

**TRANSPARANTE KETENZORG  
RAPPORTAGE 2017  
ZORGGROEPEN  
DIABETES MELLITUS, VRM,  
COPD EN ASTMA**

**OP WEG NAAR GENUANCEERDE  
RAPPORTAGE VAN ZORG**

## COLOFON

© InEen,

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](mailto:info@ineen.nl).

# INHOUDSOPGAVE

|                                        |           |
|----------------------------------------|-----------|
| <b>Verantwoording</b>                  | <b>4</b>  |
| <b>Samenvatting en aanbevelingen</b>   | <b>5</b>  |
| <b>Inleiding</b>                       | <b>11</b> |
| <b>Werkwijze</b>                       | <b>13</b> |
| <b>Respons zorggroepen</b>             | <b>14</b> |
| <b>Resultaten diabetes algemeen</b>    | <b>15</b> |
| <b>Resultaten diabetes indicatoren</b> | <b>17</b> |
| <b>Resultaten HVZ algemeen</b>         | <b>21</b> |
| <b>Resultaten HVZ indicatoren</b>      | <b>23</b> |
| <b>Resultaten VVR algemeen</b>         | <b>27</b> |
| <b>Resultaten VVR indicatoren</b>      | <b>28</b> |
| <b>Resultaten COPD algemeen</b>        | <b>32</b> |
| <b>Resultaten COPD indicatoren</b>     | <b>34</b> |
| <b>Resultaten astma algemeen</b>       | <b>38</b> |
| <b>Resultaten astma indicatoren</b>    | <b>40</b> |
| <br><b>Bijlagen</b>                    |           |
| <b>Bijlage 1 Grafieken diabetes</b>    | <b>43</b> |
| <b>Bijlage 2 Grafieken HVZ</b>         | <b>54</b> |
| <b>Bijlage 3 Grafieken VVR</b>         | <b>62</b> |
| <b>Bijlage 4 Grafieken COPD</b>        | <b>72</b> |
| <b>Bijlage 5 Grafieken astma</b>       | <b>81</b> |
| <b>Bijlage 6 Namen van zorggroepen</b> | <b>87</b> |

# VERANTWOORDING

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

- Maarten Klomp, huisarts, voorzitter redactiecommissie, bestuurslid InEen
- Arnold Romeijnders, huisarts, medisch directeur zorggroep PoZoB
- Esther de Braal, huisarts en kaderhuisarts hart-en vaatziekten zorggroep Almere
- Guy Rutten, hoogleraar diabetologie in de huisartsgeneeskunde, Julius Centrum, UMC Utrecht (hoofdstuk diabetes)
- 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
- Bertien Hart, huisarts en kaderhuisarts diabetes, Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra en afdeling 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, huisarts, voormalig hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling & Wetenschap, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht
- Xavier Hofman, huisarts, kaderhuisarts hart en vaatziekten
- Frans Rutten, huisarts, universitair hoofddocent huisartsgeneeskunde, Julius Centrum, UMC Utrecht, per 1/6/2018 hoogleraar cardiovasculaire ziekte in de eerste lijn.

# SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN

Dit is de achtste 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 111 (vorig jaar 114) hun data over het jaar 2016 aangeleverd. In totaal gaven 97 (vorig jaar 97) zorggroepen toestemming voor het vermelden van de naam van de zorggroep.

Bij 110 zorggroepen betrof het data over diabeteszorg (vorig jaar 114), bij 103 zorggroepen ook data over COPD zorg (vorig jaar 107), bij 48 zorggroepen ook data over astma (vorig jaar 35), bij 87 zorggroepen ook data over HVZ (vorig jaar 87) en bij 78 zorggroepen ook over VVR (vorig jaar 69). Met elkaar vertegenwoordigen de 111 aanleverende zorggroepen ongeveer 14.495.340 inwoners van Nederland (85%). De geschatte dekkingsgraad is iets afgenomen ten opzichte van vorig jaar. Het aantal lag toen op 14.811.912.

## Algemene conclusies

1. Na acht jaar benchmark ketenzorg is zichtbaar geworden wat het resultaat is van de programmatische aanpak van de zorg voor mensen met een chronische aandoening.
2. Het aantal indicatoren is de afgelopen jaren teruggebracht tot maximaal acht per zorgprogramma. Daarmee geven de indicatorensets een beeld over een aantal aspecten van de kwaliteit van de geleverde zorg.
3. Het resultaat is vooral positief. De meeste procesindicatoren en een aantal uitkomstindicatoren zijn duidelijk verbeterd. Enkele andere uitkomstindicatoren verbeterden niet significant.
4. De scores op sommige indicatoren naderen inmiddels hun optimum.
5. De praktijkvariatie ten aanzien van de verdeling eerste-tweede lijn en de praktijkvariatie van een aantal andere indicatoren blijft aanzienlijk, ook na alle adviezen hierover vanuit de benchmarkrapportages.
6. We weten onvoldoende over de diverse oorzaken van die praktijkvariatie.
7. Het is bij een aantal indicatoren niet duidelijk wat de maximaal haalbare doelen zijn, en dat zet soms vraagtekens bij de gebezigde verwachtingen.

## Algemene aanbevelingen

1. Het zou goed zijn om een grondige evaluatie te doen van de benchmark, niet alleen per zorgprogramma maar ook voor de benchmark als geheel en tav de samenhang van de diverse zorgprogramma's.
2. Naar aanleiding van die evaluatie kan worden vastgesteld hoe de benchmark het beste kan worden doorontwikkeld.

3. Het zou goed zijn om onderzoek te doen naar de gesignaleerde praktijkvariatie, de mogelijke oorzaken daarvan en de wijze waarop deze eventueel kan worden verminderd.

## 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 door fusies gedaald van 114 naar 110. Zij variëren sterk in omvang en dus in aantallen patiënten in het zorgprogramma. De gemiddelde prevalentie van diabetes type 2 is gelijk gebleven op 5,3%.
2. Het aantal zorggroepen dat de hele populatie in beeld heeft is iets gedaald naar 91%.
3. Zorggroepen rapporteren dat nu 83,8% van de patiënten onder behandeling is in de eerste lijn. Dat percentage is de laatste jaren gestabiliseerd en lijkt het maximum te hebben bereikt.
4. Gemiddeld 4,9% (vorig jaar 4,7%) heeft geen programmatische zorg. Conform de inclusiecriteria zijn zorggroepen kritisch op de noodzaak om patiënten met diabetes te includeren in een zorgprogramma.
5. Van de vijf gerapporteerde procesindicatoren zijn er drie nog heel licht verbeterd en twee heel licht verslechterd. 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 gestegen van 60 naar 64% terwijl een zelfde aantal mensen hiervoor medicatie gebruikte. 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, namelijk 72%.
7. Het gemiddeld aantal rokers nam voor het achtste achtereenvolgende jaar heel licht af en bedraagt nu nog 14%. Ook hier is de variatie tussen de zorggroepen aanzienlijk (10-20%)
8. De uitkomsten van de gerapporteerde indicatoren zijn door de bank genomen heel mooi. De zorg voor diabetespatiënten in de eerste lijn is de afgelopen jaren enorm verbeterd met minder complicaties als gevolg.

## Aanbevelingen diabetes

1. De variatie 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. Zorggroepen die minder goed scoren op de uitkomstindicator LDL dienen te kijken naar een mogelijke relatie met een laag gebruik van lipidenverlagers.
4. 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.
5. Nu de standaardzorg voor diabetespatiënten in de eerste lijn behoorlijk op orde is verdient het aanbeveling op zoek te gaan naar een indicator die aangeeft in welke mate

persoonsgerichte zorg wordt toegepast, bijvoorbeeld via individueel gekozen streefwaarden en controle intervallen.

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 gelijk gebleven met 87.
2. De gemiddelde prevalentie van de patiënten met HVZ is licht gestegen van 4,6% naar 4,8%. De spreiding is nog steeds erg groot.
3. Van de patiënten met HVZ is 24,6% (vorig jaar 24,9%) onder controle in de tweede lijn en heeft 8,7% (vorig jaar 7,4%) 'geen programmatische zorg'. Gemiddeld zit ruim 65% in het zorgprogramma. De spreiding tussen de zorggroepen is ook hier erg groot. De gepropageerde verdergaande substitutie van tweede naar eerste lijn vindt niet plaats.
4. De scores op de drie in de benchmark opgenomen procesindicatoren (rookstatus, eGFR en lichaamsbeweging geregistreerd) verbeterden alle drie licht. Registratie van roken en bewegen blijven aanzienlijk achter bij de registratie van de nierfunctie.
5. Ruim 75% van de patiënten (met een acceptabele spreiding) heeft een systolische bloeddruk op streefwaarde. Dat is een mooie score en waarschijnlijk het maximaal haalbare.
6. De uitkomstindicator  $LDL \leq 2,5$  mmol/l is met 57% een fractie hoger dan vorig jaar (55%) en over vijf jaren geleidelijk verbeterd. Het uiteindelijke klinische effect is waarschijnlijk groter omdat ook verlagingen van het LDL die niet tot de streefwaarde hebben geleid de prognose van betreffende patiënt verbeteren.
7. Het aantal niet-rokers stabiliseert rond de 82%. Dat is beduidend beter dan in de algemene bevolking (76,9%), maar slechter dan bij diabetes (85%) en VVR (87%). Dat laatste berust op ivoor een deel op confounding by indication; hart-en vaatziekten komen immers juist vaak voor bij mensen die roken.

## 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 een verbetertraject voor te ontwikkelen.
2. Zorggroepen dienen praktijkvariatie te benutten als onderdeel van het kwaliteitsbeleid richting praktijken. Daarbij dienen scores die belangrijk afwijken van het gemiddelde te worden geanalyseerd, als opmaat voor een mogelijk verbetertraject.
3. Het verdient aanbeveling onderzoek te doen naar de redenen van het uitblijven van verdere substitutie van CVRM zorg van patiënten met HVZ en de grote praktijkvariatie op dit punt. Dat onderzoek moet antwoord geven op de vraag of en zo ja hoe verdergaande substitutie mogelijk is.
4. De scores op de procesindicatoren roken en bewegen dienen verder te verbeteren.

5. Er dient een extra indicator “gebruik lipiden verlagende middelen” te worden overwogen om ook bij HVZ zicht te krijgen op een medicatiegebruik in relatie tot de praktijkvariatie van “LDL op streefwaarde”.
6. In het kader van persoonsgerichte zorg dient er in de spreekkamer aandacht te zijn voor het dilemma “halen streefwaarde” versus “klinisch 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 69 naar 78.
2. De gemiddelde prevalentie van de patiënten met VVR is een fractie gestegen van 8,2% naar 8,5%. De te verwachten daling ten gevolge van de aangescherpte inclusiecriteria is dus nog niet ingezet.
3. Gemiddeld neemt 70% van de patiënten met VVR deel aan het zorgprogramma. De overige patiënten worden begeleid in de tweede lijn of hebben (nog) geen programma-tische zorg.
4. Alle vijf procesindicatoren scoren weer een fractie hoger dan vorig jaar. Dat is een goed resultaat ook al omdat er een substantieel aantal nieuwe groepen is toegetreden.
5. LDL en nierfunctie hebben naar verwachting hun bovengrens behaald. Bloeddruk en rookstatus zouden ook boven de 90% moeten uitkomen en bij de registratie van lichaamsbeweging is nog de meeste verbeterruimte.
6. De uitkomstindicator systolische bloeddruk  $\leq 140$  mmHg is met 72% vergelijkbaar met de voorgaande jaren maar de spreiding is nog te hoog.
7. De uitkomstindicator LDL is voor het vierde jaar licht verbeterd tot 30%. Er lijkt nog ruimte voor verdere verbetering gezien de resultaten van de zorgprogramma's DM en HVZ.
8. Ook de uitkomstindicator roken is opnieuw verbeterd ten opzichte van voorgaande jaren. Rookte vorig jaar nog 15% van de VVR patiënten, in 2017 is dat 13%. Dat is significant lager dan in de algehele Nederlandse bevolking, waar het boven de 23,1% ligt.

### 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 een verbetertraject voor te ontwikkelen.
2. Zorggroepen dienen praktijkvariatie te benutten als onderdeel van hun 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. Ten aanzien van de inclusie in het zorgprogramma dient er nader onderzoek te komen naar de oorzaken van de praktijkvariatie tussen de zorggroepen.
4. De consequenties van de nieuw te verschijnen richtlijn CVRM op de inclusie van VVR patiënten in het zorgprogramma dienen te worden nagegaan.

5. Er is eigenlijk geen indicatie voor het behandelen van patiënten met VVR in de tweede lijn. Dus is er nog veel ruimte voor substitutie. Zorggroepen dienen hierover afspraken te maken met het regionale ziekenhuis.
6. Het aantal thuismetingen en 24 uren registraties van de bloeddruk neemt toe. Nagegaan dient te worden hoe dit in de benchmark kan worden meegenomen.
7. 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.
8. In het kader van persoonsgerichte zorg dient er met elke patiënt een verstandige afweging te worden gemaakt over "halen streefwaarde" versus "klinisch relevante verlaaging" 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 gedaald van 107 naar 103.
2. De gemiddelde prevalentie van COPD is met 2,0% stabiel ten opzichte van vorig jaar (2,0%). De variatie in de prevalentie tussen de zorggroepen neemt verder af (1,0 tot 3,2% ten opzichte van 0,6 tot 4,2% in 2016).
3. Het percentage COPD-patiënten in de tweede lijn steeg licht van 26,9% in 2016 naar 27,6% nu. Ondanks de jarenlange ervaring met ketenzorg in de eerste lijn komt verdere substitutie niet van de grond.
4. Het percentage patiënten zonder programmatische zorg steeg weer iets van 10,9% naar 11,7%. Dit is in lijn met de aangescherpte inclusiecriteria van InEen.
5. Alle vijf procesindicatoren zijn in 2017 verder verbeterd. Over de laatste vijf jaren is een continue verbetering waarneembaar. Wel blijft de praktijkvariatie aanzienlijk.
6. Het percentage rokers in de COPD-populatie is voor het vijfde jaar op rij licht gedaald van 42% in 2013 naar 38% 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.
7. Het aantal patiënten met twee of meer stootkuren is licht gedaald van 10% naar 8%. Mogelijk zijn er minder exacerbaties door de kwalitatief verbeterde ketenzorg.

## 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. Dat zal naar verwachting de praktijkvariatie in de prevalentie doen afnemen.
2. De oorzaken van het uitblijven van verdere substitutie dient te worden onderzocht, te meer omdat een aantal regio's laat zien dat meer substitutie heel goed kan.
3. Kwaliteitsmanagers van zorggroepen dienen praktijkvariatie te benutten als een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid richting praktijken. Daarbij dienen scores die belangrijk afwijken van het gemiddelde te worden geanalyseerd, als opmaat voor een mogelijk verbetertraject.

4. Bij de implementatie van de COPD zorg kan de ziektelastmeter, waarin de meeste indicatoren zijn opgenomen, worden toegepast. Daartoe moet deze in HIS of KIS worden opgenomen.
5. Zorggroepen dienen te sturen op een verdere verbetering van de procesindicatoren. Streefwaarde van de procesindicatoren is 90%.
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 35 naar 48.
2. De gemiddelde prevalentie bedraagt 5,7% en daarvan is 34% opgenomen in het zorgprogramma. Dat betekent een inclusiepercentage van 1,9% van de totale populatie.
3. Gemiddeld 9,4% van de patiënten met astma was onder behandeling in de tweede lijn.
4. Bij 61% van de patiënten met astma (vorig jaar 57%) is de inhalatietechniek gecontroleerd en geregistreerd.
5. De mate van astma controle is vastgelegd bij 60% (vorig jaar 55%). Dit is een cruciale indicator voor het beleid en daarom moet deze waarde verder omhoog.
6. Het rookgedrag is geregistreerd bij 82% (vorig jaar ook 82%).
7. Het percentage rokers in de astma-populatie bedroeg in 2017 12%. Dit is 1% lager dan in 2016 en een stuk lager dan het landelijke percentage van 23,1%.

## 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 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" zijn verbeterd, maar verdienen nog meer aandacht.
4. De aandacht voor SMR bij patiënten met astma die roken blijft een heel belangrijk aandachtspunt.
5. 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

## Vaste waarde

De landelijke benchmark Transparante Keten zorg is inmiddels een vaste waarde in het kwaliteitsbeleid van ketenzorgorganisaties. Het aantal deelnemers is gestabiliseerd op 111 ketenzorgorganisaties die jaarlijks gegevens aanleveren voor de landelijke benchmark. Voor de achtste 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 onveranderd gebleven waardoor voor alle indicatoren een vergelijking met vorig jaar mogelijk was.

## 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. De ervaring leert dat het spiegelen van medisch inhoudelijke indicatoren en het reflecteren op de praktijkvariatie krachtige instrumenten zijn om te komen tot kwaliteitsverbetering. Spiegelinformatie vormt dan ook een belangrijk onderdeel van het nieuwe kwaliteitsbeleid dat de eerstelijns koepels onlangs hebben vastgesteld.

## 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 en dat zal met een zekere vertraging leiden tot een daling van het aantal complicaties. Ook bij de andere zorgprogramma's zien we positieve trends ten aanzien van de meeste procesindicatoren en van sommige uitkomstindicatoren.

## Keuze van de indicatoren

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) die inzicht geven in een aantal belangrijke aspecten van de kwaliteit van de geleverde zorg en die verzameld kunnen worden uit de informatiesystemen (HIS'sen en de KIS'sen) zonder extra registratiebelasting.

## 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 2018 zijn in totaal 130 contactpersonen van zorggroepen en gezondheidscentra benaderd voor deelname aan de benchmark over 2017. Het betreft zorggroepen en gezondheidscentra zoals bekend bij InEen en/of voorkomen op de lijsten van gecontracteerde groepen bij de zorgverzekeraars. Uit die lijst van namen is niet op te maken hoeveel unieke zorggroepen het betreft. Sommige groepen hanteren een aparte naam en een aparte AGB code per zorgprogramma. Ook staan er groepen op die een GEZ contract hebben afgesloten en tevens onderdeel vormen van een zorggroep.

Aan zorggroepen die niet met een regionaal datacentrum werken hebben we gevraagd gegevens via de website <https://transparanteketenzorg.nl> aan te leveren. Aan de andere groepen hebben we gevraagd met het regionaal datacentrum contact op te nemen voor deelname. Het regionaal datacentrum zorgde dan vervolgens dat de gegevens via de website werden aangeleverd. Als deadline hebben we 1 april aangegeven.

Net als 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 111 gegevens aangeleverd voor de landelijke benchmark. Met elkaar vertegenwoordigen deze zorggroepen ongeveer<sup>1</sup> 14.495.340 inwoners van Nederland (85%), door het land verspreid. De geschatte dekkingsgraad is iets afgenomen ten opzichte van vorig jaar. Het aantal lag toen op 14.811.912.

## Overzicht 1: Deelname zorggroepen

|                                                 |     |
|-------------------------------------------------|-----|
| Aangeschreven                                   | 130 |
| Gegevens aangeleverd voor diabetes <sup>2</sup> | 110 |
| Gegevens aangeleverd voor COPD                  | 103 |
| Gegevens aangeleverd voor HVZ                   | 87  |
| Gegevens aangeleverd voor VVR                   | 78  |
| Gegevens aangeleverd voor astma                 | 48  |

---

<sup>1</sup> Van zorggroepen waarvan de populatiegrootte niet bekend is, is die berekend op basis van de gemiddelde prevalentie diabetes (5.2%).

<sup>2</sup> Een groep heeft voor diabetes gegevens aangeleverd als onderdeel van een grotere zorggroep en voor de andere programma's eigen gegevens. Daarom wijkt het aantal bij diabetes af van het totaal aanleverende zorggroepen (111).

# RESULTATEN DIABETES ALGEMEEN

De 110 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden 636.475 patiënten met diabetes type 2 in zorg op 31 december 2017. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 569.444<sup>3</sup> patiënten (89%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Het aantal zorggroepen ligt iets lager dan vorig jaar, toen er gegevens konden worden gepresenteerd van 114 zorggroepen. Een lager aantal zorggroepen betekent overigens niet, dat de belangstelling voor het aanleveren van data tanende is. Fusies van zorggroepen of het opgaan van kleine zorggroepen in grotere kan dit verklaren. Het aantal mensen, over wie gerapporteerd is, is vrijwel hetzelfde als in 2016.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

|                                                       | alle zorggroepen die data hebben aangeleverd |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Aantal zorggroepen                                    | 110                                          |
| Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is        | 107                                          |
| Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep | 131.264                                      |
| Mediaan                                               | 85.782                                       |
| Minimum                                               | 5.213                                        |
| Maximum                                               | 496.044                                      |

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. Bij een grote 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 in zorgprogramma over zorggroepen

|            | patiënten met diabetes N=103 |  |  | prevalentie N=103 | in zorggroep N=110 | % specialist <sup>4</sup> N=102 | % niet in programma <sup>5</sup> N=101 |
|------------|------------------------------|--|--|-------------------|--------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| Gemiddelde | 6.688                        |  |  | 5,3               | 5.786              | 9,6                             | 4,9                                    |
| Mediaan    | 4.397                        |  |  | 5,2               | 4.108              | 9,2                             | 4,4                                    |
| Minimum    | 256                          |  |  | 3,0               | 101                | 0,1                             | 0,3                                    |
| Maximum    | 31.469                       |  |  | 8,0               | 26.409             | 20                              | 16,1                                   |

<sup>3</sup> Drie 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.

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

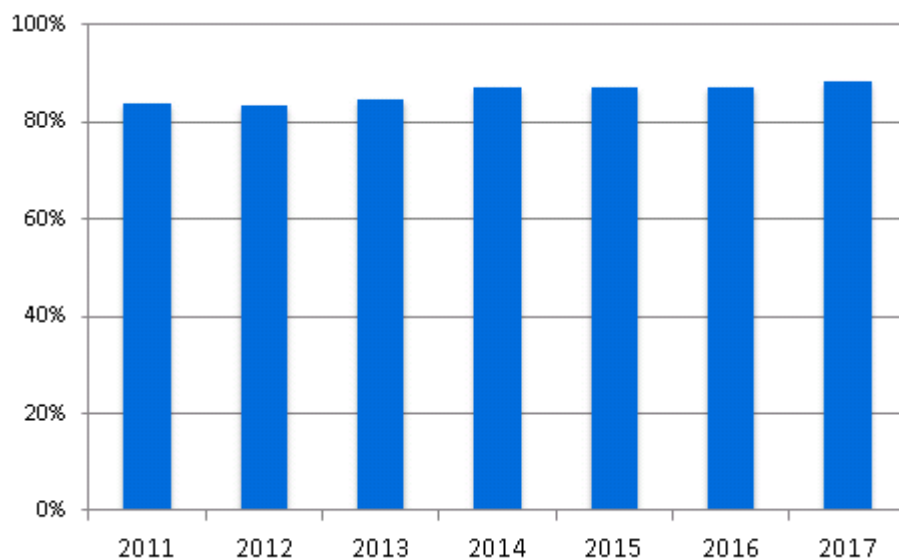
<sup>5</sup> Een zorggroep heeft hier 0 als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

Het percentage zorggroepen dat de hele populatie diabetespatiënten in beeld heeft, is iets gedaald en ligt weer op het niveau van twee jaar geleden: 91%. Wat betreft het aantal mensen dat programmatische zorg krijgt in de eerste lijn lijkt er een stabiele fase bereikt. In 2017 was 83,8% van de mensen met type 2 diabetes mellitus opgenomen in de ketenzorg diabetes. Er zal altijd een groep mensen met type 2 diabetes blijven die met de 'standaard'-therapie geen goede instelling bereikt en voor wie soms via 'trial en error' met nieuwe geneesmiddelen enige verbetering bereikt kan worden. Het is daarom verheugend dat er in 2018 een richtlijn voor internisten is verschenen die ook voor deze groep mensen het beschikbare bewijsmateriaal bundelt en vertaalt naar klinische adviezen.

Opvallend blijft de enorme variatie van het percentage dat gerapporteerd wordt over mensen, bekend in de tweede lijn. Ditzelfde geldt voor het percentage mensen, dat niet in het zorgprogramma is opgenomen. Beide facetten verdienen aandacht. Deze grote verschillen kunnen een gevolg zijn van de manier van data verzamelen en rapporteren, maar kunnen ook werkelijk bestaande verschillen weergeven. Als dit laatste het geval is, dan zou het de moeite waard zijn om een verdere analyse te doen naar de oorzaken van deze verschillen en daaruit mogelijke lessen te putten en conclusies te trekken, die gedeeld kunnen worden met de zorggroepen.

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 zeven 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 1e lijn**

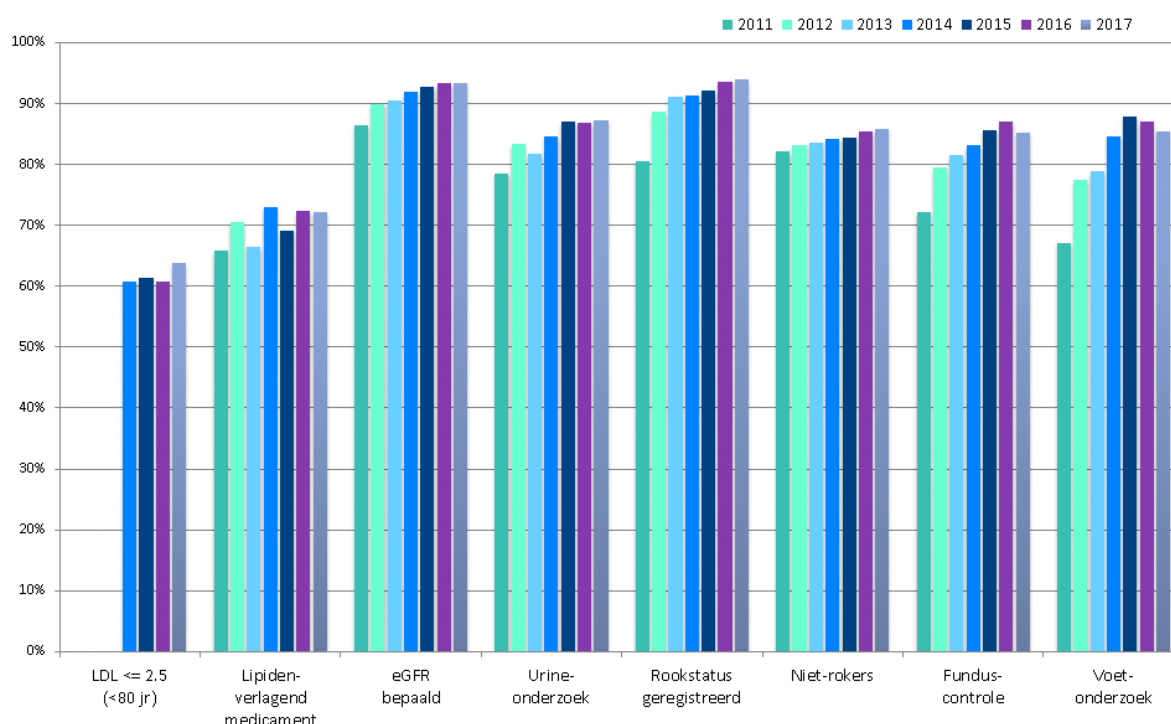


# RESULTATEN DIABETES INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de diabetesindicatoren over zes jaren. Omdat dit jaar evenals de drie 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 zeven jaren

Grafiek 1: Vergelijking indicatoren over zeven jaren



Bij het vergelijken van de belangrijkste indicatoren over de afgelopen zeven jaar is er op een aantal punten nog sprake van een lichte verbetering, zoals de bepaling van de GFR en de ACR, en op andere punten een stabilisatie. Voetonderzoek en fundusonderzoek zijn net wat minder vaak gerapporteerd. We zien verder voor het zevende achtereenvolgende jaar een lichte stijging van het aantal niet-rokers. Het aantal personen jonger dan 80 jaar, dat een LDL-cholesterol op streefwaarde had is gestegen bij een gelijkblijvend aantal mensen dat hiervoor medicatie gebruikte.

Eigenlijk zijn de uitkomsten van de gerapporteerde indicatoren, voornamelijk procesindicatoren, heel mooi. De uitdaging voor de komende jaren is om te zoeken naar indicatoren, die in beeld brengen in welke mate er geïndividualiseerde persoonsgerichte zorg is verleend. Dat kan niet goed met de huidige indicatoren, die vooral gericht zijn op het goed uitvoeren van de gestandaardiseerde zorg. Dat vraagt om een aanpassing van het HIS en KIS, waarin de behandelaar samen met de patiënt afsprekt wat de streefwaarde voor respectievelijk het HbA<sub>1c</sub>, de bloeddruk en het LDL-cholesterol is en waarbij de feedback gegeven wordt in de vorm van het percentage patiënten dat de afgesproken streefwaarde haalt en dus niet onderbehandeld of overbehandeld wordt. Recent zijn

studies uit Nederlandse huisartspraktijken gepubliceerd waaruit naar voren kwam dat een fraai gemiddeld HbA1c van praktijken gepaard ging met een overbehandeling van liefst 40% van de 70-plussers volgens de NHG-Standaard. Het aanpassen van HIS en KIS lijkt in dit opzicht topprioriteit, gegeven het feit dat er ruim één miljoen mensen met type 2 diabetes zijn.

Uiteindelijk kunnen we vaststellen dat met de nu bekende gegevens de diabeteszorg in de eerste lijn – gemiddeld genomen - voor een groot deel van het land gestandaardiseerd en daarmee goed vergelijkbaar wordt geleverd. Nu komt het aan op de volgende stap, nu de afgelopen jaren duidelijk is geworden dat binnen de gestandaardiseerde zorg een zekere individualisering wenselijk en ook nodig is om zelfmanagement enige kans van slagen te geven. Op basis van niet in deze rapportage opgenomen gegevens is het wel duidelijk, dat de uitkomsten van zorg voor mensen met diabetes in Nederland is verbeterd, met minder (ernstige) complicaties. Met het dalen van het aantal complicaties neemt de werkdruk niet automatisch af omdat het absolute aantal mensen met diabetes verder blijft stijgen.

## 2. Resultaten over 2017 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 omvang van de grootte van de zorggroepen. Het aantal zorggroepen, waarvan de grootte niet bekend is, is gedaald van 5 naar 3. Het is niet bekend of de grootte van de zorggroep van invloed is op de kwaliteit van de geleverde zorg. Waarschijnlijk zitten aan schaalvergroting zowel voor- als nadelen. Bij kleine zorggroepen heeft de samenstelling van de populatie uiteraard een grotere invloed, maar ook het ondermaats of juist buitengewoon goed presteren van een enkele praktijk. Bij grote zorggroepen is de invloed van enkele slecht of extreem goed presterende praktijken bijna verwaarloosbaar op het zorggroep gemiddelde. Dit rapport kan daarom geen conclusies verbinden aan de grootte van de zorggroep en de exacte vergelijkbaarheid van zorggroepen.

#### Grafiek 2: Prevalentie diabetes

Bij zeven zorggroepen kan de prevalentie nog steeds niet worden berekend. Daarnaast zijn er nog steeds zorggroepen, met een dermate afwijkende prevalentie (naar boven of naar beneden) van mensen met diabetes, dat zij er goed aan doen te kijken wat hiervan de oorzaak is.. De leeftijdsopbouw van de populatie, verschillende etniciteiten binnen die zorggroepen, de wijze van diagnose stellen en het al dan niet opnemen in het zorgprogramma zijn factoren die deze verschillen zouden kunnen verklaren.

#### Grafiek 3: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma

Van dezelfde zorggroepen als bij grafiek 2 zijn de gegevens niet aanwezig. Het verschil tussen de zorggroepen met de hoogste en de laagste inclusie blijft ongeveer 20%, waarbij een kritische zelfbeschouwing past voor de zorggroepen met de uiterste waarden.

#### 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 indicator is eigenlijk hetzelfde als in 2016. Zorggroepen kunnen zich afvragen hoe het voorschrijfpatroon van statines zich verhoudt tot de LDL-uitkomsten, of bij het uitlezen van de gegevens wel de juiste uitkomsten meekomen in de rapportage, en of zorggroepen met een hoog percentage mensen met LDL op streefwaarde te maken kan hebben met selectiebias.

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

Deze variabiliteit is groot en niet zomaar verklaarbaar. Desondanks kan worden geconcludeerd dat ook wat betreft het gerapporteerd statinegebruik een stabiliteit bestaat. Ook hier kan het de moeite waard zijn om uit te zoeken waarom er nog zulke evidente verschillen in gerapporteerd gebruik bestaan.

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

Fraai resultaat wat betreft deze procesindicator. Z189 heeft een aandachtspunt, waarbij de oorzaak velerlei kan zijn, zoals ook al in eerdere verslagen aangegeven. Toch ook wel benieuwd naar Z12; een registratieprobleem zal hier ongetwijfeld debet aan zijn.

**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; Z107 kent een duidelijke verbetering ten opzichte van vorig jaar. Het is goed te zien dat anno 2018 van de meeste patiënten met diabetes de eGFR en de albumine/creatinine ratio bekend zijn. Dit is bevorderlijk voor een goede implementatie van de nieuwe NHG standaard Chronische Nierschade. Daarbij dienen we wel te bedenken dat Nederlands onderzoek duidelijk maakt dat in heel wat praktijken wel het micro-albumine wordt bepaald, maar dat de vervolgstap, namelijk het voorschrijven van een ACE-remmer of ARB, lang niet altijd wordt gezet. Internationaal wordt als indicator voor kwaliteit van zorg gebruikt: het percentage mensen met herhaalde micro-albuminurie dat daarvoor met een ACE-remmer of ARB wordt behandeld.

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

Mooi resultaat en minder spreiding in vergelijking met een aantal andere indicatoren. Het vastleggen en regelmatig actualiseren van het rookgedrag blijft de noodzakelijk eerste stap naar het eventueel aanbieden van een rookstopadvies.

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

Deze gegevens laten zien dat er een groot verschil is tussen de zorggroepen van het aantal rokers. Dat vraagt bij een aantal zorggroepen extra aandacht. respectievelijk een verklaring. Samenstelling van de populatie kan mogelijk voor een groot deel het verschil in deze prevalentie verklaren.

**Grafiek 10: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met een funduscontrole**

De zorggroepen met een laag percentage patiënten met funduscontrole zijn voor een groot deel weer dezelfde als vorig jaar. Voor hen is dit een belangrijk punt van aandacht. Mogelijk is bij de zorggroepen met een lagere uitkomst, gekeken of er in de afgelopen 12 (i.p.v. 24) maanden, een funduscontrole heeft plaatsgevonden. Daarnaast is het opnemen in de resultaten van de patiënten die funduscontroles kregen bij de oogarts soms lastig.

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

Voor de meerderheid van de zorggroepen met een relatief lage score was dit vorig jaar ook zo. Dat is voor hen een aandachtspunt om verder uit te diepen. Zouden zorggroepen het voetonderzoek in de huisartspraktijk achterwege laten, wanneer een patiënt bij de podotherapeut loopt vanwege een hogere SIM'S classificatie?

# RESULTATEN HVZ ALGEMEEN

De 87 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2017 met elkaar 305.462 patiënten met HVZ in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 247.538 patiënten<sup>6</sup> (81%) die gedurende het hele jaar in zorg waren. Bij patiënten met een bekende HVZ gaat het om een of meer van de volgende aandoeningen: myo-cardinfarct, angina pectoris, TIA, herseninfarct, aneurysma aortae of perifeer arterieel vaatlijden (ICPC codes: K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99.01). Patiënten met diabetes zijn geëxcludeerd, omdat ze al in de DBC diabetes zitten. Programmatische ketenzorg HVZ betreft zowel het vasculair risicomanagement als de zorg voor het orgaanlijden.

**Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen**

|                                                       | alle zorggroepen<br>die data hebben<br>aangeleverd |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Aantal zorggroepen                                    | 87                                                 |
| Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is        | 82                                                 |
| Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep | 127.847                                            |
| Mediaan                                               | 96.437                                             |
| Minimum                                               | 5.213                                              |
| Maximum                                               | 427.161                                            |

Er zijn evenveel zorggroepen die gegevens voor HVZ aanleveren als vorig jaar. Wel hebben deze groepen met elkaar meer patiënten in zorg. Van de aanleverende groepen geven er vijf aan dat ze nu een jaar dit zorgprogramma hebben. Bij hen kunnen opstart- en registratieproblemen de cijfers in de rapportage mogelijk beïnvloeden.

**Overzicht 2: Verdeling mensen met HVZ over zorggroepen**

|            | patiënten met<br>HVZ<br>N=78 | prevalentie<br>N=78 | In<br>zorggroep<br>N=85 | % specialist <sup>7</sup><br>N=77 | % niet in<br>programma <sup>8</sup><br>N=77 |
|------------|------------------------------|---------------------|-------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|
| gemiddelde | 5.636                        | 4,8                 | 3.511                   | 24,6                              | 8,7                                         |
| mediaan    | 3.197                        | 4,3                 | 2.439                   | 26,4                              | 6,3                                         |
| minimum    | 224                          | 2,3                 | 45                      | 1,0                               | 0                                           |
| maximum    | 32.244                       | 8,3                 | 20.117                  | 50,0                              | 71,1                                        |

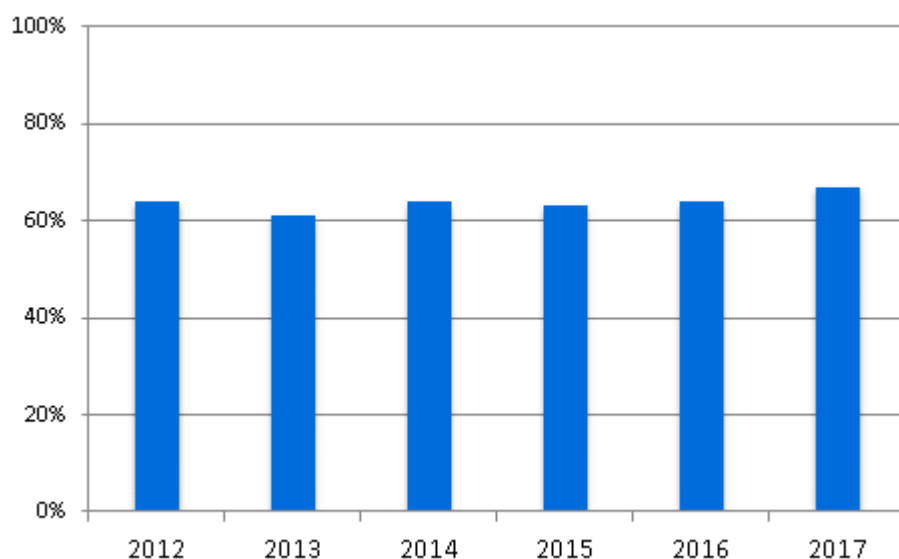
<sup>6</sup> Twee groepen hebben geen aantal bij zorgprogramma opgegeven. Zes groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum en een groep heeft een verschil van minder dan 10 patiënten opgegeven.

<sup>7</sup> Onwaarschijnlijke waarden (bijvoorbeeld in geval de som van aantal bij specialist en aantal bij huisarts groter is dan het totaal aantal patiënten met HVZ) zijn niet meegenomen.

<sup>8</sup> 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).

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 patiënten met HVZ in 1<sup>e</sup> lijn**



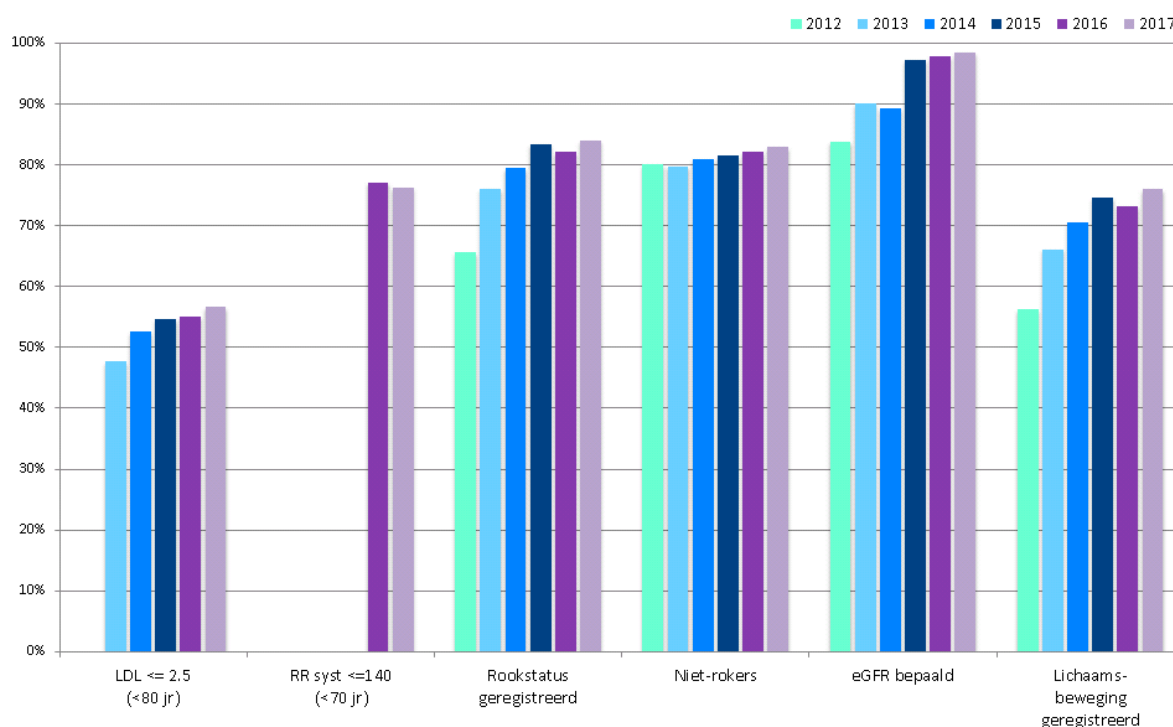
Het percentage patiënten met HVZ dat (uitsluitend) in de 1e lijn wordt behandeld is zoals deze grafiek laat zien in de afgelopen zes jaar vrijwel gelijk gebleven. De score is vergelijkbaar met die bij COPD, maar zo'n 20 procentpunt lager dan de score in de rapportage over patiënten met diabetes. De ambitie van de politiek, zorgverzekeraars en van zorgverleners zelf, om te komen tot een robuuste en zichtbare substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn wordt – afgaand op de gemiddelde scores - bij geen van deze aandoeningen waargemaakt. Dat laat onverlet dat er bij HVZ (in tegenstelling tot bijvoorbeeld diabetes) een aanzienlijke spreiding is tussen zorggroepen (30-90%), en waarschijnlijk ook tussen praktijken. Alleen gedegen onderzoek op praktijk- en zorggroep niveau kan inzicht geven in de oorzaken van deze variatie. Zonder inzicht in deze oorzaken is niet te zeggen of bovengenoemde ambitie berust op realistische veronderstellingen en of het de moeite loont om extra energie te steken in praktijken die "slecht" presteren op deze indicator. Los hiervan is het niet realistisch te streven naar eenzelfde score als bij diabetes. Een patient met een nieuwe diagnose diabetes blijft immers voor behandeling in de eerste lijn, terwijl een patient met een nieuwe HVZ vrijwel altijd voor diagnostiek en behandeling wordt verwezen naar de tweede lijn, om daar vervolgens voor langere tijd (en niet zelden: voor altijd) onder controle te blijven.

# RESULTATEN HVZ INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de indicatoren HVZ over zes jaren. Omdat dit jaar evenals de drie 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 indicatoren HVZ over zes jaren

Grafiek 1: Vergelijking indicatoren over zes jaren<sup>9</sup>



## 2. Resultaten over 2017 per indicator

Het totaalbeeld wordt inzichtelijk in de grafieken in bijlage 2. Daarin staan per indicator de resultaten van elke zorggroep weergegeven. Om een vergelijking mogelijk te maken met het landelijk gemiddelde is er een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.

### Toelichting bij de grafieken

#### Grafiek 1: Prevalentie HVZ

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

<sup>9</sup> Aangezien de leeftijd bij de indicator systolische bloeddruk <= 140 vorig jaar is gewijzigd van 80 naar 70 jaar is alleen een vergelijking over de laatste twee jaren mogelijk.

begeleiding zou kunnen krijgen volgens het zorgprogramma. De schatting is dat in Nederland meer dan 900.000 patiënten in aanmerking voor het zorgprogramma HVZ, dat wil zeggen bijna 6% van de totale bevolking

De hier gerapporteerde prevalentie is lager dan op grond van de prevalentie in de algemene bevolking verwacht mag worden. Dit kan verklaard worden door de volgende factoren:

- exclusie van patiënten met hartklepijden, hartritmestoornissen, hartfalen, en mensen die naast diabetes ook een HVZ hebben;
- weigeraars, zorgmijders en patiënten die (nog) geen begeleiding ontvangen.

In de figuur is te zien dat de spreiding van de prevalentie varieert van ruim 2 tot 8%. De spreiding is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Alleen met gedegen onderzoek op praktijk- of zorggroepniveau kan worden vastgesteld wat de verklaring is voor deze variatie.

#### **Grafiek 2: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma**

Gemiddeld wordt bijna 60 % van de patiënten met HVZ die in aanmerking komen voor het HVZ zorgprogramma (uitsluitend) in de eerste lijn begeleid. Dit percentage is constant over de afgelopen zes jaar. Wel is er een forse spreiding tussen zorggroepen. Achterblijvende zorggroepen zouden hier met een programma gericht op substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn nog kunnen verbeteren.

Het verschil tussen hoog- en laagscorende groepen is opmerkelijk en de moeite van verder onderzoek waard. Vragen hierbij zijn: zijn er significante populatieverschillen? Gebruiken de hoogscorende groepen specifieke (substitutie)programma's en/of samenwerkingsafspraken? Hanteert de tweede lijn terugverwijscriteria?

#### **Grafiek 3: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk $\leq 140$ mm HG**

Ruim driekwart van de patiënten heeft een bloeddrukwaarde beneden de streefwaarde, gelijk aan vorig jaar. De spreiding is acceptabel mits de twee laagst- en de twee hoogst-scorende zorggroepen buiten beschouwing blijven (mogelijk berusten de scores van deze vier zorggroepen op onvolkomenheden in de registratie).

Meerdere factoren kunnen verklaren dat patiënten de streefwaarde niet halen:

- het witte jassen effect (24-uurs- en thuismetingen liggen dan wel onder de daarvoor geldende streefwaarden);
- therapieontrouw;
- staken of onvoldoende kunnen verhogen van bloeddrukverlagers door bijwerkingen; ineffectieve combinaties 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.

Door deze factoren is het onwaarschijnlijk dat de score nog verder zal verbeteren. Daarbij kan worden aangetekend dat een relevante verlaging van de bloeddruk op zichzelf al een verbetering van het risicoprofiel geeft, ook als de streefwaarde niet wordt gehaald.

Een vergelijkbare score zien we bij het zorgprogramma VVR (72%), wat ook een aanwijzing is dat een score rond de 75% het maximaal haalbare is bij deze indicator.

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

De scores en spreiding bij deze indicator zijn vergelijkbaar met die in 2016. Een aantal zorggroepen blijft achter, mogelijk ten gevolge van registratiefouten of onderrapportage.

Een relevante verlaging van het LDL-cholesterol zónder het halen van de streefwaarde geeft echter ook al een verbetering van het risicoprofiel en daarmee tot een verlaging van de kans op een nieuw cardiovasculair event.<sup>10</sup> Het registreren van het percentage mensen dat de streefwaarde haalt komt derhalve maar deels overeen met het totale effect van behandeling met cholesterolverlagende medicatie. Daarnaast spelen dezelfde factoren een rol bij het niet halen van de streefwaarden als bij de indicator bloeddruk (het wittejasseneffect uitgezonderd). Wel lijkt het halen van de streefwaarde LDL-cholesterol moeilijker te zijn dan die van bloeddruk. Pas als 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' zou zijn.

De scores in de rapportages over de zorgprogramma's diabetes en VVR zijn 64% respectievelijk 30%. Het verschil met VVR wordt grotendeels verklaard door het feit dat er verschillende richtlijnen zijn voor patiënten zonder en met HVZ. Door een betere implementatie van de (recent) aangescherpte richtlijnen voor VVR is het de verwachting dat de score bij VVR in volgende jaren zal stijgen.

#### **Grafiek 5 en 6: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd (5) en rookt (6)**

De rookstatus is van ruim 80% van de deelnemers aan het programma vastgelegd, vergelijkbaar met 2016. Gezien het gemak waarmee dit gegeven kan worden achterhaald en vastgelegd, is het opmerkelijk dat deze score niet al lang in alle zorggroepen (vrijwel) 100% is. Nadere inspanningen zijn nodig om te achterhalen waarom de score lager blijft dan nodig en welke maatregelen nodig zijn om deze in achterblijvende zorggroepen te verbeteren.

Ook het percentage rokers is stabiel: 18% (spreiding 10 -38%). Dit is weliswaar enigszins lager dan het gemiddelde percentage rokers in de algemene bevolking (24%, waarvan 18% dagelijks [BRON: CBS <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/22/veel-rokers-onder-twintigers>]), maar nog ontluisterend hoog gezien de morbiditeit in deze populatie. Ook hier de vraag: waarom blijft dit percentage zo hoog en waarom daalt het niet of nauwelijks door de jaren heen? Het zegt uiteraard iets over het extreem verslavende karakter van roken, maar ook over de onmacht van individuele hulpverleners en hun programma's om substantiële groepen mensen van het roken af te krijgen. Een (nog) krachtige(r) lobby vanuit de gezondheidszorg richting de overheid is nodig om de politiek te verleiden tot het nemen van maatregelen die het roken verder ontmoedigen. Slogan: "het lukt ons niet, maar jullie hebben de sleutel in handen". De spreiding (10-38%) is opmerkelijk groot, maar het is nauwelijks voor te stellen dat die berust op reële aantallen. Eerder moet gedacht worden aan onder- en overrapportage, en registratieproblemen.

Het percentage rokers bij mensen in het zorgprogramma HVZ is hoger dan de percentages in de rapportages van diabetes (15%) en VVR (13%). De meest waarschijnlijke verklaring voor dit verschil (naast mogelijke registratiefouten) is het feit dat roken een zeer sterke risicofactor is voor het ontwikkelen van HVZ. Anders gezegd: juist mensen die roken krijgen HVZ, met als gevolg een hoger percentage rokers in die populatie in vergelijking met een populatie zónder HVZ. Het lijkt dus niet aannemelijk dat in de populaties DM2 en VVR het percentage mensen dat stopt met roken dankzij het volgen van een stoppen-met-roken programma hoger is, omdat dezelfde programma's worden aangeboden door dezelfde zorgverleners aan alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen.

---

<sup>10</sup> 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%. Nog maar twee zorggroepen hebben een percentage onder de 90%. Een nog betere score op deze procesindicator is nauwelijks mogelijk. 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 mate van beweging is vastgelegd in meetperiode**

Bij gemiddeld 76% is de mate van beweging vastgelegd. Dit is een lichte toename ten opzichte van vorig jaar en vrijwel gelijk aan de score in 2015. Omdat de spreiding nog fors is zal deze score nog kunnen verbeteren. Ook is het belangrijk te weten bij hoeveel mensen met motivational interviewing is getracht de hoeveelheid 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 78 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2017 met elkaar 621.052 patiënten met VVR in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 522.247 patiënten<sup>11</sup> (84%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

**Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen**

|                                                       | alle zorggroepen die data hebben aangeleverd |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Aantal zorggroepen                                    | 78                                           |
| Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is        | 73                                           |
| Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep | 132.554                                      |
| Mediaan                                               | 114.026                                      |
| Minimum                                               | 5.313                                        |
| Maximum                                               | 427.161                                      |

Er zijn ten opzichte van vorig jaar acht zorggroepen meer die cijfers aanleveren. Dat betekent dat het aantal groepen dat start met een zorgprogramma VVR nog steeds groeit. Bij hen kunnen opstart- en registratieproblemen de cijfers in de rapportage mogelijk beïnvloeden. Er is sprake van variatie in de grootte van de zorggroepen; grote zorggroepen van vierhonderdduizend patiënten worden vergeleken met centra van tienduizend patiënten.

**Overzicht 2: Verdeling mensen met VVR over zorggroepen**

|            | patiënten met VVR<br>N=68 | prevalentie<br>N=68 | In zorggroep<br>N=76 | % specialist<br>N=64 | % niet in programma <sup>12</sup><br>N=64 |
|------------|---------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------------|
| gemiddelde | 10.416                    | 8,5                 | 7.912                | 6,5                  | 10,8                                      |
| mediaan    | 6.483                     | 8,3                 | 6.095                | 5,4                  | 7,9                                       |
| minimum    | 343                       | 0,1                 | 185                  | 0,1                  | 0                                         |
| maximum    | 40.839                    | 15,5                | 27.380               | 26,1                 | 42,8                                      |

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. Uniforme afspraken over de inclusie in dit zorgprogramma dragen hiertoe bij.

<sup>11</sup> Twee groepen hebben geen aantal in zorgprogramma opgegeven en vijf groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum.

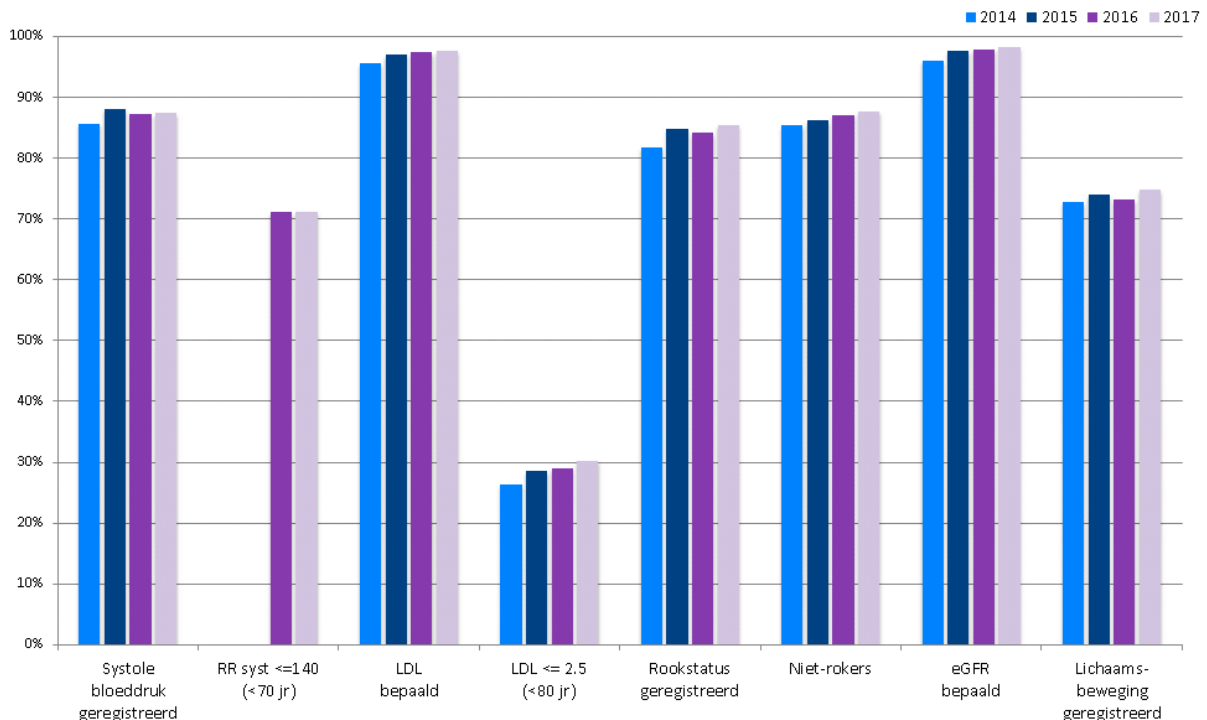
<sup>12</sup> Een zorggroep heeft hier 0 als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

# RESULTATEN VVR INDICATOREN

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

## 1. Vergelijking indicatoren VVR over vier jaren

Grafiek 1: Vergelijking indicatoren over vier jaren<sup>13</sup>



Op het eerste gezicht is er sprake van een stijgende trend. Maar er is nog veel te verbeteren, qua bloeddruk en cholesterol (LDL). (Kader)artsen die nascholingen verzorgen merken op dat veel behandelaars bij patiënten met een hoog risico die op rood uitkomen wél de hypertensie behandelen maar geen cholesterolverlager voorschrijven. Dit is helaas een terugkerend fenomeen. Dit verklaart mogelijk de lage score voor de LDL uitkomst indicator.

## 2. Resultaten over 2017 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.

<sup>13</sup> Aangezien de leeftijd bij de indicator systolische bloeddruk <= 140 vorig jaar is gewijzigd van 80 naar 70 jaar is alleen een vergelijking over de laatste twee jaren mogelijk.

## Toelichting bij de grafieken

### Grafiek 1: Prevalentie VVR

De gemiddelde gemeten prevalentie van deelnemers met een verhoogd vasculair risico in 2017 is ongeveer gelijk aan die in 2016 en 2015 en bedraagt 8%. Bij een in 2017 toegenomen populatie tot meer dan 10 miljoen personen (2015 circa 6 miljoen, 2016 circa 9 miljoen) is de prevalentie vrijwel gelijk gebleven: 8%. De verwachting dat het percentage VVR onder de 8% zou uitkomen, nadat de criteria 2016 aangescherpt is niet waargemaakt. Nu InEen, in afstemming met ZN de inclusiecriteria voor het zorgprogramma VVR nadrukkelijk heeft geformuleerd, is de definiëring van een VVR-deelnemer helder en zal de prevalentie stabiliseren<sup>14</sup>.

De prevalentie van VVR wordt bepaald door hoe vaak een aandoening voorkomt en kan toe- of afnemen als de inclusiecriteria veranderen. Opvallend is de grote variatie in de prevalentie van VVR tussen de zorggroepen. Dat kan te maken hebben met het verschil tussen groepen die al langere tijd het zorgprogramma aanbieden en groepen die dat sinds kort doen, tegen de recent aangepaste inclusiecriteria. Een nadere analyse van de variatie van de prevalentie is op zijn plaats; het is belangrijk dat de zorggroepen in casu InEen antwoorden zouden vinden op vragen als:

- is de prevalentie bij groepen die langer participeren lager / hoger (geworden)?
- is er zekerheid dat elke patiënt die medicatie gebruikt is geïncludeerd?
- wat weten we over de ouderen; spelen deze een rol bij een lagere / hogere inclusie?
- wat speelt er bij de groepen met een hoge- of lage prevalentie?

### Grafiek 2: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma

In 2017 is er een lichte stijging met enkele procentpunten ten opzichte van 2016. Meer dan 70% (spreiding 23-100%) van de patiënten werd in 2017 binnen het zorgprogramma gecontroleerd. Dat betekent dat nog steeds gemiddeld 28% (spreiding 0-77%) geen programmatische zorg krijgt in de eerste lijn, wat relatief veel is. Dat primaire preventie in vrijwel alle gevallen daadwerkelijk ook in de eerste lijn kan plaatsvinden, laten een aantal zorggroepen zien.

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

Gemiddeld is bij 88% (spreiding 50% tot 100%) van de deelnemers in het VVR-programma de bloeddruk gecontroleerd en dat is een fractie hoger dan in 2016. Een goede meting van de bloeddruk is een basisvoorwaarde in dit zorgprogramma (zoals dit ook geldt voor het zorgprogramma HVZ en diabetes waar echter hogere percentages worden bereikt). Enerzijds kan registratie van 88% een mooi gemiddelde worden genoemd (tegen de achtergrond van een toenemend aantal thuismeters), anderzijds is een score van 90% of hoger nastrevenswaardig.

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

In de laatste 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 met 72% (spreiding 50-95%) is iets beter dan de scores uit 2015 en 2016 toen het percentage ongeveer 70% was. Gegeven de instroom van nieuwe zorggroepen is de stijging van de score op deze indicator (streefwaarde gehaald) bevredigend. Het is te verwachten dat bij veel zorggroepen deze score nog kan verbeteren. Deze indicator is erg belangrijk: heel veel meer

---

<sup>14</sup> VVR-deelnemers horen thuis in de 1e lijn, met uitzondering van patiënten met secundaire hypertensie en therapieresistente hypertensie die in de tweede lijn horen.

deelnemers ontwikkelen (volgens de berekeningen van de Hartstichting) géén HVZ als de score op deze indicator 100% is bij alle zorggroepen.

Geconstateerd<sup>15</sup> wordt dat het steeds meer algemeen geaccepteerd is om de gemiddelde thuiswaarden of dagwaarde van de 24 uursmetingen te nemen als benchmark bloeddruk, omdat dit beter de ware bloeddruk van iemand representeert en mensen met 'witte jassen hypertensie' kunnen worden opgespoord (de spreekkamer meting kan dan te hoog zijn, terwijl een andere meting, bijvoorbeeld de gemiddelde thuismeting goed is; dat wordt beschouwd als prima zorg).

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

Bij vrijwel alle patiënten (98%; spreiding 72-100%) die in 2017 in het VVR-zorgprogramma participeren is in de afgelopen vijf jaar minimaal een keer het LDL-cholesterolgehalte bepaald. Dit is vergelijkbaar met de resultaten over de jaren 2014, 2015 en 2016. Het advies is om bij de behandeling met een cholesterolverlager zoals een statine, het LDL-cholesterol te bepalen. Hiermee kan het effect van de medicamenteuze interventie worden vervolgd. Om te evalueren of de behandeling succesvol is, gaat men uit van het afkappunt  $\leq 2,5$  mmol/l LDL-cholesterol, zie Grafiek 6.). De bovengrens lijkt voor deze procesindicator voor de meeste zorggroepen wel bereikt. Er is echter een aantal zorggroepen dat laag scoort. De vraag rijst of dit zorggroepen betreft waar artsen relatief weinig statines voorschrijven om het VVR te verlagen. Of wordt dit verklaard door de demografische omstandigheden (minder/meer ouderen, 80-plussers of lagere-/hogere SES, meer zorgmijders) of is men 'gewoon' achtergebleven met de laboratorium controle?

#### **Grafiek 6: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde $\leq$ aan 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 en die cholesterolverlagende medicatie nodig hebben. Dit werd in 2017 bij ruim 30% (spreiding 18-53%) van de patiënten bereikt en is een fractie verbeterd ten opzichte van de jaren 2016, 2015 en 2014 (toen werd dit resultaat bij net geen 30% van de patiënten bereikt). Terwijl er in de afgelopen jaren sprake is geweest van een toename van het aantal zorggroepen dat programmatische zorg levert in combinatie met toename in omvang van de zorggroepen, is deze benchmark niet verslechterd. Dat men ook moet streven naar het verlagen van het LDL  $\leq 2,5$  mmol/l bij mensen met een 10-jaars cv-risico van 10-20% of meer en hypertensie is nog niet bij alle zorgverleners bekend; hier zou extra aandacht aan gegeven kunnen worden. Het niet halen van de streefwaarde – ondanks gebruik van een statine - komt echter vaak voor. Het voorkeursbeleid (eerste keus simvastatine 40 mg; een relatief zwakke cholesterolverlager bij deze dosering) en de ervaren bijwerkingen (vooral spierpijn wat bij alle statines voorkomt) spelen hierin mogelijk een rol. Verder dient men bij de interpretatie van de gegevens te beseffen dat er patiënten zijn bij wie de waarde van 2,5 mmol/l niet wordt gehaald, terwijl er wel een daling in LDL-cholesterol wordt bewerkstelligd. Dit is in de tabel niet zichtbaar!

In de afgelopen jaren is er het voorstel geweest om de leeftijdsgrens (nu 80-plus) aan te passen en om bij de zeer oude patiënt geen statine te starten. Wellicht dat de nieuwe te verschijnen richtlijn CVRM hier nieuwe adviezen over zullen worden gegeven.

---

<sup>15</sup> Voordat thuismeting, 24 uurs meting, ambulante meting ruim beschikbaar waren is in het verleden afgesproken voor de benchmark de spreekkamermeting te gebruiken (de zogenaamde *lead bloeddruk*), de bloeddruk waarop je je beleid baseert. Steeds vaker worden echter de gemiddelde thuiswaarden of dagwaarde van de 24 uursmetingen gebruikt, tegenwoordig geeft het KIS/het HIS hiervoor ook gelegenheid.

Een verlaging van LDL-streefwaarde is een basisvoorwaarde in dit zorgprogramma (zoals dit ook geldt voor het zorgprogramma HVZ en DM waar echter hogere percentages worden bereikt), een verklaring hiervoor is niet gemakkelijk te geven.

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

Net zoals in 2016 is in 2017 bij 85% (spreiding 30 tot 100%) het rookgedrag geregistreerd. Stoppen met roken is belangrijk: roken verhoogt het risico op verschillende kankersoorten, op astma/COPD én is een belangrijke risicofactor voor het optreden van hart- en vaatziekten. Ook 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> hands rook (in kleding/tapijt) is belangrijk; vandaar het belang van rookverbod in openbare gelegenheden. Het is belangrijk dat personen met VVR en mensen in hun directe omgeving het roken staken. Een goede registratie van wie rookt is belangrijk als startpunt; dan is het in ieder geval weer eens bij de betreffende patiënt aangekaart. Net als in voorgaande jaren zou een aantal zorggroepen zich kunnen optrekken aan de benchmark.

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

Het aantal rokers (13%) onder VVR is in 2017 weer gedaald ten opzichte van 2016 (15%) en 2015 (bijna 16%), wat goed nieuws is. Wellicht dat deze daling nog verder doorzet in navolging van de daling in de totale populatie, waarbij het percentage echter veel hoger ligt; tussen de 25-30%. Een individuele stoppen-met-roken-aanpak, uitleg over het verhoogde cv-risico, publiekscampagnes en maatregelen van de overheid zijn de instrumenten die voorhanden zijn. Het zou mooi zijn indien we konden concluderen dat Stoppen Met Roken (SMR) in deze groep beter gaat dan in de totale populatie en dat dit effect toe te schrijven is aan de zorg in het zorgprogramma. Inmiddels wordt per jaar 1 programma vergoed vanuit de basisverzekering. Bij deelname aan zo'n programma worden de nicotine vervangende middelen en de eventuele ondersteunende medicatie vergoed vanuit de basisverzekering. Voor stoppen-met-rokenzorg betaal je wel een (vrijwillig) eigen risico.

**Grafiek 9: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is vastgelegd 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 2017 in dit zorgprogramma participeren is in de afgelopen vijf jaar de eGFR bepaald. We weten echter niet hoeveel patiënten er louter en alleen met een calciumantagonist en/of een bètablokker worden behandeld (in dat geval hoeft er geen controle nierfunctie bepaald te worden; er kan ook sprake zijn van overdiagnostiek).

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

Bij meer dan 70% van de VVR-deelnemers zijn gegevens bekend over de mate van beweging in de meetperiode. Dat percentage is vergelijkbaar met vorige jaren. De spreiding tussen de zorggroepen is enorm groot (van 3-100%! ). 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, dit gunstig is op het HVZ-risico. Dit geldt ook voor mensen met VVR: bewegen verkleint de kans op hart- en vaatziekten.

# RESULTATEN COPD ALGEMEEN

De 103 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2017 met elkaar 129.208 patiënten met COPD in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 106.557 patiënten<sup>16</sup> (83%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

## Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

|                                                       | alle zorggroepen die data hebben aangeleverd |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Aantal zorggroepen                                    | 103                                          |
| Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is        | 99                                           |
| Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep | 121.370                                      |
| Mediaan                                               | 78.284                                       |
| Minimum                                               | 5.213                                        |
| Maximum                                               | 446.173                                      |

Het aantal zorggroepen dat cijfers aanlevert over COPD is gedaald van 107 naar 103. Drie zorggroepen, die in 2016 afzonderlijk cijfers aanleverden, zijn in 2017 gefuseerd. In verband met overstap naar een nieuw systeem heeft een grote zorggroep niet op tijd haar gegevens kunnen aanleveren.

Twee 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<br>N=95 | prevalentie<br>N=95 | in zorggroep<br>N=103 | % specialist<br>N=94 | % niet in programma <sup>17</sup><br>N=94 |
|------------|----------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------------------------|
| gemiddelde | 2.357                      | 2,0                 | 1.254                 | 27,6                 | 11,7                                      |
| mediaan    | 1.290                      | 1,9                 | 823                   | 27,3                 | 11,5                                      |
| minimum    | 82                         | 1,0                 | 36                    | 0,1                  | 0,0                                       |
| maximum    | 10.654                     | 4,0                 | 5812                  | 50,0                 | 32,7                                      |

In 2017 was de prevalentie van COPD met 2,0% gelijk aan de jaren daarvoor (2,0% in 2016 en 2,1% in 2015). Verwachte stijging door vergrijzing van de populatie en toenemend rookgedrag van vrouwen in de afgelopen decennia blijft vooralsnog uit. De variatie in de prevalentie neemt geleidelijk af (1,0-3,2% ten opzichte van 0,6-4,2% in 2016), wat aangeeft dat het in kaart brengen van deze groep patiënten zorgvuldiger gebeurt.

Het gemiddelde percentage COPD-patiënten dat door de longarts behandeld wordt bedraagt in 2017 27,6% en stijgt daarmee ten opzichte van 2016 (26,9%). Ondanks jarenlange ervaring met

<sup>16</sup> Vier groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum en vijf groepen hebben een verschil van minder dan 10 patiënten opgegeven.

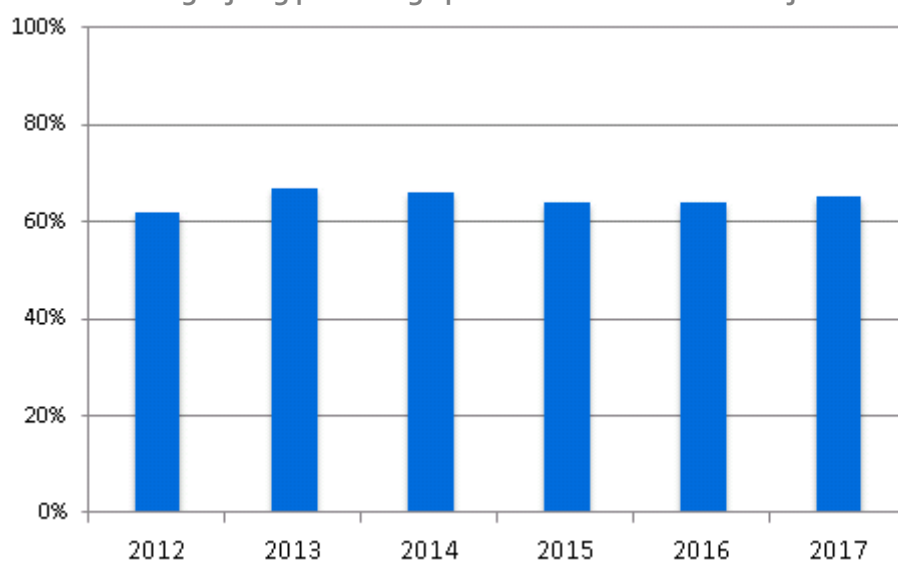
<sup>17</sup> Een zorggroep heeft hier 0 als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

ketenzorg en het nagenoeg maximaal uitvoeren van zorgprocessen (zie de bespreking van de kwaliteitsindicatoren) door de eerste lijn blijkt verdere substitutie niet van de grond te komen. Het verdient aanbeveling om de oorzaken hiervan te onderzoeken waarbij de opvallend grote variaties tussen zorggroepen (0,1% -50%) in relatie tot de afspraken met de longartsen in de desbetreffende adherentiegebieden onder de loep gelegd moeten worden. De ervaringen van zorggroepen met lage prevalenties in de tweede lijn kunnen hierbij van waarde zijn en vergeleken worden met de situatie in regio's met hoge prevalenties bij de longartsen. Dit proces moet ons inziens in samenwerking met de zorgverzekeraar worden uitgevoerd.

Er is een stijgende tendens van het aantal patiënten met COPD dat geen ketenzorg (meer) ontvangt (11,7% ten opzichte van 10,9% in 2016 en 9,7% in 2015). Dit is in lijn met de landelijke aanbevelingen waarbij patiënten zonder relevante ziektelast en na het stoppen met roken geen geprotocolleerde zorg aangeboden hoeft te worden. In deze groep bevinden zich echter ook de "no show"- patiënten; het zou interessant zijn om hun aandeel in deze groep te kennen en hun argumentatie om van aangeboden programmatische zorg af te zien te onderzoeken.

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

**Grafiek 1: Vergelijking percentage patiënten met COPD in 1<sup>e</sup> lijn**



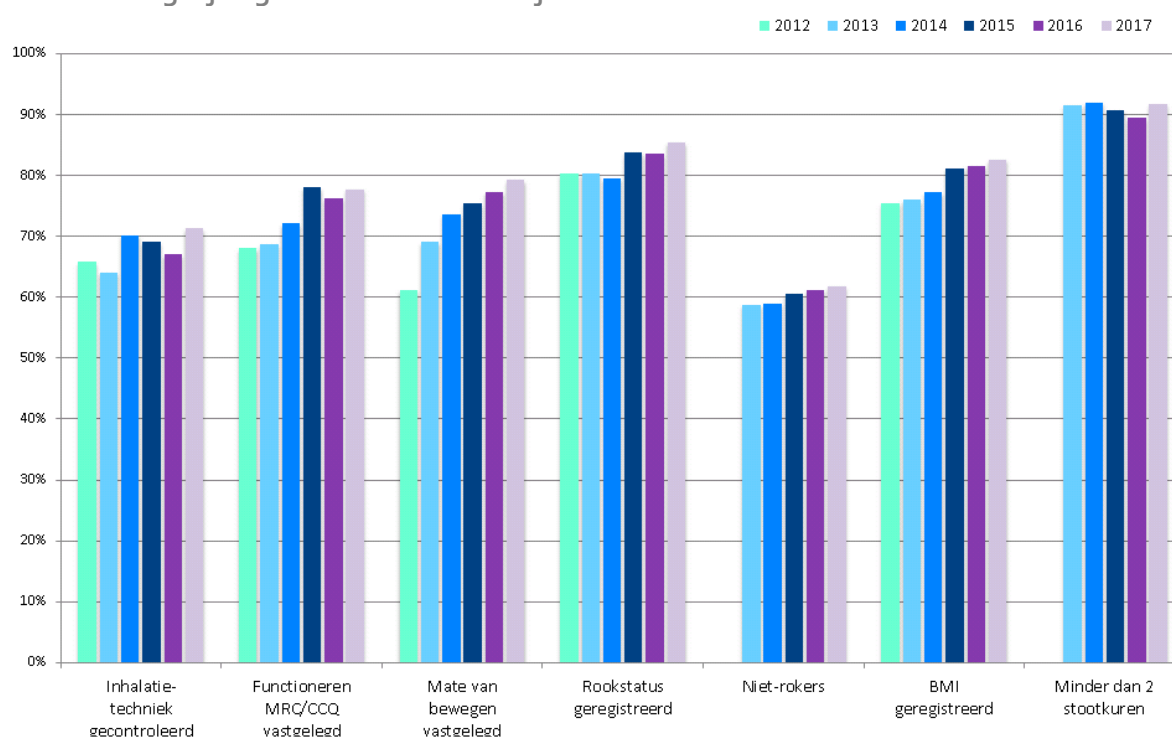
Omdat de optelsom van de percentages van de verschillende groepen – in tweede lijn (27,6%) + in eerste lijn in zorgprogramma (52,7%) + in eerste lijn niet in zorgprogramma (11,7%) – géén 100% bedraagt moet er nog steeds een groep patiënten zijn bij wie blijkbaar wél de diagnose COPD geregistreerd is maar van wie onbekend is of zij bij de huisarts dan wel bij de longarts bekend zijn. Deze groep is met ca 8% wel aan het afnemen ten opzichte van 2016 (ca 10%), wat betekent dat ook deze mensen beter in beeld komen.

# RESULTATEN COPD INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de indicatoren over zes jaren. Omdat dit jaar evenals de drie 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 indicatoren COPD over zes jaren

Grafiek1: Vergelijking indicatoren over zes jaren



Het overzicht van de registratie van de kwaliteitsindicatoren laat in één oogopslag zien dat de zorgprocessen de laatste jaren in hoge mate uitgevoerd worden en dat er – hoewel er bij alle indicatoren nog steeds een lichte stijging te zien is – een plafond in de uitvoering in zicht komt. Leken enkele belangrijke indicatoren, zoals controle van inhalatietechniek en bespreken van het functioneren MRC/CCQ, vorig jaar nog terug te lopen, in 2017 zijn deze belangrijke processen weer toenemend uitgevoerd.

Ondanks het feit dat de kwaliteitsindicatoren gemiddeld goed geregistreerd zijn, blijft er een te hoge variatie tussen de verschillende zorggroepen. Kwaliteitsmanagers van laag-scorende zorggroepen - bijvoorbeeld met registraties die > 10% onder deze landelijke benchmark-scores zitten - zouden lering moeten trekken uit ervaringen bij collega's van best-practice zorggroepen. Wellicht kan InEen hier faciliterend in optreden.

Bij zorggroepen waar de onderdelen van de programmatische zorg voor COPD-patiënten in hoge mate worden uitgevoerd kan de verandering naar meer persoonsgerichte zorg ingezet worden. Alle onderdelen van de geprotocolleerde zorg hebben immers als doel om de ziektelast van de patiënt te

verlagen en hem of haar meer regie over de eigen ziekte te geven. Het gebruik van de Ziektelastmeter COPD, ontwikkeld in opdracht van de Long Alliantie Nederland, komt tegemoet aan deze doelstellingen en heeft wetenschappelijk aangetoond de kwaliteit van leven van COPD-patiënten te verhogen; daarnaast is het gebruik ervan zowel door patiënten als door zorgverleners als prettig ervaren.<sup>18</sup>

Gebruik van deze Ziektelastmeter leidt tot het samen met de patiënt opstellen van persoonlijke streefdoelen die tijdens het consult vastgelegd worden (in een IZP).

Met de toenemende mogelijkheden binnen HIS- en KIS-systemen om met deze Ziektelastmeter te werken lijkt de tijd rijp om deze tool breed in te zetten. Meerdere indicatoren – als functioneren, bewegen, rookstatus, BMI en exacerbaties – maken onderdeel uit van deze Ziektelastmeter en kunnen daarom bij gebruik in de toekomst als aparte indicatoren komen te vervallen.

## 2. Resultaten over 2017 per indicator

Het totaalbeeld wordt inzichtelijk in de grafieken in bijlage 4. Daarin staan per indicator de resultaten van elke zorggroep weergegeven. Om een vergelijking mogelijk te maken met het landelijk gemiddelde is er een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.

### Toelichting bij de grafieken

#### Grafiek 1: Prevalentie COPD patiënten

In 2017 was de prevalentie van COPD met 2,0% gelijk aan de jaren daarvoor (2,0% in 2016 en 2,1% in 2015). Verwachte stijging door vergrijzing van de populatie en toenemend rookgedrag van vrouwen in de afgelopen decennia blijft vooralsnog uit.

De variatie in de prevalentie neemt geleidelijk af (1,0-3,2% ten opzichte van 0,6-4,2% in 2016), wat aangeeft dat het in kaart brengen van deze groep patiënten zorgvuldiger gebeurt. Nog steeds blijft de variatie echter te groot en dienen zorggroepen aandacht te hebben voor betrouwbare diagnosestelling.

#### Grafiek 2: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma

Het percentage COPD-patiënten dat programmatische zorg krijgt is met 53% al jaren stabiel. Ondanks dat er meer patiënten in beeld zijn die wél de huisarts als hoofdbehandelaar hebben maar om uiteenlopende redenen niet (meer) gebruik maken van het zorgprogramma, blijft de groep die daar wel gebruik van maakt stabiel. Ruim 6 jaar na de introductie van multidisciplinaire ketenzorg op basis van de Zorgstandaard COPD (eerste versie 2011) kan gesteld worden dat iets meer dan de helft van alle COPD-patiënten in ons land deze zorg via zorggroepen in de eerste lijn ontvangt.

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

Vrijwel alle COPD-patiënten gebruiken inhalatiemedicatie, vooral luchtwegverwijders. Het gebruik van deze middelen vraagt om een speciale techniek die de patiënt aangeleerd moet worden. Onderzoeken wijzen uit dat – indien er geen controle op deze techniek plaatsvindt en herhaling van instructie uitblijft – de inhalatie niet goed verloopt en de depositie niet optimaal is. Daarom is het van essentieel belang dat minstens één keer per jaar controle van de inhalatietechniek bij de patiënt plaatsvindt. In 2017 is dit proces bij 72% van de patiënten uitgevoerd. Hoewel dit een stijging is ten opzichte van het jaar daarvoor (67%) is verbetering nog steeds noodzakelijk en haalbaar. Best practices laten percentages van 90% zien, dit moet bij dit belangrijke onderdeel van de zorg

---

<sup>18</sup> <http://bmjopen.bmj.com/content/6/7/e011519>

realiseerbaar zijn. Als zorggroepen over deze indicator afspraken gemaakt hebben met de apothekers moeten zij zich vergewissen dat ook controle door de apotheker in het dossier van de patiënt opgenomen wordt.

#### **Grafiek 4: Percentage COPD patiënten bij wie functioneren (MRC|CCQ) is vastgelegd**

Het functioneren van de patiënt, gemeten met een vragenlijst over de kwaliteit van leven (CCQ) en de mate van benauwdheid bij inspanning (MRC), bepaalt voor een groot gedeelte de last die hij ervaart van zijn longziekte. Het dient daarom een vast onderdeel te zijn van de monitoring van COPD-patiënten. In 2017 is het functioneren in 78% van de gevallen besproken, vergeleken met 77% in het jaar daarvoor. Frequenter uitvoeren van dit proces moet mogelijk zijn, wellicht geeft het gebruik van de Ziektelastmeter een betere ingang om dit onderwerp ter sprake te brengen tijdens het consult.

#### **Grafiek 5: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma bij wie mate van bewegen is gecontroleerd**

In 2017 is met 79% van de COPD-patiënten gesproken over de mate van bewegen. Het is bekend dat COPD-patiënten, ook degenen bij wie slechts sprake is van mild longfunctieverlies, minder bewegen dan het landelijk gemiddelde. Dit heeft nadelige gevolgen voor de conditie en spieropbouw, uiteindelijk leidend tot een vermindering van het inspanningsvermogen en de kwaliteit van leven. Omdat uitblijven van een vergoeding van fysiotherapie voor sommige COPD-patiënten de reden is om er geen gebruik van te maken is het te prijzen dat het Zorginstituut Nederland recent een aanbeveling gedaan heeft aan de minister om ook de eerste 20 behandelingen met fysiotherapie voor COPD-patiënten op te nemen in de basisverzekering.

#### **Grafiek 6: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd**

Stoppen met roken is verreweg de belangrijkste interventie bij COPD-patiënten. Het is daarom van belang het rookgedrag ieder jaar vast te leggen, ook als de patiënt gestopt is met roken (in verband met mogelijke terugval). In 85% van alle patiënten is dit ook gebeurd. Vermoedelijk zal de registratie bij patiënten die al lang niet meer roken wel eens vergeten worden. Bij rokende patiënten dient ieder consult de motivatie tot stoppen gepeild te worden.

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

Er is gelukkig een tendens dat het aantal COPD-patiënten dat rookt langzaam kleiner wordt (38% in 2017, resp. 39% in 2016 en 41% in 2013). Hoewel de daling slechts gering is en het begeleiden van patiënten bij het stoppen met roken veel tijd vraagt is het belang van deze tendens groot. Immers, als de patiënt blijft roken zal zijn longfunctie versneld achteruit blijven gaan en zal hij onoverkomelijk in de palliatieve fase van zijn ziekte terecht komen.

#### **Grafiek 8: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index berekend is**

De Body Mass Index is in 2017 bij 82% van de COPD-patiënten vastgelegd (81% in 2016). De BMI maakt onderdeel uit van de ziektelast en wijst op verergering van de ziektelast bij een gewichtsval van > 5% in één maand of > 10% in zes maanden, of bij een BMI van kleiner of gelijk aan 21. Het is daarom van belang de BMI te blijven bepalen tijdens de monitoring en deze te vergelijken met eerdere bepalingen.

#### **Grafiek 9: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met 2 of meer stootkuren**

In 2017 is er aan 8% van alle COPD-patiënten 2 keer of vaker een stootkuur prednisolon voorgeschreven (10% in 2016). Het voorschrijven van deze kuur is geïndiceerd bij een exacerbatie,

het dalende percentage zou daarom kunnen wijzen op een vermindering van het aantal patiënten dat frequent exacerbeert. Dit is goed nieuws en wellicht zou voorzichtig gesproken mogen worden over een positief effect van ketenzorg, waaronder het bespreken van actieplannen, het belang van bewegen, het stoppen met roken en het goed gebruik van medicatie. Het is te hopen dat deze positieve tendens zich voortzet.

Bij 2 of meer exacerbaties per jaar kan het voorschrijven van inhalatiecorticosteroiden zinvol zijn. Een dalend aantal exacerbaties per jaar moet ertoe leiden dat er minder middelen uit deze medicatiegroep voorgeschreven zullen worden.

# RESULTATEN ASTMA ALGEMEEN

De 48 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2017 met elkaar 73.319 patiënten met astma in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 55.873 patiënten<sup>19</sup> (76%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

**Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen**

|                                                                                 | alle zorggroepen die data hebben aangeleverd |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Aantal zorggroepen                                                              | 48                                           |
| Aantal zorggroepen van wie populatie (16 jaar en ouder) bekend is <sup>20</sup> | 41                                           |
| Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep                           | 89.504                                       |
| Mediaan                                                                         | 63.126                                       |
| Minimum                                                                         | 4.253                                        |
| Maximum                                                                         | 350.238                                      |

Het aantal zorggroepen dat cijfers aanlevert over astma is gestegen van 35 naar 48. Dertien zorggroepen geven aan dat ze pas een jaar een contract hebben. Bij hen kunnen opstart- en registratieproblemen de cijfers mogelijk beïnvloeden.

**Overzicht 2: Verdeling mensen met astma in zorgprogramma over zorggroepen**

|            | patiënten met astma<br>N=44 | prevalentie<br>N=39 | in zorggroep<br>N=48 | % specialist <sup>21</sup><br>N=40 | % niet in programma <sup>22</sup><br>N=39 |
|------------|-----------------------------|---------------------|----------------------|------------------------------------|-------------------------------------------|
| gemiddelde | 4.480                       | 5,7                 | 1.527                | 9,4                                | 16,6                                      |
| mediaan    | 3.094                       | 6,2                 | 1101                 | 8,8                                | 9,7                                       |
| minimum    | 182                         | 0,1                 | 78                   | 0,1                                | 0,1                                       |
| maximum    | 17.323                      | 9,0                 | 5.637                | 21,0                               | 49,0                                      |

Het aantal zorggroepen dat programmatische astma-zorg uitvoert neemt toe. In 2017 leverden 48 zorggroepen hun data met betrekking tot deze zorg aan, in vergelijking met 35 zorggroepen in 2016. Van 41 zorggroepen konden de gegevens gebruikt worden omdat zij hun populatie 12 maanden in beeld hadden, vergeleken met 28 zorggroepen in 2016. Het aantal zorggroepen is echter nog laag

<sup>19</sup> Drie groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum.

<sup>20</sup> Sommige groepen konden de populatie niet uitsplitsen naar leeftijd en hebben de totale populatie aangeleverd.

<sup>21</sup> Een zorggroep had hier een percentage van 77,4%. Die is beschouwd als uitschieter en niet meegenomen in het berekenen van het gemiddelde.

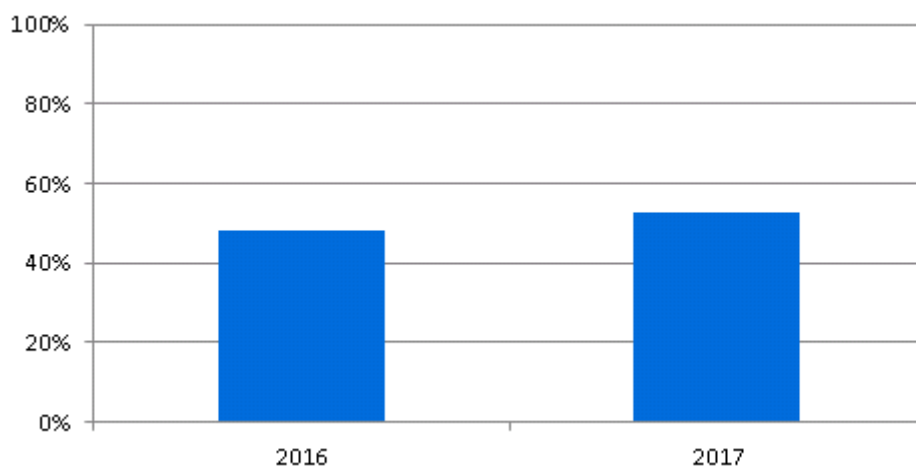
<sup>22</sup> Een zorggroep heeft hier 0 als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts). Een zorggroep had hier een percentage van 70,2%, een andere had een percentage van 61%. Die zijn beschouwd als uitschieter en niet meegenomen in het berekenen van het gemiddelde.

vergeleken met het aantal zorggroepen dat programmatische COPD-zorg uitvoert. Hoewel beiden een chronische obstructieve longziekte betreffen waarbij programmatische zorg conform de nationale zorgstandaarden als goede zorg omschreven wordt, blijft de zorg voor astmapatiënten ver achter. Het is voor de 600.000 astmapatiënten in Nederland te hopen dat zij programmatische en anticiperende zorg kunnen krijgen die leidt tot meer volledige controle over hun aandoening, in plaats van de incidentele en reactieve zorg die nu vaak alleen geboden wordt wanneer de patiënt klachten heeft en zich dan pas meldt bij de huisarts, huisartsenpost of spoedeisende hulp. De gemiddelde prevalentie van astma is met 5,7% hoger dan landelijke bronnen melden ([www.volksgezondheidenzorg.nl](http://www.volksgezondheidenzorg.nl)); een goede onderbouwing voor deze landelijke cijfers ontbreekt echter, omdat het stellen van de diagnose niet eenvoudig is en er vaak sprake is van onder- en overdiagnostiek. Programmatische zorg start pas na een juiste diagnose astma. Een voordeel van uitbreiding van programmatische zorg voor astmapatiënten kan zijn dat astmapatiënten beter in beeld komen en er zo meer realistische prevalentiecijfers gegeneerd kunnen worden.

Niet alle astmapatiënten behoeven programmatische zorg. In 2017 is het aantal patiënten dat bij de huisarts bekend is met astma, maar geen ketenzorg krijgt, vergelijkbaar met vorig jaar (16,9 % in 2016). Dit zijn patiënten die slechts incidenteel last van hun ziekte hebben en daarom geen indicatie voor inhalatiecorticosteroïden-onderhoudstherapie hebben. Zij voldoen hiermee niet aan de inclusiecriteria voor ketenzorg.

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

**Grafiek 1: Vergelijking percentage patiënten met astma in 1<sup>e</sup> lijn**



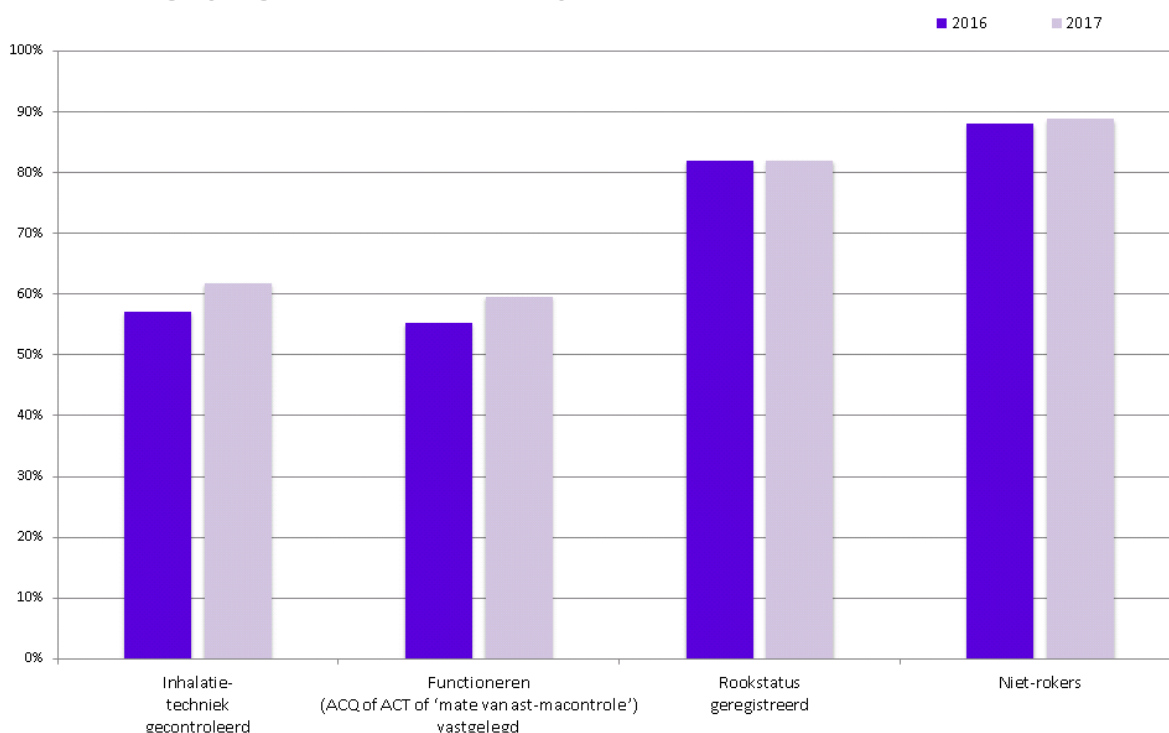
Van alle bekende astmapatiënten wordt 53% behandeld door de huisarts; omdat slechts 11% de longarts als hoofdbehandelaar heeft, is van 36% nog onbekend wie hun behandeling uitvoert. Op grond van de ervaringen met COPD zal het vermoedelijk nog enkele jaren duren voordat deze groep goed in beeld gebracht is.

# RESULTATEN ASTMA INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de indicatoren over twee jaren.

## 1. Vergelijking indicatoren astma over twee jaren

Grafiek 1: Vergelijking indicatoren over twee jaren



Omdat de registratie van de processen met betrekking tot programmatische astmazorg slechts sinds twee jaar bekend is, is het nog niet mogelijk om tendensen te signaleren. Het is goed te constateren dat de controle van inhalatietechniek – wat van groot belang is voor de depositie van de medicatie en dus voor de effectiviteit – duidelijk gestegen is. Dit geldt ook voor het vastleggen van het functioneren, uitgedrukt in de mate van astmacontrole. Het ultieme doel van de astmazorg is volledige controle over de ziekte met een optimaal functioneren, bij een zo laag mogelijke stap in de medicamenteuze behandeling. Algemeen kunnen we concluderen dat ten aanzien van de gescoorde kwaliteitsindicatoren bij astma nog flinke vooruitgang geboekt moet worden. De processen van het zorgprogramma worden nog onvoldoende uitgevoerd. We raden kwaliteitsmanagers van zorggroepen die ondermaats scoren (>10% onder de gemiddelde scores uit grafiek 1) aan om bij hun collegae van zorggroepen die als best practices gelden te rade te gaan.

## 2. Resultaten over 2017 per indicator

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

### Grafiek 1: Prevalentie astma patiënten

De gewogen prevalentie van astma was in 2017 5 %, een lichte stijging ten opzichte van 2016 (4,8%). Beide getallen liggen iets boven de landelijk bekende prevalentiecijfers (3,5 – 4,0%, NIVEL Zorgregistratie Eerste lijn, 2011) die echter al van enige jaren geleden zijn en die door onder- en/of overdiagnostiek beïnvloed kunnen zijn. Of er sprake is van een werkelijk stijgende tendens moet daarom afgewacht worden.

### Grafiek 2: Percentage astma patiënten in zorgprogramma

Van alle astmapatiënten ontving 34 % in het afgelopen jaar programmatische zorg. Dit percentage is gelijk gebleven ten opzichte van 2016. De inclusiecriteria van InEen voor deelname aan het zorgprogramma, gebaseerd op de NHG-standaard Astma bij Volwassenen (2015) en de Zorgstandaard Astma (2012), staan alleen inclusie van patiënten toe die slechts goede astmacontrole kunnen bereiken met onderhoudstherapie met inhalatiecorticosteroiden. Een aanzienlijk deel van de astmapatiënten heeft echter intermitterend astma en bereikt goede controle zonder deze middelen. Voor hen lijkt reguliere programmatische zorg niet nodig, reden waarom met de zorgverzekeraars is afgesproken om hen niet in het zorgprogramma op te nemen. Omdat in deze groep vermoedelijk ook mensen zitten die hun klachten bagatelliseren of zich aangepast hebben aan hun inspanningsintolerantie en niet actief aan de bel trekken, zal het inclusiepercentage vermoedelijk nog stijgen. Zorggroepen met langere ervaring met programmatische zorg laten na jaren een inclusiepercentage van circa 40% zien.

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

In 2017 werd bij 62% van de astmapatiënten in het zorgprogramma de inhalatietechniek gecontroleerd (57% in 2016). Dit zou bij alle patiënten (>90%) met inhalatiemedicatie minstens één keer per jaar moeten gebeuren, daar de kans op het maken van fouten groot is. Als de controle van de inhalatietechniek (ook) door de apothekers gebeurt, dienen die controles ook geregistreerd te worden en meegenomen te worden in deze benchmark.

Zorggroepen dienen de huisartsen en praktijkondersteuners te instrueren dat zij de "TIP" bij ieder consult ter sprake moeten brengen: Therapietrouw, Inhalatietechniek en Prikkelreductie.

### Grafiek 4: Percentage astma patiënten bij wie functioneren (ACQ of ACT of 'mate van astmacontrole') is vastgelegd

Bij bijna 60% van de astmapatiënten werd het functioneren besproken en geregistreerd met een astmacontrole vragenlijst (55% in 2016). Ook hier is sprake van een toename van uitvoering van een belangrijk onderdeel van de astmazorg. De mate van controle over de ziekte bepaalt immers het behandelplan en de controlefrequentie. Deze moeten gericht zijn op het volledig kunnen controleren van de ziekte, waarbij de patiënt zo min mogelijk klachten ervaart, een goede longfunctie behoudt en geen exacerbaties doormaakt, dan wel deze vroeg herkent. Bepalen en vastleggen van de mate van astmacontrole moet bij minstens 80% van de patiënten haalbaar zijn.

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

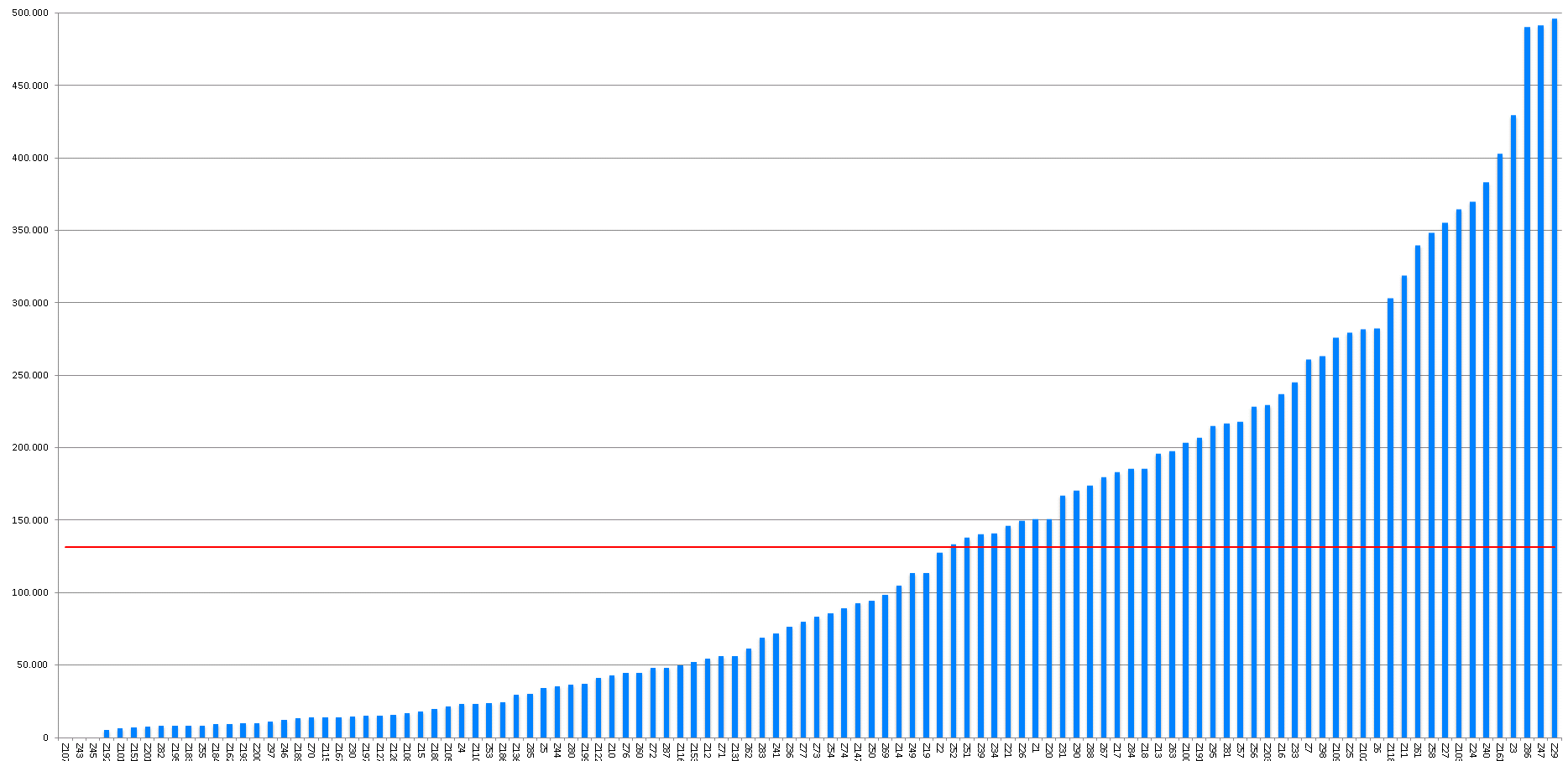
Bij 82% van de astmapatiënten werd in 2017 het rookgedrag vastgelegd. Omdat roken extra schadelijk is bij deze patiëntengroep – vanwege hun hyperreactieve luchtwegen is de kans op inflammatie en het ontwikkelen van persisterende obstructie vergroot – moet bij iedere astmapatiënt naar het rookgedrag gevraagd worden. We vermoeden echter dat bij een aantal astmapatiënten van wie bekend is dat ze nooit gerookt hebben de verslaglegging hiervan soms vergeten wordt.

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

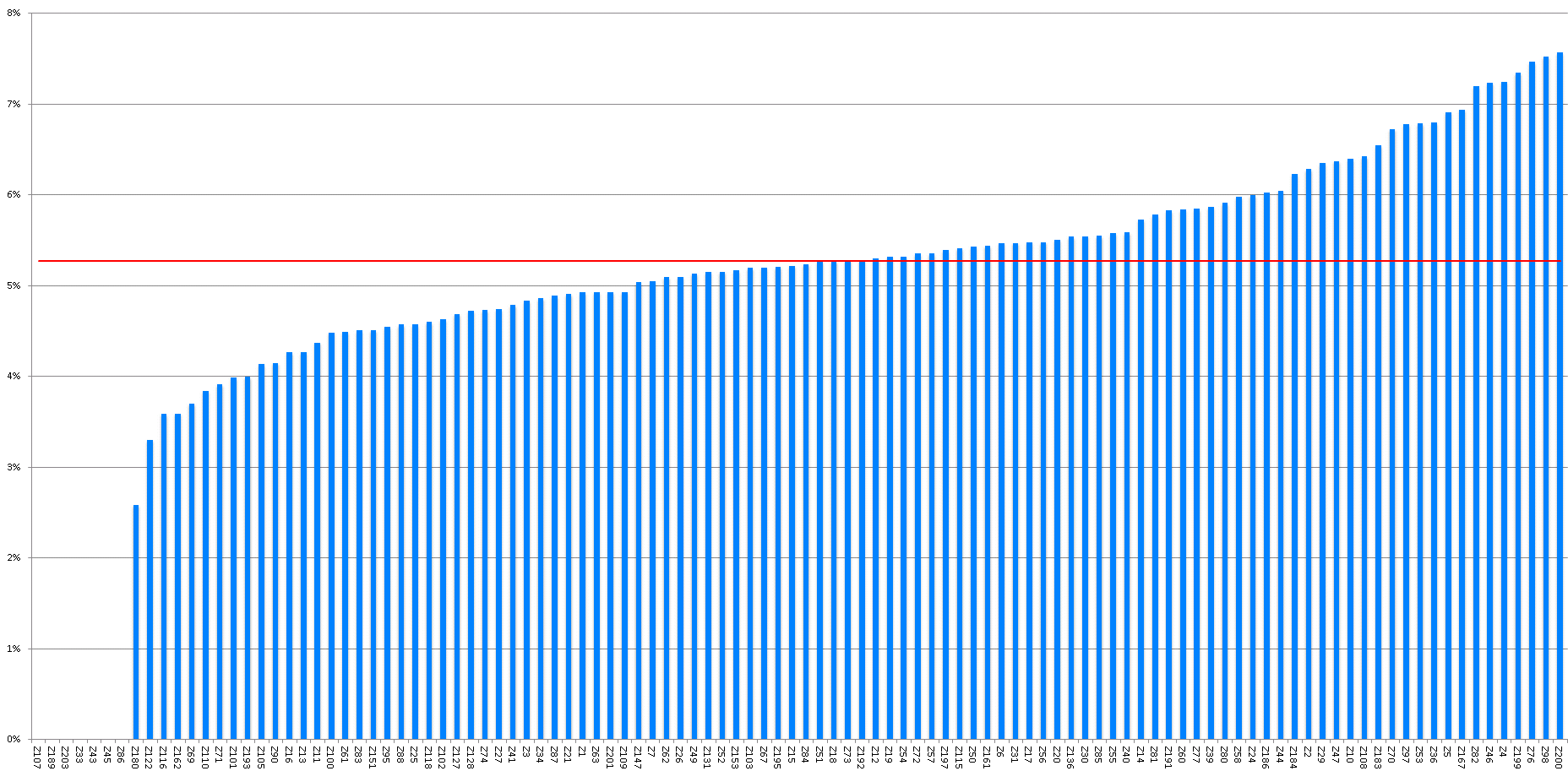
Het percentage actuele rokers onder de astmapatiënten bedroeg in 2017 12%. Dit is 1% lager dan in 2016, wat een gunstige ontwikkeling is. Hoewel het percentage rokers bij astmapatiënten lager is dan landelijk gemiddeld (23% rookt wel eens, 17% rookt dagelijks), zijn zij gevoeliger voor de schadelijke effecten van roken op de longen. Hoewel het motiveren en begeleiden van het stoppen met roken arbeidsintensief is, dient dit een vast onderdeel te blijven van de programmatische zorg die astmapatiënten aangeboden wordt. Het voordeel van programmatische zorg is dat er met astmapatiënten minstens één keer per jaar over de betekenis van roken voor hun ziekte gesproken wordt en motivatie tot stoppen gepeild wordt.

# BIJLAGE 1 GRAFIEKEN DIABETES

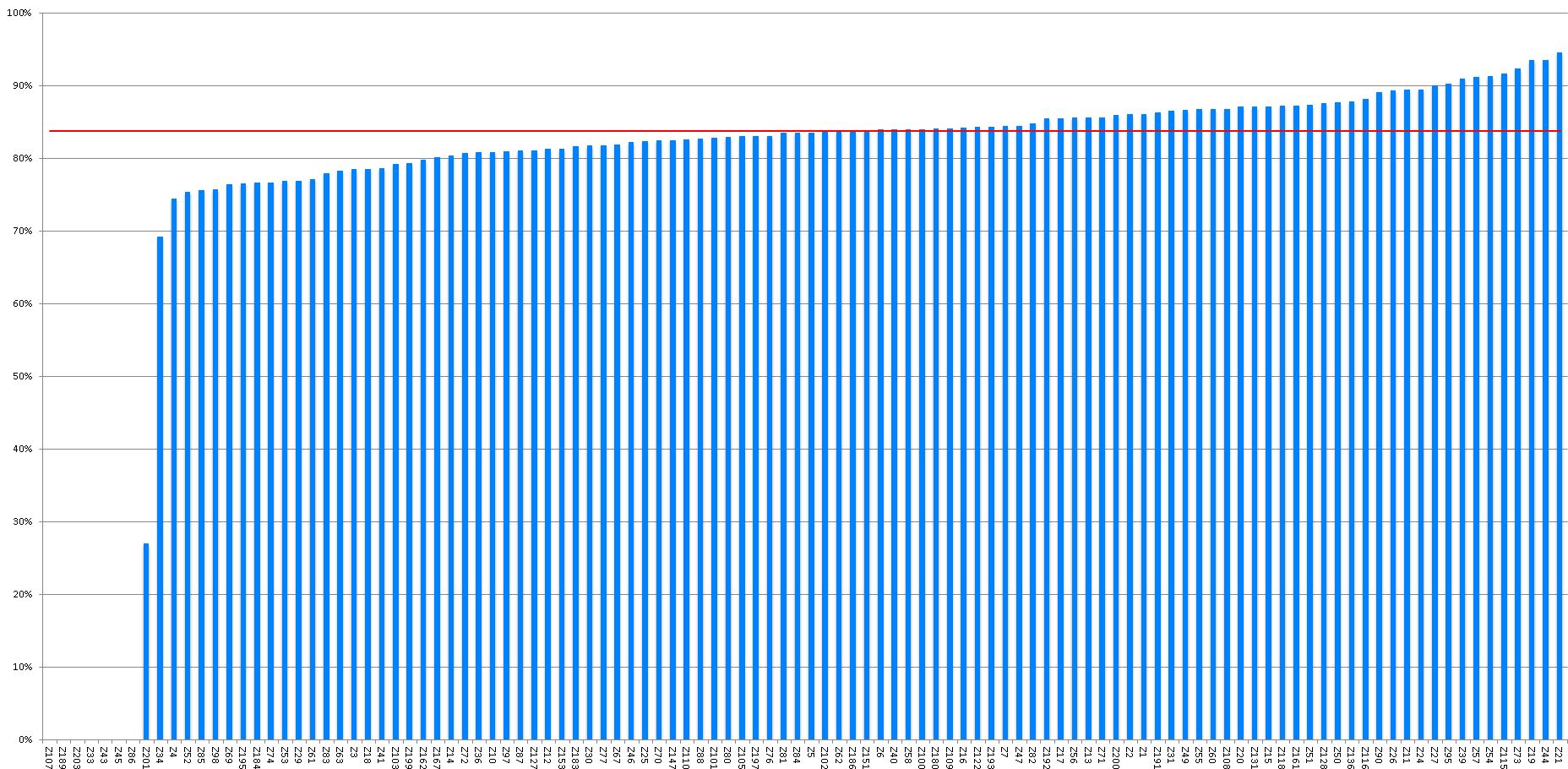
Grafiek 1: Totale populatie zorggroepen



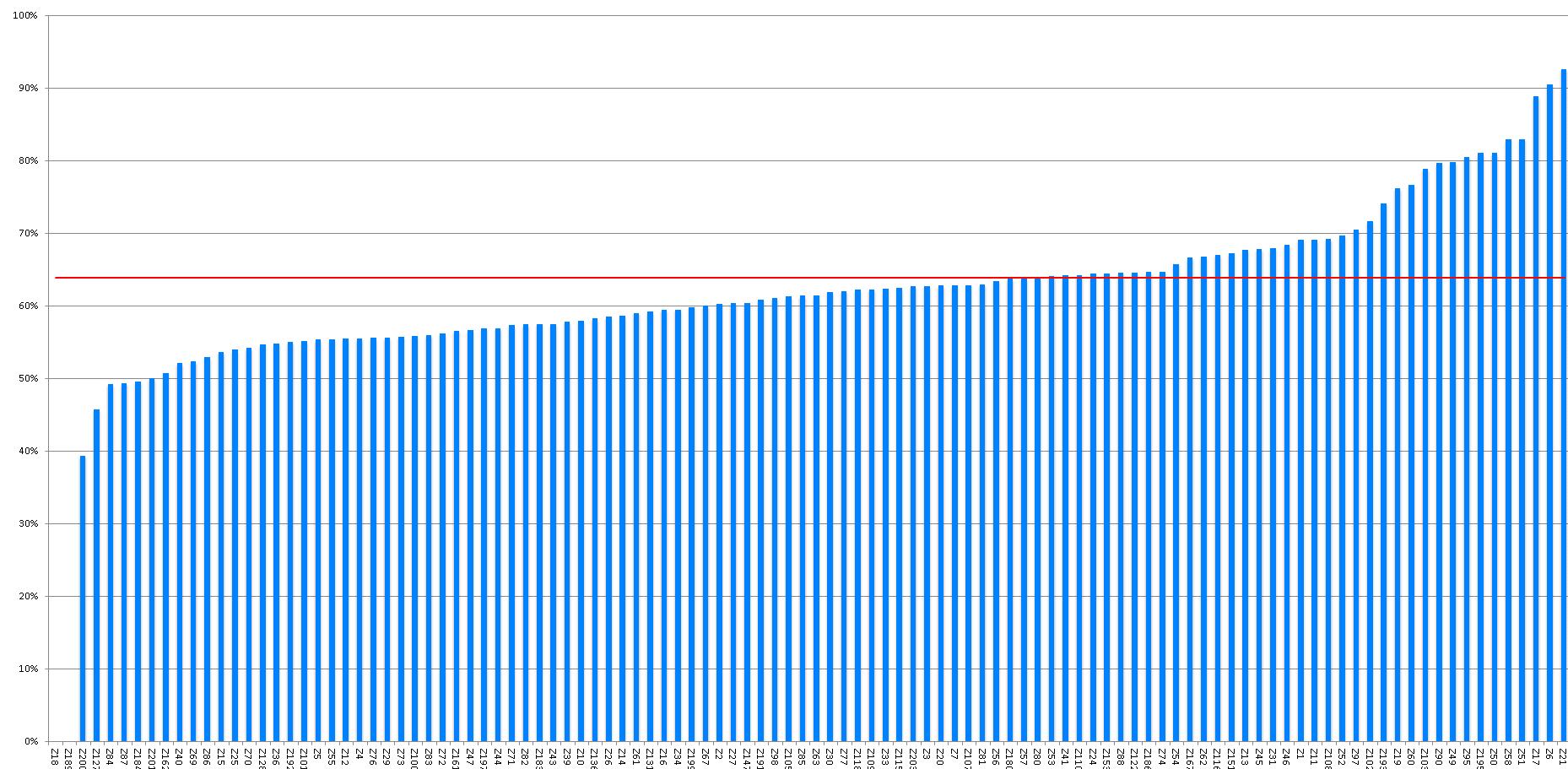
Grafiek 2: Prevalentie diabetes



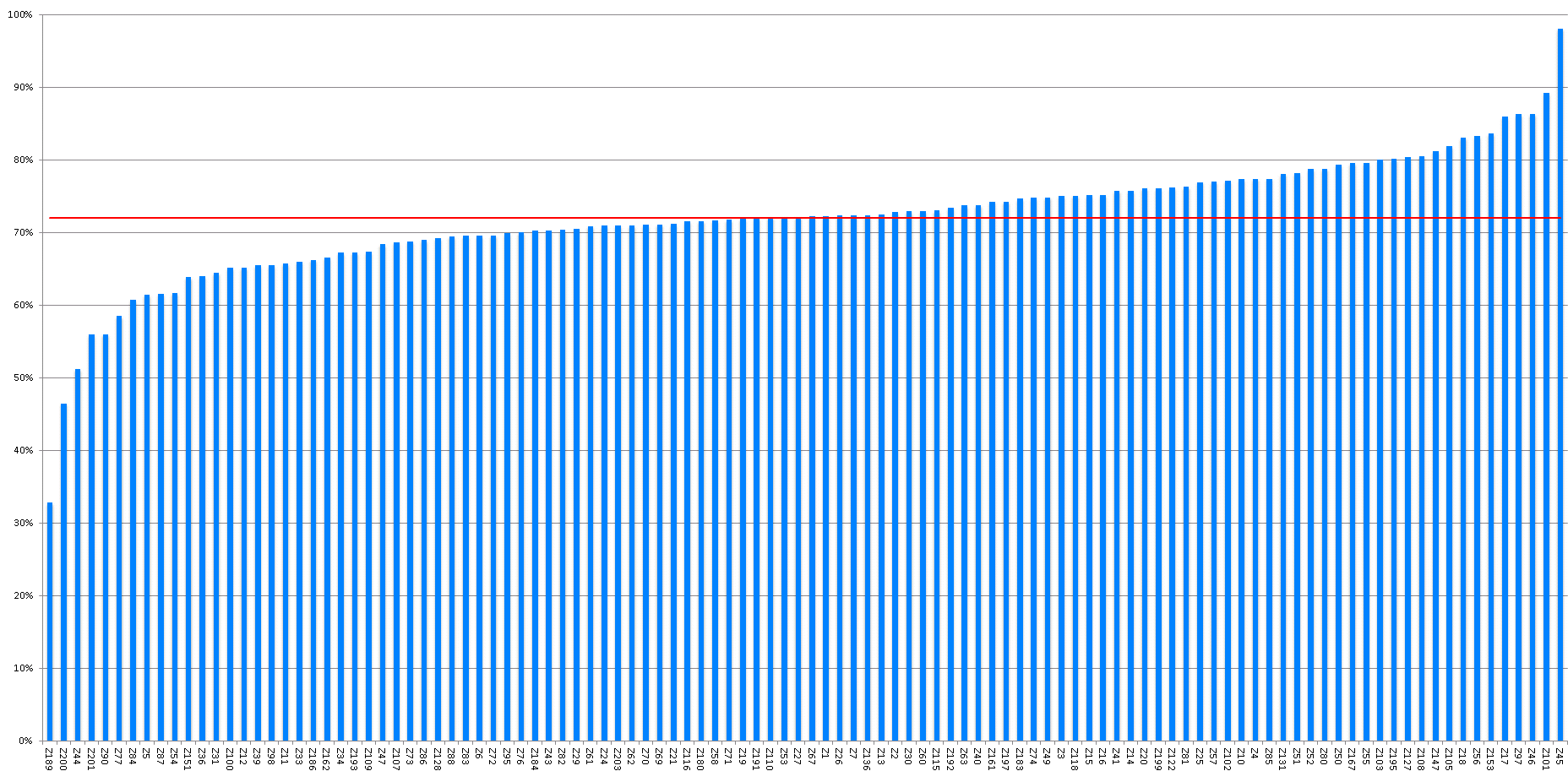
Grafiek 3: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma



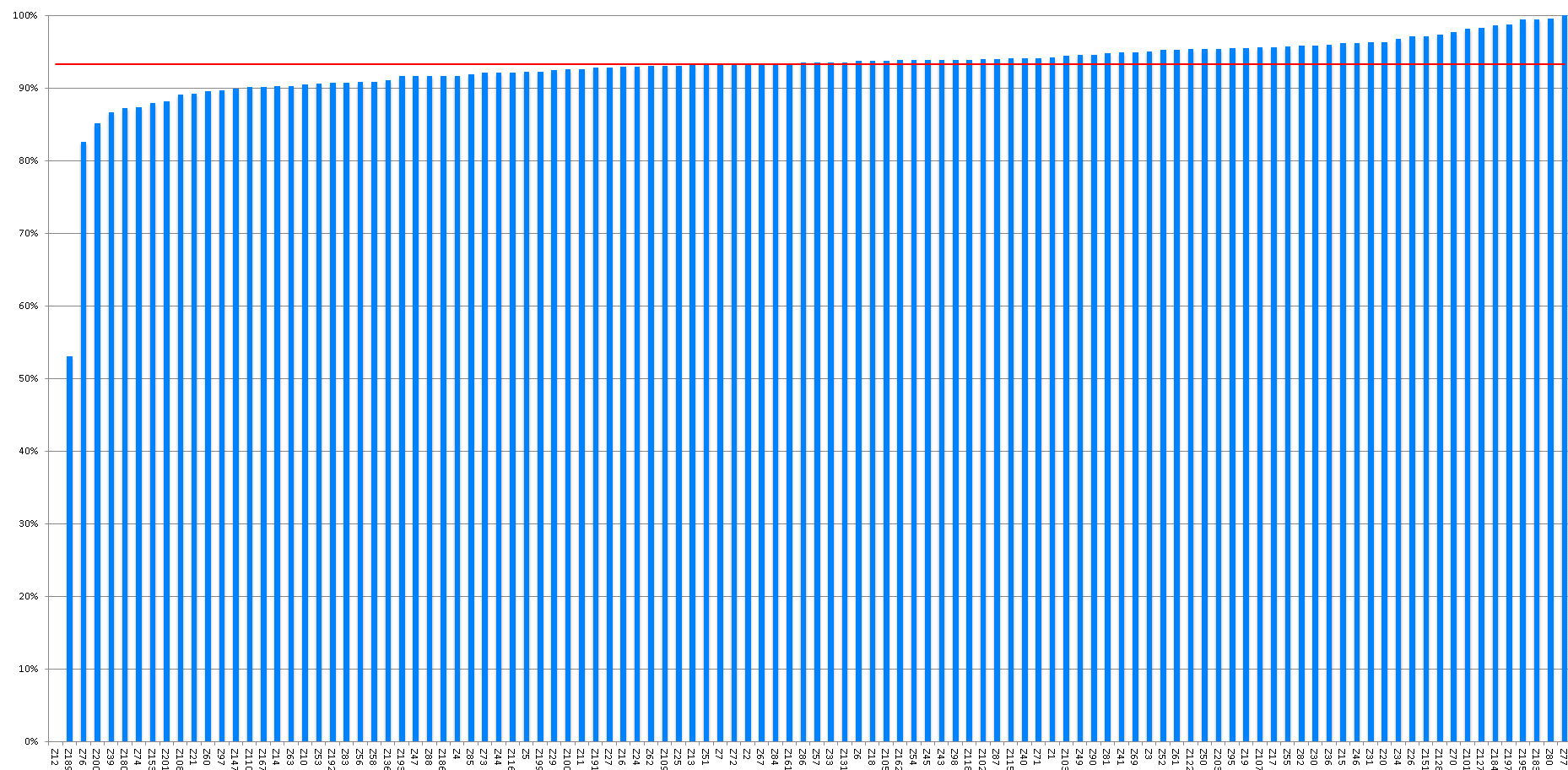
Grafiek 4: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde  $\leq 2,5$  mmol/l



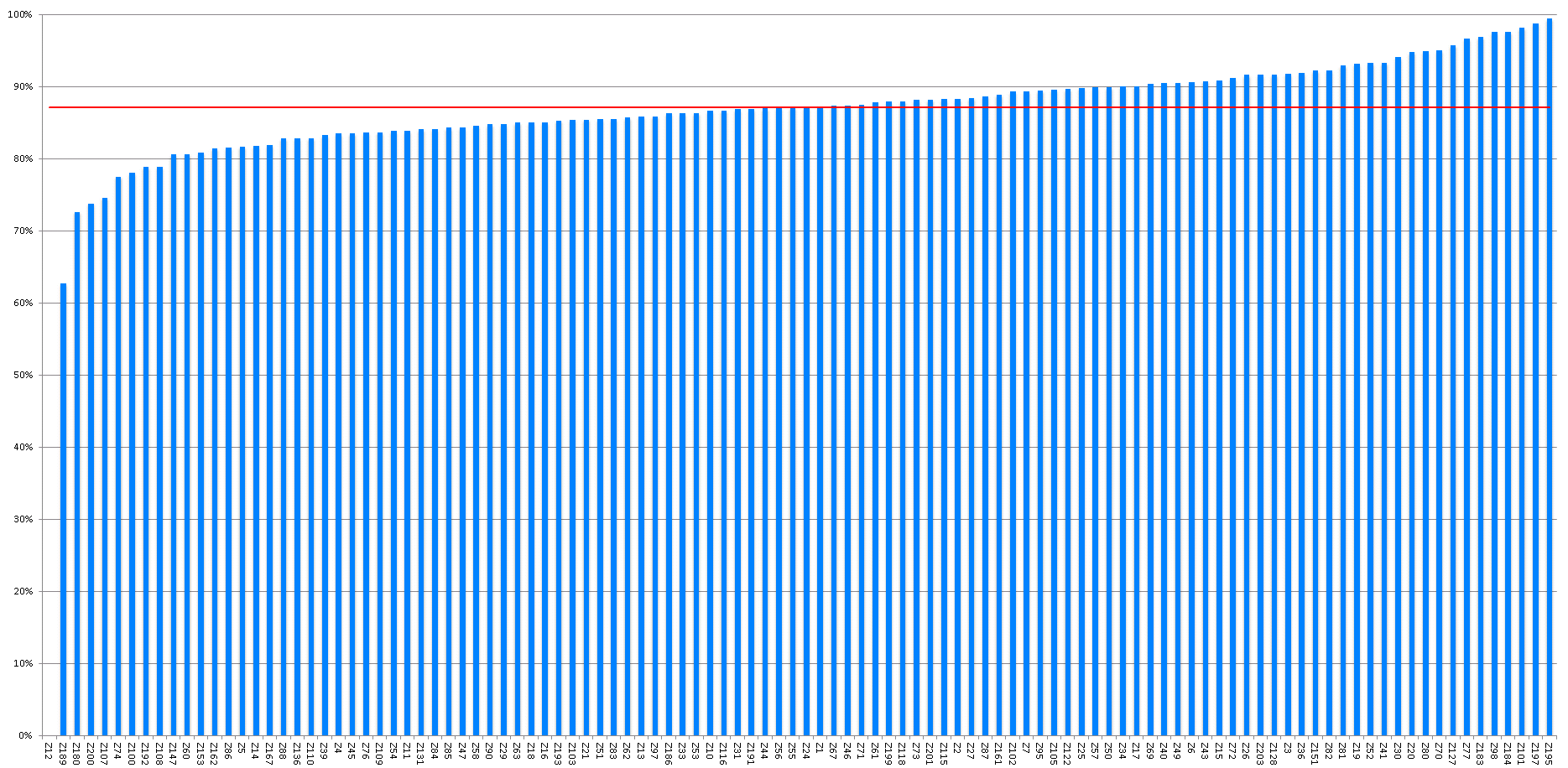
Grafiek 5: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt



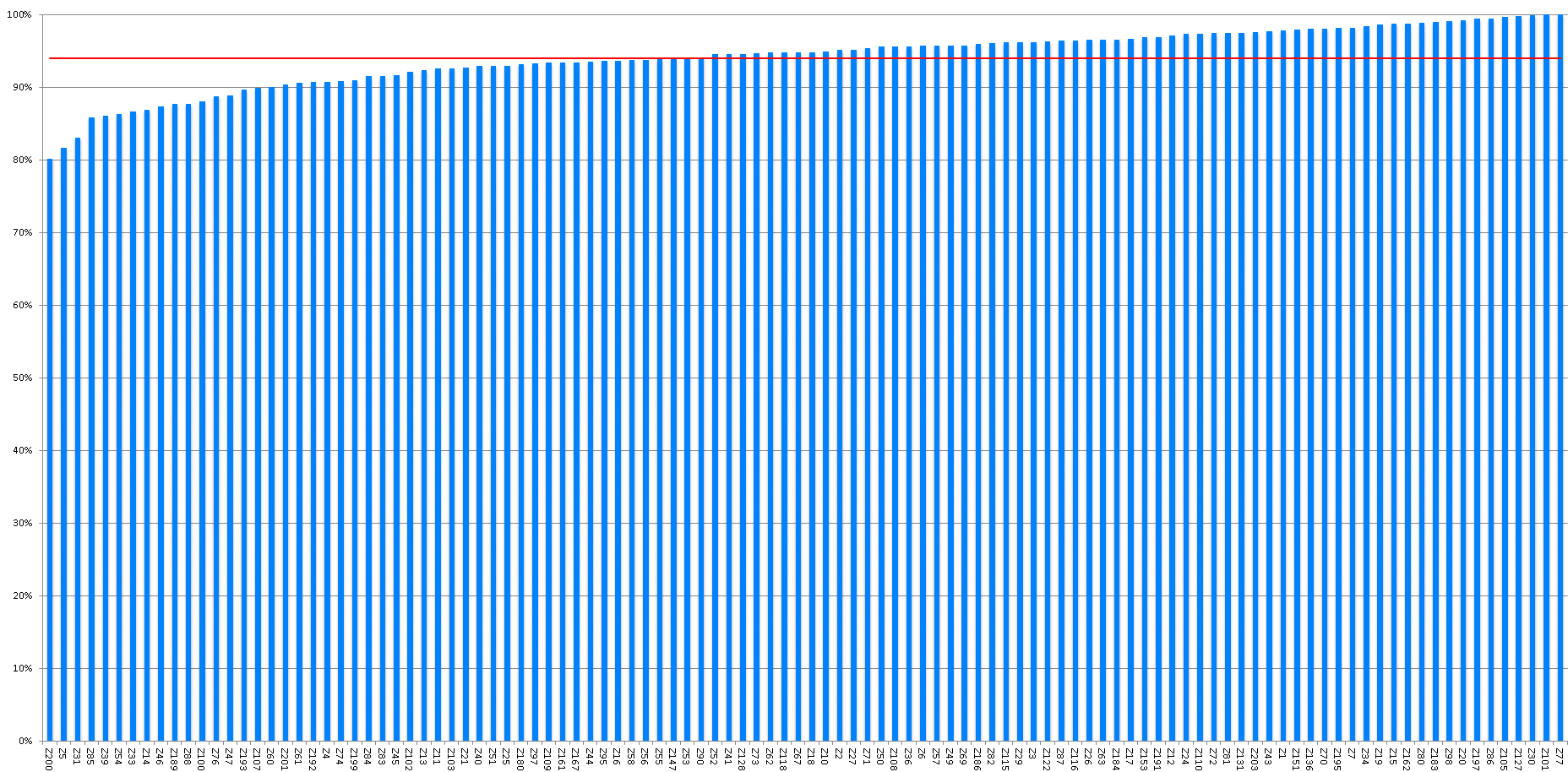
Grafiek 6: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de eGFR is geregistreerd



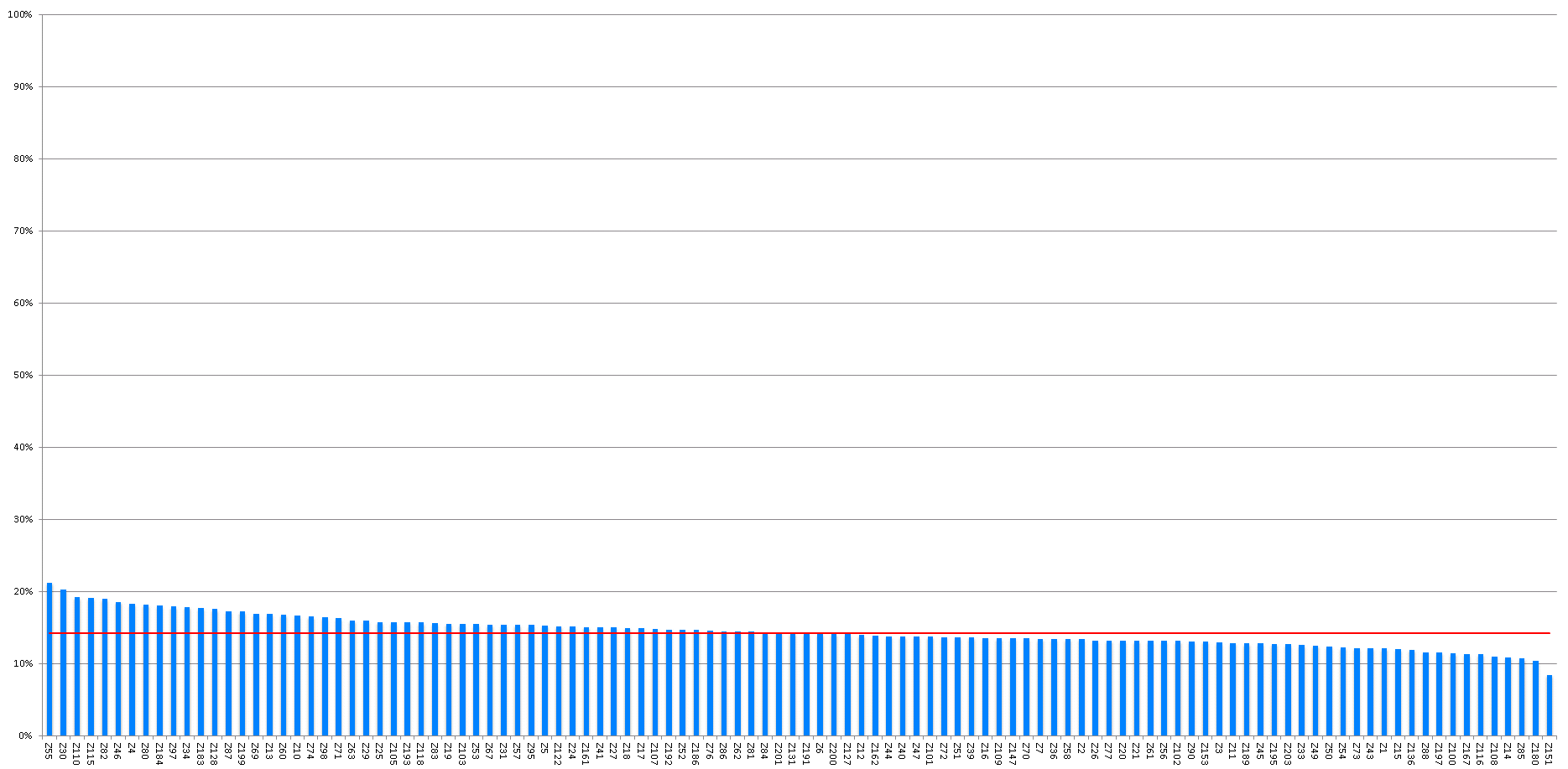
Grafiek 7: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met urineonderzoek (porties) op albumine of albumine/creatinine ratio



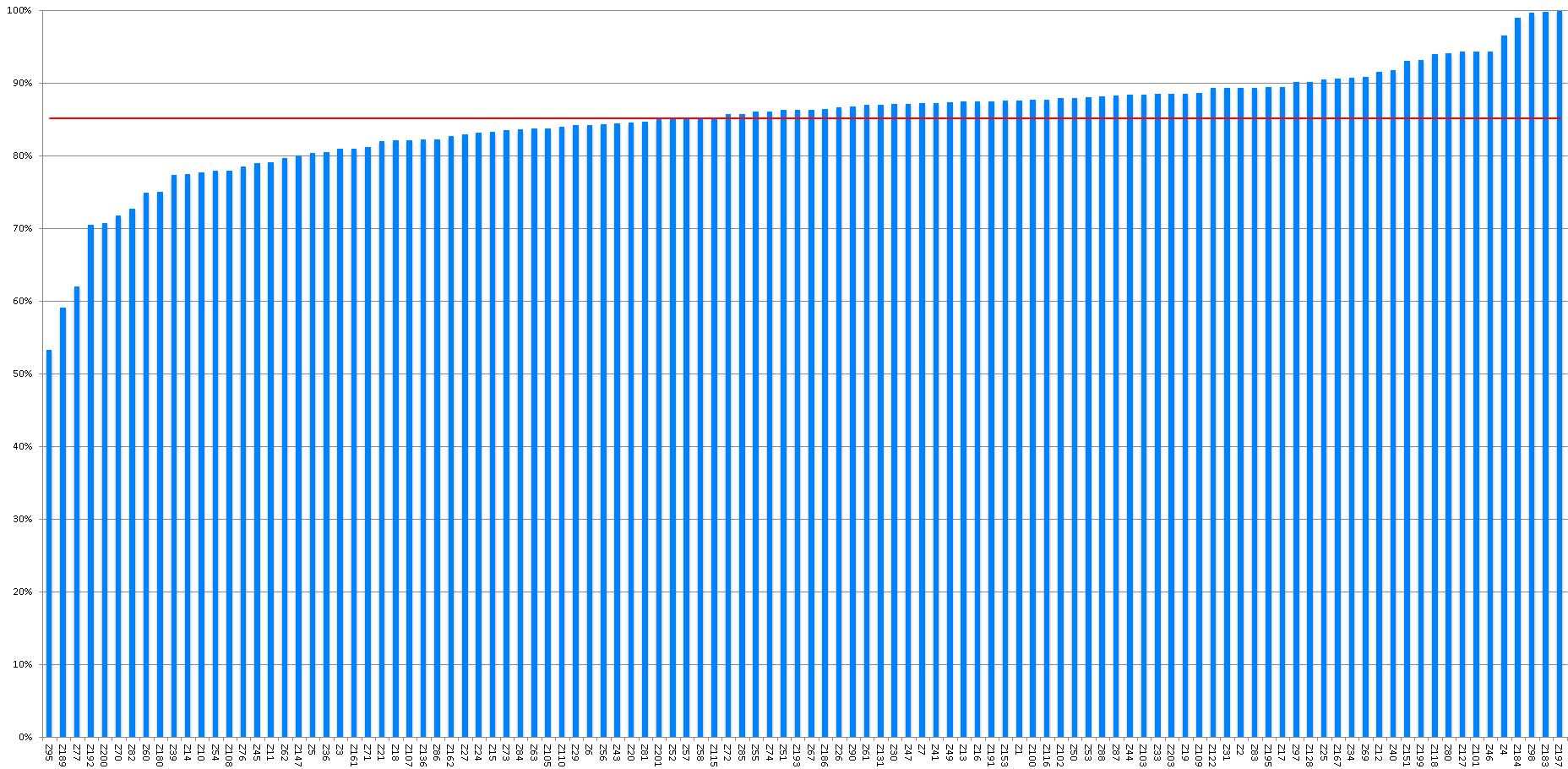
Grafiek 8: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



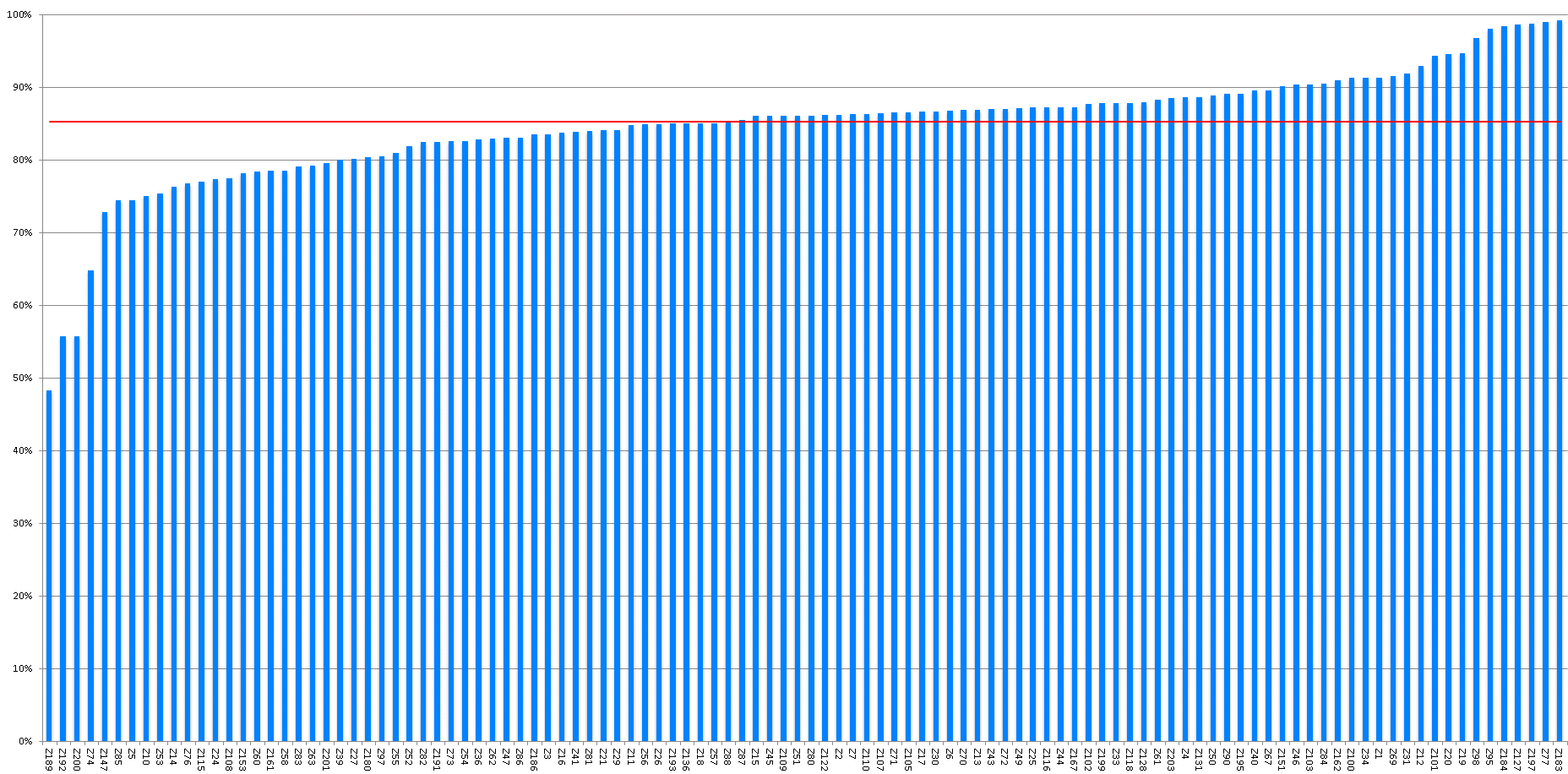
Grafiek 9: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma, van wie rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



Grafiek 10: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met een funduscontrole

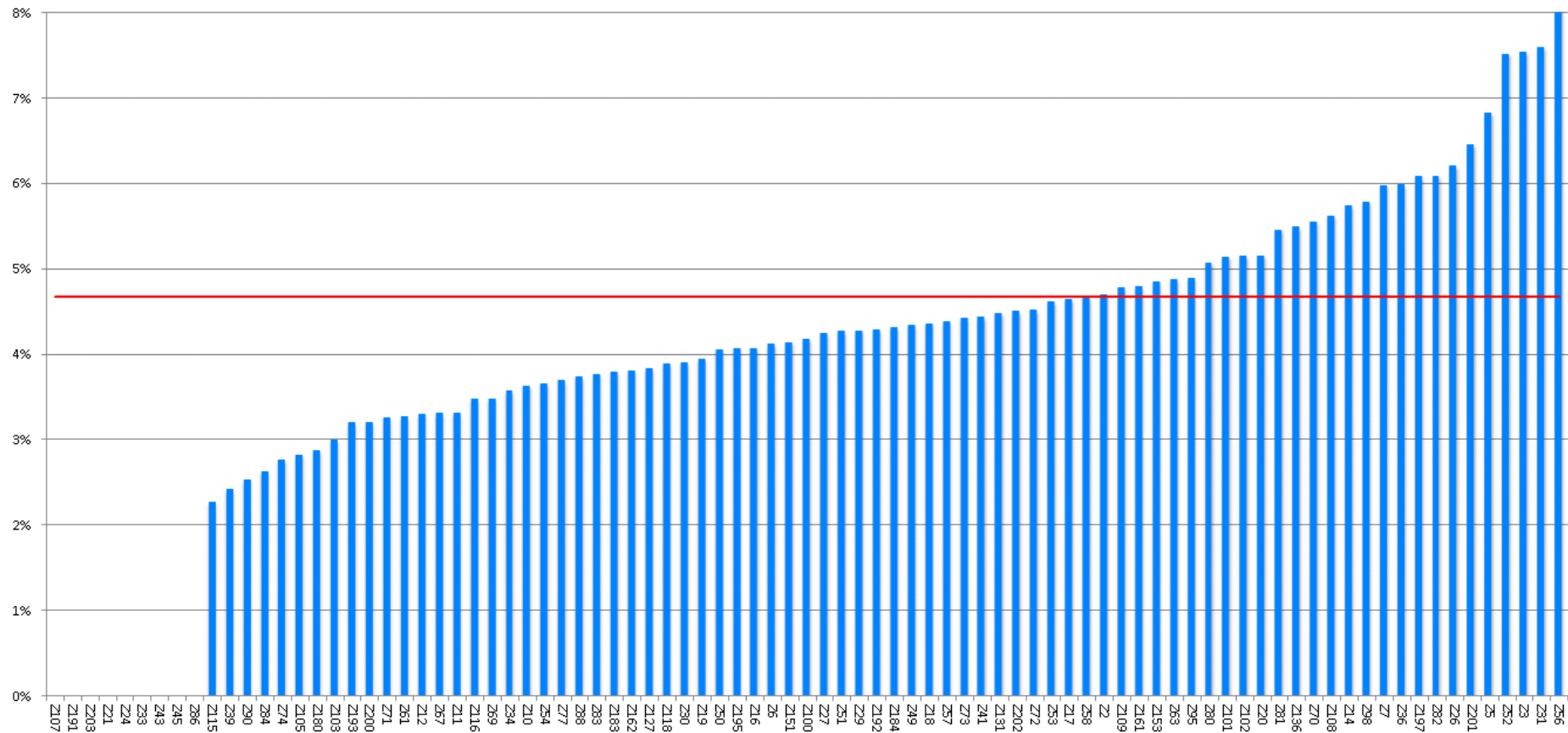


Grafiek 11: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie voetonderzoek is gedaan

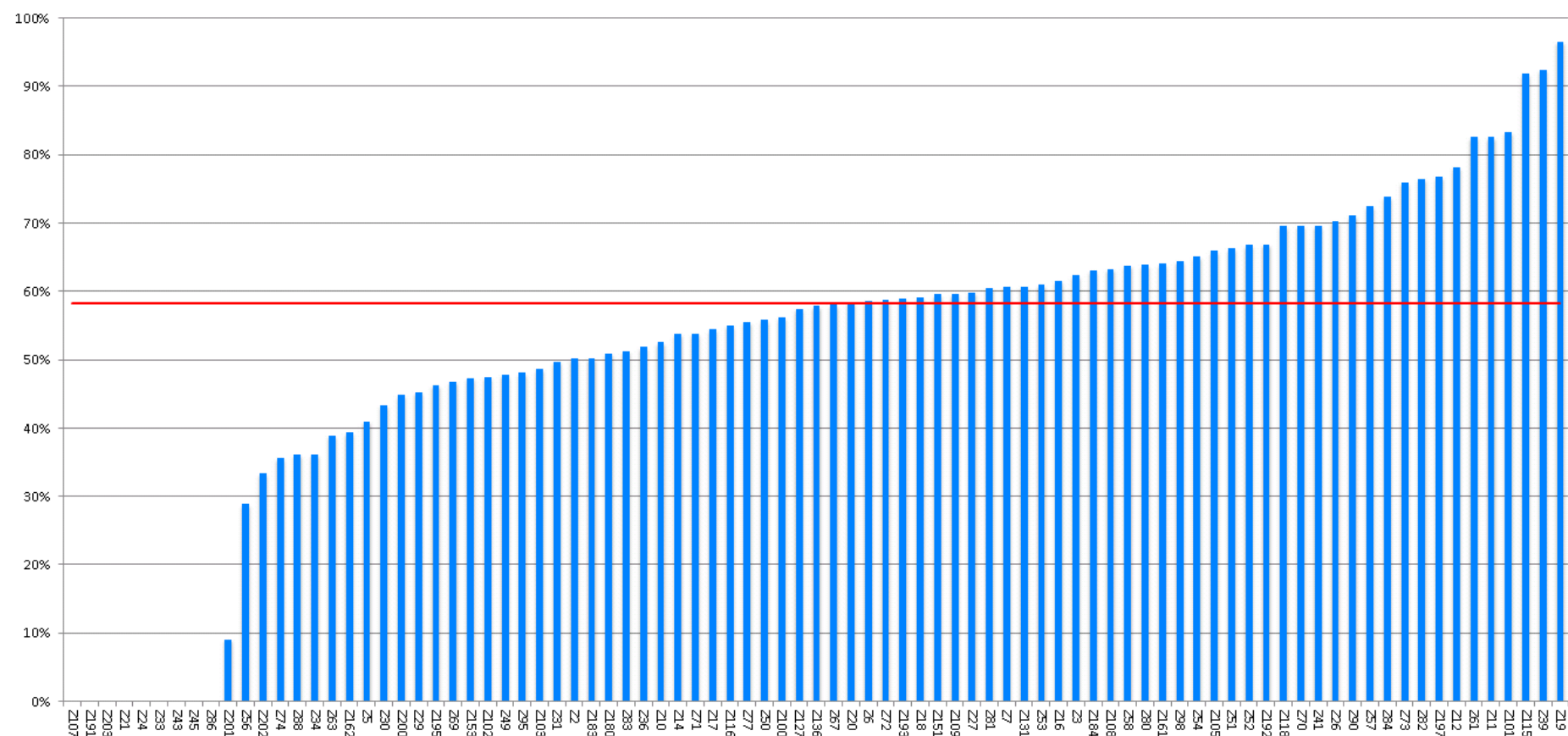


## BIJLAGE 2 GRAFIEKEN HVZ

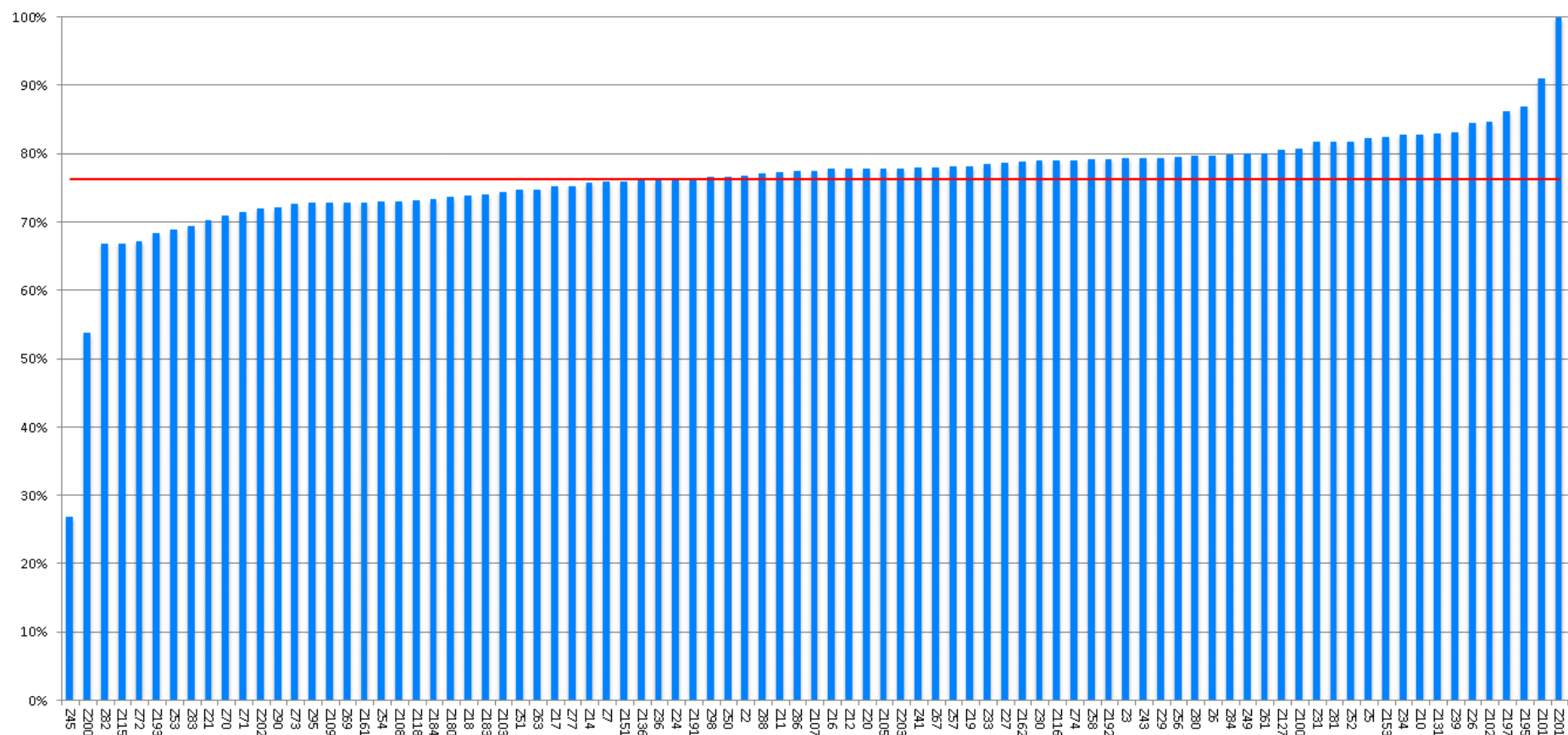
Grafiek 1: Prevalentie HVZ



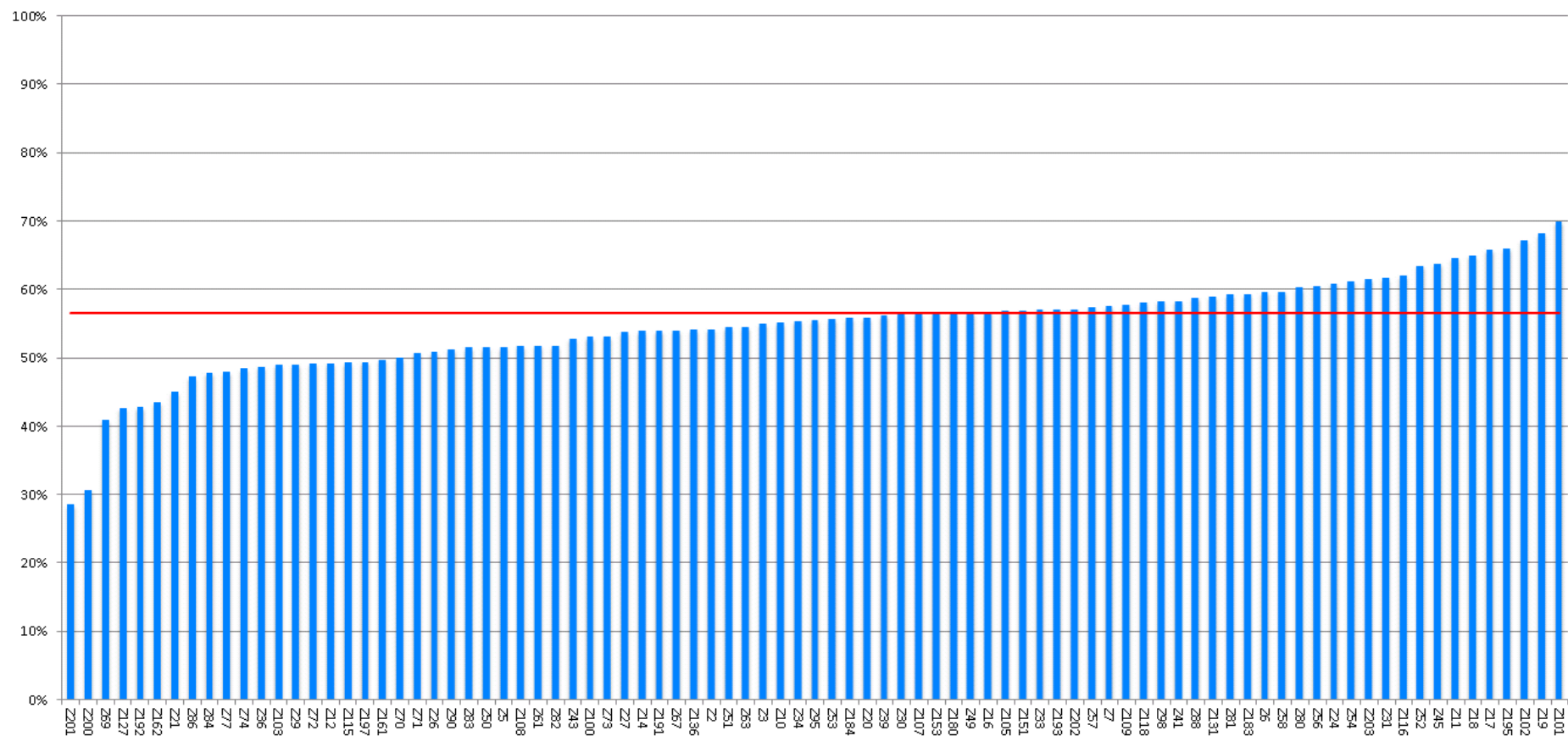
## Grafiek 2: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma



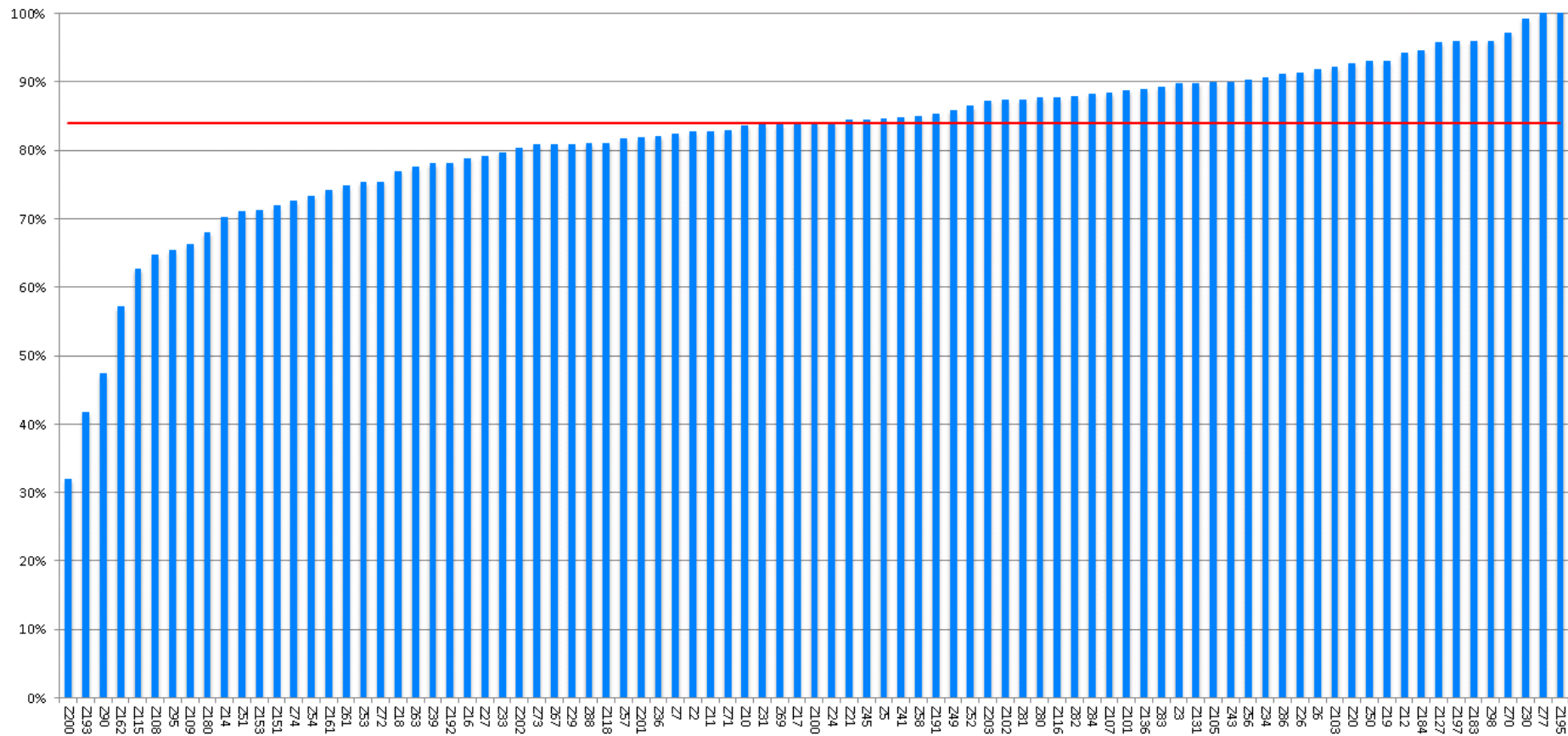
Grafiek 3: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk  $\leq 140$  mm HG



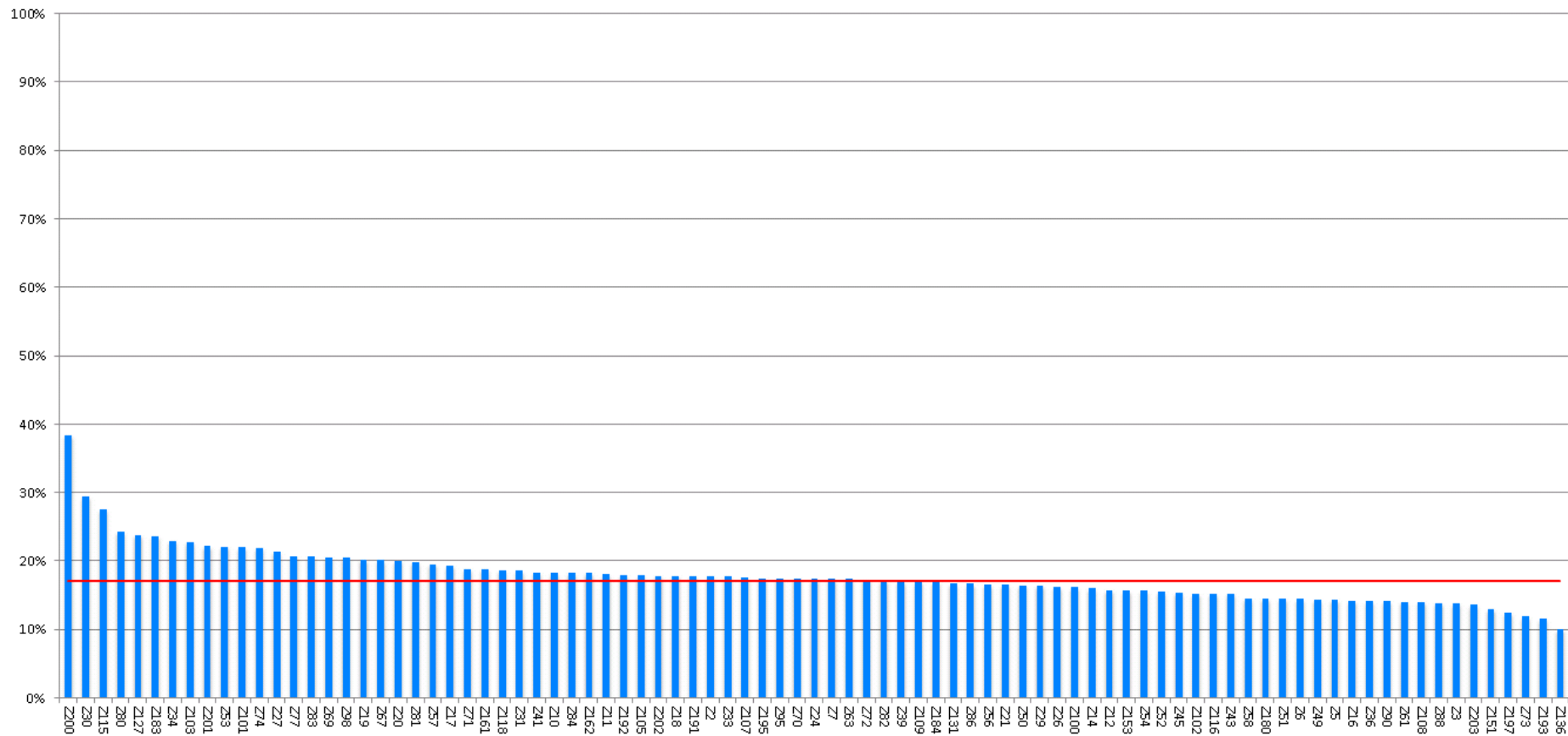
Grafiek 4: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde  $\leq$  aan 2,5 mmol/l



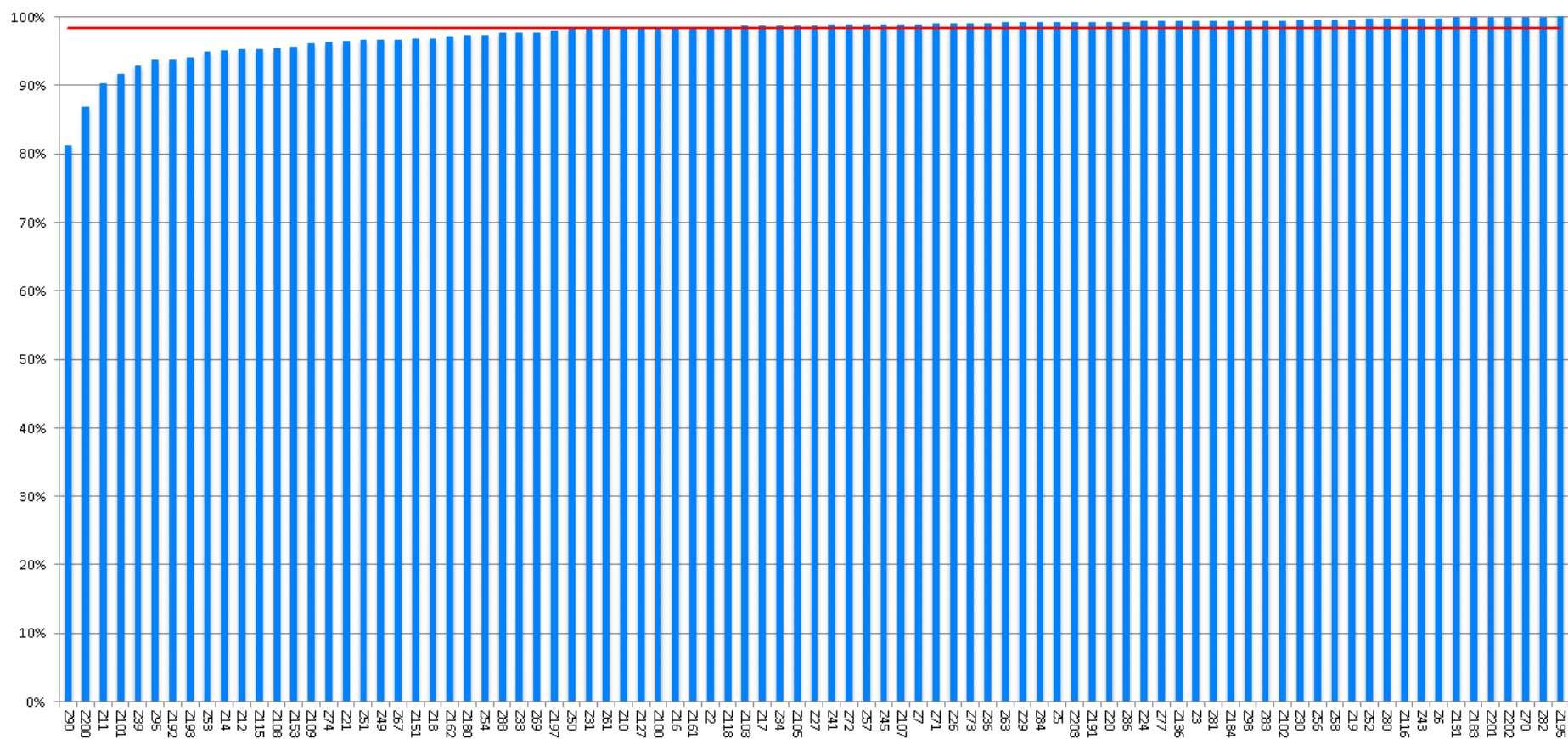
Grafiek 5: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



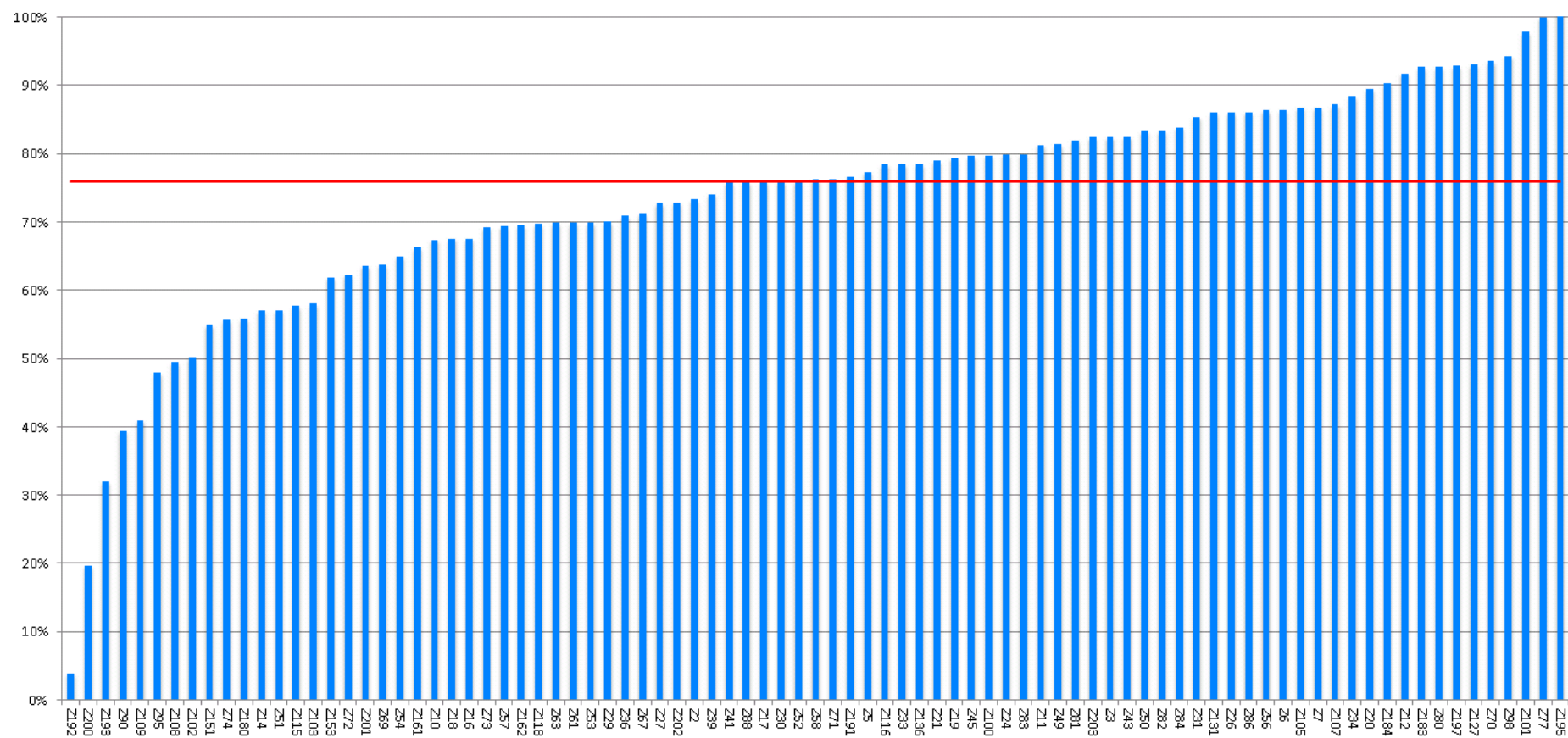
Grafiek 6: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd dat rookt



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

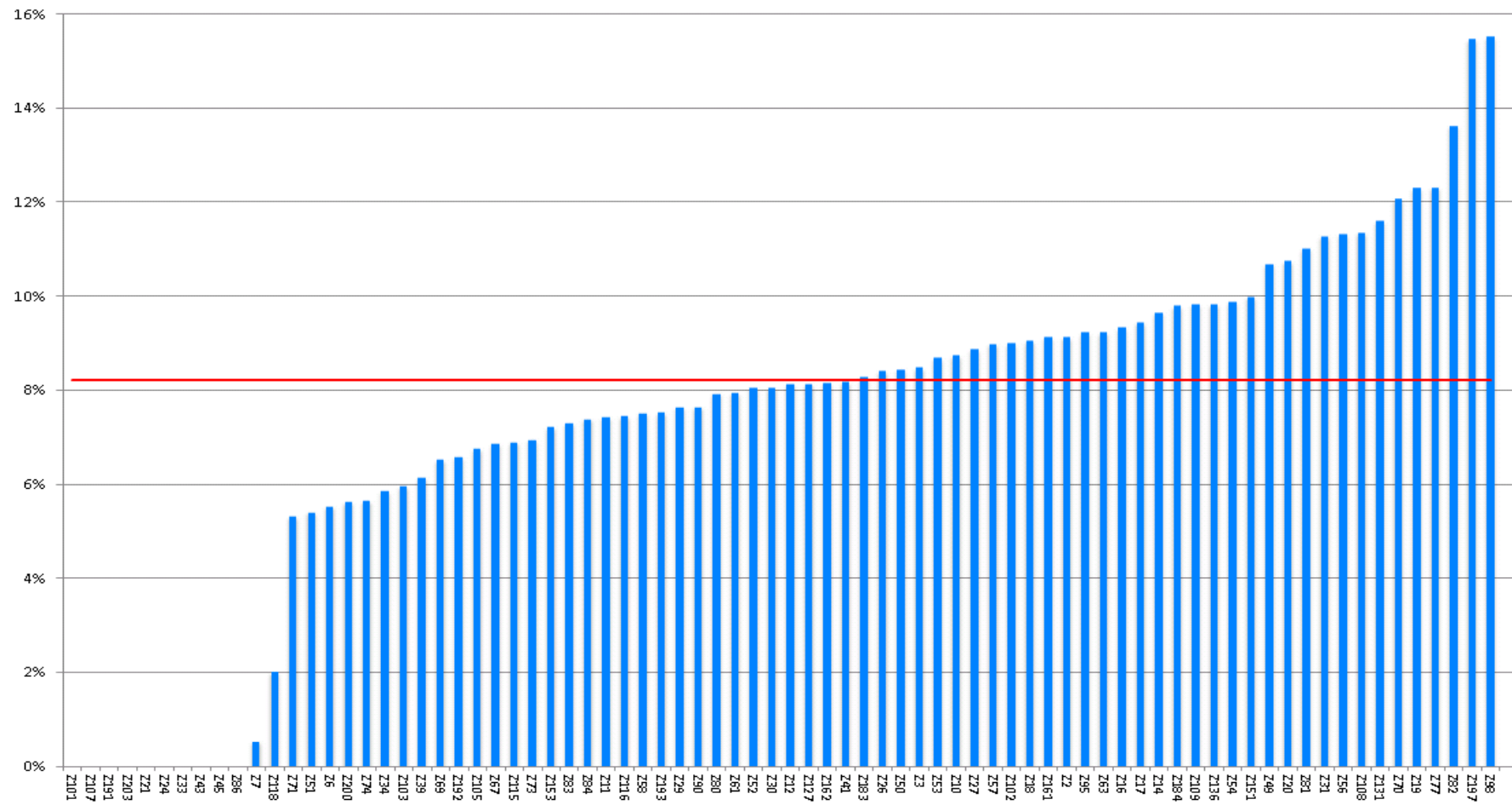


Grafiek 8: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode



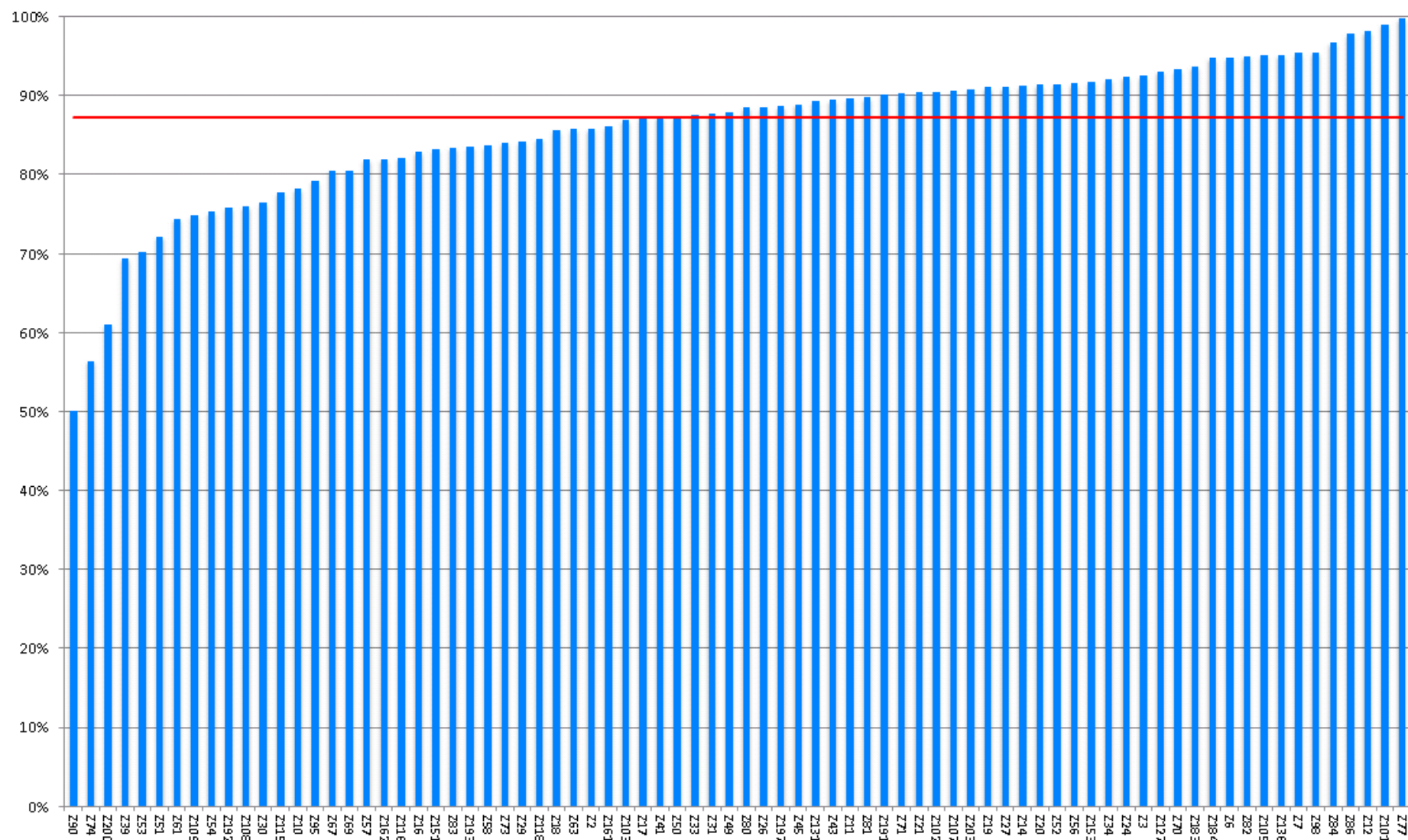
## BIJLAGE 3 GRAFIEKEN VVR

Grafiek 1: Prevalentie VVR

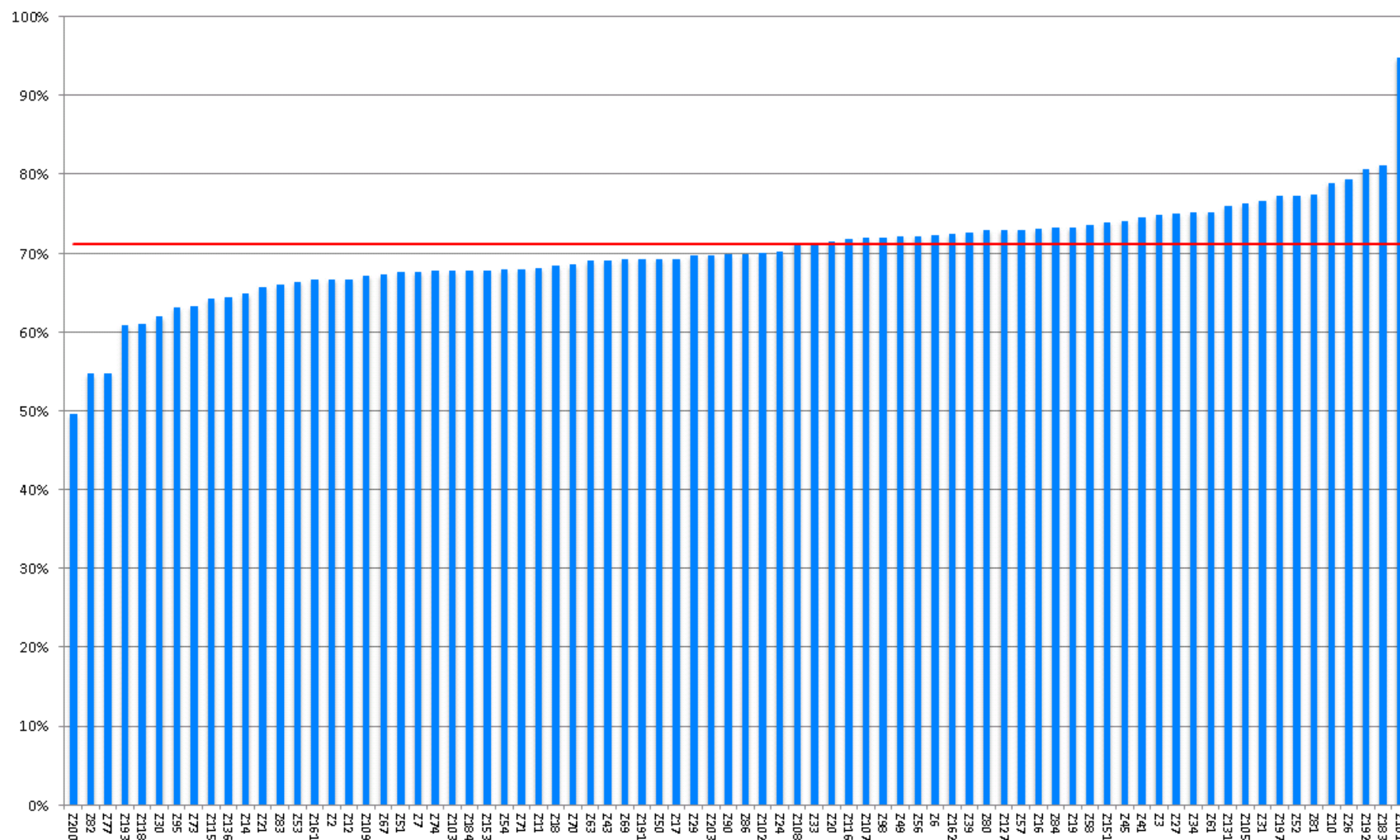


| Item | Percentage |
|------|------------|
| Z101 | 0%         |
| Z102 | 0%         |
| Z103 | 0%         |
| Z104 | 0%         |
| Z105 | 0%         |
| Z106 | 0%         |
| Z107 | 0%         |
| Z108 | 0%         |
| Z109 | 0%         |
| Z110 | 0%         |
| Z111 | 0%         |
| Z112 | 0%         |
| Z113 | 0%         |
| Z114 | 0%         |
| Z115 | 0%         |
| Z116 | 0%         |
| Z117 | 0%         |
| Z118 | 0%         |
| Z119 | 0%         |
| Z120 | 0%         |
| Z121 | 0%         |
| Z122 | 0%         |
| Z123 | 0%         |
| Z124 | 0%         |
| Z125 | 0%         |
| Z126 | 0%         |
| Z127 | 0%         |
| Z128 | 0%         |
| Z129 | 0%         |
| Z130 | 0%         |
| Z131 | 0%         |
| Z132 | 0%         |
| Z133 | 0%         |
| Z134 | 0%         |
| Z135 | 0%         |
| Z136 | 0%         |
| Z137 | 0%         |
| Z138 | 0%         |
| Z139 | 0%         |
| Z140 | 0%         |
| Z141 | 0%         |
| Z142 | 0%         |
| Z143 | 0%         |
| Z144 | 0%         |
| Z145 | 0%         |
| Z146 | 0%         |
| Z147 | 0%         |
| Z148 | 0%         |
| Z149 | 0%         |
| Z150 | 0%         |
| Z151 | 0%         |
| Z152 | 0%         |
| Z153 | 0%         |
| Z154 | 0%         |
| Z155 | 0%         |
| Z156 | 0%         |
| Z157 | 0%         |
| Z158 | 0%         |
| Z159 | 0%         |
| Z160 | 0%         |
| Z161 | 0%         |
| Z162 | 0%         |
| Z163 | 0%         |
| Z164 | 0%         |
| Z165 | 0%         |
| Z166 | 0%         |
| Z167 | 0%         |
| Z168 | 0%         |
| Z169 | 0%         |
| Z170 | 0%         |
| Z171 | 0%         |
| Z172 | 0%         |
| Z173 | 0%         |
| Z174 | 0%         |
| Z175 | 0%         |
| Z176 | 0%         |
| Z177 | 0%         |
| Z178 | 0%         |
| Z179 | 0%         |
| Z180 | 0%         |
| Z181 | 0%         |
| Z182 | 0%         |
| Z183 | 0%         |
| Z184 | 0%         |
| Z185 | 0%         |
| Z186 | 0%         |
| Z187 | 0%         |
| Z188 | 0%         |
| Z189 | 0%         |
| Z190 | 0%         |
| Z191 | 0%         |
| Z192 | 0%         |
| Z193 | 0%         |
| Z194 | 0%         |
| Z195 | 0%         |
| Z196 | 0%         |
| Z197 | 0%         |
| Z198 | 0%         |
| Z199 | 0%         |
| Z200 | 0%         |
| Z201 | 23%        |
| Z202 | 25%        |
| Z203 | 31%        |
| Z204 | 33%        |
| Z205 | 35%        |
| Z206 | 42%        |
| Z207 | 43%        |
| Z208 | 48%        |
| Z209 | 50%        |
| Z210 | 51%        |
| Z211 | 51%        |
| Z212 | 51%        |
| Z213 | 54%        |
| Z214 | 55%        |
| Z215 | 60%        |
| Z216 | 65%        |
| Z217 | 65%        |
| Z218 | 65%        |
| Z219 | 66%        |
| Z220 | 69%        |
| Z221 | 70%        |
| Z222 | 70%        |
| Z223 | 70%        |
| Z224 | 70%        |
| Z225 | 70%        |
| Z226 | 70%        |
| Z227 | 72%        |
| Z228 | 72%        |
| Z229 | 74%        |
| Z230 | 74%        |
| Z231 | 74%        |
| Z232 | 74%        |
| Z233 | 74%        |
| Z234 | 74%        |
| Z235 | 74%        |
| Z236 | 74%        |
| Z237 | 74%        |
| Z238 | 74%        |
| Z239 | 74%        |
| Z240 | 74%        |
| Z241 | 74%        |
| Z242 | 74%        |
| Z243 | 74%        |
| Z244 | 74%        |
| Z245 | 74%        |
| Z246 | 74%        |
| Z247 | 74%        |
| Z248 | 74%        |
| Z249 | 74%        |
| Z250 | 74%        |
| Z251 | 74%        |
| Z252 | 74%        |
| Z253 | 74%        |
| Z254 | 74%        |
| Z255 | 74%        |
| Z256 | 74%        |
| Z257 | 74%        |
| Z258 | 74%        |
| Z259 | 74%        |
| Z260 | 74%        |
| Z261 | 74%        |
| Z262 | 74%        |
| Z263 | 74%        |
| Z264 | 74%        |
| Z265 | 74%        |
| Z266 | 74%        |
| Z267 | 74%        |
| Z268 | 74%        |
| Z269 | 74%        |
| Z270 | 74%        |
| Z271 | 74%        |
| Z272 | 74%        |
| Z273 | 74%        |
| Z274 | 74%        |
| Z275 | 74%        |
| Z276 | 74%        |
| Z277 | 74%        |
| Z278 | 74%        |
| Z279 | 74%        |
| Z280 | 74%        |
| Z281 | 74%        |
| Z282 | 74%        |
| Z283 | 74%        |
| Z284 | 74%        |
| Z285 | 74%        |
| Z286 | 74%        |
| Z287 | 74%        |
| Z288 | 74%        |
| Z289 | 74%        |
| Z290 | 74%        |
| Z291 | 74%        |
| Z292 | 74%        |
| Z293 | 74%        |
| Z294 | 74%        |
| Z295 | 74%        |
| Z296 | 74%        |
| Z297 | 74%        |
| Z298 | 74%        |
| Z299 | 74%        |
| Z300 | 74%        |
| Z301 | 74%        |
| Z302 | 74%        |
| Z303 |            |

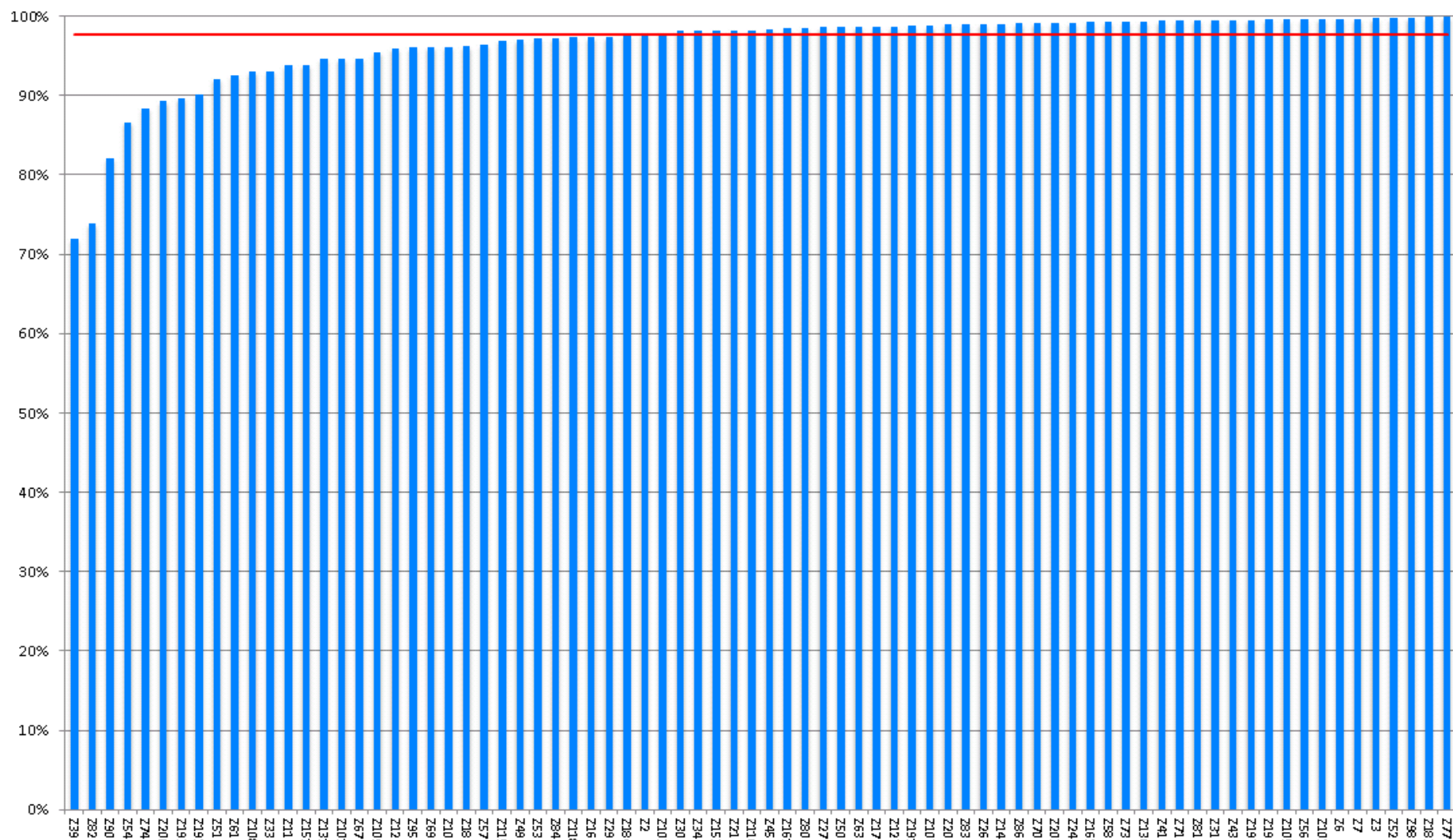
Grafiek 3: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten



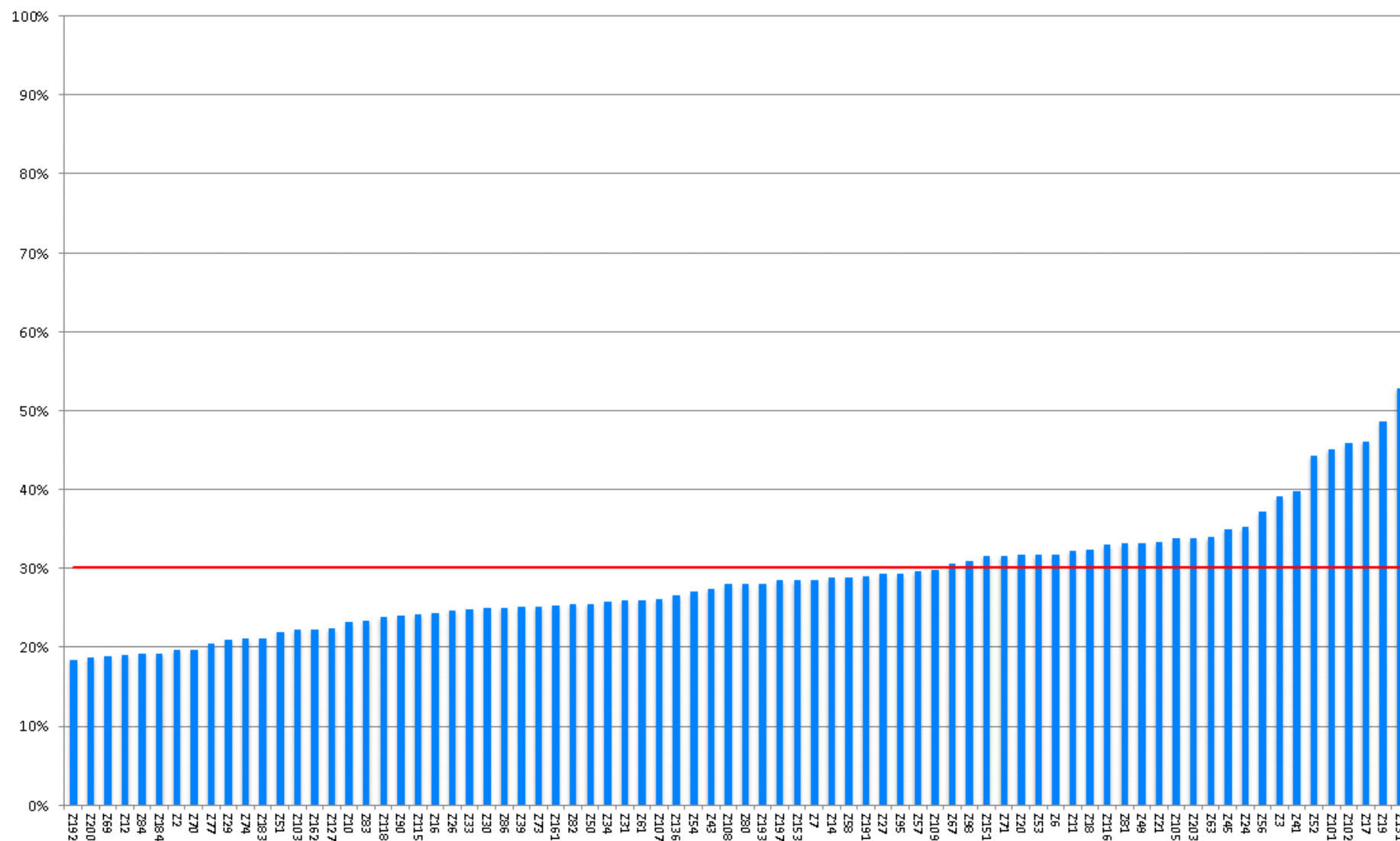
Grafiek 4: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk  $\leq 140$  mm HG



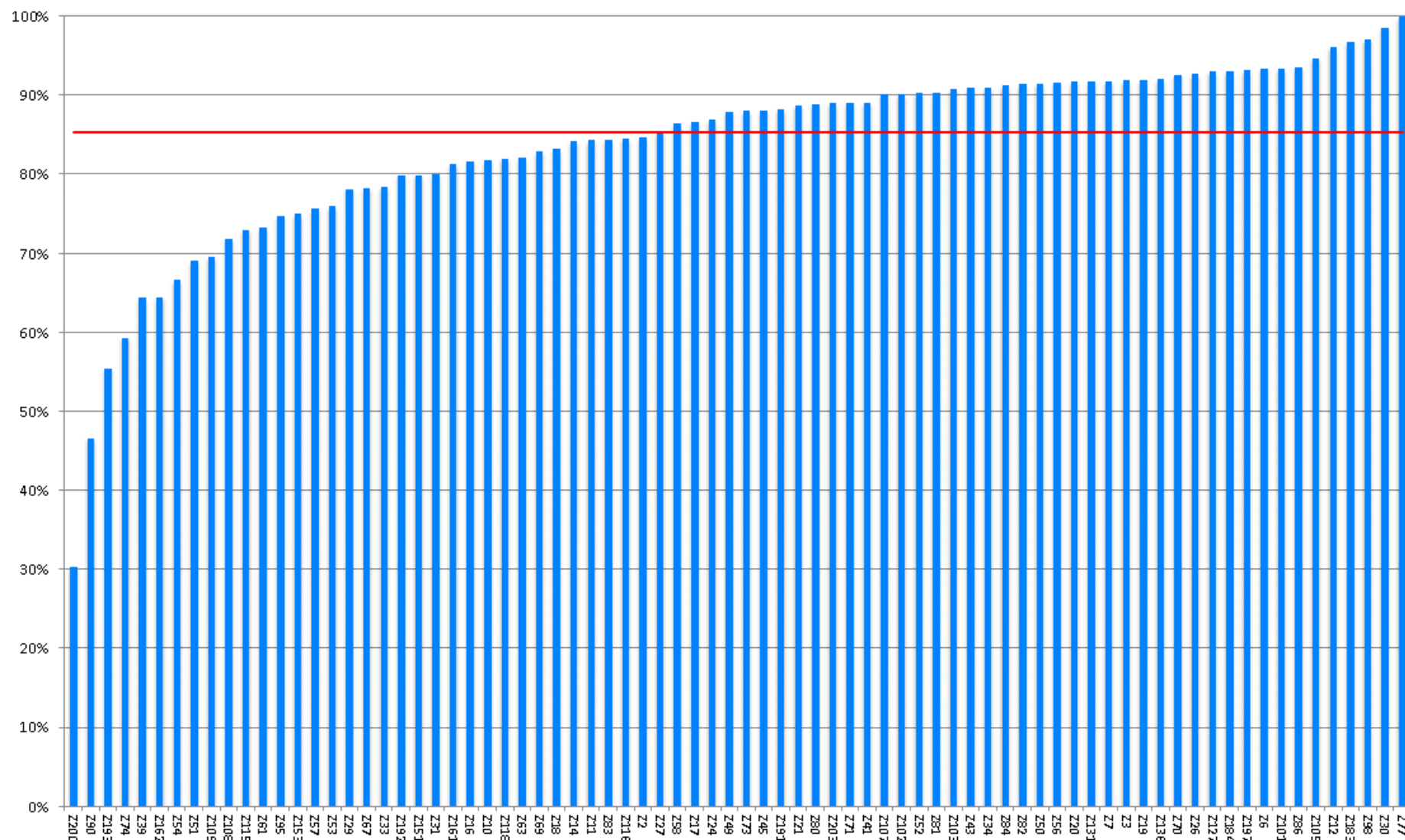
Grafiek 5: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie LDL is bepaald in afgelopen vijf jaar



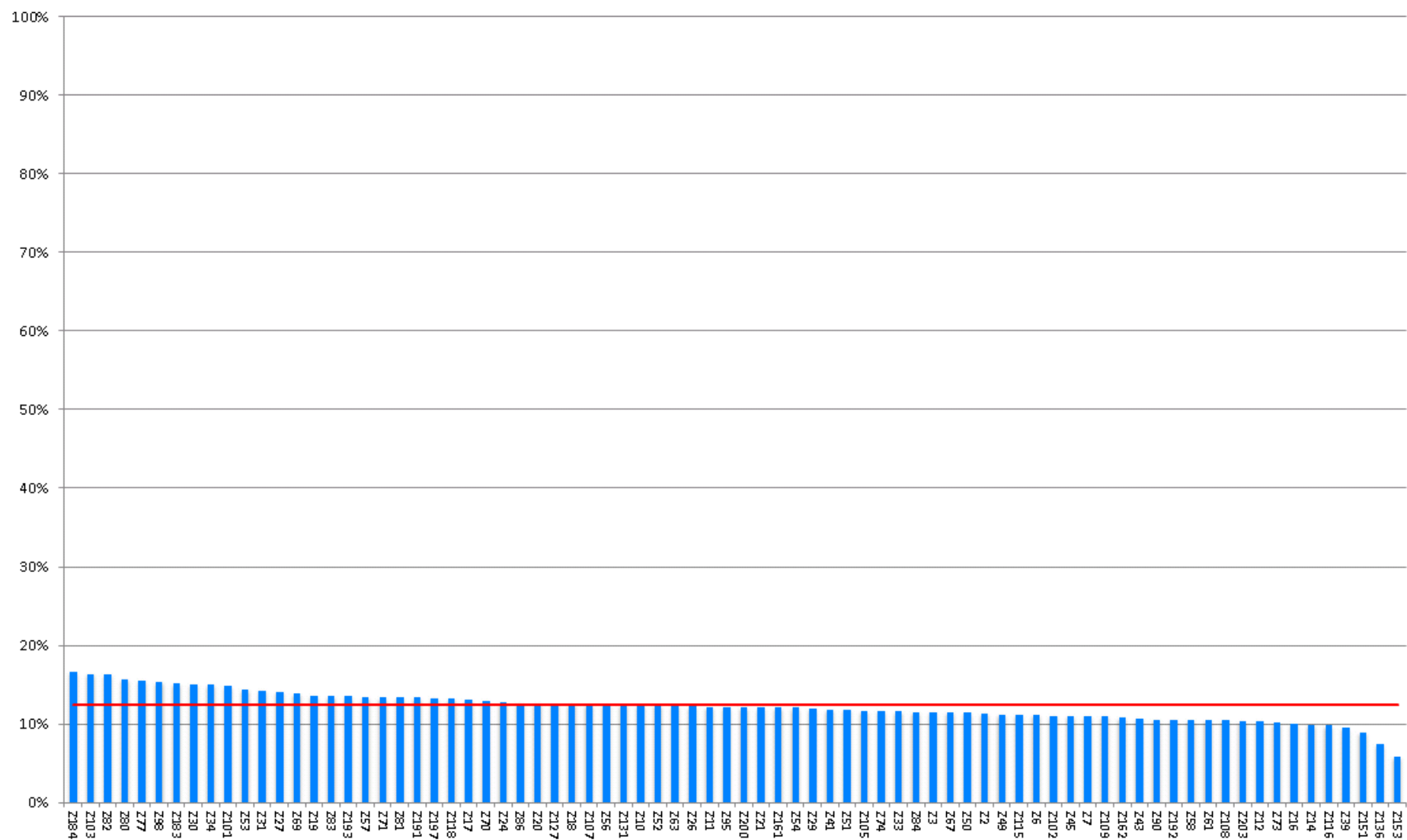
Grafiek 6: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde <= aan 2,5 mmol/l



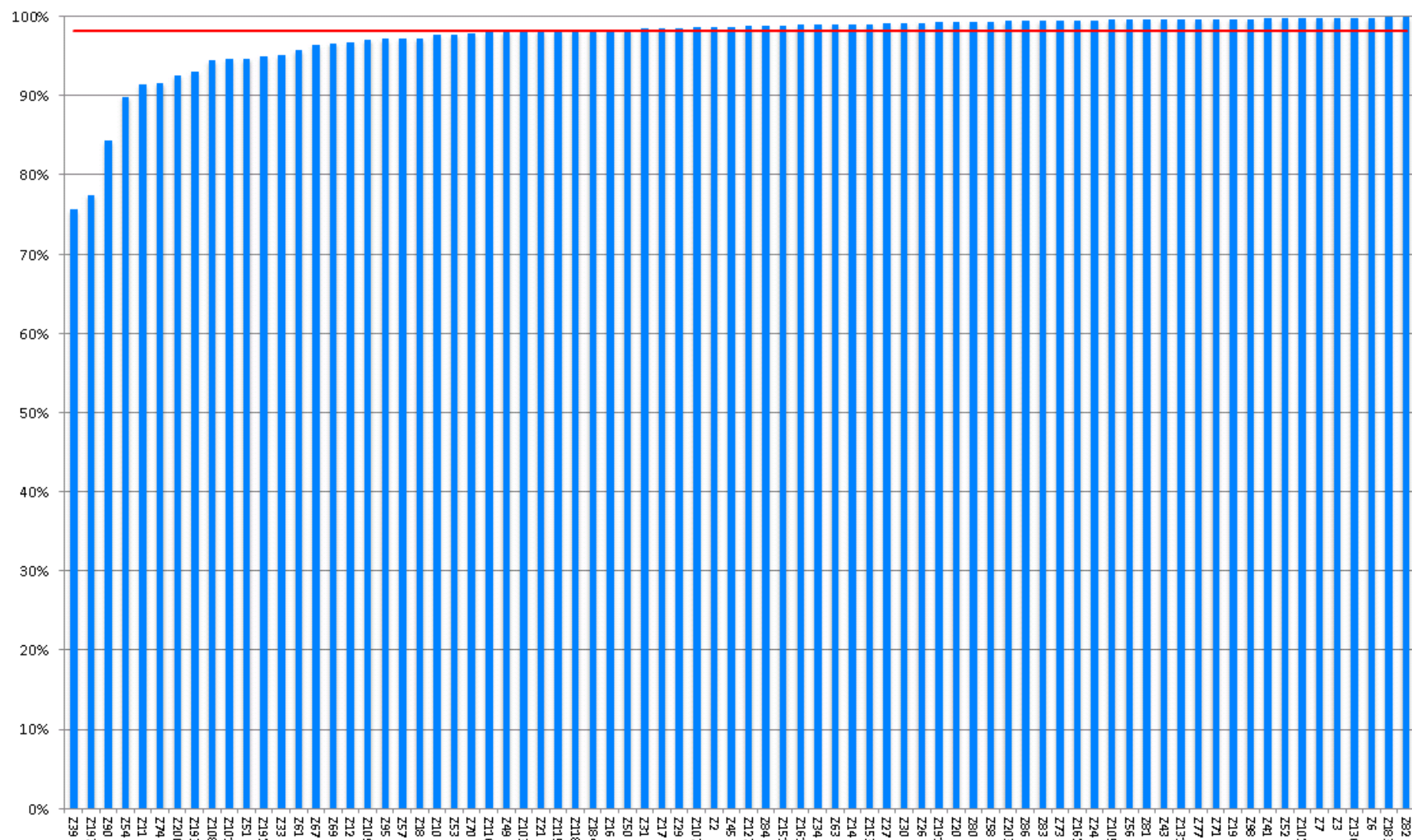
Grafiek 7: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode of uitslag nooit OOIT is gemeten



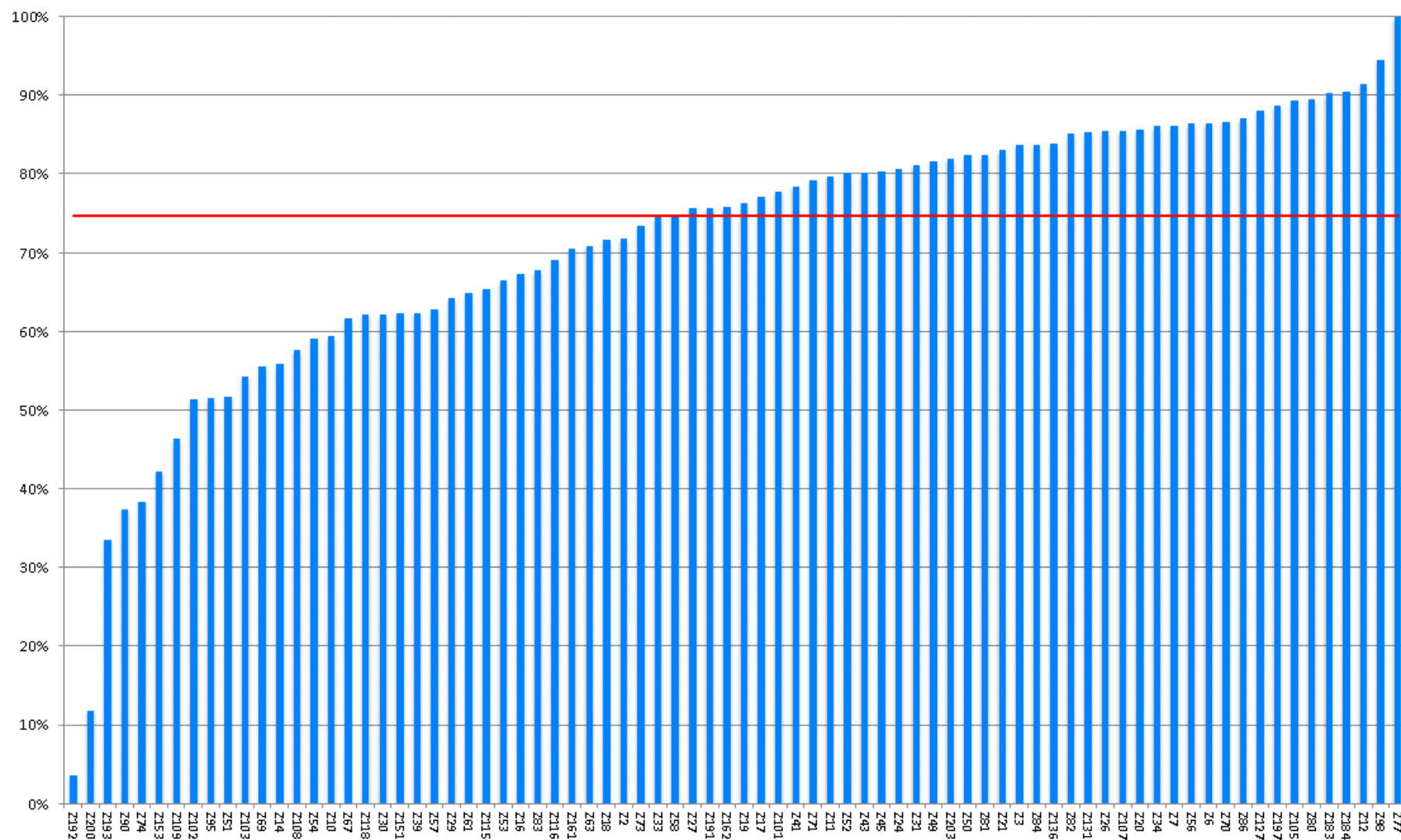
Grafiek 8: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode dat rookt



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

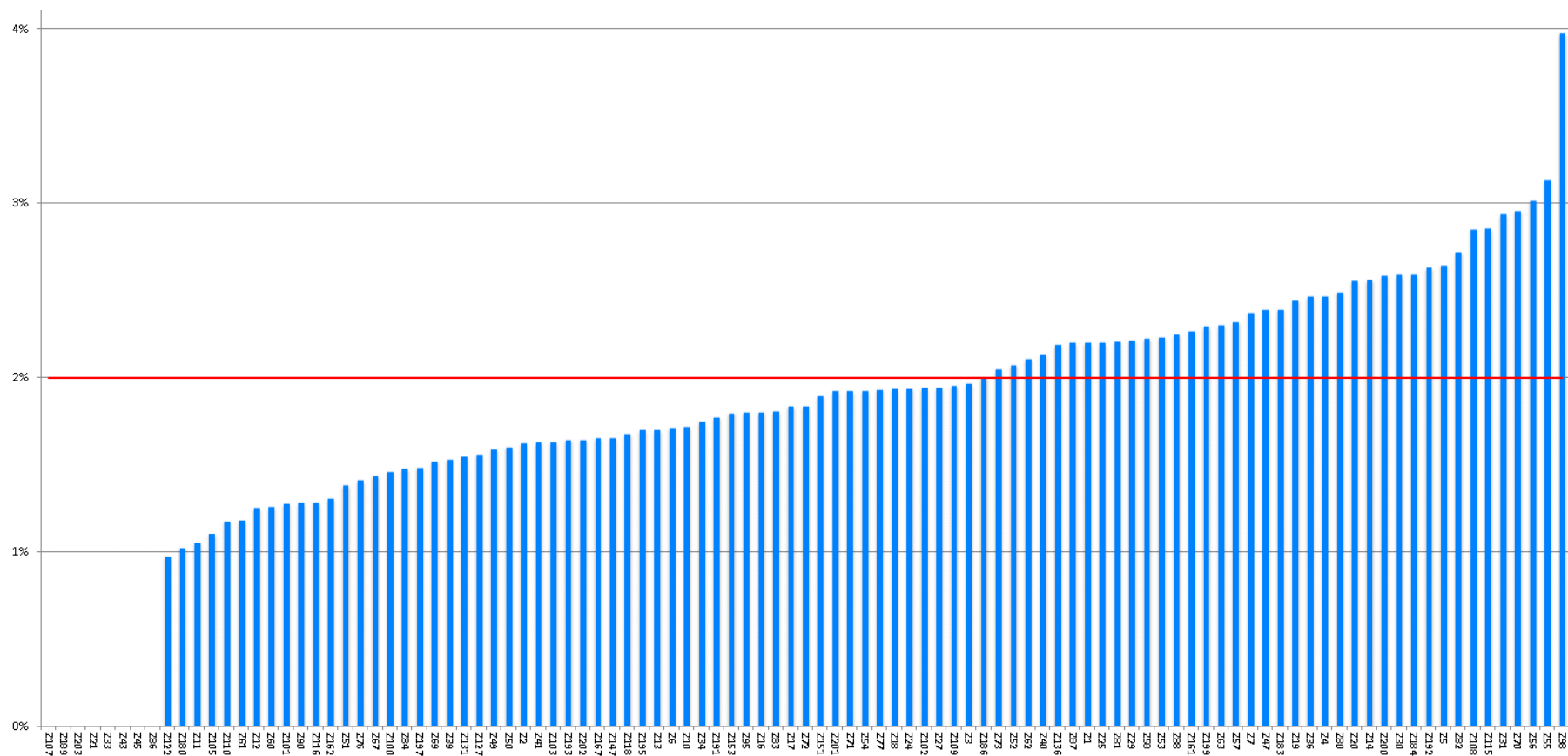


Grafiek 10: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode

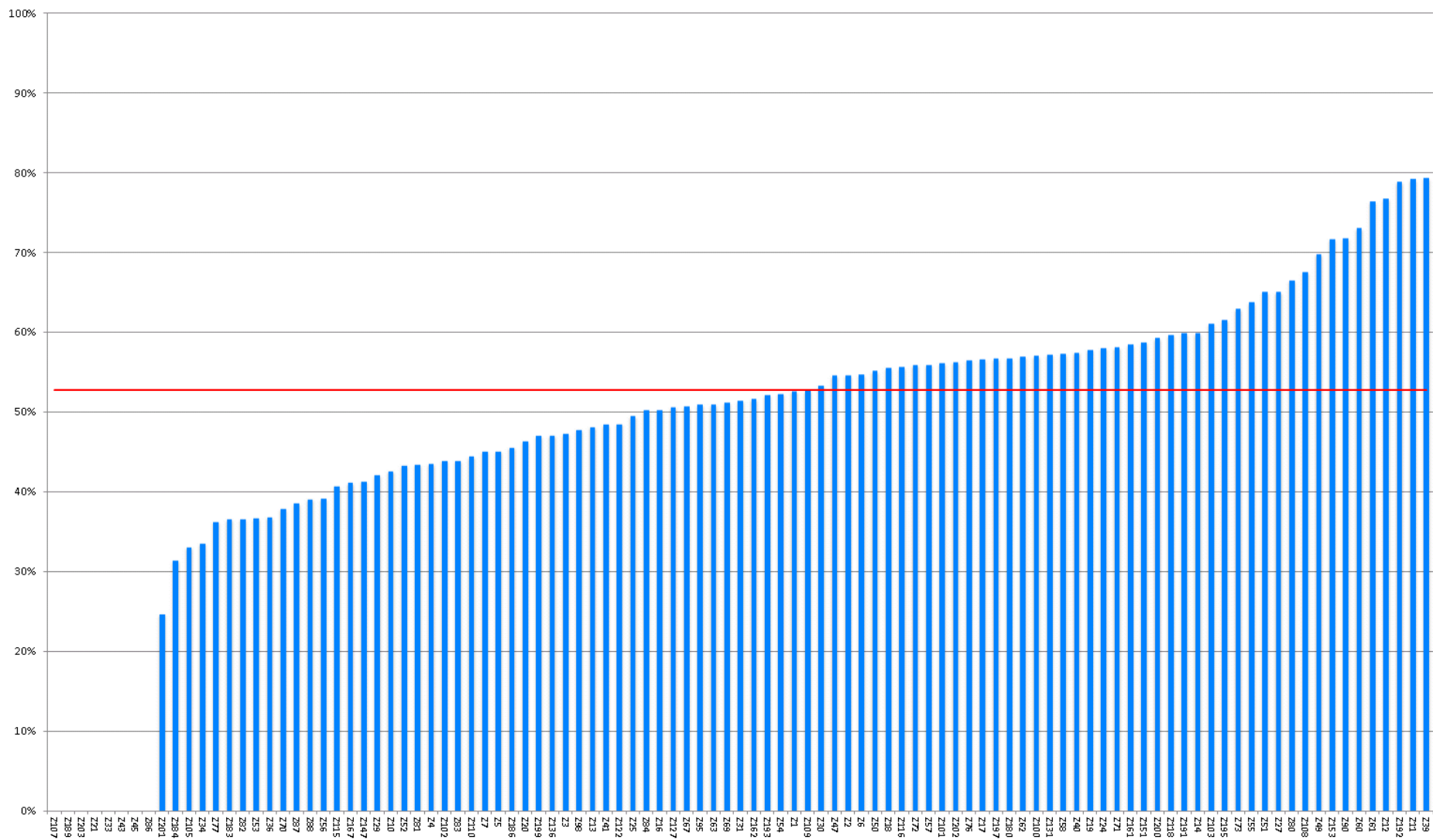


## BIJLAGE 4 GRAFIEKEN COPD

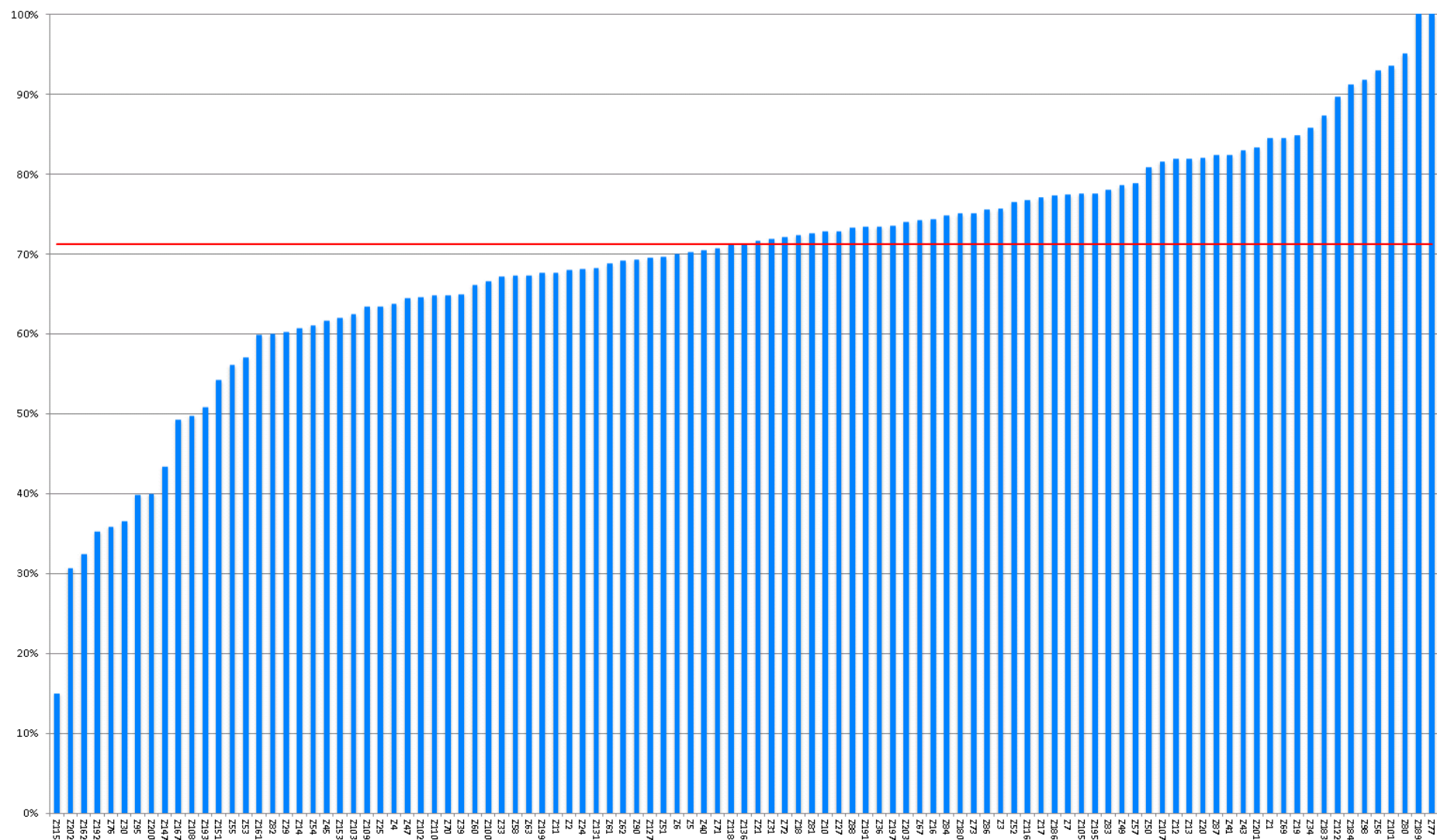
Grafiek 1: Prevalentie COPD patiënten



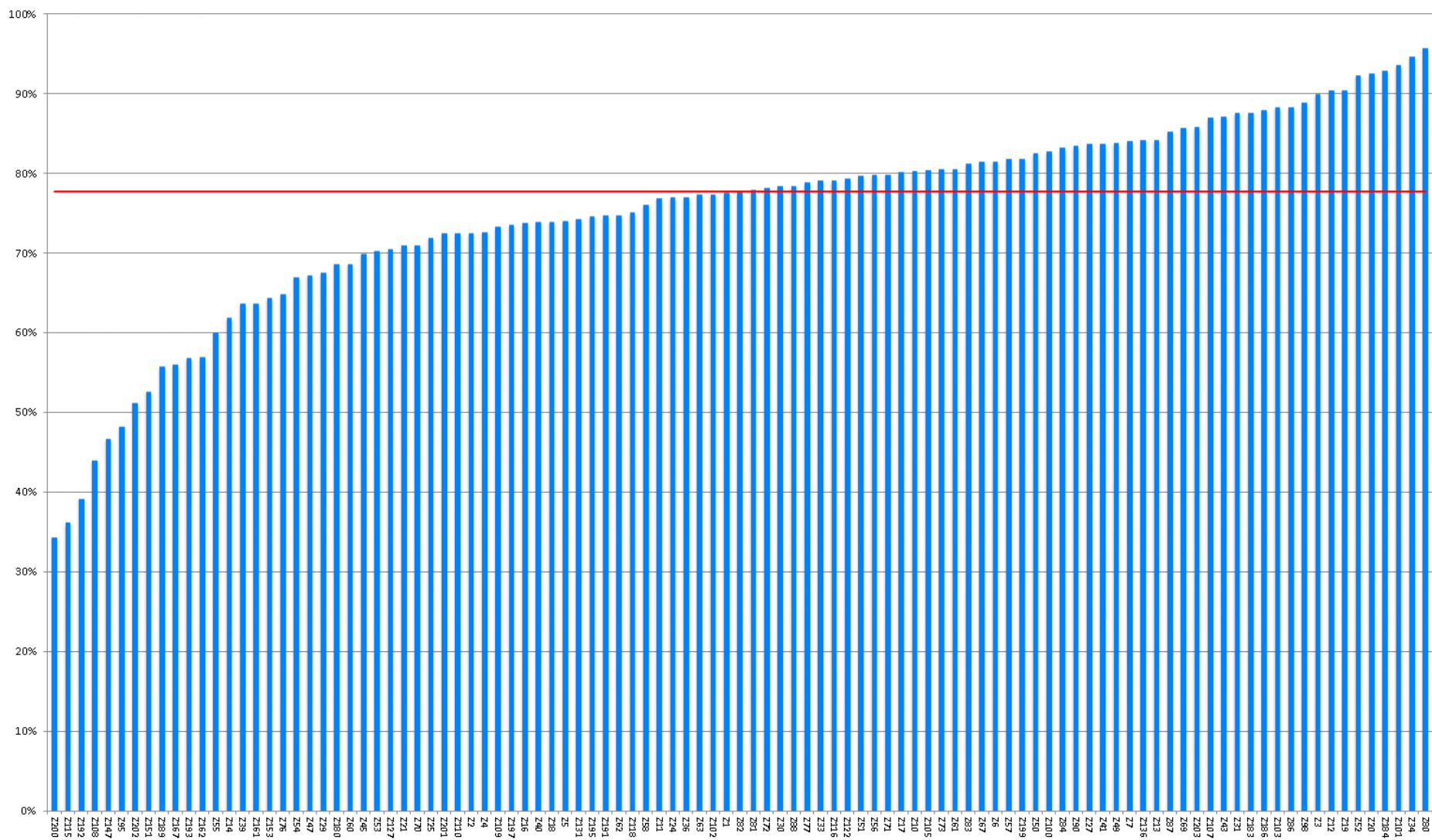
Grafiek 2: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma



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

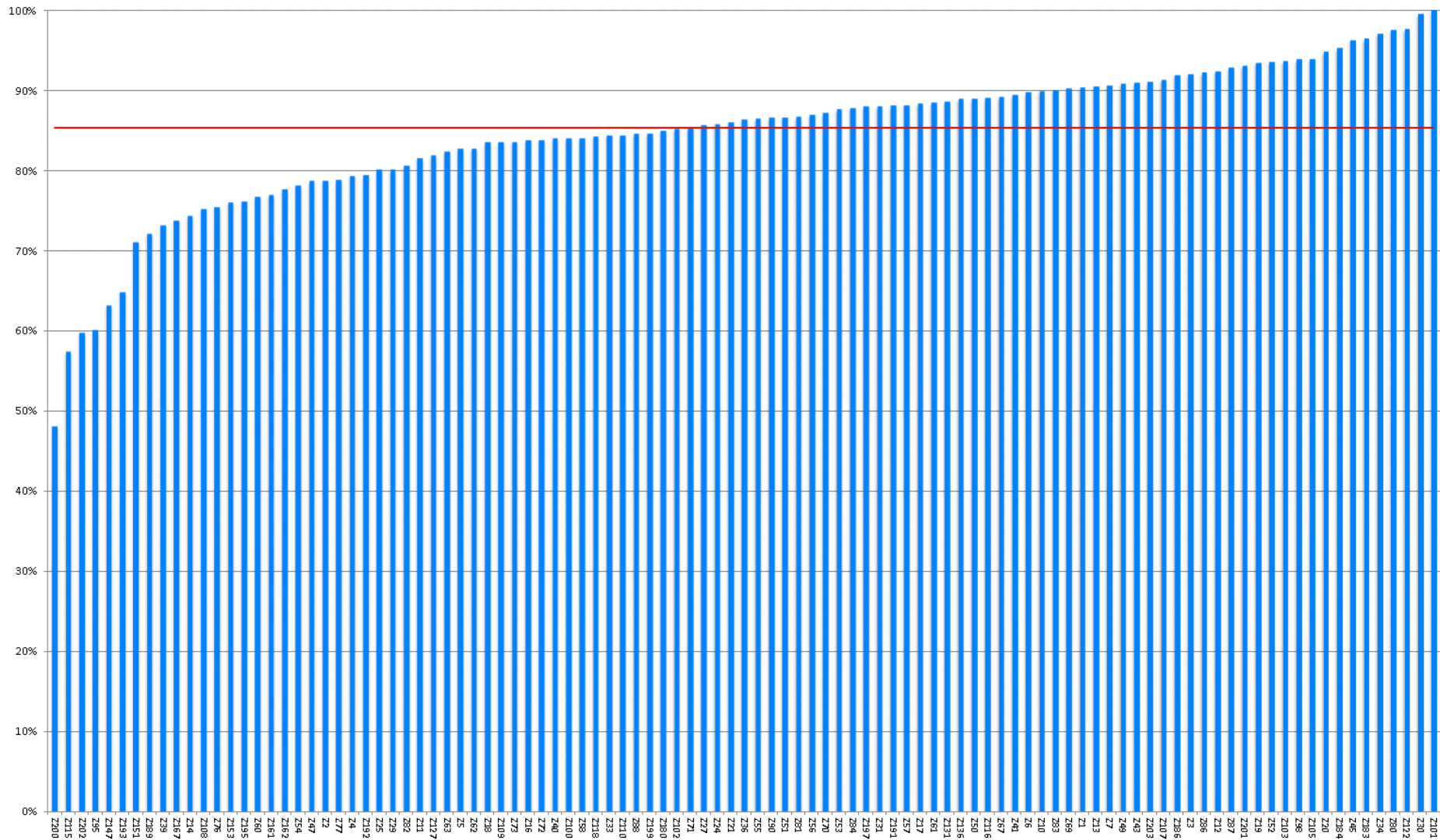


Grafiek 4: Percentage COPD patiënten bij wie functioneren (MRC|CCQ) is vastgelegd

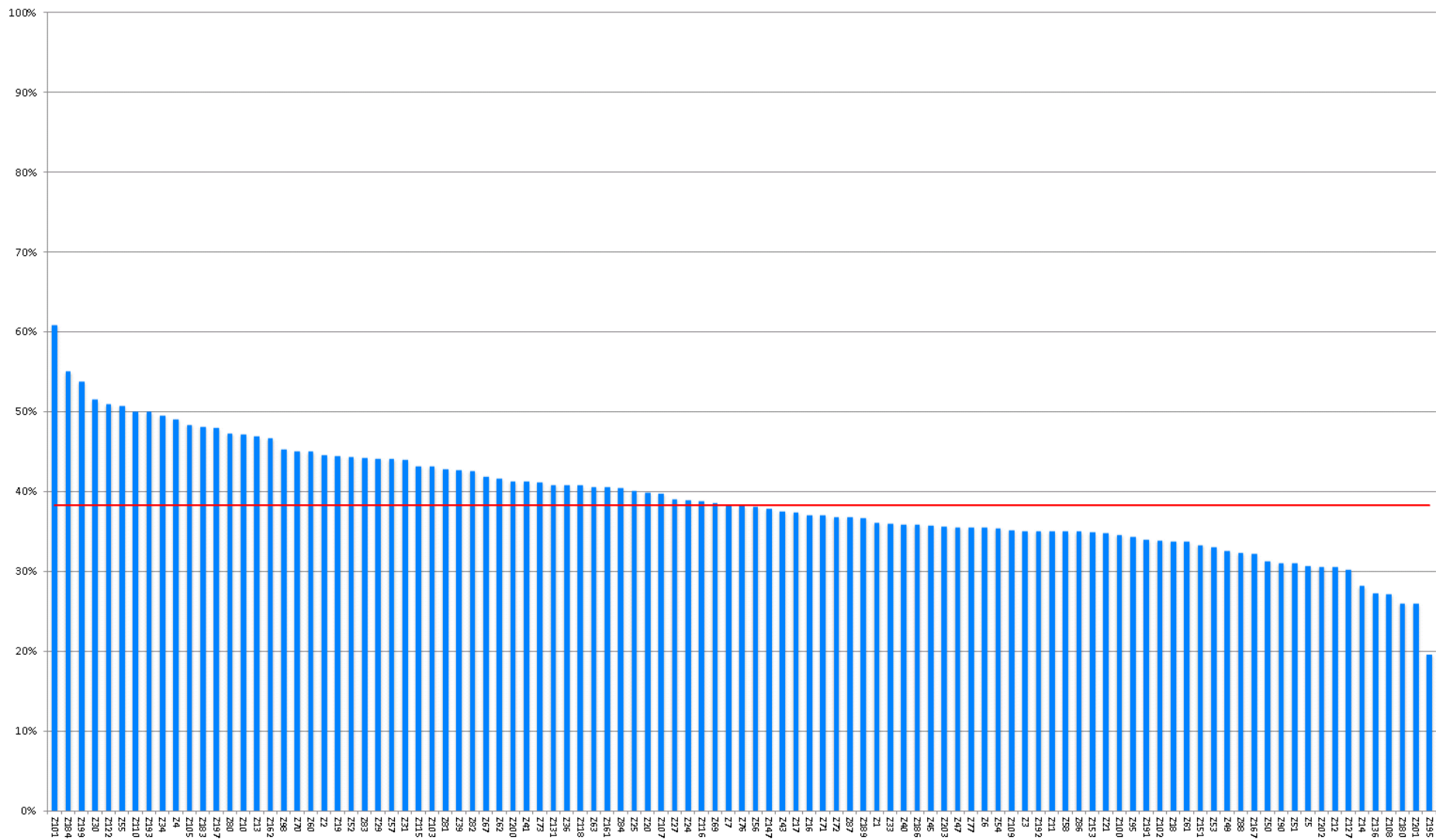


| Item ID | Percentage |
|---------|------------|
| 1999    | 18%        |
| 2000    | 35%        |
| 2001    | 39%        |
| 2002    | 43%        |
| 2003    | 45%        |
| 2004    | 48%        |
| 2005    | 54%        |
| 2006    | 55%        |
| 2007    | 55%        |
| 2008    | 58%        |
| 2009    | 61%        |
| 2010    | 63%        |
| 2011    | 64%        |
| 2012    | 65%        |
| 2013    | 66%        |
| 2014    | 67%        |
| 2015    | 68%        |
| 2016    | 69%        |
| 2017    | 70%        |
| 2018    | 70%        |
| 2019    | 71%        |
| 2020    | 74%        |
| 2021    | 74%        |
| 2022    | 74%        |
| 2023    | 74%        |
| 2024    | 75%        |
| 2025    | 75%        |
| 2026    | 75%        |
| 2027    | 76%        |
| 2028    | 76%        |
| 2029    | 77%        |
| 2030    | 77%        |
| 2031    | 77%        |
| 2032    | 77%        |
| 2033    | 77%        |
| 2034    | 77%        |
| 2035    | 78%        |
| 2036    | 78%        |
| 2037    | 78%        |
| 2038    | 78%        |
| 2039    | 78%        |
| 2040    | 78%        |
| 2041    | 78%        |
| 2042    | 78%        |
| 2043    | 78%        |
| 2044    | 78%        |
| 2045    | 78%        |
| 2046    | 78%        |
| 2047    | 78%        |
| 2048    | 78%        |
| 2049    | 78%        |
| 2050    | 78%        |
| 2051    | 78%        |
| 2052    | 78%        |
| 2053    | 78%        |
| 2054    | 78%        |
| 2055    | 78%        |
| 2056    | 78%        |
| 2057    | 78%        |
| 2058    | 78%        |
| 2059    | 78%        |
| 2060    | 78%        |
| 2061    | 78%        |
| 2062    | 78%        |
| 2063    | 78%        |
| 2064    | 78%        |
| 2065    | 78%        |
| 2066    | 78%        |
| 2067    | 78%        |
| 2068    | 78%        |
| 2069    | 78%        |
| 2070    | 78%        |
| 2071    | 78%        |
| 2072    | 78%        |
| 2073    | 78%        |
| 2074    | 78%        |
| 2075    | 78%        |
| 2076    | 78%        |
| 2077    | 78%        |
| 2078    | 78%        |
| 2079    | 78%        |
| 2080    | 78%        |
| 2081    | 78%        |
| 2082    | 78%        |
| 2083    | 78%        |
| 2084    | 78%        |
| 2085    | 78%        |
| 2086    | 78%        |
| 2087    | 78%        |
| 2088    | 78%        |
| 2089    | 78%        |
| 2090    | 78%        |
| 2091    | 78%        |
| 2092    | 78%        |
| 2093    | 78%        |
| 2094    | 78%        |
| 2095    | 78%        |
| 2096    | 78%        |
| 2097    | 78%        |
| 2098    | 78%        |
| 2099    | 78%        |
| 2100    | 78%        |
| 2101    | 78%        |
| 2102    | 78%        |
| 2103    | 78%        |
| 2104    | 78%        |
| 2105    | 78%        |
| 2106    | 78%        |
| 2107    | 78%        |
| 2108    | 78%        |
| 2109    | 78%        |
| 2110    | 78%        |
| 2111    | 78%        |
| 2112    | 78%        |
| 2113    | 78%        |
| 2114    | 78%        |
| 2115    | 78%        |
| 2116    | 78%        |
| 2117    | 78%        |
| 2118    | 78%        |
| 2119    | 78%        |
| 2120    | 78%        |
| 2121    | 78%        |
| 2122    | 78%        |
| 2123    | 78%        |
| 2124    | 78%        |
| 2125    | 78%        |
| 2126    | 78%        |
| 2127    | 78%        |
| 2128    | 78%        |
| 2129    | 78%        |
| 2130    | 78%        |
| 2131    | 78%        |
| 2132    | 78%        |
| 2133    | 78%        |
| 2134    | 78%        |
| 2135    | 78%        |
| 2136    | 78%        |
| 2137    | 78%        |
| 2138    | 78%        |
| 2139    | 78%        |
| 2140    | 78%        |
| 2141    | 78%        |
| 2142    | 78%        |
| 2143    | 78%        |
| 2144    | 78%        |
| 2145    | 78%        |
| 2146    | 78%        |
| 2147    | 78%        |
| 2148    | 78%        |
| 2149    | 78%        |
| 2150    | 78%        |
| 2151    | 78%        |
| 2152    | 78%        |
| 2153    | 78%        |
| 2154    | 78%        |
| 2155    | 78%        |
| 2156    | 78%        |
| 2157    | 78%        |
| 2158    | 78%        |
| 2159    | 78%        |
| 2160    | 78%        |
| 2161    | 78%        |
| 2162    | 78%        |
| 2163    | 78%        |
| 2164    | 78%        |
| 2165    | 78%        |
| 2166    | 78%        |
| 2167    | 78%        |
| 2168    | 78%        |
| 2169    | 78%        |
| 2170    | 78%        |
| 2171    | 78%        |
| 2172    | 78%        |
| 2173    | 78%        |
| 2174    | 78%        |
| 2175    | 78%        |
| 2176    | 78%        |
| 2177    | 78%        |
| 2178    | 78%        |
| 2179    | 78%        |
| 2180    | 78%        |
| 2181    | 78%        |
| 2182    | 78%        |
| 2183    | 78%        |
| 2184    | 78%        |
| 2185    | 78%        |
| 2186    | 78%        |
| 21      |            |

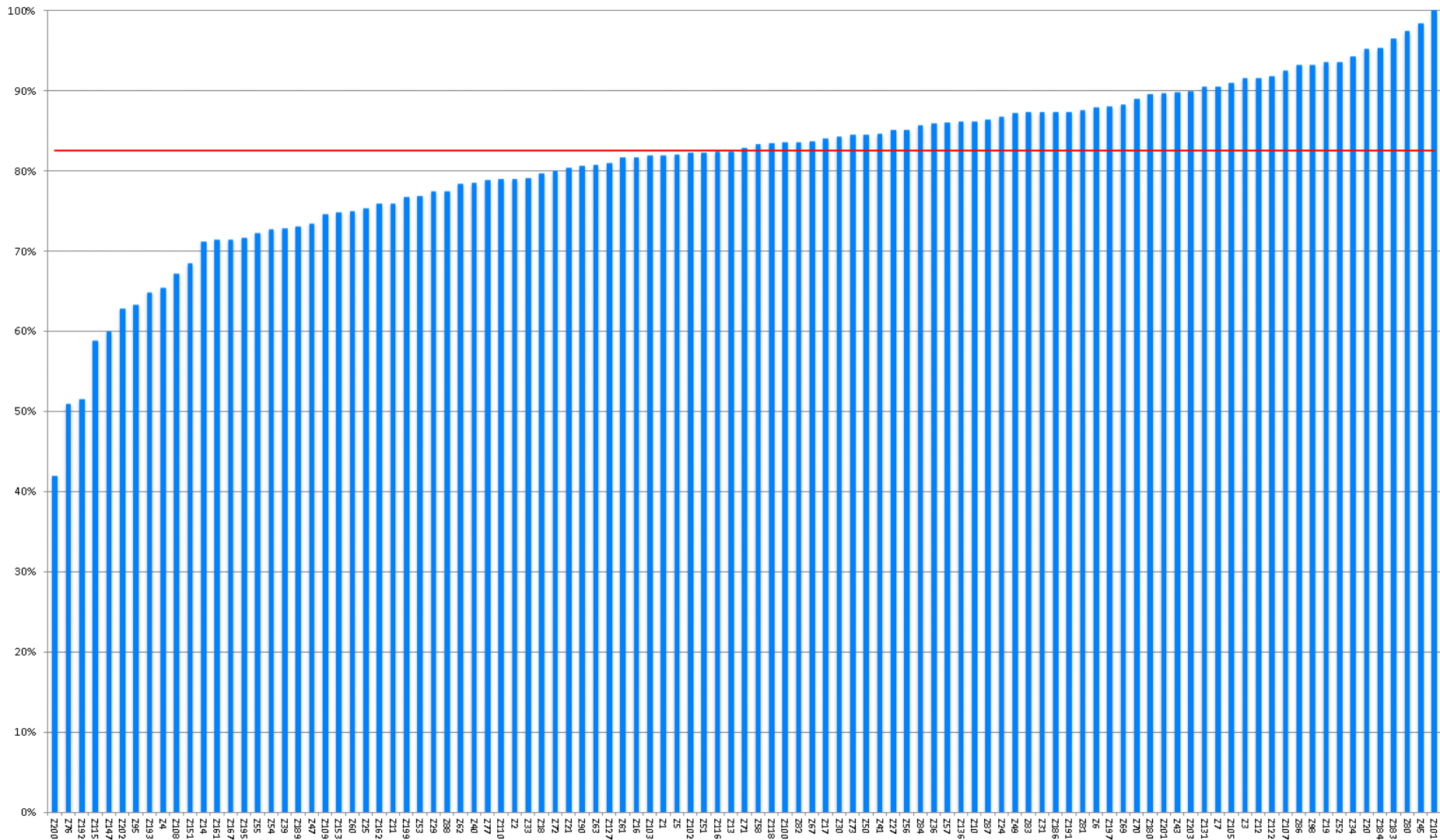
Grafiek 6: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



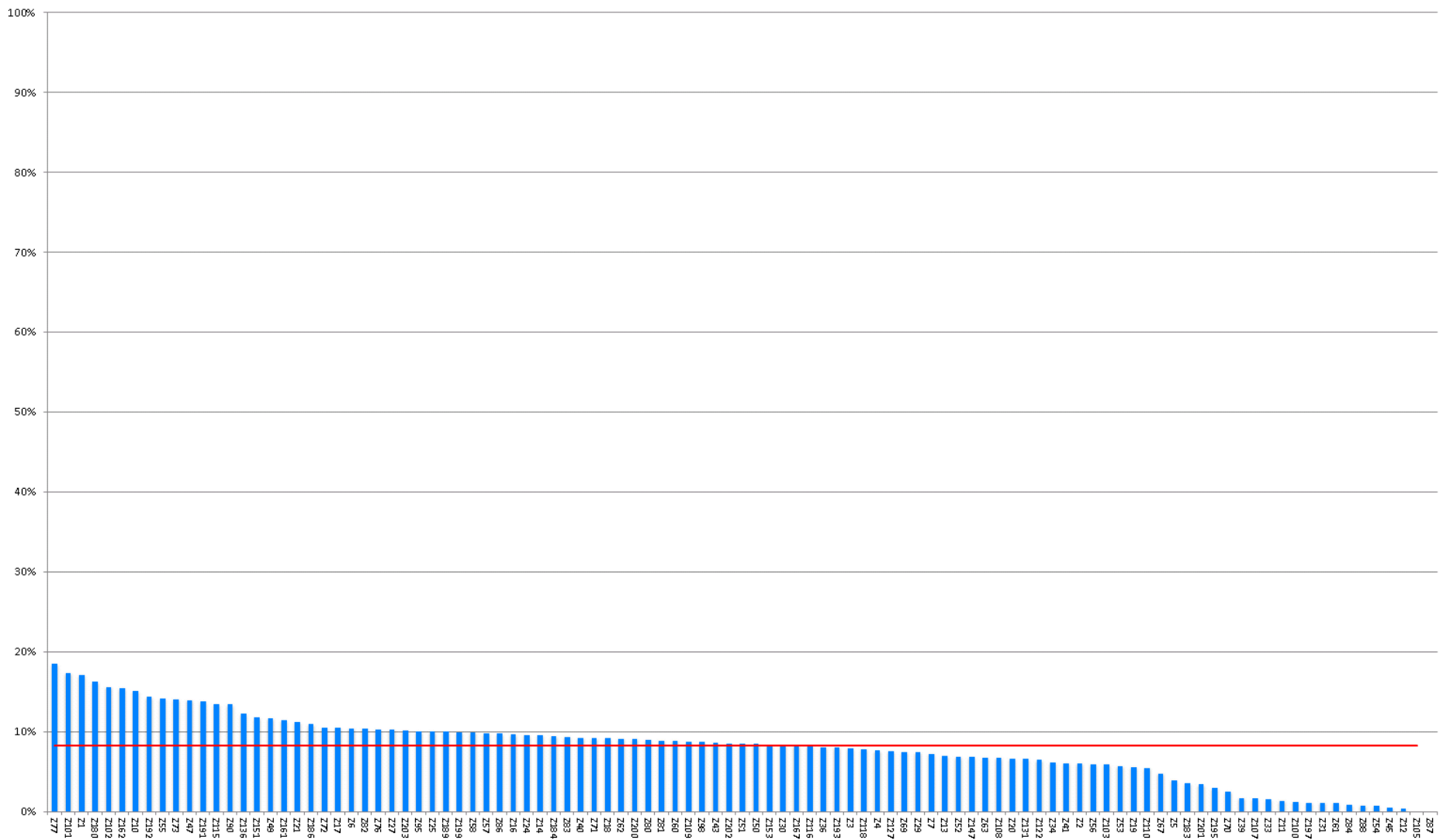
Grafiek 7: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



Grafiek 8: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index berekend is

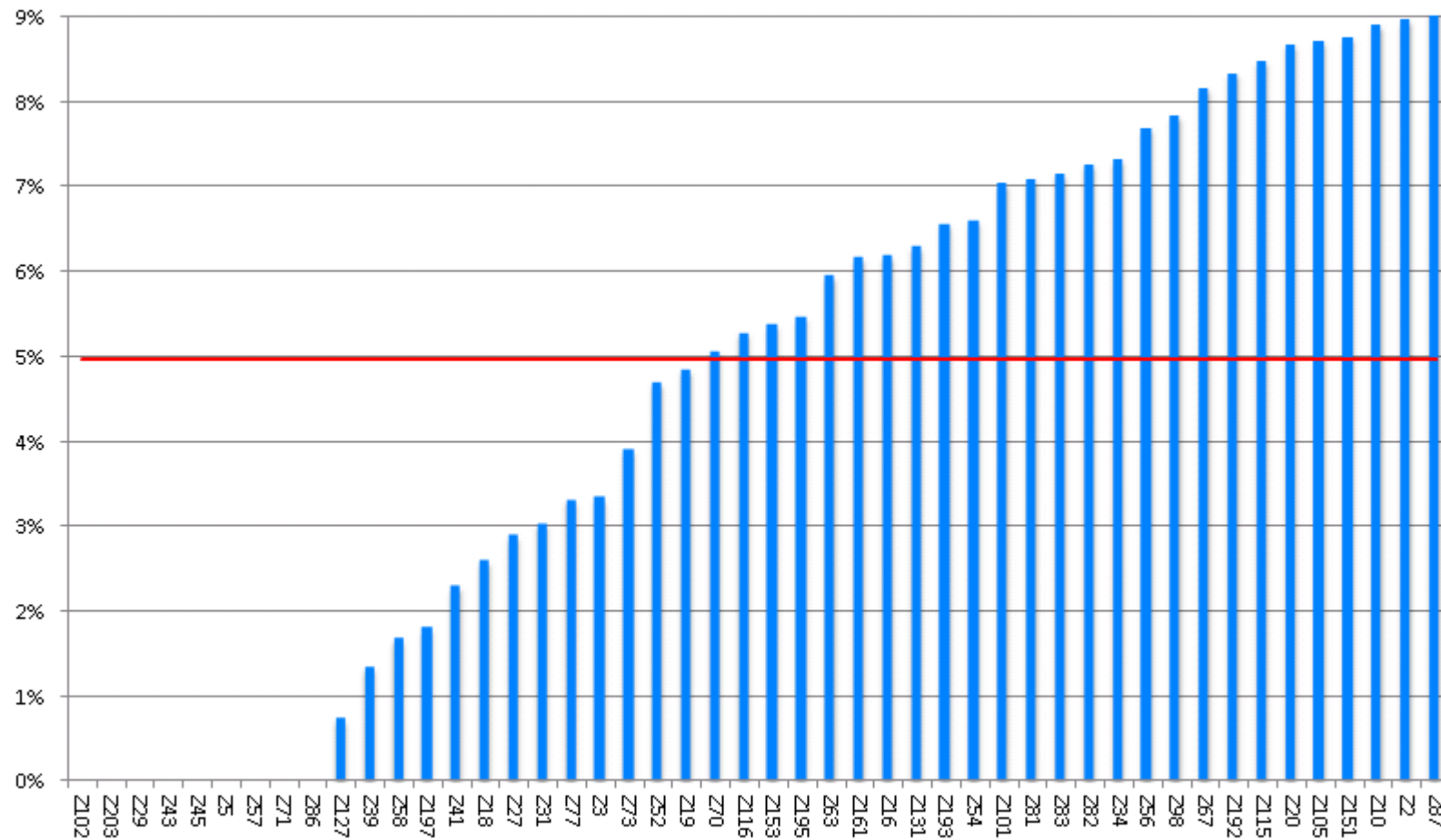


Grafiek 9: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met 2 of meer stootkuren

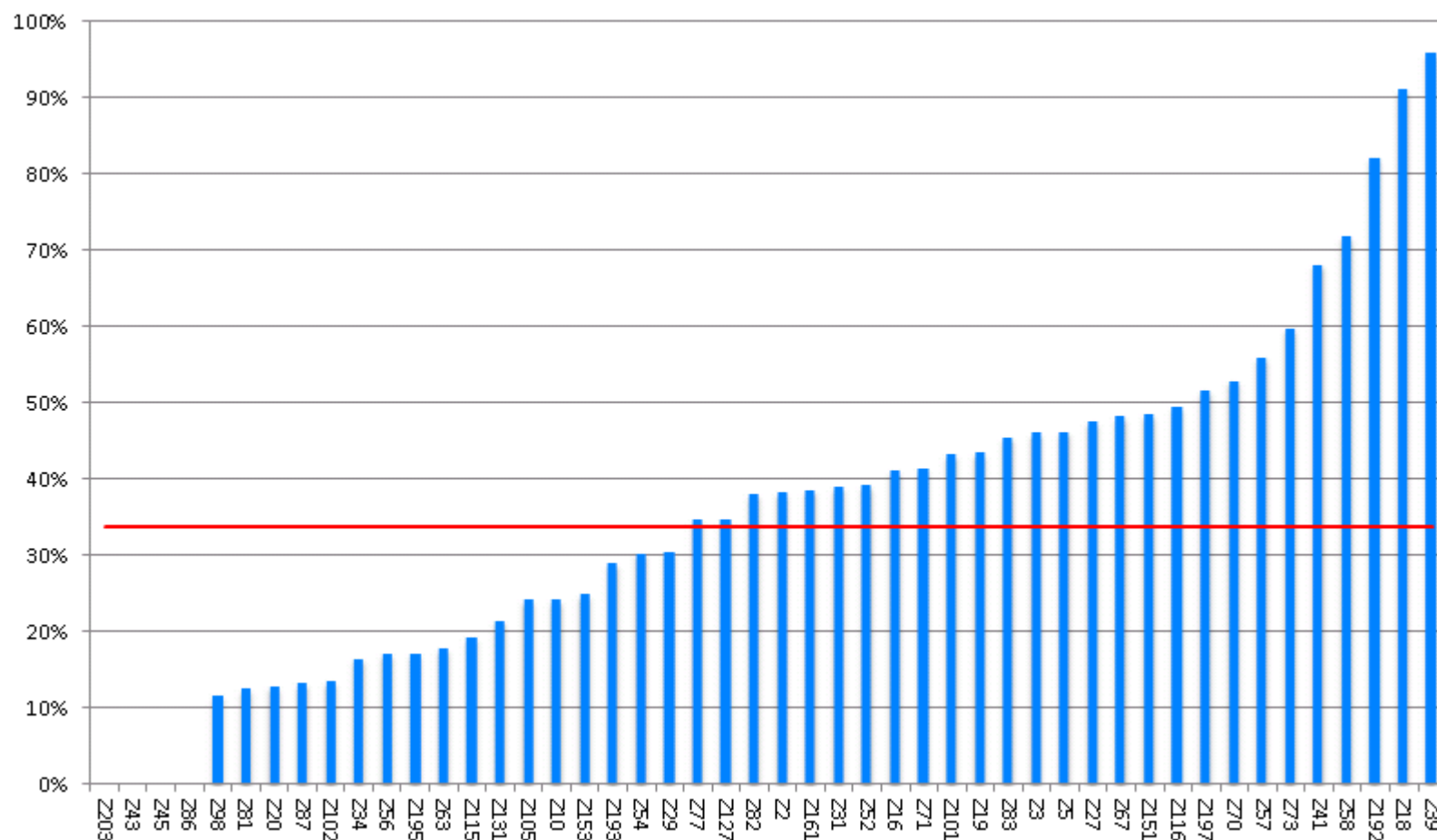


## BIJLAGE 5 GRAFIEKEN ASTMA

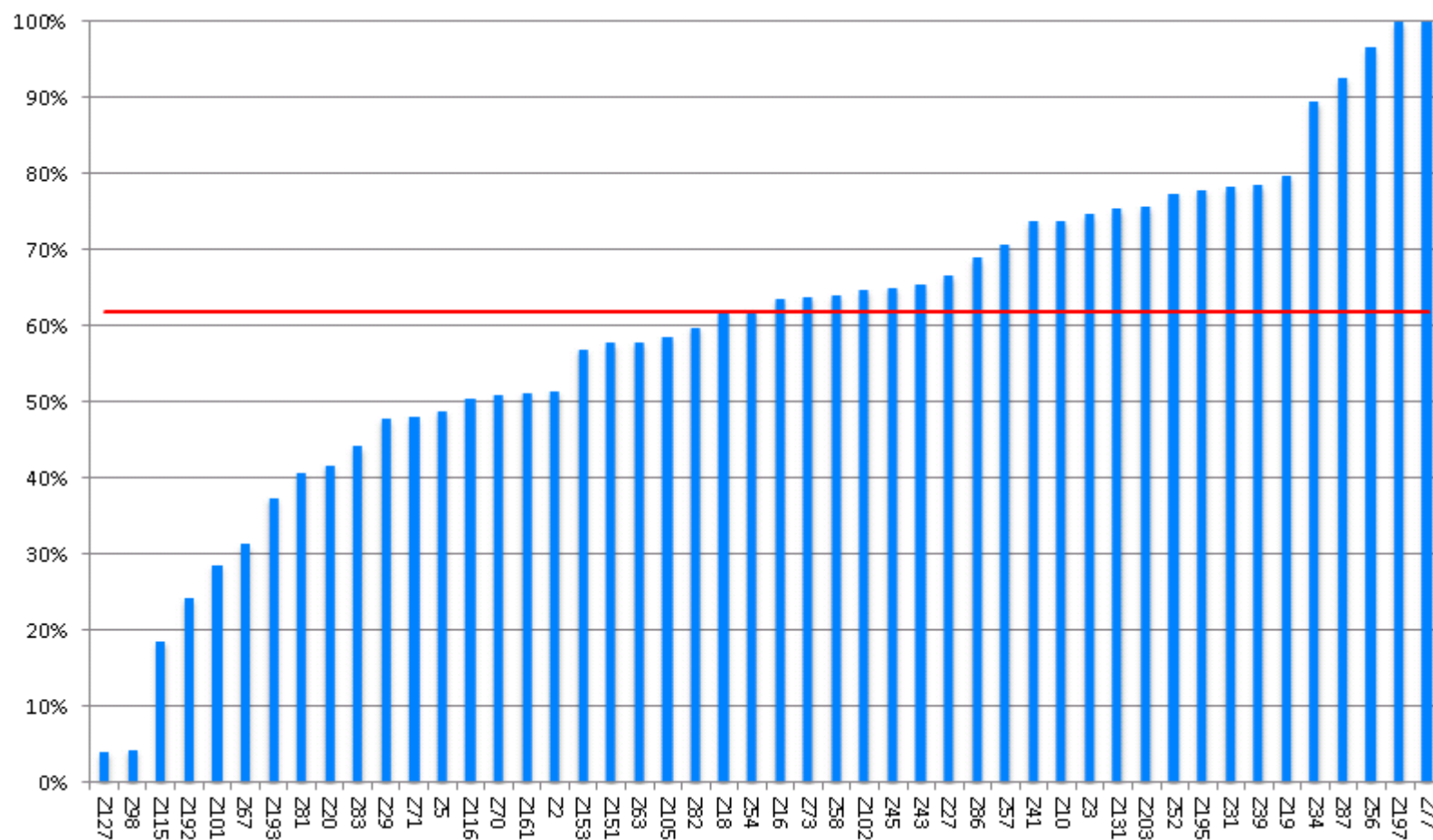
Grafiek 1: Prevalentie astma patiënten



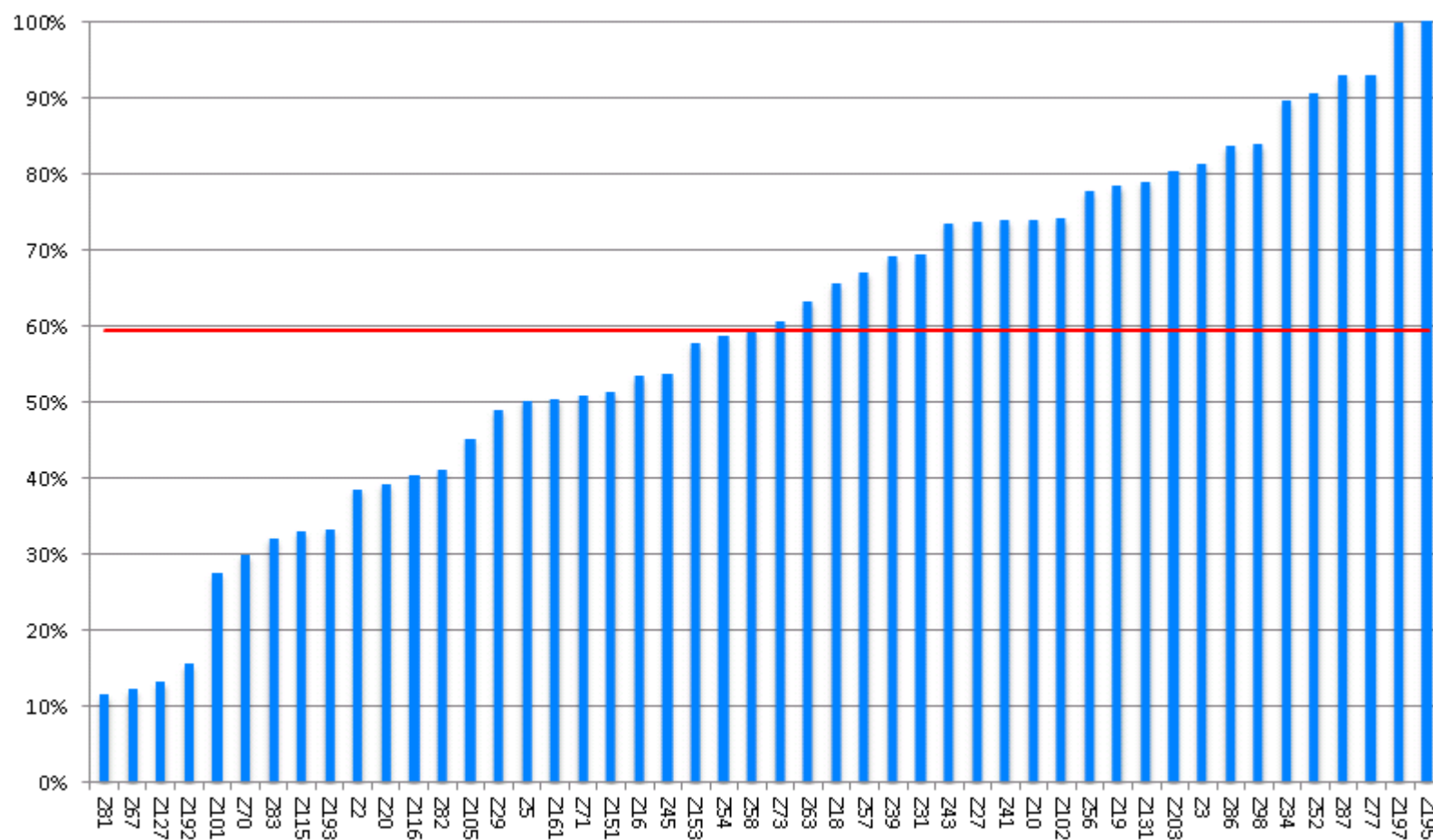
Grafiek 2: Percentage astma patiënten in zorgprogramma



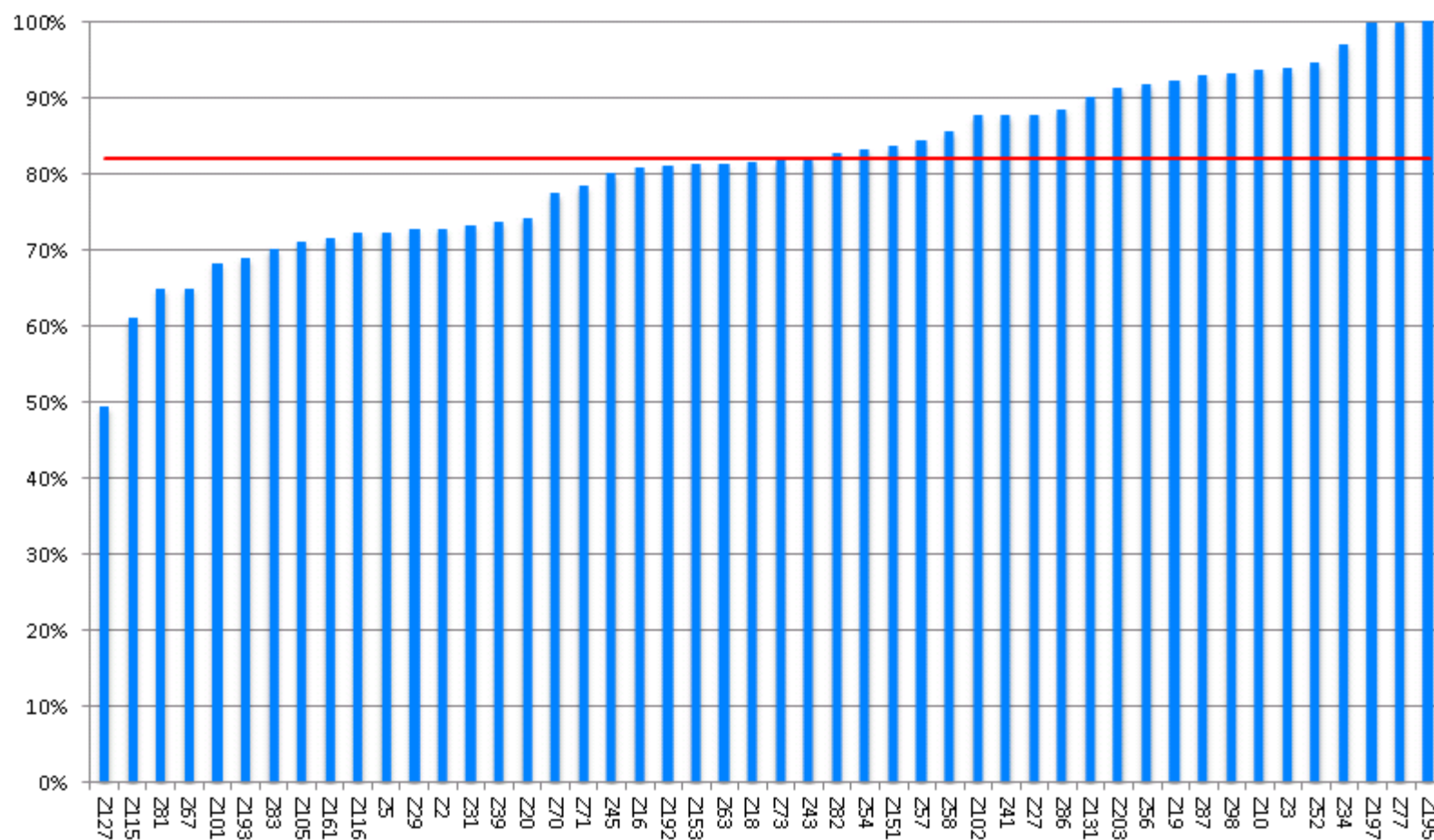
Grafiek 3: Percentage astma patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd



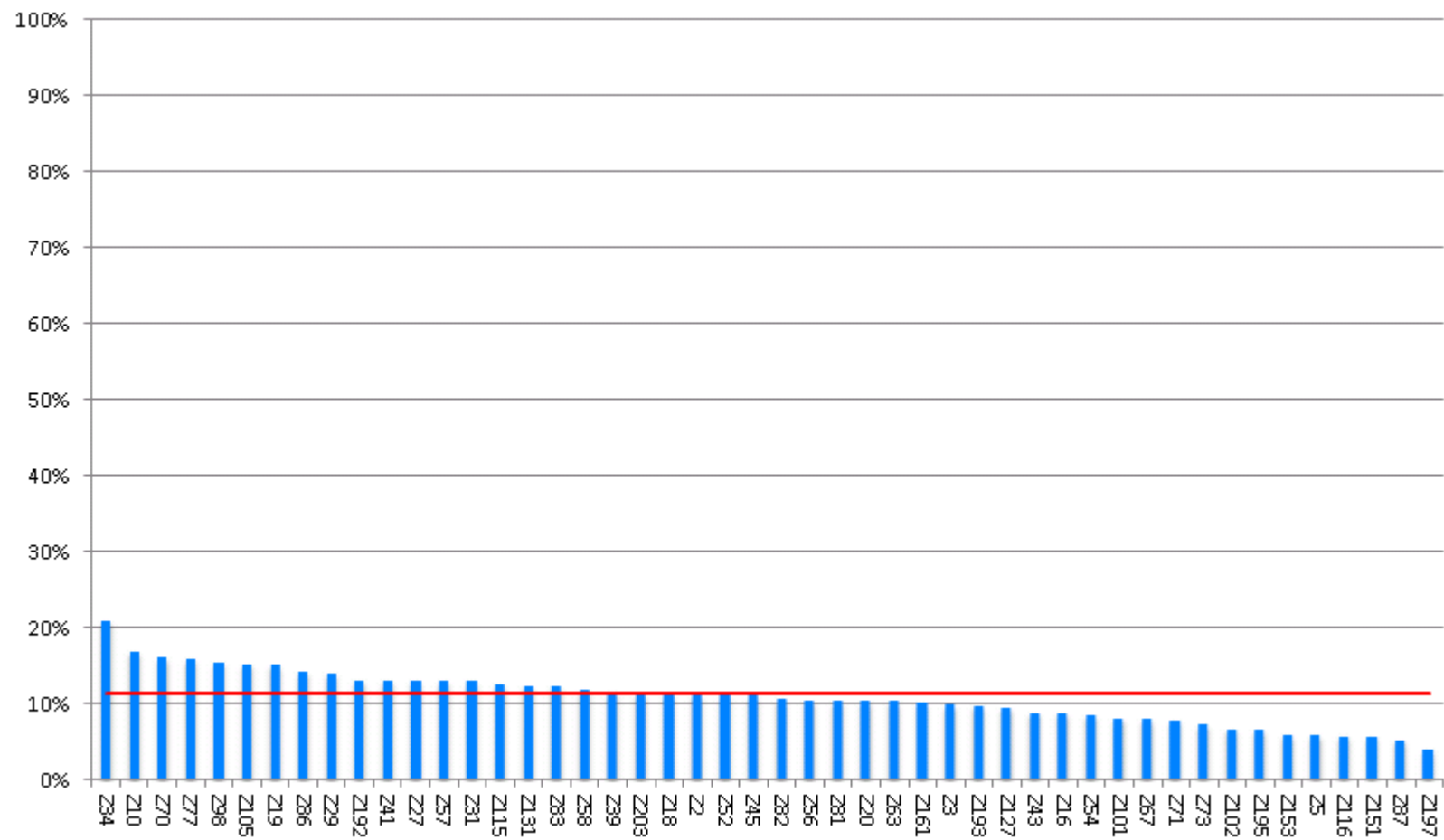
Grafiek 4: Percentage astma patiënten bij wie functioneren (ACQ of ACT of 'mate van astmacontrole') is vastgelegd



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

| Nummer | Naam zorggroep                             |
|--------|--------------------------------------------|
| Z1     | HUISARTSEN COOPERATIE MEDICAMUS            |
| Z2     | ST. GEORGANISEERDE EERSTELIJNSZORG Z'MEER  |
| Z3     | POZOB                                      |
| Z4     | HUISARTSEN COOPERATIE NOORDERZORG U.A.     |
| Z5     | ZORGGROEP RIDDERKERK                       |
| Z6     | ZORGGROEP ZGWA                             |
| Z7     | SYNCHROON                                  |
| Z11    | MEDRIE ZWOLLE B.V.                         |
| Z12    | MEDRIE HARDENBERG                          |
| Z13    | HUISARTSEN UTRECHT STAD                    |
| Z14    | SYNTEIN                                    |
| Z15    | STICHTING ORANJEVESTE                      |
| Z16    | ROH WEST-NEDERLAND                         |
| Z17    | HUISARTSENZORG REGIO APELDOORN B.V.        |
| Z18    | HUISARTSENCOOPERATIE DEVENTER EN OMSTREKEN |
| Z19    | ZORGGROEP HET HUISARTSENTEAM               |
| Z20    | ZORROO                                     |
| Z21    | B.V. ZORG OUDE IJSSEL                      |
| Z24    | THOON BV                                   |
| Z25    | KCOETZ                                     |
| Z26    | ELAN                                       |
| Z27    | RCH                                        |
| Z30    | ST. GEZONDHEIDSCENTRA MAARSSENBROEK        |
| Z31    | ZIO (ZORG IN ONTWIKKELING)                 |
| Z33    | KETENZORG GELDERSE VALLEI                  |
| Z34    | ARTS EN ZORG                               |
| Z36    | NUCLEUS CHRONISCHE ZORG B.V.               |
| Z40    | SEZ                                        |
| Z41    | SGE                                        |
| Z43    | HUISARTS EN ZORG ZORGGROEP BV              |
| Z44    | HUISARTSEN COOPERATIE MEDZZO               |
| Z45    | AMSTELLAND ZORG BV                         |
| Z46    | COOPERATIE ZORGSAAAM ZUID                  |
| Z47    | HZD BV                                     |
| Z49    | HUISARTSENZORG OOST ACHTERHOEK B.V.        |

|      |                                                     |
|------|-----------------------------------------------------|
| Z50  | HUISARTSENZORG REGIO ZUTPHEN B.V.                   |
| Z51  | HKN HUISARTSEN                                      |
| Z52  | DOH                                                 |
| Z53  | COOP KIEK UA                                        |
| Z54  | ZORGGROEP HARINGVLIET                               |
| Z55  | VERENIGING ZORGGROEP SOESTERKWARTIER                |
| Z56  | COHESIE CURE AND CARE BV                            |
| Z57  | HUISARTSEN ZORGGROEP BREDA                          |
| Z58  | MEDITTA                                             |
| Z60  | HUISARTSENCOOPERATIE DE BAARSJES U.A.               |
| Z61  | HUISARTSEN EEMLAND ZORG (KETENZORG)                 |
| Z62  | CHRONISCHE ZORG ZEIST B.V.                          |
| Z63  | CHRONOS                                             |
| Z67  | ZORGGROEP ALMERE                                    |
| Z69  | COOPERATIE HUISARTSEN AMSTERDAM GROOT-ZUID          |
| Z70  | ZORGGROEP AXEL ZAAMSLAG                             |
| Z71  | BEROEMD                                             |
| Z72  | B.V. BETER IN BOMMELERWAARD                         |
| Z73  | ZGHW                                                |
| Z74  | SAG                                                 |
| Z76  | STICHTING GAZO GEZONDHEIDSCENTRA AMSTERDAM ZUIDOOST |
| Z77  | ZORGGROEP DRACHTEN/STICHTING CATENA                 |
| Z80  | EERSTELIJNS CENTRUM TIEL                            |
| Z81  | ZORGGROEP WEST-BRABANT                              |
| Z82  | STICHTING MAETRI-X                                  |
| Z84  | DIABETESZORGGROEP FLEVOLAND BV                      |
| Z85  | DIAGIS ZORGGROEP DIEMEN/DUIVENDRECHT/BETONDORP      |
| Z86  | KETENZORG FRIESLAND B.V.                            |
| Z87  | DOKTERSCOOP                                         |
| Z88  | KETENZORGNU                                         |
| Z90  | GO DIABETES B.V. I.O.                               |
| Z95  | KETENZORG WEST-FRIESLAND                            |
| Z97  | DIAGIS MERCATORPLEIN                                |
| Z98  | HUISARTSEN-OZL                                      |
| Z100 | REGIOZORG MIDDEN-HOLLAND B.V. (RZMH BV)             |
| Z101 | ST. SAMENWERKENDE HUISARTSEN REIMERSWAAL            |
| Z103 | STICHTING ONDERSTEUNING HUISARTSEN AMSTERDAM (ROHA) |
| Z105 | STICHTING GC HAARLEMMERMEER                         |
| Z109 | UNICUM HUISARTSENZORG                               |
| Z110 | STICHTING GEZONDHEIDSCENTRA UTRECHT                 |
| Z115 | STICHTING GEZONDHEIDSCENTRUM LEWENBORG              |
| Z116 | ZORG IN HOUTEN                                      |

|      |                                                          |
|------|----------------------------------------------------------|
| Z118 | OCE NIJMEGEN                                             |
| Z122 | ST. LEIDSCHER RIJN JULIUS GEZ. CENTRA (GEZ)              |
| Z127 | KETENZORG NEDERLAND                                      |
| Z128 | STICHTING GEZONDHEIDSCENTRUM CORLAER (GEZ)               |
| Z131 | COOPERATIE ZORGGROEP KATWIJK U.A. (KETENZORG)            |
| Z136 | ZORGGROEP KRIMPEN                                        |
| Z147 | ZORGGROEP HAARLEMMERMEER KETENZORG                       |
| Z151 | BRAAZO GEINTEGREERDE EERSTELIJS ZORG                     |
| Z161 | KETENZORG ARNHEM B.V.                                    |
| Z162 | STICHTING HUISARTSENPRAKTIJK HOED NIEUWERKERK A/D IJSSEL |
| Z167 | STICHTING KETENZORG KANALENEILAND NOORD-ZUID             |
| Z180 | COOPERATIE STIELO U.A.                                   |
| Z189 | ZORGGROEP ZUIDPLAS                                       |
| Z191 | FEDERATIE EERSTELIJSZORG ALMELO (FEA)                    |
| Z193 | STICHTING GEZOND LEIDEN                                  |
| Z195 | MAATSCHAP GEZ MEDISCH CENTRUM OMMEDIJK                   |
| Z197 | KANSO                                                    |
| Z199 | STICHTING GEZOND OP ZUID                                 |
| Z200 | GC WIELSLAG                                              |
| Z203 | PERISCALDES                                              |

