanmerking voor het zorgprogramma HVZ: bijna 6% van de bevolking.

De spreiding van de totale prevalentie van HVZ per zorggroep bedraagt 2 - 7% (gemiddeld 4,5%). Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren. De gerapporteerde prevalentie van HVZ is over het algemeen lager dan op grond van de prevalentie in de algemene bevolking verwacht mag worden. Dit kan niet geheel verklaard worden door de exclusie van bepaalde groepen (zoals patiënten met diabetes type 2). Veel zorggroepen hebben nog niet alle HVZ-patiënten in beeld, met name de mensen die in de tweedelijns worden behandeld.

Grafiek 2. Percentage HVZ-patiënten in zorgprogramma

Gemiddeld wordt 55% van de HVZ-patiënten in de eerste lijn behandeld. Dit percentage kan in de toekomst nog stijgen ten gevolge van substitutie van zorg van tweede- naar eerstelijns. Opvallend is hier wel de forse spreiding van 30 tot bijna 100%. Uitschieters naar zowel boven als beneden verdienen nadere bestudering. Zijn deze het gevolg van onder-, over-, dan wel dubbelrapportage, afspraken met de tweede lijn over anderhalvelijnszorg of *shared care*, een verschil tussen vroeg versus later ingestroomde zorggroepen, of een combinatie van deze factoren?

Grafiek 3. Percentage HVZ-patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk ≤ 140 mmHg

Bij patiënten met HVZ vermindert iedere relevante verlaging van een verhoogde systolische bloeddruk (SBD) – ongeacht de uitgangswaarde – de kans op een nieuw vasculair event. Dit gegeven relateert enigszins de indicator “halen van de streefwaarde”. Anders gezegd: ook patiënten die de streefwaarde niet halen profiteren van een door behandeling bereikte verlaging van de SBD⁶. Het (bij deze en andere patiënten) niet halen van de streefwaarde kan verklaard worden door het optreden van ongewenste bijwerkingen ten gevolge van verdere verhoging van doseringen of toevoegen van nieuwe medicatie. Ook door therapie-ontrouw, het witte jassen effect, hogere leeftijd en kortere levensverwachting zullen in de praktijk nooit alle patiënten de streefwaarde halen. Tegen deze achtergrond is het resultaat dat ruim 70% van de patiënten de streefwaarde wel haalt waarschijnlijk een ‘optimaal’ resultaat (ook gezien de geringe spreiding), en lijkt verdere verbetering niet realistisch – en mogelijk zelfs ongewenst.

⁵ http://www.eengezondnederland.nl/Trends_in_de_toekomst/Ziekten/Hart_en_vaatziekten

900.000 is een schatting; exacte cijfers zijn moeilijk te geven en vereist nadere studie, gezien de dubbel diagnose / het exclusie criterium diabetes en het gebruik van verschillende (ICPC en ICD) classificatiesystemen.

⁶ Deckers JW, Simoons ML. Laat de streefwaarden voor LDL-cholesterol los. Ned Tijdschr Geneeskd 2014;158: A7385.

Grafiek 4. Percentage HVZ-patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde $\leq$ aan 2,5 mmol/l

Wat voor de streefwaarde van de SBD geldt, is ook van toepassing op die van het cholesterolgehalte: elke relevante verlaging van het cholesterolgehalte bij patiënten met HVZ verkleint de kans op nieuw vasculair event, ongeacht of hierbij “de streefwaarde” wordt gehaald. De resultaten laten zien dat 5%-punt meer patiënten de streefwaarde halen in vergelijking met 2014 (55 versus 50%). Vergeleken met de SBD is dit een minder goed resultaat. Mogelijk spelen de bij de SBD hiervoor opgesomde verklaringen in sterkere mate bij cholesterol. Nadere analyse zou dit kunnen bloot leggen. Zolang dit inzicht ontbreekt, is het niet goed mogelijk verwachtingen uit te spreken over wat haalbaar zou kunnen zijn.

Grafiek 5. Percentage HVZ-patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd, en

Grafiek 6. Percentage HVZ-patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd dat rookt

Ook bij HVZ patiënten is stoppen met roken belangrijk; de kans op het optreden van een nieuw event is dan lager. De registratie van de rookstatus is ruim 80% en opnieuw verbeterd. Het percentage rokers in deze groep ligt iets onder de 20% (gelijk aan 2014). Het blijft een uitdaging om dit percentage verder omlaag te krijgen, maar de praktijk is kennelijk weerbarstig.

Recente ontwikkelingen (verbeterde ondersteuning bij het SMR; ook medicamenteus, verdere ontmoediging van overheidswege) in ogenschouw genomen, lijkt in de toekomst een lager percentage rokers (15%?) haalbaar.

Grafiek 7. Percentage HVZ-patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is gemeten in afgelopen vijf jaar

De registratie van de nierfunctie aan de hand van de klaring (eGFR) nadert de 100%. Bij enkele zorggroepen is echter nog enige verbetering mogelijk, dit betreft waarschijnlijk zorggroepen die recenter een zorgprogramma HVZ zijn gestart. De conclusie is dat de populatie goed in beeld is. Het lukt om nagenoeg alle patiënten jaarlijks te controleren en men kan aannemen dat daarmee ook glucose en LDL worden bepaald. Men kan zich nu dus de vraag stellen of deze indicator nog wel langer als indicator moet worden meegenomen in de landelijke benchmark.

Grafiek 8. Percentage HVZ-patiënten in zorgprogramma bij wie de mate van beweging is vastgelegd in meetperiode

Ook bij patiënten met HVZ is verschuiven naar een gunstigere gewichts- of beweegklasse gunstig; de kans op het optreden van een nieuw event is dan lager. Bij 75% is de mate van beweging geregistreerd, een ruime verbetering ten opzichte van 2014 (68%). Het blijft van belang om “meer bewegen” en “conditieverbetering” te blijven stimuleren door het aanbieden van effectieve programma's. Onder meer de aanzienlijke spreiding laat in de toekomst een hoger percentage toe: 90% is mogelijk haalbaar, aangezien er zorggroepen zijn die dit nu al halen.

RESULTATEN VVR ALGEMEEN

De groep patiënten met verhoogd vasculair risico (VVR) is heterogeen. Er zijn patiënten die geen programmatische zorg krijgen en er zijn patiënten die voor hun controle naar de tweede lijn gaan. Er zijn hoog risicopatiënten die bepaalde medicatie niet kunnen verdragen, en er zijn laag risicopatiënten die wel medicatie gebruiken. Over leefstijlinterventies (gericht op gewichtsverlies, meer lichamelijke activiteit en een beter dieet) zijn niet alle deskundigen het eens. Een aantal jaren geleden is er vanuit deze situatie met nog erg diverse inclusiecriteria gestart met ketenzorg voor VVR. Met hulp van InEen is er meer consistentie bereikt, waarmee resultaten transparanter zijn geworden en bereikte prestaties in beeld worden gebracht. VVR is terecht steeds meer een eerstelijns aangelegenheid geworden. De eerste lijn kenmerkt zich door korte lijnen tussen praktijkondersteuner, huisarts, apotheker, diëtist en fysiotherapeut. Bij VVR-patiënten kan dit vooral gunstig zijn voor de verbetering van therapietrouw, succesvolle leefstijlinterventies en management van polyfarmacie bij ouderen. Behandeling van VVR-patiënten in de tweede lijn is alleen aangewezen in bijzondere gevallen. Overigens kan VVR ketenzorg bij afspraken zoals anderhalve lijn volledig in de eerste lijn. Wat betreft substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn kan ernaar worden gestreefd dat alle patiënten in de eerste- of anderhalve lijn worden begeleid.

De 50 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2015 met elkaar 365.742 patiënten met VVR in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 282.178 patiënten (77%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	50
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	49
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	125.512
Mediaan	109.502
Minimum	7.297
Maximum	422.296

Net als bij HVZ ligt het aantal zorggroepen dat cijfers aanlevert over 2015 hoger dan vorig jaar. Dat betekent dat het aantal groepen dat start met een zorgprogramma VVR nog steeds groeit. Bij hen kunnen opstart- en registratieproblemen de cijfers in de rapportage mogelijk beïnvloeden.

Overzicht 2: Mensen met VVR, prevalentie en regie

	Totaal aantal mensen met VVR N*=46	Prevalentie** N=46	In programma zorggroep N=50	% onder behandeling specialist N=43	% niet in programma zorggroep*** N=43
gemiddelde	10.182	8,5	7.314	6,3	6,6
mediaan	7.682	8,2	6.035	4,9	3,1
minimum	601	2,9	279	0,1	0
maximum	44.561	14,8	28.329	34,6	35,9

*N = aantal zorggroepen dat betreffende gegevens kon aanleveren; dit aantal kan per item verschillen.

**Hier is het gemiddelde van de prevalenties per zorggroep genomen. Die kan afwijken van de gewogen prevalentie (rode streep in grafiek 1 van bijlage 3) die is berekend over alle patiënten van alle aanleverende zorggroepen.

***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).

Net als bij diabetes, COPD en HVZ neemt het aantal zorggroepen dat de hele populatie in beeld heeft, en daarmee zicht op de prevalentie, regie en het percentage patiënten niet in programmatische zorg, toe.

Inclusie in het zorgprogramma is in 2015 gerelateerd aan de hoogte van het cardiovasculaire risico en gebaseerd op de indicatie tot medicamenteuze behandeling op grond van de NHG richtlijn cardiovasculair risicomanagement⁷. Patiënten (ongeacht hun leeftijd) kunnen in het zorgprogramma worden geïncludeerd. Daarbij is voor patiënten onder de 70 jaar de SCORE-systematiek leidend. Bij een (lager) risico <10% (groen) is er volgens de richtlijn geen indicatie voor een behandeling in het zorgprogramma. Bij een risico tussen 10 en 20% (geel) en als er een indicatie voor medicamenteuze behandeling bestaat (bij aanwezigheid van additionele risicofactoren), dan komen patiënten wel in aanmerking voor een behandeling in het zorgprogramma. Bij een (hoger) risico > 20% (rood) is er volgens de richtlijn altijd een indicatie voor een behandeling in het zorgprogramma.

Voor een toenemend aantal patiënten boven de 70 geldt vaak een verhoogd risico, maar is de SCORE-tabel voor het absolute risico niet meer te gebruiken. In dat geval weegt de huisarts samen met de patiënt de voor en nadelen van een medicamenteuze behandeling af, dat geldt zeker bij een verkorte levensverwachting. In de praktijk zijn co-morbiditeit, polyfarmacie en ervaren bijwerkingen in dit verband de meest voorkomende gesprekspunten tussen huisarts en patiënt. In geval van vitaliteit, bij lage biologische leeftijd⁸ c.q. een langere levensverwachting kunnen daarbij andere afwegingen gemaakt.

⁷ <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/cardiovasculair-risicomanagement>

⁸ De biologische leeftijd is een maatstaf van de inwendige gezondheid; deze wordt beïnvloed door de genetische situatie en door de gekozen levensstijl.

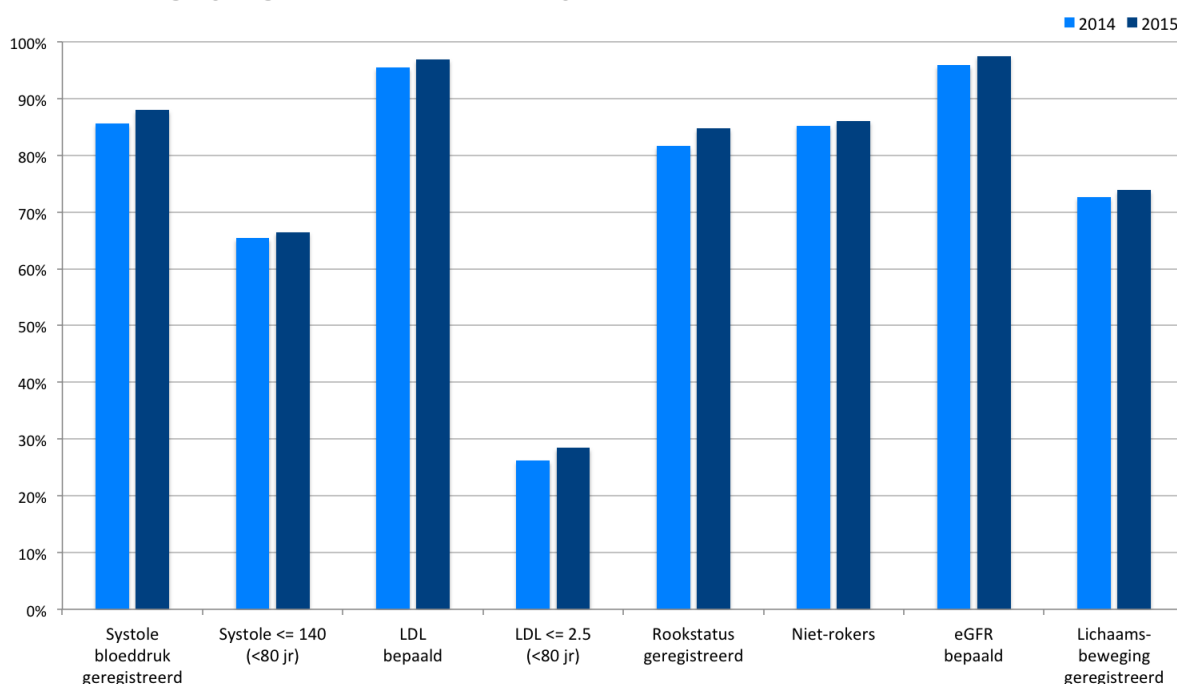
RESULTATEN VVR-INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een vergelijking van de scores op de indicatoren met vorig jaar.

1 Vergelijking indicatoren VVR over twee jaren

In Grafiek 1 zien we de scores van de indicatoren VVR over de afgelopen twee jaren. Een complete vergelijking is niet mogelijk omdat in 2014 de inclusiecriteria nog niet in de volle breedte waren ingevoerd. Net als bij HVZ is het beeld duidelijk: zorggroepen krijgen de processen steeds beter onder controle. Steeds meer patiënten krijgen de bedoelde zorg die de NHG-standaard aangeeft. Daarbij zien we een verbetering bij de twee uitkomstindicatoren (systolische bloeddruk en LDL).

Grafiek 1: Vergelijking indicatoren over twee jaren



Uit de modelberekeningen van de Hartstichting blijkt dat verbetering van de bloeddruk en stoppen met roken in de komende 30 jaar de grootste dalingen in het aantal HVZ-patiënten tot gevolg kunnen hebben. Dit komt omdat deze factoren zowel coronaire hartziekten als beroerte en hartfalen kunnen voorkomen, terwijl verbetering van het cholesterolgehalte alleen invloed heeft op coronaire hartziekten.

We zien bij alle indicatoren, zowel bij de proces- als uitkomst indicatoren, een gunstige ontwikkeling. Er zijn meer patiënten met een lagere systolische bloeddruk (≤ 140). Tevens is er een absolute toename van het aantal niet rokers in het programma. Ook de uitkomstindicator LDL $< 2,5$ is verbeterd. Deze trend is een mooie ontwikkeling en gunstig voor de gezondheid van de deelnemers.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat programmatische aanpak de uitkomsten van zorg verbetert en dat daarmee naar verwachting het aantal complicaties op langere termijn zal verminderen. Op zorggroep-niveau kan worden geconstateerd dat bij zorggroepen die al langer meedoen bovenstaande conclusie mogelijk nog scherper kan worden geformuleerd (geponeerd is dat de implementatie voor een zorggroep ongeveer drie jaar duurt).

2 Resultaten over 2015 per indicator

Het totaalbeeld wordt inzichtelijk in de grafieken in bijlage 4. 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.

Toelichting bij de grafieken

Grafiek 1: Prevalentie VVR

De prevalentie van patiënten met een verhoogd vasculair risico in 2015 bedraagt 8% en is een fractie hoger dan in 2014 (die weer hoger was dan 2013). Opvallend is de grote variatie tussen de zorggroepen. Lastig punt is dat de definitie VVR bij patiënten tot en met 70 jaar gebaseerd kan worden op de SCORE-systematiek, maar daarboven niet. Het lijkt erop dat het aantal VVR-patiënten uiteindelijk nog veel hoger kan uitkomen (bij focus op een juiste inclusie, adequate registratie, substitutie, afhankelijk van de sociaaleconomische klasse). Overigens is de inclusie van VVR patiënten die gedurende een heel jaar programmatische zorg ontvangen lager dan bij bovenstaande, volgens peildatum gemeten percentages.

Grafiek 2: Percentage VVR-patiënten in zorgprogramma

We zien ten opzichte van 2014 ook een stijging van circa 3% van het aantal VVR-patiënten dat wordt geïncludeerd in het zorgprogramma. In totaal wordt nu 70% geïncludeerd, ook hier met een grote spreiding tussen de zorggroepen. Dit betekent dat 30% van de patiënten met VVR in de tweede lijn wordt gecontroleerd of geen programmatische zorg ontvangt. InEen wil dat transparant wordt wie van de patiënten in de eerste of in de tweede lijn onder behandeling is en wie geen programmatische zorg ontvangt. Dat is ook van belang omdat InEen, de HartVaatHAG en de zorgverzekeraars dit jaar uniforme afspraken willen maken over een scherpere inclusie in dit zorgprogramma. Doelstelling daarbij is dat in elk geval de mensen met het hoogste risico de programmatische zorg krijgen. Dat betekent waarschijnlijk dat in de toekomst niet alle patiënten met VVR programmatische zorg zullen blijven krijgen. De nieuwe inclusieafspraken zullen gaan gelden vanaf 2017.

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

We zien een stijging van circa 2% (naar meer dan 90%) van het aantal patiënten met een verhoogd vasculair risico in de zorgprogramma's bij wie de bloeddruk is gemeten in 2015 in dit zorgprogramma, ten opzichte van het jaar 2014.

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

Uit de modelberekeningen van de Hartstichting blijkt dat als de helft van de mensen een gunstiger bloeddrukniveau zou hebben dan wel iedereen een gezonde bloeddruk zou hebben er in 2040 120.000 respectievelijk 350.000 minder patiënten met hart- en vaatziekten (HVZ) zijn. In de NHG-Standaard of CBO-richtlijn is de streefwaarde voor de SBD ≤ 140 mm HG voor patiënten jonger dan 80 jaar. Dit wordt in 2015 bereikt bij 70% van het aantal patiënten die nog geen 80 jaar zijn. Dit is een verbetering ten opzichte van het jaar 2014. Bij 30% van de deelnemers in het zorgprogramma wordt deze streefwaarde echter niet bereikt. Bij een aanzienlijk aantal patiënten zal sprake zijn van een 'witte jassen effect'. Dit effect treedt waarschijnlijk in 10-15% van de spreekkamermetingen op. In plaats van de spreekkamermeting, die hier gebruikt is, zijn additionele methoden (om de bloeddruk te bepalen) beschikbaar.

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

Bij bijna alle patiënten die in 2015 in dit zorgprogramma participeren is in de afgelopen vijf jaar het cholesterol (LDL) bepaald, dit is vergelijkbaar met het resultaat uit het jaar 2014. Het advies bij de behandeling met een cholesterolverlager (statine) is het LDL te bepalen om het effect van deze medicamenteuze interventie te vervolgen. Om te evalueren of de behandeling succesvol is maakt men gebruik van een streefwaarde van een LDL-cholesterolwaarde $\leq$ dan 2,5 mmol/l. Dit betekent niet dat bijna alle patiënten eveneens een statine gebruiken.

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

Uit de modelberekeningen van de Hartstichting blijkt dat wanneer de helft van de mensen een gunstiger cholesterolgehalte zou hebben, dan wel iedereen een gunstig cholesterolgehalte in het bloed zou hebben, het aantal patiënten met hartvaatziekten in 2040 64.000 respectievelijk 160.000 lager zou zijn. In de NHG-Standaard of CBO-richtlijn is de streefwaarde voor het LDL $\leq 2,5$ mmol/l voor patiënten jonger dan 80 jaar. Dit wordt in 2015 bereikt bij bijna 30% van het aantal patiënten die nog geen 80 jaar zijn. Dit is een verbetering ten opzichte van het jaar 2014. Bij 70% van de deelnemers in het zorgprogramma wordt deze streefwaarde echter niet bereikt. Veel mensen hebben een weerstand tegen het gebruik van statines, ook indien daar volgens de richtlijnen een indicatie voor is. Het geïndiceerd gebruik van antihypertensiva is meer geaccepteerd en geeft mogelijk minder bijwerkingen dan het geïndiceerd gebruik van statines. Indien met reguliere statines de streefwaarde van $< 2,5$ mmol/l niet wordt behaald, is terughoudendheid ten aanzien van het voorschrijven van andere (meestal duurdere statines) op zijn plaats omdat deze middelen geen tot nauwelijks effect hebben op de cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit.

Grafiek 7: Percentage VVR-patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode of uitslag nooit óóit is gemeten

Uit de modelberekeningen van de Hartstichting blijkt dat als vanaf nu 60% van de rokers, respectievelijk iedereen, stopt met roken, er in 2040 85.000 respectievelijk 320.000 minder mensen zouden zijn die lijden aan hartvaatziekten. Roken verhoogt het risico op verschillende kankersoorten en op COPD, en is ook een belangrijke risicofactor voor hartvaatziekten. Daarom is het belangrijk dat personen met een VVR het roken staken. Van 85% van het aantal patiënten is in 2015 de rookstatus vastgelegd.

Grafiek 8: Percentage VVR-patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode, dat rookt

Van het aantal patiënten in dit zorgprogramma rookte in 2015 15% nog. Dit is conform 2014. Hoewel roken een lastig te interveniëren risicofactor is, zal het fenomeen dat er veel nieuwe patiënten (die nog roken) in de zorgprogramma's zijn ingestroomd een oorzaak kunnen zijn voor dit mogelijk gechargeerd beeld (dat er niet meer niet-rokers zijn). Interessant zou zijn om de ontwikkeling binnen de zorggroepen die al langer meedoen te analyseren.

Grafiek 9: Percentage VVR-patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is gemeten in afgelopen vijf jaar

In geval van medicatiegebruik is er een harde medische indicatie om periodiek (minimaal jaarlijks) de nierfunctie te bepalen. Bij bijna alle patiënten die in 2015 in dit zorgprogramma participeren is in afgelopen vijf jaar de MDRD-klaring bepaald en het percentage is hoger dan in het jaar 2014. Dit is belangrijk, omdat het voorschrijven van medicatie zonder controle van de nierfunctie kan leiden tot nierinsufficiëntie en een verminderde nierfunctie is een risicofactor voor HVZ.

Grafiek 10: Percentage VVR-patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode

Uit de modelberekeningen van de Hartstichting blijkt dat als 20% van de mensen verschuift naar een gunstiger gewichts- of beweegklasse, er in 2040 25.000 respectievelijk 19.000 minder patiënten met HVZ zijn. Als iedereen een gezond gewicht zou hebben dan wel zou bewegen conform de norm gezond bewegen, dan zouden er in 2040 154.000 respectievelijk 112.000 minder mensen met hartvaatziekten zijn. Dit geldt vooral voor patiënten met een verhoogd risico: bewegen verkleint de kans op hartvaatziekten. Bij 74% van de VVR-patiënten zijn gegevens bekend over de mate van beweging in de meetperiode. De spreiding van deze registratie is groot. Het is niet eenvoudig deze indicator gestandaardiseerd te 'scoren'.

RESULTATEN COPD ALGEMEEN

De 95 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2015 met elkaar 123.567 patiënten met COPD in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 95.292 patiënten (77%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	95
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	94
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	120.564
Mediaan	82.224
Minimum	6.536
Maximum	418.633

Het aantal zorggroepen dat cijfers aanlevert over 2015 ligt lager dan vorig jaar (102). De vermoedelijke reden hiervoor is het gegeven dat sommige kleinere zorggroepen zijn opgegaan in grotere zorggroepen. Daarnaast werd er dit jaar voor het eerst aan zorggroepen een financiële verplichting voor deelname gesteld, wat mogelijk een barrière opwierp.

De meeste aanleverende groepen hebben twee jaar of langer een gecontracteerd zorgprogramma. Vijf zorggroepen hebben laten weten dat ze pas een jaar een contract hebben. Bij hen kunnen opstart- en registratieproblemen de cijfers mogelijk beïnvloeden.

Overzicht 2: Mensen met COPD, prevalentie en regie

	Totaal aantal mensen met COPD N*=88	Prevalentie** N=88	In programma zorggroep N=95	% onder behandeling specialist N=85	% niet in programma zorggroep*** N=85
gemiddelde	2.503	1,9	1.300	26,6	9,7
mediaan	1.419	1,9	953	26,1	7,5
minimum	84	0,4	37	0,3	0,0
maximum	11.234	4,2	5576	53,9	39,2

*N = aantal zorggroepen dat betreffende gegevens kon aanleveren; dit aantal kan per item verschillen.

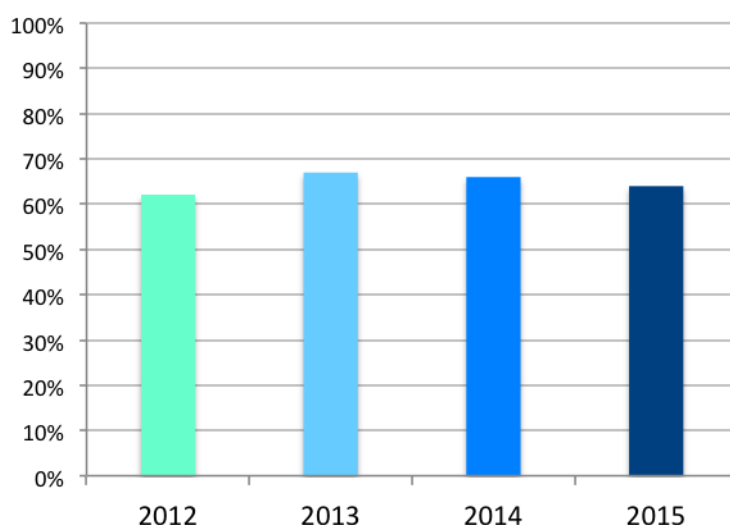
**Hier is het gemiddelde van de prevalenties per zorggroep genomen. Die kan afwijken van de gewogen prevalentie (rode streep in grafiek 1 van bijlage 4) die is berekend over alle patiënten van alle aanleverende zorggroepen.

***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).

Het aantal zorggroepen dat de hele populatie in beeld heeft, inclusief prevalentie van patiënten die in de tweede lijn onder behandeling zijn en patiënten die geen programmatische zorg ontvangen, neemt relatief toe (85 van de 95 groepen, in 2014 85 van de 102 groepen).

Om zicht te krijgen op substitutie van tweede naar eerste lijn hebben we het percentage patiënten dat in de eerste lijn wordt behandeld vergeleken over vier jaren. Voor deze vergelijking hebben we alleen groepen meegenomen die algemene populatiegegevens (totale populatie, aantal patiënten met COPD, aantal patiënten met hoofdbehandelaar specialist, aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, aantal patiënten niet in programmatische zorg) gedurende minstens twee jaar konden aanleveren.

Grafiek 1: Vergelijking percentage patiënten met COPD in 1^e lijn



De gewogen⁹ prevalentie van COPD in de populaties van de aanleverende zorggroepen is met 2.1% licht gestegen t.o.v. 2014 (2,0%). De tendens van lichte stijging van de prevalentie (in 2013 1,9%) zet zich dus voort. Ook aparte bestudering van de prevalentiecijfers van de 17 zorggroepen die deze al 4 jaar registreren bevestigt deze stijging. Dit komt overeen met de verwachting dat het aantal COPD-patiënten zal stijgen, mede door de vergrijzing (zie www.nationaalkompas.nl). De prevalenties tussen alle aanleverende zorggroepen wisselen echter nog sterk (0,4-4,2%).

Terwijl de totale prevalentie van COPD licht stijgt, lijkt de prevalentie van de patiënten die de huisarts als hoofdbehandelaar hebben iets af te nemen (zie grafiek 1). Daar de prevalentie in de tweede lijn echter ook is afgenomen (zie volgende alinea) moet nog steeds aan de betrouwbaarheid van de registratie getwijfeld worden: van ca. 10% van de COPD-patiënten is niet vastgelegd of ze in de eerste lijn, dan wel in de tweede lijn worden behandeld.

De prevalentie van COPD-patiënten die behandeld worden door de specialist was in 2015 (26,6%) iets lager dan in 2014 (29,3%). Mogelijk is hier sprake van een begin van substitutie, of dit zich doorzet zal de komende jaren duidelijk worden. De variatie in prevalenties is echter groot (0.3 - 53,9%), wat doet vermoeden dat de cijfers nog onvoldoende betrouwbaar zijn.

De prevalentie van COPD-patiënten die wel de huisarts als hoofdbehandelaar hebben maar geen programmatische zorg ontvangen bleef in 2015 gelijk (9.7%), ook hier echter met een grote variatie. COPD-patiënten kunnen afzien van programmatische zorg vanwege persoonlijke motieven ("no show", gestopt met roken en geen ervaren ziektelast) dan wel vanwege afspraken binnen de zorggroep (patiënt geïncludeerd in een andere DBC, bijvoorbeeld astma of kwetsbare ouderen) dan wel omdat de palliatieve fase is aangebroken waarbij de zorg een heel andere invulling vraagt.

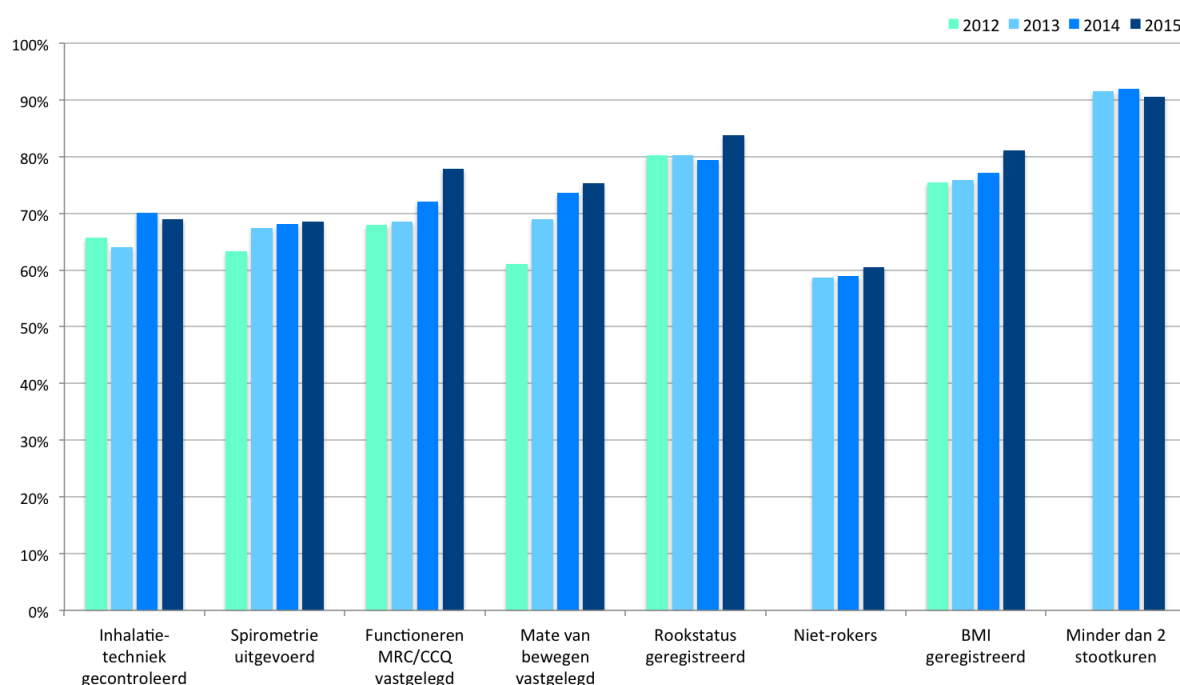
⁹ Bij de gewogen prevalentie worden alle patiënten van alle aanleverende zorggroepen geteld (zie de rode streep in grafiek 1 van bijlage 4) en niet de gemiddelde prevalentie over de zorggroepen genomen zoals in overzicht 2.

RESULTATEN COPD INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de indicatoren over vier jaren. Omdat dit jaar evenals vorig jaar is gevraagd gegevens aan te leveren over iedereen die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma meedeelt is een zuivere vergelijking met eerdere jaren niet mogelijk. De selectie van de populatie kan een deel van de eventuele verbeteringen op de scores verklaren.

1 Vergelijking indicatoren COPD over vier jaren

Grafiek1: Vergelijking indicatoren over vier jaren



Bestudering van de scores op de indicatoren laat zien dat er in vier jaar COPD-ketenzorg veel is bereikt. De relevante zorgprocessen worden in toenemende mate uitgevoerd of hebben inmiddels hun "plateaufase" bereikt. Bij een enkele indicator (inhalatietechniek gecontroleerd, functioneren vastgelegd) is nog verbetering mogelijk en ook wenselijk.

Omdat niet alle zorggroepen gedurende de afgelopen vier jaren hun data konden aanleveren mogen de scores niet strikt met eerdere jaren vergeleken worden. Maar met de scores van 2015 mogen we constateren dat de COPD-patiënt in de keten de zorg krijgt die volgens de richtlijnen, NHG-standaard COPD 2015 en Zorgstandaard COPD 2012, gegeven moet worden.

Hoewel beide standaarden in 2015 een actualisatie ondergingen blijven de geregistreerde zorgprocessen in de huidige benchmark onderdeel uitmaken van de richtlijnen. Een uitzondering hierop vormt het uitvoeren van jaarlijkse spirometrie. Deze indicator zal in de nabije toekomst als zodanig verdwijnen.

2 Resultaten over 2015 per indicator

Het totaalbeeld wordt inzichtelijk in de grafieken in bijlage 4. 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.

Toelichting bij de grafieken

Grafiek 1. Prevalentie COPD-patiënten

De prevalentie van COPD is met 2.1% licht gestegen t.o.v. 2014 (2,0%). De tendens van lichte stijging van de prevalentie (in 2013 1,9%) zet zich dus voort en komt overeen met de verwachting dat het aantal COPD-patiënten zal stijgen, mede door de vergrijzing. (zie www.nationaalkompas.nl).

De prevalenties tussen de zorggroepen wisselen nog sterk (0,4-4,2%), waarbij de zorggroep met een prevalentie van 4.2% een uitschieter is en gevolgd wordt door een zorggroep met prevalentie van 3,4%. Deze zorggroepen dienen kritisch naar hun diagnosestelling te kijken. Bij veel oudere patiënten wordt fysiologische longfunctiedaling onterecht aan COPD toegeschreven. De vernieuwde NHG-standaard COPD 2015 geeft ten opzichte van de vorige standaard betrouwbaardere aanwijzingen voor het stellen van de diagnose COPD met een helder afkappunt.

Grafiek 2. Percentage COPD –patiënten in zorgprogramma

Van alle COPD-patiënten in 85 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd ontvangt 53% programmatische zorg. Dit is iets minder dan in 2014 (57%). Vermoedelijk wordt dit veroorzaakt door het scherper includeren van patiënten bij wie ketenzorg COPD zinvol is. Mensen die gestopt zijn met roken en lichte ziektelast zonder klachten hebben hoeven geen programmatische zorg te ontvangen. Patiënten die tot de kwetsbare ouderen gerekend worden hebben soms meer aan zorg die op hun specifieke kwetsbaarheid en comorbiditeit gericht is dan op hun specifieke aandoening COPD. Zij worden geïncludeerd in het zorgprogramma "Kwetsbare ouderen" en geëxcludeerd uit het zorgprogramma COPD.

Grafiek 3. Percentage COPD-patiënten met inhalatiemedicatie bij wie de inhalatietechniek is gecontroleerd

Bij 69% van de COPD-patiënten die inhalatiemedicatie gebruiken is minimaal 1x de inhalatietechniek gecontroleerd, vergelijkbaar met 2014. Omdat het effect van de medicatie in hoge mate afhankelijk is van de wijze van inhaleren en bekend is dat dit vaak (tot 70%!) niet goed gebeurt, is dit een tegenvallende constatering. Controle van de techniek dient minimaal jaarlijks te gebeuren, ook al is de patiënt al jaren vertrouwd met het middel en het device. Dat dit bij iedere patiënt haalbaar is blijkt wel uit de registratie van enkele zorggroepen die hier 100% scoren. Het adagium moet zijn dat iedere COPD-patiënt met zijn of haar medicatie op het spreekuur komt en laat zien hoe het inhaleren gebeurt. Deze boodschap moet door de zorggroepen goed uitgedragen worden en speerpunt worden in verbetering van de COPD-zorg. Ook bij zorggroepen die afspraken hebben met de apotheek dat controle van inhalatietechniek bij afgifte van de medicatie in de apotheek gebeurt, dient dit gecheckt en geregistreerd te worden.

Grafiek 4. Percentage COPD-patiënten bij wie de longfunctie is bepaald

Het jaarlijks bepalen van de longfunctie heeft lange tijd een vast onderdeel uitgemaakt van de zorg voor de COPD-patiënt. Omdat het meten van de longfunctie – zeker bij COPD-patiënten die weinig ziektelast hebben of gestopt zijn met roken - niet bijdraagt aan de kwaliteit van leven is dit niet langer standaard onderdeel van de zorg. Per patiënt moet bekeken worden of het doen van spirometrie zinvol is ter bepaling van ziektelast en behandeling. In 2015 werd bij 68% van de patiënten minstens eenmaal spirometrie verricht, gelijk aan 2014. De verwachting is dat deze indicator als zodanig in de nabije toekomst zal verdwijnen.

Grafiek 5. Percentage COPD-patiënten bij wie het functioneren (MRC/CCQ) is vastgelegd

Vragenlijsten als de CCQ en MRC zijn valide methoden om inzicht te krijgen in het functioneren van de patiënt. Ze geven een goed beeld van de symptomen, de functionele beperkingen en de stemming/angst (CCQ) en de (on)mogelijkheden ten gevolge van kortademigheid (MRC). Een goede indruk van dit functioneren van de patiënt is belangrijk om zo te kunnen constateren waar de zorg voor de individuele patiënt in de spreekkamer uit moet bestaan. De CCQ is de basis van de ziektelastmeting, bepalend voor het verdere beleid. Het is verheugend te constateren dat vragen naar en vastleggen van het functioneren bij 78% van de COPD-patiënten is gebeurd (in 2014 70%). Dit moet een vast onderdeel van de begeleiding zijn, een score van 90% moet in de toekomst haalbaar zijn.

Grafiek 6. Percentage COPD-patiënten bij wie de mate van bewegen gecontroleerd is

Voldoende bewegen is – na het stoppen met roken - de belangrijkste behandeling bij mensen met COPD. Het is daarvoor essentieel om een indruk te hebben van het beweeggedrag van de patiënt. Bewegen is noodzakelijk om voldoende spierkracht te behouden, draagt bij aan de conditie van de patiënt en verhoogt de kwaliteit van leven. Bij ruim 75% van de patiënten is over het bewegen gesproken, een stijging ten opzichte van 2014 (70%). Het is aannemelijk dat de praktijkondersteuner bij dit gesprek ook een beweegadvies geeft, zeker bij die mensen die niet voldoen aan de Nationale Beweegnorm. Dat deze mensen baat kunnen hebben bij fysiotherapeutische begeleiding is wetenschappelijk aangetoond. Toch blijft de niet toereikende vergoeding voor veel mensen een struikelblok en dienen pogingen om deze zorg zonder belemmering vergoed te krijgen toegejuicht te worden.

Grafiek 7. Percentage COPD-patiënten bij wie het rookgedrag is vastgelegd

Roken staat centraal in het ontstaan van de ziekte COPD en is de belangrijkste veroorzaker van achteruitgang van de longfunctie. Het verhoogt de kans op het krijgen van exacerbaties, verlaagt de kwaliteit van leven en draagt bij aan relevante comorbiditeit. Hoewel COPD-patiënten het nog wel eens vervelend vinden dat er “altijd maar weer over het roken” gesproken wordt, mag dit onderdeel niet overgeslagen worden in de begeleiding. Ook bij patiënten die gestopt zijn met roken moet minimaal 1x per jaar gevraagd worden naar hun rookgedrag. In 2015 is het rookgedrag bij 84% geregistreerd, een stijging van t.o.v. 2014 (80%). Hoewel deze stijging een heugelijke toename laat zien zou verdere verbetering tot een percentage van 95% mogelijk moeten zijn.

Grafiek 8. Percentage COPD-patiënten bij wie het rookgedrag is vastgelegd, dat rookt

Het doel van het bespreken van het rookgedrag is natuurlijk om de patiënt te bewegen met zijn slechte gewoonte te stoppen. Dit is een moeizaam proces, roken is immers geen lifestyle maar een verslaving met lichamelijke en geestelijke gewenning.

Al jaren ligt het percentage rokers in de COPD-populatie rond de 40%, ook in 2015. Dit betekent dat er ieder jaar een aantal mensen stoppen (immers van de nieuwe COPD-patiënten die instromen rookt de meerderheid, toch blijft het percentage stabiel op 40%). Het zou echter mooi zijn als het percentage rokers zou dalen; focus op goede motivational interviewing, stop-roken-begeleiding en vergoeding van deze zorg blijft noodzakelijk.

Grafiek 9. Percentage COPD-patiënten bij wie de Body Mass Index is geregistreerd

De Body Mass Index is in 2015 bij 81% van de COPD-patiënten geregistreerd, een stijging ten opzichte van 2014 (75%). De BMI maakt ook in de geactualiseerde richtlijnen onderdeel uit van de ziektelast. Het betreft dan een BMI met afkappunt van <21 of een dalende BMI van 5% in één maand dan wel 10% in zes maanden. Het blijft daarom belangrijk om het gewicht van een COPD-patiënt te monitoren om zo tijdig een verwijzing naar de diëtist te kunnen inzetten (vaak in combinatie met fysiotherapie voor de spieropbouw). Ook een hoog BMI (>30) kan hinderlijk zijn voor de COPD-patiënt: het wijst vaak op een tekort aan dagelijkse beweging en een verkeerd voedingspatroon (te veel vet in plaats van eiwit). Ook hier kan de diëtist een belangrijke rol spelen.

Grafiek 10. Percentage COPD-patiënten met 2 of meer stootkuren

Het aantal exacerbaties dat een COPD-patiënt per jaar doormaakt laat zich lastig vastleggen. De COPD-patiënt schakelt niet altijd de huisarts in bij een exacerbatie en soms presenteert hij zich met een exacerbatie tijdens avond-, nacht- en weekenden op de huisartsenpost. Het "achteraf" achterhalen van het aantal exacerbaties tijdens het consult bij de praktijkondersteuner blijkt vaak geen goede reële weergave te geven. Daarom lijkt registratie van het aantal stootkuren dat een patiënt heeft gehad een betrouwbaarder beeld te geven, hoewel hier ook ruis in kan zitten van bijvoorbeeld de COPD-patiënt met jicht (waar een stootkuur prednison tijdens een acute aanval tot de behandelingen behoort). Het afkappunt van 2 of meer stootkuren is relevant, omdat hier de indicatie voor het toevoegen van inhalatiecorticosteroiden aan de luchtwegverwijders op gebaseerd is. Het percentage van patiënten met 2 of meer stootkuren was in 2015 bijna 10%, vergelijkbaar met 2014. Heugelijk is het feit dat deze indicator nu door beduidend meer zorggroepen aangeleverd kon worden dan in 2014. Omdat cijfers uit de literatuur hogere percentages laten zien (ca 20% met 2 of meer exacerbaties bij COPD-patiënten in de eerste lijn) vermoeden we dat de registratie nog steeds niet optimaal verloopt. Het NHG is doende deze indicator in de toekomst anders te definiëren zodat de registratie makkelijker verloopt.

RESULTATEN ASTMA ALGEMEEN

Voor het eerst dit jaar konden zorggroepen gegevens aanleveren over het zorgprogramma astma. Zeventien groepen maakten hiervan gebruik. Met elkaar hadden zij op 31 december 2015 28.776 patiënten van 16 jaar en ouder met astma in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 22.036 patiënten (77%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	17
Aantal zorggroepen van wie populatie (16 jaar en ouder) bekend is	14
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	101.001
Mediaan	102.454
Minimum	6.477
Maximum	345.790

Omdat 2015 het eerste jaar is waarin gegevens over prevalentie van patiënten met astma in relatie tot programmatische zorg zijn vastgelegd is een vergelijking met bestaande data niet mogelijk.

Overzicht 2: Mensen met astma, prevalentie en regie

	Totaal aantal mensen met astma N*=16	Prevalentie** N=14	In programma zorggroep N=17	% onder behandeling specialist N=15	% niet in programma zorggroep*** N=14
gemiddelde	4.448	5,4	1.611	9,2	12,5
mediaan	3.123	5,6	1.079	8,1	9,5
minimum	464	0,5	183	1,7	0,1
maximum	11.166	8,7	5.340	21,8	39,7

*N= aantal zorggroepen dat betreffende gegevens kon aanleveren; dit aantal kan per item verschillen.

**Hier is het gemiddelde van de prevalenties per zorggroep genomen. Die kan afwijken van de gewogen prevalentie (rode streep in grafiek 1 van bijlage 5) die is berekend over alle patiënten van alle aanleverende zorggroepen.

***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).

Interpretatie van de opgegeven cijfers is lastig omdat veel zorggroepen nog maar kort met programmatische astma-zorg actief zijn, daarbij verschillende inclusiecriteria gehanteerd hebben en hun registratie-processen nog niet volledig op orde hebben. Dit blijkt uit de enorme variatie in de cijfers over prevalenties in 1e en 2e lijn en het percentage van niet-programmatische zorg.

Een voorbeeld hiervan is het lage gemiddelde percentage (12,5%) van astmapatiënten dat niet van een zorgprogramma gebruik maakt. We vermoeden dat dit percentage hoger zal zijn als het patiënten betreft die goede astmacontrole bereiken met alléén luchtwegverwijders (intermitterend). Voor hen is programmatische astma-zorg niet aangewezen. Sommige zorggroepen hebben echter ook deze mensen geïncludeerd om hen eerst goed in beeld te krijgen en zich ervan te vergewissen dat er daadwerkelijk sprake is van goede astmacontrole.

RESULTATEN ASTMA INDICATOREN

Het totaalbeeld wordt inzichtelijk in de grafieken in bijlage 5. 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.

Opvallend is bij alle grafieken de enorme variatie, zowel qua prevalentie als qua zorgprocessen. Net als in de beginfase van programmatische COPD-zorg doet dit vermoeden dat in de opstartfase van een nieuw zorgprogramma de registratie nog niet goed verloopt. Als we de parallel doortrekken mogen we in de komende jaren echter betere registraties verwachten.

Grafiek 1. Prevalentie astmapatiënten

Het is goed om een eerste indruk te krijgen van de prevalentie van astma in de huisartspraktijken via dit rapport. In de NHG-standaard Astma bij Volwassenen (2015) wordt een prevalentie van 35 per 1000 patiënten genoemd. De praktijken uit deze rapportage laten met 4,7% een hogere prevalentie zien. Er is daarbij sprake van een forse variatie (0,5 – 8,7%) wat suggereert dat er nog veel werk aan goede diagnosestelling te verrichten is.

Het aanbieden van programmatische zorg betekent voor de praktijken dat hun bestand met patiënten die de diagnose 'astma' ooit gekregen hebben "opgeschoond" wordt en de diagnose kritisch bekeken wordt. We verwachten dat prevalentiecijfers daarmee in de toekomst betrouwbaarder worden.

Grafiek 2. Percentage astmapatiënten in zorgprogramma

Van alle astmapatiënten krijgt 38% programmatische zorg. Astma is een aandoening waarbij vaak sprake is van een intermitterend beeld; veel patiënten hebben zo laag frequent klachten dat sporadisch gebruik van een kortwerkende luchtwegverwijder voldoende is om goede controle en kwaliteit van leven te behouden. Voor deze mensen is programmatische zorg niet aangewezen, zij dienen dan ook niet in het zorgprogramma te worden meegenomen. Voor astmapatiënten die alleen goede controle bereiken met onderhoudstherapie met inhalatiecorticosteroïden dan wel actueel roken is deze zorg wél aangewezen. Zo wordt hen minimaal jaarlijks controle van therapietrouw, goede inhalatietechniek, prikkelvermijding en aanspreken op rookgedrag ten behoeve van behoud van goede longfunctie aangeboden. Zorggroepen met langere ervaring laten zien dat het hier om ca 40% van alle astmapatiënten gaat.

Grafiek 3. Percentage astmapatiënten met inhalatiemedicatie bij wie de techniek is gecontroleerd

Bij astma is de onderhoudstherapie met inhalatiecorticosteroïden de hoeksteen van de behandeling. Het is daarbij van groot belang dat deze medicatie op de juiste wijze door de patiënt geïnhaleerd wordt. Daarom dient controle van de inhalatietechniek een vast onderdeel van de astma-zorg te zijn. In 2015 werd de techniek bij 64% van de patiënten gecontroleerd en geregistreerd. Een stijging van dit percentage moet de komende jaren haalbaar zijn.

Grafiek 4. Percentage astmapatiënten bij wie spirometrie is gedaan

In 2015 is bij 59% van de astmapatiënten spirometrie uitgevoerd. Het is moeilijk om hier een waarde over de zorg aan toe te kennen, immers niet bij iedere astmapatiënt is spirometrie jaarlijks zinvol. Het wel of niet zinvol uitvoeren van spirometrie is afhankelijk van de mate van astmacontrole, een inzicht dat echter pas in de NHG-standaard 2015 (maart) verscheen. In de toekomst zal deze indicator daarom niet meer geregistreerd hoeven te worden voor de benchmark.

Grafiek 5. Percentage astmapatiënten bij wie de mate van astmacontrole is vastgelegd

Bij de astmapatiënt is het ultieme behandeldoel: een goede astmacontrole. Dit houdt in dat de patiënt geen of nauwelijks klachten kent, geen beperkingen in zijn functioneren ondervindt, geen nachtelijke klachten heeft, geen exacerbaties doormaakt, een goede longfunctie behoudt en zelden (< 2x per week) rescue-medicatie nodig heeft. Het behalen van deze goede astmacontrole is leidend voor de behandeling, de inhoud en de frequentie van de monitoring, het uitvoeren van spirometrie en het eventueel verwijzen. Daarom is het essentieel dat de mate van astmacontrole gemeten wordt en blijft deze indicator een onderdeel uitmaken van de vernieuwde set NHG-indicatoren bij astma. In 2015 werd dit bij 50% van de patiënten geregistreerd. Dit proces moet de komende jaren een duidelijke verbetering laten zien.

Grafiek 6. Percentage astmapatiënten bij wie het rookgedrag is vastgelegd

Astma is een syndroom waarbij verhoogde gevoeligheid bestaat van de luchtwegen voor bepaalde prikkels; deze prikkels kunnen leiden tot inflammatie, het onderliggend proces dat leidt tot bronchoconstrictie en benauwdheid. Eén van die prikkels is het roken; persisterende tabaksblootstelling leidt tot blijvende inflammatie en een dalende longfunctie. Astmapatiënten die roken hebben vaker een exacerbatie en kennen een slechtere kwaliteit van leven. Het is daarom goed dat het in kaart brengen van het rookgedrag tot het vaste takenpakket van de huisarts en praktijkondersteuner behoort. Het rookgedrag is bij 84% van de astmapatiënten geregistreerd, een mooi percentage dat echter naar de 90-95% zou moeten stijgen.

Grafiek 7. Percentage astmapatiënten bij wie het rookgedrag is vastgelegd en rookt

Het is goed te constateren dat het percentage actuele rokers onder astmapatiënten met 13% een stuk lager ligt dan het landelijke percentage (26%). Met het inzetten van motivational interviewing en actieve begeleiding bij het stoppen-met-roken moet geprobeerd worden dit percentage verder te verlagen. Immers, astmapatiënten zijn nog gevoeliger voor de schadelijke effecten van het roken dan niet-astma-patiënten.

Grafiek 8. Percentage astmapatiënten met 2 of meer stootkuren

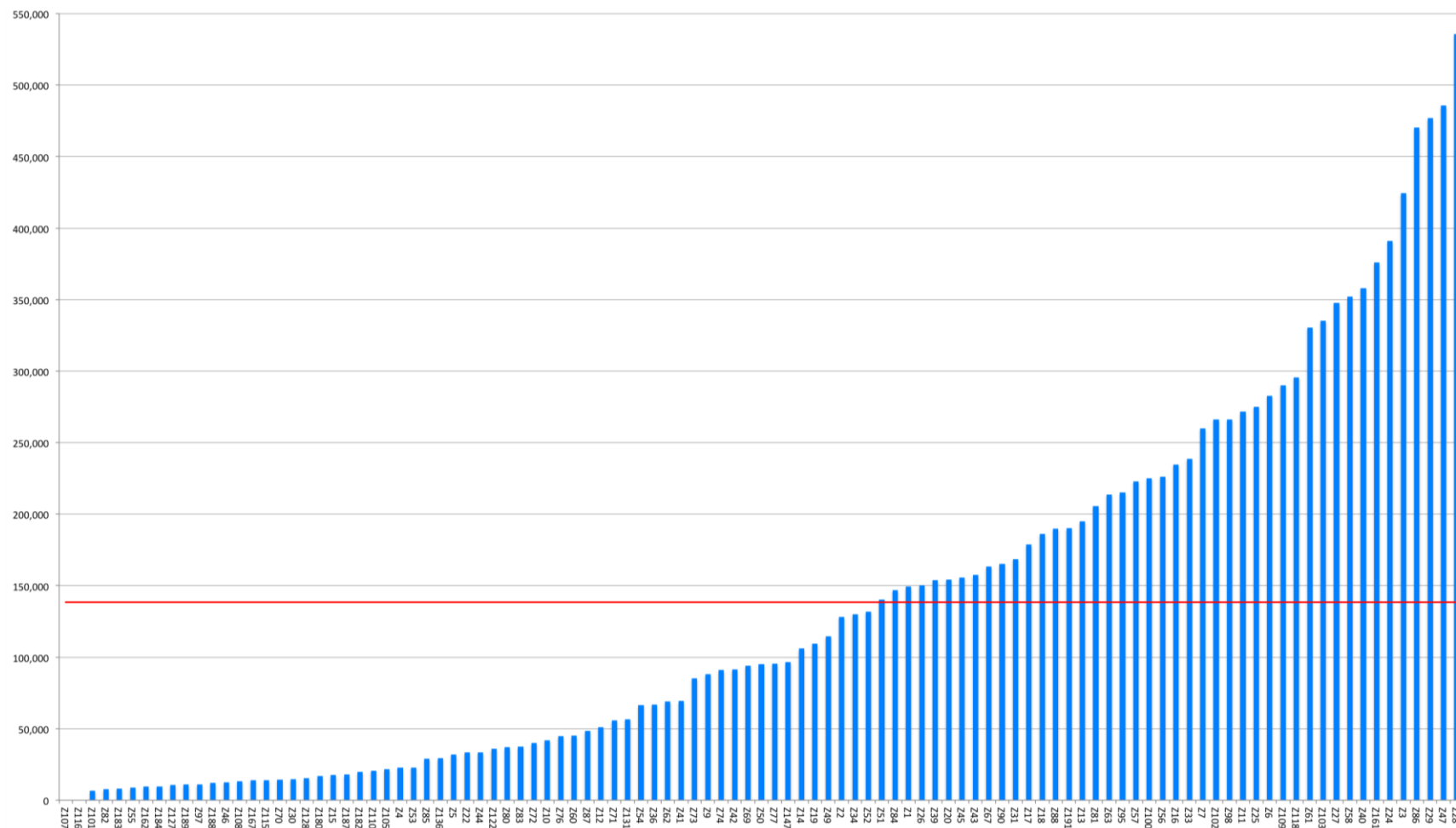
Een exacerbatie betekent voor de patiënt dat hij zijn astma niet goed onder controle heeft. Een exacerbatie is een periode van vaak acute en ernstige verslechtering van de klachten, het is belangrijk dat deze goed herkend en behandeld wordt; daarna is het van belang om met de patiënt zijn astma-behandeling nog eens goed onder het licht te houden om recidieven in de toekomst te vermijden.

Dat het registreren van exacerbaties daarvoor belangrijk is moge duidelijk zijn. Het afkappunt van 2 of meer exacerbaties is bij astma heel relatief; iedere astma-exacerbatie vraagt om extra zorg en intensivering van de monitoring. NHG en CAHAG werken op dit moment aan een betere indicator voor exacerbaties. Deze zal in de toekomst in de benchmark worden opgenomen.

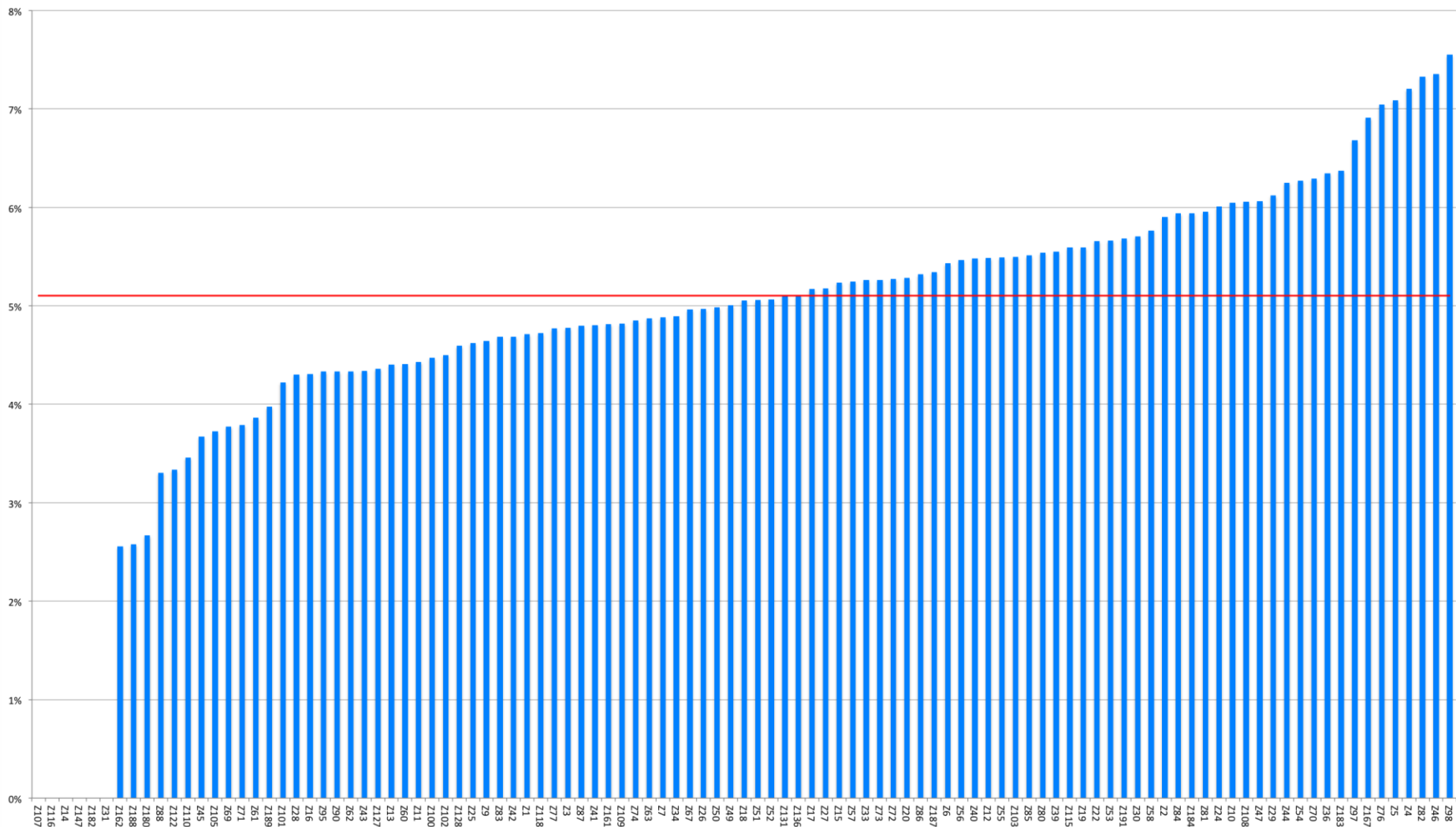
Stootkuren die voor andere redenen (bijvoorbeeld jicht) uitgeschreven worden zouden hier kunnen leiden tot over-registratie, anderzijds worden stootkuren die tijdens avond-, nacht- en weekenden uitgeschreven worden niet altijd meegenomen.

BIJLAGE 1 | GRAFIEKEN DIABETES

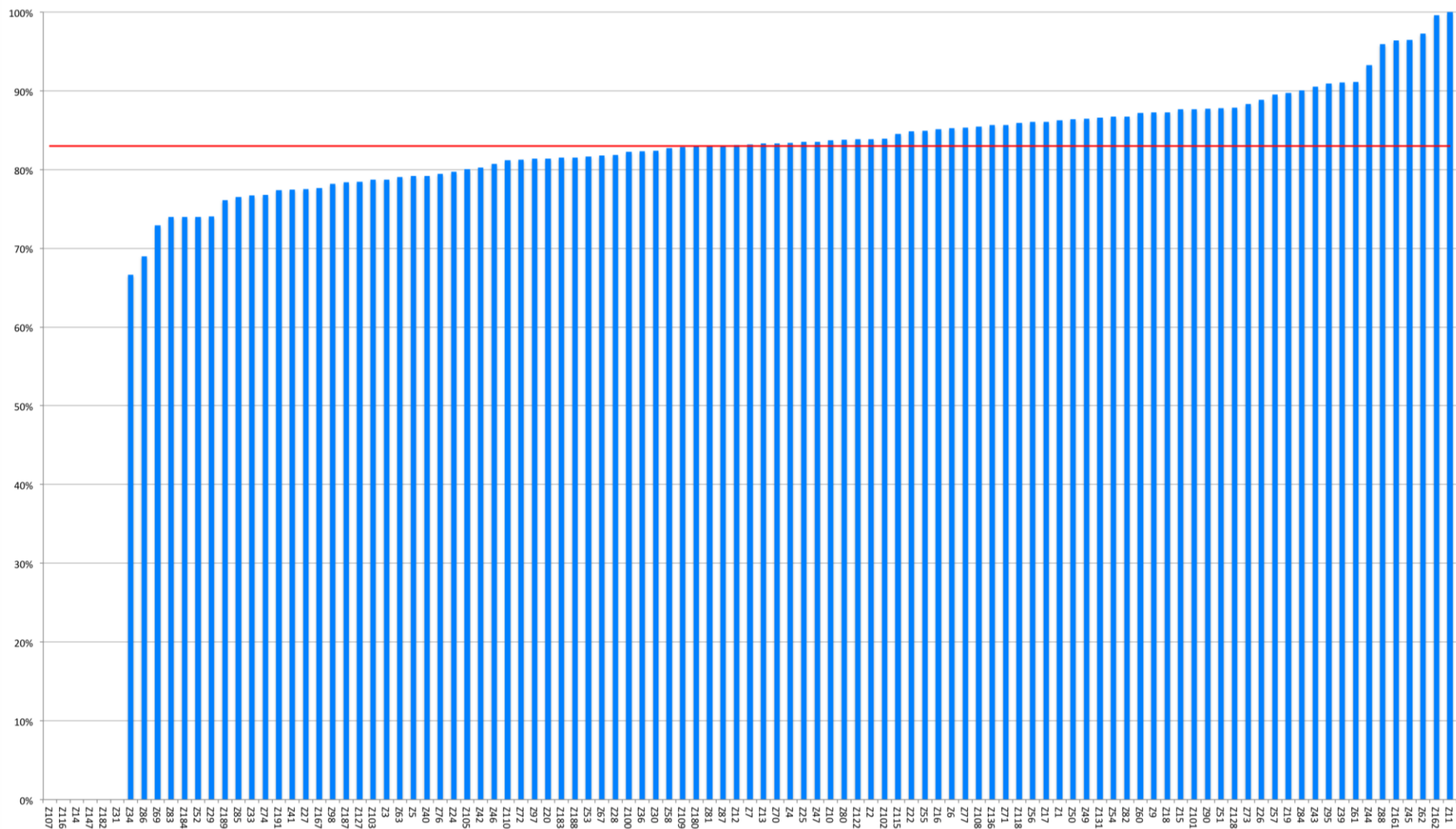
Grafiek 1: Totale populatie zorggroepen



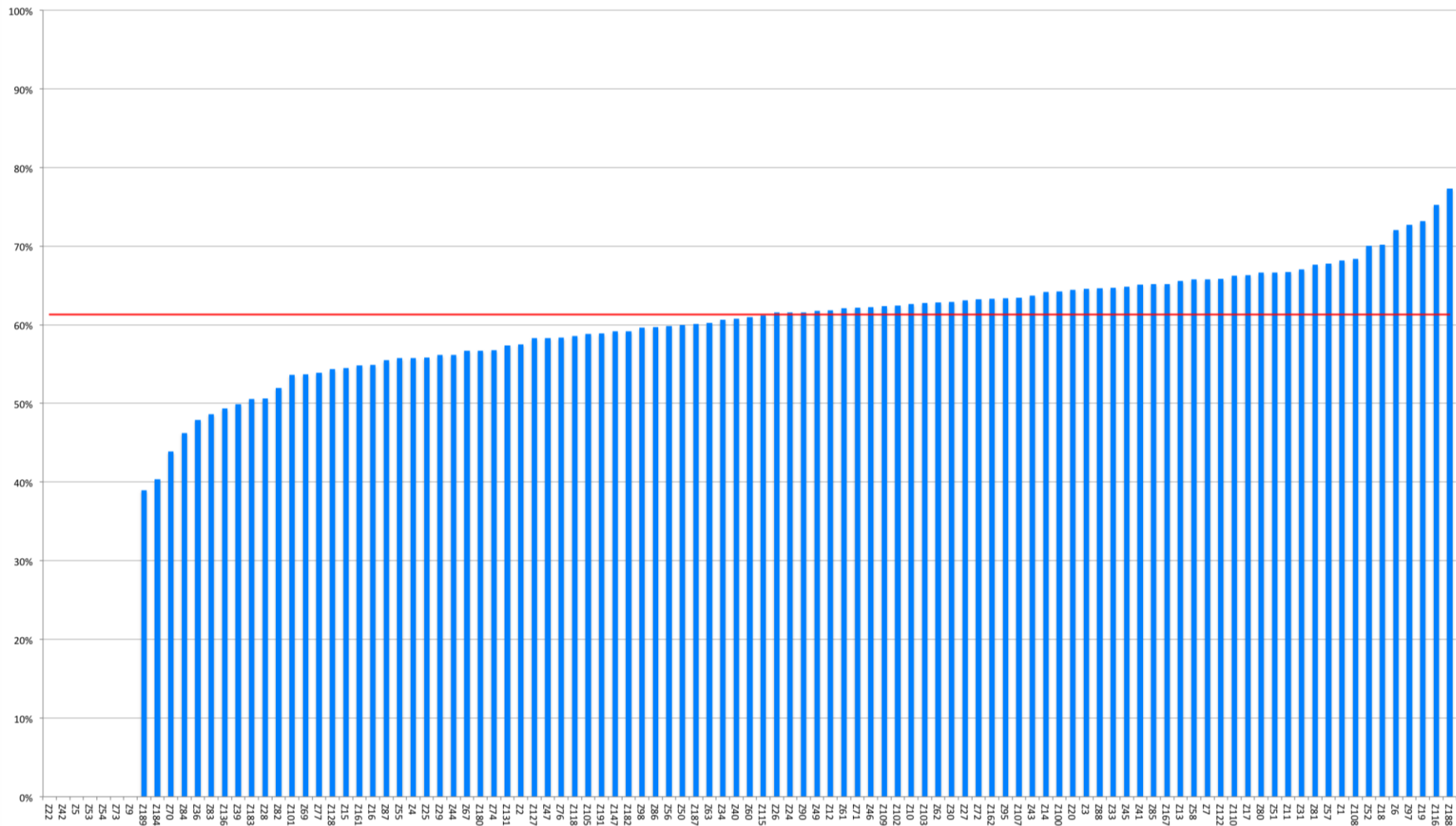
Grafiek 2: Prevalentie diabetes



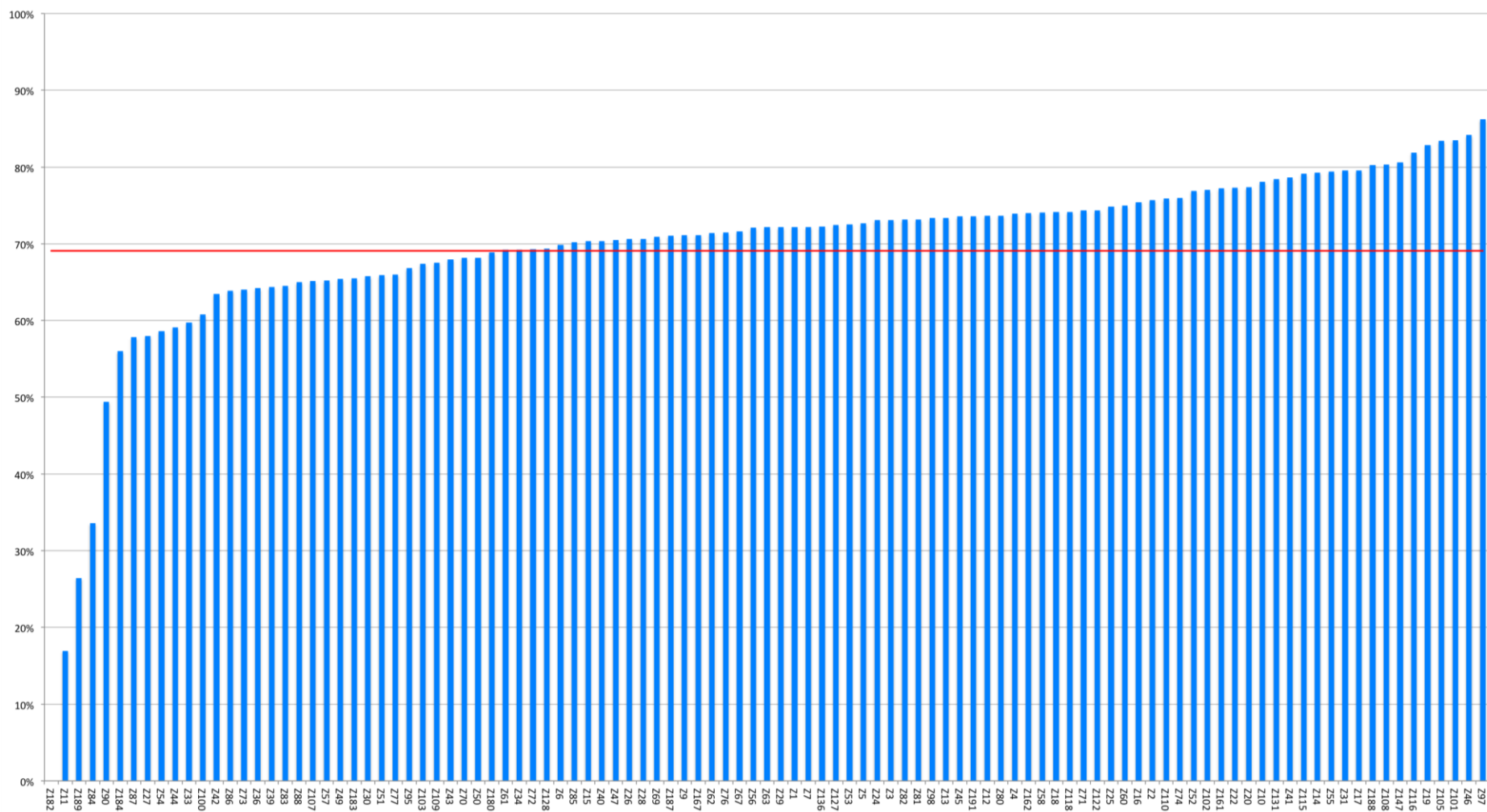
Grafiek 3: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma



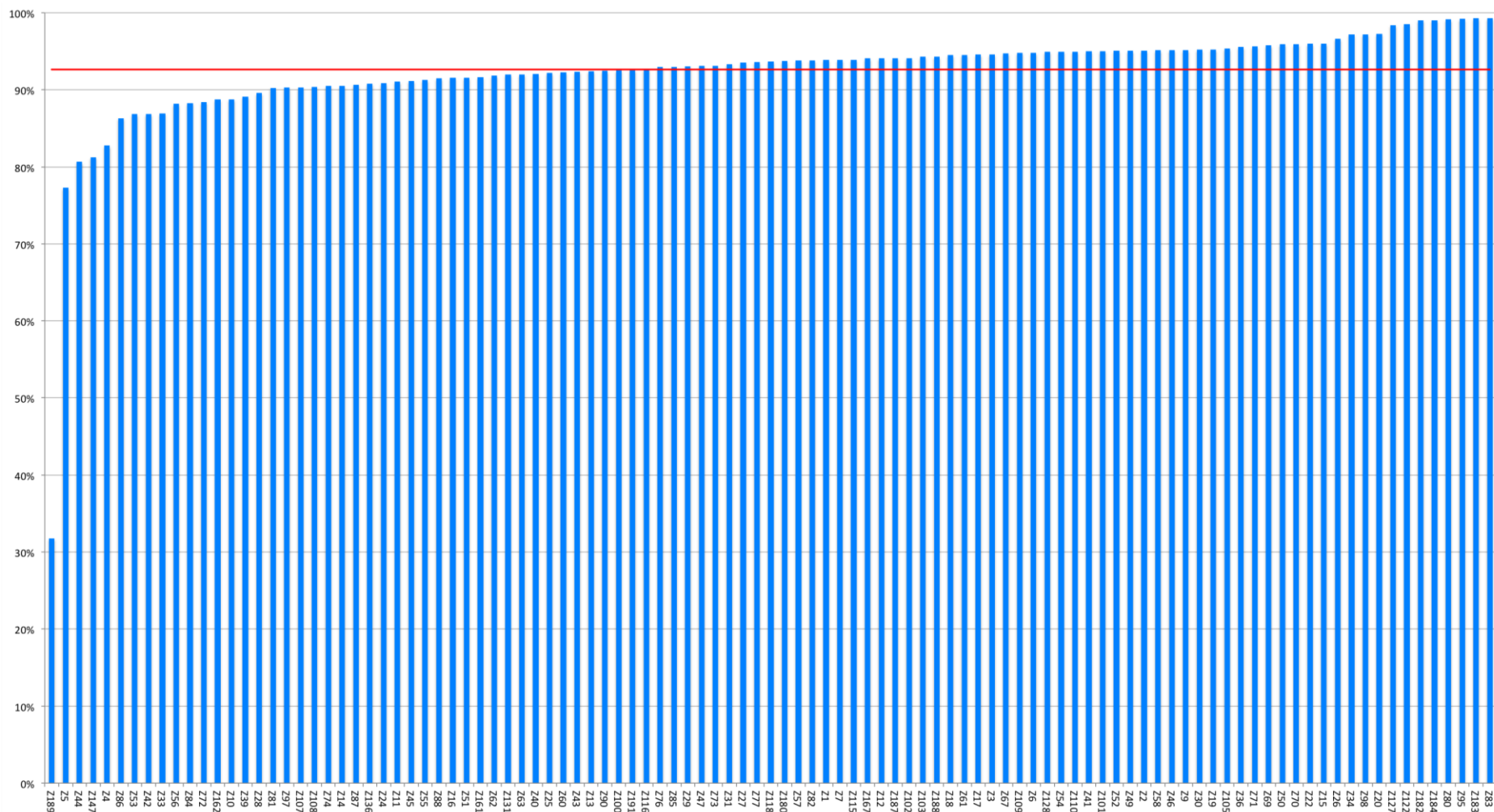
Grafiek 4: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde <= 2,5 mmol/l



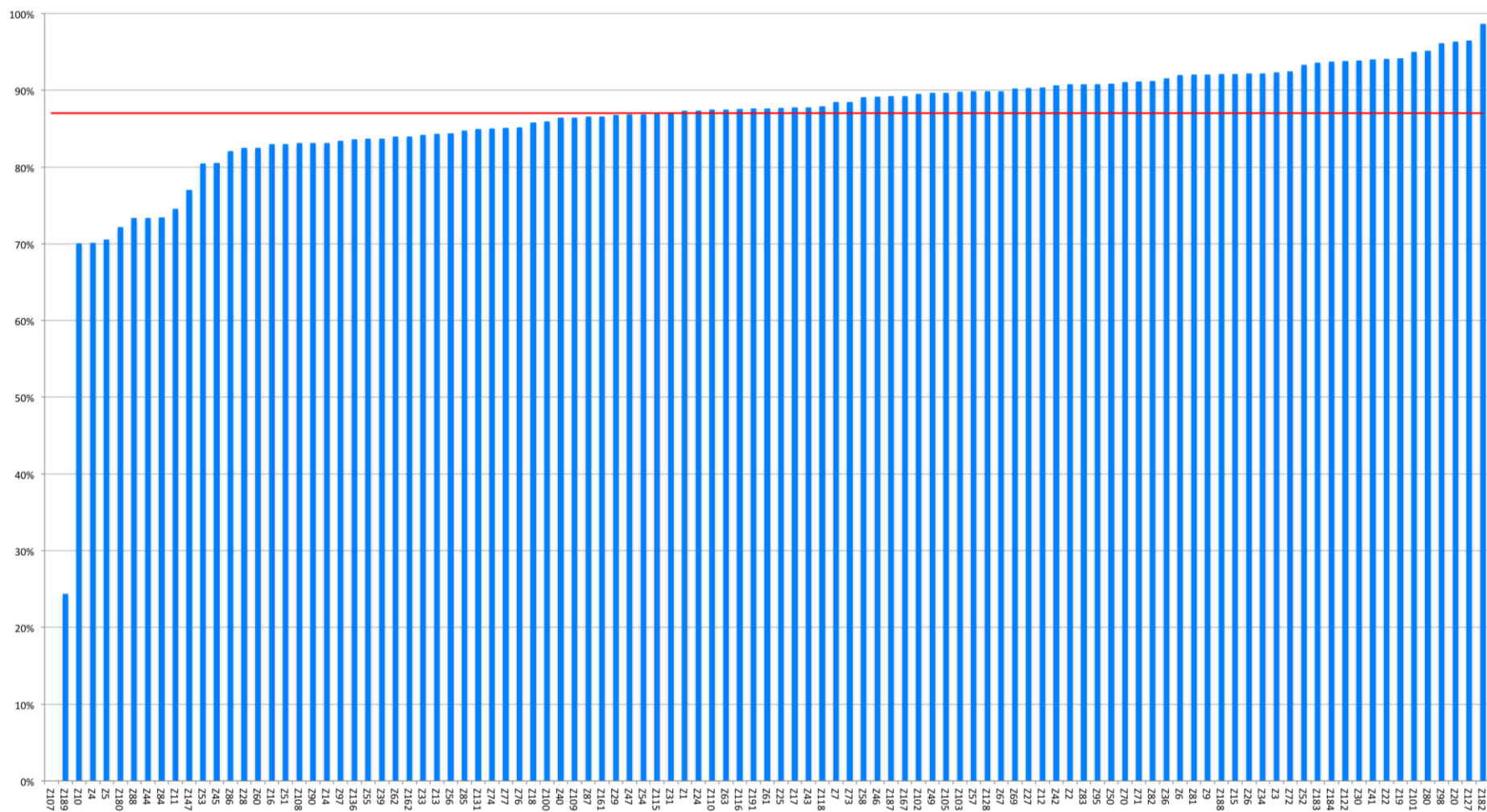
Grafiek 5: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt



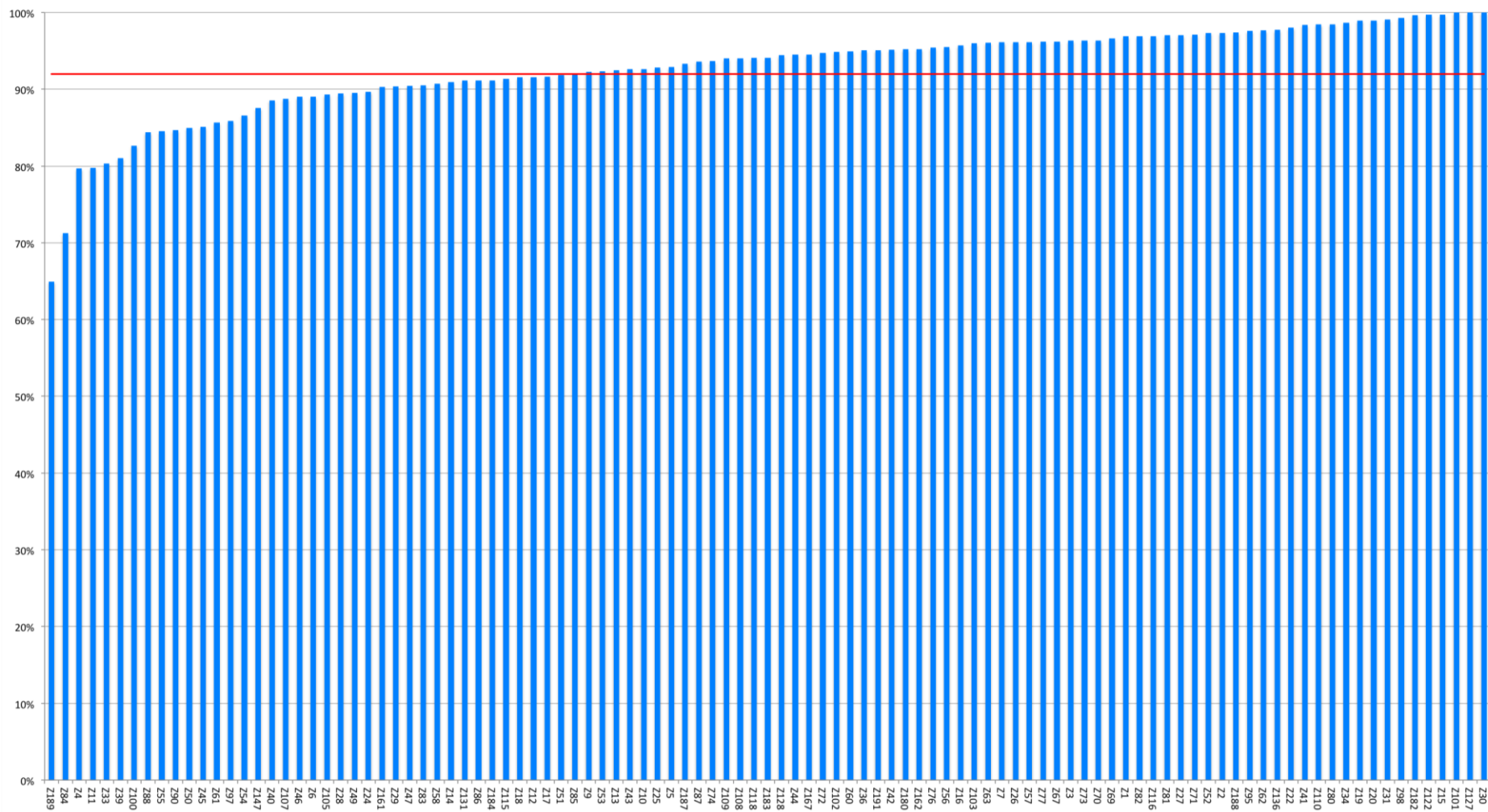
Grafiek 6: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de eGFR is geregistreerd



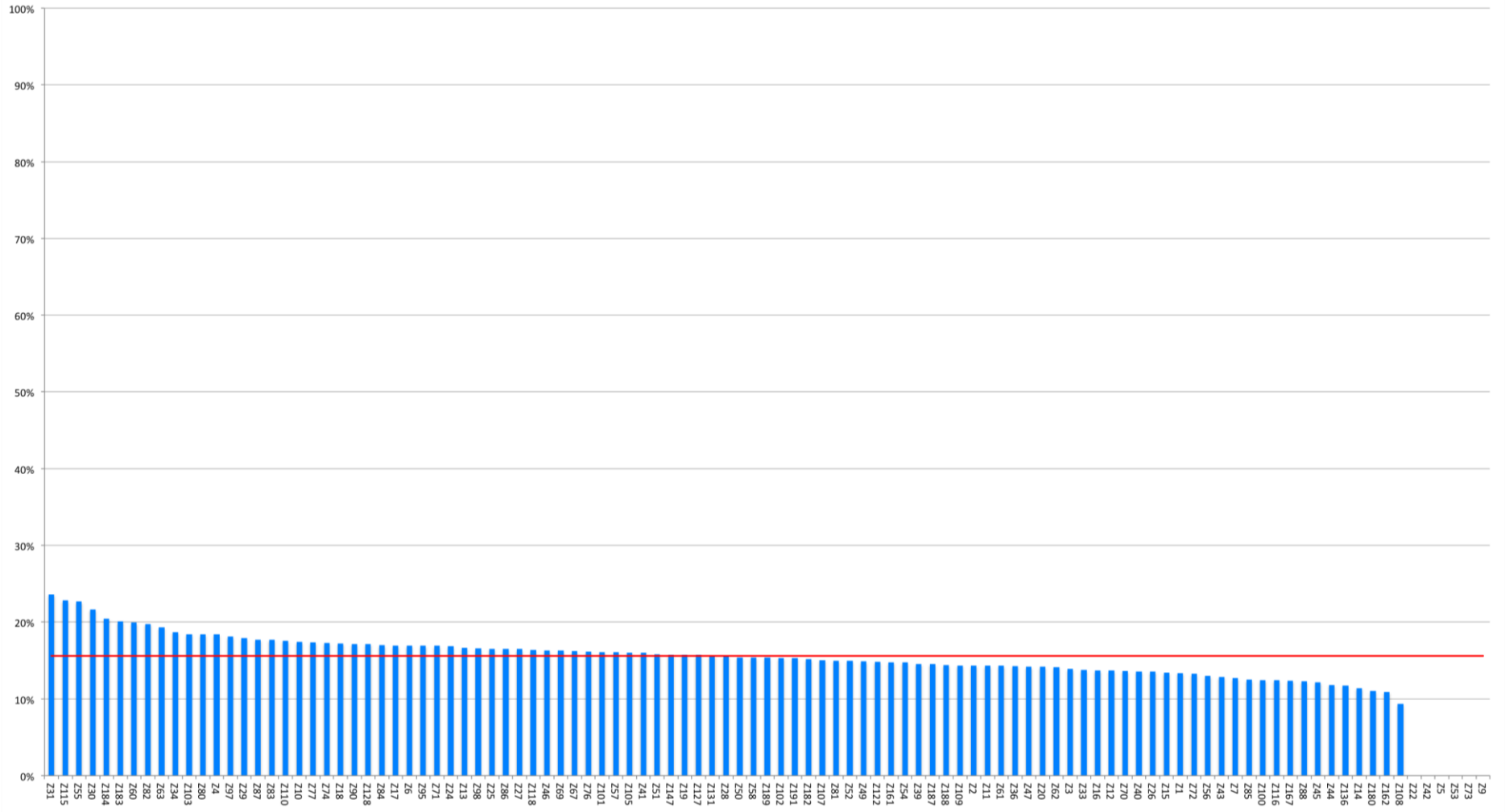
Grafiek 7: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met urineonderzoek (porties) op albumine of albumine/creatinine ratio



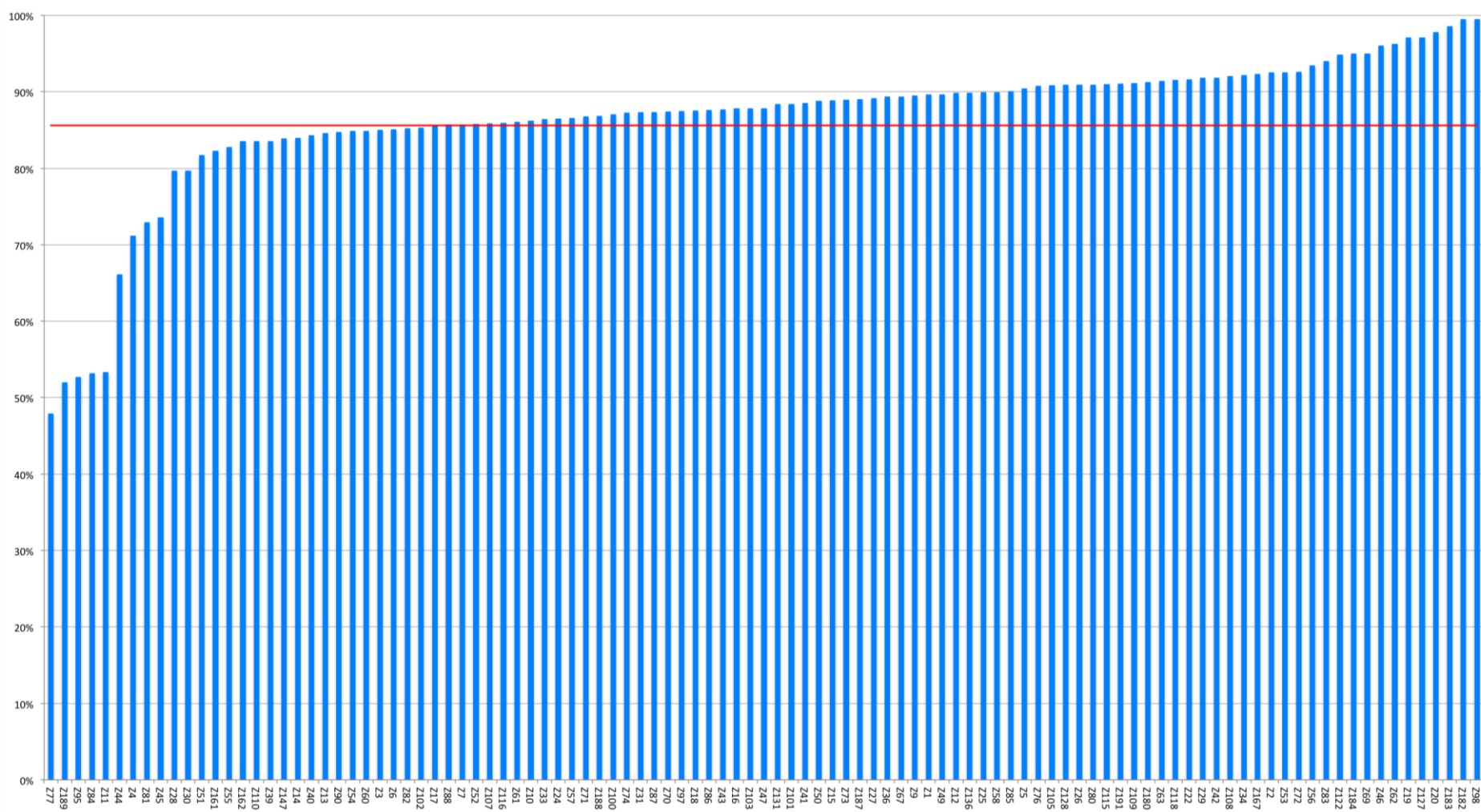
Grafiek 8: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



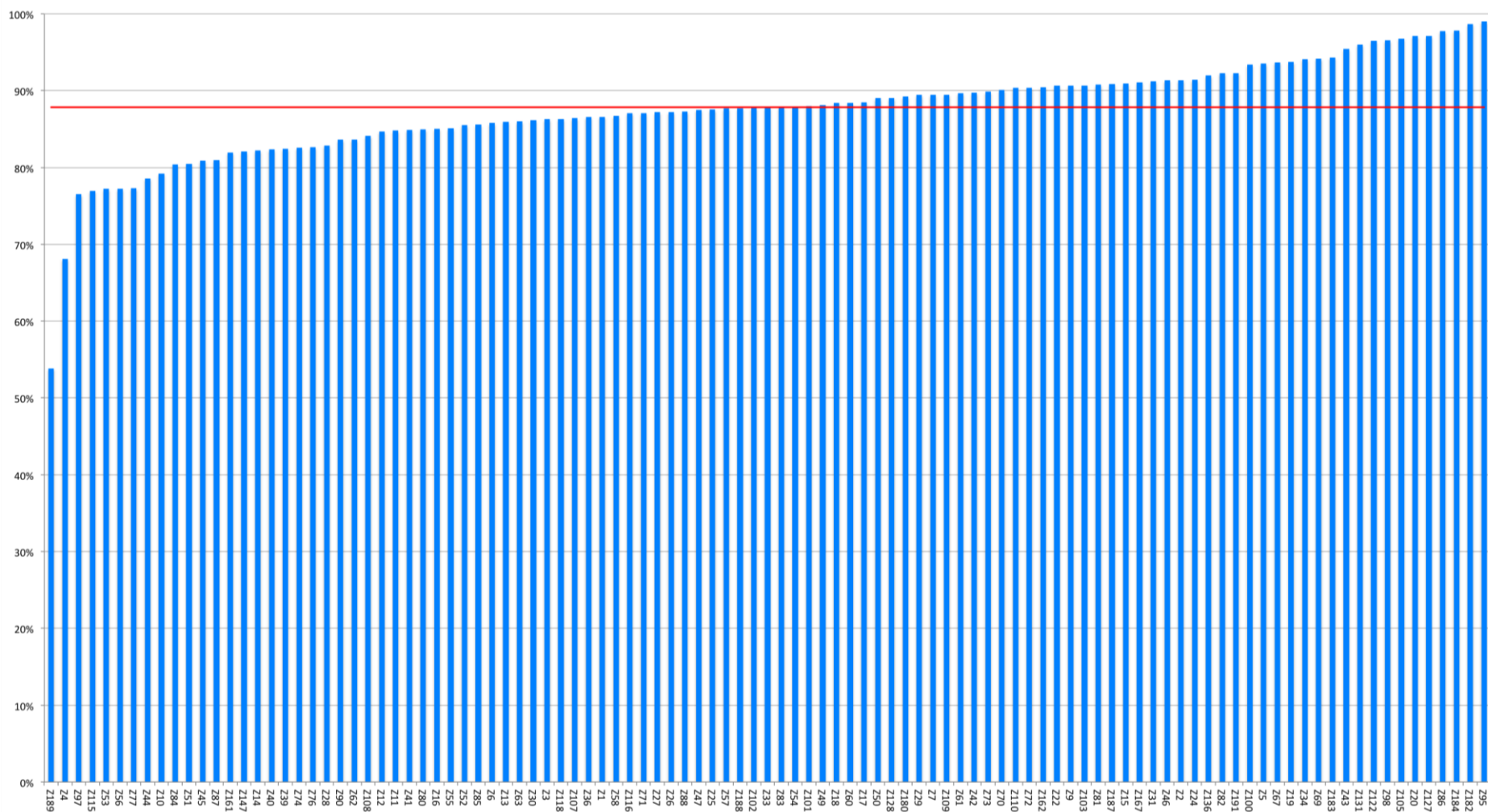
Grafiek 9: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma, van wie rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



Grafiek 10: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met een funduscontrole

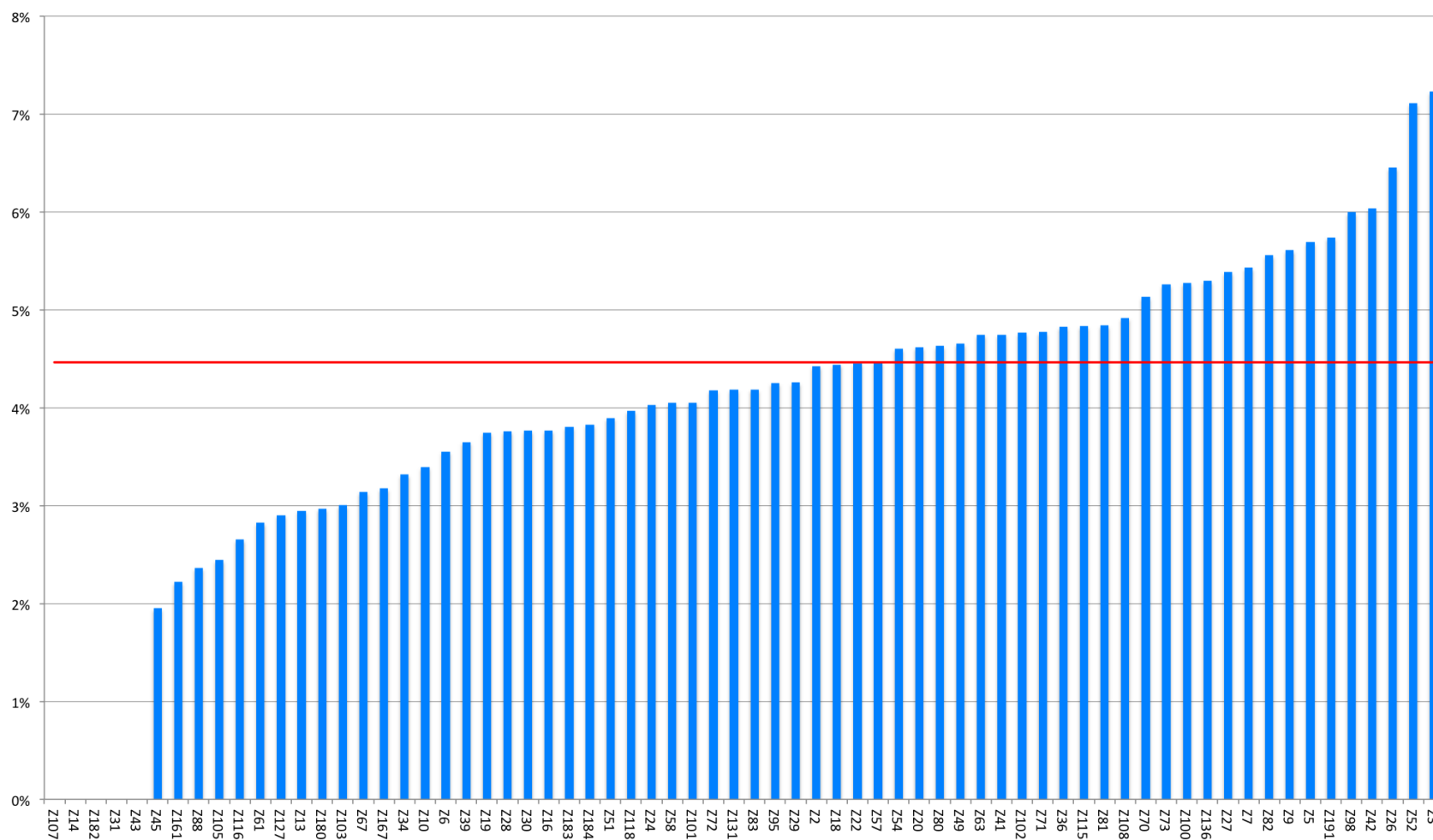


Grafiek 11: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie voetonderzoek is gedaan



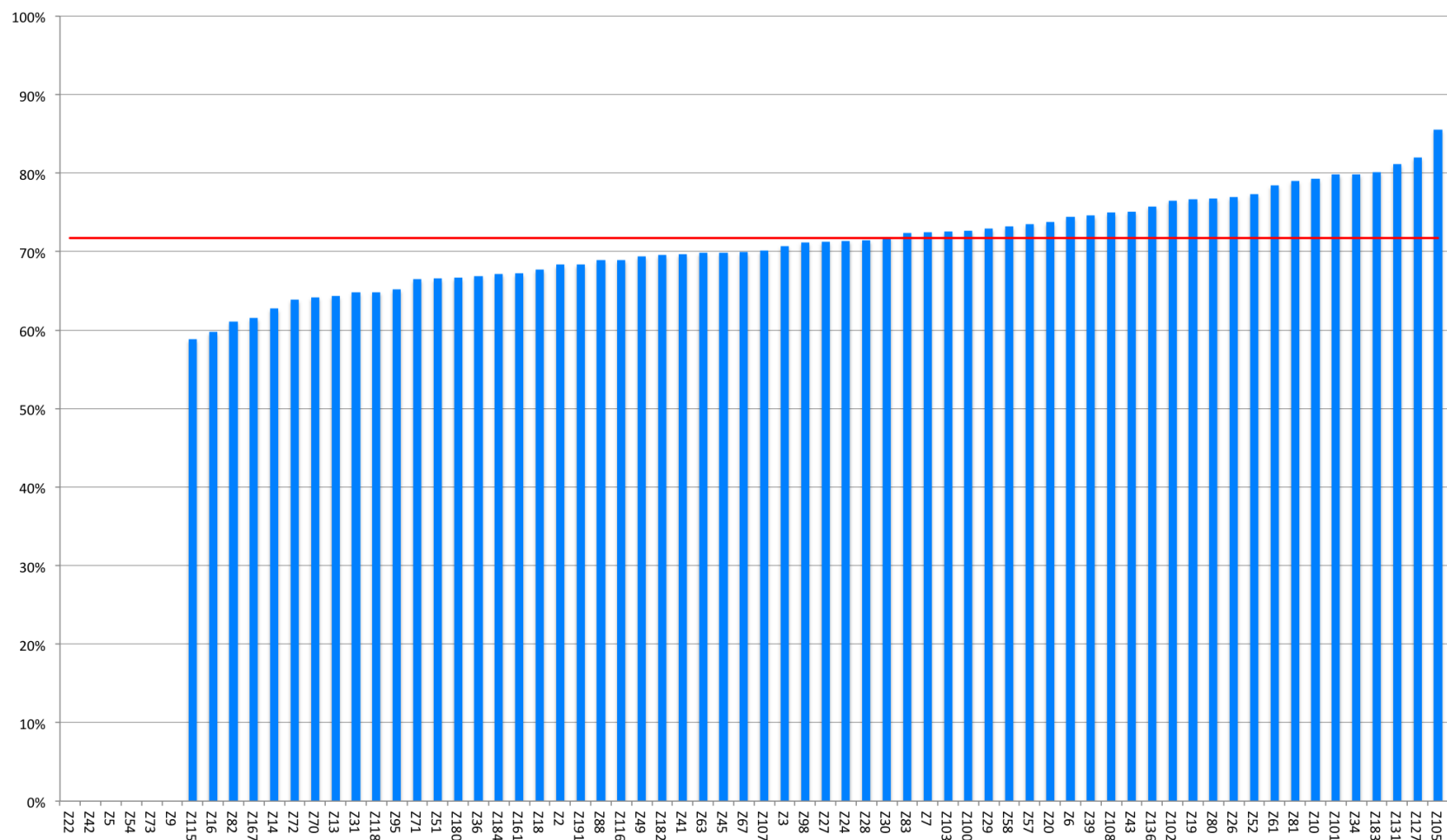
BIJLAGE 2 | GRAFIEKEN HVZ

Grafiek 1: Prevalentie HVZ

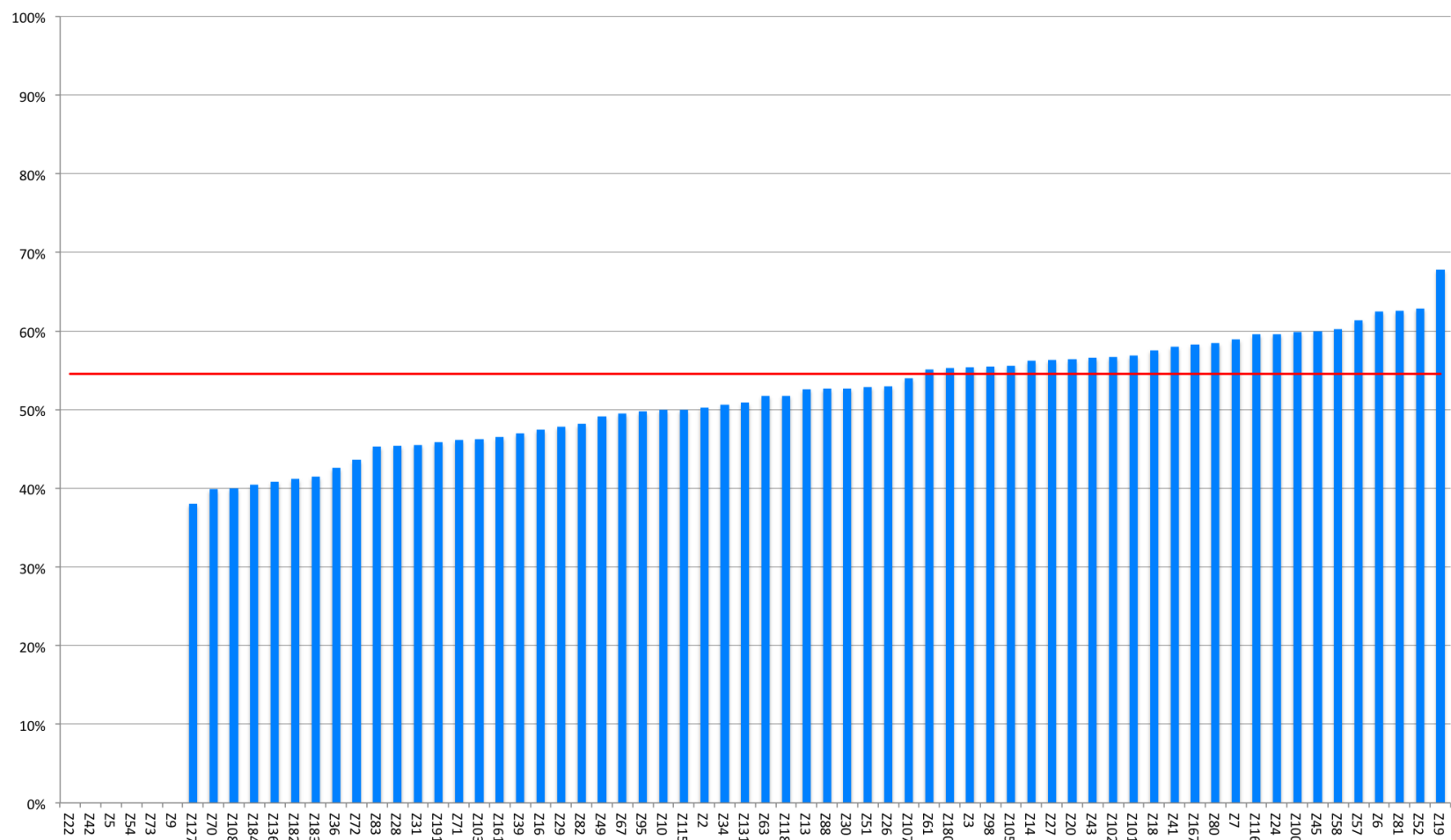


Item	Percentage
Z227	29.5
Z34	31.5
Z54	35.5
Z180	36.5
Z167	36.5
Z39	38.0
Z63	39.0
Z191	39.5
Z115	39.5
Z28	40.5
Z49	42.5
Z30	44.0
Z95	44.0
Z5	45.0
Z100	45.5
Z102	45.5
Z83	45.5
Z2	46.0
Z103	46.5
Z108	48.0
Z127	49.5
Z183	49.5
Z41	50.0
Z29	50.5
Z71	50.5
Z184	51.0
Z10	51.0
Z24	51.5
Z67	52.0
Z7	54.0
Z36	54.5
Z136	55.5
Z16	56.0
Z3	57.5
Z13	59.0
Z18	59.5
Z131	60.0
Z72	60.5
Z20	61.0
Z73	61.0
Z116	61.0
Z58	61.0
Z98	61.5
Z105	62.0
Z52	62.5
Z80	63.0
Z57	64.0
Z26	65.5
Z51	67.5
Z118	68.5
Z81	70.0
Z6	71.0
Z22	72.0
Z9	72.0
Z101	72.5
Z70	75.5
Z42	76.5
Z19	78.0
Z161	83.0
Z82	84.0
Z45	94.0
Z61	98.0
Z288	99.0

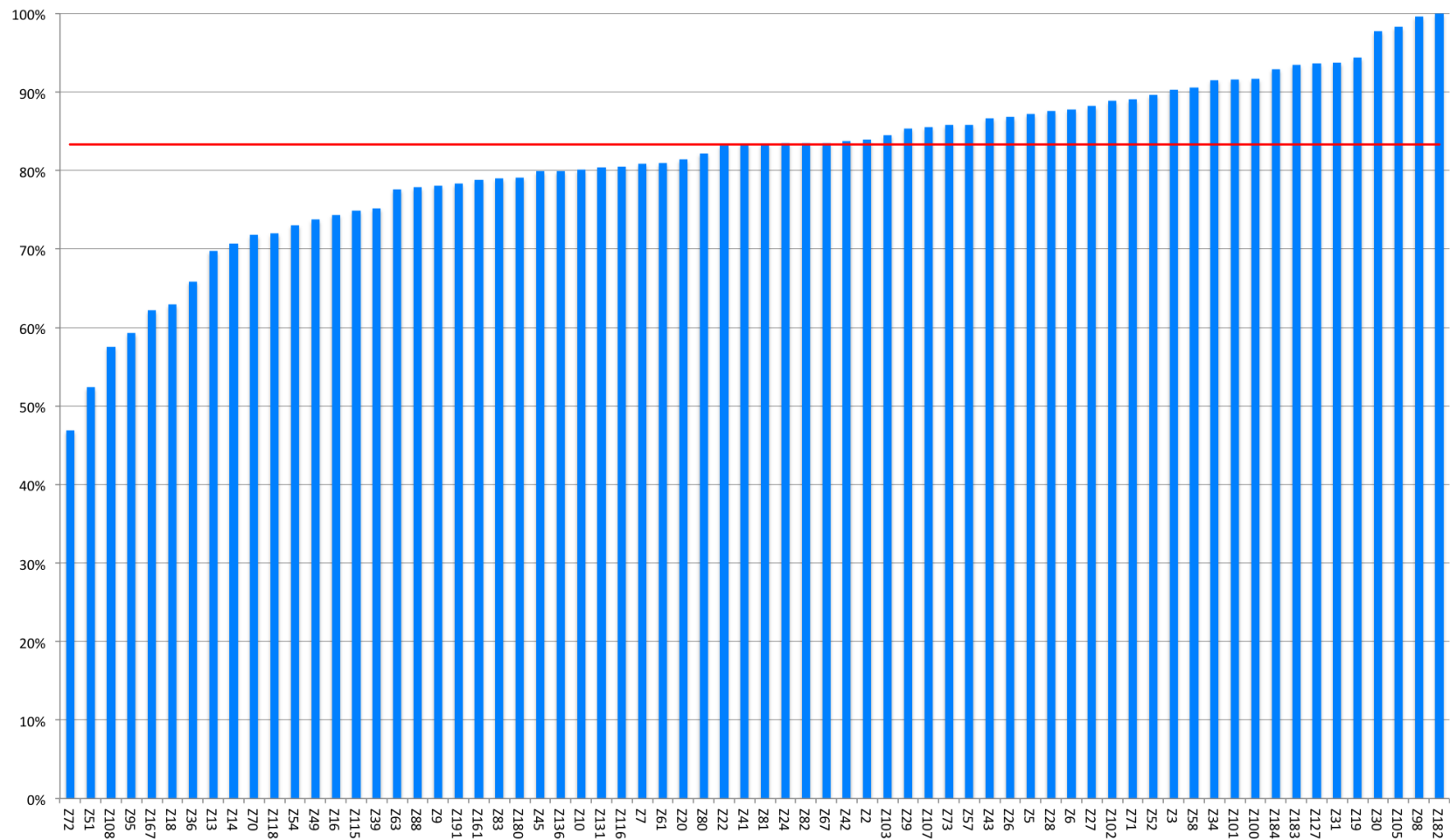
Grafiek 3: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk ≤ 140 mm HG



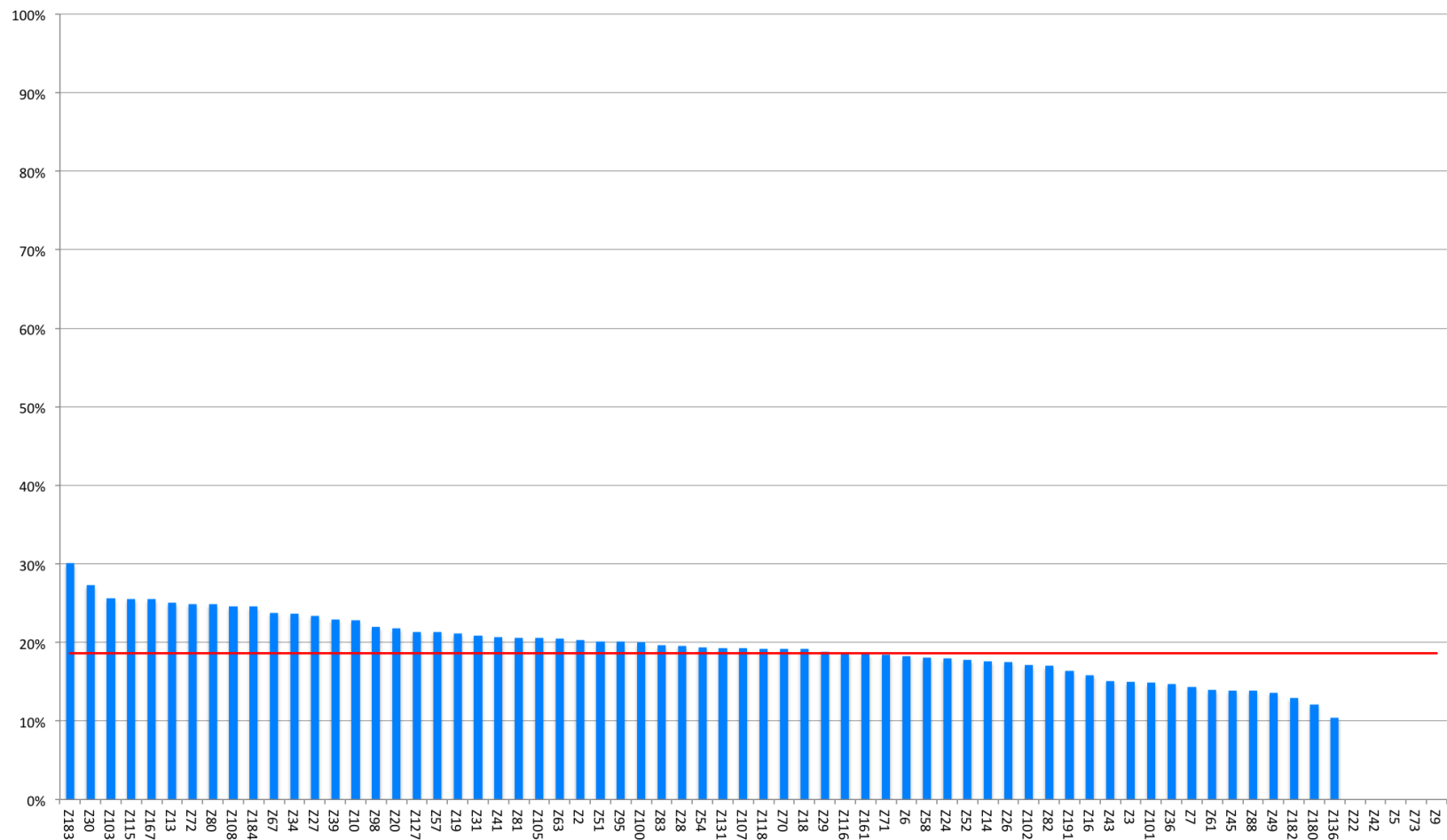
Grafiek 4: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde <= aan 2,5 mmol/l



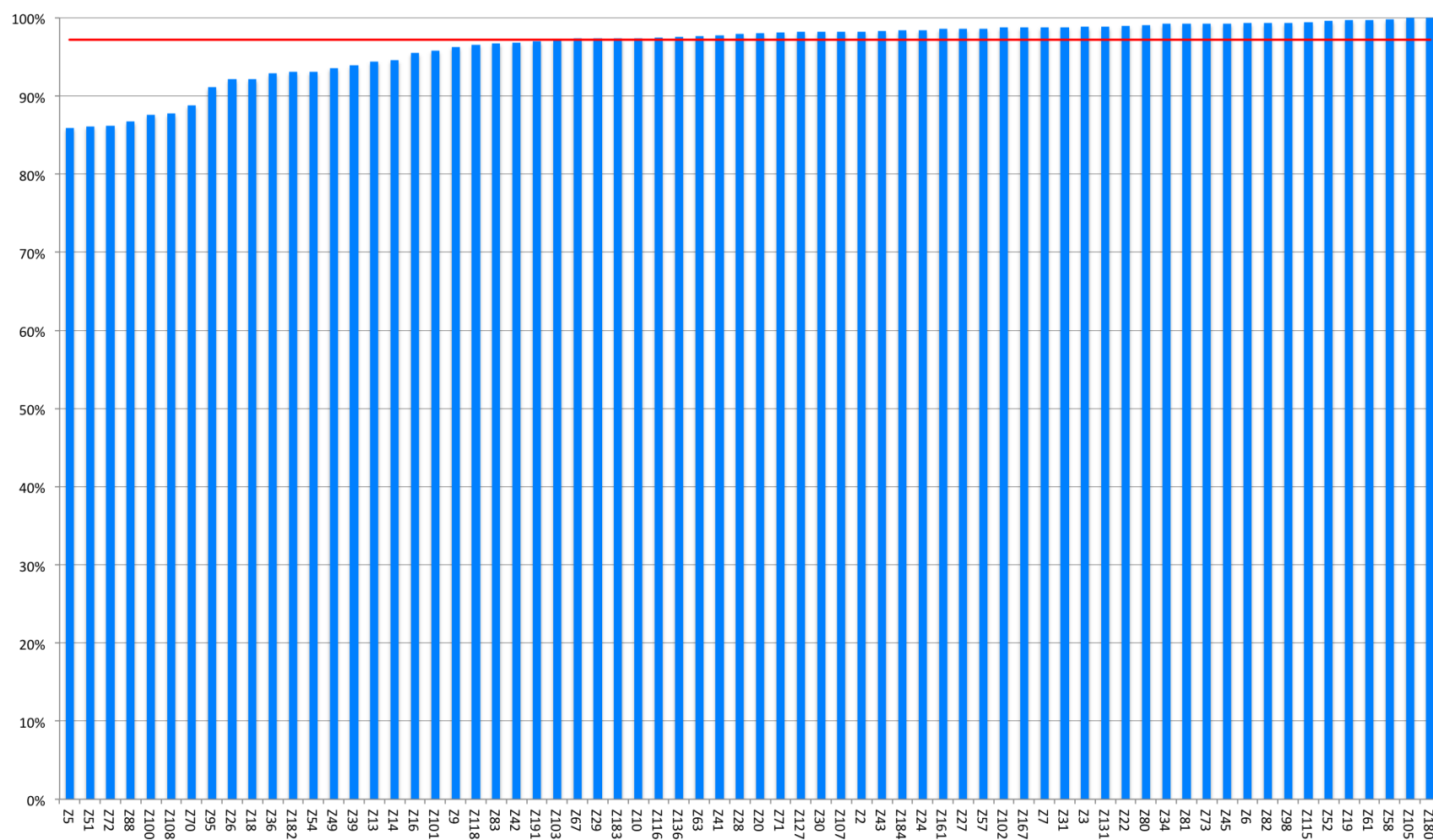
Grafiek 5: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



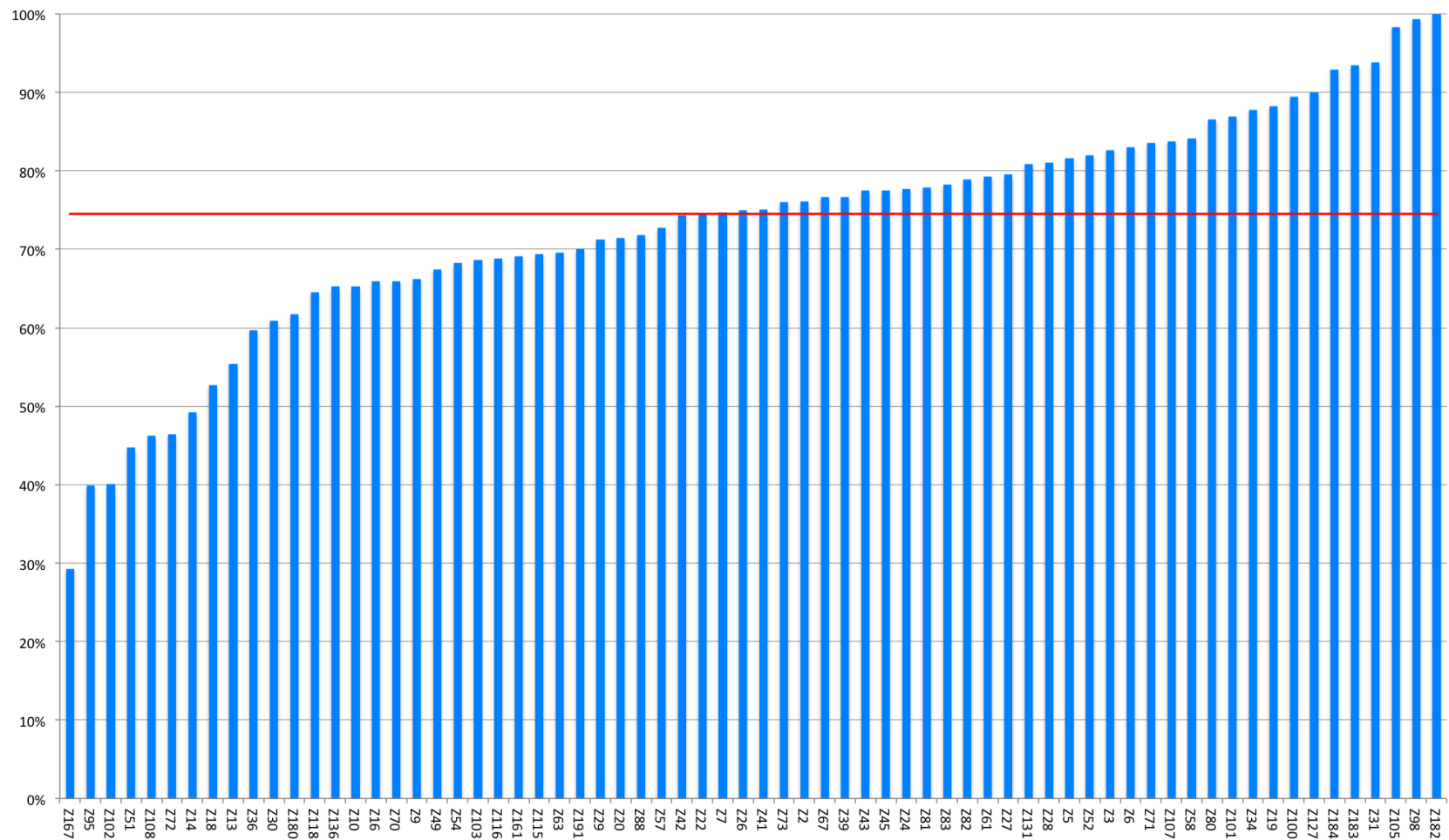
Grafiek 6: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd dat rookt



Grafiek 7: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is gemeten in afgelopen vijf jaar

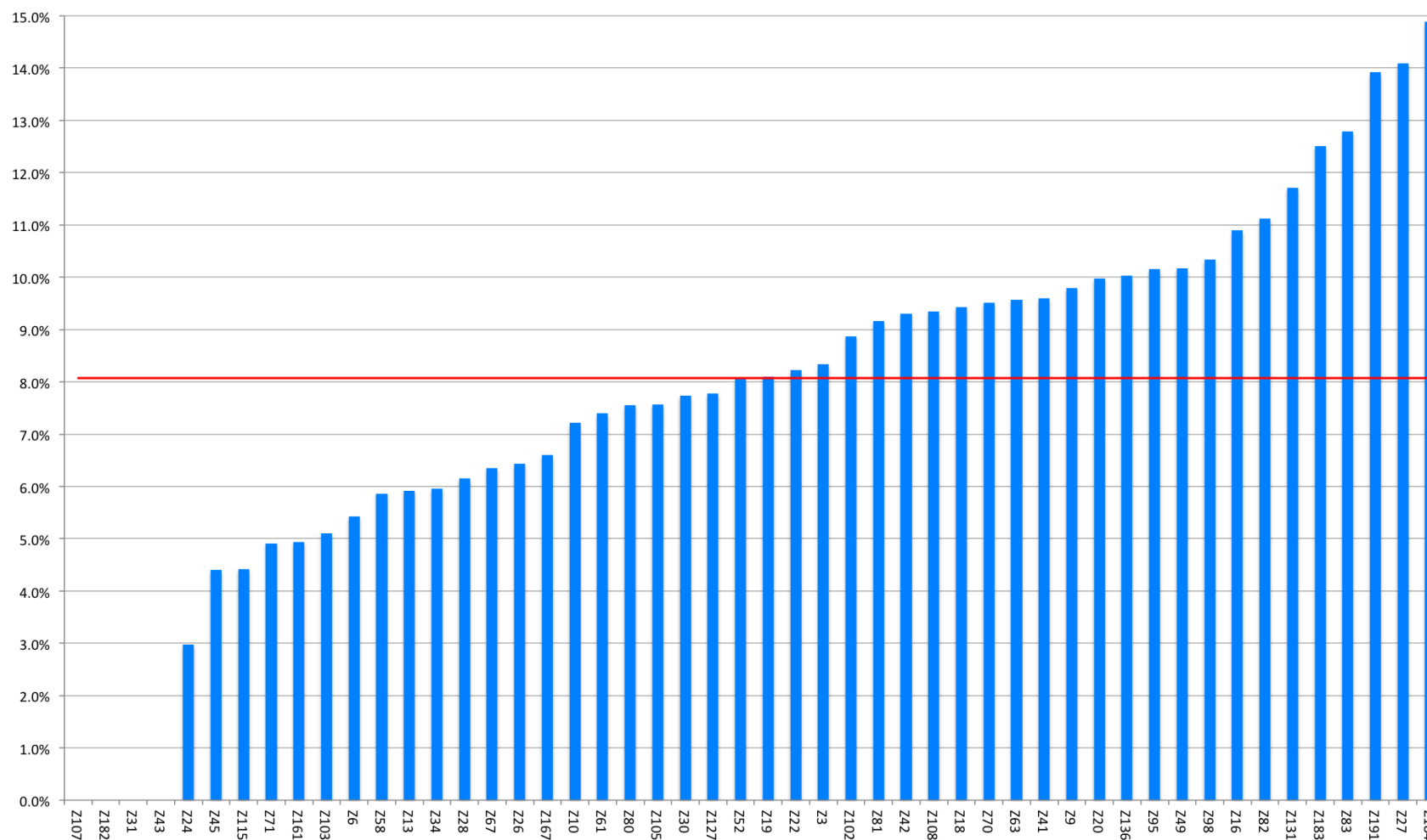


Grafiek 8: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode

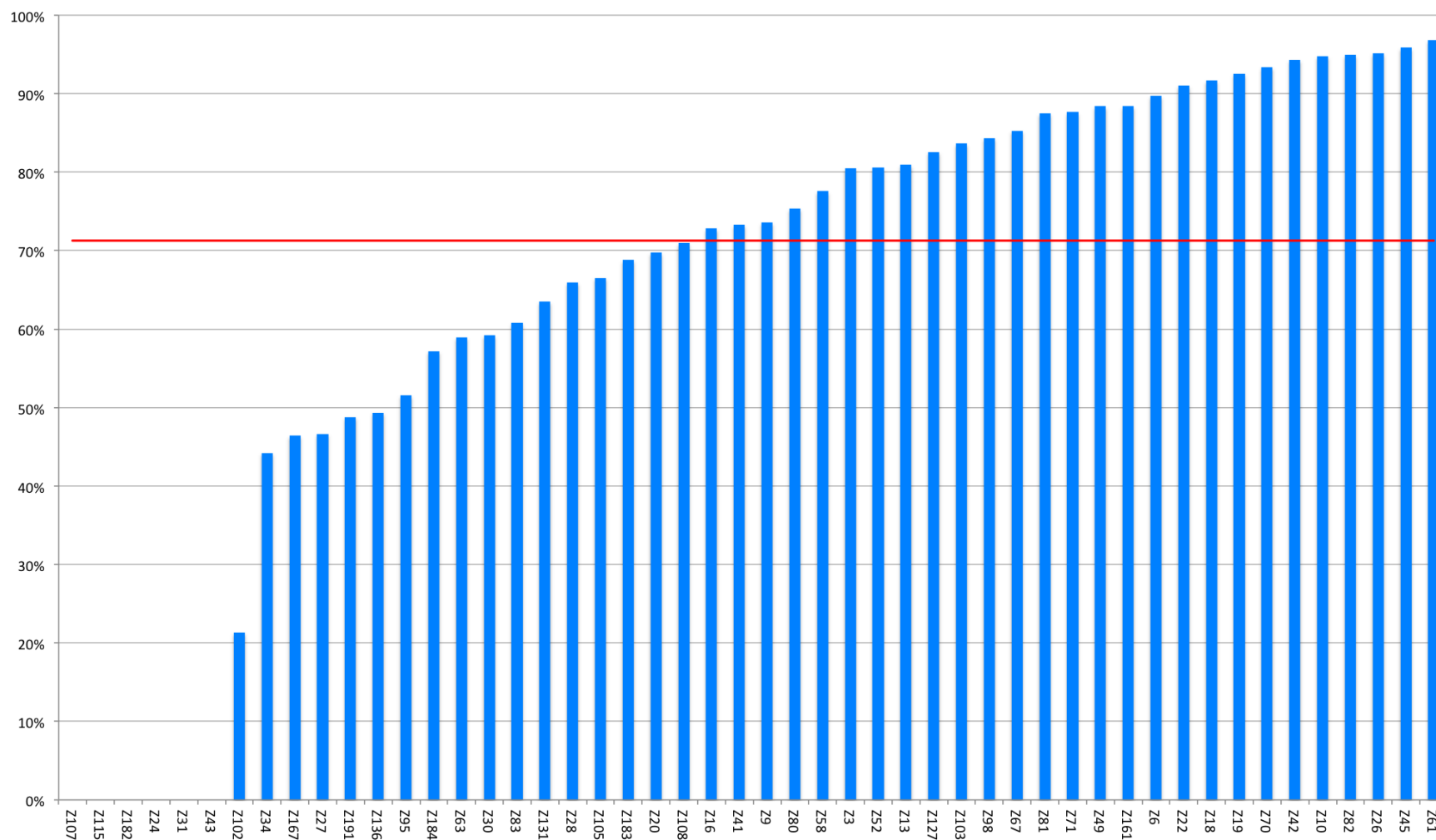


BIJLAGE 3 | GRAFIEKEN VVR

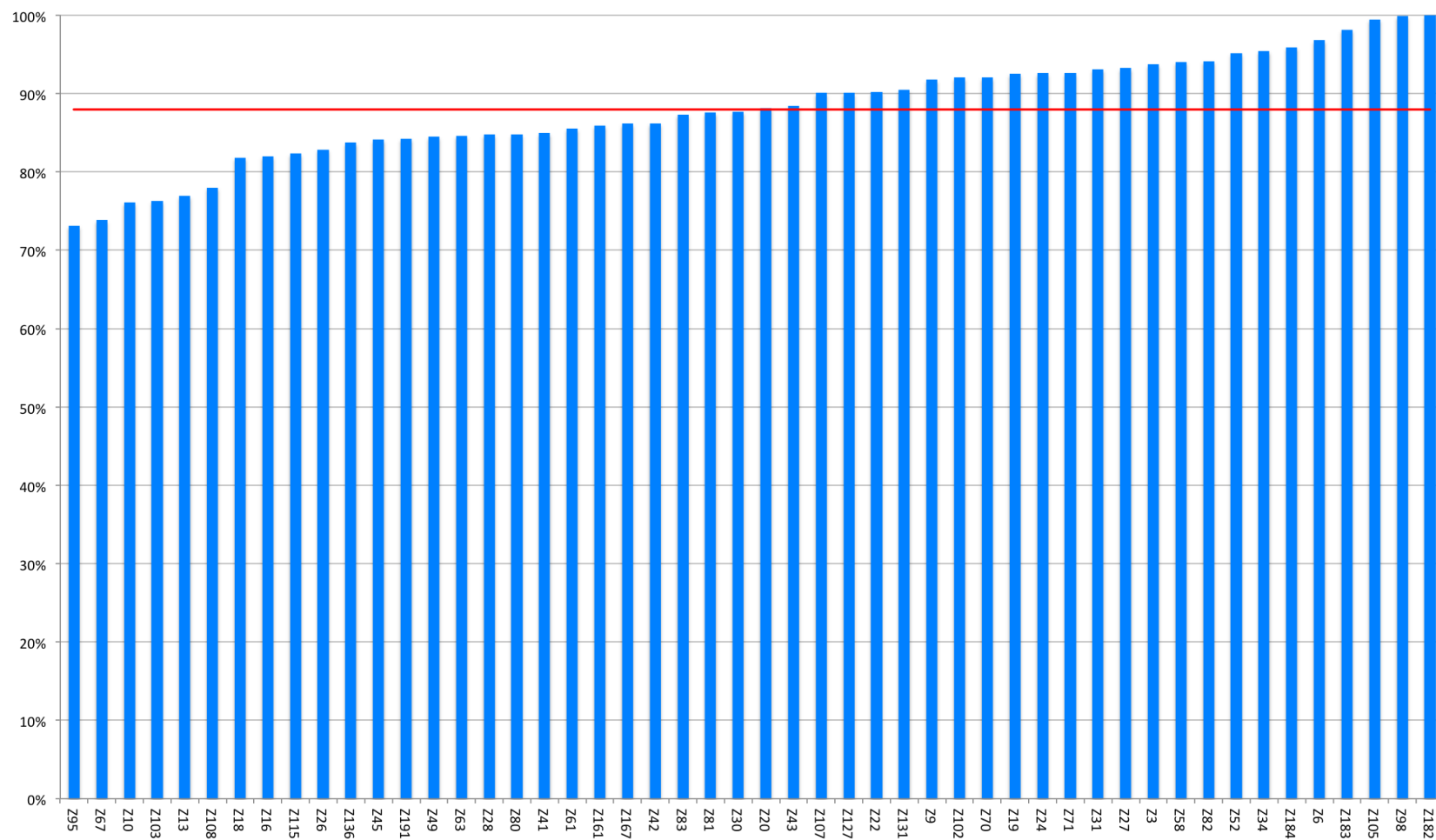
Grafiek 1: Prevalentie VVR



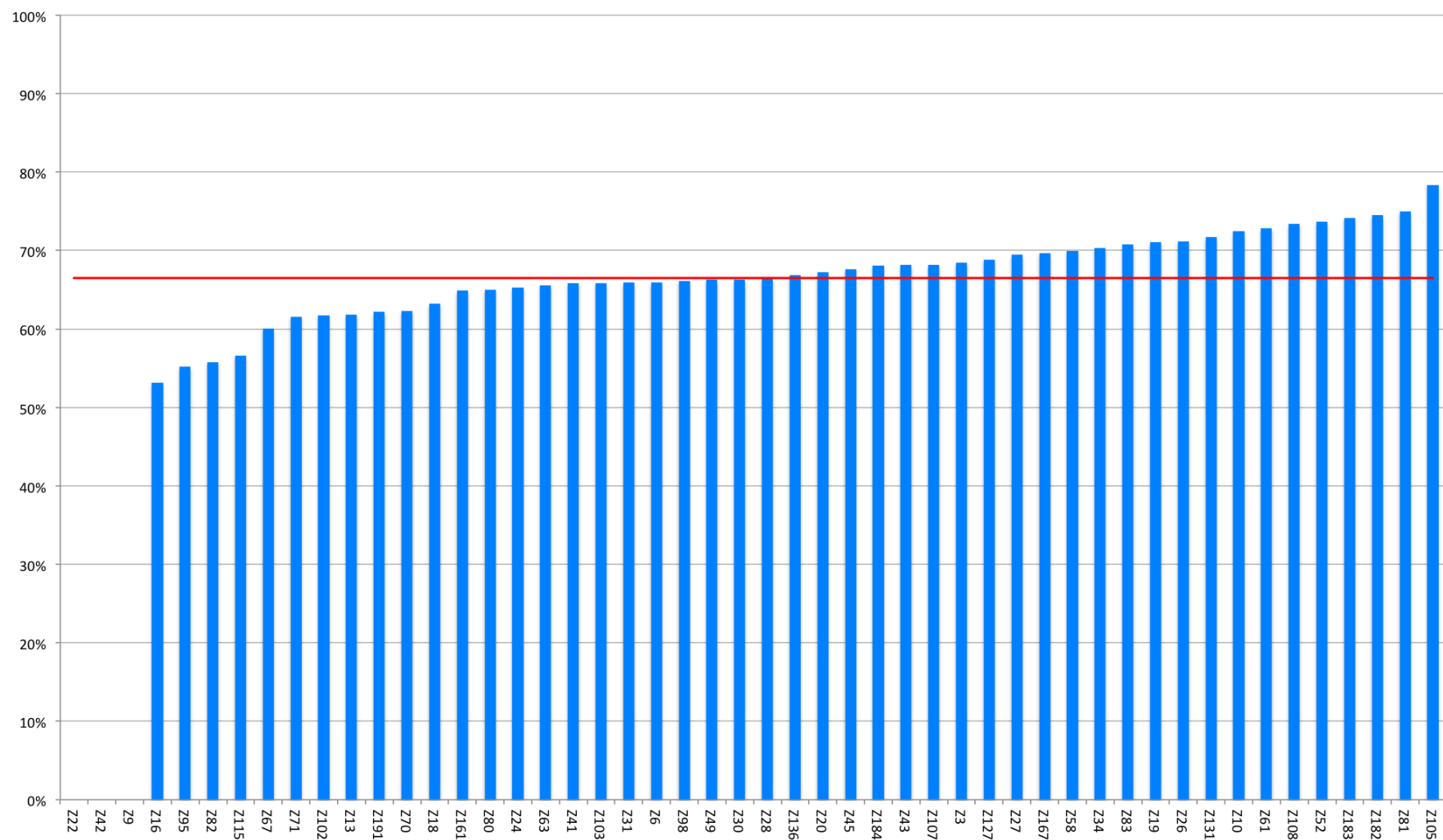
Grafiek 2: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma



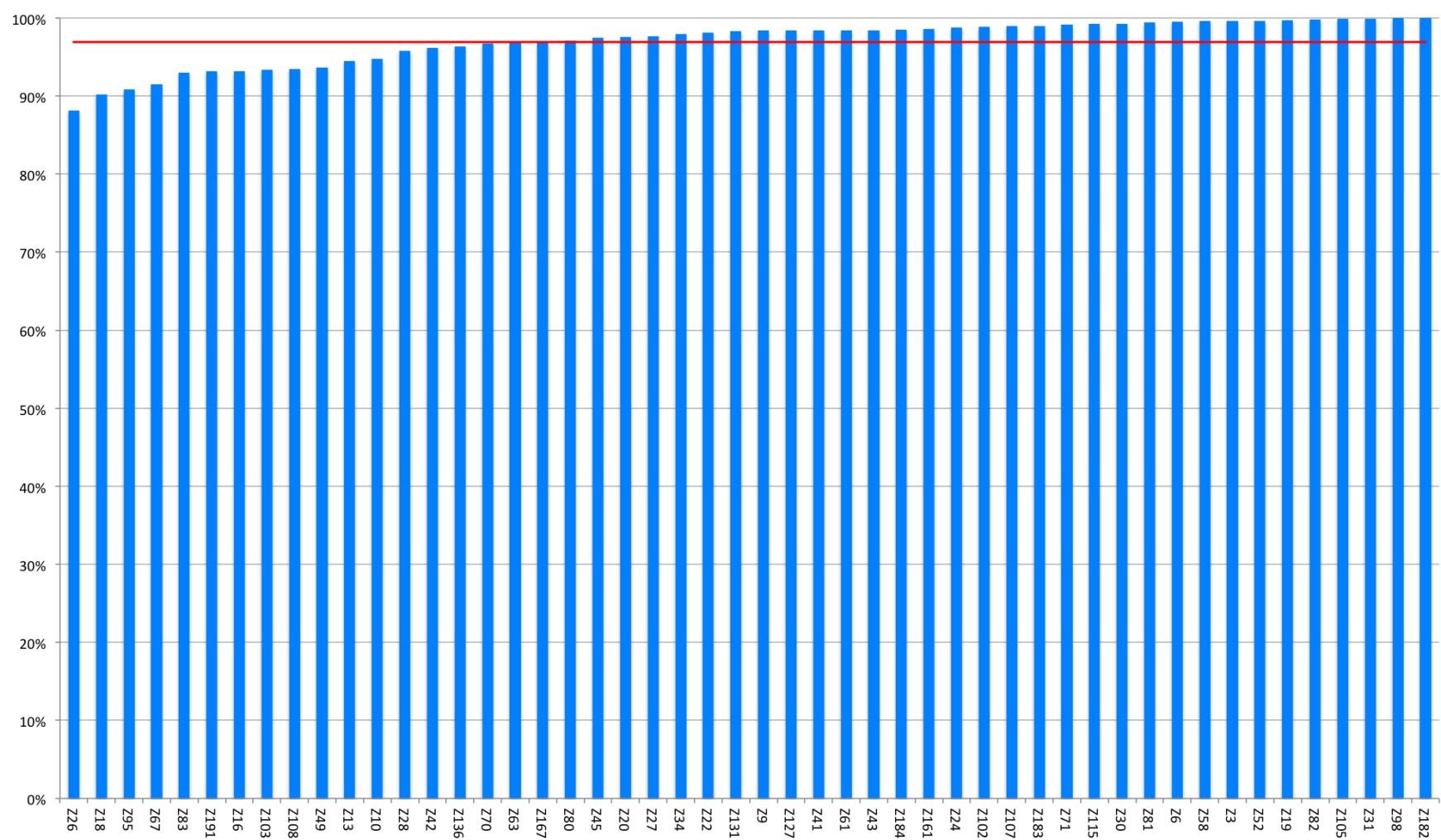
Grafiek 3: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten



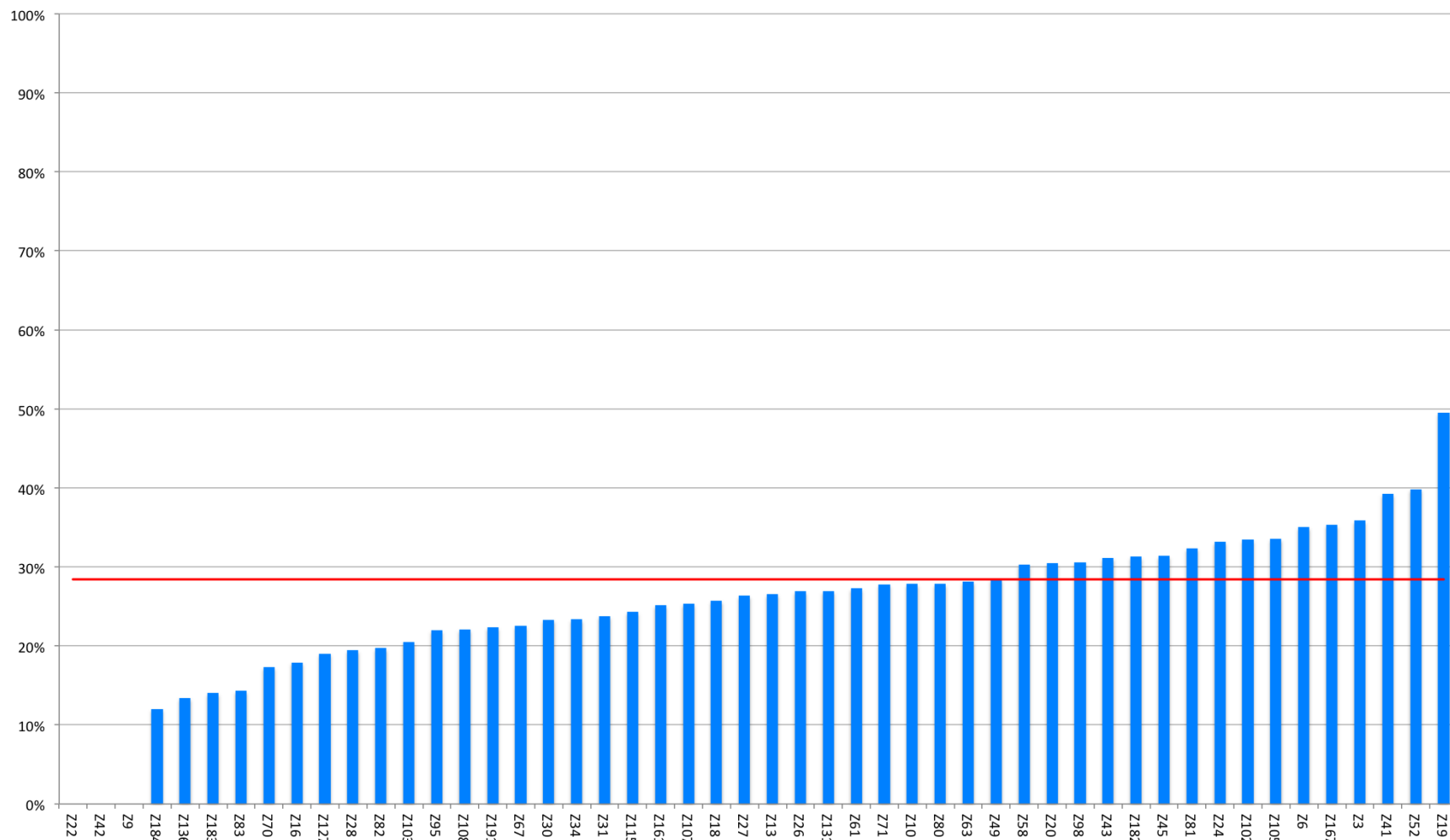
Grafiek 4: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk ≤ 140 mm HG



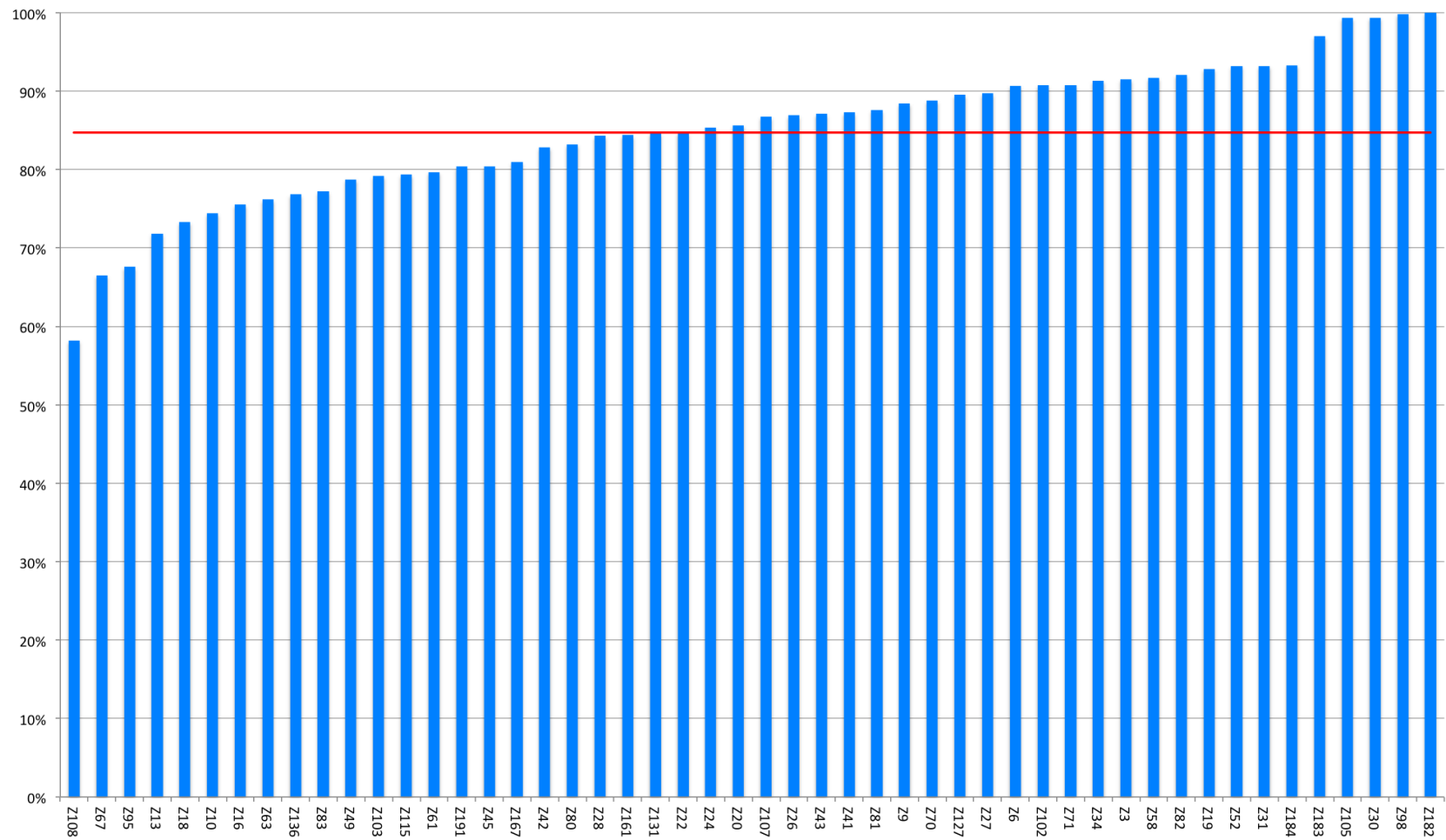
Grafiek 5: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie LDL is bepaald



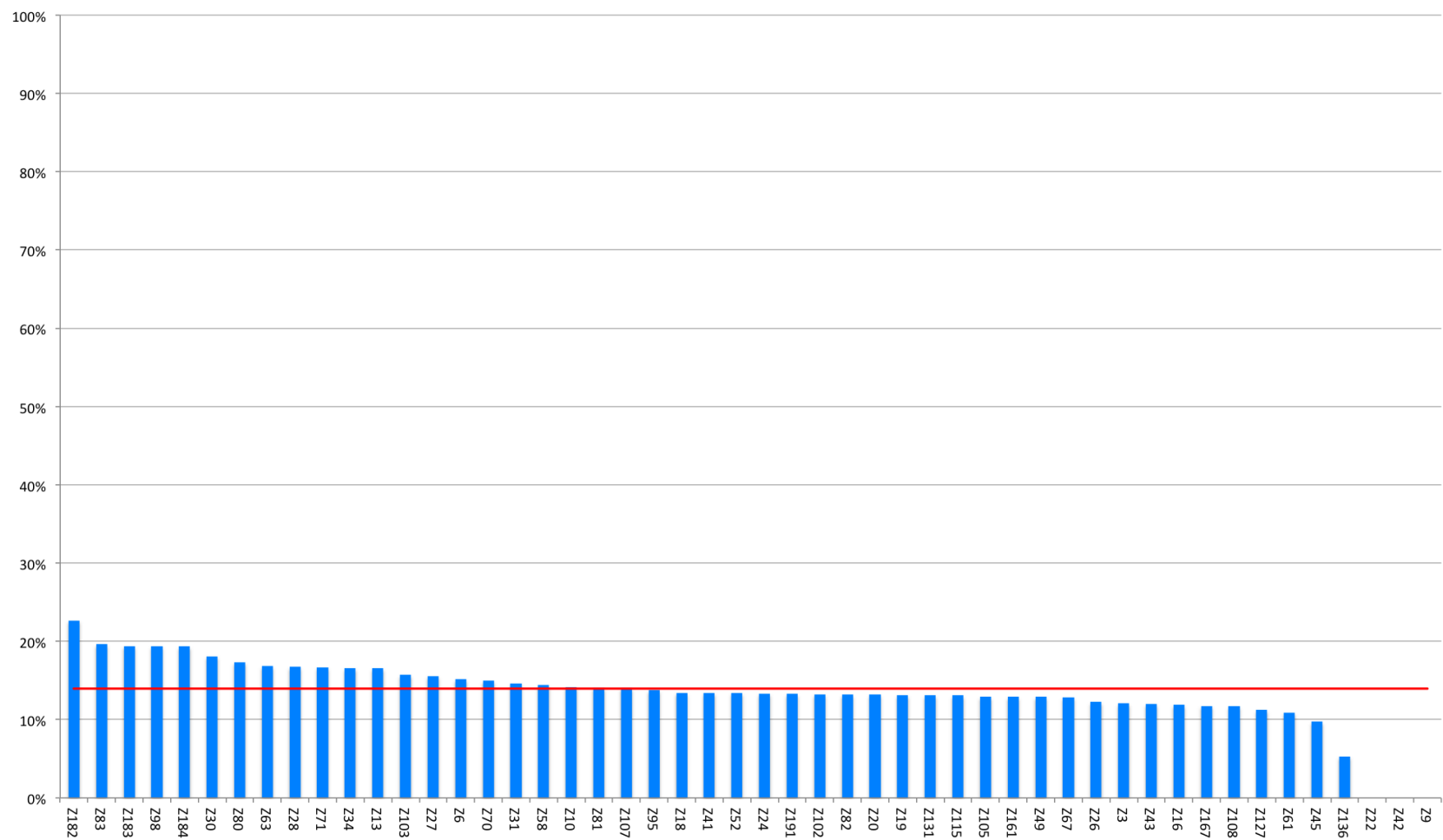
Grafiek 6: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde <= aan 2,5 mmol/l



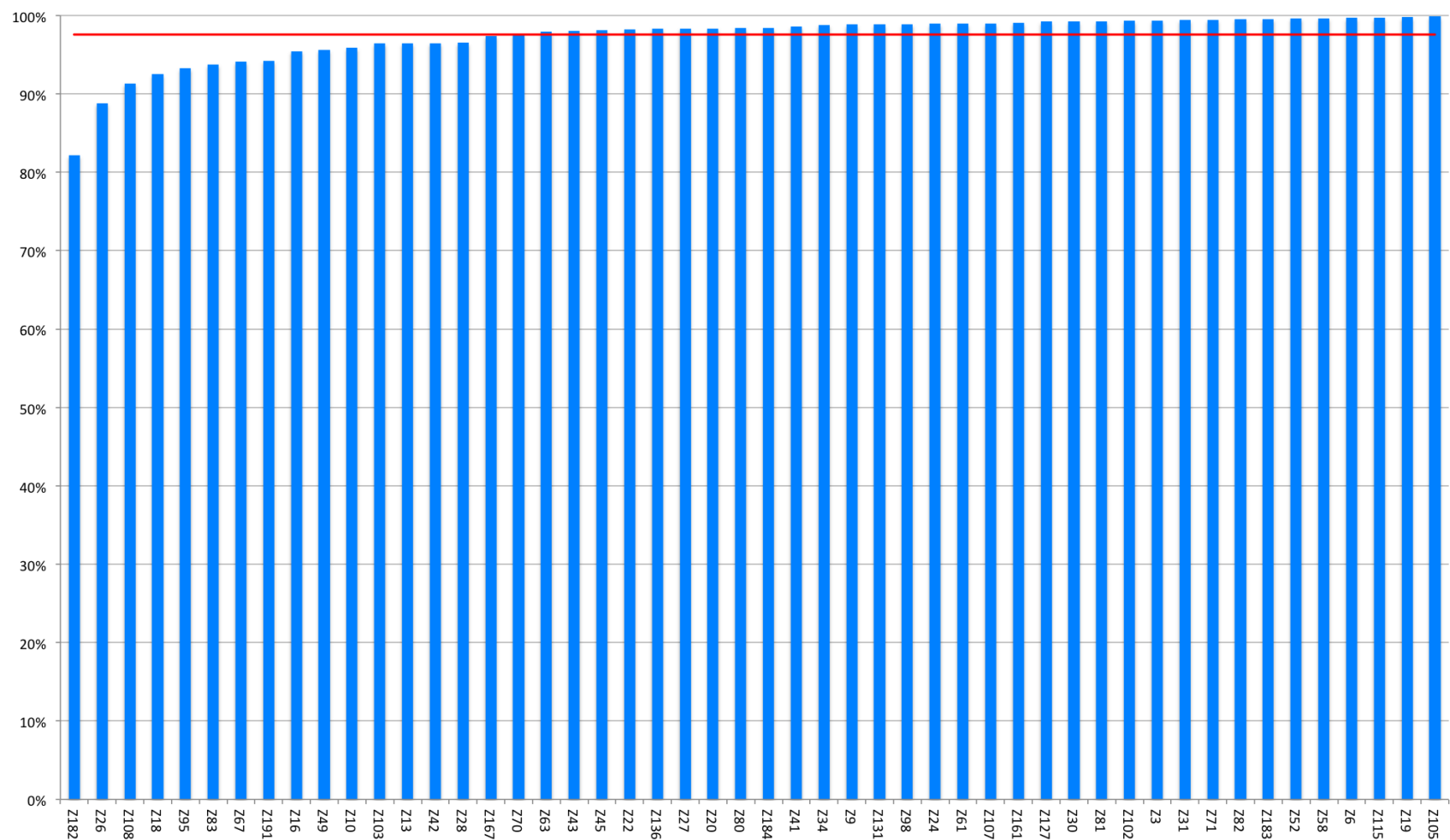
Grafiek 7: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode of uitslag nooit OOIT is gemeten



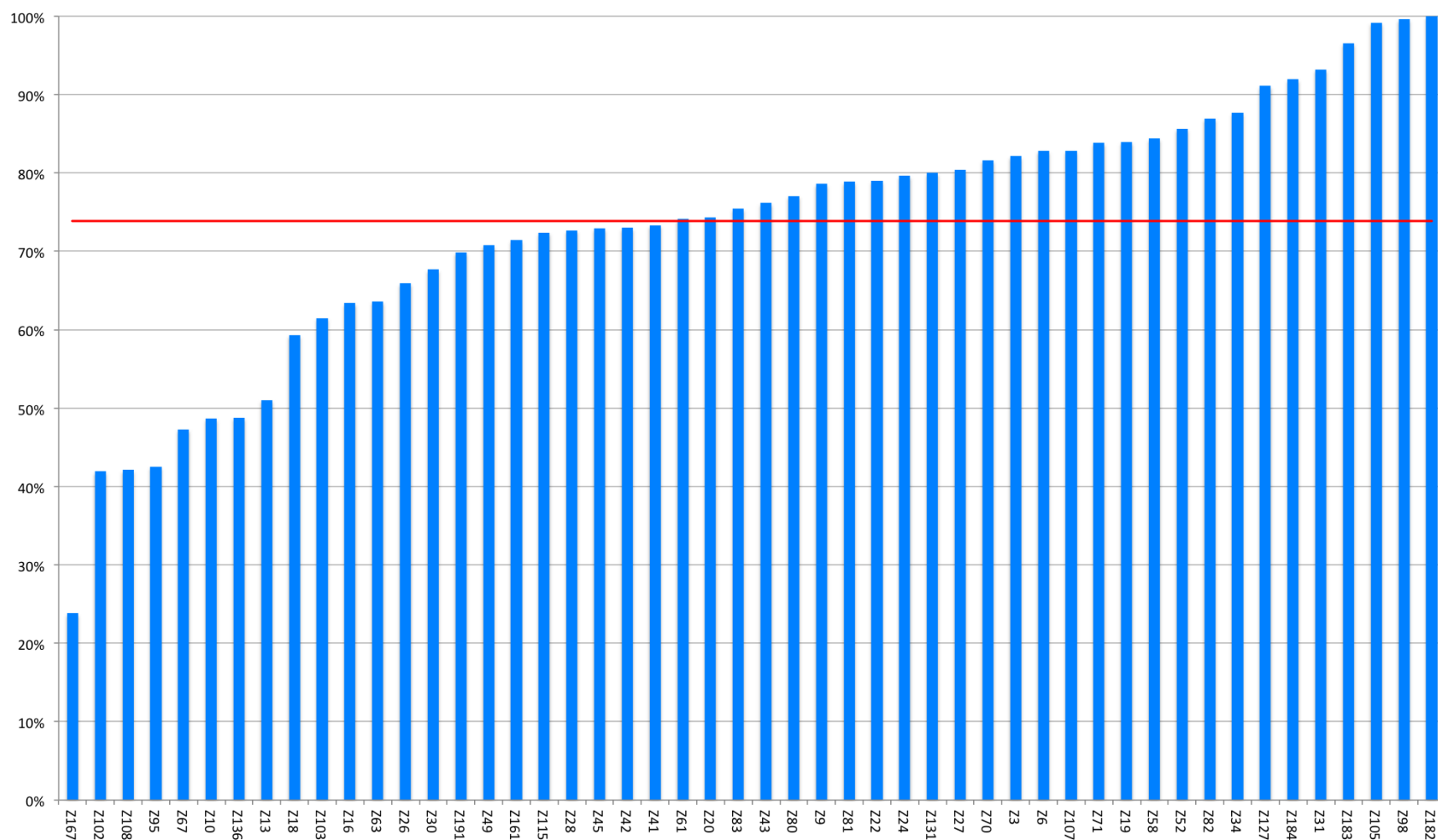
Grafiek 8: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode dat rookt



Grafiek 9: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is vastgelegd in afgelopen vijf jaar

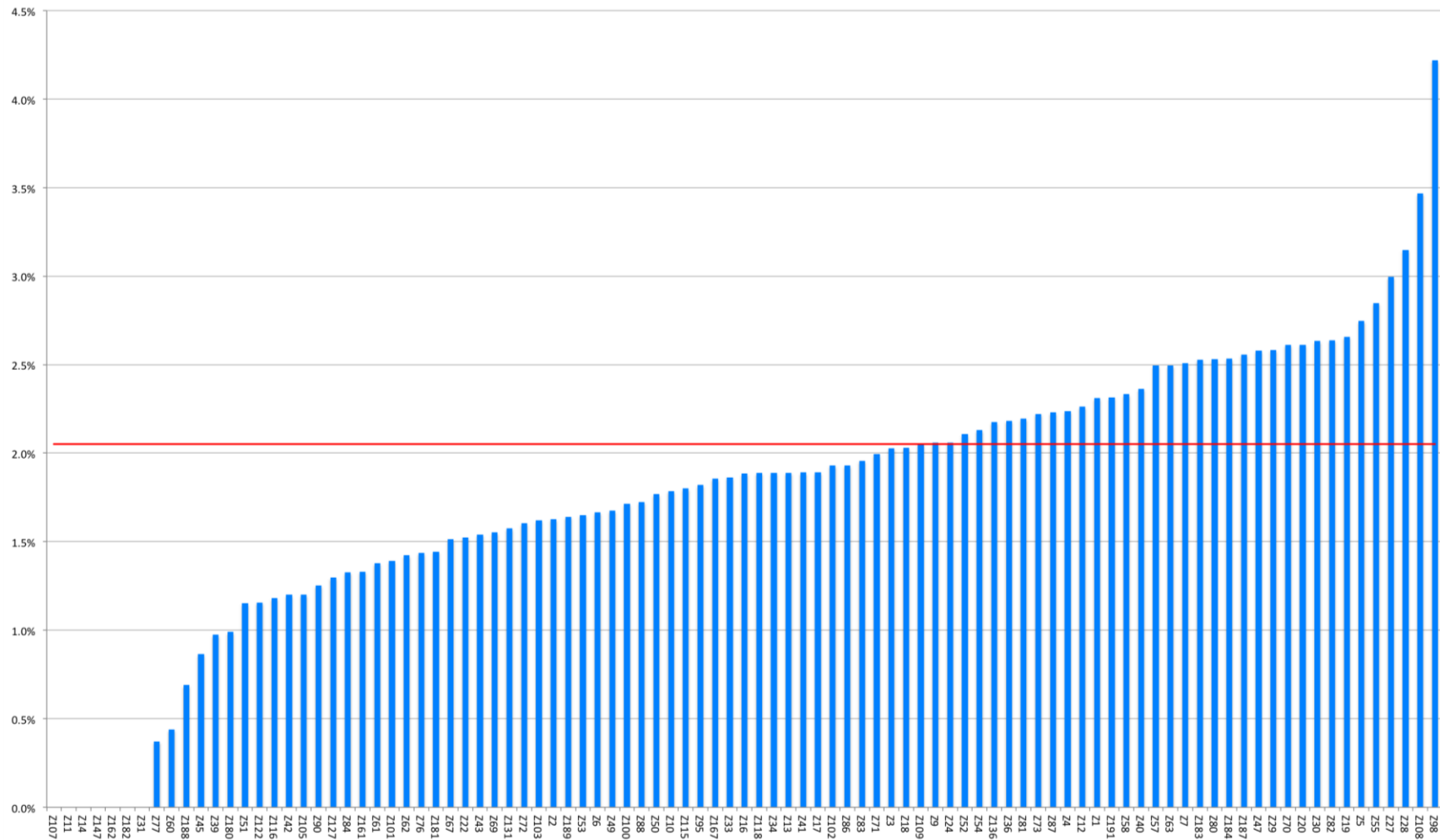


Grafiek 10: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode

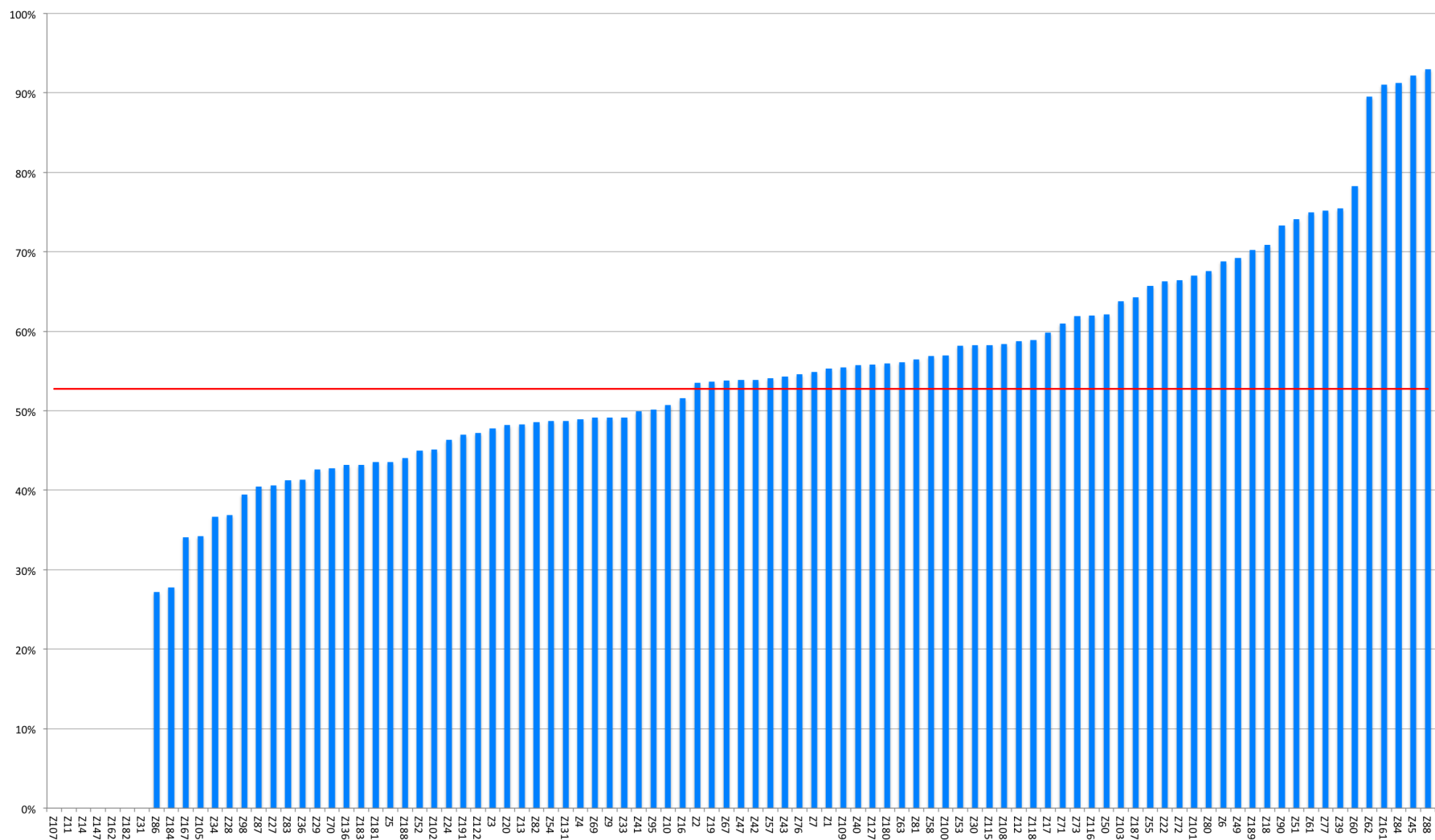


BIJLAGE 4 | GRAFIEKEN COPD

Grafiek 1: Prevalentie COPD patiënten

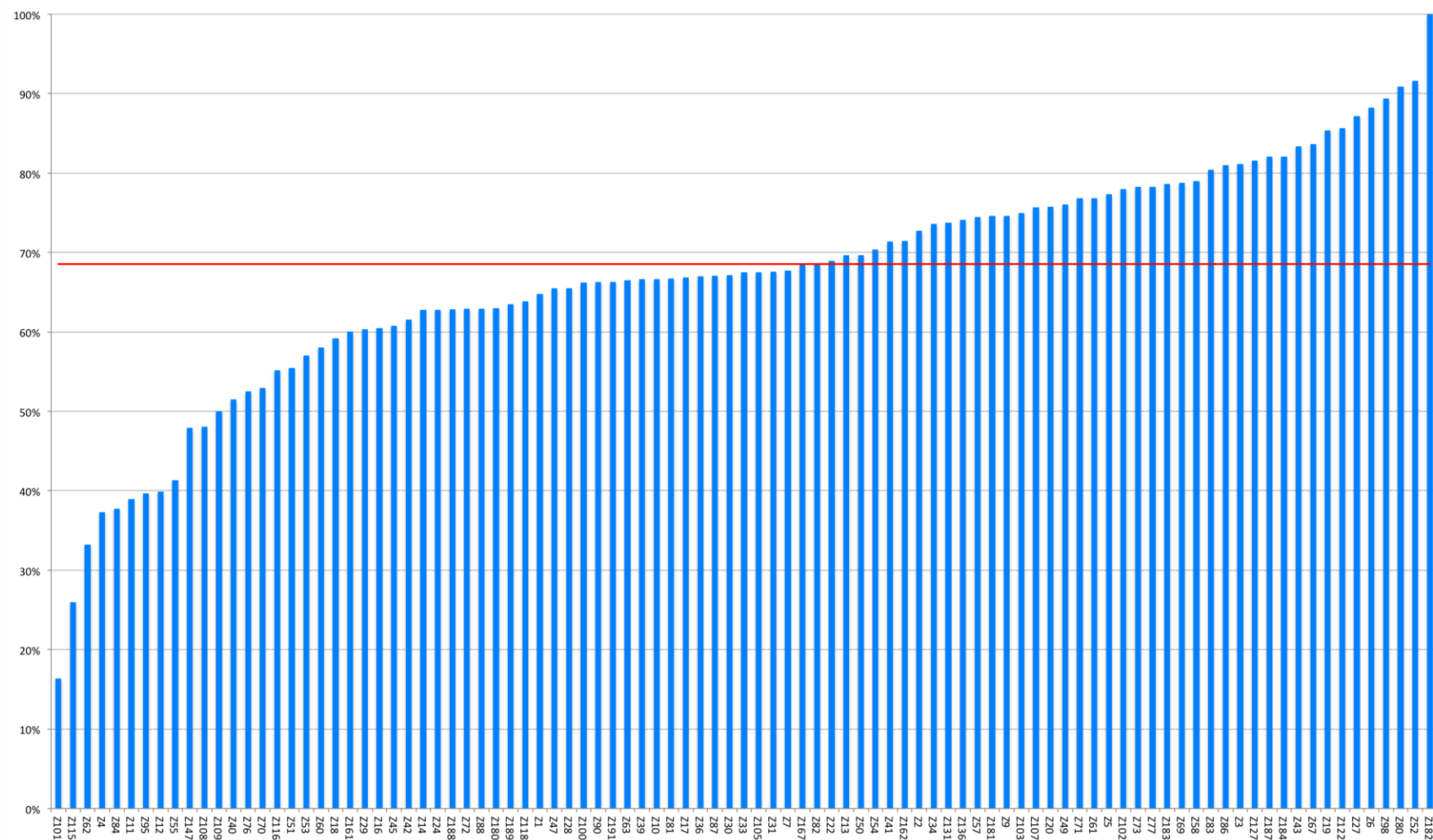


Grafiek 2: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma

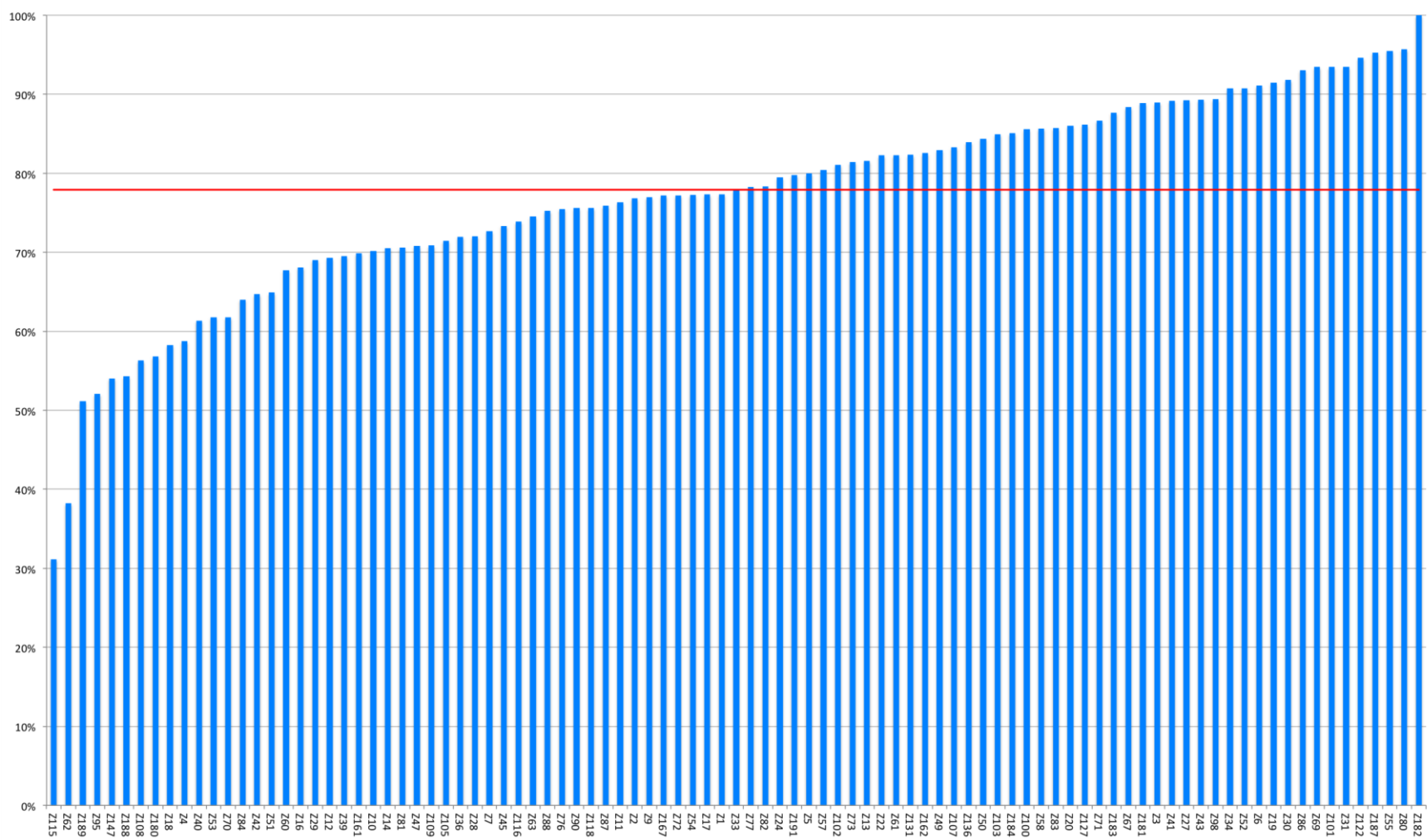


Year	Percentage
2165	22%
2166	36%
2167	41%
2168	42%
2169	43%
2170	44%
2171	45%
2172	46%
2173	47%
2174	48%
2175	49%
2176	50%
2177	52%
2178	53%
2179	54%
2180	55%
2181	56%
2182	57%
2183	58%
2184	59%
2185	60%
2186	61%
2187	62%
2188	63%
2189	64%
2190	65%
2191	66%
2192	67%
2193	68%
2194	69%
2195	70%
2196	71%
2197	72%
2198	73%
2199	74%
2200	75%
2201	76%
2202	77%
2203	78%
2204	79%
2205	80%
2206	81%
2207	82%
2208	83%
2209	84%
2210	85%
2211	86%
2212	87%
2213	88%
2214	89%
2215	90%
2216	91%
2217	92%
2218	93%
2219	94%
2220	95%
2221	96%
2222	97%
2223	98%
2224	99%
2225	100%
2226	100%
2227	100%
2228	100%
2229	100%
2230	100%
2231	100%
2232	100%
2233	100%
2234	100%
2235	100%
2236	100%
2237	100%
2238	100%
2239	100%
2240	100%
2241	100%
2242	100%
2243	100%
2244	100%
2245	100%
2246	100%
2247	100%
2248	100%
2249	100%
2250	100%
2251	100%
2252	100%
2253	100%
2254	100%
2255	100%
2256	100%
2257	100%
2258	100%
2259	100%
2260	100%
2261	100%
2262	100%
2263	100%
2264	100%
2265	100%
2266	100%
2267	100%
2268	100%
2269	100%
2270	100%
2271	100%
2272	100%
2273	100%
2274	100%
2275	100%
2276	100%
2277	100%

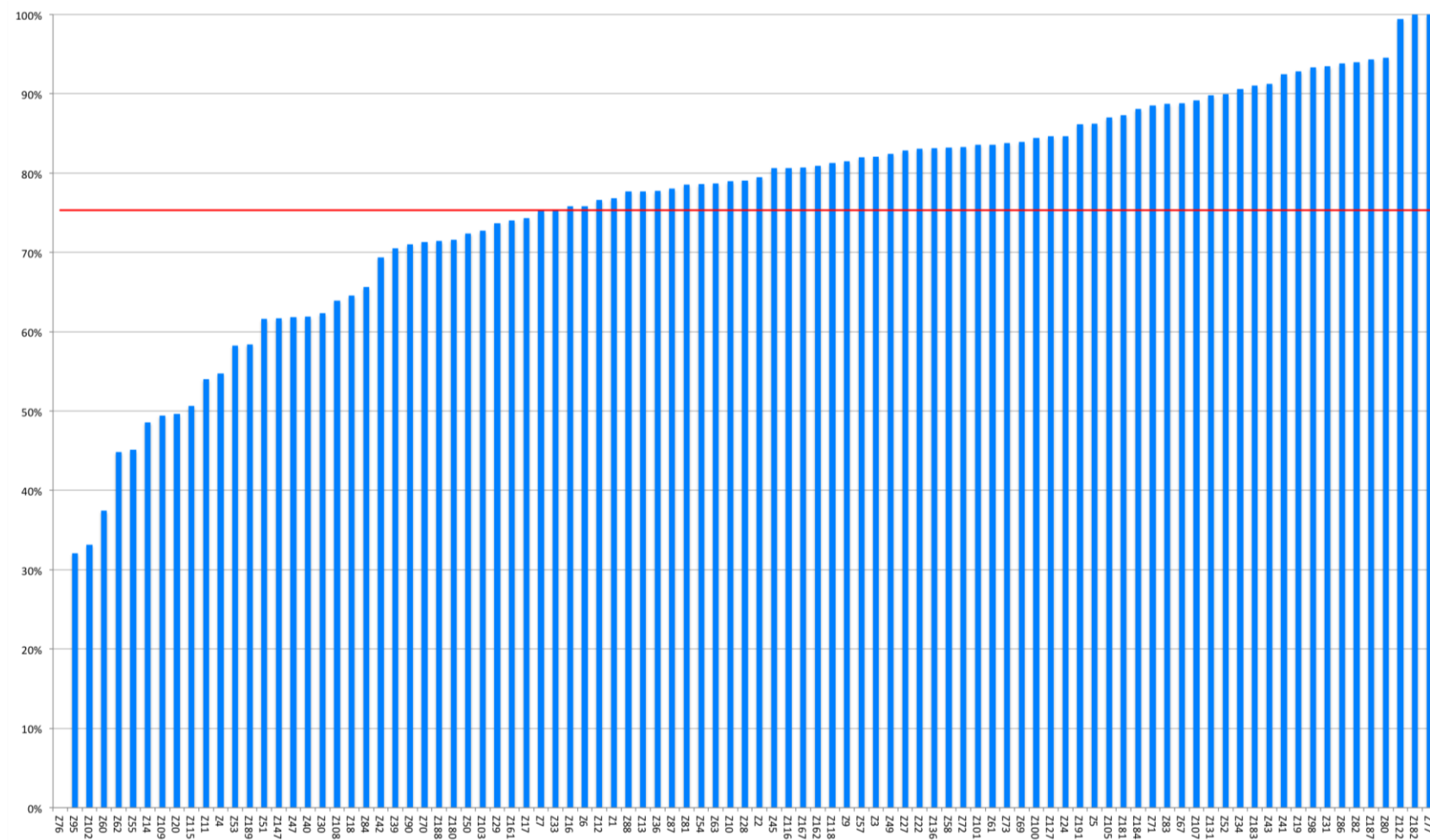
Grafiek 4: Percentage COPD patiënten bij wie longfunctie is bepaald met FEV₁ of FVC of FEV₁/FVC post of pre BD



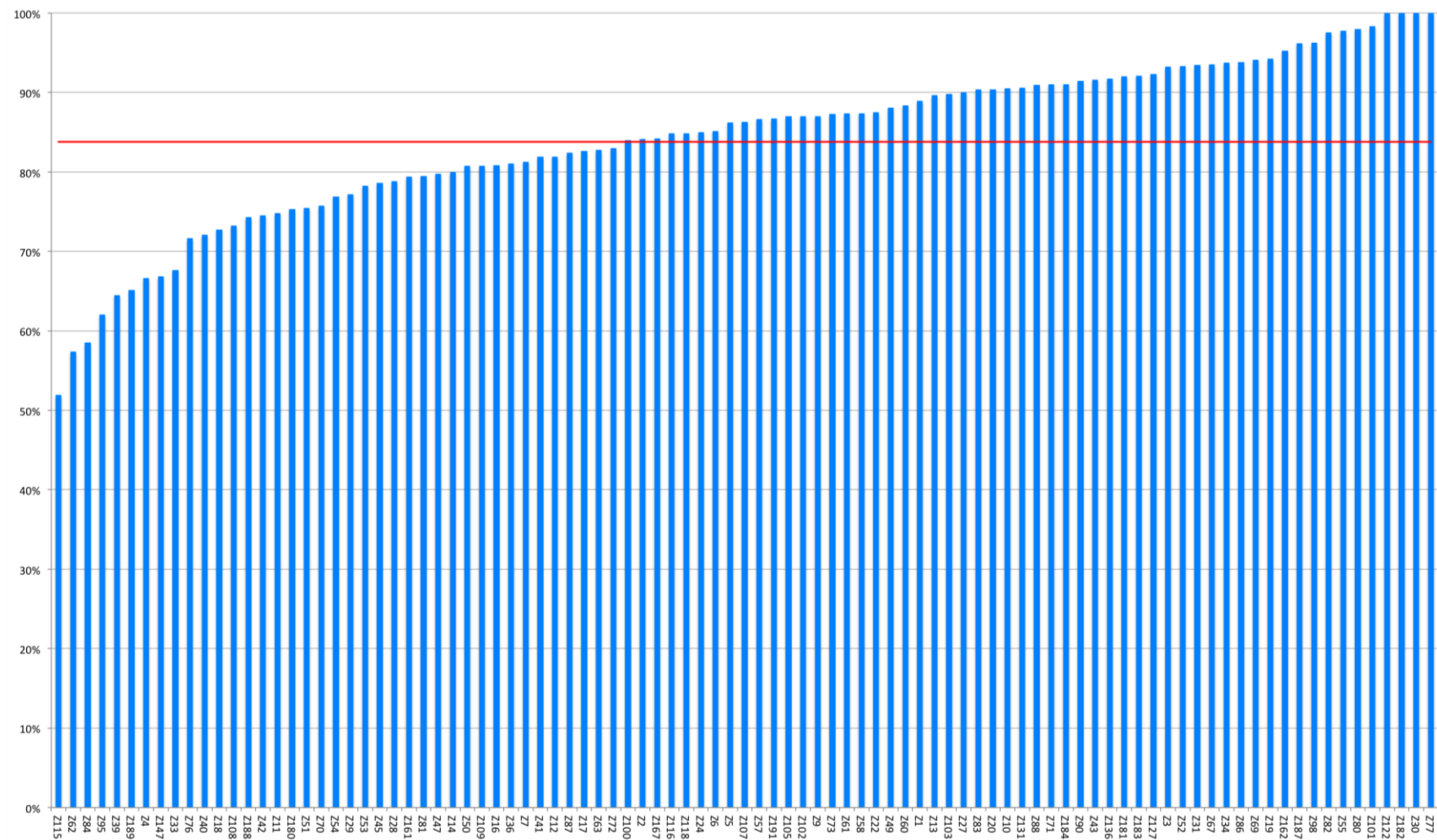
Grafiek 5: Percentage COPD patiënten bij wie functioneren (MRC | CCQ |) is vastgelegd



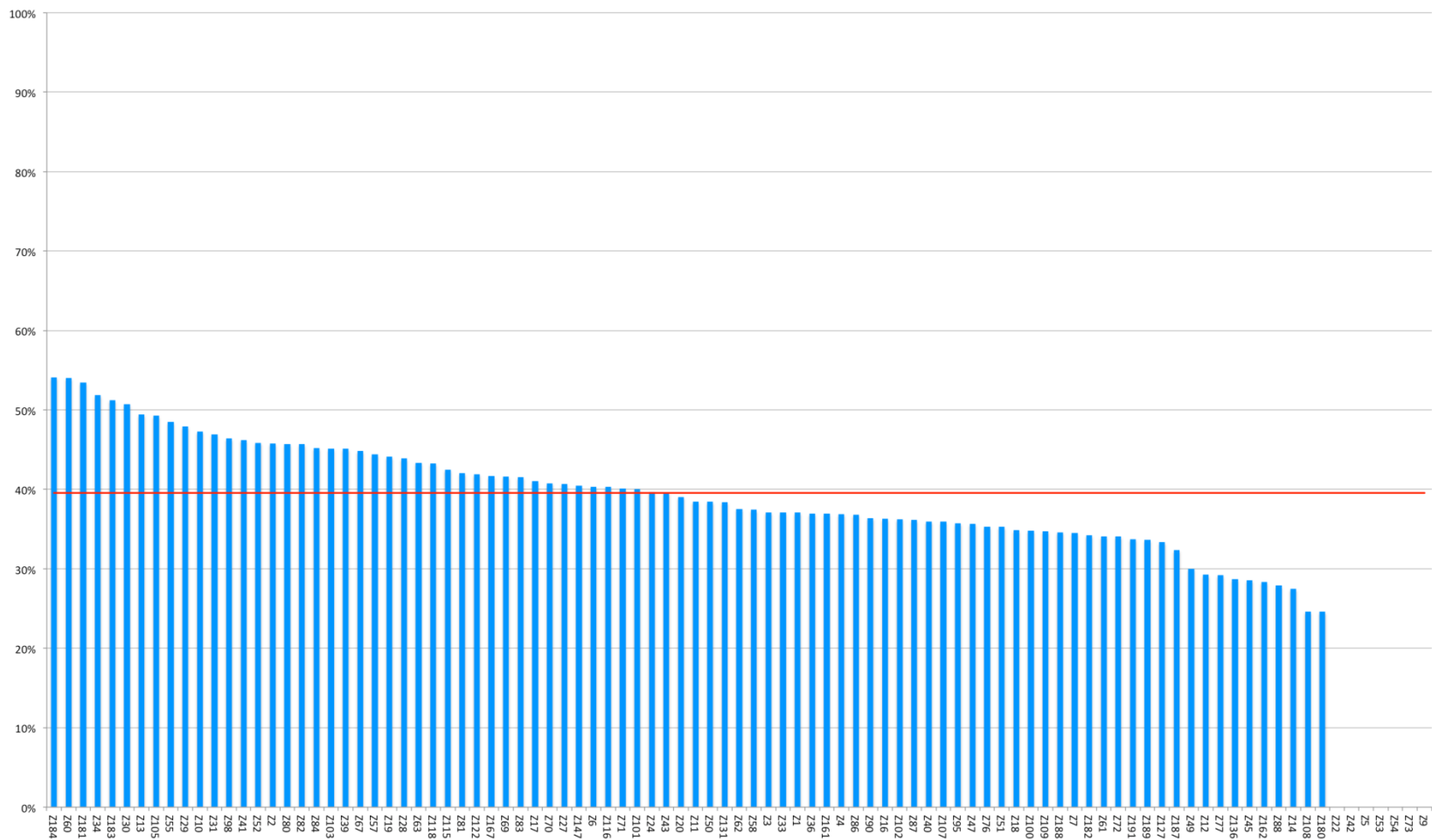
Grafiek 6: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma bij wie mate van bewegen is gecontroleerd



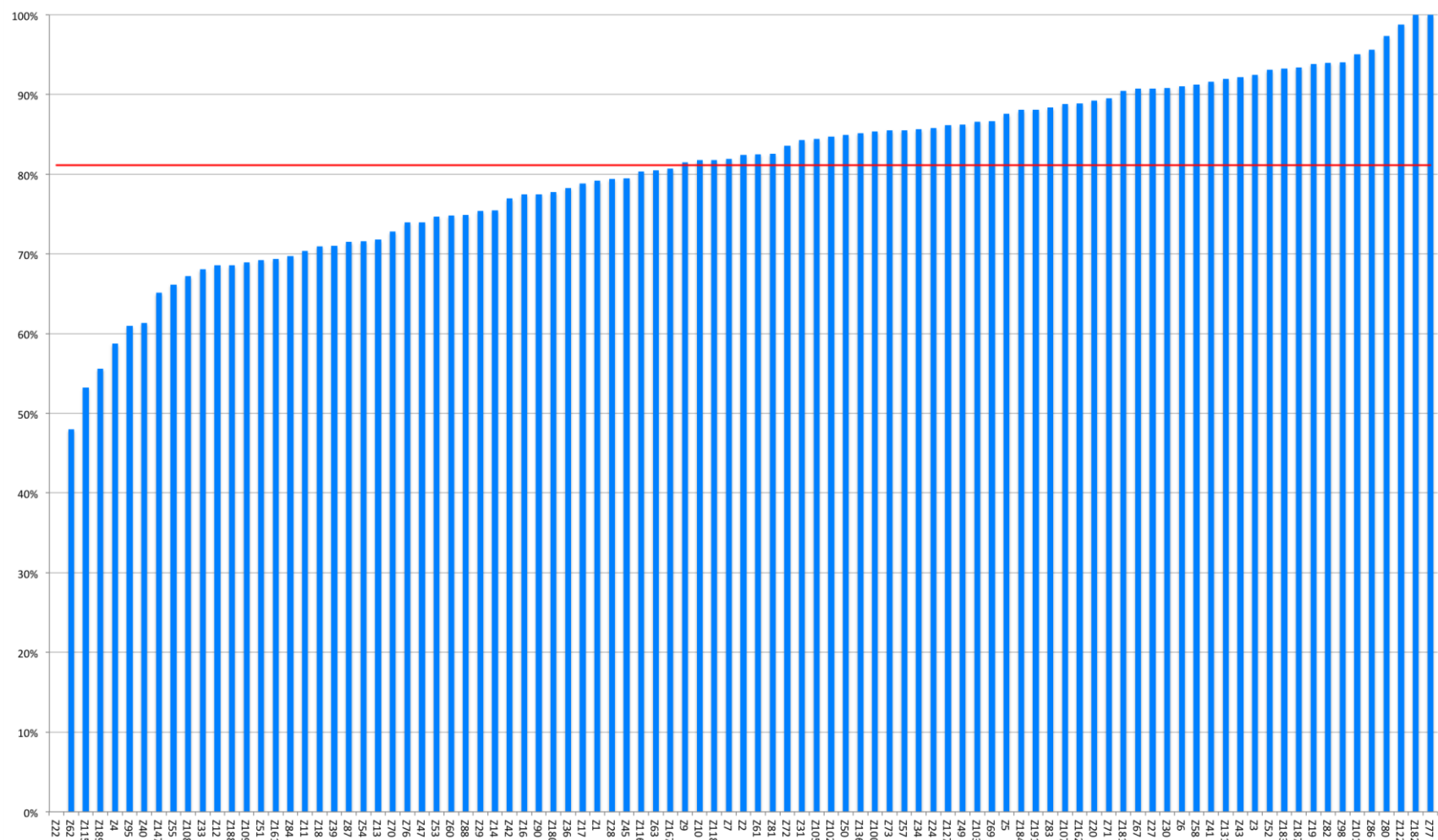
Grafiek 7: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



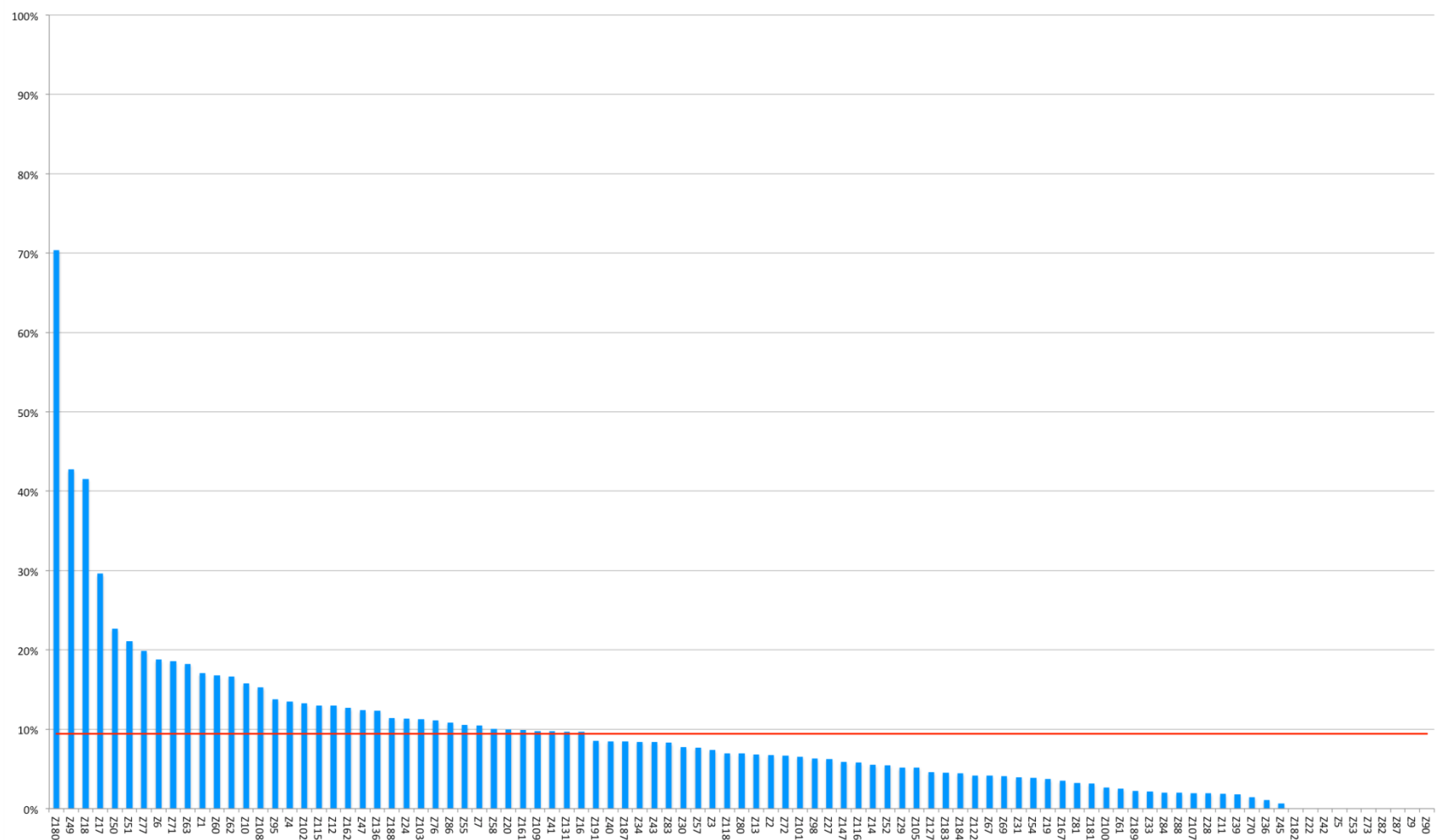
Grafiek 8: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



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

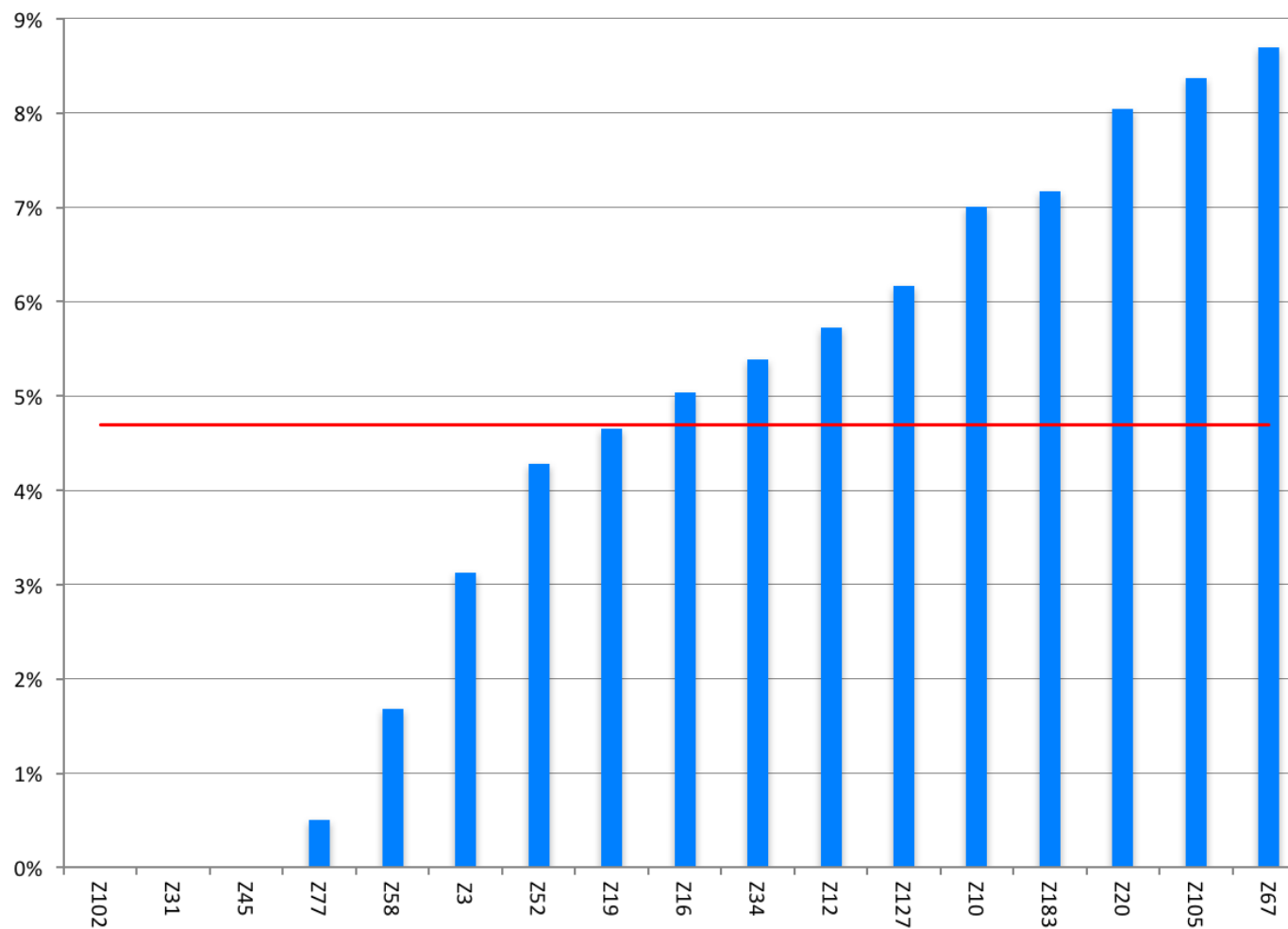


Grafiek 10: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met 2 of meer stootkuren

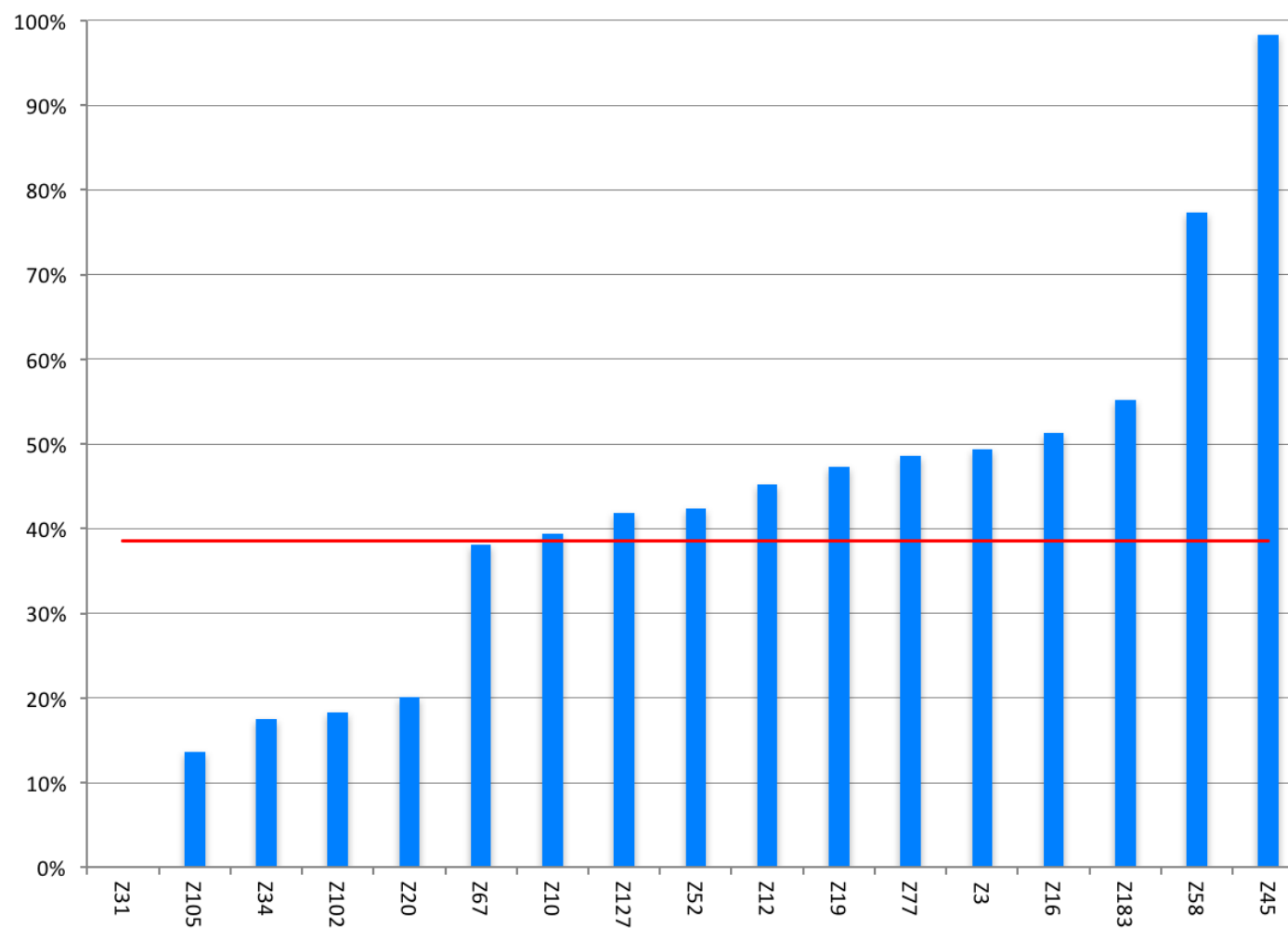


BIJLAGE 5 | GRAFIEKEN ASTMA

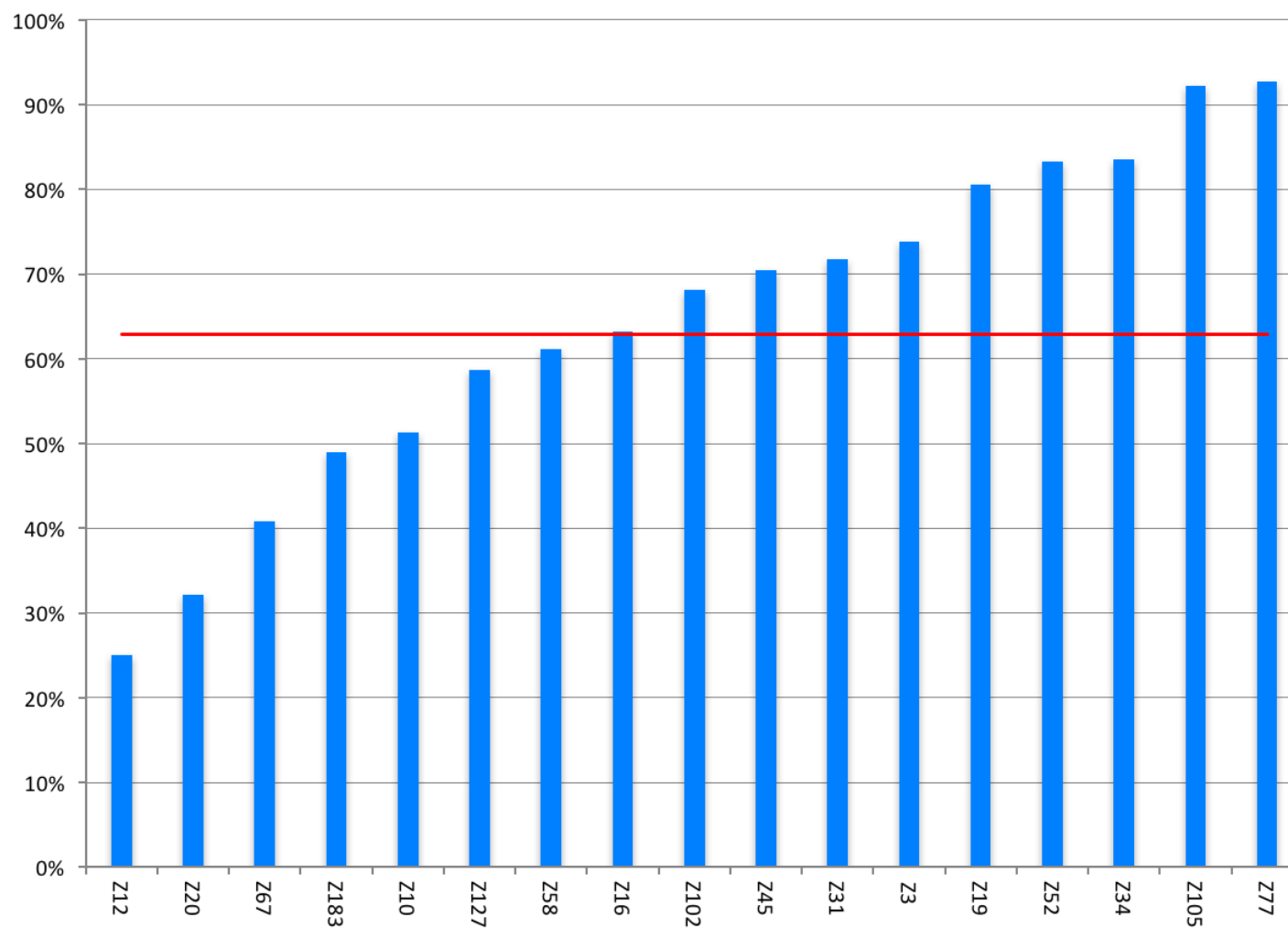
Grafiek 1: Prevalentie astma patiënten



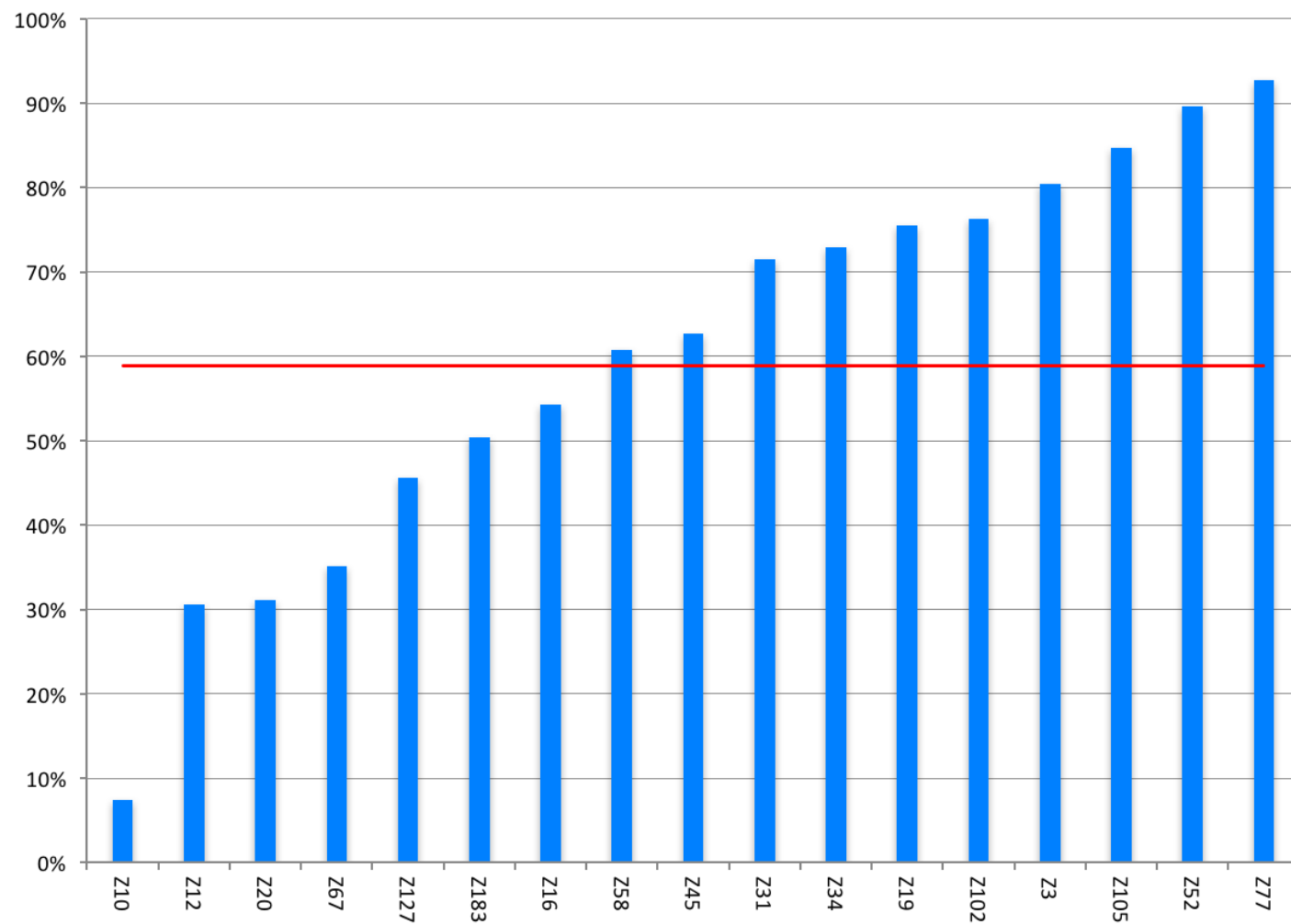
Grafiek 2: Percentage astma patiënten in zorgprogramma



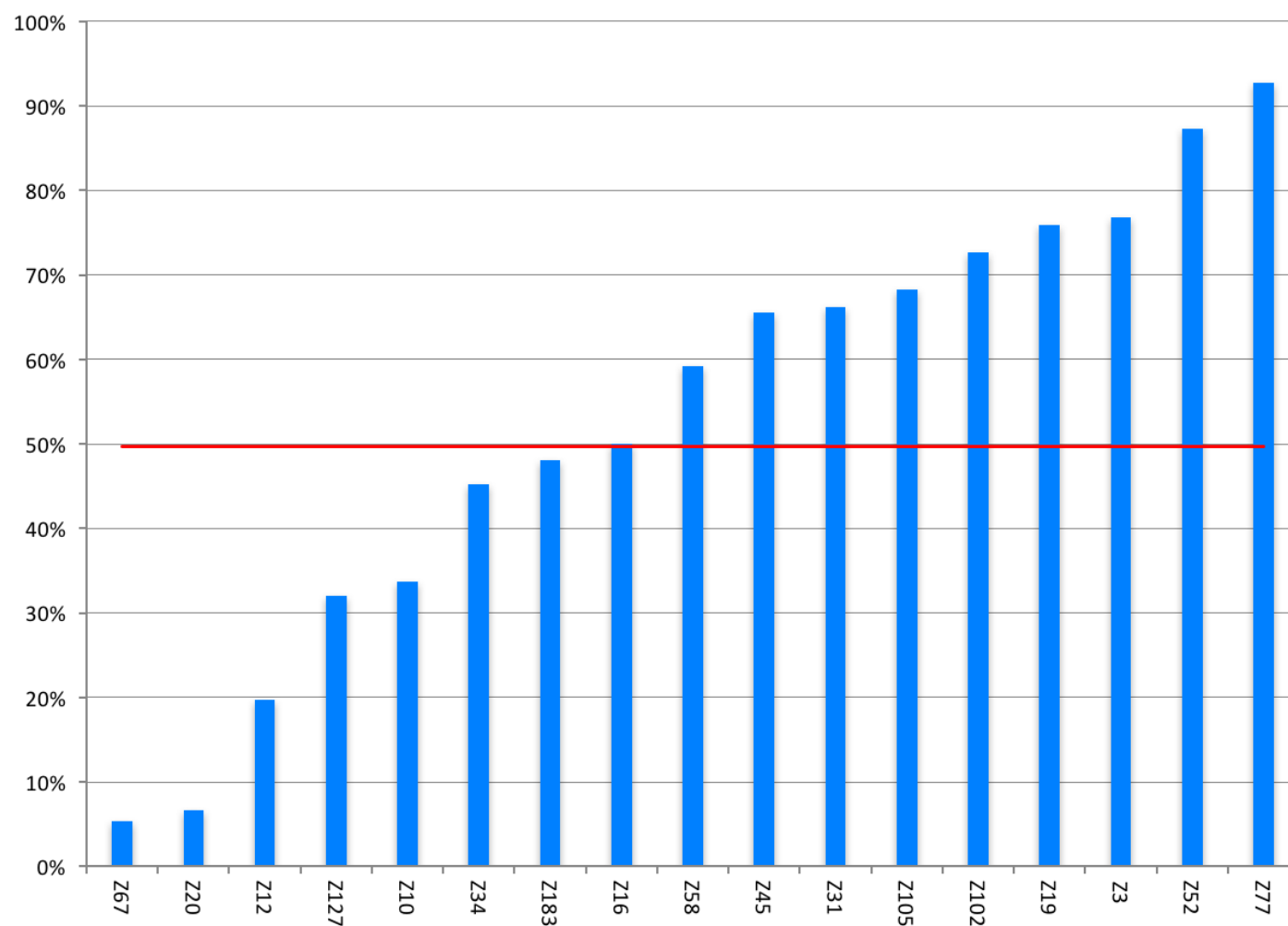
Grafiek 3: Percentage astma patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd



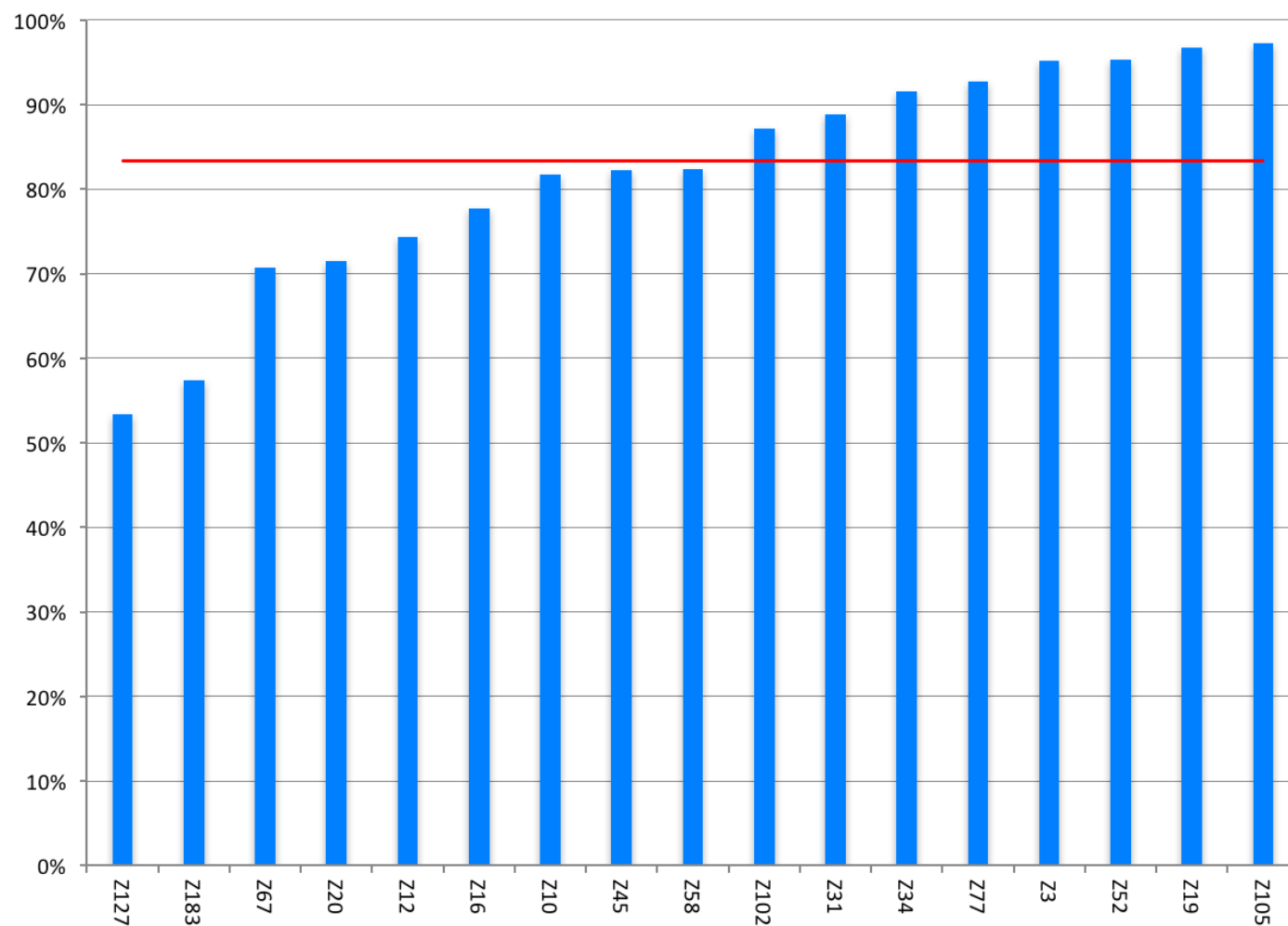
Grafiek 4: Percentage astma patiënten bij wie longfunctie is bepaald met FEV₁ of FVC of FEV₁/FVC post of pre BD



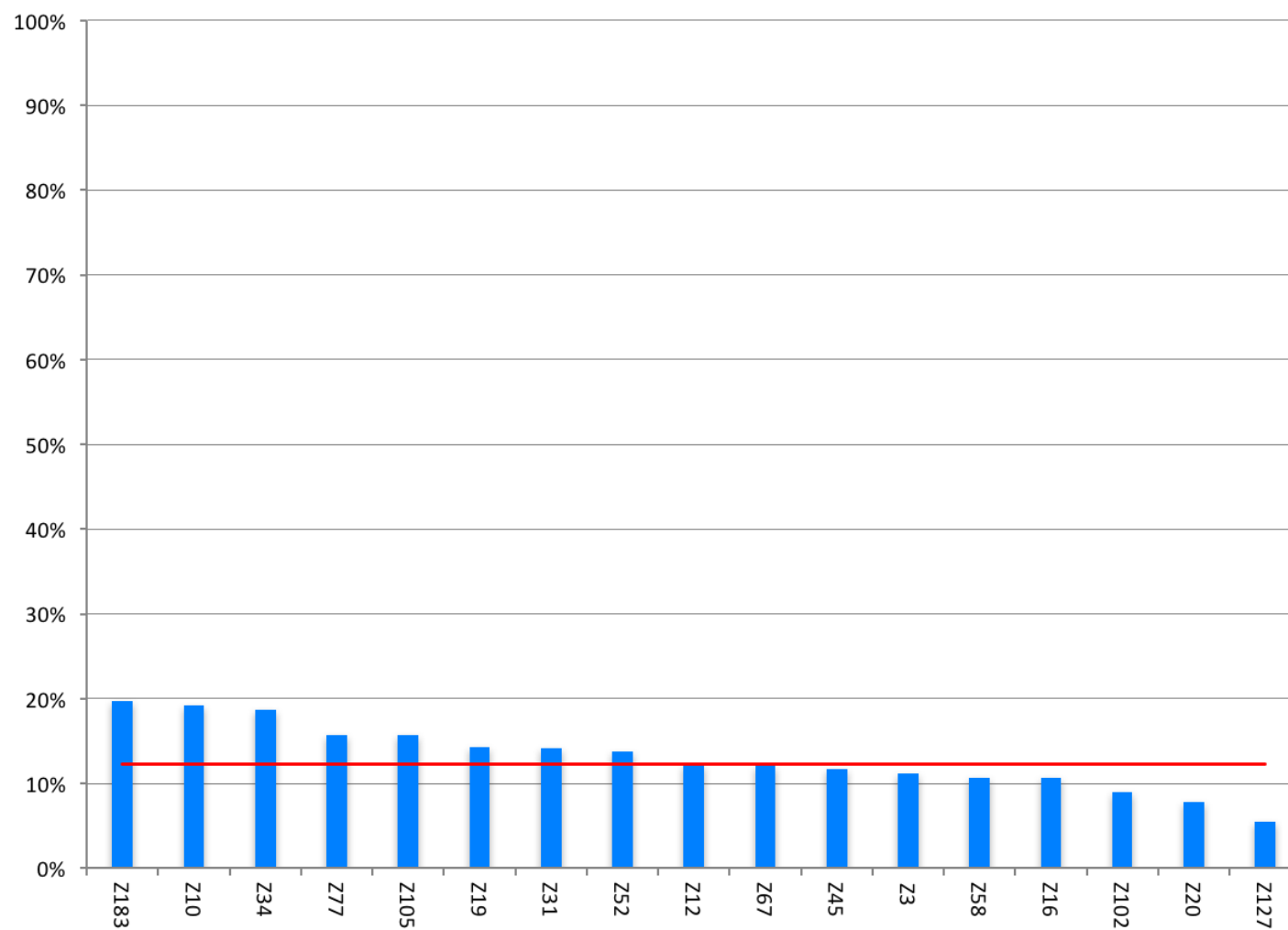
Grafiek 5: Percentage astma patiënten bij wie de mate van controle is vastgelegd (met ACQ)



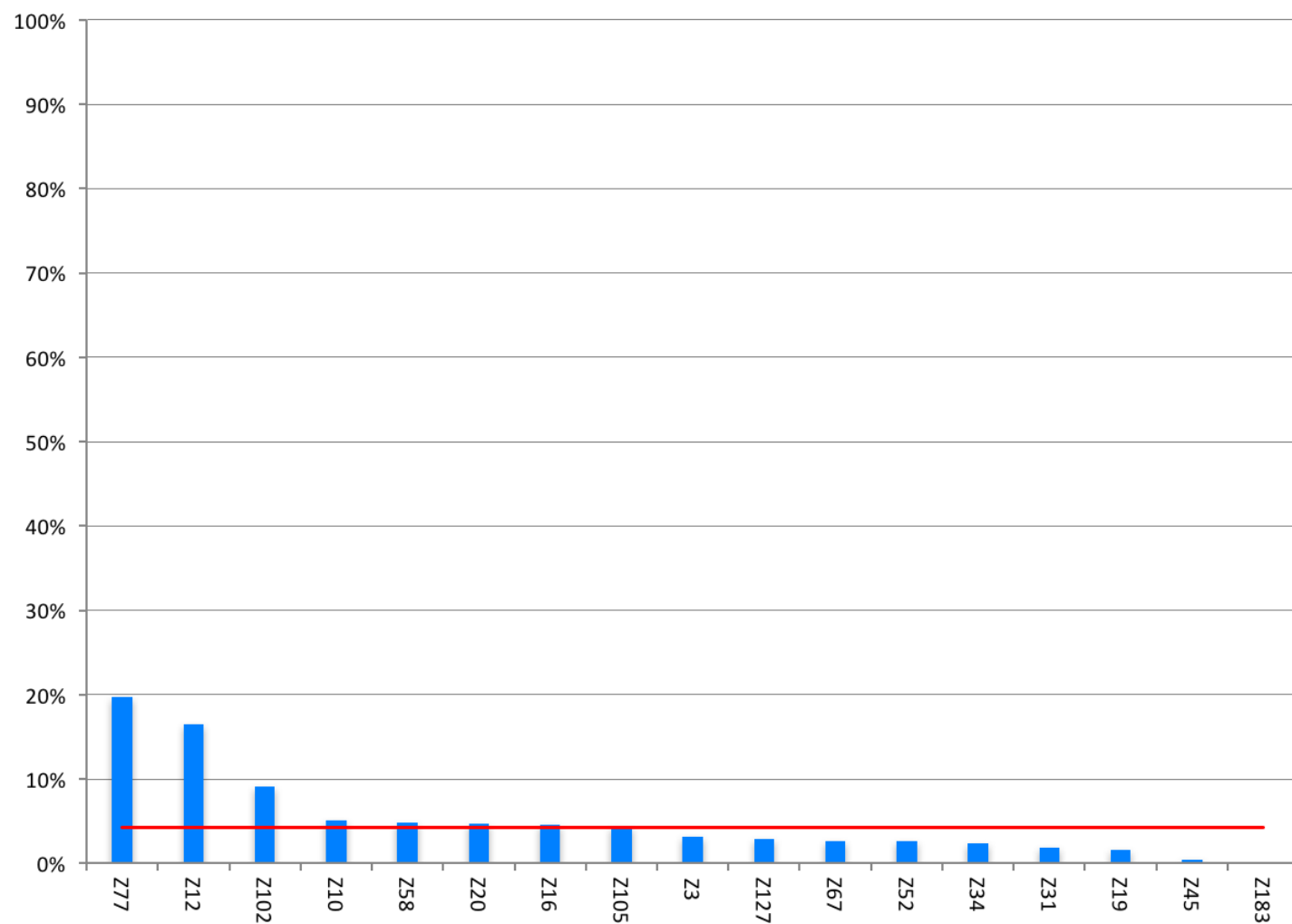
Grafiek 6: Percentage astma patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



Grafiek 7: Percentage astma patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



Grafiek 8: Percentage astma patiënten in zorgprogramma met 2 of meer stootkuren



BIJLAGE 6 | NAMEN VAN ZORGGROEPEN

NAAM	NUMMER
AMSTELLAND ZORG BV	Z45
ARTS EN ZORG	Z34
B.V. BETER IN BOMMELERWAARD	Z72
BEROEMD	Z71
CHRONOS	Z63
COHESIE	Z56
COÖP HUISARTSEN KRIMPEN AAN DEN IJSSEL U.A.	Z136
COÖPERATIE EERSTELIJNS GEZONDHEIDSZORG ZUIDPLAS	Z189
COÖPERATIE HUISARTSEN AMSTERDAM GROOT-ZUID	Z69
COÖPERATIE HUISARTSEN BADHOEVEDORP	Z187
COÖPERATIE HUISARTSEN UTRECHT STAD	Z13
COÖPERATIE KIEK U.A.	Z53
COÖPERATIE ZORGGROEP KATWIJK U.A. (KETENZORG)	Z131
COÖPERATIE ZORGSAAAM ZUID	Z46
DIABETES KETENZORG FRIESLAND B.V.	Z86
DIABETES ZORGGROEP DE BEVELANDEN B.V.	Z42
DIABETES ZORGGROEP SCHOUWEN-DUIVELAND	Z22
DIABETES ZORGGROEP WEST-ALBLASSERWAARD & OMSTREKEN	Z6
DIABETESZORGGROEP FLEVOLAND (VOORHEEN MEDRIE FLEVOLAND)	Z84
DIAGIS MERCATORPLEIN	Z97
DIAGIS ZORGGROEP DIEMEN/DUIVENDRECHT/BETONDORP	Z85
DOH	Z52
DOKTERSCOOP	Z87
EERSTELIJNS CENTRUM TIEL	Z80
ELAN	Z26
FEDERATIE EERSTELIJNSZORG ALMELO (FEA)	Z191
GEZONDHEIDSCENTRUM CHARLEY TOOROP	Z184
GO DIABETES B.V.	Z90
HKN HUISARTSEN	Z51
HOZL	Z98
HOZL WALCHEREN	Z182
HUISARTS EN ZORG GORINCHEM	Z43
HUISARTSEN COÖPERATIE MEDICAMUS	Z1
HUISARTSEN COÖPERATIE MEDZZO	Z44
HUISARTSEN COÖPERATIE NOORDERZORG U.A.	Z4
HUISARTSEN COÖPERATIE ZEIST U.A.	Z62
HUISARTSEN ZORGGROEP BREDA E.O. B.V.	Z57
HUISARTSENCOÖPERATIE DE BAARSJES U.A.	Z60
NAAM	NUMMER

HUISARTSENZORG OOST ACHTERHOEK B.V.	Z49
HUISARTSENZORG REGIO APELDOORN	Z17
HUISARTSENZORG REGIO ARNHEM	Z161
HUISARTSENZORG REGIO DEVENTER BV	Z18
HUISARTSENZORG REGIO ZUTPHEN B.V.	Z50
HZD BV (VOORHEEN HZDM)	Z47
INTEGRALE ZORGGROEP EERSTELIJN RIJNMOND	Z28
KCOETZ	Z25
KETENZORG NEDERLAND B.V.	Z127
KETENZORG WEST-FRIESLAND	Z95
MEDITTA	Z58
MEDRIE HARDENBERG	Z12
MEDRIE ZWOLLE	Z11
NUCLEUS ZORG	Z36
ORG. VOOR CHRONISCHE EERSTELIJNSZORG B.V. OCE BV	Z118
POZOB	Z3
PREVENT ZORG	Z109
RCH	Z27
REGIOZORG MIDDEN-HOLLAND B.V.	Z100
ROHWN	Z16
SAG	Z74
SEZ	Z40
SGE	Z41
ST. GEORGANISEERDE EERSTELIJNSZORG Z'MEER	Z2
ST. GEZONDHEIDSCENTRA MAARSSSENBOEK	Z30
ST. LEIDSCHER RIJN JULIUS GEZ. CENTRA	Z122
ST. SAMENWERKENDE HUISARTSEN REIMERSWAAL	Z101
STICHTING DIAMURAAL	Z61
STICHTING GAZO GEZONDHEIDSCENTRA AMSTERDAM ZUIDOOST	Z76
STICHTING GC HAARLEMMERMEER	Z105
STICHTING GEZONDHEIDSCENTRA UTRECHT	Z110
STICHTING GEZONDHEIDSCENTRUM CORLAER	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
STICHTING ZORG IN HOUTEN	Z116
SYNCHROON	Z7
SYNTEIN	Z14
THOON BV	Z24
VERENIGING ZORGGROEP SOESTERKWARTIER	Z55
WALCHERSE HUISARTSEN COÖPERATIE UA	Z9
NAAM	NUMMER

ZIO	Z31
ZORG OP NOORD ROTTERDAM	Z83
ZORGGROEP ALMERE	Z67
ZORGGROEP AXEL ZAAMSLAG	Z70
ZORGGROEP HAARLEMMERMEER I.O.	Z147
ZORGGROEP HARINGVLIET	Z54
ZORGGROEP HET HUISARTSENTEAM	Z19
ZORGGROEP HOEKSEWAARD	Z73
ZORGGROEP RIDDERKERK	Z5
ZORGGROEP WEST-BRABANT	Z81
ZORROO	Z20

