

TRANSPARANTE KETENZORG

2021

**RAPPORTAGE ZORGGROEPEN
DIABETES MELLITUS, VRM, COPD EN ASTMA**

SPIEGEL VOOR HET VERBETEREN VAN CHRONISCHE ZORG

COLOFON

© InEen, 1 juni 2022

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

1 Verantwoording	2
2 Samenvatting en aanbevelingen	3
3 Voorwoord	10
4 Inleiding	11
5 Werkwijze	13
6 Respons zorggroepen	14
7 Resultaten diabetes algemeen	15
8 Resultaten diabetes indicatoren	17
9 Resultaten HVZ/zeer hoog risico algemeen	22
10 Resultaten HVZ/zeer hoog risico indicatoren	25
11 Resultaten VVR/hoog risico algemeen	30
12 Resultaten VVR/hoog risico indicatoren	32
13 Resultaten COPD algemeen	36
14 Resultaten COPD indicatoren	39
15 Resultaten astma algemeen	43
16 Resultaten astma indicatoren	46
17 Bijlagen	50
Bijlage 1 Grafieken diabetes	50
Bijlage 2 Grafieken HVZ	63
Bijlage 3 Grafieken VVR	73
Bijlage 4 Grafieken COPD	82
Bijlage 5 Grafieken astma	90
Bijlage 6 Namen van zorggroepen	96

1 | VERANTWOORDING

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

- Garnt Postma, huisarts niet-praktiserend, voorzitter redactiecommissie, bestuurslid InEen, bestuurder regionale huisartsen organisatie Syntein
- Esther de Braal, huisarts en kaderhuisarts hart-en vaatziekten zorggroep Almere
- Marianne Meulepas, INSZO

en de volgende externe deskundigen:

Diabetes:

- Bertien Hart, huisarts en kaderhuisarts diabetes, Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra en Julius Centrum UMC Utrecht, voorzitter DiHAG, bestuurslid Stichting Langerhans, coördinator NHG Kaderopleiding Diabetes
- Henk Bilo, internist n.p. en hoogleraar inwendige geneeskunde UMC Groningen

COPD en astma:

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

Vasculair Risico Management (HVZ/zeer hoog risico en VVR/hoog risico):

- Robert Willemsen, huisarts, kaderhuisarts hart- en vaatziekten, huisarts-onderzoeker Universiteit Maastricht
- Xavier Hofman, huisarts, kaderhuisarts hart- en vaatziekten
- Frans Rutten, huisarts, hoogleraar cardiovasculaire ziekten in de eerste lijn, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Julius Centrum, UMC Utrecht

2 | SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN

Dit is de twaalfde landelijke rapportage over programmatische ketenzorg op basis van gegevens die zorggroepen hierover hebben verzameld. Net als in voorgaande 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 resp. zeer hoog risico (HVZ) en zonder hart- en vaatziekte resp. met hoog risico (VVR). Daarnaast is er opnieuw 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, naar het percentage niet-rokers en naar de verdeling behandeling in eerste lijn versus tweede lijn over alle programma's, inclusief de trend daarin over de jaren.

Evenals de vorige jaren is het aantal indicatoren beperkt tot maximaal acht indicatoren. 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 redactiecommissie.

Respons

Van de aangeschreven zorggroepen hebben er 98 (vorig jaar 100) hun data over het jaar 2021 aangeleverd. In totaal gaven 77 (vorig jaar 83) zorggroepen toestemming voor het vermelden van de naam van de zorggroep. Bij 98 zorggroepen betrof het data over diabeteszorg (vorig jaar 100), bij 96 zorggroepen ook data over COPD zorg (vorig jaar 95), bij 58 zorggroepen ook data over astma (vorig jaar 56), bij 90 zorggroepen ook data over HVZ (vorig jaar 86) en bij 89 zorggroepen ook over VVR (vorig jaar 81).

Met elkaar vertegenwoordigen deze zorggroepen ongeveer 13.960.598 inwoners van Nederland (82%), door het land verspreid. Vorig jaar was het aantal 15.230.595 en het jaar daarvoor 15.295.037. De dekkingsgraad neemt iets af. Vorig jaar zagen we nog vooral het effect van fusies (minder aanleverende groepen maar vrijwel gelijkblijvende dekkingsgraad), nu zie we ook een omgekeerde beweging: grote zorggroepen leveren gegevens aan als wijksamenwerkingsverband. Daarmee neemt het aantal zorggroepen dat gegevens aanlevert niet of nauwelijks af, maar de dekkingsgraad wel.

Conclusies diabetes

- 1 Dit jaar rapporteerden 98 zorggroepen over 559.842 diabetespatiënten. De gemiddelde prevalentie van diabetes type 2 bleef met 5,5% zo goed als gelijk ten opzichte van vorig jaar.
- 2 Zorggroepen rapporteren dat 89% van de patiënten onder behandeling is in de eerste lijn. Dat percentage is al een aantal jaren stabiel.
- 3 Het percentage patiënten in de eerste lijn zonder programmatische zorg is 5%. Conform de inclusiecriteria zijn zorggroepen kritisch op de noodzaak om patiënten met diabetes te includeren in het zorgprogramma als dat geen meerwaarde heeft.
- 4 Alhoewel ook in 2021 de COVID-19 epidemie een belangrijke rol speelde zien wat dat de indicatoren (eGFR, albumine-creatinine ratio in de urine, rookstatus, funduscontrole en voetonderzoek) gelukkig weer toenamen, mogelijk door meer ervaring in het leveren van

zorg op afstand en weer meer fysieke contacten, gezien de stijging in het aantal geregistreerde voetonderzoeken.

- 5 Het LDL-cholesterol is in het merendeel van de patiënten < 70 jaar met HVZ niet voldoende gereguleerd conform de CVRM richtlijn uit 2019: het gewogen gemiddelde is 33.6%, dus bijna 70% van deze patiënten heeft nog niet de strenge LDL-cholesterolwaarde behaald. Bij patiënten zonder HVZ is het merendeel wel goed gereguleerd wat betreft het LDL-cholesterol.
- 6 Het aantal gebruikers van lipiden verlagende medicatie is gelijk gebleven aan vorig jaar (67.8%).
- 7 Het percentage bepalingen van de albumine/ creatinine ratio in de urine ligt veel lager dan het percentage eGFR bepalingen (83.2% versus 90.8%). In bijna de helft van het aantal zorggroepen ligt dit percentage onder dit gemiddelde.

Aanbevelingen diabetes

- 1 Na de COVID-19 pandemie dienen de reguliere diabetescontroles nog verder opgepakt te worden zoals tevoren, zodat de procesindicatoren weer terugkomen op het niveau van voor de pandemie. Anticipatie op een nieuwe pandemie zou kunnen bestaan uit verder experimenteren met zorg op afstand, zoals met videoconsulten, het gebruik van apps et cetera.
- 2 De praktijkvariatie tussen zorggroepen is op een aantal onderdelen onbegrijpelijk groot. Een beperkt aantal zorggroepen scoort al jaren aanzienlijk lager dan de gewogen gemiddelden. Zij dienen na te gaan waarom dit zo is en daar gericht kwaliteitsbeleid op te voeren.
- 3 Zorggroepen doen er goed aan in hun kwaliteitsbeleid aandacht te besteden aan gedeelde besluitvorming over statinegebruik bij diabetespatiënten van verschillende leeftijden en met verschillende mate van kwetsbaarheid. Speciale aandacht dient uit te gaan naar de strengere streefwaarden bij diabetespatiënten met een HVZ.
- 4 Het is belangrijk dat de huisarts en POH doordrongen zijn en blijven van het belang van de bepaling van de eGFR en de albumine-creatinine ratio in de urine, om zo tijdig chronische nierschade te signaleren en stappen te ondernemen om verdere nierschade te beperken en cardiovasculair risico te reduceren. Goede registratie in het HIS bij een eGFR < 60 is van belang om medicatiebewaking adequaat uit te voeren en de nierfunctie te vervolgen.
- 5 Het is van groot belang dat er weer meer aandacht komt voor het voetonderzoek, omdat een goed voetonderzoek ernstige complicaties en amputaties kan voorkomen.

Conclusies HVZ/zeer hoog risico

- 1 In de categorie HVZ/zeer hoog risico gaat het uitsluitend om mensen met een doorgemaakte hart- en vaatziekte, angina pectoris, K74 of acuut myocardiinfarct, K75 of andere chronische / ischemische hartziekte, K76 of passagiere cerebrale ischemie / TIA, K89 of intracerebrale bloeding, K90.02 cerebraal infarct, K90.03 of atherosclerose, K91 claudicatio intermittens, K92.01 of aneurysma aortae, K99.01.
- 2 Eind 2021 rapporteerden 88 zorggroepen over 357.697 patiënten met HVZ/zeer hoog risico. Dat is geen substantiële verandering ten opzichte van 2020.
- 3 De gemiddelde prevalentie van patiënten met een HVZ/zeer hoog risico is in 2021 exact gelijk gebleven (5,7%).

- 4 Het percentage patiënten met een HVZ/zeer hoog risico onder behandeling in de eerste lijn blijft licht stijgen en bedraagt in 2021 71% met een aanzienlijke spreiding tussen de zorg-groepen, de koplopers halen meer dan 80%.
- 5 Het percentage patiënten dat is opgenomen in het zorgprogramma steeg licht (61% in 2021, 59% in 2020).
- 6 De scores op de procesindicatoren bloeddruk gemeten, rookstatus geregistreerd en lichaamsbeweging geregistreerd zijn in 2021 net als in 2020 lager dan in 2019. Dat is hoogst waarschijnlijk een gevolg van Covid.
- 7 De score op de indicator eGFR bleef ondanks Covid stabiel op bijna 100%. Dit is een mooi voorbeeld van de opbrengst van goed georganiseerde programmatische zorg.
- 8 Ongeveer 76% van de patiënten heeft in 2021 - net als in 2020 - een systolische bloeddruk op of onder de streefwaarde. Een kwart heeft dat dus niet. Daarvoor zijn legitieme redenen zoals witte jassen RR, bijwerkingen medicatie en persoonlijke wensen t.a.v. de streefwaarde, maar ook vermijdbare redenen zoals therapie ontrouw of onvoldoende aanpassing van de medicatie (inertie huisarts).
- 9 De score op de uitkomstindicator LDL $\leq 2,5$ mmol/l is gestegen van ruim 63% naar ruim 65%. Omdat de populatie waarvoor dit geldt in 2020 is aangepast van <80 jaar naar <70 jaar, zijn hier geen harde conclusies aan te verbinden. Voor het tweede jaar is ook de uitkomstindicator LDL <1,8% meegenomen omdat de standaard dit adviseert voor mensen met het hoogste risico (aangetoond ischemische HVZ). Binnen de totale groep had 25% een LDL <1,8 (in 2020 22,5%). Deze uitkomst is nog moeilijk goed te duiden want er is nog geen vergelijkingsmateriaal en niet iedereen in de groep HVZ/zeer hoog risico heeft een streefwaarde van 1,8 mmol/l. Hoe dan ook blijkt het niet eenvoudig dit streefniveau te behalen.
- 10 Het aantal niet-rokers is stabiel 86%. Dat is beter dan in de algemene bevolking, maar slechter dan bij diabetes en VVR. Bovendien is hier uit op te maken dat 1 op de 7 patiënten met een HVZ nog wél rookt.

Aanbevelingen HVZ/zeer hoog risico

- 1 Er moet een eenduidige afspraak te komen of de indeling hoog resp zeer hoog risico (conform de nieuwe standaard) dan wel de indeling VVR resp bekend HVZ (zoals de voorgaande jaren) leidend is voor deze benchmark. Die afspraak dient dan ook door alle zorggroepen te worden geïmplementeerd in de eigen zorgketens. Idealiter is het daarbij mogelijk om VVR patiënten die veel zorg behoeven relatief veel, en HVZ patiënten die stabiel zijn relatief weinig zorg te geven (zorgzwaarte niet één op één gerelateerd aan de indeling in hoog / zeer hoog risico). Er moet een eenduidige afspraak komen of de indeling hoog respectievelijk zeer hoog risico (conform de nieuwe standaard) dan wel de indeling VVR respectievelijk bekend HVZ leidend is voor deze benchmark. Die afspraak dient dan ook door alle zorggroepen te worden geïmplementeerd in de eigen zorgketens. Idealiter is het daarbij mogelijk om VVR patiënten die veel zorg behoeven relatief veel, en HVZ patiënten die stabiel zijn relatief weinig zorg te geven (zorgzwaarte niet één op één gerelateerd aan de indeling in hoog / zeer hoog risico).
- 2 Zorggroepen met een veel hoger dan gemiddeld aantal patiënten onder behandeling in de tweede lijn dienen dit te bespreken met hun huisartsen en de specialisten en kunnen daarbij refereren aan de zorggroepen met een veel hogere substitutie. Daarbij moet voor een deel van de patiënten ook shared care mogelijk zijn.

- 3 Na de Covid pandemie dienen de reguliere controles weer opgepakt te worden als tevoren zodat de procesindicatoren weer terugkomen op het niveau van vóór de pandemie.
- 4 Los van de invloed van Covid dienen de procesindicatoren de komende jaren verder te verbeteren. Daartoe dienen vooral de zorggroepen met de laagste scores een voorbeeld te nemen aan de zorggroepen met de hoogste scores.
- 5 De uitkomstindicator bloeddruk moet altijd in het licht gezien worden van persoonsgerichte zorg. In het kwaliteitsbeleid moet er aandacht zijn voor witte jassen bloeddruk en andere, meer objectieve, manieren van bloeddrukmeting. Tevens moet benadrukt blijven dat het om streefwaardes gaat.
- 6 De uitkomstindicator LDL-cholesterol moet altijd in het licht gezien worden van persoonsgerichte zorg. In het kwaliteitsbeleid moet er aandacht zijn voor individuele streefwaarden afhankelijk van het individuele risico van de betreffende patiënt.
- 7 De indicator streefwaarde LDL dient te worden aangepast aan de nieuwe richtlijn zodat ook duidelijk wordt welk percentage van de patiënten <1,8% zit.

Conclusies VVR/hoog risico

- 1 Binnen het cardiovasculair risicomanagement wordt een onderverdeling toegepast in de groepen hoog risico - zeer hoog risico. Er is mogelijk een kleine overlap tussen de groep met een hoog risico en de groep die bestaat uit patiënten die een zeer hoog risico op HVZ hebben: de patiënten die een SCORE hebben op sterfte >10% en patiënten met ernstige chronische nierschade. Die horen in 2021 weer in het zorgprogramma VVR/hoog risico, maar wellicht includeren sommige zorggroepen deze patiënten in het zorgprogramma HVZ/zeer hoog risico conform de laatste NHG standaard Cardiovasculair risicomanagement.
- 2 Dit jaar rapporteerden 89 zorggroepen over 706.914 patiënten met VVR/hoog risico. Dat zijn 8 zorggroepen meer dan vorig jaar, maar met minder patiënten geregistreerd als VVR/hoog risico.
- 3 De gemiddelde prevalentie is met 8,4% een fractie lager dan vorig jaar (8,5%), mogelijk omdat een aantal patiënten met VVR met zeer hoog risico nu in het zorgprogramma HVZ/zeer hoog risico is opgenomen.
- 4 Gemiddeld neemt ongeveer 68,8% van de VVR-patiënten deel aan het eerstelijns zorgprogramma. Er is sinds 5 jaar een stabilisatie van dit percentage. Overige patiënten worden behandeld in de tweede lijn of zijn niet geïncludeerd in het zorgprogramma. De spreiding tussen zorggroepen is groot.
- 5 Meer dan 30% van de mensen met een hoog risico op hart- en vaatziekten heeft geen programmatische zorg in de eerste lijn. Het betreft patiënten in de eerste lijn zonder ketenzorg, in de tweede lijn, en patiënten bij wie geen hoofdbehandelaar is geregistreerd.
- 6 Van de procesindicatoren is de bloeddruk (het percentage patiënten bij wie de bloeddruk is gemeten) weer gestegen naar boven de 80% . Dit percentage was in 2020 gedaald, waarschijnlijk als 'Covid effect'. In de jaren daarvoor was het percentage jarenlang stabiel rond de 88%.
- 7 Van de procesindicatoren is rookstatus (het percentage patiënten bij wie het rookgedrag is vastgelegd), gestegen ten opzichte van het Corona jaar 2020, maar nog lager dan de jaren daarvoor.
- 8 Van de procesindicatoren is eGFR (het percentage patiënten bij wie het eGFR in het laboratorium is bepaald) stabiel en bijna 100% (98,4%).

- 9 Van de procesindicatoren is beweegstatus (het percentage patiënten bij wie de mate van beweging is vastgelegd) weer gestegen naar 67,6%. Dit percentage was in het jaar 2020 gedaald naar 63%, waarschijnlijk als 'Covid effect'.
- 10 De uitkomstindicator systolische bloeddruk op streefwaarde is (weer) iets gedaald en bedraagt in 2021 68,8% (2019: 72%; 2020: 70%). Mogelijk speelt de invoering van de nieuwste CVRM-richtlijn een rol: er is aandacht voor de persoonsgerichte zorg. Hierbij stellen de zorgverlener en de patiënt samen de streefwaarde vast (in plaats van arbitraire grenswaarden uit de standaarden).
- 11 Van de uitkomstindicatoren is LDL (het percentage patiënten jonger dan 70 jaar met gereguleerd LDL-cholesterol), stabiel op ongeveer 35%. Dit is veel lager dan bij DM en HVZ.
- 12 Het aantal rokers in dit zorgprogramma is ook dit jaar weer gedaald van 9,9% in 2020 naar 9,8% in 2021. Dat is goed nieuws. Vanaf 2014 (van 15,0% in 2014 naar 9,8% in 2021) zien we een voortdurende daling van het roken

Aanbevelingen VVR

- 1 Patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria VVR/hoog risico en die gemotiveerd zijn voor behandeling hebben volgens de Europese richtlijn baat bij programmatische zorg en inclusieplafonds dienen dat niet in de weg te staan.
- 2 Meer dan 30% van de mensen met een hoog risico op hart- en vaatziekten hebben geen programmatische zorg in de eerste lijn. Dit is relatief veel. Zorggroepen zouden daarom kunnen nagaan:
 - wie zijn de patiënten die geen programmatische zorg krijgen?
 - krijgen deze patiënten CVRM zorg in de 2e lijn?
 - zijn het zorgmijders of anderszins patiënten die bewust niet willen meedoen?
 - zijn er groepen patiënten die bewust buiten het programma gehouden?
 - wie zijn de mensen die niet (meer) deelnemen vanwege significant verbeterde leefstijl?
 - speelt aanwezigheid van dominante co-morbiditeit hier een rol?
 - speelt onvoldoende motivatie hier een rol?
 - spelen door verzekeraars opgelegde inclusieplafonds hier een rol?
- 3 Na de Covid pandemie dienen de reguliere controles weer opgepakt te worden als tevoren zodat de procesindicatoren weer terugkomen op het niveau van voor de pandemie.
- 4 Binnen het zorgprogramma kan vaker gebruik worden gemaakt van alternatieven voor fysieke consultatie, zoals digitale zorg.
- 5 Zorggroepen bij wie de inclusie ruim boven of onder het gemiddelde inclusiepercentage ligt, zouden hiervan een analyse moeten doen en daarvan verslag doen in hun jaarrapportage.
- 6 Er moet meer aandacht komen voor geïndividualiseerde, digitaal ondersteunde en persoonsgerichte VVR zorg, gericht op meer eigen regie en zelfmanagement.
- 7 De praktijkvariatie tussen de zorggroepen is voor sommige indicatoren onverklaarbaar groot. Zorggroepen die belangrijk onder de gemiddelden scoren op de indicatoren dienen hierin hun kwaliteitsbeleid op te focussen.

Conclusies COPD

- 1 Dit jaar rapporteerden 96 zorggroepen over 115.762 COPD patiënten. Dat is 1 zorggroep meer, maar circa 7500 patiënten minder dan vorig jaar. Dit jaar namen er relatief meer kleine zorggroepen deel aan de benchmark.
- 2 De gemiddelde prevalentie van COPD is al een aantal jaren stabiel met 1.9-2.0%. De variatie in de prevalentie tussen de verschillende zorggroepen is opvallend hoog, mogelijk door verschillen in demografie, diagnostiek of ernst van de aandoening.
- 3 Ongeveer 49% van de COPD patiënten krijgt programmatische zorg in het zorgprogramma, 15% heeft de huisarts als hoofdbehandelaar maar krijgt geen programmatische zorg en circa 26% is onder behandeling in de tweede lijn. Verdere substitutie blijft dus uit. Van 8% van de patiënten is de hoofdbehandelaar niet geregistreerd.
- 4 De vier procesindicatoren (inhalatietechniek vastgelegd, functioneren vastgelegd, bewegen vastgelegd en roken geregistreerd) zijn t.o.v. voorgaande jaren allemaal met 10-15% gedaald en krabbelen nu weer iets op; de scores liggen nu tussen de 57 en 77%. De beperkingen door Covid spelen daarbij een grote rol.
- 5 De praktijkvariatie tussen de zorggroepen is wel nog steeds groot en bij een beperkt aantal zorggroepen zijn de scores op deze belangrijke indicatoren onacceptabel laag.
- 6 Het percentage niet-rokers in de COPD-populatie is stabiel gebleven, namelijk 65%. Dit is toch een mooi resultaat, zeker als we bedenken dat niet meer rokende COPD patiënten met een lage ziektelast vaak na een aantal jaren uit het zorgprogramma gaan, terwijl de nieuwe COPD patiënten die instromen in meerderheid roken.
- 7 Het aantal patiënten met twee of meer exacerbaties is opmerkelijk gedaald, namelijk van 6% in 2019 naar 4% in 2020 en 2.4% in 2021. Waarschijnlijk is dit het gevolg van de Covid maatregelen als afstand houden en het beperken van de fysieke contacten.

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 Een aantal regio's laat zien dat meer substitutie heel goed kan. Zorggroepen waar de substitutie achter blijft dienen samen met de longartsen na te gaan wat er nodig is om dit te bereiken.
- 3 Na de Covid pandemie dienen te COPD controles weer opgepakt te worden zodat de procesindicatoren terugkomen op het niveau van voor de pandemie.
- 4 Op een aantal indicatoren is de praktijkvariatie onacceptabel groot. Zorggroepen die veel lager scoren dan de gemiddelden dienen te analyseren hoe dit komt en hierop een verbeterplan te maken. *Best practices* kunnen als voorbeeld dienen.
- 5 Om de inhalatie instructie verder te verbeteren kunnen zorggroepen en praktijken afspraken maken met apotheken en meer gebruik maken van eHealth (inhalatorgebruik.nl).
- 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 Dit jaar rapporteerden 58 zorggroepen over 95.297 patiënten met astma.
- 2 In totaal waren er in Nederland in 2021 586.000 patiënten met astma. De cijfers van benchmark betreffen ongeveer 14% van alle patiënten met astma in Nederland.
- 3 De gemiddelde prevalentie van astma is min of meer stabiel en bedroeg ongeveer 6%. De variatie tussen zorggroepen is onverklaarbaar groot.
- 4 De landelijke prevalentie bij het NIVEL ligt hoger. Dit is interessant. Programmatische zorg start pas na een correcte diagnose astma. Mogelijk wordt de diagnose in de gehele populatie te snel toegekend zonder juiste diagnostiek.
- 5 Gemiddeld 9% van de patiënten met astma is onder behandeling bij de specialist. Hier de variatie nog groter met een minimum rond de 2 % en maximum van 25%.
- 6 Niet alle patiënten met astma behoeven (continue) programmatische zorg. In 2020 is ongeveer 1 op de 3 patiënten met astma ketenzorg in de eerste lijn.
- 7 Het is belangrijk dat de controle van inhalatietechniek in 2021 is gestegen maar nog ver onder 2019 ligt. Het lijkt logisch dat er in de praktijk daadwerkelijk minder controle is verricht door COVID-19. Dit is van groot belang voor de depositie van de medicatie en dus voor de effectiviteit.
- 8 Het percentage actuele rokers onder de astmapatiënten blijft met ongeveer 10% redelijk stabiel. Dit is lager dan landelijk gemiddeld (23% rookt wel eens, 17% rookt dagelijks).

Aanbevelingen astma

- 9 Alle astmapatiënten die ICS gebruiken moeten volgens de richtlijnen programmatische zorg kunnen krijgen. Daarom dienen alle zorggroepen in Nederland in overleg met de zorg-verzekeraars een zorgprogramma astma te organiseren.
- 10 Zorggroepen dienen daarbij veel aandacht te besteden aan valide diagnosestelling en zuivere inclusie in het zorgprogramma (wel of geen programmatische zorg).
- 11 De registratie van het hoofdbehandelaarschap dient te verbeteren, ook bij patiënten met astma die geen ICS gebruiken en dus geen programmatische zorg nodig hebben.
- 12 Na de COVID-19 pandemie dienen te astma controles weer opgepakt te worden zodat de procesindicatoren terugkomen op het niveau van voor de pandemie.
- 13 Er dient nadrukkelijk meer aandacht te komen voor de "mate van astma controle" als hoeksteen van de astma behandeling.
- 14 Ketenzorg geeft mogelijkheid om inhalatietechniek structureel te checken en te bespreken. Deze benchmark geeft een duidelijk negatief effect weer van COVID-19 op deze controle.
- 15 De praktijkvariatie tussen zorggroepen is soms onverklaarbaar groot. Vooral zorggroepen die belangrijk afwijken van de gemiddelden dienen dit te analyseren en op te nemen in het kwaliteitsbeleid richting praktijken.
- 16 Hoewel het aantal rokers onder de astmapatiënten al aanzienlijk lager is dan het landelijk gemiddelde aantal rokers verdient dit blijvend aandacht omdat juist astmapatiënten extra gevoelig zijn voor de nadelige effecten van roken.
- 17 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 van de astma zorg in Nederland.

3 | VOORWOORD

Voor u ligt het 12^e benchmarkrapport van InEen over de proces- en uitkomstindicatoren binnen de chronische zorgprogramma's. Het verheugt ons dat nog steeds een zeer groot aantal zorggroepen en gezondheidscentra hun data aanleveren, zodat we het benchmarkrapport kunnen blijven opstellen. De rapportage voorziet de regionale huisartsenorganisaties van spiegelinformatie waarmee ze zichzelf kunnen vergelijken met de landelijke cijfers. Deze bereidheid en kwaliteitsdenken is typerend voor de Nederlandse huisartsenzorg. Daar kunnen we met elkaar trots op zijn!

De afgelopen twee jaren hebben in het teken gestaan van de coronapandemie. Deze heeft vanzelfsprekend ook invloed gehad op de chronische zorg in de huisartsenpraktijk. Na het moeilijke jaar 2020 zien we voor 2021 weer een stijgende lijn in met name de procesindicatoren. Belangrijk nieuws is, dat er door patiënten die deelnemen aan de zorgprogramma's (met uitzondering van COPD) substantieel minder gerookt wordt dan het landelijk gemiddelde (9-15% ten opzichte van gemiddeld 21% in 2021). Bij COPD vindt ook nog een stijging plaats van de niet-rokers. Dit is een belangrijke meerwaarde van de zorgprogramma's.

Corona heeft er ook voor gezorgd dat er op grote schaal gezocht is naar mogelijkheden om op een andere manier contact te houden met de (chronische) patiënt, als fysiek contact niet mogelijk was. Beeldbellen en telemonitoring zijn nieuwe begrippen in de chronische zorg geworden en de komende jaren zal duidelijk worden of deze van toegevoegde waarde zijn in de chronische zorgprogramma's.

Hierbij ook een dankbetuiging aan de kaderhuisartsen van de expertgroepen die de gegevens van de benchmark hebben voorzien van een toelichting en waar mogelijk een interpretatie.

Namens het bestuur van InEen hopen wij dat de benchmarkrapportage 2021 de huisartsenorganisaties wederom zal en kan stimuleren tot een verdere kwaliteitsontwikkeling.

Garnt Postma, bestuurslid InEen

4 | INLEIDING

‘Samen leren en verbeteren’ is het motto van de Kwaliteitsraad. Kwaliteit gaat niet om wat er gisteren verkeerd ging, maar om wat er morgen beter kan. Benchmarks en indicatoren kunnen helpen. Niet om op af te rekenen, maar om te inspireren.

Vrij naar Prof. Dr. J. Kremer, voormalig voorzitter Kwaliteitsraad van het Zorginstituut

In het nieuwe kwaliteitsdenken in de huisartsenzorg staat het (samen)lerend vermogen en de intrinsieke motivatie van professionals centraal. Het accent verschuift van verantwoording afleggen naar verantwoordelijkheid nemen voor samen leren en ontwikkelen. In de lerende praktijk blijft evidence-based en practice-based werken belangrijk. Maar er is ook ruimte voor andere kennisbronnen, zoals patiëntervaringen, zorggebruik, zorgverlenerstevredenheid, lokale data, big data, verhalen etc. Regionale organisaties hebben als taak hun zorgverleners te ondersteunen bij het werken aan die kwaliteit. Dat doen zij onder andere door het aanbieden van spiegelinformatie en het organiseren van vormen van intervisie aan de hand van die spiegelinformatie. De landelijke benchmark ‘Transparante ketenzorg’, waarin de medisch-inhoudelijke indicatoren bijeen worden gebracht en gespiegeld, is bij de uitvoering van ‘Kwaliteitsbeleid op Maat’ een belangrijk hulpmiddel. In deze benchmarkrapportage worden deze medisch-inhoudelijke indicatoren op het niveau van de zorggroepen nu voor het twaalfde jaar weergegeven.

Extra overzichten in deze benchmark

Omdat een aantal indicatoren in meerdere zorgprogramma’s terugkomt kent deze rapportage ook een aantal overzichten van dergelijke generieke indicatoren over de zorgprogramma’s heen met een toelichting en duiding van de uitkomsten door de experts. Het betreft de overzichten in het hoofdstuk programma overstijgende indicatoren.

Vergelijkingsmogelijkheden van zorggroepen onderling

Behalve in de grafieken in de bijlagen waar alle staafdiagrammen in de zelfde kleur blauw zijn, kunnen zorggroepen de resultaten ook terug zien op de website van Transparante Ketenzorg. Ze zien dan in één oogopslag hun positie tussen andere zorggroepen omdat de eigen staafjes oranje kleuren. Daarnaast vinden zorggroepen daar de trendrapportage waarin ze behalve de vergelijking met het landelijk gemiddelde ook de eigen ontwikkeling ten opzichte van voorgaande jaren kunnen volgen.

Leren van praktijkvariatie

Het begrip praktijkvariatie komt op veel plaatsen terug in deze rapportage. Praktijkvariatie, zowel tussen zorggroepen, als tussen de praktijken van een zorggroep, blijkt een heel belangrijk aanknopingspunt voor kwaliteitsverbetering. Veel zorggroepen gebruiken de benchmark als middel om te leren van praktijkvariatie.

Doorontwikkeling benchmark

De facultatieve keuzelijst van indicatoren (de 'innovatieset') kan naast de reguliere set worden gebruikt voor de doorontwikkeling van het interne kwaliteitsbeleid van de zorggroep. In het afgelopen jaar is deze set slechts beperkt gebruikt.

Om tegemoet te komen aan de wens van de regionale organisaties, die zich de laatste jaren steeds meer ontwikkelen tot brede ondersteuningsorganisaties (zie Hechte Huisartsenzorg), om informatie op andere terreinen dan de traditionele ketenzorg te verkrijgen, leverde InEen in 2021 een advies rapport op met voorstellen voor de doorontwikkeling van de landelijke benchmark.

De belangrijkste adviezen zijn het beperken van de huidige indicatoren tot een kernset van indicatoren en het werk maken van vernieuwende thema's, waarbij in eerste instantie de zorg voor kwetsbare ouderen en de toepassingsmogelijkheden van de Laego-indicatorenset wordt onderzocht.

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 (verdeling eerste en tweede lijn, LDL op streefwaarde voor de programma's diabetes, HVZ en VVR en roken in de vijf verschillende programma's).

Net als vorig jaar kregen zorggroepen de gelegenheid hun eigen resultaten in het rapport op naam bekend te maken. Daarvan maakten 77 zorggroepen gebruik. In bijlage 6 treft u een overzicht aan van zorggroepen die daarvoor toestemming gaven.

5 | WERKWIJZE

In januari 2022 zijn in totaal 120 contactpersonen van zorggroepen en gezondheidscentra benaderd voor deelname aan de benchmark over 2021. 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 de zorggroepen hebben we gevraagd om gegevens aan te leveren, al dan niet via een regionaal datacentrum, via de website transparanteketenzorg.nl aan te leveren. Als deadline is 1 april aangegeven.

Net als voorgaande jaren worden de indicatoren berekend 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.

6 | RESPONS ZORGGROEPEN

Van de 120 aangeschreven potentiële zorggroepen hebben er 98 gegevens aangeleverd voor de landelijke benchmark. Met elkaar vertegenwoordigen deze zorggroepen ongeveer¹ 13.960.598 inwoners van Nederland (82%), door het land verspreid. Vorig jaar was dat 15.230.595 (88%). Vijf zorggroepen hebben laten weten dat ze dit jaar niet konden deelnemen aan de landelijke benchmark omdat ze van HIS/KIS veranderden en geen juiste cijfers meer uit het oude systeem konden genereren of omdat de leverancier niet op tijd data voor analyse van de indicatoren beschikbaar had.

Overzicht 1: Deelname zorggroepen

Aangeschreven	120
Gegevens aangeleverd voor diabetes	98
Gegevens aangeleverd voor COPD	96
Gegevens aangeleverd voor HVZ	90
Gegevens aangeleverd voor VVR	89
Gegevens aangeleverd voor astma	58

¹ Van zorggroepen waarvan de populatiegrootte niet bekend is, is die berekend op basis van de gemiddelde prevalentie diabetes (5.5%).

7 | RESULTATEN DIABETES ALGEMEEN

De 98 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2021 in totaal 643.558 patiënten met diabetes type 2 in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 572.212² patiënten (88,9%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2021 (98 zorggroepen leverden gegevens aan, van 95 zorggroepen was de populatie bekend)

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	137.522
Mediaan	103.388
Minimum	7.786
Maximum	546.019

Als zorggroep worden ook gezondheidscentra gerekend, die geen deel uitmaken van een grotere groep, maar zelfstandig ketenzorg leveren. Dat maakt de verschillen in populatie erg groot. De opbouw van de populatie van een gezondheidscentrum heeft daarmee potentieel een grotere invloed op de scores op de indicatoren dan die van een grote zorggroep. Bij een grote zorggroep is er grotere kans op diversiteit van de populatie en is de invloed van verschillende groeperingen in het gemiddelde minder of niet meer terug te zien.

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

	patiënten met diabetes (gegevens van 94 zorggroepen)	prevalentie (gegevens van 93 zorggroepen)	% specialist (gegevens van 94 zorggroepen)	% huisarts in programma (gegevens van 98 zorggroepen)	% huisarts niet in programma ³ (gegevens van 94 zorggroepen)
gemiddeld ⁴	7.478	5,50%	7,61%	84,51%	5,26%
minimum	385	3,25%	0,89%	71,06%	0,70%
maximum	35.000	7,72%	20,72%	94,43%	14,31%

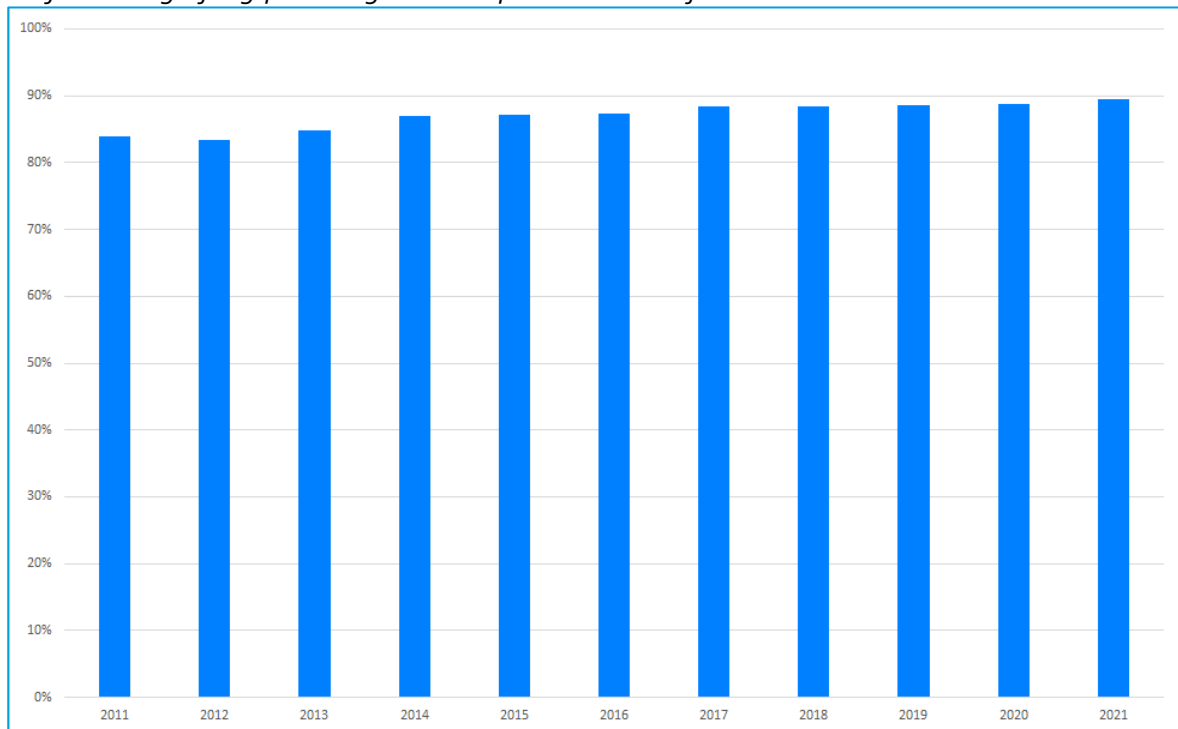
² Een groep heeft bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum.

³ Een zorggroep heeft hier 0 als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

⁴ Hier wordt het gewogen gemiddelde weergegeven. De percentages specialist en huisarts (in programma + niet in programma) tellen niet op tot 100 omdat er meer patiënten zijn met een registratie diabetes dan met diabetes in combinatie met een registratie voor hoofdbehandelaar. Er is dus een restgroep van wie niet bekend is of die in eerste of tweede lijn wordt behandeld.

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 elf 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. De grafiek toont de laatste jaren een stabiel beeld, en laat zien dat bijna 90% van de type 2 diabetes patiënten in de eerste lijn wordt behandeld.

Grafiek 1: Vergelijking percentage diabetespatiënten in 1^e lijn

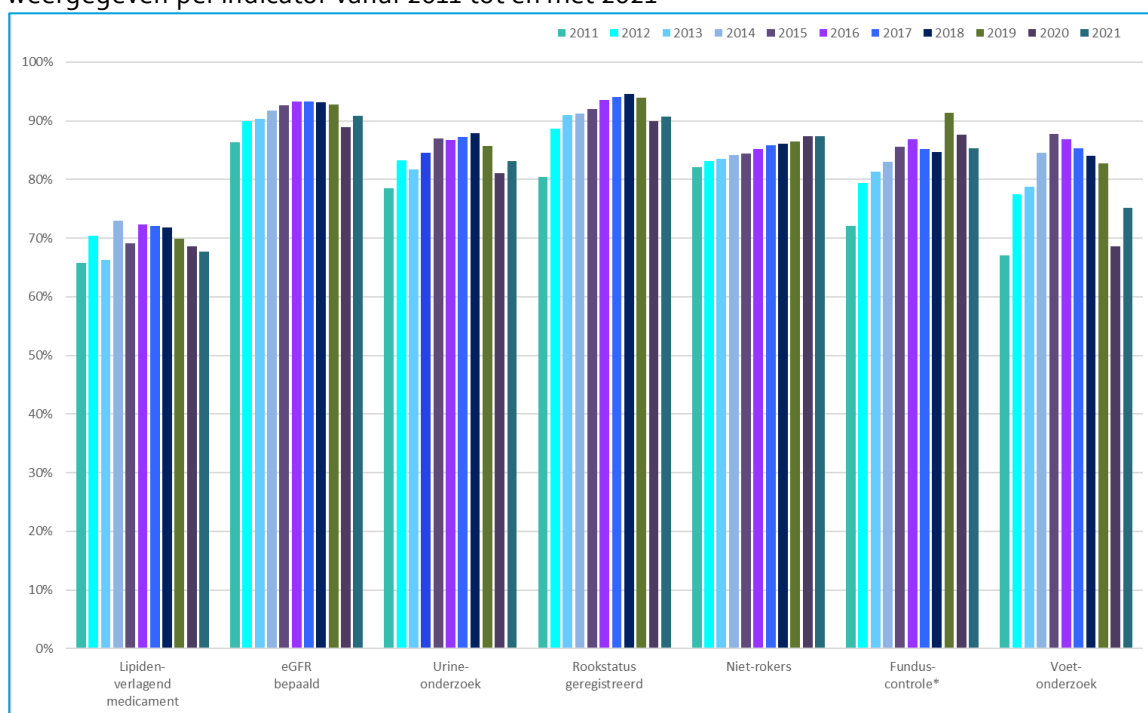


8 | RESULTATEN DIABETES INDICATOREN

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

1. Vergelijking diabetesindicatoren over elf jaren

Grafiek 1: Vergelijking percentage diabetespatiënten dat voldeed aan een indicator, weergegeven per indicator vanaf 2011 tot en met 2021



*Funduscontrole is in verslagjaar 2019 aangepast van twee naar drie jaar.

2. Resultaten over 2021 per indicator

De verschillen in de door zorggroepen gerapporteerde gegevens worden 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

Bij de in grafiek 1 gepresenteerde gegevens over de gehele populatie is zichtbaar, dat in 2021 bij de meeste van de in de grafiek weergegeven items sprake is van weer een toename van de indicatorscore, behalve bij het aantal patiënten dat een lipiden verlagend medicament werd voorgeschreven en het aantal funduscontroles. In de jaren vóór 2020 was er bij de weergegeven indicatoren veelal sprake van een plateaufase, in 2020 zagen we dat er sprake was van een speciaal jaar. Verondersteld werd dat hierin de Covid-19 epidemie en de noodzaak om veel van de zorg op afstand te leveren, een rol speelde. Alhoewel ook in 2021 de COVID-19 epidemie nog een belangrijke rol speelde zien we dat de indicatoren gelukkig weer toenamen, mogelijk door meer ervaring in het leveren van zorg op afstand en weer meer fysieke contacten, gezien de stijging in het aantal geregistreerde voetonderzoeken.

De verschillen in de door zorggroepen gerapporteerde gegevens worden 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 in Bijlage 1

Grafiek 1: Totale populatie zorggroepen

Deze grafiek laat zien dat er grote variatie is in de grootte van de populaties van de zorggroepen; de kleinste zorggroep telt slechts 7.786 patiënten, de grootste maar liefst 546.019 patiënten. Hierbij moet worden aangetekend, dat er ook gezondheidscentra in deze grafieken opgenomen zijn, die als zorggroep gekarakteriseerd zijn. Dat is natuurlijk prima, maar kan voor een vertekening zorgen bij het interpreteren van de uitkomsten. Het gemiddelde aantal patiënten per deelnemende organisatie is 137.522. Uitersten in scores op proces- en uitkomst indicatoren op het niveau van de individuele hulpverlener of praktijk zullen uitmiddelen in de grotere zorggroepen, en kunnen meer impact 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, alleen iets kunnen zeggen over de algemene kwaliteit van het handelen in de desbetreffende zorggroepen, maar dat de gevonden uitkomsten zorggroepen kunnen helpen om binnen hun eigen deelnemers te kijken naar relevante, verklaarbare, en onverklaarbare verschillen in uitkomsten. Het is aan de individuele zorggroepen zelf om aan de uitkomsten conclusies te verbinden voor binnen hun eigen organisatie.

Grafiek 2: Prevalentie diabetes

Ook de prevalentie is divers, en varieert van 3,3% tot 7,7%, waarbij de gemiddelde prevalentie van bekende diabetes mellitus binnen de zorggroepen 5,5% is. De verschillen in prevalentie kunnen bijvoorbeeld verklaard worden door de opbouw van de populatie van de desbetreffende zorggroep; in Vinex locaties met veel jonge gezinnen zal de prevalentie lager zijn dan in gebieden waar meer ouderen wonen. Daarnaast varieert ook het percentage ouderen in regio's en daarmee de prevalentie van diabetes. Het is bovendien niet uitgesloten dat sommige huisartsen minder alert zijn op het diagnosticeren van diabetes, zoals we dat bij de praktijkvariatie ook soms waarnemen.

Grafiek 3: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma

In deze grafiek wordt de spreiding zichtbaar van het aantal mensen met diabetes dat is opgenomen in het eerste lijns zorgprogramma; het gemiddelde ligt op 84.5% met een spreiding van 71.1% tot een maximum van 93.4% diabetes patiënten dat in het zorgprogramma is opgenomen. Onbekend is hoe de zorg is geregeld voor de patiënten, die niet zijn opgenomen in het zorgprogramma; zij kunnen bij de huisarts diabeteszorg krijgen buiten het zorgprogramma, mogelijk worden gezien in verzorgingshuizen, weigeren in het programma opgenomen te worden, door de huisarts om welke reden dan ook zijn uitgesloten van de ketenzorg, of in de tweede lijn begeleid worden.

Er zijn ook zorggroepen die nagenoeg alle diabetespatiënten in zorg lijken te hebben. Of dat inderdaad zo is, hangt sterk af van de manier waarop geregistreerd wordt, en hoe met de in de vorige alinea genoemde beïnvloedende factoren wordt omgegaan. Als er inderdaad zorggroepen bestaan, waarbij ook bij herhaalde analyse inderdaad en reëel het overgrote deel van de patiënten met diabetes in de eerste lijn worden behandeld én er goede zorg wordt geleverd, dan zouden zulke zorggroepen een voorbeeld kunnen zijn voor anderen. Hoe doen zij dit, wat kunnen zorggroepen met een niet verklaard laag percentage in het zorgprogramma ervan leren?

We weten echter dat het percentage dat bij de specialist onder controle is gemiddeld 7.6% is, maar een spreiding heeft van 0.9% tot maar liefst 20.7%. Voor individuele zorggroepen is het belangrijk om te beschouwen wat de redenen kunnen zijn waarom van een zorggroep maar liefst bijna één op de vijf mensen met type 2 diabetes in de tweede lijn wordt gecontroleerd. Dat kan meestal niet goed verklaard worden door de opbouw van de praktijkpopulatie.

Grafiek 4: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma < 70 jaar met HVZ bij wie LDL-cholesterol is bepaald met gereguleerde LDL-cholesterolwaarde

Deze grafiek toont het percentage patiënten jonger dan 70 jaar met een LDL-cholesterolwaarde beneden het vastgestelde afkappunt (< 2,6 mmol/l of non-HDL cholesterol < 3,4 mmol/l). De grafiek laat zien dat gemiddeld 71% van deze populatie een volgens de NHG-standaard acceptabel LDL-cholesterol heeft, met links een uitschieter onder de 30% en aan de rechterzijde uitschieters tot 100%. Of dit werkelijk zo is, of een registratieprobleem, kunnen we niet uit deze grafiek afleiden. Bij een score van 100% denken we vaak aan hetzij slechts weinig mensen betrokken in de analyse, hetzij een heel optimistische rapportagetrend. Het is onbekend of de goed gereguleerde patiënten ook de patiënten zijn die een statine gebruikten, en de patiënten die niet gereguleerd zijn geen statine gebruikten, of in een te lage dosis, of bijvoorbeeld stakten i.v.m. bijwerkingen. Bij de zorggroepen die laag scoren wat betreft deze indicator, lijkt het verstandig de populatie op deze items nader te analyseren.

Grafiek 5: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma < 70 jaar met HVZ bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterol waarde streng gereguleerd

Deze grafiek laat zien dat het merendeel van de patiënten < 70 jaar met HVZ niet voldoende gereguleerd is conform de nieuwe CVRM richtlijn uit 2019: het gewogen gemiddelde is 33.6%, dus bijna 70% van deze patiënten heeft nog niet de strenge LDL-cholesterolwaarde behaald. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Zijn de huisarts en POH zich bewust van de nieuwe CVRM richtlijn, met een zoveel lagere LDL streefwaarde <1,8 mmol/l of non-HDL cholesterol < 2,6 mmol/l? Is de behandeling nog niet geïntensiveerd? Verdraagt of wenst de patiënt geen behandeling met statines? Is er bewust gekozen voor niet verwijzen naar de tweede

lijn en dus geen intensivering van de behandeling? Hoogst waarschijnlijk is een combinatie van factoren debet aan dit lage percentage.

Grafiek 6: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma < 70 jaar zonder HVZ bij wie LDL is bepaald met LDL -cholesterolwaarde gereguleerd

Het gewogen gemiddelde in deze grafiek ligt net onder de 60% (58.8%), wat inhoudt dat de meerderheid van deze patiënten afdoende wordt behandeld, dus dat een LDL cholesterol waarde < 2.6 mmol/l of non-HDL cholesterol < 3,4 mmol/l is behaald. Het is goed ons te realiseren dat het gewogen gemiddelde in grafiek 4, ook van patiënten < 70 jaar, maar dan mét HVZ hoger ligt; dat is belangrijk omdat juist in deze populatie het behalen van de streefwaarde als uitermate belangrijk wordt beschouwd. Er wordt dus onderscheid gemaakt door de huisarts in patiënten met en zonder HVZ, precies zoals de richtlijn voorschrijft.

Grafiek 7: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt

Het gemiddelde percentage van patiënten dat een statine voorgeschreven krijgt bedraagt 67.8%, dat is gelijk aan vorig jaar. Tien zorggroepen zitten onder de 60%, meer dan vorig jaar. In deze zorggroepen zou het statine voorschrijfgedrag nog eens kritisch beschouwd moeten worden.

Het is te verwachten dat de huisarts aan de hand van risico verhogende multimorbiditeit en patiënt karakteristieken de keuze maakt óf een statine gestart gaat worden en met welke LDL streefwaarde tot doel. Naar verwachting zullen dan de kwetsbare ouderen, met een beperkte levensverwachting, minder vaak een statine gebruiken, en zal de LDL-cholesterol streefwaarde meer losgelaten worden. Eventuele bijwerkingen van de statine kunnen een rol spelen bij het (niet) starten, dan wel staken van de statine therapie. Anderzijds zullen jongeren met de aanwezigheid van hart- en vaatziekte waarschijnlijk intensiever behandeld gaan worden en in ieder geval nog scherper moeten worden bewaakt, als het gaat om het adviseren en voorschrijven van een statine. Bij gebruikmaking van de alweer enkele jaren geleden geïntroduceerde risicocalculatoren zou juist het aantal jongere mensen dat een lipidenverlagende behandeling krijgt voorgeschreven, moeten toenemen. Of dit het geval is, kan niet worden afgeleid van de voorliggende data.

Grafiek 8: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma bij wie de eGFR is geregistreerd

Deze grafiek laat zien dat bij het merendeel van de diabetespatiënten de nierfunctie is bepaald aan de hand van de eGFR, evenals vorig jaar (90.8%). In bijna alle zorggroepen ligt dit percentage boven 80%. Het is belangrijk dat de huisarts en POH doordrongen zijn en blijven van het belang van de bepaling van de eGFR en de albumine-creatinine ratio in de urine, om zo tijdig chronische nierschade te signaleren en stappen te ondernemen om verdere nierschade te beperken en cardiovasculair risico te reduceren. Goede registratie in het HIS bij een eGFR < 60 is van belang om medicatiebewaking adequaat uit te voeren en de nierfunctie te vervolgen. Of dit in de praktijk gebeurt weten we helaas niet. Er is nu een goede multidisciplinaire richtlijn chronische nierschade, met duidelijke adviezen, die ook voor oudere mensen met diabetes van belang zijn.

Grafiek 9: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma met urineonderzoek (porties) op albumine/ creatinine ratio

Deze grafiek toont dat het percentage bepalingen van de albumine/ creatinine ratio in de urine veel lager ligt dan het percentage eGFR bepalingen (83.2% versus 90.8%). Bijna de helft van het aantal zorggroepen ligt onder dit gemiddelde. We veronderstellen dat de zorgverleners op de hoogte zijn dat voor het bepalen van al dan niet chronische nierschade zowel de eGFR als de albumine/ creatinine ratio in urine noodzakelijk zijn, maar dat om welke reden dan ook (patiëntgebonden of hulpverlenersgebonden) vaker mogelijk wordt vergeten de urine in te leveren bij het huisartsen laboratorium. Mogelijk is dit percentage het komende jaar hoger, omdat op basis van deze beide bepalingen patiënten mogelijk al dan niet in de zeer hoog risicogroep vallen, wat consequenties heeft voor de behandeling van hun diabetes.

Grafiek 10: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd

Ook dit jaar is weer in een hoog percentage van de diabetespatiënten het rookgedrag vastgelegd, en wel in 90.7%. Er is lijkt toenemend aandacht te zijn voor de verschillende aspecten van leefstijl, waar het roken een belangrijk aspect van is. Slechts in vijf zorggroepen ligt dit percentage onder de 80%.

Grafiek 11: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma, van wie rookgedrag is vastgelegd, dat rookt

Het is teleurstellend dat het percentage rokers op 12.7% blijft hangen, en hiermee zelfs iets hoger is dan vorig jaar. Mogelijk draagt de COVID-19 pandemie, met de lockdowns en het vele thuiswerken hier aan bij. Iedereen is op de hoogte van de negatieve invloed van roken op de diabetes en de gezondheid in het algemeen, maar helaas blijkt stoppen met roken moeilijk te zijn en blijven. Ook hierbij geldt, dat deze data geen inzicht geven in de oorzaak van dit persisterend hoog percentage. Uit veel onderzoek blijkt een duidelijk overheersen van patiëntgebonden factoren, maar het is altijd goed om na te gaan of er vanuit de hulpverleners een systematische benadering van rokers is georganiseerd, en wat de mogelijkheden zijn vanuit de verzekerde zorg om mensen begeleiding aan te bieden.

Grafiek 12: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma met een funduscontrole in de afgelopen drie jaren

Het aantal registraties van het fundusonderzoek ligt dit jaar lager dan vorige jaar, met nu een gewogen gemiddelde van 85.33 (versus ruim 91% vorig jaar). Dit percentage zal waarschijnlijk verder zijn gedaald door de COVID-19 pandemie. Het is te verwachten dat dit percentage weer toeneemt als de zorg in al haar facetten weer fysiek wordt.

Grafiek 13: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma bij wie voetonderzoek is gedaan

Ten opzichte van vorig jaar is er gelukkig weer een stijging te zien in het percentage patiënten bij wie het voetonderzoek is gedaan. Dat is hoogst waarschijnlijk te verklaren doordat er weer meer fysieke contacten en controles plaatsvonden in de huisartspraktijk. Evenals vorig jaar valt de grote spreiding op: van 40% tot ruim 90%. Het is van groot belang dat er weer meer aandacht komt voor het voetonderzoek, omdat een goed voetonderzoek ernstige complicaties en amputaties kan voorkomen.

9 | RESULTATEN HVZ/ZEER HOOG RISICO ALGEMEEN

Programmatische ketenzorg HVZ/zeer hoog risico behelst zowel het cardiovasculair risico-management (CVRM) als de zorg voor het orgaanlijden, uitsluitend bij een vastgestelde HVZ. In de multidisciplinaire richtlijn CVRM valt ook ernstige chronische nierschade in de categorie zeer hoog risico, maar in het bestek van deze InEen registratie zijn deze patiënten bij VVR/hoog risico meegenomen. Ook voor een deel van de diabetespatiënten geldt dat ze in de multidisciplinaire richtlijn in de zeer hoog risico categorie vallen, maar op grond van de overeengekomen InEen inclusiecriteria komen alle diabetespatiënten in het zorgprogramma diabetes terecht. Tenslotte valt volgens de huidige multidisciplinaire richtlijn ook het deel van de patiënten zonder doorgemaakte HVZ, maar met een zeer hoog risico op het moment van de eerste meting, in de categorie HVZ/zeer hoog risico. Het gaat dan om patiënten met een risico op hart- of vaatziekte óf sterfte > 20% in 10 jaar (bij risicoschattingen ten tijde van de richtlijn uit 2012) of een risico op hart- of vaatsterfte > 10% in 10 jaar (in het tijdperk van de richtlijn uit 2019). Ook deze patiënten vallen in deze InEen registratie onder VVR/hoog risico. Met andere woorden, in de categorie HVZ/zeer hoog risico zoals die in dit hoofdstuk aan de orde komt, gaat het uitsluitend om mensen met een doorgemaakte hart- en vaatziekte, Angina pectoris, K74 of Acut myocardinfarct, K75 of Andere chronische / ischemische hartziekte, K76 of Passagiere cerebrale ischemie / TIA, K89 of Intracerebrale bloeding, K90.02 Cerebraal infarct, K90.03 of Atherosclerose, K91 Claudicatio intermittens, K92.01 of Aneurysma aortae, K99.01.

In totaal hebben 90 zorggroepen gegevens aangeleverd over 2021. Het gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep in 2021 was 128.474 (overzicht 1). In 2020 ging het om iets minder zorggroepen (86) met iets méér patiënten per zorggroep (137.856 mensen). De 90 zorggroepen hadden op 31 december 2021 met elkaar 429.697 HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in ketenzorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 365.637 patiënten¹ (85%), die gedurende het hele jaar in zorg waren. Dit is een stijging vergeleken met de 316.994 patiënten in 2019 en de 348.236 patiënten in 2020, waarvan gegevens werden aangeleverd.

Overzicht 1: Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2021 (90 zorggroepen leverden gegevens aan, van 85 zorggroepen was de populatie bekend)

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	128.474
Mediaan	96.923
Minimum	6.361
Maximum	521.272

Voor de 84 (van de in totaal 90) zorggroepen waar het totaal aantal HVZ/zeer hoog risico patiënten, al dan niet in ketenzorg, bekend was, geldt dat er gemiddeld per zorggroep 7.198 geregistreerde HVZ/zeer hoog-risicopatiënten waren, waarmee de prevalentie – net als in 2020 - 5,7% was (overzicht 2). In één op de vijf gevallen (18,8%) was de specialist hoofdbehandelaar (in 2019 en 2020 ging het om respectievelijk 22,7% en 20,0%) en 61,3% volgde programmatische zorg bij de huisarts (58,6% in 2020). Met andere woorden, er is een lichte toename van patiënten in de eerste lijn en een kleine afname van patiënten in de tweede lijn. 10,3% van de HVZ/zeer hoog-risicopatiënten was niet bij de specialist in behandeling en nam ook geen deel aan een geboden zorgprogramma bij de huisarts (dit was 9,9% in 2020). Opvallend is de grote spreiding tussen de zorggroepen (minimum en maximum) wat betreft percentage dat bij de huisarts een programma volgt (variërend van 30,2% tot 85,1%) en percentage dat primair bij de huisarts onder behandeling is maar niet in een programma (1,1% tot 22,5%). Zorggroepen die hier sterk afwijkend van het gemiddelde scoren, kunnen eventueel expertise bij andere zorggroepen inwinnen.

Overzicht 2: Verdeling mensen met HVZ/zeer hoog risico over zorggroepen

	patiënten met HVZ/zeer hoog risico (gegevens van 84 zorggroepen)	Prevalentie in de totale populatie (gegevens van 83 zorggroepen)	% specialist ⁵ (gegevens van 84 zorggroepen)	% huisarts in programma (gegevens van 90 zorggroepen)	% huisarts niet in programma ⁶ (gegevens van 84 zorggroepen)
gemiddeld ⁷	7.198	5,7%	18,8%	61,3%	10,3%
minimum	300	1,8%	3,4%	30,2%	1,1%
maximum	51.622	11,7%	39,7%	85,1%	22,5%

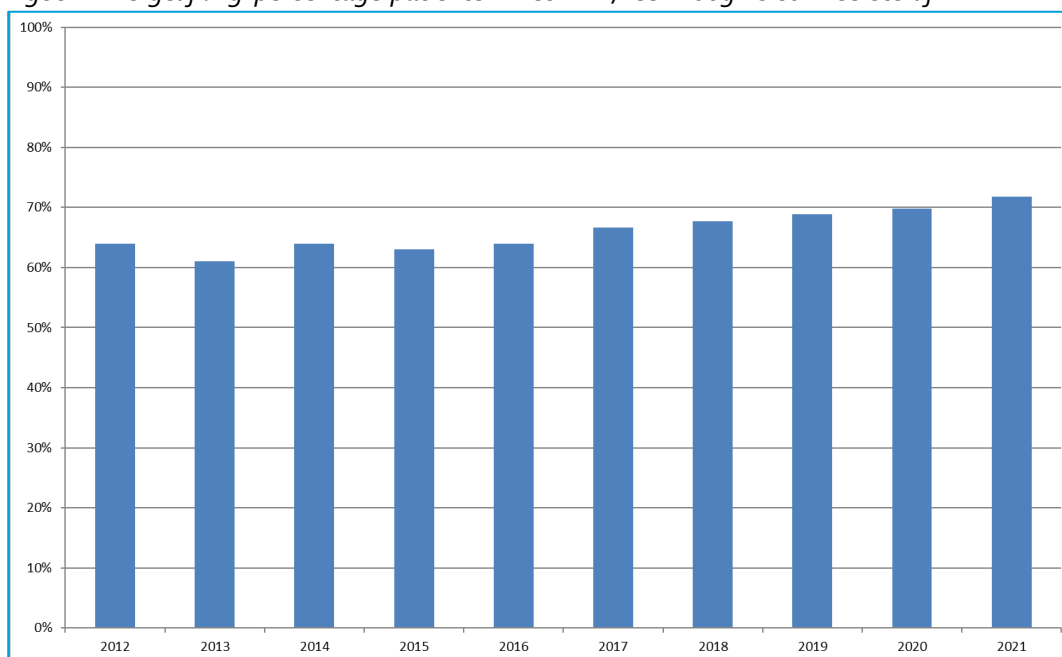
Om zicht te krijgen op substitutie van tweede naar eerste lijn hebben we het percentage patiënten dat - al dan niet in een ketenzorgprogramma - in de eerste lijn wordt behandeld vergeleken over tien jaar (figuur 1). Voor deze vergelijking hebben we alleen groepen meegenomen die algemene populatiegegevens (totale populatie, aantal patiënten met HVZ/zeer hoog risico, aantal patiënten met hoofdbehandelaar specialist, aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, aantal patiënten niet in programmatische zorg) konden aanleveren.

⁵ 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.

⁶ Een zorggroep scoort hier 0 als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

⁷ Hier wordt het gewogen gemiddelde weergegeven. De percentages specialist en huisarts (in programma en niet in programma) tellen niet op tot 100 omdat er meer patiënten zijn met een registratie HVZ dan met HVZ in combinatie met een registratie voor hoofdbehandelaar. Er is dus een restgroep van wie niet bekend is of die in eerste of tweede lijn wordt behandeld.

Figuur 1: Vergelijking percentage patiënten met HVZ/zeer hoog risico in eerste lijn



Het percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten dat uitsluitend door de huisarts wordt behandeld, was in 2021 voor het eerst net boven de 70%. Dat percentages liggen hoger dan dat van het zorgprogramma COPD (63,9%), maar een stuk lager dan bij diabetes (89,8%). Dat laatste lijkt ook wel logisch. De zorgketen diabetes is de oudste keten en terug-verwijzing van de specialist naar de eerste lijn is gemeengoed geworden. In geval van een doorgemaakte HVZ zijn er soms goede redenen om de specialist als hoofdbehandelaar te houden - bijvoorbeeld bij complexe ziekte-specifieke problematiek of indien het (recidief) hartvaatincident minder dan een jaar geleden plaatsvond - en daarom zal de substitutie nooit de 100% benaderen. Maar daarnaast is er bij ziekenhuisspecialist en/of patiënt nog wel eens de neiging om 'veilig' de jaarlijkse controle in het ziekenhuis aan te houden. Het is goed hier kritisch naar te kijken, omdat dezelfde zorg goedkoper in de eerste lijn geboden kan worden (conform 'juiste zorg op de juiste plek'). Die zorg draait namelijk vooral om adequaat CVRM. Dat hier nog verbetering mogelijk is, toont een aantal zorggroepen in 2021 ook aan: het percentage substitutie van zorg naar de eerste lijn bedraagt bij deze zorggroepen namelijk meer dan 80%, ruim boven het landelijk gemiddelde en dat is bemoedigend (zie overzicht 2, alsmede bijlage 2 grafiek 2 'Percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in zorgprogramma'). Het kan zijn dat deze zorggroepen zelfs het maximaal haalbare percentage substitutie laten zien, daar op basis van de voornoemde redenen 100% niet haalbaar is.

Het maken van regionale afspraken of – wanneer deze er al zijn – het goed naleven ervan, is een aandachtspunt om substitutie van zorg naar de eerste lijn een verdere impuls te geven, met name binnen de zorggroepen die hier geen koploper zijn. In de categorie patiënten met een recent vaatincident waarbij volledige substitutie (nog) niet aan de orde is, is het overigens aan te bevelen om helder af te spreken wie het CVRM regelt (huisarts of specialist). Het zou haalbaar moeten zijn om hier de huisarts 'dicht bij huis' het CVRM te laten uitvoeren, ook bij patiënten die voor hun cardiologische aandoening nog de specialist moeten bezoeken ('shared care' principe). Ook hierover zijn duidelijke regionale afspraken aan te raden.

10 | RESULTATEN HVZ/ZEER HOOG RISICO INDICATOREN

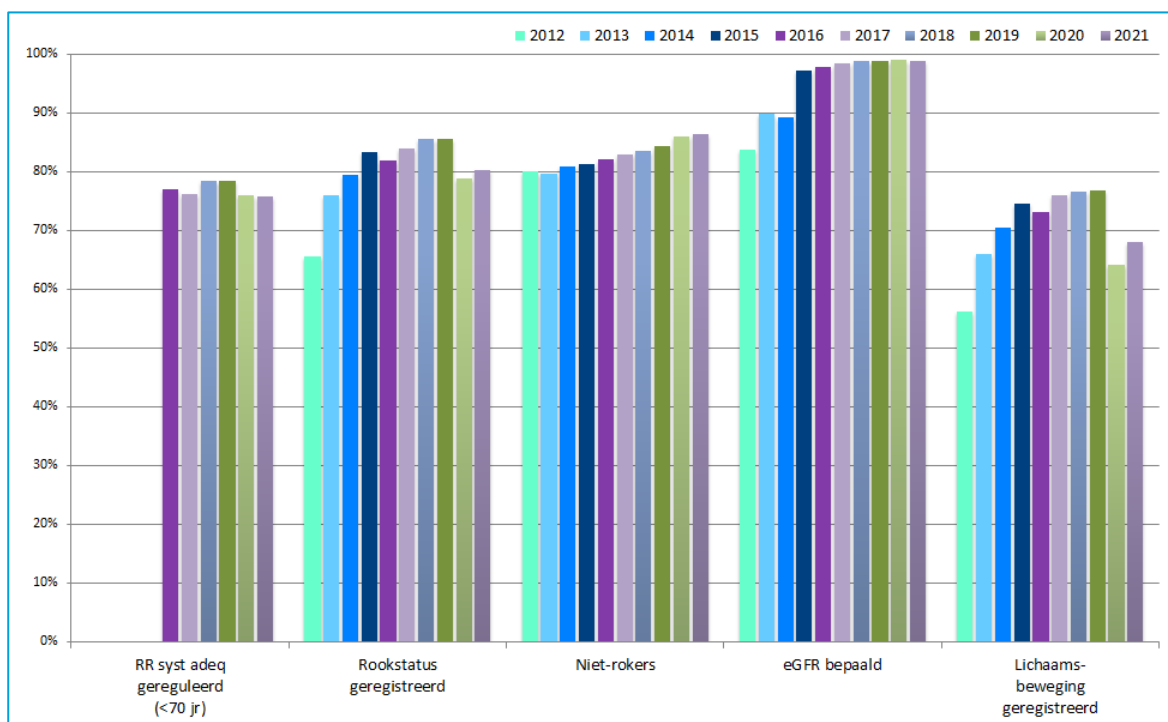
In dit hoofdstuk kijken we in detail naar de indicatoren die uitgevraagd of berekend worden in de benchmark ketenzorg HVZ/zeer hoog risico. Het gaat om de *prevalentie van HVZ/zeer hoog risico* en het *percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in een zorg-programma* (ook aangestipt in het vorige hoofdstuk), en de acht overige proces- en prestatie-indicatoren (*bloeddruk gemeten, bloeddruk op streefwaarde, LDL op streefwaarde 2,5 respectievelijk 1,8, rookstatus registratie, percentage niet-rokers, eGFR bepaald en lichaamsbeweging geregistreerd*).

De gegevens vanaf 2012 van deze overige indicatoren zijn te zien in figuur 1, met uitzondering van de indicator 'bloeddruk gemeten' (want die is pas in 2019 toegevoegd) en 'LDL op streefwaarde' (want daar is de leeftijd van de gemeten groep patiënten nu < 70 jaar in plaats van eerder < 80 jaar en de LDL-streefwaarde van 1,8 mmol/l voor een deel van de populatie was bovendien nieuw in 2020). Er is in 2021, net zoals in de periode 2014 tot en met 2020, uitgegaan van patiënten die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma deelnamen en daarmee is een volledig zuivere vergelijking met de daaraan voorafgaande jaren (2012 en 2013) niet mogelijk. De selectie van de populatie kan dus een deel van de eventuele verbeteringen op de scores verklaren.

Verder is voor alle eerdergenoemde getallen en indicatoren in bijlage 2 een grafiek te vinden met percentages per zorggroep, waarmee de verschillen tussen de zorggroepen inzichtelijk worden. 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.

*Figuur 1: Vergelijking indicatoren HVZ/zeer hoog risico over tien jaren
Vergelijking percentage HVZ/zeer hoog risico patiënten dat voldeed aan een indicator, weergegeven per indicator vanaf 2012 tot en met 2021.⁸ De indicatoren 'bloeddruk gemeten' en 'LDL op streefwaarde' zijn hier niet meegenomen, zie tekst.*

⁸ Aangezien de leeftijd bij de indicator systolische bloeddruk op streefwaarde vijf jaar terug is gewijzigd van 80 naar 70 jaar is alleen een vergelijking over de laatste vijf jaren mogelijk.



Resultaten, spreiding onder zorggroepen en beloop in de tijd per indicator

Per indicator bespreken we hieronder de bevindingen aan de hand van figuur 1 én de bij de betreffende indicator behorende grafiek uit bijlage 2.

Prevalentie van mensen met HVZ/zeer hoog risico per zorggroep (grafiek 1 in bijlage 2)

De prevalentie is berekend voor alle patiënten met HVZ/zeer hoog risico (dus zowel patiënten die onder controle van de specialist zijn, als patiënten wel of niet in ketenzorg bij de huisarts en patiënten bij wie geen hoofdbehandelaar is geregistreerd). Het gewogen gemiddelde is met 5,7% onveranderd ten opzichte van 2020, maar toegenomen ten opzichte van 2018 en 2019 (4,8%, respectievelijk 4,9%). Tussen de zorggroepen varieert de prevalentie van minimaal 1,8% tot maximaal bijna 12%. De spreiding ten opzichte van het gemiddelde is daarmee behoorlijk en kan verklaard worden door verschillen tussen de zorggroepen in leeftijdsopbouw van de populatie en/of sociaaleconomische status, maar ook door over- of ondermatig indelen in de categorie HVZ/zeer hoog risico. Met name dat laatste is een potentieel verbeterpunt. Zorggroepen met een zeer lage of opvallend hoge prevalentie zouden moeten kijken wat hieraan ten grondslag ligt. Eventuele over- of onderrapportage zou gecorrigeerd moeten worden.

Percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in zorgprogramma per zorggroep (grafiek 2 in bijlage 2)

Van alle patiënten met een HVZ/zeer hoog risico was in 2021 gemiddeld 18,8% bij de specialist, 10,3% was bij de huisarts maar zonder programmatische zorg en 61,3% was geïncludeerd in een zorgprogramma (overzicht 2 in vorige paragraaf, grafiek 2 in bijlage 2). Het percentage patiënten in een zorgprogramma liet de afgelopen jaren tot en met 2019 een stijgende trend zien (in 2019 was de piek 65%). In 2020 en 2021 waren deze percentages lager met respectievelijk 59% en

61,3%. Mogelijk is het proces van inclusie en registratie in programmatische zorg in de COVID-jaren 2020 en 2021 trager verlopen of waren huisartsen kritischer bij de inclusie. Daarnaast blijft het zo, dat een deel van de patiënten geen programmatische zorg bij de huisarts heeft, maar bij de specialist onder behandeling blijft. Dat kan om medisch inhoudelijke redenen zo zijn, maar ook omdat het proces van overdracht van tweede naar eerste lijn door COVID vertraagd is. Dit fenomeen lijkt echter al meerdere jaren te spelen en substitutie van HVZ zorg van tweede naar eerste lijn blijft dus een breder aandachtspunt. Een aantal zorggroepen blijft op dit vlak ruim beneden de 50% en in die gevallen lijkt er lering te trekken uit de werkwijze van de koplopers, die percentages van 85% halen. Zorggroepen die op dit vlak laag scoren zouden bijvoorbeeld in overleg kunnen treden met de specialisten in hun regio over substitutie van zorg en de percentages van de koplopers daarbij als voorbeeld laten dienen. Substitutie kan immers ook in de vorm van 'shared care' plaatsvinden. Daarbij regelt de huisarts het CVRM en de cardioloog de nodige specialistische zorg.

Percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten bij wie bloeddruk gemeten is (grafiek 3 in bijlage 2)

Bij 83,2% van de HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in de zorgprogramma's is in 2021 de bloeddruk gemeten. Dit percentage zou idealiter nabij de 100% moeten liggen. Bovendien is het percentage - waarschijnlijk door de COVID epidemie - gezakt ten opzichte van 2019 (ca. 90%), maar wel weer wat gestegen ten opzichte van het eerste COVID-jaar 2020 (79%). Hier ligt een evident verbeterpunt voor een aantal zorggroepen aan de onderkant van het spectrum en een mogelijkheid om te leren van de zorggroepen die koploper zijn. De rol van thuismetingen en digitale interactie met de zorgverlener kan daarbij helpen.

Percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten en die een adequaat gereguleerde systolische bloeddruk hebben ¹³ (figuur 1, grafiek 4 in bijlage 2)

Het gemiddelde percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten dat bloeddrukwaardes heeft beneden de streefwaarde is 75,7%. Daarmee blijft het percentage - ondanks COVID - de afgelopen jaren redelijk stabiel (figuur 1). Circa 25% van de patiënten zit boven de bloeddrukstreefwaarde. Er zijn meerdere redenen waarom patiënten de streefwaarde niet halen. Te denken valt aan witte jassen hypertensie (waarbij 24-uurs- en thuismetingen dan wél onder de streefwaarde liggen, maar de spreekkamermeting toch meegenomen wordt in de cijfers), therapieontrouw, staken of onvoldoende ophogen van bloeddrukverlagers door bijwerkingen, voorschrift van ineffectieve combinaties van bloeddrukverlagers of (door)gebruiken van bloeddruk verhogende producten (zout, drop). Maar ook persoonlijke wensen van de patiënt en andere individuele omstandigheden (fragiliteit, levensverwachting) kunnen een rol spelen. Er kan dus ook op goede gronden gekozen worden voor het niet nauwgezet naleven van een streefwaarde en de richtlijn CVRM biedt daar dan ook specifiek ruimte voor. De veelheid aan factoren maakt dat een verbeterplan meerdere componenten moet bevatten om tot optimalisatie van de bloeddrukbehandeling te komen. Daarbij komt een ICT probleem, namelijk dat er nog geen goede markering in het HIS/KIS is voor 'witte jassen hypertensie'. Het is wellicht toch goed om te onderzoeken of deze patiëntengroep niet helder en eenduidig kan worden weergegeven via extractie uit de NHG labcode-tabellen. Tot slot is het goed om ter lering naar de zorggroepen te kijken die hier het hoogste percentage halen,

ondanks het feit dat de spreiding voor deze indicator gering is en er dus geen extreem hoog scorende zorggroepen zijn (grafiek 4 in bijlage 2).

Percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie LDL-cholesterol is bepaald met LDL-cholesterolwaarde (streng) gereguleerd¹⁴ (grafiek 5 en 6 in bijlage 2)

Het percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten dat onder de 2,6 mmol/l is ingesteld, is 65,4% en daarmee wat gestegen ten opzichte van 2020 (63,3%). Deze stijging is niet goed te vergelijken met eerdere jaren, omdat deze indicator in 2020 alleen bij mensen onder de 70 jaar is gemeten, terwijl dat tot en met 2019 gedaan werd bij mensen tot 80 jaar. Tot 2019 was het percentage stabiel rond de 60%. Hoe dan ook, haalt bijna 40% de streefwaarde voor gereguleerd LDL niet. Het kan heel goed zijn dat een substantieel deel van de patiënten die de streefwaarde niet halen, wel LDL-verlagende medicatie krijgt. Hiermee wordt dan wel een belangrijke risicoreductie bewerkstelligd, maar niet 'het onderste uit de kan' gehaald. Een veelvoorkomende reden hiertoe is bijwerkingen, die bij hoge dosering en krachtige statines erger zijn. Het is daarmee onduidelijk hoeveel patiënten onvoldoende behandeld worden en hoeveel door bijwerkingen niet intensief behandeld worden. Dat laatste kan in het kader van goede zorg zijn en is conform de multidisciplinaire richtlijn CVRM. Het is belangrijk met iedere individuele patiënt te bespreken welke LDL-daling noodzakelijk, maar ook mogelijk is. Het spiegelen van ketenzorgprestaties aan individuele streefwaardes zou in de toekomst wellicht beter zijn, dan het spiegelen aan arbitraire streefwaarden op basis van richtlijnen. Een uitvoerigere discussie over het niet behalen van streefwaardes is te lezen in het hoofdstuk 'programma overstijgende indicatoren'. Maar ook hier geldt, dat zorggroepen die onder het gemiddelde zitten, kunnen evalueren in hoeverre er sprake is van onderbehandeling en in gesprek kunnen gaan met de koplopers. Hoe dan ook, het halen van de LDL-streefwaarde is moeilijker dan die van de systolische bloeddruk en er is meer spreiding tussen de zorggroepen. In 2021 is ook weer het percentage patiënten bepaald dat streng gereguleerd is (< 1,8 mmol/l) onder patiënten in de HVZ/zeer hoog risico keten (25,0% in 2021, in 2020 was dat 22,5%). Omdat het in dit bestek uitsluitend om patiënten gaat met een doorgemaakte HVZ, is voor iedereen in deze groep de streefwaarde ook daadwerkelijk 1,8 mmol/l. Desondanks is het percentage op streefwaarde dus laag. Hier speelt mogelijk een rol dat de LDL-streefwaarde bij patiënten die langere tijd geleden een HVZ doormaakten niet bij iedereen is aangepast van 2,5 naar 1,8 mmol/l. Bovendien kan ook hier gelden, dat in individuele gevallen andere doelen worden bepaald. Daarnaast is het beloop van dit percentage in de tijd nog niet goed te duiden, omdat eerder de streefwaarde voor iedereen 2,5 mmol/l was.

Percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd en percentage patiënten daarvan dat rookt (figuur 1, grafiek 7 en 8 in bijlage 2)

Het percentage rookstatus vastgelegd blijft met 80,3% voor verbetering vatbaar. Dit percentage is stabiel ten opzichte van vorig jaar, maar nog steeds minder dan in 2019 (85%) (figuur 1). Dit heeft waarschijnlijk met COVID te maken, omdat daardoor niet alle patiënten gecontroleerd zijn. In principe, en onder normale omstandigheden, zou dit percentage echter de 100% moeten benaderen. Dit is eens te meer een aandachtspunt voor zorggroepen die hier beneden gemiddeld scoren. De spreiding in het percentage rokers onder degenen bij wie het rookgedrag is vastgelegd, is behoorlijk maar kan afhangen van populatiekarakteristieken in een zorggroep (grafiek 7 in bijlage 2). Het percentage niet-rokers onder degenen bij wie het rookgedrag is vastgelegd, is weer gestegen, naar 86,4%. Het percentage rokers is dus 13,4% en dit is landelijk

bij alle volwassenen 20,6%. Dit is in lijn met de trend vanaf 2012 (figuur 1). Dus grosso modo rookt nog een op de zeven HVZ/ zeer hoog-risicopatiënten. Het blijft van groot belang dat hulpverleners zich inspannen om het rookgedrag van hoog-risicopatiënten te minderen en dat zorggroepen kijken waar verbeterpunten liggen, bijvoorbeeld in vergelijking met de op dit punt hoog scorende zorggroepen (grafiek 8 in bijlage 2). In het HVZ/zeer hoog-risico programma roken er meer mensen dan bij DM en VVR. Dit komt in ieder geval deels doordat het ontwikkelen van een HVZ/zeer hoog risico sterk is geassocieerd met roken.

Percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in zorgprogramma bij wie de geschatte renale klaring (eGFR) is gemeten in de afgelopen vijf jaar (figuur 1, grafiek 9 in bijlage 2)

De registratie van de nierfunctie aan de hand van de renale klaring (eGFR) nadert de 100% en de spreiding is minimaal. Dat is een prima resultaat. Dit hoge percentage voor deze indicator is al jaren stabiel (figuur 1). Het is een mooi voorbeeld van goed georganiseerde programmatische zorg, al geldt voor enkele zorggroepen dat ze nog kunnen verbeteren (grafiek 9 in bijlage 2).

Percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in zorgprogramma bij wie de mate van beweging is vastgelegd (figuur 1, grafiek 10 in bijlage 2)

Bij 67,9% van de patiënten is de mate van beweging vastgelegd. De spreiding is fors tussen de zorggroepen (32% - 96%) (grafiek 10 in bijlage 2). Dit percentage is weliswaar licht gestegen ten opzichte van 2020 (64%), maar in 2019 was het nog 77% (figuur 1). De daling ten opzichte van 2019 zal mede veroorzaakt zijn door minder controle van patiënten in de keten door de COVID pandemie, maar is met waardes die al jaren onder de 80% liggen ook los van de COVID pandemie voor verbetering vatbaar. Het betreft namelijk een indicator die makkelijk meetbaar is (bijna 100% moet haalbaar zijn) en die bijdraagt aan het aandacht geven aan niet-medicamenteuze begeleiding.

11 | RESULTATEN VVR/HOOG RISICO ALGEMEEN

Cardiovasculaire programmatische zorg bestaat uit twee programma's: HVZ/zeer hoog risico en hoog vasculair risico. In de multidisciplinaire richtlijn CVRM valt ernstige chronische nierschade in de categorie zeer hoog risico, evenals het deel van de patiënten zónder doorgemaakte HVZ, maar met een zeer hoog risico op het moment van de eerste meting. Het gaat in het laatste geval om patiënten met een risico op hart- of vaatziekte óf sterfte > 20% in 10 jaar (bij risicoschattingen ten tijde van de richtlijn uit 2012) of een risico op hart- of vaatsterfte > 10% in 10 jaar (in het tijdperk van de richtlijn uit 2019). Anders dan vorig jaar vallen deze patiënten in de InEen rapportage over 2021 onder VVR/hoog risico.

Voor de behandeling van hypertensie en/of hypercholesterolemie is er in de nieuwe standaard meer ruimte voor maatwerk/individuele afstemming, rekening houdend met de ernst van de aandoening/risico, leeftijd en kwetsbaarheid. Ook is er daarmee meer ruimte voor gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en behoort laagdrempelig verminderen of zelfs stoppen van medicatie bij kwetsbaren tot de opties.

Door InEen zijn er generieke exclusiecriteria geformuleerd omdat er redenen kunnen zijn om een patiënt met een behandelindicatie toch niet in het zorgprogramma op te nemen. Tot deze generieke exclusiecriteria behoren bijvoorbeeld mensen met dementie of met een op korte termijn levensbedreigende ziekte, patiënten die niet gemotiveerd zijn, herhaaldelijk no-show in het zorgprogramma of om andere redenen niet aan het zorgprogramma willen of kunnen deelnemen.

In totaal hebben in 2021 89 zorggroepen gegevens aangeleverd. In 2020 waren dat er 81 en in 2019 waren dat er 91. De ogenschijnlijke daling vorig jaar werd veroorzaakt door fusies tussen zorggroepen.

Het gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep in 2021 was 127.044 (overzicht 1). De 89 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2021 met elkaar 706.914 mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten in zorg. Dat is ten opzichte van vorige jaren een afname: toen waren er dit 789.160 (2020) respectievelijk 743.388 (2019). Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen over 2021 gegevens aangeleverd van 614.860 patiënten (in 2020: 627.741 patiënten) (89%) die gedurende het hele jaar in zorg waren. Vergeleken met de 652.571 patiënten in 2019 en 616.432 patiënten in 2020 is hier sprake van een daling.

Overzicht 1: Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2021
(89 zorggroepen leverden gegevens aan, van 84 zorggroepen was de populatie bekend)

	Alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	127.044
Mediaan	96.889
Minimum	6.361
Maximum	488.323

Overzicht 2: Verdeling mensen met VVR/hog risico over zorggroepen

	patiënten met VVR/hog risico (gegevens van 82 zorggroepen)	prevalentie (gegevens van 81 zorggroepen)	% specialist (gegevens van 82 zorggroepen)	% huisarts in programma (gegevens van 89 zorggroepen)	% huisarts niet in programma ⁹ (gegevens van 82 zorggroepen)
gemiddeld ¹⁰	10.510	8,41%	5,22%	68,80%	13,17%
minimum	484	3,14%	1,24%	21,64%	0,87%
maximum	46.037	11,50%	17,38%	96,22%	46,93%

In 2021 bedraagt de gemiddelde prevalentie van patiënten in dit zorgprogramma 8,41%. We zien dit licht dalen ten opzichte van voorgaande jaren: in 2020 was de gemiddeld prevalentie 8,49% en in 2019 en 2018 respectievelijk 8,76% en 8,8% (2018).

Van ruim 10% van de patiënten in dit zorgprogramma is niet bekend wie de hoofdbehandelaar is.

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).

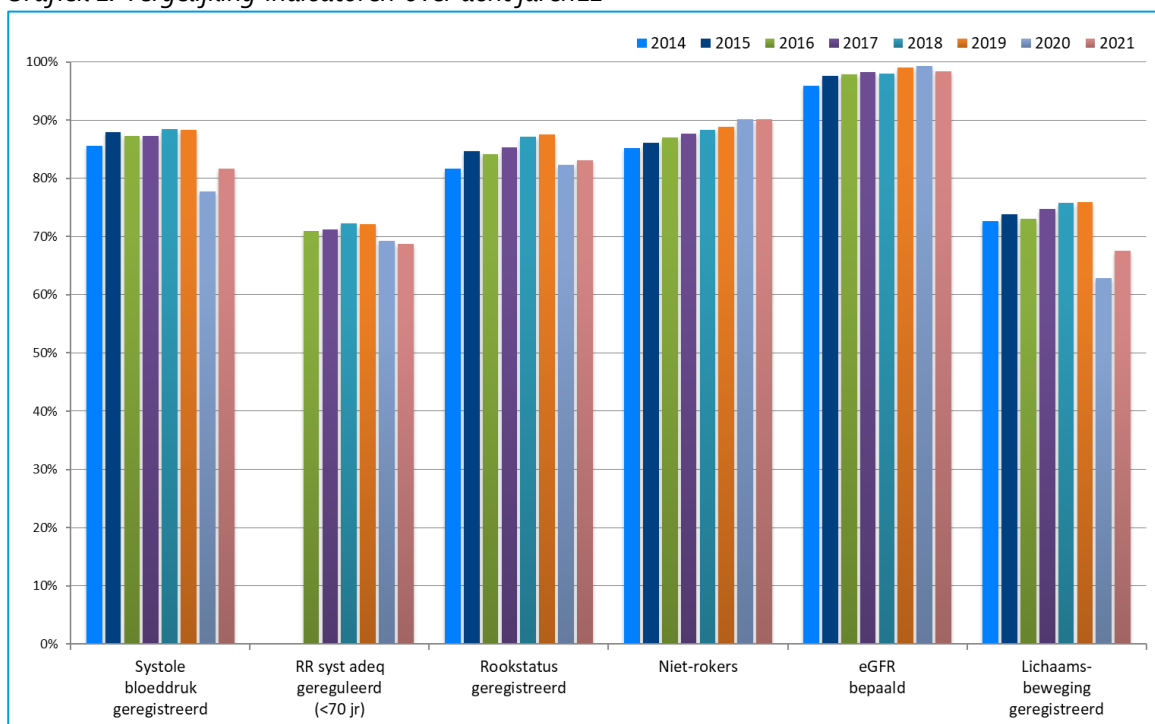
¹⁰ Hier wordt het gewogen gemiddelde weergegeven. De percentages specialist en huisarts (in programma + niet in programma) tellen niet op tot 100 omdat er meer patiënten zijn met een registratie VVR dan met VVR in combinatie met een registratie voor hoofdbehandelaar. Er is dus een restgroep van wie niet bekend is of die in eerste of tweede lijn wordt behandeld.

12 | RESULTATEN VVR/HOOG RISICO INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de indicatoren over acht jaren. Omdat dit jaar evenals de zes 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 selectie van de populatie kan een deel van de eventuele veranderingen op de scores verklaren.

1. Vergelijking indicatoren VVR over de laatste acht jaren

Grafiek 1: Vergelijking indicatoren over acht jaren¹¹



Er is hier in 2020 naar alle waarschijnlijkheid sprake geweest van een "Covid effect": vanwege de beperkte toegang tot de (huisartsen)zorg voor routine contacten, zeker in de periode maart-juni 2020 zullen controles minder hebben plaatsgevonden. In 2021 wordt een licht herstel gesignaleerd.

¹¹ Aangezien de leeftijd bij de indicator systolische bloeddruk op streefwaarde vier jaar terug is gewijzigd van 80 naar 70 jaar is alleen een vergelijking over de laatste vier jaren mogelijk.

Boeiend en belangrijk om te zien is dat het aantal rokers blijft dalen, ook in het 'Coronajaar' 2020. Volgens het Trimbos Instituut is ongeveer 1 op de 10 rokers tijdens de coronacrisis minder gaan roken, terwijl helaas bijna een kwart meer is gaan roken. Van alle rokers was maar liefst 9% van plan om mee te doen aan Stoptober, waarvan de helft meer gemotiveerd is geraakt door de coronacrisis. Het dalende aantal rokers (2014 15%, 2021 10%) volgt de trend in de open populatie (2014 25,7% rokers, in 2021 20,6% rokers). Er lijkt niet veel ruimte voor nog een aanvullend effect dat te wijten is aan het zorgprogramma. Hoe dan ook roken mensen in VVR duidelijk minder dan volwassenen in de open populatie.

Naar alle waarschijnlijkheid is hier sprake van een "Covid effect": vanwege de beperkte toegang tot de (huisartsen)zorg voor routine contacten, zeker in de periode maart-juni 2020. Fysieke controles zullen toen minder hebben plaatsgevonden. Laboratoriumcontroles (nierfunctie) daarentegen hebben wel gewoon plaats gevonden zoals ieder jaar, deze registratie laat geen daling zien.

Boeiend en belangrijk om te zien is dat het aantal rokers blijft dalen, ook in deze 'Coronajaren' 2020. Inmiddels rookt slechts 10% van de patiënten met een verhoogd vasculair risico.

2. Resultaten over 2021 per indicator

De verschillen in de door zorggroepen gerapporteerde gegevens worden inzichtelijk in de grafieken in bijlage 3. Daarin staan per indicator de resultaten van elke zorggroep weergegeven. Om een vergelijking mogelijk te maken met het landelijk gemiddelde is er een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.

Toelichting bij de grafieken

Grafiek 1: Een verhoogd risico op hart- en vaatziekten komt in 2021 bij 8,4% van de patiënten in de zorggroepen voor. Dit is een lager percentage dan enkele jaren geleden. Dit komt mogelijk doordat zorgverzekeraars plafonds instellen, bijvoorbeeld op basis van leeftijd.

Grafiek 2: Het percentage patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten dat deelneemt aan het keten- programma bedraagt 68,8% in 2021.

Sinds vier jaar (vanaf 2018, toen er sprake was van een lichte daling) is er een stabilisatie van het aantal patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten dat deelneemt aan het keten- programma; ongeveer 69%. In de jaren 2015 t/m 2017 boven 70% en in 2020 en 2021 68,8%.

Er is een grote spreiding tussen de zorggroepen (van 22-96%). De zorggroepen die minder dan 40% in het VVR-programma hebben zouden in gesprek kunnen gaan met de zorggroepen die een veel groter percentage begeleiden. In hoeverre afspraken met zorgverzekeraars hier een rol spelen, is onbekend. Sommige zorggroepen hebben te maken met een maximale inclusie in dit zorgprogramma. Dit wordt opgelegd door de zorgverzekeraar. Met name in het zuiden van het land. Dat dwingt tot scherpere selectie op instroom. Dit is een slechte zaak.

Daarnaast krijgt dus iets meer dan 30% van de mensen met een hoog risico op hart- en vaatziekten geen programmatische zorg in de eerste lijn. Dit is relatief veel. Zorggroepen zouden kunnen nagaan wie de mensen zijn die geen programmatische zorg krijgen. Krijgen ze CVRM zorg in de 2e lijn? Zijn het zorgmijders of anderszins mensen die bewust niet willen meedoen? Zijn er mensen door de huisarts/POH bewust buiten het programma gehouden? Speelt een opgelegd 'plafond' door de zorgverzekeraar een rol? Speelt financiering een rol?

Grafiek 3: Het percentage patiënten bij wie de bloeddruk is gemeten bedraagt 81,6%.

Dat is – zoals te verwachten was – hoger dan in het Corona jaar 2020, toen bij nog geen 80% van de deelnemers de bloeddruk was gemeten. Dit vanwege de beperkte toegang tot de (huisartsen)zorg voor routine contacten (zeker in de periode maart-juni 2020). In de jaren daarvoor was het percentage jarenlang stabiel rond de 88%.

Een mogelijk positief Corona-Effect is dat de thuismetingen zijn toegenomen. Het zou interessant zijn om dit te objectiveren

Grafiek 4: Het percentage patiënten < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten en de systolische waarde beneden de grenswaarde ligt bedraagt 68,8%. Dat is vrijwel gelijk als in het jaar 2020.

De streefwaarden voor systolische bloeddruk is gewijzigd en is nu afhankelijk van de risicocategorie en de leeftijd. Uitgaande van een streefwaarde voor de systolische spreekkamer bloeddruk van ≤ 140 mm Hg (bij mensen jonger dan 70 jaar volgens de nieuwste CVRM-richtlijn) is de gemiddelde score op deze belangrijke indicator nu lager dan 70%, terwijl dit 72,1% was in 2019. Na jarenlange stabiele stijging is dit voor 2020 en 2021 een opvallende 'knik'. Dit kan te maken hebben met toe- name in persoonsgerichte zorg, waarbij de zorgverlener en de patiënt samen de streefwaarde vaststellen in plaats van arbitraire grenswaarden uit de standaarden. Zorggroepen die onder de benchmark scoren zouden moeten nagaan hoe dit kan en wat ze zouden kunnen verbeteren. Dit kan door in gesprek te gaan met elkaar, maar ook met andere zorggroepen.

Grafiek 5: het percentage patiënten < 70 jaar bij wie het LDL-cholesterol is bepaald en aan de streefwaarde voldoet bedraagt 34,8% en dat is vrijwel gelijk aan voorgaande jaren. Dat is een stuk lager dan bij mensen met HVZ (65,4%). Men is waarschijnlijk minder geneigd medicatie te nemen als er (nog) geen vasculair event heeft plaatsgevonden. Ook speelt een rol dat de streefwaarde voor LDL-cholesterol is gewijzigd. Deze is nu net als de streefwaarde voor de bloeddruk, afhankelijk van de risicocategorie, morbiditeit, leeftijd en wel/niet kwetsbaar zijn. Bij kwetsbare ouderen zonder hart- en vaatziekten maar wel een hoog risico (dus VVR) is verlaging van het LDL-cholesterol met medicatie niet aanbevolen.

Grafiek 6: het percentage in zorgprogramma van wie het rookgedrag bekend is bedraagt 83,1%. In 2021 is de rookstatus minder vaak vastgelegd dan in voorgaande jaren. Terwijl de rookstatus in voorgaande jaren (met uitzondering van het Corona-jaar 2020: 82%) bij meer dan 87% van de deelnemers werd vastgelegd. Wel zette de dalende tendens in rokers van de laatste jaren zich voort ook tijdens de "COVID-jaren".

De zorggroepen die onder de benchmark zitten zouden moeten nagaan hoe dit komt en wat ze eraan kunnen doen.

Grafiek 7: het percentage VVR-patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode en dat rookt bedraagt 9,8%.

Het aantal rokers onder de deelnemers is weer gedaald en dat is heel goed nieuws. Vanaf 2014 (van 15,0% in 2014 naar 9,8% in 2021) zien we een voortdurende daling van het roken. Deze trend weerspiegelt hetgeen ook in de open populatie (in 2014 25,7% naar 20,6% in 2021) wordt gezien. Wel roken deelnemers aan VVR veel minder dan gemiddeld in de open populatie van 18

jaar en ouder. Mogelijk komt dit door voortdurend aandacht hiervoor in dit zorgprogramma, inclusief het laagdrempelig aanbieden van stoppen met roken (SMR) programma.

Roken in het zorgprogramma voor patiënten met VVR/hoog risico

	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Zorgprogramma	9.8%	9.9%	11.2%	11.7%	12.4%	13.9%	13.9%	15.0%
Nederland		20.2%						25.7%

Grafiek 8: het percentage VVR-patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is vastgelegd in afgelopen vijf jaar bedraagt 98,4%.

Dit is een fractie lager dan in 2020 en weer gelijk aan het percentage van het jaar vóór het Corona-jaar 2020.

De nierfunctie gaat achteruit bij hypertensie. Diuretica kunnen de nierfunctie verminderen als ze leiden tot episodes van dehydratie zoals bij (relatief) te hoge dosering. RAAS-blokkers kunnen de nierfunctie verlagen als er sprake is van nierarteriële stenose. Thiazide diuretica een kalium verlagend effect en RAAS-blokkers en Spironolacton een kalium sparend effect. Daarom moet periodiek de nierfunctie en de kaliumspiegel worden bepaald. Een verminderde nierfunctie is weer een risicofactor voor HVZ. Kennelijk wordt door bijna alle huisartsen en hun POH's bij bijna alle VVR patiënten routinematig de nierfunctie bepaald. Gemiddeld is bij 99,0% (spreiding 70,4% tot 100,0%) van alle VVR patiënten in zorg de nierfunctie bekend. Dat is een prachtig resultaat dat te maken heeft met programmatische aanpak.

Grafiek 9: het percentage VVR-patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in de meetperiode in 2021 bedraagt 67,6%.

De registratie is beter verlopen dan in het coronajaar, toen het percentage patiënten in het zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd maar 63% bedroeg (terwijl dit 75,9% in 2019 was).

Zowel gebrek aan lichaamsbeweging als overgewicht kunnen gezondheidsproblemen veroorzaken aan het bewegingsapparaat maar ook cardiovasculair. Met gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) kan hieraan gewerkt worden. Hierbij krijgt de patiënt gedurende 2 jaar begeleiding om te leren gezonder te eten, meer te bewegen en vervolgens deze gewoontes vast te houden.

Per 1 januari 2019 is de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. Mensen die een BMI hebben van 30 kg/m² of hoger (of een BMI van 25 kg/m² of hoger gecombineerd met risico op diabetes en/of hart- en vaatziekten), kunnen door de huisarts worden doorverwezen voor zo'n GLI-programma.

13 | RESULTATEN COPD ALGEMEEN

De 96 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2021 met elkaar 115.762 patiënten met COPD in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 102.267 patiënten¹² (88%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2021 (96 zorggroepen leverden gegevens aan, van 93 zorggroepen was de populatie bekend)

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	128.237
Mediaan	101.367
Minimum	6.361
Maximum	458.784

Het aantal zorggroepen dat cijfers aanlevert over COPD is met één toegenomen van 95 naar 96, terwijl het aantal patiënten in het zorgprogramma is afgenomen van 123.450 in 2020 naar 115.762 in 2021. Deze ontwikkeling is in lijn met de dalende trend van afgelopen jaar, en is mogelijk een effect van de COVID19 pandemie, waardoor de reguliere zorg gedurende 2020 en 2021 sterk werd gehinderd.

Overzicht 2: Verdeling mensen met COPD in zorgprogramma over zorggroepen

	patiënten met COPD (gegevens van 92 zorggroepen)	prevalentie (gegevens van 91 zorggroepen)	% specialist (gegevens van 91 zorggroepen)	% huisarts in programma (gegevens van 96 zorggroepen)	% huisarts niet in programma ¹³ (gegevens van 91 zorggroepen)
gemiddeld ¹⁴	2.419	1,92%	25,77%	48,96%	14,97%
minimum	125	0,84%	5,54%	17,57%	3,54%
maximum	10.494	3,77%	44,38%	71,62%	41,75%

¹² 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.

¹³ Een zorggroep heeft hier 0 als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

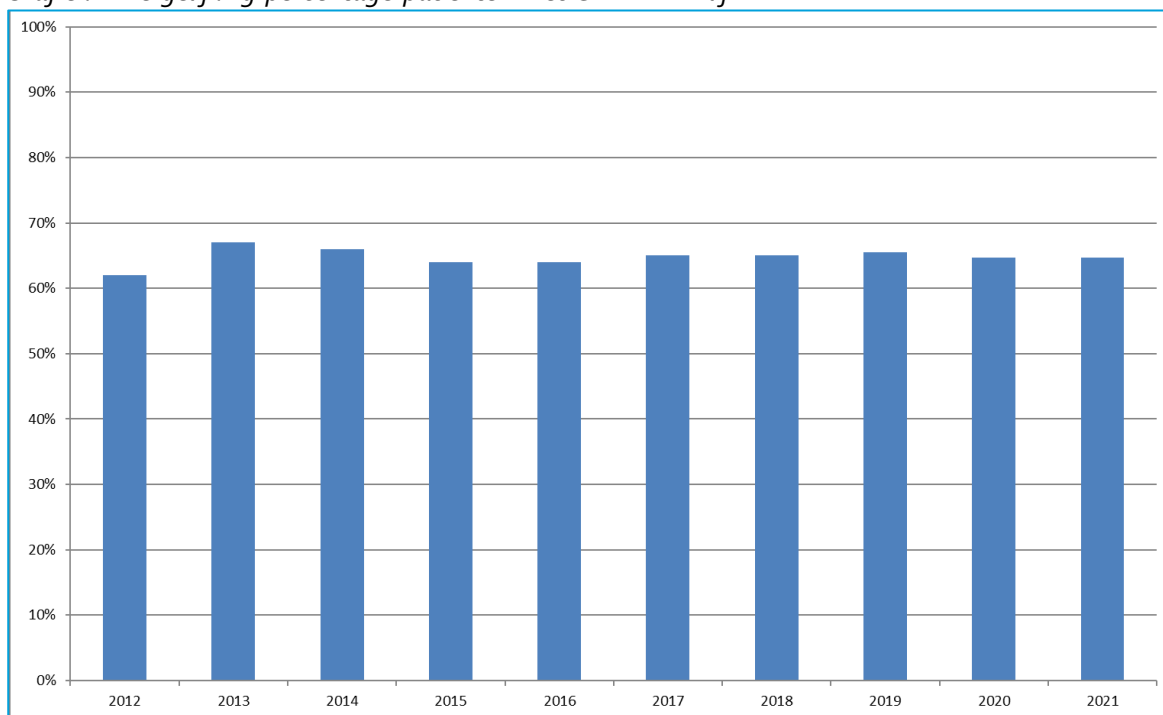
¹⁴ Hier wordt het gewogen gemiddelde weergegeven. De percentages specialist en huisarts (in programma + niet in programma) tellen niet op tot 100 omdat er meer patiënten zijn met een registratie COPD dan met COPD in combinatie met een registratie voor hoofdbehandelaar. Er is dus een restgroep van wie niet bekend is of die in eerste of tweede lijn wordt behandeld.

In 2021 is de prevalentie van COPD iets gedaald ten opzichte van een jaar eerder: 1,92% versus 1,98%. De verwachte stijging door vergrijzing van de populatie en toenemend rookgedrag van vrouwen in de afgelopen decennia blijft vooralsnog uit. Het gemiddelde percentage COPD-patiënten dat door de longarts behandeld wordt is licht gestegen, evenals het gemiddelde percentage bij de huisarts. De variatie tussen zorggroepen is daarbij groot. Het is belangrijk om de redenen hiervan na te gaan. Mogelijk spelen demografische verschillen, verschillen tussen ziekenhuizen of ernst van de aandoening een rol.

Er is een stijging van het aantal patiënten met COPD dat geen ketenzorg (meer) ontvangt waarneembaar in 2021: 14,97 versus 14,2% in 2020. Het is de vraag of het hier gaat om een groeiende groep patiënten die samen met de huisarts vaststellen dat ketenzorg geen toegevoegde waarde meer heeft, bijvoorbeeld als de patiënt gestopt is met roken en een lage ziektelast heeft, of dat het de patiënten zijn die niet gemotiveerd zijn voor ketenzorg terwijl daar wel een indicatie voor bestaat.

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

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



Het percentage patiënten met COPD in de eerste lijn lijkt redelijk stabiel te zijn. Ongeveer twee derde is bij de huisarts onder behandeling (al dan niet in de ketenzorg). Circa een kwart is bij de

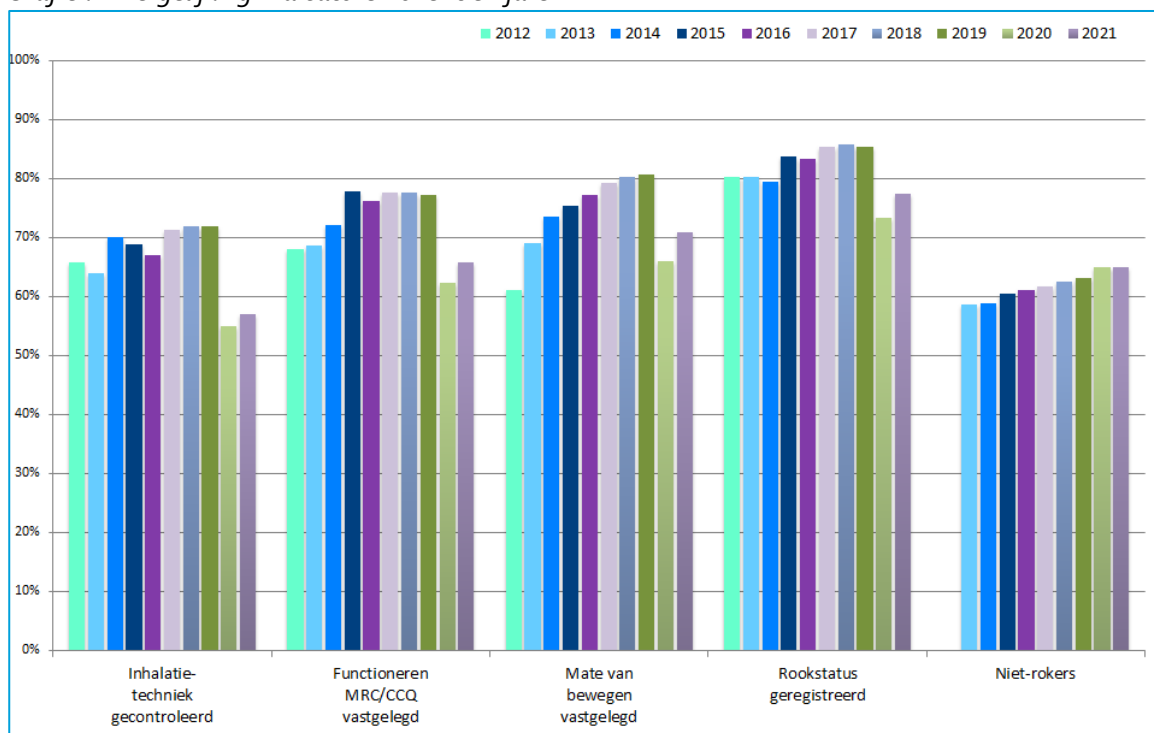
specialist onder behandeling. De optelsom van deze percentages bedraagt minder dan 100% . Er is dus een groep patiënten bij wie wél de diagnose COPD geregistreerd is maar van wie onbekend is of zij bij de huisarts dan wel bij de longarts onder behandeling zijn. Deze groep is met ca 8% stabiel. Beter registreren blijft dus een aandachtspunt. Hierbij kan een betere mogelijkheid voor markeringen, zichtbaar in alle pagina's in het HIS behulpzaam zijn.

14 | RESULTATEN COPD INDICATOREN

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

1. Vergelijking indicatoren COPD over tien jaren

Grafiek1: Vergelijking indicatoren over tien jaren



Het overzicht van de registratie van de kwaliteitsindicatoren laat in één oogopslag zien dat de zorgprocessen die in voorgaande jaren in hoge mate uitgevoerd werden, weer enigszins verbeterd zijn na flinke dalingen in 2020. Dit is waarschijnlijk het gevolg geweest van de disruptie van de reguliere zorg door COVID19 tijdens 2020 en het begin van voorzichtig herstel in 2021. De enige uitzondering wordt gevormd door de indicator niet-rokers, deze is stabiel op 65% gebleven. Het controleren van inhalatietechniek, vastleggen van functioneren, mate van bewegen en rookstatus waren allemaal met 10-15% gedaald ten opzichte van voorgaande jaren, en krabbelen nu weer op. Hoewel tijdens een groot deel van deze periode fysieke controles zeker voor kwetsbaren zijn afgeraden, is er toch nog tussen 57%-77% van de patiënten een vorm van controle geweest. Het is van belang te volgen of deze trend van herstel doorzet in de loop van 2022, of dat we nog een langere periode op minder goede uitvoering en registratie van deze belangrijke indicatoren voor goede COPD-zorg kunnen verwachten. Het zou daarnaast

interessant zijn of de registratie van deze vijf indicatoren via een beeldbel contact heeft plaatsgevonden, en hoe dit zich in de toekomst gaat ontwikkelen.

2. Resultaten over 2021 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

Er blijft een grote variatie tussen de verschillende zorggroepen zichtbaar. Kwaliteitsmanagers en huisartsen 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, en concrete doelstellingen in een verbeterplan opstellen. Zorggroepen die qua cijfers goed presteren zouden een addendum kunnen schrijven hoe zij daartoe gekomen zijn, ondanks de moeilijke omstandigheden door COVID19. Wellicht kan InEen hier faciliterend in optreden.

Grafiek 1: Prevalentie COPD-patiënten

De gemiddelde prevalentie over de afgelopen jaren was ongeveer 1,92%. De prevalentie tussen de zorggroepen onderling varieert van 0,84-3,77%. De meeste zorggroepen doen meer dan 3 jaar mee, het aantal jaren dat de zorggroep deelneemt aan ketenzorg zal daarmee geen grote rol spelen. Het kan zijn dat sommige zorggroepen een groter aantal oudere patiënten heeft of meer patiënten uit lager sociaal milieu. Het vergt in de praktijk veel tijd en aandacht om alle patiënten goed te blijven registreren (geldt voor onder- en over-diagnostiek).

Grafiek 2: Percentage COPD-patiënten in zorgprogramma

Het percentage COPD-patiënten dat programmatische zorg krijgt is met circa 50% al jaren stabiel. Ondanks dat er wat variatie is in de proportie patiënten die wél de huisarts als hoofdbehandelaar hebben maar om uiteenlopende redenen níet (meer) gebruik maakt van het zorgprogramma, blijft de groep die daar wel gebruik van maakt redelijk stabiel. Ruim 10 jaar na de introductie van multidisciplinaire ketenzorg op basis van de Zorgstandaard COPD (eerste versie 2011) kan gesteld worden dat ongeveer de helft van alle COPD-patiënten in deze zorggroepen gebruik maakt van ketenzorg in de eerste lijn.

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

Veel COPD-patiënten gebruiken inhalatiemedicatie. Juist inhalatiecontrole vraagt om een fysiek consult (of beeldbellen), hetgeen in 2021 niet altijd kon plaatsvinden. Het gebruik van deze middelen vraagt om een speciale techniek die de patiënt aangeleerd moet worden. Onderzoeken wijzen uit dat indien er geen controle op deze techniek plaatsvindt en herhaling van instructie uitblijft, de inhalatie niet goed verloopt en de depositie niet optimaal is. Daarom is het van essentieel belang dat minstens één keer per jaar controle van de inhalatietechniek bij de patiënt plaatsvindt. In 2021 is dit proces door de COVID19 pandemie gemiddeld bij slechts 57% (was 56% in 2020 en ruim 70 % in 2019) van de patiënten uitgevoerd. Echter, de variatie is enorm groot. Waar het gemiddelde eigenlijk al zou moeten stijgen naar een hoger niveau, geldt dat in

nog sterkere mate voor de zorggroepen die (ver) onder het gemiddelde zitten. Bij deze zorggroepen past een concreet verbeterplan. De opkomst van formularia in de verschillende regio's kan de komende jaren mogelijk bijdragen aan verbeteren van kennis bij praktijkondersteuners, om het nog beter uit te kunnen leggen. Ook gerichte informatie via eHealth (www.inhalatorgebruik.nl) kan hier steeds meer aan gaan bijdragen. Maak afspraken met apotheken over het formularium en de inhalatie-instructie: vaker uitleggen geeft betere inhalatie!

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

Het functioneren van de patiënt, gemeten met een vragenlijst over de kwaliteit van leven (CCQ) en de mate van benauwdheid bij inspanning (MRC), bepaalt voor een groot gedeelte de last die hij ervaart van zijn longziekte. Het dient daarom een vast onderdeel te zijn van de monitoring van COPD-patiënten. Door de COVID19 pandemie is dit in 2021 slechts bij 65,7% vastgelegd (was 62% in 2020), terwijl dit in 2019 nog bij circa 78% van de patiënten plaatsvond. Er is tevens een grote en niet acceptabele variatie tussen zorggroepen. Zorggroepen die ruim onder het gemiddelde zitten past een concreet en ambitieus verbeterplan.

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

Terwijl 2019 met 80% van de COPD-patiënten is gesproken over de mate van bewegen, is dit in 2021 bij circa 71% van de COPD-patiënten gebeurd, nadat dit in 2020 teruggevallen was naar circa 66%. Het is bekend dat COPD-patiënten, ook degenen bij wie slechts sprake is van mild longfunctieverlies, minder bewegen dan het landelijk gemiddelde. Dit heeft nadelige gevolgen voor de conditie en spieropbouw, uiteindelijk leidend tot een vermindering van het inspanningsvermogen en de kwaliteit van leven. Juist in tijden van COVID19 is een gesprek over beweging extra relevant, omdat veel patiënten zich binnenshuis hebben geïsoleerd terwijl bewegen juist een goede stap richting verandering van gedrag en verbetering van kwaliteit van leven vormt.

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 2021 is dit bij circa 77,5% (was 74% in 2020 en 86% in 2019) van alle patiënten ook daadwerkelijk gebeurd. Ook hier speelt een grote variatie met een aantal zorggroepen waar deze indicator ver onder het gemiddelde blijft. Omdat stoppen met roken de hoeksteen voor COPD-zorg is, zeker in tijden van COVID19, is het aangewezen dat deze zorggroepen een verbeterplan opstellen.

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

De enige parameter die verbeterd lijkt onder COVID19 is het percentage rokers, dat verder daalt van 37% in 2019 en 35% in 2020 naar 33,4% van de COPD'ers in het zorgprogramma in 2021, wat in lijn is met de uiterst langzame maar gestage daling van roken in de Nederlandse samenleving. 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

onoverkomelijk in de palliatieve fase van zijn ziekte terecht komen. Daar komt bij dat de prognose van COVID19 slechter is bij rokers, wat mogelijk heeft bijgedragen aan deze solitaire positieve bevinding. Overigens is het niet onwaarschijnlijk dat COPDers die niet meer roken en tevens een lage ziektelast hebben, vaker uit het zorgprogramma gaan en er dus relatief meer rokende COPDers in het zorgprogramma zitten.

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

In 2021 is er aan circa 2,4% van alle COPD-patiënten 2 keer of vaker een stootkuur prednisolon voorgeschreven, terwijl dit in 2020 4% was, en in 2019 zelfs 6%. Het voorschrijven van deze kuur is geïndiceerd bij een exacerbatie. Dit aantal is laag vergeleken met de literatuur. Er zijn ook grote verschillen tussen de zorggroepen en het zou interessant zijn na te gaan waar deze verschillen op berusten. Het lijkt aannemelijk dat COVID19 een gunstige invloed heeft gehad op het aantal exacerbaties in 2021 en 2020: door de genomen maatregelen (afstand houden, geen handen schudden, handen wassen, beperking sociale contacten) is de kans op infecties beduidend afgenomen, ook van virussen die normaliter exacerbaties COPD veroorzaken. Interessant om bij de volgende benchmark te volgen of met het afschaffen van de beperkende maatregelen het percentage patiënten dat 2 keer of vaker een stootkuur prednisolon voorgeschreven krijgt ook weer zal stijgen.

15 | RESULTATEN ASTMA ALGEMEEN

De 58 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2021 met elkaar 95.297 patiënten met astma in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 79.722 patiënten (84%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

In grote lijn betekent dit dat ongeveer 60% van de deelnemende zorggroepen cijfers van astma ketenzorg hebben aangeleverd. In totaal waren er in Nederland in 2021 586.000 patiënten met astma. De cijfers van onderstaande grafieken betreffen daarmee 14% van alle patiënten met astma in Nederland. Bij patiënten in ketenzorg gaan wij ervan uit dat de diagnose goed is gesteld en patiënten onderhoudsmedicatie hebben voor het astma bij volwassenen.

Overzicht 1: Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2021 (58 zorggroepen leverden gegevens aan, van 53 zorggroepen was de populatie bekend)

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	84.532
Mediaan	60.569
Minimum	6.648
Maximum	367.666

Overzicht 2: Verdeling mensen met astma in zorgprogramma over zorggroepen

	patiënten met astma (gegevens van 55 zorggroepen)	prevalentie (gegevens van 51 zorggroepen)	% specialist (gegevens van 55 zorggroepen)	% huisarts in programma (gegevens van 58 zorggroepen)	% huisarts niet in programma ¹⁵ (gegevens van 55 zorggroepen)
gemiddeld ¹⁶	5.061	6,05%	9,18%	31,77%	24,56%
minimum	303	2,90%	1,57%	16,20%	2,82%
maximum	19.288	9,06%	24,59%	74,61%	45,69%

¹⁵ 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).

¹⁶ Hier wordt het gewogen gemiddelde weergegeven. De percentages specialist en huisarts (in programma + niet in programma) tellen niet op tot 100 omdat er meer patiënten zijn met een registratie astma dan met astma in combinatie met een registratie voor hoofdbehandelaar. Er is dus een restgroep van wie niet bekend is of die in eerste of tweede lijn wordt behandeld.

De gemiddelde prevalentie van astma is ongeveer gelijk gebleven met 2020. De prevalentie gemeten door het NIVEL is 10,2 %. Mogelijk heeft dit te maken met het stellen van de diagnose. Dit is niet eenvoudig en zonder aanwezigheid van ketenzorg praktisch onuitvoerbaar. Programmatische zorg start pas na een correcte diagnose astma. Mogelijk wordt de diagnose in de gehele populatie te snel toegekend zonder juiste diagnostiek.

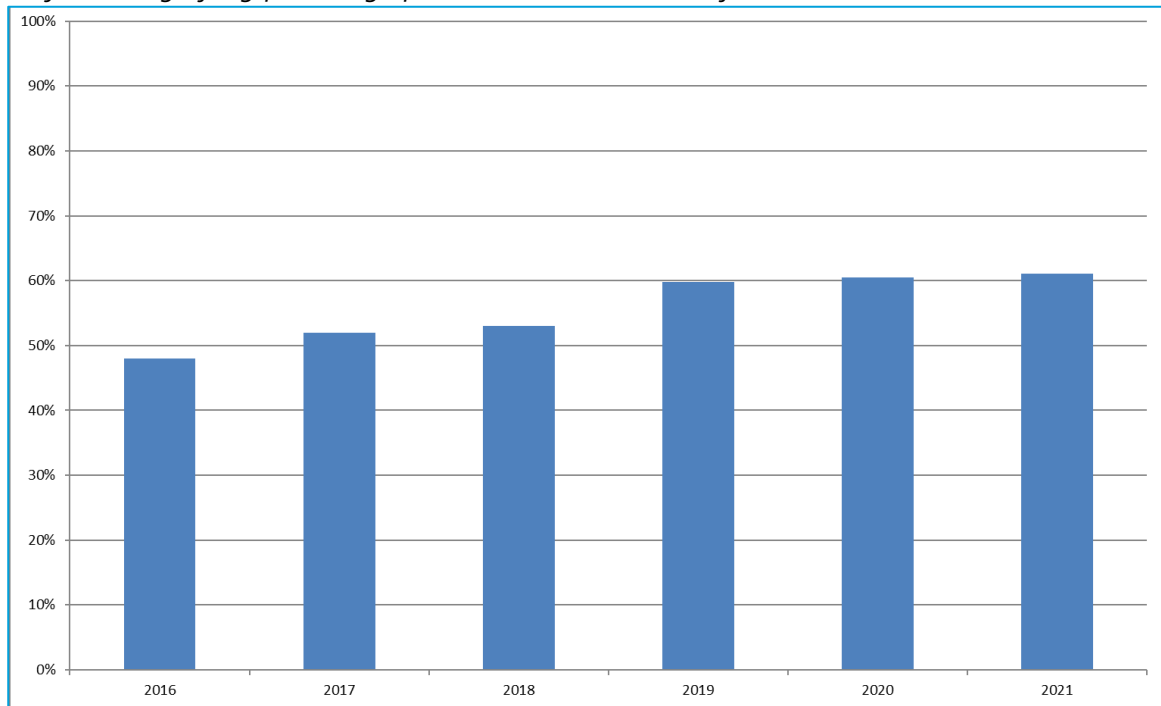
Niet alle patiënten met astma behoeven (continue) programmatische zorg. In 2020 is ongeveer 1 op de 3 patiënten met astma ketenzorg in de eerste lijn en bijna 10% is onder behandeling bij de specialist.

Opvallend is de grote variatie van het aantal patiënten dat onder behandeling is van de huisarts of specialist. Bij sommige zorggroepen is zelfs 1 op de 4 patiënten onder controle bij de specialist. Als je ervanuit gaat dat de controle van patiënten in de grote lijn niet veel verschilt tussen regio's, zal dit verschil grotendeels veroorzaakt worden door regionale verschillen in organisatie. Het is een uitdaging de hele groep jaarlijks in beeld te houden en de vinger aan de pols te houden wie wel of niet de toegevoegde waarde heeft van programmatische zorg. Dit is een taak van de praktijkondersteuner. Het is van belang om na te gaan waarom er zo'n grote variatie is met betrekking tot de inclusie in het zorgprogramma tussen zorggroepen onderling, en binnen zorggroepen.

Mogelijk speelt corona hier ook een rol in, aangezien er geen spirometrie uitgevoerd mocht worden in een deel van het jaar. Bij 10% is bekend dat de longarts hoofdbehandelaar is. Bij een derde is nog onbekend wie hun behandeling uitvoert. Het zou fijn zijn als we van alle patiënten met astma weten wie de hoofdbehandelaar is, wie de verantwoordelijkheid hiervoor draagt. Mogelijk speelt hierbij een rol dat bij verschillende praktijken het hoofdbehandelaarschap alleen wordt geregistreerd bij patiënten die in de keten worden opgenomen. Pas als de spirometrie weer opgepakt kan worden, kunnen huisartsen weer door met goed inkaarten van patiënten met astma.

Deze onbekende groep van rond de 30% is een interessante groep. Is er een goede diagnose gesteld met spirometrie en/of hyperreactiviteit? Wat wordt geregistreerd als een patiënt met astma een tijdlang geen klachten geeft? Dan volgt exclusie uit het zorgprogramma naar niet regelde zorg maar blijft de diagnose astma staan. De astma is dan zo goed onder controle dat er geen ketenzorg nodig is. Anders dan bij COPD heeft een deel van de patiënten met astma slechts incidenteel last van hun ziekte en zal daarom niet altijd een indicatie voor onderhoudstherapie met inhalatiecorticosteroiden hebben. Zij voldoen hiermee dan niet aan de inclusiecriteria voor ketenzorg. Een doel van ketenzorg is dat de controle van het astma verbeterd. Hieraan is inherent dat er dan meer patiënten buiten de ketenzorg gaan vallen en er minder wordt geregistreerd. Er is ook een groep met astma in remissie door het stoppen met roken of andere preventieve maatregelen. Deze patiëntengroep behoudt wel de diagnose maar behoeft geen programmatische zorg meer zolang de astma in remissie is. Daarnaast is er een groep patiënten met astma waar bv. door adequaat zelfmanagement, programmatische zorg niet meer veel toevoegt.

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



Het is mooi om te zien dat in 2021 het aantal patiënten met astma geregistreerd in de eerste lijn weer wat is gestegen. In de afgelopen 5 jaar is er een stijging geweest van 10% van geregistreerde patiënten met astma bij de huisarts en momenteel is meer dan 60% van de patiënten met astma geregistreerd onder behandeling van de huisarts. Hierbij is het wel van belang te noemen dat dit gaat over de 14% van patiënten met astma waarbij cijfers van ketenzorg zijn aangeleverd. Het zou interessant zijn om te weten of er bij de overige 86% patiënten met astma in Nederland ketenzorg aanwezig is. Bij een deel van deze groep wordt astma ketenzorg niet gecontacteerd door de zorgverzekeraar.

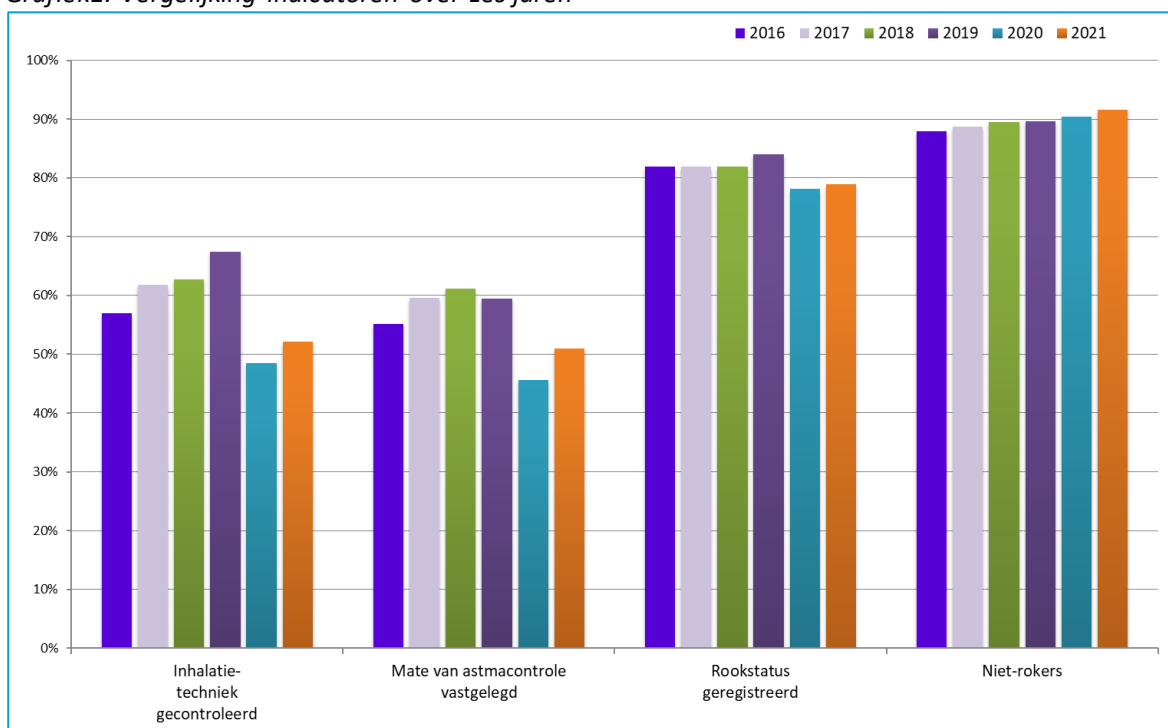
16 | RESULTATEN ASTMA INDICATOREN

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

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

1. Vergelijking indicatoren astma over zes jaren

Grafiek1: Vergelijking indicatoren over zes jaren



Na de positieve tendens in registratie van alle indicatoren in 2019 zien we een daling in 2020. Dit zou heel goed verklaard kunnen worden door de golven van het COVID-19 virus en bijbehorend verzuim van patiënten en personeel en natuurlijk door de lockdown waar minder patiënten naar de praktijk kwamen. Desondanks zien we in 2021 herstel van de positieve trend bij controle van inhalatietechniek en astmacontrole

Het is belangrijk dat de controle van inhalatietechniek in 2021 is gestegen maar nog ver onder 2019 ligt. Het lijkt logisch dat er in de praktijk daadwerkelijk minder controle is verricht. Dit is van groot belang voor de depositie van de medicatie en dus voor de effectiviteit. Er is veel evidence

dat het frequent herhalen van inhalatietechniek fundamenteel is voor goede inname en controle van de ziekte. Vaak worden hierover afspraken met lokale apothekers gemaakt. Dat is prima, hoe vaker de techniek gecontroleerd wordt hoe beter de inhalaties. Controles door de apothekers komen terug in deze cijfers. Het vastleggen van het functioneren, uitgedrukt in de mate van astmacontrole was in 2019 gemiddeld genomen onvoldoende en is in 2020 en 2021 beduidend minder vaak vastgelegd. Telefonische consulten tijdens de COVID-19 pandemie lijken de gewone consulten hiermee niet voldoende te hebben overgenomen. De mate van functioneren is een basaal gegeven voor het individueel zorgplan en persoonsgerichte zorg. 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. Een belangrijke aanbeveling van deze benchmark rapportage is dus: meer aandacht voor het uitvoeren en vastleggen van de inhalatietechniek en mate van astmacontrole. Het NIVEL laat in hun laatste rapport uit 2013 zien dat de controle van inhalatietechniek/medicatie slechts 13 % was. Het gaat dus wel de goede kant op, maar in het algemeen kunnen we concluderen dat ten aanzien van de gescoorde kwaliteitsindicatoren bij astma nog flinke vooruitgang geboekt kan worden. Per zorggroep kunnen verbetertrajecten worden gestart. Het is de vraag in hoeverre het haalbaar is met de COVID-19 pandemie om uitgestelde zorg in 2021 weer op te pakken.

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.

Het is goed om te zien dat het aantal niet rokers onder de patiënten in de ketenzorg blijft stijgen.

2. Resultaten over 2020 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 lijkt ongeveer stabiel in de laatste jaren. Het lijkt reëel dat deze programmatische zorg die pas sinds enkele jaren loopt, de registratie bevordert. Tegelijkertijd is er nog altijd een onverklaarbaar grote variatie. Dat dient nader onderzocht te worden. Zeker ook de extremen aan beide zijden: hoe valide zijn de diagnostiek en inclusie, hoe is de populatie opgebouwd, hoe verhoudt zich dat tot COPD?

Grafiek 2: Percentage astmapatiënten in zorgprogramma

Van alle astmapatiënten nam wederom ongeveer een derde in het afgelopen jaar deel aan programmatische zorg. 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 waarbij onderhoudstherapie met inhalatiecorticosteroiden noodzakelijk is. Een aanzienlijk deel van de astmapatiënten heeft 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. Er lijkt nog steeds een grote variatie tussen de zorggroepen te zijn. Als je een lage prevalentie hebt door scherpe diagnostiek kom je makkelijker aan een hoog inclusie percentage. Het kan ook zijn dat er zorggroepen zijn die hun keten nog niet op orde hebben.

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

In 2020 en 2021 werd de inhalatietechniek beduidend minder gecontroleerd dan in 2019, wat waarschijnlijk te maken heeft met de COVID-19 pandemie. Controle van inhalatietechniek zou bij vrijwel 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. Het kan zijn dat er onderregistratie is, omdat er met de apotheek afgesproken is dat zij de inhalatie-instructie doen en de terugrapportage ontbreekt. Ook kan inhalatie-instructie worden gedaan door een eerstelijns longverpleegkundige die soms niet in het HIS kan. Ook hierdoor kan onder-registratie ontstaan. Tegelijkertijd is meermalen per jaar inhalatie instructie beter dan eenmaal. Het moet dus niet zijn of de POH of de apotheker, maar EN de POH EN de apotheker.

Grafiek 4: Percentage astmapatiënten bij wie mate van astmacontrole is vastgelegd

Bij minder dan de helft van de astmapatiënten werd in 2021 het functioneren besproken en geregistreerd met een astmacontrole vragenlijst. Dit is beduidend minder dan voorafgaande jaren. Ook hier speelt de COVID-19 pandemie waarschijnlijk een rol. Het vastleggen van de astmacontrole is echter een cruciaal onderdeel van de astmazorg en kan ook telefonisch worden uitgevraagd. 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. Juist bij een pandemie is het van groot belang om contact te houden met de patiënt en de mate van controle in beeld te hebben. De extreme variatie van minder dan 10-90% is opvallend, en suggereert dat er nog veel winst valt te behalen bij deze indicator. Hier ligt een concrete taakstelling voor Ineen en de zorggroepen.

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

Het rookgedrag werd in 2021 bij minder patiënten vastgelegd dan in de voorgaande jaren, wederom gerelateerd aan COVID-19 pandemie. 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. Dit kan ook telefonisch bij een pandemie. Ook is de effectiviteit van luchtwegmedicatie verlaagd bij door roken. We vermoeden echter dat bij een aantal astmapatiënten van wie bekend is dat ze nooit gerookt hebben de verslaglegging hiervan soms vergeten wordt.

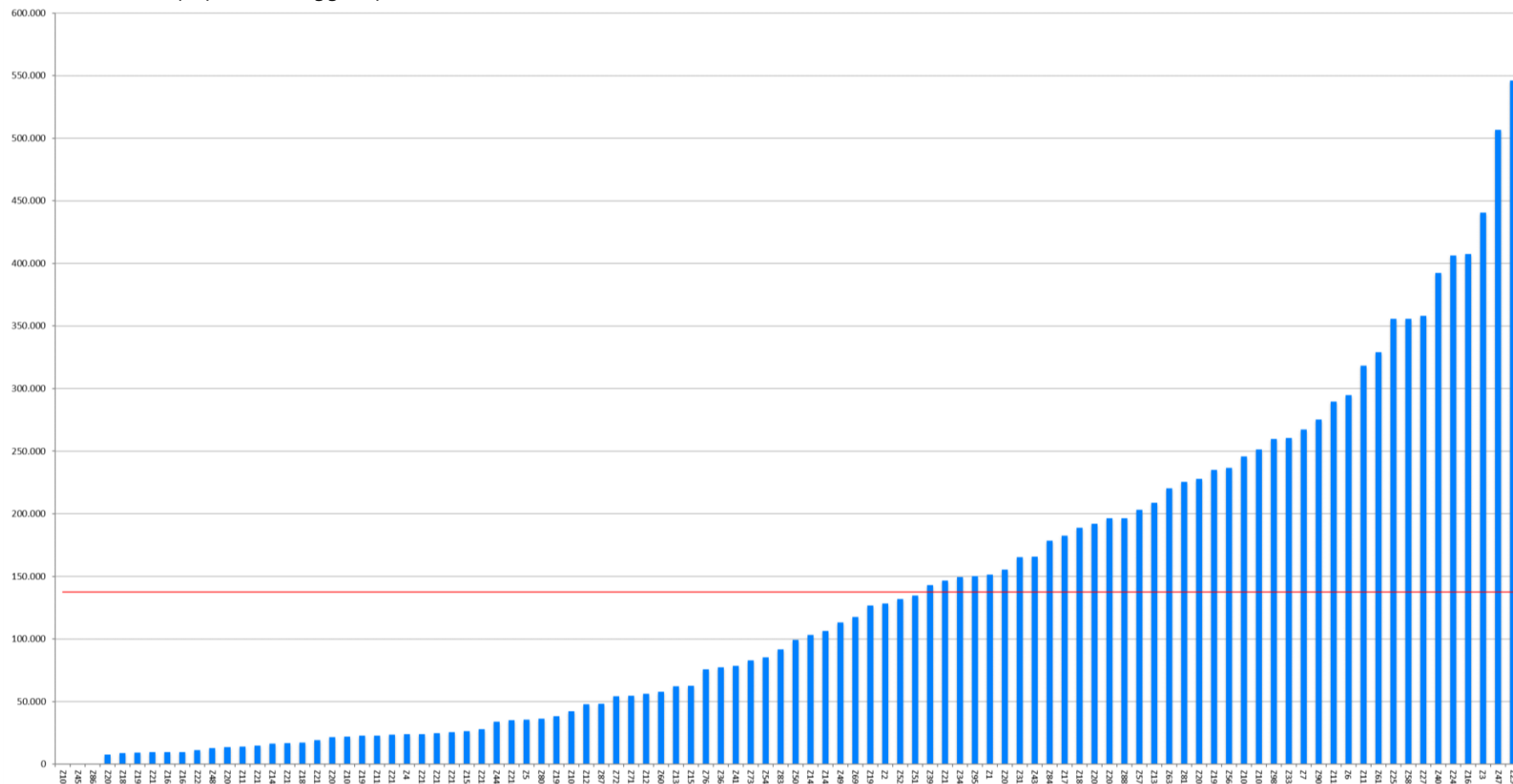
Grafiek 6: Percentage astmapatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd, dat rookt

Het percentage actuele rokers onder de astmapatiënten blijft met ongeveer 10% redelijk stabiel. Hoewel het percentage rokers bij astmapatiënten lager is dan landelijk gemiddeld (23% rookt wel eens, 17% rookt dagelijks) blijft het van groot belang dat percentage verder te verlagen. Patiënten met astma zijn gevoeliger voor de schadelijke effecten van roken in de longen. Het motiveren en begeleiden van het stoppen met roken dient een vast onderdeel te blijven van de programmatische zorg die astmapatiënten aangeboden wordt. Het voordeel van programmatische zorg is dat er met astmapatiënten, die roken, minstens één keer per jaar over de betekenis van roken voor hun ziekte gesproken wordt en de motivatie tot stoppen gepeild wordt. Het is interessant om te zien dat bij een paar zorggroepen het percentage rokers hoger is. Daarentegen heeft een relatief groot aantal zorggroepen een lager percentages rokers in deze keten. Het zou nuttig zijn om te weten welke factoren hieraan bijdragen. Speelt locatie een rol, of het aantal stop-roken initiatieven?

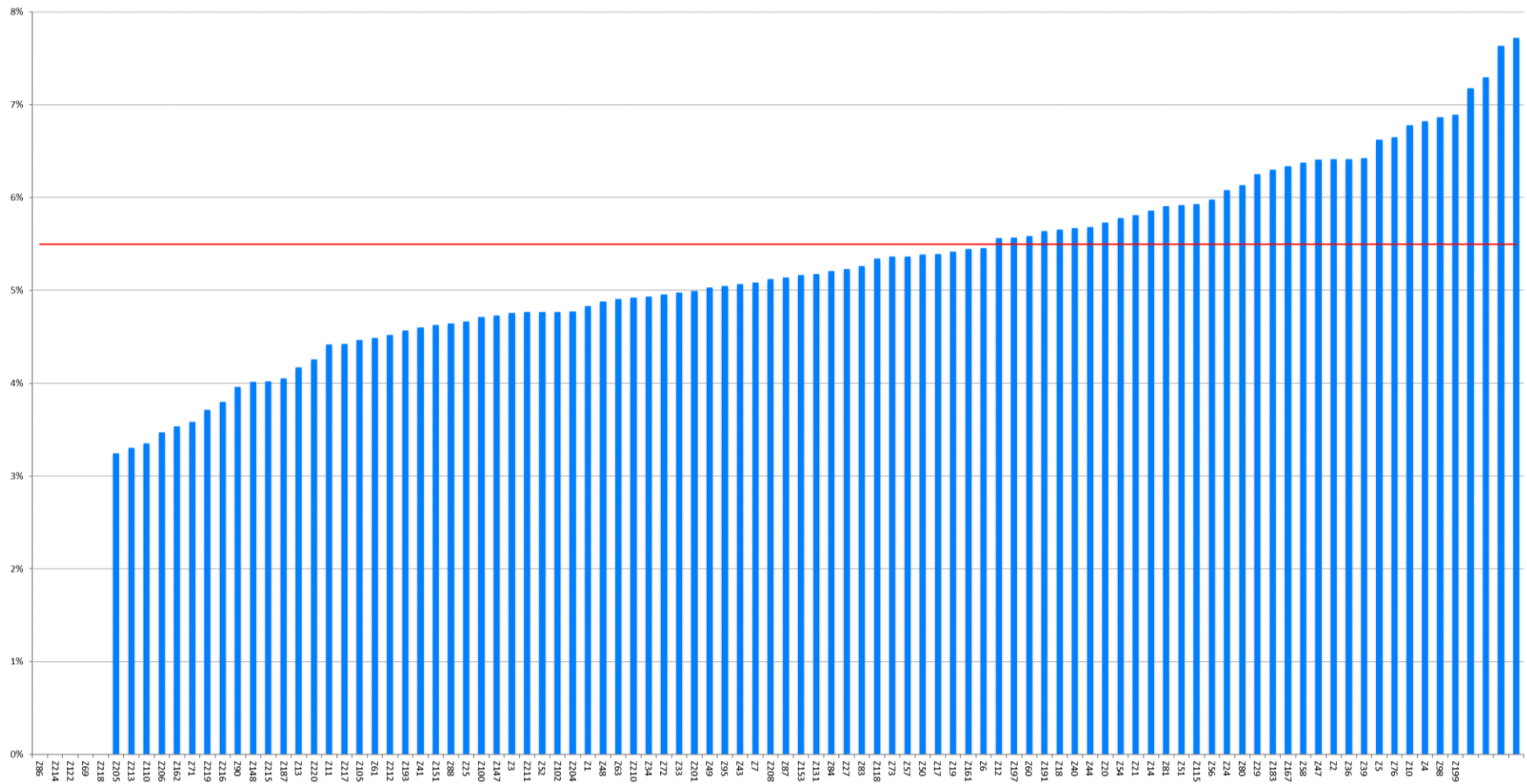
17 | BIJLAGEN

Bijlage 1 Grafieken diabetes

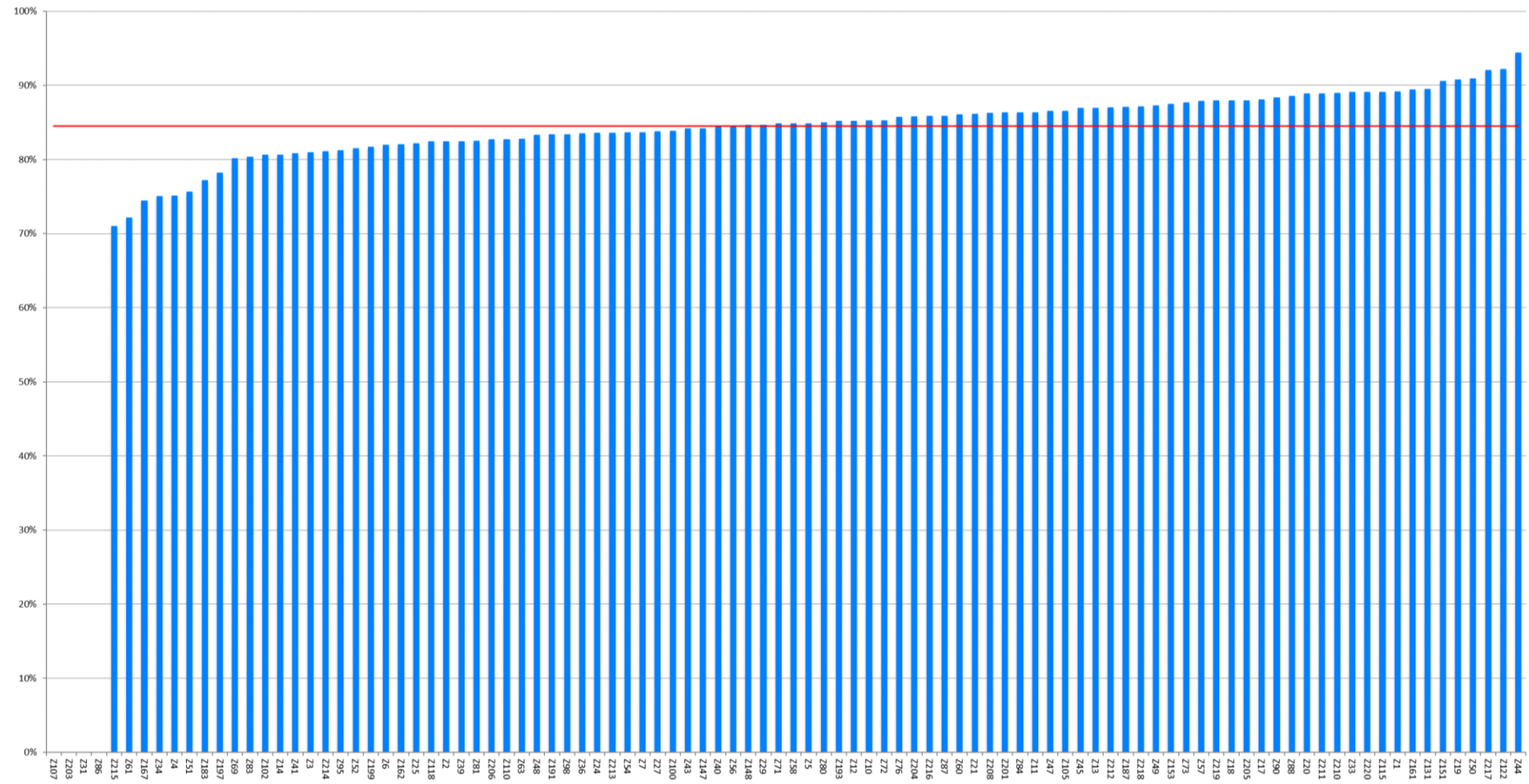
Grafiek 1: Totale populatie zorggroepen



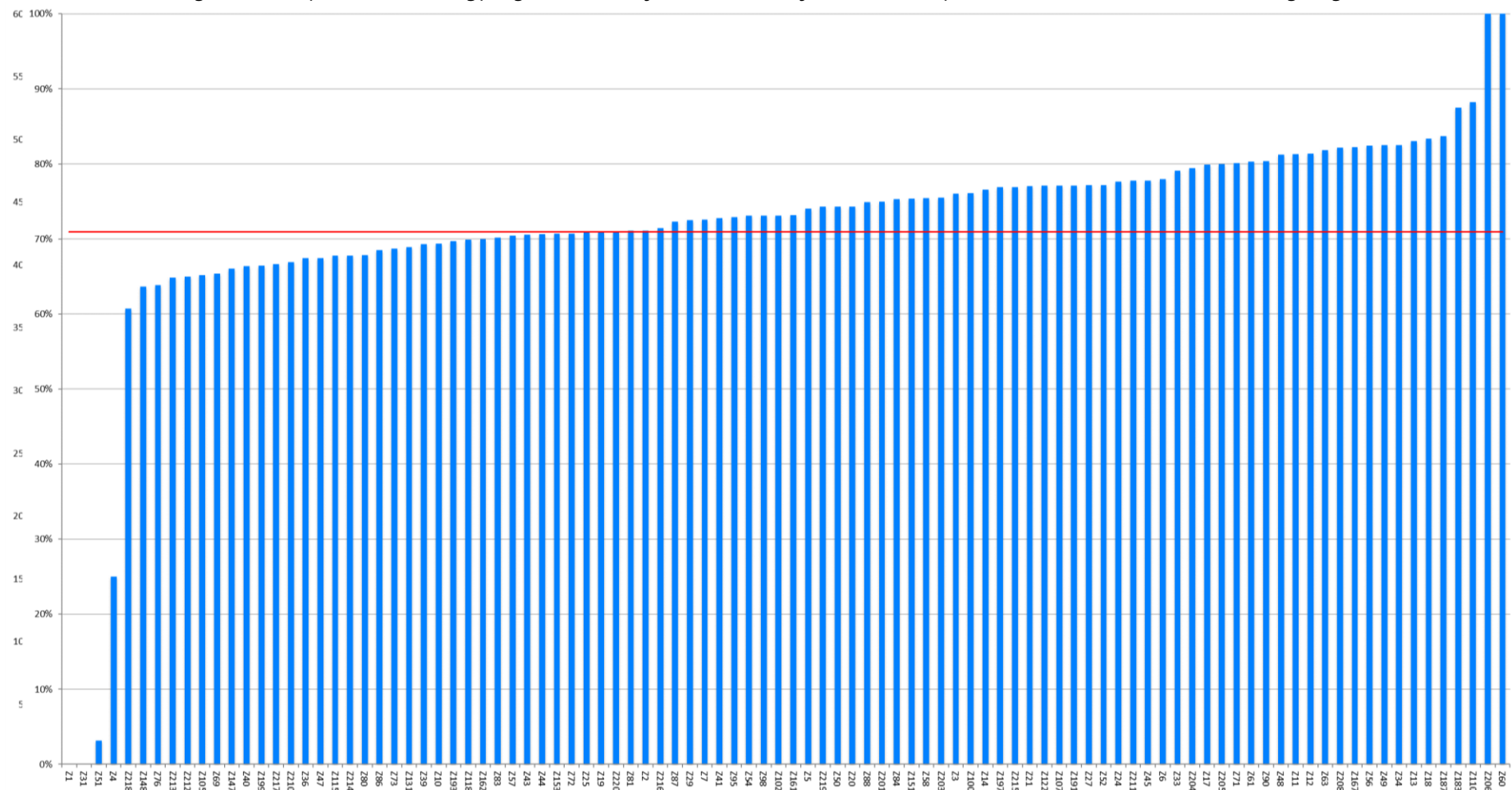
Grafiek 2: Prevalentie diabetes



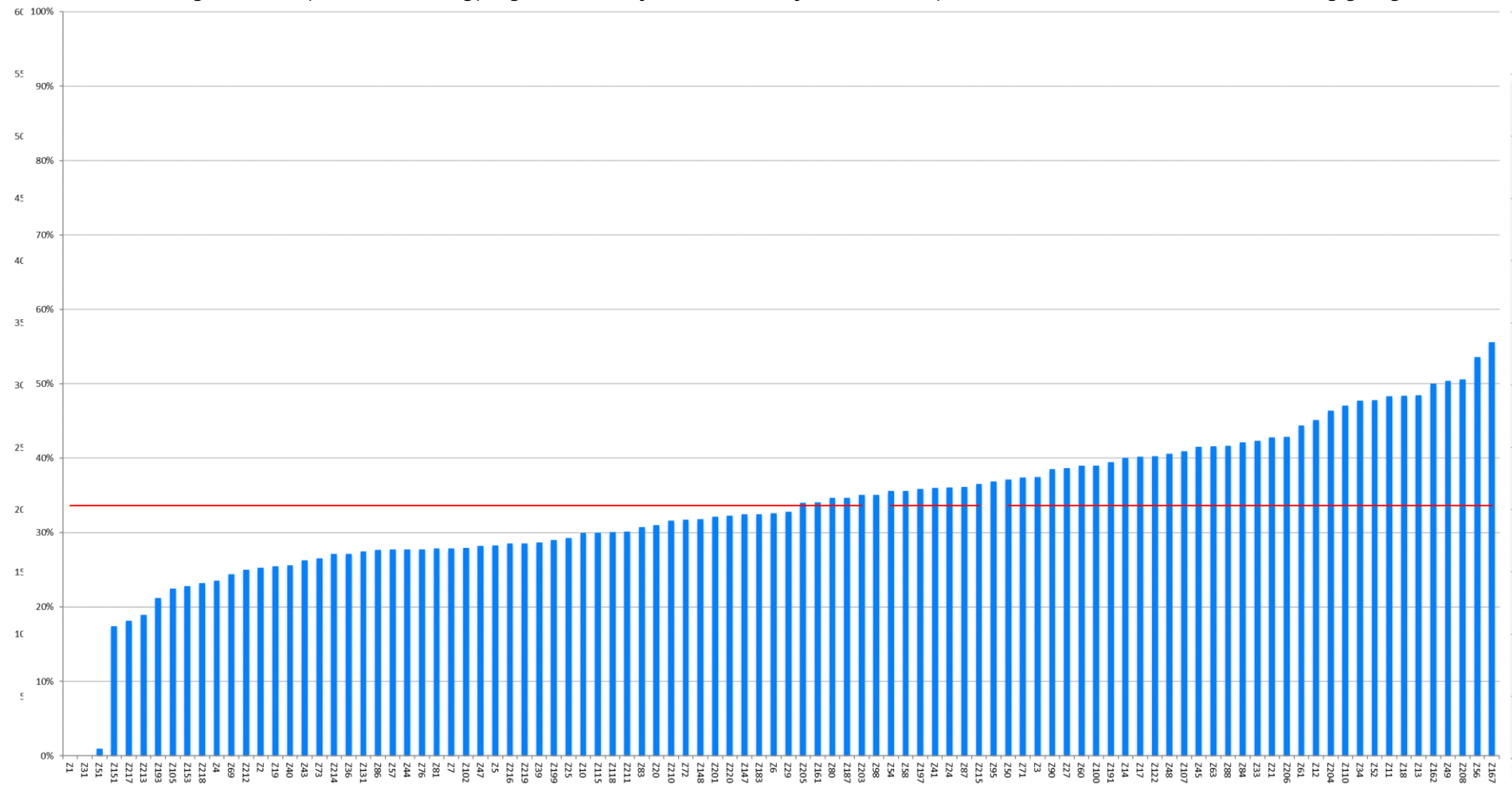
Grafiek 3: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma



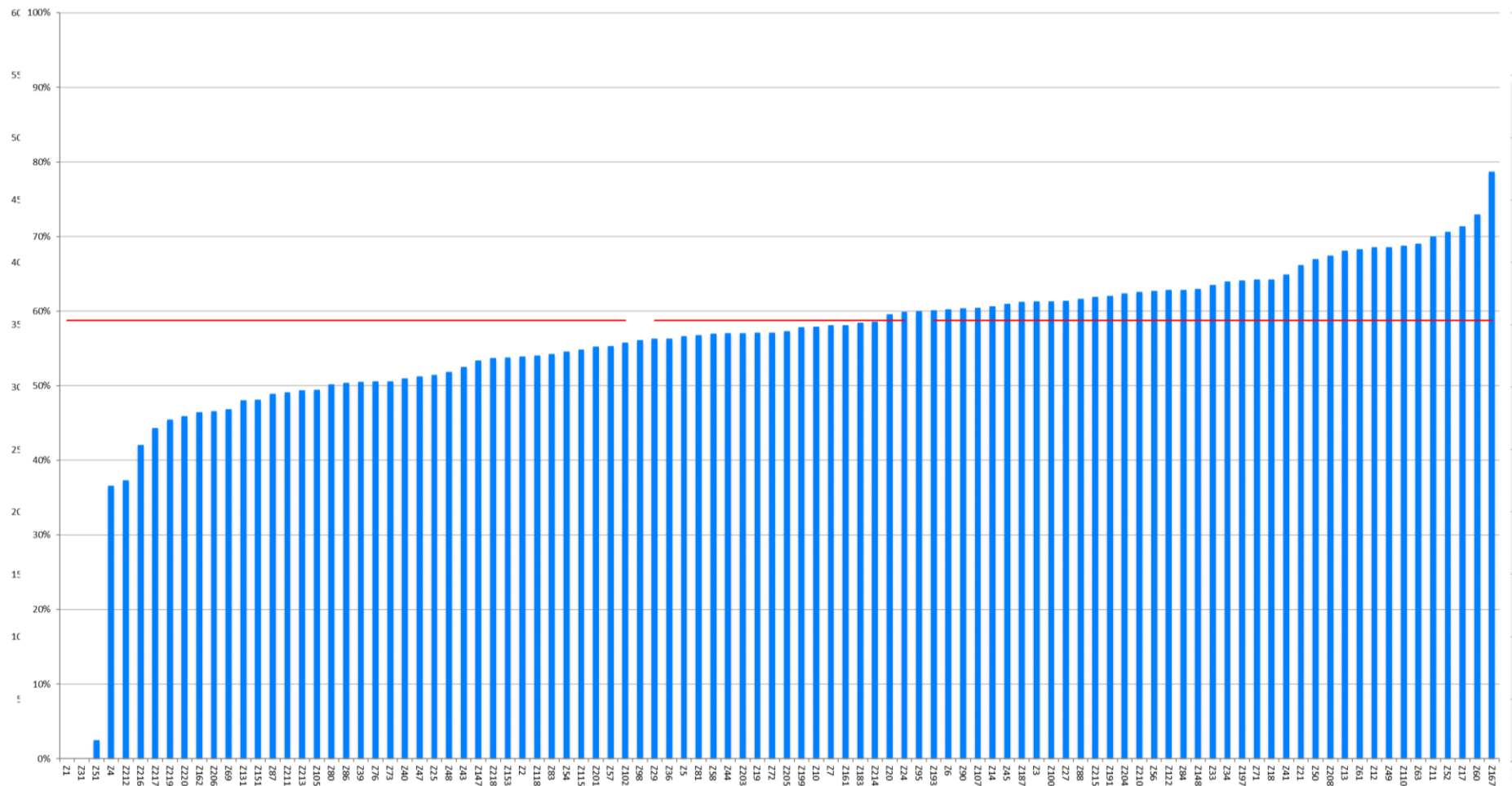
Grafiek 4: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 70 jaar met HVZ bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde gereguleerd



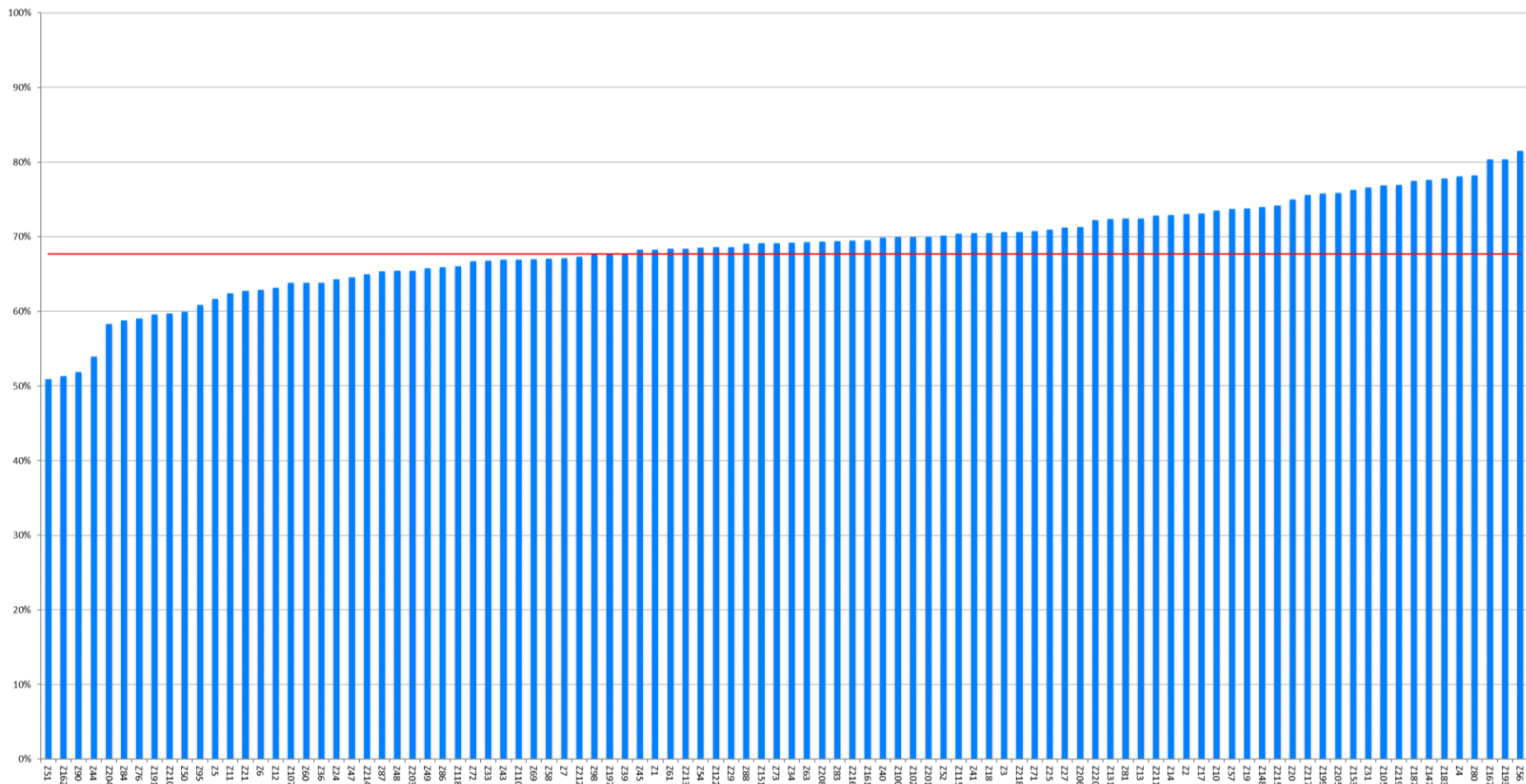
Grafiek 5: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 70 jaar met HVZ bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde streng gereguleerd



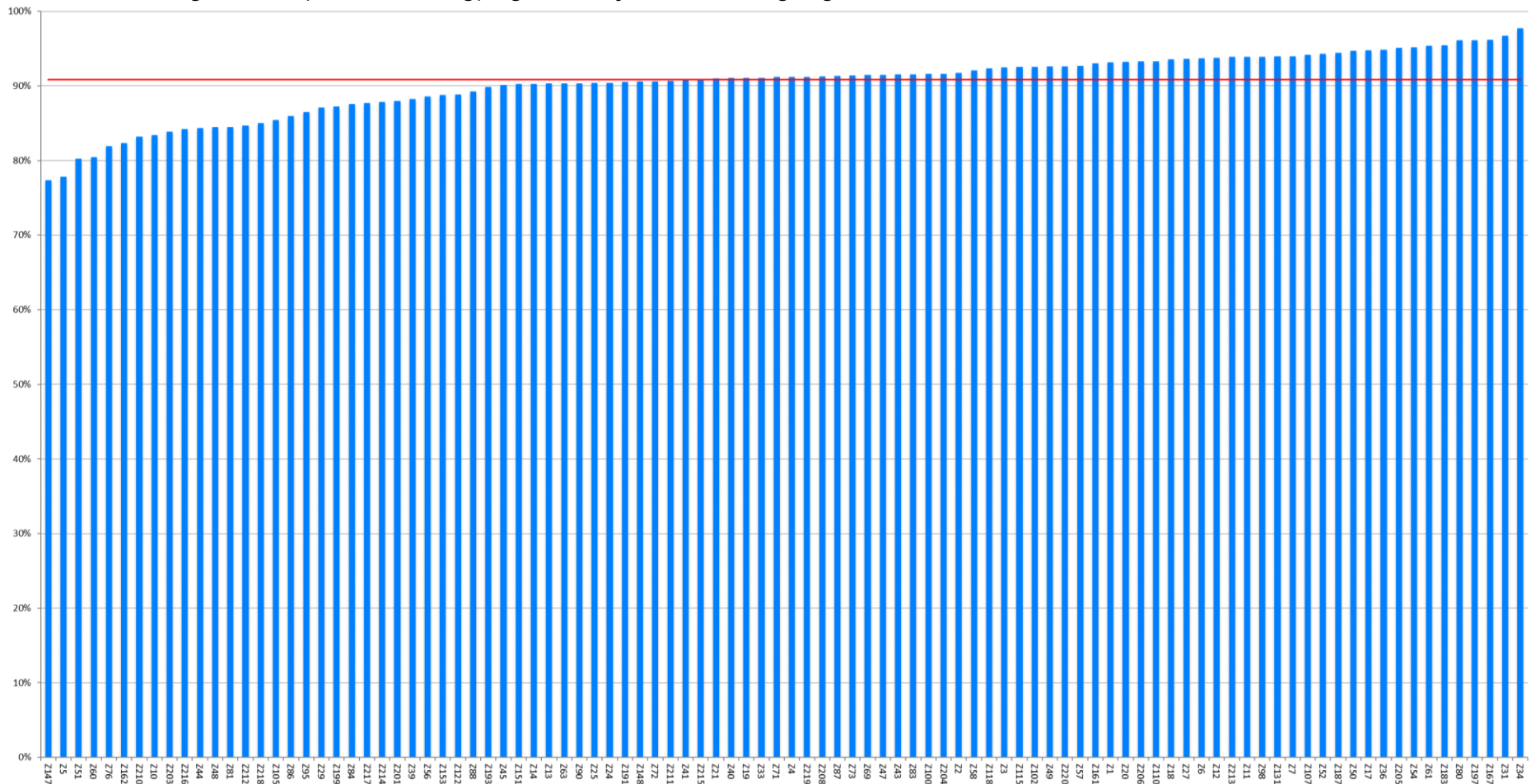
Grafiek 6: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 70 jaar zonder HVZ bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde gereguleerd



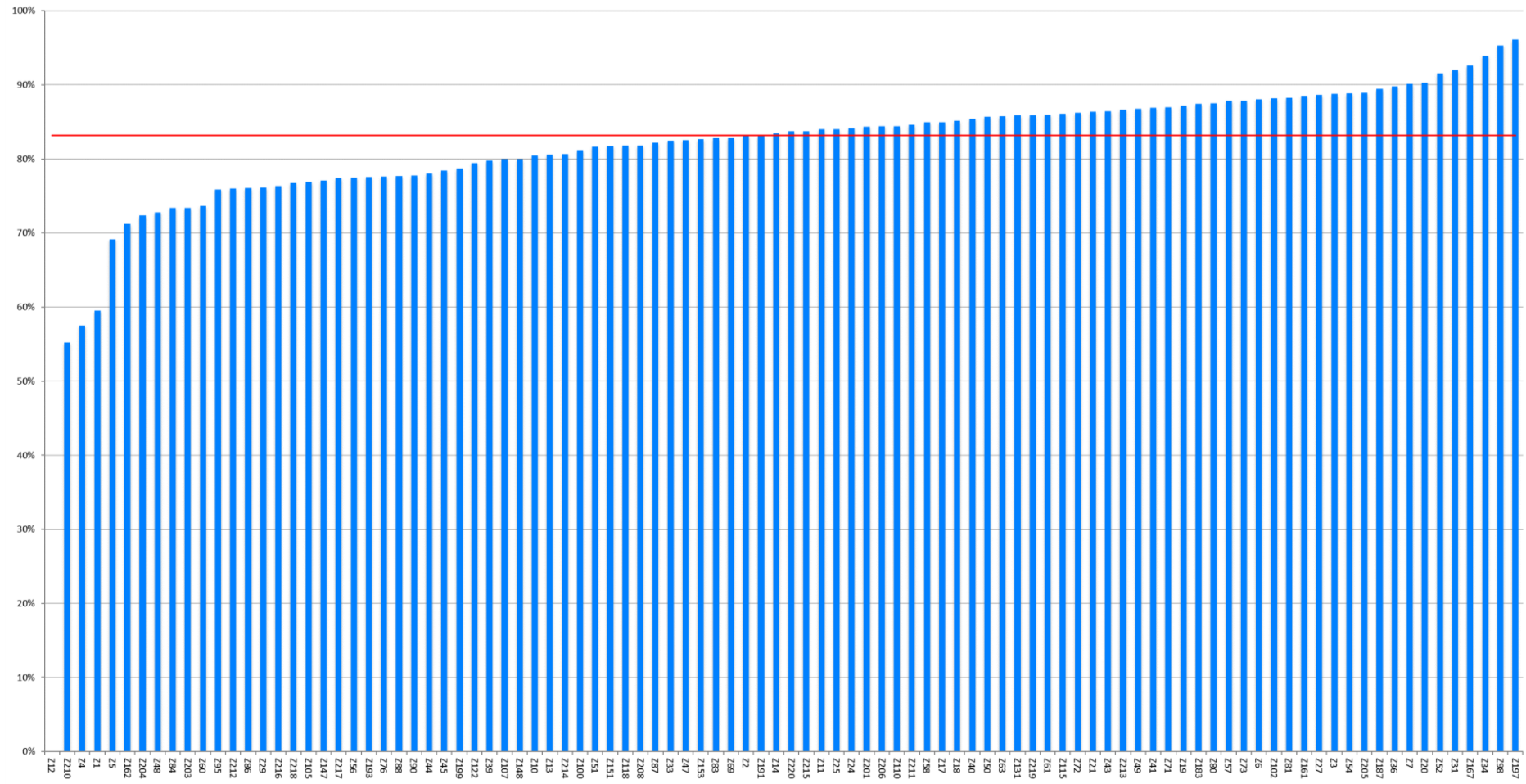
Grafiek 7: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt



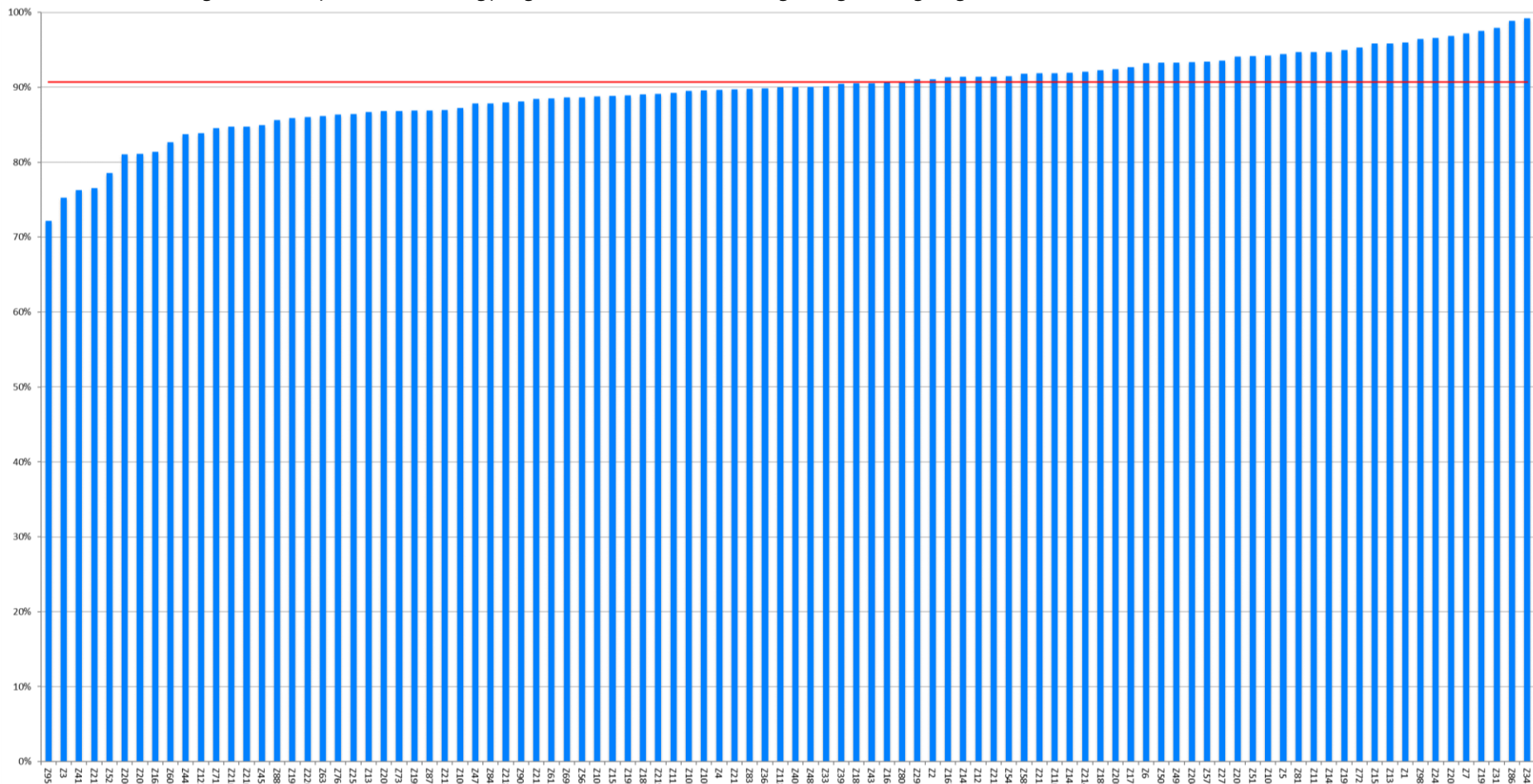
Grafiek 8: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de eGFR is geregistreerd



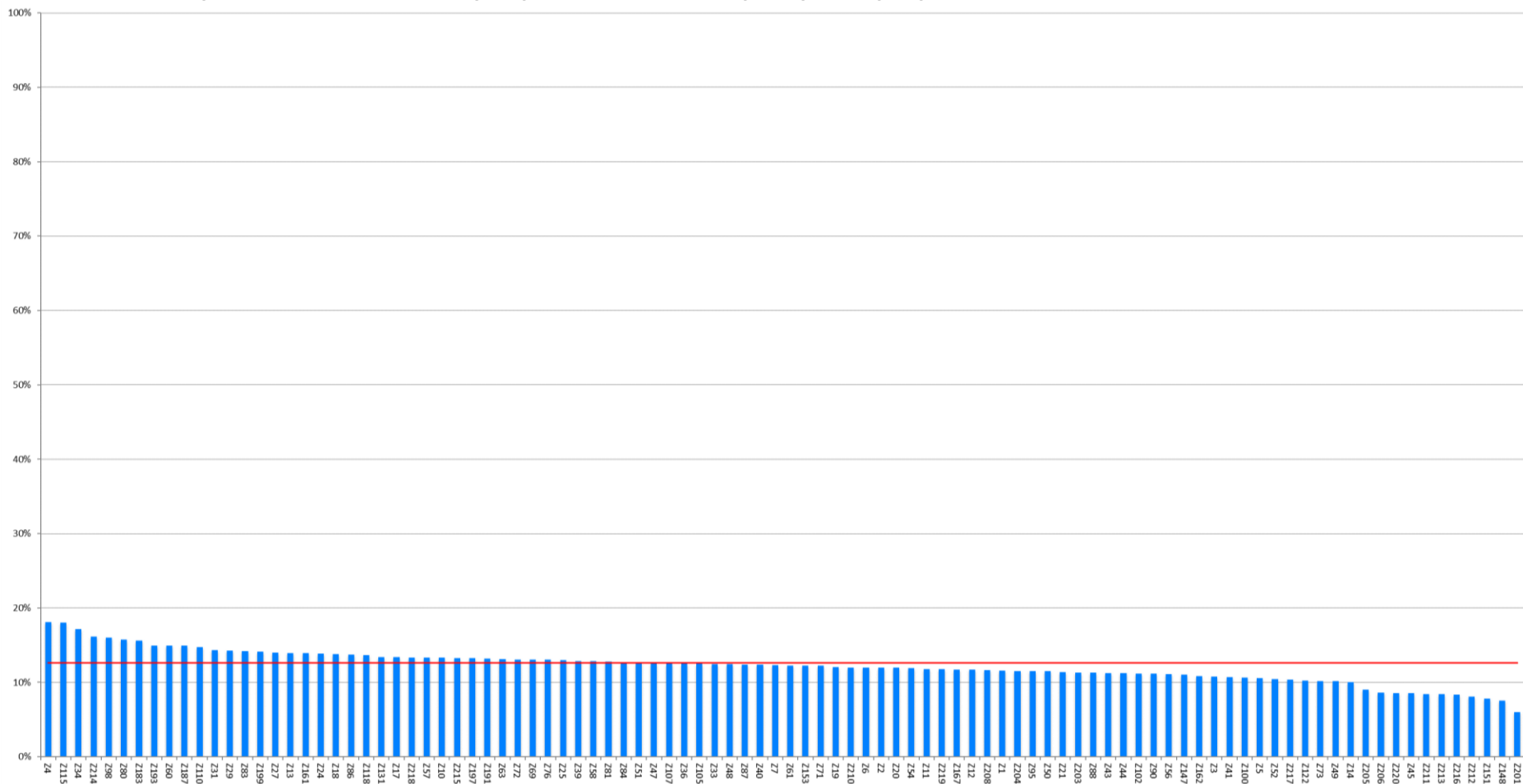
Grafiek g: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met urineonderzoek (porties) op albumine of albumine/creatinine ratio



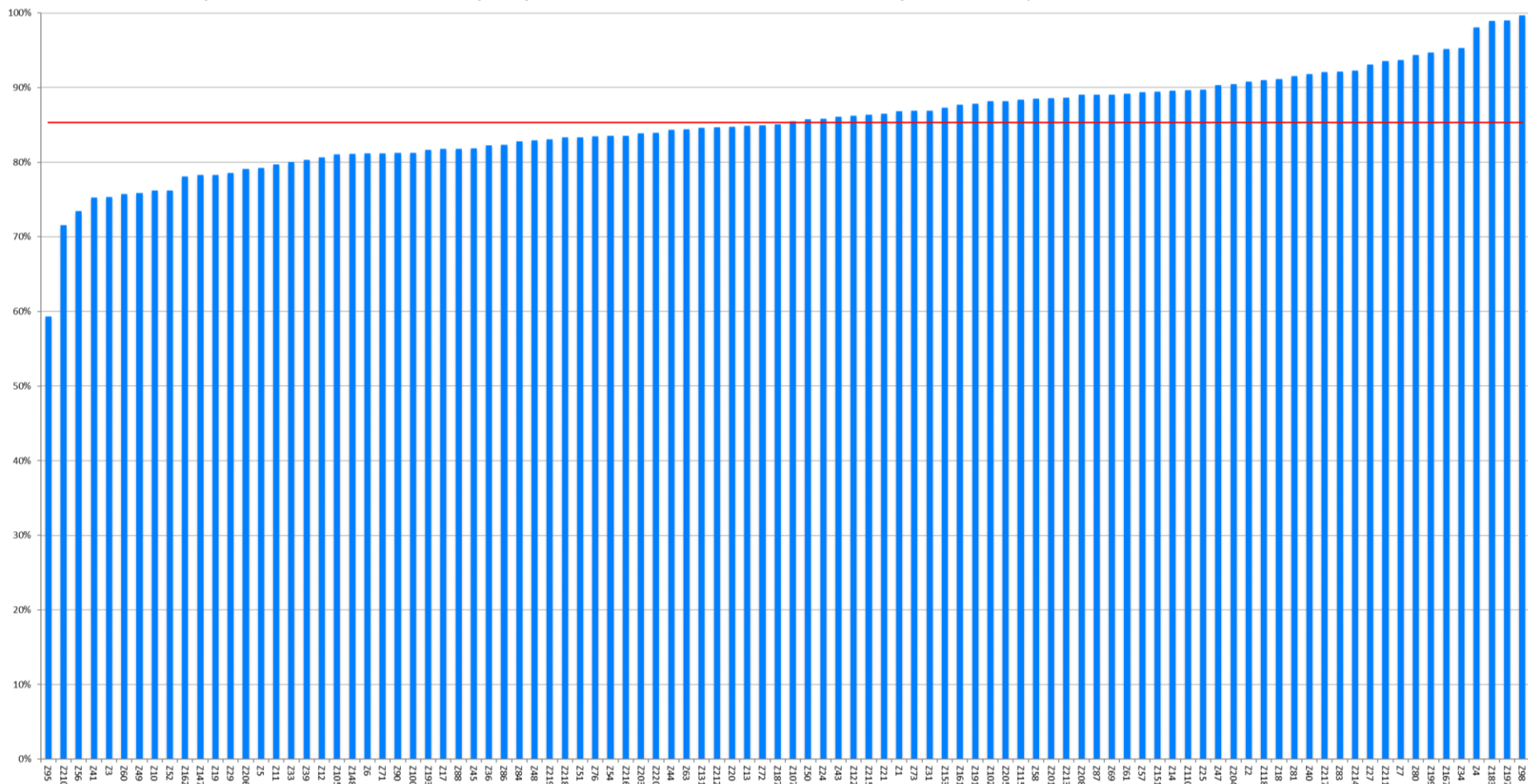
Grafiek 10: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



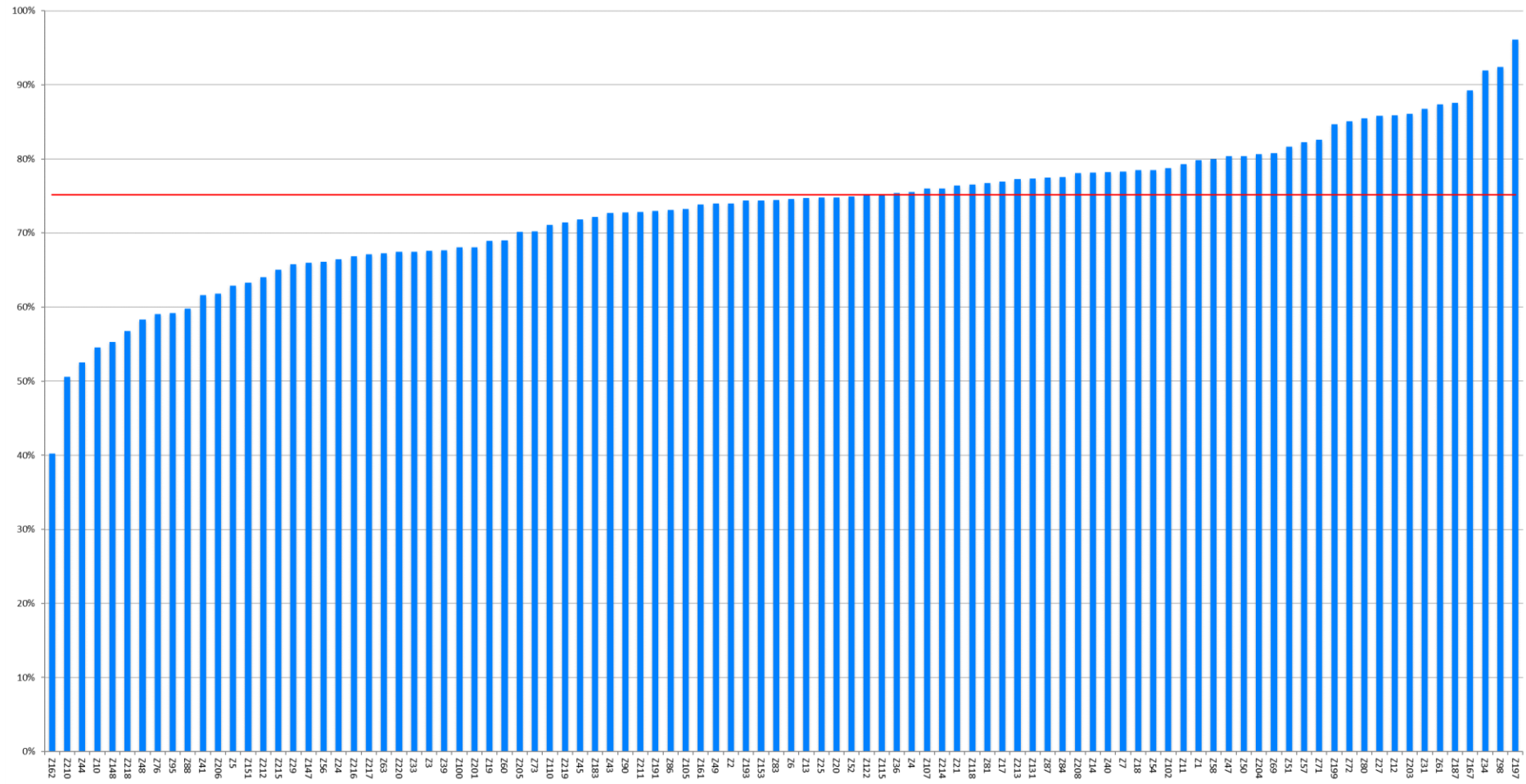
Grafiek 11: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma, van wie rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



Grafiek 12: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met een funduscontrole in afgelopen drie jaren

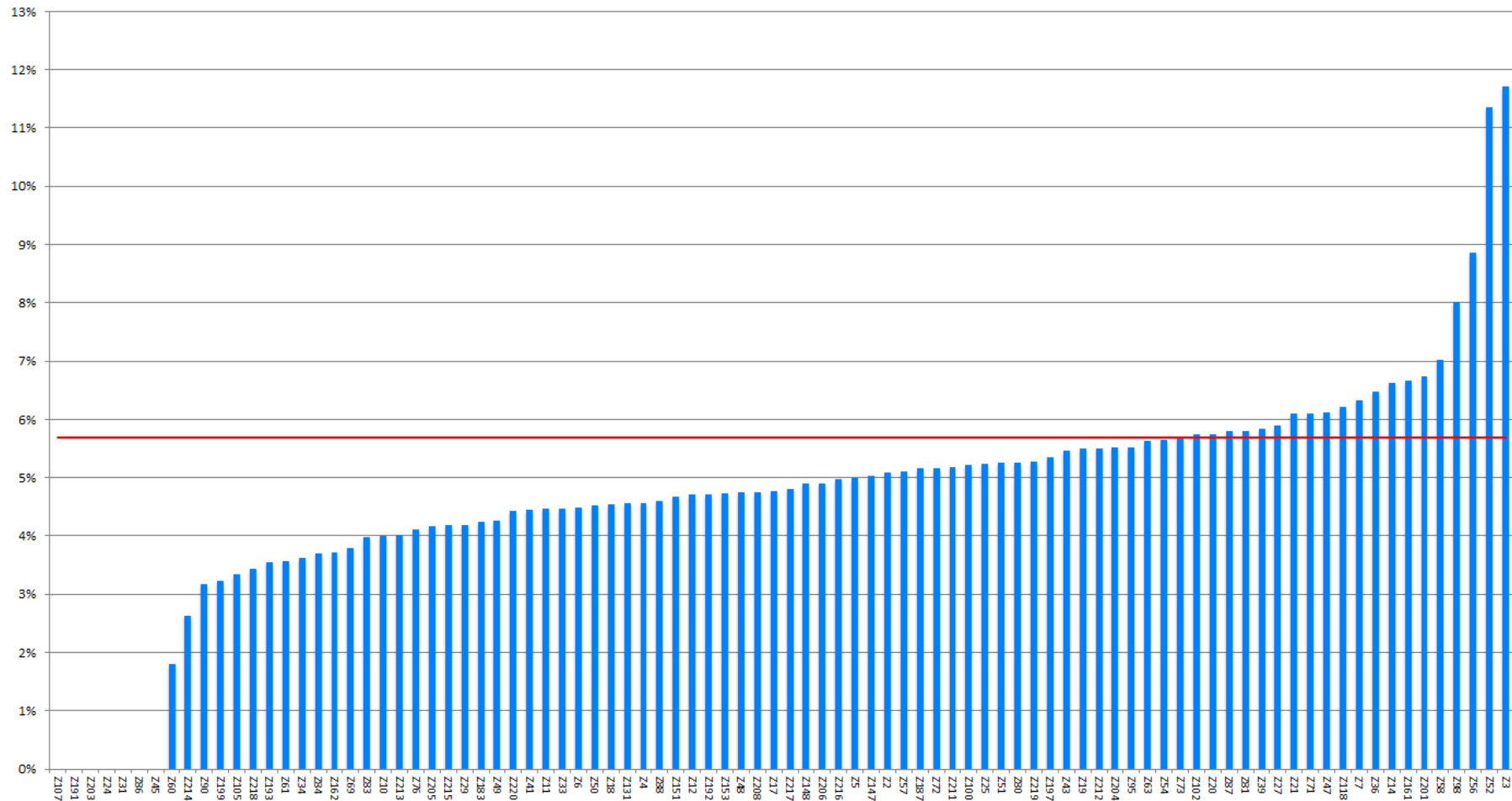


Grafiek 13: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie voetonderzoek is gedaan

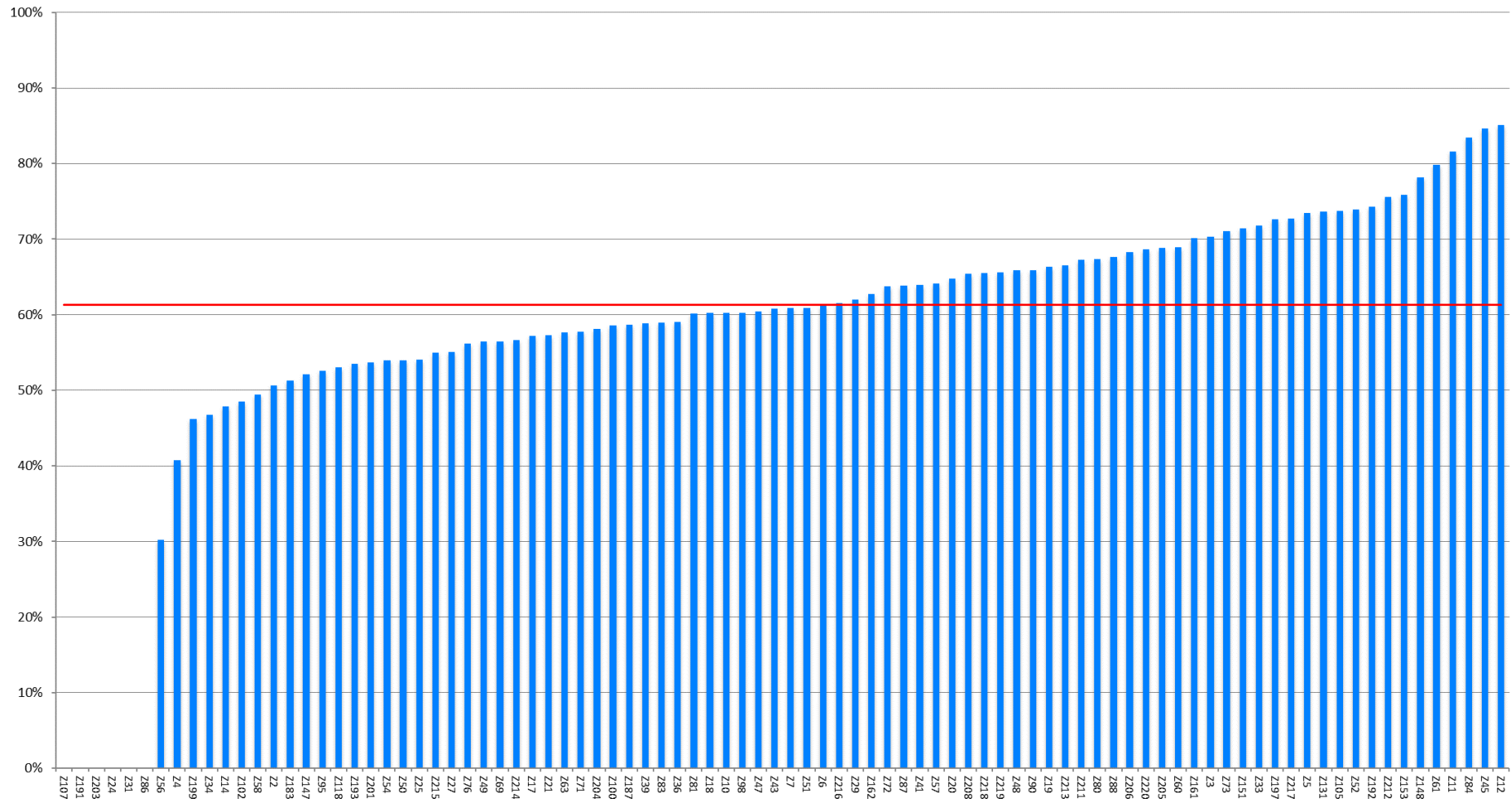


Bijlage 2 Grafieken HVZ

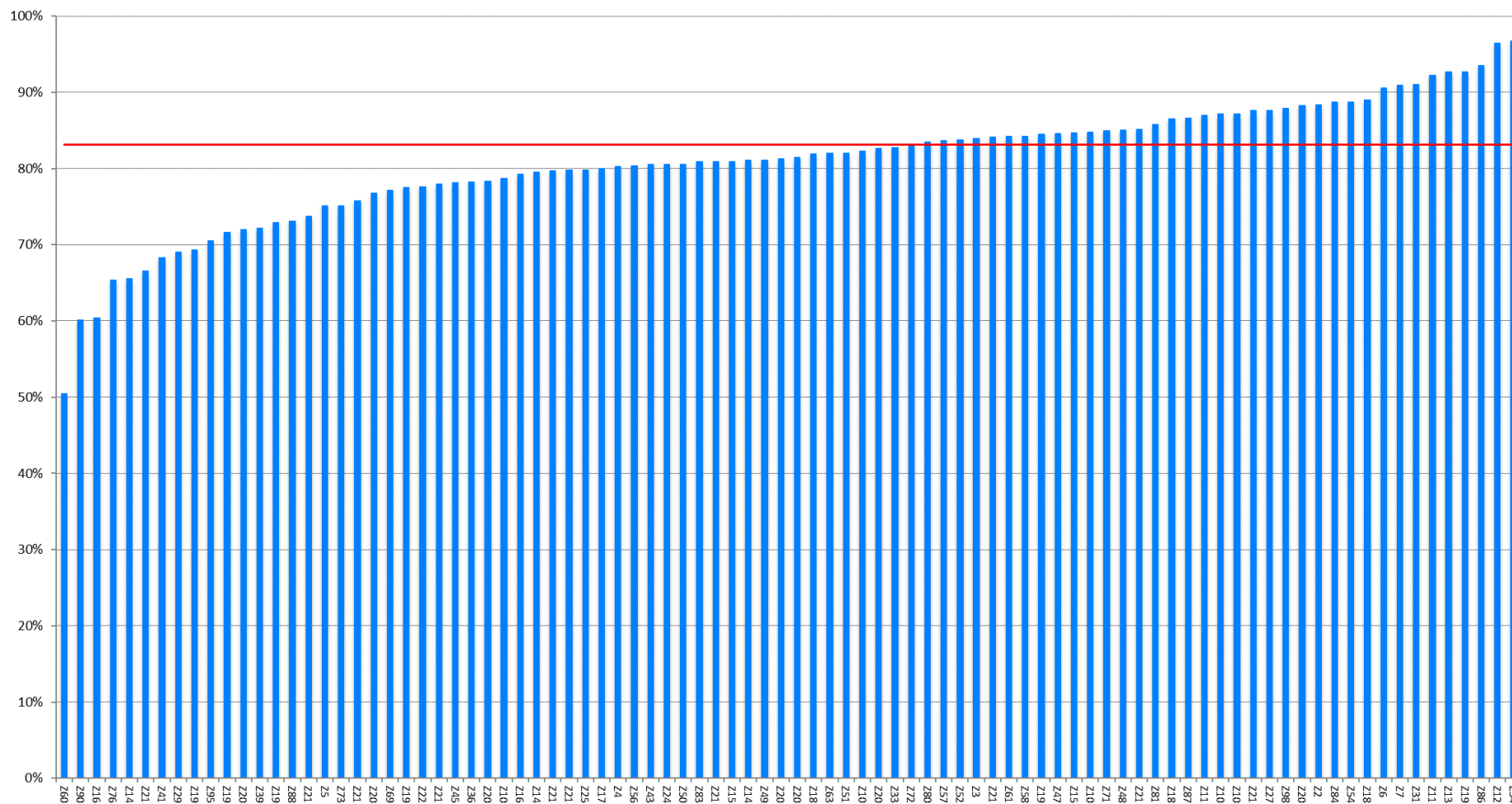
Grafiek 1: Prevalentie HVZ



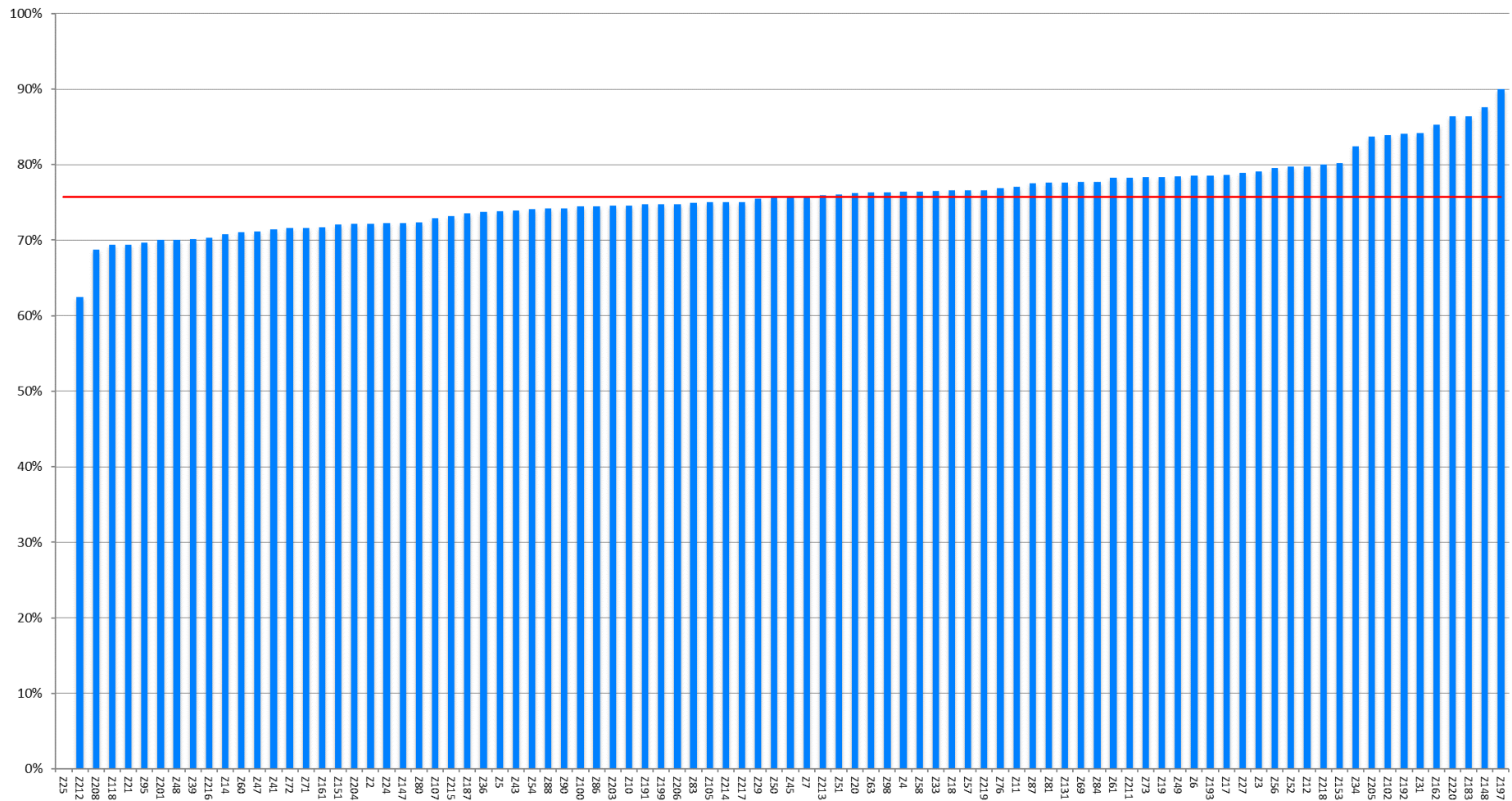
Grafiek 2: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma



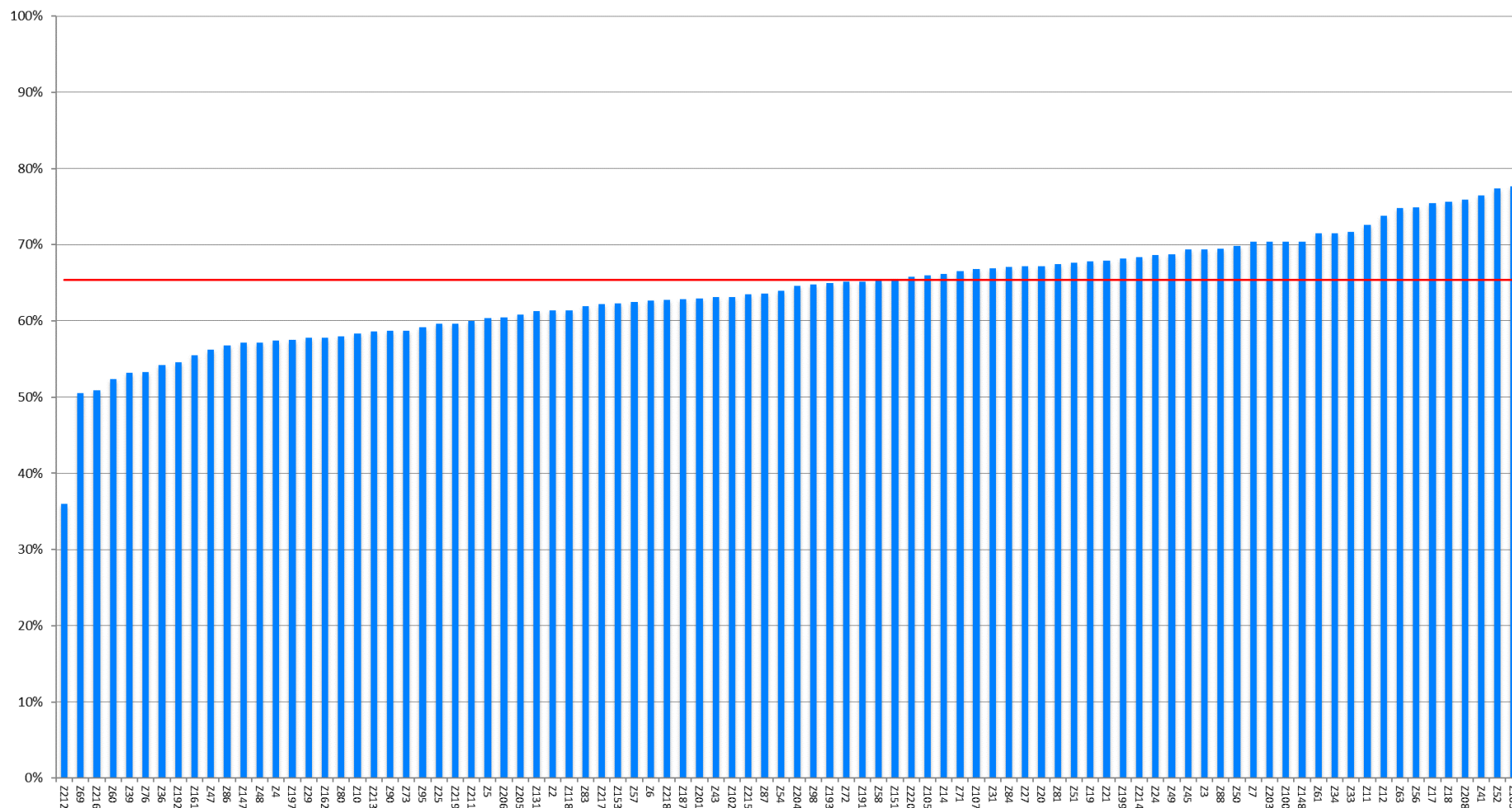
Grafiek 3: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten



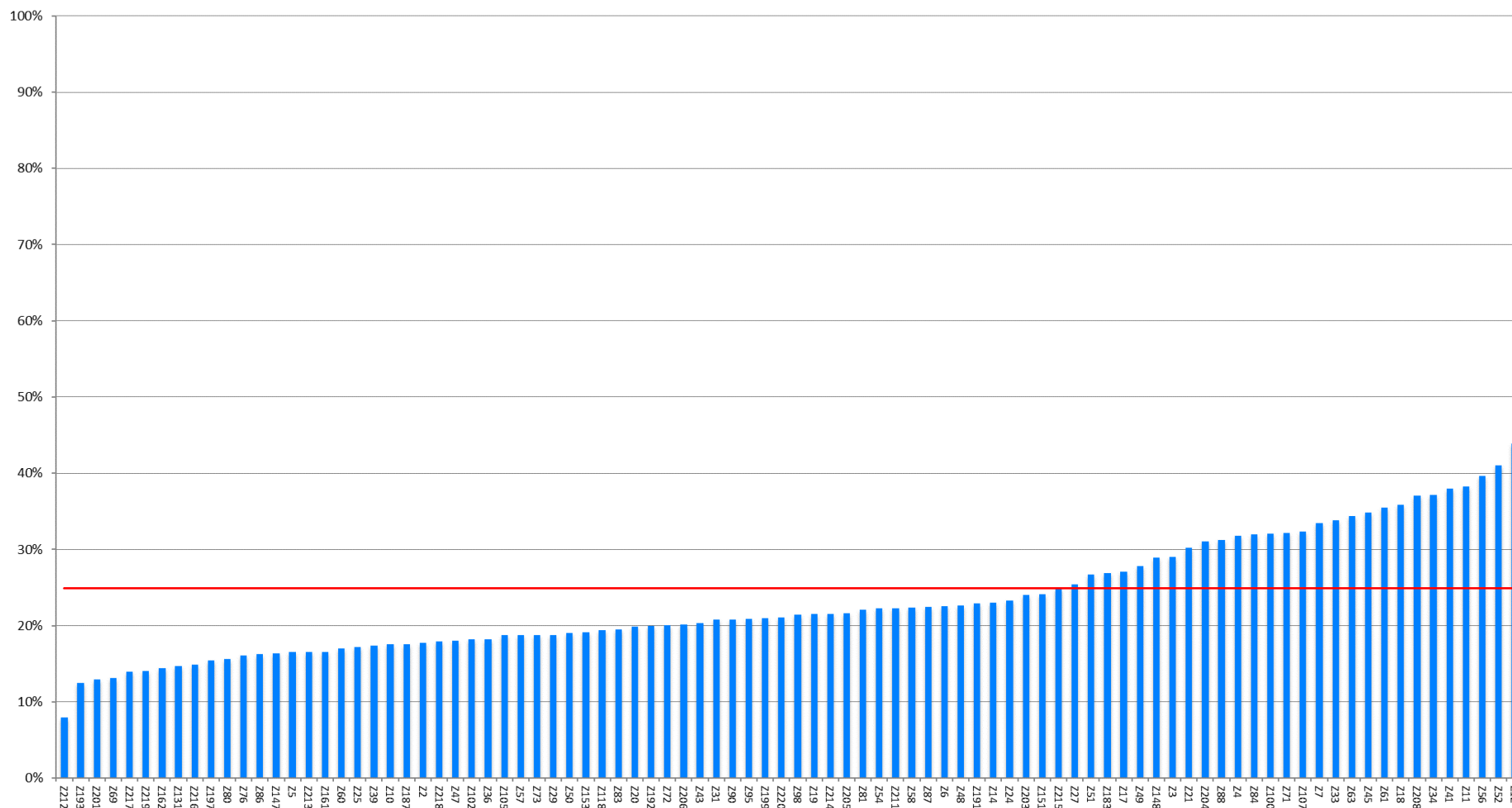
Grafiek 4: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met adequaat gereguleerde systolische bloeddruk



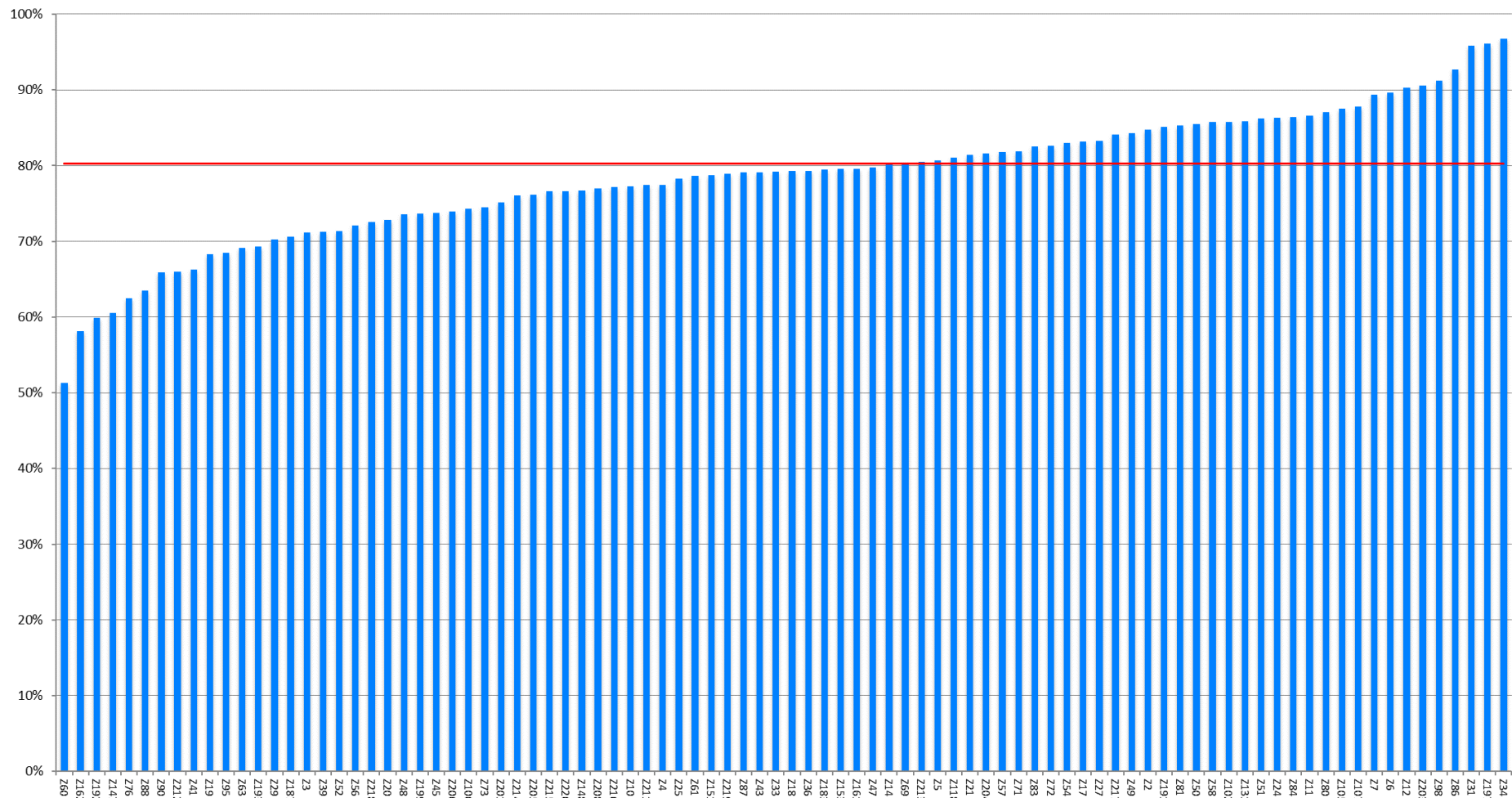
Grafiek 5: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde gereguleerd



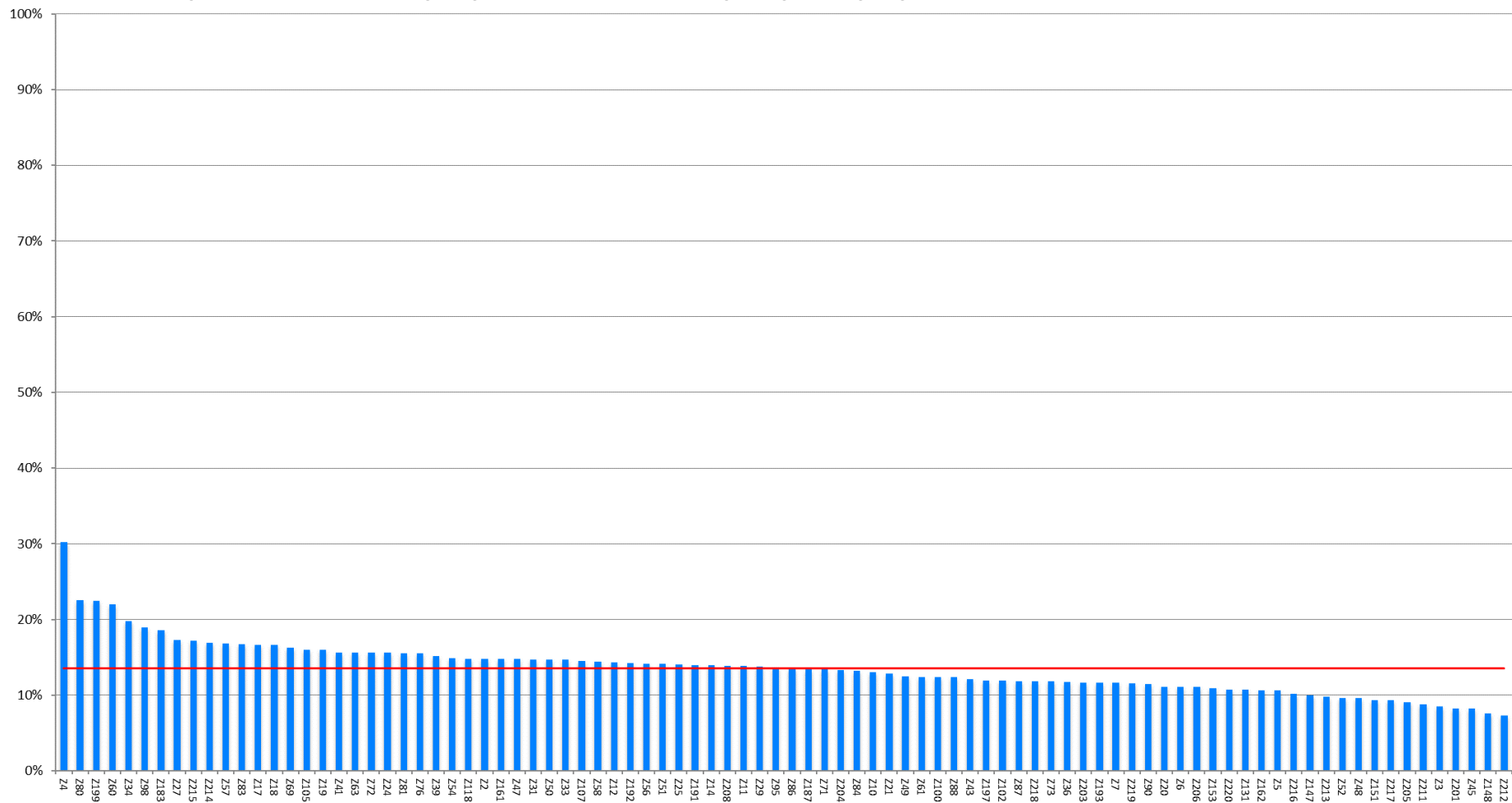
Grafiek 6: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde streng gereguleerd



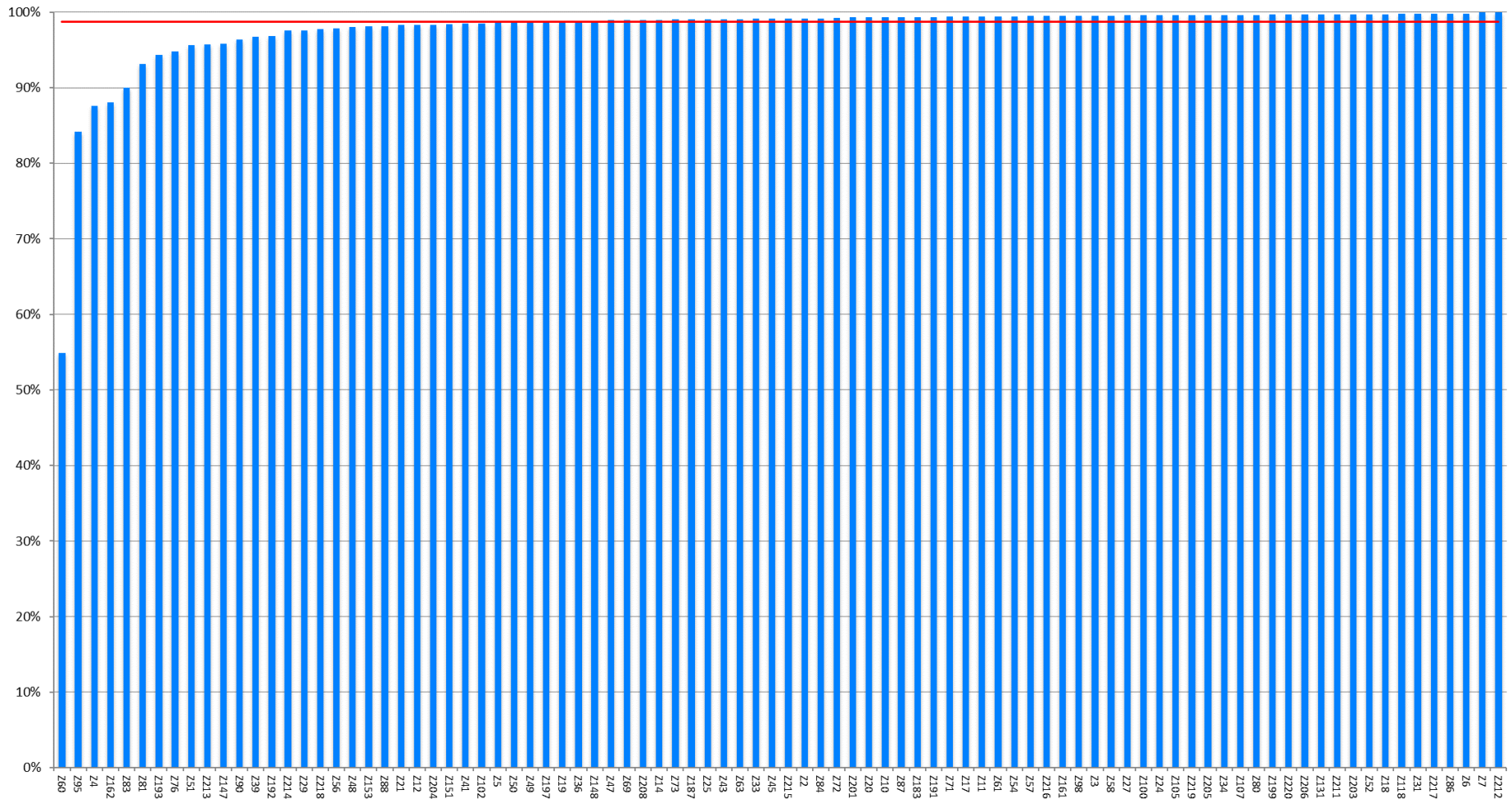
Grafiek 7: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



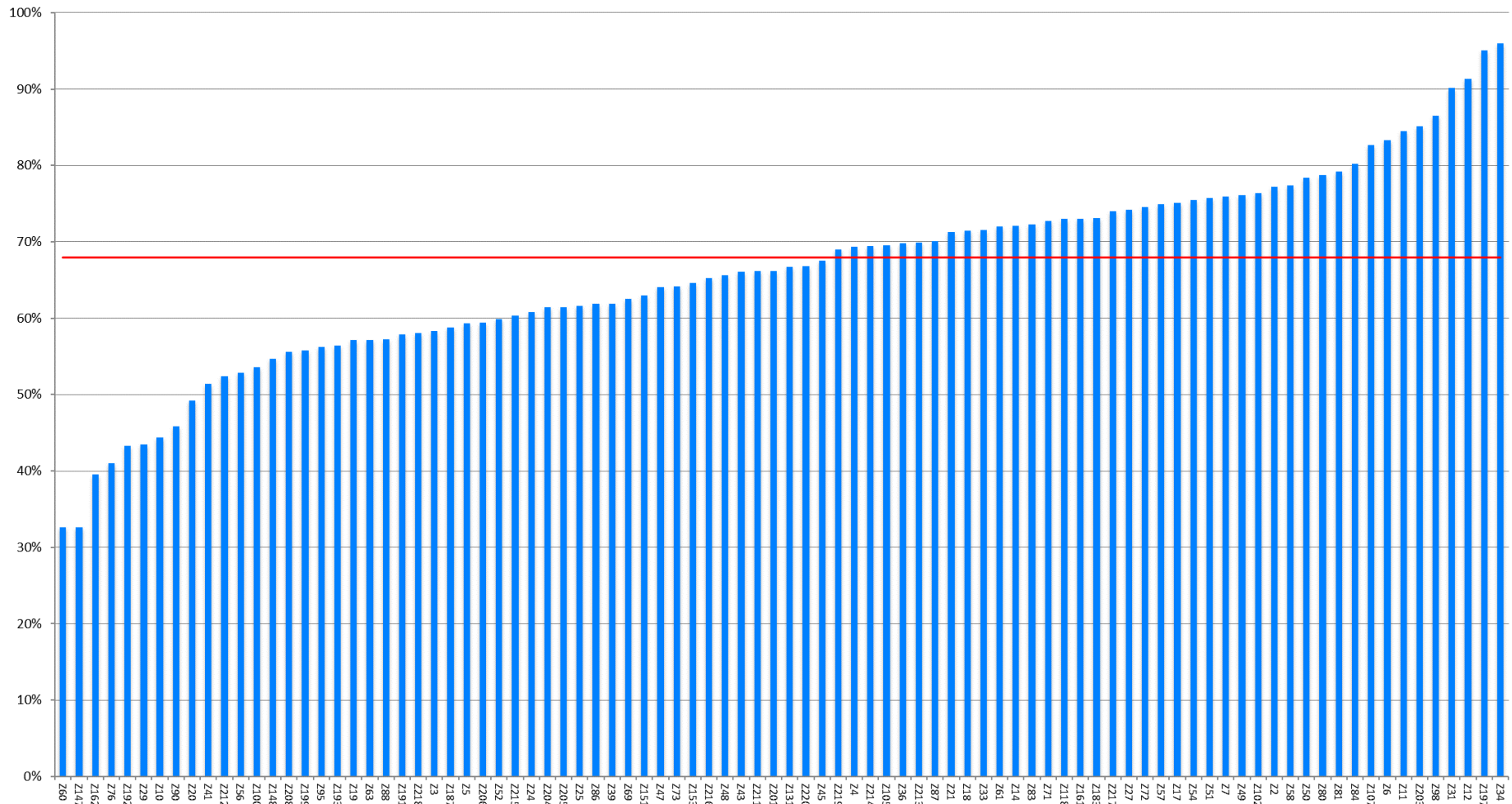
Grafiek 8: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd dat rookt



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

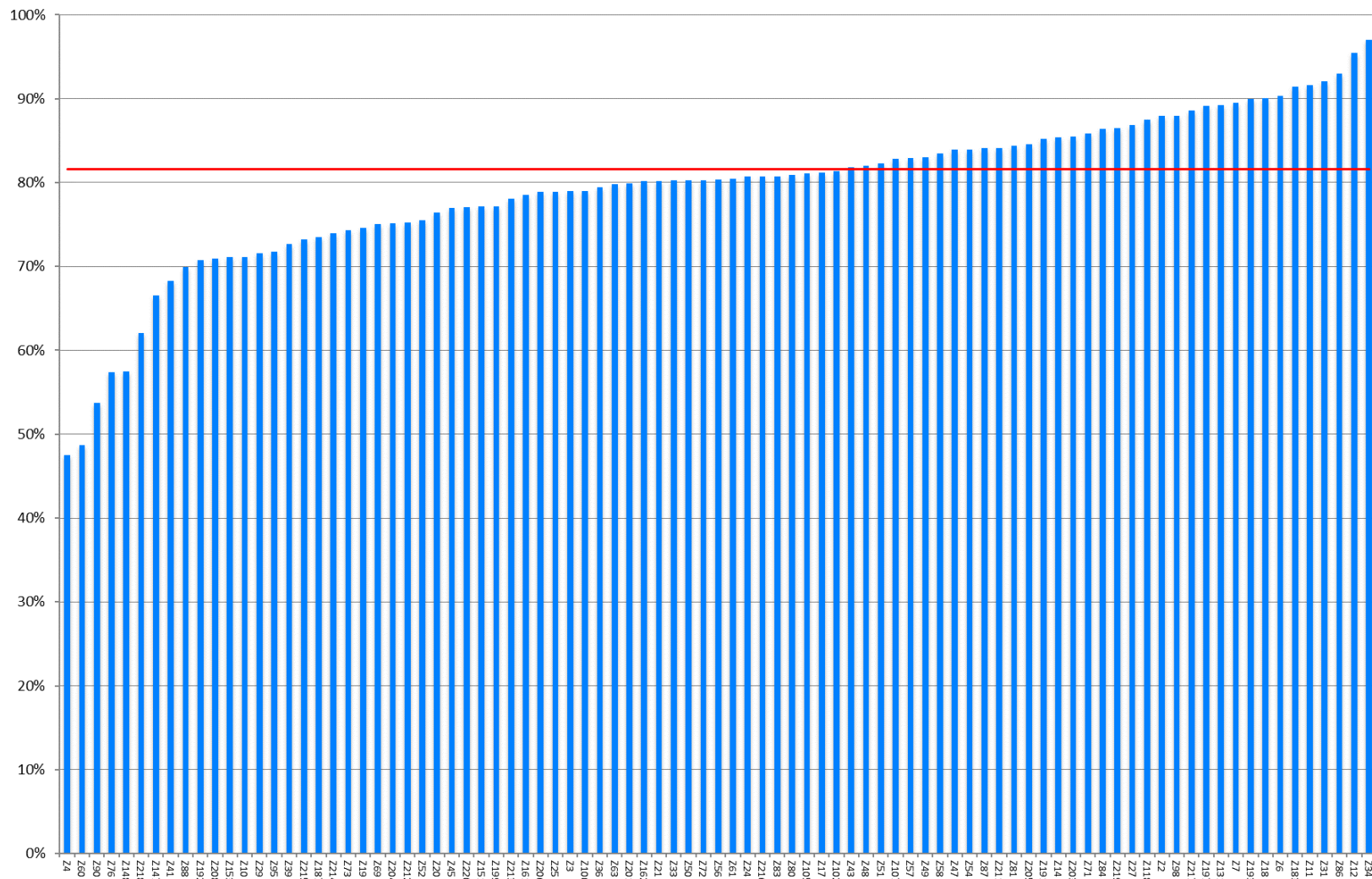


Grafiek 10: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode

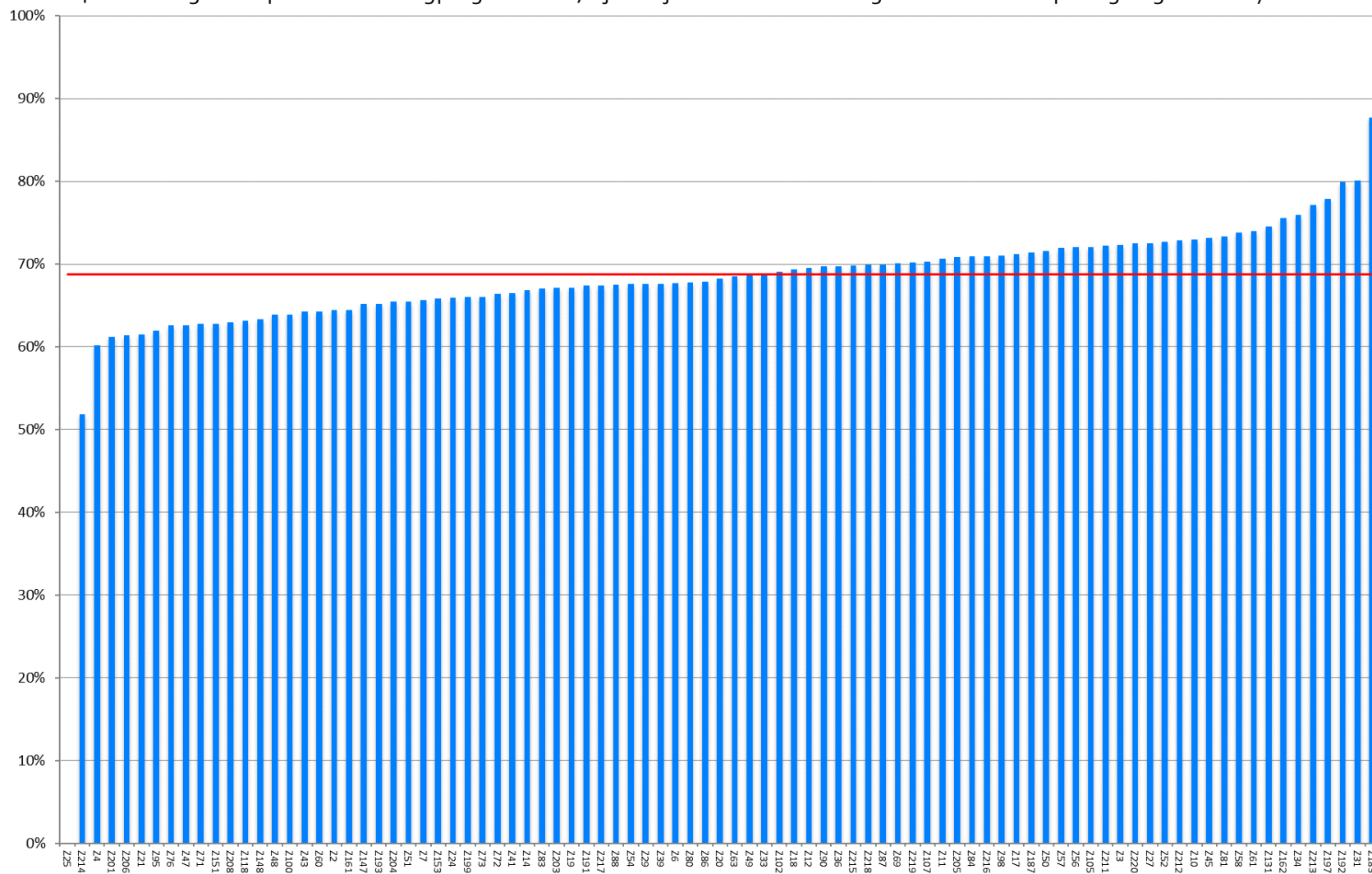




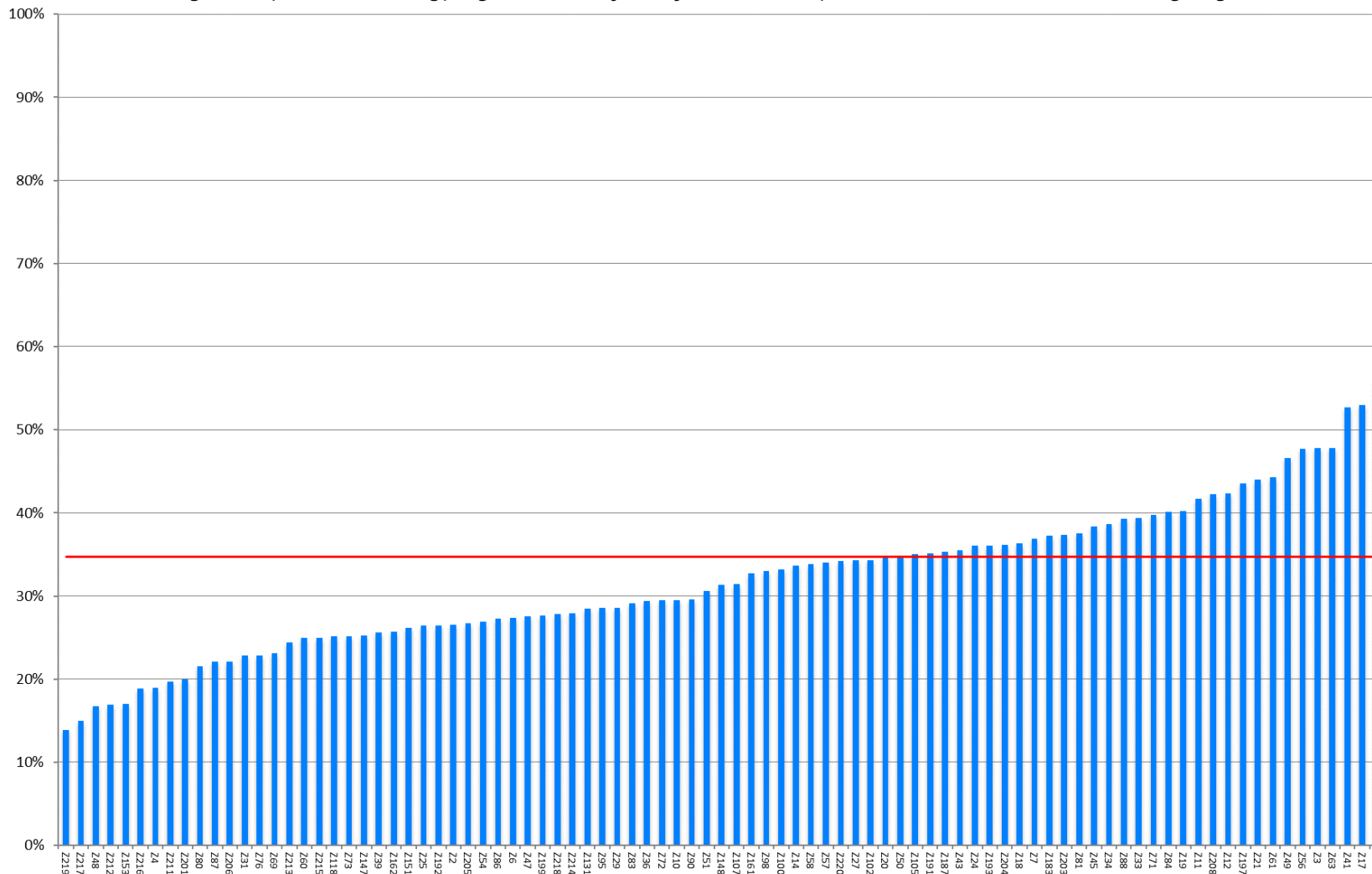
Grafiek 3: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten



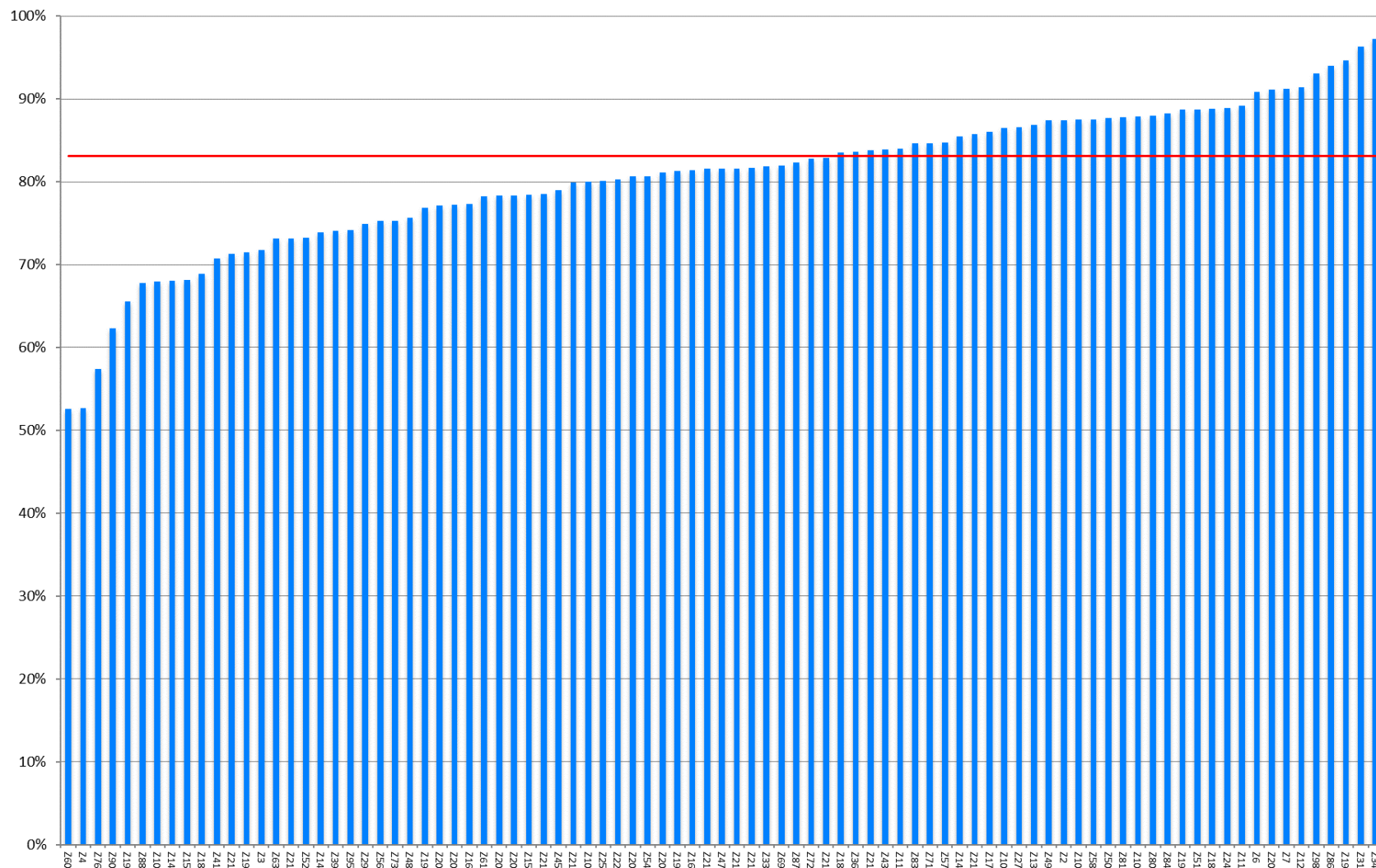
Grafiek 4: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met adequaat gereguleerde systolische bloeddruk



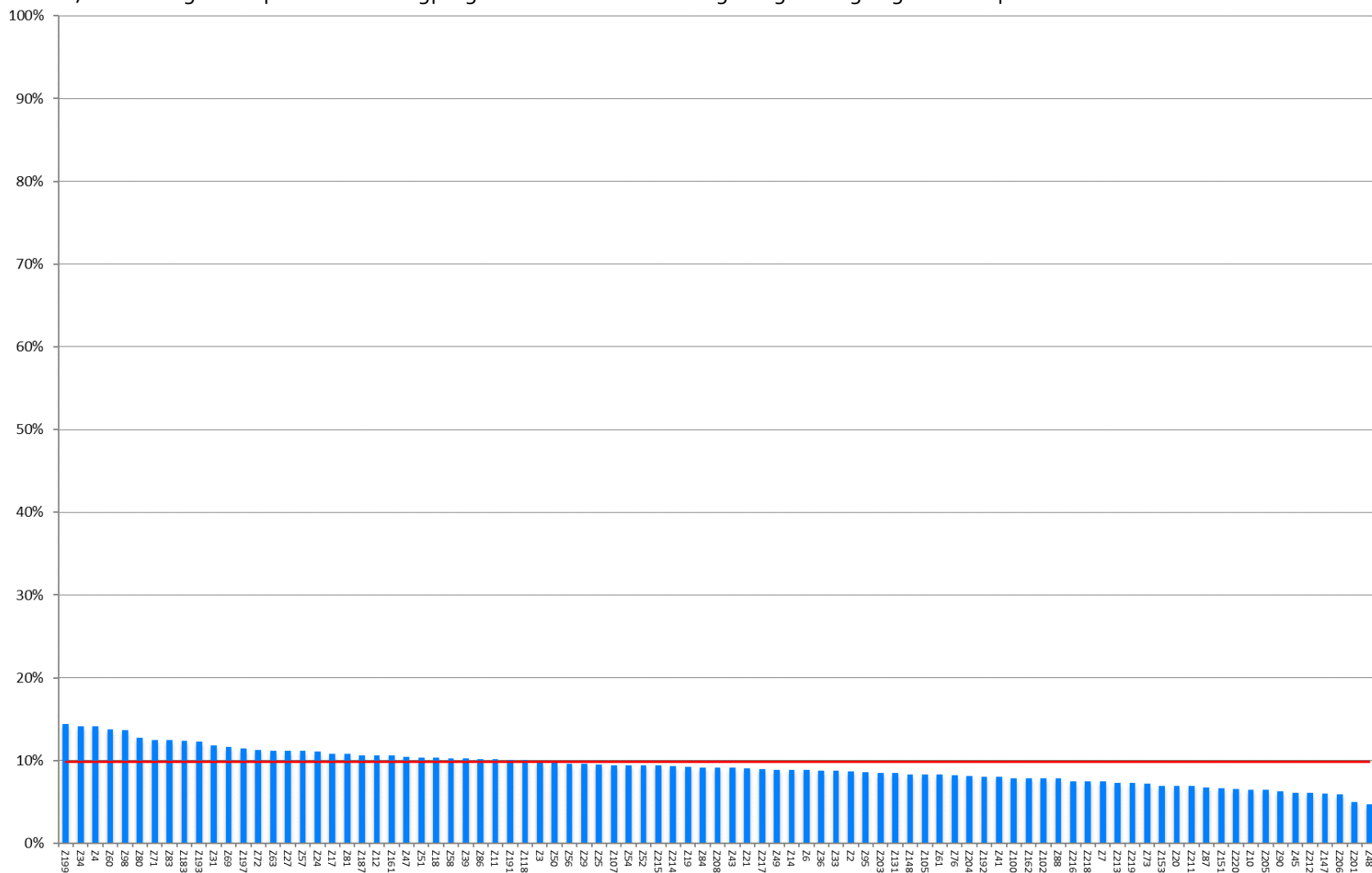
Grafiek 5: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde gereguleerd



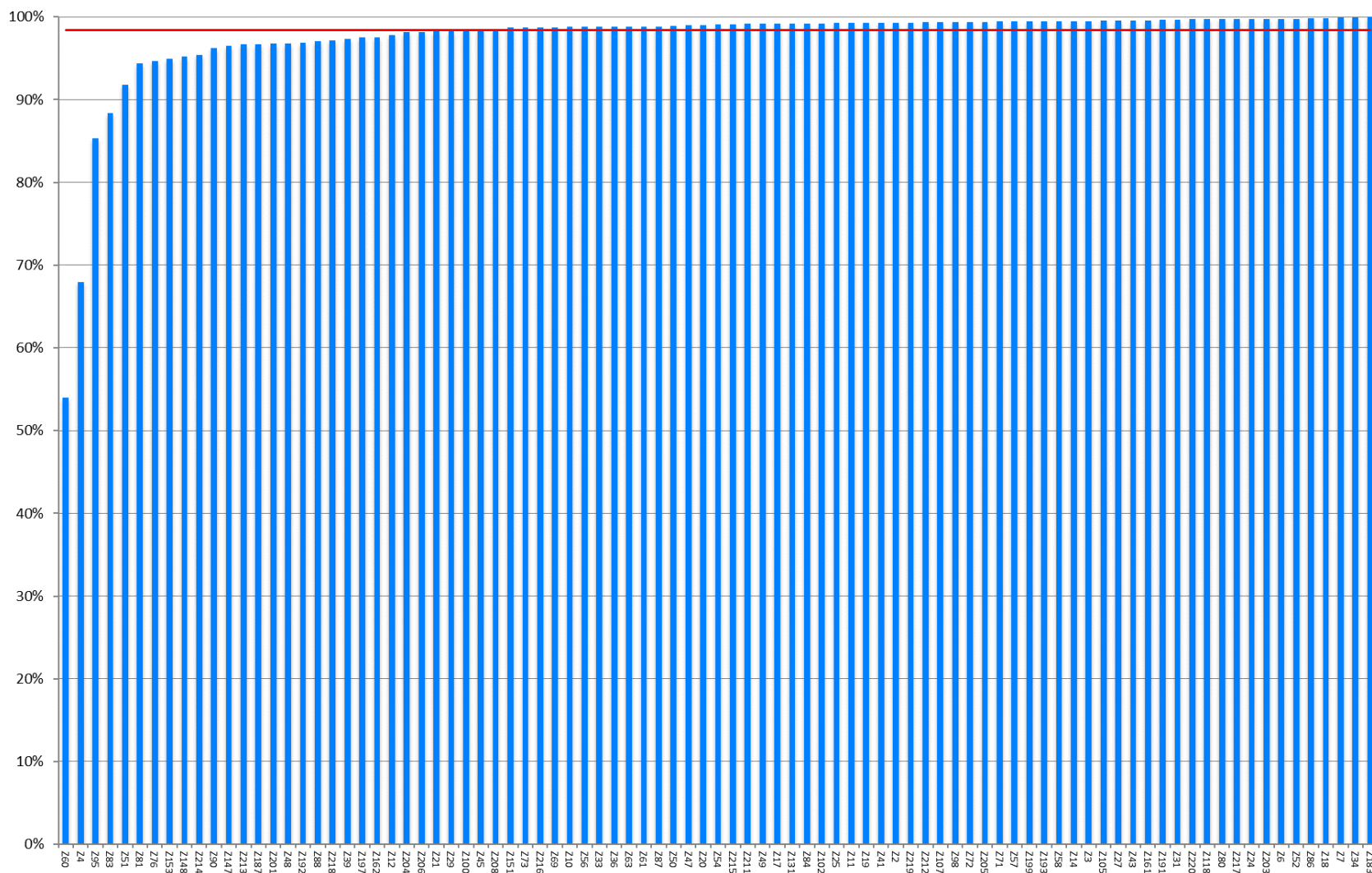
Grafiek 6: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode of uitslag nooit OOI is gemeten



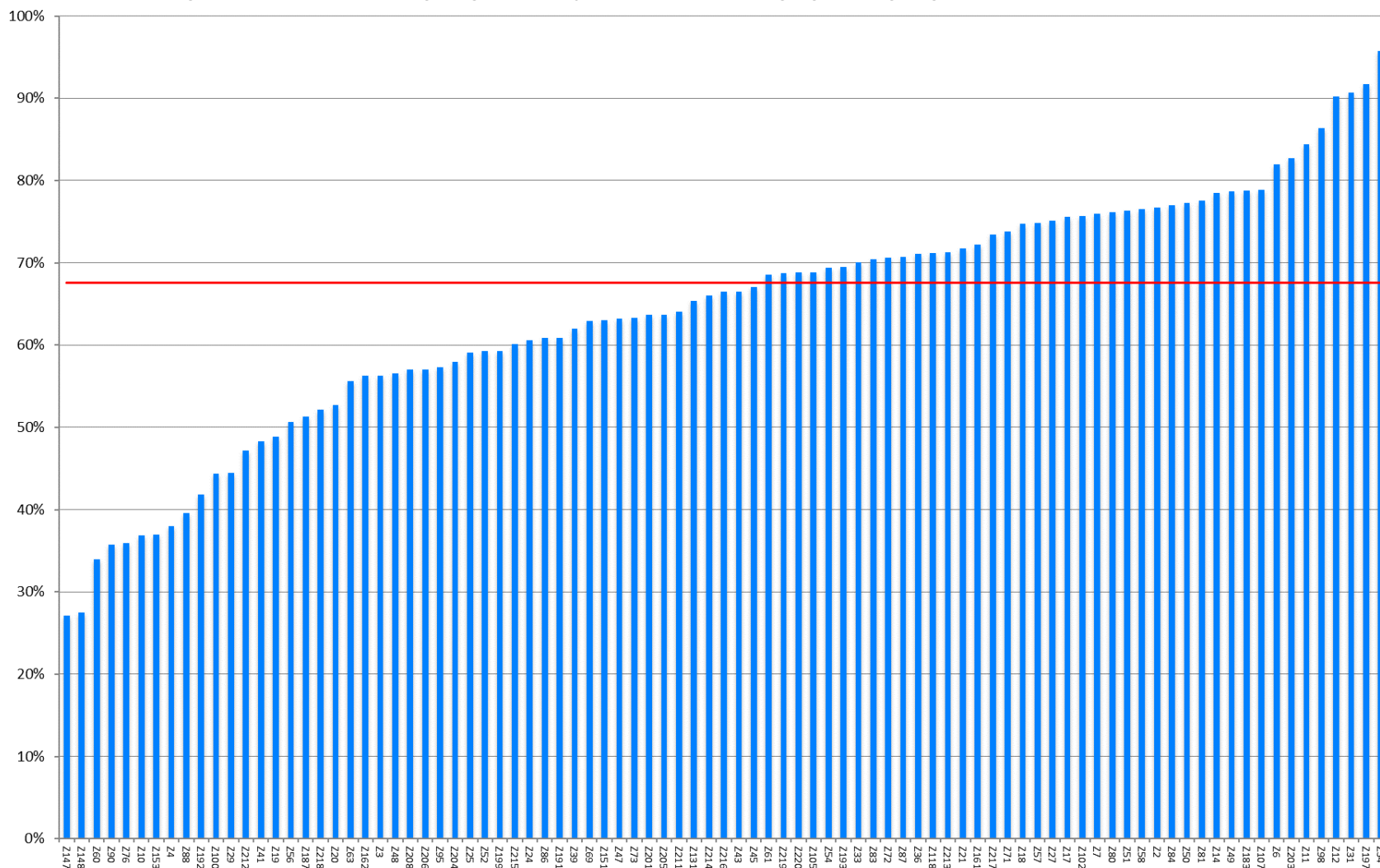
Grafiek 7: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode dat rookt



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

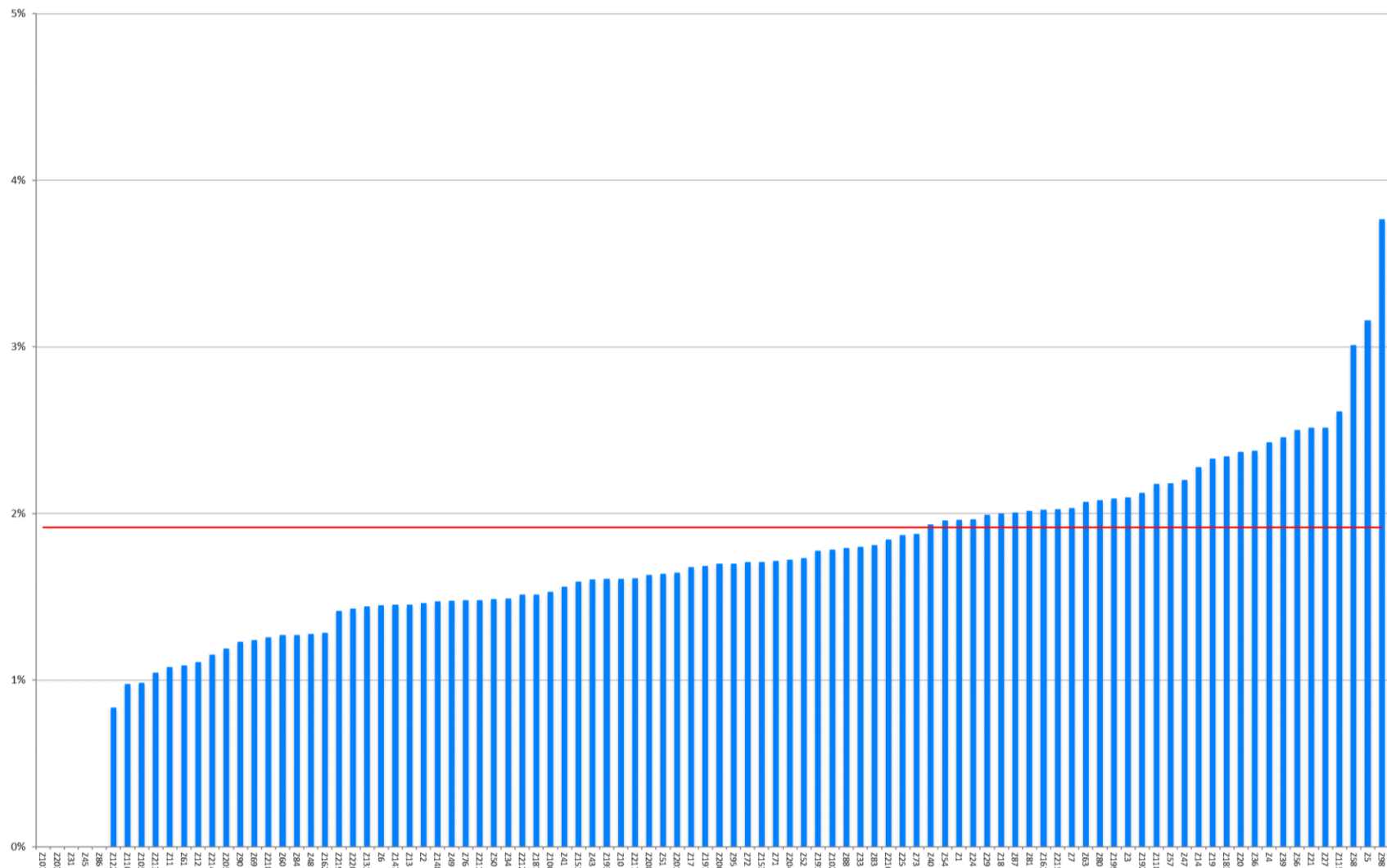


Grafiek g: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode

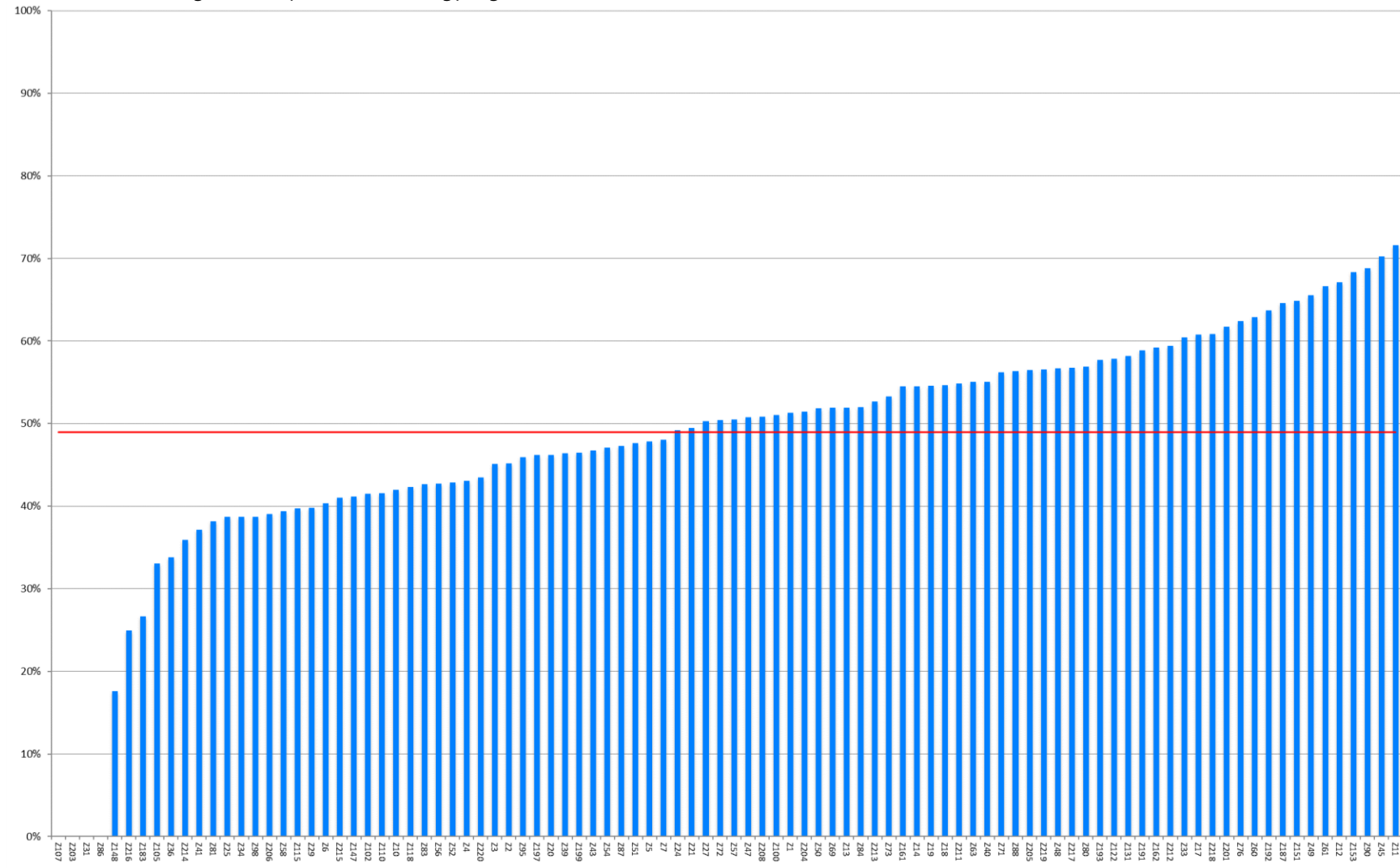


Bijlage 4 Grafieken COPD

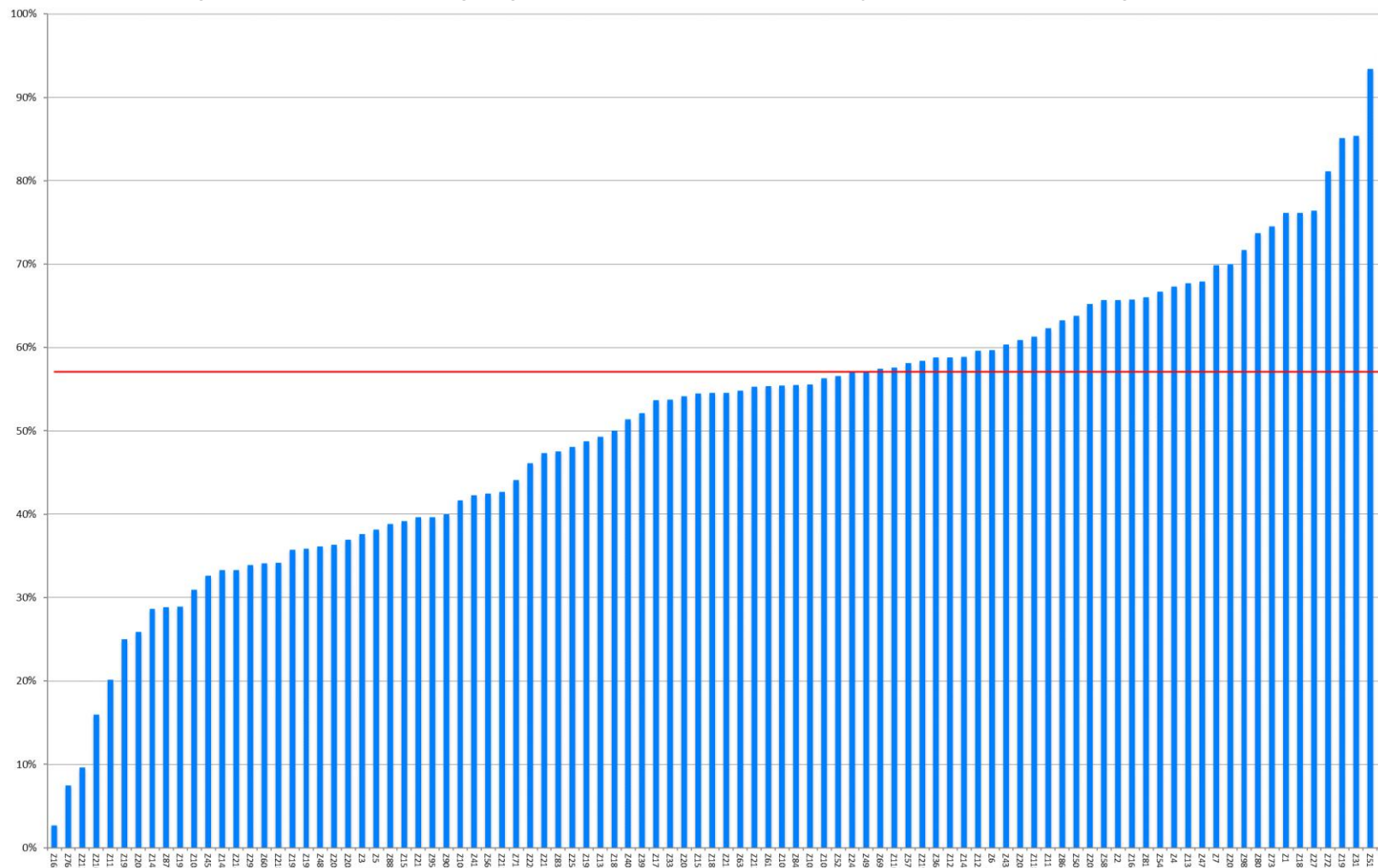
Grafiek 1: Prevalentie COPD patiënten



Grafiek 2: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma

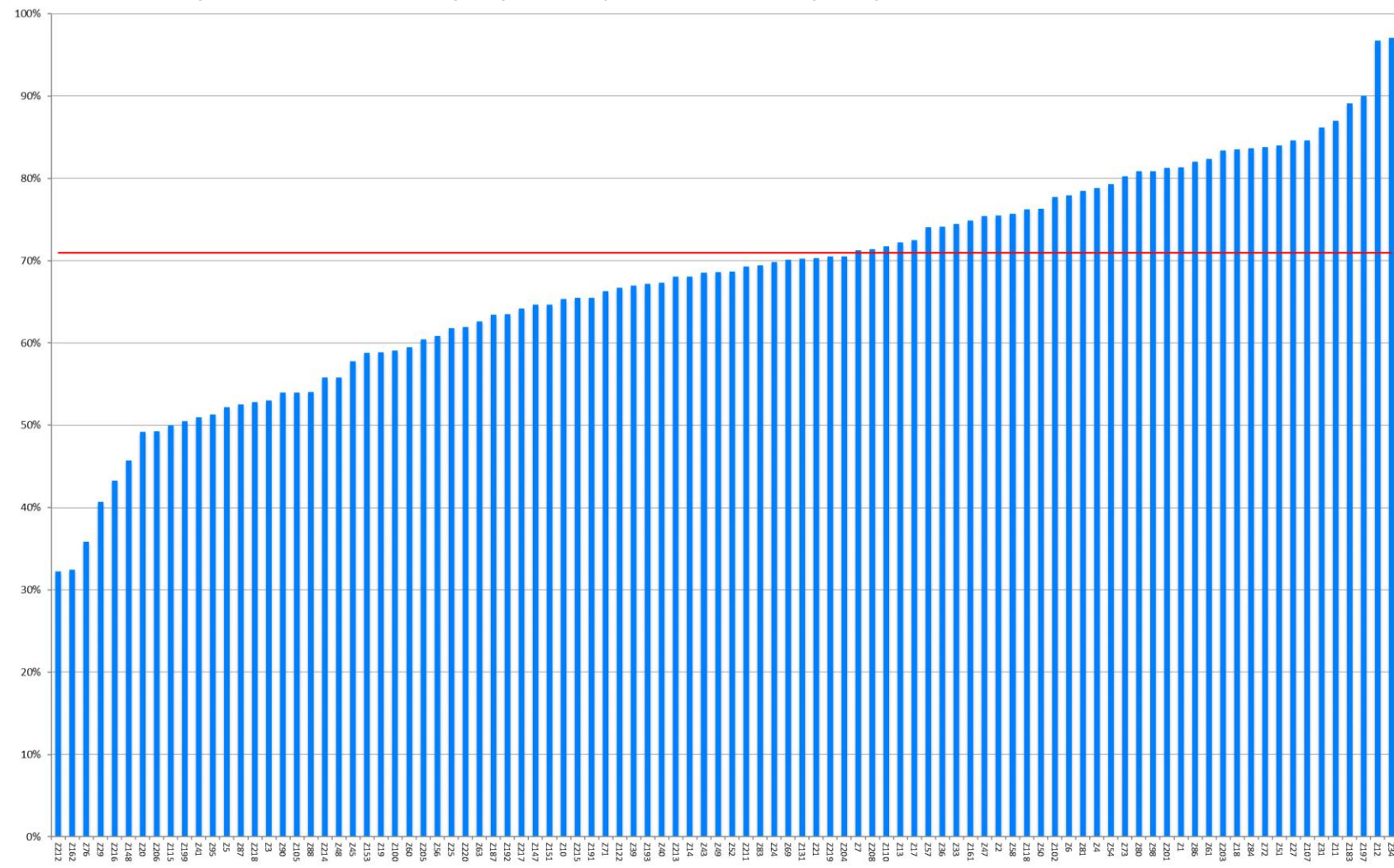


Grafiek 3: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd

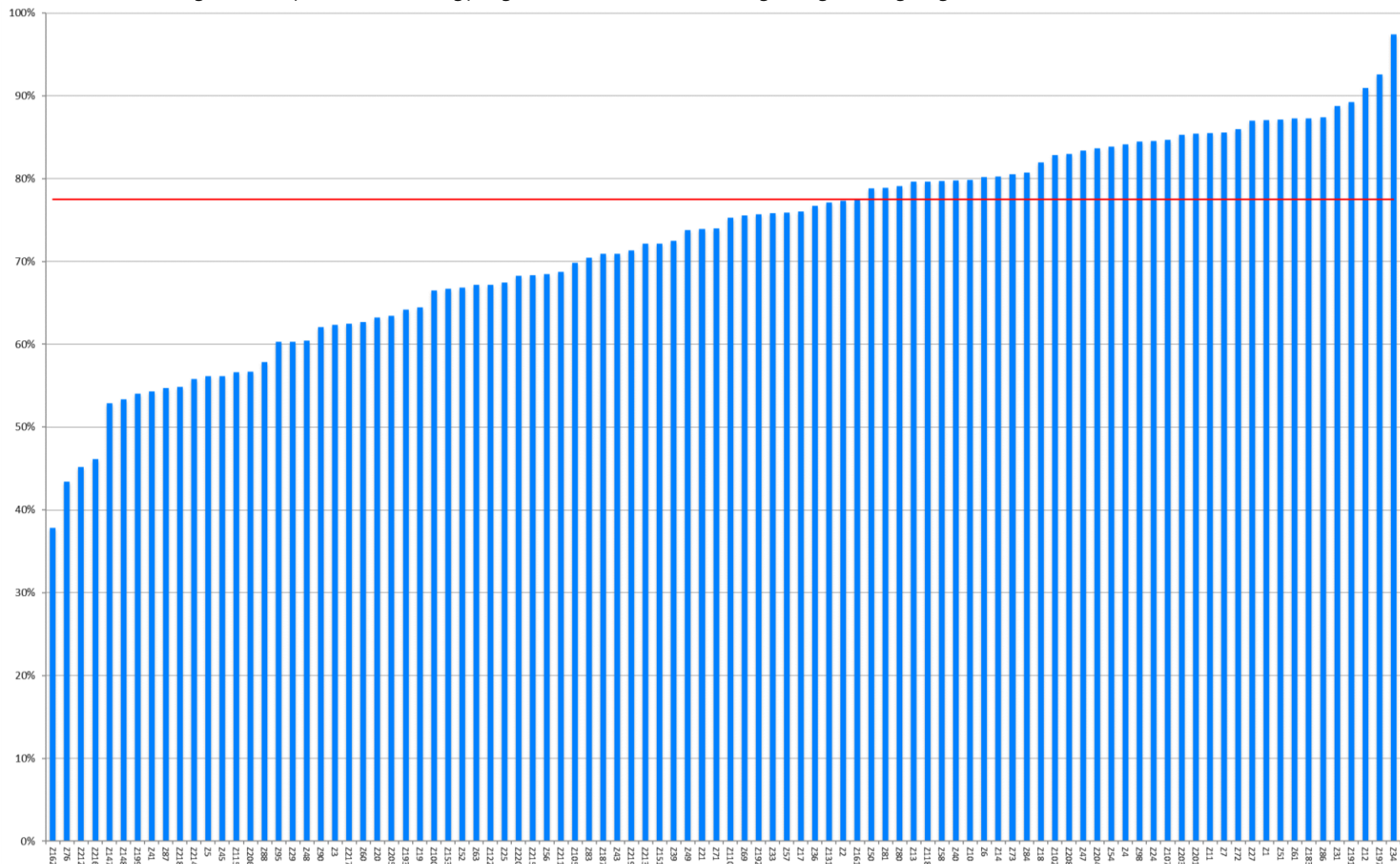




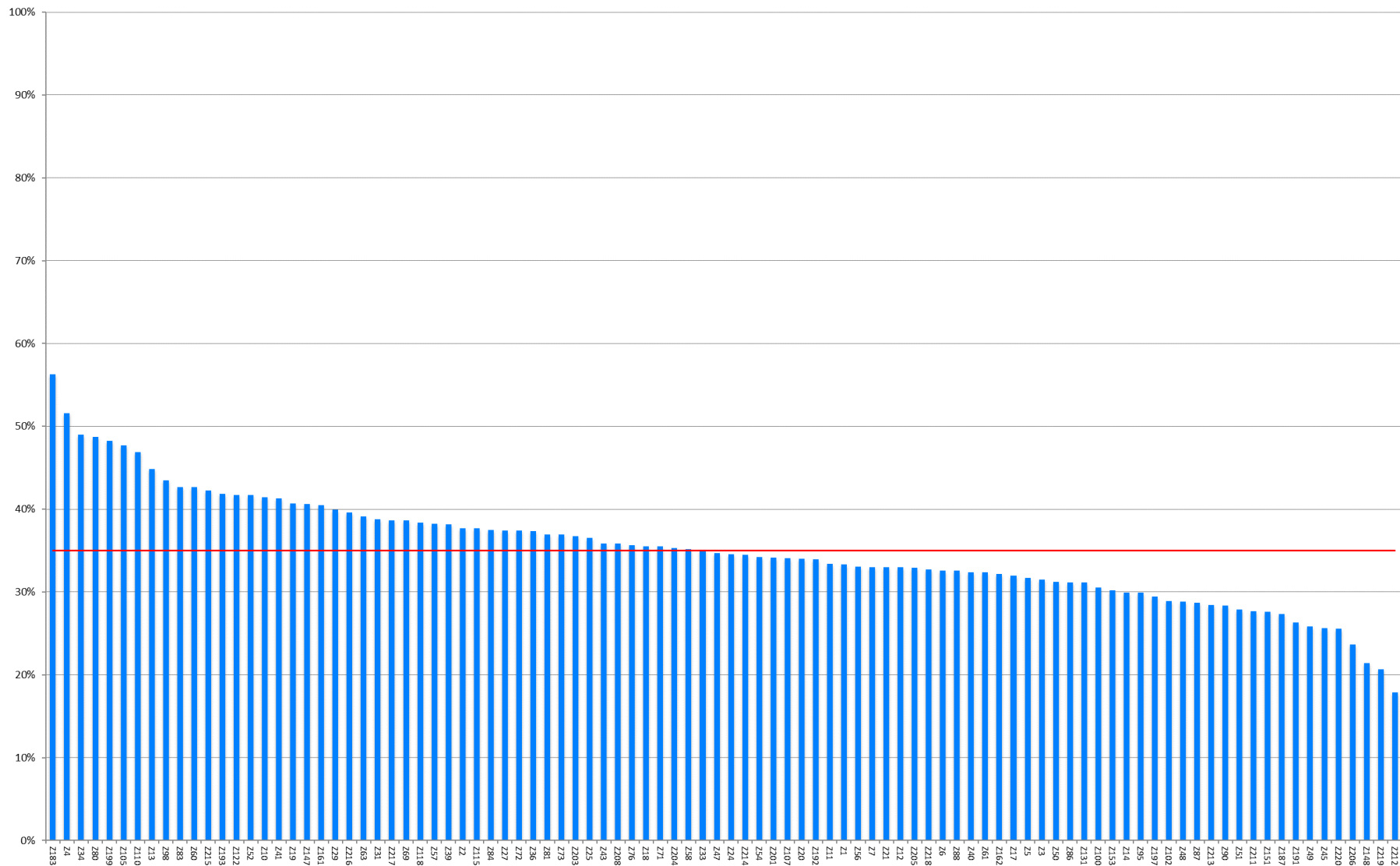
Grafiek 5: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma bij wie mate van bewegen is gecontroleerd



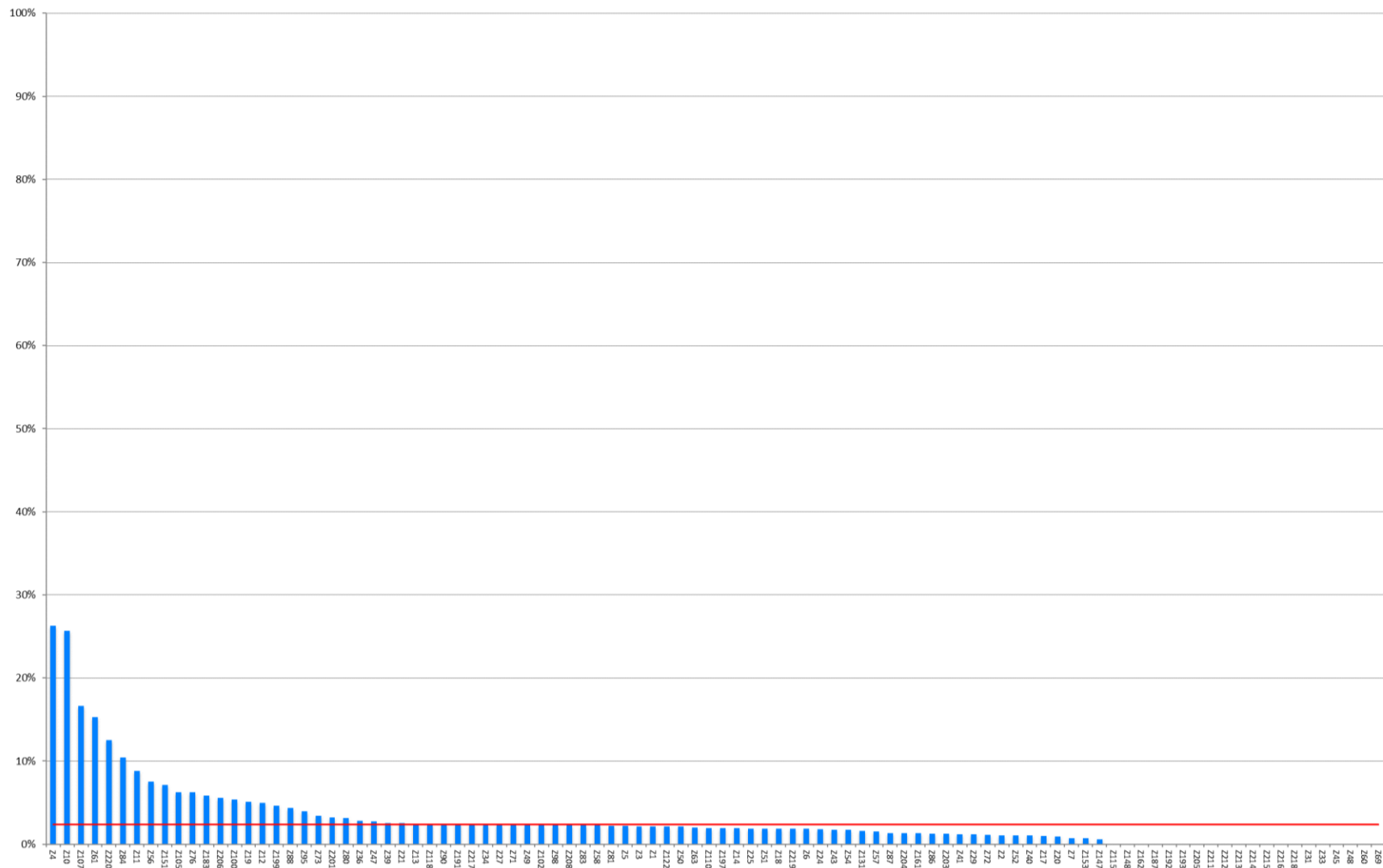
Grafiek 6: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



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

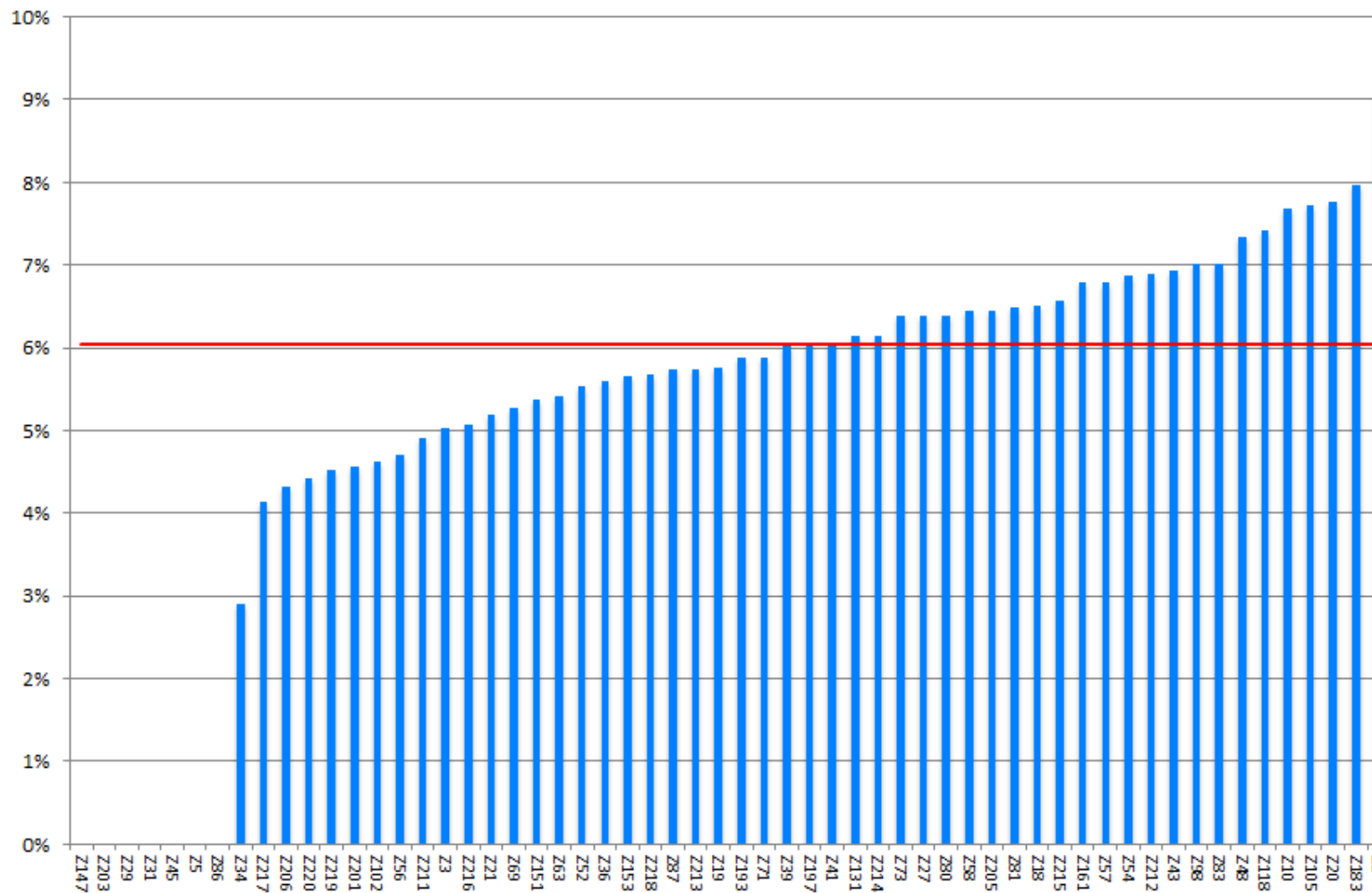


Grafiek 8: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met 2 of meer exacerbaties

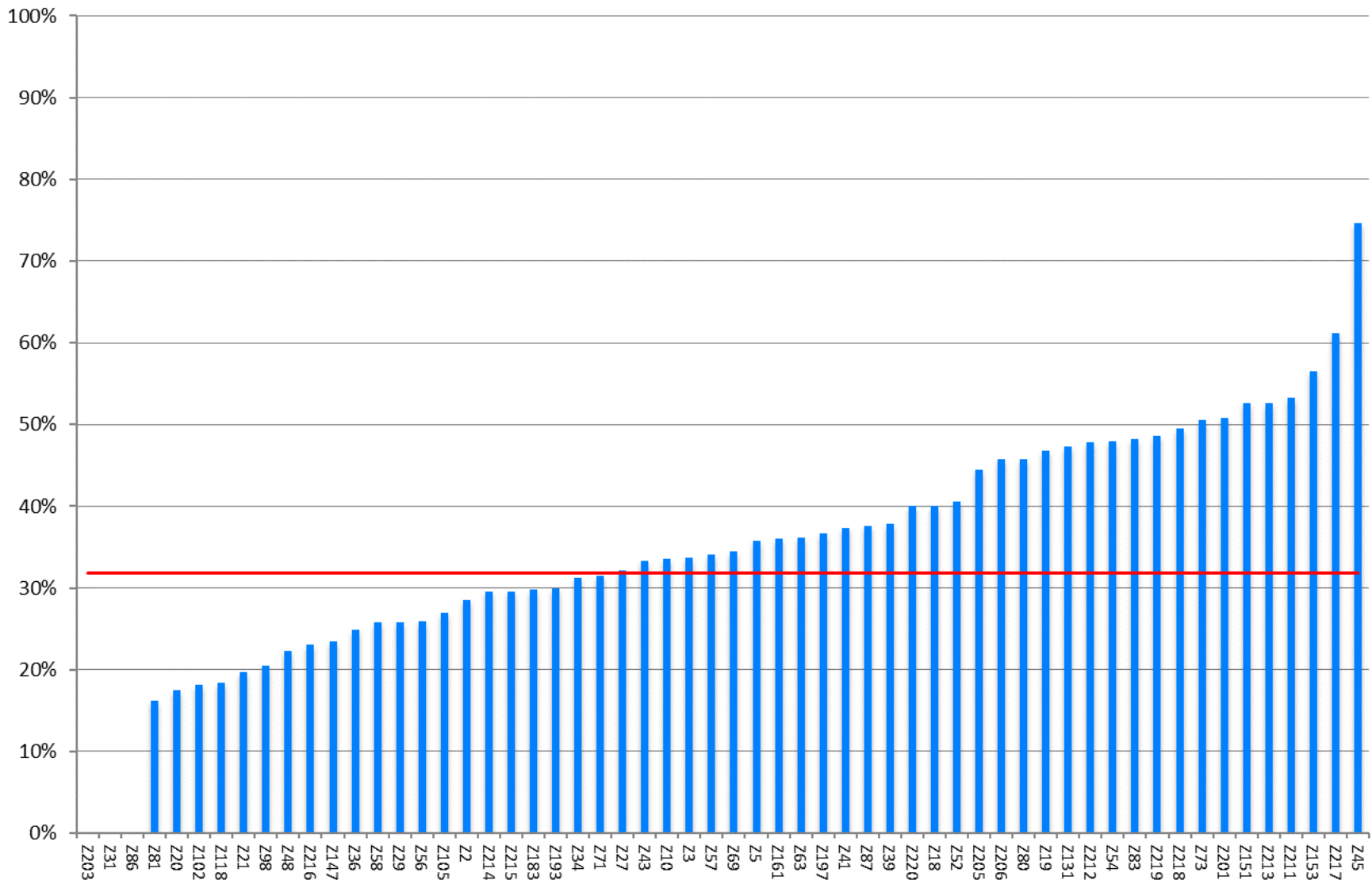


Bijlage 5 Grafieken astma

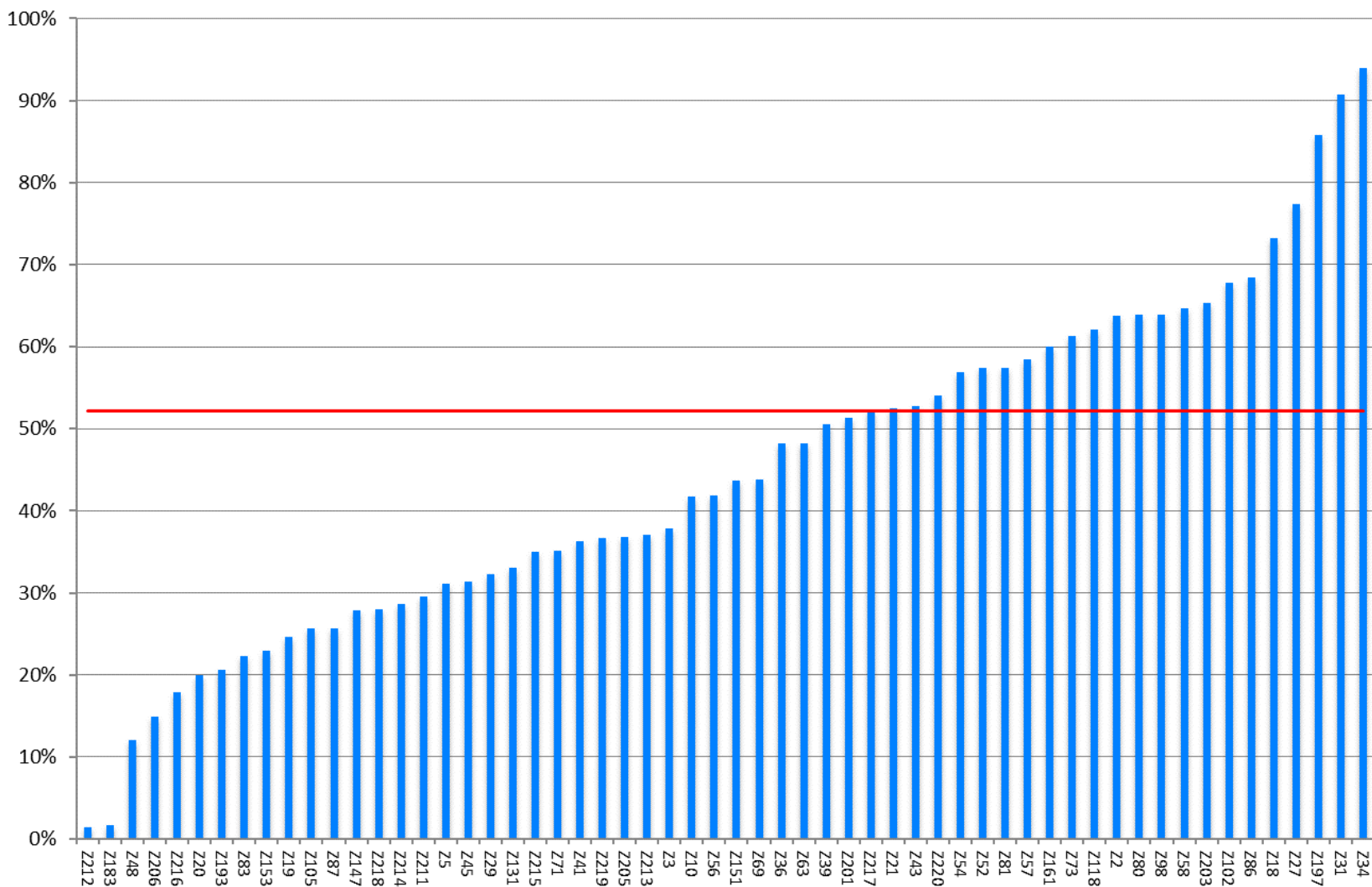
Grafiek 1: Prevalentie astma patiënten



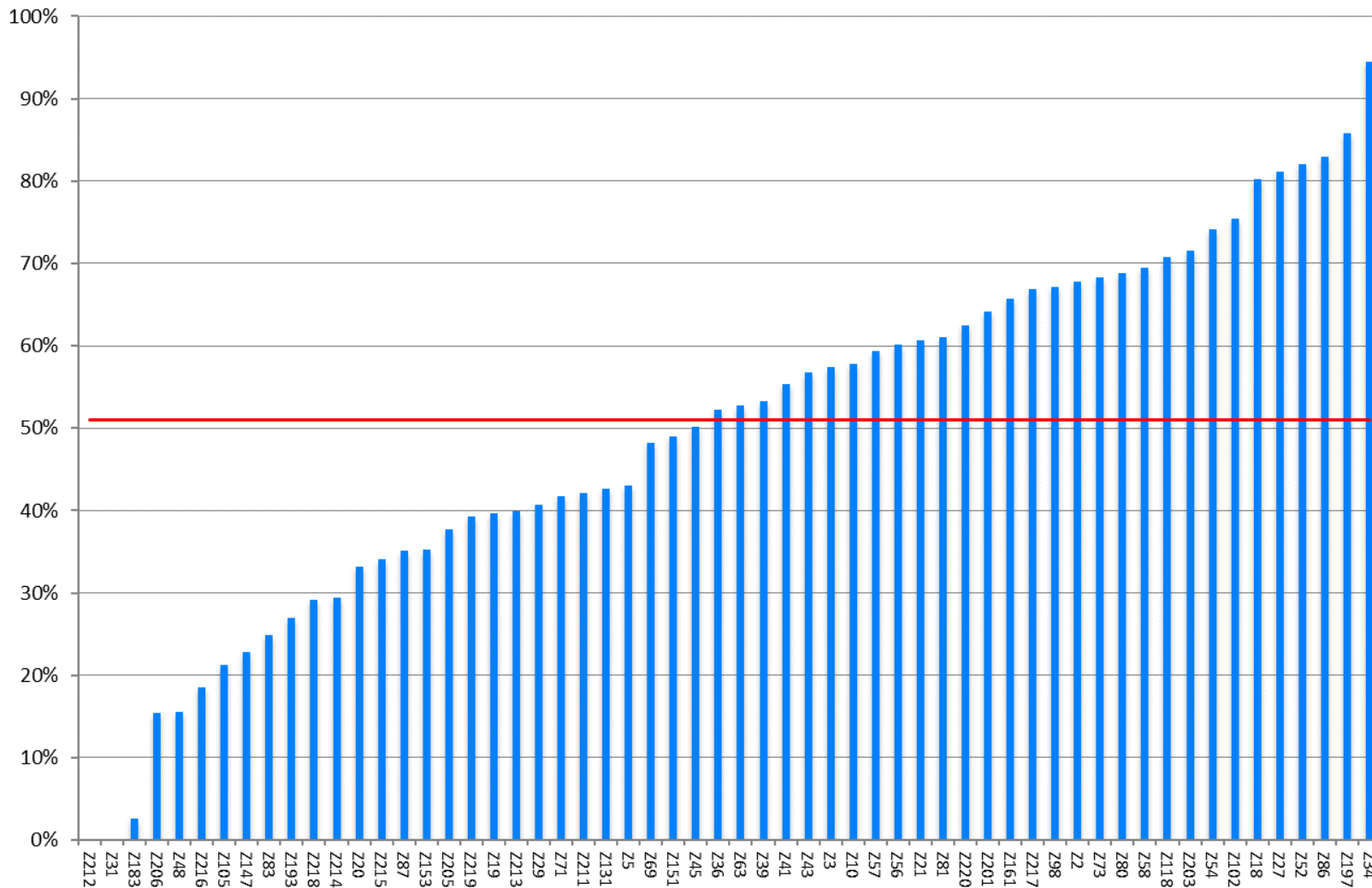
Grafiek 2: Percentage astma patiënten in zorgprogramma



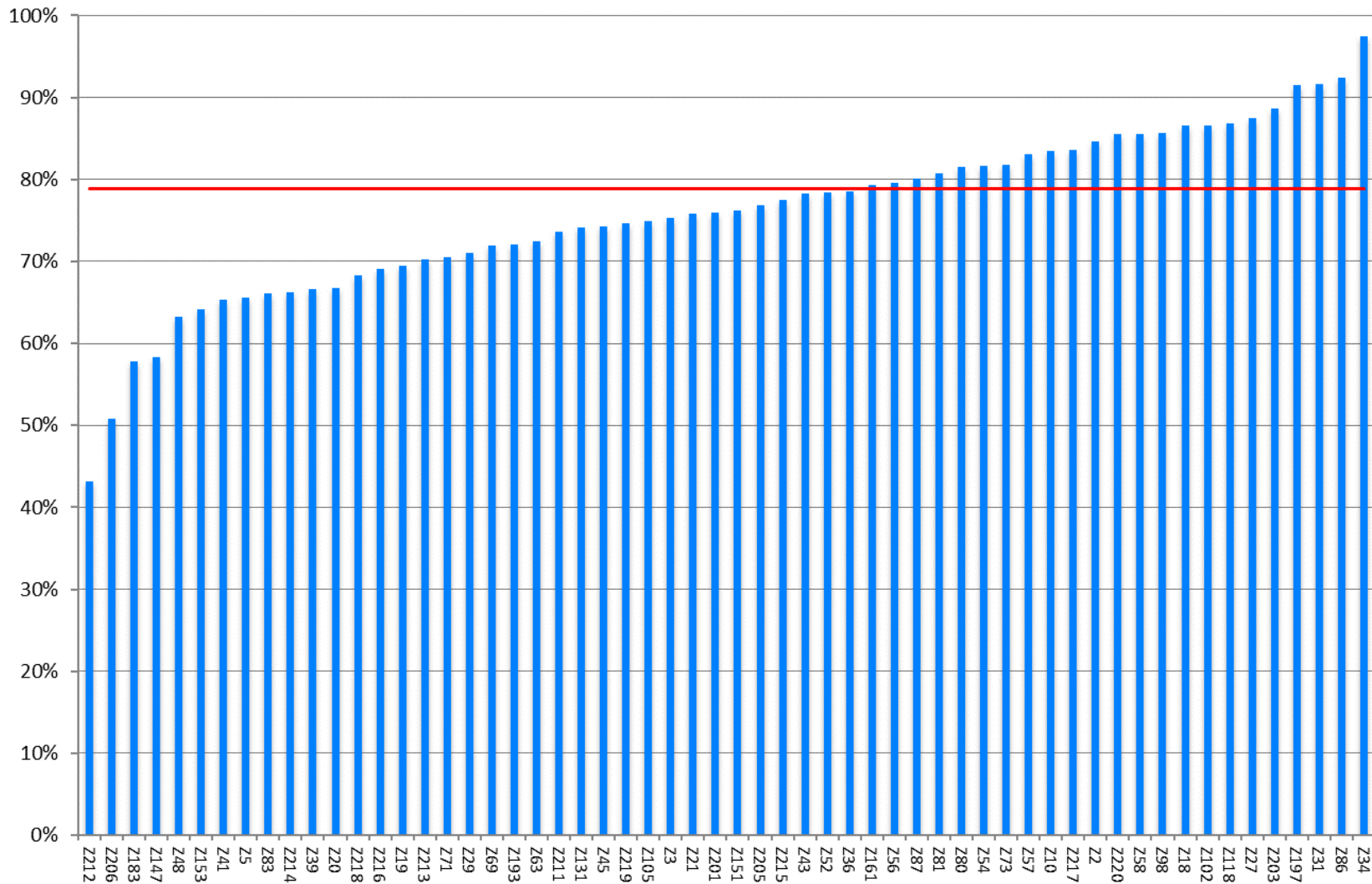
Grafiek 3: Percentage astma patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd



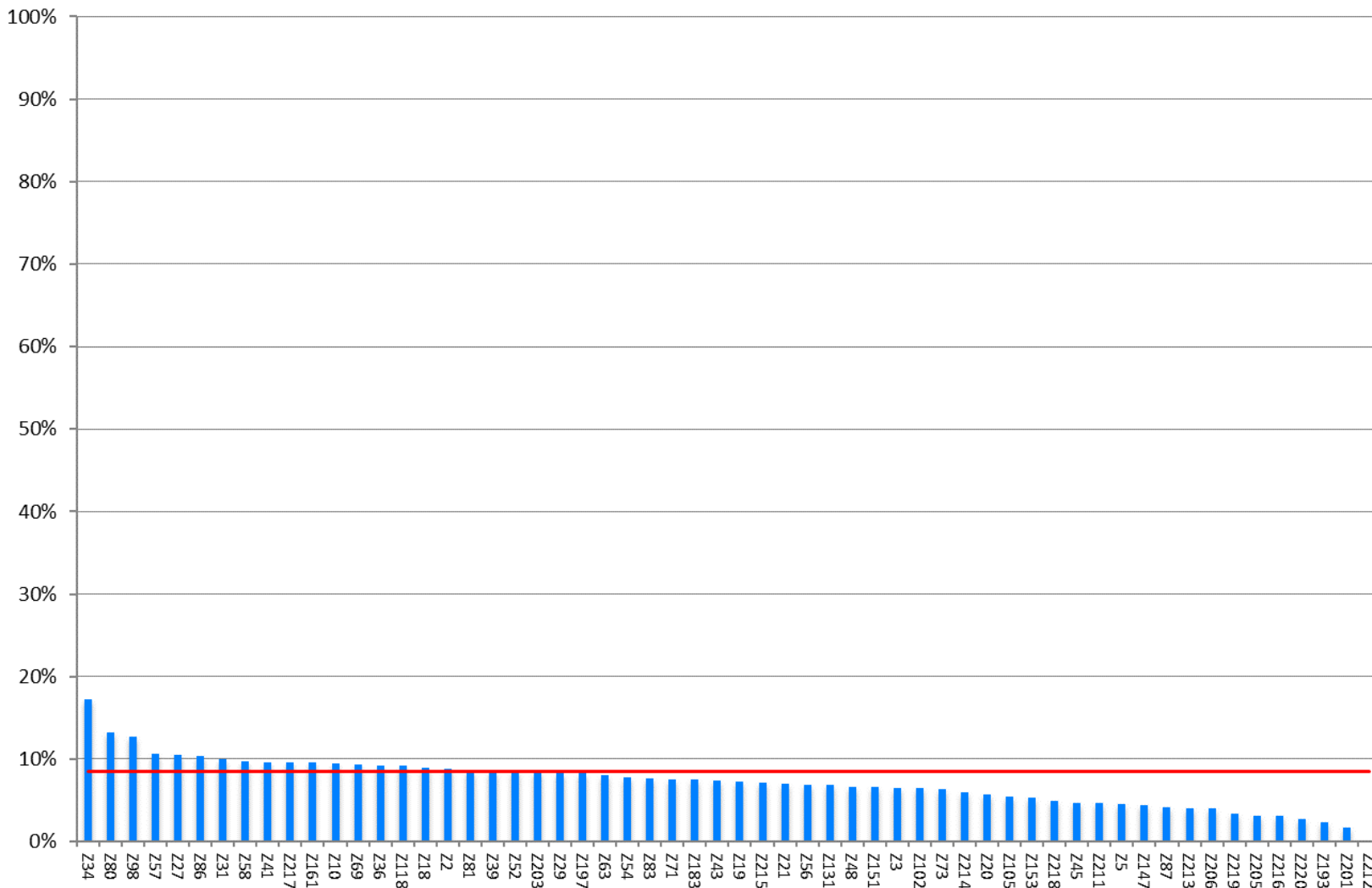
Grafiek 4: Percentage astma patiënten bij wie mate van astmacontrole is vastgelegd



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



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



Bijlage 6 Namen van zorggroepen

NUMMER	NAAM
Z1	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
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	HZK
Z27	PRIMACURA
Z31	ZIO
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
Z47	HZD BV
Z49	HUISARTSENZORG OOST ACHTERHOEK B.V.
Z50	HUISARTSENZORG REGIO ZUTPHEN B.V.
Z51	HKN HUISARTSEN
Z52	DOH
Z54	ZORGGROEP HARINGVLIET
Z56	COHESIE CURE AND CARE BV
Z57	HUISARTSEN ZORGGROEP BREDA
Z58	MEDITTA ZORG B.V.
Z60	HUISARTSENCOOPERATIE DE BAARSJES U.A.
Z61	HUISARTSEN EEMLAND ZORG
Z63	CHRONOS

Z69	COOPERATIE HUISARTSEN AMSTERDAM GROOT-ZUID
Z71	BEROEMD
Z73	ZORGGROEP HOEKSEWAARD
Z76	STICHTING GAZO GEZONDHEIDSCENTRA AMSTERDAM ZUIDOOST
Z80	EERSTELIJNS CENTRUM TIEL
Z81	ZORGGROEP WEST-BRABANT
Z84	ZORGGROEP FLEVOLAND BV
Z86	KETENZORG FRIESLAND B.V.
Z87	DOKTERSCOOP
Z88	REGIOZORGNU
Z90	GO DIABETES B.V. I.O.
Z95	KETENZORG WEST-FRIESLAND
Z98	HUISARTSEN-OZL
Z100	REGIOZORG MIDDEN-HOLLAND B.V. (RZMH BV)
Z102	HUISARTSENZORG NOORD-KENNEMERLAND
Z105	STICHTING GC HAARLEMMERMEER
Z110	STICHTING GEZONDHEIDSCENTRA UTRECHT
Z115	STICHTING GEZONDHEIDSCENTRUM LEWENBORG
Z118	OCE NIJMEGEN
Z122	ST. LEIDSCHE RIJN JULIUS GEZ. CENTRA
Z131	COOPERATIE ZORGGROEP KATWIJK U.A.
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
Z187	BADHOEVEDORP
Z191	FEDERATIE EERSTELIJNSZORG ALMELO (FEA)
Z193	STICHTING GEZOND LEIDEN
Z197	KANSO
Z199	STICHTING GEZOND OP ZUID
Z203	PERISCALDES
Z204	UNICUM HUISARTSENZORG ZUIDOOST UTRECHT
Z208	UNICUM HUISARTSENZORG ZUIDWEST UTRECHT
Z210	STICHTING GC NIJKERK
Z212	WSV RIJNLAND

