

TRANSPARANTE KETENZORG

RAPPORTAGE 2018 ZORGGROEPEN

DIABETES MELLITUS, VRM, COPD EN ASTMA

**SPIEGEL VOOR HET VERBETEREN VAN
CHRONISCHE ZORG**

COLOFON

© InEen, juni 2019

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

INHOUDSOPGAVE

Verantwoording	2
Samenvatting en aanbevelingen	3
Inleiding	9
Werkwijze	12
Respons zorggroepen	13
Resultaten diabetes algemeen	14
Resultaten diabetes indicatoren	16
Innovatieset diabetes	21
Resultaten HVZ algemeen	24
Resultaten HVZ indicatoren	27
Resultaten VVR algemeen	31
Resultaten VVR-indicatoren	35
Resultaten COPD algemeen	39
Resultaten COPD indicatoren	42
Innovatieset COPD	46
Resultaten astma algemeen	50
Resultaten astma indicatoren	53
Programma overstijgende indicatoren	56
Pilot gerapporteerde patiëntervaringen (PREM)	61
Bijlagen	
Bijlage 1 Grafieken diabetes	65
Bijlage 2 Grafieken HVZ	76
Bijlage 3 Grafieken VVR	84
Bijlage 4 Grafieken COPD	93
Bijlage 5 Grafieken astma	101
Bijlage 6: Grafieken pilot PREM	107
Bijlage 7 Namen van zorggroepen	121

VERANTWOORDING

Het rapport Transparante Ketenzorg 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
- Marianne Meulepas, RDC INSZO en vertegenwoordiger RDC's

en de volgende externe deskundigen:

Diabetes:

- Henk Bilo, internist n.p. 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:

- Jiska Snoeck-Stroband, huisarts, voorzitter CAHAG
- Niels Chavannes, huisarts en vice voorzitter CAHAG, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum

Vasculair Risico Management (HVZ en VVR):

- Lex Goudswaard, huisarts, voormalig hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling & Wetenschap, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht
- Xavier Hofman, huisarts, kaderhuisarts hart en vaatziekten
- Frans Rutten, huisarts, hoogleraar cardiovasculaire ziekte in de eerste lijn, Julius Centrum, UMC Utrecht

SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN

Dit is de negende landelijke rapportage over programmatische ketenzorg op basis van gegevens die zorggroepen hierover hebben verzameld. Net als de vorige jaren bevat deze rapportage gegevens over de zorgprogramma's diabetes mellitus type 2, COPD, astma en vasculair risicomanagement bij patiënten met een hart- en vaatziekte (HVZ) en zonder hart- en vaatziekte (VVR). Dit jaar is er voor het eerst ook een vergelijking gemaakt tussen dezelfde indicatoren bij verschillende zorgprogramma's. Er is gekeken naar het LDL-cholesterol bij de zorgprogramma's diabetes, HVZ en VVR en naar de verdeling behandeling in eerste versus tweede lijn over alle programma's. Dat laatste is tevens gedaan over drie jaren om een mogelijke trend te volgen. Ook is gekeken of de scores van een groep bij het ene zorgprogramma overeenkomen met die op een ander programma, met andere woorden: als een zorggroep topscoorder is bij het ene zorgprogramma is zij dat dan ook bij de andere programma's?

Evenals de vorige jaren is het aantal indicatoren beperkt tot maximaal acht indicatoren per zorgprogramma zoals afgesproken in het traject 'Het Roer Moet Om'. Door de betrokken partijen is een keuze gemaakt uit de indicatoren die het Nederlands Huisartsen Genootschap per zorgprogramma heeft ontwikkeld.

De gerapporteerde gegevens zijn geanalyseerd en vervolgens becommentarieerd door twee experts op het gebied van het betreffende zorgprogramma en door de leden van de redactie-commissie.

Nieuw dit jaar is een hoofdstuk over patiëntervaringen. Twaalf zorggroepen deden mee aan de pilot rond het doorontwikkelen van de patiëntenquête over ervaringen met chronische zorgprogramma's. De resultaten van deze groepen op de vragenlijst staan in dit hoofdstuk in een benchmark weergegeven.

Respons

Van de aangeschreven zorggroepen hebben er 110 (vorig jaar 111) hun data over het jaar 2018 aangeleverd. In totaal gaven 96 (vorig jaar 97) zorggroepen toestemming voor het vermelden van de naam van de zorggroep.

Bij 109 zorggroepen betrof het data over diabeteszorg (vorig jaar 110), bij 105 zorggroepen ook data over COPD zorg (vorig jaar 103), bij 57 zorggroepen ook data over astma (vorig jaar 48), bij 92 zorggroepen ook data over HVZ (vorig jaar 87) en bij 86 zorggroepen ook over VVR (vorig jaar 78).

Met elkaar vertegenwoordigen de 110 aanleverende zorggroepen ongeveer 14.260.491 inwoners van Nederland (83%). De geschatte dekkingsgraad is iets afgenomen ten opzichte van vorig jaar. Het aantal lag toen op 14.495.340.

Algemene conclusies

1. De registratie van indicatoren geeft na negen jaar een duidelijk beeld over belangrijke onderdelen van deze chronische aandoeningen.
2. Zorggroepen kunnen met deze benchmark leren van onderlinge verschillen en overeenkomsten.
3. Het resultaat is overwegend positief. De meeste proces- en uitkomstindicatoren laten een stijgende trend zien.

4. De scores op een aantal indicatoren naderen inmiddels hun optimum.
5. Om de registratielast zo laag mogelijk te houden is het belangrijk vast te houden aan een beperkte set indicatoren.
6. Er blijft ook forse onderlinge variatie bestaan. Wellicht kan verdere analyse volgend jaar meer inzicht geven waarom er variatie is tussen zorggroepen onderling en binnen zorggroepen
7. Aan de hand van de indicatoren over de verschillende zorgprogramma's kun je zien dat hoe langer een zorgprogramma bestaat hoe beter de uitkomst van de indicatoren zijn.
8. Om de zorgprogramma's goed lopend te houden, is het van belang dat er voor de deelnemende praktijken een financiering blijft bestaan.

Algemene aanbevelingen

1. Het zou goed zijn om onderzoek te doen naar de gesignaleerde praktijkvariatie, de mogelijke oorzaken daarvan en de wijze waarop dit eventueel kan worden verminderd.
2. De benchmark is een mooi voorbeeld van spiegelinformatie voor zorggroepen. Zorggroepen kunnen hun praktijken onderling spiegelen in samenhang met een Nederlands gemiddelde.
3. Het verdient een aanbeveling dat zorggroepen met scores die ruim onder of boven het landelijk gemiddelde liggen een analyse maken van de oorzaken en hieraan een verbetertraject koppelen.
4. Er moet worden nagegaan of er consequenties zijn voor de indicatoren en de inclusie naar aanleiding van de nieuwe CVRM richtlijn.
5. Naar aanleiding van de nieuwe CVRM richtlijn zal de leeftijdsgrens voor de uitkomstindicator LDL-cholesterol verlaagd moeten worden naar 70 jaar.
6. Om een beter beeld te krijgen van de bloeddruk moet er besloten worden of alle ambulante bloeddrukmetingen opgenomen kunnen worden in de benchmark.
7. In het kader van persoonsgerichte zorg dient er met elke patiënt een realistische afweging gemaakt te worden over "halen van streefwaarde" versus "klinisch relevante verlaging van bloeddruk en cholesterol".
8. Verlaging van het aantal rokers vraagt om inspanning van de patiënt, maar ook van de overheid, zorgverzekeraar en zorgverlener.

Conclusies diabetes

1. De zorggroepen die aan de benchmark hebben deelgenomen variëren sterk in omvang en dus in aantallen patiënten in het zorgprogramma. De gemiddelde prevalentie van diabetes type 2 is ten opzichte van vorig jaar gelijk gebleven op 5,3%.
2. Zorggroepen rapporteren dat slechts 9,5% van de patiënten onder behandeling is in de tweede lijn. Dat percentage is de laatste jaren gestabiliseerd en lijkt een minimum te hebben bereikt.
3. Gemiddeld 5,3% (vorig jaar 4,9%) van de bekende patiënten heeft geen programmatische zorg. Conform de inclusiecriteria zijn zorggroepen kritisch op de noodzaak om patiënten met diabetes te includeren in een zorgprogramma, mogelijk zijn er dit jaar meer kwetsbare ouderen uitgesloten van programmatische diabeteszorg.
4. Van de vijf gerapporteerde procesindicatoren zijn er drie nog heel licht verbeterd (eGFR, albumine-creatinine ratio in de urine en de rookstatus). Twee procesindicatoren zijn (heel) licht verslechterd: funduscontrole en voetonderzoek.
5. Het gemiddeld aantal patiënten < 80 jaar met een LDL-cholesterol $\leq 2,5$ mmol/l is gelijk gebleven en de grafiek toont grote overeenkomst met de grafiek van het aantal gebruikers van lipiden verlagende medicatie. De grote variatie berust waarschijnlijk voornamelijk op populatieverschillen.

6. Bij het gros van de diabetespatiënten is zowel eGFR als de albumine-creatinine ratio in de urine bepaald. Dit maakt naleving van de nieuwe NHG standaard Chronische Nierschade (2018) en Cardiovasculair Risicomanagement (2019) goed mogelijk.
7. Het gemiddeld aantal rokers nam voor het negende achtereenvolgende jaar heel licht af en bedraagt nu nog 14%. Gezien het grote aantal ingesloten patiënten is dit in absolute zin een mooie toename van het aantal niet rokers.

Conclusies diabetes innovatieset

1. Voor de innovatieset diabetes hebben zes groepen gegevens aangeleverd.
2. Binnen deze innovatieset is zichtbaar dat slechts 13-41% van de mensen met een verhoogde albumine kreatinine ratio in de urine (≥ 3.0 mmol/l) RAS remming lijkt te krijgen. Het is de vraag of hierbij sprake is van onderrapportage. Een kritische beschouwing en het opsporen van patiënten zonder RAS remming biedt handvatten voor verbetering van de zorg.
3. Vijf zorggroepen rapporteerden het aantal diabetespatiënten ≥ 80 jaar, met een HbA1c < 53 mmol/mol met meerdere glucose verlagende middelen. Deze indicator stelt de zorggroep in staat potentieel overbehandelde oudere patiënten met diabetes te signaleren en eventueel actie hierop te ondernemen.

Aanbevelingen diabetes

1. Zorggroepen die minder goed scoren op de uitkomstindicator LDL zouden kunnen kijken naar een mogelijke relatie met een relatief laag gebruik van lipidenverlagers.
2. De uitkomsten op de indicator albuminurie kunnen gerelateerd worden aan het voorschrijven van ACE remmers of A2 antagonisten. De facultatieve indicator die hiertoe dit jaar is ontwikkeld biedt goede mogelijkheden om de zorg te verbeteren. Het verdient aanbeveling het percentage RAS remming in deze subgroep nader te beschouwen.
3. 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 persoons-gerichte zorg wordt toegepast. De facultatieve indicator die aangeeft welk percentage ouderen (≥ 80 jaar) een HbA1c < 53 mmol/mol heeft en meerdere glucose verlagende middelen gebruikt, is hiertoe een eerste mooie aanzet. Zorggroepen kunnen gericht deze subpopulatie nader beschouwen.
4. Het aantal patiënten dat in de tweede lijn wordt behandeld varieert enorm tussen de zorggroepen. Een kritische beschouwing van dit percentage is gewenst. Is behandeling in de tweede lijn inderdaad geïndiceerd, of zou deze zorg ook in de eerste lijn gegeven kunnen worden (zorg op de juiste plek)?
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 diabeteszorg in Nederland.
6. De uitkomsten van de gerapporteerde indicatoren zijn door de bank genomen heel mooi, maar bieden daarom nog maar beperkte handvatten om de zorg verder te optimaliseren. Dat vraagt om nieuwe indicatoren, die goed implementeerbaar zijn zonder de zorgverlener(s) administratief te belasten en te voldoen aan de eis van maximaal 8 indicatoren per zorgprogramma. De proefset aan innovatieve indicatoren biedt mogelijkheden en kan desgewenst worden ingezet in het kwaliteitsbeleid van zorggroepen.

Conclusies HVZ

1. Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de benchmark HVZ is gestegen naar 92. Vorig jaar waren dit 87 zorggroepen.

2. De gemiddelde prevalentie van patiënten met een HVZ is ten opzichte van 2017 licht gedaald van 4,8% naar 4,6% en daarmee weer op het niveau van twee jaar geleden.
3. Van de patiënten met een HVZ is 35% onder behandeling in de tweede lijn, van 9% is de hoofdbehandelaar onbekend en 56% is onder behandeling van de eerste lijn. De spreiding tussen zorggroepen is groot. Het percentage patiënten die in de eerste lijn onder behandeling stijgt de afgelopen maar licht.
4. De scores op de drie procesindicatoren (rookstatus, eGFR en lichaamsbeweging) stijgen alle drie licht. De procesindicator eGFR heeft een plafond bereikt.
5. Bijna 80% van de patiënten heeft een systolische bloeddruk op of onder de streefwaarde. Dit percentage is licht gestegen t.o.v. vorig jaar. Tussen de zorggroepen is de variatie gering.
6. De score op de uitkomstindicator LDL $\leq 2,5$ mmol/l is ruim 60%. Dit percentage laat het afgelopen jaar een stijging zien.
7. Het aantal niet-rokers stabiliseert rond de 84%. Dat is beter dan in de algemene bevolking (78%), maar slechter dan bij diabetes (86%) en VVR (88%). Dit verschil past deels *bij confounding by indication*; roken is een risicofactor bij hart- en vaatziekten.

Aanbevelingen HVZ

1. Zorggroepen met scores die ver af liggen van het landelijke gemiddelde zouden zorg moeten dragen voor een analyse hiervan en zo nodig een verbetertraject ontwikkelen.
2. Er zou een analyse gedaan moeten worden om het aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts te verbeteren.
3. De procesindicatoren rookstatus en lichaamsbeweging lijken nog geen plafond bereikt te hebben. Hier is mogelijk ruimte voor verbetering. Speelt hier alleen onderregistratie een rol of zijn er ook nog andere bepaalde factoren?
4. De uitkomstindicatoren van LDL-cholesterol en bloeddruk moeten altijd in het licht gezien worden van persoonsgerichte zorg. Tevens moet benadrukt blijven dat het om streefwaardes gaat.

Conclusies VVR

1. Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de benchmark is gestegen van 78 naar 86.
2. De gemiddelde prevalentie is heel licht gestegen van 8,5% naar 8,8%.
3. Gemiddeld neemt 80% deel aan het zorgprogramma. De overige patiënten worden behandeld in de tweede lijn (6,4%) of hebben geen hoofdbehandelaar (13,2%). De spreiding tussen zorggroepen wat betreft hoofdbehandelaar is groot.
4. De vier procesindicatoren (nierfunctie, rookstatus, bloeddruk gemeten en beweegstatus) scoren weer een fractie hoger dan vorig jaar. Dat is een goed resultaat, omdat er acht nieuwe zorggroepen bij zijn gekomen.
5. De eGFR heeft een plafond bereikt. Bij de andere drie procesindicatoren is mogelijk nog ruimte voor verbetering, met name bij de beweegstatus.
6. De uitkomstindicator systolische bloeddruk ≤ 140 mmHg is licht gestegen ten opzichte van vorig jaar. (72% respectievelijk 71%)
7. De uitkomstindicator LDL-cholesterol is licht verbeterd en is nu 34% (vorig jaar 30%). Gezien de resultaten bij de andere zorgprogramma's is hier wellicht ruimte voor verbetering. Mogelijk kiest een patiënt in het kader van persoonsgerichte zorg bij VVR vaker voor het niet slikken van een statine t.o.v. de patiënten die diabetes en/of een HVZ hebben.
8. Het aantal niet-rokers is ook dit jaar weer licht gestegen naar 88% en ligt onder het landelijke gemiddelde van 78%.

Aanbevelingen VVR

1. Er moet worden nagegaan of er consequenties zijn voor de indicatoren en de inclusie naar aanleiding van de nieuwe CVRM richtlijn.
2. Zorggroepen die ruim boven of onder het gemiddelde percentage van de inclusie komen zouden hiervan een analyse moeten doen.
3. Gezien het lage percentage LDL op streefwaarde (zeker in vergelijking met de andere zorgprogramma's) dient hier aandacht voor te blijven. Feit is wel dat er een mooi stijging is ten opzichte van de vorige jaren.
4. De beweegstatus lijkt een ondergeschoven kindje te zijn in de registratie. Een gezond beweegpatroon moet echter aanbevolen blijven, gezien het belang hiervan voor de patiënt.

Conclusies COPD

1. Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de landelijke benchmark COPD is gestegen van 103 naar 105.
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 is iets toegenomen ten opzichte van vorig jaar (1,0 tot 4,3% ten opzichte van 1,0 tot 3,2% in 2017).
3. Het percentage COPD-patiënten in de tweede lijn daalde licht van 26,9% in 2017 naar 25,9% nu. Ondanks de jarenlange ervaring met ketenzorg in de eerste lijn komt verdere substitutie maar moeizaam van de grond.
4. Het percentage patiënten zonder programmatische zorg steeg weer iets van 11,7% naar 14%. Dit is in lijn met de aangescherpte inclusiecriteria van InEen.
5. Hoewel er bij alle indicatoren nog steeds een lichte stijging te zien is komt een plafond in de uitvoering in zicht. 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 37,5% 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 exacerbaties is gemiddeld gelijk gebleven aan vorig jaar (8%). Maar de gegevensverzameling hierover is anders gedaan dan vorig jaar (registratie door de praktijk versus voorschriften voor stootkuren) waardoor het lastig vergelijkbaar is. Gezien de enorme spreiding tussen zorggroepen lijkt de registratie nog niet overal op orde.

Conclusies COPD innovatieset

1. Voor de innovatieset COPD hebben zeven groepen gegevens aangeleverd.
2. De ziektelast is een belangrijke parameter voor patiënt en zorgverlener. Het is hoopgevend dat het mogelijk is om een zeer hoog percentage hiervan vast te leggen.
3. Ongeveer tweederde heeft een lichte ziektelast. Het zou goed zijn als de huisarts in beeld heeft welke patiënten dit zijn, zodat op maat zorg kan worden geleverd.
4. Als ongeveer 1 op de 10 patiënten een te laag gewicht heeft of ongewenst gewichtsverlies is het belangrijk met deze patiënten op zoek te gaan naar de redenen hiervoor.

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, temeer 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.
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

1. Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de landelijke benchmark Astma is gestegen van 48 naar 57.
2. De gemiddelde prevalentie bedraagt 6,1% en daarvan is 32% opgenomen in het zorgprogramma (van bijna 40% is geen hoofdbehandelaar geregistreerd). Dat betekent een inclusiepercentage van 1,9% van de totale populatie.
3. Gemiddeld 8,9% van de patiënten met astma was onder behandeling in de tweede lijn.
4. Bij 63% van de patiënten met astma (vorig jaar 61%) is de inhalatietechniek gecontroleerd en geregistreerd.
5. De mate van astma controle is vastgelegd bij 61% (vorig jaar 60%). 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 2018 10,4%. Dit is bijna 2% lager dan in 2017 en een stuk lager dan het landelijke percentage van 22%.

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

Het afgelopen jaar is samen met de leden van InEen en de belangrijkste stakeholders veel en tijd en energie gestoken in het ontwikkelen van de nieuwe visie 'Kwaliteitsbeleid op Maat'¹. In aansluiting hierop werd in samenwerking tussen de LHV, het NHG en InEen een visie geschreven over de toekomst van het kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg². Volgens het 'Kwaliteitsbeleid op Maat' dat in de Algemene Ledenvergadering van InEen is vastgesteld, staat de intrinsieke motivatie en het lerend vermogen van professionals centraal. Dit vermogen kan worden benut om de kwaliteit van zorg door te ontwikkelen. Lokale en regionale huisartsen- en eerstelijnsorganisaties gaan actief op zoek naar de drijfveren, wensen en behoeften van zorgprofessionals die bij hen zijn aangesloten. Vanuit een gedeeld en gedragen beeld van de bestaande en gewenste kwaliteit van zorg ondersteunen deze organisaties de aangesloten zorgverleners bij het werken aan kwaliteit. Ze nemen daarbij verantwoordelijkheid voor hun bijdrage aan het faciliteren en monitoren van de kwaliteit binnen hun organisatie.

Spiegelinformatie als bouwsteen van 'Kwaliteitsbeleid op Maat'

Volgens 'Kwaliteitsbeleid op Maat' vormt spiegelinformatie samen met intervisie één van de belangrijke bouwstenen van het werken aan kwaliteit. Meer dan tot op heden kunnen naast medisch-inhoudelijke indicatoren ook andere bronnen van spiegelinformatie (patiëntervaringen, zorggebruik, zorgverlenerstevredenheid, big data, lokale gegevens, verhalen en narratieve analyses) worden gebruikt als basis voor het gesprek dat zorgprofessionals onderling en samen met patiënten en andere belanghebbenden voeren over kwaliteit. Medisch-inhoudelijke indicatoren blijven daarbij onverminderd een belangrijke bron van informatie. Dit betekent dat de benchmark 'Transparante ketenzorg', waarin de medisch-inhoudelijke indicatoren bijeen worden gebracht en gespiegeld, ook bij de uitvoering van het nieuwe 'Kwaliteitsbeleid op Maat' een belangrijk hulpmiddel zal blijven.

Introductie facultatieve innovatieset

Vanwege de gesignaleerde plafondeffecten die de afgelopen jaren zichtbaar werden in het benchmarkrapport 'Transparante Ketenzorg', ontwikkelde InEen samen met een aantal leden een innovatieset waarmee ketenzorgorganisaties bruikbare informatie kunnen verzamelen die het werken aan kwaliteit ondersteunt. Naast indicatoren voor de zorg voor kwetsbare ouderen en GGZ, bevat de innovatieset ook een aanvulling op de medisch-inhoudelijke indicatoren voor diabetes en COPD. Deze indicatoren zijn facultatief; ketenzorgorganisaties kunnen ze naar eigen inzicht gebruiken. Hiermee ontstaat een 'kraamkamer' voor doorontwikkeling en vernieuwing van de landelijke benchmark. De komende periode bespreken we met leden die (delen van) de set toepassen hun eerste ervaringen. De indicatoren diabetes en COPD zijn alvast in het benchmarkrapport opgenomen³. Slechts enkele zorggroepen zijn gestart met het gebruik van

¹ 'Kwaliteitsbeleid op Maat', InEen, maart 2019.

² 'Kwaliteitsbeleid in de Huisartsenzorg', NHG, LHV en InEen, april 2019

³ Vanwege het uitgangspunt dat de innovatieset uitsluitend bedoeld is voor intern gebruik reden wordt bij de grafieken geen Z-code van de zorggroep vermeld. De aanleverende zorggroepen blijven dus anoniem in dit rapport.

indicatoren rond de zorg voor kwetsbare ouderen en GGZ. Het is nog te prematuur om deze resultaten in een benchmark weer te geven.

Alternatieve presentatievormen

Om het benchmarkrapport prikkelend te houden is ook gekeken naar mogelijkheden om de verzamelde indicatoren op een andere wijze te presenteren. In deze jaargang van het rapport vindt u hiervan een aantal voorbeelden, zoals:

- de presentatie van generieke indicatoren over de verschillende zorgprogramma's heen;
- een weergave van samengestelde indicatoren;
- verdiepende analyses waarmee aanvullende informatie uit de indicatoren kan worden gehaald.

Deze alternatieve presentatievormen dragen bij aan het inzichtelijk maken van de praktijkvariatie die ook een belangrijke bouwsteen in het nieuwe kwaliteitsbeleid vormt.

Leren van praktijkvariatie

Voor het analyseren van de praktijkvariatie werd binnen InEen een Taskforce Praktijkvariatie ingesteld. Deze Taskforce, bestaande uit vertegenwoordigers van zorggroepen, bracht een advies⁴ uit met strategische overwegingen en praktische handvatten om regionale organisaties te ondersteunen bij het werken aan praktijkvariatie. Uit het traject blijkt dat veel zorggroepen de benchmark gebruiken als aangrijpingspunt om te leren van praktijkvariatie.

Patiëntervaringen als bron van spiegelinformatie

In aanvulling op de medisch-inhoudelijke indicatoren bestaan er ook andere bronnen van spiegelinformatie die kunnen worden benut bij het werken aan kwaliteit. Voor het eerst dit jaar krijgen patiëntervaringen dit jaar een plek in het benchmarkrapport. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de uitkomsten van een plot met de PREM Chronische Zorg; een korte generieke vragenlijst voor het meten van patiëntervaringen bij programmatische zorg voor chronische aandoeningen. Tijdens de pilot zijn twaalf ketenzorgorganisaties erin geslaagd om voldoende vragenlijsten door patiënten te laten invullen. Vanwege de experimentele status zijn deze gegevens geanonimiseerd in het rapport opgenomen. In het benchmarkrapportages van de komende jaren hopen we op uitgebreidere schaal patiëntervaringen te kunnen presenteren.

Rapportage

In deze rapportage zijn de gegevens van alle deelnemende zorggroepen opgenomen. Achtereenvolgens komen 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;
- vergelijkingen van indicatoren over de programma's heen (gemiddelde score van groepen over de programma's, verdeling eerste en tweede lijn, en LDL op streefwaarde voor de programma's diabetes, HVZ en VVR).
- een overzicht van de patiëntervaringen uit de pilot met de PREM Chronische Zorg.

⁴ 'Variatie in de zorggroep-praktijk', InEen mei 2019

Net als vorig jaar kregen zorggroepen de gelegenheid hun eigen resultaten in het rapport op naam bekend te maken. Daarvan maakten 96 zorggroepen gebruik. In bijlage 7 treft u een overzicht aan van zorggroepen die daarvoor toestemming gaven.

WERKWIJZE

In januari 2019 zijn in totaal 142 contactpersonen van zorggroepen en gezondheidscentra benaderd voor deelname aan de benchmark over 2018. 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 142 aangeschreven potentiële zorggroepen hebben er 110 gegevens aangeleverd voor de landelijke benchmark. Met elkaar vertegenwoordigen deze zorggroepen ongeveer⁵ 14.260.491 inwoners van Nederland (83%), door het land verspreid. De geschatte dekking is iets afgenomen ten opzichte van vorig jaar. Het aantal lag toen op 14.495.340.

Overzicht 1: Deelname zorggroepen

Aangeschreven	142
Gegevens aangeleverd voor diabetes ⁶	109
Diabetes innovatieset	6
Gegevens aangeleverd voor COPD	105
COPD innovatieset	7
Gegevens aangeleverd voor HVZ	92
Gegevens aangeleverd voor VVR	86
Gegevens aangeleverd voor astma	57
Gegevens aangeleverd voor patiëntervaring (PREM)	11

⁵ Van zorggroepen waarvan de populatiegrootte niet bekend is, is die berekend op basis van de gemiddelde prevalentie diabetes (5,3%).

⁶ 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 (110).

RESULTATEN DIABETES ALGEMEEN

De 109 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2018 met elkaar 627.719 patiënten met diabetes type 2 in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 560.516⁷ patiënten (89%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	109
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	102
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	129.632
Mediaan	86.137
Minimum	4.404
Maximum	505.777

Mede 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 bij zelfs een klein aantal patiënten met afwijkende karakteristieken een veel grotere invloed op de scores op de indicatoren dan die van een zorggroep. Door de grootte van de zorggroep is er een grotere kans dat uitzonderingen binnen de populatie binnen de totale groep minder impact hebben en is de invloed van verschillende groeperingen in het gemiddelde meestal minder of niet meer terug te zien.

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

	patiënten met diabetes N=104	prevalentie N=100	in zorggroep N=109	% specialist ⁸ N=102	% niet in programma ⁹ N=102
Gemiddelde	6.645	5,3%	5.759	9,5%	5,3%
Mediaan	4.220	5,2%	3.795	9,2%	4,8%

⁷ Drie groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum en drie groepen hebben een verschil van 15 of minder patiënten opgegeven.

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

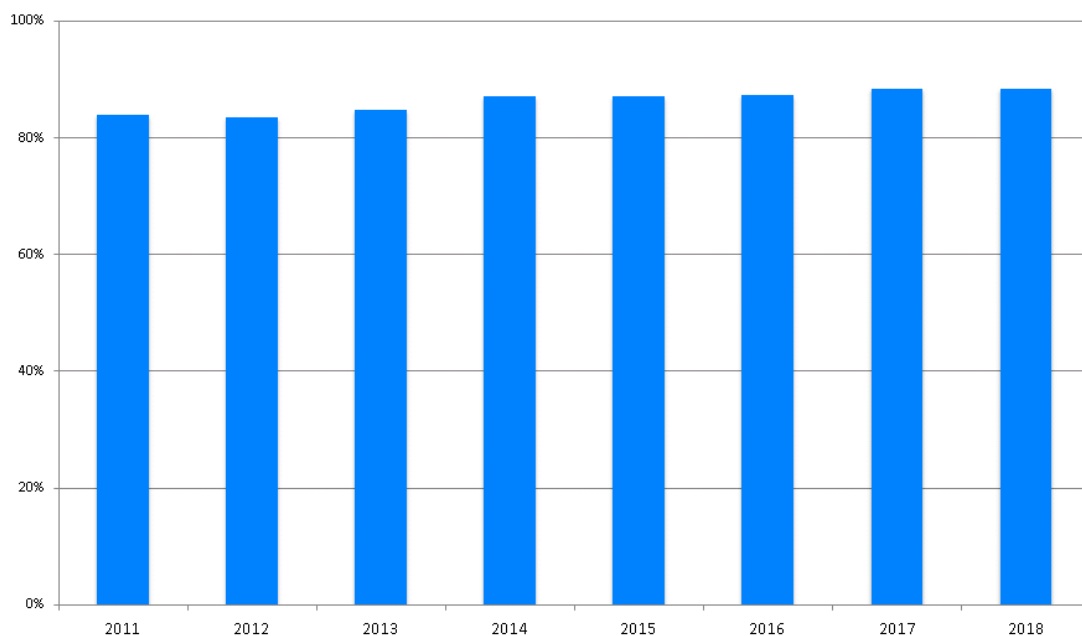
⁹ Een zorggroep heeft hier o als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

Minimum	165	2,6%	143	0,3%	0,4%
Maximum	32.162	7,7%	24.930	19,2%	21,4%

Het percentage zorggroepen dat de hele populatie diabetespatiënten in beeld heeft, is met één toegenomen ten opzichte van vorig jaar.

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 acht jaren. Voor deze vergelijking hebben we alleen de gegevens van die zorggroepen meegenomen die algemene populatiegegevens konden aanleveren (totale populatie, aantal patiënten met diabetes type 2, aantal patiënten met hoofdbehandelaar specialist, aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, aantal patiënten niet in programmatische zorg). Het gemiddelde percentage patiënten met hoofdbehandelaar huisarts is in 2018 88,4%.

Grafiek 1: Vergelijking percentage diabetespatiënten in 1^e lijn 2011 - 2018



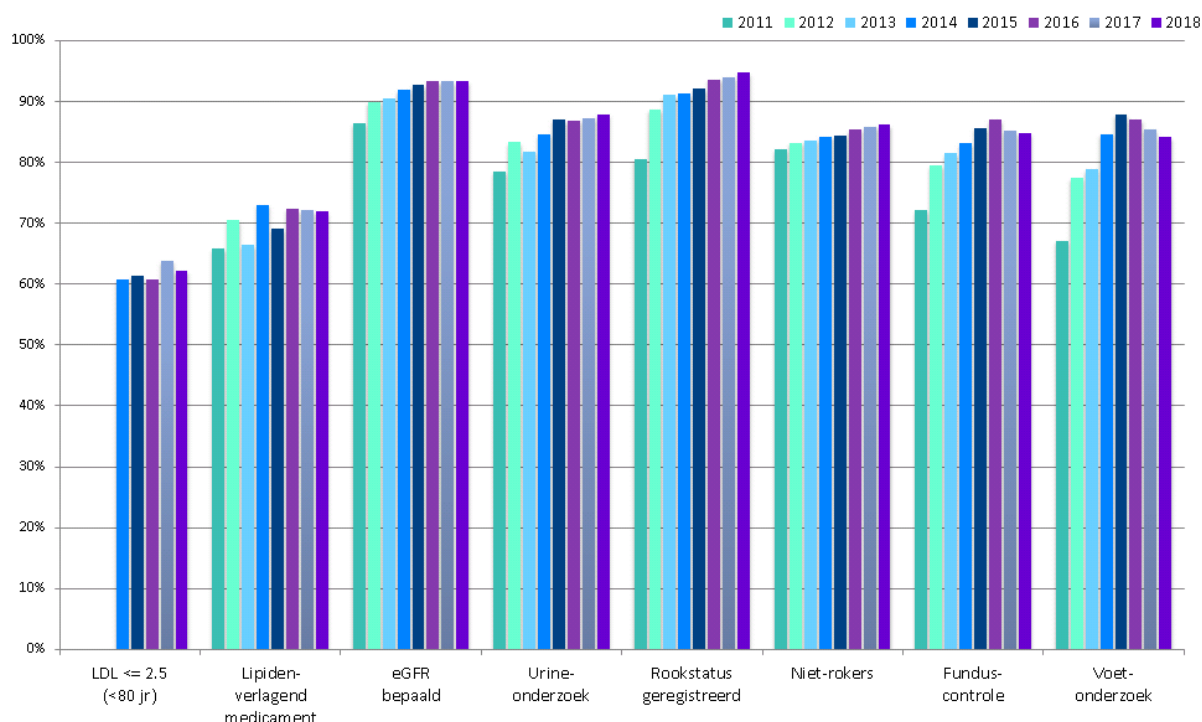
Binnen deze grafiek is natuurlijk de samenstelling van de populatie ieder jaar verschillend, met mensen die afvallen, mensen die erbij komen en inclusie dan wel exclusie van data van verschillende zorggroepen in ieder jaar. Toch kan er toch wel van een redelijk stabiele situatie over de afgelopen jaren worden gesproken. Juist omdat de bron van de data ieder jaar enigszins verschilt én de uitkomsten toch stabiel blijken, kan worden geconcludeerd dat deze stabilisatie een reëel gegeven is.

RESULTATEN DIABETES INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de diabetesindicatoren over acht jaren. Omdat dit jaar evenals de vier voorgaande jaren is gevraagd gegevens aan te leveren over iedereen die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma meedeeld is een zuivere vergelijking met de jaren daaraan voorafgaand niet mogelijk. De periode van 2014-2018 is dus het beste vergelijkbaar. De selectie van de populatie kan een deel van de eventuele veranderingen in de scores verklaren.

1. Vergelijking diabetesindicatoren over acht jaren

Grafiek 1: Vergelijking indicatoren over acht jaren



Het merendeel van de procesindicatoren laat nog steeds een stijging zien in 2018: bepalingen van eGFR, albumine-creatinine ratio in de urine, en de rookstatus. Het is goed dat het aantal niet-rokers nog steeds stijgt, blijkbaar een goede toegevoegde relevante parameter binnen dit zorgprogramma.

Opvallend is echter te zien dat er een lichte daling lijkt te bestaan in het aantal patiënten dat een lipiden verlagend medicament gebruikt; ook het aantal patiënten jonger dan 80 jaar dat de LDL-cholesterol streefwaarde behaalde daalde. Er was sprake van een sterkere daling van het aantal mensen dat de streefwaarde behaalde dan in het aantal gebruikers van lipiden medicatie (althans van mensen, die lipidenverlagende medicatie voorgeschreven kregen). Wat wél duidelijk is,

is dat nu al een aantal jaren consistent naar voren komt, dat het aantal mensen dat een statine krijgt, nét boven de 70% is en zeker nooit meer dan 90% zal bedragen, wat door sommigen als een streefdoel wordt gezien. Deze stabilisatie rond de 70% kan waarschijnlijk door meerdere factoren verklaard worden; in gedeelde besluitvorming kan besloten worden de huidige hogere streefwaarde te accepteren, medicatie kan gestaakt worden door de aanwezigheid van bijwerkingen, of er wordt gekozen voor meer intensieve leefstijlveranderingen. Daarnaast zijn er zeker ook mensen, die bij het voorstellen van statinebehandeling besluiten dit voorstel niet over te nemen.

Het aantal funduscontroles is, binnen een acceptabele bandbreedte, de laatste twee jaren licht afgenomen. Zou dat een eerste uiting zijn van gepersonaliseerde zorg? Kwetsbare ouderen waarbij niet meer een fundusfoto is gemaakt? Of het reeds implementeren van de nieuwe richtlijn voor fundusscreening, waarbij minder frequente fundusscreening onder bepaalde omstandigheden wenselijk is? Er is een duidelijke dalende tendens van het voetonderzoek. Dat verdient een nadere analyse.

2. Resultaten over 2018 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

Deze grafiek laat zien dat het aantal ingeschreven patiënten per zorggroep een enorme variatie heeft; de kleinste zorggroep met 4.404 ingeschrevenen tot een zorggroep met maar liefst 505.777 ingeschrevenen. Het gemiddeld aantal ingeschrevenen per zorggroep ligt op 129.632, de mediaan ligt op 86.137 patiënten. Uitersten in scores op proces- en uitkomst indicatoren zullen uitmiddelen in de grotere zorggroepen, en meer impact kunnen hebben in de zorggroepen met maar een gering aantal patiënten. Dit verklaart direct waarom we met deze indicatoren, die niet meer aangeven dan een gemiddelde, slechts beperkt uitspraken kunnen doen over de eventuele kwaliteit van het handelen in de desbetreffende zorggroepen. Het is aan de individuele zorggroepen zelf om aan de uitkomsten conclusies te verbinden.

Grafiek 2: Prevalentie diabetes

De gerapporteerde prevalentie van type 2 diabetes in de 100 zorggroepen die daarvoor gegevens konden aanleveren, is gemiddeld 5.3% en varieert van 2.6% tot 7.7%. De verschillen in prevalentie zullen deels verklaard worden door de opbouw van de zorggroep populatie. Daarnaast is het goed om binnen de zorggroep naar de praktijkvariatie te kijken. Daar kunnen factoren in meespelen zoals: praktijken met vooral jonge gezinnen versus praktijken met veel ouderen, en verschil in etniciteit in de praktijken. Een diagnose stelling anders dan beschreven in de NHG standaard diabetes mellitus, of registratie fouten kunnen echter ook verantwoordelijk zijn voor praktijkvariatie.

Grafiek 3: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma

In deze grafiek zien we de spreiding van opname in het zorgprogramma; gemiddeld zit 5% van de diabetespopulatie niet in het zorgprogramma, met een minimum van 0.4% en een maximum van 21.4%. Patiënten die niet in het zorgprogramma zitten kunnen hetzij bij de huisarts diabeteszorg krijgen buiten het zorgprogramma, hetzij in de tweede lijn begeleid worden. We weten echter dat het percentage dat bij de specialist loopt gemiddeld 9.5% is, maar een spreiding heeft van 0.3% tot maar liefst 19.2% (althans, voor zover gerapporteerd). Voor individuele zorggroepen is het belangrijk om te beschouwen wat de redenen kunnen zijn dat van een zorggroep maar liefst bijna één op de vijf mensen met type 2 diabetes in de tweede lijn loopt. Dat kan meestal niet goed verklaard worden door de opbouw van de praktijkpopulatie.

Grafiek 4: Percentage diabetespatiënten < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde ≤ 2.5 mmol/l

In het merendeel van de zorggroepen ligt het percentage patiënten < 80 jaar bij wie het LDL-cholesterol gelijk aan of kleiner is dan de streefwaarde van 2,5 boven het gemiddelde percentage (62,2%). Zijn dit ook de patiënten die een statine gebruiken? Daarnaast is het goed om te kijken naar de praktijkvariatie binnen de zorggroep. Daar kunnen we aan de hand van deze grafiek niets over zeggen. Wat is er aan de hand met de patiënten die *niet* hun streefwaarde hebben behaald, links in de grafiek? Zijn dit ook de patiënten die geen statine gebruiken? Of worden ze onvoldoende behandeld? Of bespraken huisarts en patiënt in het kader van gepersonaliseerde zorg dat een hogere streefwaarde voor het LDL-cholesterol acceptabel is? Het lijkt in ieder geval zinvol om eens kritisch te kijken naar de desbetreffende patiënten in deze zorggroepen.

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

Het profiel van deze grafiek komt sterk overeen met die van grafiek 4, waaruit je zou kunnen aflezen, maar niet mag concluderen, dat de mensen die een statine gebruiken ook hun LDL-cholesterol streefwaarde bereiken. Het landelijke gemiddelde ligt op 71,8%. Deze grafiek roept ook vragen op; zorggroepen kunnen hier op grond van praktijkvariatie ook een nadere analyse doen: zijn de mensen die een statine gebruiken ook daadwerkelijk de mensen met het hoogste absolute cardiovasculaire risico? Of zijn hier ook veel jonge gebruikers tussen met een laag absoluut risico en een hoog relatief risico?

Hoe zal verder deze grafiek er over twee jaar uitzien, na implementatie van de nieuwe richtlijn voor cardiovasculair risicomanagement? Een andere risicoschatting zal plaatsvinden bij de mensen met diabetes: bijna alle mensen met diabetes hebben een zeer hoog of hoog risico op de ontwikkeling van hart- en vaatziekten en een indicatie voor een statine. Samen met de verdere voorgestelde verlaging van de LDL-cholesterol streefwaarde naar 1.8 mmol/l voor mensen met een doorgemaakte hart- en vaatziekte is het interessant te kijken naar de veranderingen komende jaren in grafiek 4 en grafiek 5.

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

Deze procesindicator zal zijn plafond hebben bereikt (93,2%), op een paar zorggroepen aan de linker zijde van de grafiek na; in die vier zorggroepen wordt toch nog in $\geq 20\%$ geen nierfunctie gerapporteerd. Daar is dus wel degelijk nog verbetering zeer wenselijk; jaarlijkse nierfunctie bepaling is noodzakelijk, zeker bij mensen met diabetes.

Eigenlijk is het veel belangrijker voor de kwaliteit van de diabeteszorg, om na te gaan wat er na de bepaling van de eGFR is gedaan met een waarde die afwijkend is. Is er vervolgens al aan de hand van de NHG standaard Chronische Nierschade gehandeld (ook al is die pas in 2018 verschenen)? Was er acute dan wel chronische nierschade? Is er gezocht naar een verklaring voor een daling in eGFR, wanneer die meer dan verwacht was? Hebben alle patiënten met een verminderde nierfunctie hiervan ook een ICPC codering en/of contra-indicatie in hun medisch dossier, zodat adequate medicatiebewaking kan plaatsvinden?

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

Het is positief te zien dat bij het merendeel van de patiënten tegenwoordig ook de albumine-creatinine ratio wordt bepaald (87,9%). Iets meer groepen, vergeleken met grafiek 6 (de bepaling van de eGFR) blijven nog wat achter bij het gemiddelde. Het feit dat echter bij het gros van de diabetespatiënten anno 2018 nu zowel de eGFR als de albumine-creatinine ratio bekend is, maakt naleving en implementatie van de NHG standaarden diabetes mellitus type 2 en Chronische Nierschade mogelijk. Of dit ook daadwerkelijk gebeurt kunnen we niet uit deze grafiek afleiden.

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

Deze grafiek toont dat bij het merendeel van de diabetespatiënten het rookgedrag is vastgelegd (94,6%); dit is een mooi resultaat. Ook in de groepen links is in het grote merendeel van de patiënten het rookgedrag bekend. Het is natuurlijk niet bekend of er alleen een vinkje is gezet, of dat bij de rokers ook daadwerkelijk nog eens het rookgedrag is besproken.

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

Nog altijd is er een te hoog percentage rokers binnen de diabetespopulatie (13,9%); immers hoe lager, hoe beter. Deze grafiek laat niet zien wat de inspanningen zijn geweest om de rokers te laten stoppen met roken, in welk percentage dit ook daadwerkelijk is gelukt, en hoe langdurig of definitief dit effect is. Ook weten we dat een variatie in praktijkopbouw een grote invloed kan hebben op deze uitkomst indicator. Grafiek 8 en grafiek 9 tonen in ieder geval aan dat er volop aandacht lijkt te bestaan voor het rookgedrag en het verbeteren daarvan.

Grafiek 10: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met een funduscontrole

Gemiddeld wordt bij ongeveer 85% van de diabetespatiënten een funduscontrole uitgevoerd / gerapporteerd. De spreiding tussen de zorggroepen is nog behoorlijk; rond de 60% tot bijna 100%. Wat is de verklaring voor deze spreiding? Wordt bij oudere kwetsbare patiënten de fundusfoto achterwege gelaten? Is de nieuwe retinopathie richtlijn, inmiddels ook verwerkt in de NHG standaard diabetes, al deels toegepast, waarbij indien er tweemaal achtereen geen zichtbare retinopathie aanwezig was, het screeningsinterval vergroot kan worden naar driejaarlijks?

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

Hoewel het gemiddelde percentage gerapporteerde voetonderzoeken rond de 85% ligt, is er toch ook een zeer groot aantal zorggroepen waarin het voetonderzoek zeer weinig wordt gerapporteerd. De grafiek laat grote variaties zien. Is dit onvoldoende geregistreerd of is er

onvoldoende voetonderzoek uitgevoerd? Op bovenstaande vragen kunnen we geen antwoord geven. Duidelijk is dat er zeker nog winst behaald lijkt te kunnen worden in het percentage dat het voetonderzoek wordt uitgevoerd bij de diabetespatiënten.

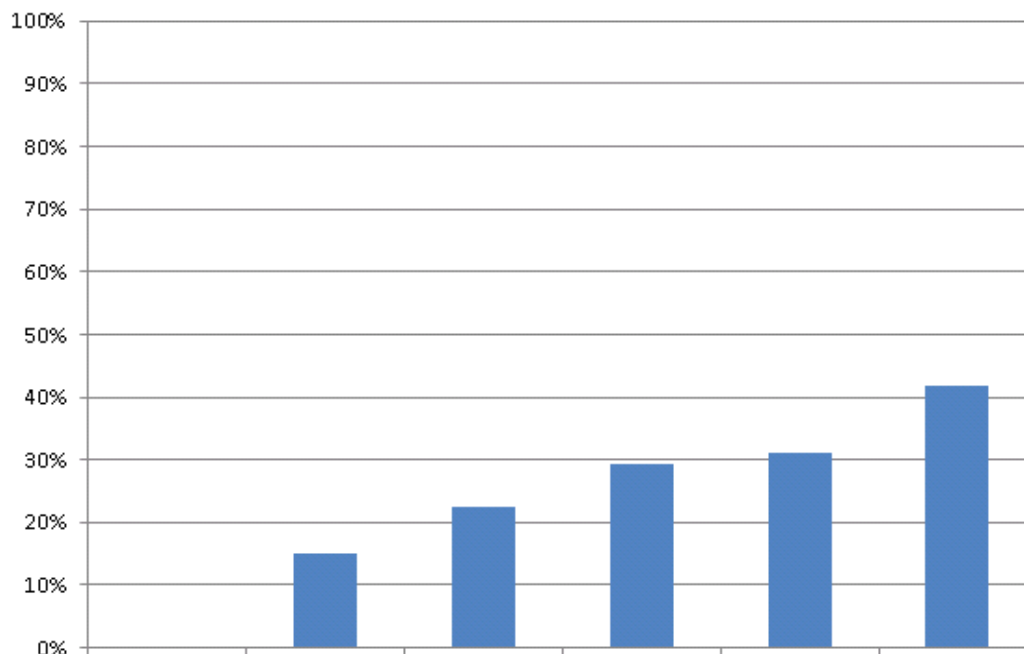
INNOVATIESET DIABETES

Voor de innovatieset diabetes zijn twee indicatoren uit de NHG set diabetes gekozen. De eerste is: % patiënten met diabetes type 2 jonger dan 80 jaar met een positieve uitslag op albumine of albumine / kreatinine-ratio in de afgelopen 12 maanden en met een voorschrift ACE-remmer of Angiotensine II remmer.

De NHG-Standaard Diabetes Mellitus type 2 adviseert om bij type-2-diabetespatiënten met hypertensie én micro-of macroalbuminurie te starten met een ACE-remmer of angiotensine-receptorblokkeerder (ARB) vanwege het nierbeschermende effect. Deze middelen hebben een gunstig effect op zowel de bloeddruk als het nierfunctieverlies en de progressie naar nierschade. Type-2-diabetespatiënten zonder hypertensie maar met micro-of macroalbuminurie en met een levensverwachting van minimaal tien jaar, worden eveneens behandeld met een ACE-remmer. De tweede indicator is: % patiënten met diabetes type 2 met een leeftijd van 80 jaar of ouder met gebruik van meerdere glucose verlagende middelen in de afgelopen 12 maanden. Overbehandeling van oudere mensen met type 2 diabetes lijkt een reëel probleem. Amerikaanse en Europese richtlijnen adviseren daarom in deze subgroep minder intensieve behandeling. Vermindering van de bloedglucoseverlagende medicatie kan meerwaarde hebben voor de individuele patiënt.

In totaal hebben zes zorggroepen gegevens aangeleverd voor de innovatieset diabetes. Op elke indicator hadden vijf van de zes groepen informatie beschikbaar.

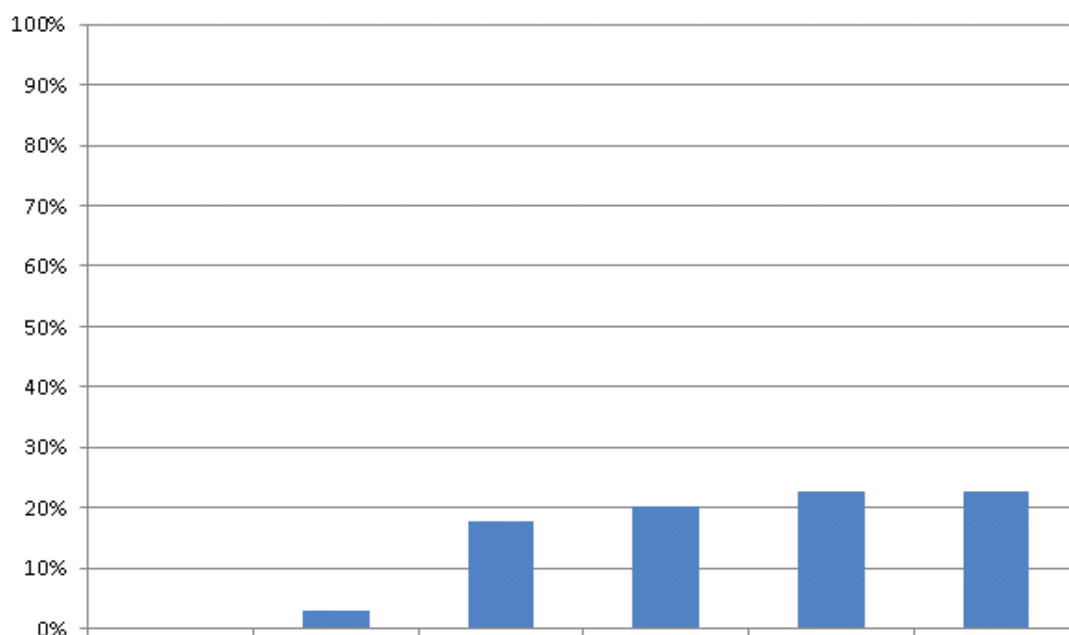
Grafiek 1: Aantal diabetespatiënten jonger dan 70 jaar heel jaar in zorgprogramma met bepaling albumine/kreatinineratio en een positieve uitslag (≥ 3.0 mmol/l) zonder RAS remmer



Vijf zorggroepen hebben facultatief gegevens voor deze innovatieve uitkomst indicator aangeleverd. Deze indicator heeft duidelijk meerwaarde boven de reguliere indicatoren; hier is te achterhalen of er ook daadwerkelijk iets gedaan wordt bij afwijkende uitslagen. Dergelijk indicatoren kunnen in grote mate bijdragen aan de kwaliteit van de diabeteszorg in de eerste lijn.

In deze grafiek zien we dat van 13-41% van de mensen met een albumine-creatinine ratio > 3 mg/mmol het gebruik van een RAS remmer wordt gerapporteerd. Waarom is dit percentage echter niet hoger? Was er bij een tweede bepaling van de albumine creatinine ratio in de urine geen verhoging meer, en werd er daarom geen RAS-remmer gestart? Wenste de patiënt niet (nog) meer medicatie? Werd de RAS remmer niet verdragen? Werd een ARB voorgeschreven, maar niet geschaard onder de RAS-remmers? Of was er onvoldoende kennis bij de zorgverlener, chronische nierschade als voorspeller niet alleen voor verdere nierschade maar ook als risicofactor voor de ontwikkeling van hart- en vaatziekten, en startte de huisarts daarom geen RAS-remming? De antwoorden op deze vragen kunnen we niet uit deze grafiek aflezen, maar we weten wel dat deze grafiek erg veel handvatten biedt om de zorg voor de diabetes patiënten te optimaliseren.

Grafiek 2: Aantal diabetespatiënten ≥ 80 jaar heel jaar in zorgprogramma met bepaling HbA1c en een uitslag van 53 mmol/mol of lager met gebruik van meerdere glucose verlagende middelen



Vijf zorggroepen hebben gegevens voor deze indicator aangeleverd. Deze indicator is in staat om mogelijke overbehandeling van ouderen te signaleren. Het blijkt dat 2-22% van de ouderen (>80 jaar) een HbA1c 53 mmol/mol of lager heeft en meerdere glucose verlagende middelen heeft. Wanneer het NHG stappenplan wordt gevolgd bij deze patiënten kunnen we er vanuit gaan dat onder hen patiënten zijn die naast hun metformine een sulfonyleureumderivaat en/of insuline gebruiken. In deze categorie patiënten is er geen enkel bewijs dat behandelen tot een HbA1c < 53 mmol/mol zinvol is. Wanneer er dan ook nog eens medicatie wordt gebruikt met bijwerkingen als gewichtstoename en het mogelijk optreden van hypoglykemie, met alle gevolgen van dien, is dit mogelijk onwenselijk, en kan de patiënten mogelijk schade worden

berokkend door overbehandeling. Kortom een zeer nuttige indicator om te signaleren bij welke ouderen er mogelijk overbehandeling plaatsvindt en ingegrepen moet worden door de huisarts. Een belangrijk doel in deze leeftijdscategorie het behoud van de kwaliteit van leven, zeker als het om kwetsbare mensen met een beperkte levensverwachting gaat.

RESULTATEN HVZ ALGEMEEN

De 92 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2018 met elkaar 342.500 patiënten met HVZ in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 278.699 patiënten¹⁰ (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: myocardinfarct, angina pectoris, TIA, herseninfarct, aneurysma aortae of perifeer arterieel vaatlijden (ICPC codes: K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99.01). Patiënten met diabetes zijn geëxcludeerd, omdat zij opgenomen zijn in het zorgprogramma diabetes of in de 2^e lijn in behandeling zijn voor hun diabetes. Programmatische ketenzorg HVZ betreft zowel vasculair risicomanagement als de zorg voor orgaanlijden.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	92
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	85
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	126.877
Mediaan	89.992
Minimum	4.404
Maximum	436.157

Er zijn vijf nieuwe zorggroepen die gegevens voor HVZ hebben aangeleverd in vergelijking met vorig jaar. Van de aanleverende groepen geven er drie aan dat ze nu één jaar dit zorgprogramma hebben. Bij hen kunnen opstart- en registratieproblemen de cijfers in de rapportage mogelijk beïnvloeden.

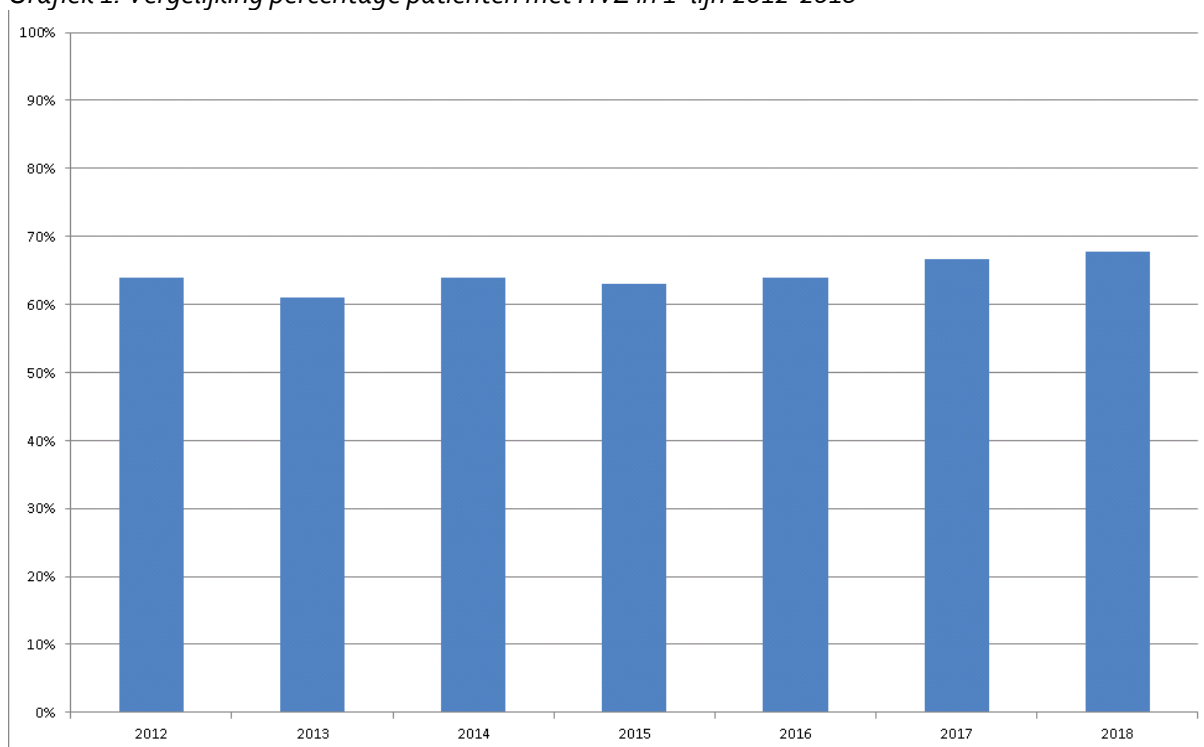
¹⁰ Twee groepen hebben geen aantal bij de zorgprogramma's opgegeven. Zes groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum en een groep heeft een verschil van minder dan 10 patiënten opgegeven.

Overzicht 2: Verdeling mensen met HVZ over zorggroepen

	patiënten met HVZ N=85	prevalentie N=83	In zorggroep N=92	% specialist ¹¹ N=84	% niet in programma ¹² N=84
Gemiddelde	6.008	4,6%	3.723	23,1%	9,1%
Mediaan	3.518	4,5%	2.480	22,8%	8,0%
Minimum	210	2,3%	148	1,1%	0,0%
Maximum	32.913	7,5%	21.088	46,9%	64,0%

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 patiënten met HVZ in 1^e lijn 2012-2018



¹¹ Onwaarschijnlijke waardes (bijvoorbeeld in geval de som van aantal bij specialist en aantal bij huisarts groter is dan het totaal aantal patiënten met HVZ) zijn niet meegenomen.

¹² Een zorggroep heeft hier 0,0% indien (i) geen patiënten buiten programmatische zorg worden behandeld, maar ook (ii) als ze het aantal dat buiten programmatische zorg viel niet konden aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

Substitutie van zorg

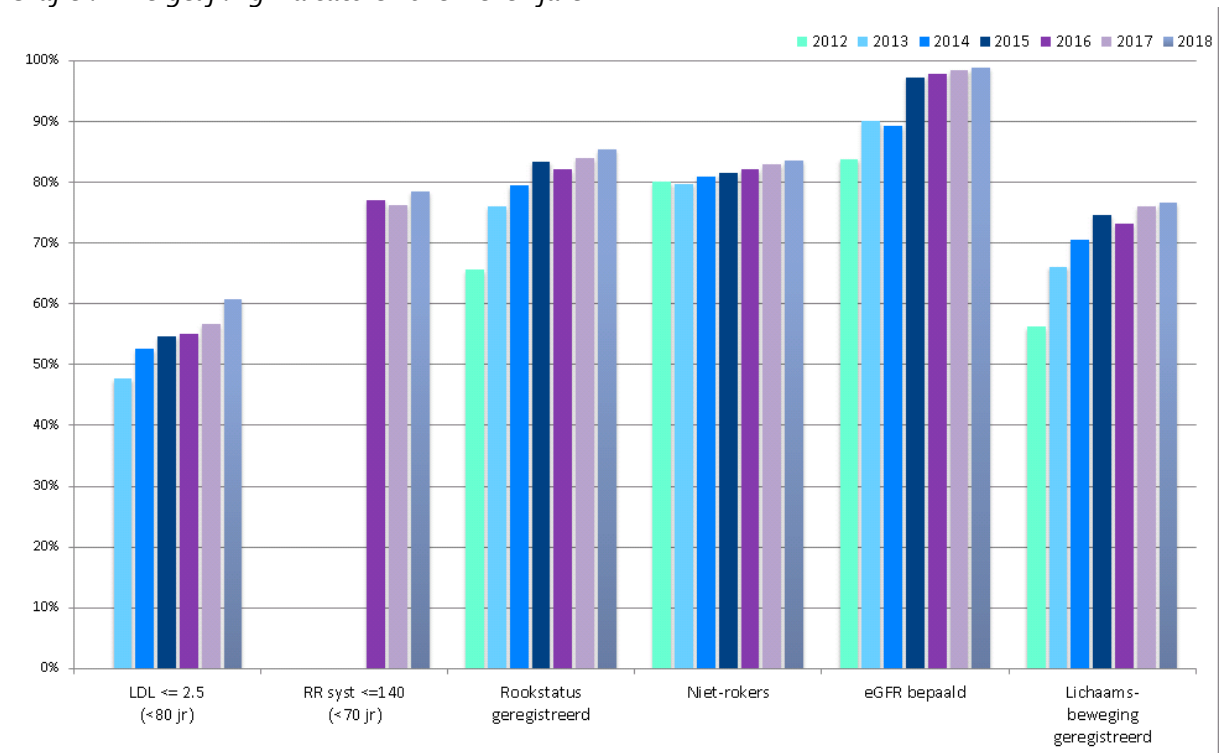
Het percentage patiënten met HVZ dat uitsluitend in de 1^e lijn wordt behandeld is weinig veranderd de afgelopen jaren (van 2012-2018) en ligt ruwweg ergens tussen de 60 en 70%. Mogelijk is er de laatste jaren sprake van een licht stijgende trend. De percentages zijn vergelijkbaar met die van COPD, maar liggen zo'n 20 procentpunt lager dan bij DM2 (80-90% in 1^e lijn). Hierbij speelt de samenwerking met de 2^e lijn een rol; de specialist moet de patiënt terugverwijzen naar de 1^e lijn als er alleen nog CVRM nodig is. Gezien de aanzienlijke spreiding tussen zorggroepen ligt er veel ruimte voor verbetering. Zorggroepen zouden bij zichzelf na kunnen gaan waarom ze onder het landelijke gemiddelde scoren. Zijn er goede afspraken met de cardiologen? Hoe is dit te verbeteren? Is de registratie op orde? Een jaarlijkse check op eventuele terugkeer naar de 1^e lijn van alle patiënten in de 2^e lijn kan hierbij nuttig zijn.

RESULTATEN HVZ INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een trendmatige ontwikkeling van de indicatoren over zeven jaren. Dit jaar is, evenals de vier voorgaande jaren, gevraagd gegevens aan te leveren over iedereen die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma meedeed. Hierdoor is een zuivere vergelijking met de jaren daaraan voorafgaand niet mogelijk. Selectie van de populatie (tot degenen die het hele jaar in het zorgprogramma zitten) kan een deel van de eventuele verbeteringen op de scores verklaren. Zowel de prestatie- als de procesindicatoren vertonen over de jaren heen een stijgende trend, maar over de oorzaken daarvan kunnen op basis van deze observationele data geen harde conclusies worden getrokken.

1. Vergelijking indicatoren HVZ over zeven jaren

Grafiek 1: Vergelijking indicatoren over zeven jaren¹³



2. Resultaten over 2018 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.

¹³ Aangezien de bovengrens van de leeftijd bij de indicator systolische bloeddruk ≤ 140 mmHg twee jaar geleden is gewijzigd van 80 naar 70 jaar, is alleen een vergelijking over de laatste drie jaren mogelijk.

Toelichting bij de grafieken

Grafiek 1: Prevalentie van mensen met HVZ per zorggroep

Nederland telt zo'n 1,4 miljoen hart- en vaatpatiënten (bron: Hartstichting). Hieronder worden ook patiënten gerekend die niet geïnccludeerd worden in het huidige zorgprogramma HVZ, zoals patiënten met hartritmestoornissen, hartkleplijden, hartfalen en patiënten met type 2 diabetes. Daarnaast is er een groep die wel begeleiding zou kunnen krijgen via het zorgprogramma, maar die dit om een of meerdere redenen niet krijgt (bijvoorbeeld zogenoemde zorgmijders). Tenslotte is er nog een groep waarbij de specialist hoofdbehandelaar is. Bij de zorggroepen zijn in totaal 342.500 patiënten met een HVZ¹⁴ in zorg. In de figuur is te zien dat de spreiding van de prevalentie varieert van ruim 2 tot 7,5%, vergelijkbaar met voorgaande jaren. Onderzoek naar de oorzaken van deze variatie is wenselijk. Het gemiddelde is 4,8%.

Grafiek 2: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma

Gemiddeld wordt 58% van alle patiënten met een HVZ die in aanmerking komen voor het HVZ zorgprogramma (uitsluitend) in de eerste lijn begeleid.¹⁵ Dit percentage laat een zeer lichte stijging zien in de afgelopen jaren. Wel is er een aanzienlijke spreiding tussen zorggroepen (variërend van 30 tot 92%). Zorggroepen met een score die duidelijk lager onder het gemiddelde ligt, zouden dit kunnen analyseren. Mogelijk kunnen zij hier in samenspraak met de tweede lijn en een programma gericht op substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn verbetering in aanbrengen.

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

78,4% van de patiënten die deelnemen aan het zorgprogramma HVZ heeft een bloeddruk-waarde beneden de streefwaarde. Dit is iets meer dan vorig jaar. De variatie tussen de zorggroepen is gering (variërend van 66% tot 96%). Er zijn meerdere redenen waarom patiënten de streefwaarde niet halen:

- een aantal heeft een witte jassen hypertensie (24-uurs- en thuismetingen liggen wel onder de daarvoor geldende streefwaarden);
- therapieontrouw;
- staken of onvoldoende kunnen verhogen van bloeddrukverlagers door bijwerkingen; ineffektieve 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.

Gezien bovenstaande factoren is het weinig waarschijnlijk dat de scores nog verder zullen verbeteren. Eventuele verlaging van de bloeddruk ten opzichte van de uitgangswaarde bij een patiënt wordt niet zichtbaar, terwijl dit wel het geval kan zijn en dit ook een verbetering van het risicoprofiel geeft, ook als de streefwaarde niet wordt gehaald.

¹⁴ Dit betreft dus alleen de mensen met een HVZ met de reeds eerder genoemde ICPC codes.

¹⁵ Het aantal patiënten met een HVZ in de eerste lijn ligt op ruim 60%. De groep die wordt behandeld is kleiner door de exclusiecriteria en kan zijn op verzoek van patiënt en/of arts (<https://ineen.nl/assets/files/assets/uploads/160707-InEen-Inclusie-en-exclusiecriteria-ketenzorgprogrammas.pdf>).

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

Gemiddeld haalt ruim 60,8% van de patiënten in 2018 de streefwaarde; een duidelijke verbetering ten opzichte van 2017 (57%). Afgezien van twee uitschieters (28% en 99%) is de spreiding vergelijkbaar met die in 2017. Een verlaging van het LDL-cholesterol zónder het halen van de streefwaarde geeft ook een verbetering van het risicoprofiel en daarmee een verlaging van de kans op nieuwe cardiovasculaire aandoeningen. Alleen registreren van het percentage mensen dat de streefwaarde haalt geeft daarom maar gedeeltelijk een beeld van het totale behandel-effect door leefstijladviezen en cholesterolverlagende medicatie. Daarnaast spelen dezelfde factoren een rol bij het niet halen van de streefwaarden als aangegeven bij de indicator systolische bloeddruk (met uitzondering van het wittejasseneffect natuurlijk). Wel lijkt het halen van de streefwaarde LDL-cholesterol moeilijker te zijn dan die van systolische bloeddruk en is er meer spreiding tussen de zorggroepen. 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.

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 en dat nog rookt

De rookstatus is van 85% van de deelnemers aan het programma vastgelegd; een lichte verbetering t.o.v. 2017. 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.

Het percentage rokers is stabiel: 18% (spreiding 10 -30%). Dit is weliswaar enigszins lager dan het gemiddelde percentage rokers in de algemene bevolking (22%, waarvan bijna 72% dagelijks¹⁶), maar nog ontluisterend hoog gezien de al aanwezige morbiditeit in deze populatie. Het percentage rokers daalt helaas maar licht in de afgelopen jaren. Dit onderstreept zeker niet alleen het extreem verslavende karakter van roken, maar ook het belang van individuele hulpverleners om hier ondersteuning te blijven geven. Zij moeten dit blijven doen ondanks het feit dat het percentage maar licht daalt.

Het percentage rokers bij mensen in het zorgprogramma HVZ is hoger dan de percentages in de rapportages van diabetes (14%) en VVR (12%). De meest waarschijnlijke verklaring voor dit verschil is selectie; roken is een sterke risicofactor voor het ontwikkelen van HVZ. Anders gezegd: rokers krijgen eerder en vaker HVZ dan niet-rokers, met als gevolg een hoger percentage rokers bij degenen met HVZ dan bij mensen zónder HVZ. Het lijkt dus niet aannemelijk dat in de populaties diabetes en VVR het percentage mensen dat stopt met roken (dankzij het volgen van een stoppen-met-roken programma) hoger is, te meer omdat het stoppen-met-roken programma ook wordt aangeboden door dezelfde zorgverleners aan de mensen die aan het HVZ zorgprogramma deelnemen.

¹⁶ Bron: CBS <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/12/lichte-daling-aantal-rokers-onder-volwassenen>

Grafiek 7: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie de klaring van de nier (eGFR) is gemeten in afgelopen vijf jaar

De registratie van de nierfunctie aan de hand van de renale klaring (eGFR) benadert de 100%. Een betere score op deze procesindicator is nauwelijks mogelijk.

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

Bij ruim driekwart van de patiënten (76,7%) is de mate van beweging vastgelegd. Dit is vergelijkbaar met 2017. Omdat de spreiding nog fors is (13% - 98%) zal deze score nog kunnen verbeteren. Hierbij speelt onderregistratie waarschijnlijk ook een rol. Ook is het belangrijk te weten bij hoeveel mensen is getracht de hoeveelheid activiteit te verbeteren, en hoeveel van deze patiënten hebben deelgenomen aan kwalitatief goede 'meer bewegen- en conditie-verbeterende-programma's van voldoende lange duur. Hier zou door middel van een steekproef meer inzicht in kunnen komen.

RESULTATEN VVR ALGEMEEN

De 86 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2018 met elkaar 693.623 patiënten met VVR in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 589.668 patiënten¹⁷ (85%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	86
Aantal zorggroepen van wie de populatie bekend is	79
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	126.310
Mediaan	89.992
Minimum	4.404
Maximum	436.157

4

Er zijn ten opzichte van vorig jaar acht nieuwe zorggroepen die cijfers aanleveren. Dit 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 in negatieve zin beïnvloeden.

Er is sprake van een forse variatie in de grootte van de zorggroepen variërend van 4.404 tot 436.157.

Inclusie

In 2018 heeft gemiddeld 8,8% van de populatie in de zorggroepen een verhoogd vasculair risico (VVR), d.w.z. zonder vastgestelde HVZ en/of diabetes én is het hele jaar in zorg is geweest. Over de jaren 2014 tot en met 2018 varieerde deze gemiddelde prevalentie van patiënten met VVR in zorg bij de zorggroepen van 8,3% tot 8,8% (in 2018). In 2018 bleek gemiddeld 6,4% van de VVR-patiënten in de tweede lijn te worden behandeld. Over de jaren 2014 t/m 2018 varieerde dit gemiddelde van 5,9% in 2014 tot 6,4% in 2018. Ten slotte blijkt dat in 2018 gemiddeld 13,2% van de VVR-patiënten in de zorggroepen niet in het programma VVR zijn opgenomen. Over de jaren 2014 tot en met 2018 is er een opvallend stijging van de gemiddelde prevalentie van patiënten met VVR die niet in een programma zijn opgenomen; van 5,9% in 2014 tot 13,2% in 2018. Dit kan samenhangen met 'inclusieplafonds' opgelegd door de zorgverzekeraars. Deze ontwikkeling (minder worden opgenomen in het zorgprogramma) zal de komende jaren beïnvloed worden

¹⁷ Drie groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum.

doordat een aantal zorgverzekeraars VVR zorg niet meer wil vergoeden, wat vreemd is gezien het belang van preventie dat ze met de mond belijden.

Overzicht 2: Verdeling mensen met VVR over zorggroepen

	patiënten met VVR N=78	prevalentie N=76	In zorggroep N=86	% specialist N=75	% niet in programma ¹⁸ N=75
gemiddelde	10.774	8,8%	8.065	6,4%	13,2%
mediaan	7.234	8,8%	5.828	5,5%	8,8%
minimum	338	3,6%	177	0,2%	0,1%
maximum	40.269	15,4%	28.396	35,1%	47,9%

Prevalentie VVR

Vergelijking met de recente publicatie van de Hartstichting¹⁹ illustreert dat het percentage 8.8% (gemiddelde prevalentie van patiënten met VVR in zorg bij de zorggroepen) mogelijk nog krap is. We citeren (tabel 4.3, pagina 100 t/m 102) uit de publicatie van de Hartstichting: *"In de leeftijdsklasse 18-75 jaar hebben naar schatting 1,9 miljoen mensen obesitas, roken bijna 2,5 miljoen mensen, hebben 2 miljoen mensen een verhoogd cholesterol en meer dan 3 miljoen mensen hypertensie"*.

Streng hanteren van de inclusiecriteria door zorggroepen kan hiervoor de oorzaak zijn. In 2016²⁰ heeft InEen in afstemming met ZN de inclusiecriteria voor het zorgprogramma VVR nog eens nadrukkelijk geformuleerd: er moest sprake zijn van (een indicatie voor) medicamenteuze behandeling van hypertensie en/of hypercholesterolemie op grond van de vigerende NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement²¹. Aanwezigheid van een indicatie voor cardiovasculair medicatiegebruik betekent niet dat alle VVR-deelnemers ook werkelijk zulke medicatie gebruiken; er kan door patiëntgebonden voorkeuren, (vermeende) bijwerkingen en interacties met medicatie zijn gestopt of er van zijn afgezien er mee te starten. Ten slotte zijn er door InEen ook generieke exclusiecriteria geformuleerd, die reden kunnen zijn om een patiënt met een behandelindicatie toch niet in het zorgprogramma op te nemen. Tot de laatste categorie (generieke exclusiecriteria) behoren de patiënten met dementie of levensbedreigende ziekte, patiënten die niet gemotiveerd zijn of niet komen opdagen of om andere redenen niet aan het zorgprogramma willen of kunnen deelnemen.

¹⁸ Een zorggroep heeft hier o als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

¹⁹ Hart- en vaatziekten in Nederland 2018. Cijfers over risicofactoren, hartinterventies, ziekte en sterfte. Inhoudsopgave. Hoofdstuk 4 Prevalentie van risicofactoren voor hart- en vaatziekten op basis van het Lifelines cohort. Cijfers over risicofactoren, hartinterventies, ziekte en sterfte. Gepubliceerd onder redactie van Drs. A.R. de Boer, arts Prof. dr. M.L. Bots, arts-epidemioloog Dr. I. van Dis, epidemioloog Dr. I. Vaartjes, epidemioloog Prof. dr. F.L.J. Visseren, internist-vasculair geneeskundige Hartstichting, Den Haag.

²⁰ InEen Transparante Ketenzorg Rapportage 2016 Zorggroepen, pagina 25/90

²¹ Voor mensen <70 jaar is daarbij de SCORE- systematiek leidend. Bij een risico <10%/10 jaar op een cardiovasculair event of overlijden (groen) geldt in principe geen indicatie voor medicatie en dus geen inclusie. Bij een risico 10- 20%/10 jaar op een cardiovasculair event of overlijden (geel) hangt de indicatie voor medicatie en dus ook voor inclusie af van het aanwezig zijn van aanvullende risicofactoren. Bij een risico >20%/10 jaar op een cardiovasculair event of overlijden (rood) is er altijd een indicatie voor medicatie en is er altijd sprake van inclusie.

VVR-patiënten in de tweede lijn

Over de jaren 2014 tot en met 2018 varieerde de gemiddelde prevalentie van patiënten met VVR die in de tweede lijn werden behandeld van 5,9% in 2014 tot 6,4% in 2018²². Hierbij kan gedacht worden aan VVR-patiënten die hun medicatie via de huisarts betrekken maar vanwege atrium-fibrilleren, hartklepstoornissen, hartfalen of familiale hypercholesterolemie tevens onder controle zijn bij de tweede lijn. Ook in de toekomst zal een substantieel aantal VVR-patiënten uit de eerste lijn ook in de tweede lijn worden gezien, ook voor VVR-patiënten zijn er immers verwijzindicaties beschreven in de CVRM richtlijn.

VVR-Patiënten niet in een zorgprogramma

Opvallend is de stijging van de gemiddelde prevalentie van patiënten met VVR die niet in een programma zijn opgenomen van 5,9% in 2014 tot 13,2% in 2018. Dit kan samenhangen met 'inclusieplafonds' opgelegd door de zorgverzekeraars en dat een aantal van hen cardiovasculaire preventie middels VVR zorg niet meer willen gaan vergoeden.

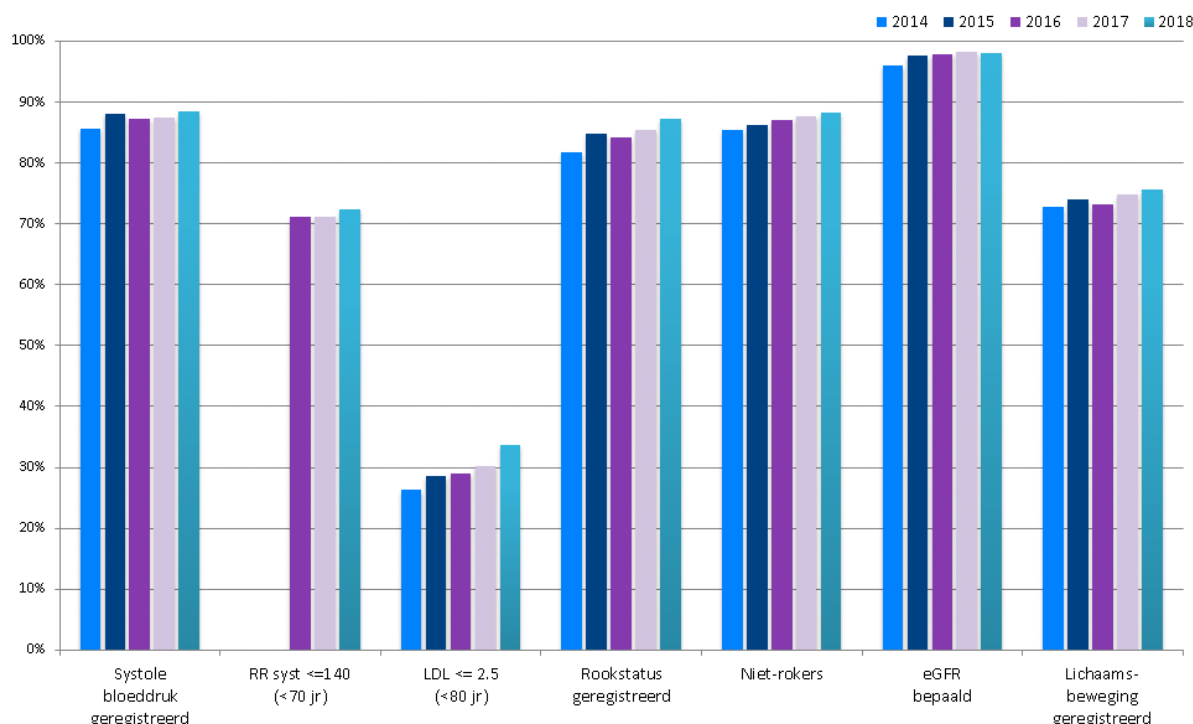
²² Substitutie naar de eerste lijn is een andere discussie. De verzamelde gegevens lenen zich niet om hier betrouwbare uitspraken over te doen.

RESULTATEN VVR-INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een overzicht van de scores op de indicatoren over vijf jaren. De vergelijking betreft alleen diegenen die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma deelnemen. De vorengenoemde 'selectie' van de populatie (mensen die niet aan het zorgprogramma deelnemen) kan een klein deel van de verbeteringen op een aantal indicatoren verklaren.

1. Vergelijking indicatoren VVR over vijf jaren

Grafiek 1: Vergelijking indicatoren over vijf jaren²³



Bij het vergelijken van de belangrijkste indicatoren over de afgelopen vijf jaar is er bij drie *proces-indicatoren* nog sprake van een verbetering; (i) de bepaling van de systolische bloeddruk, (ii) de registratie van de rookstatus en (iii) lichaamsbeweging. De bepaling van de nierfunctie (eGFR) is nu nagenoeg maximaal.

We zien verder voor het vijfde achtereenvolgende jaar een lichte stijging van het aantal niet-rokers; in 2018 nog slechts 12% rokers (landelijk gemiddeld aantal volwassen rokers was in 2018 22%, waarvan 18% dagelijks²⁴). Verder haalt in 2018 34% van de personen jonger dan 80 jaar een LDL-cholesterolstreefwaarde <2,5 mmol/l. Dit was 26% in 2014.

²³ Aangezien de leeftijd bij de indicator systolische bloeddruk ≤140 mmHg twee jaar terug is gewijzigd van 80 naar 70 jaar, is alleen een vergelijking over de laatste drie jaren mogelijk.

²⁴ Bron: CBS <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/12/lichte-daling-aantal-rokers-onder-volwassenen>

Bespreking

De verbeteringen zijn bescheiden, maar wel relevant. Daarnaast is het goed om te beseffen dat onder het gemiddelde doorgaans een grote praktijkvariatie verborgen ligt.

De andere uitdaging voor de komende jaren is om ook de meer geïndividualiseerde persoonsgerichte zorg in beeld te brengen²⁵.

2. Resultaten over 2018 per indicator

Het totaalbeeld wordt inzichtelijk gemaakt in de grafieken in bijlage 3. Daarin staan per indicator de resultaten van elke zorggroep weergegeven. Om een vergelijking mogelijk te maken met het landelijk gemiddelde is er een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.

Toelichting bij de grafieken

Grafiek 1: Prevalentie VVR

De gemiddelde prevalentie van deelnemers met een verhoogd vasculair risico bedraagt bijna 9% in 2018. Dit is ongeveer gelijk aan die van 2017, 2016 en 2015. Er is een grote variatie in de prevalentie van VVR tussen de verschillende zorggroepen. Zorggroepen die duidelijk boven of onder de benchmark scoren zouden na moeten gaan hoe dit is te verklaren en dit in hun jaarverslag opnemen. Als het te maken heeft met terugtrekken van de financiering door zorgverzekeraars kunnen de zorggroepen met hen in gesprek gaan.

Grafiek 2: Percentage VVR-patiënten in zorgprogramma

In 2018 is er sprake van een lichte daling van het percentage VVR-patiënten dat in het ketenprogramma participeert tot onder de 70%, nadat het percentage in de jaren 2015 tot en met 2017 boven de 70% schommelde. De deelname aan dit ketenzorgprogramma stabiliseert kennelijk op gemiddeld circa 70% (er is wel een grote spreiding van circa 25-95% over de zorggroepen). Dit betekent dat gemiddeld nog steeds bijna 30% *geen* programmatische zorg krijgt in de eerste lijn, wat relatief veel is. Zorggroepen zouden kunnen nagaan waaruit deze 30% bestaat; zijn deze patiënten in de 2^e lijn in zorg, zijn het zorgmijders, zijn ze bewust niet geïncludeerd, speelt een opgelegd 'plafond' of de financiering van de verzekeraar een rol?

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

Gemiddeld is bij 88% (spreiding 55%-100%) van de deelnemers in het VVR-programma de bloeddruk gecontroleerd. Dit percentage is al jaren stabiel. Een goede bloeddrukmeting is een basisvoorwaarde in dit zorgprogramma. Waarschijnlijk is het aandeel ambulante metingen toenomen en is het een aanbeveling om al deze bloeddrukmetingen in de registratie mee te nemen, zodat een betrouwbaarder beeld gegeven kan worden van het aantal bloeddrukmetingen wat is verricht. Momenteel wordt namelijk naast de praktijkmeting alleen de thuismeting meegenomen in de benchmark. Zorggroepen die ruim onder het gemiddelde zouden kunnen analyseren welke oorzaken dit heeft en welke mogelijkheden er zijn om dit te verbeteren.

²⁵ Geïndividualiseerde persoonsgerichte zorg: behandelaar spreekt samen met de patiënt af wat de streefwaarden zijn, wat de patiënt met welke hulp (nog) wil bereiken.

Grafiek 4: Percentage VVR-patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten en een systolische bloeddruk ≤ 140 mm Hg heeft

De streefwaarde voor de systolische spreekkamer bloeddruk is ≤ 140 mm Hg (bij mensen jonger dan 70 jaar volgens de nieuwste CVRM richtlijn). De gemiddelde score op deze belangrijke indicator verbetert jaarlijks met één procent punt. In 2018 is deze score 72,3% (spreiding 47-98% over de zorggroepen). In 2015 en 2016 was deze score ongeveer 71%. De stijging is mede gezien de instroom van nieuwe zorggroepen bevredigend. Zorggroepen die onder de benchmark scoren zouden kunnen nagaan hoe dit kan? Hoe zouden ze dit kunnen verbeteren?

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

In de nieuwste NHG-Standaard en CBO-richtlijn CVRM is de streefwaarde voor het LDL $\leq 2,5$ mmol/l voor patiënten jonger dan 70 jaar die cholesterolverlagende medicatie (een statine) nodig hebben en nog geen aangetoonde hart- of vaatziekte hebben. Wij zullen de leeftijdsgrens voor deze indicator volgend jaar aanpassen.

Er treedt ieder jaar nog een verbetering op en in 2018 werd bij ruim 34% (spreiding 18-53%) de streefwaarde gehaald. Zorggroepen die ruim onder de benchmark liggen zouden kunnen nagaan hoe dit komt. Wat zouden ze kunnen aanpakken om dat te verbeteren?

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

Vaker dan in het verleden (2016, 2017) is in 2018 het rookgedrag vastgelegd; bij bijna 90% (spreiding 40 tot 100%). Stoppen met roken is belangrijk en blijft actueel. Ook het vermijden van 2e en 3e hands rook (in kleding/tapijt); vandaar het belang van rookverbod in openbare gelegenheden en niet binnenshuis roken. De zorggroepen die onder de benchmark scoren zouden kunnen nagaan hoe dit komt en wat ze er aan kunnen doen.

Grafiek 7: Percentage VVR-patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode dat rookt

Het aantal rokers (11,7%) in deze groep is in 2018 weer verder gedaald ten opzichte van 2017 (12,4%), 2016 (13%) en 2015 (13,9%), wat goed nieuws is. Zeker ook gezien het landelijk gemiddelde van 22% rokers. Ter vergelijking; het percentage rokers bij mensen in het zorgprogramma HVZ is 16% en bij DM2 (14%).

Grafiek 8: Percentage VVR-patiënten in zorgprogramma bij wie de nierfunctie (eGFR) is vastgelegd in de afgelopen vijf jaar

De nierfunctie gaat achteruit bij hypertensie, maar kan ook verslechteren door gebruik van bepaalde bloeddrukverlagers (diuretica en RAAS-blokkers)). Daarnaast leiden thiazide diuretica tot kaliumverlies en RAAS blokkers tot kaliumsparring. Daarom moet periodiek de nierfunctie en de kaliumspiegel worden bepaald. Een verminderde nierfunctie is een risicofactor voor HVZ. Kennelijk wordt door bijna alle huisartsen en hun POHs bij bijna alle VVR-patiënten routinematig de nierfunctie bepaald. Gemiddeld is bij 99% van alle VVR-patiënten in zorg de nierfunctie bekend. Hier lijkt geen verbetering meer mogelijk.

Grafiek 9: Percentage VVR-patiënten in zorgprogramma bij wie de mate van lichaamsbeweging is vastgelegd

Bij 75,7% 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 iets verminderd maar nog erg groot (variërend van 10-95%). Zorggroepen die onder de benchmark scoren zouden kunnen nagaan hoe dit komt en afspraken maken hoe dit te verbeteren.

RESULTATEN COPD ALGEMEEN

De 105 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2018 met elkaar 128.095 patiënten met COPD in zorg. Dat zijn 1.113 patiënten minder dan 103 zorggroepen een jaar eerder met elkaar in zorg hadden. Mogelijk heeft dit te maken met het beter inkaarten van de populatie. Omdat er steeds meer zorggroepen een programma astma aanbieden is waarschijnlijk een aantal patiënten, dat in vorige jaren in het zorgprogramma COPD meedeelde, nu bij het programma astma ingedeeld. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 106.433 patiënten²⁶ (83%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	105
Aantal zorggroepen van wie populatie bekend is	98
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	120.632
Mediaan	78.688
Minimum	4.404
Maximum	440.352

Het aantal zorggroepen dat cijfers aanlevert over COPD is gestegen van 103 naar 105. Alle groepen bieden minimaal 12 maanden het zorgprogramma aan, de meeste zorggroepen meer dan 4 jaar. Gegevens worden niet geheel eenduidig geregistreerd waardoor er variatie kan optreden in de cijfers. Onderstaande tabel betreft gegevens van het aantal patiënten met COPD, met hoofdbehandelaar specialist en huisarts, en het aantal patiënten niet in programmatische zorg.

Overzicht 2: Verdeling mensen met COPD over zorggroepen

	patiënten met COPD N=100	prevalentie N=96	in zorggroep N=105	% specialist N=99	% niet in programma ²⁷ N=98
gemiddelde	2.349	1,9%	1.220	27,2%	13,0%

²⁶ Twee 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.

²⁷ Een zorggroep heeft hier o als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

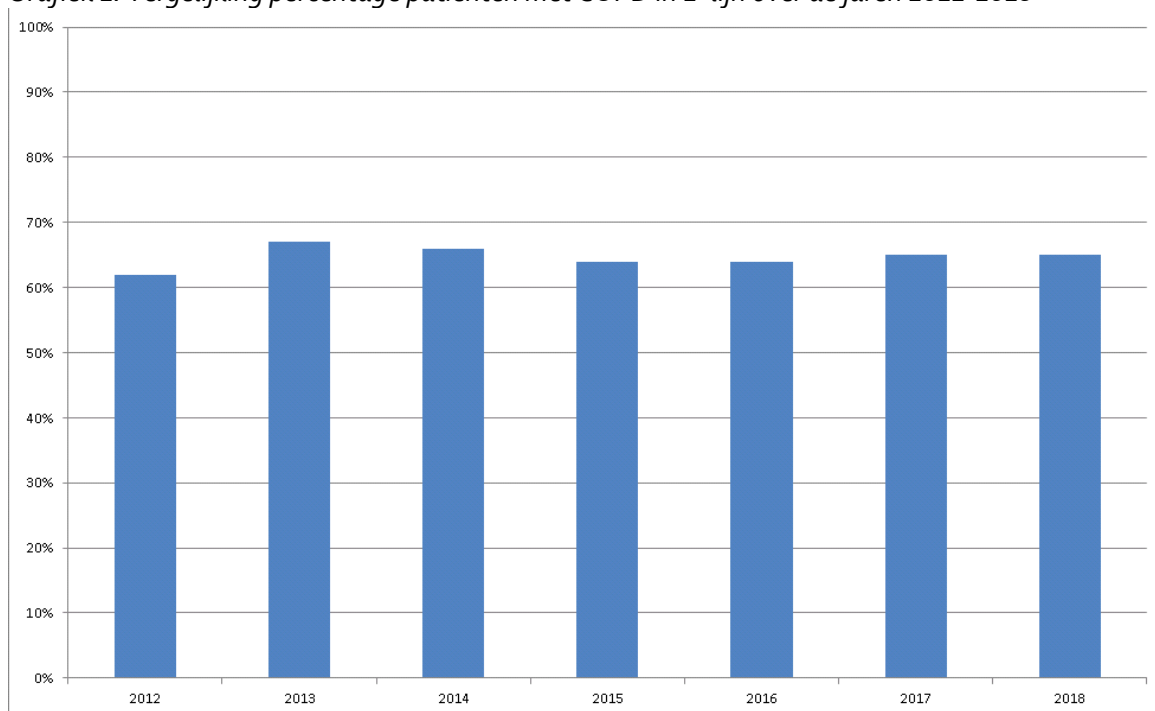
mediaan	1.288	1,9%	683	26,3%	12,5%
minimum	55	0,9%	36	0,9%	0,0%
maximum	11.426	4,3%	5.447	51,4%	42,5%

In 2018 was de prevalentie van COPD met 1,9% iets lager dan de jaren daarvoor (2,0% in 2017 en 2016). De verwachte stijging door vergrijzing van de populatie en toenemend rookgedrag van vrouwen in de afgelopen decennia blijft vooralsnog uit. Mogelijk letten praktijken scherper op diagnostiek en inclusie van patiënten in het zorgprogramma. Bij het invoeren van de nieuwe GLI referentiewaarden is er minder onderdiagnostiek bij jongeren en minder overdiagnostiek bij ouderen. Invoering van de GLI kan hiermee van invloed zijn geweest op de prevalentie. De prevalentie varieert van 0,9-4,3%. Het kan zijn dat sommige zorggroepen een groter aantal oudere patiënten heeft of meer patiënten uit een lager sociaal milieu. Bij de meeste zorggroepen loopt het zorgprogramma inmiddels meer dan 3 jaar, het aantal jaren dat de zorggroep deelneemt aan ketenzorg zal daarmee geen grote rol spelen. Het gemiddelde percentage COPD-patiënten dat door de longarts behandeld wordt, is stabiel over de jaren. Mogelijk dat dit aantal de komende jaren gaat dalen door het afgesloten hoofdlijnenakkoord, waarbij het aantal patiënten in de tweede lijn minder mag toenemen. Het aantal patiënten bij de huisarts zal in lijn daarmee groter worden. De variatie is groot tussen zorggroepen. Het is belangrijk om de redenen hiervan na te gaan. Mogelijk spelen hierbij demografische verschillen, verschillen tussen ziekenhuizen of ernst van de aandoening een rol. Andere factoren die hierbij van belang kunnen zijn, bestaan bijvoorbeeld uit onvoldoende samenwerking, verschil van visie, domeinbelang of oude gewoonten.

Er is een stijgende tendens van het aantal patiënten met COPD dat niet aan ketenzorg deelneemt (12,5% ten opzichte van 11,7% in 2017, 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 multidisciplinaire zorg meer aangeboden hoeft te worden. In deze groep bevinden zich echter ook de 'no show'-patiënten en patiënten met relevante ziektelast die bewust niet deelnemen aan ketenzorg; het zou interessant zijn om hun aandeel in deze groep te kennen en hun argumentatie om van aangeboden multidisciplinaire zorg af te zien te onderzoeken. Het zou ook kunnen dat hier patiënten tussen zitten die primair andere zorg nodig hebben, zoals bijvoorbeeld patiënten met een maligniteit of dementie.

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 konden aanleveren.

Grafiek 1: Vergelijking percentage patiënten met COPD in 1^e lijn over de jaren 2012-2018

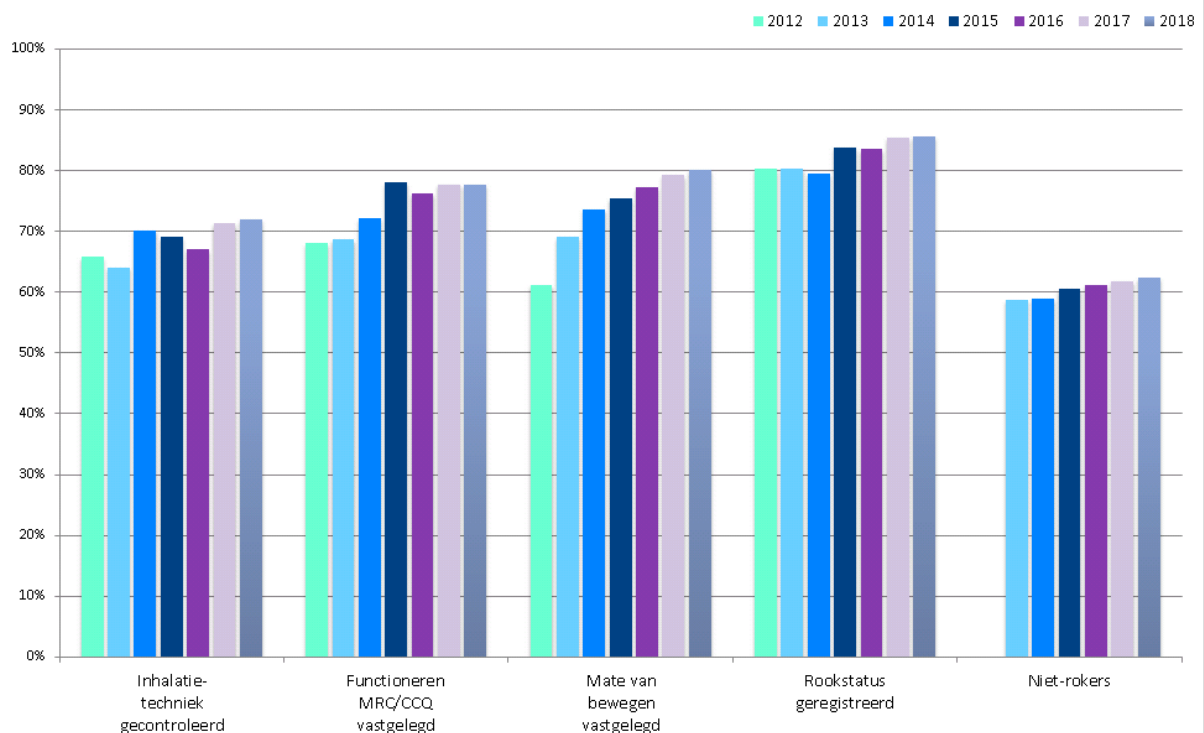


Omdat de optelsom van de percentages van de verschillende groepen (in tweede lijn + in eerste lijn in ketenzorg + in eerste lijn níet in ketenzorg) géén 100% bedraagt moet er nog steeds een groep patiënten zijn bij wie blijkbaar wél de diagnose COPD geregistreerd is maar van wie onbekend is of zij bij de huisarts dan wel bij de longarts bekend zijn. Deze groep is met ca 8% stabiel. Registratie speelt hier zeker ook een rol.

RESULTATEN COPD INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de indicatoren over zeven jaren. Omdat dit jaar evenals de vier voorgaande jaren is gevraagd gegevens aan te leveren over iedereen die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma meedeelde, 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 zeven 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. Wat opvalt is de stijgende aandacht voor beweeg- en rookstatus. Dit zijn belangrijke parameters voor kwaliteit bij patiënten met COPD. Het aantal niet-rokers stijgt geleidelijk en laat een positieve trend zien.

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 met behulp van de programmatische zorg voor COPD-patiënten aan minimale kwaliteitsnormen voldoen, kan de verandering naar verbetering van controle van chronische aandoeningen worden ingezet. Alle onderdelen van de ketenzorg 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 een tool om de ziektelast te meten zoals 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.

Gebruik van deze Ziektelastmeter kan behulpzaam zijn bij 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.

2. Resultaten over 2018 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 2018 was de prevalentie van COPD met 1,9% iets lager dan de jaren daarvoor (2,0% in 2017 en 2016). De verwachte stijging door vergrijzing van de populatie en toenemend rookgedrag van vrouwen in de afgelopen decennia blijft vooralsnog uit. De prevalentie varieert van 0,9-4,3%. Het kan zijn dat zorggroepen onderling een verschil in populatie hebben, bijvoorbeeld een groter aantal oudere patiënten hebben of meer patiënten uit een lager sociaal milieu. De meeste zorggroepen doen meer dan 3 jaar mee, het aantal jaren dat de zorggroep deelneemt aan ketenzorg zal daarmee geen grote rol spelen. 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 aan programmatische zorg deelneemt is met 52% al jaren stabiel. Ondanks dat er meer patiënten in beeld zijn die wél de huisarts als hoofdbehandelaar hebben maar om uiteenlopende redenen níet (meer) gebruik maken van het zorgprogramma, blijft de groep die daar wel gebruik van maakt stabiel. Ruim 7 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 programmatische zorg via zorggroepen in de eerste lijn ontvangt. Daarnaast is er in de eerste lijn een toenemend aantal mensen met COPD dat niet (meer) aan programmatische zorg deelneemt.

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 techniek bij de patiënt plaatsvindt. In 2018 is dit proces gemiddeld bij ruim 70 % van de patiënten uitgevoerd. Best practices laten percentages van 90% zien. Een verklaring van de variatie kan zijn dat zorggroepen afspraken met apotheken hebben gemaakt over deze controles. Allereerst dient vastgesteld te worden hoe vaak per jaar bij verschillende zorgverleners het (aanbieden van) deze controles per jaar optimaal is. 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 of zij ervaart van zijn longziekte. Het dient daarom een vast onderdeel te zijn van de monitoring van COPD-patiënten. Opvallend is dat dit onderdeel zeer frequent wordt vastgelegd, wat erop duidt dat veel zorgverleners dit een goede parameter vinden. Daarnaast valt de zeer grote variatie op. Dit verdient aandacht (naast de variatie binnen de zorggroepen).

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

In 2018 is met 80% 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 van leeftijdsgenoten. Dit heeft nadelige gevolgen voor de conditie en spieropbouw, uiteindelijk leidend tot een vermindering van het inspanningsvermogen en de kwaliteit van leven. Het feit dat veel zorgverleners het gesprek over beweging lijken aan te gaan, is een goede stap richting verandering van gedrag en verbetering van kwaliteit van leven bij COPD. Ook hier valt de grote variatie op.

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 86% van alle patiënten is dit ook gebeurd. Vermoedelijk zal de registratie bij patiënten die al lang niet meer roken wel eens vergeten worden. Indien een patiënt nooit heeft gerookt is het niet nodig deze vraag steeds opnieuw te stellen of aan te vinken.

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

Nog altijd rookt 38% van de COPD-patiënten in 2018. (dit was 38% in 2017, 39% in 2016 en 41% in 2013). Dit is een punt van zorg. Het begeleiden van patiënten bij het stoppen met roken blijft dan ook zeer belangrijk. Immers, als de patiënt blijft roken zal zijn longfunctie versneld achteruit blijven gaan en zal hij sneller in de palliatieve fase van zijn aandoening terecht komen.

Grafiek 8: Percentage COPD-patiënten in zorgprogramma met 2 of meer exacerbaties gebaseerd op de NHG labcode

In 2018 is er bij 8% van alle COPD-patiënten 2 keer of vaker een exacerbatie geregistreerd. Deze indicator is gewijzigd ten opzichte van vorig jaar. Vorig jaar was hij gebaseerd op stootkuren en nu op een NHG labcode. De POH vult die in tijdens een consult als ze aan de patiënt vraagt hoe

vaak die afgelopen jaar een exacerbatie had. Er zijn grote verschillen tussen praktijken en het zou interessant zijn te achterhalen waar deze verschillen op berusten. Het gemiddelde is in beide jaren ongeveer gelijk, maar de grafiek ziet er heel anders uit. Vorig jaar scoorde niemand boven de 20% en nu 8 groepen. Het kan zijn dat dan de berekening niet goed is gedaan (de aantallen opgeteld in plaats van de laatste genomen bijvoorbeeld, in het geval de meting vaker in het jaar voorkomt). Aan de andere kant zijn er 16 groepen met een score 0. Dat is veelal omdat die meting dan helemaal niet wordt verricht.

INNOVATIESET COPD

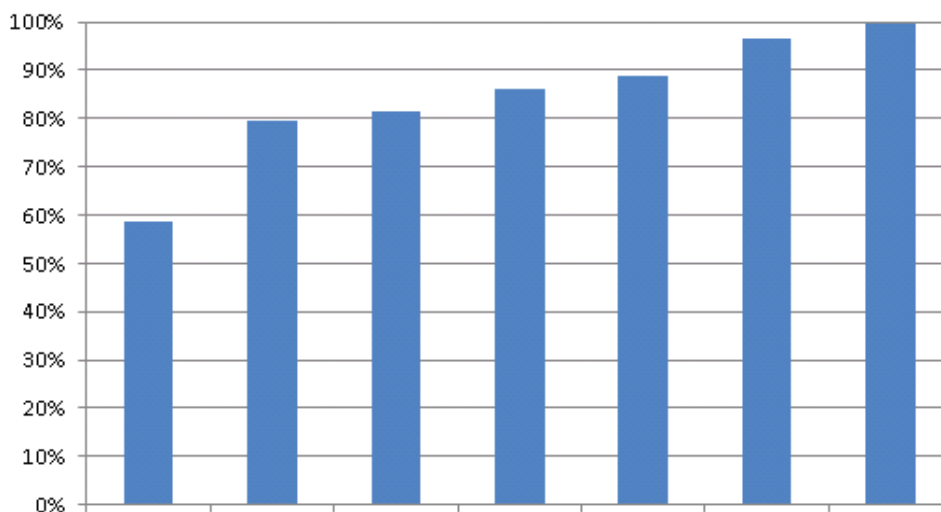
Voor de innovatieset COPD zijn drie indicatoren uit de NHG set diabetes gekozen. De eerste is: % patiënten met COPD heel jaar in zorgprogramma en met registratie ziektelast in de afgelopen 12 maanden, de tweede: % patiënten met COPD heel jaar in zorgprogramma en registratie licht | matig | ernstig.

De ernst van de ziektelast bepaalt het te volgen beleid voor een individuele patiënt en daarnaast ook de monitoringfrequentie en inhoud. Het is daarom essentieel om de ziektelast te bepalen. Er zijn weinig aanwijzingen dat een huisarts duidelijke invloed heeft op de progressie van lichte naar matige ziektelast, of van matige naar ernstige ziektelast. In principe hoort een patiënt met ernstige ziektelast thuis in de tweede lijn en zou de score van deze categorie 0% moeten zijn. Hier kan natuurlijk in overleg met de patiënt wel van af geweken worden.²⁸

De derde is: % patiënten met COPD heel jaar in zorgprogramma met registratie van de BMI in de afgelopen 12 maanden én met registratie 'ongewenst gewichtsverlies' in de afgelopen 12 maanden waarbij BMI < 21 of 'ongewenst gewichtsverlies' met uitkomst 'ja'. Een lage BMI en ongewenst gewichtsverlies wijzen beiden op het (mogelijk) aanbreken van de cachectische fase van COPD en op een matige/ernstige ziektelast.¹

In totaal hebben zeven zorggroepen gegevens aangeleverd voor de innovatieset COPD.

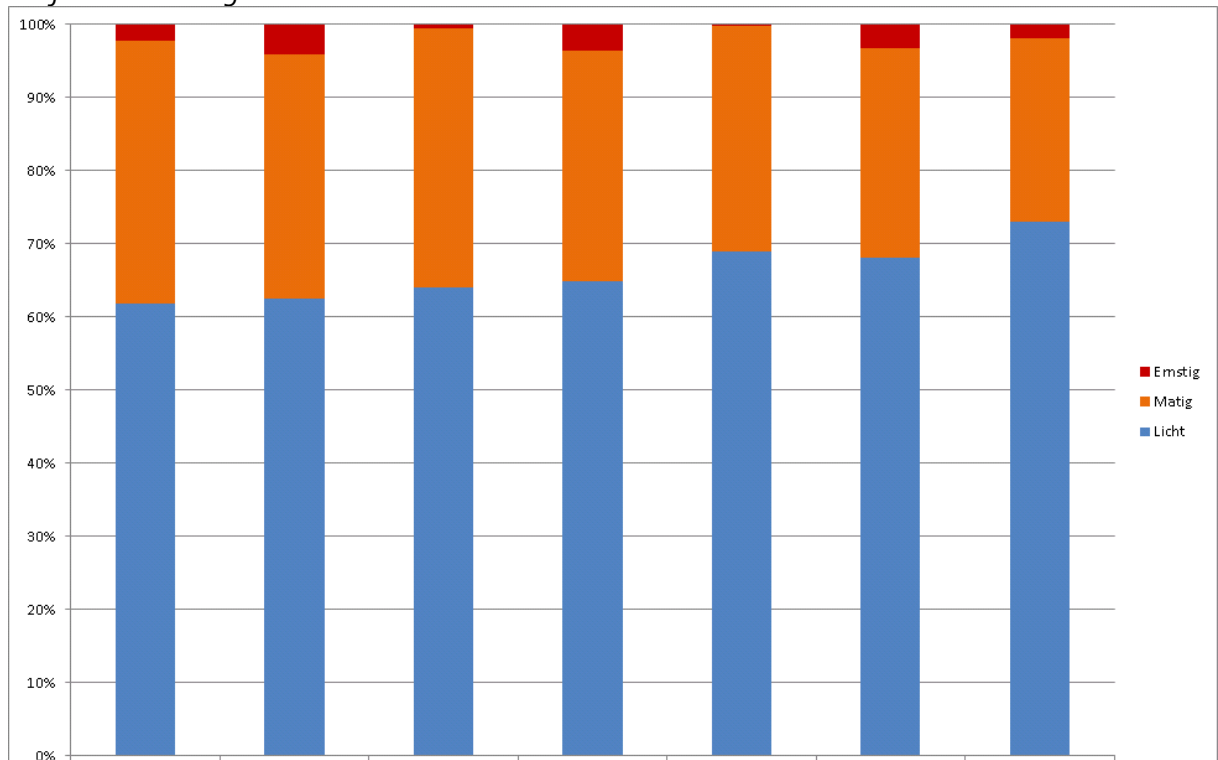
Grafiek 1: Aantal COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie ziektelast is vastgelegd



Zeven zorggroepen hebben aangegeven bij hoeveel patiënten met COPD de ziektelast is vastgelegd. Dit varieert van bijna 60 tot 100%. De ziektelast is een zeer belangrijke parameter voor de patiënt en zorgverlener. Het is een overkoepelende maat voor o.a. luchtwegklachten en aantal exacerbaties, van belang voor inschatting ernst en therapeutische behandeling. Het is hoopgevend dat het mogelijk is om een zeer hoog percentage hiervan vast te leggen.

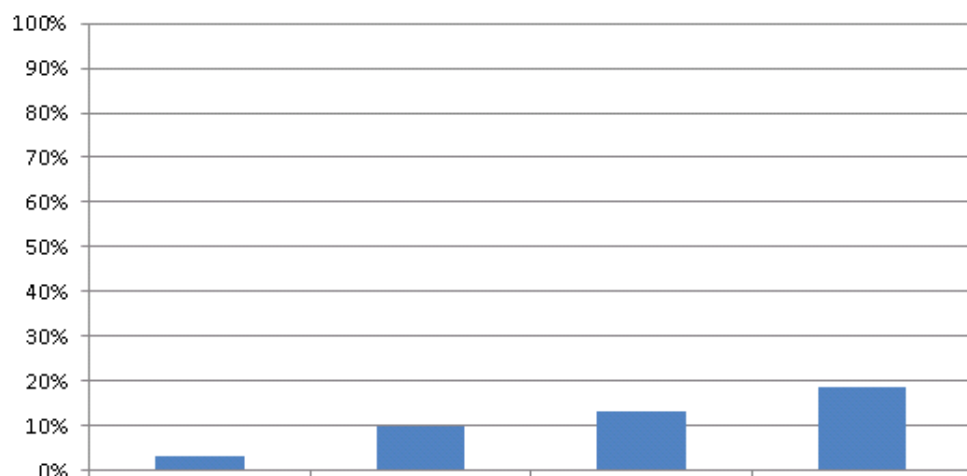
²⁸ https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/images/toelichting_indicatoren_copd-28sep17.pdf

Grafiek 2: Verdeling ziektelast



De ernst van de ziektelast is mooi vergelijkbaar bij deze 7 zorggroepen. 60 % Tot 70 % van de patiënten heeft een lichte ziektelast. Ongeveer 1/3 heeft een matige ziektelast, terwijl minder dan 5% een ernstige ziektelast heeft. Het betreft hier informatie van slechts 7 zorggroepen en geeft daarmee een indicatie van de indeling naar ziektelast van patiënten met COPD in de huisartspraktijk.

Grafiek 3: Aantal COPD patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie BMI EN ongewenst gewichtsverlies is vastgelegd, met BMI onder 21 of ongewenst gewichtsverlies



Bij 4 zorggroepen zijn cijfers over ongewenst gewichtsverlies aangeleverd. De variatie is groot, van 1% tot bijna 20%. Door de lage aantallen kunnen we alleen een heel voorzichtige interpretatie geven. Een BMI onder de 21 wijst op een te laag gewicht of onbedoeld afvallen. Dit kan komen door bijvoorbeeld te weinig inname door dyspnoe, vermoeidheid of depressieve klachten. Het kan ook zijn dat er meer voeding nodig is bijvoorbeeld bij versnelde stofwisseling door inflammatie. Als ongeveer 1 op de 10 patiënten een te laag gewicht heeft of ongewenst gewichtsverlies is het belangrijk met deze patiënten op zoek te gaan naar de redenen hiervoor. Bij een goed voedingsplan kan een diëtiste gespecialiseerd in COPD een rol spelen. Daarnaast is het van belang voeding aan te passen aan de hoeveelheid beweging en oefentherapie bij de fysiotherapie.

RESULTATEN ASTMA ALGEMEEN

De 57 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2018 met elkaar 92.132 patiënten met astma in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 69.708 patiënten²⁹ (76%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Populatie van aanleverende zorggroepen

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Aantal zorggroepen	57
Aantal zorggroepen van wie populatie (16 jaar en ouder) bekend is ³⁰	48
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	84.378
Mediaan	64.386
Minimum	3.629
Maximum	358.242

Het aantal zorggroepen dat cijfers aanlevert over astma is gestegen van 48 naar 57. Twaalf 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 over zorggroepen

	patiënten met astma N=53	prevalentie N=47	in zorggroep N=57	% specialist N=51	% niet in programma ³¹ N=49
gemiddelde	4.902	6,5%	1.616	10,2%	20,0%
mediaan	2.938	6,6%	1.090	8,1%	15,5%
minimum	194	1,2%	73	1,4%	0,1%
maximum	18.091	11,9%	6.996	66,1%	49,9%

²⁹ Drie groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum.

³⁰ Sommige groepen konden de populatie niet uitsplitsen naar leeftijd en hebben de totale populatie aangeleverd.

³¹ Een zorggroep heeft hier o als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

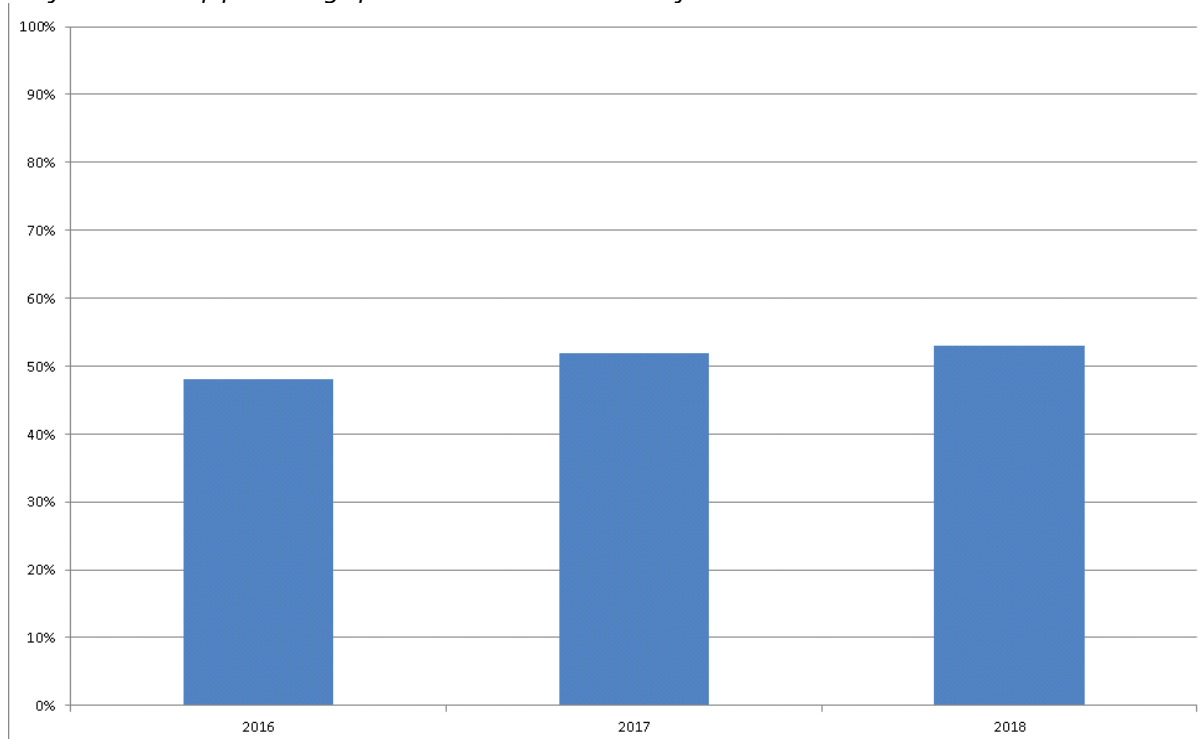
Het aantal zorggroepen dat programmatische astma-zorg uitvoert neemt toe, maar is nog laag vergeleken met het aantal zorggroepen dat programmatische COPD-zorg uitvoert. Mogelijk speelt hier het terughoudende beleid van sommige zorgverzekeraars om de DBC astma te contracteren een rol in. Hoewel beiden 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 uitermate belangrijk dat iedereen programmatische en anticiperende zorg kan krijgen, die leidt tot verbetering van 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. Het is nodig dat alle patiënten de keus krijgen deel te nemen aan ketenzorg. Een deel van de patiënten zal mogelijk wel minder gemotiveerd zijn om te komen als zij weinig last ervaren van hun astma.

De gemiddelde prevalentie van astma is met 6,5% hoger dan landelijke bronnen melden (www.volksgezondheidenzorg.nl en www.nivel.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. Het zou goed zijn een andere studie naar deze grote variatie te doen. 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 de diagnostiek (en inclusie) exact kunnen worden beschreven en gemonitord.

Niet alle astmapatiënten behoeven (continue) programmatische zorg. In 2018 is het aantal patiënten dat bij de huisarts bekend is met astma, maar geen ketenzorg krijgt, hoger dan vorig jaar (gem 16,6% in 2018). Anders dan bij COPD heeft een deel van de patiënten met astma slechts incidenteel last van hun ziekte en zullen daarom niet altijd een indicatie voor inhalatiecorticosteroïden-onderhoudstherapie hebben. Zij voldoen hiermee op dat moment niet aan de inclusiecriteria voor ketenzorg. Het is een uitdaging de hele groep in beeld te houden en de vinger aan de pols te houden wie wel of niet programmatische zorg nodig heeft. Ook hier is het van belang verder na te gaan waarom er zo'n grote variatie is tussen zorggroepen onderling, en binnen 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 drie jaren. Voor deze vergelijking hebben we alleen zorggroepen 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: Verloop percentage patiënten met astma in 1^e lijn



Van alle bekende astmapatiënten wordt 54% behandeld door de huisarts; omdat slechts 10% de longarts als hoofdbehandelaar heeft, is van 36% nog onbekend wie hun behandeling uitvoert. Zelfs als een praktijk is gestart met ketenzorg astma kan het nog geruime tijd duren voor de zorg beter op orde is. Het gaat om veel patiënten die in drukke praktijken opgeroepen moeten worden, een complete registratie door zorgverleners is pittig, en er moet voldoende capaciteit zijn met betrekking tot praktijkruimte en praktijkondersteuners. Het feit dat er een geleidelijk stijgende lijn is in het aantal geregistreerde astmapatiënten is een positief teken.

Deze grafiek onderstreept het belang van de benchmark astma; we kijken hier namelijk ook aan tegen verschillen in registratie. Er moeten landelijk afspraken komen over definities. Hierbij kan gedacht worden aan het volgende: wat doen we met klinisch astma dat nooit is bevestigd door spirometrie en/of hyperreactiviteit? Is bij alle twijfelgevallen wel een histamine provocatie test gedaan? Wat wordt geregistreerd als een patiënt met astma een tijdlang geen klachten geeft? Hoe laten we dat terugkomen in de registratie? Van belang voor behandeling is de registratie van verschillende fenotypen. Heeft een patiënt bijvoorbeeld allergisch astma of late adult onset astma, of een dubbel diagnose?

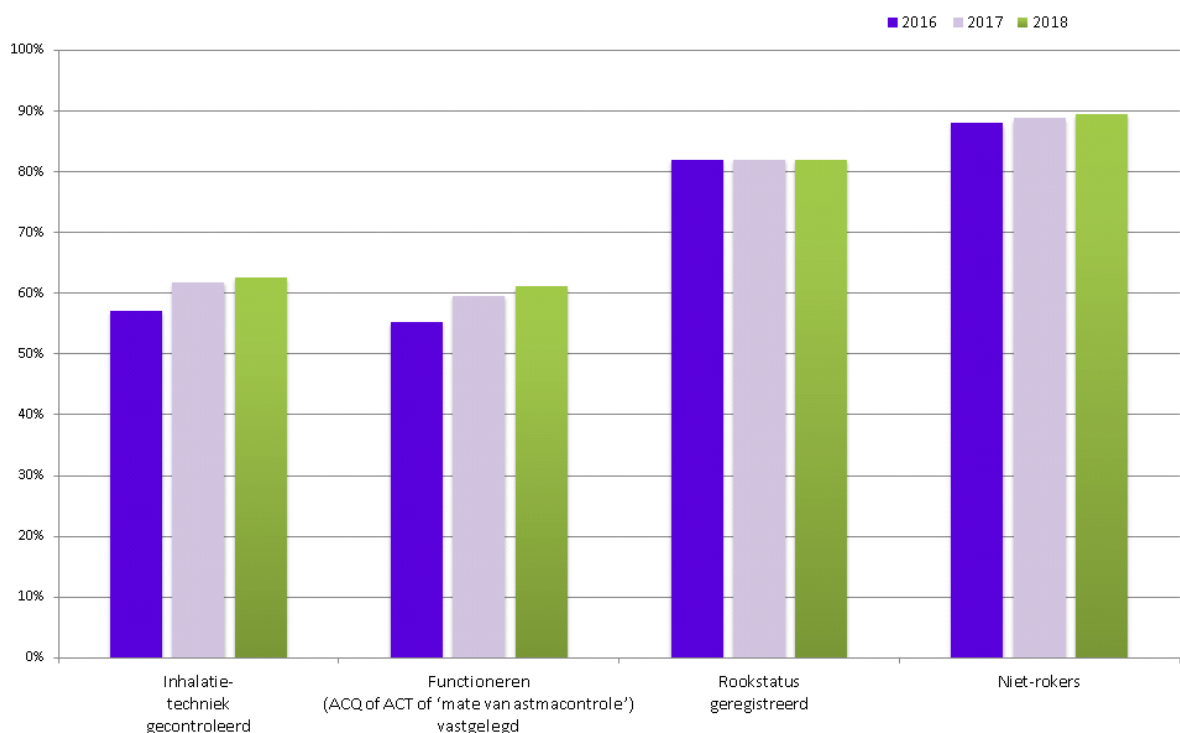
Er is veel variatie tussen registratie van zorggroepen onderling en binnen zorggroepen. Redenen te meer om dit nu op te pakken.

RESULTATEN ASTMA INDICATOREN

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

1. Vergelijking indicatoren astma over drie jaren

Grafiek1: Vergelijking indicatoren over drie jaren



Er is een positieve tendens te zien in registratie van alle indicatoren. 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 – wederom 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 geregistreerd. Tevens kan de zorgverlener geen gegevens noteren als een patiënt geen afspraak maakt, maar wel onder de ketenzorg valt. Opvallend is dat de rookstatus niet toeneemt. Mogelijk heeft dit met de plek in HIS of KIS van het registreren te maken. Het aantal niet-rokers stijgt heel langzaam, net als bij COPD.

Alleen het gemiddelde geeft niet veel informatie. Het zou interessant zijn om voor een volgend jaar de variatie binnen de zorggroepen en tussen zorggroepen in beeld te krijgen: best practices en onderpresteerders.

Daarnaast kan de fysieke contactfrequentie bij astma laag zijn en/of onderhevig aan seizoensinvloeden. Aan de fysieke contactfrequentie zijn veel checks en indicatoren gehangen. Met de digitalisering kan dit heel anders worden. En met persoonsgerichte zorg en zelfmanagement. Het wordt heel interessant om met de digitalisering van persoonsgebonden zorg te kijken hoe de programmatische zorg zich kan doorontwikkelen, ook over de grens van fysieke controles en een jaar in zorg heen.

2. Resultaten over 2018 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 astmapatiënten

De gewogen prevalentie van astma was in 2018 6,2%, een stijging ten opzichte van 2017 (5%) en 2016 (4,8%). Deze getallen liggen 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 onderdiagnostiek beïnvloed kunnen zijn. Het lijkt reëel dat deze programmatische zorg die pas sinds enkele jaren loopt, de registratie bevordert en de hogere prevalentie dichtbij de waarheid ligt. Tegelijkertijd is er een onverklaarbaar grote variatie. Dat dient nader onderzocht. Zeker ook de extremen aan beide zijden: hoe valide is de diagnostiek, inclusie hoe is de populatie, hoe verhoudt zich dat tot COPD?

Grafiek 2: Percentage astmapatiënten in zorgprogramma

Van alle astmapatiënten nam 32 % in het afgelopen jaar deel aan programmatische zorg. Dit percentage is ongeveer gelijk gebleven ten opzichte van 2017. 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. Het dient nader onderzoek of deze patiënten toch op en of andere manier opgenomen zouden moeten worden in het zorgprogramma. Zorggroepen met langere ervaring met programmatische zorg laten na jaren een inclusiepercentage van circa 40% zien. Opvallend is dat bij een deel van de zorggroepen dit percentage veel hoger wordt en het is de vraag of al deze patiënten ICS gebruiken of dat deze zorggroepen andere inclusiecriteria handhaven. Ook hier is het noodzakelijk de grote onderlinge variatie nader te onderzoeken.

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

In 2018 werd net als in 2017 bij 62% van de astmapatiënten in het zorgprogramma de inhalatietechniek gecontroleerd. 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. Zorggroepen dienen de huisartsen en praktijkondersteuners te instrueren dat zij de 'TIP' bij ieder consult ter sprake moeten brengen: Therapietrouw, Inhalatietechniek en Prikkelreductie. Helaas is er niet overal een transmuraal dossier en wordt er soms met de apotheek afgesproken dat zij de inhalatie-instructie doen, maar kan de terugrapportage ontbreken. Ook kan inhalatie-instructie worden gedaan door een eerstelijns longverpleegkundige die niet in het HIS kan. Ook hierdoor kan onder-registratie ontstaan.

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

Bij meer dan 60% van de astmapatiënten werd het functioneren besproken en geregistreerd met een astmacontrole vragenlijst (stijging ten opzichte van 2016 en 2017). 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 verbeteren van de controle over de ziekte, waarbij de patiënt zo min mogelijk klachten ervaart, een goede longfunctie behoudt en geen exacerbaties doormaakt, afgewogen tegen de bijwerkingen van medicatie.

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

Bij 82% van de astmapatiënten werd in 2018 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. Ook is de effectiviteit van luchtwegmedicatie verlaagd bij doorroken. We vermoeden echter dat bij een aantal astmapatiënten van wie bekend is dat ze nooit gerookt hebben de verslaglegging hiervan soms vergeten wordt. Het is daarbij de vraag of het eenmalig vastleggen van 'nooit roken', automatisch wordt meegenomen naar op-eenvolgende jaren.

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

Het percentage actuele rokers onder de astmapatiënten bedroeg in 2018 10%. Dit is 2% lager dan in 2017, 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. Het motiveren en begeleiden van het stoppen met roken 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, die ooit hebben gerookt, minstens één keer per jaar over de betekenis van roken voor hun ziekte gesproken wordt en de motivatie tot stoppen gepeild wordt.

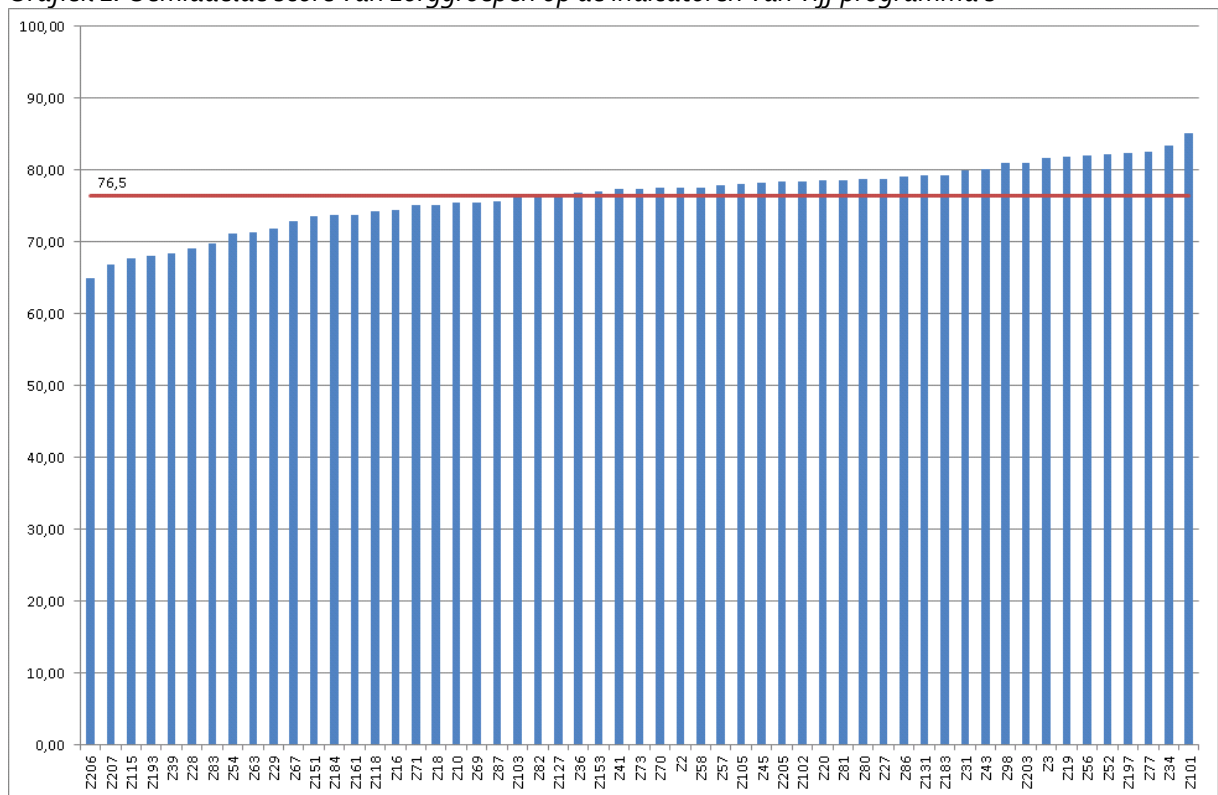
PROGRAMMA OVERSTIJGENDE INDICATOREN

In dit hoofdstuk zijn indicatoren opgenomen die over de programma's heen kijken. De eerste betreft de gemiddelde score van groepen die voor alle vijf programma's data hebben aangeleverd. Zo kunnen zij zichzelf vergelijken met andere groepen wat betreft de totaalscore. Verder hebben we een vergelijking gemaakt tussen de verdeling in eerste versus tweede lijn over de vijf programma's en hebben we bekeken of er een trend zichtbaar is in de afgelopen drie jaar. Tot slot geven we een vergelijking in de LDL waarden in de programma's diabetes, HVZ en VVR.

1. Gemiddelde score van zorggroepen op de indicatoren van vijf programma's

In grafiek 1 zijn de somscores zichtbaar van alle indicatoren van de vijf zorgprogramma's. Hierbij zijn de behaalde waarden van de indicatoren –zowel proces als uitkomst- per zorggroep bij elkaar opgeteld en gedeeld door het totaal aantal indicatoren. Alle indicatoren zijn zodanig bepaald dat geldt: hoe hoger, hoe beter. Zo is de indicator percentage rokers omgezet naar percentage niet rokers. Theoretisch kan deze score maximaal 100% zijn. Dat zou betekenen dat alle procesindicatoren 100% zijn geregistreerd, er niemand rookt en iedereen een bloeddruk en LDL op streefwaarde heeft. Deze 100% score is natuurlijk niet realistisch en ook niet wenselijk, maar gezien het grote aantal procesindicatoren geeft een hoge score wel blijk van goed geregelde zorgprocessen. Deze grafiek is alleen gemaakt voor zorggroepen die over alle vijf zorgprogramma's cijfers hebben aangeleverd.

Grafiek 1: Gemiddelde score van zorggroepen op de indicatoren van vijf programma's

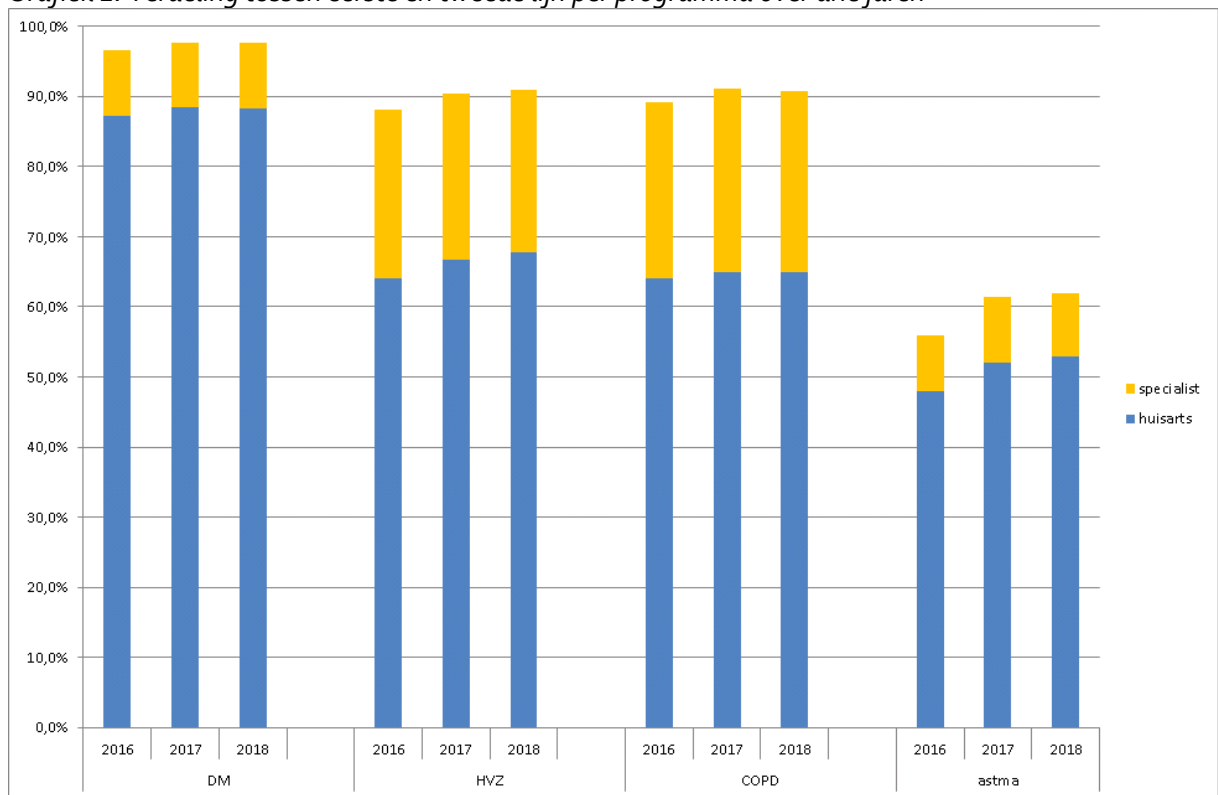


Zorggroepen die in deze grafiek laag scoren, zouden zich moeten verdiepen in de vraag hoe dit kan. Wat is de oorzaak? Wat kan er aan gedaan worden. Een lage score betekent in dit geval dat een zorggroep gemiddeld een lage score heeft over alle zorgprogramma's. Je verwacht dat praktijkvariatie (populatiekenmerken) zich uitmiddelt. Zo kan het inclusiebeleid, financiering door de zorgverzekeraars en de mate waarin er sprake is van gedeelde besluitvorming samen met de patiënt van invloed zijn. Toch denken wij dat er sprake zal zijn van ongewenste praktijkvariatie. Dat vraagt om gericht kwaliteitsbeleid van de betreffende zorggroepen. Op LINK staan adviezen voor een mogelijke aanpak van deze ongewenste praktijkvariatie.

2. Verschil in verdeling eerste en tweede lijn tussen de programma's

In grafiek 2 staat het percentage in eerste versus tweede lijn, berekend aan de hand van de cijfers die de zorggroepen daarover aanleverden. De totale kolom geeft het percentage aan van patiënten bij wie de hoofdbehandelaar bekend is. Bij diabetes ligt dat percentage eind 2018 op 98%. Dat betekent dat bij slechts 2% van de mensen met een diagnose diabetes type 2 (geregistreerd onder ICPC T90.02) geen hoofdbehandelaar staat geregistreerd. Bij HVZ en COPD geldt dat nog voor 10% en bij astma voor 38%.

Grafiek 2: Verdeling tussen eerste en tweede lijn per programma over drie jaren



De percentages hoofdbehandelaar bekend stijgen nog elk jaar in alle vier programma's.

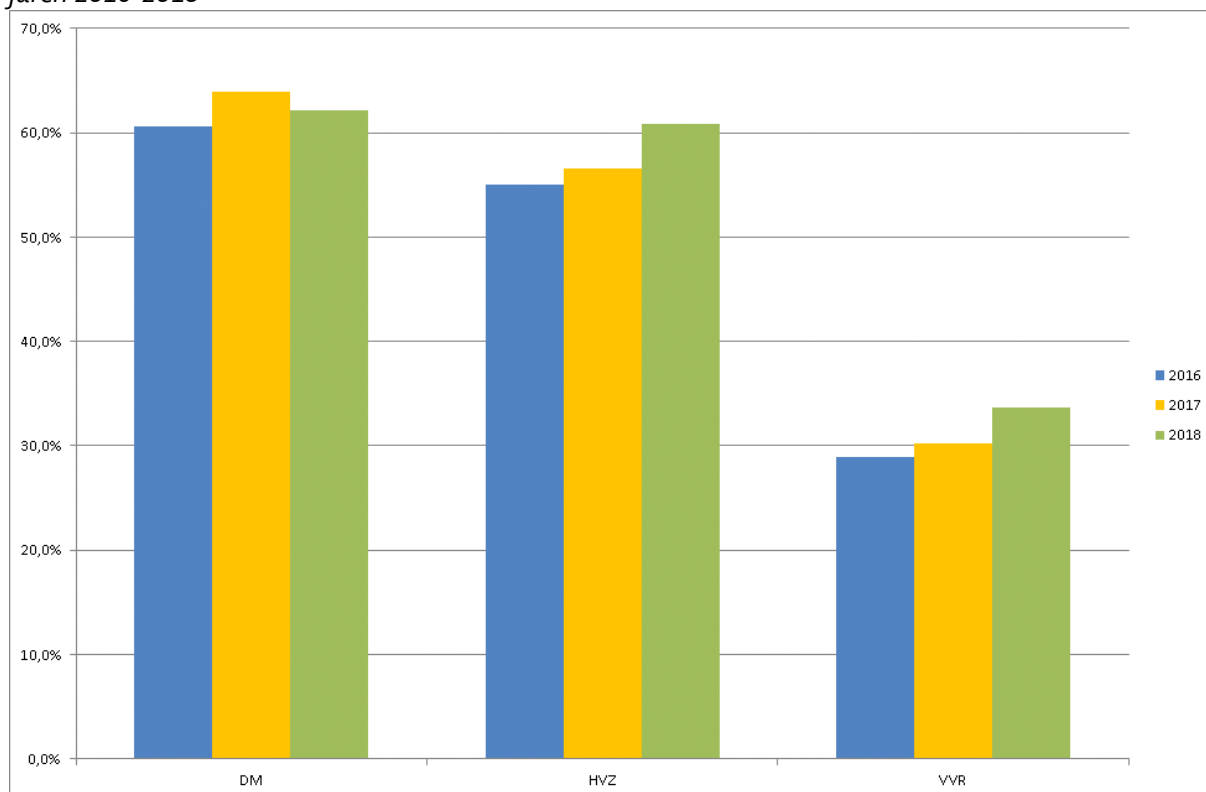
De onderverdeling tussen behandeling in eerste en tweede lijn verschuift door de jaren ook licht in de richting van meer patiënten in de eerste lijn. Het aandeel tweedelijns patiënten is nog het hoogst bij COPD en HVZ, maar bij HVZ neemt dat ook elk jaar iets af.

Het is belangrijk dat zorggroepen nagaan waarom nog zo'n groot deel van de patiënten met een bepaalde aandoening geen registratie hoofdbehandelaar heeft.

3. LDL op streefwaarde in zorgprogramma diabetes, HVZ en VVR

Grafiek 3 toont het percentage patiënten < 80 jaar met een LDL-cholesterol $\leq 2,5$ mmol/l (de toenmalige streefwaarde). Dit is weergegeven over de jaren 2016, 2017 en 2018 voor de zorgprogramma's Diabetes Mellitus type 2 (DM), hart- en vaatziekten (HVZ) en verhoogd vasculair risico (VVR).

Grafiek 3: LDL ≤ 2.5 mmol/l bij mensen <80 jaar bij de zorgprogramma's DM, HVZ en VVR over de jaren 2016-2018



Voor patiënten met diabetes en HVZ geldt dat bij ruim 60% (bijna 2 op de 3) van de deelnemers aan de zorgprogramma's de streefwaarde is gehaald, terwijl dit bij VVR bij 33% (1 op de 3) het geval is. Bij HVZ en VVR ligt het percentage in 2018 duidelijk hoger dan in voorgaande jaren en voor het zorgprogramma HVZ ligt het percentage dat de streefwaarde haalt daarmee nagenoeg gelijk aan diabetes.

Een relevante verlaging van het LDL-cholesterol zónder het halen van de streefwaarde geeft ook een verbetering van het risicoprofiel en daarmee tot een verlaging van de kans op een (nieuwe) cardiovasculaire aandoening. Het alleen registreren van het percentage mensen dat de streefwaarde haalt komt daarom maar deels overeen met het totale effect van behandeling met cholesterolverlagende medicatie. Pas als het percentage patiënten bekend is dat een cholesterolverlagend medicijn gebruikt (naast 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.

Welke factoren verklaren het robuuste verschil tussen patiënten met diabetes en HVZ enerzijds en met VVR anderzijds?

Mogelijk kan dit verklaard worden doordat in de huisartsenpraktijk de zorgprogramma's diabetes en HVZ langer bestaan dan dat van VVR: patiënten met diabetes en HVZ krijgen al langer goed geprotocolleerde zorg. Tevens speelt een rol dat patiënten in de zorgprogramma's diabetes en HVZ een 'hardere' indicatie hebben voor behandeling met een statine, waarmee zij een grotere kans hebben de LDL-streefwaarde te halen. Patiënten in het VVR-zorgprogramma

hadden in verleden een minder harde indicatie voor een statine, vanwege een hogere streefwaarde. Ook kan meespelen dat in de tweede lijn bij patiënten met een (nieuwe) HVZ vrijwel altijd gestart wordt met een statine, terwijl bij VVR huisarts en patiënt samen de voor- en nadelen afwegen, waarbij veel patiënten er (vooralsnog) niet voor kiezen een statine te starten. Hierbij speelt een rol dat bij VVR (primaire preventie) zich nog geen morbiditeit heeft voorgedaan. Het is bekend dat patiënten na een HVZ-event meer bereid zijn om direct met secundaire preventie met medicatie te starten.

De grafiek is inzichtelijk, roept vragen op, en daarmee handvatten om het cardiovasculair risicomanagement binnen deze groepen te verbeteren.

PILOT GERAPPORTEERDE PATIËNTERVARINGEN (PREM)

In 2018 is een pilot met patiënt enquêtes uitgevoerd. Het betreft de vragenlijst die is ontwikkeld voor het meten van patiëntervaringen onder patiënten die gebruikmaken van chronische zorgprogramma's: de PREM³² chronische zorg. De PREM chronische zorg bestaat uit 14 ervaringsvragen die 11 subdomeinen beslaan:

- Bejegening/Communicatie
- Informatie/voorlichting/advies
- Clientgerichtheid
- Gezamenlijke besluitvorming (3x)
- Samenwerking en afstemming tussen zorgverleners
- Behandeling
- Begeleiding
- Nazorg (2x)
- Organisatie
- Zorg op maat
- Deskundigheid en kennis

IQ Healthcare heeft de analyse van de pilot uitgevoerd met als doel de PREM chronische zorg te evalueren ten aanzien van onder andere respons, discriminerend vermogen en verbeterpotentieel. Daarnaast zijn de ervaringen van patiënten en ketenzorgorganisaties met de PREM vragenlijst in kaart gebracht.

Resultaten pilot PREM algemeen

Aan de pilot deden 12 zorggroepen mee. De netto respons (ingevulde vragenlijsten) varieerde van 13,7% tot 41,5% tussen de zorggroepen. De groep respondenten was vaker man en minder vaak vertegenwoordigd in de hoogste leeftijdsgroep. De Net Promotor Score was 26 en het rapportcijfer was gemiddeld 8,2. Hiermee is de chronische zorg over het algemeen goed beoordeeld. Verder bleek dat de verdiepende vragen in geval van een negatief oordeel door patiënten interessante aanknopingspunten bevatten voor kwaliteitsverbetering.

Algemene conclusie pilot PREM Chronische Zorg

De algemene conclusie van de evaluatie is dat de PREM chronische zorg goed discrimineert en verbeterpotentieel laat zien. Ten aanzien van de responspercentages bestaat aanzienlijke variatie tussen ketenzorgorganisaties. Het werven van patiënten en praktijken voor deelname aan de PREM Chronische Zorg verliep bij het merendeel van de deelnemers goed. Bij enkele organisaties verliep dit proces minder voorspoedig. Factoren die als belemmerend zijn ervaren zijn de samenwerking met het meetbureau en de communicatie rondom het in werking treden van de AVG.

Uitgebreide informatie over de evaluatie is te lezen in het rapport.

³² Patient Reported Experience Measure

Presentatie van de geaggregeerde resultaten in het benchmarkrapport

Van de 12 zorggroepen die meededen aan de pilot hebben er 9 toestemming gegeven om hun gegevens te presenteren in een onderlinge benchmark. De presentatie in dit rapport is anoniem. Daarom staan er niet de gebruikelijk Z-codes bij de grafieken, maar is er een willekeurige PR-code toegekend aan elke zorggroep.

Toelichting bij de grafieken

Het totaalbeeld wordt inzichtelijk in de grafieken in bijlage 6. Daarin staan per vraag de resultaten van elke zorggroep weergegeven. Om een vergelijking mogelijk te maken is er een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.

Grafiek 1: Ik kan de [zorgverlener] de vragen stellen die ik wil

Bijna alle respondenten geven aan dat ze aan de zorgverlener de vragen kunnen stellen die ze willen. Een kanttekening die we hier willen plaatsen is dat opvallend veel patiënten als zorgverlener de huisarts in gedachte hadden, terwijl ze voor hun chronische aandoening door de praktijkondersteuner worden gezien. Er is op dit item nauwelijks verschil tussen de groepen onderling: de percentages lopen van 94,4 tot 97,7%.

Grafiek 2: De [zorgverlener] legt begrijpelijk uit

Ook hier geldt dat bijna alle respondenten aangeven dat de zorgverlener begrijpelijk uitlegt. Het is niet bekend of de patiënt bij deze vraag ook daadwerkelijk de zorgverlener waar hij of zij wordt gezien voor zijn chronische aandoening in gedachte had. Op dit item scoren de zorggroepen vrijwel gelijk: van 96 tot 96,3%.

Grafiek 3: De [zorgverlener] heeft belangstelling voor mijn persoonlijke situatie

De verschillen tussen de zorggroepen die aan de pilot hebben deelgenomen zijn bij deze vraag groter dan bij de voorgaande vragen (van 82,7 tot 91,4%). Mogelijk scoren zorggroepen die werken volgens de principes van persoonsgerichte zorg hier beter dan groepen die dat (nog) niet doen. Het verschil kan ook te maken hebben met de lage respons bij sommige zorggroepen. De respondenten vormen wellicht geen goede afspiegeling van de totale groep patiënten in het zorgprogramma.

Grafiek 4: Ik bespreek samen met de [zorgverlener] waar ik aan wil werken (doelen)

Gemiddeld geeft iets meer dan 80% van de respondenten aan dat ze samen met de zorgverlener de doelen bespreken waar ze aan willen werken. Dit percentage ligt in zijn geheel lager dan bij de voorgaande indicatoren. Hier lijkt dus voor alle zorggroepen verbeterruimte, maar er zijn ook onderlinge verschillen. De percentages lopen uiteen van 75,5 tot 88,8%.

Grafiek 5: Ik heb toegang tot mijn individueel zorgplan

Meer dan de helft (67,1%) van de patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld, geeft aan toegang te hebben tot het individueel zorgplan. Het gemiddelde percentage ligt lager dan bij de vorige indicator. Hier is voor iedereen ruimte voor verbetering. De spreiding tussen zorggroepen is hier groter dan bij de vorige indicatoren (van 58,4 tot 78,5%). Het is niet helemaal duidelijk wat dit precies betekent. De deelnemende zorggroepen hebben namelijk bij de evaluatie aan IQ Healtcare aangegeven dat hun patiënten aangeven dat het taalgebruik van de vragenlijst moeilijk was. Als patiënten eigenlijk niet begrijpen wat hier met een individueel zorgplan wordt bedoeld, maar wel deze vraag beantwoorden, kan dat een vertekend beeld opleveren.

Grafiek 6: De behandeling van de zorgverleners sluit goed op elkaar aan

Gemiddeld geeft 86.1% van de patiënten aan dat de behandeling van de zorgverleners goed op elkaar aansluit. Groepen aan de onderkant (percentages van 79.7 tot 90.1%) kunnen op dit aspect van de zorg verbetering bereiken. Onduidelijk is op welke zorgverleners het antwoord op deze vraag betrekking heeft (de vraagstelling is op dit punt niet eenduidig). Het is hierdoor niet mogelijk om te achterhalen tussen welke zorgverleners de behandeling niet aansluit.

Grafiek 7: De [zorgverlener] houdt in de gaten hoe het met mijn gezondheid gaat

Ook hier zijn verschillen tussen de zorggroepen (percentages van 77,1 tot 91.6%). De respondenten van zorggroep PR3 geven het meest aan dat de betreffende zorgverlener in de gaten gaat hoe het met de gezondheid van de patiënt gaat. Zij zijn het meest positief op dat gebied.

Grafiek 8: De [zorgverlener] geeft mij advies over hoe ik gezond kan leven

Gemiddeld geeft 90% van de respondenten aan dat de zorgverlener adviezen geeft over hoe gezond te leven (percentages van 79 tot 93.5%). De respondenten van zorggroep PR9 zijn hier het meest positief op dit gebied, gevolgd door die van PR3.

Grafiek 9: De [zorgverlener] geeft mij informatie over wat ik kan doen als mijn klachten veranderen

Gemiddeld geeft 88% van de totale respondenten aan dat de zorgverlener de informatie geeft over wat ze kunnen doen als de klachten veranderen (percentages van 80,8 tot 90.8%).

Grafiek 10: De [zorgverlener] overlegt met mij over het bijstellen van de behandeling/het advies (doelen en acties/individueel zorgplan)

Ook hier zien we verschillen tussen de zorggroepen (percentages van 79,4 tot 89.3%). De respondenten van zorggroep PR9 geven het meest aan dat de zorgverleners overleggen over het bijstellen van de behandeling. De respondenten van PR11 geven het minst aan dat de zorgverleners het bijstellen van de doelen/acties bespreken. Het is opvallend dat deze vraag positiever wordt beantwoord dan de vraag over het individueel zorgplan (zie toelichting bij grafiek 5). Mogelijk is de vraagstelling herkenbaarder.

Grafiek 11: Ik weet met wie ik contact kan opnemen met vragen over mijn chronische ziekte

Meer dan 90% van de respondenten geven aan dat ze weten met wie ze contact kunnen opnemen met vragen over hun chronische ziekte. Hier is weinig variatie tussen zorggroepen; de percentages lopen van 91.6 tot 94.6%. De respondenten hadden bij de beantwoording van de vragenlijst de mogelijkheid om te kiezen uit vier chronische aandoeningen: Diabetes, Astma, COPD en CVRM, waarbij ze slechts 1 antwoord konden kiezen. In de praktijk hebben patiënten vaak meerdere chronische aandoeningen. Het is niet bekend of patiënten met meerdere chronische aandoeningen, alleen een specifieke zorgverlener in gedachte namen voor een bepaalde chronische aandoening.

Grafiek 12: Ik krijg van de [zorgverlener] een behandeling en/of advies waar ik wat mee kan

Gemiddeld geeft 88.8% van de respondenten aan dat ze van de zorgverlener een advies krijgen waar ze wat mee kunnen. Een mooi resultaat dat nog enige ruimte voor verbetering laat. De percentages lopen van 85,3 tot 91%.

Grafiek 13: Ik heb vertrouwen in de deskundigheid van de [zorgverlener]

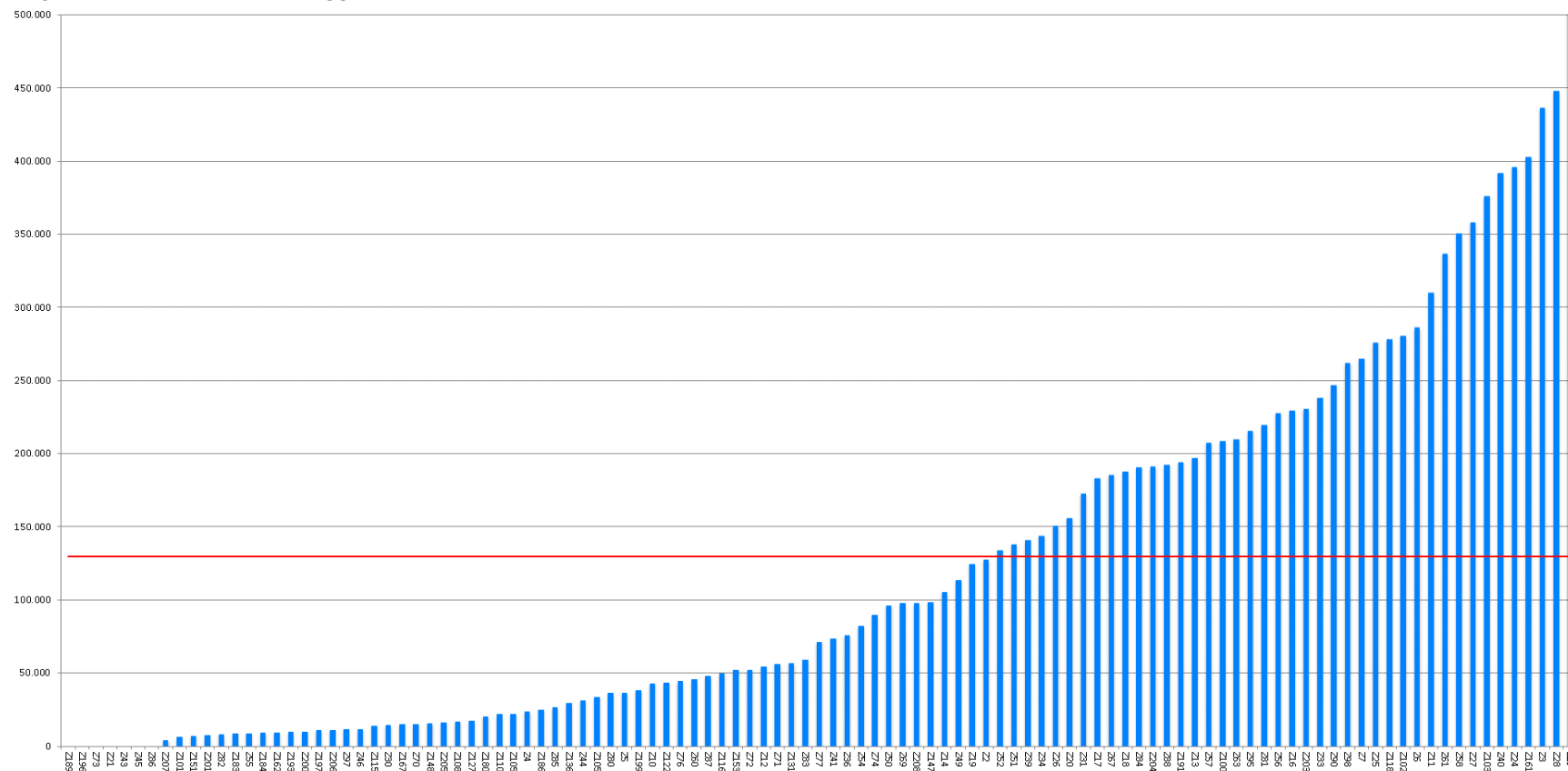
Gemiddeld geeft 93.7% van de respondenten aan vertrouwen te hebben in de deskundigheid van de zorgverlener. Een positieve score! De percentages lopen van 92.2 tot 94.8%.

Grafiek 14: Met de hulp van de [zorgverlener] kan ik beter omgaan met mijn chronische ziekte

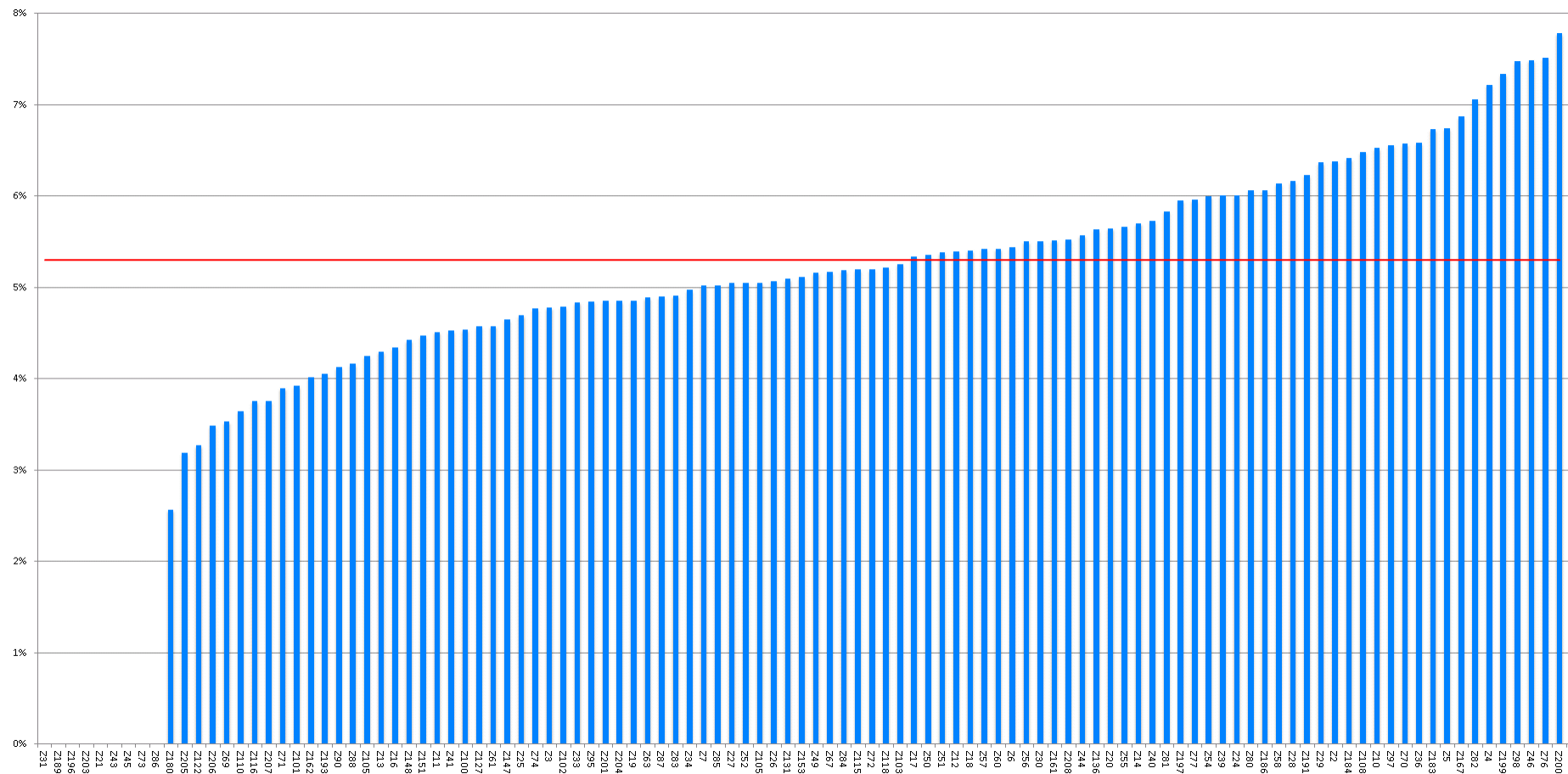
Op deze vraag zien we weer een grotere spreiding in percentages dan bij voorgaande vragen: van 72.3 tot 84.9%. Gemiddeld is 80.2% van de respondenten van mening dat ze met de hulp van de zorgverlener beter kunnen omgaan met hun chronische ziekte. Hier is dus ook nog iets meer ruimte voor verbetering dan bij de vraag over de bruikbaarheid van de verstrekte adviezen (zie toelichting bij grafiek 12).

BIJLAGE 1 GRAFIEKEN DIABETES

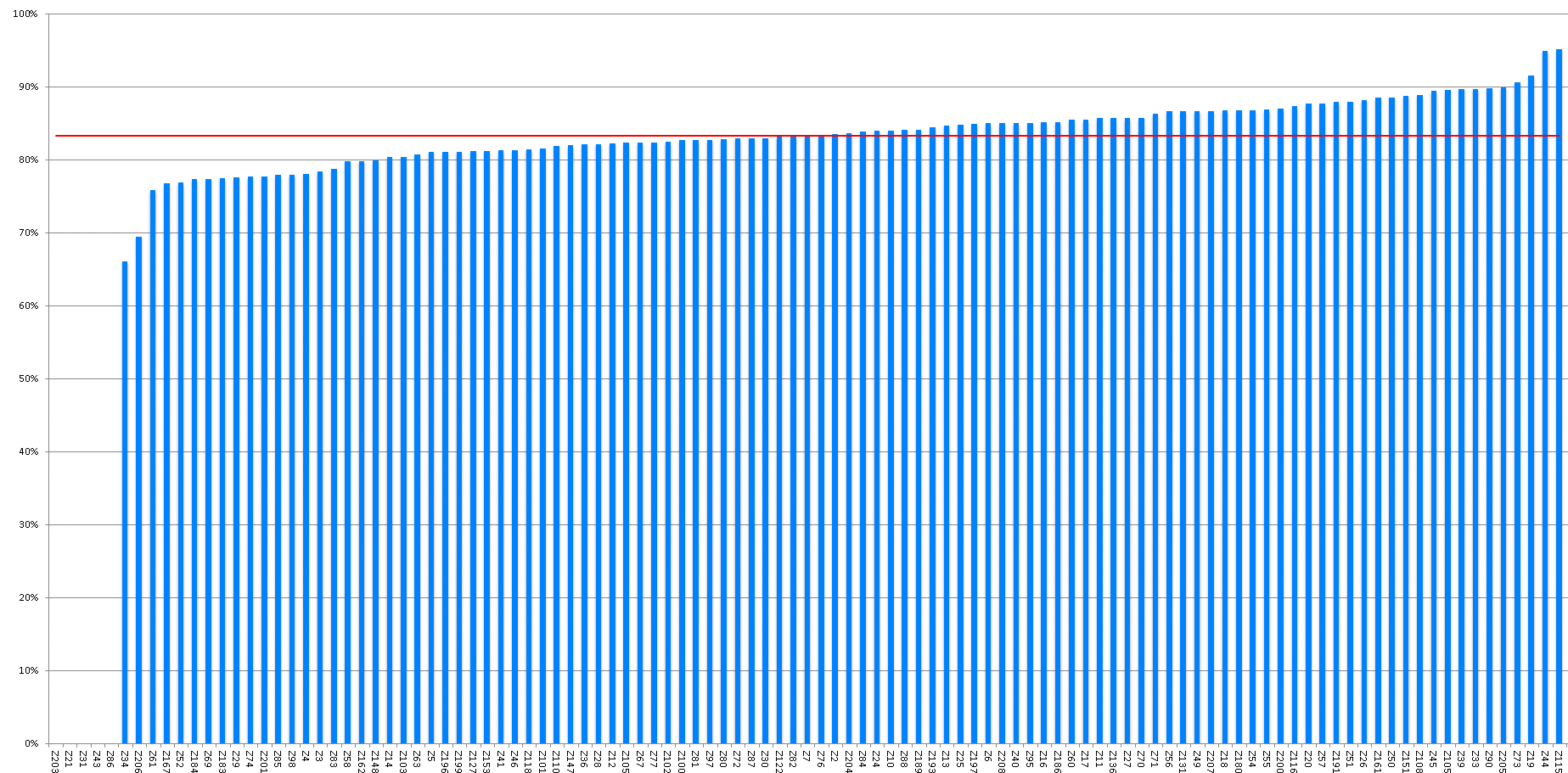
Grafiek 1: Totale populatie zorggroepen



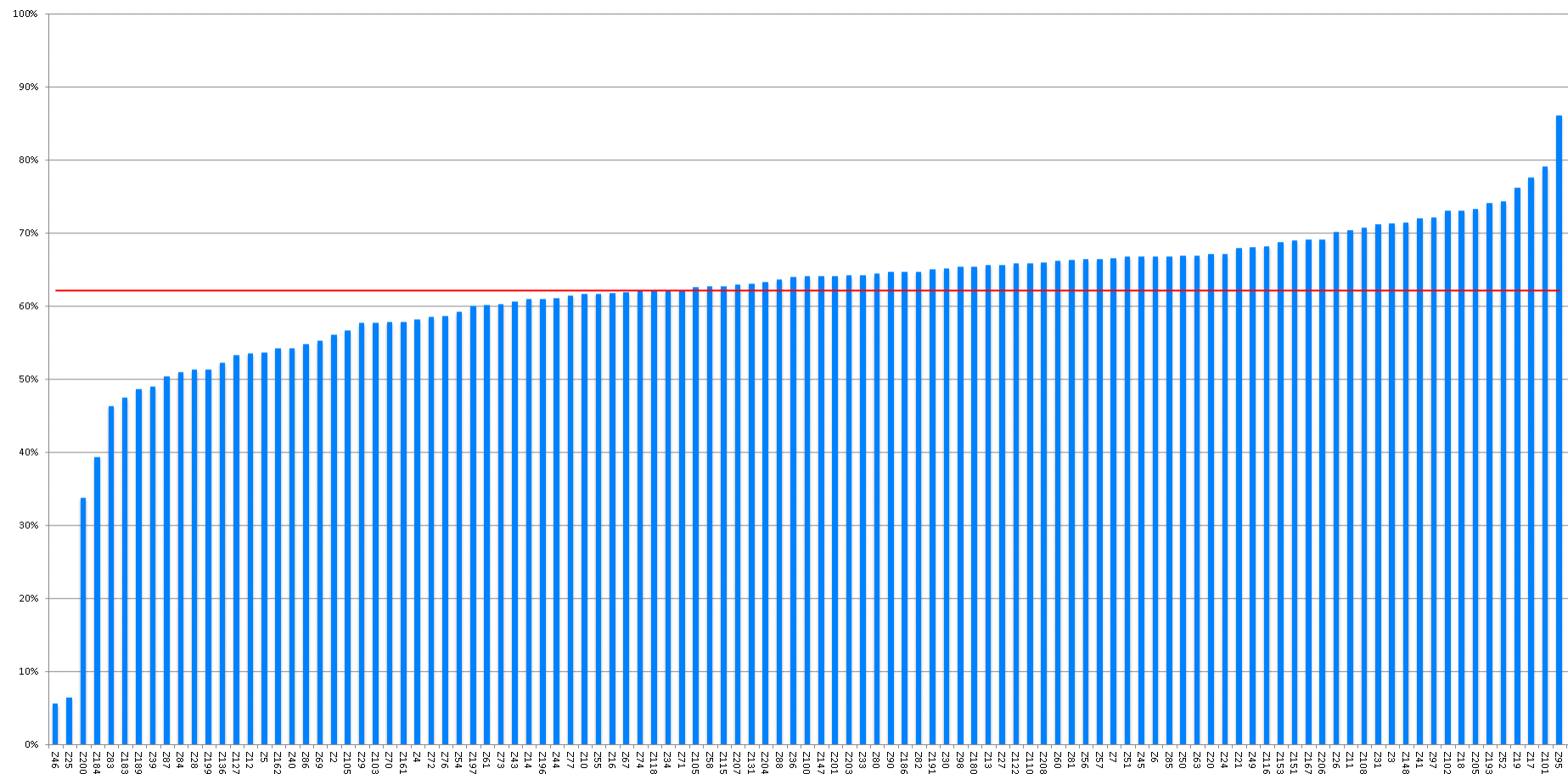
Grafiek 2: Prevalentie diabetes



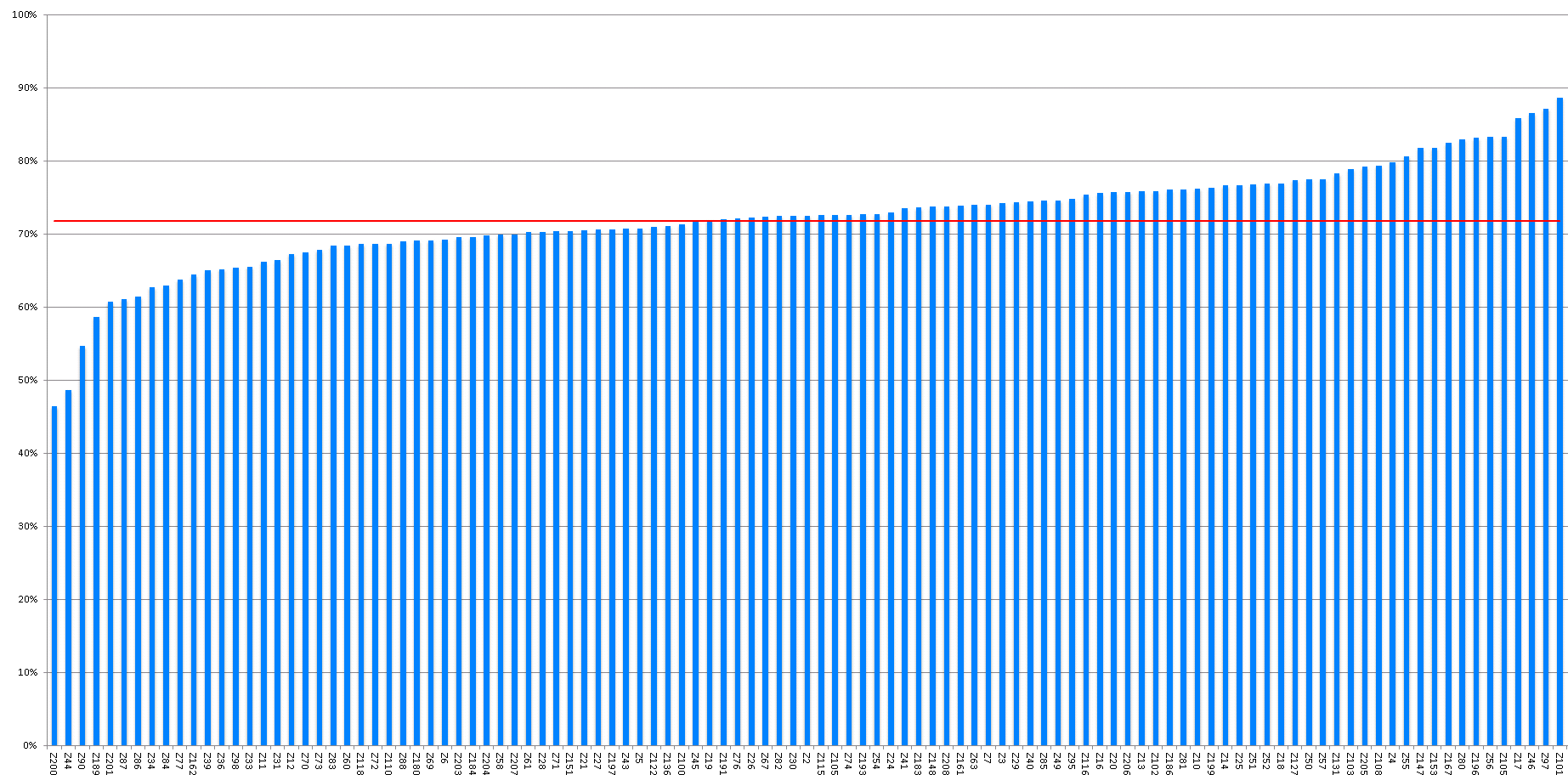
Grafiek 3: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma



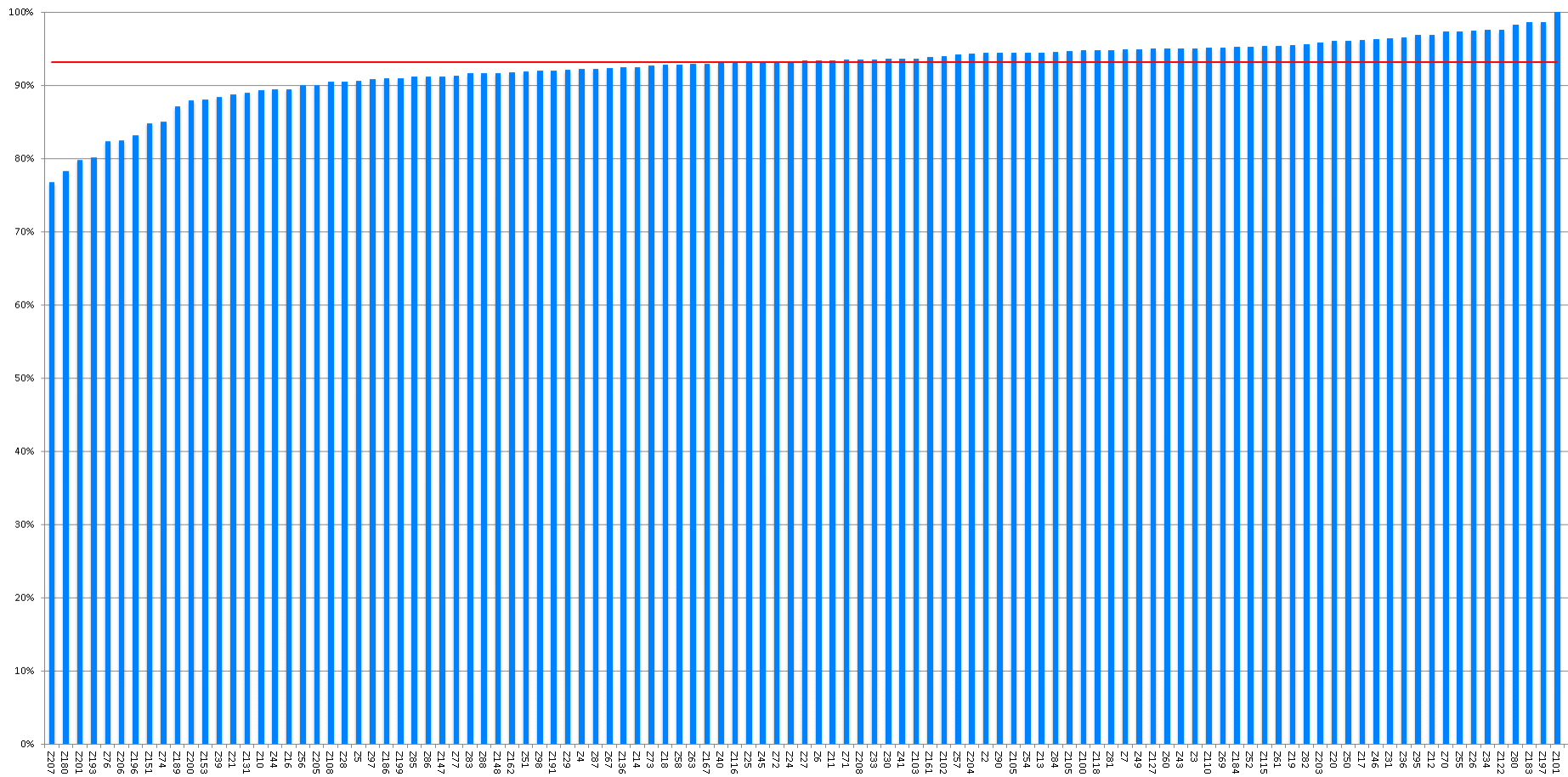
Grafiek 4: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde $\leq 2,5$ mmol/l



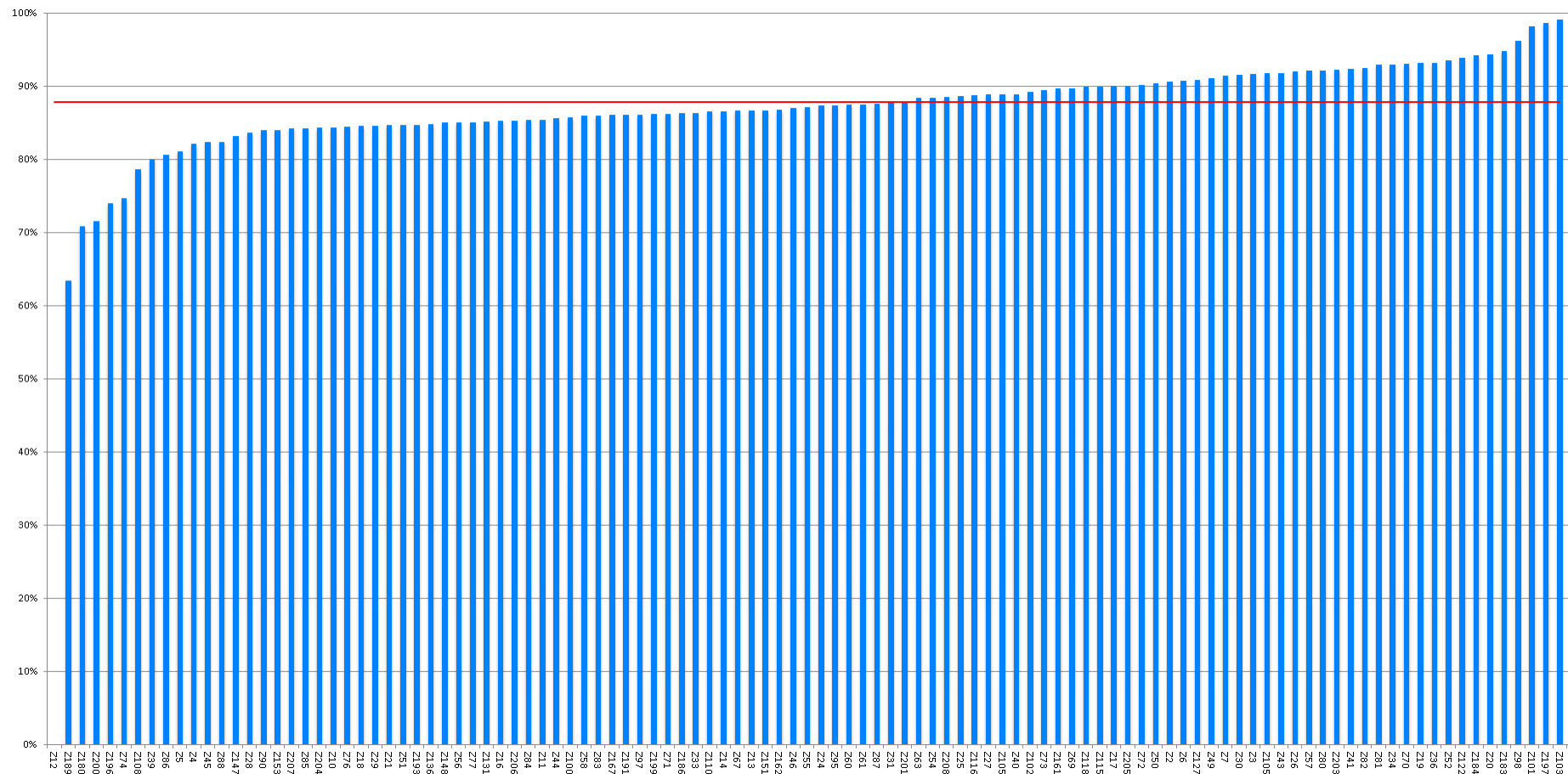
Grafiek 5: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt



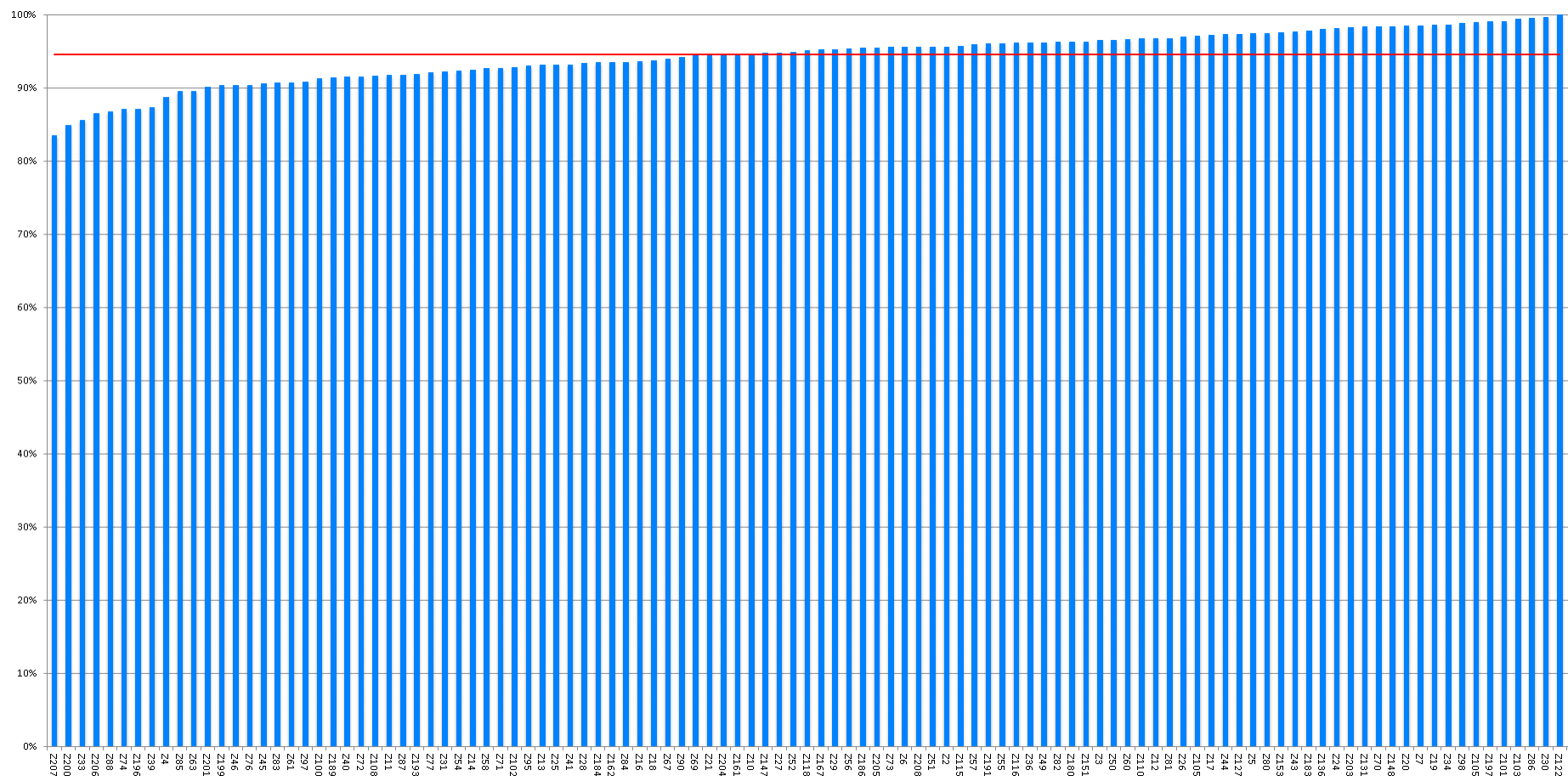
Grafiek 6: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de eGFR is geregistreerd



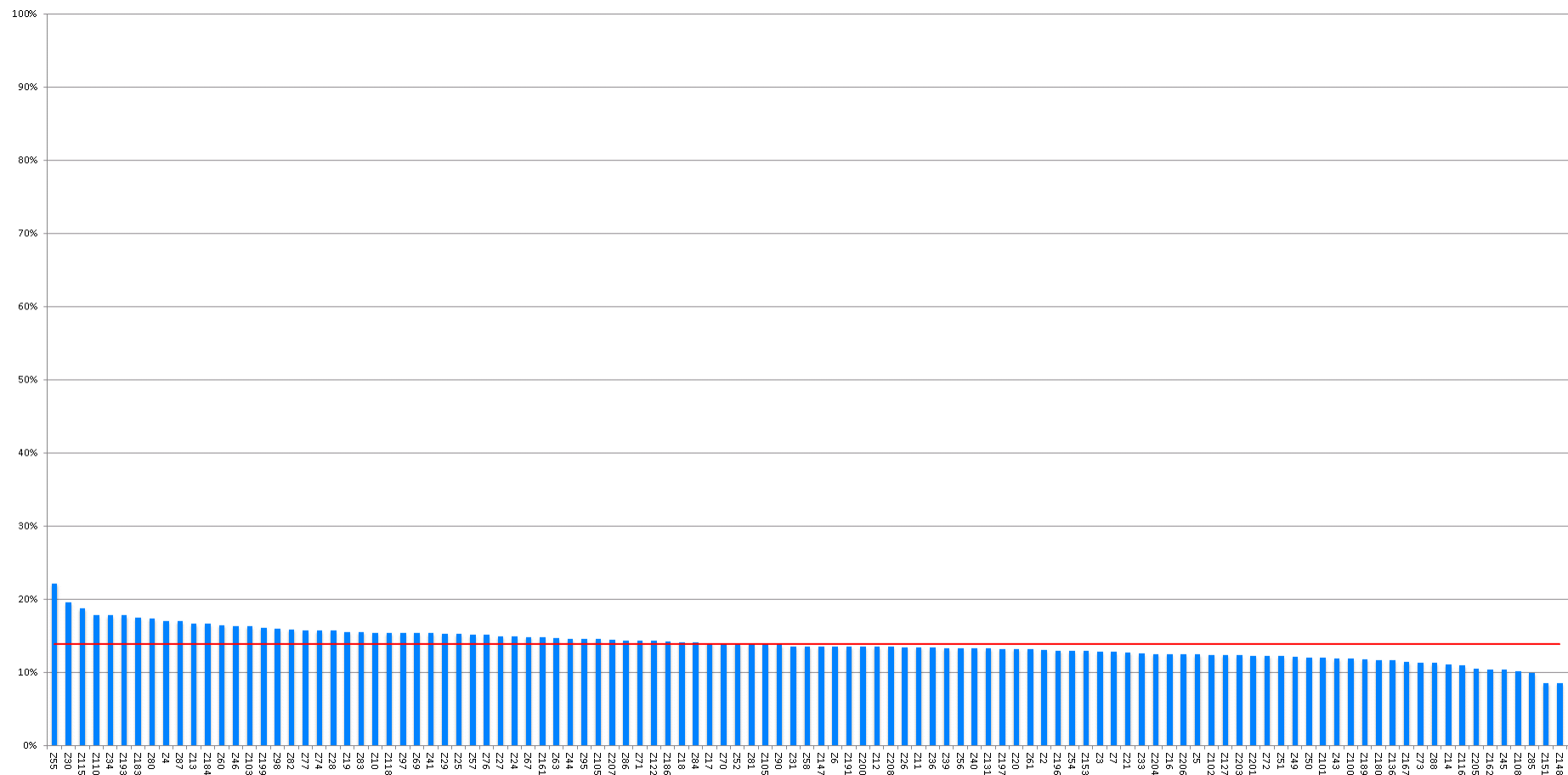
Grafiek 7: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met urineonderzoek (porties) op albumine of albumine/creatinine ratio



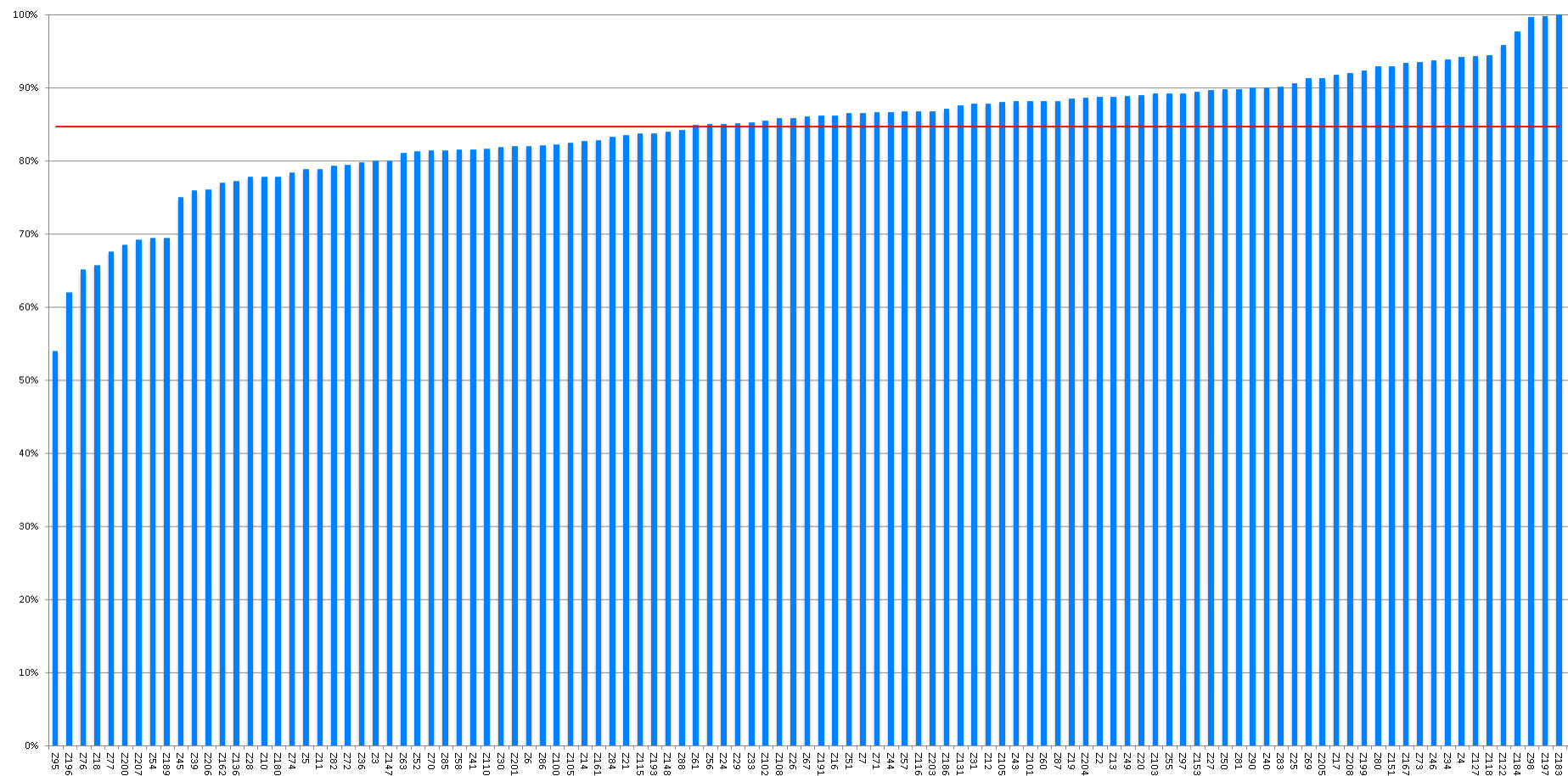
Grafiek 8: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



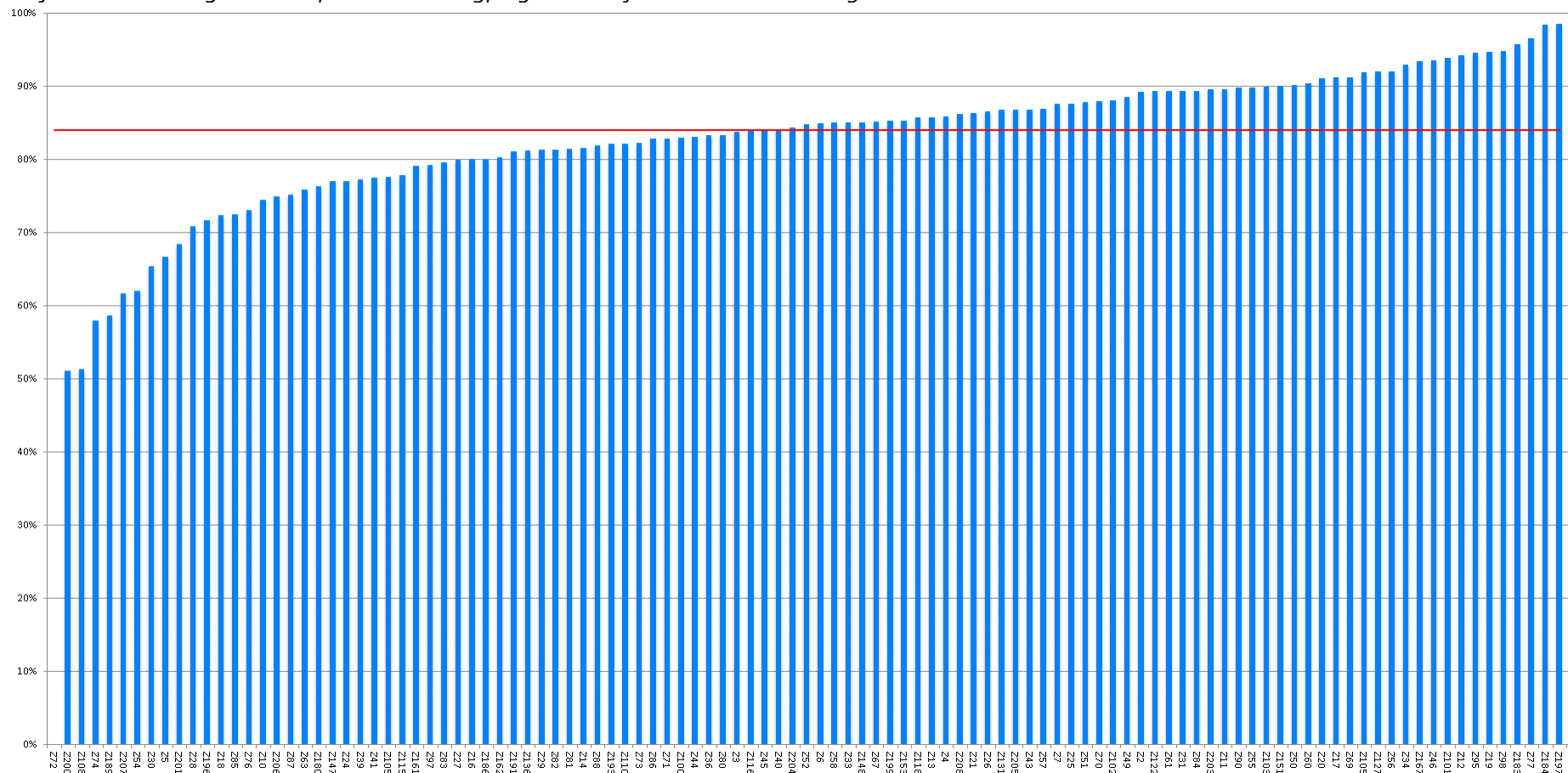
Grafiek 9: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma, van wie rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



Grafiek 10: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met een funduscontrole

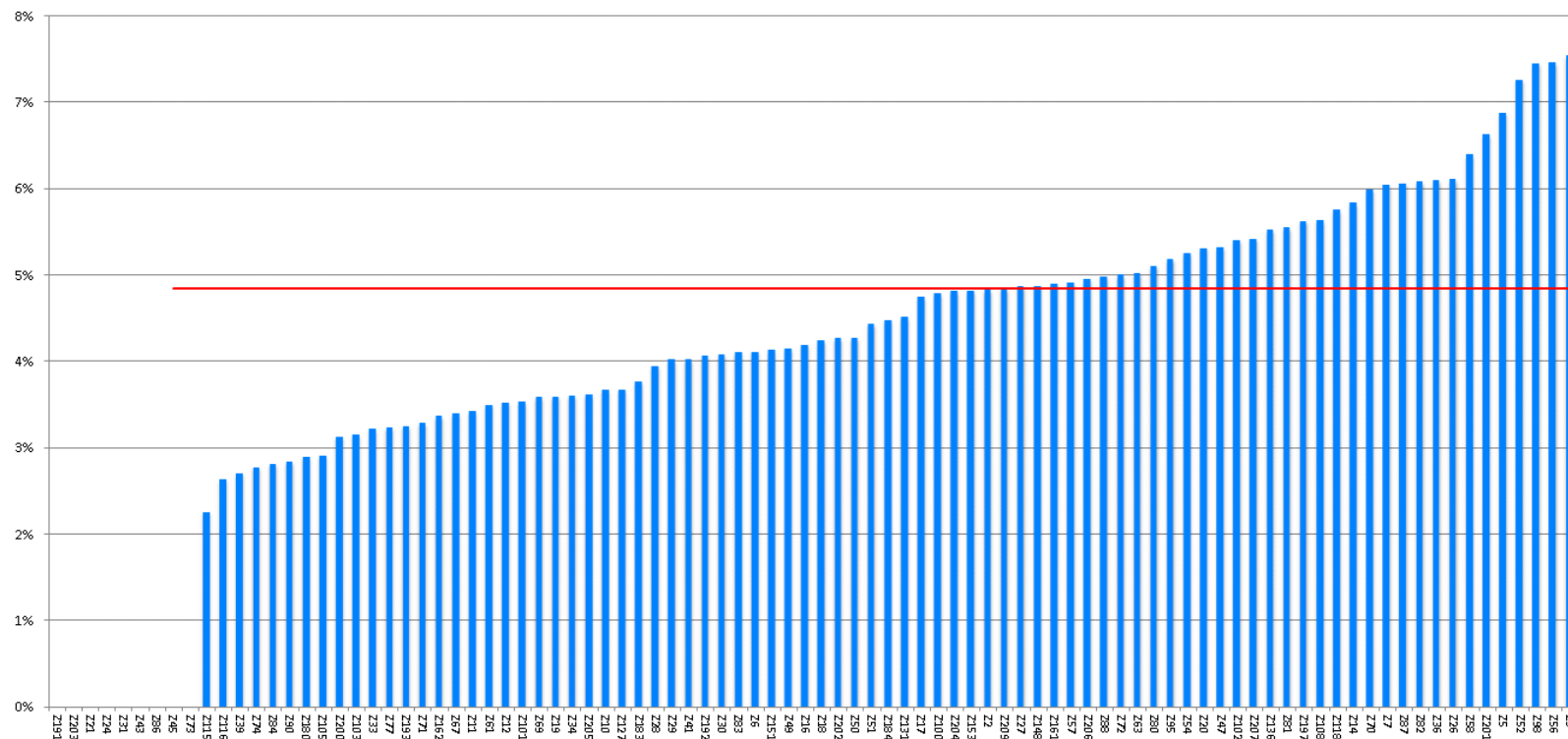


Grafiek 11: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie voetonderzoek is gedaan

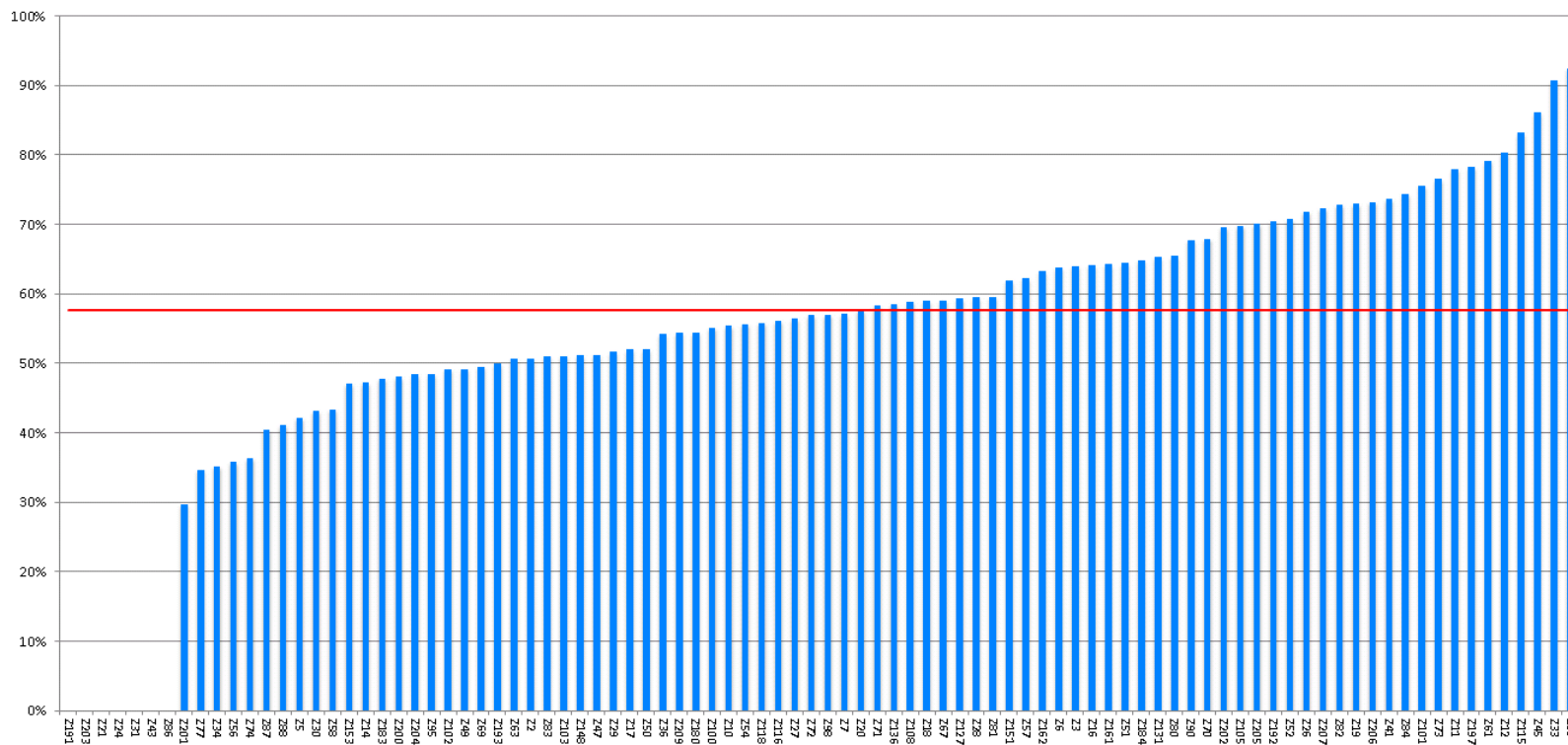


BIJLAGE 2 GRAFIEKEN HVZ

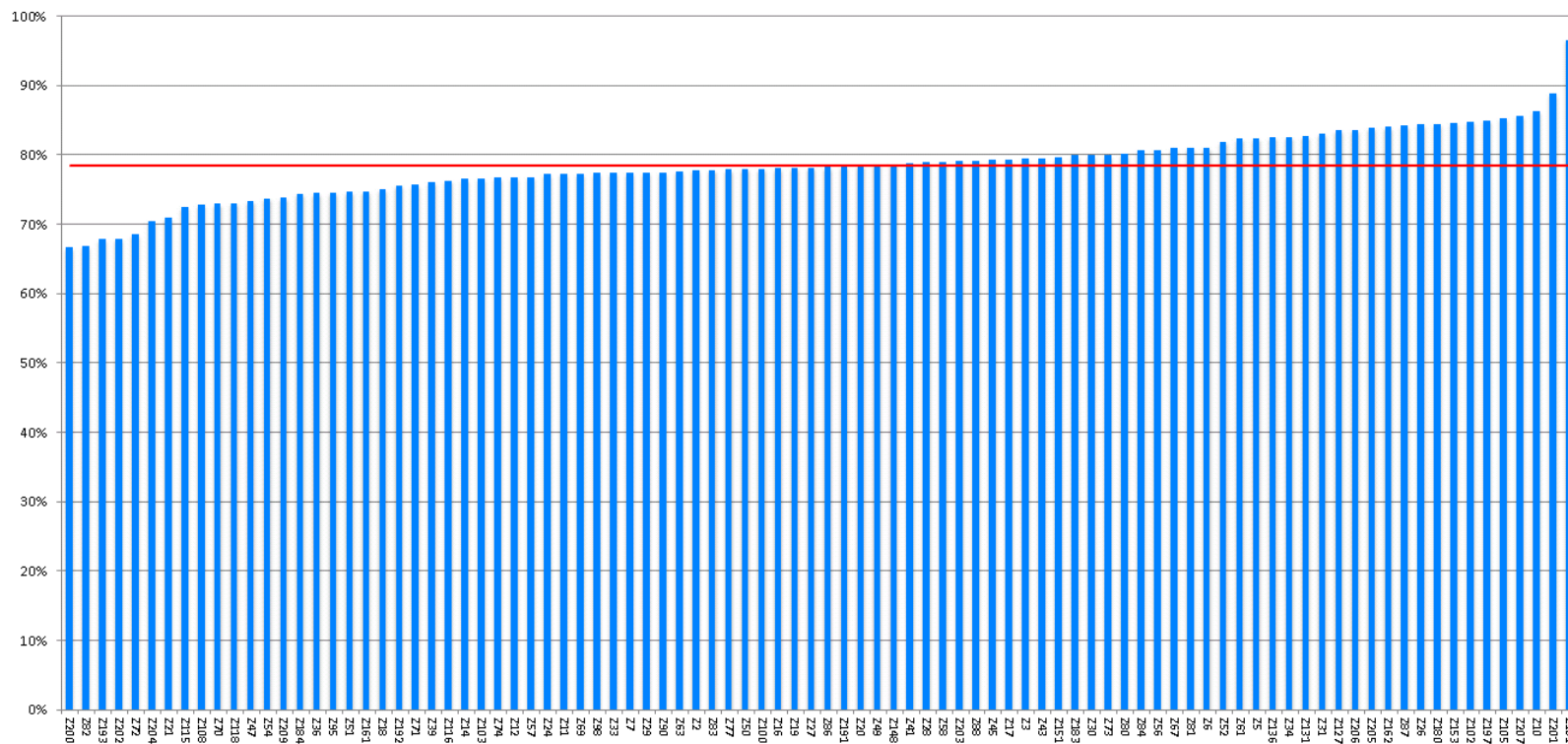
Grafiek 1: Prevalentie HVZ



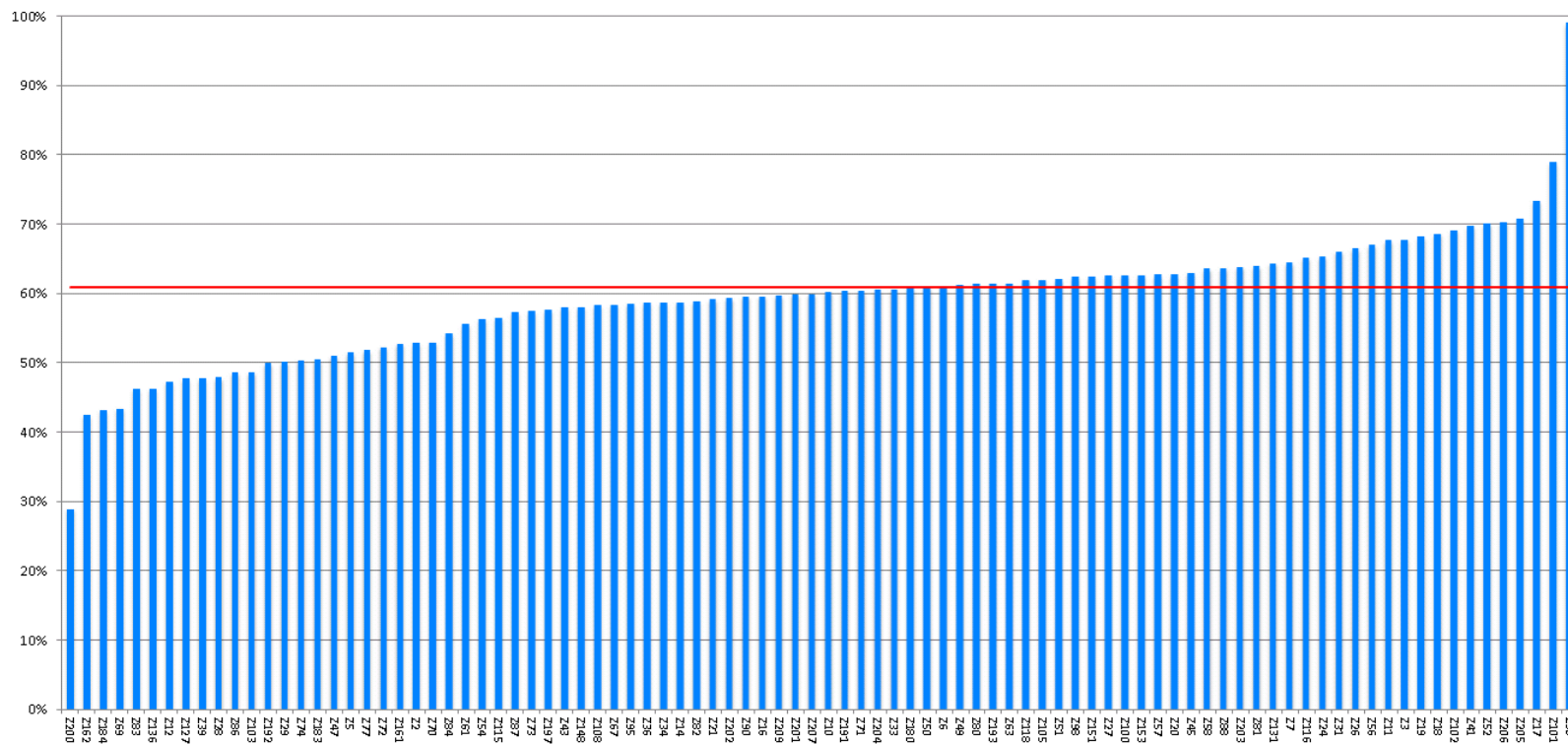
Grafiek 2: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma



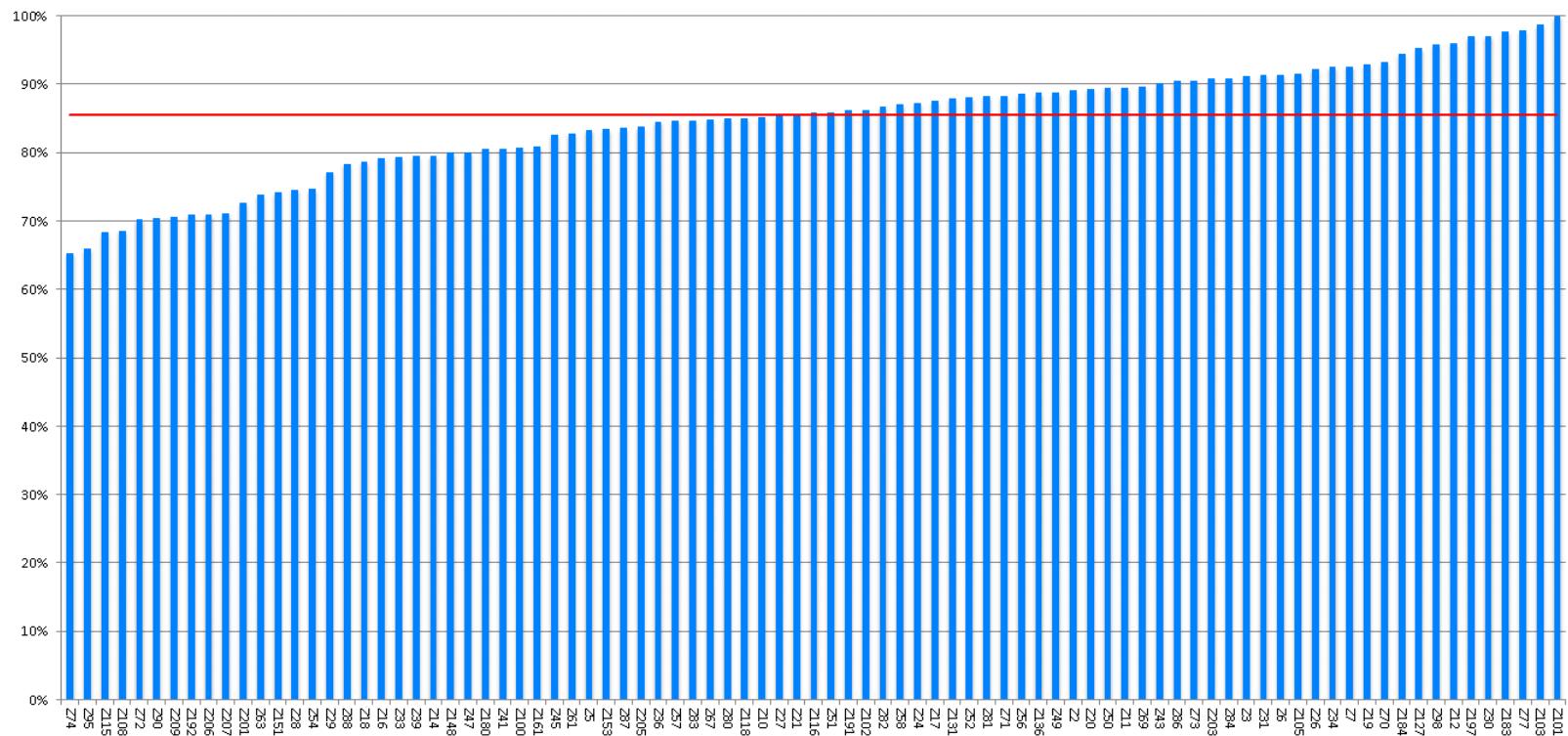
Grafiek 3: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk ≤ 140 mm HG



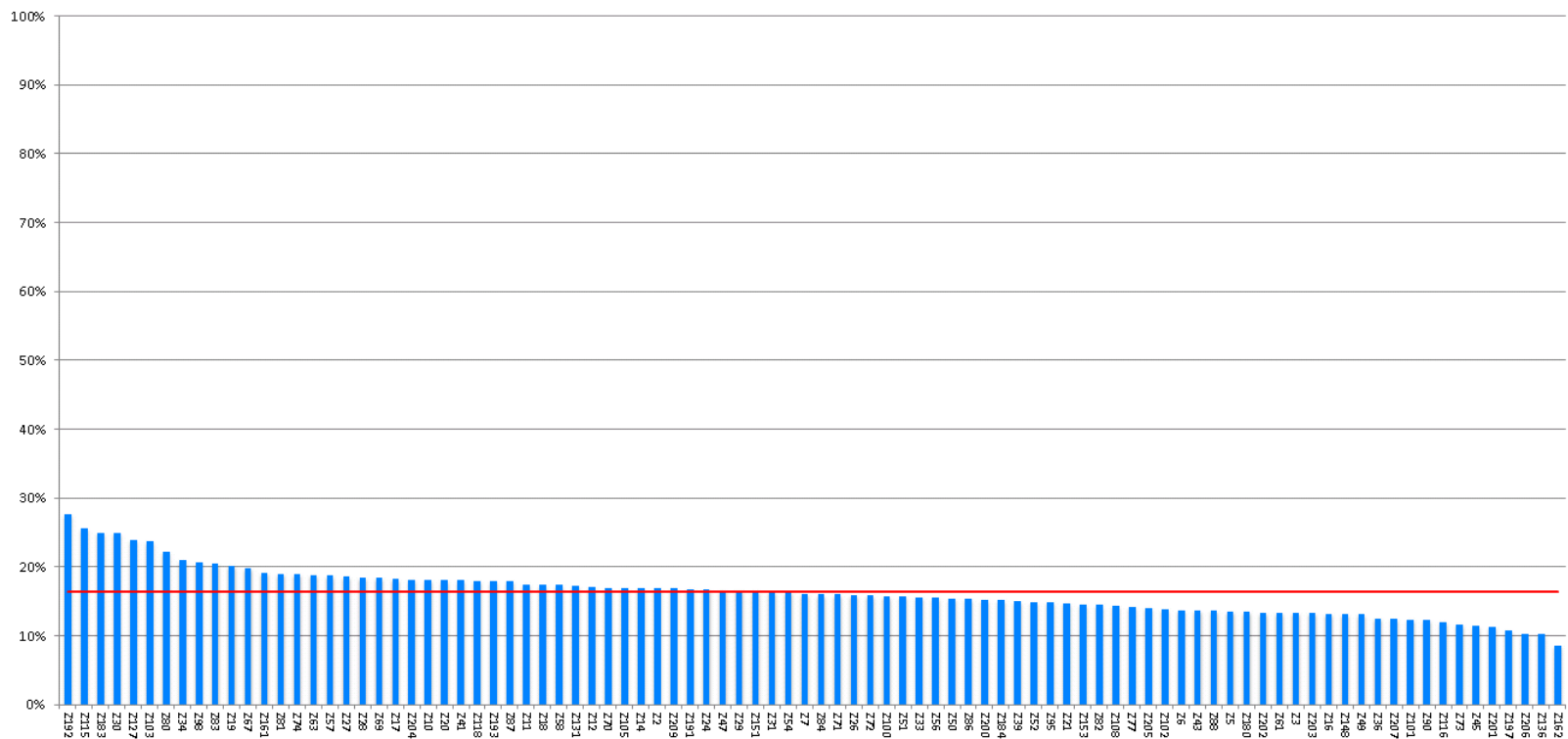
Grafiek 4: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde <= aan 2,5 mmol/l



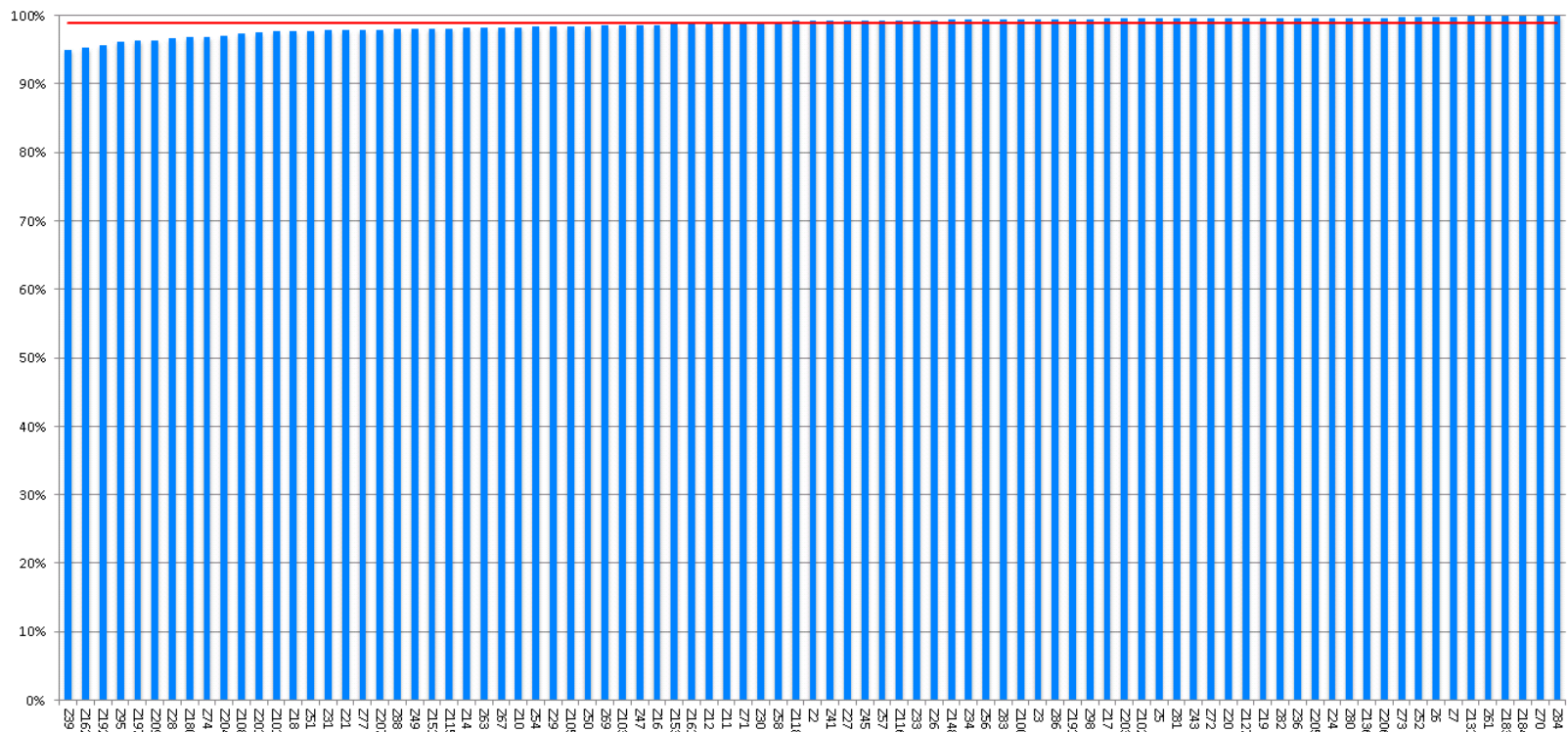
Grafiek 5: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



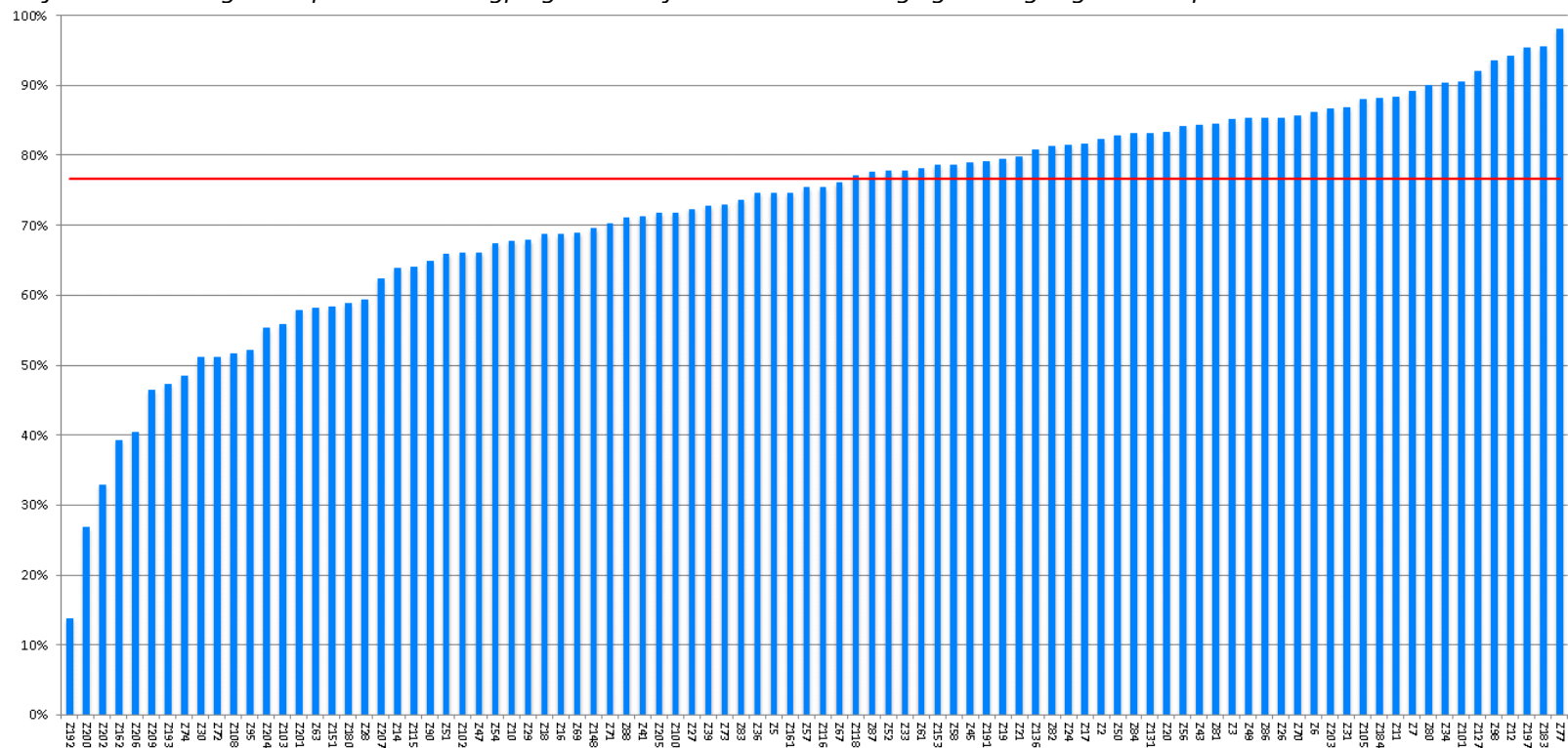
Grafiek 6: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd dat rookt



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

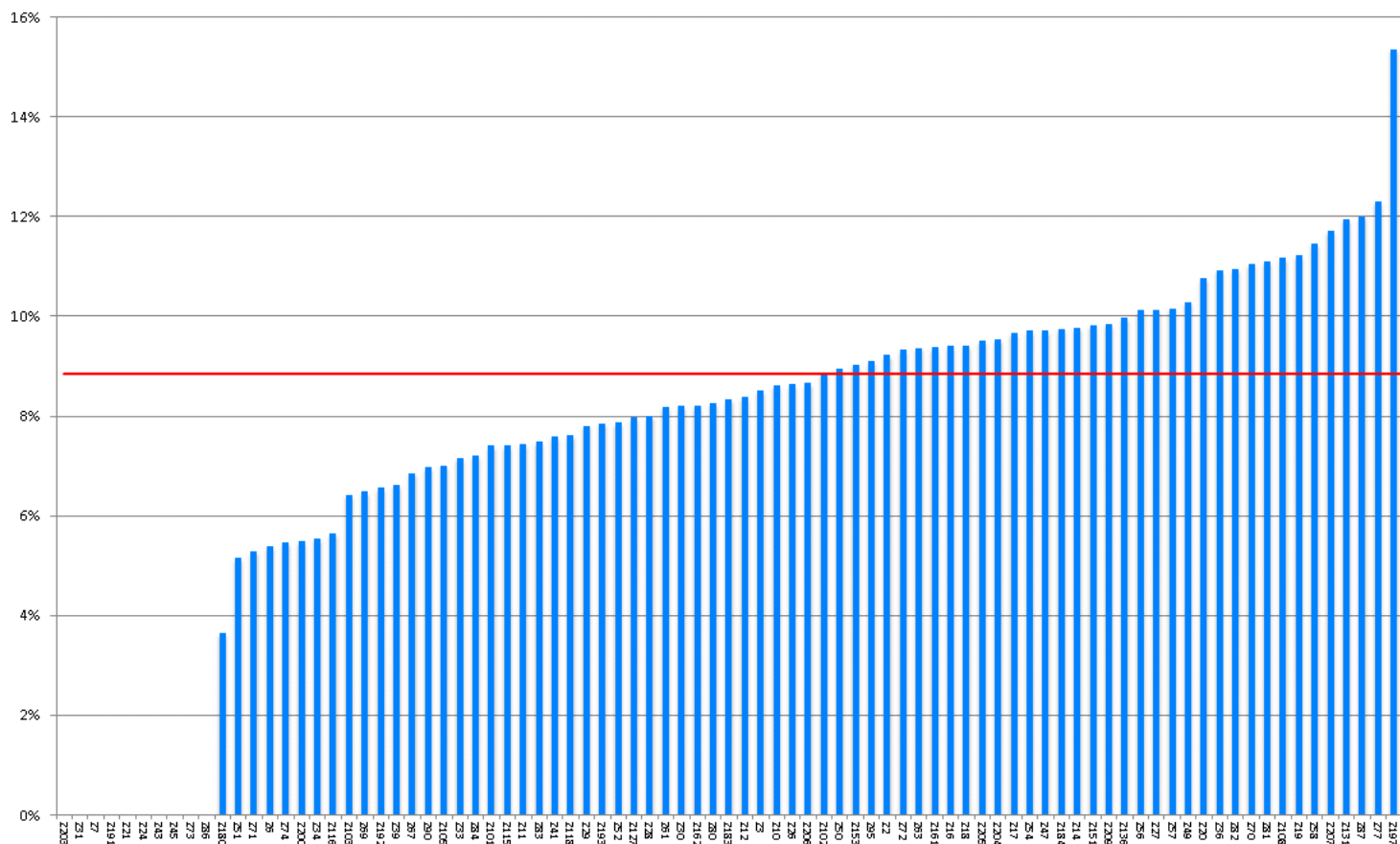


Grafiek 8: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode

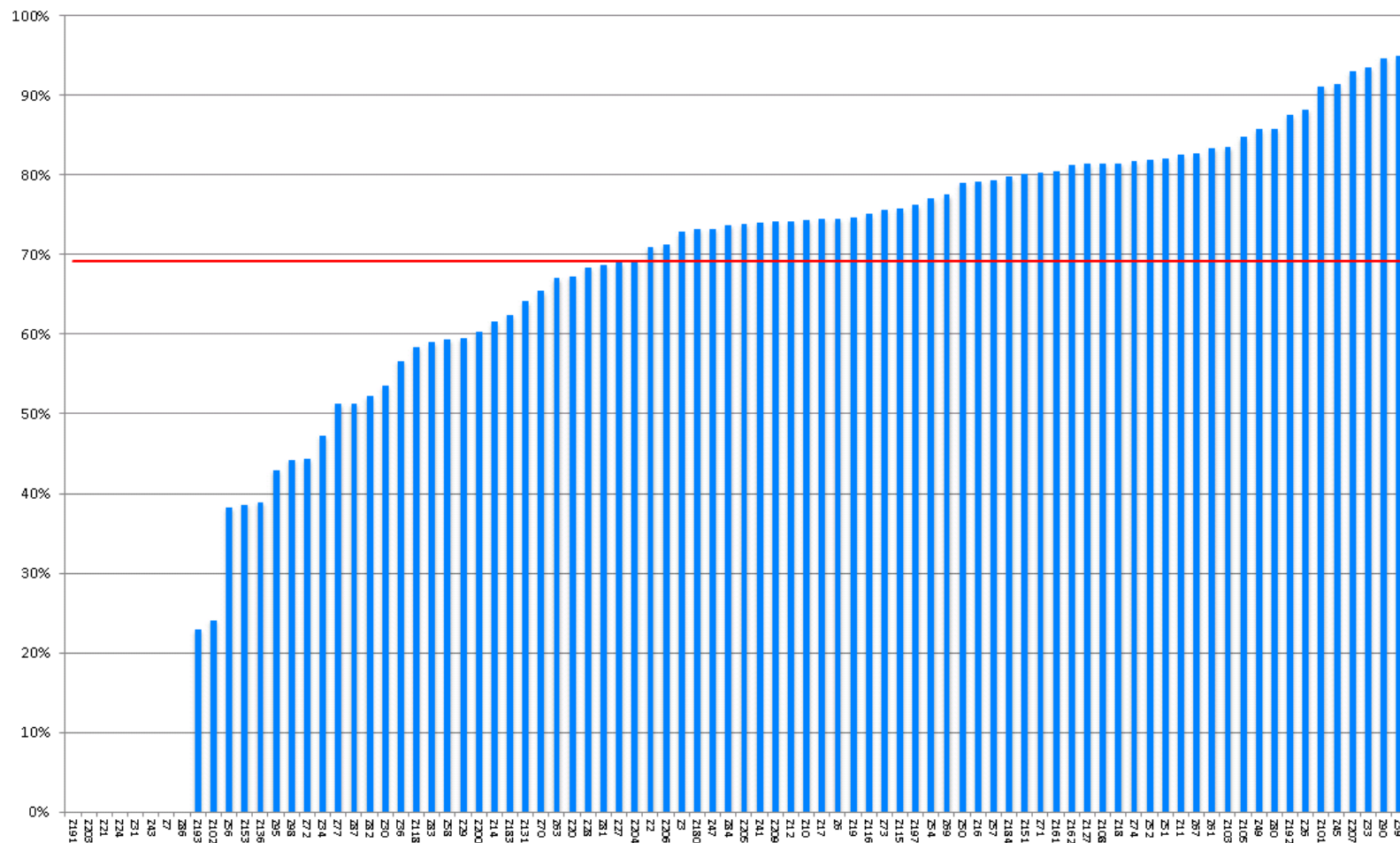


BIJLAGE 3 GRAFIEKEN VVR

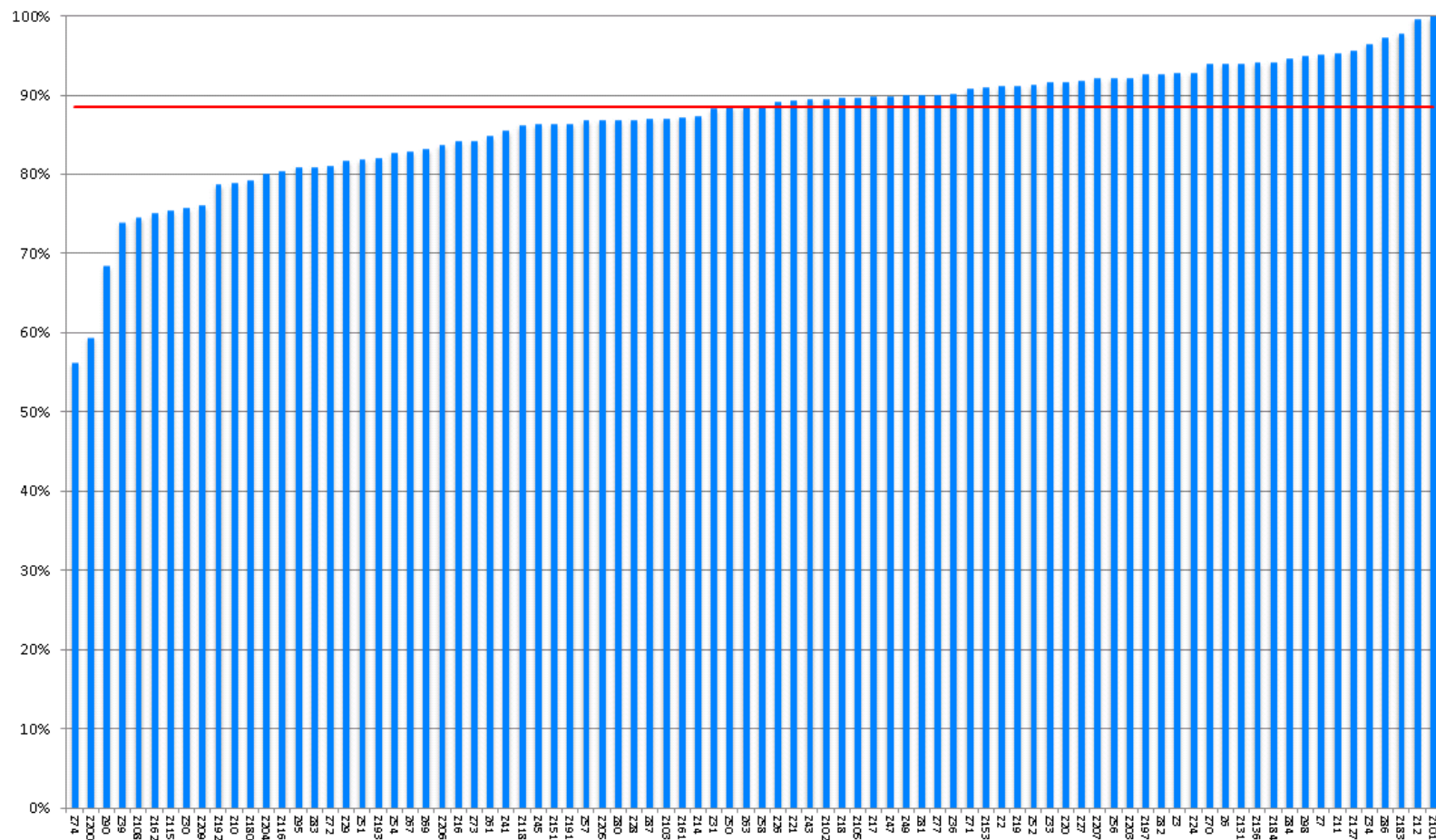
Grafiek 1: Prevalentie VVR



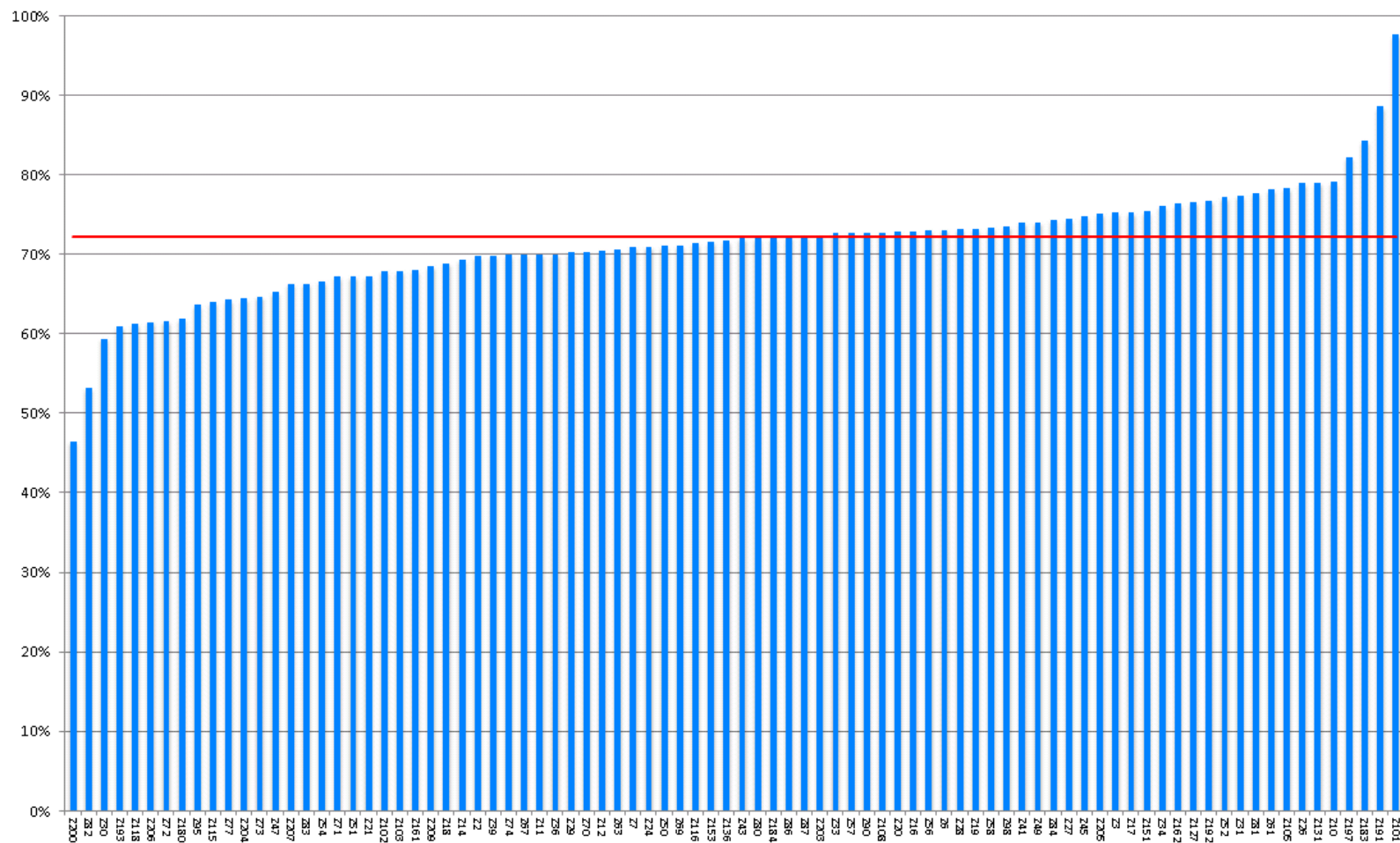
Grafiek 2: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma



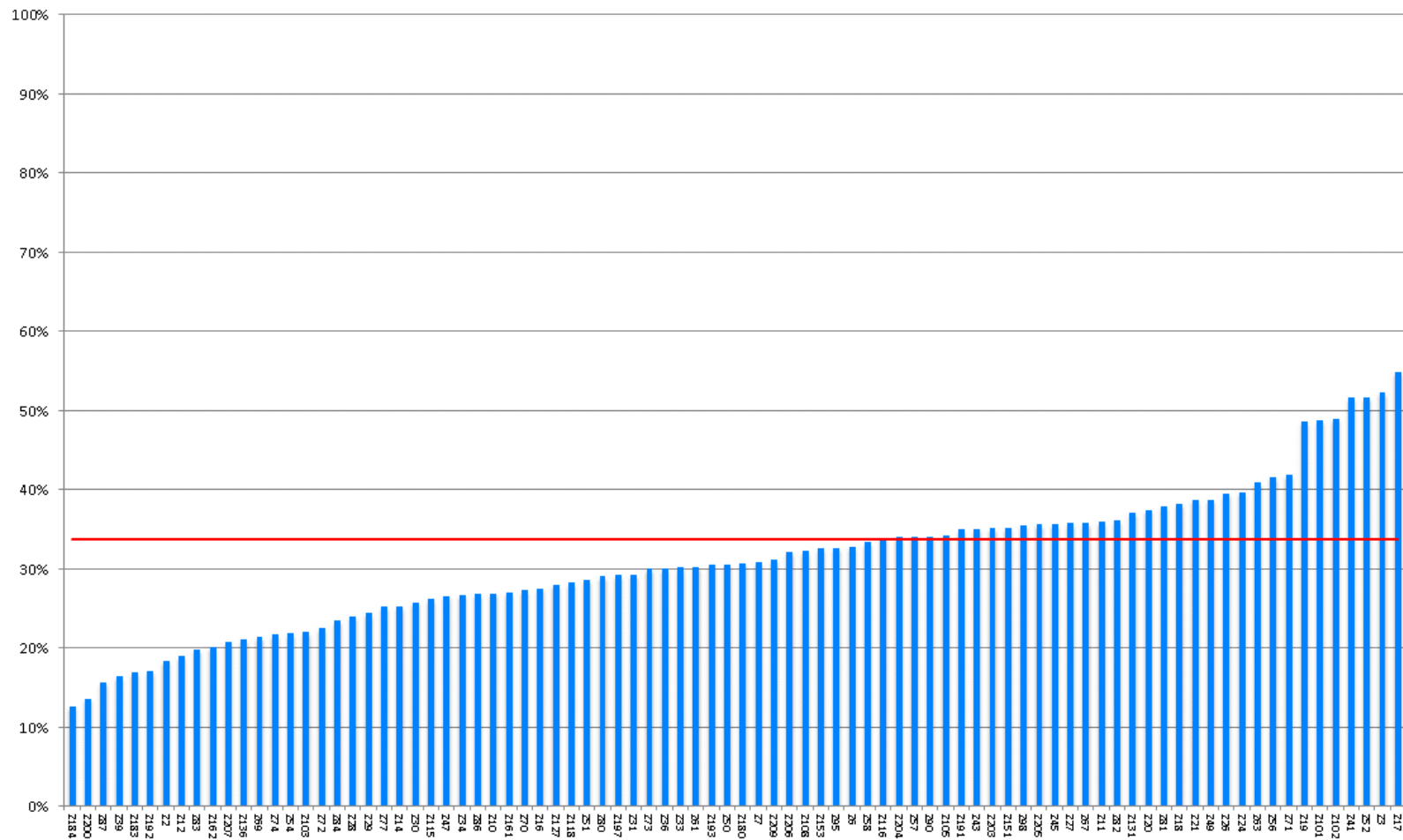
Grafiek 3: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten



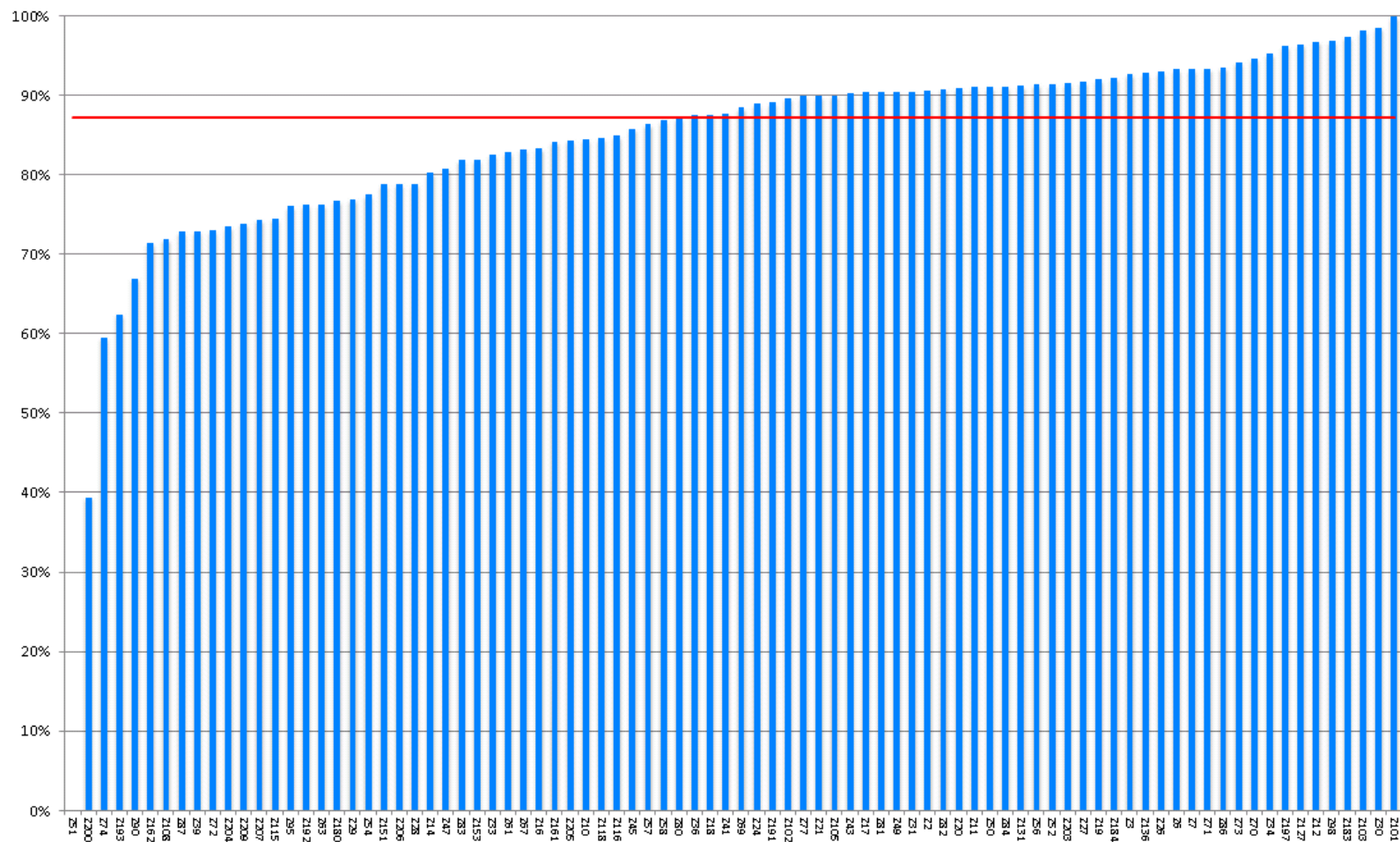
Grafiek 4: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk ≤ 140 mm HG



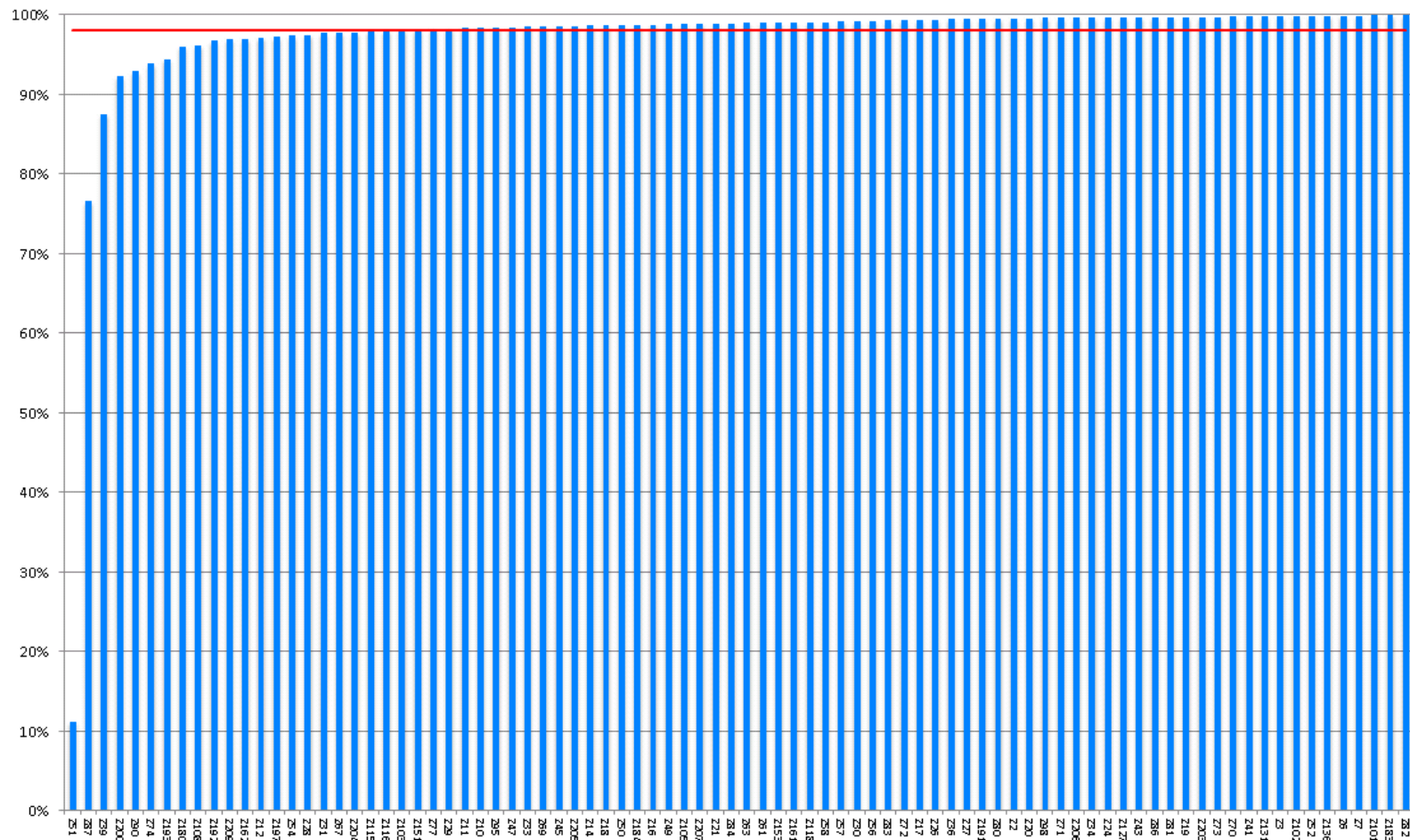
Grafiek 5: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde $\leq$ aan 2,5 mmol/l



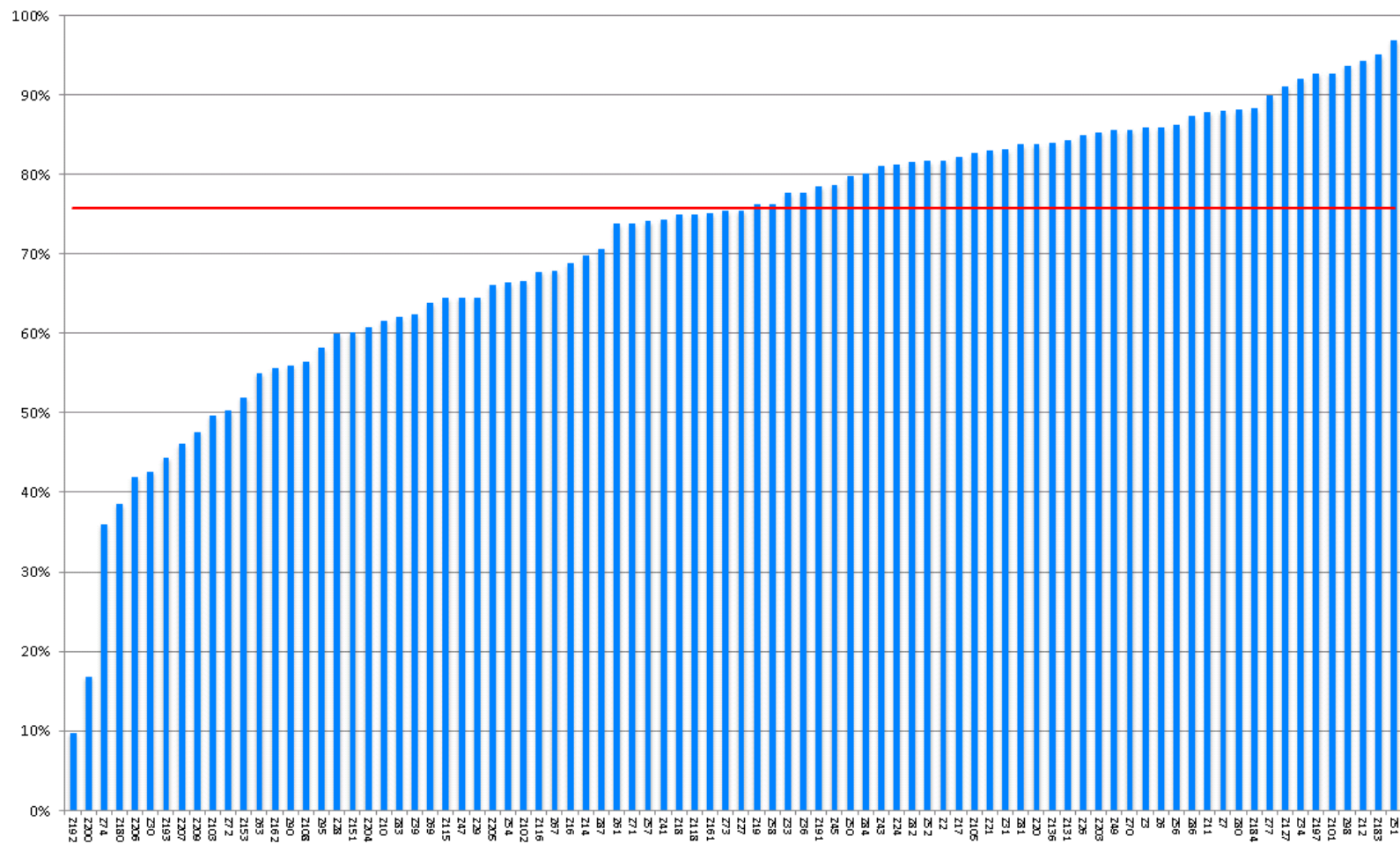
Grafiek 6: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode of uitslag nooit OOI is gemeten



Grafiek 8: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is vastgelegd in afgelopen vijf jaar

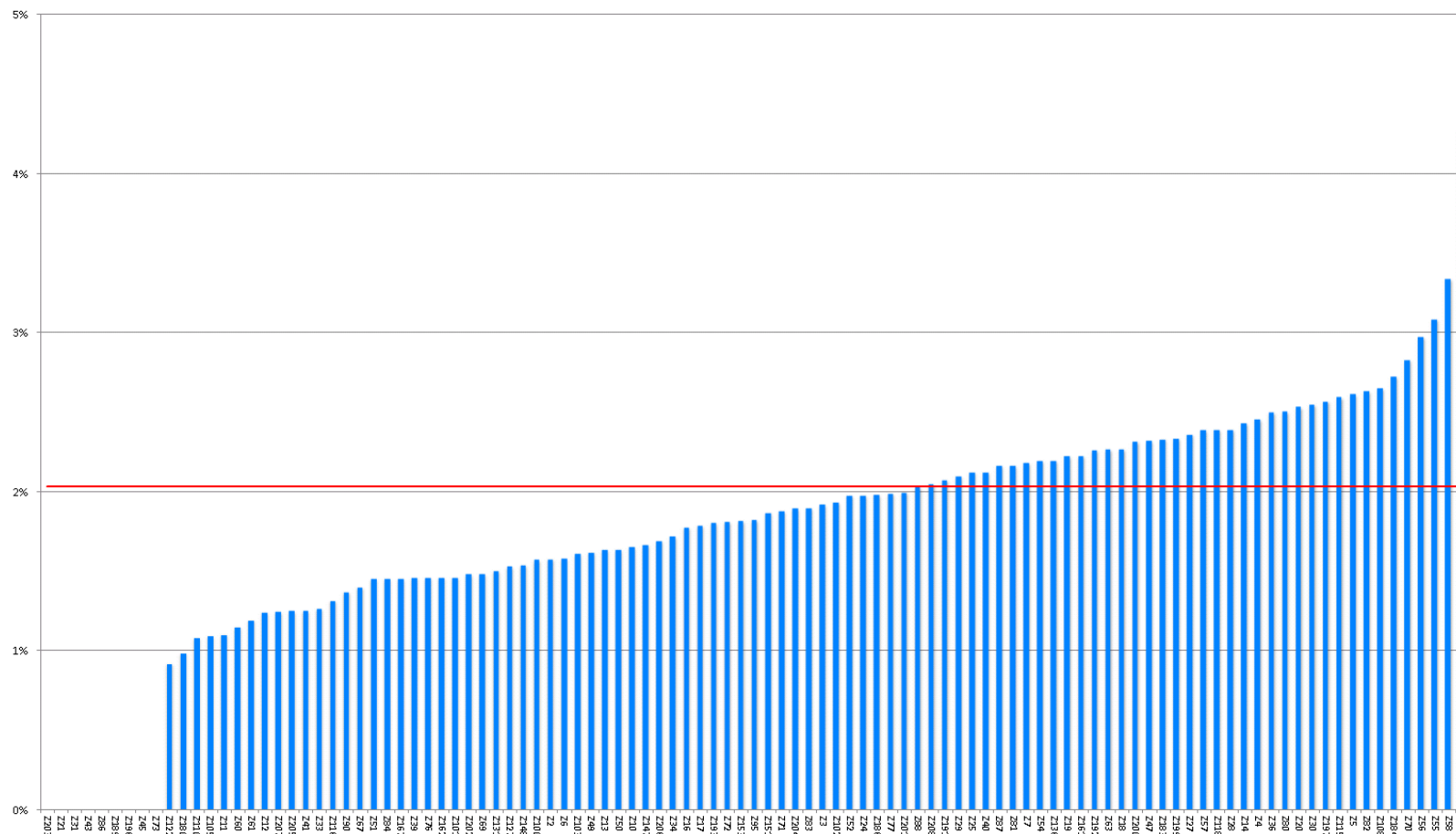


Grafiek 9: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode

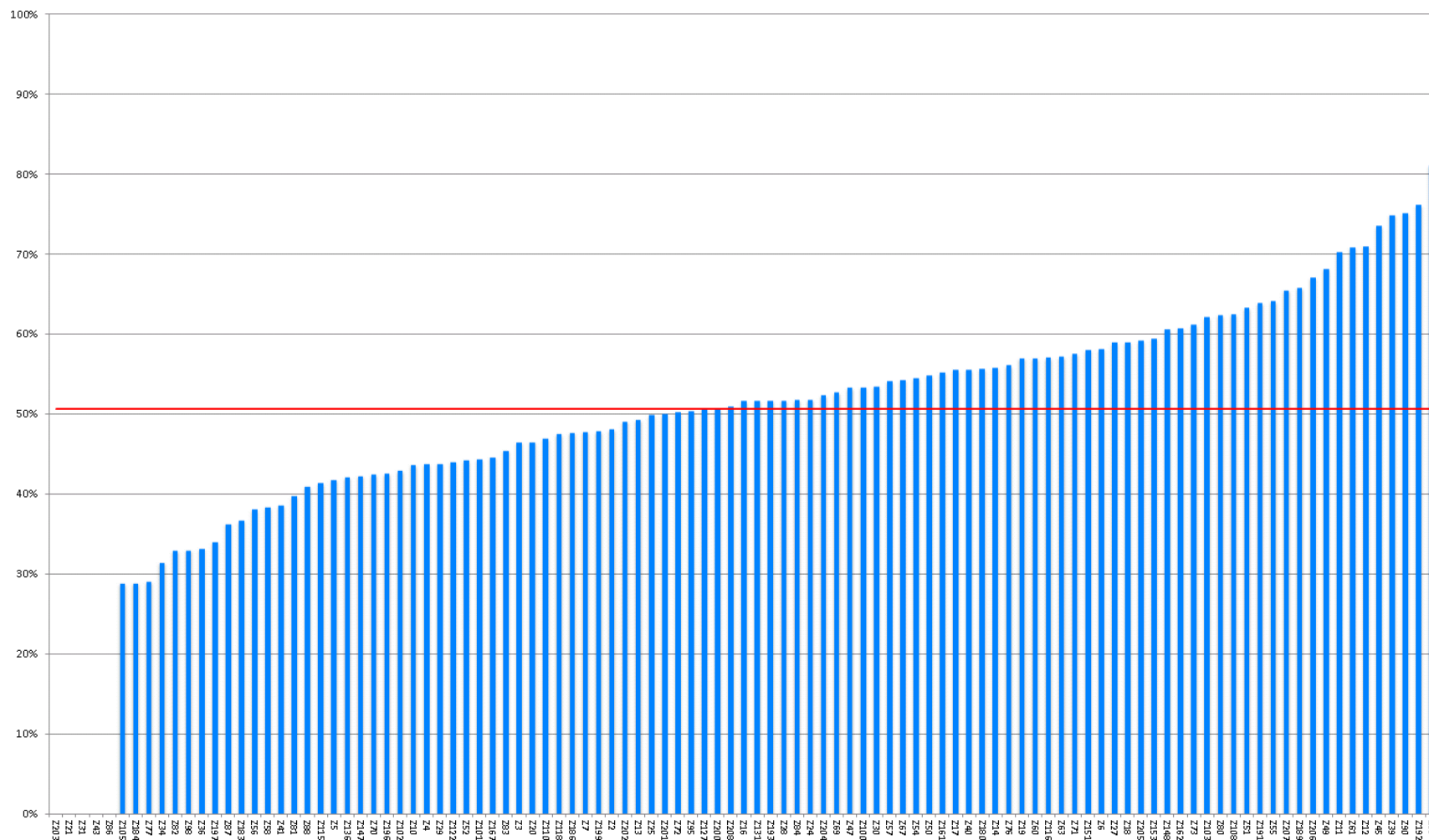


BIJLAGE 4 GRAFIEKEN COPD

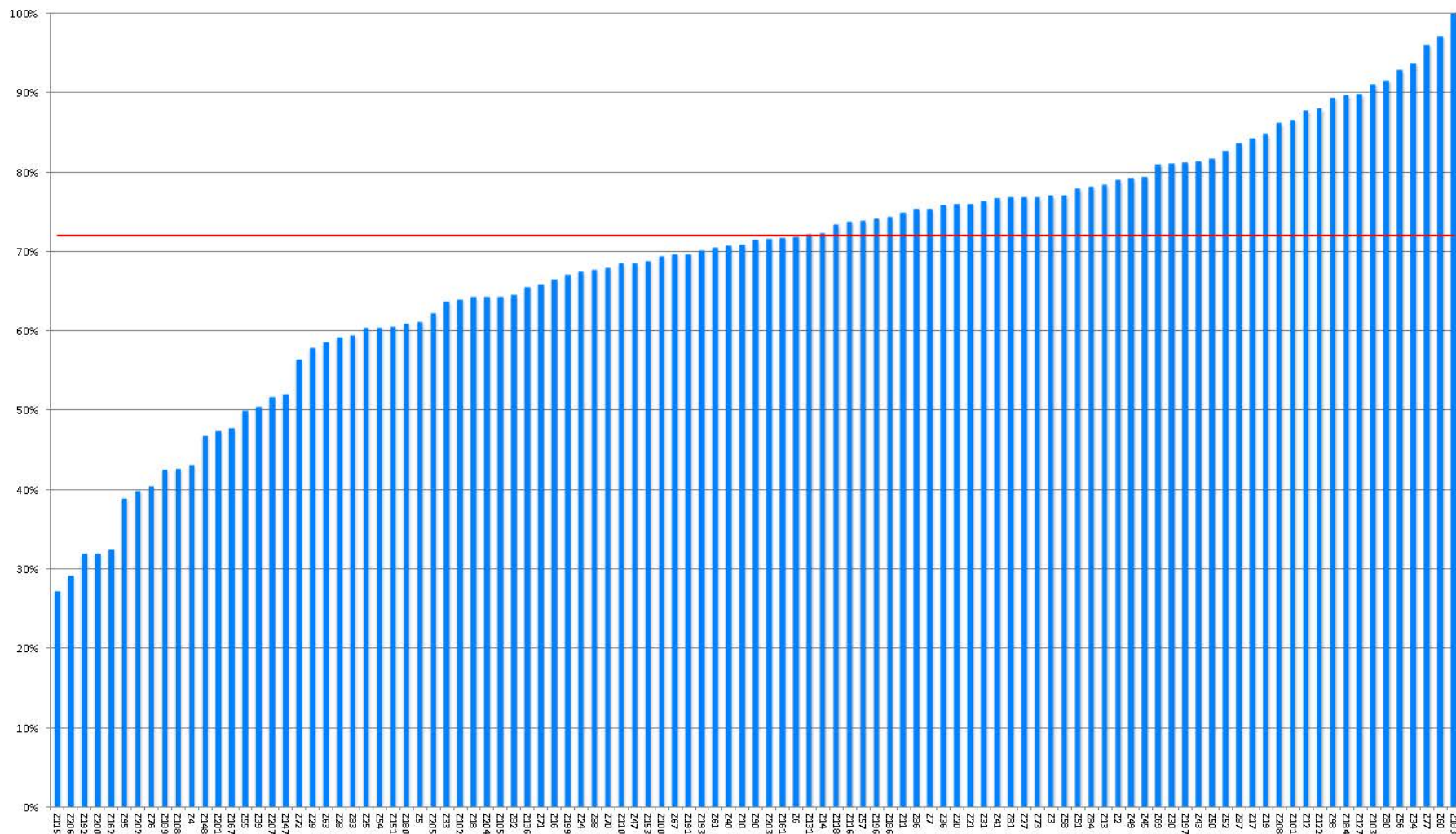
Grafiek 1: Prevalentie COPD patiënten



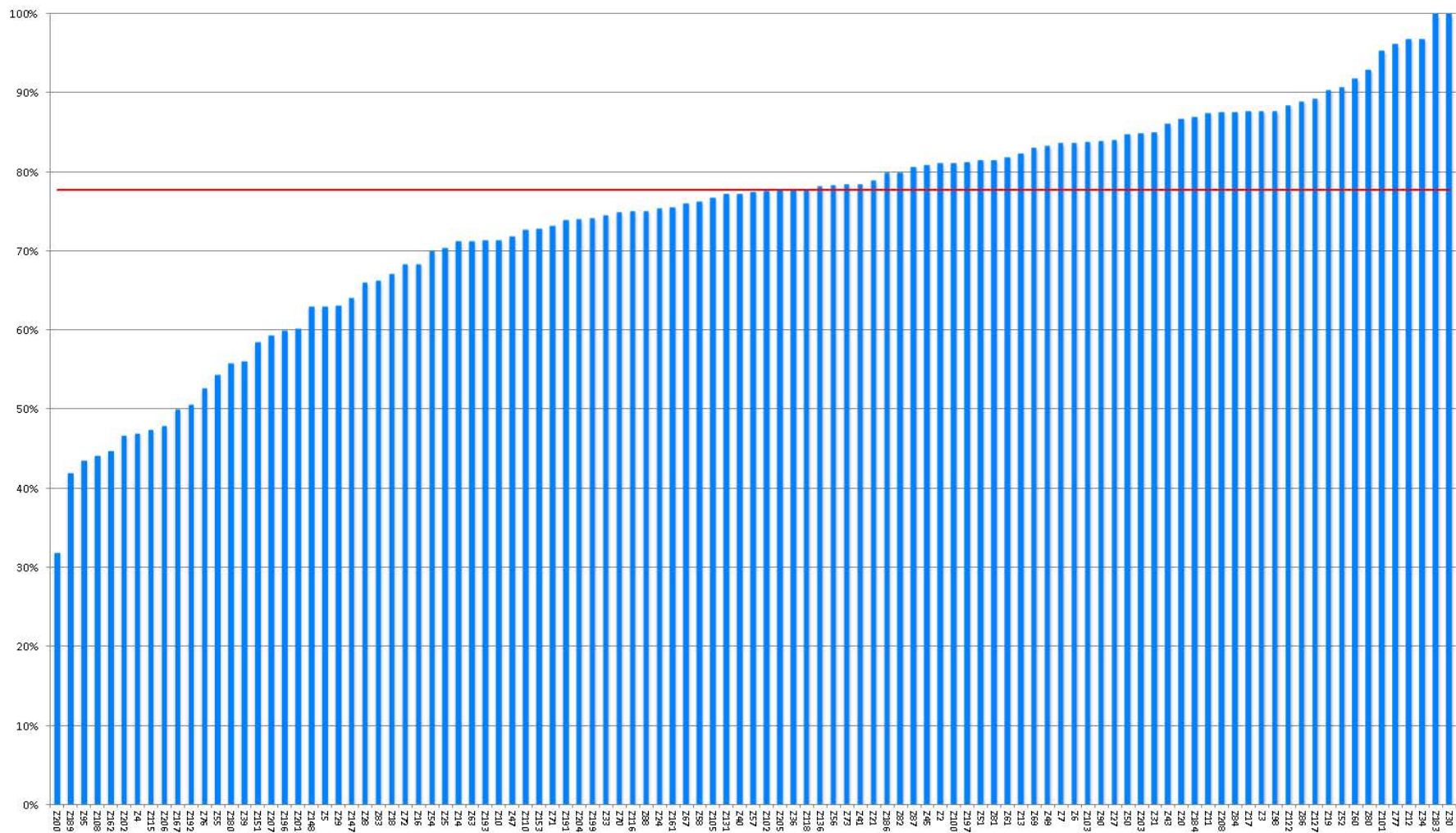
Grafiek 2: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma



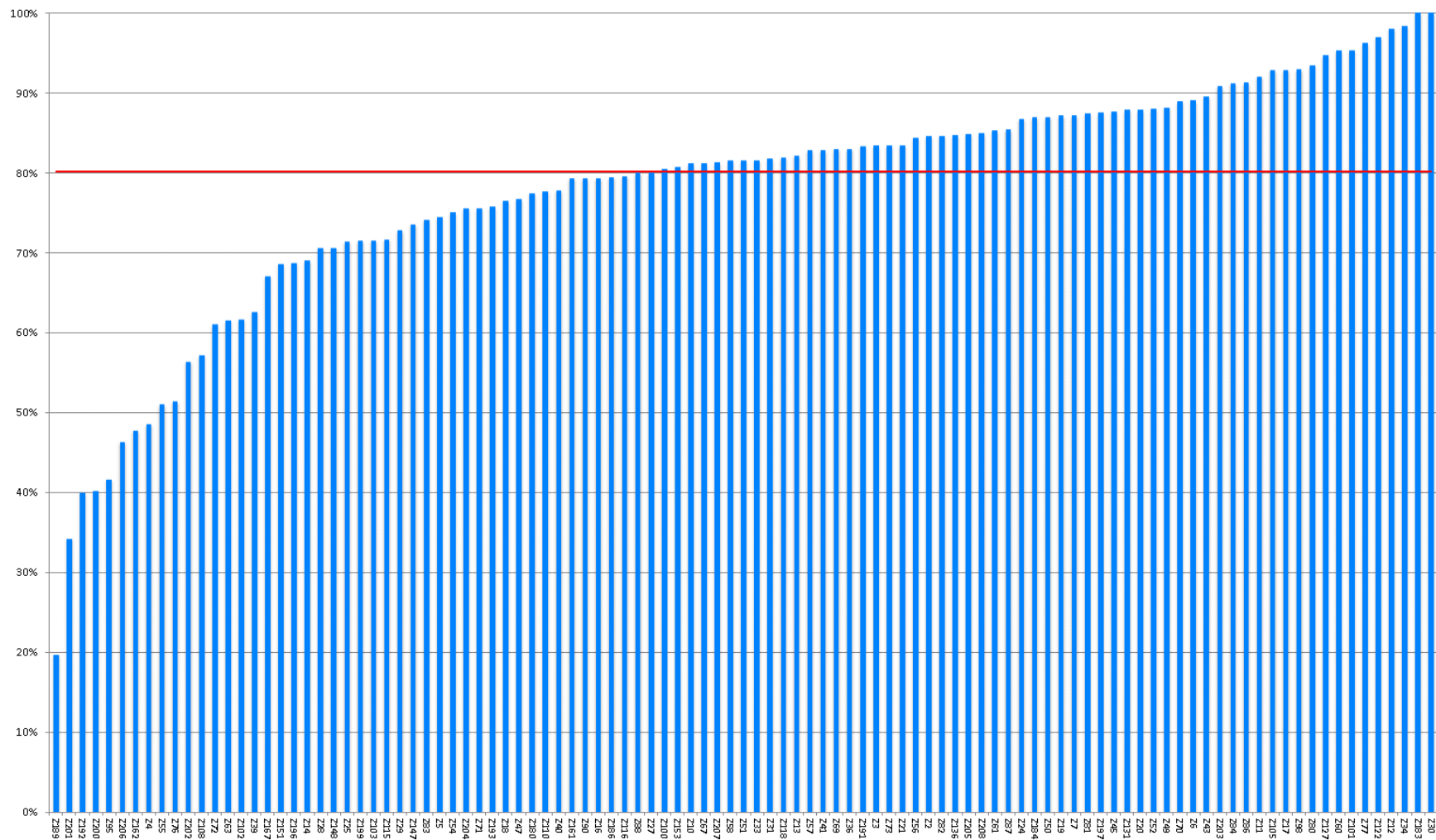
Grafiek 3: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd



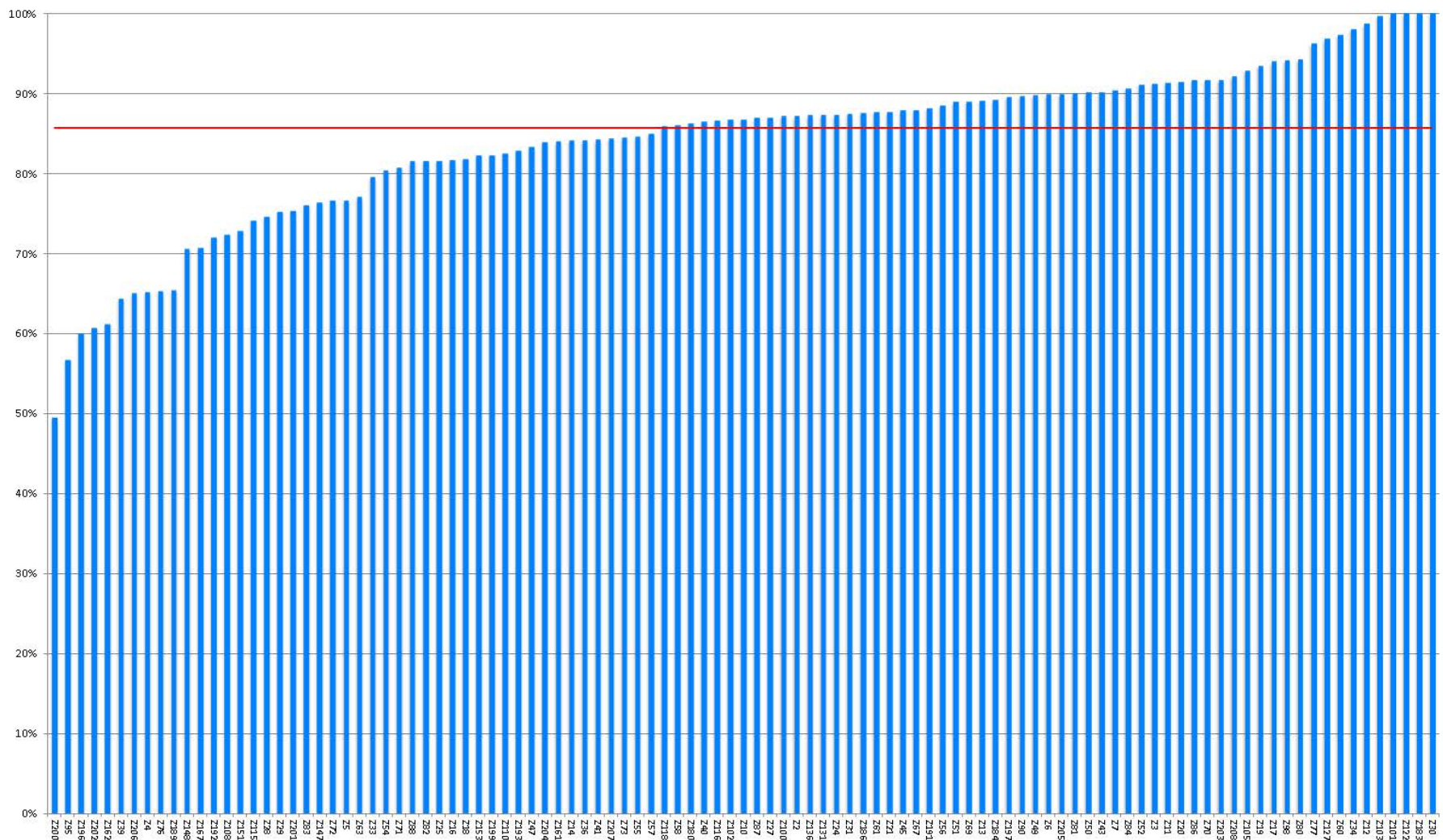
Grafiek 4: Percentage COPD patiënten bij wie functioneren (MRC|CCQ) is vastgelegd



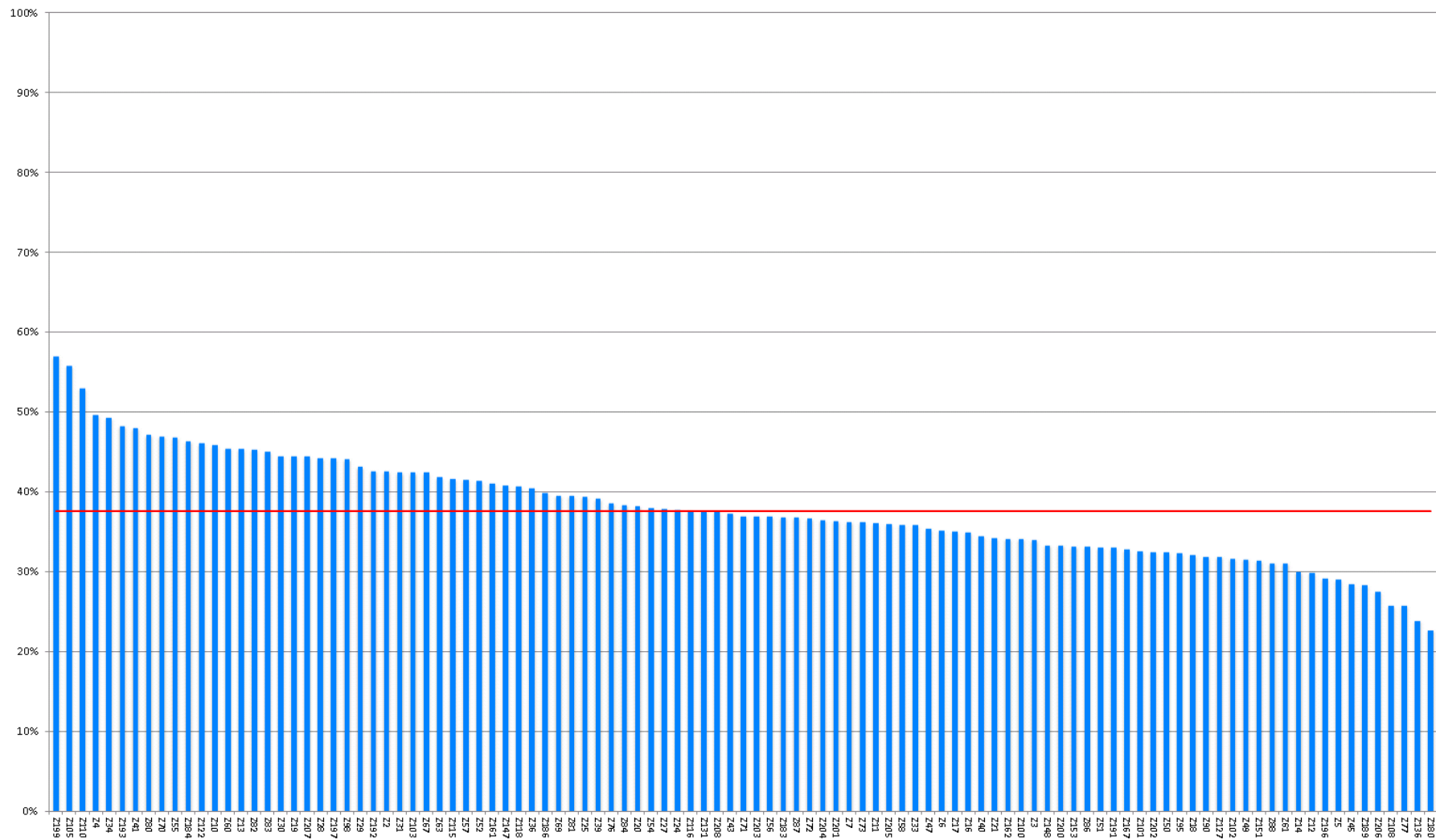
Grafiek 5: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma bij wie mate van bewegen is gecontroleerd



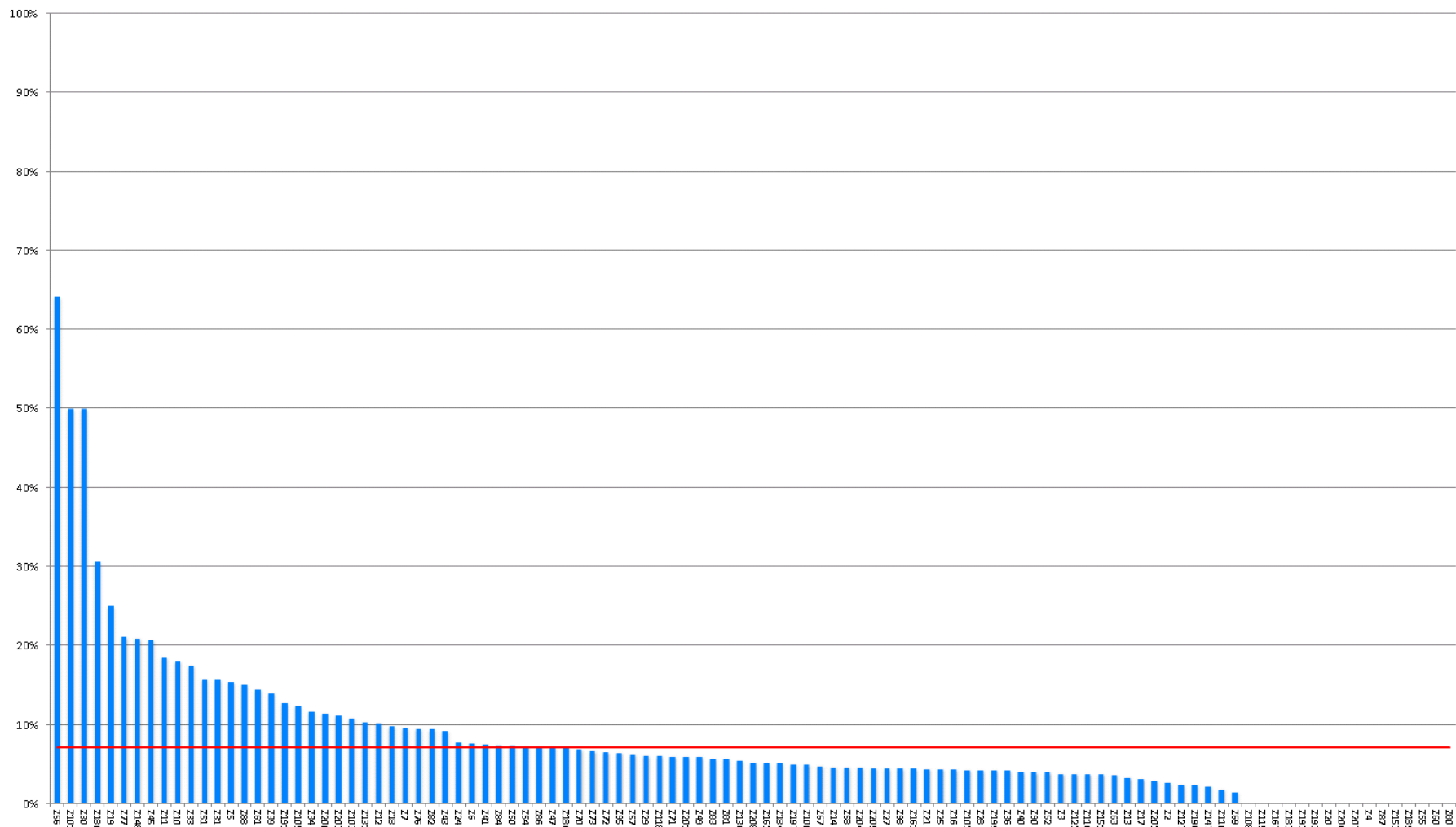
Grafiek 6: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



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

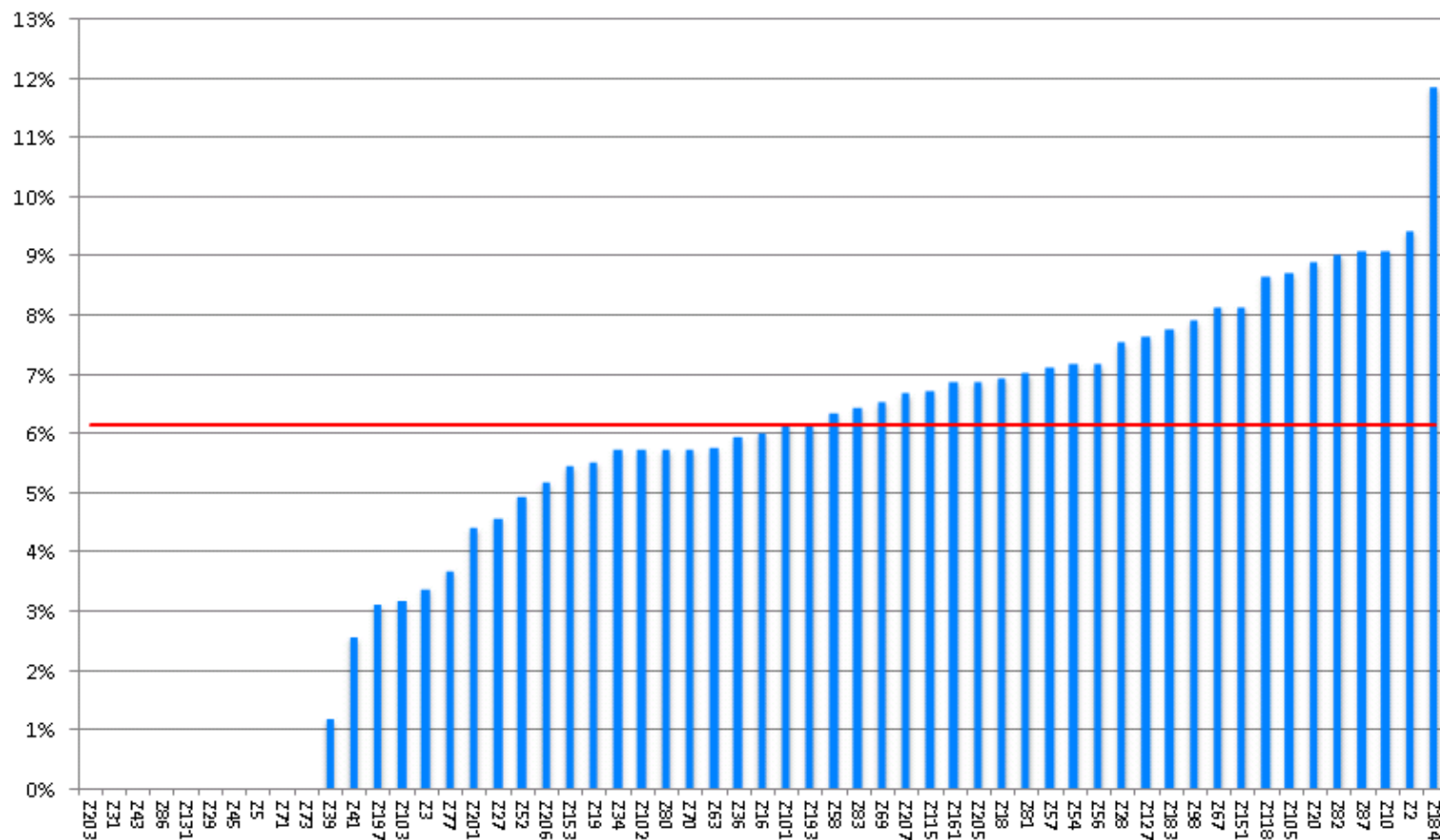


Grafiek 8: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met 2 of meer exacerbaties

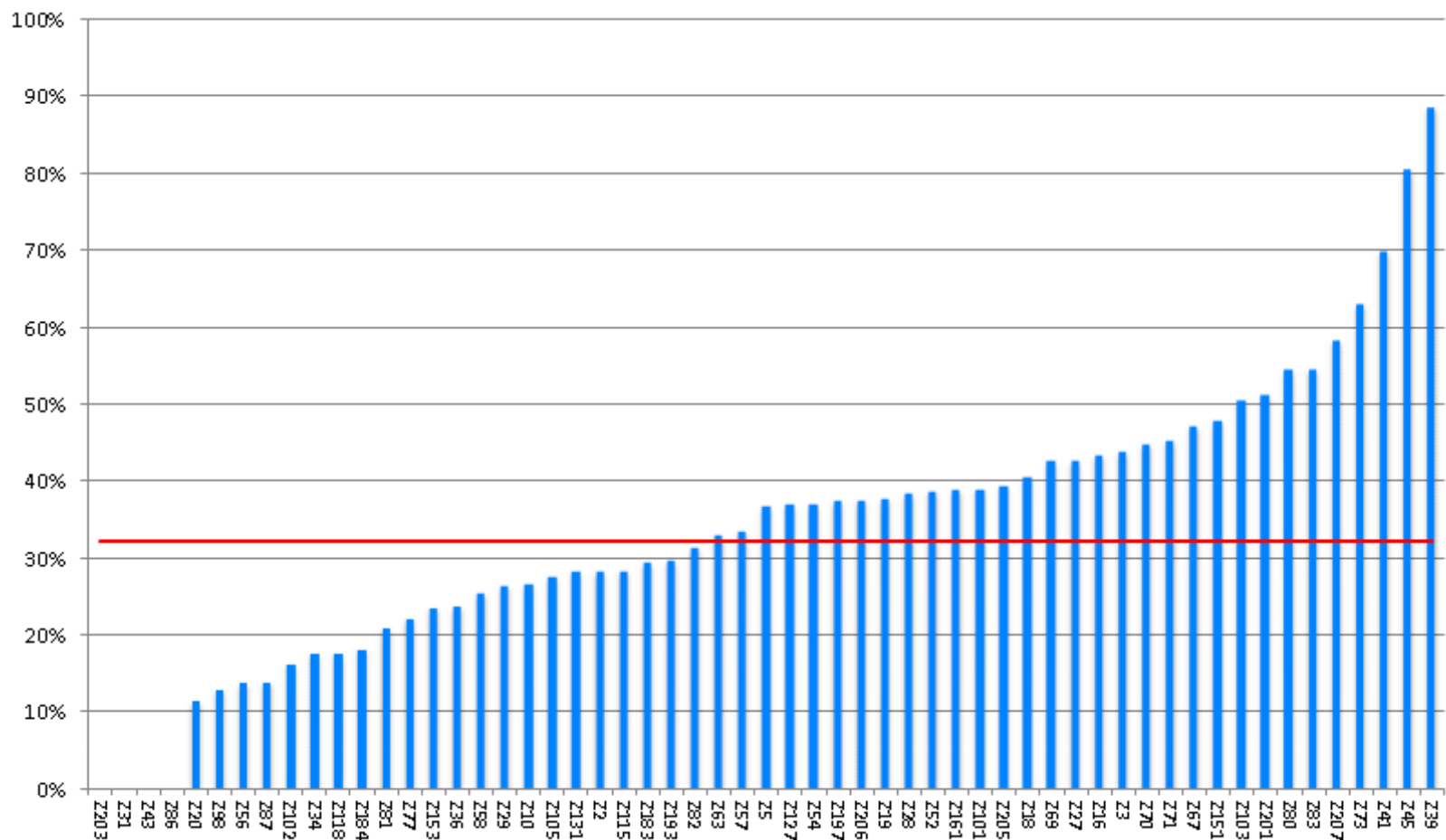


BIJLAGE 5 GRAFIEKEN ASTMA

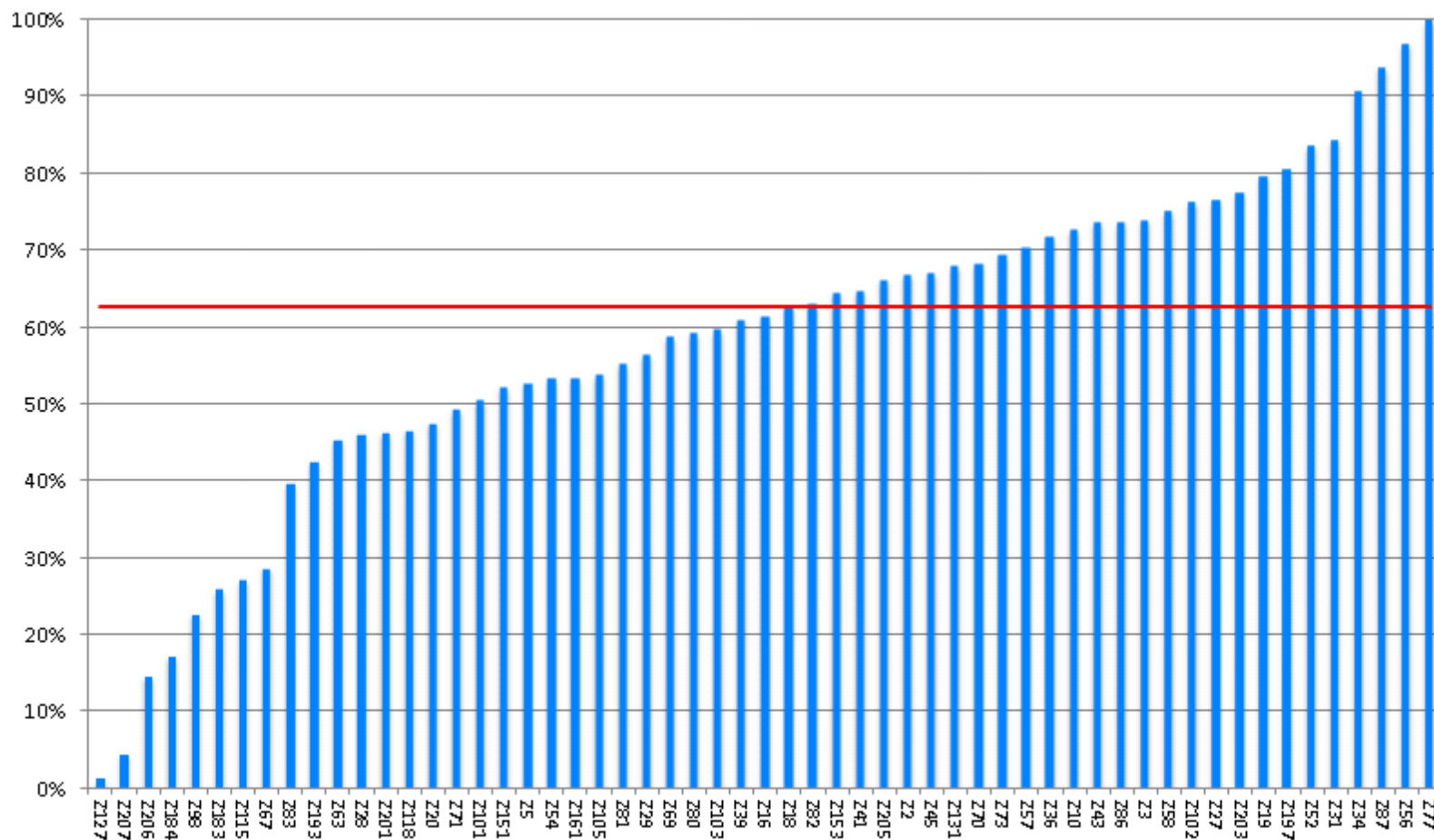
Grafiek 1: Prevalentie astma patiënten



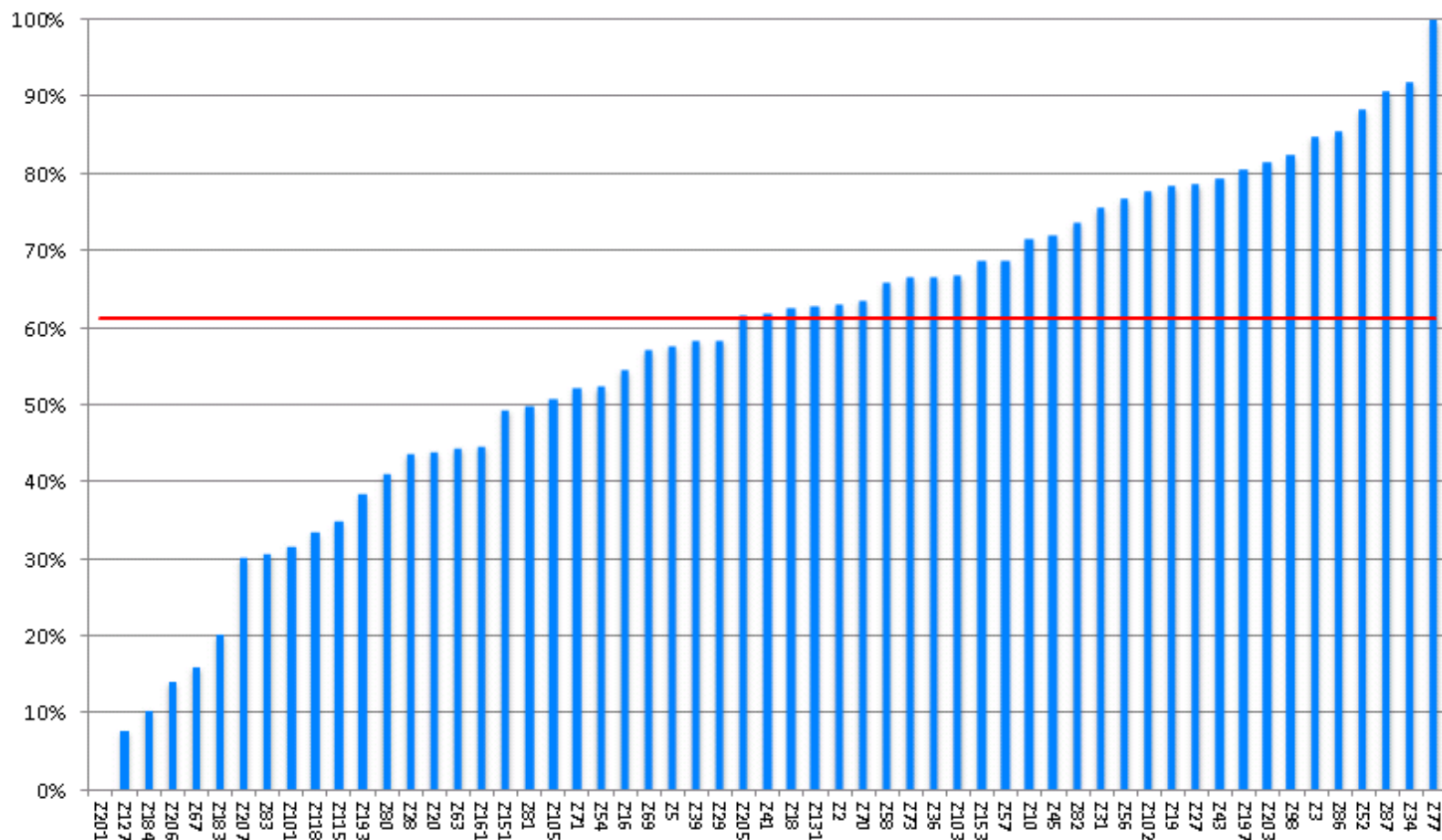
Grafiek 2: Percentage astma patiënten in zorgprogramma



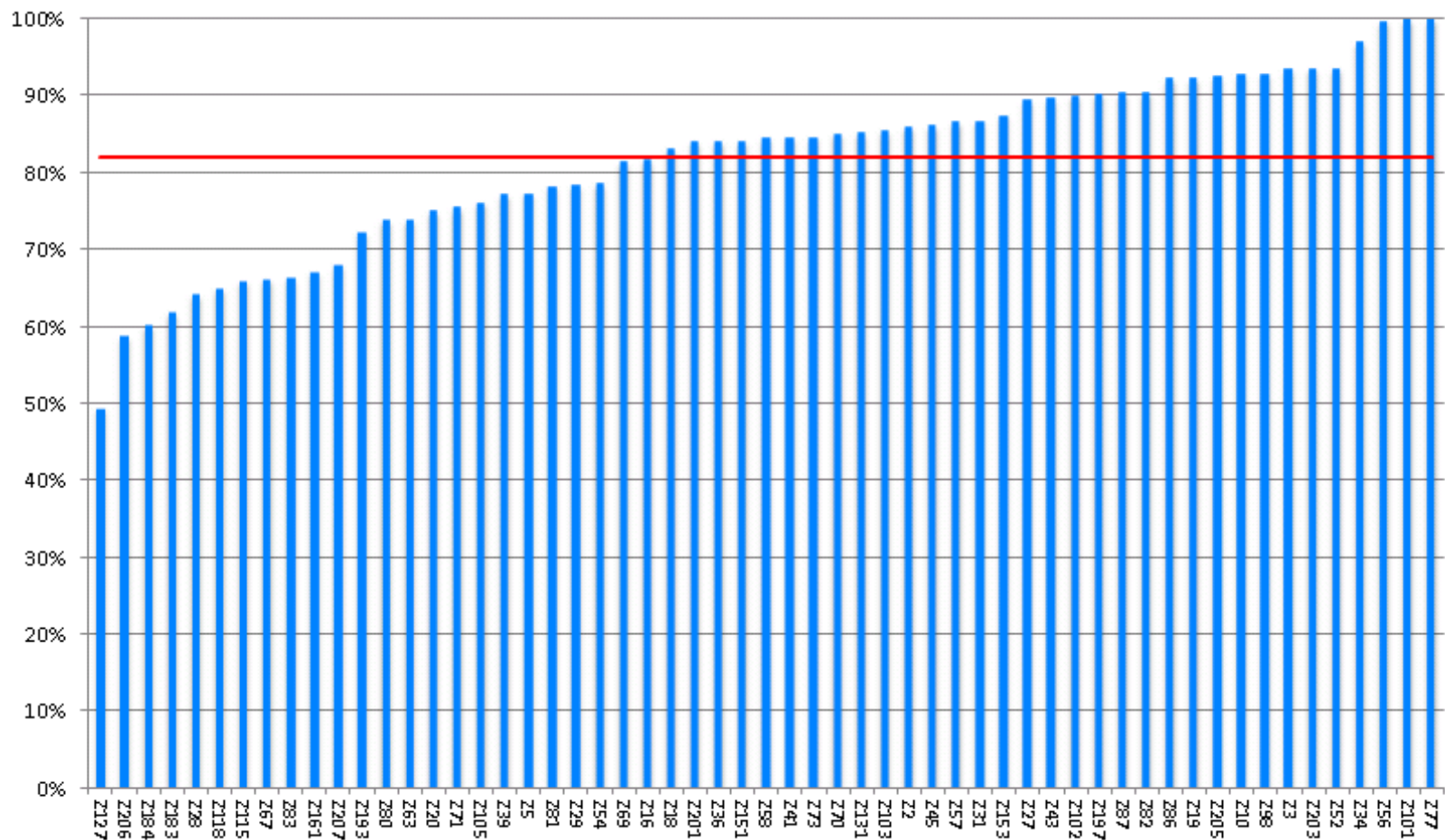
Grafiek 3: Percentage astma patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd



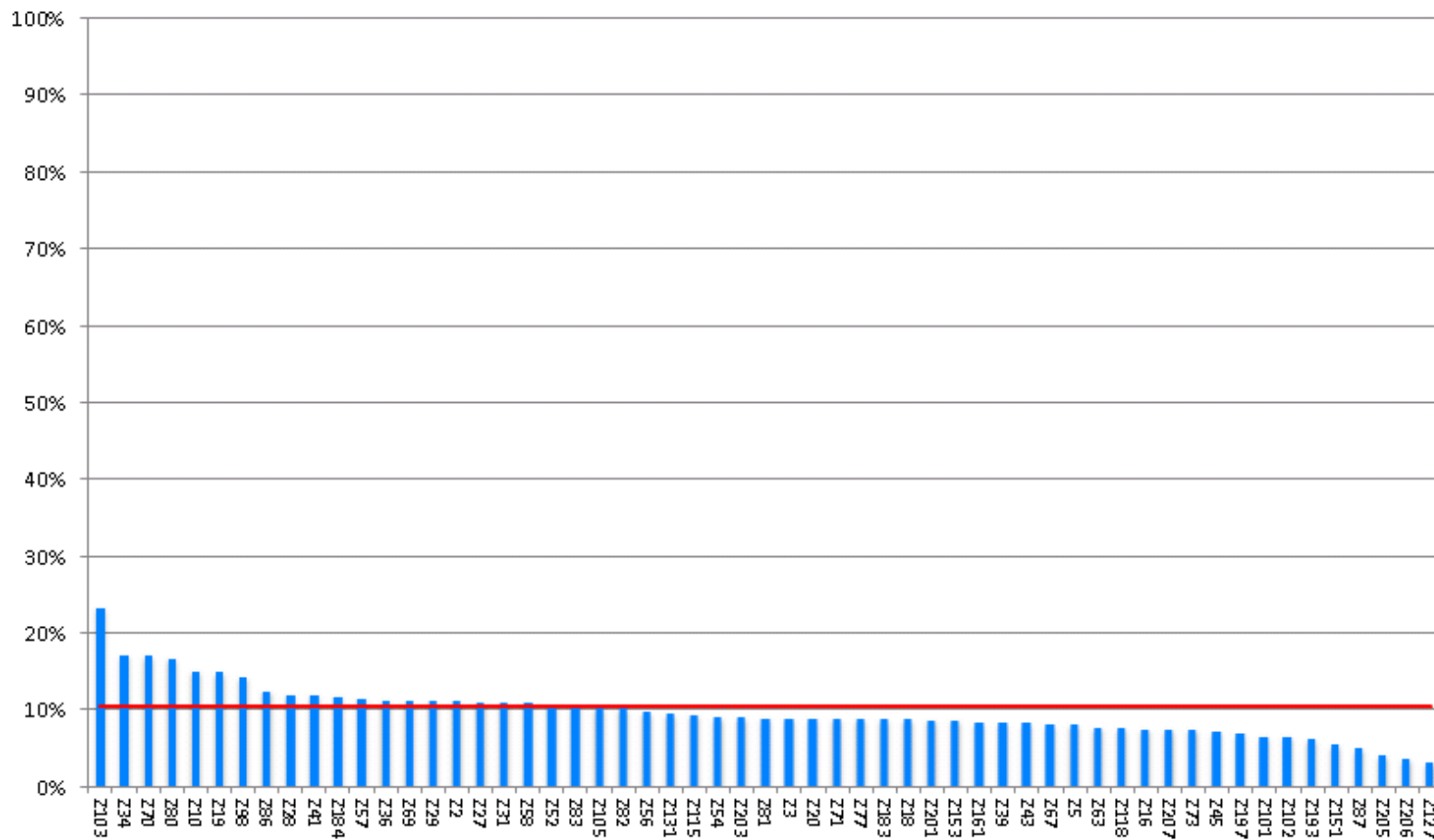
Grafiek 4: Percentage astma patiënten bij wie functioneren (ACQ of ACT of 'mate van ast-macontrole') is vastgelegd



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

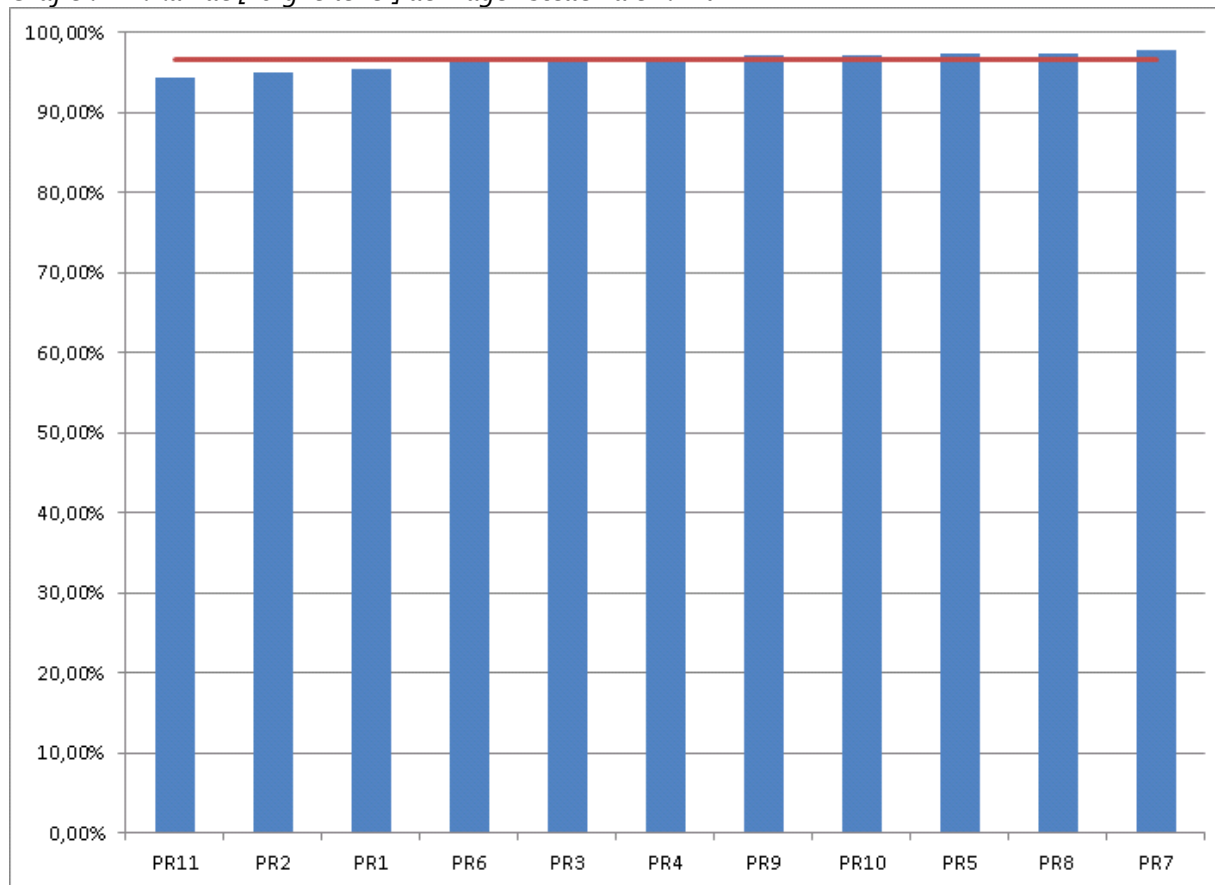


Grafiek 6: Percentage astma patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd, dat rookt

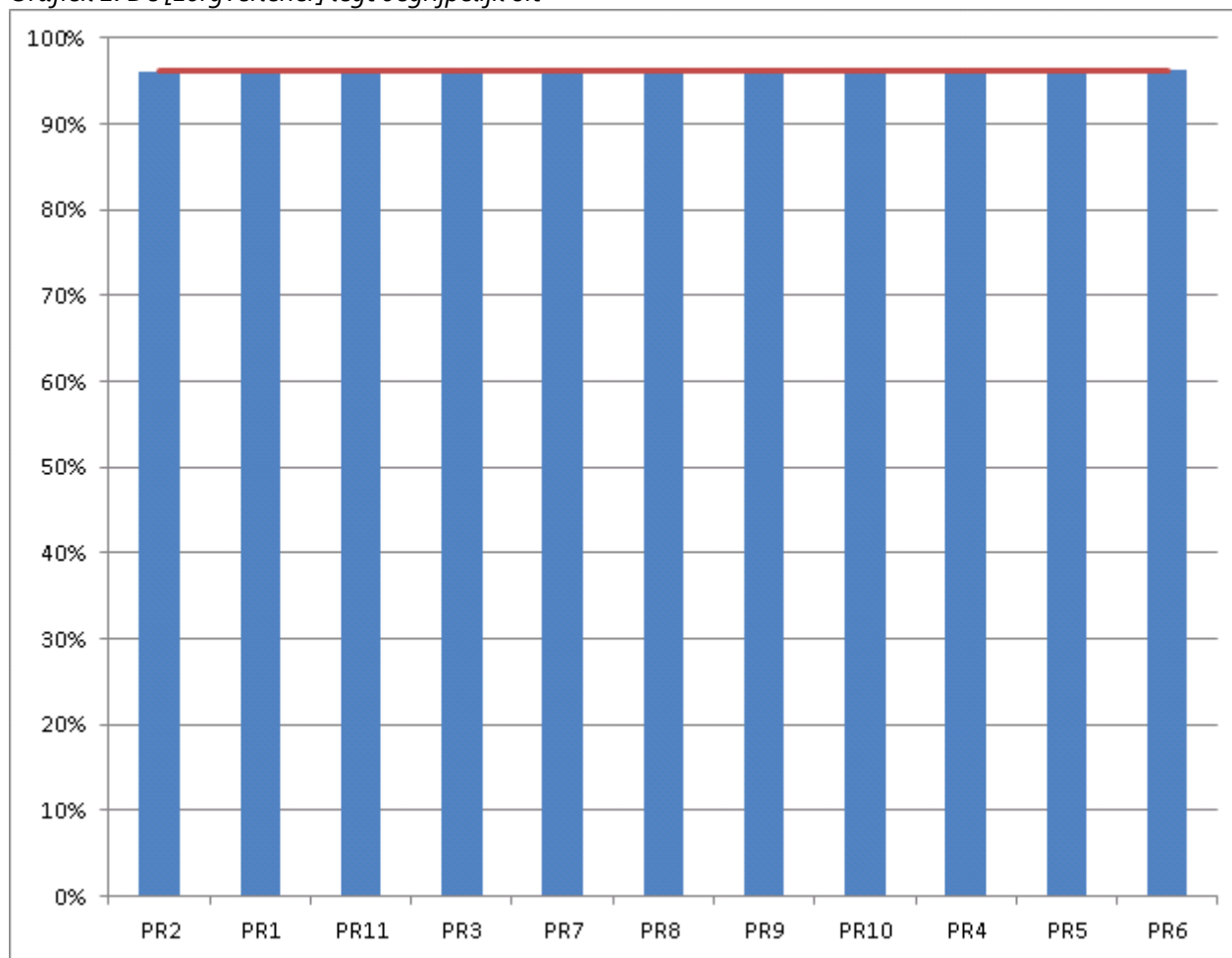


BIJLAGE 6: GRAFIEKEN PILOT PREM

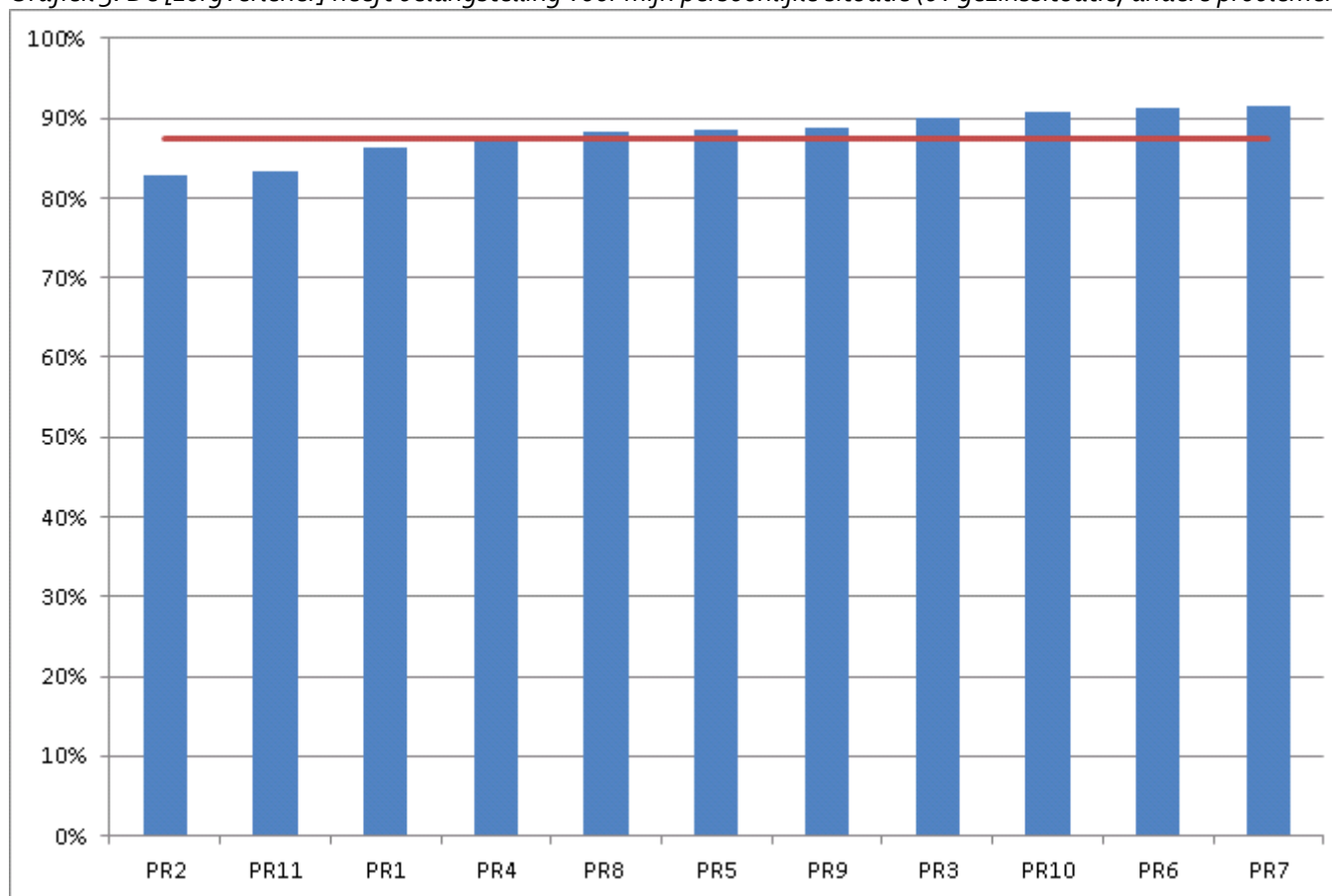
Grafiek 1: Ik kan de [zorgverlener] de vragen stellen die ik wil



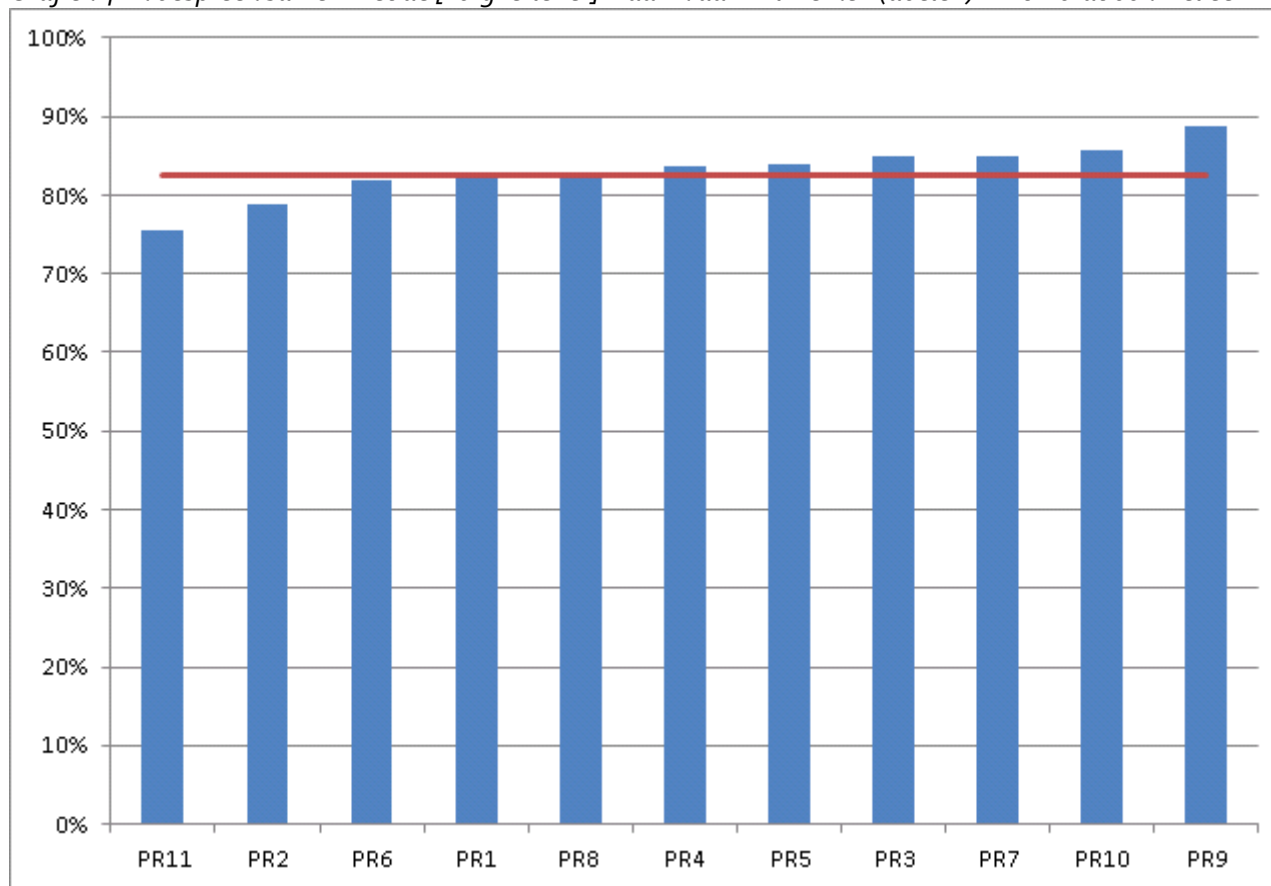
Grafiek 2: De [zorgverlener] legt begrijpelijk uit



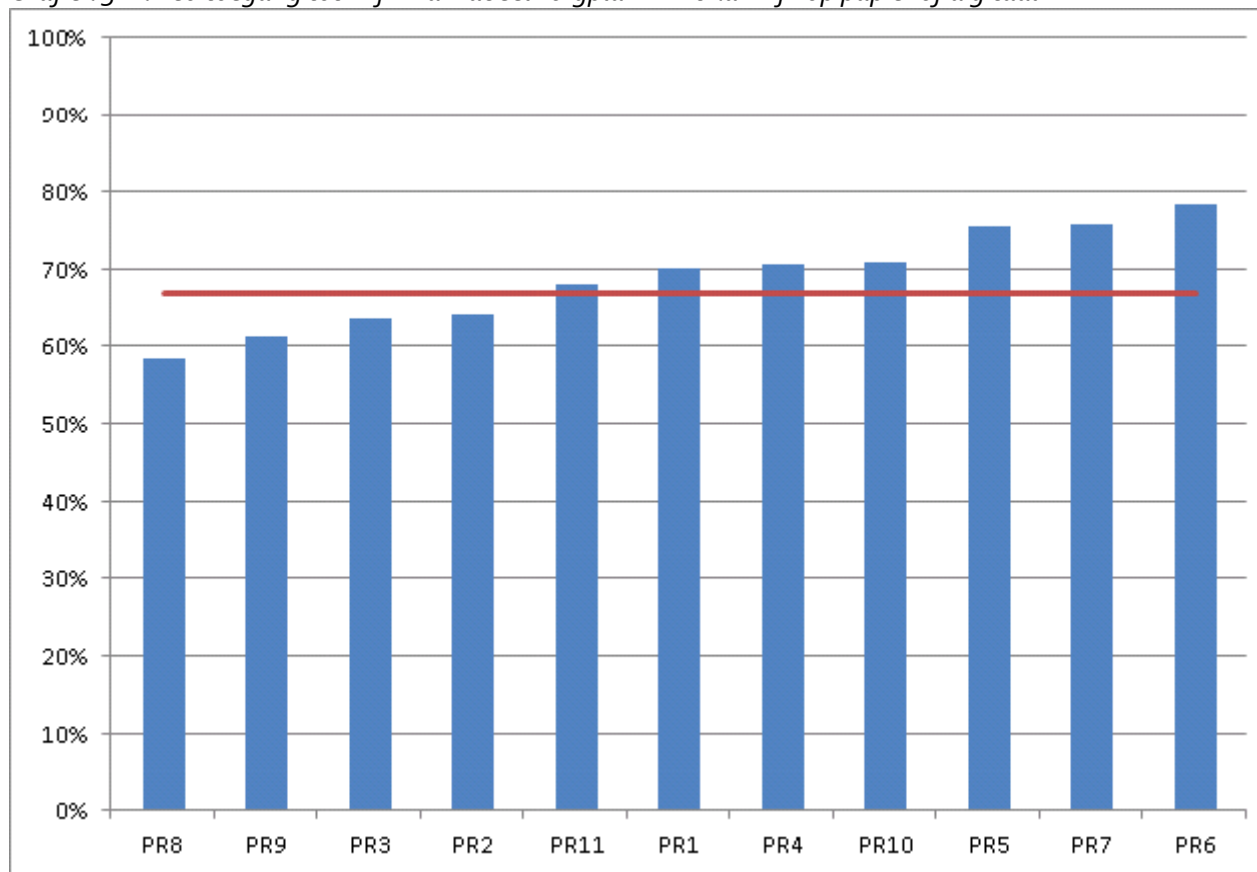
Grafiek 3: De [zorgverlener] heeft belangstelling voor mijn persoonlijke situatie (bv gezinssituatie, andere problemen die spelen)



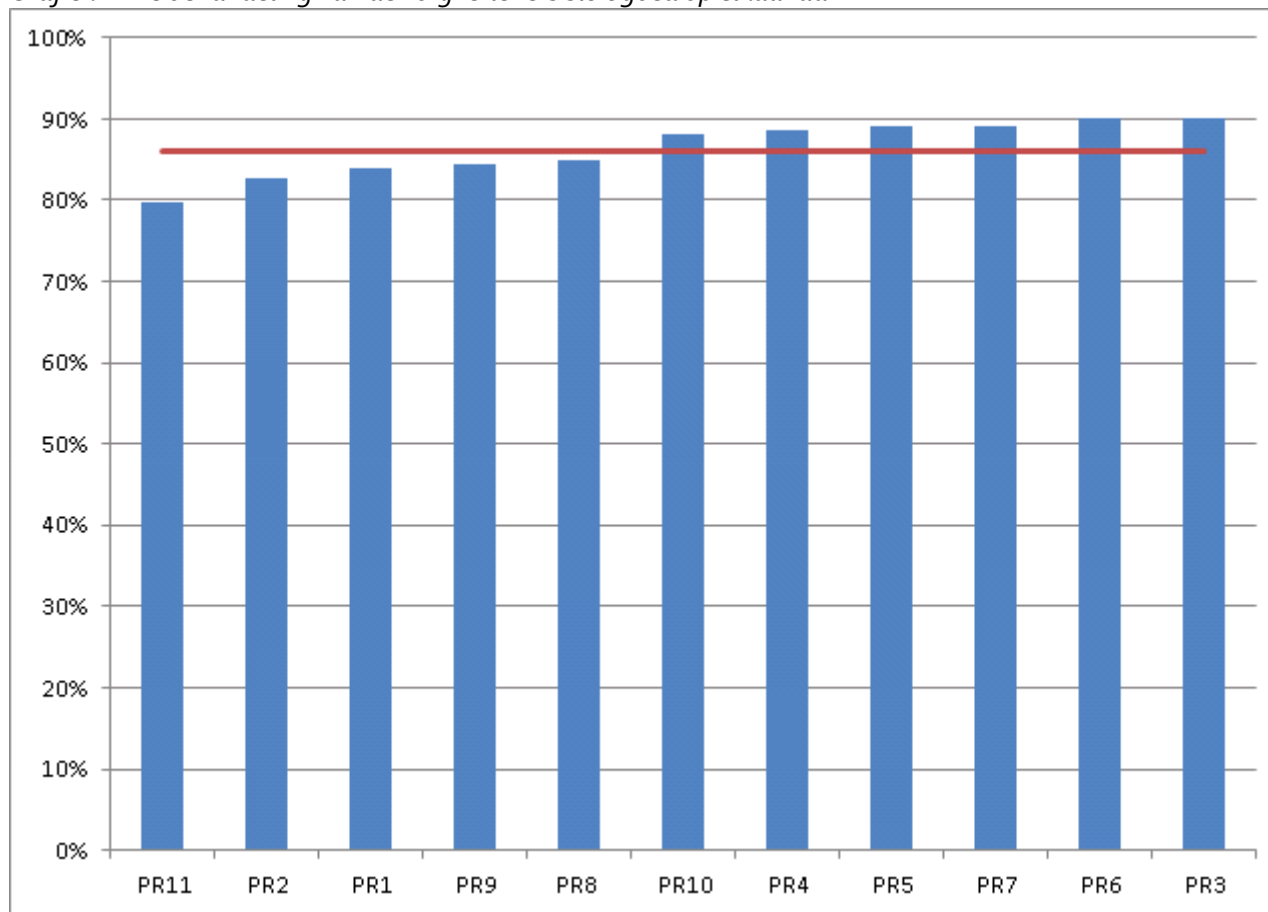
Grafiek 4: Ik bespreek samen met de [zorgverlener] waar ik aan wil werken (doelen) *Dit wordt ook wel een individueel zorgplan genoemd



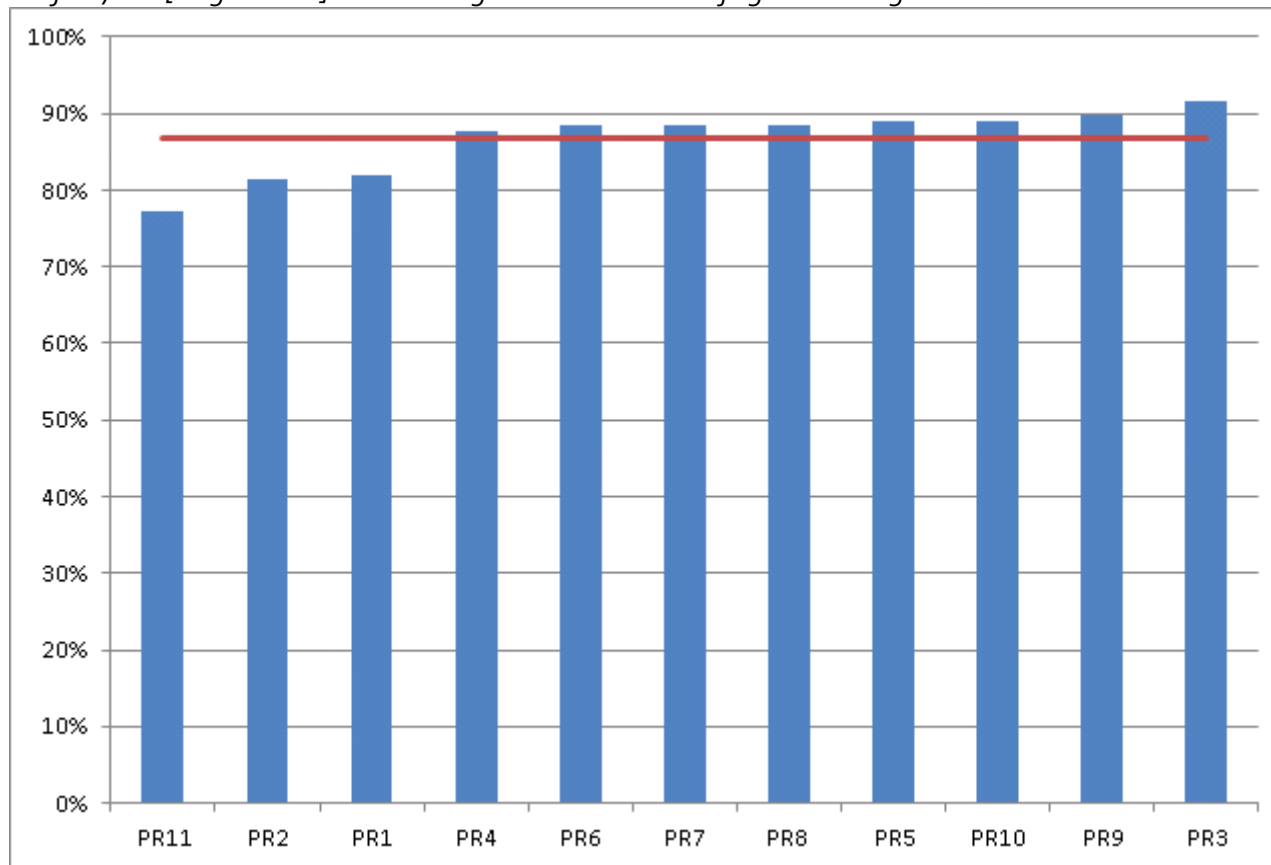
Grafiek 5: Ik heb toegang tot mijn individueel zorgplan. *Dit kan zijn op papier of digitaal



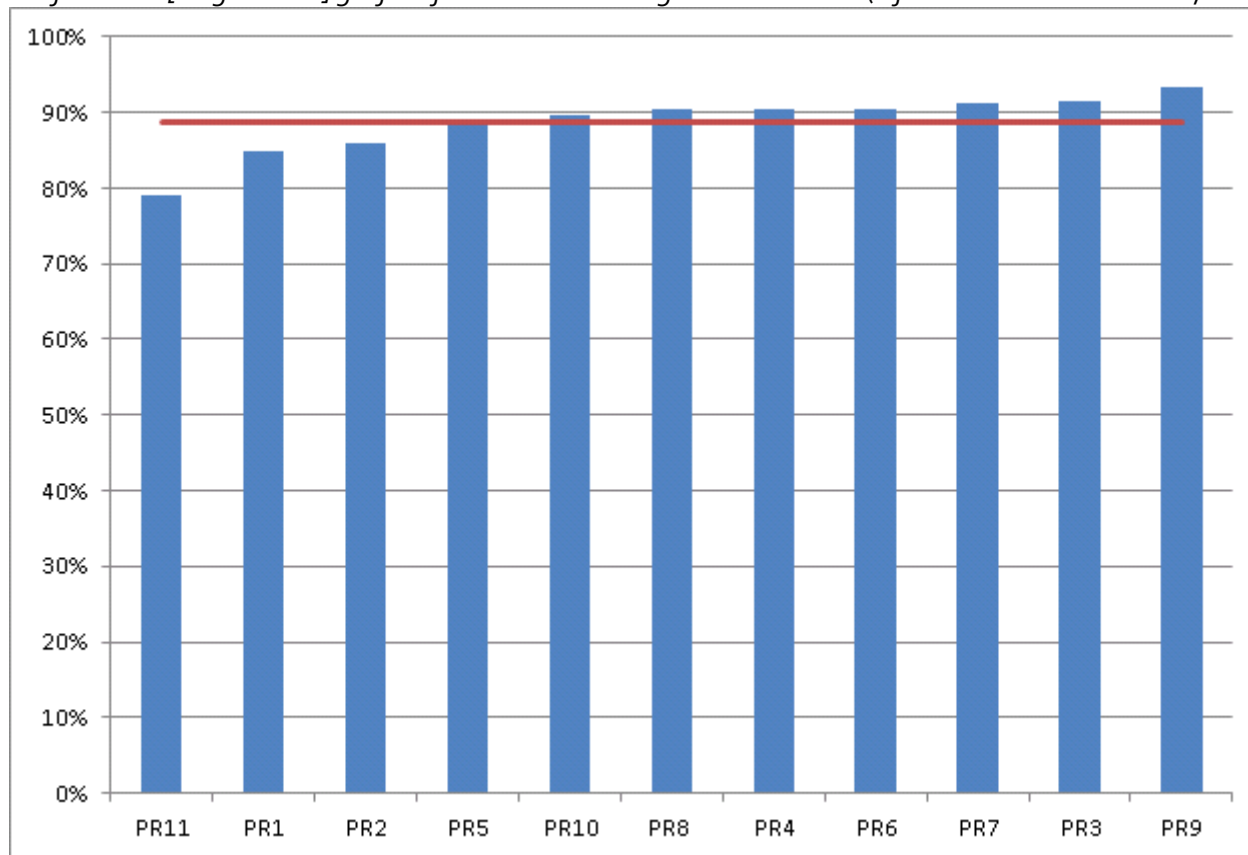
Grafiek 6: De behandeling van de zorgverleners sluit goed op elkaar aan



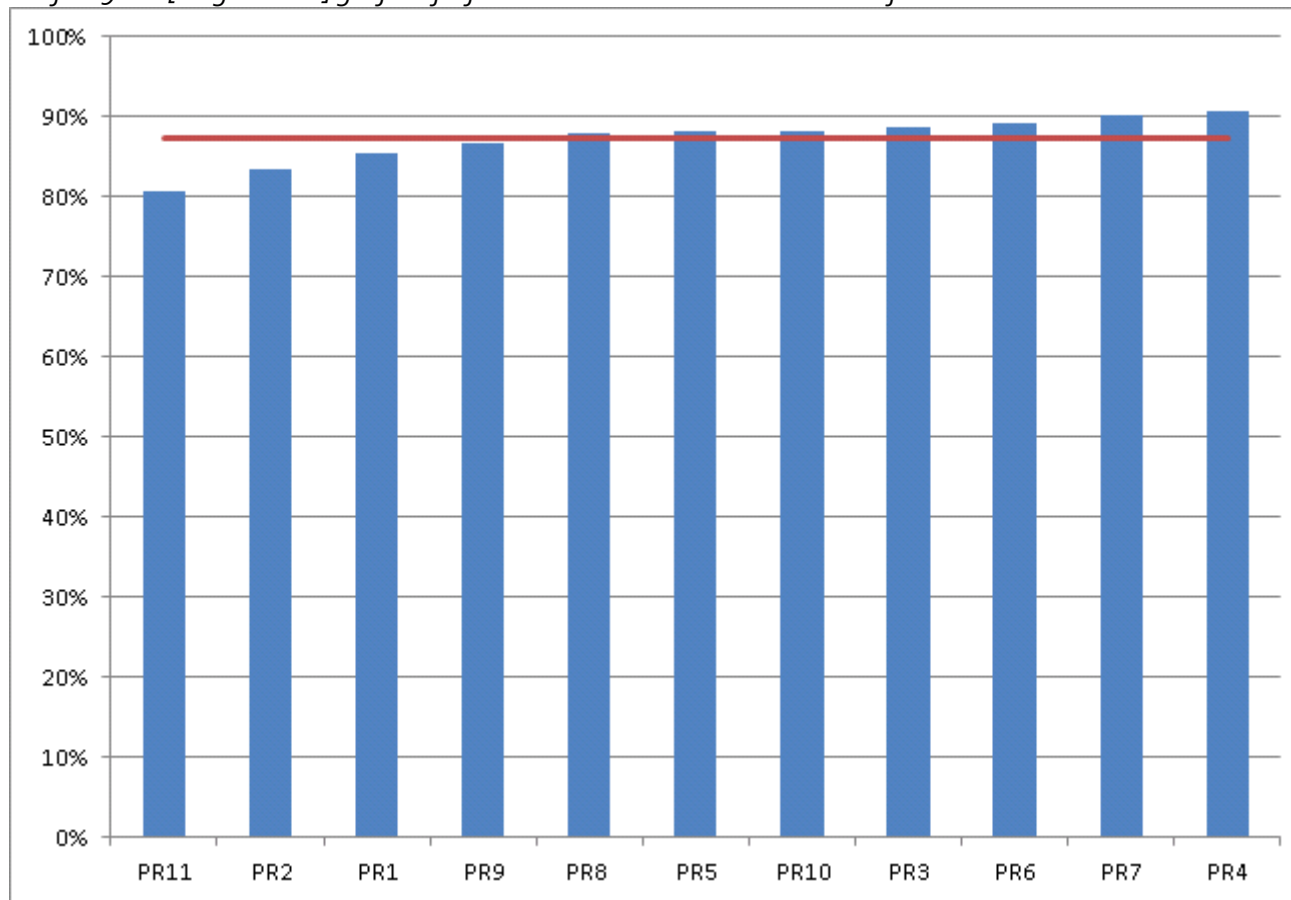
Grafiek 7: De [zorgverlener] houdt in de gaten hoe het met mijn gezondheid gaat



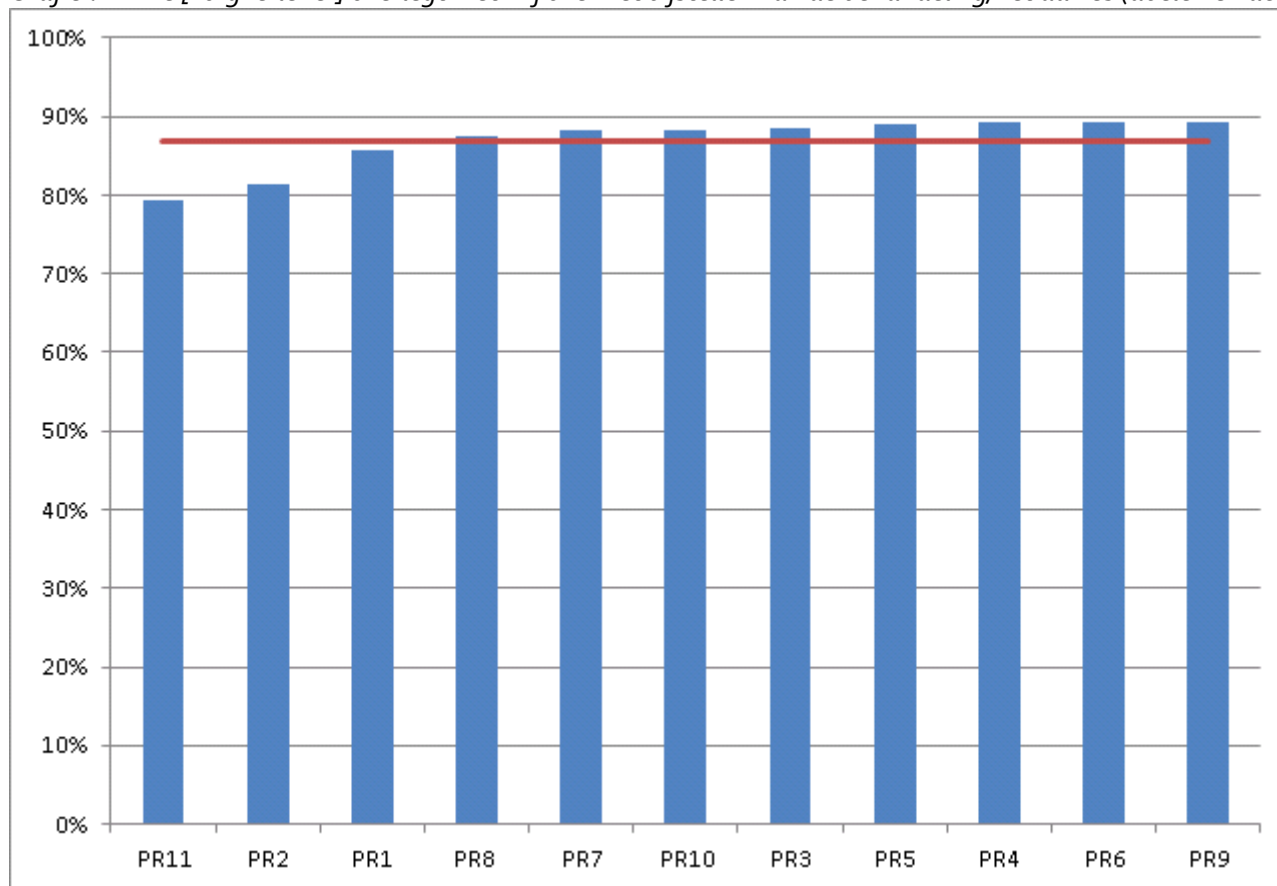
Grafiek 8: De [zorgverlener] geeft mij advies over hoe ik gezond kan leven (bijvoorbeeld over medicatie, bewegen, roken, eten en drinken)



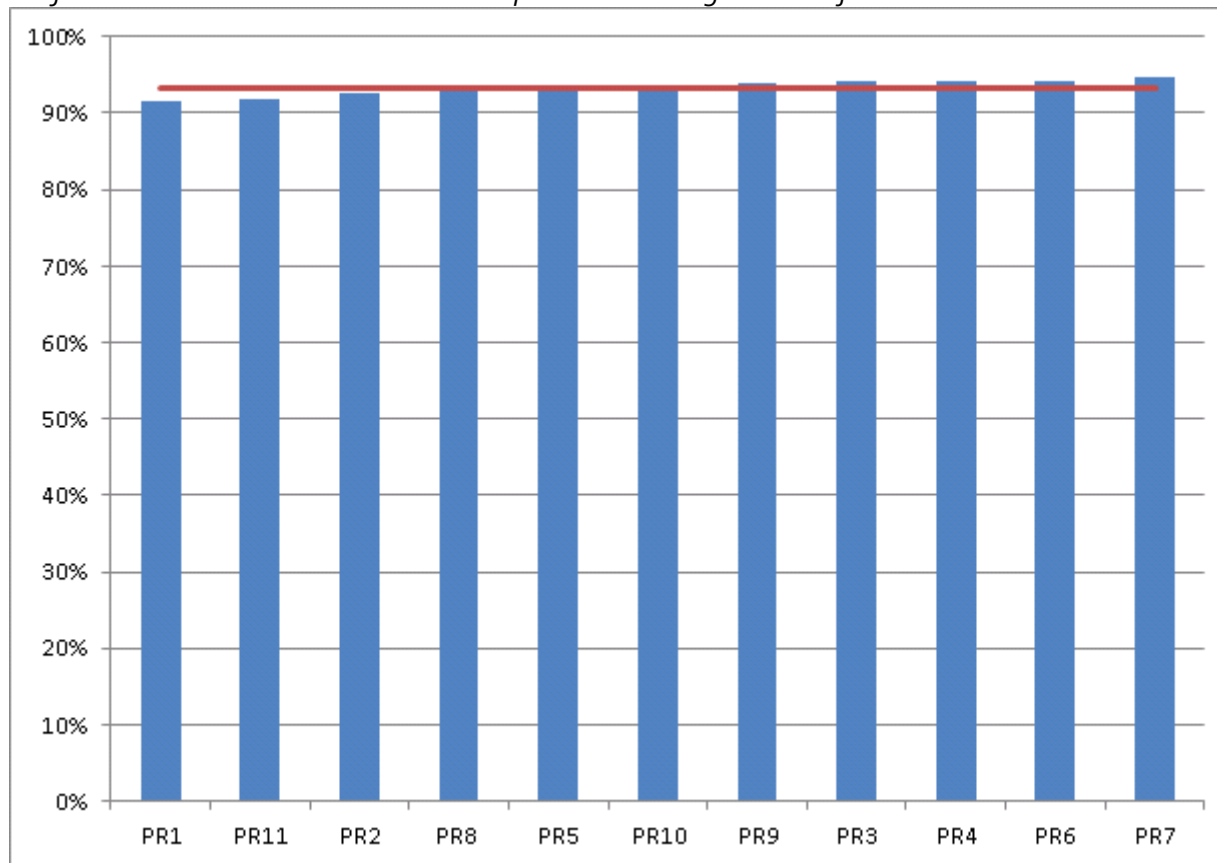
Grafiek 9: De [zorgverlener] geeft mij informatie over wat ik kan doen als mijn klachten veranderen



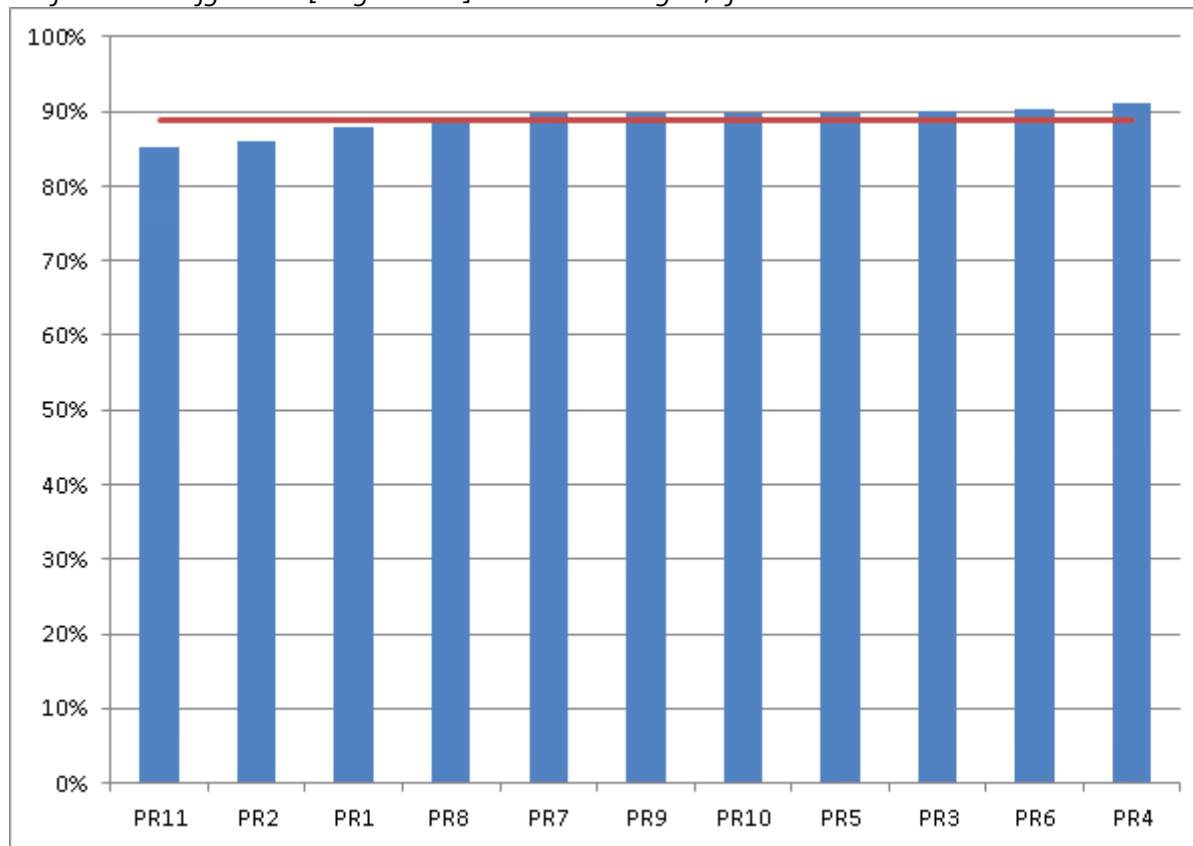
Grafiek 10: De [zorgverlener] overlegt met mij over het bijstellen van de behandeling/het advies (doelen en acties/individueel zorgplan)



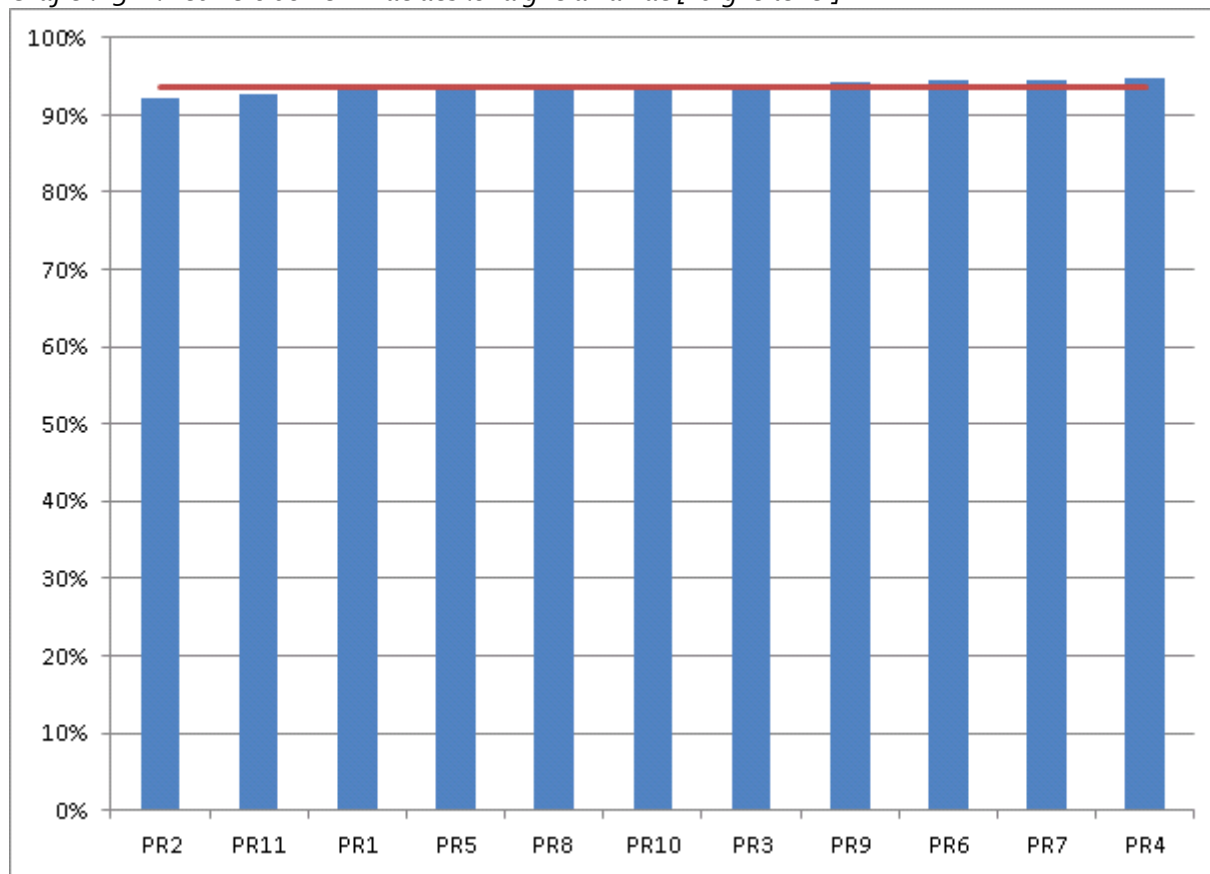
Grafiek 11: Ik weet met wie ik contact kan opnemen met vragen over mijn chronische ziekte



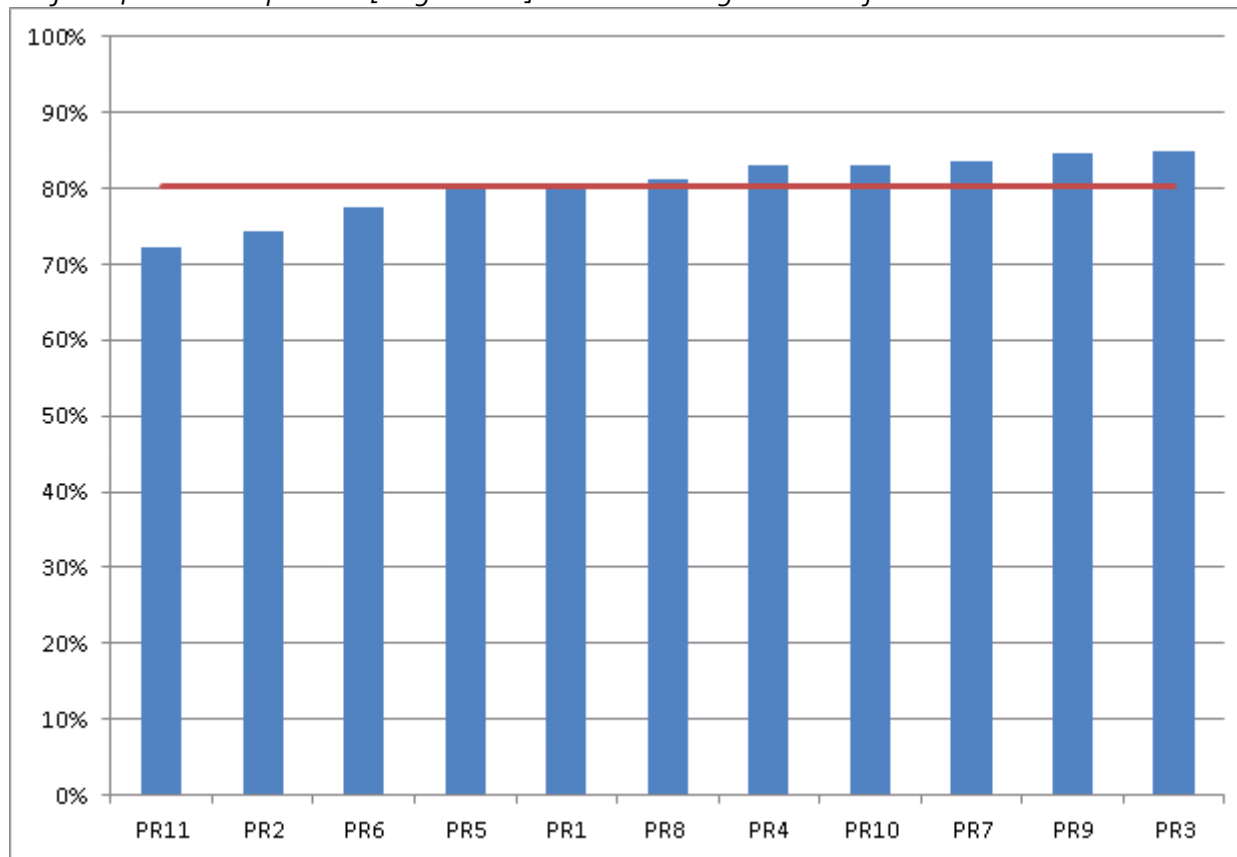
Grafiek 12: Ik krijg van de [zorgverlener] een behandeling en/of advies waar ik wat mee kan



Grafiek 13: Ik heb vertrouwen in de deskundigheid van de [zorgverlener]



Grafiek 14: Met de hulp van de [zorgverlener] kan ik beter omgaan met mijn chronische ziekte



BIJLAGE 7 NAMEN VAN ZORGGROEPEN

NUMMER	NAAM
--------	------

Z1	HUISARTSEN COOPERATIE MEDICAMUS
Z2	ST. GEORGANISEERDE EERSTELIJNSZORG ZOETERMEER
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
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
Z28	INTEGRALE ZORGGROEP EERSTELIJN RIJNMOND
Z30	ST. GEZONDHEIDSCENTRA MAARSSSENBOEK
Z31	ZIO (ZORG IN ONTWIKKELING)
Z33	KETENZORG GELDERSE VALLEI
Z34	ARTS EN ZORG
Z36	NUCLEUS CHRONISCHE ZORG B.V.
Z39	COHAESIE 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
Z49	HUISARTSENZORG OOST ACHTERHOEK B.V.
Z50	HUISARTSENZORG REGIO ZUTPHEN B.V.
Z51	HKN HUISARTSEN
Z52	DOH

Z54	ZORGGROEP HARINGVLIET
Z55	VERENIGING ZORGGROEP SOESTERKWARTIER
Z56	COHESIE CURE AND CARE BV
Z57	HUISARTSEN ZORGGROEP BRED A
Z60	HUISARTSENCOOPERATIE DE BAARSJES U.A.
Z61	HUISARTSEN EEMLAND ZORG
Z63	CHRONOS
Z67	ZORGGROEP ALMERE
Z69	COOPERATIE HUISARTSEN AMSTERDAM GROOT-ZUID
Z70	ZORGGROEP AXEL ZAAMSLAG
Z71	BEROEMD
Z73	ZORGGROEP HOEKSEWAARD
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	ZORGGROEP 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
Z105	STICHTING GC NIJKERK
Z110	STICHTING GEZONDHEIDSCENTRA UTRECHT
Z115	STICHTING GEZONDHEIDSCENTRUM LEWENBORG
Z116	ZORG IN HOUTEN
Z118	OCE NIJMEGEN
Z122	ST. LEIDSCH E RIJN JULIUS GEZ. CENTRA
Z127	KETENZORG NEDERLAND
Z131	COOPERATIE ZORGGROEP KATWIJK U.A.
Z136	ZORGGROEP KRIMPEN
Z147	ZORGGROEP HAARLEMMERMEER KETENZORG
Z151	BRAAZO GEINTEGREERDE EERSTELIJNS 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 EERSTELIJNSZORG ALMELO (FEA)
Z193	STICHTING GEZOND LEIDEN
Z197	KANSO
Z200	GC LIJN2
Z203	PERISCALDES
Z207	GEZ 'T JOPPE

