

ineen
BENCHMARK
KETENZORG
2022



Voorwoord	2
Benchmark Ketenzorg verslagjaar 2022	4
Werkwijze	5
Programma overstijgende indicatoren	6
Zorgprogramma diabetes	12
Zorgprogramma Hart en Vaatziekten (HVZ)	15
Zorgprogramma VVR/(zeer) hoog risico	18
Zorgprogramma COPD	21
Zorgprogramma astma	24
BIJLAGEN	27
Bijlage 1: Grafieken diabetes	28
Bijlage 2: Grafieken HVZ	40
Bijlage 3: Grafieken VVR	49
Bijlage 4: Grafieken COPD	58
Bijlage 5: Grafieken astma	66
Bijlage 6: Namen van zorggroepen	73

VOORWOORD

Jaarlijks stelt InEen de Benchmark Transparante Ketenzorg op. Deze ondersteunt het kwaliteitsbeleid voor de chronische zorg en het monitoren van de ontwikkelingen in de chronische zorg in de eerste lijn in de loop van de tijd. Ook kunnen huisartsenpraktijken en gezondheidscentra zichzelf spiegelen aan hun regionale en de landelijke uitkomsten. Het betreft hierbij geanonimiseerde populatiekenmerken en de vastgestelde kwaliteitsindicatoren.

Dit jaar heeft InEen gekozen voor een nieuwe vormgeving van het Benchmark-rapport: wat beknopter met meer nadruk op de feitelijke weergave van de uitkomsten. In het kader daarvan hebben we afscheid genomen van de kaderartsen die elk jaar meeschreven aan het rapport en hebben we twee ervaren huisartsen, Ivo Smeele (toezichthouder, adviseur en huisarts) en Erik Bischoff (huisarts en senior onderzoeker) gevraagd om hun blik op de uitkomsten. Zij hebben een bijdrage geleverd aan het hoofdstuk 'Programma overstijgende indicatoren'. Wij danken hen voor hun waardevolle bijdrage en goede analyse van de uitkomsten. Volgend jaar willen we de data uit de benchmark verrijken door ook van andere databronnen gebruik te maken. Daarmee ontstaat een integraler beeld van de werkelijkheid dat meer inzicht geeft in de mogelijkheden om organisaties te verbeteren. Op die manier kunnen zorggroepen zich data-gedreven blijven ontwikkelen.

In 2020 en 2021 speelde de Covid-19 epidemie een belangrijke rol bij een afname van de indicatorscores. Alhoewel we wel zien dat de indicator scores daarna licht aan het toenemen zijn of ongeveer gelijk blijven, zijn we nog niet op het niveau van voor de pandemie. Het is onduidelijk wat de reden daarvan is.

De mogelijkheden om te verbeteren hangen samen met andere ontwikkelingen in de (chronische) zorg. Ook binnen de huisartsenzorg hebben we te maken met personele krapte op de arbeidsmarkt en een toenemende zorgvraag. Daarnaast worden mensen ouder waardoor er ook meer multimorbiditeit ontstaat. De financiële middelen voor de bekostiging van de chronische zorg stijgen echter niet in dezelfde mate als de zorgvraag. Dit legt een extra druk op de begeleiding van de chronische aandoening(en) (prevalentie) en noopt tot een andere aanpak.

In 2020 heeft InEen het Denkraam Integratie chronische Zorgprogramma's opgesteld. Dit denkraam gaf een richting aan tot het integreren van de drie zorgprogramma's Diabetes Mellitus type 2, COPD en Hart- en Vaatziekten en aan het meer persoonsgericht maken van de chronische zorg. Na drie jaar zien we dat de integratie van de verschillende zorgprogramma's in het land maar weinig van de grond komt en dat het persoonsgericht werken binnen de chronische zorg zich in twee richtingen lijkt te ontwikkelen.

Ten eerste zien we dat praktijkondersteuners binnen de zorgprogramma's meer vanuit een positieve gezondheidsgedachte werken. Dit betekent meer aandacht voor eigen persoonlijke kwaliteiten en wensen van de patiënt om het omgaan met de chronische aandoening te ondersteunen, meer aandacht voor zelfmanagement, en meer verbinding met de lokale (burger)-initiatieven zoals beweeggroepen, voedingsbijeenkomsten en eenzaamheidsbestrijding. Ten tweede zien we ook regio's die een meer gepersonaliseerde benadering zoeken voor de zorgprogramma's waarbij er wordt gekeken naar de zorgzwaarte die de patiënt ervaart en de belasting op het huisartsteam. De zorg en ondersteuning die nodig is wordt hierin samen met netwerkpartners geleverd.

Als InEen ondersteunen wij deze ontwikkeling van de chronische zorg in eerste lijn. Er moet gezocht worden naar een andere wijze van behandeling

c.q. invulling van de ketenzorg, met meer differentiatie naar zorgzwaarte en mogelijkheden van de patiënt zelf, en met meer ondersteuning door (technologische) innovatie. Zelfmanagement en zelfmonitoring zullen belangrijke componenten worden van de zorgprogramma's. Deze omslag zal ondersteund moeten worden met goede digitale middelen, passende financiering, ondersteunend kwaliteitsbeleid en mogelijkheden om de zorg echt anders te organiseren. Samen met de LHV, VPHuisartsen en het NHG en de overige ketenzorgpartners wil InEen hieraan in de komende jaren invulling geven.

Voor nu wens ik u namens het InEen bestuur veel leesplezier.

Garrit Postma, bestuurslid InEen

BENCHMARK KETENZORG VERSLAGJAAR 2022

InEen verzamelt sinds 2009 de proces- en uitkomstindicatoren van de zorgprogramma's diabetes type 2, astma/COPD. Hart- en Vaatziekten en VVR (samen voorheen CVRM). Deze benchmark biedt de zorggroepen een instrument voor onderlinge vergelijking. Daarnaast geeft de benchmark stakeholders, patiëntenorganisaties en andere geïnteresseerden inzicht in de ontwikkelingen in de ketenzorg. Dit rapport is primair bedoeld voor de leden van InEen. Maar het geeft ook een mooie gelegenheid om de toegevoegde waarde van programmatische ketenzorg te laten zien aan de 'buitenwereld'.

DOELSTELLING

De belangrijkste doelstellingen van de benchmark 'Transparante Ketenzorg' zijn:

- Aanknopingspunten bieden voor gesprekken over kwaliteitsverbetering (door zorggroepen op regionaal niveau);
- Monitoren van de ontwikkelingen in de loop van de tijd (ook op landelijk niveau).

De eerste doelstelling past bij de uitgangspunten van het nieuwe '[Kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg](#)' en het '[Kwaliteitsbeleid op maat](#)' van InEen, waarbij de 'lerende benadering' centraal staat. De gegevens uit de landelijke Benchmark Transparante Ketenzorg kunnen daarvoor worden benut als inhoudelijke bron van spiegelinformatie. Ze dragen bij aan de verdieping van de gesprekken over de kwaliteit van de chronische zorg op regionaal niveau. Ook voor het monitoren van de kwaliteit van de chronische zorg op landelijk niveau vormen de cijfers uit de landelijke benchmark een belangrijke informatiebron. De informatiebehoefte op landelijk niveau richt zich vooral op de hoofdlijnen terwijl op regionaal niveau juist de verdieping wordt gezocht.

DOORONTWIKKELING VAN DE BENCHMARK KETENZORG

De dataverzameling voor de Benchmark Transparante Ketenzorg is vanaf dit jaar ondergebracht bij Blue Field Agency (BFA) die al bijna tien jaar de landelijke Benchmark Huisartsenspoedposten van InEen uitvoert. Voor de eerstkomende jaren biedt het CViews-platform van Blue Field Agency naar verwachting passende mogelijkheden voor doorontwikkeling van de benchmark. Denk hierbij aan het toevoegen van indicatoren over de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen en aanvullingen op het gebied van de 'quadruple aim' benadering (o.a. patiëntervaringen, medewerkers-tevredenheid en zorggebruik/kosten).

HOLISTIC INTELLIGENCE BENADERING

Naast de dataverzameling zal BFA ook bijdragen aan de inhoudelijke ontwikkeling van de benchmark. De 'holistic intelligence' benadering van Blue Field Agency neemt de doelstelling van de benchmark 'Hoe bereik je samen leren en verbeteren?' als startpunt en geeft van daaruit aan wat er nodig en mogelijk is om deze doelstelling te bereiken. Het is bedoeld om optimale waarde uit beschikbare data te halen en grip te krijgen op indicatoren waarop kan worden gestuurd. Volgens de holistic intelligence benadering verbindt Blue Field Agency verschillende databronnen aan elkaar. Hierdoor ontstaat een holistisch/integraal beeld van de werkelijkheid dat meer inzicht geeft in de mogelijkheden om organisaties te verbeteren. Op die manier kunnen zorggroepen zich datagedreven blijven ontwikkelen.

RAPPORT BENCHMARK KETENZORG

Het vernieuwen van het eindrapport gaan we in twee fases doen. Allereerst maken we in het huidige overgangsjaar de overstap naar een beknopter benchmarkrapport. Daarna willen we voor het rapport van volgend jaar de data verrijken door ook van andere databronnen gebruik te maken (holistic intelligence benadering).

WERKWIJZE

AANTAL ZORGGROEPEN BENADERD VOOR DEELNAME

In januari 2023 zijn in totaal 120 contactpersonen van zorggroepen en gezondheidscentra benaderd voor deelname aan de benchmark over 2022. 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.

RESPONS ZORGGROEPEN

Van de 120 aangeschreven potentiële zorggroepen hebben er 91 gegevens aangeleverd voor de landelijke benchmark. Met elkaar vertegenwoordigen deze zorggroepen ongeveer¹ 13,85 miljoen inwoners van Nederland (82%), door het land verspreid. Vorig jaar was dat 13,96 miljoen (82%), dus nagenoeg hetzelfde.

Aangeschreven	120
Aantal zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd	91
Gegevens aangeleverd voor diabetes	90
Gegevens aangeleverd voor COPD	89
Gegevens aangeleverd voor HVZ	88
Gegevens aangeleverd voor VVR	87
Gegevens aangeleverd voor astma	61

PROCES- EN UITKOMSTINDICATOREN OPGEVRAAGD PER ZORGPROGRAMMA

Net als in 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 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. De zorggroepen hebben dit jaar voor het eerst hun gegevens aangeleverd via het CViews-platform van Blue Field Agency (via de website benchmarkineen.nl).

¹ Van zorggroepen waarvan de populatiegrootte niet bekend is, is die berekend op basis van de gemiddelde prevalentie diabetes (5.6%).

PROGRAMMA OVERSTIJGENDE INDICATOREN



IN 2022
HAD EEN ZORGGROEP
GEMIDDELD

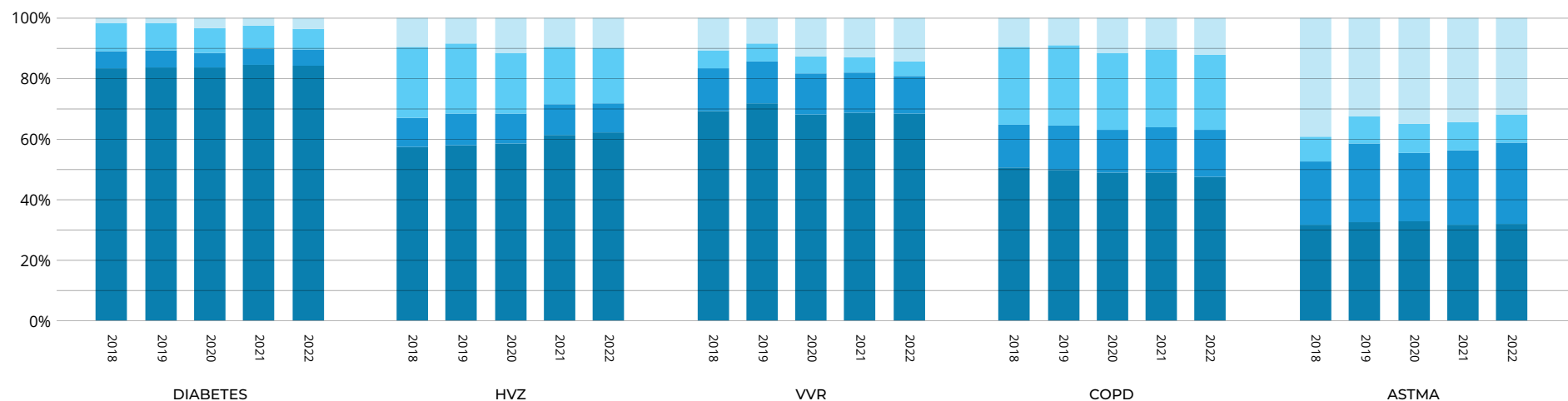
155.139
INGESCHREVEN
PATIËNTEN

Vanuit het perspectief van de integratie van zorgprogramma's beginnen we het rapport met indicatoren die over de programma's heen kijken. Wat zeggen de cijfers, wat zijn mogelijke verklaringen en hoe geeft dit verder richting voor de toekomst in relatie tot (nieuwe) beleidsdoelen van de regionale zorgorganisaties en de beroepsorganisaties/koepels? De gekozen ketenoverstijgende indicatoren vallen onder de domeinen 1. Zorg en regie 2. Leefstijl en 3. Medicamenteuze behandeling.

ZORG EN REGIE

Relevante vragen die onder zorg en regie vallen zijn: Hoeveel mensen per zorggroep die een indicatie hebben voor zorg volgens een zorgprogramma krijgen deze ook echt, hoeveel niet, en hoeveel ontvangen deze zorg in de eerste lijn, in de tweede lijn of is onbekend waar en of ze deze zorg ontvangen?

Deze aantallen zijn berekend aan de hand van de cijfers die de zorggroepen daarover aanleverden. Voor een betere interpretatie zijn ook de percentages vermeld bij wie de hoofdbehandelaar (zorg in eerste of tweede lijn) niet bekend is. Dat betreft patiënten bij wie in het dossier wel een episode is aangemaakt waardoor ze geregistreerd staan met één van de chronische ketenzorg aandoeningen, maar geen registratie is aangemaakt wie de hoofdbehandelaar is (huisarts of specialist) en dus niet opgenomen zijn in een eerstelijns of tweedelijns zorgprogramma.



Grafiek 1 Zorg en regie per zorgprogramma over vijf jaren

■ 1e lijn: programma ■ 1e lijn: niet in programma ■ 2e lijn ■ hoofdbehandelaar onbekend

Opvallend zijn de grote variaties bij de diverse programma's in mensen die niet de zorg ontvangen zoals aangeboden in het zorgprogramma (van 5,4% bij Diabetes type II tot 26,9% bij COPD), die in de tweede lijn worden behandeld (van 6,9 % bij Diabetes tot 24,9% bij COPD) en een onbekende hoofdbehandelaar hebben (3,5% bij DM tot 31,8% bij astma). Door de jaren heen wordt zichtbaar dat verbeteringen wat betreft het aantal personen dat zorg ontvangt alleen Diabetes type II en Hart- en vaatziekten-ketenzorg betreffen.

Hiervoor zijn meerdere verklaringen:

1. Onbekende hoofdbehandelaar

Bij astma, COPD en blijkbaar ook bij VVR wordt vaker een ziektecode (ICPC code) toegekend zonder dat de diagnose volledig helder is en/of de diagnostiek is afgerond. Het verwijderen van een niet correcte of niet actieve

diagnose lijkt onvoldoende aandacht te hebben (VVR) en/of is complex (astma). Dit is herhaaldelijk eerder gesignaleerd in benchmarkrapportages en lijkt dus een probleem wat specifieke aandacht vraagt.

2. In eerste lijn, niet in zorgprogramma

Er is met name bij astma en in mindere mate ook bij COPD en VVR een grote groep patiënten die niet de zorg (wenst te) ontvangt(en) zoals beschreven in (zorg)standaarden en richtlijnen. Patiëntgebonden factoren (o.a. ervaren ziektelast, mate van ziekte acceptatie en inzicht, omgang met ziekte/coping stijl, zelfmanagement skills, leefstijl, sociaaleconomische status, zorgmijding etc.) en praktijk/arts gebonden factoren (o.a. visie op zorg, visie op richtlijnen, praktijkorganisatie, omgang met financiële incentives, mogelijkheden voor blended care/zorg op afstand, capaciteit personeel, casemix, etc.) spelen daarbij een rol.

3. *Behandeling in eerste of tweede lijn*

De variatie die zichtbaar is tussen de programma's wat betreft de plaats van behandeling (1e of 2e lijn) is ook zichtbaar in de spreiding binnen de regionale zorggroepen. Opvallend is dat bij Diabetes type II deze spreiding het geringst is tussen praktijken in de regio's en bij alle andere programma's deze praktijkvariatie op kan lopen tot verschillen van tientallen procenten. Zichtbaar is ook dat bij diabetes er geen plafond lijkt te zitten in het aantal patiënten dat in de 1e lijn behandeld kan worden (2e lijn in 2018 9,3 % en 2022 6,9 %). Een belangrijke verklaring voor deze variaties blijft natuurlijk de verschillen in bekende/gekende patiënten met een chronisch (ketenzorg) aandoening. Daarnaast lijken echter ook aandoeningspecifieke kenmerken zoals patiëntperceptie van de aandoening, eenvoud van diagnosestelling, maatschappelijke beeldvorming, etc. een rol te spelen. Nadere analyse van deze variatie in relatie tot prevalentie, inclusie, omvang zorggroep, geografische spreiding, etc. is aangewezen.

Hoe kan hier als regionale zorgorganisatie en praktijken mee om worden gegaan? De aanpak is in lijn met de trend naar meer persoonsgerichte zorg, rekening houdende met de persoonsgebonden verklarende factoren voor de genoemde variaties, en naar het beter organiseren van de zorg, rekening houdend met die persoonsgerichtheid en met de organisatorische verklaringen voor de genoemde variatie.

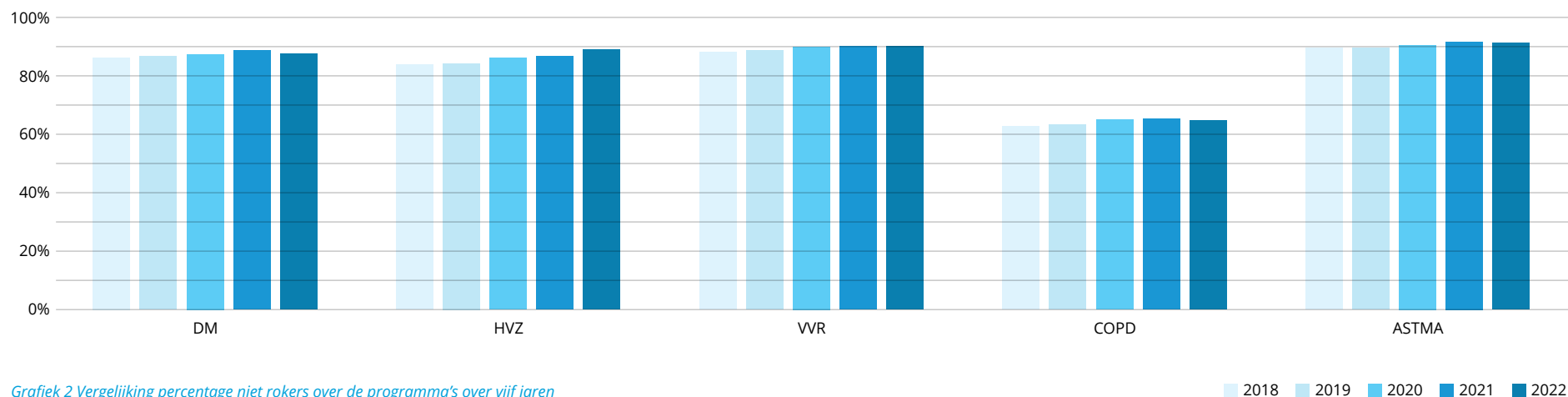
Allereerst is er in het kwaliteitsbeleid van de zorggroep aandacht nodig voor de verschillen tussen de praktijken. Bekend is dat praktijkorganisatie gerelateerd is aan de kwaliteit van de ketenzorgzorg(registratie). Dit vereist bijzondere aandacht en mogelijk ondersteuning vanuit de zorggroep. Spiegelgesprekken binnen en tussen regionale zorgorganisaties kunnen onderdeel van het kwaliteitsbeleid zijn.

Daarnaast dient er binnen de zorggroep meer aandacht te zijn voor passende/ persoonsgerichte zorg, ook in het licht van digitale zorg. Blended care en zorg op afstand zoals al toenemend wordt toegepast bij GGZ, VVR en deels bij astma kan een goed middel zijn om met name digitaal vaardige en jongere patiënten goede zorg (op afstand) aan te bieden.

Voor de brancheorganisaties zoals InEen en het NHG ligt er een belangrijke rol in het stimuleren van het delen van beschikbare kennis over werkzame elementen en best practices.

LEEFSTIJL

Leefstijlaanpassing is, conform de richtlijnen, de hoeksteen van de behandeling bij alle zorgprogramma's. Niet roken, meer bewegen en gezondere voeding zijn de belangrijkste leefstijlaanpassingen die bereikt moeten worden. Wat betreft de bijdrage aan (het verminderen van) mortaliteit en morbiditeit blijft (stoppen met) roken de allerbelangrijkste factor. Gezien de impact van roken en de indicatoren die verzameld worden is de focus in deze rapportage gelegd op roken.



Grafiek 2 Vergelijking percentage niet rokers over de programma's over vijf jaren

Over de programma's heen is zichtbaar dat, behalve bij COPD, nog slecht een beperkt percentage patiënten in zorg rookt (13,8% bij Diabetes tot 8,8% bij astma) en dat het percentage rokers bij alle programma's de afgelopen 5 jaar langzaam afneemt (gemiddeld ongeveer van 14% naar 11% exclusief COPD). Dit is minder dan het percentage in de algemene bevolking (in 2022 rookt 15,5% van de mensen boven 50 jaar). Wel is er nog een behoorlijk spreiding tussen de zorggroepen, met name bij het zorgprogramma COPD.

Deze cijfers dienen gezien de registratiebias wel met enige terughoudendheid geïnterpreteerd te worden. Echter, bij de zorggroepen waar het roken goed is geregistreerd (arbitrair bij meer dan 85% van de COPD'ers die programmatische zorg ontvangen) en waar we ervan kunnen uitgaan dat die het betrouwbaarste beeld geven van het actuele roken, zien we een variatie van 30% tot 54% rokers. Het actief bij elkaar brengen van deze groepen om de oorzaken van de verschillen te bespreken lijkt aangewezen.

Gezien de zichtbare gestage afname van het percentage rokers lijken de activiteiten van de praktijken en de programma's redelijk succesvol. Naast continuering van het huidige aanbod (stoppen met roken advies, motivatie verhogende interventies, gedragsmatige en medicamenteuze behandeling o.a. met inschakeling POH of praktijkassistente) zal de focus ook dienen te komen/te liggen op de subgroep persisterende rokers. Dit geldt met name voor de groep rokende COPD patiënten waar de laatste jaren geen afname meer zichtbaar is in het aantal rokers. Conform meer recente inzichten wordt persisterend roken gezien als verslavingsziekte en dient de behandeling bij deze groep meer gericht te worden op de aanpak van de verslavingscomponent. Aandacht voor doorverwijsmogelijkheden (en financiering daarvan) naar effectieve en intensievere stoppen met roken interventies lijkt aangewezen. De branche- en beroepsorganisaties kunnen van betekenis zijn bij vraagstukken rond beschikbaarheid, financiering en kwaliteit. Regionale zorgorganisaties bij het maken van afspraken, kwaliteitsbewaking en communicatie over deze verwijsmogelijkheden.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

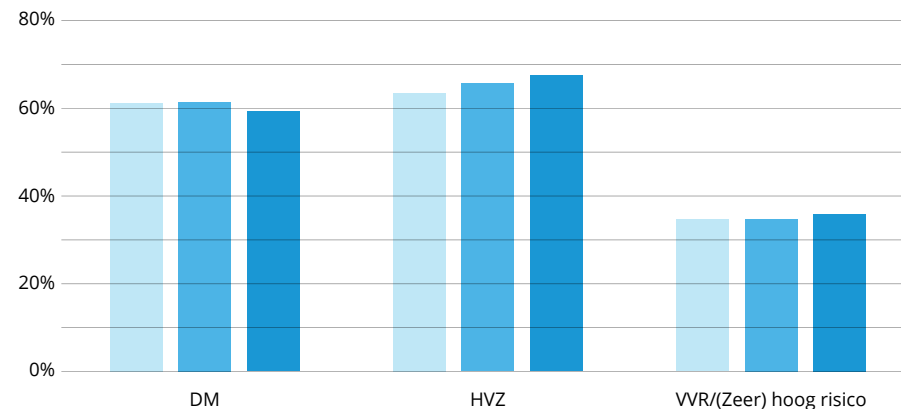
Voor het onderwerp Medicamenteuze behandeling is gekozen voor de indicator 'LDL-cholesterol (LDL-C) streefwaarde'. Zowel in de NHG Standaard Diabetes Mellitus als in Standaard Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM) wordt het verlagen van het LDL-C beschouwd als een belangrijke behandelstrategie voor het verlagen van het cardiovasculaire risico. De indicator LDL-C streefwaarde wordt in drie zorgprogramma's geregistreerd, namelijk in het zorgprogramma DM, VVR en HVZ. De exacte streefwaarde hangt af van het 10-jaars hart- en vaatziekte sterfterisico, de aandoening en de leeftijd. Daarbij wordt onderscheid gemaakt in een LDL-C < 2.6 mmol/l (gereguleerd) en LDL-C < 1.8 mmol/l (streng gereguleerd).

Een streefwaarde van LDL-C < 2.6 mmol/L wordt geadviseerd bij patiënten met één van de (of combinatie van de) volgende situaties:

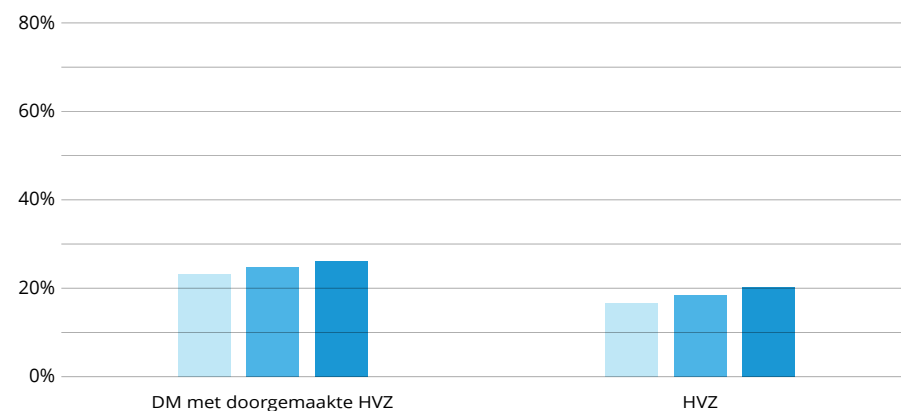
- (i) een 10-jaars hart- en vaatziekte- sterfterisico $\geq 5\%$;
- (ii) DM;
- (iii) chronische nierschade;
- (iv) ernstig verhoogde enkele risicofactor, in het bijzonder totaalcholesterol > 8 mmol/l of bloeddruk ≥ 180 mmHg.

Het advies om LDL-C strenger te reguleren bij mensen met een HVZ en < 70 jaar is in 2019 in de NHG Standaard CVRM opgenomen. Aanleiding was het wetenschappelijke inzicht dat bij mensen met HVZ en een LDL-C < 1.8 het risico op nieuwe hart- en vaatziekten lager is dan bij hogere LDL-C waardes. Bij niet-kwetsbare patiënten met een HVZ > 70 jaar wordt een LDL-C streefwaarde < 2.6 mmol/L geadviseerd.

We hebben gekozen voor de indicator LDL-C streefwaarde en niet voor de indicator 'lipidenverlagend medicament gestart', omdat het voorschrijven van een statine of ander medicijn niet hoeft te betekenen dat de LDL-C streefwaarde ook daadwerkelijk wordt bereikt.



Grafiek 3 Percentage mensen met een LDL-C gereguleerd



Grafiek 4 Percentage mensen met een LDL-C streng gereguleerd

Wat opvalt is dat in de afgelopen drie jaren in alle drie de zorgprogramma's slechts beperkte veranderingen hebben plaatsgevonden in het percentage mensen met een LDL-C gereguleerd of streng gereguleerd. Hoewel in de adviezen van het Benchmark rapport 2021 nog speciale aandacht werd gevraagd voor de LDL-C streefwaarde < 1.8 mmol/L bij mensen met HVZ en < 70 jaar, lijkt er nauwelijks sprake van enige verbetering. In vergelijking met 2020 is in 2022 het percentage echter wel met 5% toegenomen, mogelijk is er sprake van een positieve trend. Waarom het percentage zo laag blijft, is onduidelijk. Dat er wel iets aan LDL-C verlaging wordt gedaan door de huisarts blijkt uit het percentage patiënten met HVZ en een LDL-C < 2.6 mmol/L dat rond de 67% ligt.

Volgens de NHG Standaard is het advies om bij mensen met HVZ en < 70 jaar het LDL-C intensief te behandelen met een hoge dosering lipidenverlagende middelen. De kans op bijwerkingen zal hierdoor groter zijn, waardoor therapietrouw lager kan zijn en patiënten mogelijk sneller stoppen met het middel. In feite worden deze mensen onderbehandeld. Overigens zal bij een groot deel van de patiënten met een HVZ het lipidenverlagend middel in de tweede lijn zijn geïnitieerd naar aanleiding van een cardiovasculair event. Mogelijk zijn mensen vaak terug verwezen naar de huisartsenpraktijk in een stabiele situatie en met een goed gereguleerde LDL-C. Blijkbaar is dat laatste niet altijd het geval.

Een andere opvallende bevinding is dat de variatie tussen zorggroepen relatief beperkt is met slechts een enkele uitschieter in positieve zin. De lage percentages lijken dus eerder te passen bij een landelijke verklaring zoals bijvoorbeeld bijwerkingen en lage therapietrouw dan bij een verklaring vanuit de lokale organisatie. Ook opvallend is de bevinding dat best wat zorggroepen een relatief hoog percentage patiënten hebben met een goed gereguleerde LDL-C in het ene zorgprogramma, maar in het andere zorgprogramma beduidend minder scores. Dit zou verklaard kunnen worden door de aanwezigheid en actieve rol van een kaderhuisarts DM en/of HVZ in de regio.

Ook bij mensen met matig-ernstige chronische nierschade wordt geadviseerd om een LDL-C streefwaarde < 2.6 te hanteren. Voor deze mensen bestaat geen apart zorgprogramma. Omdat hypertensie en DM veel voorkomende co-morbiditeiten zijn bij mensen met chronische nierschade, is te verwachten dat deze mensen worden gecontroleerd in die zorgprogramma's.

COPD verhoogt het risico op hart- en vaatzieken, onafhankelijk van de rook-status. In zowel de NHG Standaard CVRM als in de Standaard COPD wordt geadviseerd om mensen met COPD jaarlijks te screenen op het risico op hart- en vaatziekten. Te verwachten is dat ook in het zorgprogramma COPD een deel van de mensen een gereguleerd LDL-C zal hebben.

Het feit dat een goed gereguleerd LDL-C niet alleen een belangrijke indicator is voor de drie zorgprogramma's zoals hierboven uitgelicht, maar ook voor andere aandoeningen waaronder chronische nierschade en COPD, illustreert de noodzaak voor een meer geïntegreerde en persoonsgerichte benadering waarbij niet één aandoening of zorgprogramma centraal staat, maar de (soms complexe) patiënt in zijn of haar totale context.

ZORGPROGRAMMA DIABETES



IN 2022 WAREN

637.325

PATIËNTEN MET
DIABETES TYPE 2
IN ZORG

De 90 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2022 in totaal 673.325 patiënten met diabetes type 2 in zorg. Dat is een stijging van 5% ten opzichte van vorig jaar. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 603.459 patiënten (89,6%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	155.139
Mediaan	131.307
Minimum	9.323
Maximum	560.748

Tabel 1 Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep²

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

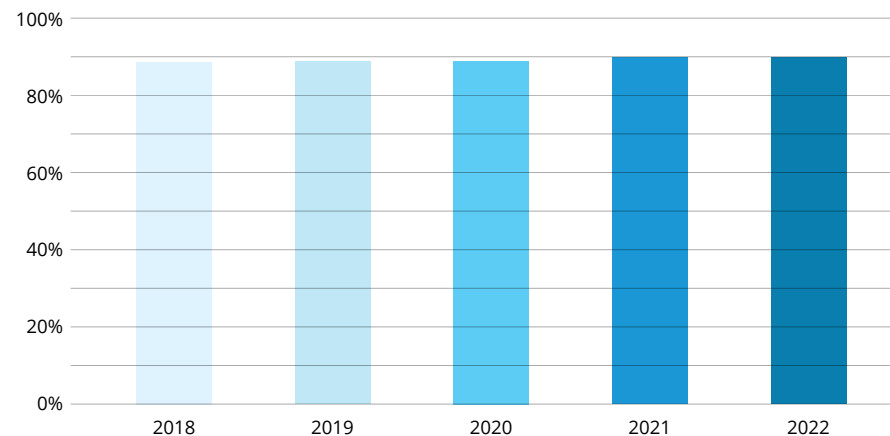
² 90 zorggroepen leverden gegevens aan, van 88 zorggroepen was de populatie bekend.

	patiënten met diabetes (gegevens van 85 zorggroepen)	prevalentie (gegevens van 85 zorggroepen)	% specialist (gegevens van 86 zorggroepen)	% huisarts in programma (gegevens van 86 zorggroepen)	% huisarts niet in programma³ (gegevens van 86 zorggroepen)
gemiddeld ⁴	8.680	5,57%	6,88%	84,71%	5,43%
minimum	437	3,19%	1,40%	64,77%	0,59%
maximum	35.841	10,04%	18,85%	92,42%	16,49%

Tabel 2 Verdeling mensen met diabetes type 2 in zorgprogramma zorggroepen

Van alle patiënten met Diabetes type 2 was in 2022 gemiddeld 6,88% in behandeling bij de specialist, 5,43% liep bij de huisarts maar zonder programmatische zorg en 84,71% was geïncludeerd in een zorgprogramma.

Uit bovenstaande percentages is op te maken dat praktijkvariatie onder zorggroepen erg groot is. Zo heeft een zorggroep bijvoorbeeld 92,42% van de diabetespatiënten geïncludeerd in het zorgprogramma, terwijl dit bij een ander zorggroep maar 64,77% is.

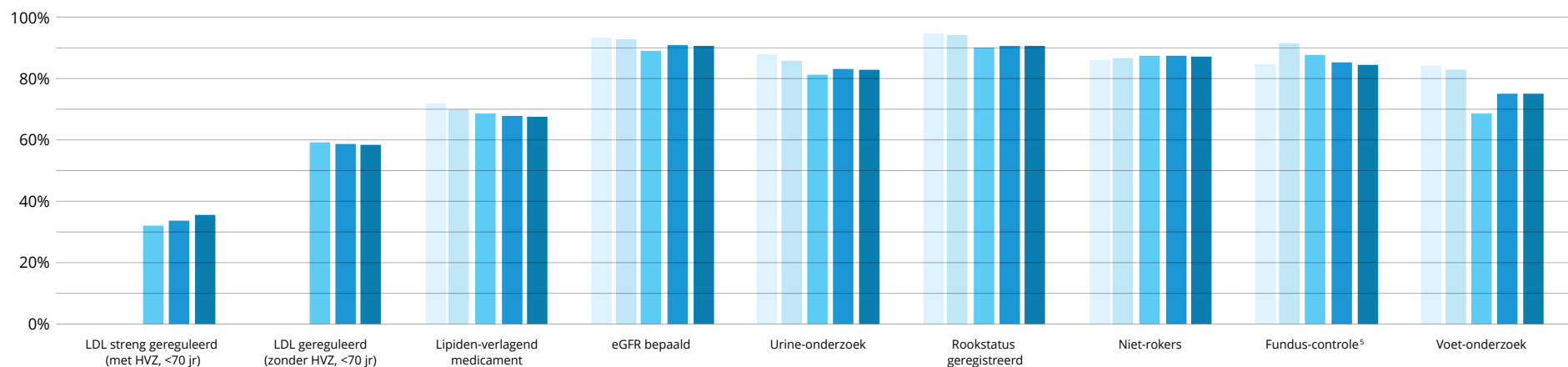


Grafiek 5 Vergelijking percentage deelname programma Diabetes in de eerste lijn

Om zicht te krijgen op substitutie van tweede naar eerste lijn hebben we het percentage patiënten dat in de eerste lijn wordt behandeld vergeleken over vijf jaren. Voor deze vergelijking hebben we alleen groepen meegenomen die algemene populatiegegevens (totale populatie, aantal patiënten met diabetes type 2, aantal patiënten met hoofdbehandelaar specialist, aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, aantal patiënten niet in programmatische zorg) konden aanleveren. Deze grafiek toont de laatste jaren een stabiel beeld en laat zien dat bijna 90% van de type 2 diabetespatiënten in de eerste lijn wordt behandeld.

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.



Grafiek 6 Diabetesindicatoren over vijf jaren

2018 2019 2020 2021 2022

Bij de in deze grafiek gepresenteerde gegevens over de gehele populatie is zichtbaar dat in 2022 bij de meeste items sprake is van een lichte afname van de indicatorscore, behalve bij het aantal patiënten met HVZ en jonger dan 70 jaar, waarbij LDL streng is gereguleerd. In 2020 en 2021 speelde de Covid-19 epidemie een belangrijke rol bij een afname van de indicatorscores. Alhoewel we wel zien dat de indicatorscores daarna aan het toenemen zijn of ongeveer gelijk blijven, zijn we nog niet op het niveau van voor de pandemie.

RESULTATEN OVER 2022 PER INDICATOR PER ZORGGROEP

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 een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.

⁵ Funduscontrole is in verslagjaar 2019 aangepast van twee naar drie jaar.

ZORGPROGRAMMA HART EN VAATZIEKTEN (HVZ)



88 ZORGGROEPEN
HADDEN IN 2022

470.087

HVZ PATIËNTEN
IN KETENZORG

In totaal hebben 88 zorggroepen, gegevens aangeleverd over 2022. Het gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep in 2022 was 149.202 (overzicht 1). De 88 zorggroepen hadden op 31 december 2022 met elkaar 470.087 HVZ-patiënten in ketenzorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 394.725 patiënten (84%), die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	149.202
Mediaan	128.145
Minimum	9.323
Maximum	554.807

Tabel 3 Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2022⁶

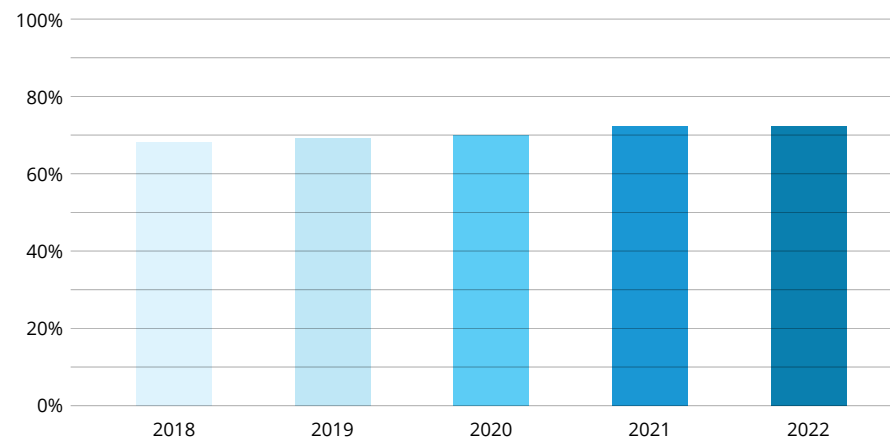
⁶88 zorggroepen leverden gegevens aan, van 84 zorggroepen was de populatie bekend.

	patiënten met HVZ (gegevens van 83 zorggroepen)	prevalentie in de totale populatie (gegevens van 83 zorggroepen)	% specialist⁷ (gegevens van 84 zorggroepen)	% huisarts in programma (gegevens van 88 zorggroepen)	% huisarts niet in programma⁸ (gegevens van 84 zorggroepen)
gemiddeld ⁹	8.330	5,57%	18,29%	62,28%	9,61%
minimum	337	1,35%	3,69%	37,09%	1,64%
maximum	51.999	11,90%	47,04%	94,71%	22,28%

Tabel 4 Verdeling mensen met HVZ over zorggroepen

Van alle patiënten met een HVZ was in 2022 gemiddeld 18,29% in behandeling bij de specialist, 9,61% liep bij de huisarts maar zonder programmatische zorg en 62,28% was geïncordeerd in een zorgprogramma.

Uit bovenstaande percentages is op te maken dat praktijkvariatie onder zorggroepen erg groot is. Zo heeft een zorggroep bijvoorbeeld 94,71% van de HVZ-patiënten geïncordeerd in het zorgprogramma, terwijl dit bij een ander zorggroep maar 37,09% is.



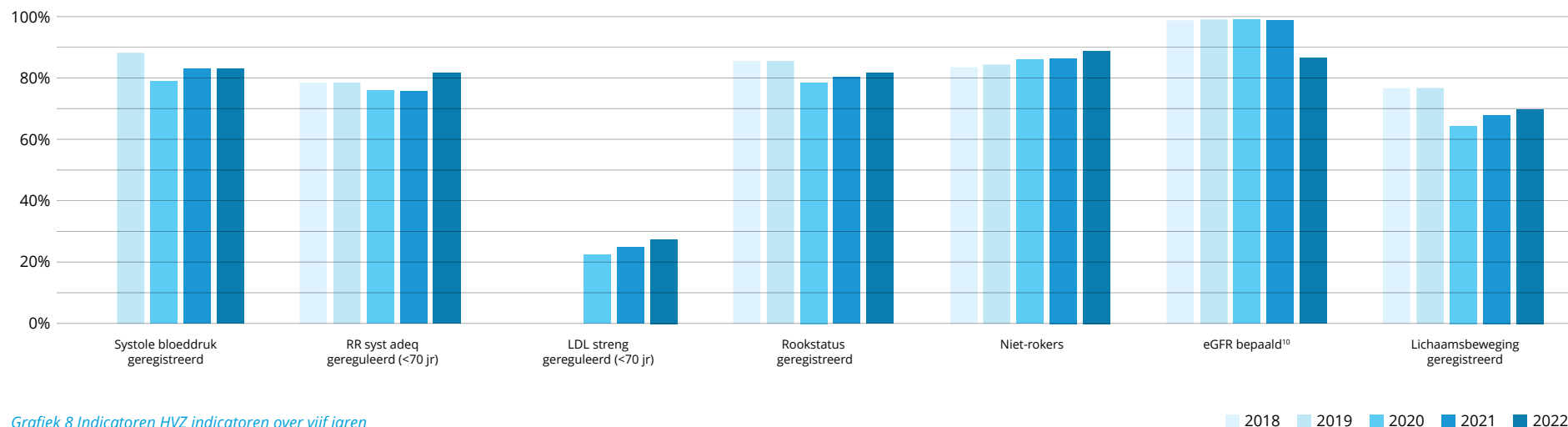
Grafiek 7 Vergelijking percentage deelname programma HVZ in de eerste lijn

Om zicht te krijgen op substitutie van tweede naar eerste lijn hebben we het percentage patiënten dat in de eerste lijn wordt behandeld vergeleken over vijf jaar. Voor deze vergelijking hebben we alleen groepen meegenomen die algemene populatiegegevens (totale populatie, aantal patiënten met HVZ, aantal patiënten met hoofdbehandelaar specialist, aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, aantal patiënten niet in programmatische zorg) konden aanleveren. De tabel toont nog steeds een stijgende lijn en laat zien dat 72% van de HVZ patiënten in de eerste lijn wordt behandeld.

⁷ 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.

⁸ Een zorggroep heeft hier 0 als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

⁹ 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 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.



Grafiek 8 Indicatoren HVZ indicatoren over vijf jaren

Bij de in deze grafiek gepresenteerde gegevens over de gehele populatie is zichtbaar dat in 2022 bij de meeste items sprake is van een toename van de indicatorscore ten opzichte van vorig jaar. Alleen 'eGFR bepaald' is afgenomen, maar dat heeft te maken met dat de meetperiode in 2022 is aangepast van 'afgelopen vijf jaar' naar 'afgelopen jaar'. Ook hier geldt dat we bij een aantal indicatoren nog niet op het niveau van voor de coronapandemie zitten.

RESULTATEN OVER 2022 PER INDICATOR PER ZORGGROEP

De verschillen in de door zorggroepen gerapporteerde gegevens worden inzichtelijk in de grafieken in bijlage 2. Daarin staan per indicator de resultaten van elke zorggroep weergegeven. Om een vergelijking mogelijk te maken met het landelijk gemiddelde is een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.

¹⁰ De meetperiode van de indicator eGFR bepaald is in 2022 aangepast van 'afgelopen vijf jaar' naar 'afgelopen jaar'.



IN 2022 HADDEN
788.848
MENSEN EEN
VERHOOGD
RISICO OP HVZ

ZORGPROGRAMMA VVR/(ZEER) HOOG RISICO

De 87 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2022 met elkaar 788.848 mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 686.270 patiënten (87%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	148.133
Mediaan	129.093
Minimum	9.323
Maximum	554.807

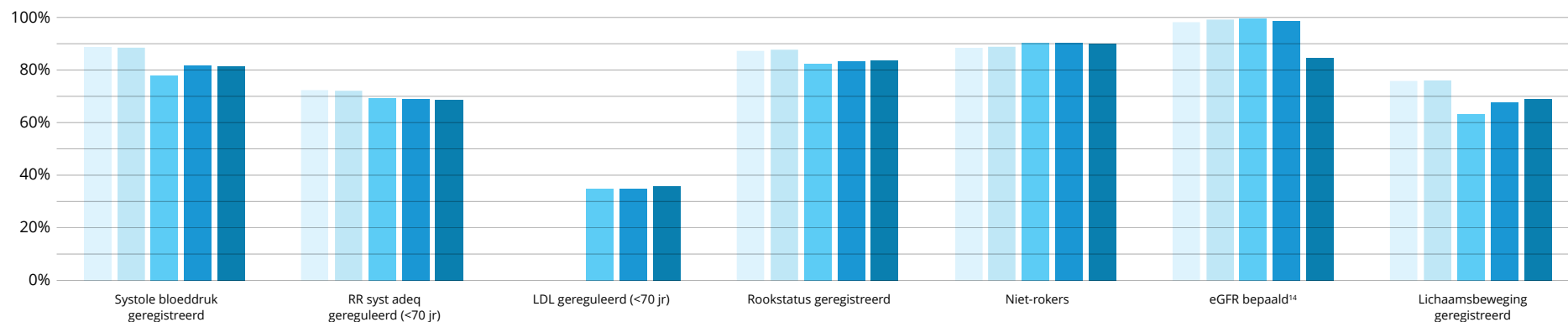
Tabel 5 Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2022¹¹

¹¹ 87 zorggroepen leverden gegevens aan, van 85 zorggroepen was de populatie bekend

	patiënten met VVR/ (zeer) hoog risico (gegevens van 80 zorggroepen)	prevalentie (gegevens van 80 zorggroepen)	% specialist (gegevens van 83 zorggroepen)	% huisarts in programma (gegevens van 87 zorggroepen)	% huisarts niet in programma¹² (gegevens van 83 zorggroepen)
gemiddeld ¹³	12.360	8,50%	4,80%	68,47%	12,39%
minimum	759	4,40%	1,42%	22,51%	1,08%
maximum	53.612	15,08%	8,73%	93,76%	49,10%

Tabel 6 Verdeling mensen met VVR/(zeer) hoog risico over zorggroepen

Van alle patiënten met VVR (zeer) hoog risico was in 2022 gemiddeld 4,8% in behandeling bij de specialist, 12,39% liep bij de huisarts maar zonder programmatische zorg en 68,47% was geïncludeerd in een zorgprogramma. Ook bij VVR is sprake van een hoge praktijkvariatie tussen zorggroepen. Zo heeft een zorggroep bijvoorbeeld 93,76% van de VVR-patiënten geïncludeerd in het zorgprogramma, terwijl dit bij een ander zorggroep maar 22,51% is.



Grafiek 9 Vergelijking percentage deelname programma VVR in de eerste lijn

2018 2019 2020 2021 2022

¹² 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).

¹³ 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.

¹⁴ De meetperiode van de indicator eGFR bepaald is in 2022 aangepast van 'afgelopen vijf jaar' naar 'afgelopen jaar'.

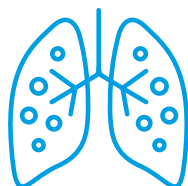
Bij de in deze grafiek gepresenteerde gegevens over de gehele populatie is zichtbaar dat in 2022 bij de meeste items sprake is van een gelijke of toename van de indicatorscore ten opzichte van vorig jaar en bij een aantal een afname. Het percentage patiënten bij wie de bloeddruk is gemeten en het percentage patiënten < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten en de systolische waarde beneden de grenswaarde ligt, is nagenoeg gelijk gebleven ten opzichte van vorig jaar. Bij 'eGFR bepaald' is een afname te zien, maar dat heeft te maken met de aanpassing van de meetperiode die in 2022 is gewijzigd naar 'afgelopen jaar' in plaats van 'afgelopen vijf jaar'. Bij de overige items is sprake van een toename van de indicatorscore. Ook hier geldt dat we bij een aantal indicatoren nog niet op het niveau van voor de coronapandemie zitten.

RESULTATEN OVER 2022 PER INDICATOR PER ZORGGROEP

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 een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.



ZORGPROGRAMMA COPD



89 ZORGGROEPEN
HADDEN IN 2022

117.435

PATIËNTEN MET
COPD IN ZORG

De 89 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2022 met elkaar 117.435 patiënten met COPD in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 97.018 patiënten (83%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	144.058
Mediaan	129.093
Minimum	9.323
Maximum	487.781

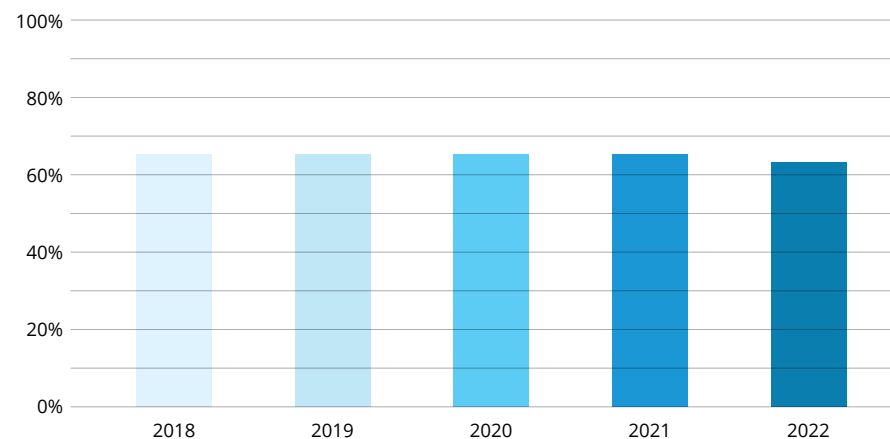
Tabel 7 Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2022¹⁵

¹⁵ 89 zorggroepen leverden gegevens aan, van 87 zorggroepen was de populatie bekend.

	patiënten met COPD (gegevens van 84 zorggroepen)	prevalentie (gegevens van 84 zorggroepen)	% specialist (gegevens van 85 zorggroepen)	% huisarts in programma (gegevens van 89 zorggroepen)	% huisarts niet in programma (gegevens van 84 zorggroepen)
gemiddeld ¹⁶	2.747	1,91%	24,94%	47,61%	15,37%
minimum	138	0,80%	10,50%	24,39%	3,22%
maximum	11.747	3,75%	38,79%	64,64%	40,77%

Tabel 8 Verdeling mensen met COPD in zorgprogramma over zorggroepen

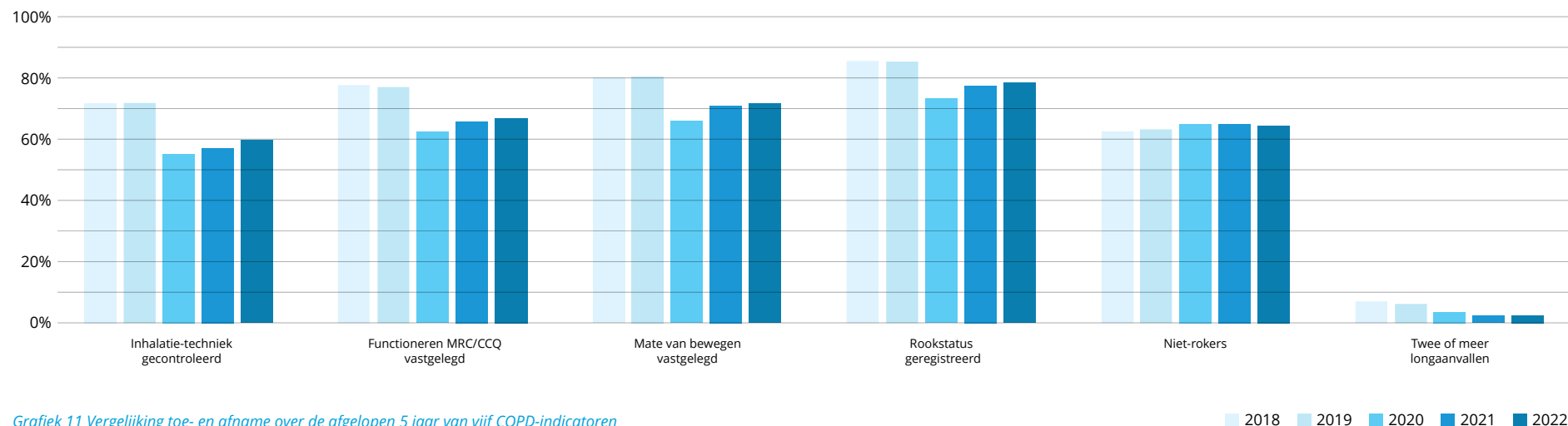
Van alle patiënten met COPD was in 2022 gemiddeld 24,94% in behandeling bij de specialist, 15,37% liep bij de huisarts maar zonder programmatische zorg en 47,61% was geïncordeerd in een zorgprogramma. Ook hier is weer sprake van grote praktijkvariatie tussen zorggroepen.



Grafiek 10 Vergelijking percentage patiënten met COPD behandeld in de eerste lijn

Om zicht te krijgen op substitutie van tweede naar eerste lijn hebben we het percentage patiënten dat in de eerste lijn wordt behandeld vergeleken over vijf jaren. Voor deze vergelijking hebben we alleen groepen meegenomen die algemene populatiegegevens (totale populatie, aantal patiënten met COPD, aantal patiënten met hoofdbehandelaar specialist, aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, aantal patiënten niet in programmatische zorg) konden aanleveren. Er is in 2022 voor het eerst sinds vijf jaar een afname te zien van het aantal COPD patiënten die in de eerste lijn worden behandeld (63%, voorgaande jaren 65%).

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 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.



Grafiek 11 Vergelijking toe- en afname over de afgelopen 5 jaar van vijf COPD-indicatoren

Bij de in deze grafiek gepresenteerde gegevens over de gehele populatie is zichtbaar, dat in 2022 bij vier items sprake is van een toename van de indicator-score. Het percentage niet-rokers is licht afgenomen en er waren vorig jaar iets meer patiënten die twee of meer longaanvallen hebben gehad. Ook hier geldt dat we nog niet op het niveau van voor de coronapandemie zitten. Je ziet dat bij COPD dit verschil veel meer is dan bij andere zorgprogramma's.

RESULTATEN OVER 2022 PER INDICATOR PER ZORGGROEP

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 een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.

ZORGPROGRAMMA ASTMA



61 ZORGGROEPEN
HADDEN IN 2022

110.042

PATIËNTEN MET
ASTMA IN ZORG

De 61 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2022 met elkaar 110.042 patiënten met astma in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 90.442 patiënten (82%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	89.437
Mediaan	61.571
Minimum	7.854
Maximum	366.987

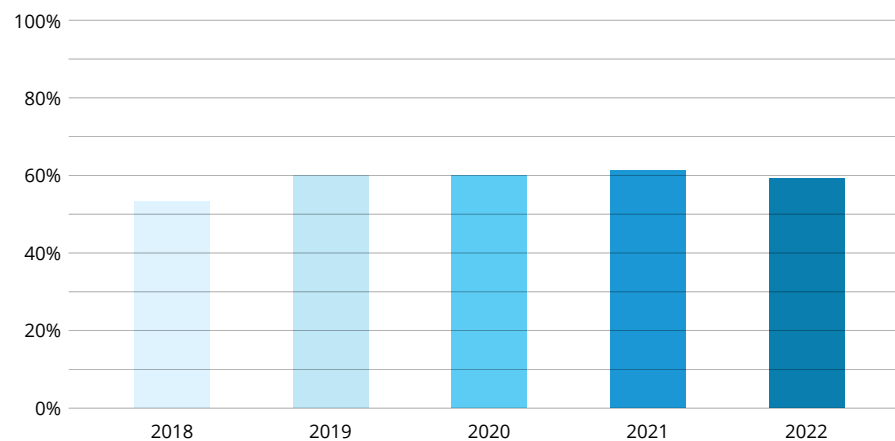
Tabel 9 Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2022¹⁷

¹⁷ 61 zorggroepen leverden gegevens aan, van 60 zorggroepen was de populatie bekend.

	patiënten met astma (gegevens van 58 zorggroepen)	prevalentie (gegevens van 58 zorggroepen)	% specialist (gegevens van 58 zorggroepen)	% huisarts in programma (gegevens van 61 zorggroepen)	% huisarts niet in programma (gegevens van 58 zorggroepen)
gemiddeld ¹⁸	5.560	6,38%	9,26%	32,06%	26,85%
minimum	450	1,72%	0,83%	0,88%	0,81%
maximum	22.587	14,95%	18,50%	71,67%	58,31%

Tabel 10 Verdeling mensen met astma in zorgprogramma over zorggroepen

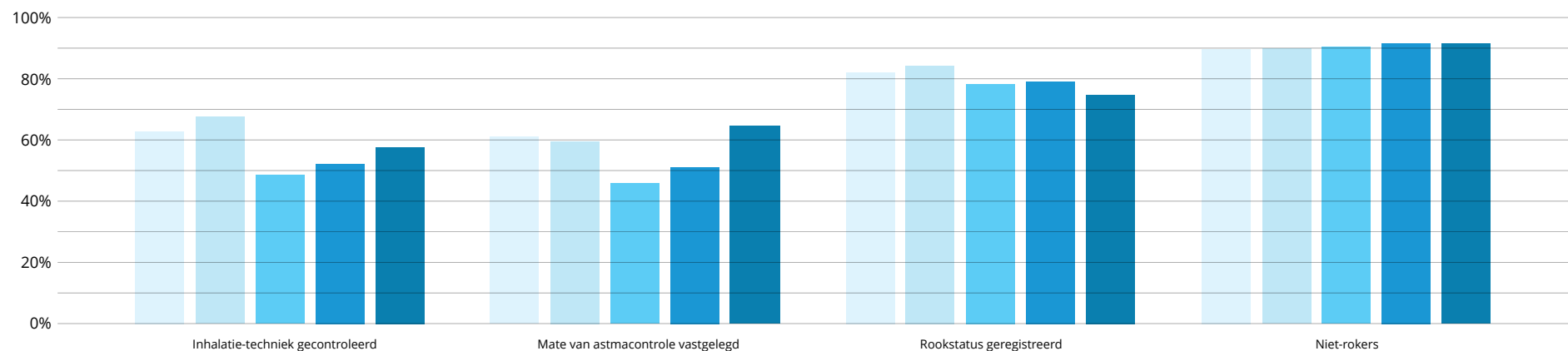
Van alle patiënten met astma was in 2022 gemiddeld 9,26% in behandeling bij de specialist, 26,85% liep bij de huisarts maar zonder programmatische zorg en 32,06% was geïncubeerd in een zorgprogramma. Ook hier is weer sprake van grote praktijkvariatie tussen zorggroepen.



Grafiek 12 Vergelijking percentage patiënten met astma behandeld in de eerste lijn

Om zicht te krijgen op substitutie van tweede naar eerste lijn hebben we het percentage patiënten dat in de eerste lijn wordt behandeld vergeleken over vijf jaren. Voor deze vergelijking hebben we alleen groepen meegenomen die algemene populatiegegevens (totale populatie, aantal patiënten met astma, aantal patiënten met hoofdbehandelaar specialist, aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, aantal patiënten niet in programmatische zorg) konden aanleveren. Er waren in 2022 iets minder astmapatiënten in de eerste lijn ten opzichte van vorig jaar.

¹⁸ 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.



Grafiek 13 Vergelijking toe- en afname over de afgelopen 5 jaar van vijf ASTMA-indicatoren

2018 2019 2020 2021 2022

Bij de in deze grafiek gepresenteerde gegevens over de gehele populatie is zichtbaar dat in 2022 bij twee items sprake is van een toename van de indicator-score en bij twee een afname. Zo is er in 2022 bij meer patiënten de inhalatie-techniek gecontroleerd en de mate van astmacontrole vastgelegd ten opzichte van 2021. Het aantal niet-rokers is licht afgenomen en bij minder patiënten is de rookstatus geregistreerd. Ook hier geldt dat we bij enkele indicatoren nog niet op het niveau van voor de coronapandemie zitten. Het verschil is hier wel minder dan bij de andere zorgprogramma's.

RESULTATEN OVER 2022 PER INDICATOR PER ZORGGROEP

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 een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.

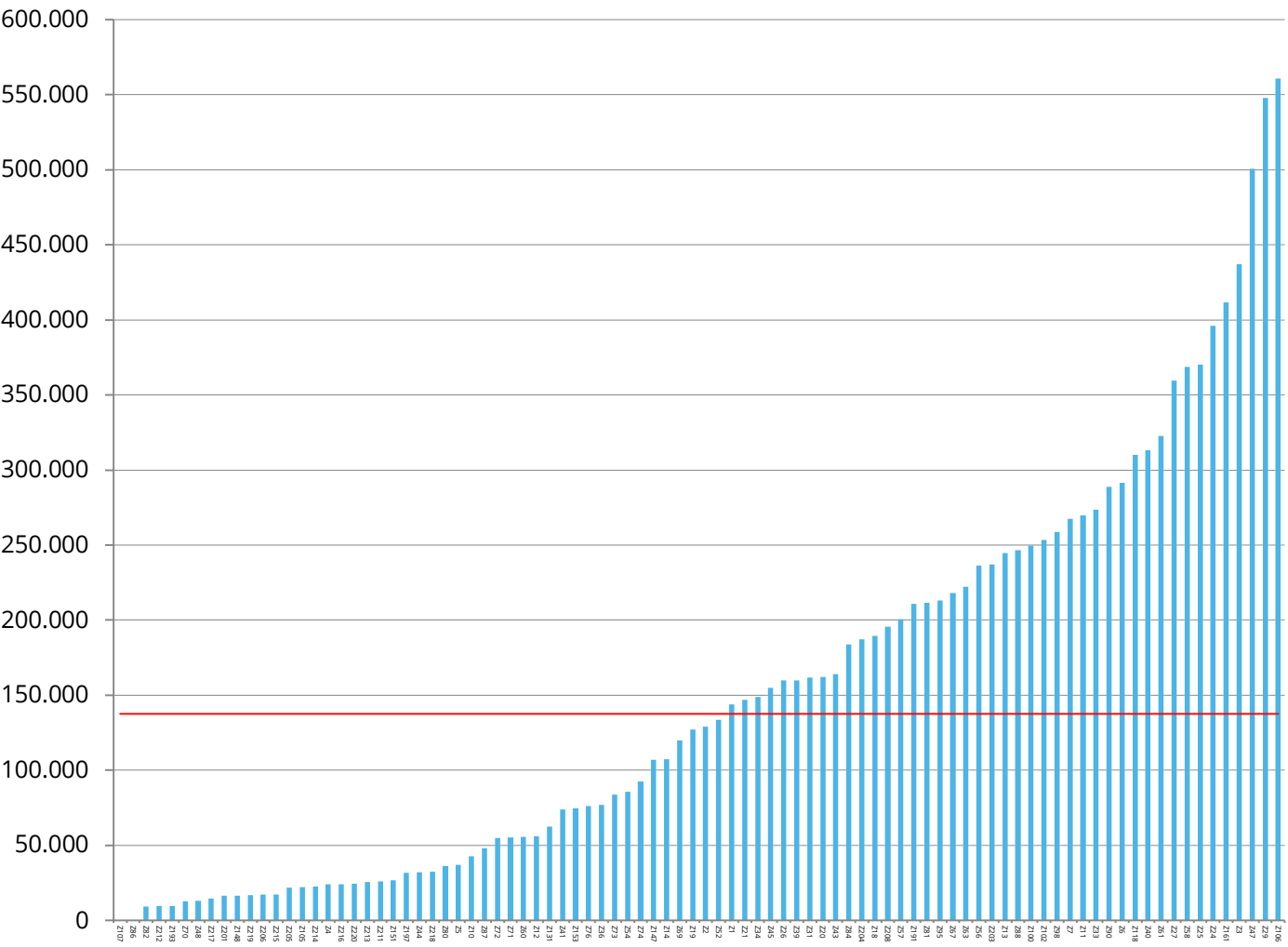


BIJLAGEN



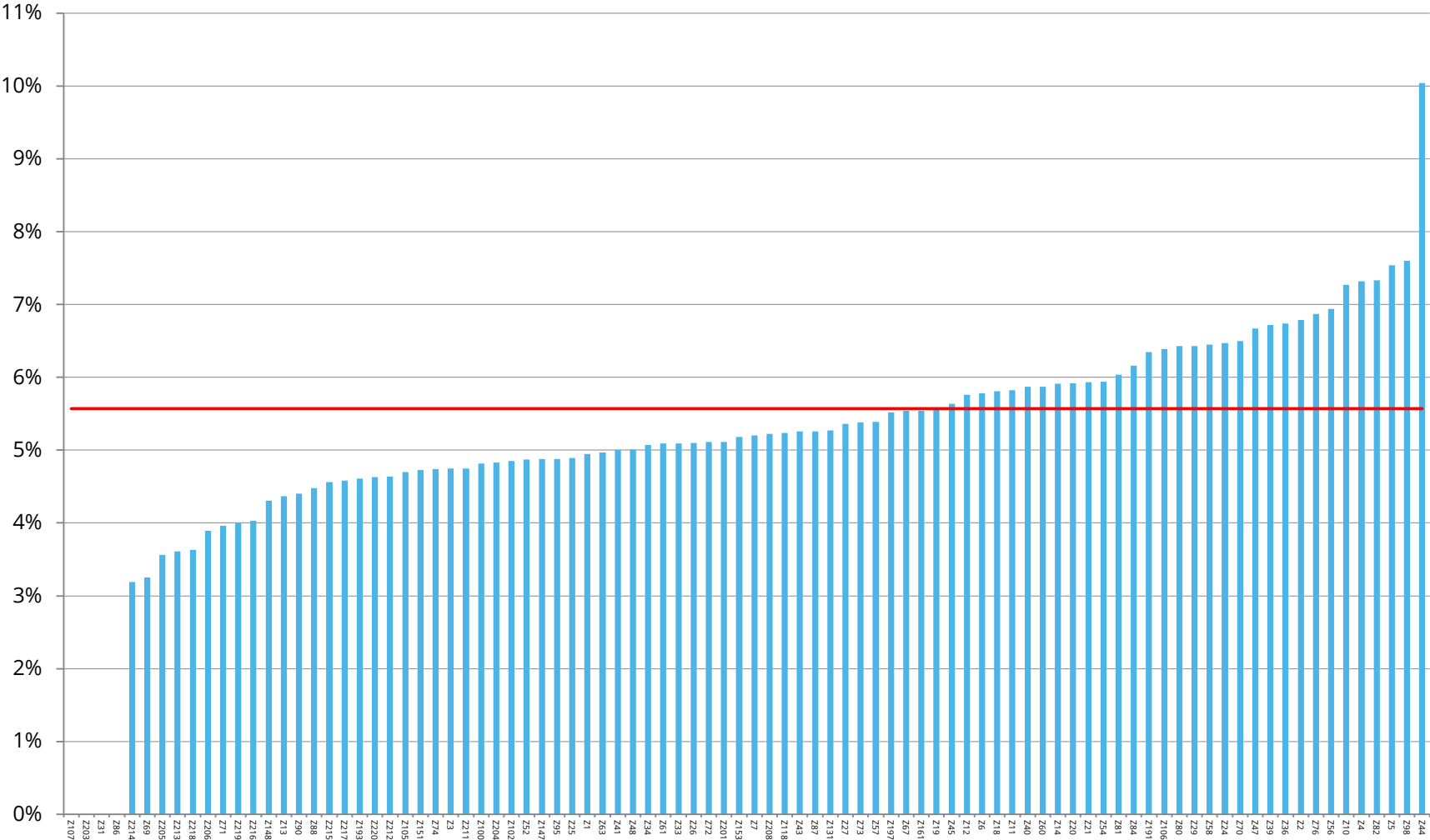


Grafiek 1: Totale populatie zorggroepen



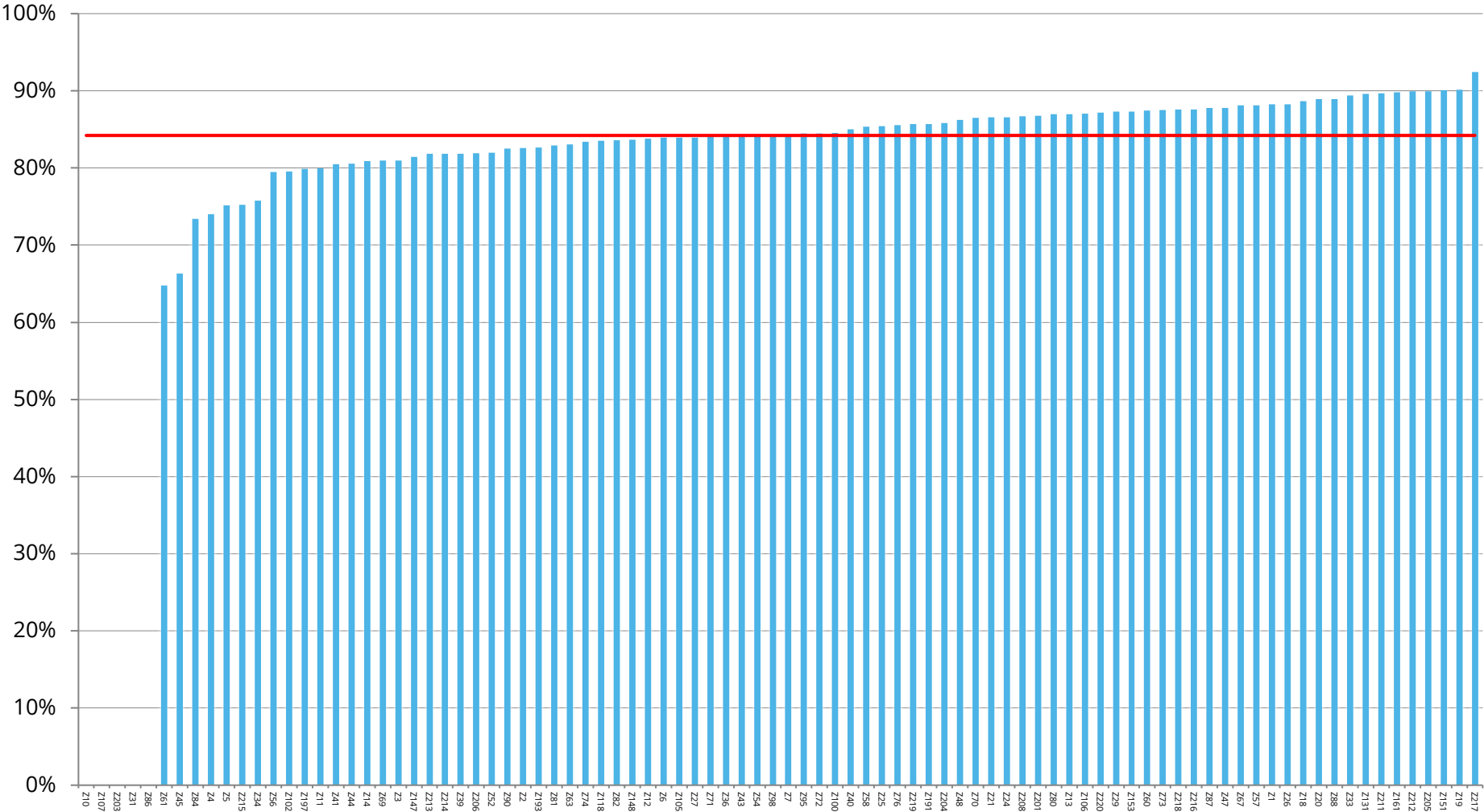


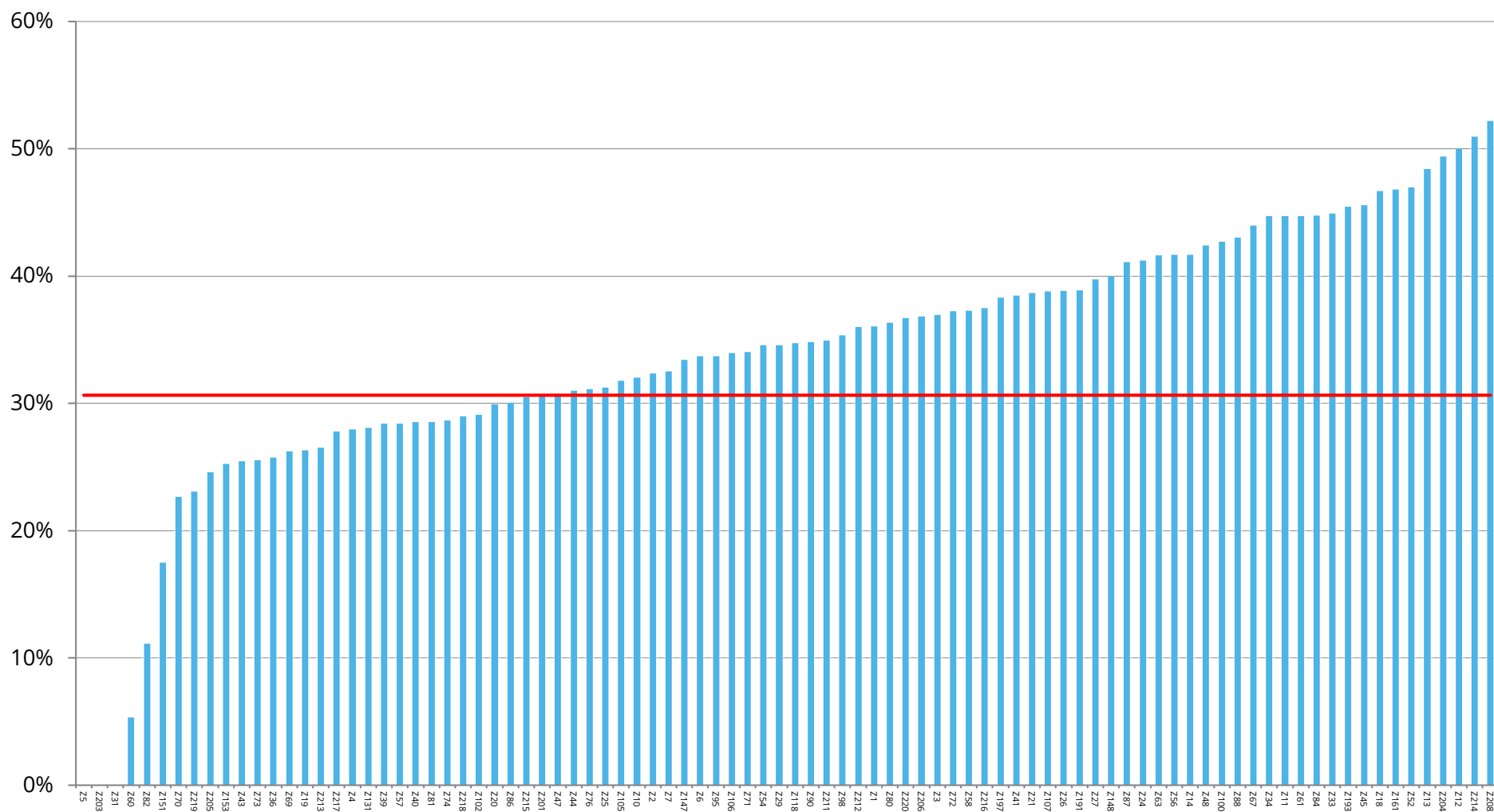
Grafiek 2: Prevalentie diabetes

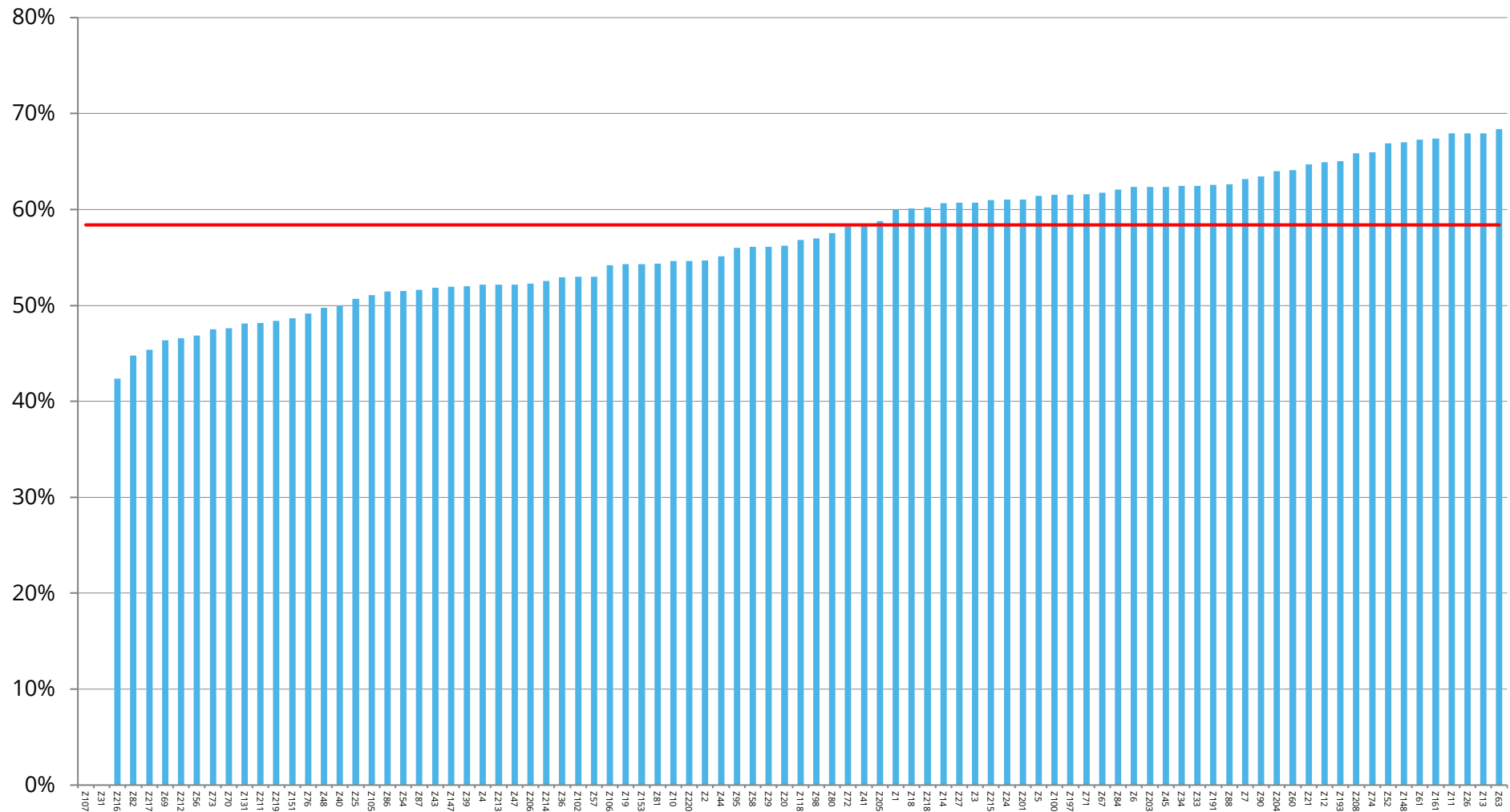




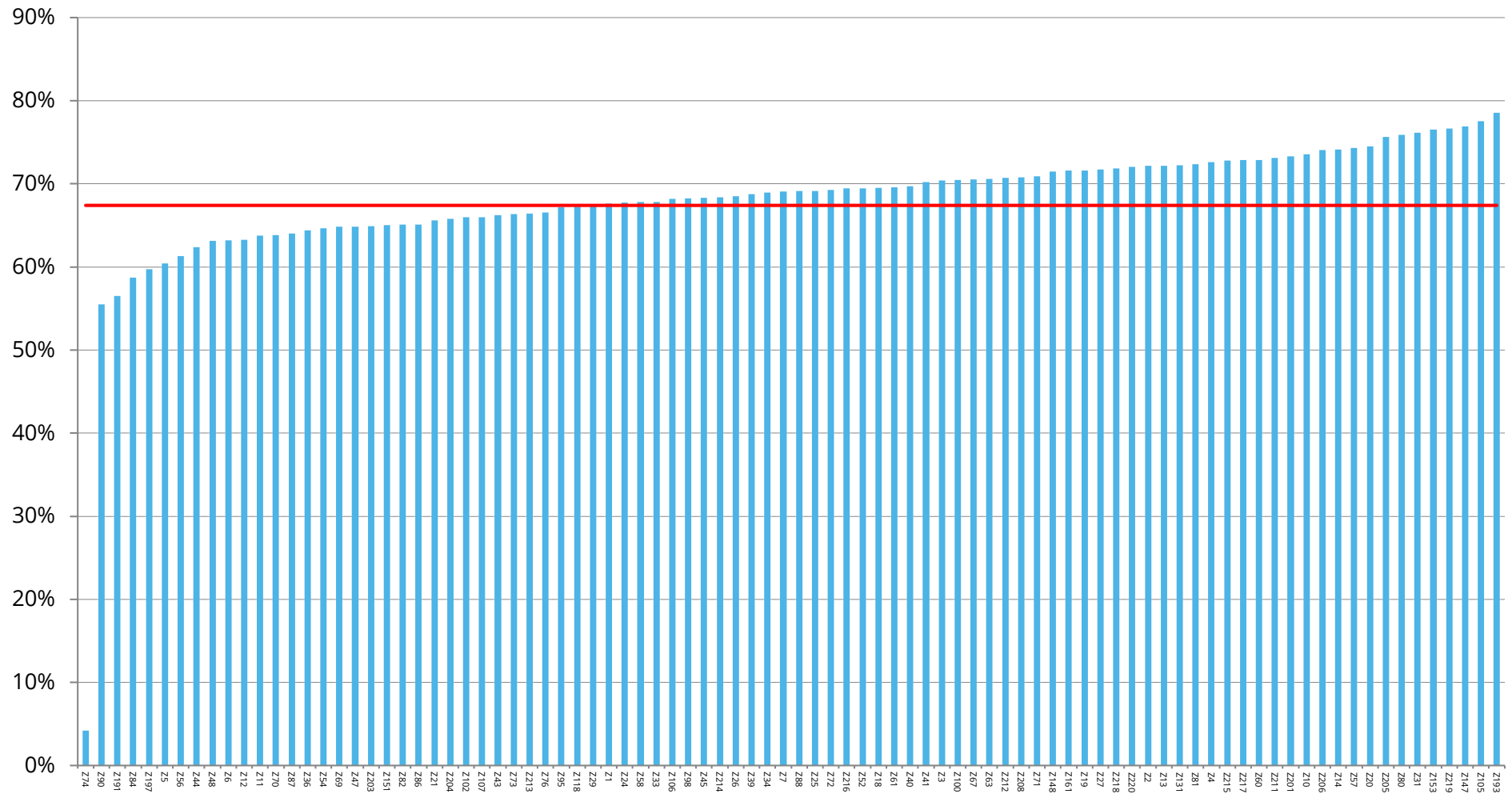
Grafiek 3: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma



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

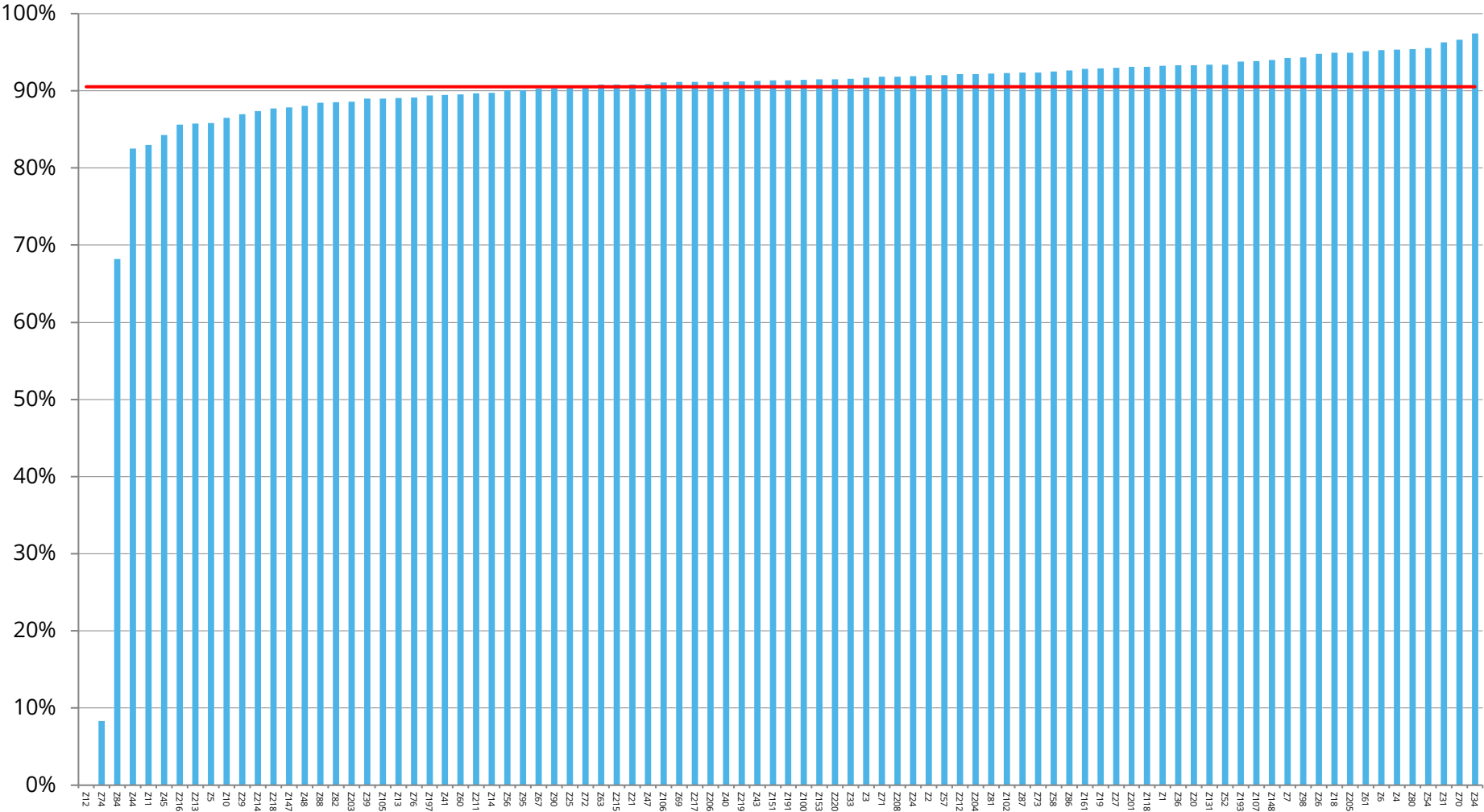
Grafiek 5: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma <70 jaar zonder HVZ bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde gereguleerd

Grafiek 6: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt

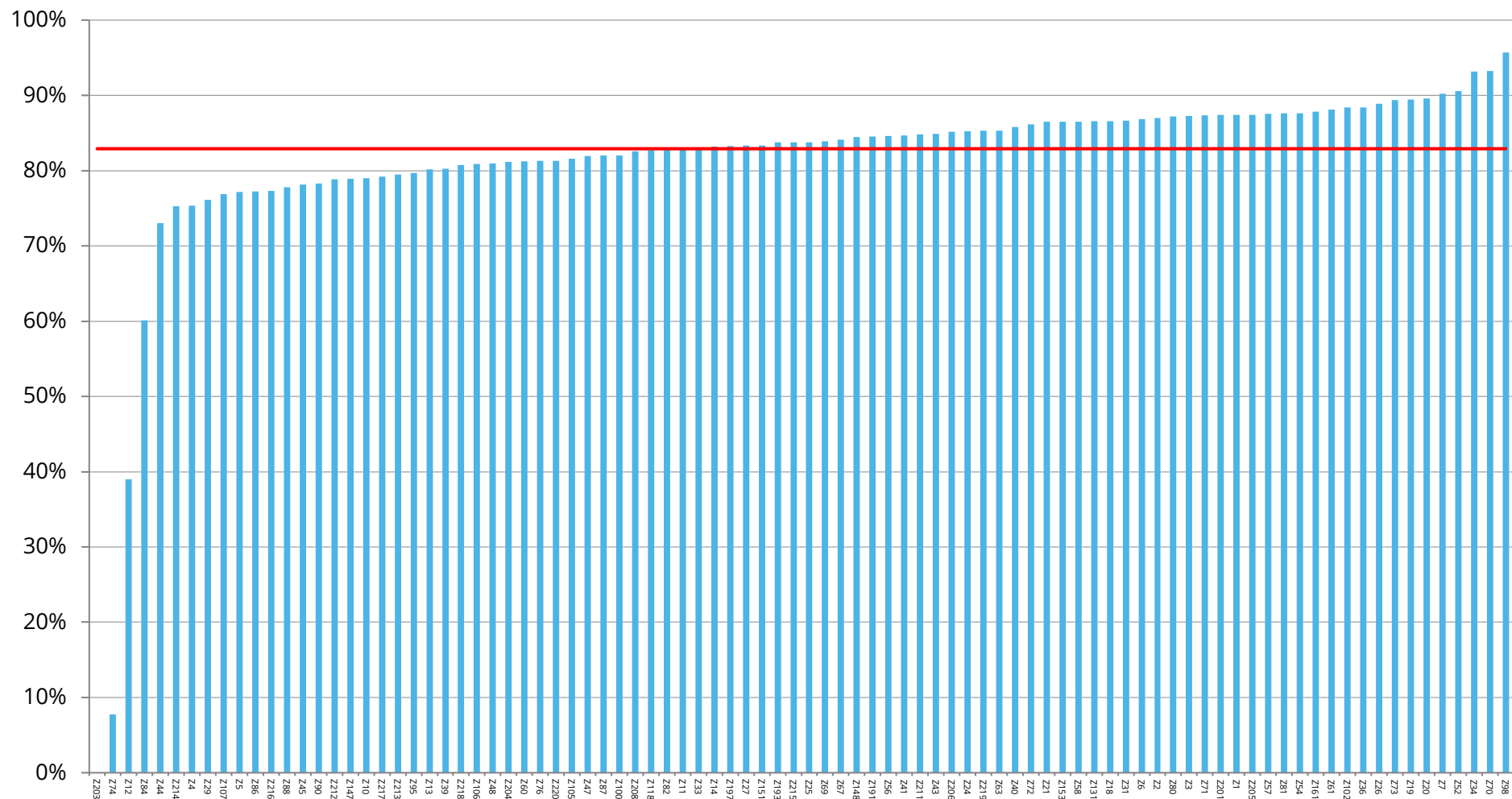




Grafiek 7: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de eGFR is geregistreerd

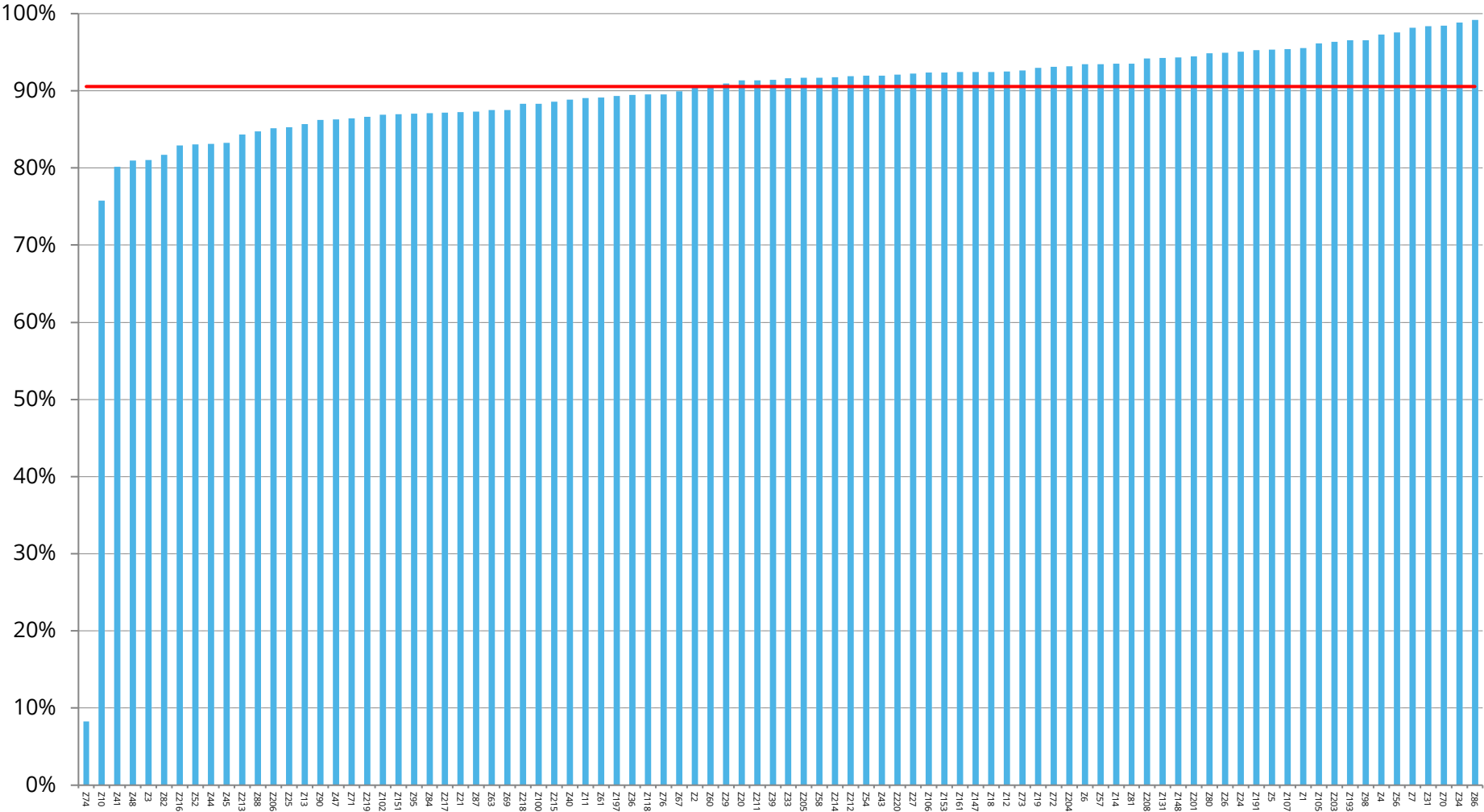


Grafiek 8: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met urineonderzoek (porties) op albumine of albumine/creatinine ratio



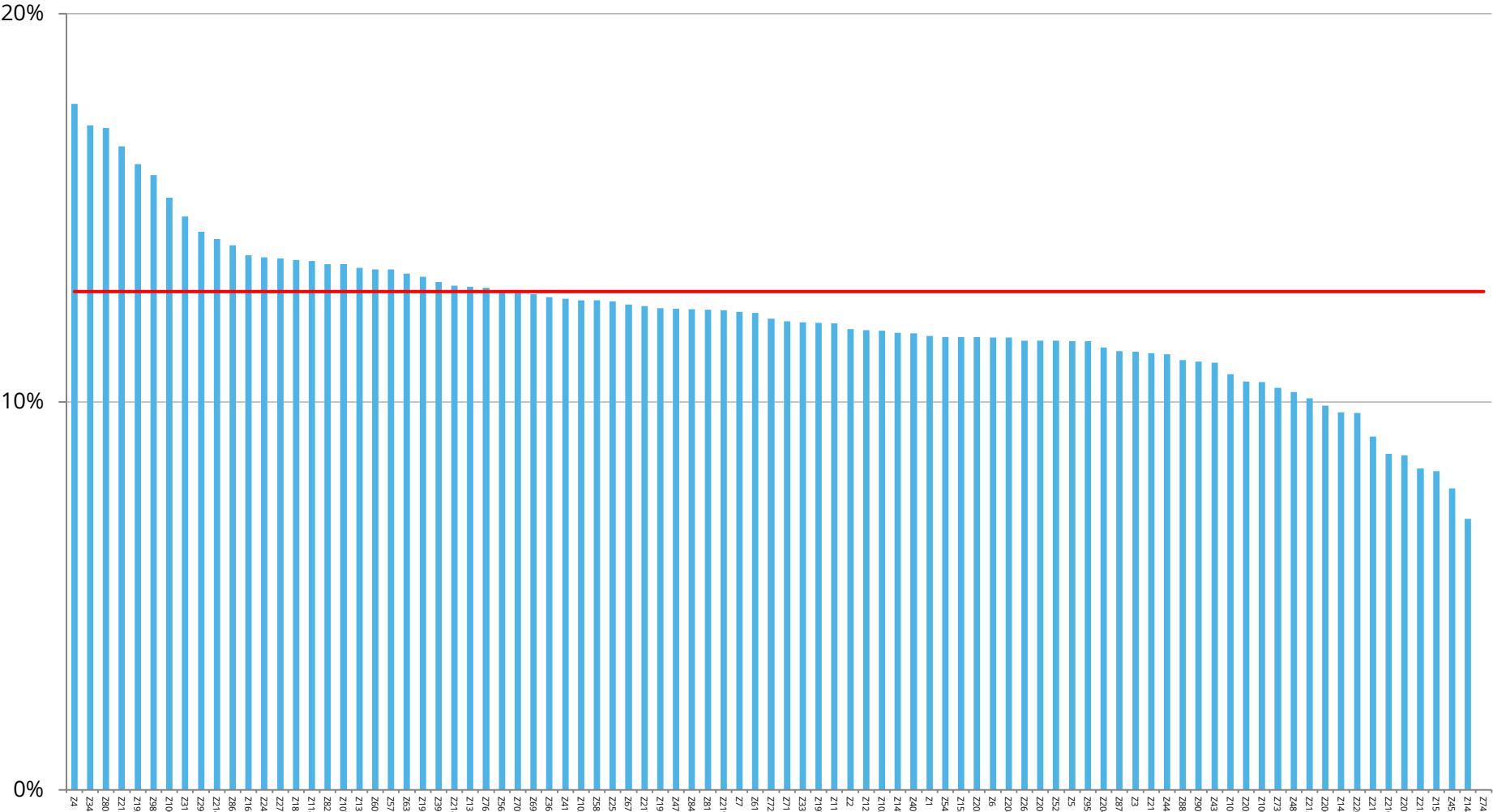


Grafiek 9: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



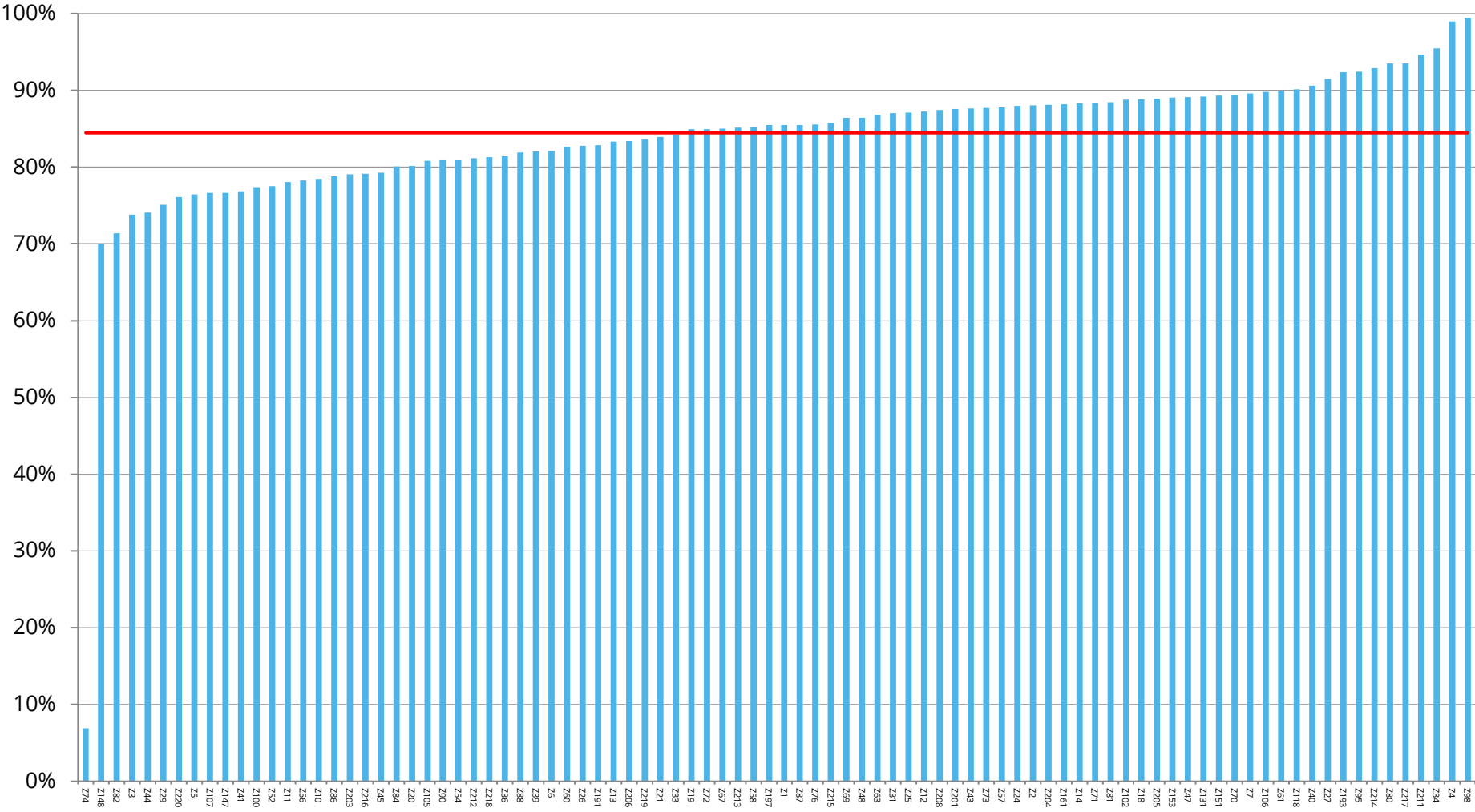


Grafiek 10: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma, van wie rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



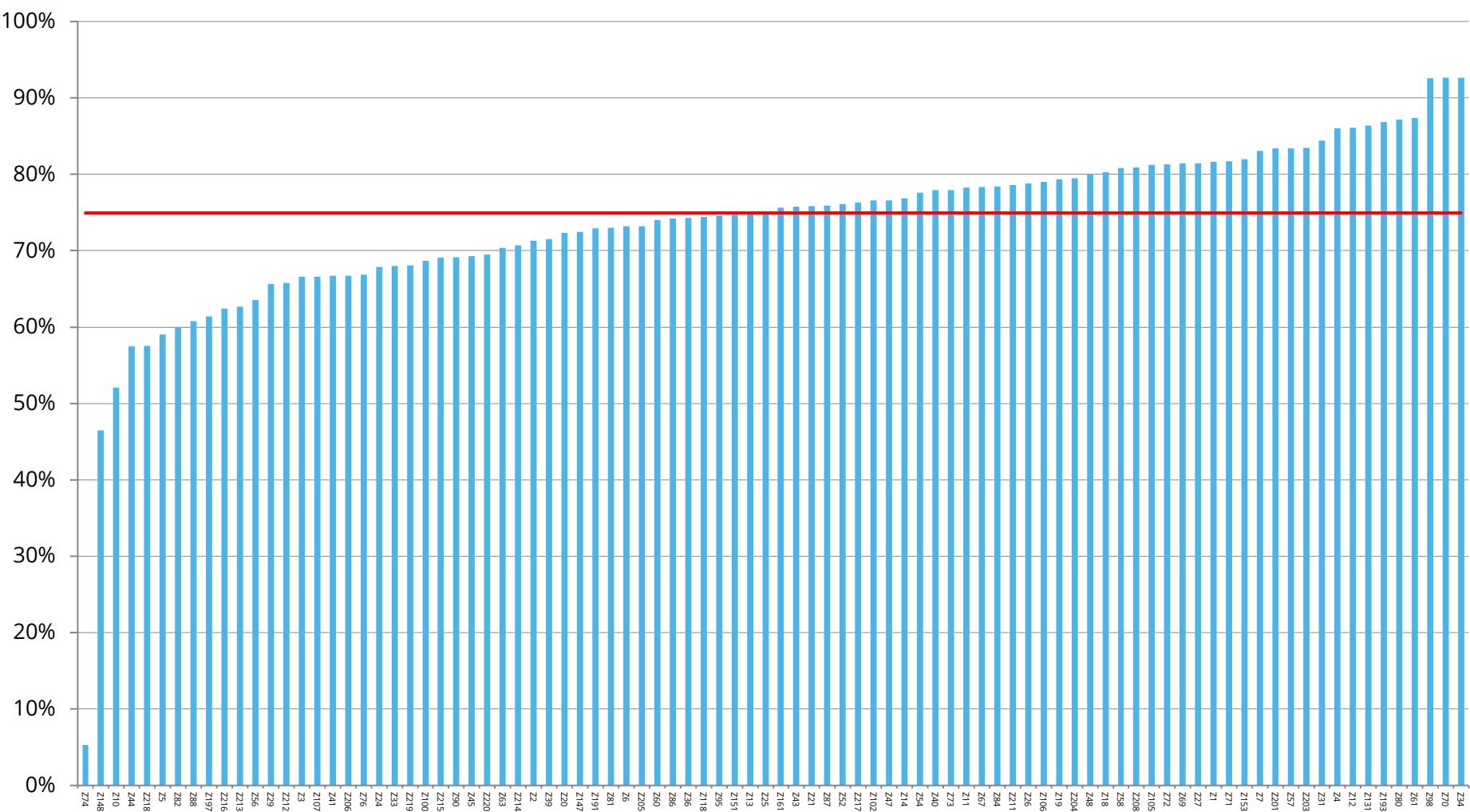


Grafiek 11: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met een funduscontrole in afgelopen drie jaren



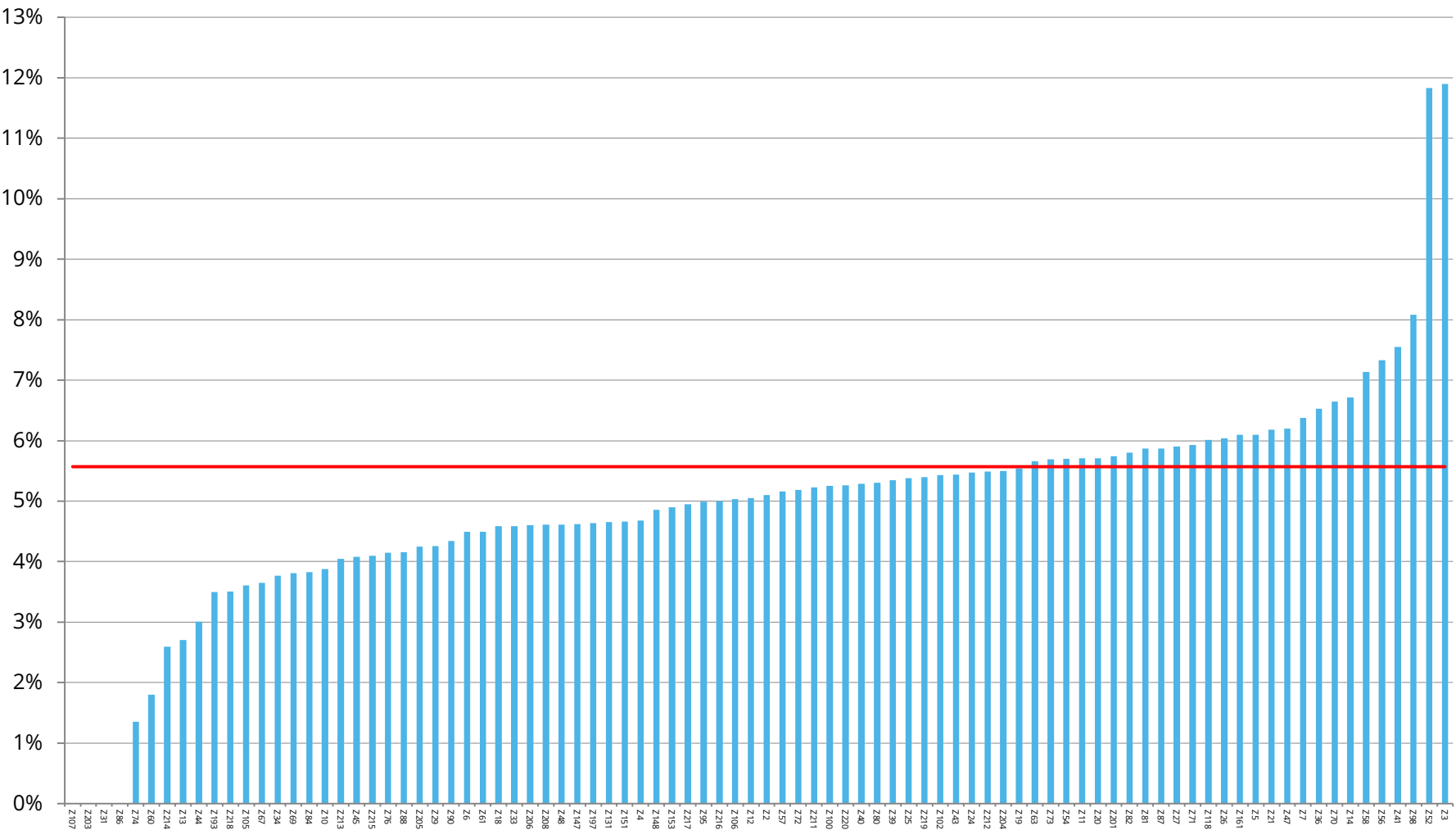


Grafiek 12: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie voetonderzoek is gedaan



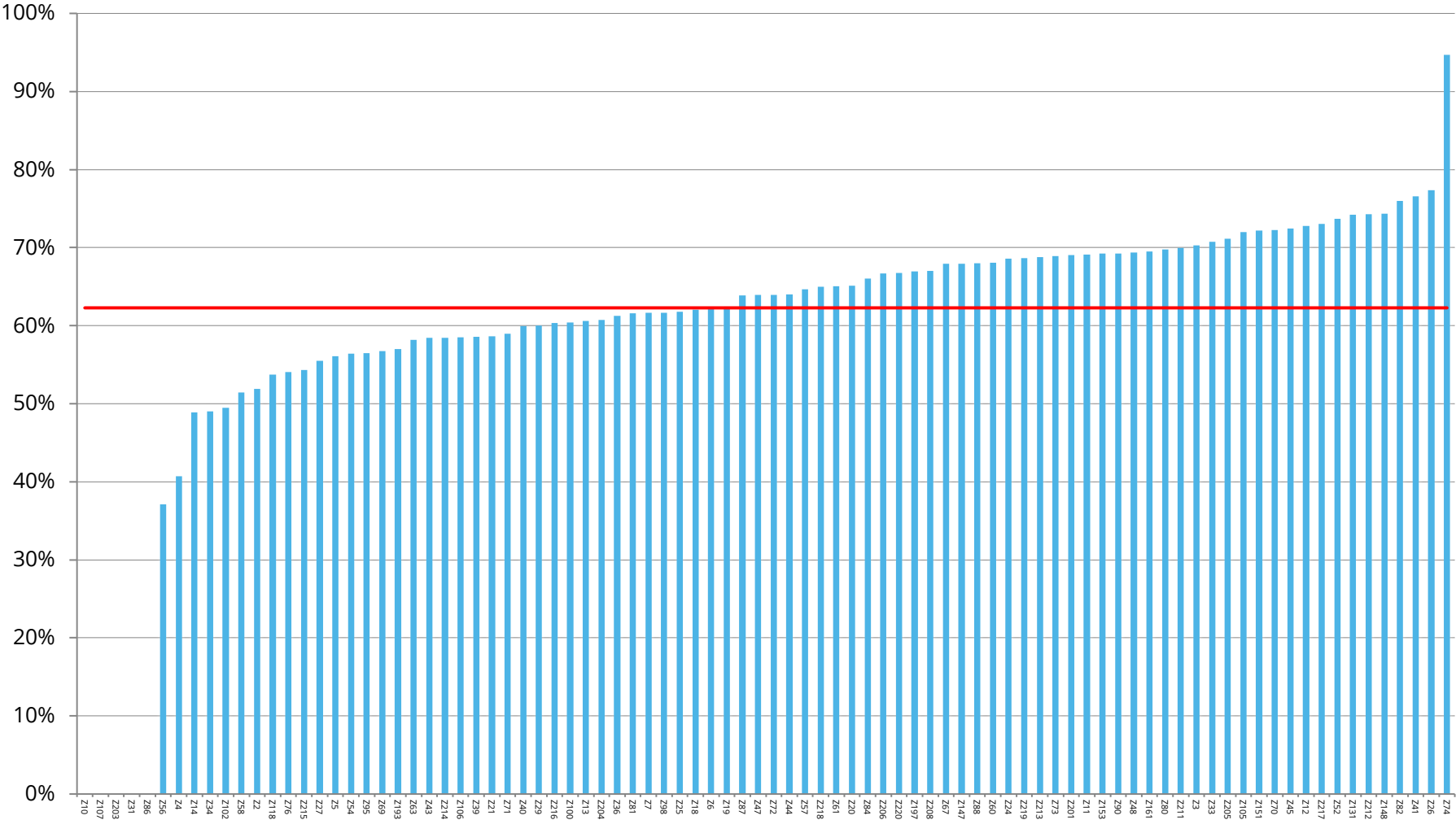


Grafiek 1: Prevalentie HVZ



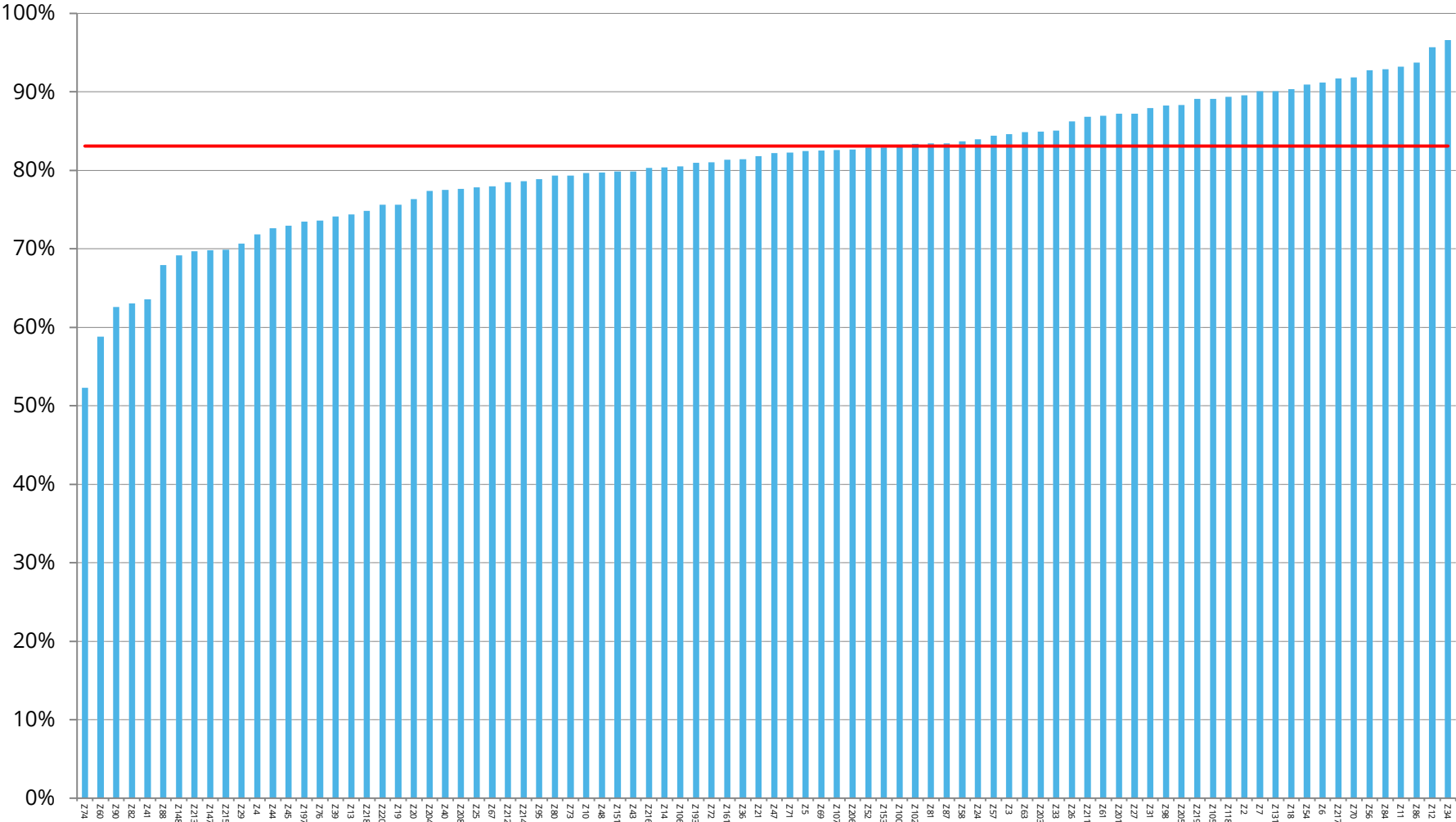


Grafiek 2: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma

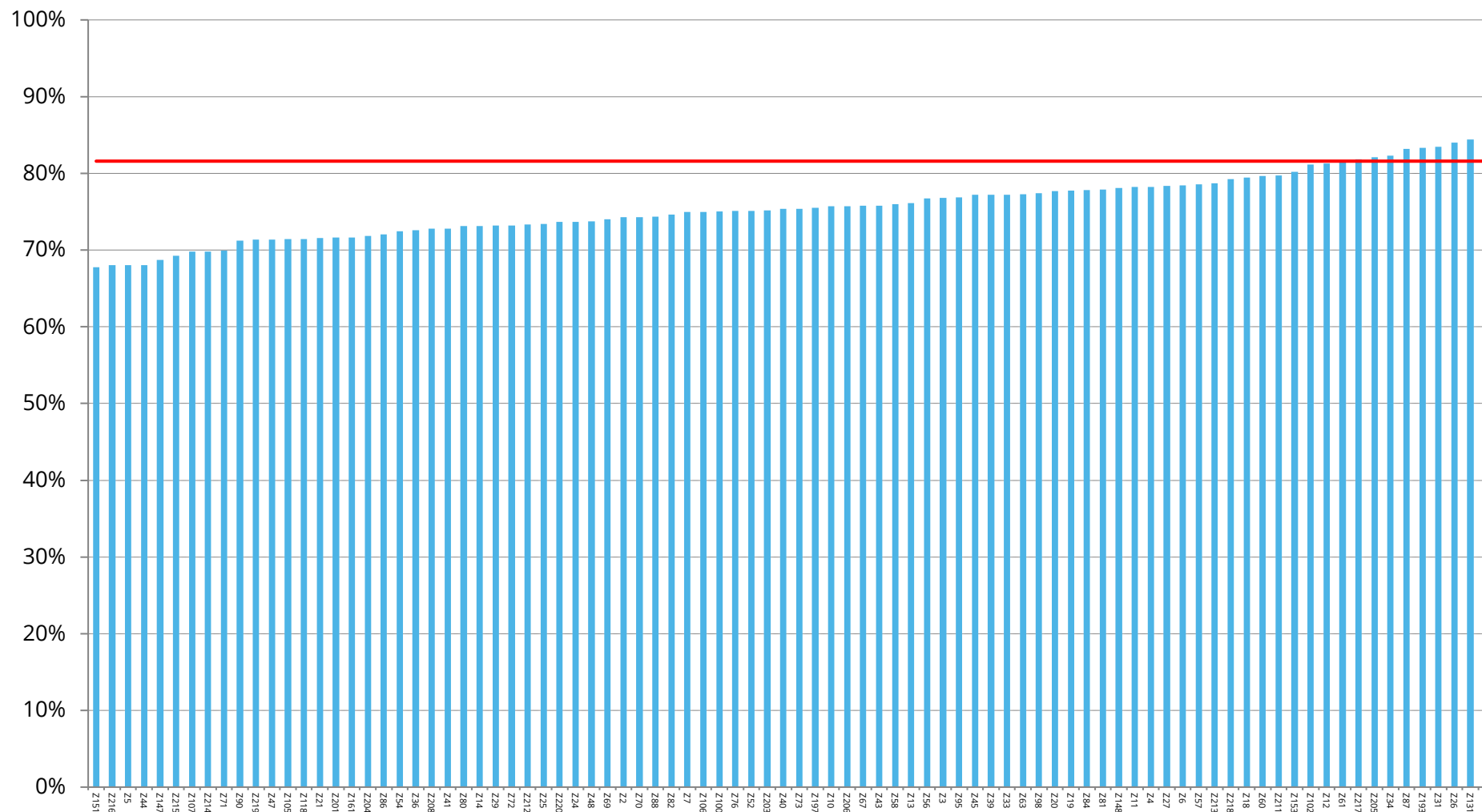


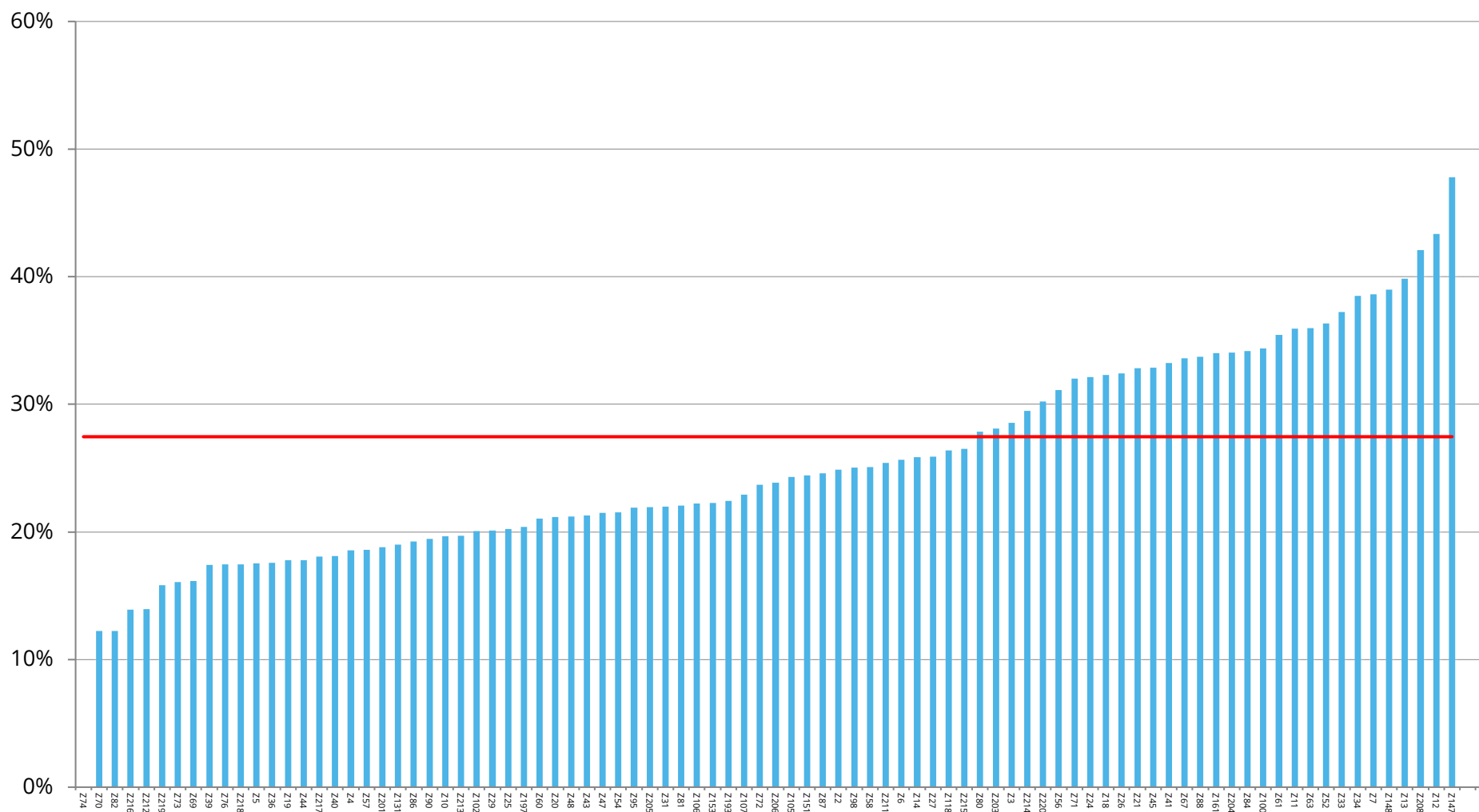


Grafiek 3: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten



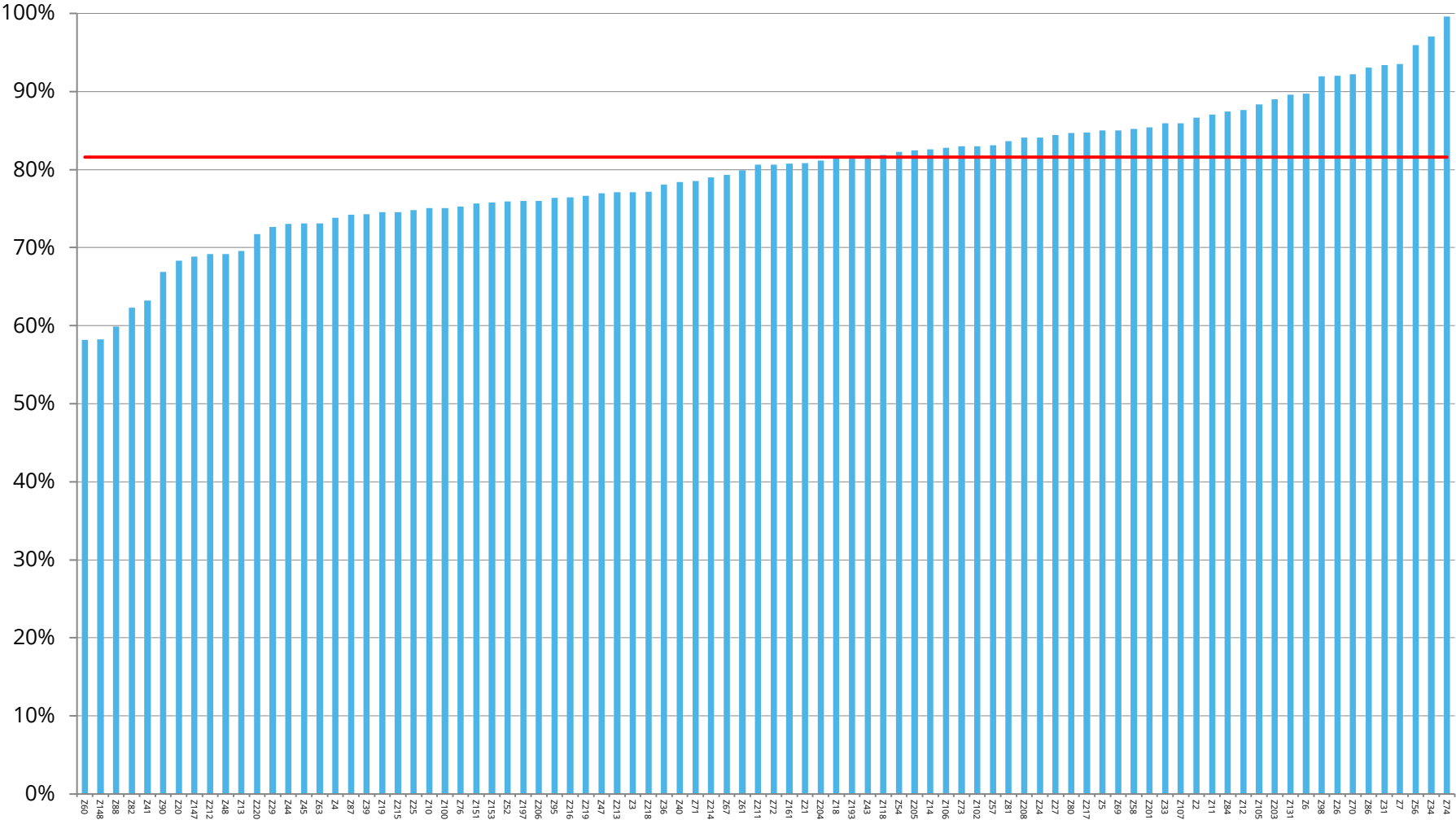
Grafiek 4: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma <70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met adequaat gereguleerde systolische bloeddruk



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

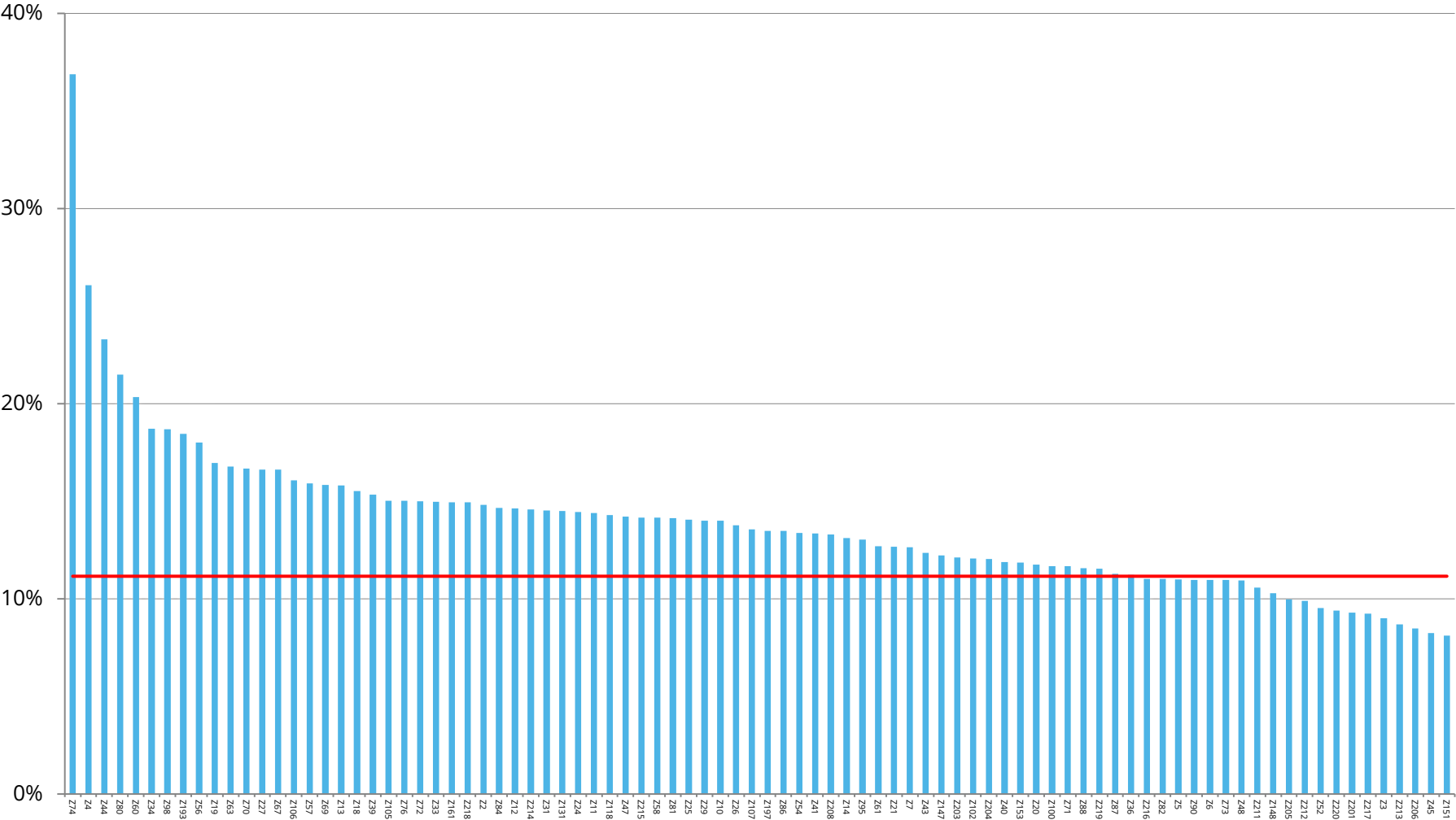


Grafiek 6: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



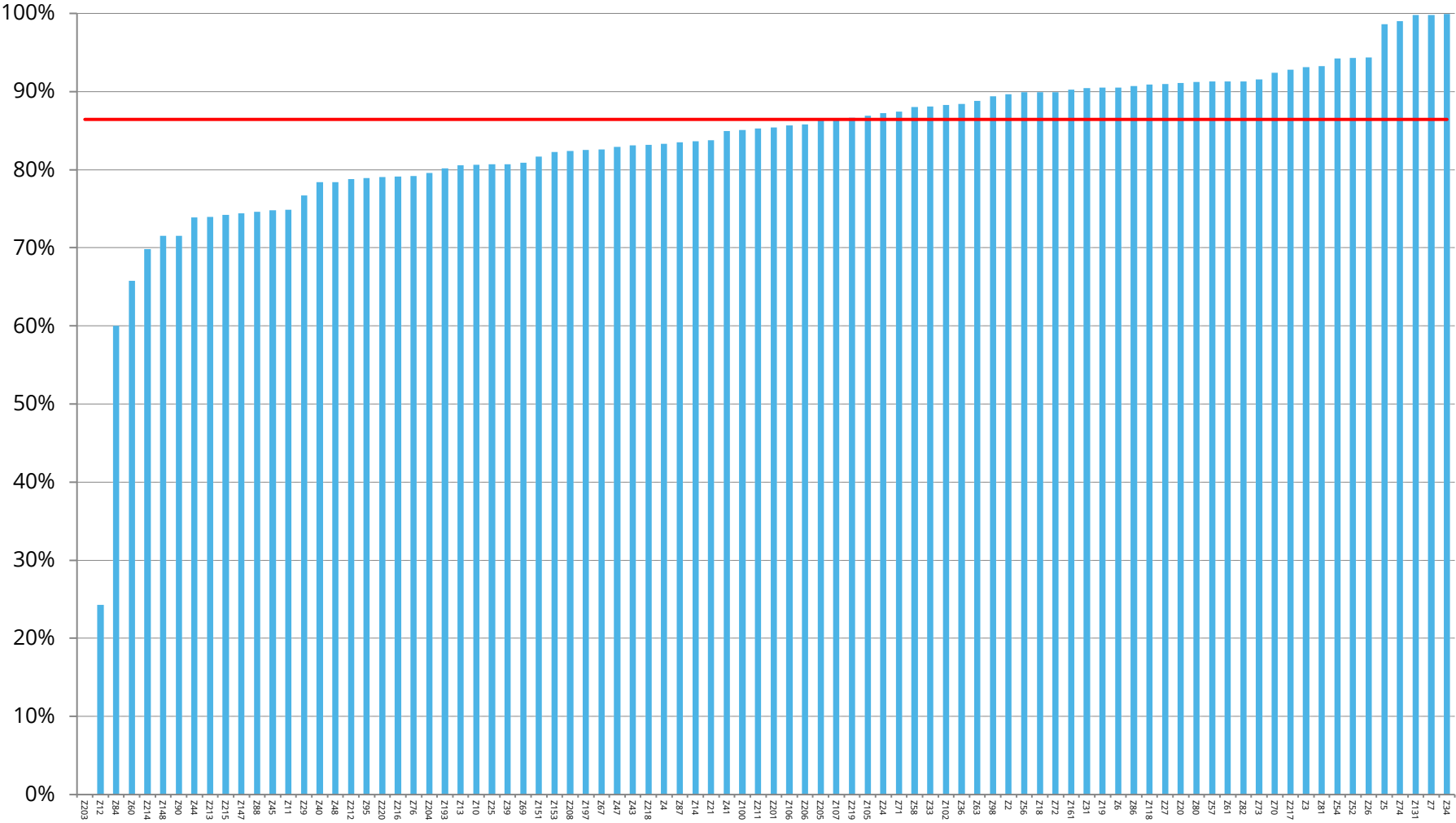


Grafiek 7: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd, dat rookt

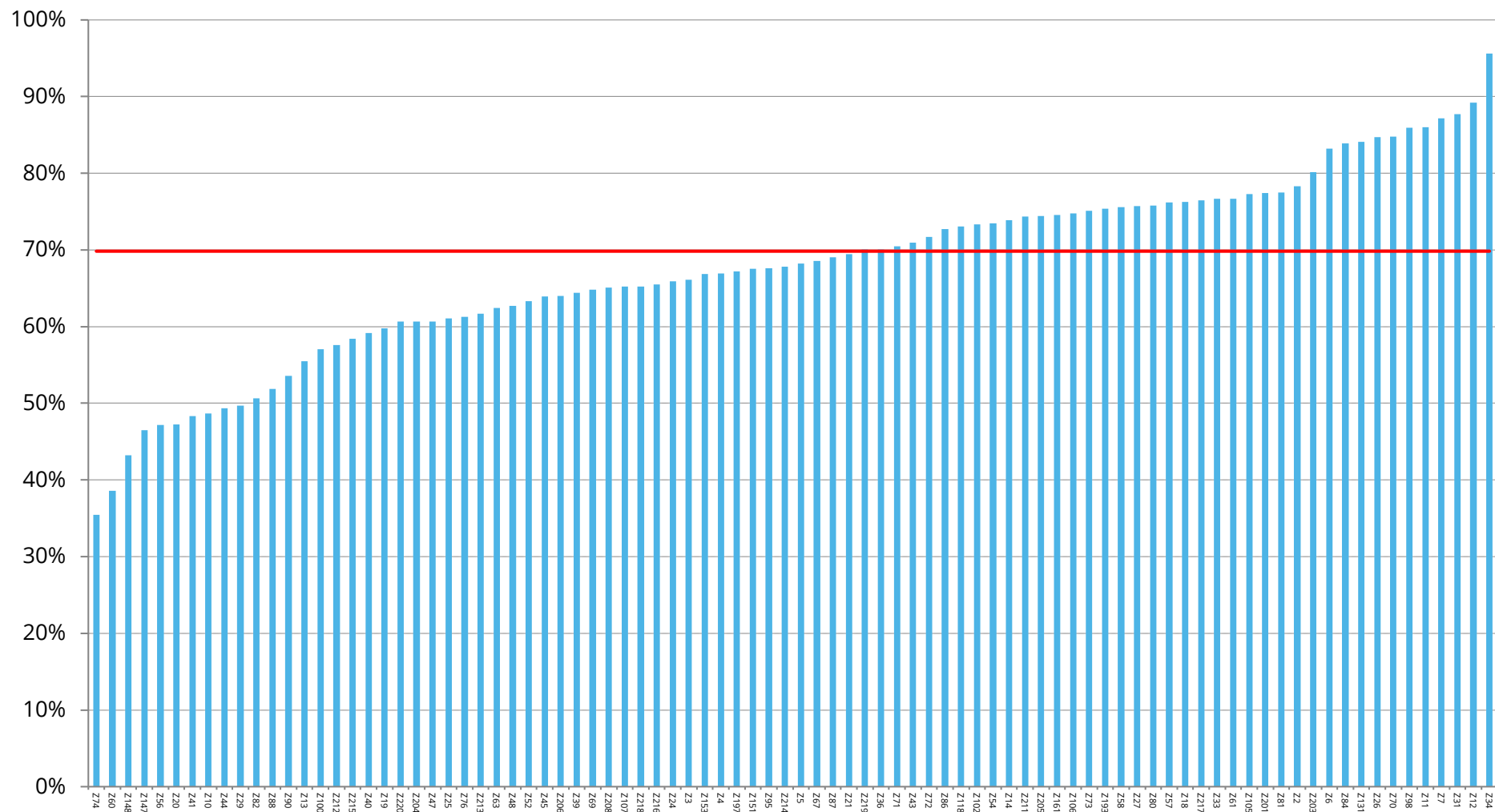




Grafiek 8: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is gemeten in afgelopen jaar

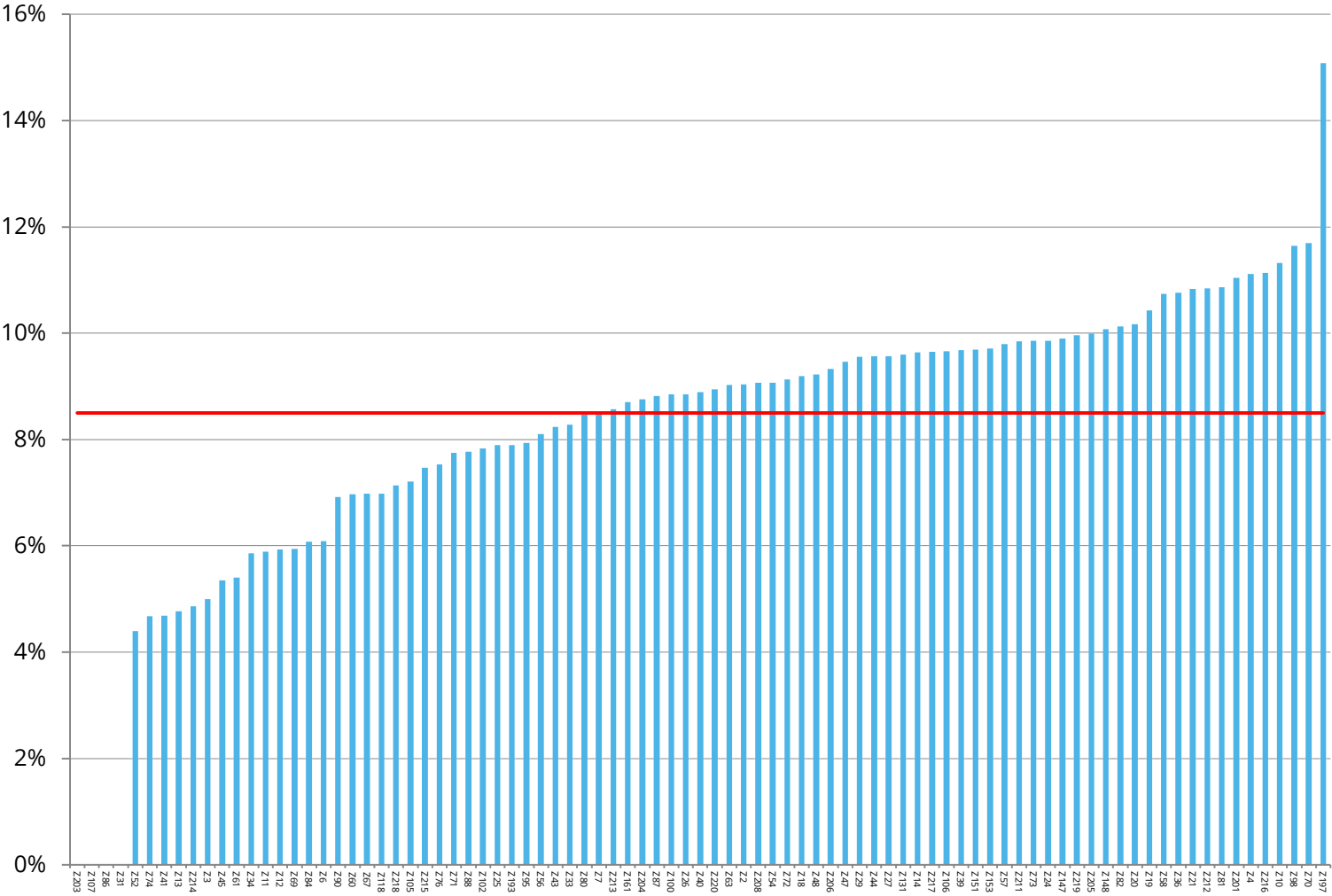


Grafiek 9: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode



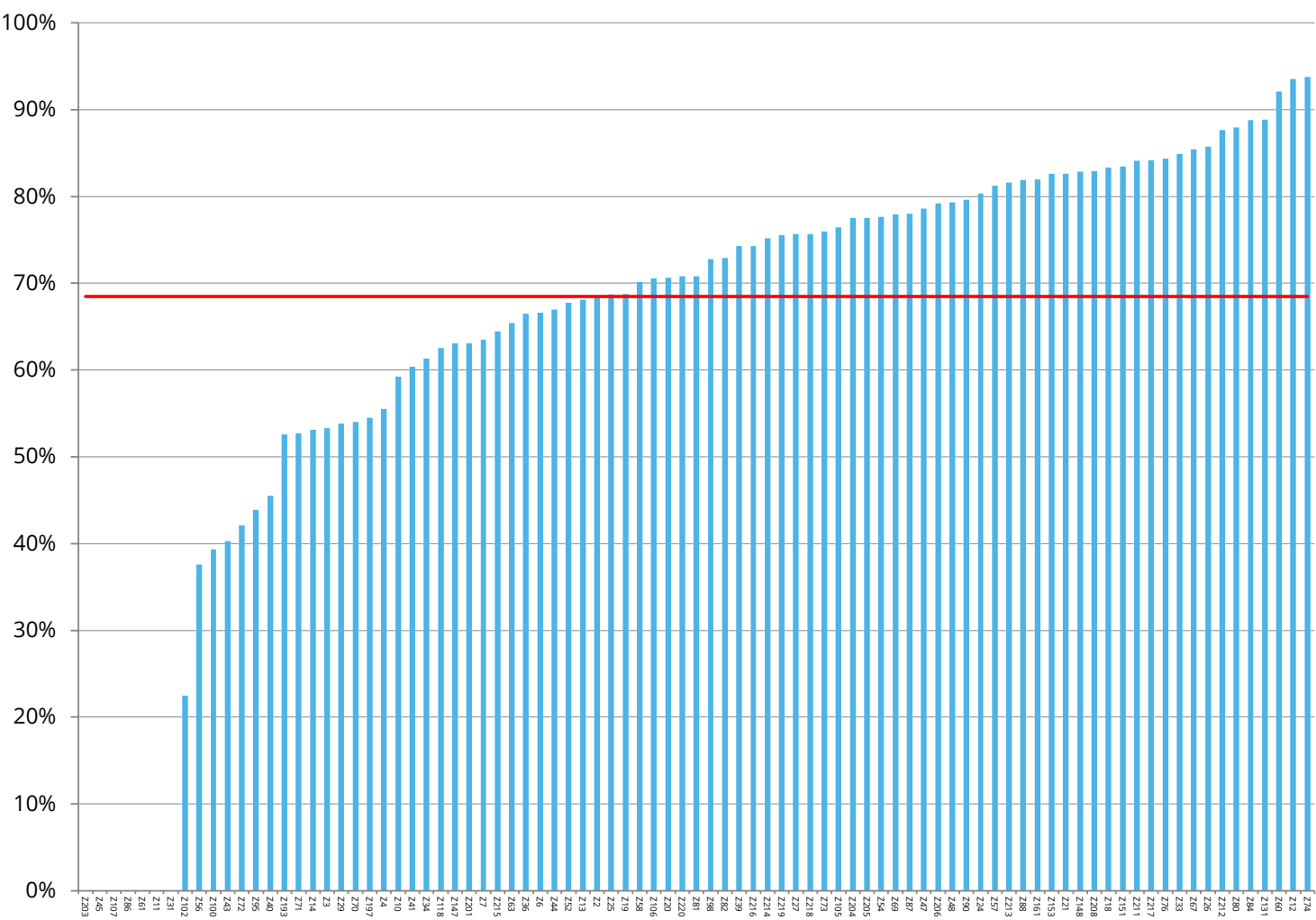


Grafiek 1: Prevalentie VVR

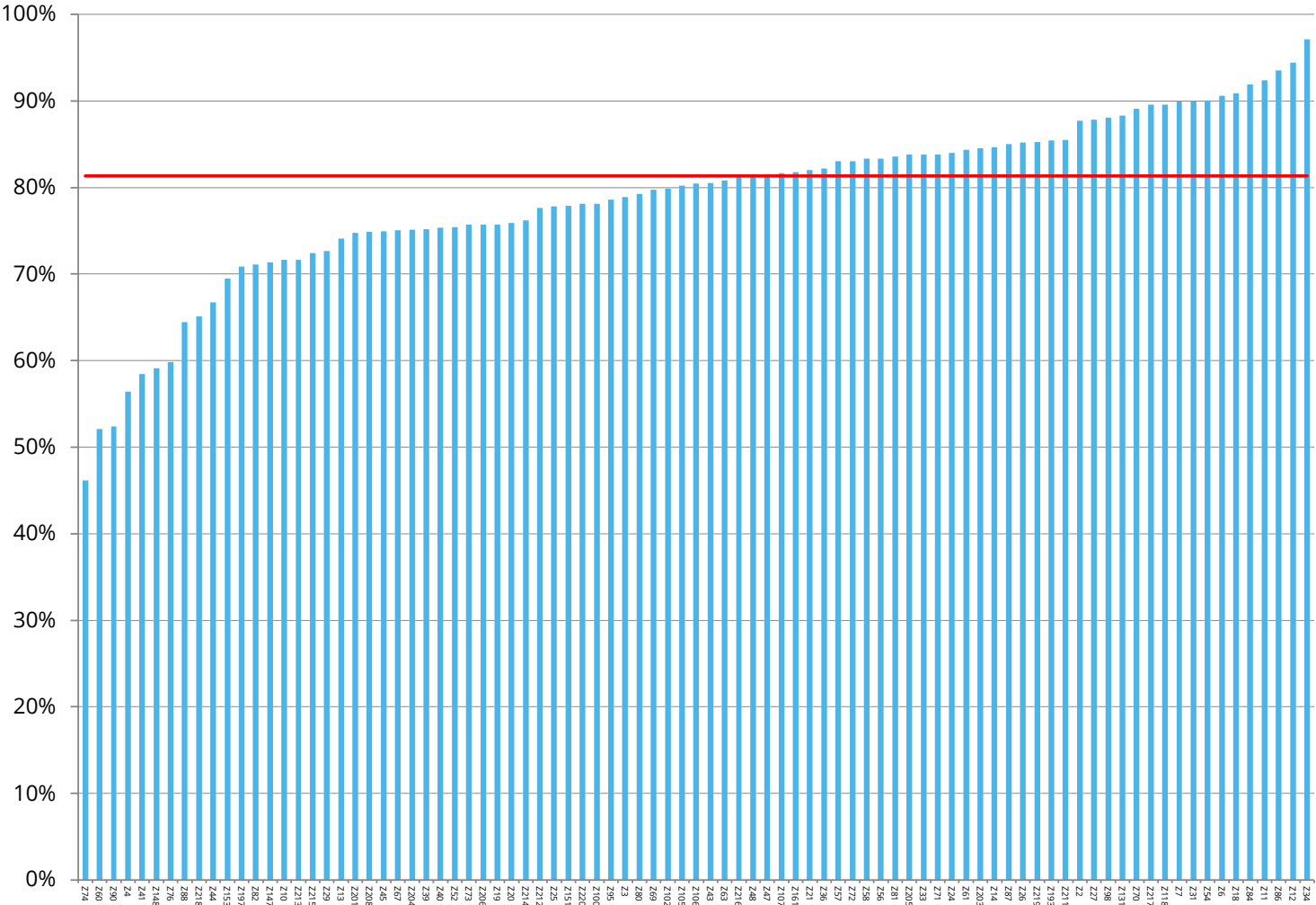




Grafiek 2: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma

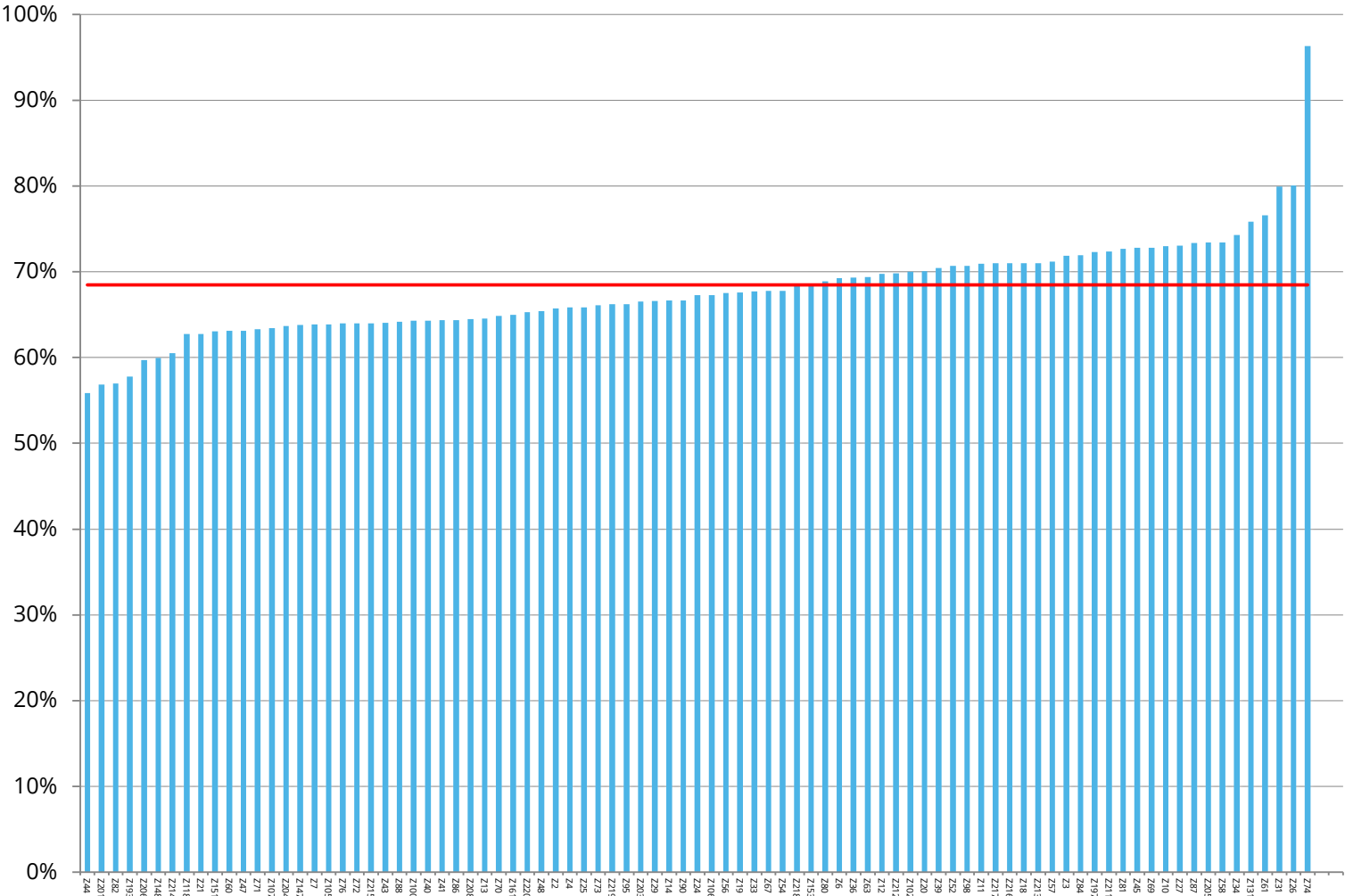


Grafiek 3: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten

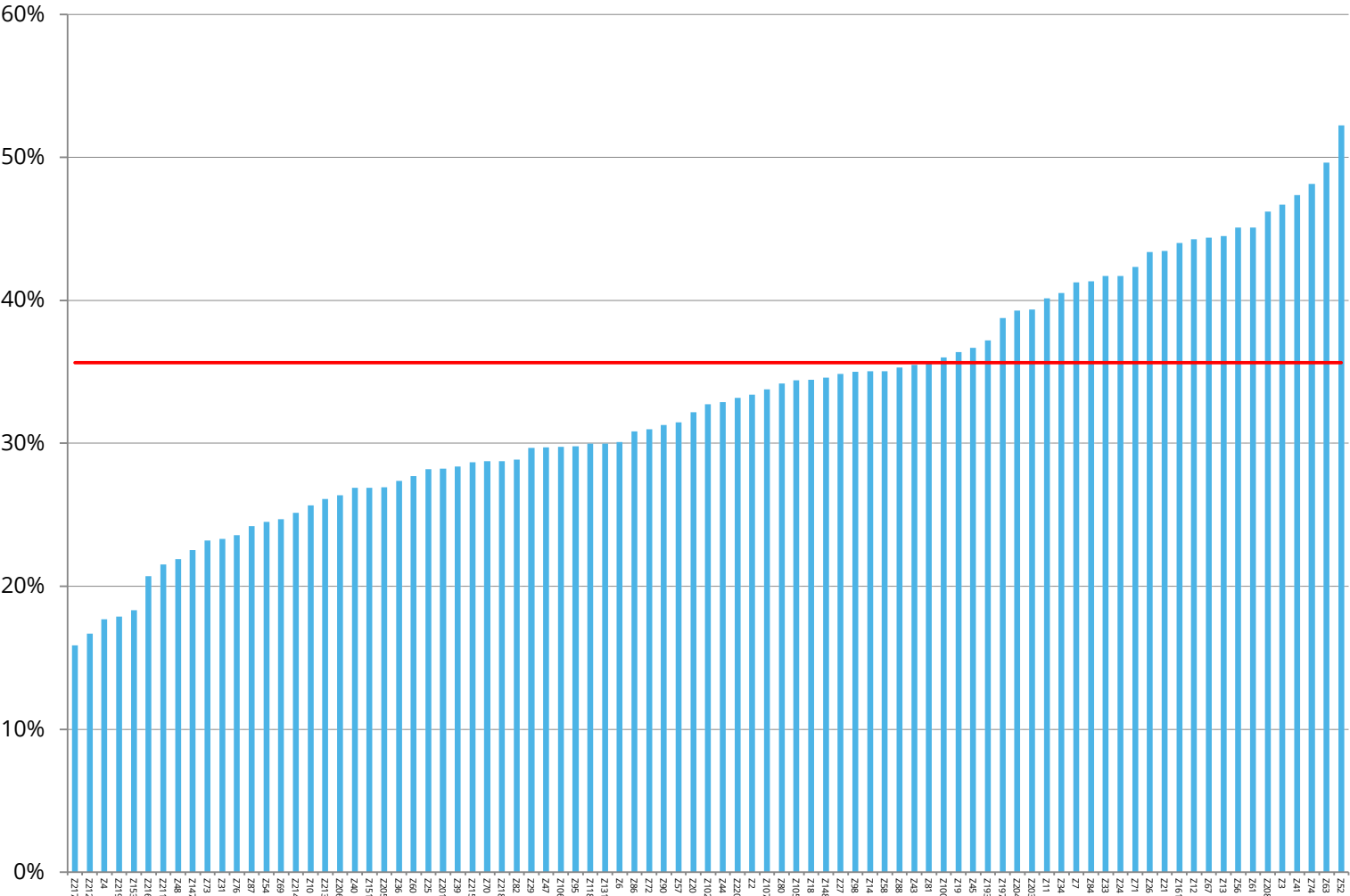


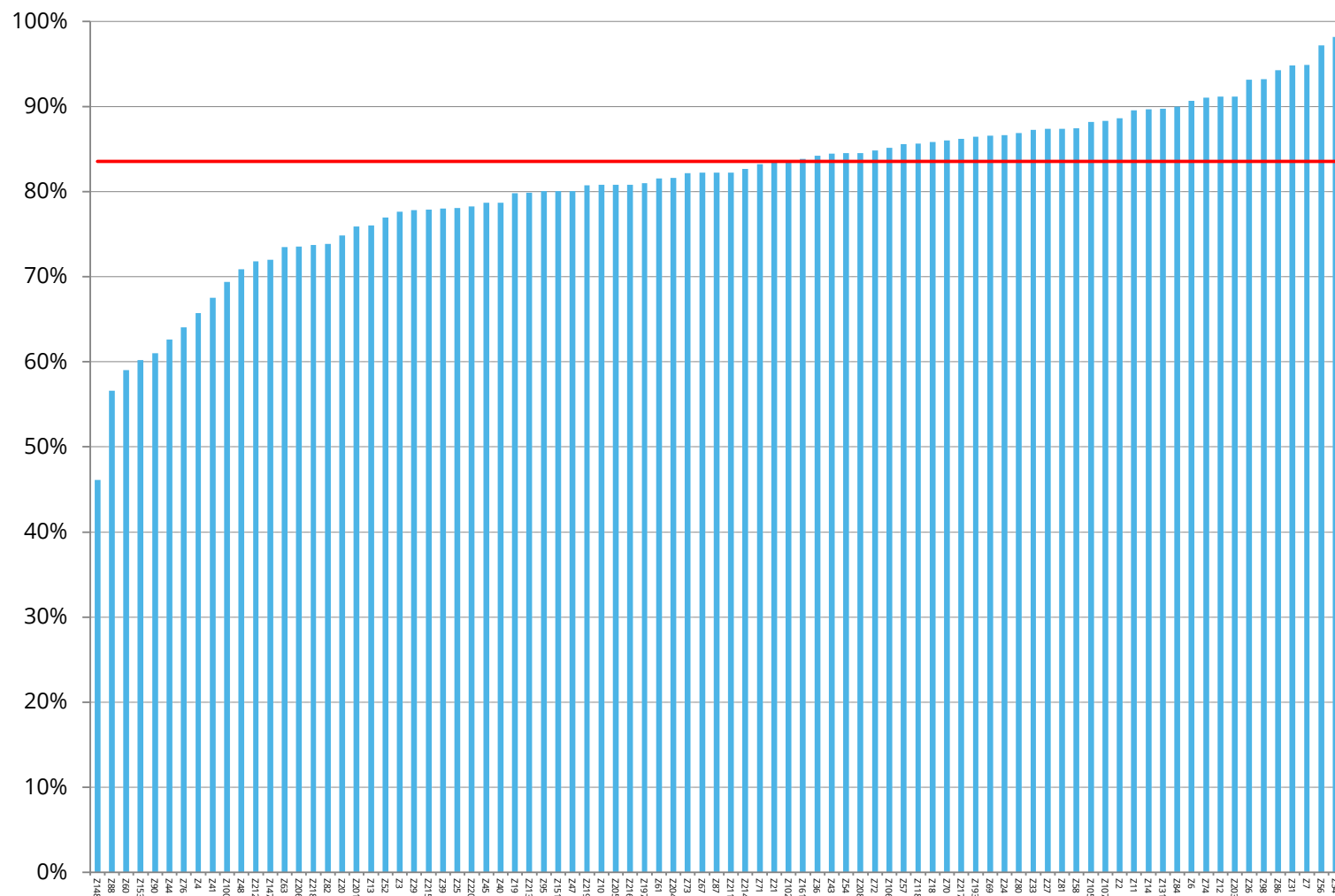


Grafiek 4: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma <70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met adequaat gereguleerde systolische bloeddruk



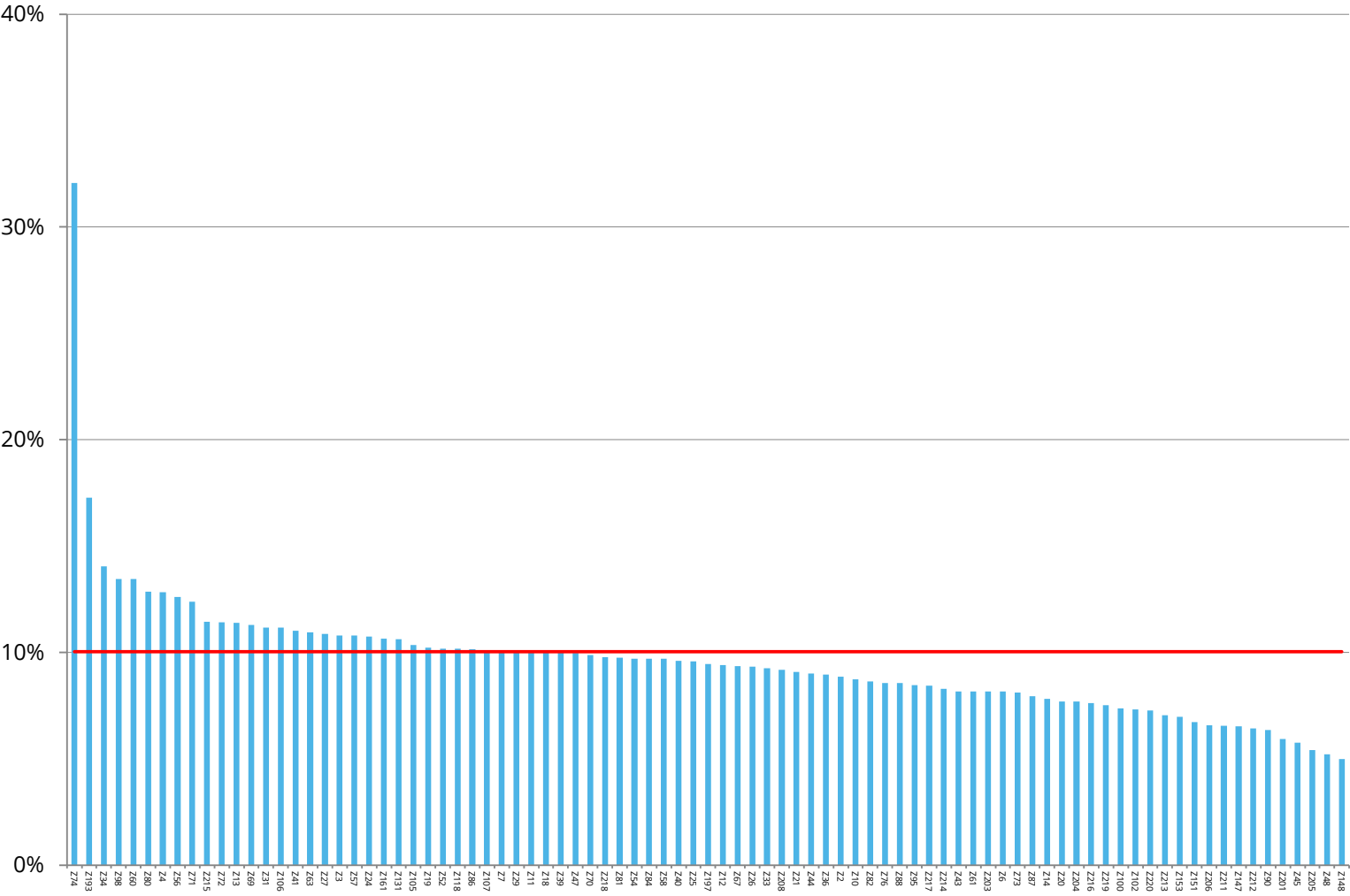
Grafiek 5: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma <70 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde gereguleerd



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

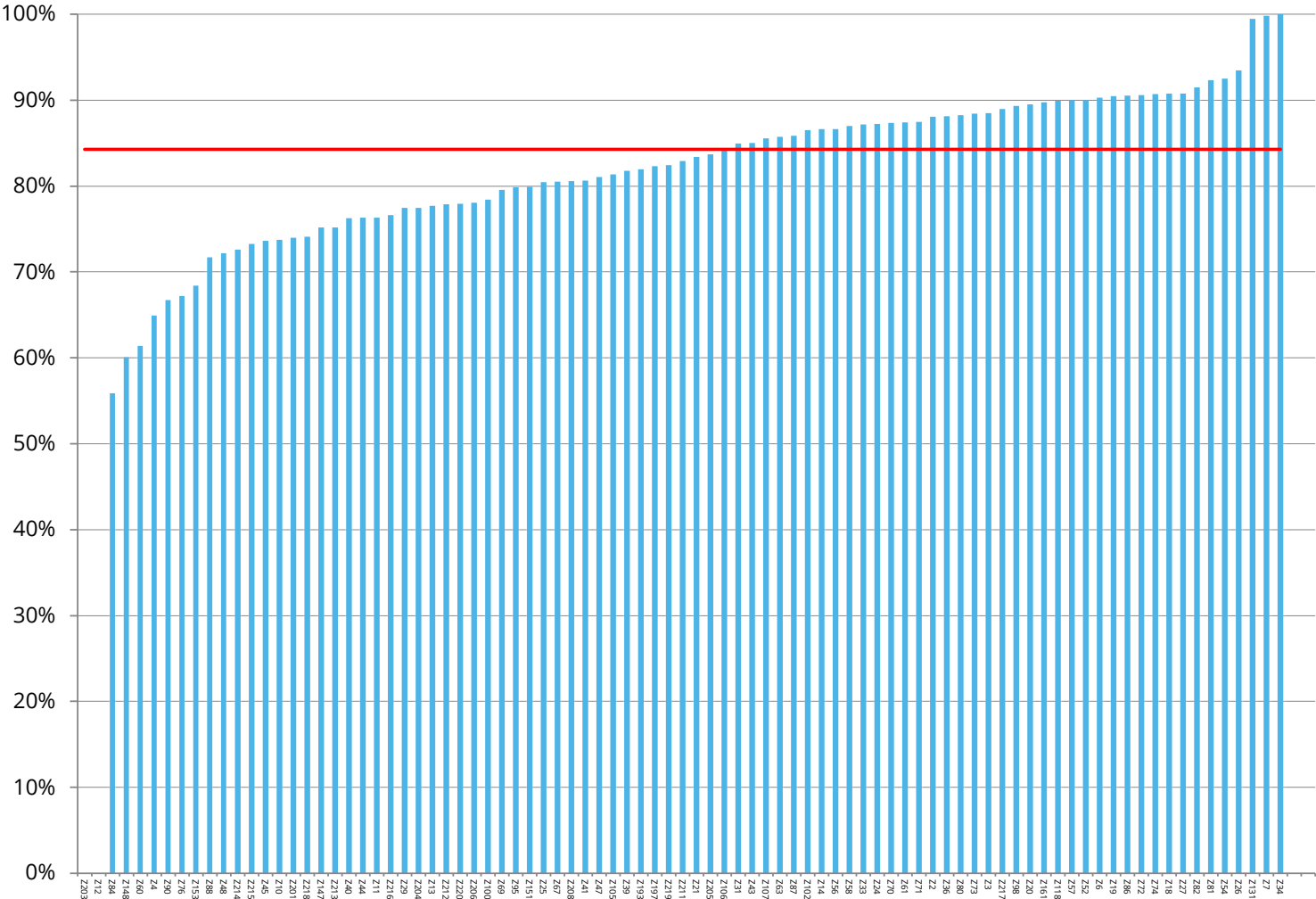


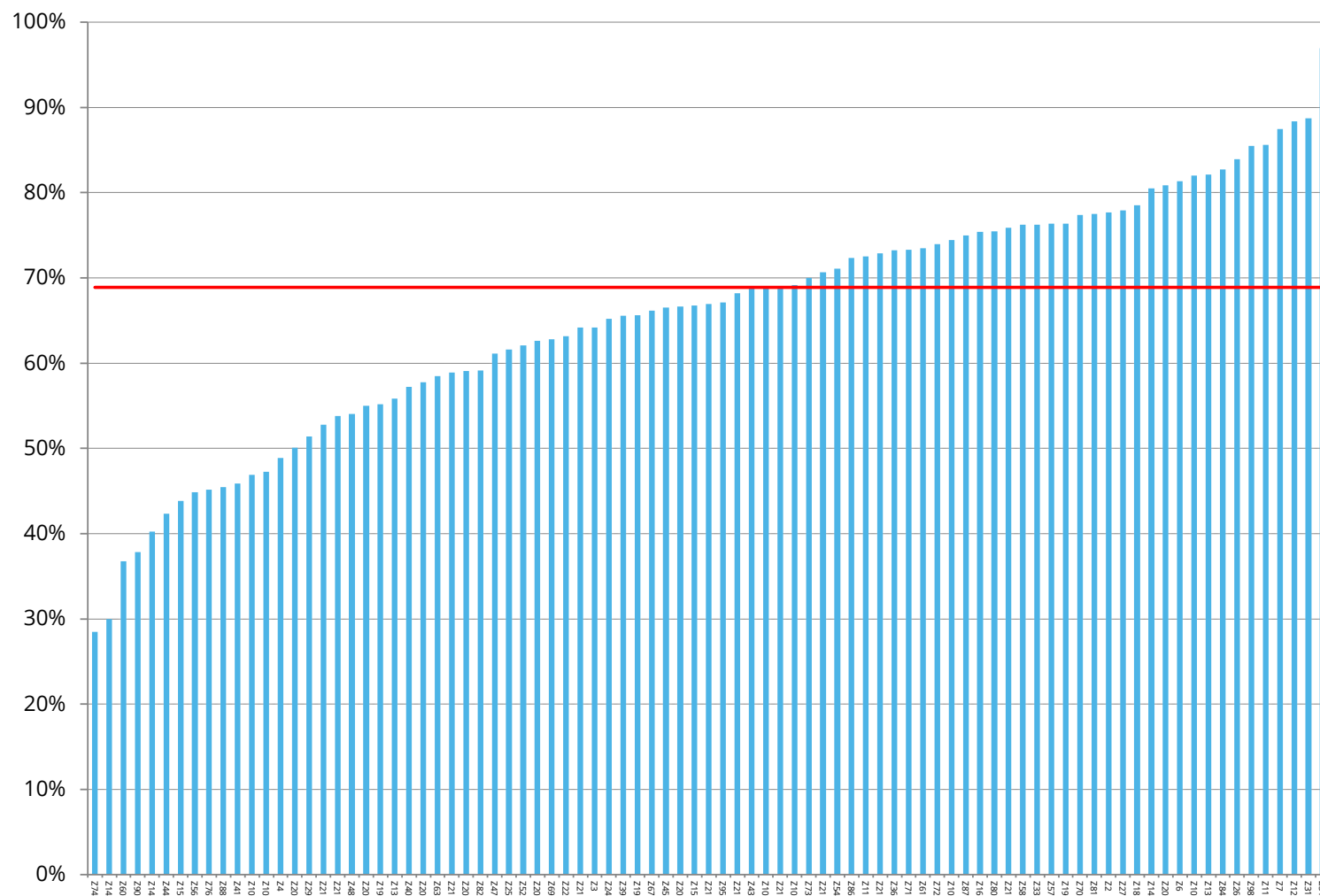
Grafiek 7: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode, dat rookt





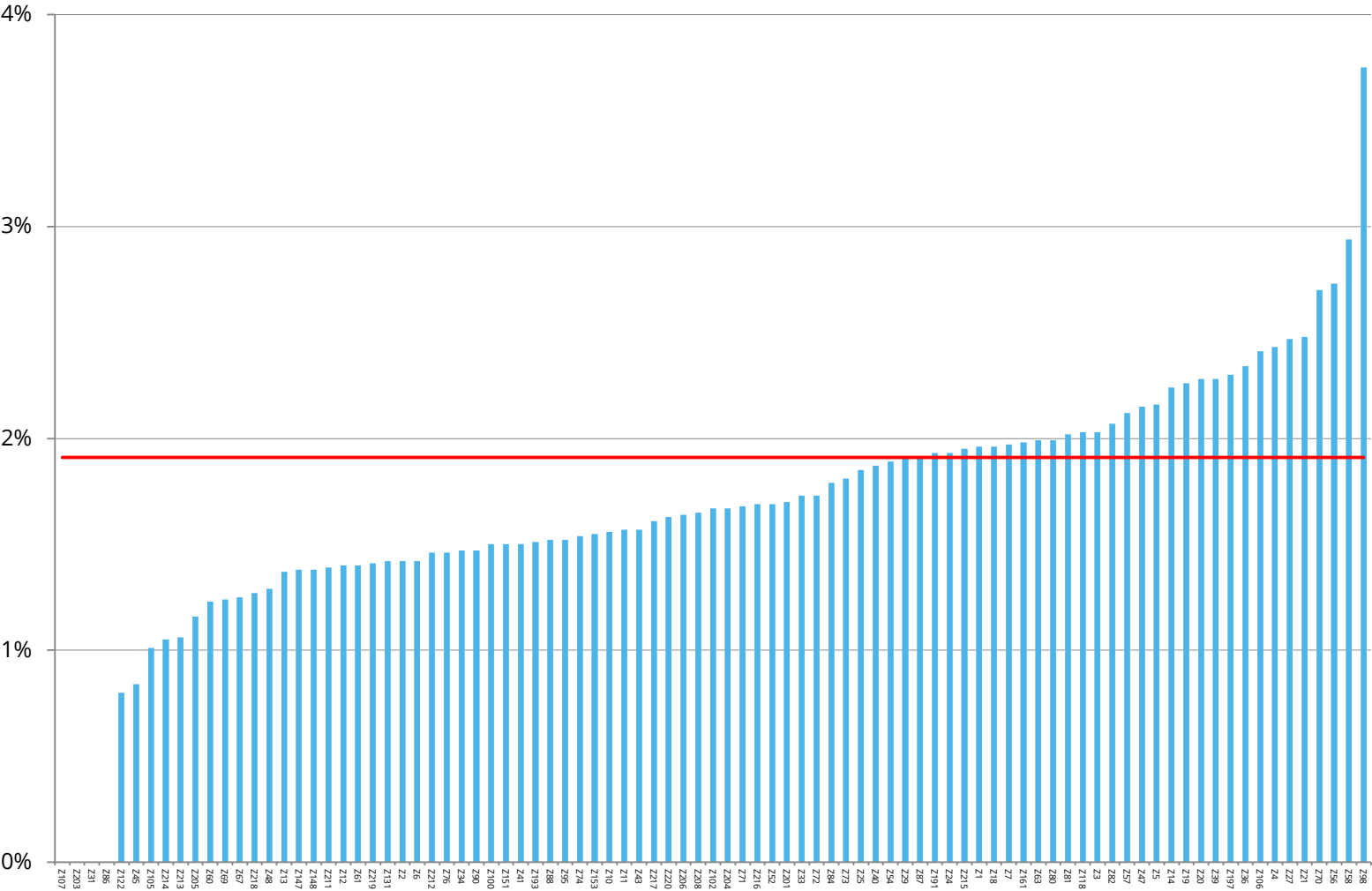
Grafiek 8: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is vastgelegd in afgelopen jaar



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

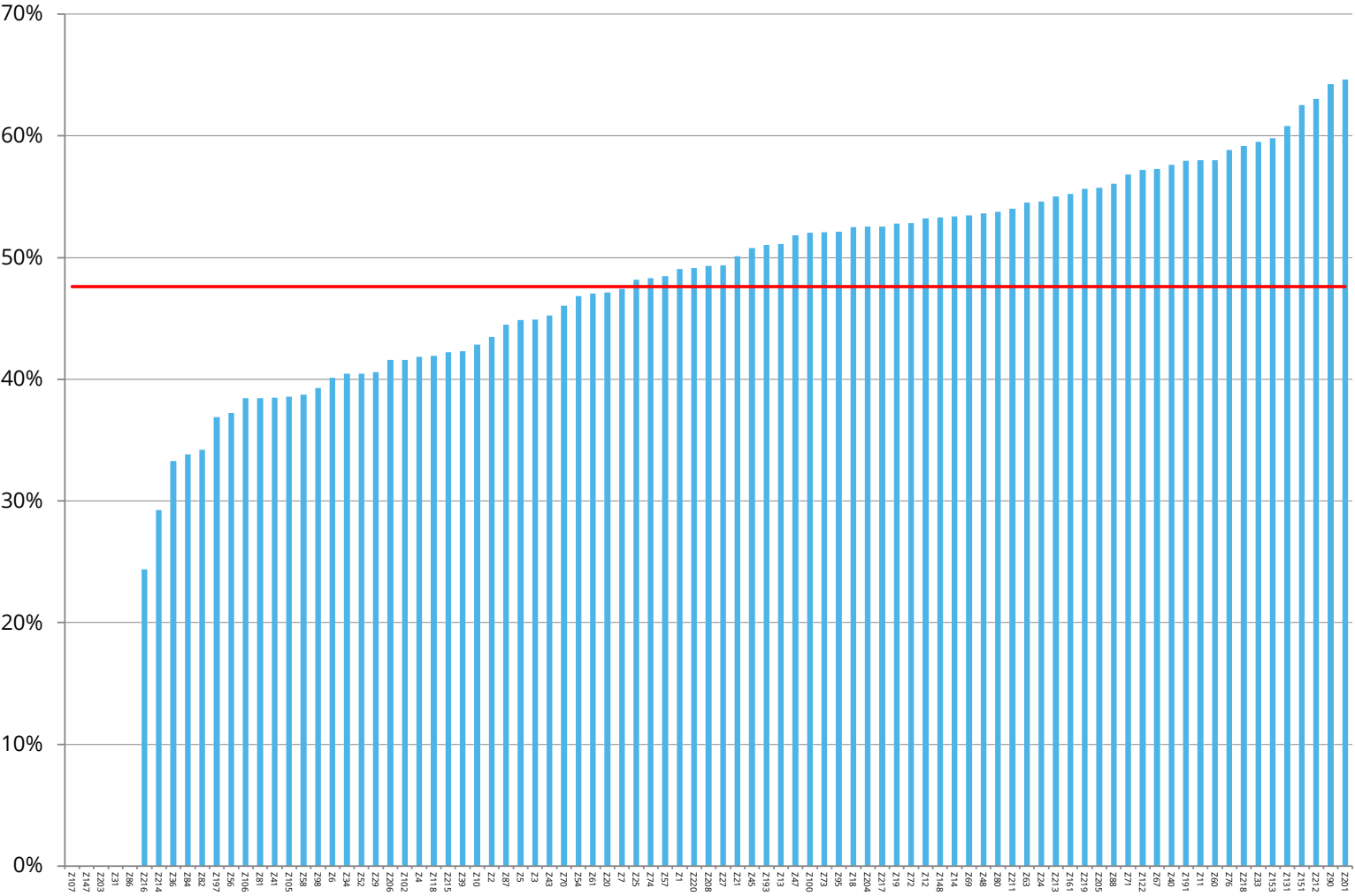


Grafiek 1: Prevalentie COPD patiënten



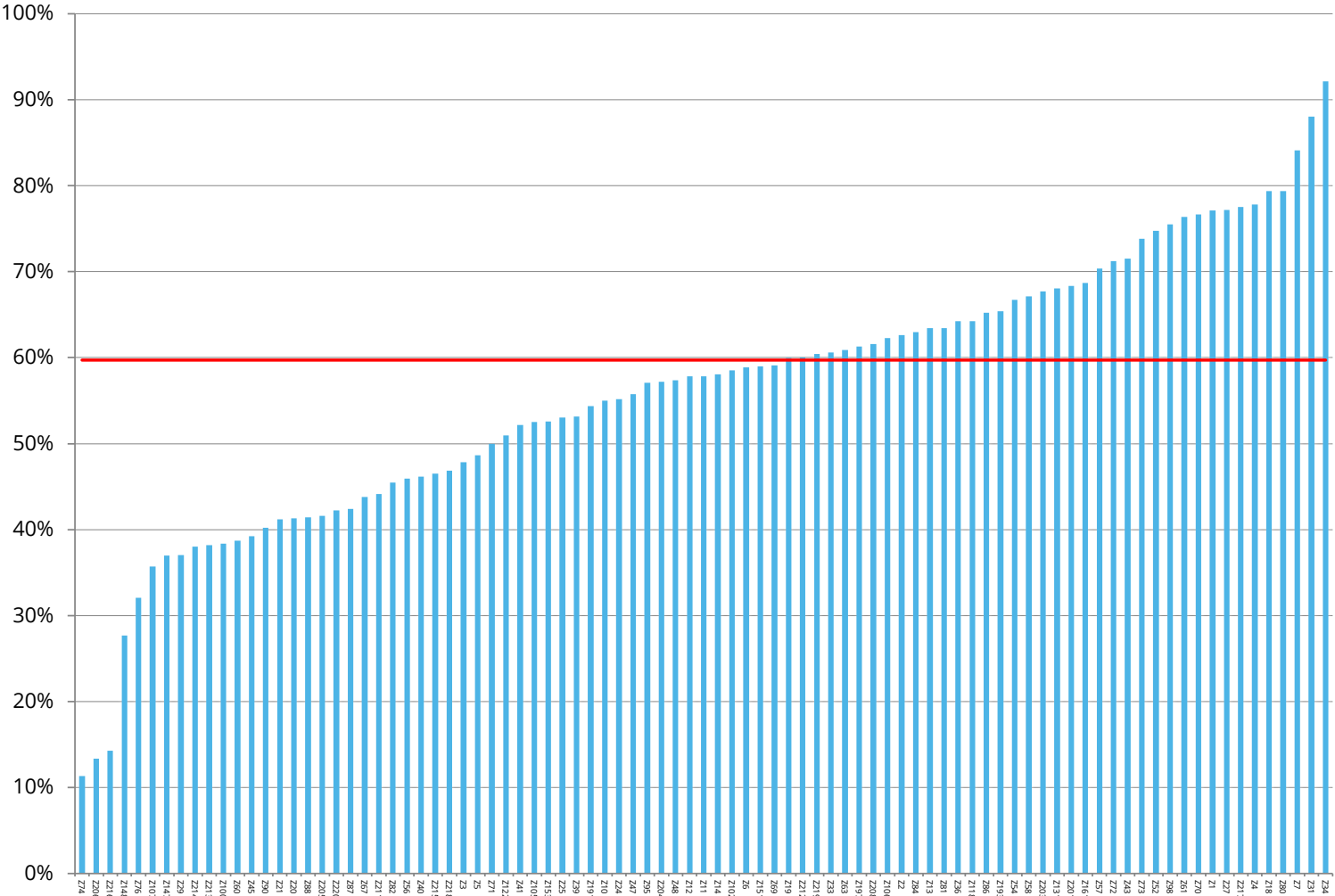


Grafiek 2: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma

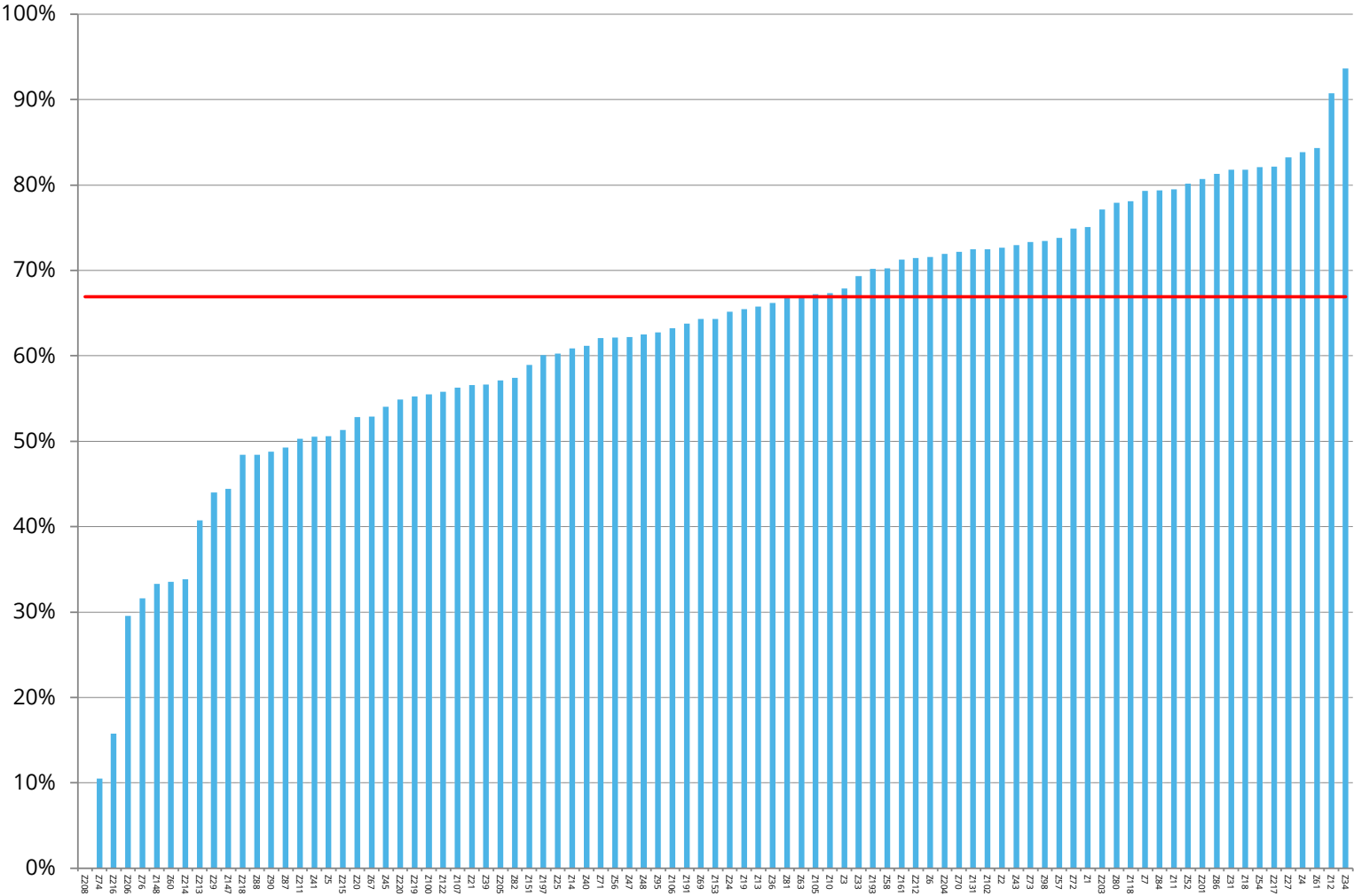




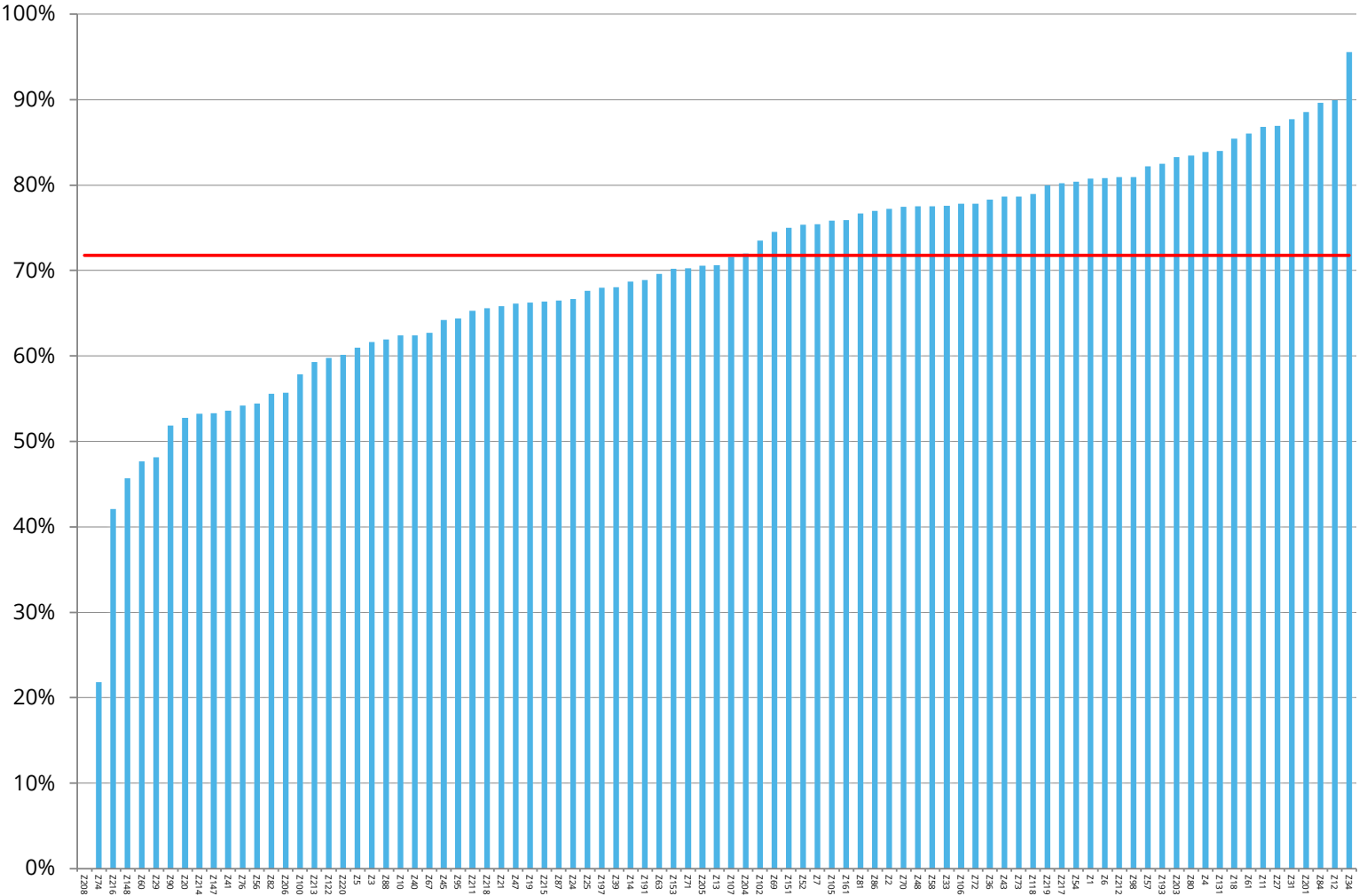
Grafiek 3: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd



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

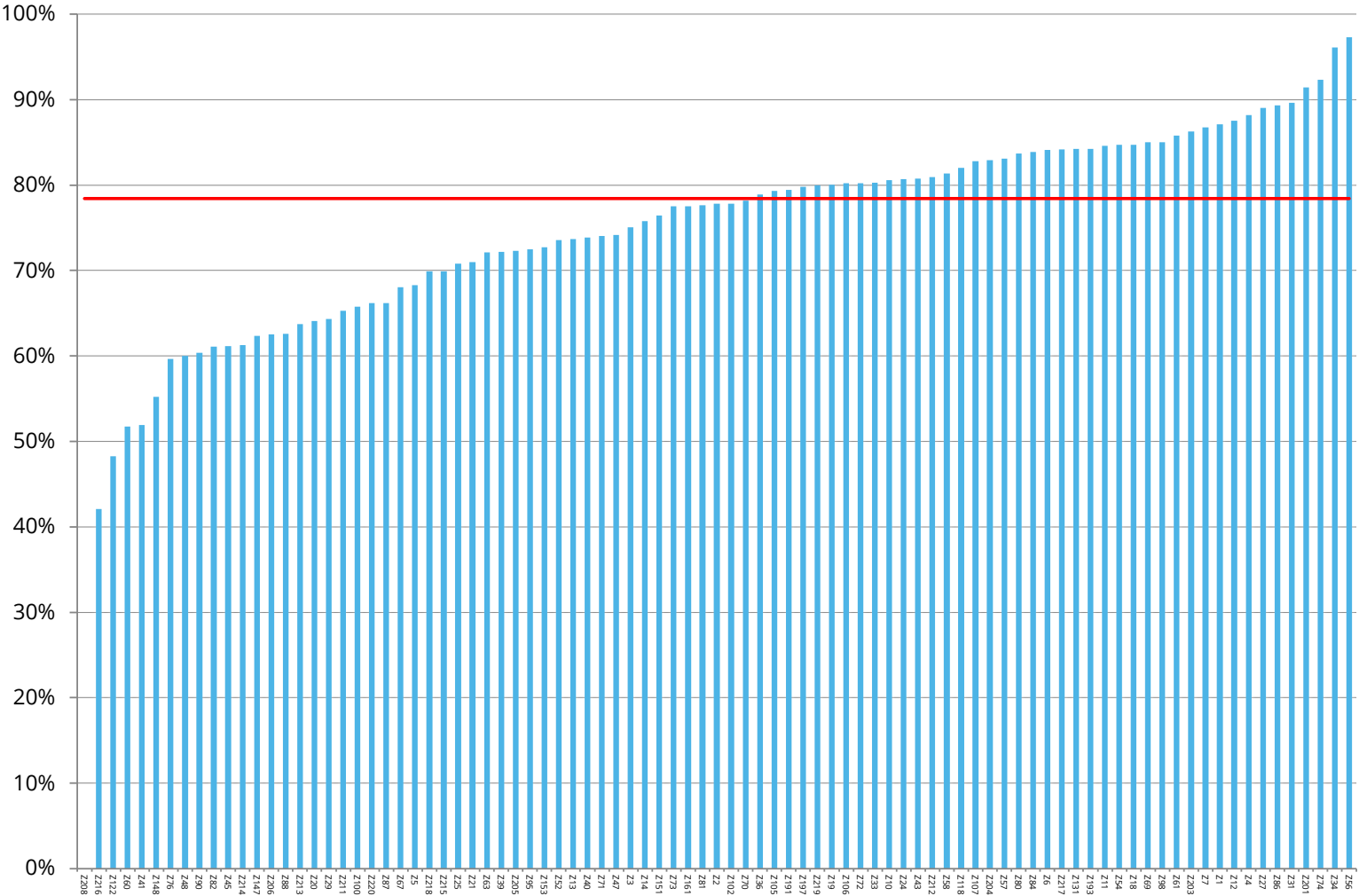


Grafiek 5: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is gecontroleerd



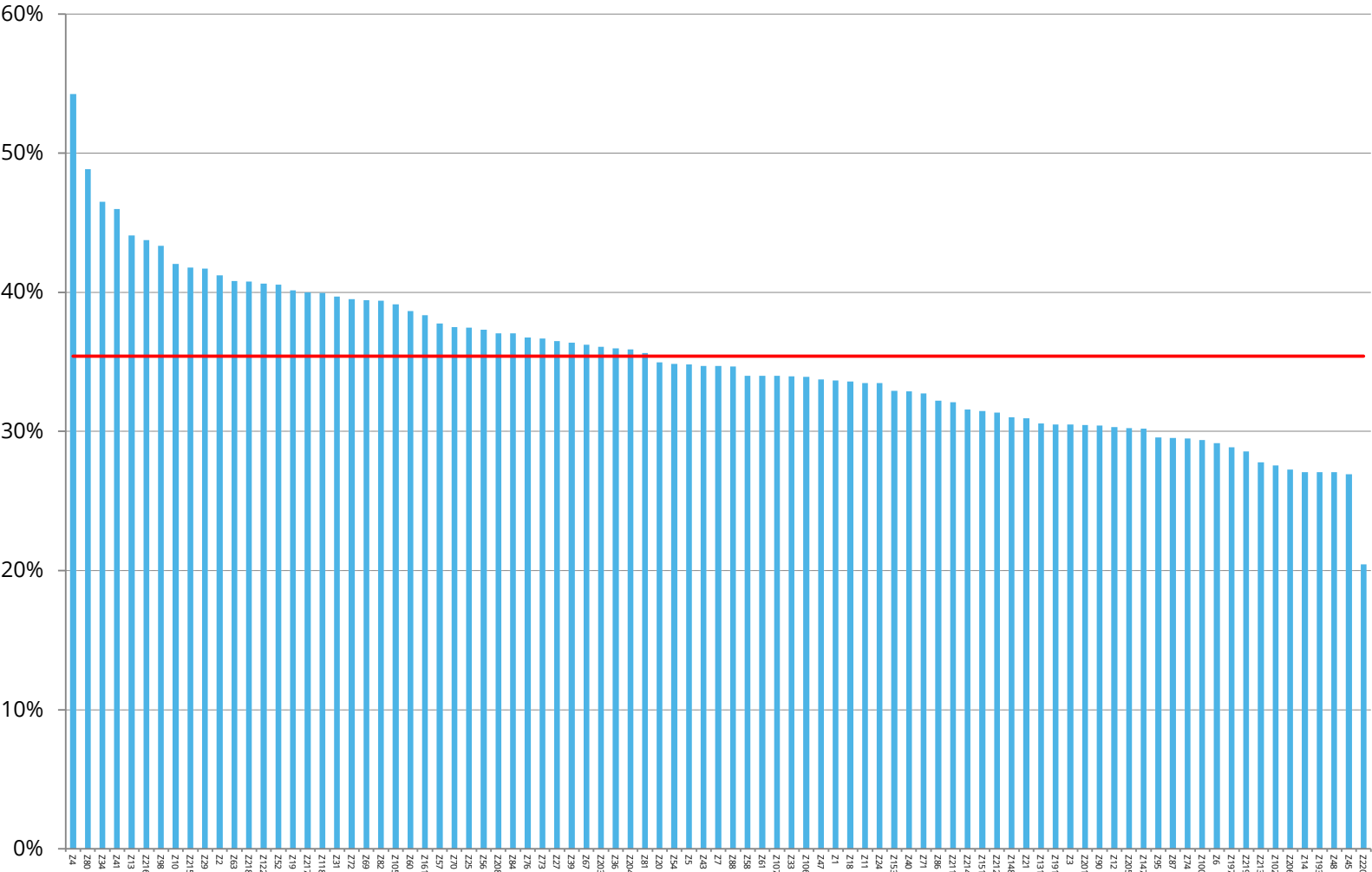


Grafiek 6: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



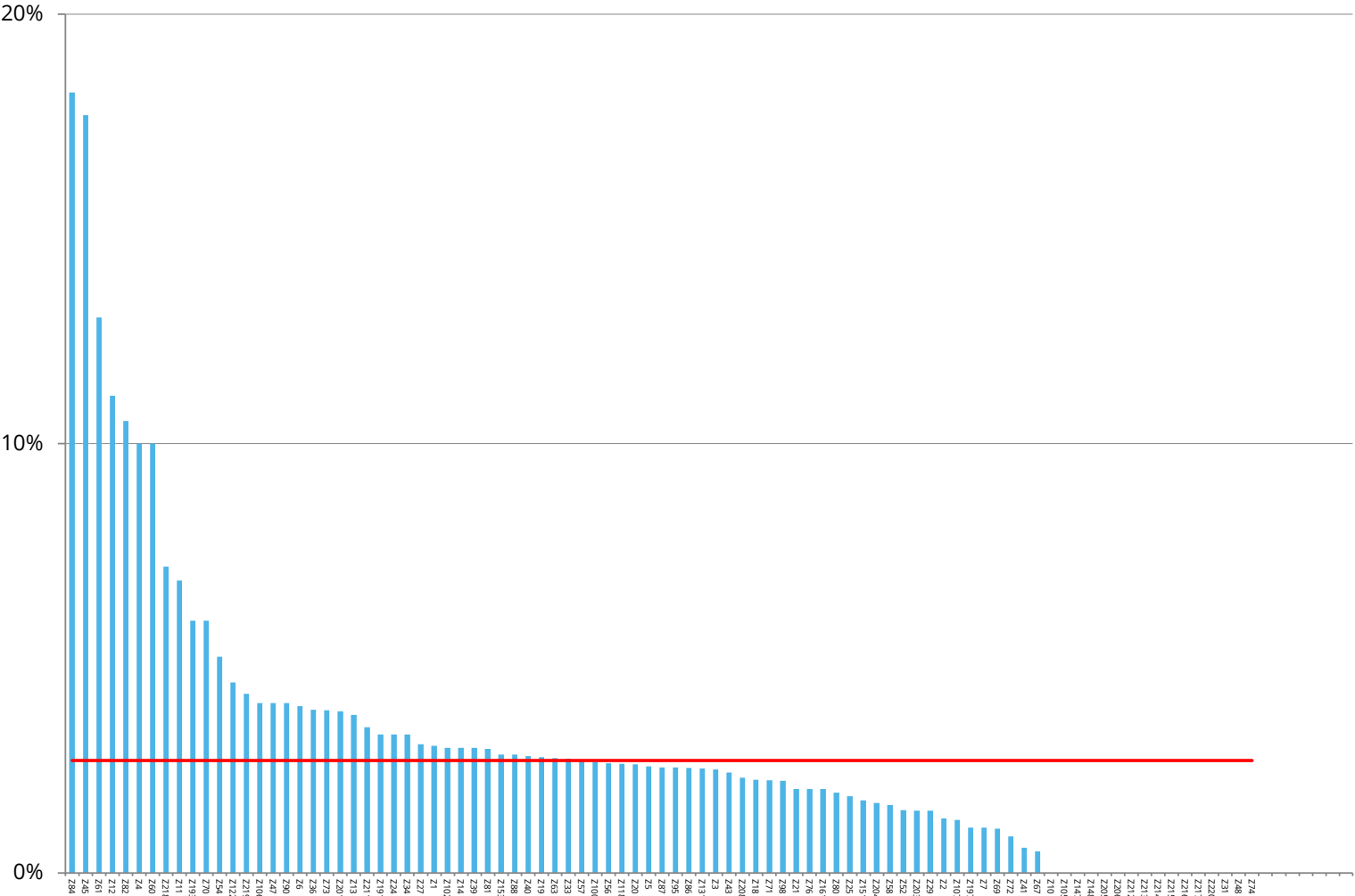


Grafiek 7: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



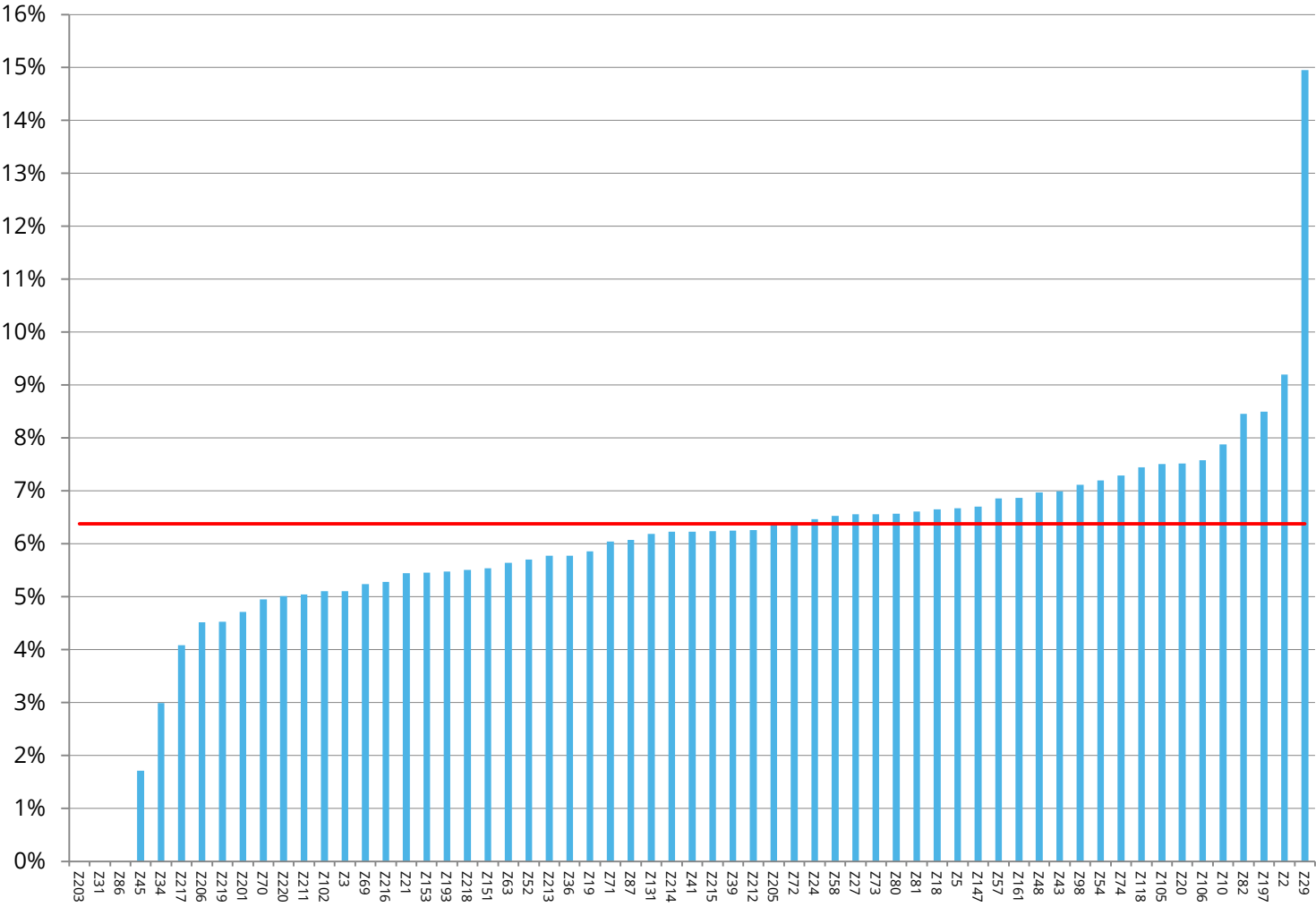


Grafiek 8: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met 2 of meer longaanvallen



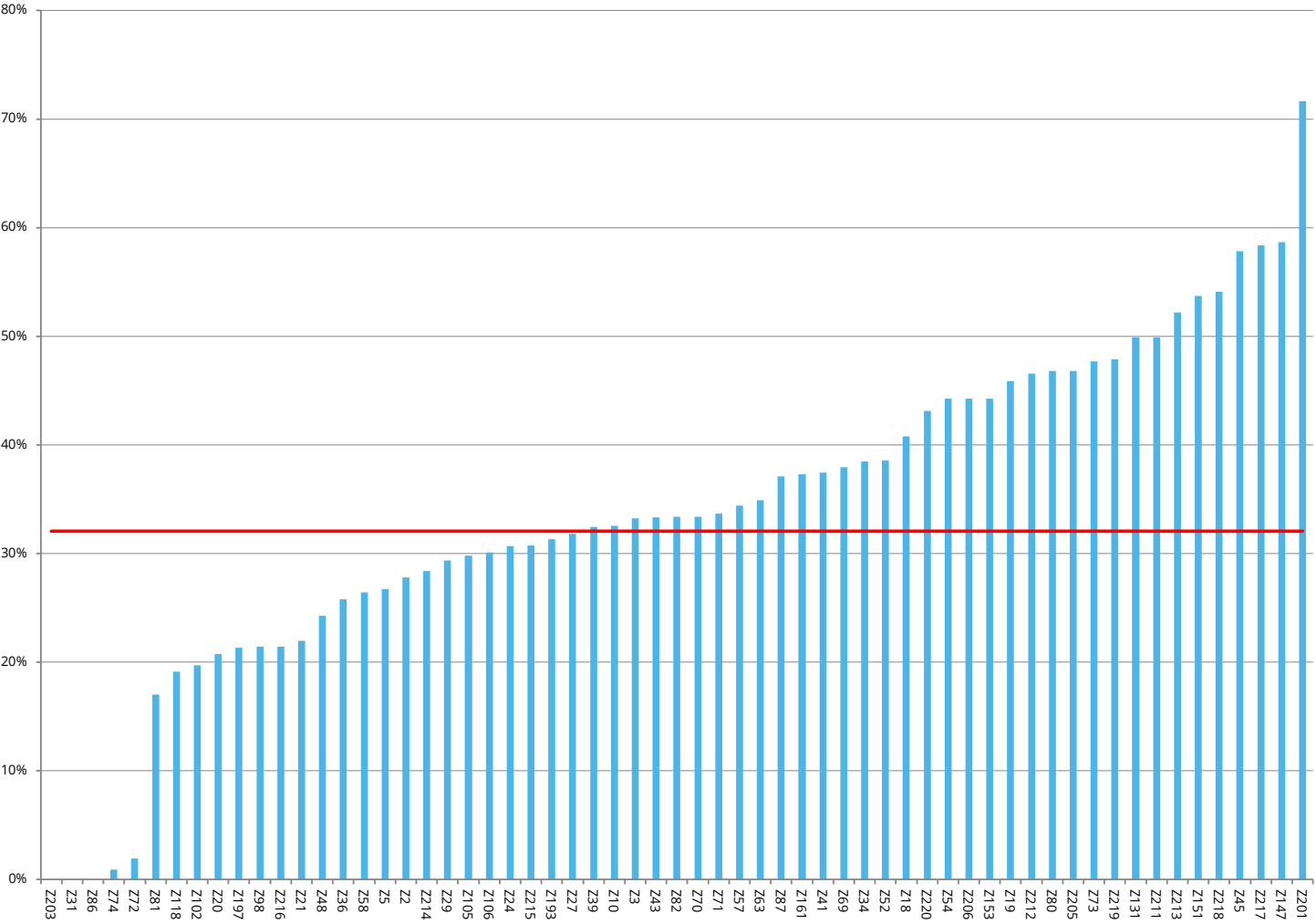


Grafiek 1: Prevalentie astmapatiënten



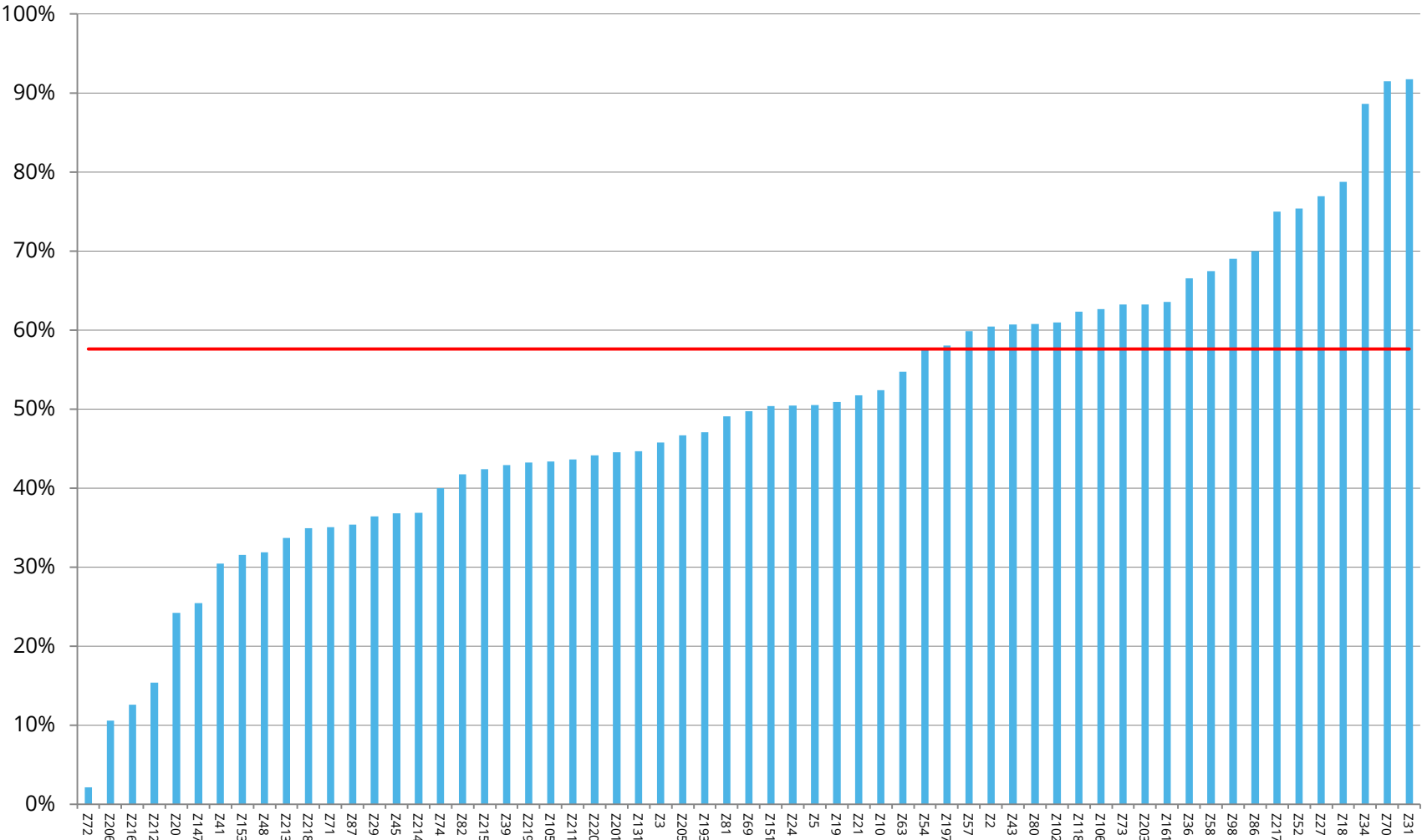


Grafiek 2: Percentage astmpatiënten in zorgprogramma



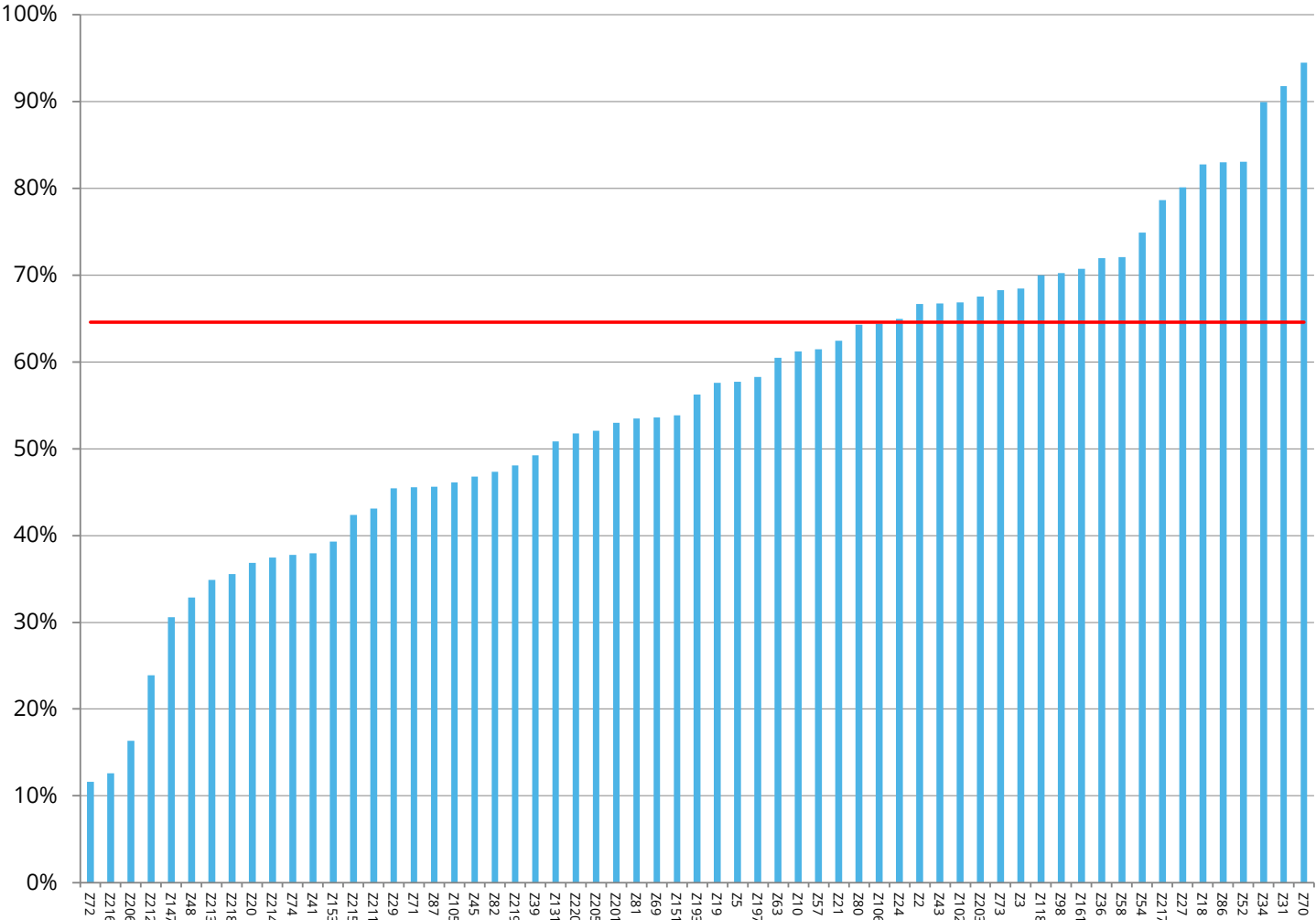


Grafiek 3: Percentage astmapatiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd



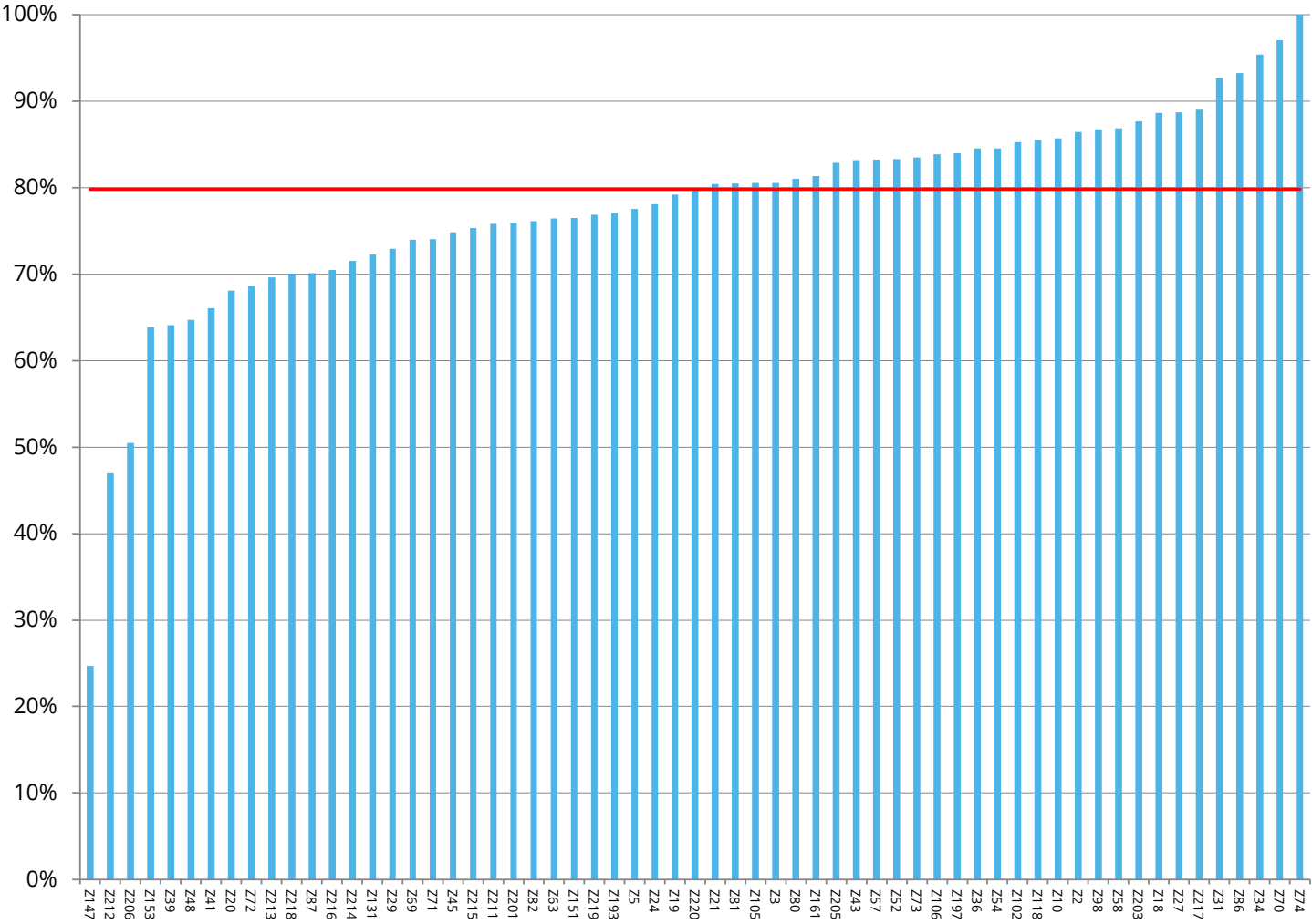


Grafiek 4: Percentage astmapatiënten bij wie mate van astmacontrole is vastgelegd

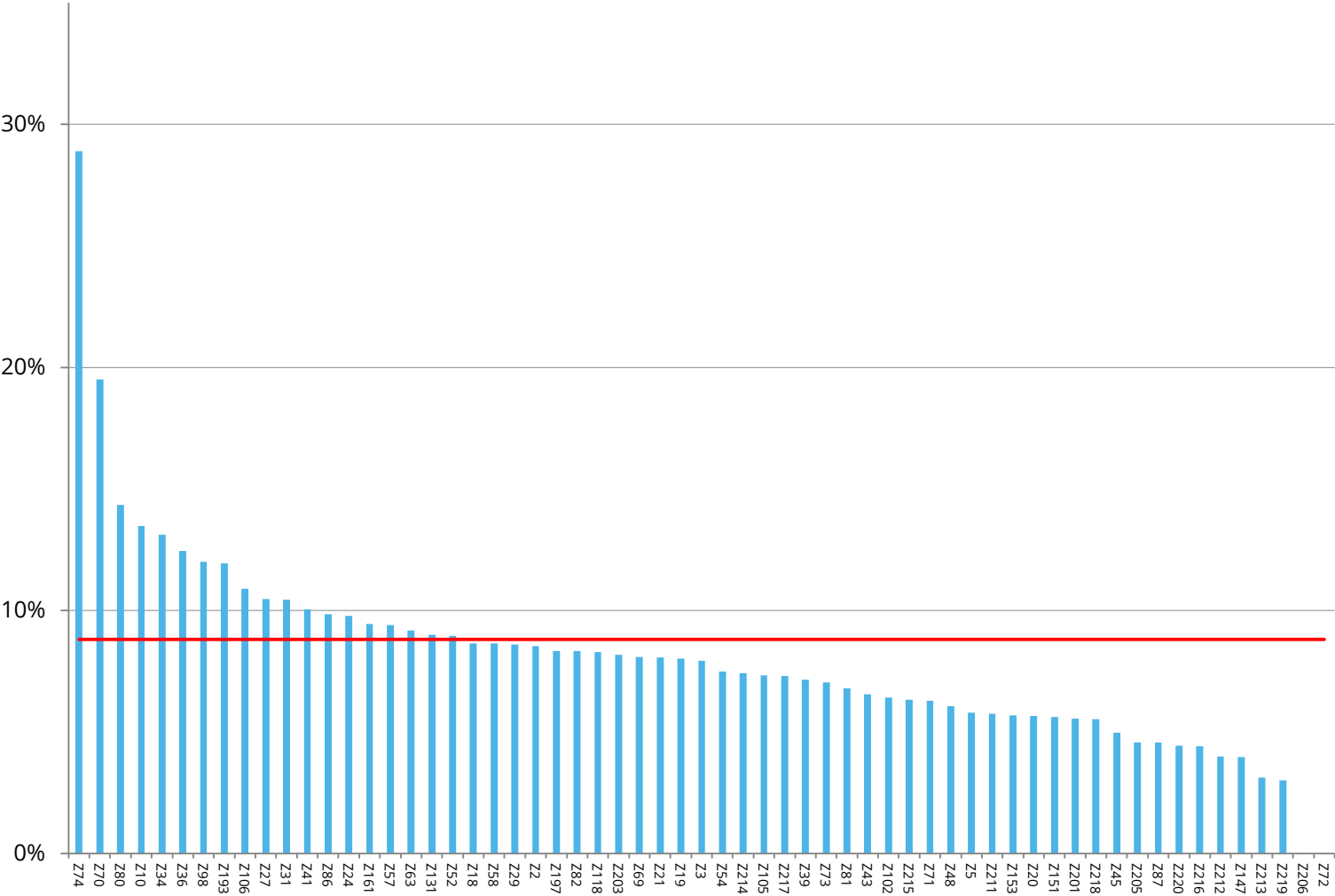


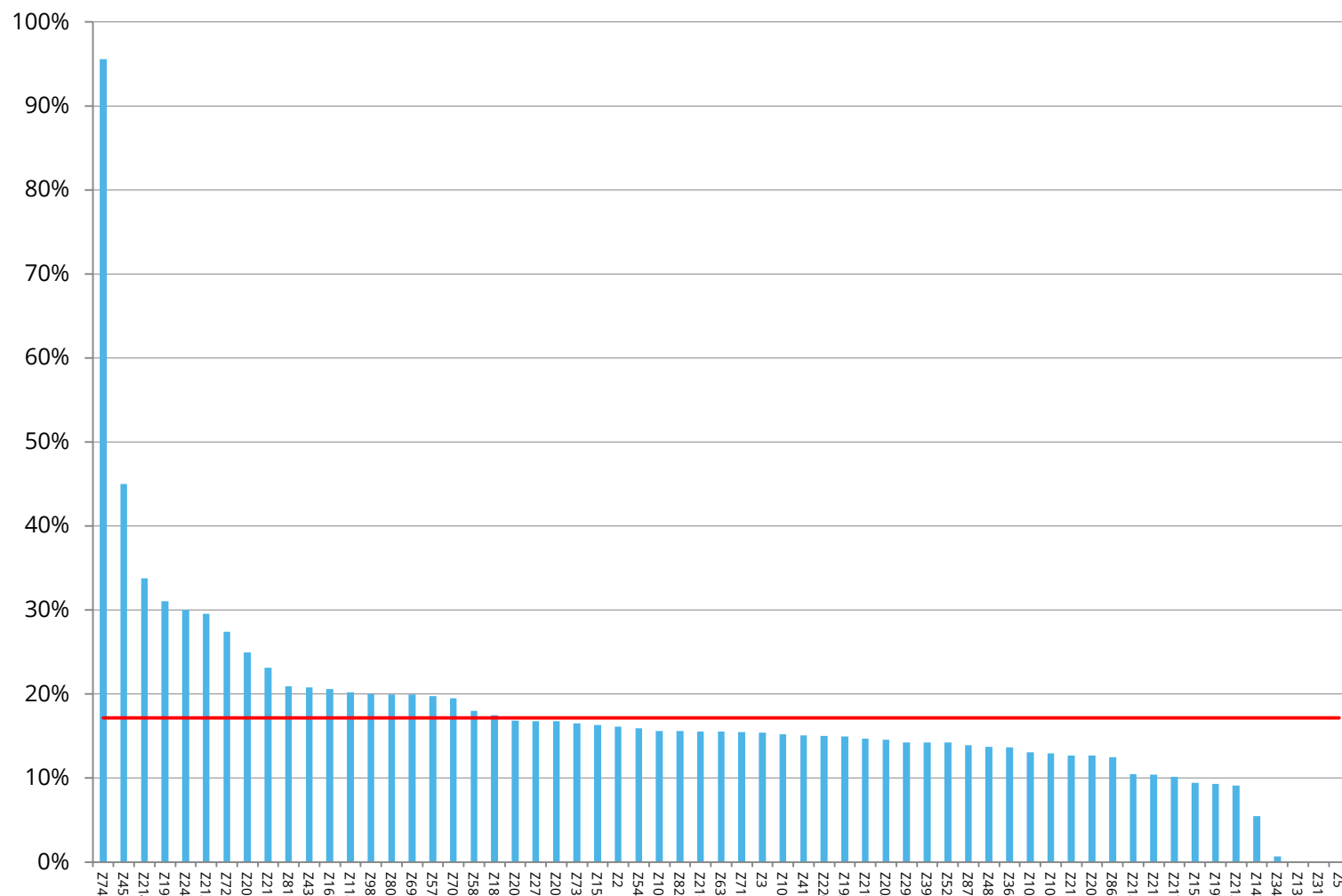


Grafiek 5: Percentage astmapatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



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



Grafiek 7: Percentage astmapatiënten in zorgprogramma met meer dan twee (>2) voorschriften SABA in afgelopen 12 maanden

Nummer	Naam
Z1	Medicamus
Z2	Stichting georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer
Z3	Pozob
Z4	Huisartsen coöperatie Noorderzorg u.a.
Z6	DrechtDokters Ketenzorg B.V.
Z7	Synchroon
Z13	Huisartsen Utrecht stad
Z14	Syntein
Z18	Huisartsencoöperatie Deventer en omstreken
Z19	Zorggroep het huisartsteam
Z21	B.V. zorg oude IJssel
Z24	Thoon
Z25	HZK
Z26	Elan
Z27	Primacura huisartsenzorg midden-Brabant
Z31	ZIO
Z33	Ketenzorg Gelderse vallei
Z34	Arts en zorg
Z36	Nucleus Chronische Zorg BV
Z39	Cohaesie zorg b.v.
Z40	SEZ
Z41	SGE
Z43	Huisarts en zorg zorggroep bv
Z44	Huisartsen coöperatie medZZO
Z47	Dokter Drenthe
Z51	HKN huisartsen
Z52	DOH
Z54	Zorggroep haringvliet
Z57	Huisartsen zorggroep Breda
Z58	Meditta
Z60	huisartsencoöperatie de baarsjes u.a.

Nummer	Naam
Z61	Huisartsen Eemland zorg
Z63	Chronos
Z69	Coöperatie huisartsen Amsterdam groot-zuid
Z70	Zorggroep axel Zaamslag
Z71	Beroemd
Z73	Zorggroep Hoeksewaard
Z76	Stichting gazo gezondheidscentra Amsterdam zuidoost
Z80	Eerstelijns centrum Tiel
Z81	Zorggroep West-Brabant
Z82	Stichting Maetri-X
Z86	Ketenzorg Friesland b.v.
Z87	Dokterscoop
Z88	RegiozorgNu
Z95	Ketenzorg West-Friesland
Z98	Huisartsen-OZL
Z100	Mediis-Regiozorgmidden-Holland b.v.
Z105	Stichting gezondheidscentra Haarlemmermeer
Z106	Groninger Huisartsen Coöperatie
Z118	OCE Nijmegen
Z131	Coöperatie zorggroep Katwijk u.a.
Z147	Zorggroep Haarlemmermeer ketenzorg
Z148	Stichting gezond Boskoop
Z151	WSV Kaag & Braassem Samen Gezond
Z161	Ketenzorg Arnhem b.v.
Z191	Federatie eerstelijnszorg Almelo (FEA)
Z193	WSV gezond Leiden
Z197	Kanso
Z203	Periscaldes
Z204	Unicum huisartsenzorg Zuidoost Utrecht
Z208	Unicum huisartsenzorg Zuidwest Utrecht

Colofon

© InEen, september 2023

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.

