

**TRANSPARANTE KETENZORG
RAPPORTAGE 2016
ZORGGROEPEN
DIABETES MELLITUS, VRM,
COPD EN ASTMA**

**OP WEG NAAR GENUANCEERDE
RAPPORTAGE VAN ZORG**

COLOFON

© InEen, juni 2017

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	21
Resultaten VVR algemeen	25
Resultaten VVR indicatoren	27
Resultaten COPD algemeen	32
Resultaten COPD indicatoren	35
Resultaten astma algemeen	39
Resultaten astma indicatoren	41
 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	88

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 RDC's

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 en astma

- Regien Kievits, huisarts, voorzitter CAHAG, bestuurslid Long Alliantie Nederland (LAN)
- 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
- Frans Rutten, huisarts, Universitair Hoofddocent Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht

SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN

Dit is de zevende landelijke rapportage over programmatische 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, Astma en Vasculair Risico Management bij patiënten met een hartvaatziekte (HVZ) en zonder een hartvaatziekte (VVR). Net als vorig jaar is het aantal indicatoren in deze landelijke benchmark beperkt tot maximaal acht per zorgprogramma. Daarbij is door de betrokken partijen een keuze gemaakt uit de indicatoren die het Nederlands Huisartsen Genootschap per zorgprogramma heeft ontwikkeld.

Respons

Van de aangeschreven zorggroepen hebben er 114 (vorig jaar 105) hun data over het jaar 2016 aangeleverd. In totaal gaven 97 (vorig jaar 95) zorggroepen toestemming voor het vermelden van de naam van de zorggroep.

Bij alle 114 zorggroepen betrof het data over diabeteszorg (vorig jaar 105), bij 107 zorggroepen ook data over COPD zorg (vorig jaar 95), bij 35 zorggroepen ook data over astma (vorig jaar 17), bij 87 zorggroepen ook data over HVZ (vorig jaar 68) en bij 69 zorggroepen ook over VVR (vorig jaar 50).

Met elkaar vertegenwoordigen de 114 aanleverende zorggroepen ongeveer 14.811.912 inwoners van Nederland (87%). Dat is weer meer dan de 14.436.656 (85%) van vorig jaar.

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 gestegen van 105 naar 114. Zij variëren sterk in omvang en dus in aantallen patiënten in het zorgprogramma. De gemiddelde prevalentie van diabetes type 2 is licht gestegen van 5,1 naar 5,3%.
- 2 Het aantal zorggroepen dat de hele populatie in beeld heeft is gestegen van 91% naar 95%. De stijging wordt mede veroorzaakt door de eisen in het toetsinstrument op de datakwaliteit van InEen.
- 3 Zorggroepen rapporteren dat nu 85% van de patiënten onder behandeling is in de eerste lijn. Dat percentage is de laatste jaren gestabiliseerd.
- 4 Gemiddeld 4,7% (vorig jaar 4,3%) heeft geen programmatische zorg. Zorggroepen zijn dus weer iets kritischer op de noodzaak om patiënten met diabetes te includeren in een zorgprogramma.
- 5 De vijf gerapporteerde procesindicatoren zijn gestabiliseerd of nog licht verbeterd. Ze scoren nu allen tussen de 85 en 93% en lijken hun plateaufase te hebben bereikt.
- 6 Het gemiddeld aantal patiënten met LDL $\leq 2,5$ mmol/l is gestabiliseerd net boven de 60%. De grote variatie tussen de zorggroepen wordt veroorzaakt door een combinatie van populatieverschillen en de grote variatie (60-80%) in het aantal patiënten dat een statine gebruikt.
- 7 Het gemiddeld aantal rokers nam voor het 7^e achtereenvolgende jaar heel licht af en bedraagt nu nog 15%. Ook hier is de variatie tussen de zorggroepen aanzienlijk (10-20%).

Aanbevelingen diabetes

- 1 De praktijkvariatie tussen de zorggroepen die in deze benchmark naar voren komt is een heel belangrijk gegeven voor zorggroepen om mee aan de slag te gaan in hun eigen kwaliteitsbeleid.
- 2 Daarbij doen zorggroepen er goed aan de praktijkvariatie tussen de aangesloten praktijken op te nemen in de spiegelinformatie aan hun praktijken.
- 3 De mogelijkheid om praktijkvariatie als indicator op te nemen in de landelijke benchmark dient te worden onderzocht.
- 4 Zorggroepen die minder goed scoren op de uitkomstindicator LDL dienen te kijken naar een mogelijke relatie met een laag gebruik van lipidenverlagers.
- 5 De uitkomsten op de indicator albuminurie dienen gerelateerd te worden aan het voorschrijven van ACE remmers of A2 antagonisten. Mogelijk kan hiertoe ook een nieuwe indicator worden ontwikkeld.
- 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 hartvaatziekte (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 68 naar 87.
- 2 De gemiddelde prevalentie van de patiënten met HVZ is met 4,6% vergelijkbaar met vorig jaar (4,5%). De spreiding is nog steeds (te) groot, vermoedelijk mede door het grote aantal nieuw deelnemende zorggroepen en de tijd die het in het begin kost om registratie en inclusie op orde te krijgen.
- 3 Van de patiënten met HVZ is 24,9% (vorig jaar 27,5%) onder controle in de tweede lijn en heeft 7,4% (vorig jaar 6,0%) 'geen programmatische zorg'. Gemiddeld zit 60-65% 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 is ook hier erg groot. Best practice zorggroepen laten zien dat verdergaande substitutie van tweede naar eerste lijn mogelijk is.
- 4 Een vergelijking over meerdere jaren laat zien dat de scores op de drie in de benchmark opgenomen procesindicatoren stabiliseren. In een subanalyse blijken alle drie de scores (rookstatus, eGFR en lichaamsbeweging geregistreerd) verbeterd bij de groepen die al langer mee doen, maar blijven deze bij de nieuwe groepen nog achter, zodat het gemiddelde uitkomsten gelijk blijven. Verdere verbetering van de gemiddelde scores lijkt de komende jaren dus mogelijk.
- 5 De score van 78% op de uitkomstindicator systolische bloeddruk ≤ 140 mmHg in de populatie <70 jaar is heel hoog, en waarschijnlijk het maximaal haalbare. De spreiding is ook relatief klein. Een vergelijking met de uitkomst van vorig jaar (72%) is niet mogelijk omdat de leeftijdsgrens toen <80 jaar was.
- 6 De uitkomstindicator LDL $\leq 2,5$ mmol/l is met 55% nagenoeg gestabiliseerd ten opzichte van vorig jaar. De spreiding is hier groter, zodat verbetering mogelijk lijkt.

- 7 Het aantal niet-rokers stabiliseert rond de 82%. Dat is beduidend beter dan in de algemene bevolking (70-75%).

Aanbevelingen VRM bij patiënten met een hartvaatziekte (HVZ)

- 1 Zorggroepen die scores hebben die ver afliggen van de gemiddelden dienen de redenen voor hun afwijkende gegevens te analyseren, en daar zo nodig en mogelijk een verbetertraject voor te ontwikkelen.
- 2 Zorggroepen dienen praktijkvariatie te benutten als een belangrijk onderdeel van het eigen kwaliteitsbeleid richting praktijken. Daarbij dienen scores die belangrijk afwijken van het gemiddelde te worden geanalyseerd, als opmaat voor een mogelijk verbetertraject.
- 3 Op basis van best practices, zoals "Dappere dokters" lijkt meer substitutie van patiënten met HVZ naar de eerste lijn haalbaar.
- 4 Vooral de zorggroepen die net gestart zijn kunnen hun scores op de procesindicatoren nog verbeteren.
- 5 De score op LDL-cholesterol (55%) lijkt voor verbetering vatbaar omdat deze achterblijft bij dezelfde score bij patiënten met DM (60%). Zorggroepen dienen de beoordeling van de scores op de indicator LDL-cholesterol ook de variatie in het gebruik van lipidenverlagende middelen te betrekken.
- 6 In het kader van persoonsgerichte zorg dient er in de spreekkamer aandacht te zijn voor het dilemma "halen streefwaarde" versus "relevante verlaging" bij systolische bloeddruk en LDL-cholesterol.

Conclusies VRM bij patiënten zonder een hartvaatziekte (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 hartvaatziekte is gestegen van 50 naar 69.
- 2 De gemiddelde prevalentie van de patiënten met VVR is een fractie gestegen van 8,1% naar 8,2%. De spreiding is veel kleiner dan vorig jaar, maar nog steeds te groot, namelijk 5,2% tot 13% (vorig jaar 2,9% tot 14,8%). De vermindering in de spreiding wordt toegeschreven aan de aangescherpte inclusiecriteria van InEen.
- 3 Gemiddeld neemt 70% van de patiënten met VVR deel aan het zorgprogramma. De overigen worden begeleid in de tweede lijn (6%) of hebben (nog) geen programmatische zorg (24%). Dat laatste is deels te verklaren door bewuste exclusie als programmatische zorg niet geïndiceerd werd geacht, en deels door het nog niet op orde hebben van de VVR populatie, bijvoorbeeld kort na de start van het zorgprogramma.
- 4 Van de vijf procesindicatoren scoren LDL-cholesterol en eGFR nog iets hoger dan vorig jaar, beide boven de 97%. De indicatoren bloeddruk, rookstatus en lichaamsbeweging blijven gelijk met voorgaande drie jaren; respectievelijk 87%, 84% en 73%. Sub-analyses laten zien dat de groepen die al langer deelnemen gemiddeld op alle vijf de procesindicatoren hoger scoren dan vorig jaar, maar dat die score wordt geneutraliseerd door het relatief grote aantal nieuwe groepen die gemiddeld beduidend lager scoren. Zorggroepen hebben een paar jaar nodig om het proces en de registratie ervan op orde te krijgen. Verdere verbetering is dus te verwachten.

- 5 De uitkomstindicator systolische bloeddruk ≤ 140 mmHg is met 70% ook vergelijkbaar met de voorgaande drie jaren. Een goede vergelijking met vorige jaren is niet mogelijk omdat de leeftijdsgrens is verschoven van 80 jaar naar 70 jaar.
- 6 De uitkomstindicator roken is opnieuw licht verbeterd ten opzichte van voorgaande jaren. Rookte vorig jaar nog 16% van de VVR patiënten, in 2016 is dat 15%; significant lager dan in de algehele Nederlandse bevolking met 25%.

Aanbevelingen VRM bij patiënten zonder een hartvaatziekte (VVR)

- 1 Zorggroepen die scores hebben die ver van de gemiddelden liggen dienen de redenen voor hun afwijken te analyseren, en daar zo nodig en mogelijk een verbetertraject voor te ontwikkelen.
- 2 Zorggroepen dienen de praktijkvariatie te benutten als een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid richting praktijken. Daarbij dienen scores die belangrijk afwijken van het gemiddelde van de zorggroep te worden geanalyseerd, als opmaat voor een mogelijk verbetertraject.
- 3 De variatie in het procentuele aantal deelnemers aan VVR tussen de zorggroepen is te groot. Beginnende zorggroepen dienen hun populatie op orde te krijgen. Zorggroepen met procentueel gezien veel deelnemers dienen aan de hand van de interne benchmark na te gaan welke praktijken nader onderzoek moeten doen naar de redenen van hoge en lage inclusie en waar nodig aanpassen overeenkomstig de inclusiecriteria van InEen.
- 4 Er is eigenlijk geen indicatie voor het behandelen van patiënten met VVR in de tweede lijn. Zorggroepen dienen hierover afspraken te maken met het regionale ziekenhuis. Er is nog ruimte voor substitutie.
- 5 Zorggroepen dienen op de procesindicatoren rookstatus en bewegen uiteindelijk minstens 90% te scoren.
- 6 Gezien het lage percentage van patiënten met LDL-cholesterol onder de streefwaarde (ook ten opzichte van de zorgprogramma's HVZ en DM) dient hier extra aandacht naar uit te gaan. Daarbij dient ook het optimale gebruik van lipidenverlagers in ogenschouw te worden genomen.
- 7 In het kader van persoonsgerichte zorg dient er met elke patiënt een verstandige afweging te worden gemaakt over "halen streefwaarde" versus "relevante verlaging" bij bloeddruk en LDL-cholesterol.

Conclusies COPD

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

- 1 Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de landelijke benchmark COPD is gestegen van 95 naar 107.
- 2 De gemiddelde prevalentie van COPD is met 2,0% nagenoeg stabiel ten opzichte van eerdere jaren (2,1% en 2,0%). De variatie in de prevalentie tussen de zorggroepen neemt af.
- 3 Het percentage COPD-patiënten in de eerste lijn is met 63% min of meer stabiel (2015: 64%). Er is dus landelijk geen toename van de substitutie waarneembaar. Wel is er een grote praktijkvariatie in de verdeling eerste-tweedelij.

- 4 Het percentage patiënten zonder programmatische zorg steeg weer iets van 9,7% naar 10,9%. Kennelijk worden meer patiënten geëxcludeerd conform de aangescherpte inclusiecriteria van InEen.
- 5 De vijf procesindicatoren scoren nu allen tussen de 70 en 80%. Ten opzichte van vorig jaar vertonen zij een wisselend beeld. Twee dalen er licht (inhalatietechniek, functioneren), twee stijgen er licht (bewegen, BMI) en één stabiliseert (rookstatus).
- 6 De lichte dalingen bij de procesindicatoren "inhalatietechniek gecontroleerd" naar 67% en "functioneren MRC/CCQ vastgelegd" naar 77% zijn te betreuren, omdat dat belangrijke onderdelen zijn van het beleid bij COPD. Mogelijk speelt een rol dat er weer nieuwe zorggroepen deelnamen, waarvan bekend is dat er de eerste jaren aanloopproblemen zijn bij de registratie.
- 7 Het percentage rokers in de COPD-populatie is voor het vierde jaar op rij licht gedaald van 41% in 2013 naar 39% nu. Dit betekent dat er ieder jaar een aantal mensen stoppen, zeker als we ons realiseren dat van de nieuwe COPD-patiënten die instromen de meerderheid rookt.
- 8 De indicatoren 'exacerbaties op basis van prednisonkuren' kent registratieproblemen met onderregistratie tot gevolg. De uitkomst is met 10% stabiel.

Aanbevelingen COPD

- 1 Zorggroepen dienen veel aandacht te besteden aan valide diagnosestelling en een adequaat onderscheid te maken tussen COPD, astma, en mengbeelden van COPD met astma. Dit geldt eens te meer omdat nu ook een zorgprogramma astma kan worden gecontracteerd.
- 2 Substitutieafspraken met longartsen dienen gestimuleerd te worden. Een aantal regio's laten zien dat meer substitutie heel goed kan.
- 3 Zorggroepen dienen praktijkvariatie te benutten als een belangrijk onderdeel van het eigen kwaliteitsbeleid richting praktijken. Daarbij dienen scores die belangrijk afwijken van het gemiddelde te worden geanalyseerd, als opmaat voor een mogelijk verbetertraject.
- 4 De uitkomsten voor de indicatoren "inhalatietechniek gecontroleerd" en "functioneren vastgelegd" verdienen in het algemeen meer aandacht.
- 5 De indicator voor de exacerbaties dient voor 2018 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.

- 1 Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de landelijke benchmark Astma is gestegen van 17 naar 35. Zij hadden samen 53.511 patiënten (2015: 28.776) van 16 jaar en ouder met astma in zorg.
- 2 De gemiddelde prevalentie bedraagt 4,8% en daarvan is 34% (vorig jaar 38%) opgenomen in het zorgprogramma. Dat betekent een inclusiepercentage van 1,6% van de totale populatie.
- 3 Gemiddeld 9,6% van de patiënten met astma was onder behandeling in de tweede lijn.

- 4 Bij 57% van de patiënten met astma is de inhalatietechniek gecontroleerd en geregistreerd. Dat is een daling ten opzichte van vorig jaar (64%), mogelijk door het grote aantal nieuwe zorggroepen, waarbij er in het begin vaak registratieproblemen zijn.
- 5 De mate van astma controle is vastgelegd bij 55% (vorig jaar 50%). Dit is een cruciale indicator voor het beleid en daarom moet deze waarde omhoog.
- 6 Het rookgedrag is geregistreerd bij 82% (vorig jaar 84%).
- 7 Het percentage rokers in de astma-populatie is net als vorig jaar 13%, daarmee een stuk lager dan het landelijke percentage van 24%. De lichte daling in de landelijke cijfers is nog niet terug te zien bij astma.

Aanbevelingen Astma.

- 1 Zorggroepen dienen veel aandacht te besteden aan valide diagnosestelling en zuivere inclusie in het zorgprogramma (wel of geen programmatische zorg).
- 2 Zorggroepen dienen praktijkvariatie te benutten als een belangrijk onderdeel van het eigen kwaliteitsbeleid richting praktijken. Daarbij dienen scores die belangrijk afwijken van het gemiddelde te worden geanalyseerd, als opmaat voor een mogelijk verbetertraject.
- 3 De uitkomsten voor de indicatoren "inhalatietechniek gecontroleerd" en "astma controle vastgelegd" verdienen meer aandacht.
- 4 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

De landelijke benchmark Transparante Keten zorg is inmiddels een vaste waarde in het kwaliteitsbeleid van ketenzorgorganisaties. Het aantal deelnemers is ondertussen gestegen naar 114 ketenzorgorganisaties die jaarlijks gegevens aanleveren voor de landelijke benchmark. Voor de zevende keer presenteren we de resultaten van een beperkte set indicatoren die een afspiegeling vormen van de resultaten van de programmatische aanpak van chronische aandoeningen. De benchmark Transparante Keten zorg is gebaseerd op (een selectie van) NHG indicatoren. Het afgelopen jaar zijn deze indicatoren vrijwel onveranderd gebleven, met uitzondering van enkele aanpassingen die verband houden met de veranderingen in de nieuwe NHG-standaarden voor astma en COPD.

Kwaliteitsverbetering

De landelijke benchmark Transparante Keten zorg is primair bedoeld ter ondersteuning van het interne proces van kwaliteitsverbetering bij de programmatische zorg voor chronische aandoeningen. Door actief aandacht te besteden aan de praktijkvariatie tussen huisartsenpraktijken verbetert de kwaliteit van de programmatische zorg. Het recente artikel van Arnold Romeijnders en zijn collega's van PoZoB in Medisch Contact¹ laat zien dat het spiegelen van medisch inhoudelijke indicatoren een krachtig instrument is om te komen tot kwaliteitsverbetering. Ook onderlinge vergelijking tussen zorggroepen geeft inzicht in het verbeterpotentieel en draagt daardoor bij aan het proces van kwaliteitsverbetering.

Trendanalyse

De indicatoren blijken ook zeer geschikt voor het inzichtelijk maken van landelijke trends in de tijd. Uit deze trendanalyse wordt zichtbaar dat de programmatische benadering van chronische aandoeningen heeft geleid tot aantoonbaar betere zorg. Van de patiënten met diabetes type 2 krijgt tegenwoordig 90% zorg die voldoet aan de richtlijnen en standaarden. Dit leidt al jaren tot steeds tot betere resultaten hetgeen naar verwachting op termijn ook tot uitdrukking zal komen in een daling van het aantal complicaties. Ook bij de programmatische aanpak van andere chronische aandoeningen (vasculair risicomanagement, hart- en vaataandoeningen en astma) staan de signalen op groen en zien we positieve trends in de ontwikkelingen van procesindicatoren. Zorggroepen die al langer met deze zorgprogramma's werken laten ook positieve ontwikkelingen in intermediaire uitkomstmaten zien.

Indicatoren op waarde geschat

De landelijke benchmark heeft geenszins de pretentie een alomvattend beeld te geven van de kwaliteit van de geleverde programmatische zorg bij chronische aandoeningen. Lang niet alle aspecten van kwaliteit zijn immers meetbaar met behulp van indicatoren. Samen met de belangrijkste stakeholders (patiëntvertegenwoordigers, huisartsenorganisaties en zorgverzekeraars) is er gekozen voor een compacte set indicatoren (maximaal 8 per aandoening)

¹ Artikel 'Minder praktijkvariatie door analyse van verschillen' uit Medisch Contact d.d. 30 maart 2017 door Arnold Romeijnders(huisarts en medisch directeur van PoZoB).

die zonder extra registratiebelasting uit de informatiesystemen (HIS'sen en de KIS'sen) kunnen worden gehaald. Als onderdeel van de afspraken uit Het Roer Gaat Om (HRGO) conformeren alle betrokken partijen zich aan de indicatoren die in een gezamenlijk traject worden geselecteerd.

Afgelopen jaar werd een aanzienlijke verbetering gemaakt in datakwaliteit van de landelijke benchmark ketenzorg. Door de ontwikkeling van het toetsingsinstrument werd de afgelopen periode vooral vooruitgang geboekt op het gebied van registratievergelijkbaarheid. De uitkomsten van de toetsingsprocedure laten zien dat in ieder geval 75% van de deelnemende zorggroepen en gezondheidscentra op aantoonbare wijze vergelijkbaar en betrouwbaar rapporteert over de gegevens die zijn verzameld voor de landelijke benchmark. Voor de resterende 25% betekent de uitkomst niet automatisch dat hun benchmarkgegevens niet op orde zijn. Voor deze groep geldt dat de betrouwbaarheid nog niet is aangetoond, omdat zij gebruik hebben gemaakt van de vrijstelling voor toetsing op HIS data of omdat zij werken met een KIS dat nog niet is goedgekeurd. Uiteraard blijven er altijd verbeterpunten. Desalniettemin is het algehele beeld van het toetsingstraject dat de datakwaliteit van de benchmarkgegevens voor het eigen kwaliteitsbeleid in het algemeen goed op orde is.

Bruikbaarheid van indicatoren voor maatschappelijke transparantie en prestatiebeloning

Over de bruikbaarheid van indicatoren voor maatschappelijke transparantie en prestatiebeloning bestaat discussie. Het NHG werkt aan de afronding van een notitie over de bruikbaarheid van haar indicatoren voor verschillende doeleinden. In Een verwacht dat het NHG tot de conclusie zal komen dat de huidige indicatoren niet zonder meer geschikt zijn voor prestatiebekostiging of inkoopdoeleinden. Overigens constateren we bij de zorgverzekeraars ook minder focus op geïsoleerde indicatoren en een herwaardering van de kwaliteitscyclus. Over de betekenis hiervan is In Een met zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties in gesprek.

Anno 2017 ziet In Een mogelijkheden voor het gebruik van indicatoren voor maatschappelijke transparantie. De opties voor het bieden van betekenisvolle informatie over de programmatische zorg voor chronische aandoeningen zouden door patiëntenorganisaties en ketenzorgorganisaties gezamenlijk kunnen worden verkend. Het gaat daarbij om de optimale match tussen de informatiebehoefte van patiënten en de beschikbare informatie op het niveau van ketenzorgorganisaties.

Rapportage

In deze rapportage zijn de gegevens van alle deelnemende zorggroepen opgenomen. Net als vorig jaar kregen zorggroepen de gelegenheid hun eigen resultaten in het rapport op naam bekend te maken. Daarvan maakten 97 zorggroepen gebruik. In bijlage 6 treft u een overzicht aan van 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

In januari 2017 zijn in totaal 130 contactpersonen van zorggroepen en gezondheidscentra benaderd voor deelname aan de benchmark over 2016. Het betreft zorggroepen en gezondheidscentra zoals bekend bij InEen en/of voorkomen op de lijsten van gecontracteerde groepen bij de zorgverzekeraars. Uit die lijst van namen is niet op te maken hoeveel unieke zorggroepen het betreft. Sommige groepen hanteren een aparte naam en een aparte AGB code per zorgprogramma. Ook staan er groepen op die een GEZ contract hebben afgesloten en tevens onderdeel vormen van een zorggroep.

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

Als deadline hebben we 1 april aangegeven.

Net als voorgaande jaren wordt de rapportage gemaakt voor iedereen die gedurende het hele jaar in zorg was bij de zorggroep.

Om tot de scores te komen leverden de zorggroepen de tellers en noemers voor de indicatoren aan via de importmodule 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
- of ze met een KIS werken en zo ja welk
- hoe lang betreffend programma al gecontracteerd is
- of de gegevens door InEen anoniem mogen worden gebruikt voor belangenbehartiging.

RESPONS ZORGGROEPEN

Van de 130 aangeschreven potentiële zorggroepen hebben er 114 gegevens aangeleverd voor de landelijke benchmark. Met elkaar vertegenwoordigen deze zorggroepen ongeveer² 14.811.912 inwoners van Nederland (87%), door het land verspreid. De geschatte dekkingsgraad is met 2% toegenomen ten opzichte van vorig jaar. Het aantal lag toen op 14.436.656.

Overzicht 1: Deelname zorggroepen

Aangeschreven	130
Gegevens aangeleverd voor diabetes	114
Gegevens aangeleverd voor COPD	107
Gegevens aangeleverd voor HVZ	87
Gegevens aangeleverd voor VVR	69
Gegevens aangeleverd voor astma	35

² Van zorggroepen waarvan de populatiegrootte niet bekend is, is die berekend op basis van de gemiddelde prevalentie diabetes (5.3%).

RESULTATEN DIABETES ALGEMEEN

De 114 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2016 met elkaar 644.218 patiënten met diabetes type 2 in zorg. Dit is een beduidend deel van de totale DM populatie in Nederland. Op basis van Vektis cijfers over 2014 wordt de totale bekende populatie geschat op meer dan 940.000 personen.

Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 574.215³ patiënten (89%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	114
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	109
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	132.170
Mediaan	89.069
Minimum	6.545
Maximum	493.394

Omdat voor de benchmark zowel zorggroepen gegevens aanleveren als gezondheidscentra die geen deel uitmaken van een zorggroep zijn de verschillen in populatie erg groot. De opbouw van de populatie van een gezondheidscentrum heeft daarmee een veel grotere invloed op de scores op de indicatoren dan die van een zorggroep. Door de grootte van de zorggroep is er grotere kans op diversiteit van de populatie en is de invloed van verschillende groeperingen in het gemiddelde minder of niet meer terug te zien.

Overzicht 2: Verdeling mensen met diabetes type 2 over zorggroepen

	patiënten met diabetes N*=108	prevalentie** in % N=106	in zorggroep N=114	% specialist N=105	% niet in programma*** N=104
Gemiddelde	6.706	5,3	5.651	10,0	4,7
Mediaan	4.496	5,2	3.950	9,9	4,2
Minimum	257	2,6	218	0,1	0,3
Maximum	33.276	7,4	25.974	19,9	14,1

*N = aantal zorggroepen dat betreffende gegevens kon aanleveren; dit 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 2 van bijlage 1).

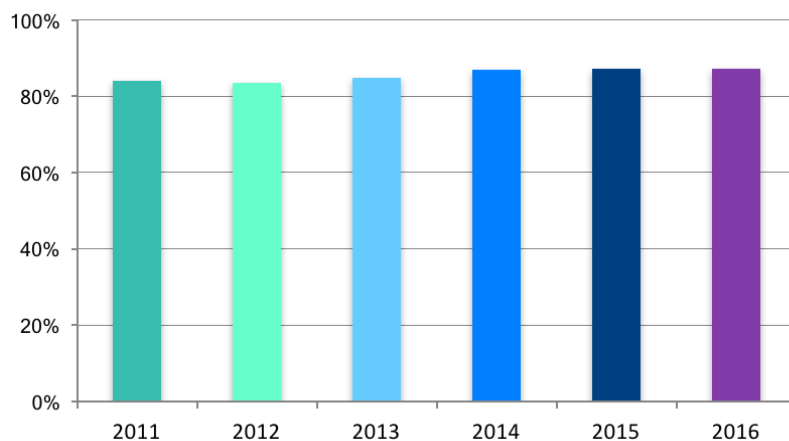
³ Vier groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum en twee groepen hebben een verschil van 3 resp. 4 patiënten opgegeven.

***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 percentage zorggroepen dat de hele populatie mensen bekend met diabetes in beeld heeft, is weer iets gestegen ten opzichte van vorig jaar: van 91 naar 95%.

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 zes 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) konden aanleveren.

Grafiek 1: Vergelijking percentage diabetespatiënten in 1^e lijn



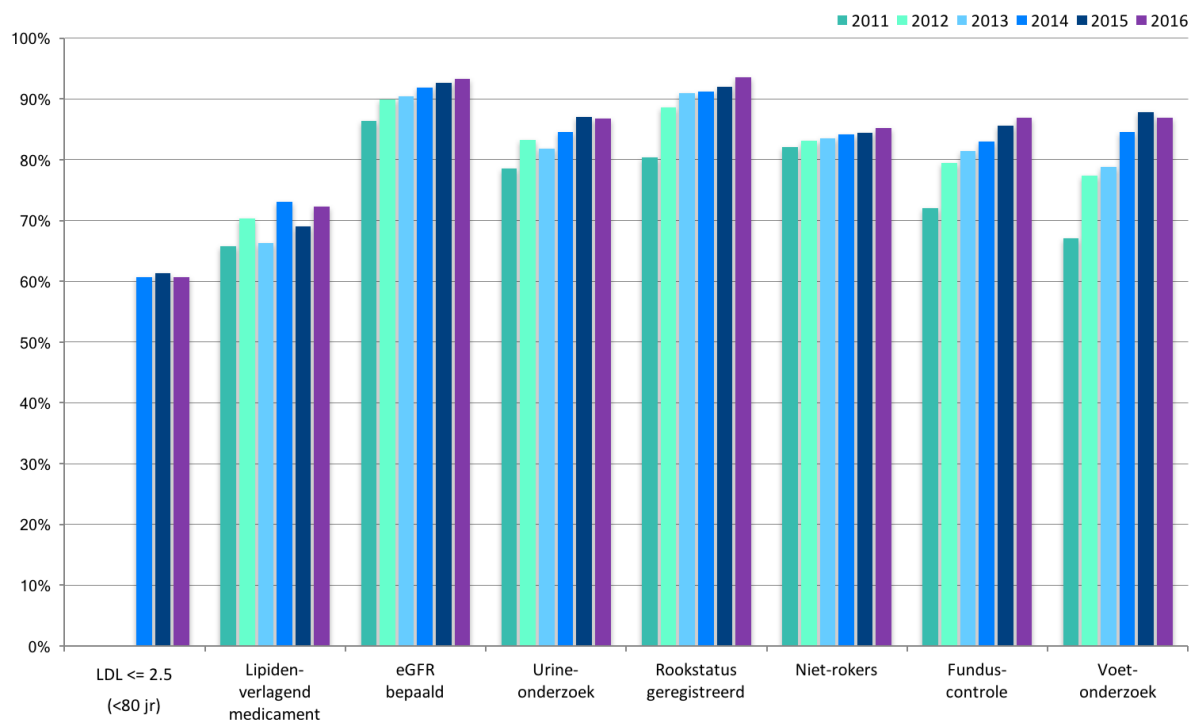
Zoals al in de afgelopen jaren duidelijk werd, treden bij deze parameter geen duidelijke verschuivingen (meer) op. Hoe deze tendens zich de komende jaren zal bewegen, is niet geheel duidelijk. Door de goede zorg leven mensen met diabetes langer, wat dus ook het risico groter maakt, dat zij op den duur complicaties of multimorbiditeit ontwikkelen waardoor samenwerking met dan wel overname van de behandeling door de tweede lijn aan de orde komt.

RESULTATEN DIABETES INDICATOREN

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

1 Vergelijking diabetesindicatoren over zes jaren

Grafiek 1: Vergelijking indicatoren over zes jaren



De gegevens over procesparameters spreken voor zich. De hierbij zichtbare gegevens van het LDL laten een plateaufase zien. Het is de moeite waard deze gegevens te vergelijken met die van HVZ en VVR, die dit niveau lang niet halen en waar jaarlijks groei zichtbaar is (zie betreffende hoofdstukken). Bij de andere parameters blijft nog steeds een voorzichtige trend tot verbetering van registratie en van voorschrijven zichtbaar. Zeker als het gaat om het gebruik van een lipidenverlagend medicament is het huidige percentage goed vergelijkbaar met internationale gegevens (zie ook bij Toelichting bij de grafieken). Het aantal mensen, dat niet (meer) rookt is ook weer toegenomen.

2 Resultaten over 2016 per indicator

Het totaalbeeld wordt inzichtelijk in de grafieken in bijlage 1. Daarin staan per indicator de resultaten van elke zorggroep weergegeven. Om een vergelijking mogelijk te maken met het 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

Er blijft een enorme verscheidenheid in de grootte van de zorggroepen. Dat maakt dat van een deel van de zorggroepen de vergelijking met andere wordt bemoeilijkt vanwege de geringe groeps grootte. Echter, gegeven het feit dat het aantal mensen bekend met type 2 diabetes mellitus boven de 5% ligt, zal dit voor slechts enkele zorggroepen het geval zijn. Als voorbeeld: bij een zorggroep, waarin 10.000 mensen bekend zijn, zal het aantal mensen bekend met type 2 diabetes meer zijn dan 500 liggen, en dat is al beduidend. Het is jammer, dat er van vijf zorggroepen geen aantallen bekend zijn.

Grafiek 2: Prevalentie diabetes

Bij zeven zorggroepen kan de prevalentie niet worden berekend. Er lijken nog steeds zorggroepen te zijn, waarbij het aantal mensen bekend met type 2 diabetes dusdanig onder of boven het landelijke gemiddelde ligt, dat het aan de betreffende zorggroepen is om binnen hun bestand en de regio te kijken wat hiervan de oorzaak kan zijn. Denk aan een jongere of oudere populatie, de wijze waarop de diagnose tot stand is gekomen, wel of niet opgeven van mensen met type 2 diabetes die niet binnen de ketenzorg worden behandeld, of mogelijk een allochtone populatie.

Grafiek 3: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma

Dit begint al aardig naar elkaar toe te trekken, maar een verschil van 15% tussen het laagste en het hoogste insluitingspercentage doet ook hier de vraag rijzen wat de selectiecriteria zijn om mensen in te sluiten in de reguliere ketenzorg. Wordt bijvoorbeeld volledigheid nagestreefd, met als consequentie het ook bewust meenemen van mensen, die mogelijk toch een grotere uitdaging zijn, dan heeft dat invloed op de uitkomsten. Lokale en regionale afspraken, al dan niet alleen binnen de zorggroep dan wel samen met de tweede lijn zullen een rol spelen, en verwijsbeleid en terugverwijsbeleid kunnen ook variëren per regio.

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

De signaalfunctie van deze parameter is duidelijk; zorggroepen kunnen dit tegen het licht houden: wat is het voorschrijfpatroon wat betreft statines in verhouding met de LDL-uitkomst, komen bij het uitlezen van de gegevens wel de juiste uitkomsten mee in de rapportage, of is bij die zorggroepen met een hoog percentage mensen met behaalde LDL waarden mogelijk sprake van de selectiebias zoals benoemd bij grafiek 3. Hierbij is van belang, dat bij dit soort verschillen niet alleen wordt gekeken op zorggroepniveau en de mate waarin informatie wordt teruggevonden, maar ook naar variatie binnen een regio / zorggroep adherentiegebied. De variatie in percentage voorschriften is zeker niet alleen afhankelijk van de patiëntpopulatie, maar ook van de houding van de individuele hulpverlener. Onderzoek in het verleden van Klaas

Reenders liet al zien dat redenen voor niet veranderen van behandeling (in dat geval van glucose verlagende medicatie) voor 50% bij de patiënt lagen, maar ook voor 50% bij de hulpverlener(s). Hier ligt een taak voor kaderartsen / deskundigen binnen zorggroepen om aangaande zulke verschillen het gesprek aan te gaan.

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

Deze gegevens combineren met de gegevens zoals weergegeven bij grafiek 4 kan voor een deel tot de antwoorden leiden, die bij grafiek 4 geformuleerd zijn.

Grafiek 6: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de eGFR is geregistreerd
Fraai resultaat wat betreft deze procesparameter. Z18g heeft een aandachtspunt, waarbij de oorzaak velerlei kan zijn, zoals ook al in eerdere verslagen aangegeven. Wel kan worden vastgesteld dat het landelijke beeld momenteel heel tevredenstellend is.

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

Fraai resultaat, maar aan de linkerkant van deze grafiek een aantal zorggroepen met een aandachtspunt. Urine onderzoek blijft in ieder geval bij de populatie onder de 75 jaar een punt van aandacht, omdat afwijkingen in de albumine/kreatinine ratio ook consequenties hebben, enerzijds wat betreft het voorspellend zijn van afwijkingen in de albumine/kreatinine ratio wat betreft hartvaatziekten en nierschade, en anderzijds wat betreft de mogelijkheden voor preventief ingrijpen met behulp van RAAS-remming.

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

Eigenlijk best mooi en dicht bij elkaar in vergelijking met een aantal andere parameters. Aan de linkerkant van de figuur zijn er nog steeds een aantal zorggroepen, waarvoor het de moeite waard is om na te gaan of het lage percentage een gevolg is van registratieproblemen, uitleesproblemen, gewoon niet navragen, of niet belangrijk genoeg vinden. Ook hier geldt weer dat hierbij aandacht moet zijn op zorggroepniveau, maar ook weer op individueel zorgverlenersniveau.

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

Er blijft een grote variatie wat betreft het aantal mensen, waarvan bekend is dat er nog gerookt wordt. Ondanks de trend tot nog steeds voorzichtige afname van het percentage mensen dat rookt, kan ook hier weer onderregistratie een rol spelen, maar ook factoren van invloed zijn gerelateerd aan (pro)activiteit van de zorggroep en de individuele hulpverlener(s) bij het ondersteunen van trajecten gericht op stoppen met roken.

Grafiek 10: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met een funduscontrole

Zie ook commentaar bij grafiek 7. Er zijn verschillende verklaringen mogelijk waarom de scores nog niet overal hoog zijn. Een aantal groepen laat zien dat een score van boven de 90% mogelijk is. Mogelijk is er een relatie met oproepsysteem, (een gebrek aan) goede controle op no show, maar ook onderregistratie door het gebrekkig het verwerken van uitslagen van patiënten die bij een oogarts lopen en dus buiten het reguliere oproep systeem voor de fundus zitten, dan wel die patiënten, waarbij de huisarts zelf de funduscontrole doet.

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

Zie ook het commentaar bij de vorige grafieken bij het speculeren over de verschillen in gerapporteerde parameters. Preventie en vroegtijdige herkenning van voetschade is essentieel voor het tegengaan van de kans op (chronische) ulcera en amputaties. Hulpverleners dienen zich te realiseren dat het nalaten van voetonderzoek dus bijdraagt aan een slechtere uitkomst. Men komt niet (meer) weg met het argument dat voetcontrole de verantwoordelijkheid is van de patiënt zelf. Ook hier geldt weer, dat hiervoor bij de minder presterende zorggroepen (toch ook weer denken aan registratieproblemen) bewust beleid zal moeten worden gemaakt, en dat binnen zorggroepen naar de variabiliteit tussen hulpverleners zal moeten worden gekeken. Een heel relevante vraag is bijvoorbeeld, of er formele afspraken binnen een praktijk zijn, wie op welk moment verantwoordelijk is voor de voetcontroles.

RESULTATEN HVZ ALGEMEEN

De 87 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2016 met elkaar 273.149 patiënten met HVZ in hun zorgprogramma's. Dit is een toename van 31% ten opzichte van 2015 (toen 207.720).

Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 204.140 patiënten⁴ (75%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Bij patiënten met een bekende HVZ gaat het om een of meer van de volgende aandoeningen: doorgemaakt myocardinfarct, ischemische hartziekten (PCI, CABG), TIA of herseninfarct, angina pectoris, aneurysma aortae en/of perifeer arterieel vaatlijden (ICPC codes: K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99.01), dus niet om patiënten met hartfalen of atriumfibrilleren die een heel specifieke aanpak vereisen. Patiënten met diabetes zijn geëxcludeerd, omdat ze al deelnemen in de DBC diabetes. Programmatische ketenzorg HVZ betreft zowel het cardiovasculair risicomanagement als de zorg voor het orgaanlijden zelf.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	87
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	83
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	126.428
Mediaan	97.344
Minimum	5.313
Maximum	439.109

Het aantal zorggroepen dat start met een zorgprogramma HVZ groeit nog steeds; 22 groepen nemen sinds een jaar deel aan dit zorgprogramma. Bij hen kunnen opstart- en registratieproblemen de cijfers in de rapportage nadelig beïnvloeden.

Overzicht 2: Verdeling mensen met HVZ over de zorggroepen

	patiënten met HVZ N*=80	Prevalentie** N=79	In zorggroep N=87	% specialist N=79	% niet in programma*** N=79
gemiddelde	5.420	4,3	3.139	24,9	7,4
mediaan	3.647	4,3	2.323	24,9	4,7
minimum	184	1,6	107	1,0	0
maximum	31.754	7,5	19.300	51,7	72,9

⁴ Vier groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij het aantal in zorg op de peildatum en twee zorggroepen hebben een verschil van minder dan 10 patiënten opgegeven.

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

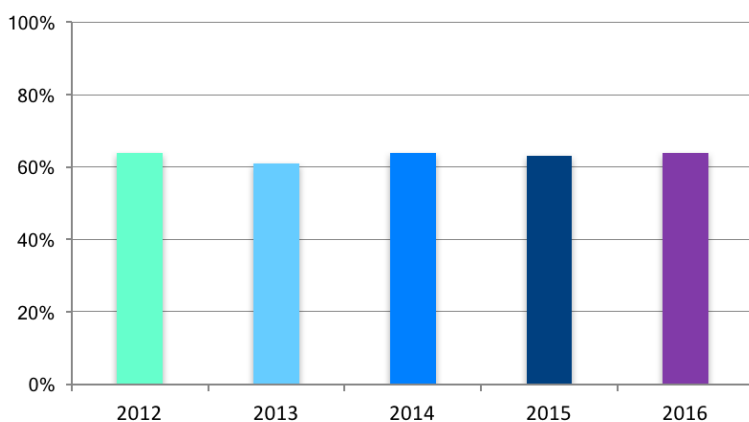
** Hier is het gemiddelde van de prevalenties per zorggroep genomen. Die kan afwijken van de gewogen prevalentie (rode streep in grafiek 1 van bijlage 2).

*** Eén zorggroep geeft aan dat er geen patiënten met HVZ buiten de programmatische zorg worden behandeld. Sommige praktijken leveren het aantal patiënten met HVZ die niet deelnemen aan de programmatische zorg niet aan. Daarom zijn voor deze analyse alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

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

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 de laatste vijf jaren. Voor deze vergelijking hebben we alleen groepen meegenomen die algemene populatiegegevens (totale populatie, aantal patiënten met HVZ, aantal patiënten met hoofdbehandelaar specialist, aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, aantal patiënten niet in programmatische zorg) konden aanleveren.

Grafiek 1: Vergelijking percentage over de laatste 5 jaar van patiënten met HVZ begeleid in de 1^e lijn



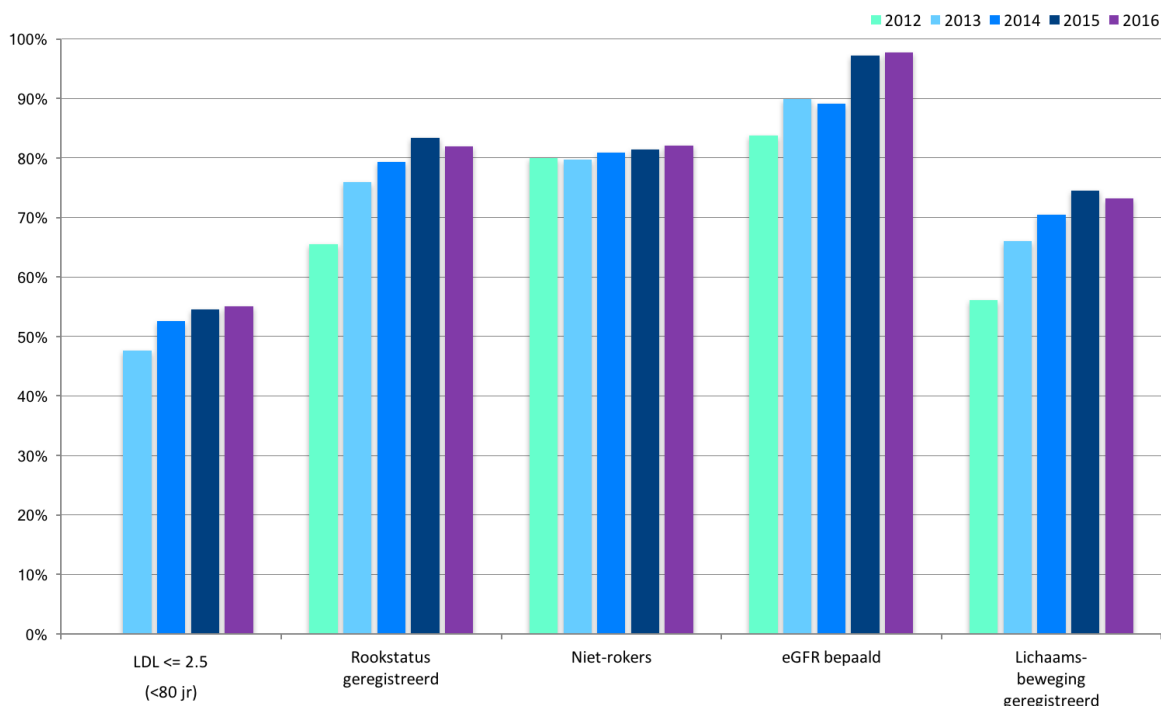
De grafiek laat zien dat in de afgelopen vijf jaar het percentage patiënten met HVZ dat (uitsluitend) in de eerste lijn wordt behandeld vrijwel gelijk is gebleven. Het percentage ligt rond de 65% en dit percentage komt overeen met dat van patiënten met COPD in het zorgprogramma, maar is beduidend lager dan dat bij patiënten met diabetes type 2 (87%). Gezien het feit dat er vrijwel geen verandering over de afgelopen 5 jaar is opgetreden, lijkt er nauwelijks sprake van (extra) substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn.

RESULTATEN HVZ INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de indicatoren HVZ over de laatste vijf jaren. Omdat in 2016 evenals de twee voorgaande jaren is gevraagd gegevens aan te leveren over iedereen die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma HVZ meedeeld is een zuivere vergelijking met de jaren daaraan voorafgaand niet mogelijk. Daardoor kan selectie van de populatie (2015 en 2016 versus 2012 t/m 2014) een deel van de **verandering** (verbetering) op de scores verklaren.

1 Vergelijking indicatoren in het HVZ zorgprogramma over vijf jaren

Grafiek 1: Vergelijking indicatoren in het HVZ zorgprogramma over vijf jaren⁵



2 Resultaten over 2016 per indicator

Voor details en informatie per zorggroep verwijzen we naar de grafieken in bijlage 3. Om een vergelijking mogelijk te maken met het landelijk gemiddelde is er een gewogen gemiddelde berekend die als een rode lijn in de grafieken is getekend.

⁵ In het rapport van vorig jaar was ook de indicator "Systolische bloeddruk ≤ 140 (jonger dan 80 jaar)" opgenomen. Aangezien de leeftijd bij deze indicator dit jaar is gewijzigd van 80 naar 70 jaar is een vergelijking over jaren minder goed mogelijk.

Toelichting bij de grafieken

Grafiek 1: Prevalentie HVZ

In Nederland zijn er meer dan een miljoen mensen met hart- en vaatziekten (bron: Hartstichting). Hieronder worden echter ook patiënten gerekend die niet aan het huidige zorgprogramma HVZ deelnemen, zoals patiënten met hartritmestoornissen (zoals atriumfibrilleren), hartfalen, hartkleplijden en patiënten met diabetes type 2 (die nemen deel aan het zorgprogramma diabetes). Daarnaast is er een groep patiënten met HVZ die wel in aanmerking komt voor begeleiding, maar dit niet krijgt.

De schatting is dat in Nederland meer dan 900.000 patiënten in aanmerking komen voor het zorgprogramma HVZ; dat wil zeggen bijna 6% van de totale bevolking. In de figuur is te zien dat de spreiding van de prevalentie van deelnemers aan het HVZ zorgprogramma varieert van 1,6 tot 7,5%, en gemiddeld 4,6% bedraagt. Dit gemiddelde percentage is vergelijkbaar met voorgaande jaren.

De gerapporteerde prevalentie van deelnemers aan het HVZ zorgprogramma is gemiddeld genomen dus lager dan op grond van de prevalentie in de algemene bevolking verwacht mag worden. Dit kan verklaard worden door de volgende factoren:

- 22 zorggroepen zijn in de loop van dit jaar gestart: zij hebben wellicht nog niet alle in aanmerking komende HVZ-patiënten goed in beeld;
- exclusie van bepaalde groepen, zoals patiënten met hartkleplijden, hartritmestoornissen (zoals atriumfibrilleren) en diabetes type 2.

Grafiek 2: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma

Gemiddeld wordt bijna 60% (spreiding 26 tot 97%) van de bekende HVZ patiënten die in aanmerking komen in het HVZ zorgprogramma begeleid. Opvallend is de grote spreiding tussen de verschillende zorggroepen. Het blijkt mogelijk, maar niet eenvoudig, om met speciale substitutieprogramma's dit percentage in de toekomst verder te laten stijgen. Best practices op het gebied van substitutie van zorg van tweede- naar eerste lijn, zoals Dappere Dokters in Amsterdam, geven het voorbeeld.

Grafiek 3: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk ≤ 140 mm Hg.

De leeftijdsgrens bij deze indicator is dit jaar gewijzigd van 80 naar 70 jaar. Een goede vergelijking met de score van vorig jaar (72% van de mensen <80 jaar op streefwaarde) is dan ook niet te maken.

Het gemiddelde percentage patiënten <70 jaar dat een bloeddrukwaarde heeft beneden de streefwaarde is 78% (spreiding 54 tot 91%). Het betreft "office metingen" en het (bij deze en andere patiënten) niet halen van de streefwaarde kan verklaard worden door meerdere factoren:

- witte jassen effect (24-uurs- en thuismetingen liggen wel onder de daarvoor geldende streefwaarden);
- ongewenste bijwerkingen van medicatie (of van verdere ophoging ervan) en ineffectieve combinatie van bloeddrukverlagers;
- wens van de patiënt en andere individuele omstandigheden (fragiliteit, valrisico, levensverwachting) waardoor op goede gronden gekozen wordt voor een bloeddrukwaarde boven de streefwaarde;
- therapie-ontrouw.

Tegen deze achtergrond is de score van deze indicator waarschijnlijk als optimaal/maximaal haalbaar te beschouwen. Bij deze conclusie past ook de relatief geringe spreiding tussen de zorggroepen.

Grafiek 4: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie het LDL is bepaald en die een LDL-cholesterolwaarde $\leq 2,5$ mmol/l hadden.

De score bij deze indicator is vergelijkbaar met die in 2015. Gemiddeld heeft “slechts” 55% van de deelnemers een LDL-cholesterol waarde $\leq 2,5$ mmol/l, de streefwaarde. De spreiding tussen de zorggroepen is groot (29 tot 76 %). In de benchmark Diabetes is de score op dezelfde indicator hoger, namelijk gemiddeld 60%. Wel dient men zich te realiseren dat relevante verlagingen in het LDL-cholesterol zónder het halen van de streefwaarde ook leiden tot verbetering van het HV risicoprofiel van de patiënt en daarmee tot een verlaging van de kans op een nieuw cardiovasculair event.⁶ Het registreren van het percentage mensen dat de streefwaarde haalt komt derhalve maar deels overeen met het totale effect van behandeling met cholesterolverlagende medicatie en met leefstijladviezen. Er is een grote overlap met de factoren die een rol spelen bij het niet halen van de streefwaarden bij de bloeddruk. Wel lijkt het halen van de streefwaarde LDL-cholesterol moeilijker te zijn dan die van de bloeddruk. Indien het percentage patiënten bekend is dat een cholesterolverlagend medicijn gebruikt (en het percentage mensen dat zonder behandeling al een LDL $\leq 2,5$ mmol/l heeft) kan een uitspraak worden gedaan over wat “maximaal haalbaar” is. Bij de beoordeling van de resultaten doen zorggroepen er goed aan ook de variatie in het gebruik van lipidenverlagers te betrekken. Net als bij diabetes zou ook hier “het gebruik van lipidenverlagers” een zinvolle toekomstige indicator 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

De rookstatus is bij ruim 80% (spreiding 23 tot 100%) van de deelnemers aan het HVZ programma bekend, vergelijkbaar met 2015. In subanalyses blijkt dat deze procesindicator is verbeterd bij de zorggroepen die al langer meedoen, maar het effect van alle zorggroepen wordt genivelleerd door de relatief lagere scores van de nieuw ingestroomde groepen. Ook het percentage rokers blijft hetzelfde als in 2015: 18% (spreiding 9 tot 32%). Dit is wel duidelijk lager dan het landelijke gemiddelde (25-30%). Het blijft echter een uitdaging om dit percentage verder omlaag te krijgen. Een lager percentage is mogelijk haalbaar, maar dan zijn - naast intensievere implementatie van effectieve programma's - ingrijpendere maatregelen van overheidswege op populatie niveau wenselijk (zoals verhoging accijnzen, criminalisering van tabaksfabrikanten of strengere anti-rookbeleid).

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

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 renale klaring (eGFR) is evenals vorig jaar vrijwel 100%, nl 98% (spreiding 78 tot 100%). Slechts drie zorggroepen hebben een percentage onder de 90%. Een nog betere score op deze procesindicator is nauwelijks mogelijk, hoewel deze drie praktijken nog kunnen “winnen”. Koppelen van de jaarlijkse eGFR meting met een nuchtere bepaling van het glucose en de LDL-cholesterolwaarde zou de algehele monitoring van deze patiënten nog wat verder kunnen verbeteren.

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

Bij 73% (spreiding 11 tot 100%) is de lichamelijke inspanning van patiënten in het HVZ programma geregistreerd. Dit is een iets lagere score dan in 2015 (75%). In subanalyses blijkt dat deze procesindicator is verbeterd bij de zorggroepen die al langer meedoen, maar het effect van alle zorggroepen wordt genivelleerd door de relatief lagere scores van de nieuw ingestroomde groepen. Opvallend is de grote spreiding en hier is een inhaalslag bij ongeveer de helft van de zorggroepen te bereiken. Behalve deze score is het belangrijk te weten bij hoeveel mensen met motivational interviewing is getracht de activiteit te verbeteren en hoeveel van deze patiënten heeft deelgenomen aan kwalitatief goede meer bewegen- en conditieverbeterende-programma's van voldoende lange duur. Hier zou door middel van een steekproef meer inzicht in kunnen komen.

RESULTATEN VVR ALGEMEEN

De 69 zorggroepen (19 meer dan in 2015) hadden op 31 december 2016 met elkaar 514.585 VVR-patiënten (365.742 in 2015) in zorg. Tot de groep VVR behoren niet de patiënten met type 2-diabetes mellitus en/of de patiënten die een cardiovasculair event, zoals CVA, TIA, myocardiinfarct of coronaire revascularisatie, hebben doorgemaakt. Deze patiënten participeren respectievelijk in het diabetes- en het HVZ-zorgprogramma.

Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 389.116 patiënten (76%) die gedurende het gehele jaar in zorg zijn geweest (in 2015 ging het nog om 365.742 VVR-patiënten)

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	69
Aantal zorggroepen waarbij de totale populatie bekend is	64
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	135.129
Mediaan	133.251
Minimum	5.315
Maximum	439.109

Het aantal zorggroepen dat gegevens aanlevert is weer hoger dan voorgaande jaren: er zijn nog steeds zorggroepen die starten met het zorgprogramma VVR. Opstart- en registratieproblemen kunnen de (spreiding) van de cijfers in de rapportage beïnvloeden.

Inclusie

In 2016 heeft InEen in afstemming met ZN de inclusiecriteria voor het zorgprogramma VVR nog eens nadrukkelijk geformuleerd. De kern is dat er sprake moet zijn van een indicatie voor medicamenteuze behandeling van hypertensie of hypercholesterolemie op grond van de NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement. Voor mensen <70 jaar is daarbij de SCORE-systematiek leidend. Bij een risico <10%/10 jaar op een cardiovasculair event of overlijden (groen) geldt in principe geen indicatie voor medicatie en dus geen inclusie. Bij een risico 10-20%/10 jaar op een cardiovasculair event of overlijden (geel) hangt de indicatie voor medicatie en dus ook voor inclusie af van het aanwezig zijn van aanvullende risicofactoren. Bij een risico >20%/10 jaar op een cardiovasculair event of overlijden (rood) is er altijd een indicatie voor medicatie en is er altijd sprake van inclusie.

Aanwezigheid van een indicatie voor cardiovasculair medicatiegebruik betekent niet dat alle VVR-deelnemers ook werkelijk zulke medicatie gebruiken; er kan door patiëntgebonden

voorkeuren, (vermeende) bijwerkingen en interacties met medicatie zijn gestopt of er van zijn afgezien er mee te starten.

Voor mensen >70 jaar is de SCORE risicotabel niet van toepassing. Het is echter aannemelijk dat het risico van 70-plussers minstens hoger is dan dat van 70-jarigen, alleen al door het leeftijdseffect. De NHG-standaard CVRM geeft richtlijnen voor behandeling bij deze leeftijdsgroep. Bij 70-plussers met een beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit en polyfarmacie is een afweging van de voor- en nadelen van medicamenteuze preventie van HVZ noodzakelijk. Bij deze afweging dienen de wensen van de patiënt, diens vitaliteit en biologische leeftijd te worden meegenomen. De biologische leeftijd wordt beïnvloed door de genetische aanleg (epigenetica), de (gekozen) levensstijl, de leefomgeving en het toeval. Voor mensen ≥ 80 jaar adviseert de standaard pas behandeling met antihypertensiva bij een systolische bloeddruk (SBD) > 160 mmHg en intensivering van de antihypertensieve behandeling bij onvoldoende effect op de SBD. Patiënten van 70+ resp. 80+ die op grond van bovenstaande afwegingen nog steeds een indicatie hebben voor preventieve CV medicatie kunnen in het zorgprogramma worden geïncorporeerd.

Ten slotte zijn er door InEen ook generieke exclusiecriteria geformuleerd, die reden kunnen zijn om een patiënt met een behandelindicatie toch niet in het zorgprogramma op te nemen.

Overzicht 2: Verdeling mensen met VVR over de zorggroepen

	patiënten met VVR N*=63	Prevalentie** in % N=62	In zorggroep N=69	% tweede lijn N=59	% niet in programma*** N=59
gemiddelde	10.348	8,3	7.457	6,2	8,2
mediaan	8.354	8,4	5.699	5,1	5,0
minimum	168	0,1	111	0,2	0
maximum	37.200	15,1	28.821	28,6	51,5

*N = aantal zorggroepen dat betreffende gegevens kon aanleveren; dit 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).

***Sommige praktijken leveren het aantal niet aan. Daarom zijn voor deze analyse alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

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

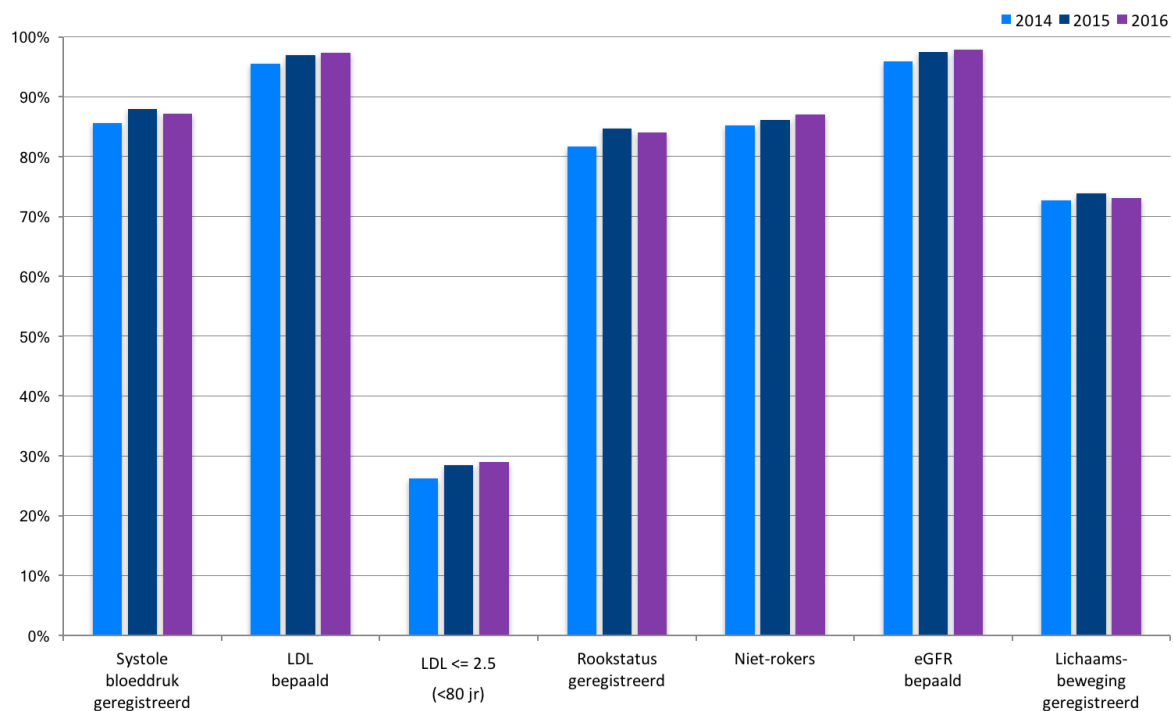
Er is eigenlijk geen indicatie voor behandeling van VVR in de tweede lijn. Zorggroepen moeten hierover heldere afspraken maken met het regionale ziekenhuis. Er is dus nog ruimte voor substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn voor VVR.

RESULTATEN VVR INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een vergelijking van de scores op de indicatoren met twee voorgaande jaren.

1 Vergelijking indicatoren VVR zorgprogramma over drie jaren⁷

Grafiek 1: Vergelijking indicatoren over drie jaren



Ten opzichte van 2015 zijn er 19 nieuwe zorggroepen bijgekomen met VVR-deelnemers waardoor de cijfers niet helemaal vergelijkbaar zijn en een betrouwbare statistische analyse van de trend niet goed mogelijk is. Opstartende zorggroepen hebben vaak enkele jaren nodig om de registratie en data op orde te krijgen. De scores voor procesindicatoren LDL en eGFR waren al hoog, maar stijgen voor het tweede jaar op rij nog licht. De procesindicatoren bloeddruk, rookstatus en lichaamsbeweging blijven ongeveer stabiel. Daarbij speelt mee dat er weer nieuwe zorggroepen zijn gaan deelnemen. In sub-analyses blijkt dat de groepen die al langer meedoen op alle procesindicatoren gemiddeld hoger scoren dan vorig jaar, maar dat dit effect wordt teniet gedaan door de nieuwe groepen die gemiddeld substantieel lager scoren. De uitkomstindicatoren LDL<2,5 en "aantal niet rokers" verbeteren ook voor het tweede jaar op rij, echter beperkt.

⁷ In het rapport van vorig jaar was ook de indicator 'Systole ≤ 140 (<80 jr.)' opgenomen. Aangezien de leeftijd bij deze indicator dit jaar is gewijzigd van 80 naar 70 jaar is een vergelijking over jaren niet mogelijk.

2 Resultaten over 2016 per indicator

Het totaalbeeld wordt inzichtelijk in de grafieken in bijlage 3. 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 gemeten prevalentie van deelnemers met een verhoogd vasculair risico in 2016 is 8,24% (spreiding 5,2 tot 13%, waarbij de 2 extremen van 2,1% en 15% niet zijn meegerekend), dat is een fractie hoger dan de in 2015 gemeten prevalentie (8,1%), maar een stuk hoger dan de in voorgaande jaren (7,6% in 2014), toen er nog veelvuldiger sprake was van opstart- en registratieproblemen die de cijfers in de rapportage hebben beïnvloed. De totale populatie van de deelnemende zorggroepen is met tweeëneenhalf miljoen fors toegenomen in een jaar tijd; van meer dan 6 miljoen in 2015 naar bijna 9 miljoen in 2016. Dit betreft een toename van het aantal zorggroepen dat programmatische zorg levert in combinatie met toename in omvang van de zorggroepen. Opvallend is de nog grote variatie in de prevalentie tussen de zorggroepen. Een aantal van de startende zorggroepen is begonnen met een hoge inclusie, terwijl andere zorggroepen die al meerdere jaren VVR zorg leveren een lage inclusie kunnen behouden. Nu InEen in afstemming met ZN de inclusie voor het zorgprogramma VVR nadrukkelijk heeft geformuleerd, is de definiëring van een VVR-deelnemer transparanter en zal de prevalentie van de VVR-deelnemers stabiliseren, bij focus op een juiste inclusie, adequate registratie en substitutie⁸. Verwacht kan worden, nu de criteria in 2016 wat zijn aangescherpt en zorggroepen meer ervaring krijgen met VVR de inclusie onder de 8% zal uitkomen.

Grafiek 2: Percentage VVR-patiënten in zorgprogramma

Doelstelling is dat de patiënten met het hoogste CV-risico programmatische zorg krijgen. Ongeveer 30% van de patiënten met VVR wordt in 2016 *niet* binnen het zorgprogramma gecontroleerd. Dit (hoge) percentage is ongewenst. Primaire preventie kan immers in vrijwel alle gevallen in de eerstelijns plaatsvinden, dat laat een aantal zorggroepen ook zien. Het is aan te bevelen dat zorggroepen die veel patiënten in de tweede lijn hebben actief sturen op substitutie. Evenzo belangrijk zijn patiënten die zich onttrekken aan programmatische zorg ("drop-outs"), afspraken niet beantwoorden ("non-responders") of bewust afzien van deelname. Het is aan te bevelen dat zorggroepen hier meer zicht op krijgen en ten aanzien hiervan beleid ontwikkelen: InEen kan hierin ook faciliteren en het aantal personen met een verhoogd vasculair risico (VVR) die niet aan een zorgprogramma deelnemen verminderen. Het percentage in zorgprogramma is vrijwel gelijk aan het in 2015 gemeten percentage en het aantal mensen met VVR dat in de VVR zorg zit is nu dus stabiel 70% (in 2014 was er nog sprake van een stijging met circa 3%). Er is echter wel een erg grote spreiding tussen de zorggroepen. 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.

⁸ VVR-deelnemers horen thuis in de 1e lijn, met uitzondering van patiënten met secundaire hypertensie en therapieresistente hypertensie die in de tweede lijn horen.

In het verleden was er meer onduidelijkheid betreffende inclusiecriteria. Inmiddels zijn er uniforme afspraken over de inclusie in dit zorgprogramma. Bij de start van het VVR programma kon bij iedereen met een 10-jaars CV risico van 10-20 % medicatie worden gestart. Thans is de indicatie voor medicatie bij een 10-jaars CV risico van 10-20% (geel) mede afhankelijk van aanvullende risicofactoren. Wisselend te interpreteren aanbevelingen van de NHG-standaard CVRM wat betreft medicatie bij ouderen kan tot wisselende inclusies per zorggroep leiden. Uit dossieronderzoek blijkt dat er ook VVR-deelnemers zijn die al medicatie gebruiken voordat SCORE tabel was opgenomen in de NHG-standaard CVRM en die volgens de huidige inzichten geen medicatie behoeven.

Een voorstel aan groepen met een erg hoge inclusie is op bezoek te gaan bij zorggroepen met een erg lage inclusie om te leren van elkaar.

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

Gemiddeld is bij 87% van de deelnemers in het VVR-programma de bloeddruk gecontroleerd (spreiding 55% tot 100%). Er lijkt in 2016 sprake te zijn van een lichte daling van het aantal patiënten bij wie de bloeddruk is geregistreerd. Daarbij speelt de instroom van het relatief grote aantal nieuwe zorggroepen een belangrijke rol. In sub-analyses scoren zij veel lager dan de overige zorggroepen. De groepen die al langer meedoen scoren gemiddeld hoger dan vorig jaar. Een zorggroep die start met een nieuw programma heeft een paar jaar nodig voordat de procesindicatoren en de registratie ervan op orde zijn.

Grafiek 4: Percentage VVR- patiënten in zorgprogramma < 70 jaar met systolische bloeddruk <= 140 mm Hg

In de NHG-Standaard en CBO-richtlijn CVRM is de streefwaarde voor de in de spreekkamer gemeten systolische bloeddruk ≤ 140 mm Hg voor mensen jonger dan 80 jaar. De score op deze belangrijke indicator is vergelijkbaar met de score uit 2015: bij gemiddeld 70% (variatie 45% tot circa 78%) van de deelnemers in het zorgprogramma wordt de streefwaarde behaald (op basis van spreekkamer meting of thuismeting). Gegeven de instroom van nieuwe zorggroepen is de score van 70% op deze indicator (streefwaarde gehaald) in de praktijk een hele mooie score te noemen. Het is te verwachten dat veel zorggroepen deze score nog kunnen verbeteren. Deze indicator is erg belangrijk: verondersteld kan worden dat heel veel meer deelnemers minder HVZ krijgen indien de score op deze indicator 100% zou zijn.

Ten aanzien van deze indicator (spreekkamer en thuismeting) is het belangrijk te vermelden dat er alternatieve meetmethoden zijn. Mogelijk is de gemeten bloeddruk in de spreekkamer te hoog, vanwege het zogenaamde witte jassen effect. In plaats van de spreekkamermeting zijn additionele methoden beschikbaar, zoals de 5-7 daagse zelfmeting thuis, in een stress arme omgeving op een rustig moment van de dag. Ook de 24-uurs meting is steeds meer toegankelijk en deze geeft ook beter de echte bloeddruk weer.

Grafiek 5: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie het LDL is bepaald in afgelopen vijf jaar

Bij vrijwel alle patiënten (98%; spreiding 72-100%) die in 2016 in dit VVR-zorgprogramma participeren is in de afgelopen vijf jaar het LDL-cholesterolgehalte bepaald. Dit is vergelijkbaar met de resultaten over de jaren 2014 en 2015. Het advies (bij de behandeling met een cholesterolverlager of statine) is het LDL-cholesterol te bepalen. Hiermee kan het effect van de

medicamenteuze interventie worden vervolgd (om te evalueren of de behandeling succesvol is, maakt men gebruik van het afkappunt $\leq 2,5$ mmol/l LDL-cholesterol, zie Grafiek 6.) De plateaufase lijkt voor deze proces indicator voor de meeste zorggroepen echt wel bereikt.

Grafiek 6: Percentage VVR-patiënten in zorgprogramma met een LDL-cholesterolwaarde $\leq 2,5$ mmol/l

In de NHG-Standaard en CBO-richtlijn CVRM is de streefwaarde voor het LDL $\leq 2,5$ mmol/l voor patiënten jonger dan 80 jaar, die medicatie gebruiken. Dit werd in 2016 bereikt bij bijna 30% van het aantal patiënten jonger dan 80 jaar, ondanks het feit dat er per 1/1/2016 19 nieuwe zorggroepen deelnamen aan de benchmark. Hier zouden een aantal zorggroepen zich kunnen optrekken aan de benchmark.

Bijna 30% van de deelnemers aan het VVR-ketenzorgprogramma (spreiding 12-48%) heeft een LDL-cholesterolwaarde $\leq 2,5$ mmol/l. Dit is vrijwel gelijk aan de meting uit 2015 maar een verbetering ten opzichte van het jaar 2014 (eveneens bijna 30%),

Dat men ook moet streven naar het verlagen van het LDL $\leq 2,5$ mmol/l bij mensen met een 10-jaars CV risico 10-20% of meer en hypertensie is nog niet voor alle zorgverleners duidelijk; hier zou extra aandacht aan gegeven kunnen worden.

Het niet halen van de streefwaarde – ondanks gebruik van een statine - komt evenwel vaak voor.

Dit komt door het voorkeursbeleid van simvastatine 40 mg, waarbij dit middel als 'zwak' kan worden beschouwd. Daarnaast ervaren velen met name spierpijn als bijwerking bij gebruik van statines. Opvallend hierbij is dat onder gebruikers meer dan 2x zoveel mensen spierpijn ervaren dan onder deelnemers aan de statine trials en niet wisten of ze placebo of een statine slikten. Een groot deel van de spierpijn lijkt dan ook veroorzaakt door "verwachtingsgeneeskunde" aangewakkerd door bijsluiters en negatieve informatie verstrekking over statines door televisieprogramma's als Radar. Praktijkstudies laten zien dat door middel van "op en af" statine gebruik; bijvoorbeeld 2-3 weken wel en 2-3 weken niet het lukt om mensen die wegens spierpijn geen statines willen slikken, toch een bepaalde mate van therapietrouw te bewerkstelligen en lagere LDL-waardes te krijgen dan bij geen gebruik van statines.

Belangrijk bij de interpretatie van de gegevens is te beseffen dat er ook deelnemers aan VVR zijn bij wie er een daling in LDL-cholesterol wordt bewerkstelligd, echter niet $\leq 2,5$ mmol/l. Dit is in de tabel niet zichtbaar!!

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

Bij 85% (spreiding 30 tot 100 %) is het rookgedrag geregistreerd. Stoppen met roken is belangrijk: roken verhoogt het risico op verschillende kankersoorten, ook op astma/COPD en is een belangrijke risicofactor voor hartvaatziekten. Dit geldt ook voor meerroken. Daarom is het belangrijk dat personen met een VVR en mensen in de directe omgeving (voorkomt second and third hand smoke) het roken staken. Dat begint met een goede registratie van de (niet) rokers. Een aantal zorggroepen, waaronder de nieuw gestarte groepen (zo blijkt uit subanalyses) heeft deze registratie nog niet goed op orde. Het kan ook zijn dat patiënten gestopt met roken niet jaarlijks "gevinkt" worden omdat verondersteld wordt dat ze niet meer roken.

Hier zouden een aantal zorggroepen zich kunnen optrekken aan de benchmark; 90% moet uiteindelijk mogelijk zijn.

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

Het aantal rokers in het VVR-zorgprogramma lijkt iets te dalen. In 2015 rookte nog bijna 16%, in 2016 is dat bijna circa 15%. Het aantal rokers lijkt dus langzaam te blijven dalen.

Het verschil met de algehele populatie is groot; landelijk rookt 25-30% van de mensen. Het lijkt aannemelijk dat een individuele aanpak met stoppen met roken voorziening en uitleg over het verhoogde CV risico zin hebben naast de publiekscampagnes en maatregelen van de overheid die gericht zijn op de algehele populatie.

Roken is een lastig te interveniëren risicofactor door het verslavende effect van sigaretten en slimme marketing van de sigarettenfabrikanten die daarbij slechts halfslachtig door de overheid worden afgeremd. Voor verdere daling van het aantal rokers dat met 25-30% tot de hoogste in Europa behoort zal de overheid veel harder moeten ingrijpen.

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

Bij een aantal bloeddrukverlagers (diuretica en RAAS-blokkers) is het nodig om periodiek de nierfunctie en de kaliumspiegel te bepalen. Gelukkig hoeven niet alle deelnemers aan het VVR-programma deze medicatie te gebruiken: periodieke meting van de nierfunctie is dan niet altijd nodig. Bij bijna alle patiënten die in 2016 in dit zorgprogramma participeren is in de afgelopen vijf jaar de eGFR bepaald. Dit betekent dat huisartsen het zorgproces op dit punt heel goed op orde hebben.

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

Bij meer dan 70% (spreiding 40% tot 100%) van de VVR-deelnemers zijn gegevens bekend over de mate van beweging in de meetperiode. Dat percentage is vergelijkbaar met vorig jaar. De spreiding tussen de zorggroepen is groot. Ook hier blijkt uit sub-analyses dat de groepen die al langer meedoen verbeteren ten opzichte van vorig jaar maar dit effect wordt geneutraliseerd door de startende groepen.

Het is niet eenvoudig deze indicator gestandaardiseerd te "scoren", maar uit modelberekeningen van de Hartstichting blijkt dat als mensen verschuiven naar een gunstiger gewichts- of beweegklasse, er minder patiënten met HVZ bij komen. Dit geldt ook voor mensen met een VVR: bewegen verkleint de kans op hartvaatziekten.

RESULTATEN COPD ALGEMEEN

De 107 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2016 met elkaar 130.907 patiënten met COPD in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 109.313 patiënten⁹ (84%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	107
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	102
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	120.586
Mediaan	80.802
Minimum	5.313
Maximum	439.109

Het aantal zorggroepen dat cijfers aanlevert over COPD is gestegen van 95 naar 107. Elf zorggroepen hebben laten weten dat ze pas een jaar een contract hebben. Bij hen kunnen opstart- en registratieproblemen de cijfers mogelijk beïnvloeden.

Overzicht 2: Verdeling mensen met COPD in zorgprogramma over zorggroepen

	patiënten met COPD N*=101	Prevalentie** in % N=99	in zorggroep N=107	% specialist N=100	% niet in programma*** N=100
gemiddelde	2.323	2,0	1.223	26,9	10,9
mediaan	1.347	1,9	797	27,3	9,7
minimum	87	0,6	40	0,6	0,0
maximum	10.802	4,2	5903	55,9	44,8

*N = aantal zorggroepen dat betreffende gegevens kon aanleveren; dit 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 2 van bijlage 1).

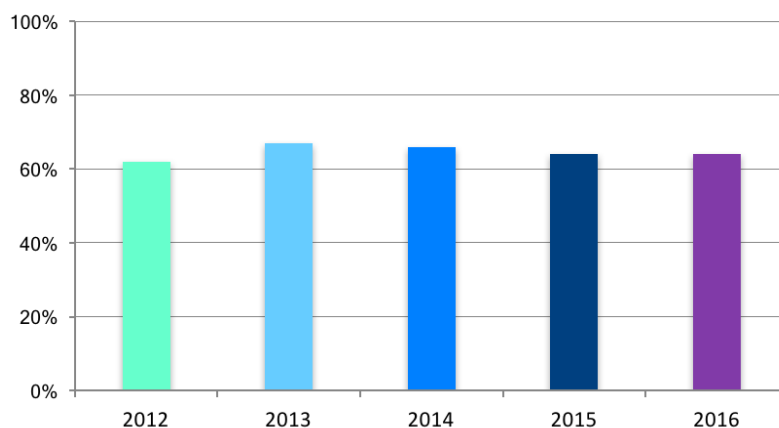
***Een zorggroep heeft hier 0 als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

⁹ Vier groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum en vier groepen hebben een verschil van minder dan 10 patiënten opgegeven.

Net als bij diabetes 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.

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 (grafiek 1). 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) konden aanleveren.

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



Het aantal zorggroepen dat gegevens over COPD-zorg 2016 aangeleverd heeft is gestegen naar 107 tegenover 95 in 2015. Het absolute aantal COPD-patiënten waarover data zijn aangeleverd is daardoor gestegen, tevens zijn bij relatief méér patiënten de indicatoren registraties aangeleverd (nl. 84% in 2016 t.o.v. 77% in 2015). Dit betekent dat van meer COPD-patiënten die ketenzorg krijgen kwaliteitsindicatoren bekend zijn (109.313 patiënten in 2016 t.o.v. 95.292 in 2015).

De prevalentie van COPD in de populaties van de aanleverende zorggroepen is met 2% nagenoeg in lijn met andere jaren (2.1% in 2015, 2.0% in 2014). Vermeende stijging van de prevalentie blijft dus voorsnag uit. Mogelijk speelt hierbij de aanscherping van het criterium voor obstructie van de longfunctie in de NHG-standaard COPD 2015 een rol, waardoor diagnoses soms bijgesteld moesten worden.

Behoudens twee zorggroepen die extreme prevalenties aangeven is de variatie in prevalenties tussen de zorggroepen minder wisselend dan vorig jaar (0.9 -3.1%). Zorggroepen met prevalenties die hierbuiten vallen dienen hun diagnosestelling nog eens goed onder de loep te nemen.

Het gemiddelde percentage COPD-patiënten dat in de tweede lijn wordt behandeld is met 26.9% vergelijkbaar met 2015 (26.6%). In 2014 lag dit getal op 29.3%, waardoor voorzichtig aan een trend tot meer substitutie gedacht werd. Deze trend blijkt nu niet door te zetten. Opvallend is de grote variatie in tweedelijns populaties. Dat er zorggroepen zijn waar meer dan 50% van de

COPD-patiënten bij de longarts onder behandeling zijn laat zien dat er regio's zijn waar – ondanks goede uitvoering van programmatische zorg in de eerste lijn - terugverwijzing naar de huisarts niet van de grond komt. Het verdient aandacht om de factoren die een rol spelen bij het niet op gang komen van substitutie in die regio's nader te onderzoeken.

Het percentage COPD-patiënten dat in de eerste lijn zorg krijgt bedraagt 63% en is stabiel (grafiek 1). Gemiddeld krijgt 10.9% van de COPD-patiënten in de eerste lijn geen programmatische zorg, dit is meer dan vorig jaar (9,7%). Kennelijk wordt er iets vaker geëxcludeerd conform de aangescherpte inclusiecriteria, bijvoorbeeld vanwege gestopt zijn met roken en het niet ervaren van ziektelast, het tevens deelnemen aan het zorgprogramma "kwetsbare ouderen" of het bereiken van de palliatieve fase waarin de zorg een heel ander karakter krijgt.

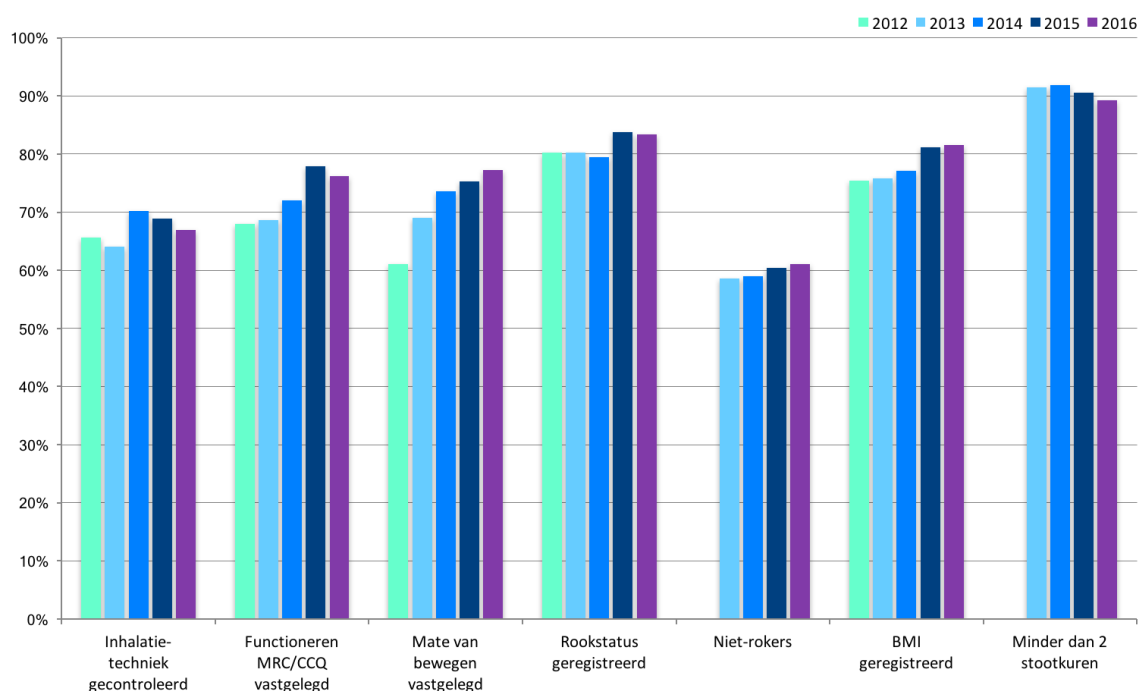
Van ca. 10% van de COPD-patiënten is het hoofdbehandelaarschap niet vastgelegd, vergelijkbaar met 2015. Blijkbaar is het lastig om deze groep in beeld te krijgen, te denken valt aan COPD-patiënten bij wie wél de diagnose ooit gesteld is maar nog niet door de praktijkondersteuner – die meestal het hoofdbehandelaarschap noteert – gezien zijn. Omdat het over een aanzienlijke groep gaat zou het de moeite waard zijn deze mensen in beeld te krijgen zodat verwezen kan worden naar de juiste hoofdbehandelaar.

RESULTATEN COPD INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de indicatoren over vijf jaren. Dit jaar is evenals de twee voorgaande jaren gevraagd gegevens aan te leveren over iedereen die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma meedeelde. Een zuivere vergelijking met de jaren daaraan voorafgaand (2012 en 2013) is dus niet mogelijk. De selectie van de populatie kan een deel van de eventuele verbeteringen op de scores verklaren.

1 Vergelijking indicatoren COPD over vijf jaren

Grafiek1: Vergelijking indicatoren over vijf jaren¹⁰



De registratie over 2016 laat zien dat er weinig veranderd is t.a.v. gemeten onderdelen van de COPD-ketenzorg ten opzichte van 2015. Blijkbaar vormen de meeste zorgprocessen een vast onderdeel van de zorg aan COPD-patiënten, óók bij startende zorggroepen, hetgeen toe te juichen is. Helaas is de indicator "inhalatietechniek gecontroleerd" licht gedaald, terwijl daar juist verbetering nog wenselijk was. Inhalatiecontrole is een belangrijk onderdeel van de zorg en dient minimaal jaarlijks uitgevoerd te worden. Mogelijk is de registratie in de KIS-systemen gecompliceerd, waardoor de indicator niet altijd vastgelegd wordt. Hier is aandacht voor nodig.

¹⁰ In het rapport van vorig jaar was ook de indicator 'spirometrie uitgevoerd' opgenomen. Aangezien de meetperiode bij deze indicator dit jaar is gewijzigd van een naar drie jaar is een vergelijking over jaren niet mogelijk.

De trendmatige verbetering van het aantal niet-rokers is een positieve ontwikkeling. Dit geldt ook voor de indicator "mate van beweging vastgelegd". Stoppen met roken en voldoende bewegen zijn de twee belangrijkste behandelmodaliteiten bij COPD.

2 Resultaten over 2016 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 van COPD-patiënten

De prevalentie van COPD in de populaties van de aanleverende zorggroepen is met 2% nagenoeg in lijn met andere jaren (2.1% in 2015, 2.0% in 2014). Vermeende stijging van de prevalentie blijft dus vooralsnog uit. Mogelijk speelt hierbij de aanscherping van het criterium voor obstructie van de longfunctie in de NHG-standaard COPD 2015 een rol, waardoor diagnoses soms bijgesteld moesten worden.

Behoudens twee zorggroepen die extreme prevalenties aangeven is de variatie in prevalenties tussen de zorggroepen minder wisselend dan vorig jaar (0.9 -3.1%). Zorggroepen met prevalenties die hierbuiten vallen dienen hun diagnosestelling nog eens goed onder de loep te nemen.

Grafiek 2. Percentage COPD-patiënten in zorgprogramma

Hoewel dit jaar twaalf nieuwe zorggroepen hun data aangeleverd hebben blijft het percentage COPD-patiënten dat programmatische zorg krijgt met 53% opvallend stabiel (53% ook in 2015). Dit percentage zou kunnen stijgen door substitutie vanuit de tweede naar de eerste lijn.

Naarmate huisartsen aantonen de programmatische zorg goed onder de knie te hebben dient terugverwijzing door de longarts nagestreefd te worden. Substitutieafspraken hierover komen in veel regio's helaas nog niet goed van de grond.

Als de programmatische zorg leidt tot stoppen met roken en lage ziektelast kan de patiënt vaak – door zelfmanagement – zijn ziekte goed hanteren en kan programmatische zorg gestaakt worden.

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

Het is betreurenswaardig dat een van de belangrijkste indicatoren van de COPD-zorg een daling laat zien: slechts bij 67% van de COPD-patiënten die inhalatiemedicatie gebruiken is de inhalatietechniek minimaal 1x per jaar gecontroleerd (69% in 2015). Het is bekend dat het merendeel van de patiënten fouten maakt bij het inhaleren van medicatie. Hierdoor bereikt het middel niet of onvoldoende de plaats van werking wat de effectiviteit vermindert en juist tot bijwerkingen kan leiden.

Het controleren van de techniek is daarnaast belangrijk omdat mensen in toenemende mate een ander device bij de apotheek krijgen dan ze gewend zijn, vaak zonder instructie (Rapport Nivel 2016).

Het verdient absoluut aandacht om de daling van deze indicator nader te bestuderen, waarbij ook het registratieproces als zodanig bekeken moet worden. Het is namelijk denkbaar dat de inhalatietechniek wel gecontroleerd wordt maar dat registratie in het KIS lastig is. Het is aan te bevelen hierover samenwerkingsafspraken met de apotheek te maken, die de inhalatietechniek ook dient te controleren.

Grafiek 4. Percentage COPD-patiënten bij wie de longfunctie is bepaald in de afgelopen drie jaar

Deze indicator is nieuw wat betreft de periode waarin een longfunctie bepaald moet zijn. Het is niet verrassend dat de huidige indicator waarin deze periode verlengd is naar drie jaar hoog scoort met 86%. In de afgelopen jaren is er vaak jaarlijks een spirometrie gedaan, conform de toen geldende richtlijnen.

Het valt in de komende jaren te bezien of de huidige aanbeveling wat betreft het wel of niet uitvoeren van spirometrie tijdens de monitoring van een COPD-patiënt goed nagestreefd zal worden.

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

Het vragen naar het functioneren en de beperkingen van de patiënt dient een vast onderdeel van de zorg voor de COPD-patiënt te zijn; het verschaft inzicht in diens ziektelast en biedt een houvast voor het bespreken en opstellen van een individueel zorgplan en de daaraan verbonden behandeldoelen. Bij 77% is er met deze vragenlijsten gewerkt, wat een goede zaak is maar wel nog verbeterpotentieel laat zien. Meer dan twintig zorggroepen laten zien dat deze zorg bij 85-100% van de patiënten gegeven is; dit moet de groepen links in de curve motiveren om hier in hun kwaliteitsbeleid aandacht aan te besteden

De Long Alliantie Nederland heeft de afgelopen jaren de opdracht gegeven een nieuwe ziektelastmeter COPD te ontwikkelen. Na onderzoek in de eerste en tweede lijn werd in 2016 wetenschappelijk bewezen dat het werken met deze ziektelastmeter de kwaliteit van leven van de COPD-patiënten verbetert¹¹. Omdat de CCQ een wezenlijk onderdeel van deze integrale ziektelastmeter uitmaakt kan, na implementatie van de ziektelastmeter binnen de programmatische zorg, deze indicator in de toekomst vervangen worden door de ziektelastmeting.

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

Er is een stijgende aandacht voor de mate van bewegen in het leven van de COPD-patiënt te bespeuren. Deze indicator is weer iets beter geregistreerd dan in 2015 (77% t.o.v. 75%, wat erop wijst dat bewegen steeds meer een vast onderdeel van het consult wordt. Het is hoopvol dat sommige zorgverzekeraars het beweegadvies aan de COPD-patiënt door de fysiotherapeut in de programmatische zorg-vergoeding willen opnemen. Daarmee kan de zorgverlener de patiënt die moeilijk tot voldoende bewegen in staat is binnen de keten verwijzen.

¹¹ A. Slok et al. Effectiveness of the Assessment of Burden of COPD (ABC) tool on health-related quality of life in patients with COPD: a cluster randomised controlled trial in primary and hospital care. BMJ open, 2016.

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

Omdat roken oorzaak nummer één is bij het ontstaan van COPD is stoppen hiermee absoluut noodzakelijk voor behoud van de longfunctie en de kwaliteit van leven van de patiënt. Het rookgedrag moet daarom actueel nagevraagd worden, ook als de patiënt ooit met roken gestopt is.

Dat deze indicator bij 84% van de patiënten geregistreerd is laat zien dat dit ook vaak gebeurt. Een hoger percentage is wenselijk, vermoedelijk zal bij een patiënt bij wie het roken al jaren niet meer relevant is de registratie wel eens vergeten worden.

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

Het aantal niet-rokers onder de COPD-patiënten is de laatste jaren licht aan het stijgen, deze trend zette zich ook in 2016 voort (59% in 2013 naar 61% in 2016) en is ook te bespeuren bij andere zorgprogramma's. Dit is een goede ontwikkeling die laat zien dat het bespreken van het rookgedrag en het bieden van stoppen met roken-begeleiding loont.

De daling van het percentage rokers gaat niet in groten getale, maar iedere COPD-patiënt die gestopt is met roken geniet gezondheidswinst: hij heeft zichzelf en zijn naasten een grote dienst bewezen.

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

De Body Mass Index is in 2016 bij 82% van de COPD-patiënten vastgelegd (81% in 2015). Deze BMI maakt onderdeel uit van de ziektelast en wijst vooral op verergering van ziektelast bij daling van de BMI < 21 of een daling van 5% in één maand dan wel 10% in zes maanden. Het is daarom belangrijk om de BMI te blijven bepalen bij COPD-patiënten tijdens de monitoring van hun ziekte.

Grafiek 10. Percentage COPD-patiënten met twee of meer stootkuren prednison

Exacerbaties, of longaanvallen, zijn periodes van duidelijke toename van klachten bij de COPD-patiënt en benadrukken in hoge mate de mate van ziektelast. Een exacerbatie kan wekenlang aanhouden en na afloop bemerkt de patiënt een – vaak blijvende – achteruitgang in kwaliteit van leven.

Het is daarom belangrijk dat exacerbaties op tijd herkend en op tijd en adequaat behandeld worden. Dit gebeurt vaak met een stootkuur prednison.

Het percentage patiënten dat in 2016 twee keer of vaker een stootkuur nodig had is met 11% ongeveer gelijk aan 2015 (10%). Het zou interessant zijn om te zien of eerdere herkenning en behandeling van longaanvallen in de eerste lijn leidt tot minder ernstige exacerbaties, waarbij opname in het ziekenhuis noodzakelijk is. Wellicht kunnen zorggroepen deze indicator voor hun interne kwaliteitsbeleid in de toekomst registreren.

RESULTATEN ASTMA ALGEMEEN

De 35 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2016 met elkaar 53.511 patiënten met astma in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 40.455 patiënten¹² (76%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	35
Aantal zorggroepen van wie populatie (16 jaar en ouder) bekend is ¹³	28
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	105.497
Mediaan	79.223
Minimum	6.838
Maximum	439.109

Het aantal zorggroepen dat cijfers aanlevert over astma is gestegen van 17 naar 35. De helft van de zorggroepen heeft laten weten dat ze pas een jaar een contract heeft. Bij hen kunnen opstart- en registratieproblemen de cijfers mogelijk beïnvloeden.

Overzicht 2: Verdeling mensen met astma over zorggroepen

	patiënten met astma N*=31	Prevalentie** in % N=26	in zorggroep N=35	% specialist N=28	% niet in programma*** N=28
gemiddelde	4.597	5,4	1.528	9,6	16,9
mediaan	3.764	5,4	857	9,6	9,5
minimum	273	0,3	38	0,5	0,0
maximum	16.888	8,7	5.479	22,8	62,6

*N = aantal zorggroepen dat betreffende gegevens kon aanleveren; dit 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 2 van bijlage 1).

***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).

¹² Drie groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum en een groep heeft een verschil van minder dan 10 patiënten opgegeven.

¹³ Sommige groepen konden de populatie niet uitsplitsen naar leeftijd en hebben de totale populatie aangeleverd.

Er is sprake van een landelijke stijging van het aantal zorggroepen dat programmatische zorg aan hun patiënten met astma verleent. Dit is te zien in de groei van het aantal zorggroepen dat gegevens over deze zorg heeft aangeleverd voor deze benchmark (35 in 2016 t.o.v. 17 in 2015). De gemiddelde prevalentie van astma is met 5,4% in 2016 hoger dan vermeld in landelijke bronnen (www.volksgezondheidenzorg.info). Omdat de spreiding van de opgegeven prevalenties zowel in de eerste lijn als bij de specialist echter nog groot is (zie overzicht 2) moeten prevalentiecijfers nog niet als representatief beschouwd worden.

Het percentage astmapatiënten dat de huisarts als hoofdbehandelaar heeft maar geen programmatische zorg krijgt is gestegen van 12,5% in 2015 tot 16,9% in 2016. Dit betreft patiënten die geen indicatie voor inhalatiecorticosteroid-onderhoudstherapie hebben omdat zij slechts sporadisch last van hun astma hebben. Het is de verwachting dat deze groep nog zal toenemen.

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.

Toelichting bij de grafieken

In 2016 zijn de grafieken gebaseerd op de aangeleverde data van 26 zorggroepen; dit is een stijging van 50% t.o.v. vorig jaar (17). Veel zorggroepen zijn pas in 2016 gestart met programmatische zorg aan astmapatiënten. Vermoedelijk verklaart dat de grote diversiteit in de registratie van prevalentie en indicatoren. Nadere analyse laat zien dat de zorggroepen die in 2015 ook al data aanleverden betere registraties van kwaliteitsindicatoren laten zien dan de nieuwe groepen.

Grafiek 1. Prevalentie astmapatiënten

De gewogen prevalentie van astma in de zorggroepen die hun data aangeleverd hebben is 4,8%. Dit is iets hoger dan de prevalentiecijfers die tot nu toe bekend zijn (3,5-4%, NIVEL Zorgregistratie eerste lijn, 2011). Het is nog niet te duiden of dit te maken heeft met overdiagnostiek dan wel met een feitelijke stijging van de prevalentie conform tendens die reeds vanaf 1990 gaande is, zie volksgezondheideninfol.nl).

Grafiek 2. Percentage astmapatiënten in zorgprogramma

Van alle astmapatiënten ontvangt 34% programmatische zorg in de eerste lijn. Dit is iets minder dan 38% in 2015, zorggroepen zijn echter nog te kort met deze zorg bezig om te spreken over een trend. Zorggroepen met langere ervaring op het gebied van astma-ketenzorg bereiken inclusiepercentages van ca. 40%. Bij hen waren echter naast astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden onderhoudstherapie óók astmapatiënten die roken geïnccludeerd. Omgerekend is het inclusiepercentage van het astma-ketenzorgprogramma nu 1,6% van de totale zorggroepenpopulatie (34% van de prevalentie).

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

Van alle astmapatiënten met programmatische zorg is slechts bij 57% minimaal één keer per jaar de inhalatietechniek gecontroleerd. Dit is een daling t.o.v. 2015 (64%). Dit is een tegenvallende constatering, immers de inhalatie van corticosteroiden is de hoeksteen van behandeling van persisterend astma.

Omdat deze indicator ook bij COPD-patiënten teleurstellend weinig geregistreerd is rijst de vraag of het hier gaat om een proces dat niet uitgevoerd dan wel niet geregistreerd is. Zorggroepen moeten er op toezien dat de controle van inhalatietechniek minimaal eens per jaar bij alle astmapatiënten met onderhoudstherapie uitgevoerd wordt.

Grafiek 4. Percentage astmapatiënten bij wie functioneren (ACQ) is vastgelegd

Om een goed beeld van de klachten en het functioneren van de patiënt te krijgen is het van belang hier op een gestandaardiseerde manier naar te vragen. De ACQ is een geaccepteerde vragenlijst die de mate van astmacontrole goed weergeeft en wordt het meest in de huisartsenpraktijken gebruikt.

In 2016 werd bij ruim 55% van de patiënten de mate van astma-controle vastgelegd, een stijging ten opzichte van 2015 (50%). Verdere verbetering is de komende jaren nodig omdat voor het bereiken van het behandeldoel van astma-zorg, nl volledige astmacontrole, het bepalen van deze controle nodig is.

Grafiek 5. Percentage astmapatiënten bij wie het rookgedrag is vastgelegd

Het inhaleren van tabaksrook is voor de astmapatiënt extra schadelijk: vanwege de verhoogde gevoeligheid voor prikkels kan dit leiden tot inflammatie van het bronchiale slijmvlies en tot luchtwegvernauwing. Astmapatiënten die roken hebben vaker een exacerbatie en kennen een slechtere kwaliteit van leven. Zij lopen een grotere kans om ook COPD te krijgen (ACOS). Het rookgedrag moet daarom bij iedere astmapatiënt bepaald worden. In 2016 is dit bij 82% geregistreerd.

Grafiek 6. Percentage astmapatiënten van wie het rookgedrag bekend is, dat rookt

Het percentage actuele rokers onder de astmapatiënten van wie het rookgedrag bekend is met 13% gelijk aan 2015. Landelijk is er een geleidelijke daling van het percentage rokers in de bevolking te zien (24% in 2016 t.o.v. 26% in 2015). Helaas is deze daling nog niet te zien bij de astma-populatie in de zorggroepen, velen zijn echter net pas begonnen met deze zorg. Het is juist een voordeel van het in beeld hebben van deze groep via ketenzorg zodat zij tijdens de monitoring actief aangesproken kunnen worden op het roken. Het is dan ook jammer dat astmapatiënten die roken maar nog onvoldoende klachten hebben om voor inhalatiecorticosteroïden in aanmerking te komen niet voor programmatische zorg in aanmerking komen.

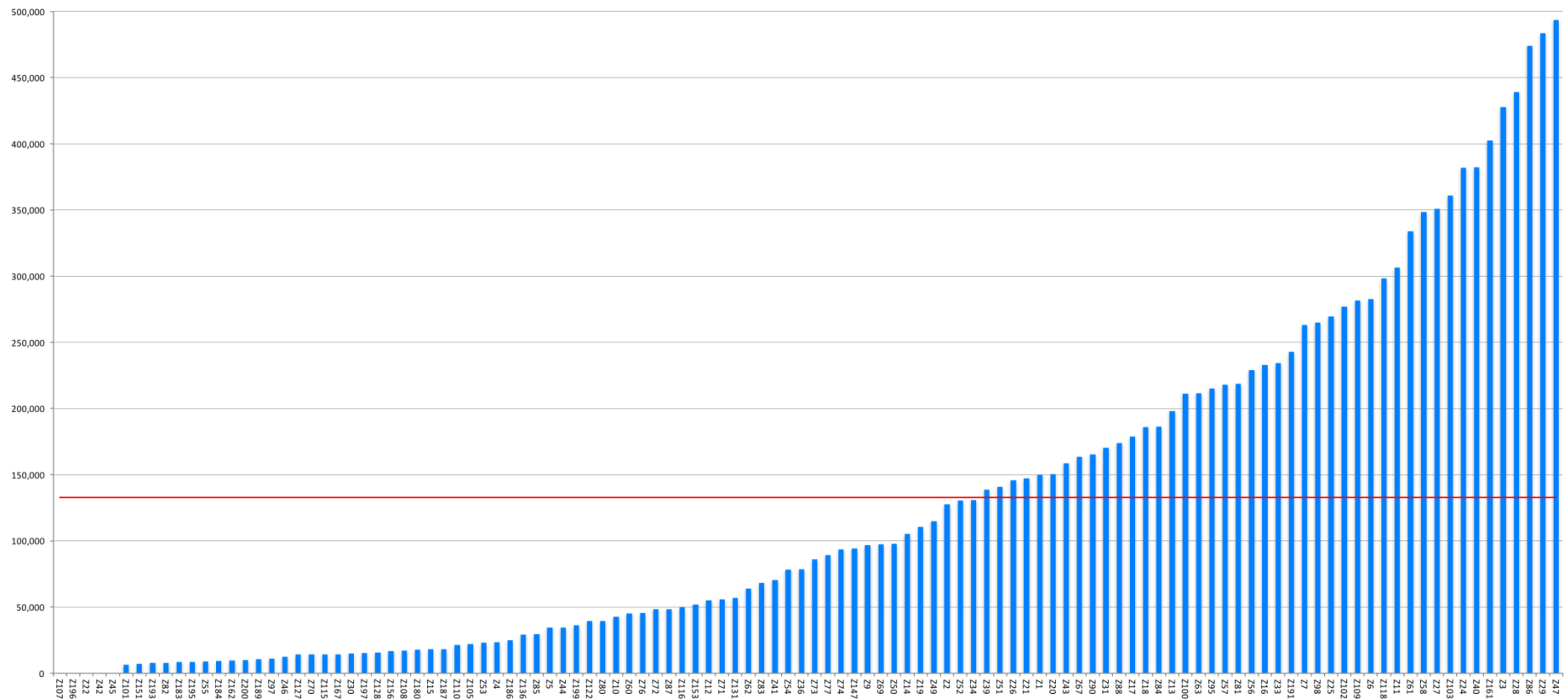
De indicator "astmapatiënten bij wie spirometrie is gedaan" is per 2016 vervallen. De vernieuwde NHG-standaard Astma bij volwassenen (2015) adviseert niet meer bij iedere astmapatiënt jaarlijks longfunctieonderzoek te doen, waardoor deze indicator niet meer relevant voor goede zorg is.

Ook de indicator "Percentage astmapatiënten met twee of meer stootkuren" is komen te vervallen. Het afkappunt voor twee of meer stootkuren prednison is in het geval van COPD een indicatie voor het veranderen van het medicamenteuze beleid en heeft daarom therapeutische consequenties.

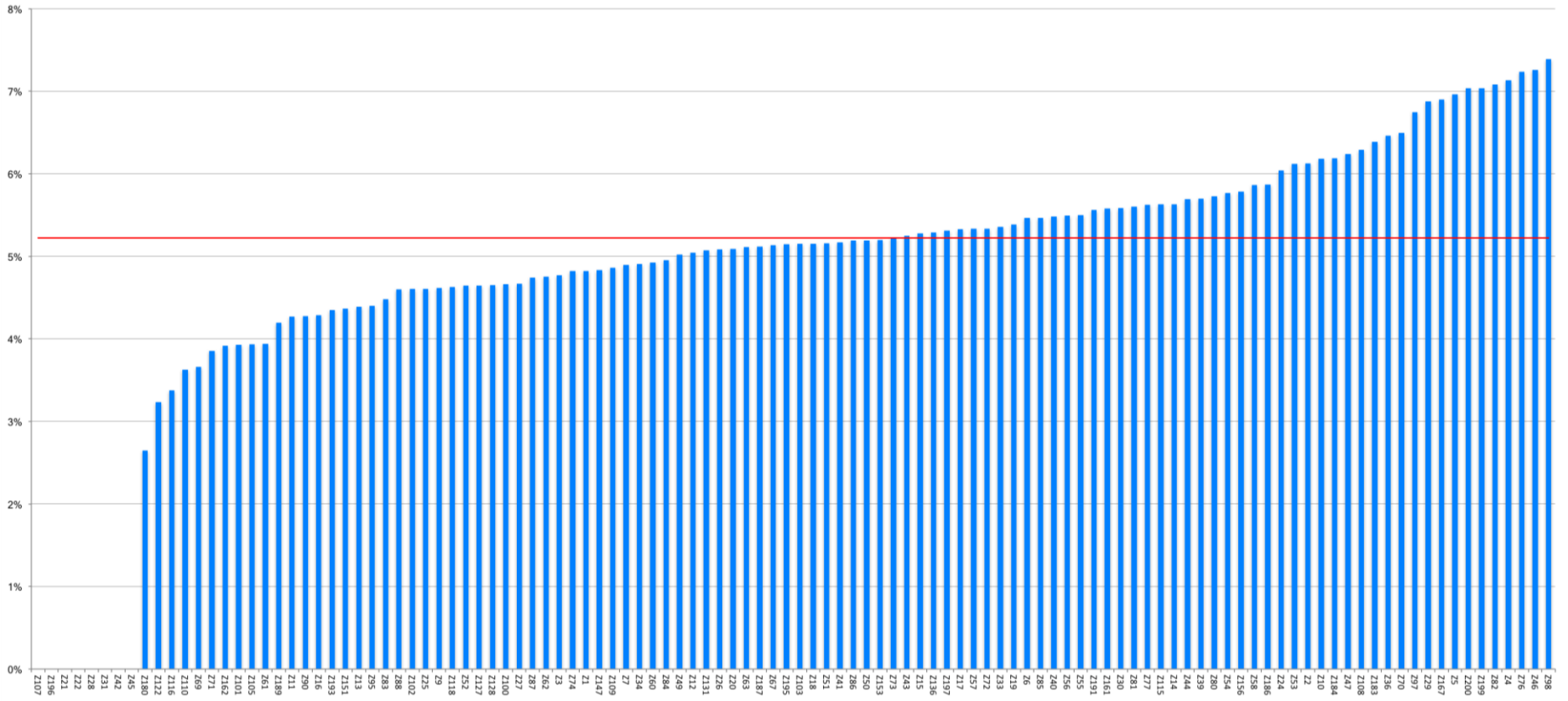
Bij astmapatiënten is iedere exacerbatie in het afgelopen jaar een uiting van slechte astmacontrole waar tal van oorzaken aan ten grondslag kunnen liggen en waarop de behandeling zich moet richten. Het bepalen van astmacontrole is echter al in een andere indicator verwoord.

BIJLAGE 1 | GRAFIEKEN DIABETES

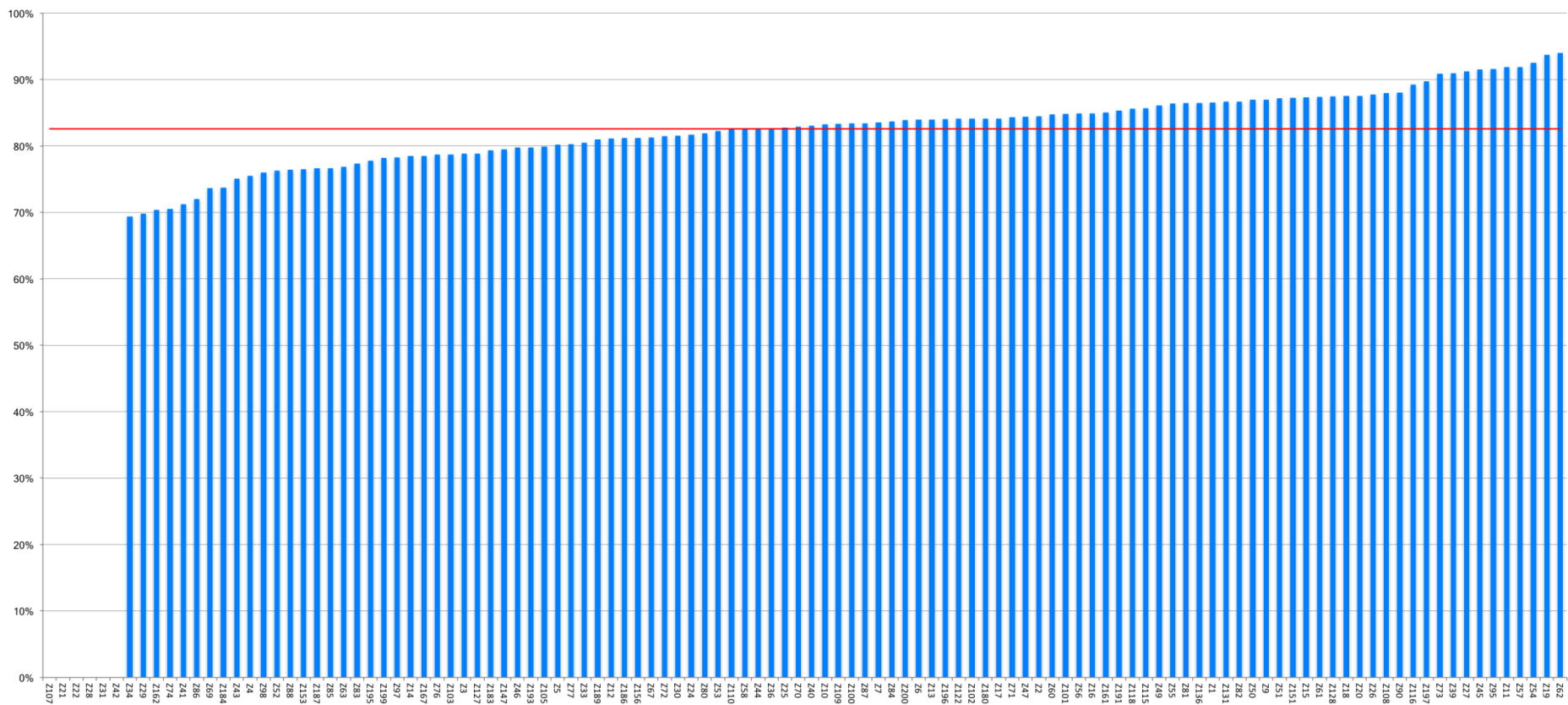
Grafiek 1: Totale populatie zorggroepen



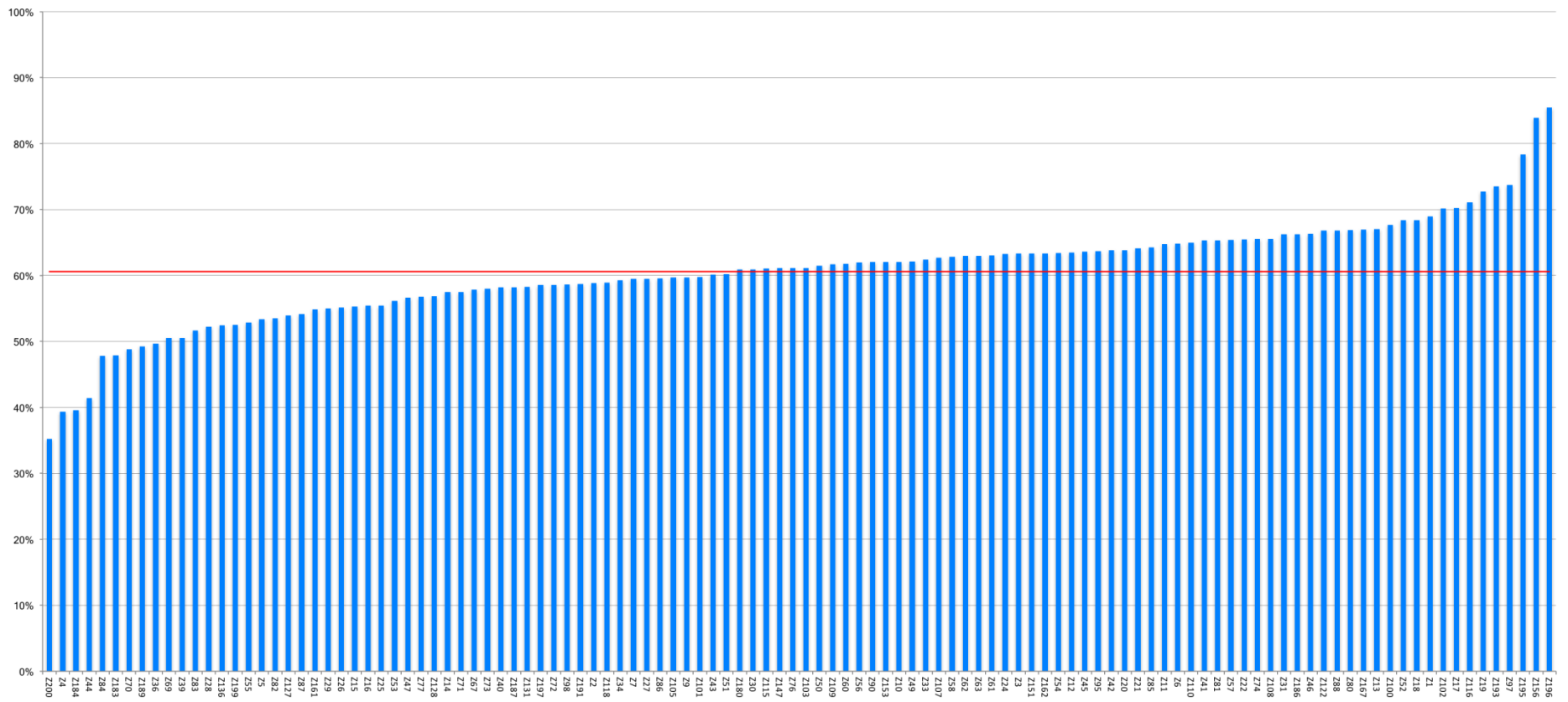
Grafiek 2: Prevalentie diabetes



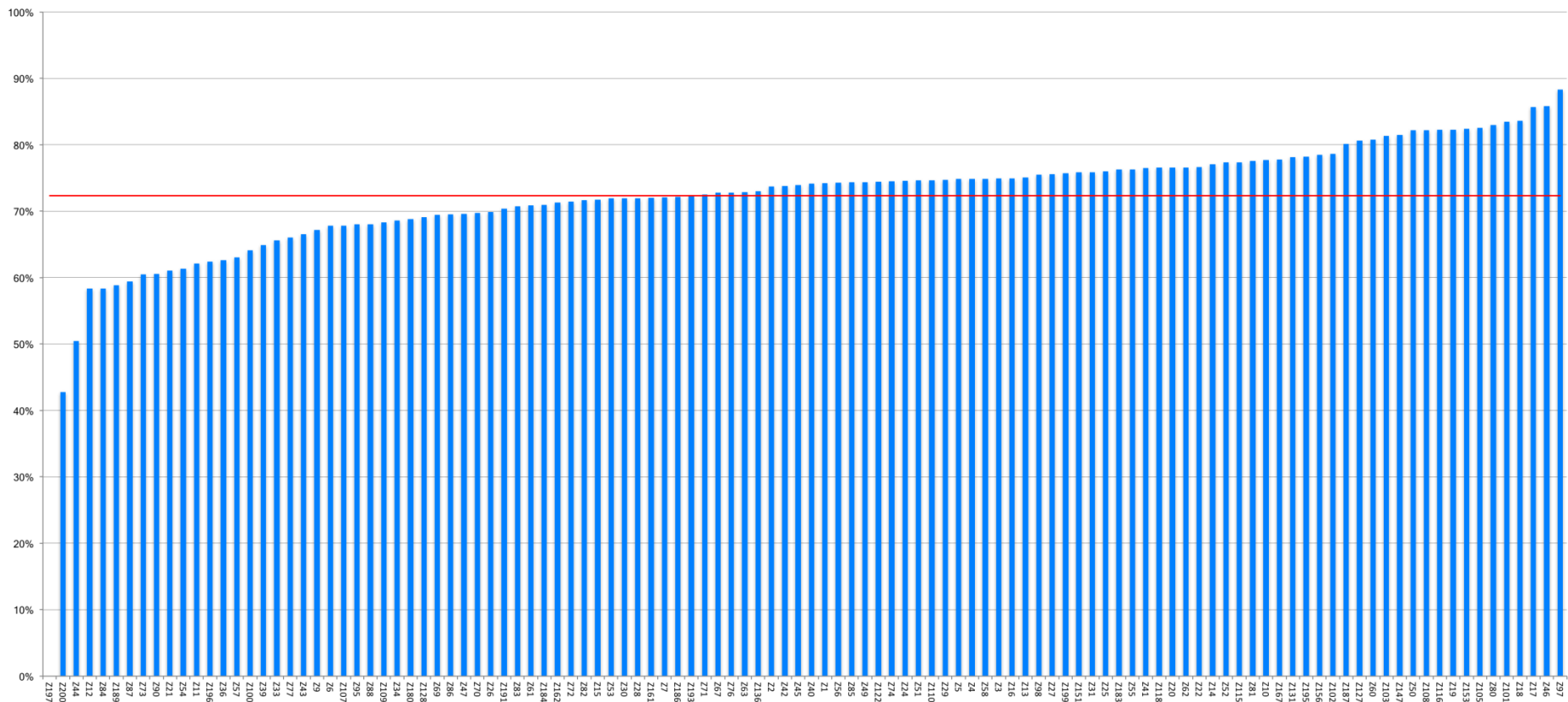
Grafiek 3: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma



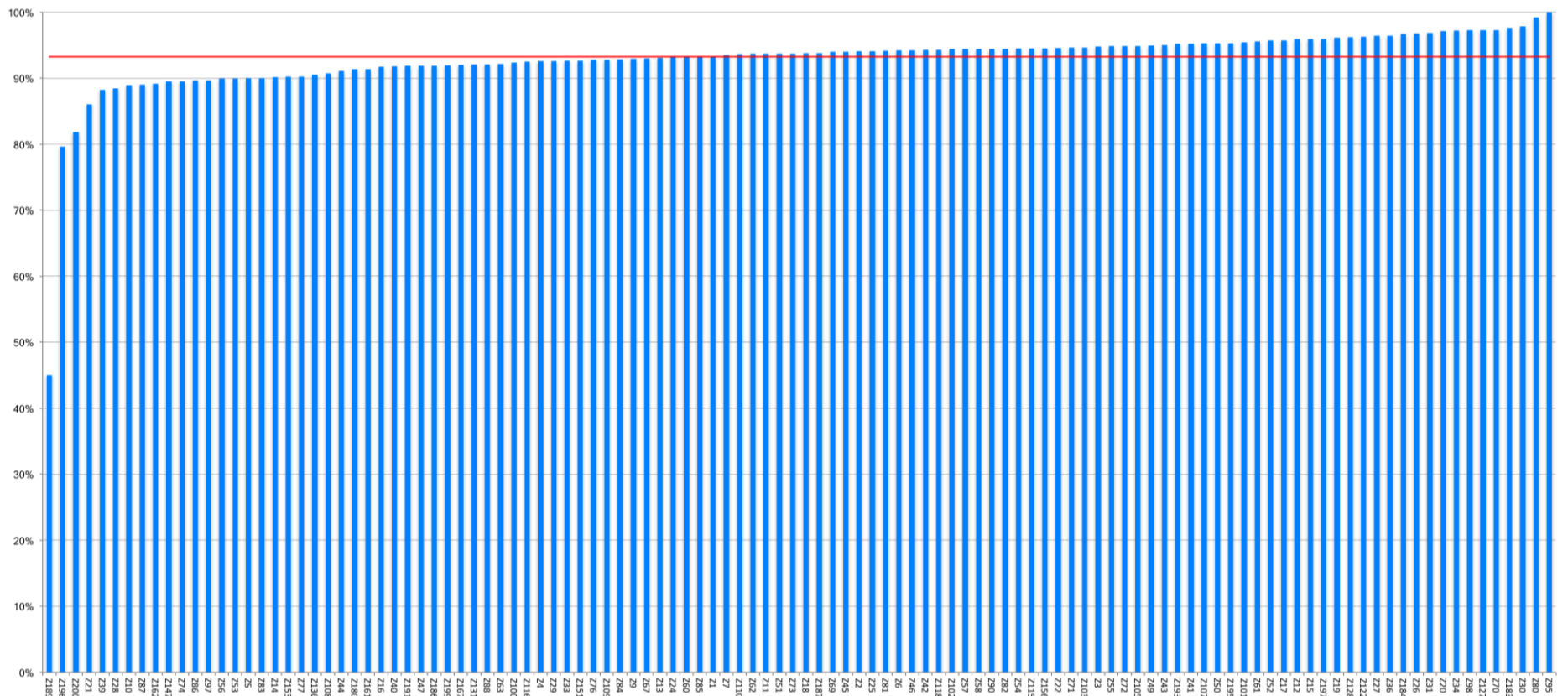
Grafiek 4: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde <= 2,5 mmol/l



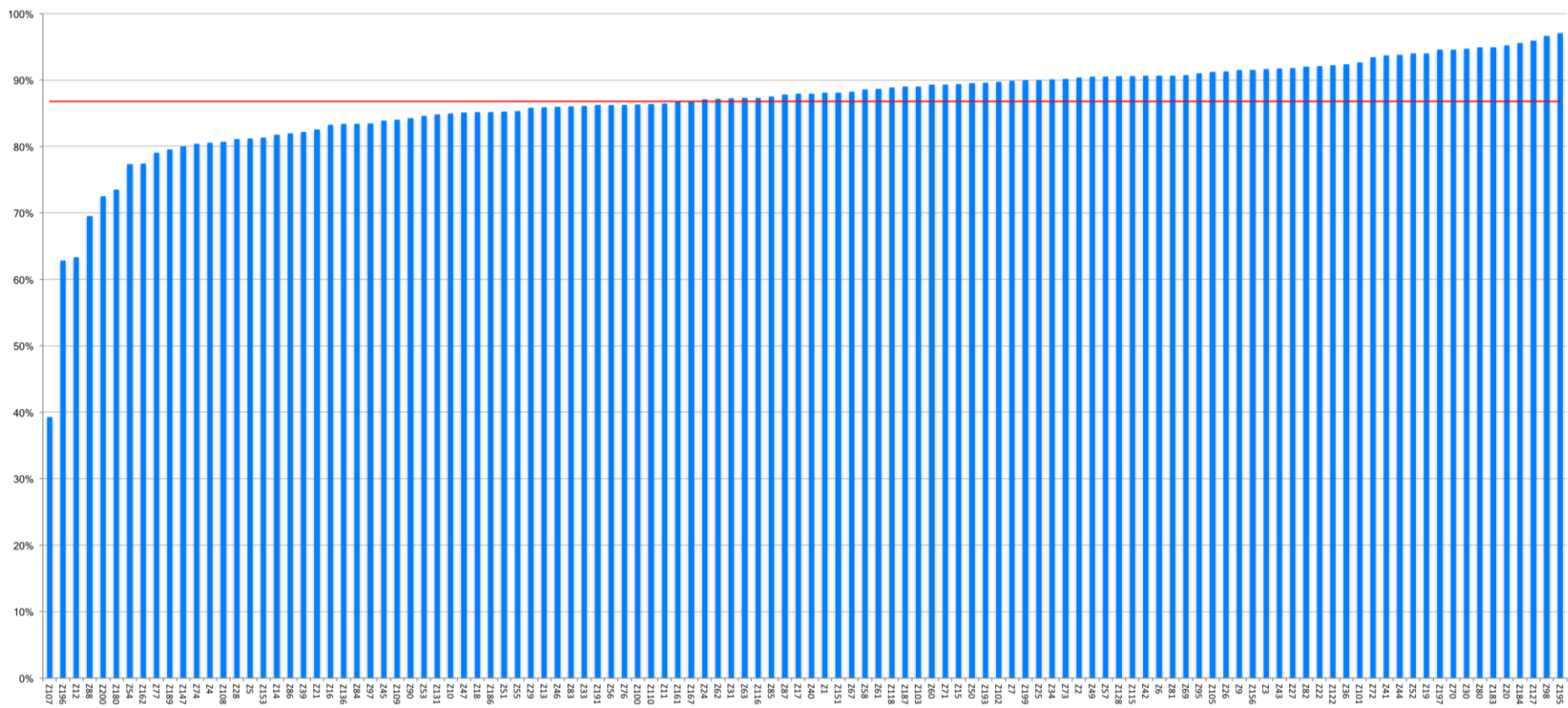
Grafiek 5: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt



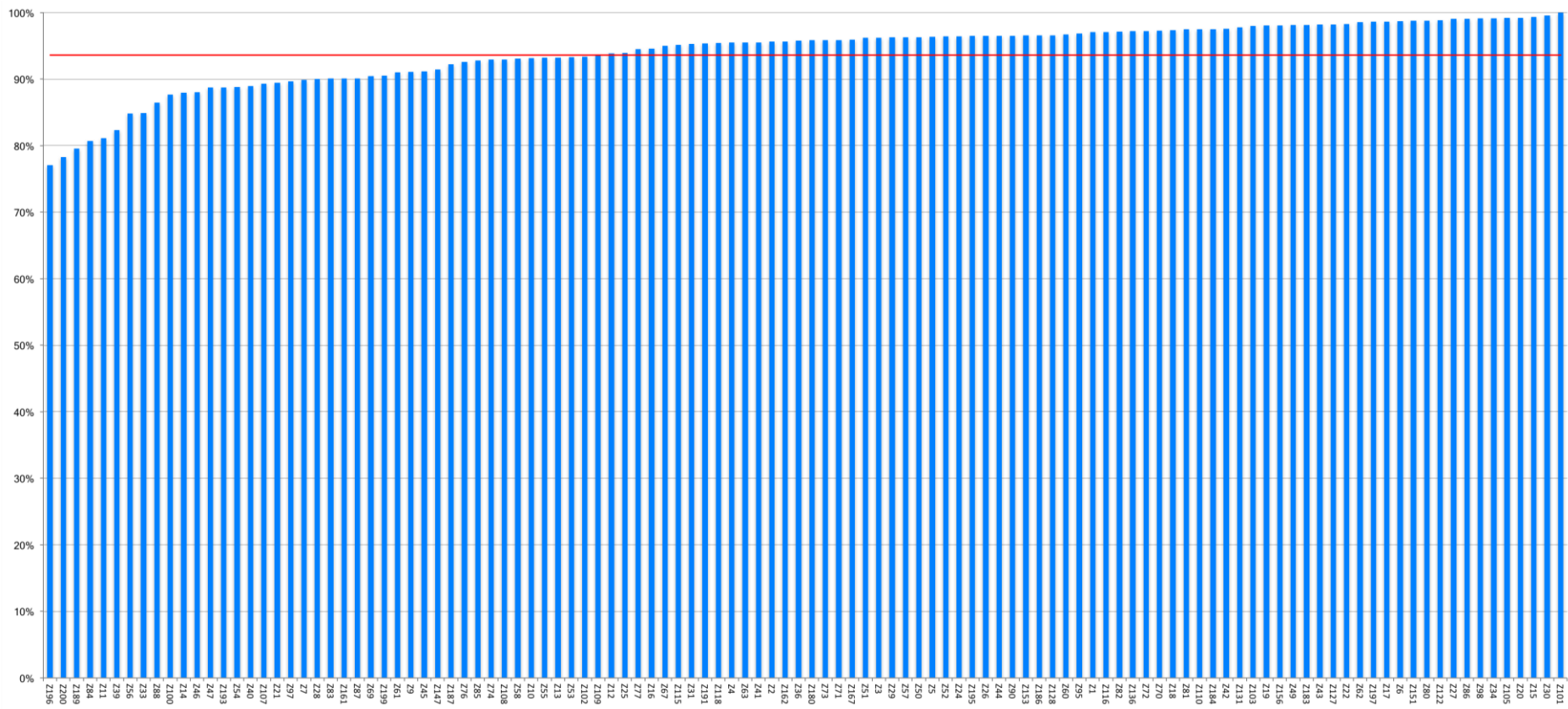
Grafiek 6: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de eGFR is geregistreerd



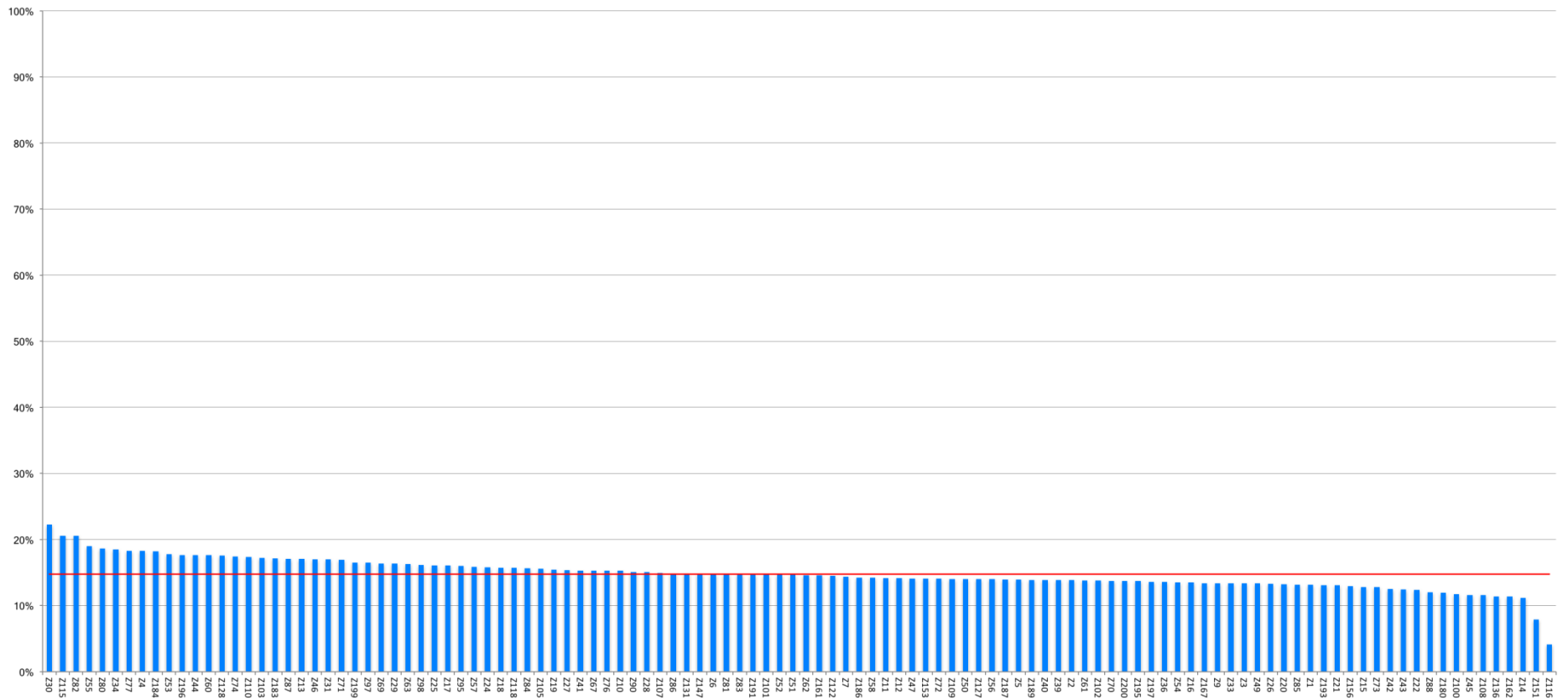
Grafiek 7: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met urineonderzoek (porties) op albumine of albumine/creatinine ratio



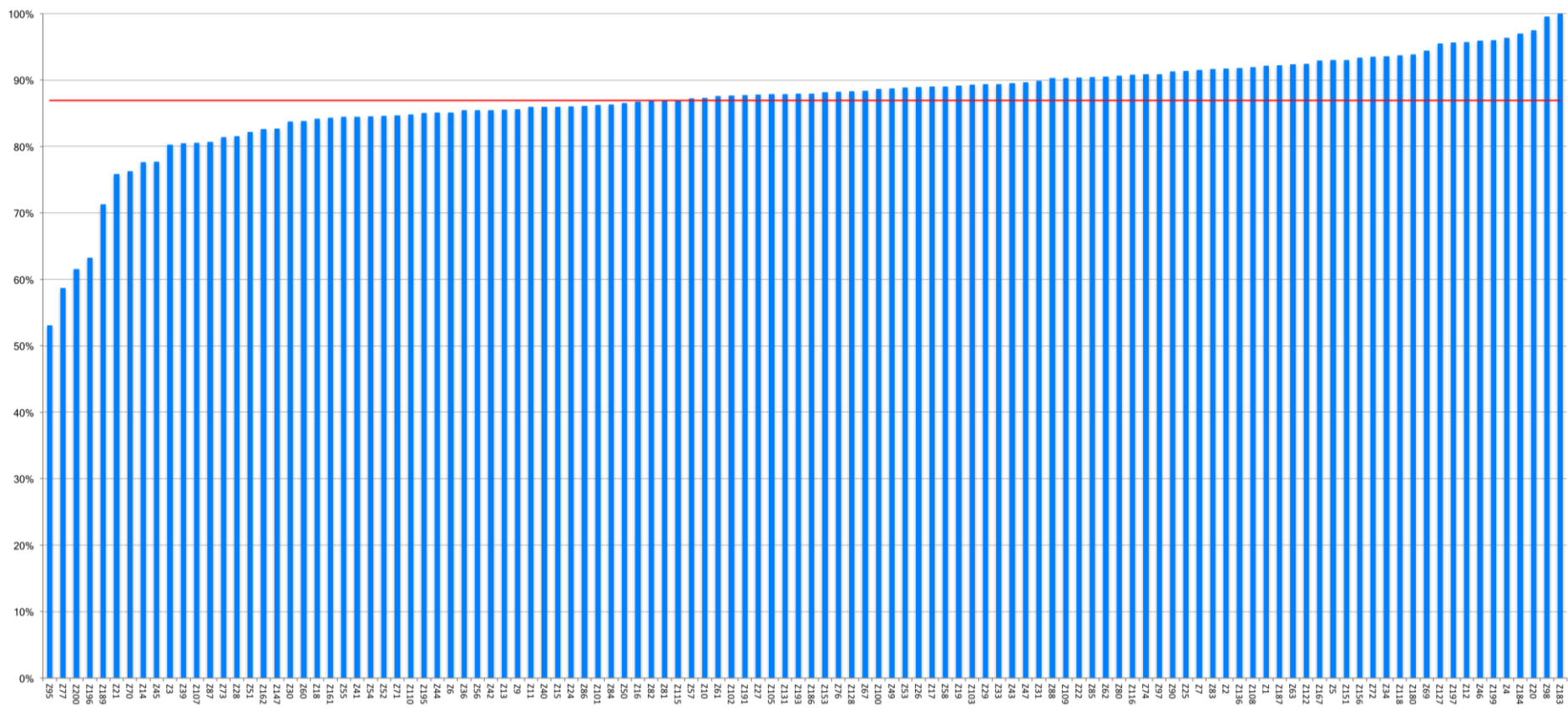
Grafiek 8: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



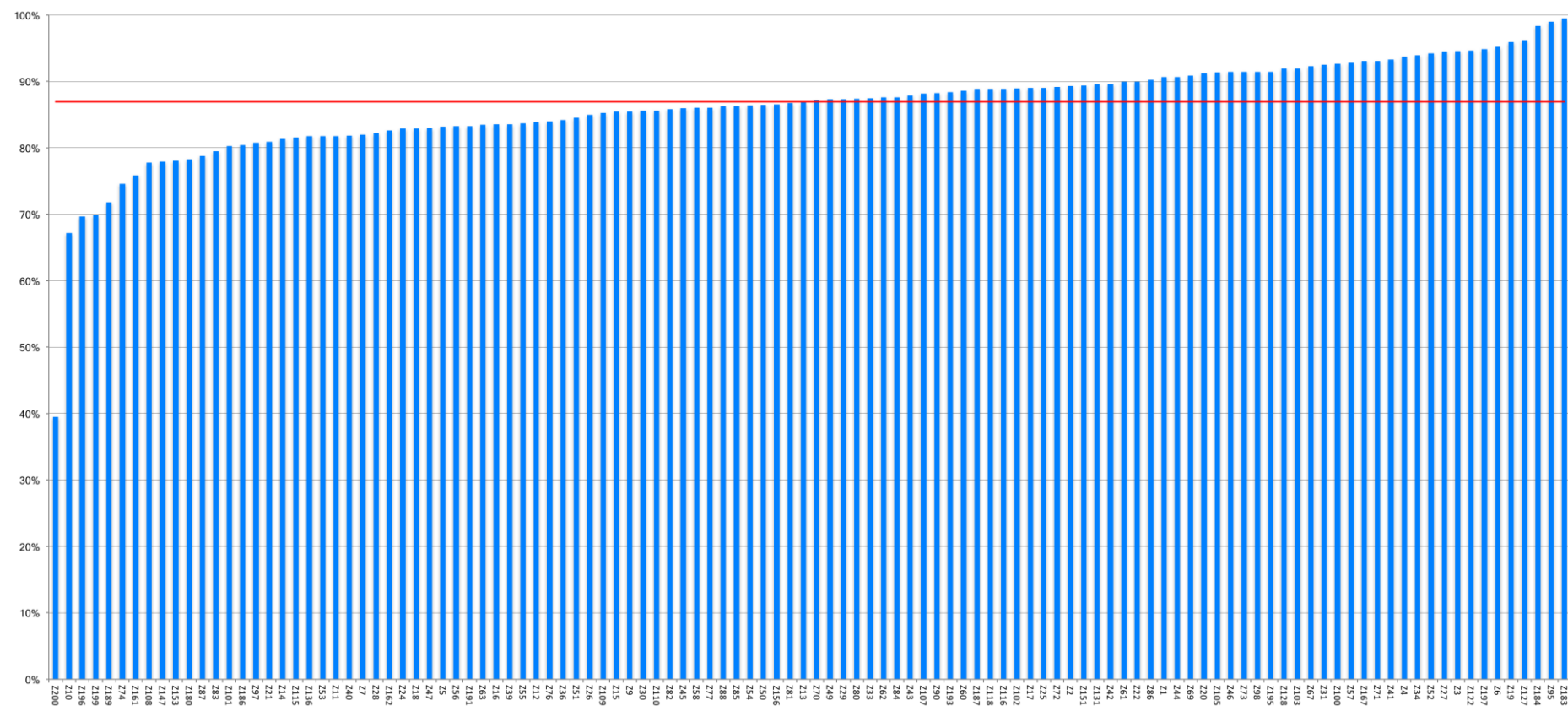
Grafiek 9: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma, van wie rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



Grafiek 10: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met een funduscontrole

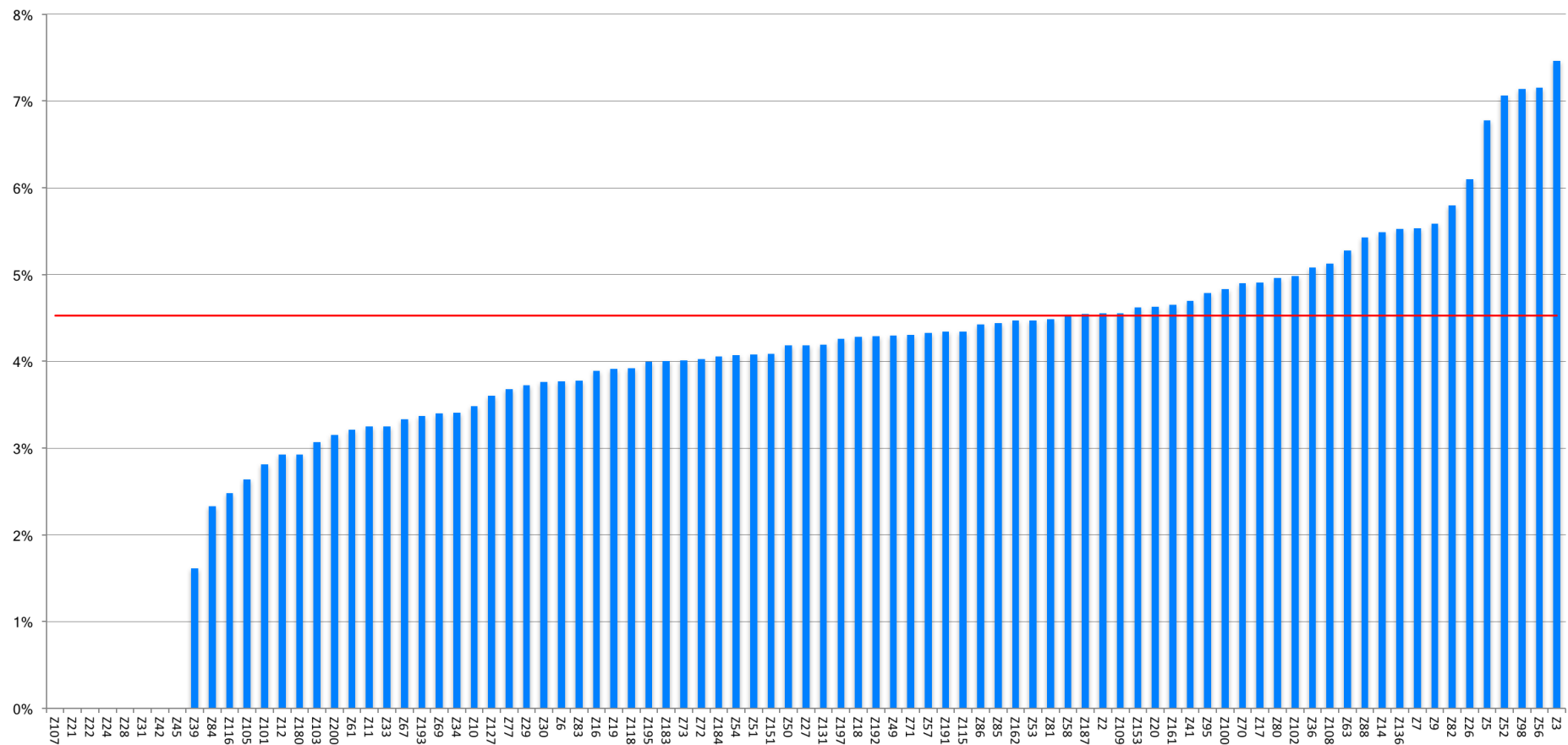


Grafiek 11: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie voetonderzoek is gedaan

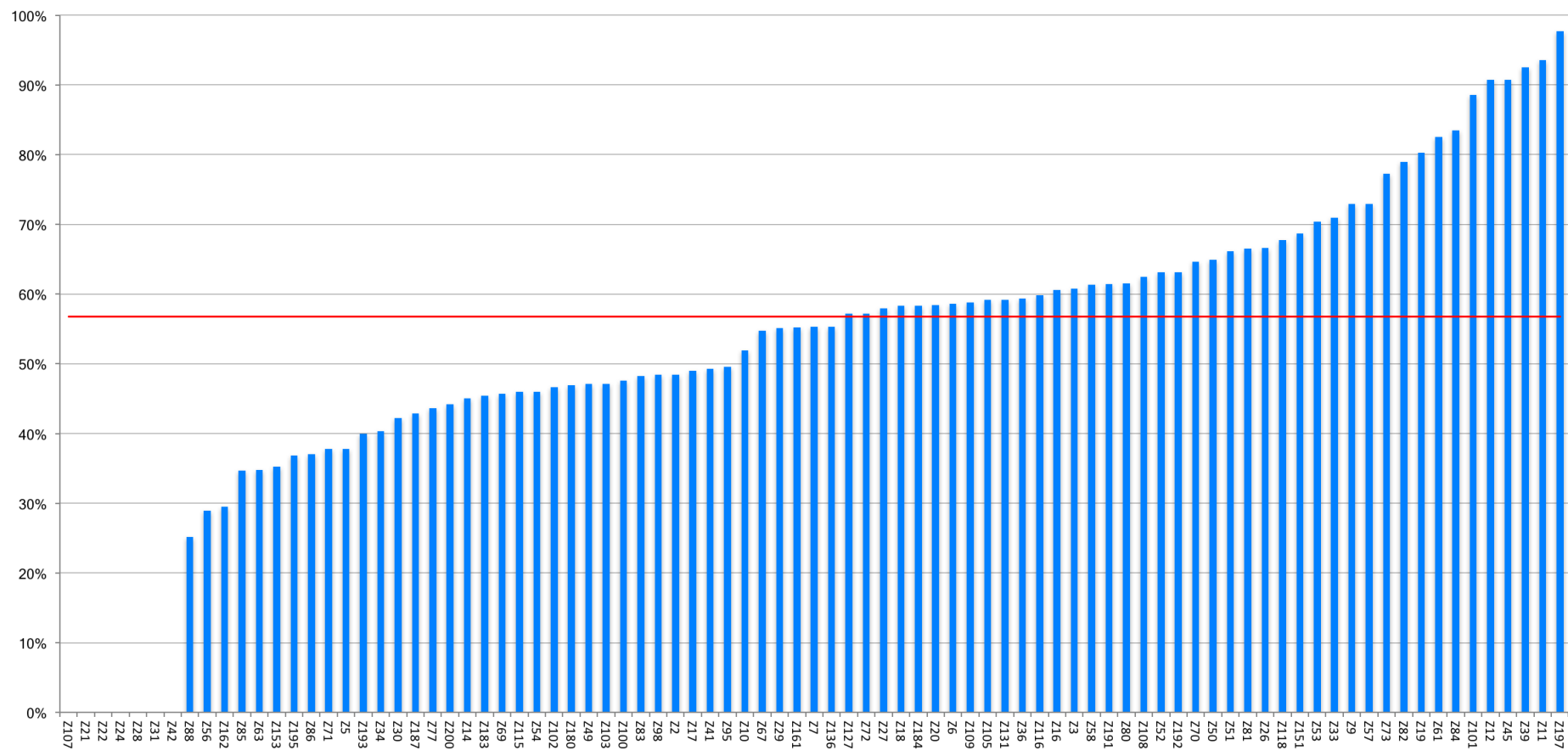


BIJLAGE 2 | GRAFIEKEN HVZ

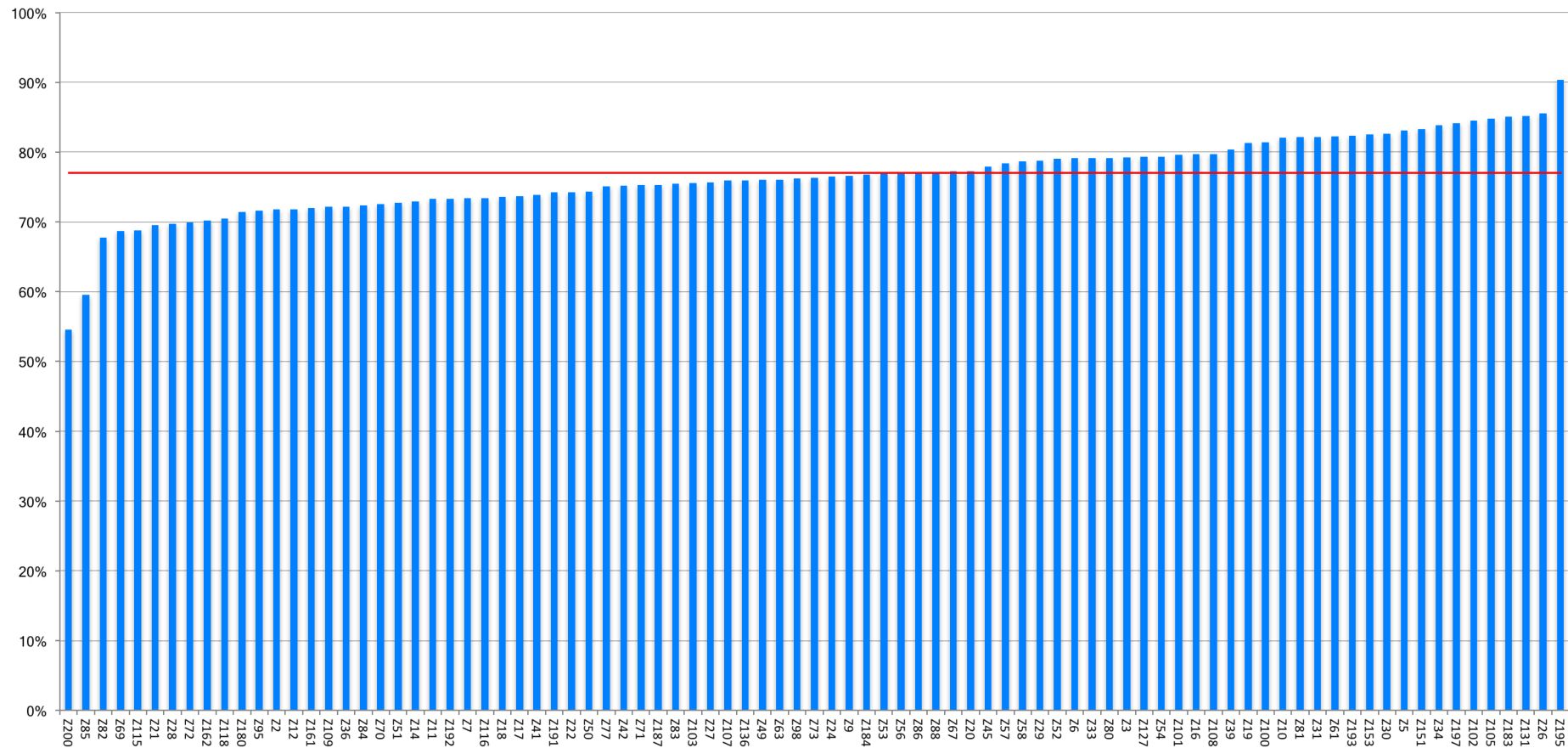
Grafiek 1: Prevalentie HVZ



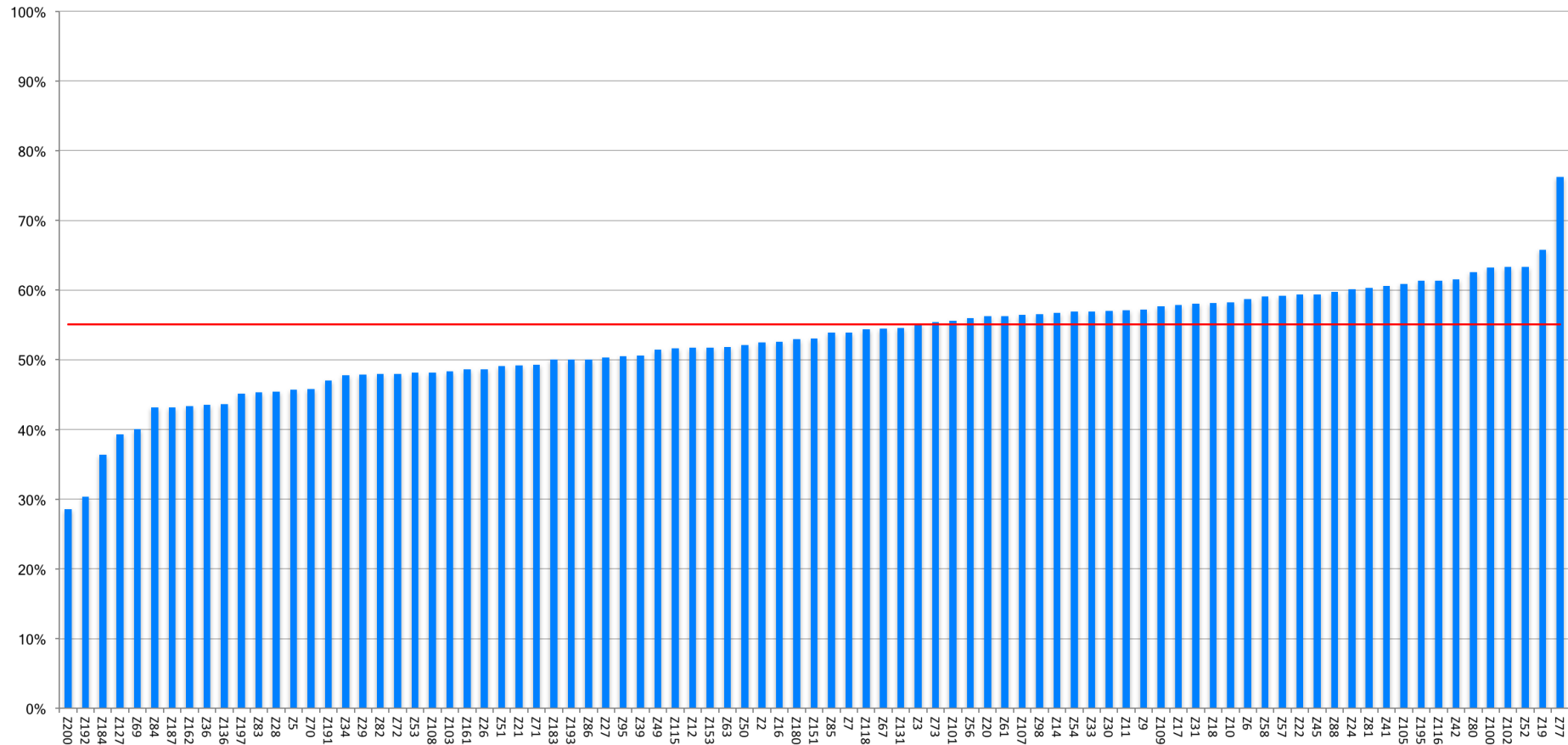
Grafiek 2: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma



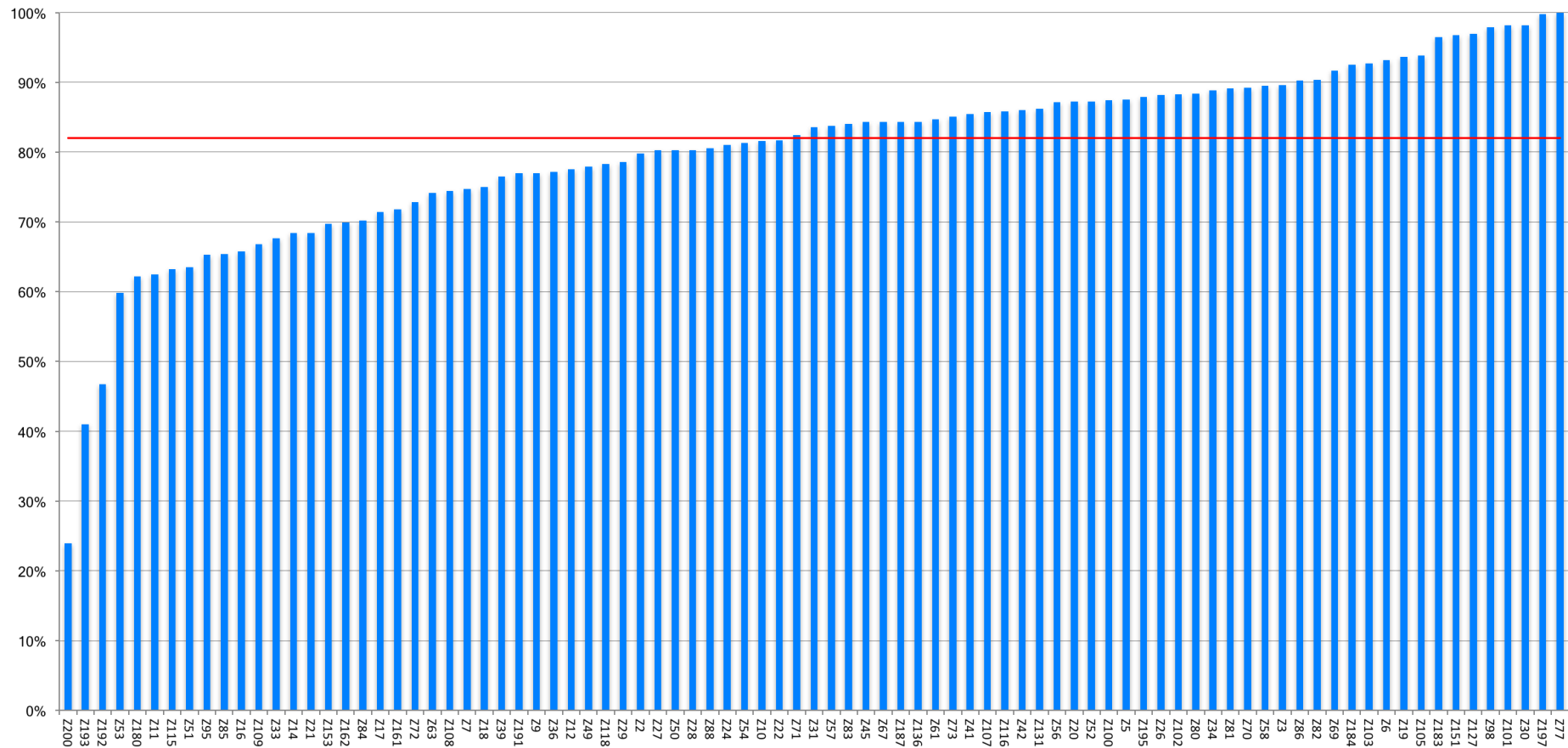
Grafiek 3: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk <= 140 mm HG



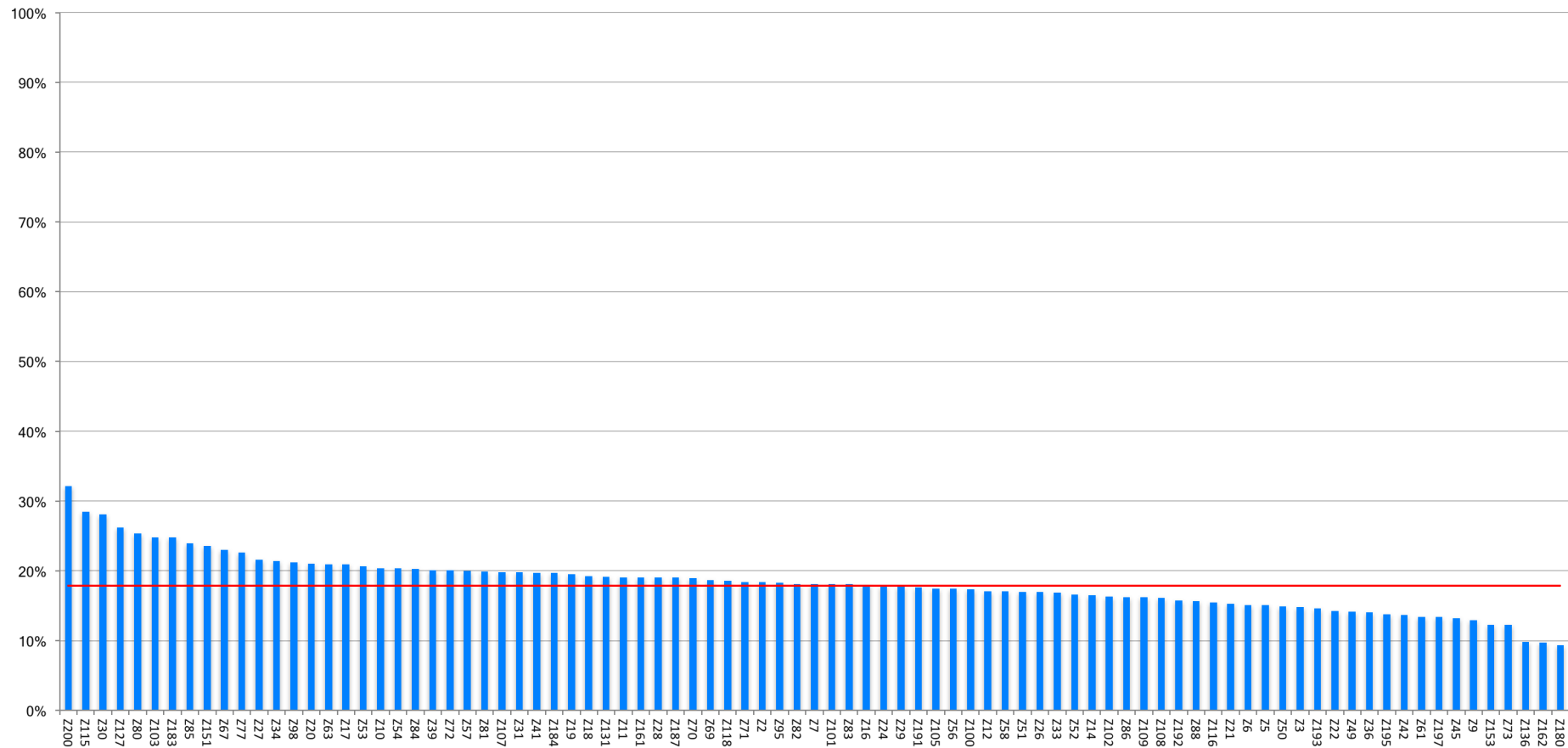
Grafiek 4: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde <= aan 2,5 mmol/l



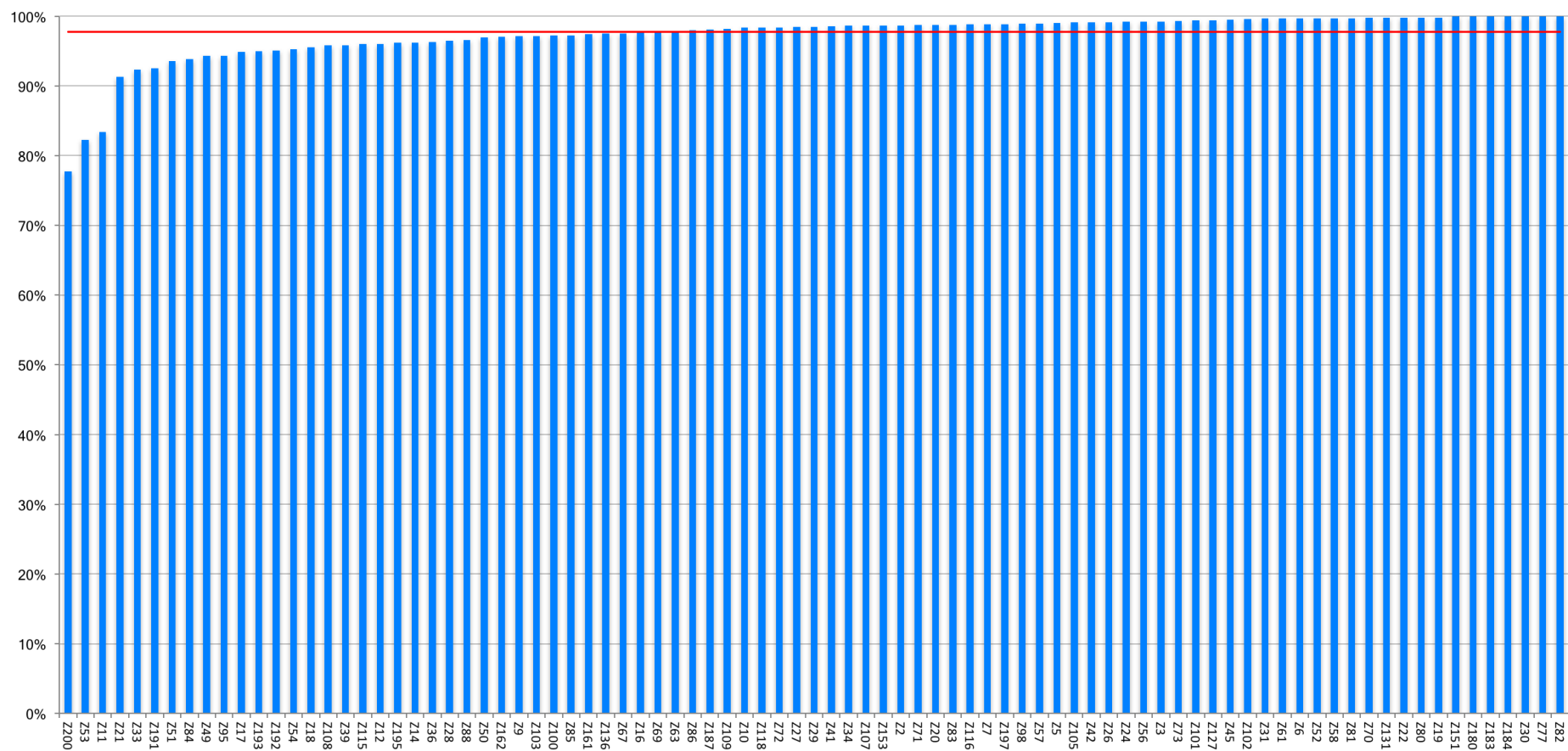
Grafiek 5: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



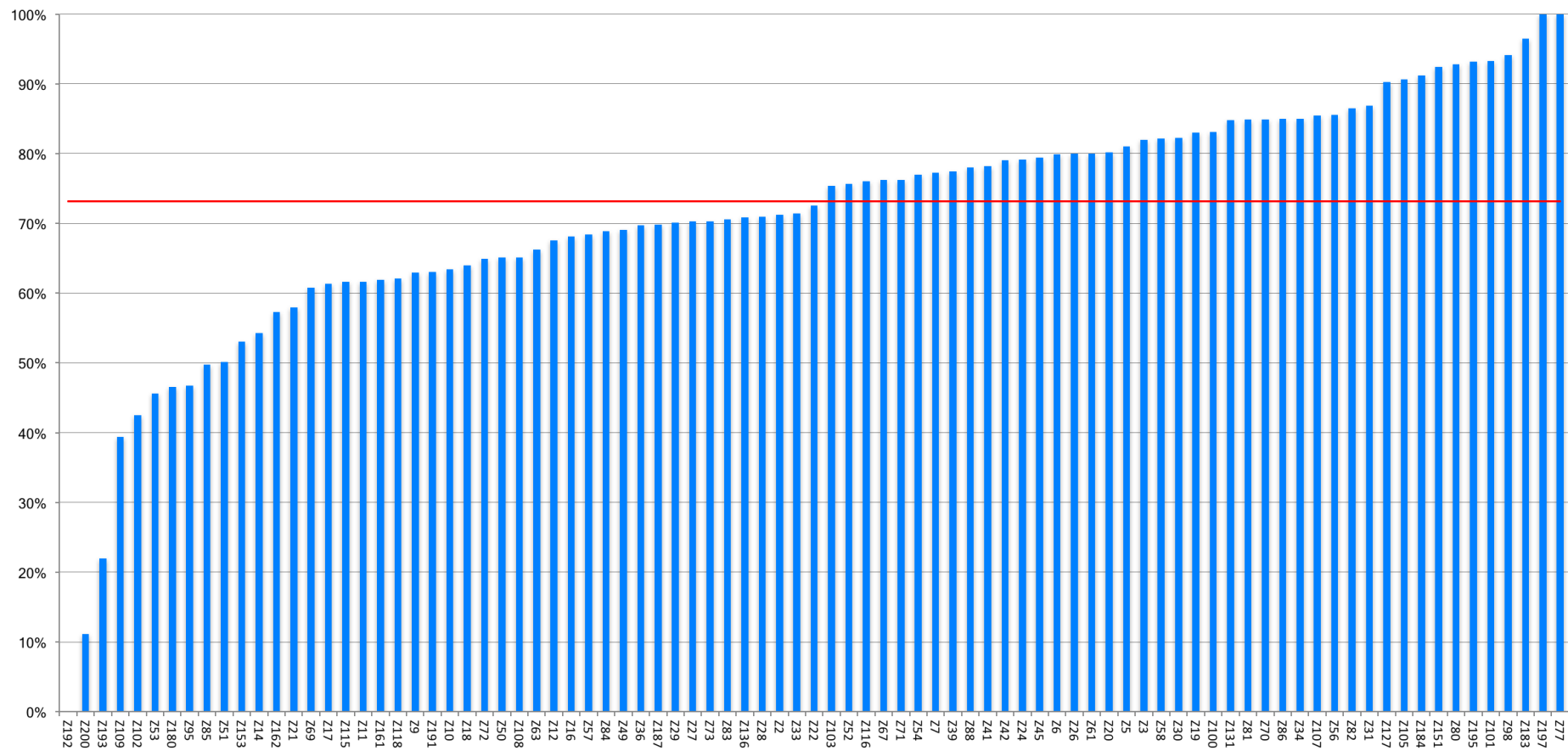
Grafiek 6: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd dat rookt



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

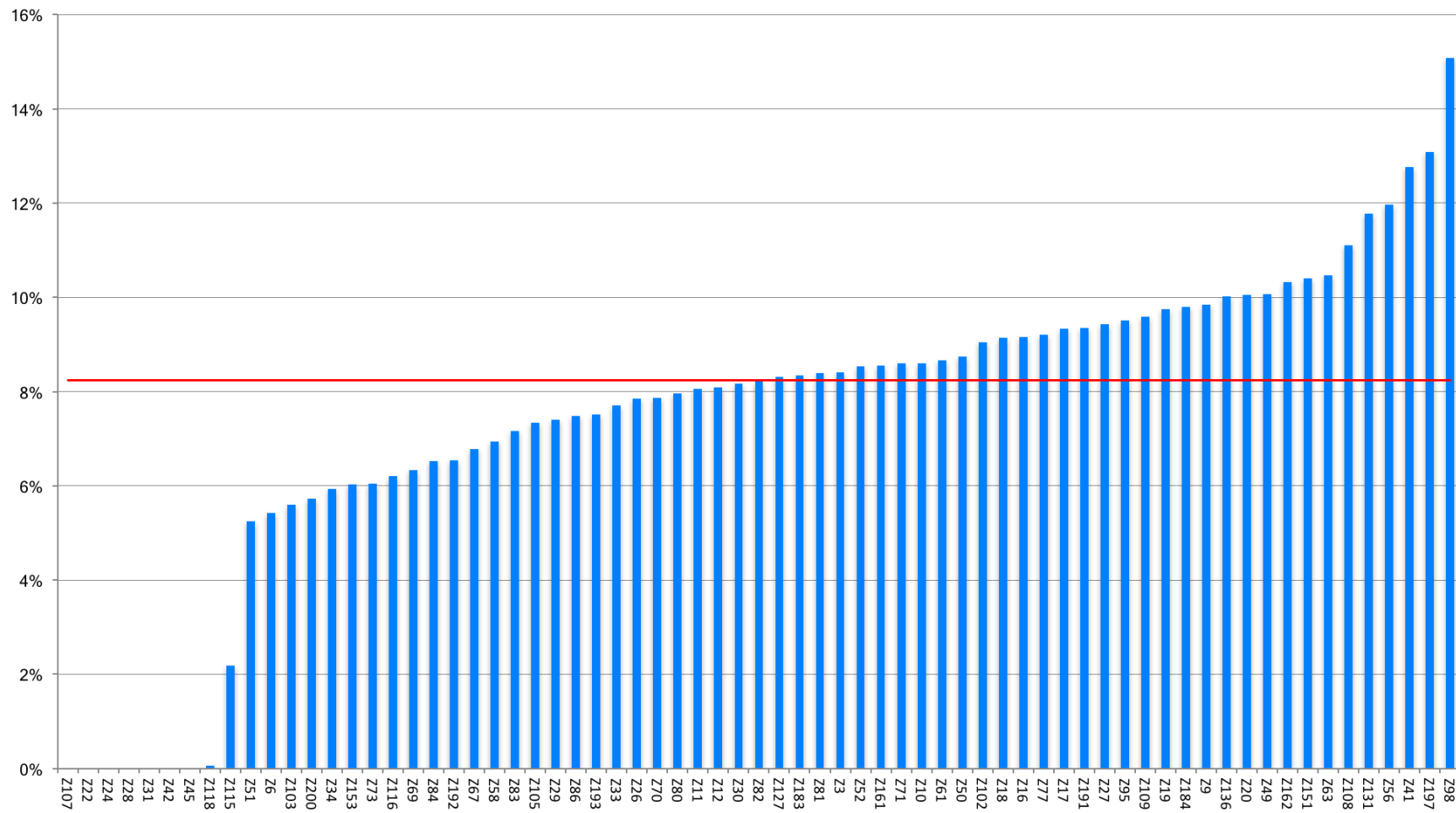


Grafiek 8: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode

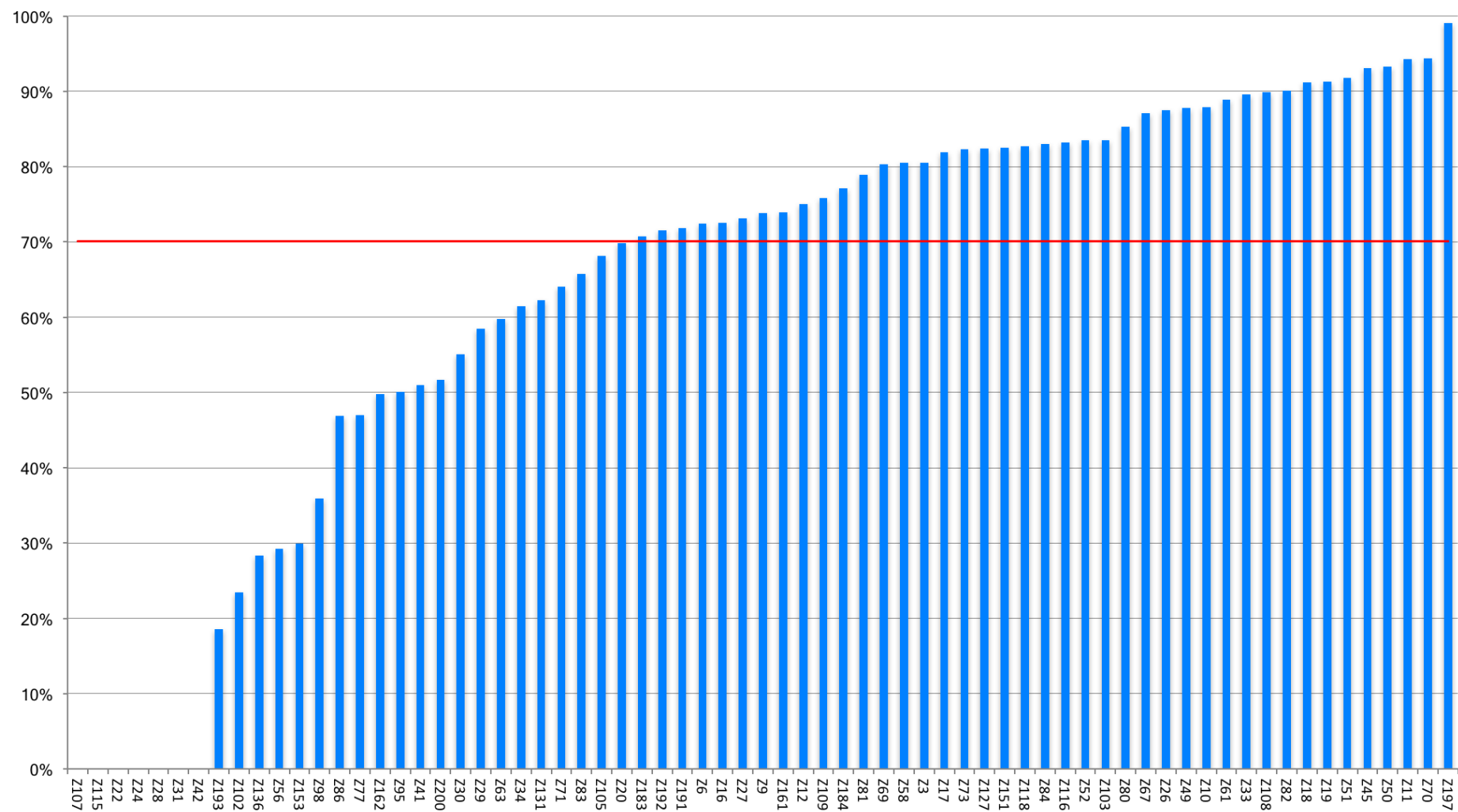


BIJLAGE 3 | GRAFIEKEN VVR

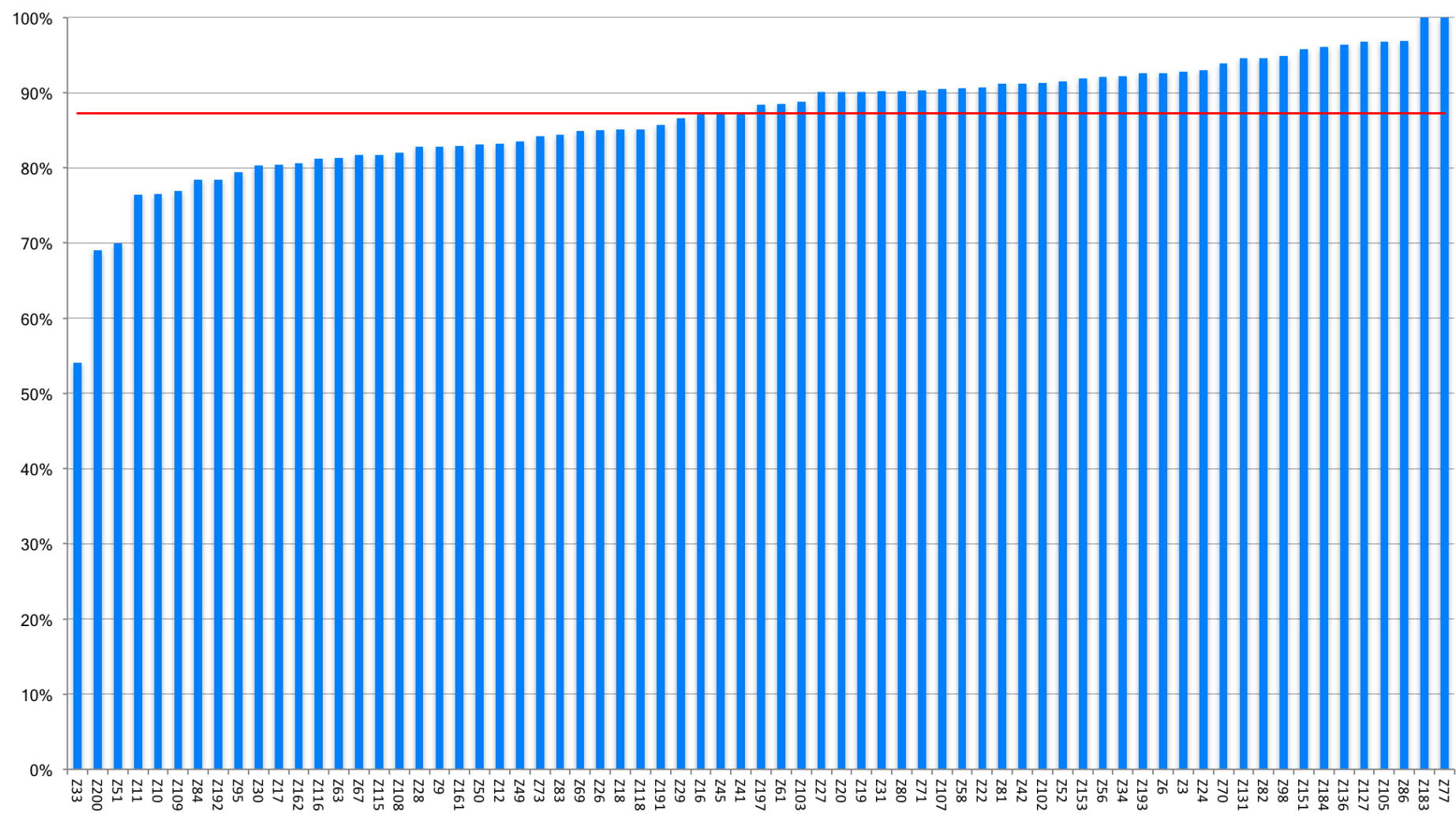
Grafiek 1: Prevalentie VVR



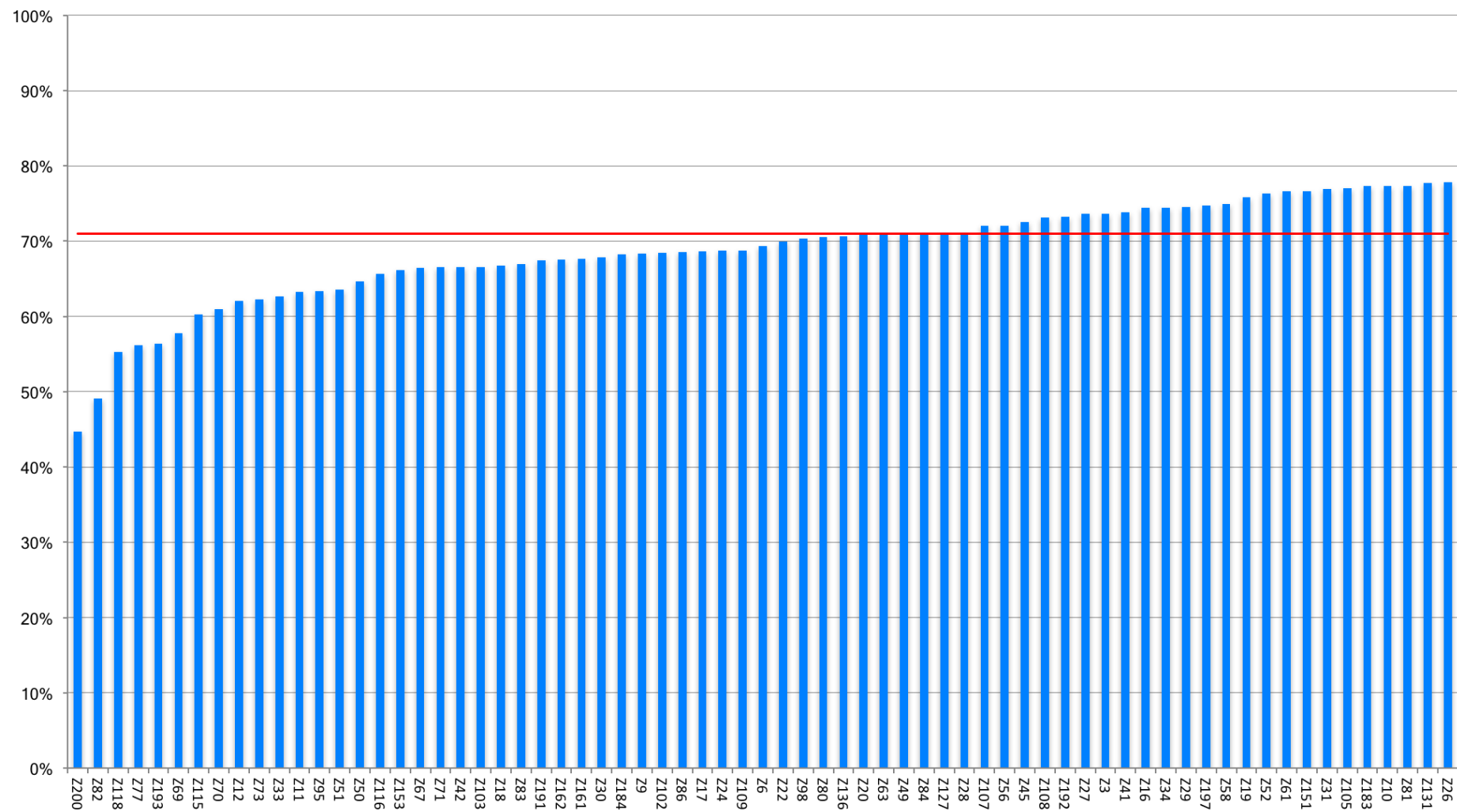
Grafiek 2: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma



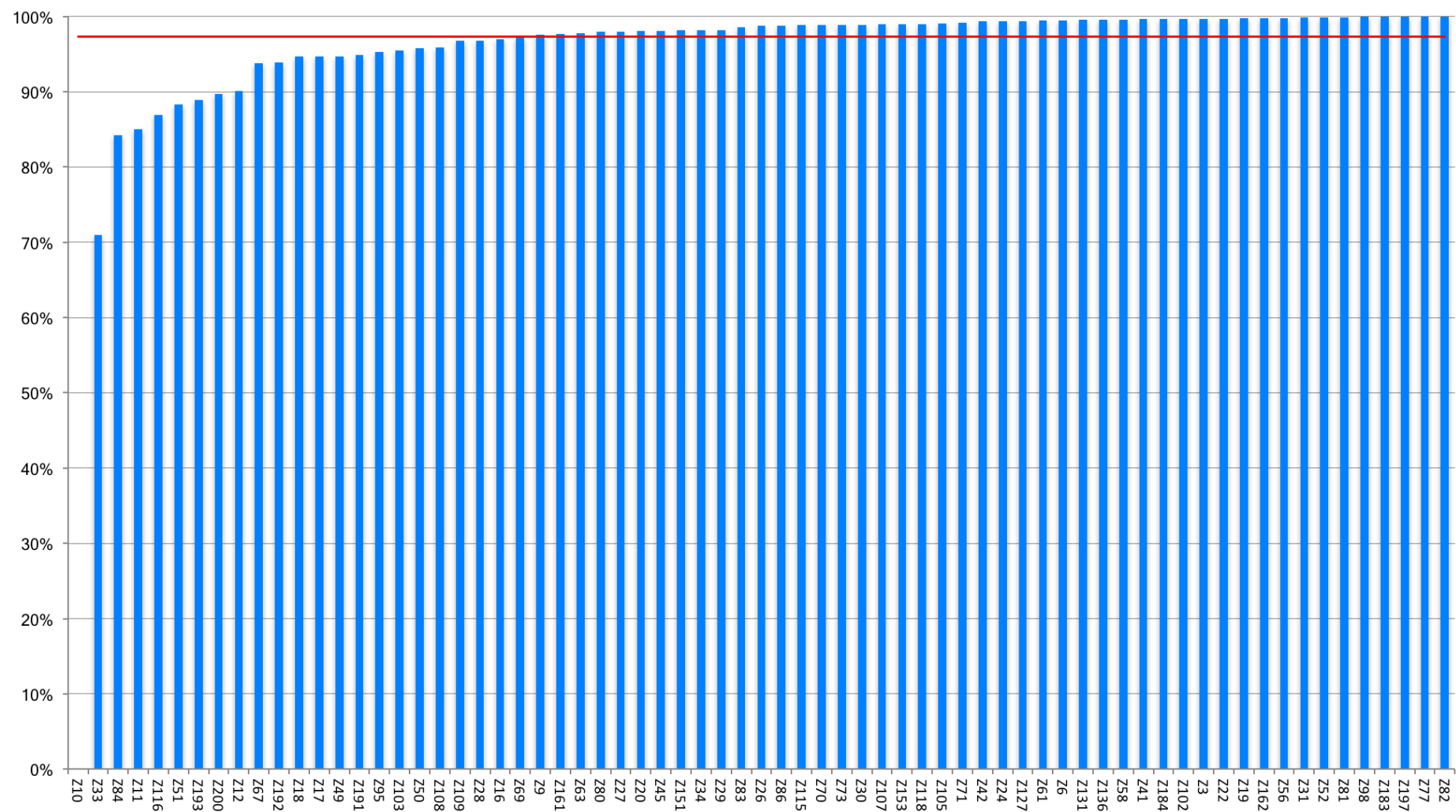
Grafiek 3: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten



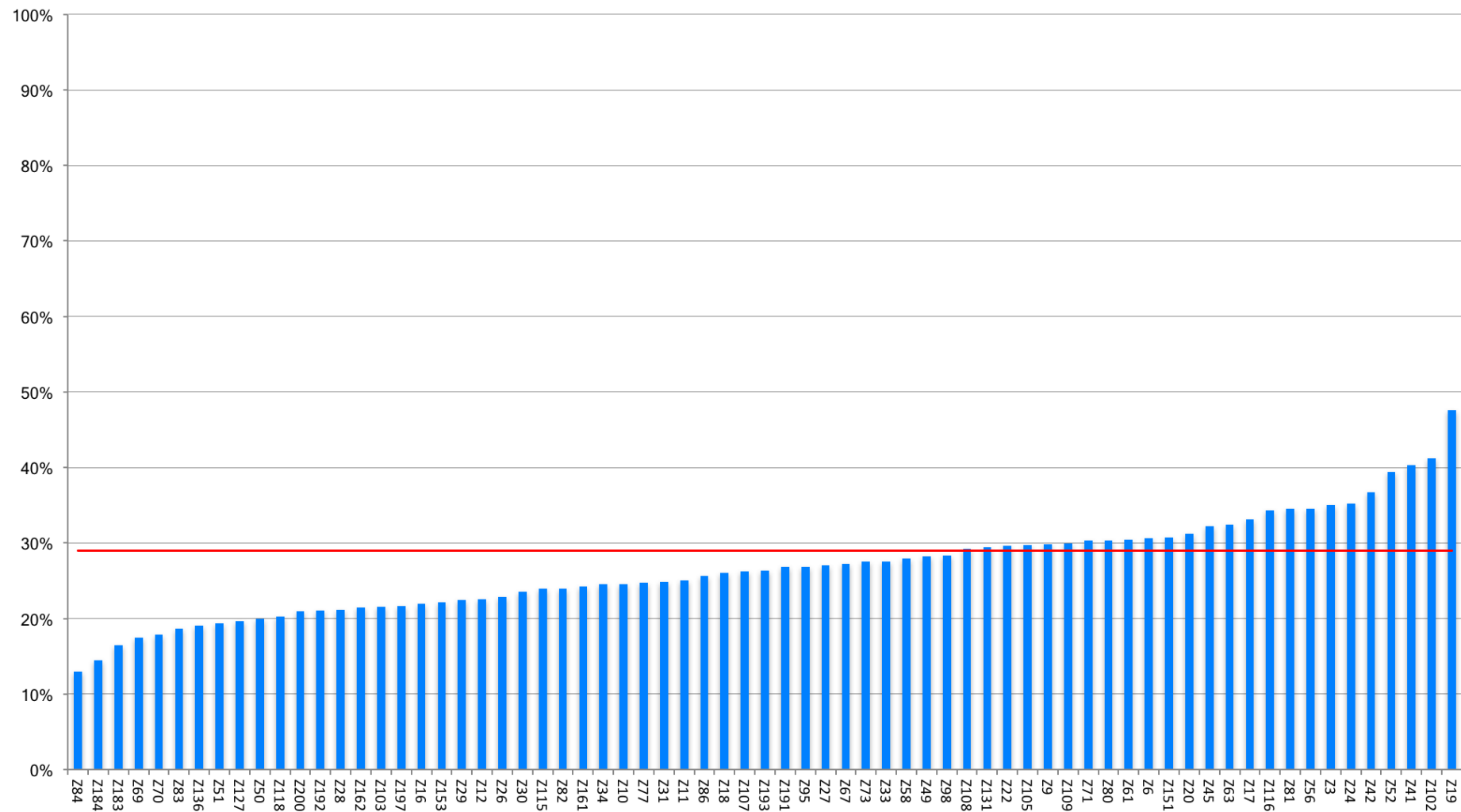
Grafiek 4: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk <= 140 mm HG



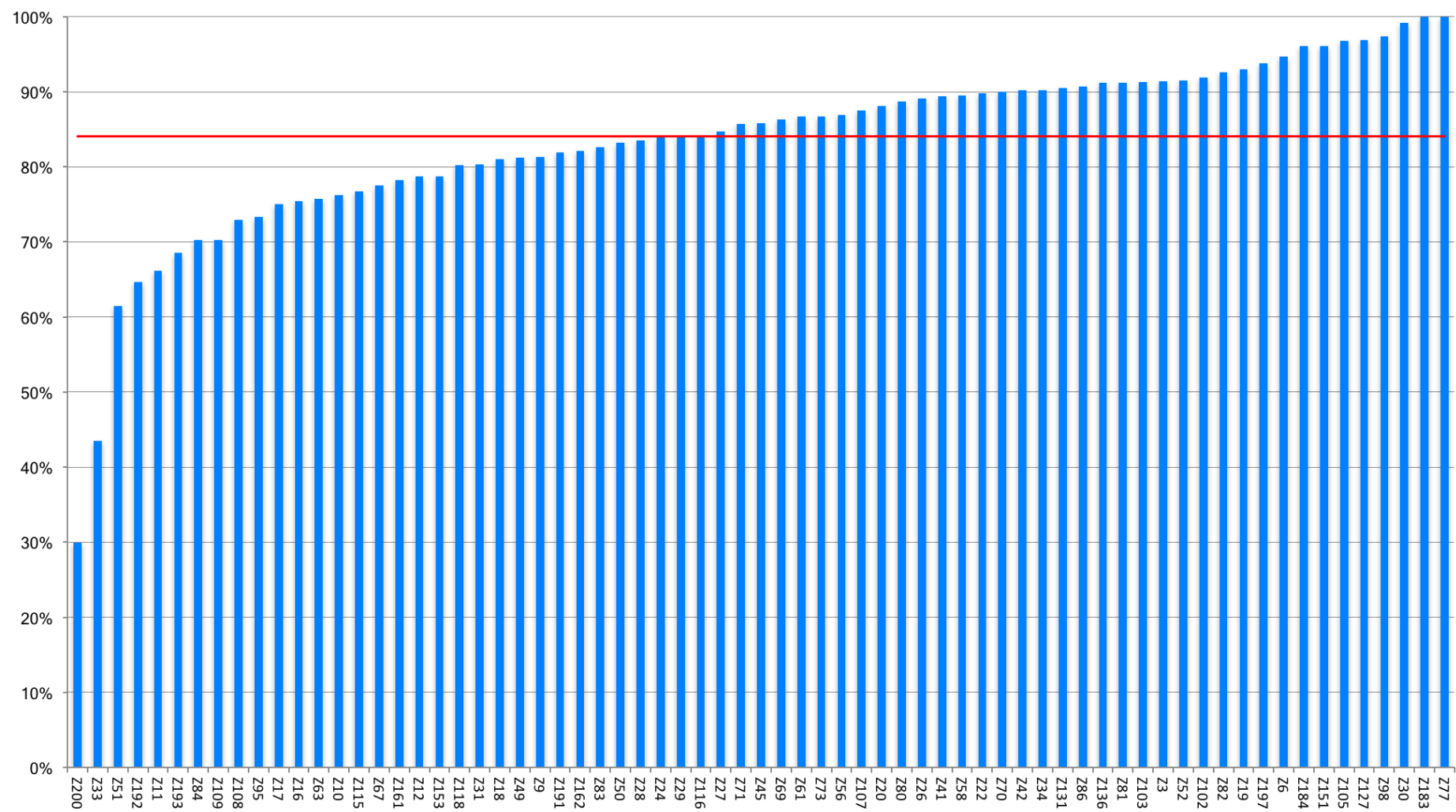
Grafiek 5: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie LDL is bepaald in afgelopen vijf jaar



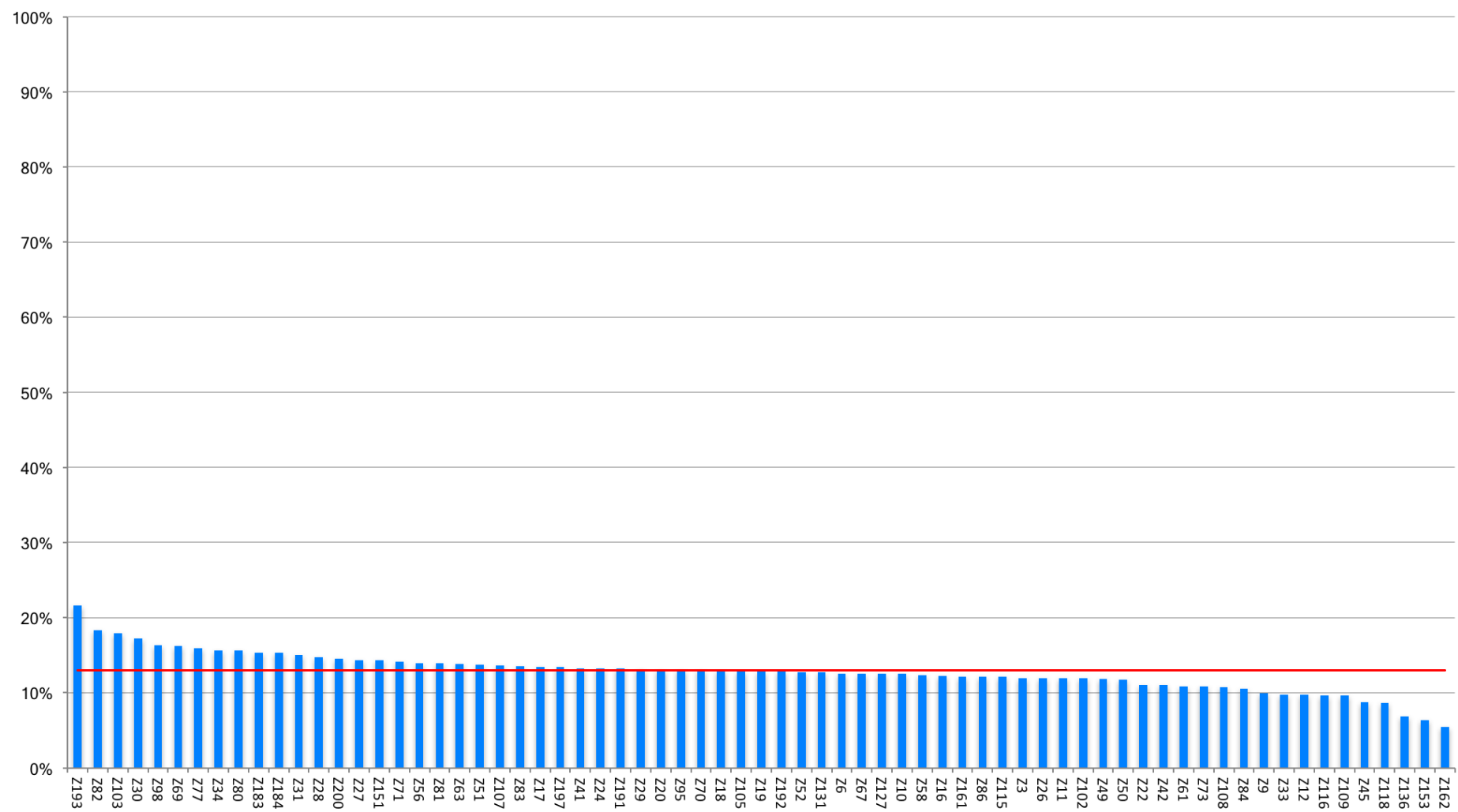
Grafiek 6: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde <= aan 2,5 mmol/l



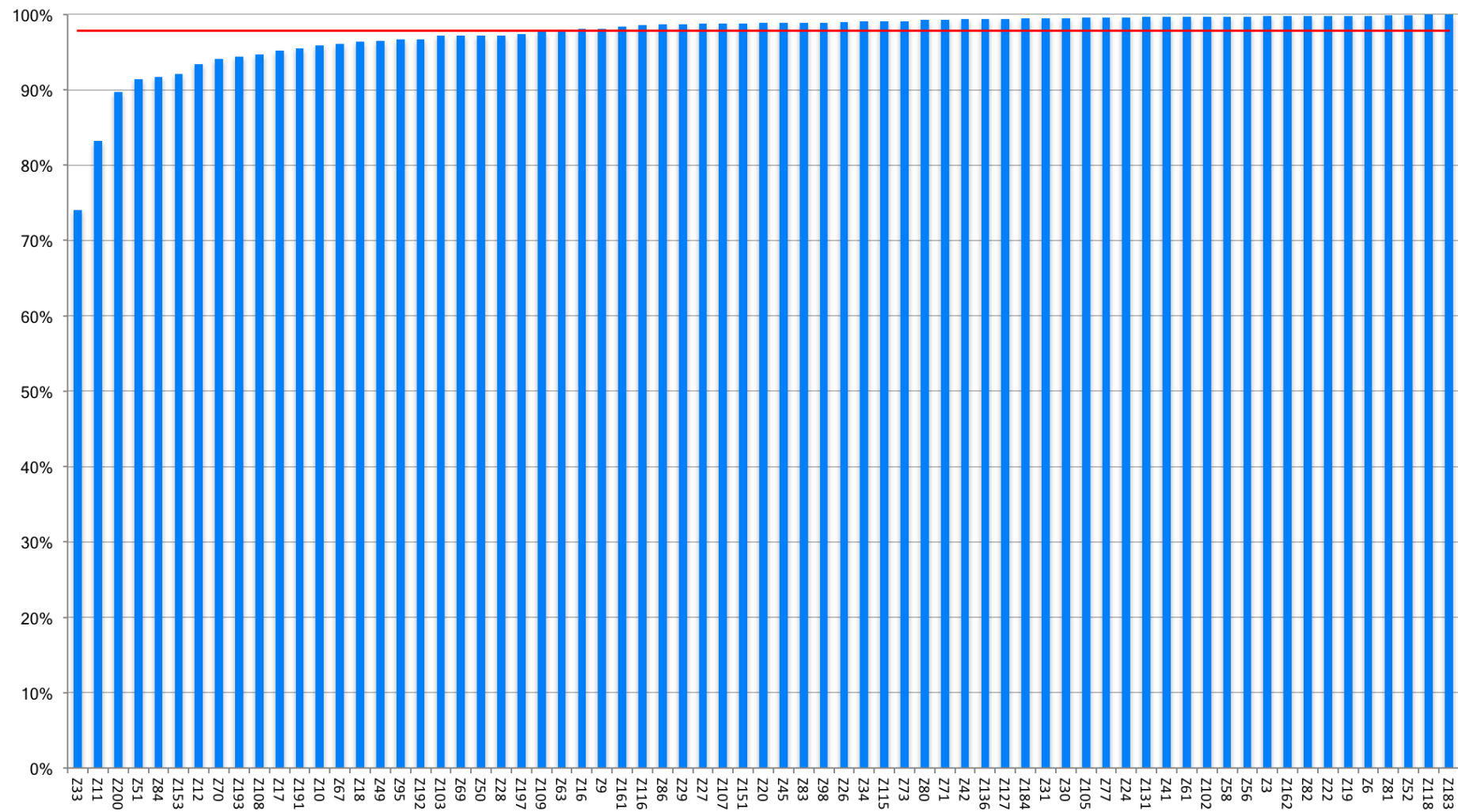
Grafiek 7: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode of uitslag nooit OOIT is gemeten



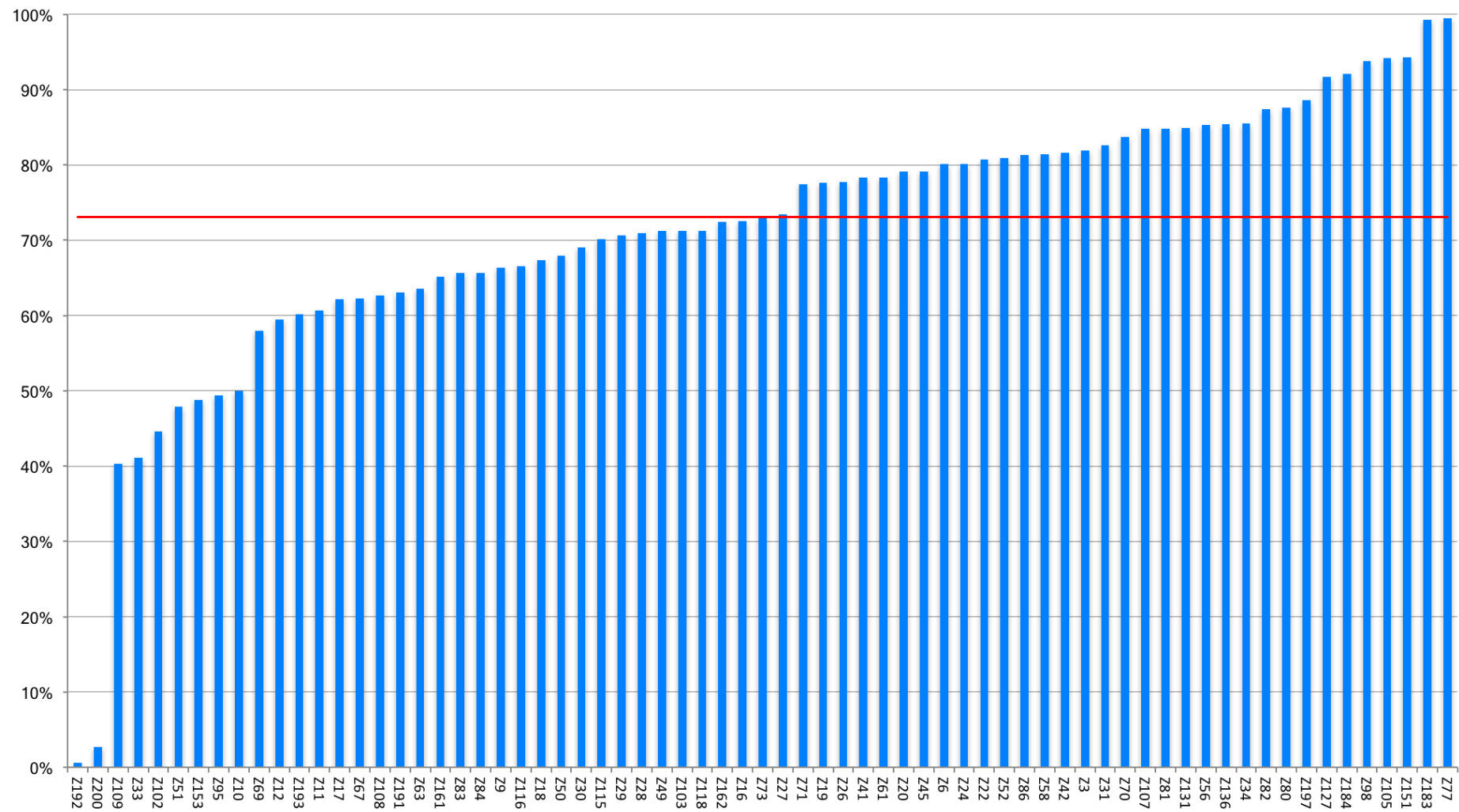
Grafiek 8: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode dat rookt



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

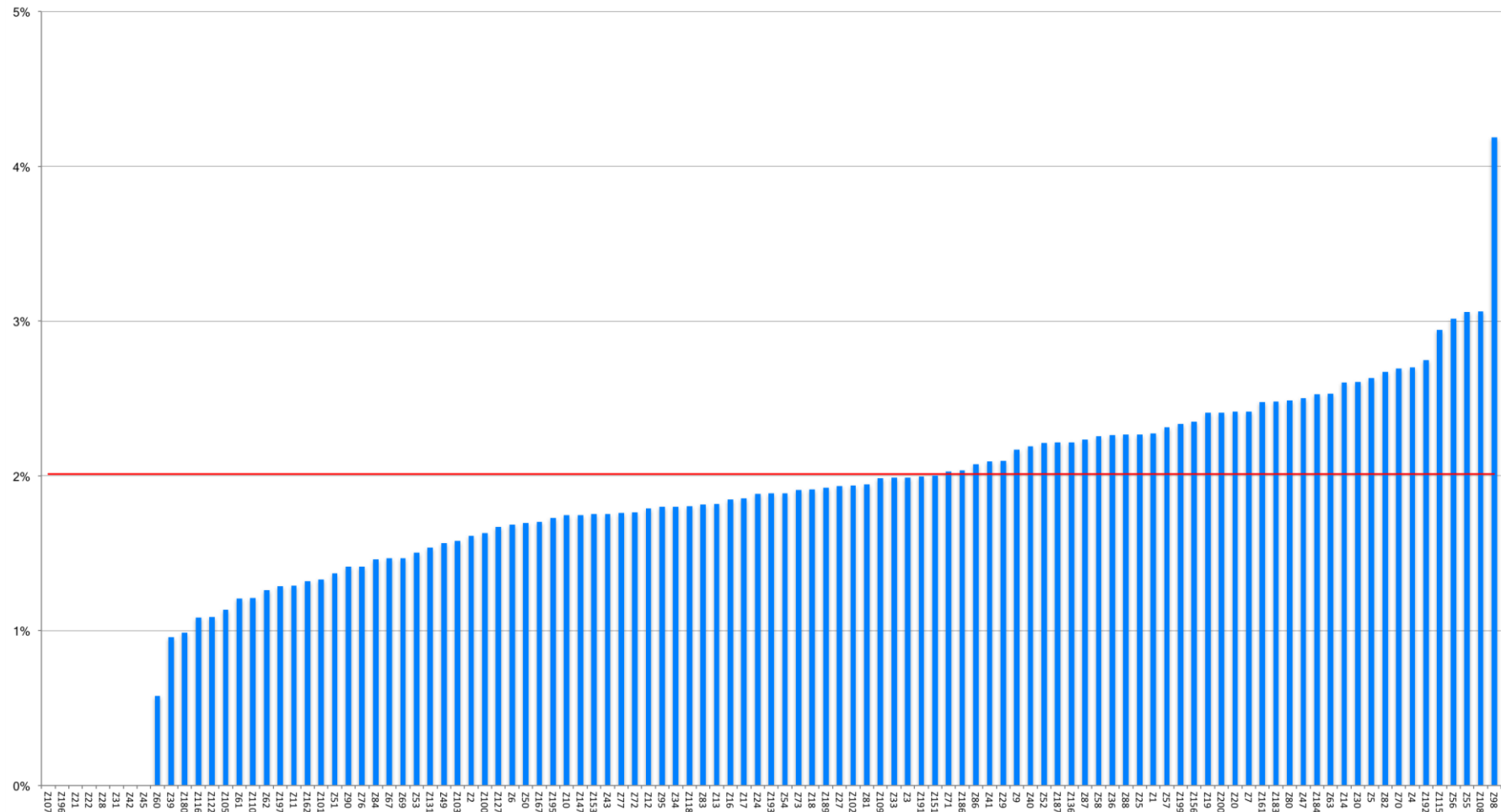


Grafiek 10: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode

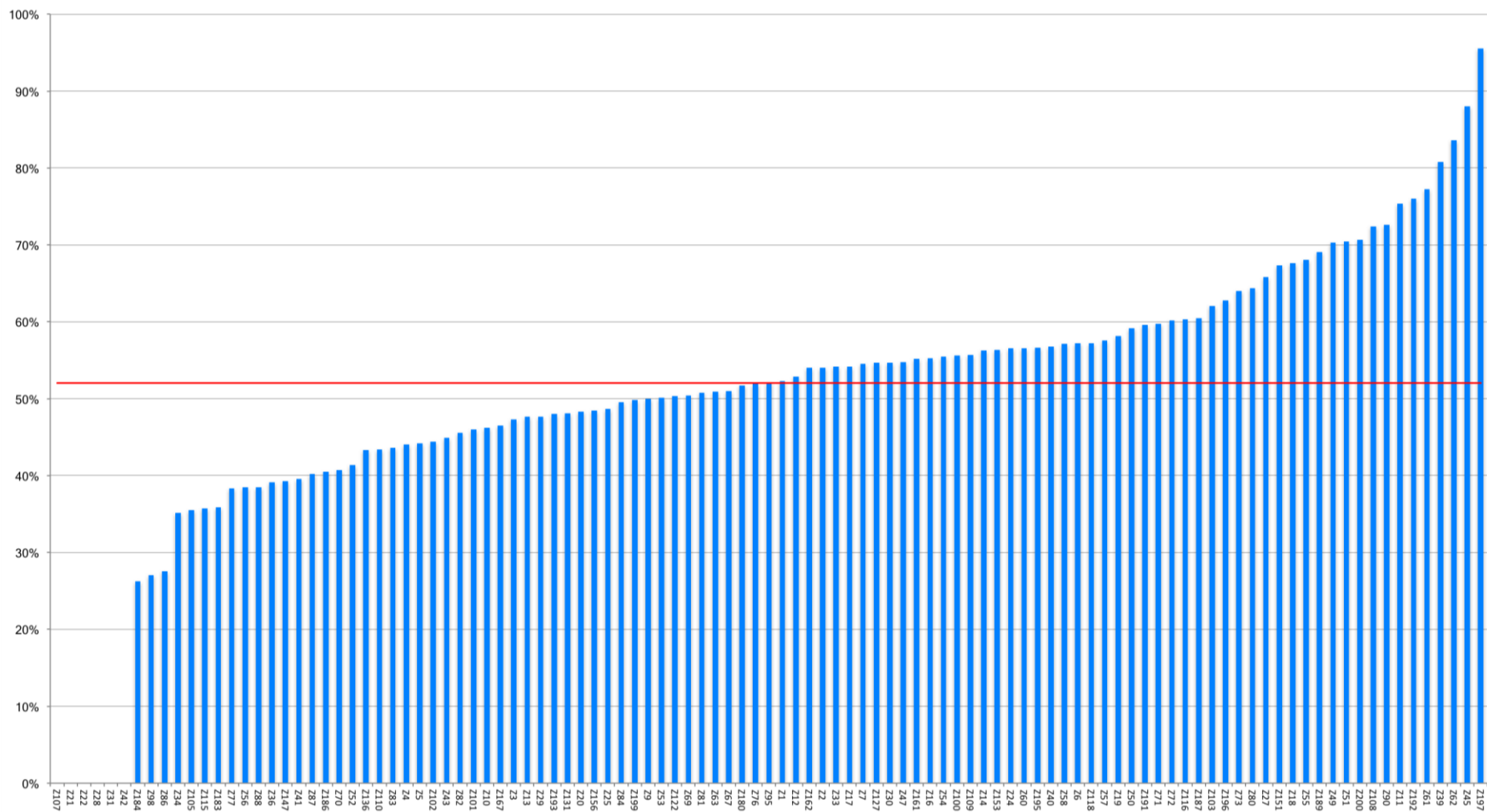


BIJLAGE 4 | GRAFIEKEN COPD

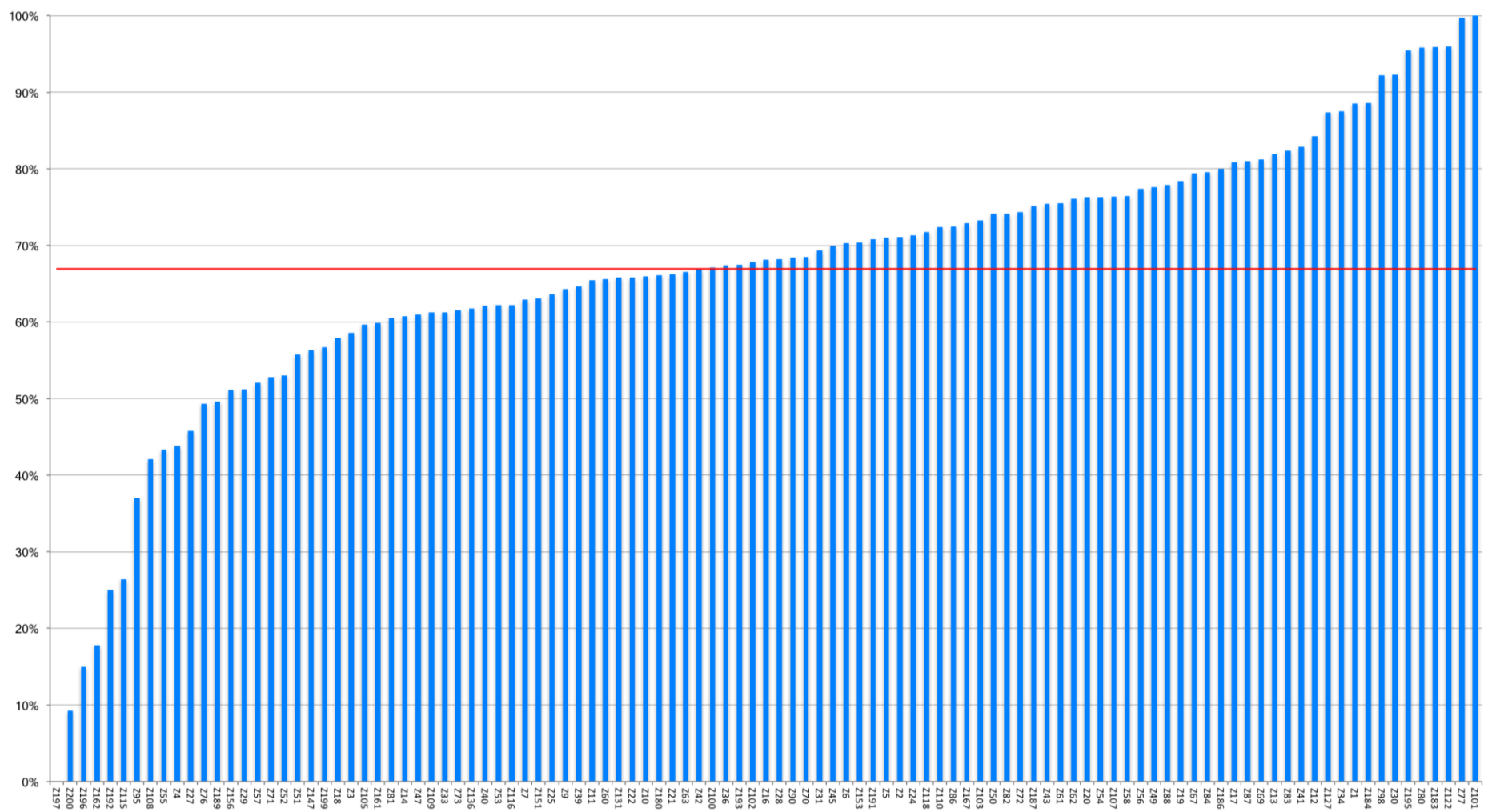
Grafiek 1: Prevalentie COPD patiënten



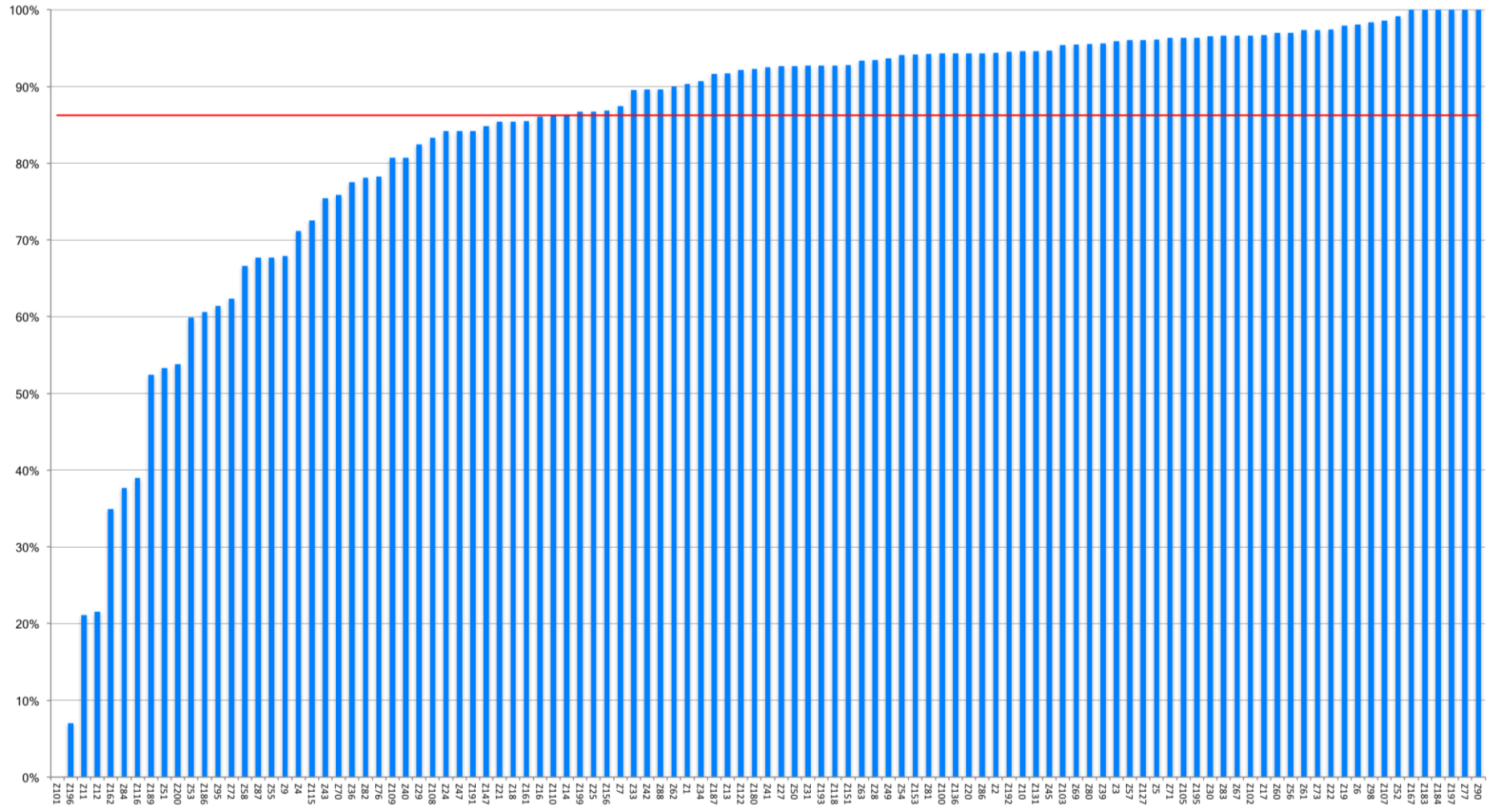
Grafiek 2: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma



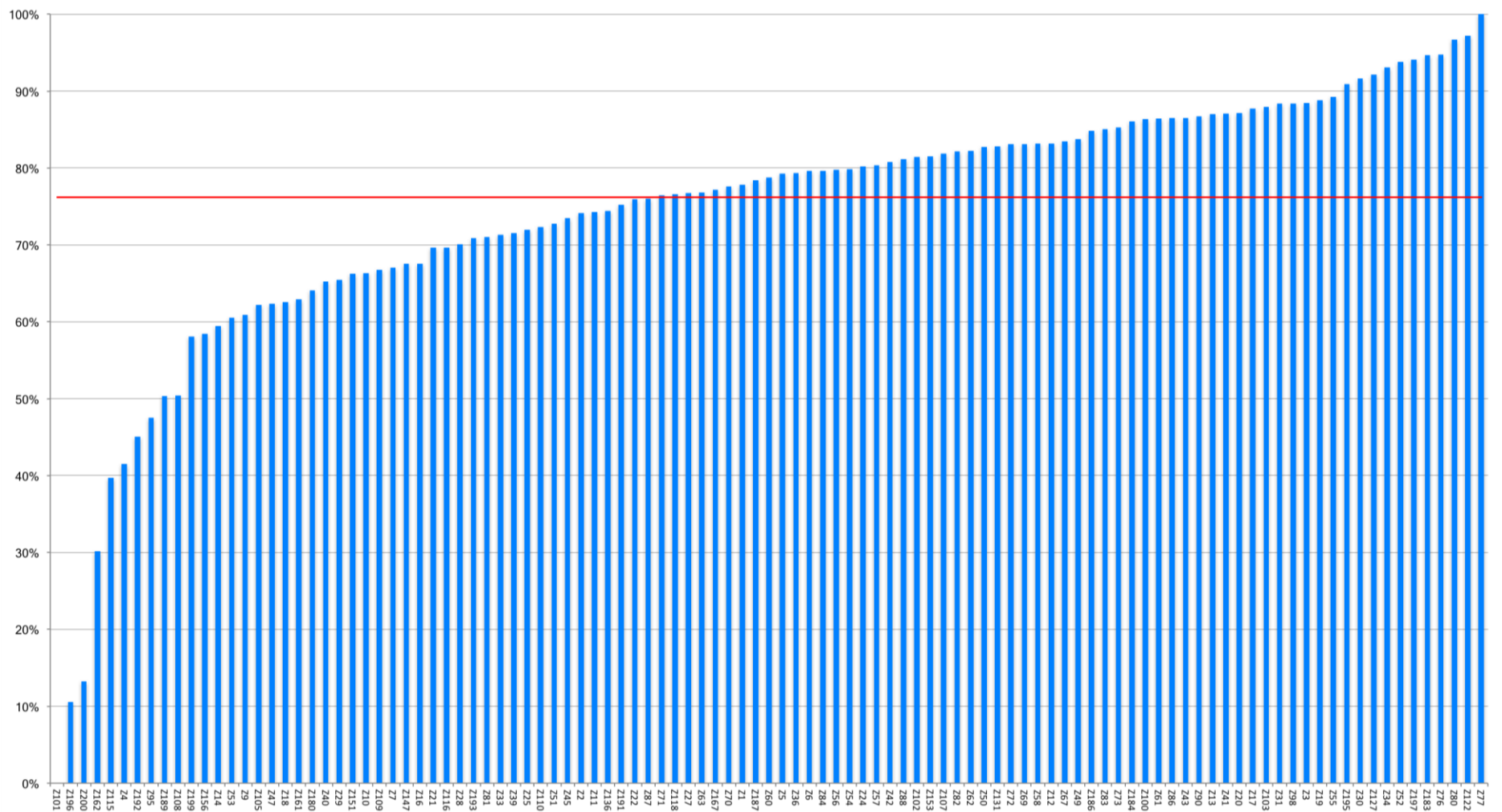
Grafiek 3: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd



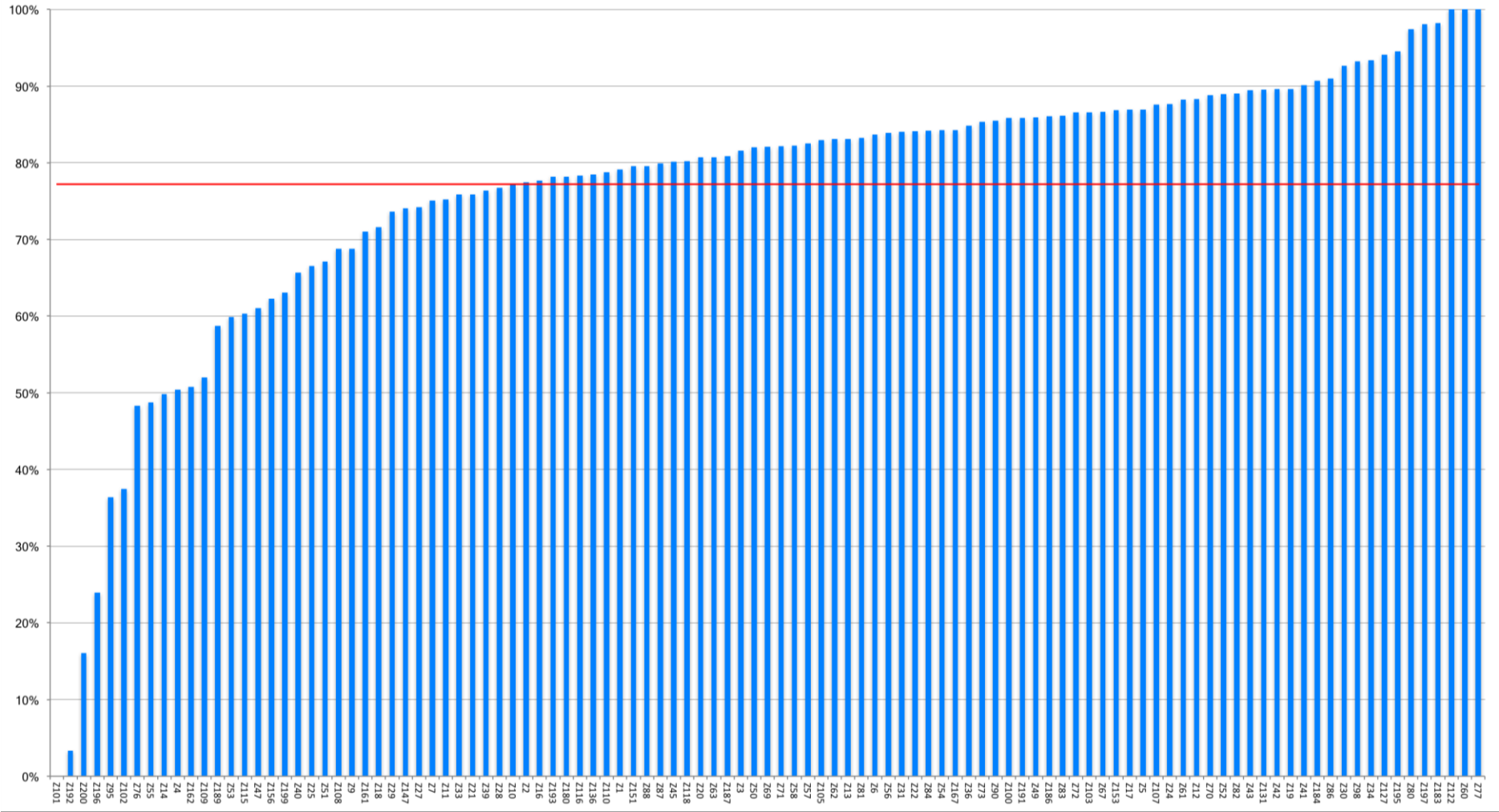
Grafiek 4: Percentage COPD patiënten bij wie longfunctie is bepaald in afgelopen drie jaar met FEV₁ of FVC of FEV₁/FVC post of pre BD



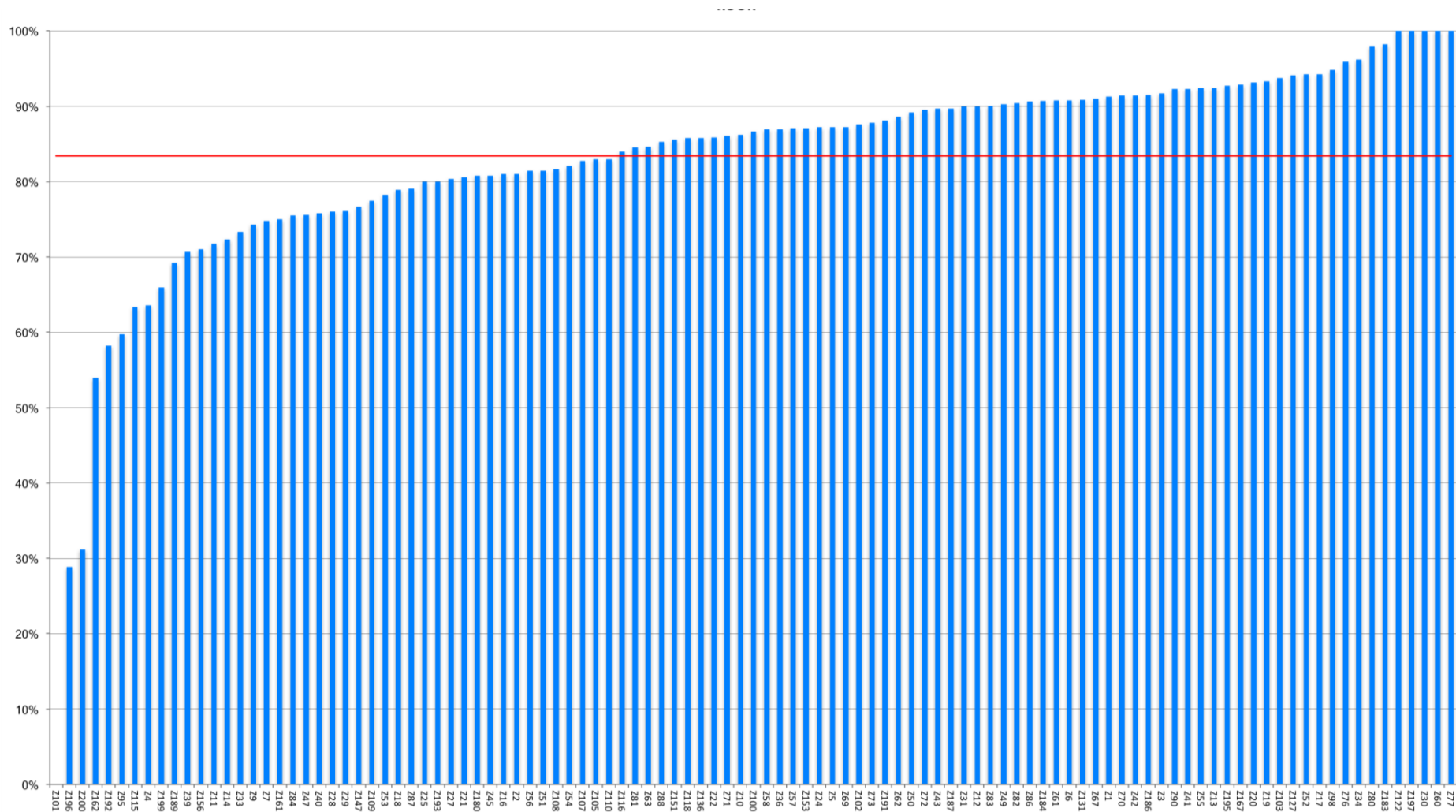
Grafiek 5: Percentage COPD patiënten bij wie functioneren (MRC|CCQ) is vastgelegd



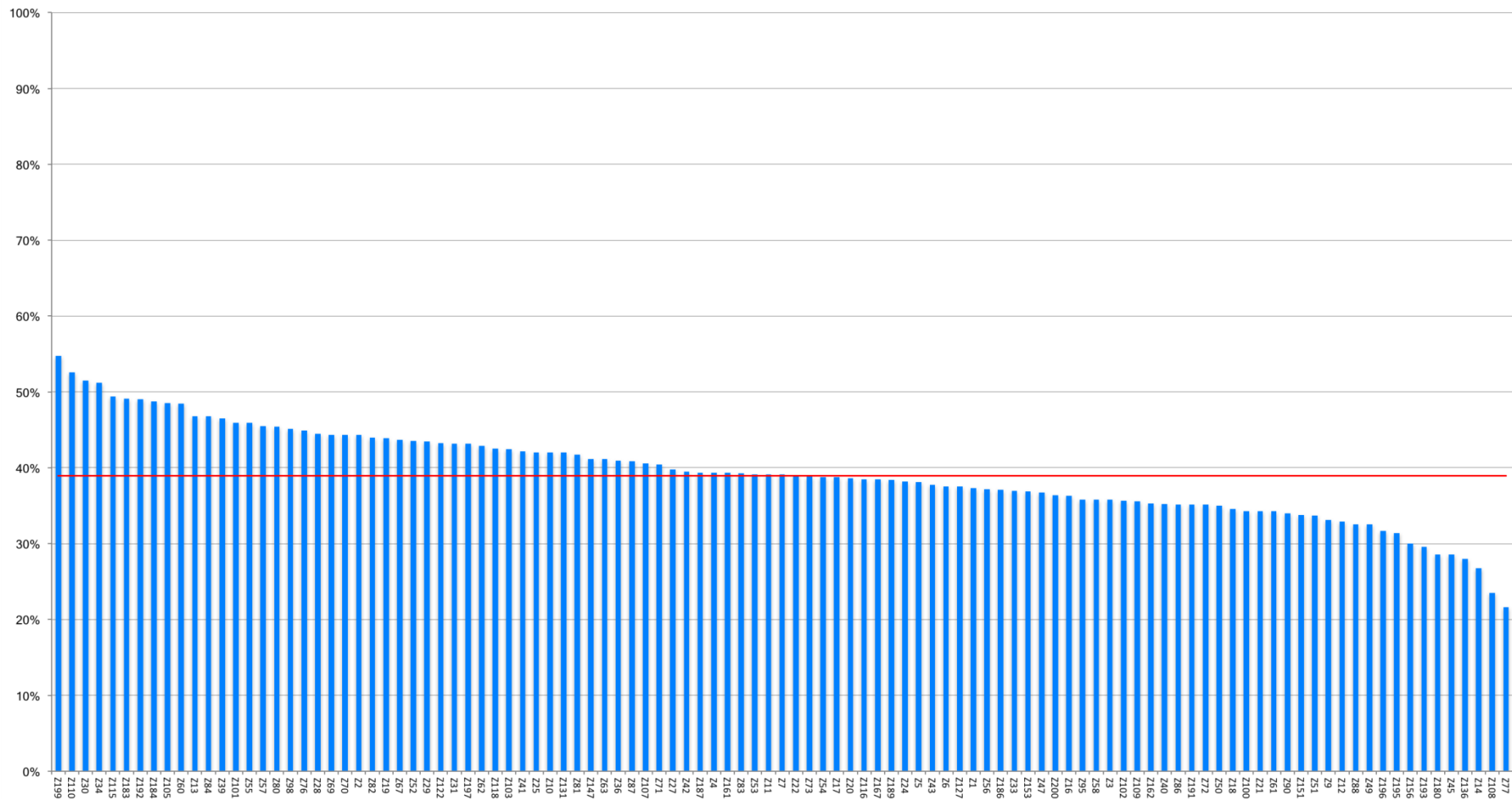
Grafiek 6: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma bij wie mate van bewegen is gecontroleerd



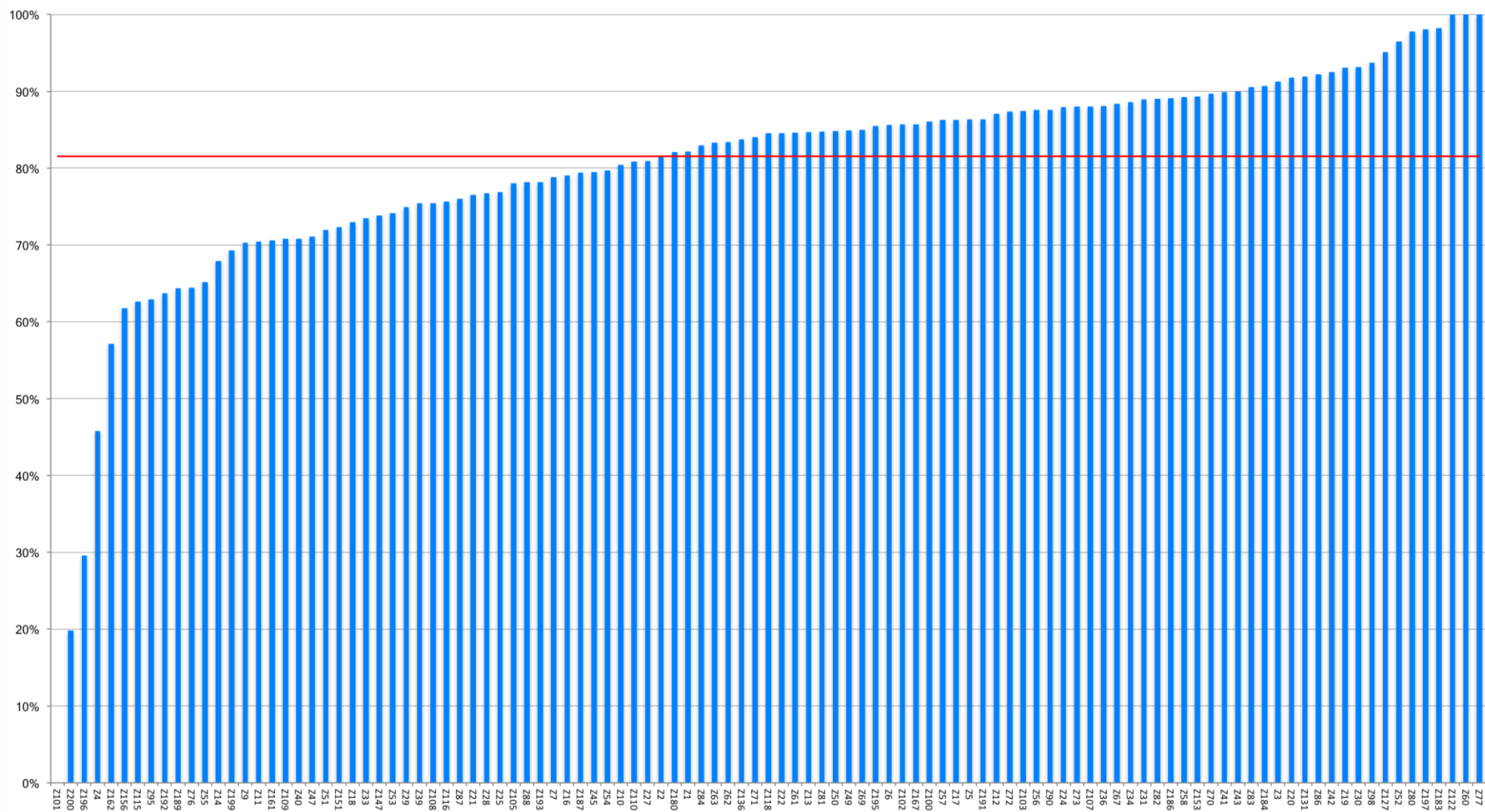
Grafiek 7: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



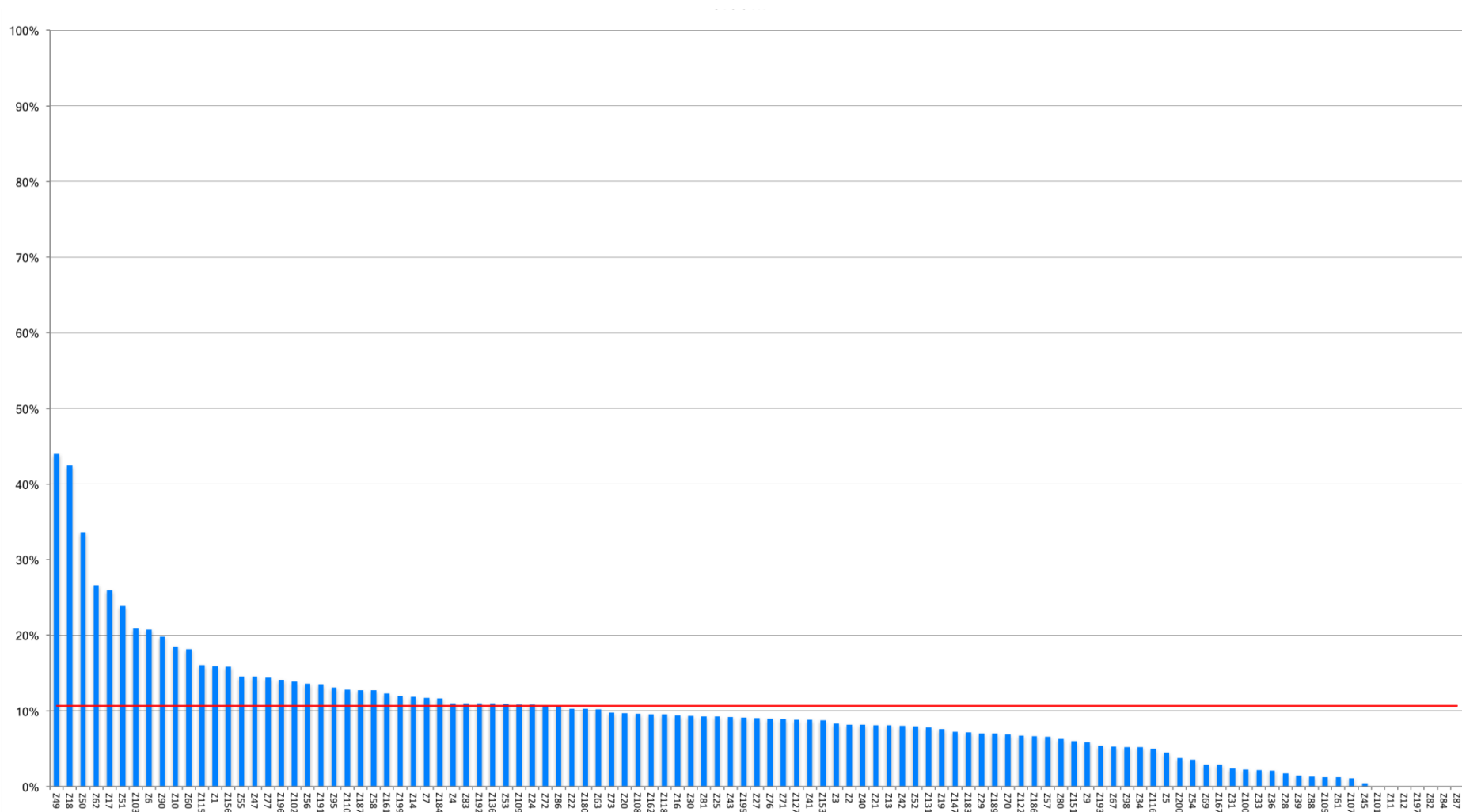
Grafiek 8: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



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

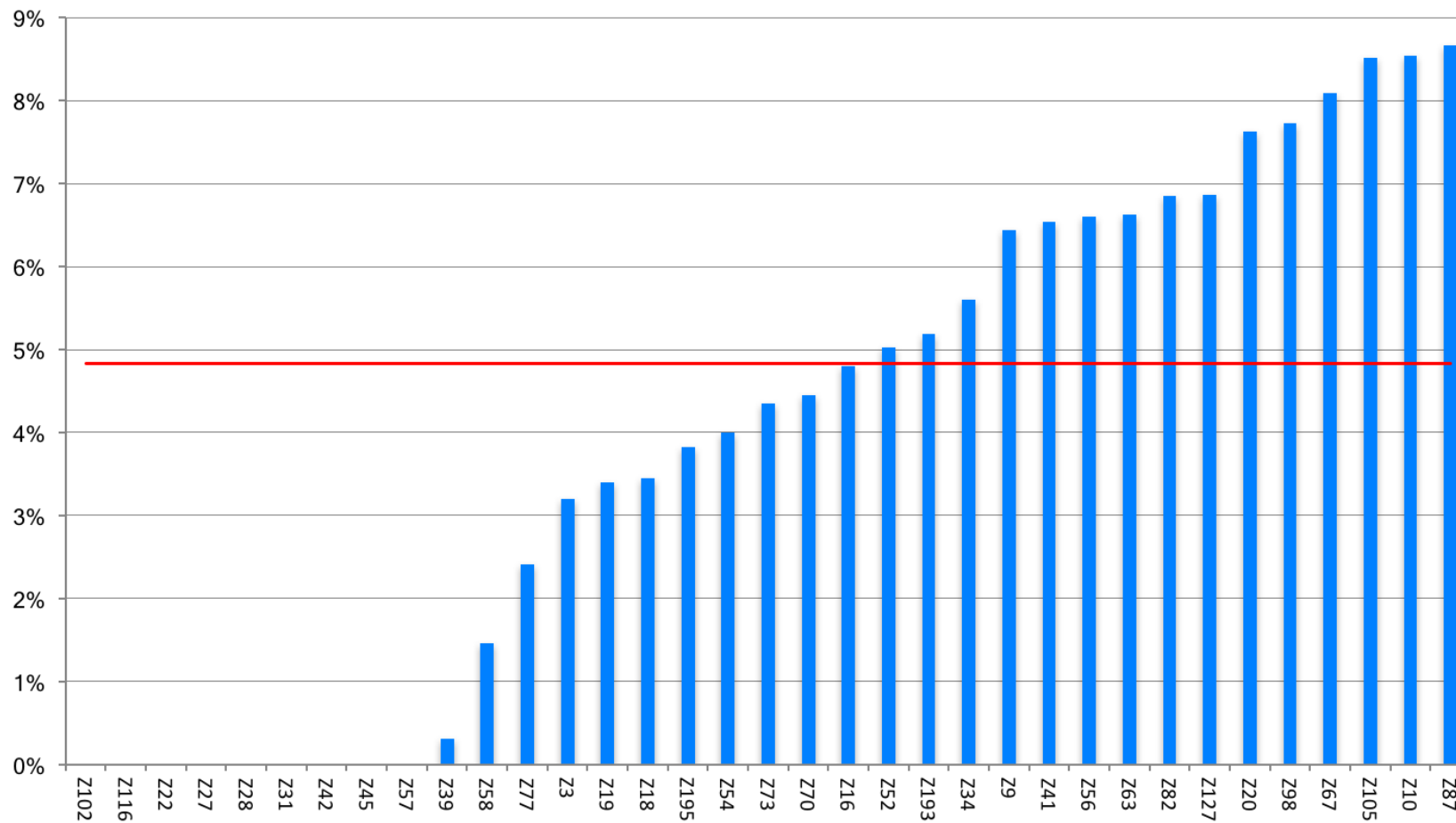


Grafiek 10: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met 2 of meer stootkuren

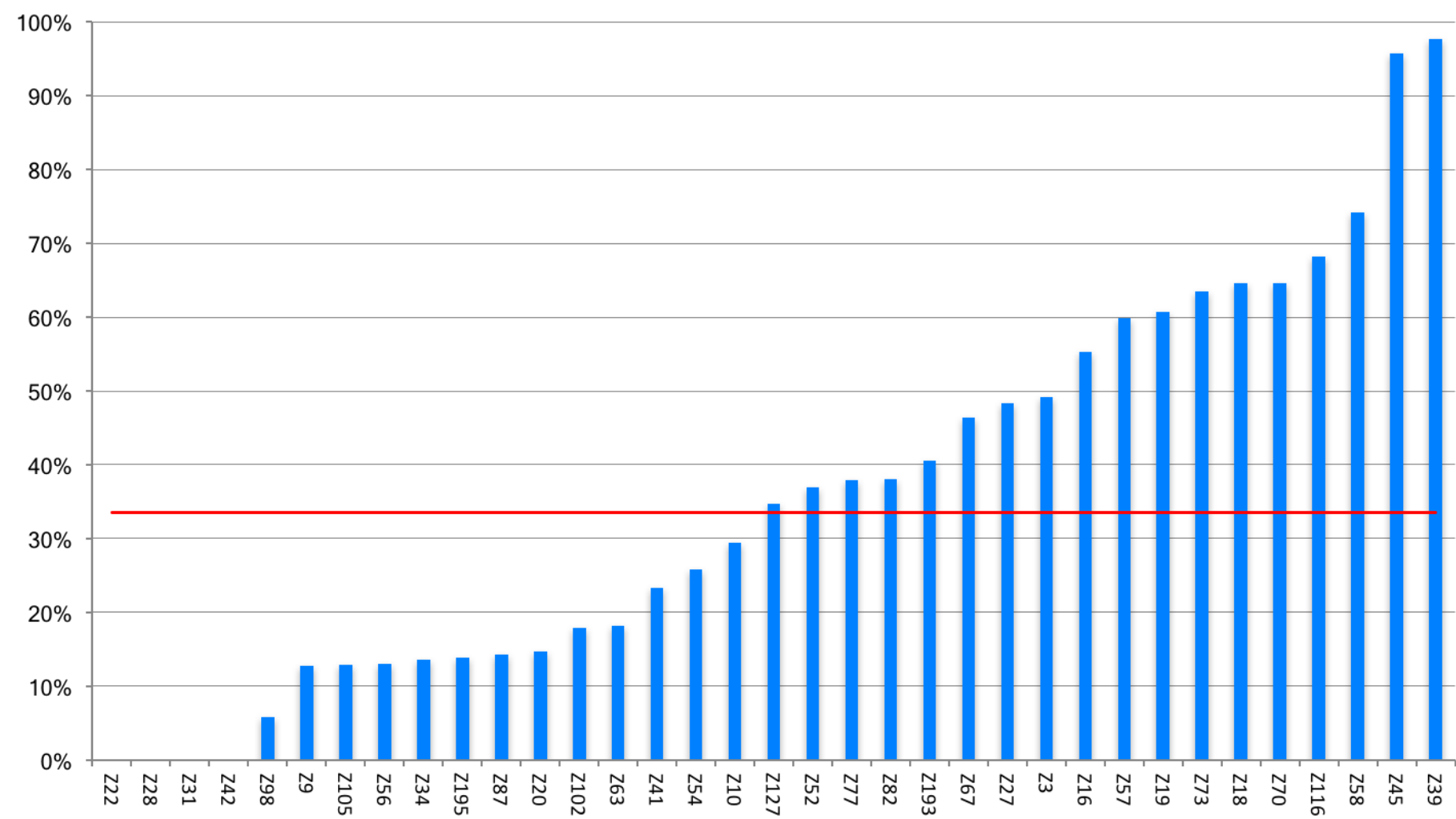


BIJLAGE 5 | GRAFIEKEN ASTMA

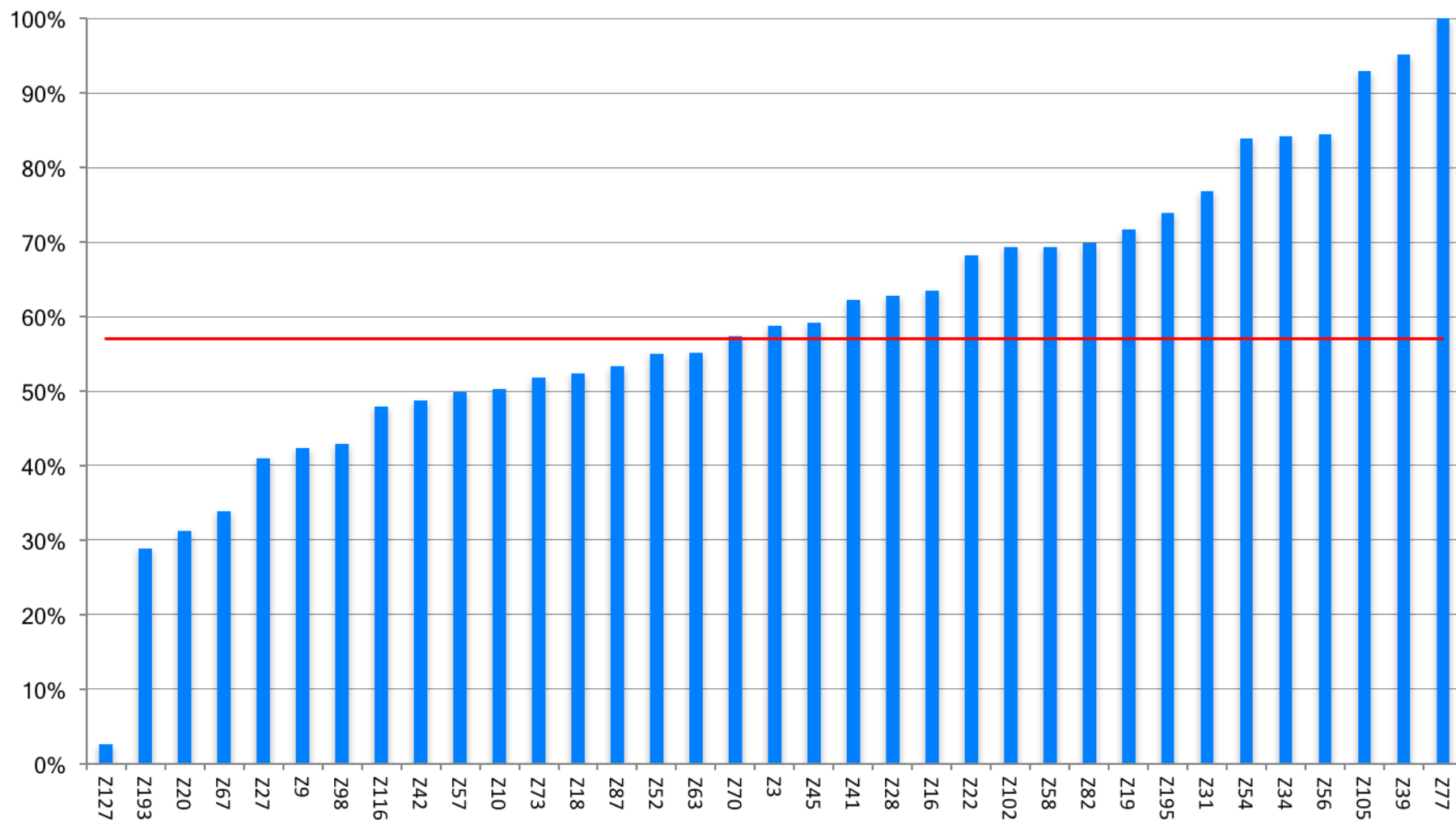
Grafiek 1: Prevalentie astma patiënten



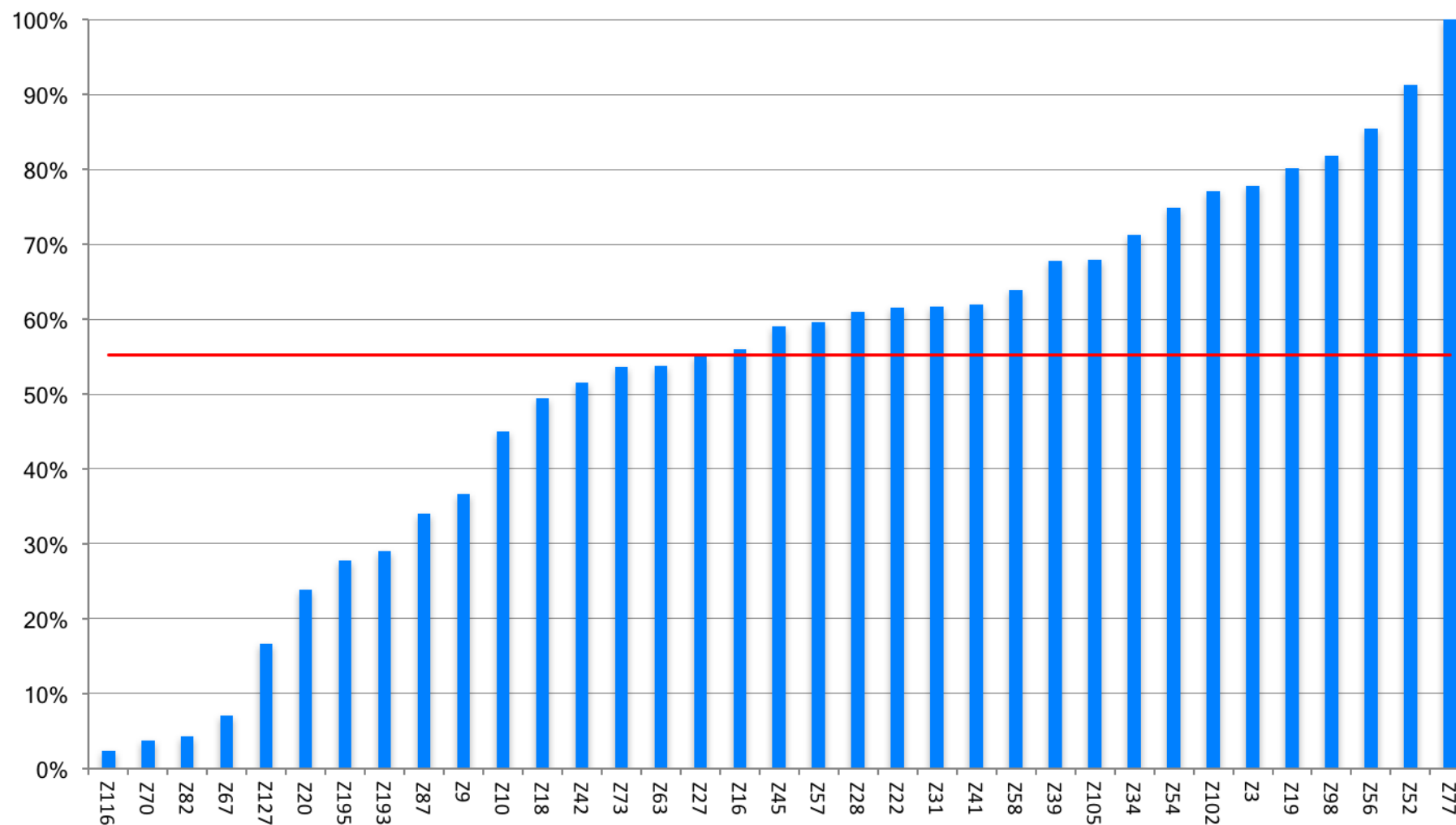
Grafiek 2: Percentage astma patiënten in zorgprogramma



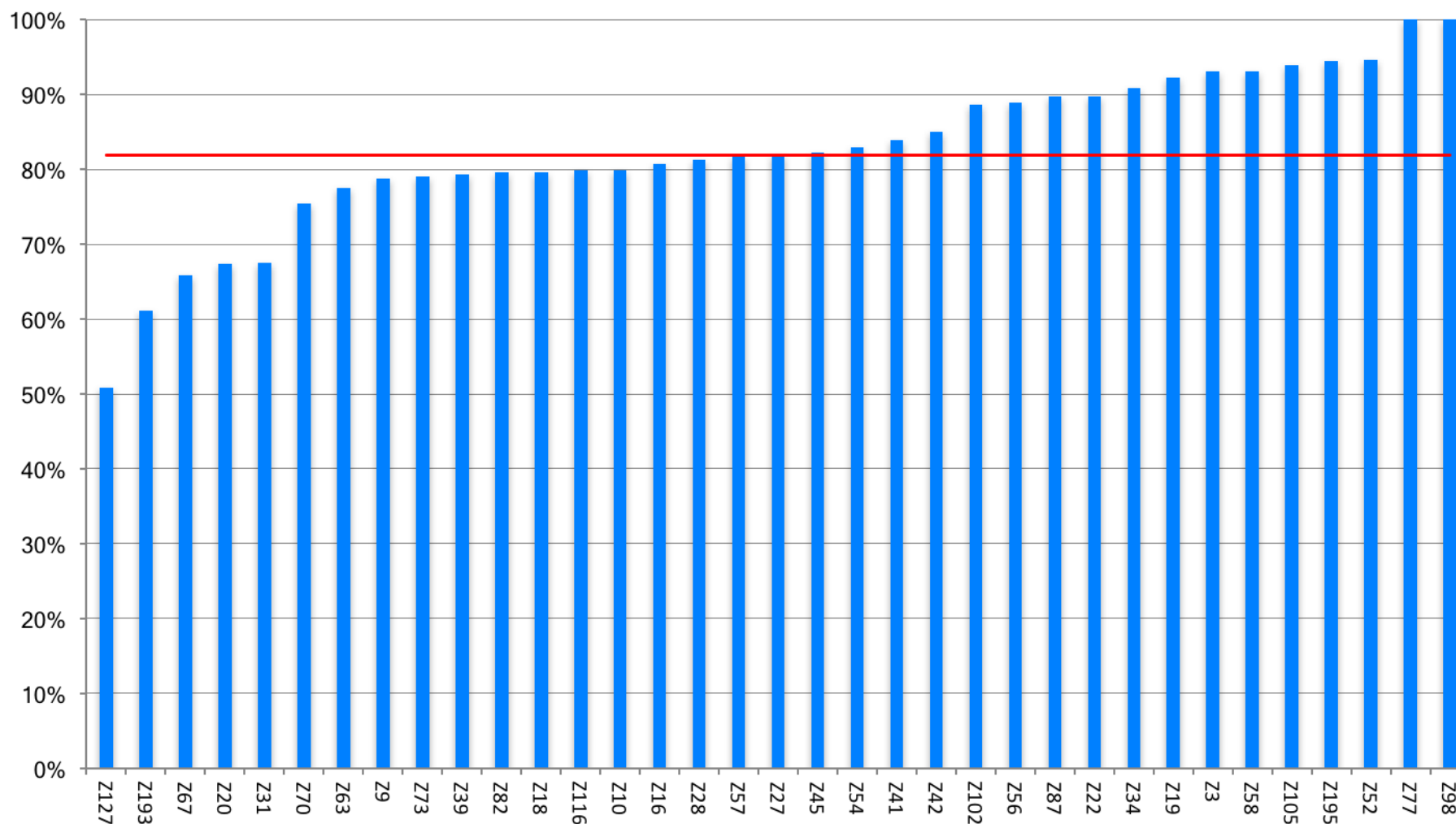
Grafiek 3: Percentage astma patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd



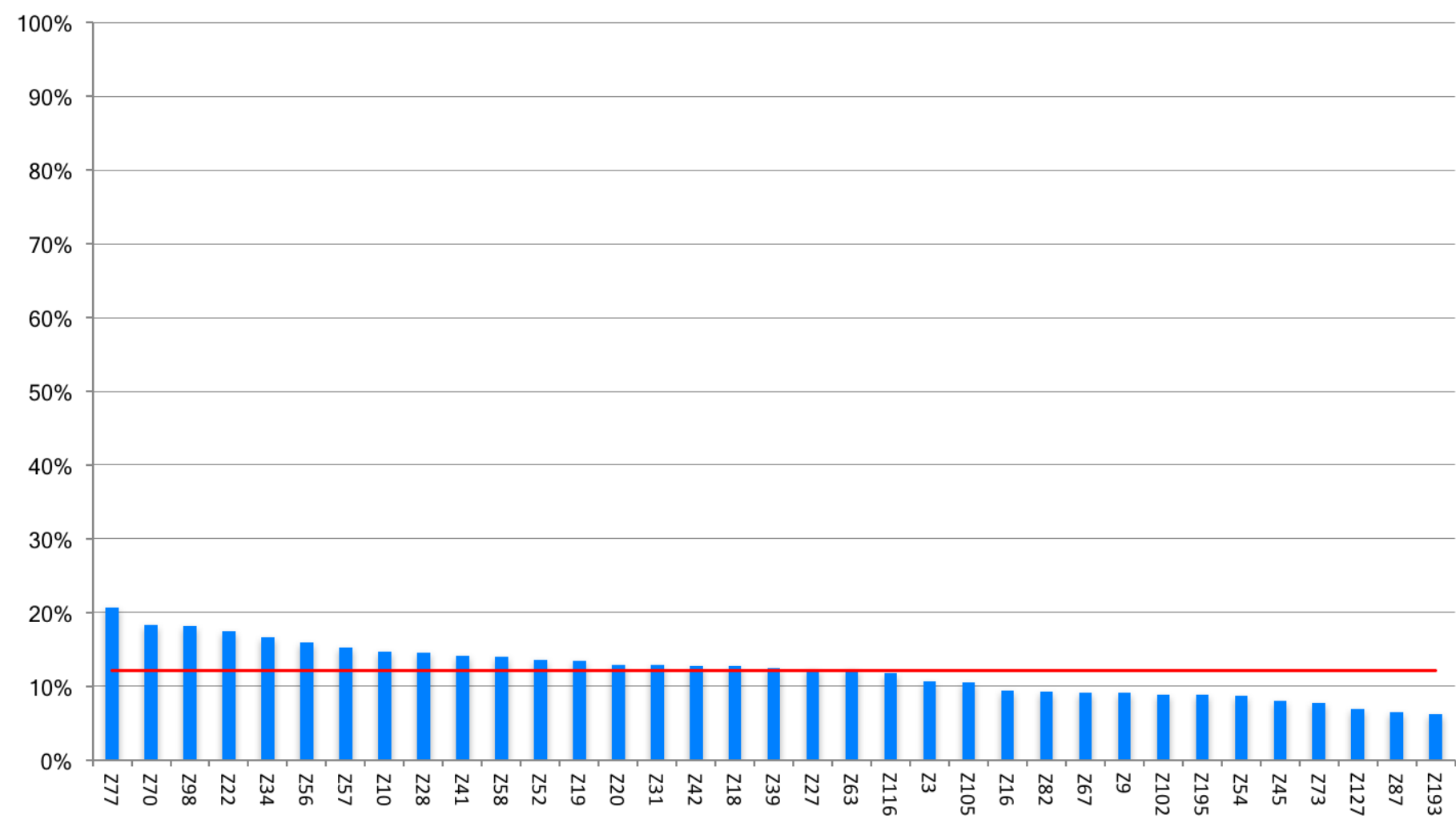
Grafiek 4: Percentage astma patiënten bij wie functioneren (ACQ) is vastgelegd



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



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



BIJLAGE 6 | NAMEN VAN ZORGGROEPEN

NAAM	NUMMER
DIAGIS HUISARTSEN COOPERATIE MEDICAMUS	Z1
REGIOZORG MIDDEN-HOLLAND B.V. (RZMH BV)	Z100
ST. SAMENWERKENDE HUISARTSEN REIMERSWAAL (KETENZORG)	Z101
HUISARTSENZORG NOORD-KENNEMERLAND	Z102
STICHTING ONDERSTEUNING HUISARTSEN AMSTERDAM (ROHA)	Z103
STICHTING GC HAARLEMMERMEER (GEZ)	Z105
PREVENTZORG B.V.	Z109
MEDRIE ZWOLLE B.V.	Z11
STICHTING GEZONDHEIDSCENTRA UTRECHT (GEZ/KETENZORG)	Z110
STICHTING GEZONDHEIDSCENTRUM LEWENBORG	Z115
ZORG IN HOUTEN	Z116
OCE NIJMEGEN	Z118
MEDRIE HARDENBERG	Z12
ST. LEIDSCHER RIJN JULIUS GEZ. CENTRA (GEZ)	Z122
KETENZORG NEDERLAND	Z127
STICHTING GEZONDHEIDSCENTRUM CORLAER (GEZ)	Z128
HUISARTSEN UTRECHT STAD	Z13
COOPERATIE ZORGGROEP KATWIJK U.A. (KETENZORG)	Z131
ZORGGROEP KRIMPEN	Z136
SYNTEIN	Z14
STICHTING ORANJEVESTE	Z15
BRAAZO GEINTEGREERDE EERSTELIJS ZORG	Z151
ROH WEST-NEDERLAND	Z16
KETENZORG ARNHEM B.V.	Z161
STICHTING HUISARTSENPRAKTIJK HOED NIEUWERKERK A/D IJSSEL	Z162
STICHTING "KETENZORG KANALENEILAND NOORD-ZUID	Z167
HUISARTSENZORG REGIO APELDOORN B.V.	Z17
HUISARTSENCOOPERATIE DEVENTER EN OMSTREKEN	Z18
COOPERATIE STIELO U.A.	Z180
BADHOEVEDORP	Z187
ZORGGROEP ZUIDPLAS	Z189
ZORGGROEP HET HUISARTSENTEAM	Z19
FEDERATIE EERSTELIJSZORG ALMELO (FEA)	Z191
MAATSCHAP GEZ MEDISCH CENTRUM OMMEDIJK	Z195
STICHTING GEZOND OP ZUID	Z199

ST. GEORGANISEERDE EERSTELIJNSZORG Z'MEER	Z2
ZORROO	Z20
GC WIELSLAG	Z200
B.V. ZORG OUDE IJSSEL	Z21
DIABETES ZORGGROEP SCHOUWEN-DUIVELAND	Z22
THOON BV	Z24
KCOETZ	Z25
ELAN	Z26
RCH	Z27
INTEGRALE ZORGGROEP EERSTELIJN RIJNMOND	Z28
POZOB	Z3
ST. GEZONDHEIDSCENTRA MAARSSENBROEK (GEZ)	Z30
ZIO	Z31
KETENZORG GELDERSE VALLEI	Z33
ARTS EN ZORG	Z34
NUCLEUS CHRONISCHE ZORG B.V.	Z36
HUISARTSEN COOPERATIE NOORDERZORG U.A.	Z4
SEZ	Z40
SGE	Z41
DIABETES ZORGGROEP DE BEVELANDEN B.V.	Z42
HUISARTS EN ZORG ZORGGROEP BV	Z43
HUISARTSEN COOPERATIE MEDZZO	Z44
AMSTELLAND ZORG BV	Z45
COOPERATIE ZORGSAAAM ZUID	Z46
HZD BV	Z47
HUISARTSENZORG OOST ACHTERHOEK B.V.	Z49
ZORGGROEP RIDDERKERK	Z5
HUISARTSENZORG REGIO ZUTPHEN B.V.	Z50
HKN HUISARTSEN	Z51
DOH	Z52
COOP KIEK UA	Z53
ZORGGROEP HARINGVLIET	Z54
VERENIGING ZORGGROEP SOESTERKWARTIER	Z55
COHESIE CURE AND CARE BV	Z56
HUISARTSEN ZORGGROEP BREDA	Z57
MEDITTA	Z58
ZORGGROEP ZGWA	Z6
HUISARTSENCOOPERATIE DE BAARSJES U.A.	Z60
HUISARTSEN EEMLAND ZORG	Z61
CHRONISCHE ZORG ZEIST B.V.	Z62
CHRONOS	Z63
ZORGGROEP ALMERE	Z67

COOPERATIE HUISARTSEN AMSTERDAM GROOT-ZUID	Z69
ZORGGROEP AXEL ZAAMSLAG	Z70
BEROEMD	Z71
B.V. BETER IN BOMMELERWAARD	Z72
ZORGGROEP HOEKSEWAARD	Z73
SAG	Z74
STICHTING GAZO GEZONDHEIDSCENTRA AMSTERDAM ZUIDOOST	Z76
ZORGGROEP DRACHTEN/STICHTING CATENA	Z77
EERSTELIJNS CENTRUM TIEL	Z80
ZORGGROEP WEST-BRABANT	Z81
STICHTING MAETRI-X	Z82
DIABETESZORGGROEP FLEVOLAND BV	Z84
DIAGIS ZORGGROEP DIEMEN/DUIVENDRECHT/BETONDORP	Z85
KETENZORG FRIESLAND B.V.	Z86
DOKTERSCOOP	Z87
KETENZORGNU	Z88
KETENZORG WALCHEREN BV	Z9
GO DIABETES B.V. I.O. (KETENZORG)	Z90
KETENZORG WEST-FRIESLAND	Z95
DIAGIS MERCATORPLEIN	Z97
HUISARTSEN-OZL	Z98

