

TRANSPARANTE KETENZORG

RAPPORTAGE 2019
ZORGGROEPEN

DIABETES MELLITUS, VRM,
COPD EN ASTMA

SPIEGEL VOOR HET VERBETEREN
VAN
CHRONISCHE ZORG

COLOFON

© InEen, juli 2020

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

Inhoudsopgave	1
1 Verantwoording	2
2 Samenvatting en aanbevelingen	3
3 Inleiding	9
4 Werkwijze	11
5 Respons zorggroepen	12
6 Resultaten diabetes algemeen	13
7 Resultaten diabetes indicatoren	16
8 Resultaten HVZ algemeen	21
9 Resultaten HVZ indicatoren	24
10 Resultaten VVR algemeen	29
11 Resultaten VVR indicatoren	33
12 Resultaten COPD algemeen	38
13 Resultaten COPD indicatoren	41
14 Resultaten astma algemeen	45
15 Resultaten astma indicatoren	49
16 Programma overstijgende indicatoren	53
17 Bijlagen	59
Bijlage I Grafieken diabetes	60
Bijlage II Grafieken HVZ	71
Bijlage III Grafieken VVR	80
Bijlage IV Grafieken COPD	89
Bijlage V Grafieken astma	97
Bijlage VI Namen van zorggroepen	103

1 | VERANTWOORDING

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

- Maarten Klomp, huisarts, voorzitter redactiecommissie, bestuurslid InEen
- Arnold Romeijnders, oud huisarts en medisch directeur, nu adviseur van zorggroep PoZoB
- 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
- Niels Chavannes, huisarts en vice-voorzitter CAHAG, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum

Vasculair Risico Management (HVZ en VVR):

- 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 Huisarts-geneeskunde, Julius Centrum, UMC Utrecht

2 | SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN

Dit is de tiende landelijke rapportage over programmatische ketenzorg op basis van gegevens die zorggroepen hierover hebben verzameld. Net als de vorige jaren bevat deze rapportage gegevens over de zorgprogramma's diabetes mellitus type 2, COPD, astma en vasculair risicomanagement bij patiënten met een hart- en vaatziekte (HVZ) en zonder hart- en vaatziekte (VVR). 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 redactie-commissie.

Respons

Van de aangeschreven zorggroepen hebben er 113 (vorig jaar 110) hun data over het jaar 2019 aangeleverd. In totaal gaven 94 (vorig jaar 96) zorggroepen toestemming voor het vermelden van de naam van de zorggroep.

Bij 113 zorggroepen betrof het data over diabeteszorg (vorig jaar 110), bij 106 zorggroepen ook data over COPD zorg (vorig jaar 105), bij 58 zorggroepen ook data over astma (vorig jaar 57), bij 97 zorggroepen ook data over HVZ (vorig jaar 92) en bij 91 zorggroepen ook over VVR (vorig jaar 86).

Met elkaar vertegenwoordigen de 113 aanleverende zorggroepen ongeveer 15.295.037 inwoners van Nederland (88%), door het land verspreid. Niet eerder lag de geschatte dekkingsgraad zo hoog. Vorig jaar was het aantal 14.260.491 en het jaar daarvoor 14.495.340.

Algemene conclusies

De registratie van indicatoren geeft na negen jaar een duidelijk beeld over belangrijke onderdelen van deze chronische aandoeningen.

Zorggroepen kunnen met deze benchmark leren van onderlinge verschillen en overeenkomsten. Het resultaat is overwegend positief. Veel proces- en uitkomstindicatoren laten een stijgende trend zien of stabiliseren op een acceptabel niveau naar de inschatting van de experts.

De gemiddelde scores op een aantal indicatoren naderen inmiddels hun optimum.

Bij meerdere indicatoren blijft wel nog sprake van een aanzienlijke en soms onverklaarbare praktijkvariatie tussen de zorggroepen.

Hoe langer een zorgprogramma bestaat hoe beter de uitkomsten van de indicatoren worden.

Algemene aanbevelingen

1. De benchmark is een mooi voorbeeld van spiegelinformatie voor zorggroepen. Zorggroepen kunnen ook zelf hun praktijken onderling spiegelen in samenhang met een Nederlands gemiddelde.
2. Een aantal zorggroepen scoort op meerdere indicatoren belangrijk lager dan de gemiddelden van de benchmark. Zeker voor de procesindicatoren lijkt dat na zoveel jaren toenemend onacceptabel. Deze zorggroepen dienen een analyse te maken van de oorzaken hiervan en een verbetertraject in te zetten als onderdeel van hun kwaliteitsbeleid.
3. De indicator LDL dient te worden aangepast aan de nieuwe richtlijn die voor subgroepen een streefwaarde van 1,8 mmol/l hanteert.
4. In het kader van persoonsgerichte zorg dient er met elke patiënt een realistische afweging gemaakt te worden over "halen van streefwaarde" versus "klinisch relevante verlaging van bloeddruk en cholesterol". Daarbij dienen de persoonlijke voorkeuren van de goed geïnformeerde patiënt uiteindelijk doorslaggevend te zijn.
5. Zorggroepen die nog geen zorgprogramma astma hebben dienen dit in overleg met de zorgverzekeraar op te starten. Astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden (ICS) hebben volgens de richtlijnen baat bij een programmatische aanpak van de zorg.
6. Door zorgverzekeraars opgelegde inclusieplafonds zijn strijdig met de richtlijnen die stellen dat patiënten met de betreffende chronische aandoeningen een beroep moeten kunnen doen op programmatische zorg.
7. Gelet op de praktijkvariatie is verdere verlaging van het aantal rokers nog mogelijk. Dit vraagt om inspanningen van de zorgverleners (leren van *best practice*) maar ook van de overheid, de zorgverzekeraar en de patiënten zelf.

Conclusies diabetes

1. Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de benchmark is gestegen van 110 naar 113.
2. De gemiddelde prevalentie van diabetes type 2 is ten opzichte van vorig jaar nagenoeg gelijk gebleven met 5,4% (vorig jaar 5,3%). Er zijn grote verschillen tussen zorggroepen, onder andere door populatieverschillen.
3. Zorggroepen rapporteren dat net als vorig jaar 89% van de patiënten onder behandeling is in de eerste lijn. Dat percentage kan mogelijk nog iets stijgen omdat voor de start van een GLP1 agonist nu geen verwijzing naar de tweede lijn meer nodig is.
4. Het percentage patiënten in de eerste lijn zonder programmatische zorg is ongewijzigd met 5,3%. Conform de inclusiecriteria zijn zorggroepen kritisch op de noodzaak om patiënten met diabetes te includeren in het zorgprogramma als dat geen meerwaarde heeft.
5. Van de vijf gerapporteerde procesindicatoren zijn er vier licht gedaald (eGFR, albumine-creatinine ratio in de urine, rookstatus en voetonderzoek). De indicator funduscontrole is flink gestegen, mede door de aanpassing van de rapportageperiode.
6. Het gemiddeld aantal patiënten < 80 jaar met een LDL-cholesterol $\leq 2,5$ mmol/l is wat gedaald, net zoals het aantal gebruikers van lipiden verlagende medicatie. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de aangepaste NHG standaard die meer ruimte biedt om af te zien van een statine, zeker bij kwetsbare ouderen.
7. Bij het gros van de diabetespatiënten is zowel de eGFR als de albumine-creatinine ratio in de urine bepaald, een voorwaarde voor het goed kunnen interpreteren en toepassen van de adviezen van de NHG standaard Chronische Nierschade.

8. Het gemiddeld aantal rokers nam voor het tiende achtereenvolgende jaar verder af, tot inmiddels minder dan 14%.

Aanbevelingen diabetes

1. Zorggroepen met een veel hoger dan gemiddeld aantal patiënten onder behandeling in de tweede lijn dienen na te gaan of en hoe verdere substitutie mogelijk is, zeker nu voor het voorschrijven van GLP1 agonisten geen verwijzing meer nodig is.
2. Gezien de licht dalende tendens in de opvolging van de procesindicatoren is het goed als zorggroepen alert blijven op het navolgen van de verschillende onderdelen van de richtlijn. Dat geldt a priori voor de zorggroepen die lager scoren dan het landelijk gemiddelde.
3. 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.
4. Zorggroepen doen er goed aan in hun kwaliteitsbeleid aandacht te geven aan de gedeelde besluitvorming over statinegebruik bij diabetespatiënten van verschillende leeftijden en met verschillende mate van kwetsbaarheid.
5. Zorggroepen doen er goed aan in hun kwaliteitsbeleid aandacht te besteden aan de wijze waarop diabetespatiënten met vastgestelde chronische nierschade worden behandeld. De innovatieset biedt hiervoor geschikte indicatoren.
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 van de diabeteszorg in Nederland.
7. De uitkomsten van de gerapporteerde indicatoren zijn door de bank genomen heel mooi, en bieden daarom voor veel zorggroepen nog beperkte handvatten om de zorg verder te optimaliseren. Daarnaast zijn er nog tal van andere verbeteringen mogelijk in de zorg voor diabetespatiënten. De innovatieset van InEen biedt daartoe aanvullende indicatoren die desgewenst kunnen worden ingezet in het kwaliteitsbeleid van zorggroepen.

Conclusies HVZ

1. Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de benchmark HVZ is gestegen naar 97. Vorig jaar waren dit 92 zorggroepen.
2. De gemiddelde prevalentie van patiënten met een HVZ is met 4,9% nagenoeg stabiel ten opzichte van 2018 (4,8%).
3. Van de patiënten met een HVZ is 68% onder behandeling in de eerste lijn, 23% in de tweede lijn en van 9% is de hoofdbehandelaar onbekend. Het percentage patiënten in de eerste lijn verandert weinig. De spreiding tussen zorggroepen is groot.
4. De scores op de drie procesindicatoren (rookstatus, eGFR en lichaamsbeweging) zijn nagenoeg stabiel. De eGFR heeft een plafond bereikt. De andere twee zijn nog wel voor verbetering vatbaar, gezien de praktijkvariatie tussen zorggroepen.
5. Rond de 78% van de patiënten heeft een systolische bloeddruk op of onder de streefwaarde. Dit percentage is stabiel en kent een beperkte praktijkvariatie tussen de zorggroepen.
6. De score op de uitkomstindicator LDL $\leq 2,5$ mmol/l is met ruim 60% ook stabiel. Praktijkvariatie laat zien dat er voor een aantal zorggroepen waarschijnlijk nog verbetering haalbaar is. Anderzijds gaat het hier steeds nadrukkelijker om individuele streefwaarden en kunnen die legitiem hoger liggen dan het gekozen afkappunt van 2,5.

7. Het aantal niet-rokers is weer licht gedaald tot 83% (vorig jaar 84%). Dat is beter dan in de algemene bevolking, maar slechter dan bij diabetes en VVR. Dit verschil past deels *bij confounding by indication*; roken is een risicofactor bij hart- en vaatziekten.

Aanbevelingen HVZ

1. 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 refereren aan de zorggroepen met een veel hogere substitutie.
2. Bij de procesindicatoren rookstatus en lichaamsbeweging is de praktijkvariatie tussen zorggroepen 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. 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 wijzen van bloeddrukmeting. Tevens moet benadrukt blijven dat het om streefwaardes gaat.
4. 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.
5. 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

1. Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de benchmark is gestegen van 86 naar 91.
2. De gemiddelde prevalentie is met 8,7% iets gedaald ten opzichte van 2018 (8,9%).
3. Gemiddeld neemt ongeveer 70% van de VVR patiënten deel aan het eerstelijns zorgprogramma. De overige patiënten worden behandeld in de tweede lijn (6%) of zijn niet geïncludeerd in het zorgprogramma. De spreiding tussen zorggroepen is groot.
4. Redenen om niet (meer) deel te nemen zijn: beëindiging zorgprogramma vanwege significant verbeterde leefstijl, aanwezigheid van dominante co-morbiditeit, onvoldoende motivatie of de door verzekeraars opgelegde inclusieplafonds.
5. Van de vier procesindicatoren scores bloeddruk gemeten, rookstatus en beweegstatus weer wat hoger. De eGFR is stabiel hoog en heeft naar verwachting een plafond bereikt. Bij de andere drie procesindicatoren is mogelijk nog ruimte voor verbetering.
6. De uitkomstindicator systolische bloeddruk op streefwaarde is stabiel ten opzichte van vorig jaar met 72%.
7. Ook de uitkomstindicator LDL-cholesterol is stabiel met 33%. Dit is veel lager dan bij DM en HVZ en biedt dus ruimte voor verbetering. Het verschil zal mede worden veroorzaakt door de nieuwe richtlijn die nadrukkelijk rekening houdt met risico categorieën afhankelijk van leeftijd en morbiditeit.
8. Het aantal rokers is ook dit jaar weer gedaald van 11,7 naar 11,2% en is duidelijk lager dan bij DM (13,5%) en HVZ (15,7%).

Aanbevelingen VVR

1. Patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria VVR 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. Binnen het zorgprogramma kan vaker gebruik worden gemaakt van alternatieven voor fysieke consultatie, zoals digitale zorg.
3. 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.
4. Er moet meer aandacht komen voor geïndividualiseerde, digitaal ondersteunde en persoonsgerichte VVR zorg, gericht op meer eigen regie en zelfmanagement.
5. De praktijkvariatie tussen de zorggroepen is voor sommige indicatoren onverklaarbaar groot. Zorggroepen die belangrijk onder de gemiddelden scoren op de indicatoren dienen hier in hun kwaliteitsbeleid op te focussen.

Conclusies COPD

1. Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de landelijke benchmark COPD is gestegen van 105 naar 106.
2. De gemiddelde prevalentie van COPD is al een aantal jaren stabiel met 2,0%. De variatie in de prevalentie tussen de verschillende zorggroepen is opvallend hoog met moeilijk te verklaren uitschieters.
3. Ongeveer 50% van de COPD patiënten krijgt programmatische zorg in het zorgprogramma, 15% heeft de huisarts als hoofdbehandelaar maar krijgt geen programmatische zorg en een onveranderd percentage van 26% is onder behandeling in de tweede lijn. Verdere substitutie blijft dus uit. Van 9% van de patiënten is de hoofdbehandelaar niet geregistreerd.
4. De vier procesindicatoren (inhalatietechniek vastgelegd, functioneren vastgelegd, bewegen vastgelegd en roken geregistreerd) zijn heel licht verbeterd en scoren gemiddeld hoog, tussen 70% en 90%.
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 rokers in de COPD-populatie is voor het zesde jaar op rij licht gedaald van 42% in 2013 naar 37% nu. Dit betekent dat er ieder jaar een aantal mensen stopt, zeker als we ons realiseren dat van de nieuwe COPD-patiënten die instromen de meerderheid rookt.
7. Het aantal patiënten met twee of meer exacerbaties is 6%. Gezien het lage percentage en de enorme spreiding tussen zorggroepen lijkt hier mogelijk sprake van onderregistratie.

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. 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.
4. Om de inhalatie instructie verder te verbeteren kunnen zorggroepen en praktijken afspraken maken met apotheken en gebruik maken van eHealth (inhalatorgebruik.nl).
5. Ook ziekenhuizen en medisch specialisten dienen te worden uitgenodigd om te rapporteren over de patiënten die bij hen in zorg zijn, zodat er een compleet beeld ontstaat over de COPD zorg in Nederland.

Conclusies astma

1. Het aantal zorggroepen dat heeft deelgenomen aan de landelijke benchmark astma is gestegen van 57 naar 58. Dat is de helft van het aantal zorggroepen in Nederland.
2. De gemiddelde prevalentie van astma bedraagt 5,9%. Daarvan is 33% opgenomen in het zorgprogramma. Dat betekent een inclusiepercentage van 2% van de totale populatie.
3. Van de astmapatiënten is 32% opgenomen in het zorgprogramma; 23% heeft wel de huisarts als hoofdbehandelaar maar geen programmatische zorg; 11% is onder behandeling in de tweede lijn. En van 32% is geen hoofdbehandelaar geregistreerd (vorig jaar 39%).
4. Twee procesindicatoren stegen significant. "Inhalatietechniek gecontroleerd" scoort 67% (vorig jaar 63%) en "rookgedrag geregistreerd" 84% (vorig jaar 82%).
5. De procesindicator "mate van astma controle" is ongeveer stabiel met 59% (vorig jaar 60%).
6. Het percentage rokers in de astma-populatie bedroeg in 2019 10,3%. Dit is iets minder dan in 2018 (10,4%) en een stuk lager dan het landelijke percentage van 23%.

Aanbevelingen astma

1. Alle astmapatiënten die ICS gebruiken moeten volgens de richtlijnen programmatische zorg kunnen krijgen. Daarom dienen alle zorggroepen in Nederland in overleg met de zorgverzekeraars een zorgprogramma astma te organiseren.
2. Zorggroepen dienen daarbij veel aandacht te besteden aan valide diagnosestelling en zuivere inclusie in het zorgprogramma (wel of geen programmatische zorg).
3. De registratie van het hoofdbehandelaarschap dient te verbeteren, ook bij patiënten met astma die geen ICS gebruiken en dus geen programmatische zorg nodig hebben.
4. De scores voor de indicatoren "inhalatietechniek gecontroleerd" en "roken vastgelegd" zijn verbeterd, maar verdienen nog meer aandacht.
5. Er dient nadrukkelijk meer aandacht te komen voor de "mate van astma controle" als hoeksteen van de astma behandeling.
6. Bij het registreren van de inhalatie instructie dient de inhalatie instructie door de apotheek te worden meegenomen.
7. 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.
8. Hoewel het aantal rokers onder de astmapatiënten (10,3%) al aanzienlijk lager is dan het landelijk gemiddelde aantal rokers (23%) verdient dit blijvend aandacht omdat juist astmapatiënten extra gevoelig zijn voor de nadelige effecten van roken.
9. 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 | INLEIDING

Het afgelopen jaren is samen met de leden van InEen en de belangrijkste stakeholders veel tijd en energie gestoken in het ontwikkelen van de nieuwe visie op het kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg¹. Volgens het 'Kwaliteitsbeleid op Maat' dat in de Algemene Ledenvergadering van InEen is vastgesteld, staat de intrinsieke motivatie en het lerend vermogen van professionals centraal. Dit vermogen kan worden benut om de kwaliteit van zorg door te ontwikkelen. Lokale en regionale huisartsen- en eerstelijnsorganisaties gaan actief op zoek naar de drijfveren, wensen en behoeften van zorgprofessionals die bij hen zijn aangesloten. Vanuit een gedeeld en gedragen beeld van de bestaande en gewenste kwaliteit van zorg, ondersteunen deze organisaties de aangesloten zorgverleners bij het werken aan kwaliteit. Ze nemen daarbij verantwoordelijkheid voor hun bijdrage aan het faciliteren en monitoren van de kwaliteit binnen hun organisatie.

Spiegelinformatie als bouwsteen van 'Kwaliteitsbeleid op Maat'

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

Ook andere vormen van spiegelinformatie zijn bruikbaar voor dat kwaliteitsbeleid, zoals patiëntervaringen. In de vorige rapportage maakten we melding van een pilot met het meten van patiëntervaringen in de programmatische zorg middels de PREM Chronische Zorg. Deze pilot heeft een vervolg gekregen doordat deze PREM nu is opgenomen in de procedure van de NPA accreditering voor zowel praktijken als zorggroepen. Als zorggroepen hier gebruik van gaan maken kunnen de benchmarkgegevens worden toegevoegd aan de huidige benchmark.

Facultatieve innovatieset

Vanwege de gesignaleerde plafondeffecten die de afgelopen jaren zichtbaar werden in het benchmarkrapport 'Transparante Ketenzorg', ontwikkelde InEen samen met een aantal leden een innovatieset waarmee ketenzorgorganisaties bruikbare informatie kunnen verzamelen die het werken aan kwaliteit ondersteunt. Naast indicatoren voor de zorg voor kwetsbare ouderen en GGZ, bevat de innovatieset ook een aanvulling op de medisch-inhoudelijke indicatoren voor de bestaande zorgprogramma's. Deze facultatieve indicatoren zijn naar eigen inzicht door zorggroepen te gebruiken in het kwaliteitsbeleid. Ze zijn te vinden op het platform van InEen LINK en ze maken geen deel uit van deze rapportage.

¹ 'Kwaliteitsbeleid in de Huisartsenzorg', NHG, LHV en InEen, april 2019

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.

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. In mei 2019 bracht de door InEen ingestelde Taskforce Praktijkvariatie, bestaande uit vertegenwoordigers van zorggroepen, een advies² uit met strategische overwegingen en praktische handvatten bij het werken aan praktijkvariatie. Deze adviezen blijven onverminderd van grote waarde. Veel zorggroepen gebruiken de benchmark inmiddels als aangrijpingspunt om te leren van praktijkvariatie.

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 94 zorggroepen gebruik. In bijlage 6 treft u een overzicht aan van zorggroepen die daarvoor toestemming gaven.

² 'Variatie in de zorggroep-praktijk', InEen mei 2019

4 | WERKWIJZE

In januari 2020 zijn in totaal 142 contactpersonen van zorggroepen en gezondheidscentra benaderd voor deelname aan de benchmark over 2019. Het betreft zorggroepen en gezondheidscentra zoals bekend bij InEen en/of voorkomen op de lijsten van gecontracteerde groepen bij de zorgverzekeraars. Uit die lijst van namen is niet op te maken hoeveel unieke zorggroepen het betreft. Sommige groepen hanteren een aparte naam en een aparte AGB code per zorgprogramma. Ook staan er groepen op die een GEZ contract hebben afgesloten en tevens onderdeel vormen van een zorggroep.

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

Als deadline is in eerste instantie 1 april aangegeven, maar vanwege de coronacrisis is die aangepast naar 1 mei.

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

Om tot de scores te komen leverden de zorggroepen de tellers en noemers voor de indicatoren aan via de importmodule op de website. Voor de procesindicatoren is de noemer het aantal patiënten gedurende het hele jaar in het zorgprogramma en de teller het aantal patiënten bij wie bepaalde meting is geregistreerd. Voor uitkomstindicatoren is de noemer het aantal patiënten bij wie bepaalde meting is geregistreerd en de teller het aantal patiënten dat een score boven of juist beneden een bepaalde afkapwaarde heeft. Op basis van tellers en noemers zijn percentages per zorggroep berekend. Daarnaast zijn de aantallen van alle patiënten in alle tellers en alle noemers bij elkaar opgeteld en tot een percentage over alle zorggroepen heen berekend, het gewogen gemiddelde.

Aanvullend op de indicatoren is aan de zorggroepen gevraagd:

- Of hun naam vermeld mag worden bij de rapportage;
- Of ze met een KIS werken en zo ja welk;
- Hoe lang betreffend programma al gecontracteerd is;
- Of de gegevens door InEen anoniem mogen worden gebruikt voor belangenbehartiging.

5 | RESPONS ZORGGROEPEN

Van de 142 aangeschreven potentiële zorggroepen hebben er 113 gegevens aangeleverd voor de landelijke benchmark. Met elkaar vertegenwoordigen deze zorggroepen ongeveer³ 15.295.037 inwoners van Nederland (88%), door het land verspreid. Niet eerder lag de geschatte dekkinggraad zo hoog. Vorig jaar was het aantal 14.260.491 en het jaar daarvoor 14.495.340.

Overzicht 1: Deelname zorggroepen

Aangeschreven	142
Gegevens aangeleverd voor diabetes	113
Gegevens aangeleverd voor COPD	106
Gegevens aangeleverd voor HVZ	97
Gegevens aangeleverd voor VVR	91
Gegevens aangeleverd voor astma	58

³ Van zorggroepen waarvan de populatiegrootte niet bekend is, is die berekend op basis van de gemiddelde prevalentie diabetes (5,4%).

6 | RESULTATEN DIABETES ALGEMEEN

De 113 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2019 met elkaar 685.227⁴ patiënten met diabetes type 2 in ketenzorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 614.927⁵ patiënten (89%) die gedurende het hele jaar in ketenzorg waren.

Overzicht 1: Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2019 (113 zorggroepen leverden gegevens aan, van 107 zorggroepen was de populatie bekend)

	ingeschreven patiënten bij huisartsen per zorggroep
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	136.493
Mediaan	82.869
Minimum	4.434
Maximum	596.534

Omdat voor de benchmark zowel zorggroepen gegevens aanleveren als gezondheidscentra die geen deel uitmaken van een zorggroep zijn de verschillen in populatie erg groot. Natuurlijk is per deelnemende organisatie naar de uitkomsten gekeken, maar om toch tot een mogelijkheid tot vergelijken te komen, is er bij de daarvoor in aanmerking komende items ook een gewogen gemiddelde berekend. Dit betekent, dat er een totaal percentage over de gehele populatie is berekend, daar waar per deelnemende organisatie het percentage binnen de organisatie is weergegeven. Als niet zou worden gecorrigeerd voor groeps grootte, zouden bij het uitsluitend betrekken in de analyse van de percentages per deelnemende organisatie de getallen afkomstig van de deelnemers met de kleinste populatie een te grote invloed kunnen hebben op de gemiddelde of mediane uitkomst. Hoe groter een zorggroep is, des te groter de kans dat, ondanks een diversiteit van de beoordeelde populatie de invloed van verschillende groeperingen in het gemiddelde minder of niet meer terug is te zien.

⁴ Twee zorggroepen hebben hier geen aantal aangegeven. Van deze zorggroepen is het aantal 12 maanden in zorg gerekend. Dit geeft dus een onderschatting van het totaal aantal in ketenzorg bij de deelnemende zorggroepen.

⁵ Twee groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum.

Overzicht 2: Verdeling mensen met diabetes type 2 in zorgprogramma over zorggroepen⁶

	patiënten met diabetes (106 zorggroepen)	prevalentie (102 zorggroepen)	in ketenzorg (111 zorggroepen)	% controle specialist ⁷ (105 zorggroepen)	% niet in ketenzorg ⁸ (104 zorggroepen)
Gemiddelde	6.998	5,38%	5.975	9,19%	5,26%
Mediaan	4.185	5,36%	4.184	9,16%	4,76%
Minimum	174	2,49%	152	0,28%	0,00%
Maximum	32.354	7,99%	27.648	19,13%	17,15%

Het aantal zorggroepen dat het totaal aantal diabetespatiënten, ongeacht ketenzorg, heeft aangeleverd, is met één toegenomen ten opzichte van vorig jaar.

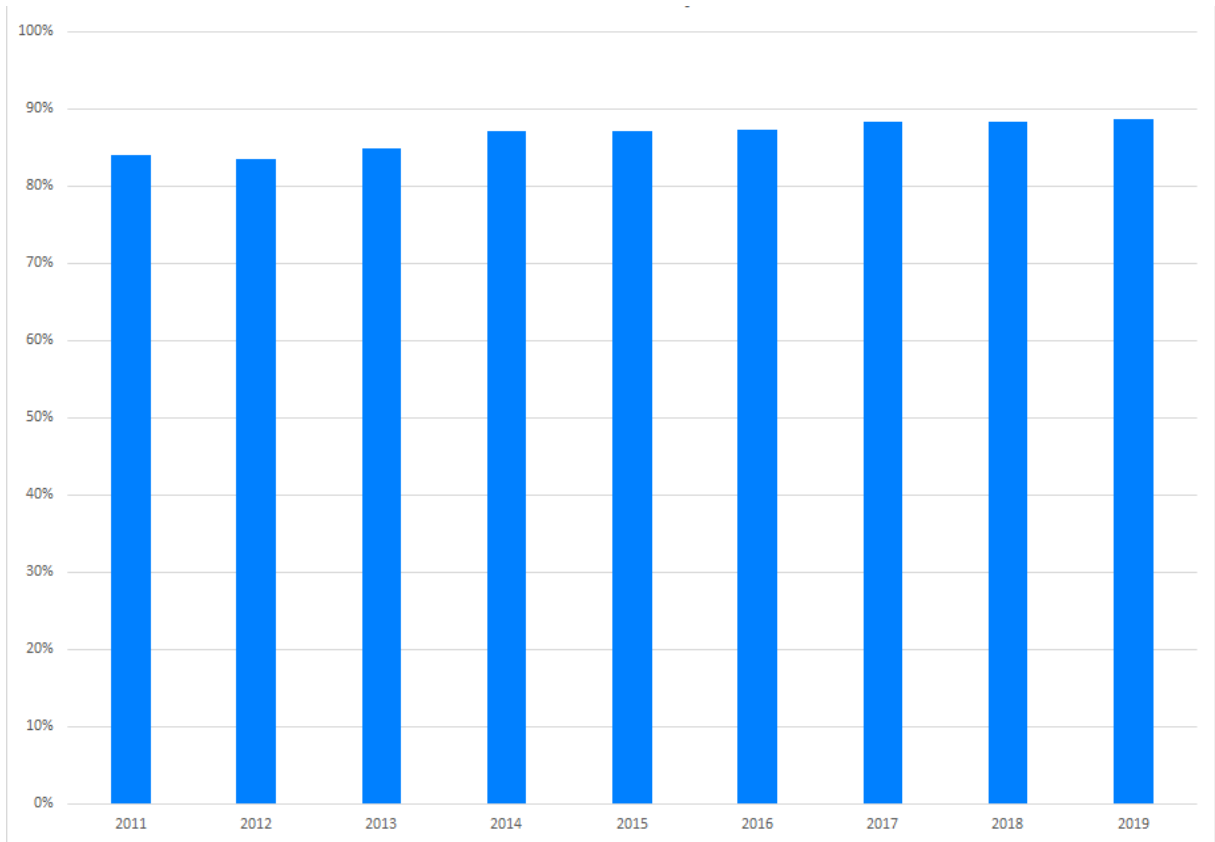
Om zicht te krijgen op substitutie van tweede naar eerste lijn hebben we het percentage patiënten dat in de eerste lijn wordt behandeld vergeleken over negen jaren. Voor deze vergelijking hebben we alleen groepen meegenomen die algemene populatiegegevens (totale populatie, aantal patiënten met diabetes type 2, aantal patiënten met hoofdbehandelaar specialist, aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, aantal patiënten niet in programmatische zorg) konden aanleveren.

⁶ Omdat in dit overzicht de gemiddelden van de zorggroepen zijn berekend kunnen de aantallen en percentages afwijken van grafieken en overzichten waar het gewogen gemiddelde over alle zorggroepen heen is berekend. In de verdeling van patiënten over ketenzorg, specialist en geen ketenzorg, zijn alleen de aantallen patiënten meegenomen van wie de hoofdbehandelaar (huisarts of specialist) bekend is. Er is een deel zonder registratie hoofdbehandelaar. Hoe groot dit aandeel is wordt beschreven in het hoofdstuk Programma overstijgende indicatoren.

⁷ Onwaarschijnlijke waardes (bijvoorbeeld in geval de som van aantal bij specialist en aantal bij huisarts groter is dan het totaal aantal diabetespatiënten) zijn niet meegenomen.

⁸ 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).

Grafiek 1: Vergelijking percentage diabetespatiënten in 1e lijn

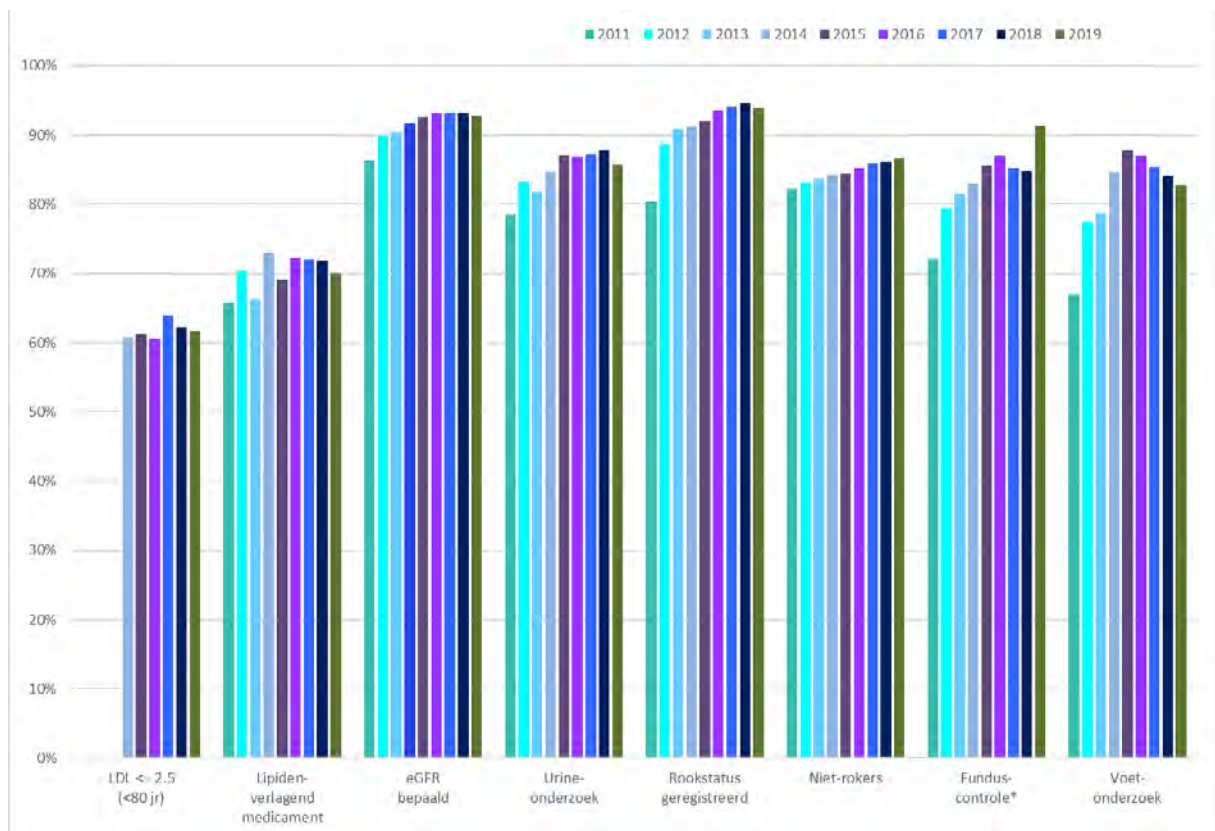


Deze grafiek laat zien dat het merendeel van de patiënten met type 2 diabetes (T2DM) in de huisartspraktijk wordt behandeld, en dat dit percentage vanaf 2011 aanvankelijk nog licht gestegen is, maar nu al jaren min of meer stabiel is bij zo'n 89%. Nu de huisarts voor een GLP1-receptoragonist voorschrijft niet meer naar de tweede lijn hoeft te verwijzen, kan dit percentage mogelijk nog licht toenemen in de komende jaren.

7 | RESULTATEN DIABETES INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de diabetesindicatoren over negen jaren. Omdat dit jaar evenals de vijf voorgaande jaren is gevraagd gegevens aan te leveren over iedereen die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma meedeed 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 diabetesindicatoren over negen jaren



Grafiek 1: Vergelijking indicatoren over negen jaren

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

Opvallend is dat met uitzondering van de funduscontroles alle andere procesindicatoren na jarenlange stijging dit jaar licht zijn gedaald; minder eGFR bepalingen, minder urineonderzoek, minder registratie van de rookstatus en minder voetonderzoek. Hoewel het slechts om een geringe daling gaat moeten de zorggroepen waakzaam zijn dat deze percentages niet verder gaan dalen. Zeker met de huidige landelijke tendens tot meer integrale, gepersonaliseerde zorg voor de chronische ziekten, is er een risico dat deze ziekte specifieke processen minder goed worden bewaakt, wat ten koste zal gaan van de kwaliteit van de diabeteszorg.

Het aantal funduscontroles is stevig toegenomen, meest waarschijnlijk doordat dit verslagjaar de funduscontrole in de afgelopen drie in plaats van twee jaar plaats mocht vinden. Zeer positief is de observatie dat het aantal niet-rokers blijft stijgen.

Het percentage patiënten met T2DM jonger dan 80 jaar dat de streefwaarde voor het LDL (≤ 2.5 jaar) haalt is verder gedaald, evenals het percentage patiënten dat een lipiden verlagend medicament voorgeschreven heeft gekregen, een trend die vorig jaar al was ingezet. Het percentage statine voorschriften in deze populatie blijft rond de 70% liggen. Het is goed mogelijk dat deze daling de komende jaren verder gaat doorzetten, vanwege de aangepaste richtlijnen in de nieuwe NHG standaard Cardiovasculair risicomanagement. Daarin wordt gepersonaliseerde zorg voor ouderen geadviseerd, waarbij bovendien onderscheid wordt gemaakt tussen kwetsbare en niet-kwetsbare ouderen, en er een keuze gemaakt kan worden bij kwetsbare ouderen een statine te staken dan wel niet te starten. Om verder inzicht te krijgen in deze verschuiving, zou het helpen om de gegevens van de mensen tot 70 jaar en de gegevens van mensen van 71-80 jaar separaat aangeleverd te krijgen. Gezien deze factoren en het gegeven dat inmiddels veel indicatoren al een redelijk hoog niveau hebben bereikt, is het inmiddels wellicht relevanter om te kijken naar de praktijkvariatie binnen de zorggroepen.

2. Resultaten over 2019 per indicator

Het totaalbeeld wordt inzichtelijk in de grafieken in bijlage 1. Daarin staan per indicator de resultaten van elke zorggroep weergegeven. Om een vergelijking mogelijk te maken met het landelijk gemiddelde is er een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.

Toelichting bij de grafieken

Grafiek 1: Totale populatie zorggroepen

Deze grafiek laat zien dat er grote variatie is in de grootte van de populaties van de zorggroepen; de kleinste zorggroep telt slechts 4.434 patiënten, de grootste zelfs 596.534 patiënten. De mediaan ligt bij 82.869 patiënten. 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 2.49% tot 7,99%, waarbij de mediane prevalentie van de zorggroepen 5,36% is met een gewogen prevalentie over de totale populatie van 5,43%. Door gebruik te maken van de combinatie van groepsgrootte per zorggroep en het aantal mensen bekend met diabetes kom je tot een totaal aantal mensen bekend met DM2 en de totale populatie bekend bij alle deelnemende zorggroepen samen (uiteraard als die gegevens ook bekend zijn), waardoor je naast de gegevens per zorggroep dan ook gegevens over de totale

populatie hebt (het "gewogen gemiddelde"). De verschillen in prevalentie kunnen 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 bij ouderen in regio's de prevalentie van DM2. Het is bovendien niet uitgesloten dat sommige huisartsen minder alert zijn op het diagnosticeren van DM2, zoals we dat bij de praktijkvariatie 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 zorgprogramma; gemiddeld zit een kleine 17% van de mensen bekend met diabetes niet in het ketenzorgprogramma, met een maximum van 26,55%. Onbekend is hoe de zorg is geregeld voor de patiënten, die niet zijn opgenomen in het zorgprogramma; zij kunnen hetzij 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 uitgesloten zijn van de ketenzorg, of in de tweede lijn begeleid worden. Er zijn ook *best practices* die nagenoeg alle DM2 patiënten onder controle hebben. Hoe doen zij dit, wat kunnen zorggroepen met een niet verklaarde lage prevalentie ervan leren? We weten echter dat het percentage dat bij de specialist onder controle is gemiddeld 9.2% is, maar een spreiding heeft van 0.3% tot maar liefst 19.1% (althans, voor zover gerapporteerd). 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 < 80 jaar bij LDL-cholesterol bepaald is met LDL-cholesterolwaarde ≤ 2.5 mmol/l.

Deze grafiek toont het percentage patiënten jonger dan 80 jaar met een LDL-cholesterol ≤ 2.5 mmol/l. Minimum (34%) en maximum (80%) liggen behoorlijk uit elkaar, waarbij vijf zorggroepen een percentage onder de 50% rapporteren. Dit vraagt bij deze zorggroepen een grondige analyse: zijn de patiënten die deze streefwaarde haalden, ook de patiënten die een statine voorgeschreven kregen en dit ook daadwerkelijk gebruikten? Zijn er bewuste keuzes gemaakt om bij patiënten al dan niet een statine te starten dan wel te staken? Dat zijn vragen die niet vanuit deze grafiek beantwoord kunnen worden. Voor de zorggroepen een uitdaging dit op te pakken. In mei 2019 zijn de Multidisciplinaire Richtlijn en de NHG standaard Cardiovasculair Risicomanagement gepubliceerd die meer gepersonaliseerde zorg mogelijk maken. Zo wordt er onderscheid gemaakt naar het al dan niet doorgemaakt hebben van een hartvaatziekte, maar ook de leeftijd en de kwetsbaarheid van patiënten. In samenspraak worden dan keuzes gemaakt m.b.t. inzet van een statine om een LDL-cholesterol streefwaarde te bereiken. Mogelijk heeft de publicatie van deze richtlijnen al invloed gehad op de uitkomsten in deze grafiek. Hierbij is het ook van groot belang om de praktijkvariatie binnen zorggroepen te analyseren en verbeteren, te leren van *best practices*.

Grafiek 5: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt

Zoals te verwachten komt het profiel van deze grafiek komt sterk overeen met dat van grafiek 4, waaruit je zou kunnen aflezen, maar niet mag concluderen, dat de mensen die een statine gebruiken een grotere kans maken om ook hun LDL-cholesterol streefwaarde bereiken. Opvallend is toch wel, dat drie zorggroepen aangeven dat minder dan 50% van hun patiënten een statine heeft voorgeschreven gezien. As we de grens bij 60% leggen, dan zijn dat zes zorggroepen. Dat geeft reden om de eigen getallen en het eigen beleid (waar nodig) tegen het licht te houden.

Het is te verwachten dat we de komende jaren veranderingen gaan zien in het aantal statine gebruikers. In gezamenlijke besluitvorming zal aan de hand van risico verhogende multi-morbiditeit en patiënt karakteristieken de keuze gemaakt worden 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. 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.

Grafiek 6: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma bij wie de eGFR is geregistreerd

Deze grafiek laat zien dat in het merendeel van de diabetespatiënten de nierfunctie is bepaald aan de hand van de eGFR (bij zo'n 93%). De grafiek in dit rapport met bepalingen over de jaren heen, laat echter een daling zien van het aantal eGFR bepalingen in de afgelopen jaren, waarbij veertien zorggroepen opgeven dat bij minder dan 90% van de patiënten de eGFR bekend is. 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 de voeren en de nierfunctie te vervolgen. Er is nu een goede multidisciplinaire richtlijn chronische nierschade, met duidelijke adviezen, die ook voor oudere mensen met diabetes van belang is.

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

Deze grafiek toont niet alleen een wat lager percentage bepalingen van de albumine/ creatinine ratio in de urine dan de eGFR bepalingen, maar ook een grotere spreiding. Zeventien zorggroepen geven een percentage bepalingen van minder dan 80% op (maar ook een aantal beneden de 60%), van twee zorggroepen zijn geen gegevens bekend. Links in de grafiek is een aantal zorggroepen dat nog aandacht moet schenken aan dit proces, om het aantal bepalingen te verhogen. Belangrijker dan het uitvoeren van deze bepalingen is natuurlijk de vraag of er consequenties worden verbonden aan een verhoogde ACR in de urine? Handelen huisarts en POH adequaat? En wordt samen met de eGFR de mate van chronische nierschade bepaald en daar actie op ondernomen? Die vragen kunnen we vanuit deze grafiek niet beantwoorden.

Grafiek 8: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd.

Bij het merendeel van de diabetespatiënten is ook dit jaar weer het rookgedrag vastgelegd, zelfs ook in de groepen links in de grafiek. De zorgprofessionals lijken doordrongen van het belang van het registreren en dus hopelijk ook ter sprake brengen van deze ernstige risicofactor voor de ontwikkeling van complicaties en voortijdige dood.

Grafiek 9: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma, van wie rookgedrag is vastgelegd, dat rookt

Deze grafiek toont aan dat er volop aandacht lijkt te bestaan voor het rookgedrag van de diabetespatiënten en het verbeteren daarvan; dit jaar is het percentage rokers weer verder gedaald ten opzichte van vorig jaar. Toch is de variatie nog groot, met percentages variërend tussen de 7,6 en 23,4%. Hoe frustrerend het ook is, een ernstige verslaving als roken zal steeds weer aandacht moeten krijgen. Zouden we met elkaar dit percentage nog verder kunnen laten dalen in de komende jaren?

Grafiek 10: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma met een funduscontrole

Het aantal registraties van het fundusonderzoek ligt keurig hoog, met nu een gewogen gemiddelde van meer dan 91%. Deze grafiek is echter niet met de grafieken van voorgaande jaren te vergelijken omdat dit jaar geregistreerd werd of een funduscontrole plaatsvond in de afgelopen drie jaar i.p.v. de afgelopen twee jaar. Desondanks ligt aan de linkerkant van de grafiek bij een aantal zorggroepen dit percentage ver onder het gemiddelde. Zeven zorggroepen geven een percentage beneden de 80% aan, en 37 zorggroepen een percentage beneden de 90%. Wat is hiervoor de verklaring? Is er bewust en gefundeerd een keuze gemaakt niet de fundus te controleren (zeker als het om ouderen gaat die op een bepaalde leeftijd geen oogafwijkingen hebben, en waar verdere intensieve controle waarschijnlijk niets oplevert), of is een verbetering van dit proces noodzakelijk?

Grafiek 11: Percentage patiënten met diabetes in zorgprogramma bij wie voetonderzoek is gedaan

Eerder in dit rapport zagen we al dat er over de jaren heen een daling is in het percentage geregistreerde voetonderzoeken. Deze grafiek voegt daaraan toe, dat er wel degelijk nog een behoorlijk aantal zorggroepen (aan de linkerkant van de grafiek) is waar het percentage bijzonder laag ligt. Twee zorggroepen geven een percentage beneden de 15% op (wat heel onwaarschijnlijk lijkt), zes zorggroepen een percentage beneden de 70%, en 37 zorggroepen een percentage beneden de 80%. Het kan zijn dat er onvoldoende registratie van het voetonderzoek plaatsvond, maar ook kan het voetonderzoek daadwerkelijk niet uitgevoerd zijn. Het is van belang dat de desbetreffende zorggroepen dit oppakken, omdat een goed voetonderzoek ernstige complicaties kan voorkomen.

8 | RESULTATEN HVZ ALGEMEEN

In dit hoofdstuk zetten we de getallen uiteen voor hart- en vaatziekten (HVZ). De volgende aandoeningen gelden als HVZ: myocardinfarct, angina pectoris, TIA, herseninfarct, aneurysma aortae of perifeer arterieel vaatlijden (ICPC codes: K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99.01). Programmatische ketenzorg HVZ behelst zowel het cardiovasculair risicomanagement (CVRM) als de zorg voor het orgaanlijden.

In totaal hebben 97 zorggroepen, gegevens aangeleverd over 2019; in 2018 waren dat er 92. Bij drie zorggroepen waren er mogelijk opstart- en registratieproblemen omdat zij in 2019 met een zorgprogramma zijn gestart. De 97 zorggroepen hadden op 31 december 2019 met elkaar 376.754⁹ HVZ-patiënten in ketenzorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 316.994 patiënten¹⁰ (84%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2019 (97 zorggroepen leverden gegevens aan, van 90 zorggroepen was de populatie bekend)

	ingeschreven patiënten bij huisartsen per zorggroep
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	132.489
Mediaan	94.035
Minimum	4.434
Maximum	558.030

De 90 zorggroepen die het totaal HVZ patiënten, ongeacht ketenzorg, bekend hebben, hadden gemiddeld per zorggroep 6.051 geregistreerde HVZ patiënten, waarmee de prevalentie 4,72% is, zie overzicht 2. De gewogen gemiddelde prevalentie is 4,9%, zoals te zien is in de grafiek prevalentie van bijlage 2. In bijna een kwart van de gevallen (22,7%) was de specialist hoofdbehandelaar, een kleine 10% van de HVZ-patiënten nam géén deel aan het geboden zorgprogramma.

⁹ Eén zorggroep heeft hier geen aantal aangegeven. Van deze groep is het aantal 12 maanden in zorg gerekend. Dit geeft dus een onderschatting van het totaal aantal in ketenzorg bij de deelnemende zorggroepen.

¹⁰ Drie groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum.

Overzicht 2: Verdeling mensen met HVZ over zorggroepen¹¹

	patiënten met HVZ (90 zorggroepen)	prevalentie (86 zorggroepen)	in ketenzorg (96 zorggroepen)	% controle specialist ¹² (88 zorggroepen)	% niet in ketenzorg ¹³ (88 zorggroepen)
gemiddelde	6.051	4,72%	3.841	22,72%	9,79%
mediaan	3.827	4,68%	2.422	22,03%	8,81%
minimum	219	2,71%	148	1,13%	0,00%
maximum	33.787	7,71%	22.108	44,93%	43,61%

Om zicht te krijgen op substitutie van tweede naar eerste lijn hebben we het percentage patiënten dat in de eerste lijn wordt behandeld vergeleken over acht jaren. Voor deze vergelijking hebben we alleen 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.

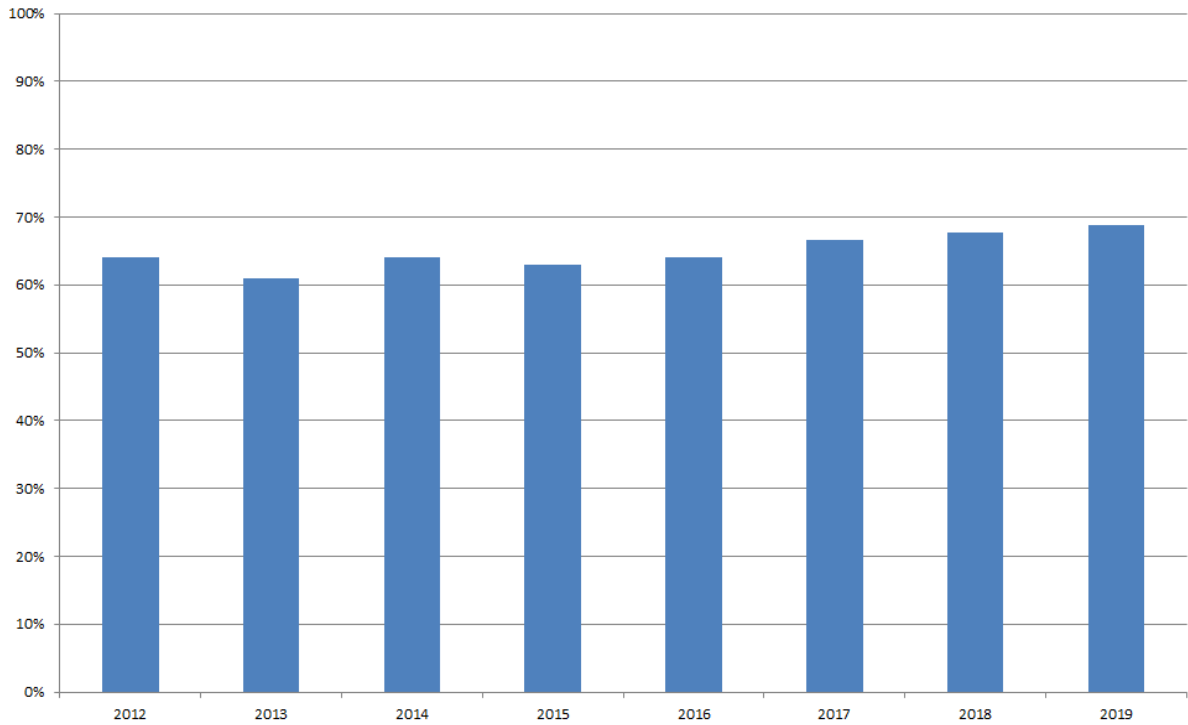
Het percentage HVZ-patiënten dat uitsluitend door de huisarts wordt behandeld, schommelt al jaren rond de 65% en verandert nauwelijks. De percentages zijn vergelijkbaar met die van het zorgprogramma COPD, maar liggen zo'n 20 procentpunt lager dan bij DM2 het geval is. Dat laatste lijkt ook wel logisch. De zorgketen DM2 is de oudste keten en terugverwijzing naar de eerste lijn is gemeengoed geworden. In geval van een doorgemaakte HVZ is er bij specialist 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, met adequaat CVRM als hoeksteen. Er is in 2019 ook een aantal zorggroepen, dat qua substitutie van zorg hogere percentages haalt dan landelijk gemiddeld en dat is bemoedigend (zie bijlage 2 grafiek 'Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma' waarin niet alle HVZ patiënten in de eerste lijn zijn meegenomen, maar enkel die in ketenzorg. Zo'n 25 zorggroepen hebben daar al een hoger percentage dan alle zorggroepen samen voor het totaal aan HVZ patiënten in de eerste lijn, dus inclusief de patiënten niet in ketenzorg). 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 aan de zorggroepen die hier geen koploper zijn. Het percentage patiënten in de eerste lijn zou daarmee omhoog moeten kunnen, ondanks het feit dat een deel van de HVZ-patiënten recent (minder dan een jaar geleden) nog een (recidief) incident doormaakte en/of verdere cardiale co-morbiditeit heeft, waardoor controle door de specialist noodzakelijk is. In deze categorie patiënten is het overigens nog 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.

¹¹ Omdat in dit overzicht de gemiddelden van de zorggroepen zijn berekend kunnen de aantallen en percentages afwijken van grafieken en overzichten waar het gewogen gemiddelde over alle zorggroepen heen is berekend. In de verdeling van patiënten over ketenzorg, specialist en geen ketenzorg, zijn alleen de aantallen patiënten meegenomen van wie de hoofdbehandelaar (huisarts of specialist) bekend is. Er is een deel zonder registratie hoofdbehandelaar. Hoe groot dit aandeel is wordt beschreven in het hoofdstuk Programma overstijgende indicatoren.

¹² 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.

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).

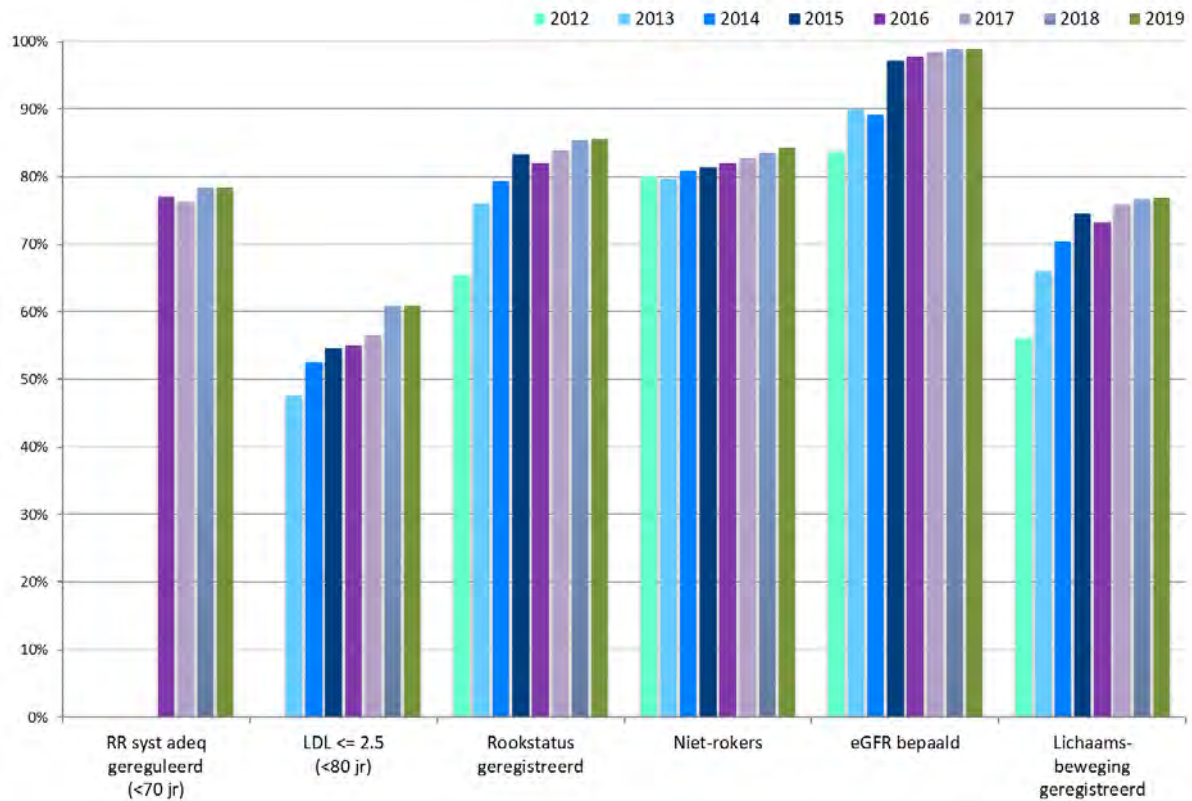
Grafiek 1: Beloop percentage patiënten met HVZ dat primair in de eerste lijn behandeld wordt, van 2012 tot en met 2019



9 | RESULTATEN HVZ INDICATOREN

In dit hoofdstuk kijken we in detail naar de indicatoren die uitgevraagd of berekend worden in de benchmark ketenzorg HVZ: de *prevalentie van HVZ* en het *percentage HVZ-patiënten in een zorgprogramma* stipten we in het vorige hoofdstuk al aan, de *indicator 'bloeddruk gemeten'* is pas dit jaar toegevoegd en de gegevens vanaf 2012 voor zover bekend van de *zes overige proces- en prestatie-indicatoren* (bloeddruk op streefwaarde, LDL op streefwaarde, rookstatus registratie, percentage niet-rokers, eGFR bepaald en lichaamsbeweging geregistreerd) zijn te zien in grafiek 1. Er is, net zoals in de vijf voorgaande jaren, uitgegaan van patiënten die gedurende het hele jaar aan het zorgprogramma deelnamen en daarmee is een zuivere vergelijking met de daaraan voorafgaande jaren (2012 en 2013) niet mogelijk. Over het algemeen zijn de percentages patiënten die aan de indicator voldoen weinig veranderd. Voor alle eerder genoemde getallen en indicatoren is in bijlage 2 een grafiek te vinden met percentages per zorggroep die gegevens aanleverde. 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. Per indicator bespreken we hieronder de bevindingen aan de hand van grafiek 1 én de betreffende grafiek in bijlage 2.

Grafiek 1: Vergelijking percentages HVZ-patiënten 12 maanden in zorgprogramma dat voldeed aan een indicator, weergegeven per indicator vanaf 2012 tot en met 2019. De indicator 'bloeddruk gemeten' werd in 2019 geïntroduceerd en is derhalve niet in deze grafiek opgenomen²⁴



Prevalentie van mensen met HVZ per zorggroep (grafiek 1 in bijlage 2)

De prevalentie is berekend op alle patiënten met HVZ (onder controle specialist, ketenzorg, geen ketenzorg en patiënten bij wie geen hoofdbehandelaar is geregistreerd). Het gewogen gemiddelde is 4,9% en vergelijkbaar met 2018 (4,8%). De prevalentie varieert tussen de zorggroepen van minimaal 2,8% tot maximaal 7,7%. De spreiding kan verklaard worden door verschillen tussen de zorggroepen in leeftijdsopbouw van de populatie, sociaal-economische status, en over- of ondermatig vaststellen van een HVZ. 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 en over- of onderrapportage zou gecorrigeerd moeten worden.

Percentage HVZ-patiënten in zorgprogramma per zorggroep (grafiek 2 in bijlage 2)

Gemiddeld wordt 65% van alle patiënten met een HVZ, die in aanmerking komen voor het HVZ zorgprogramma, in de eerste lijn begeleid. Dit percentage stijgt de afgelopen jaren heel licht. Een aantal zorggroepen blijft hier beneden de 50% en in die gevallen lijkt een goede dialoog met de specialist over substitutie van zorg van deze patiënten een aandachtspunt. Zij kunnen bij de discussie met de ziekenhuisspecialisten in de regio refereren naar andere zorggroepen, die percentages van meer dan 80% halen. Ook valt er waarschijnlijk te leren van de werkwijze van deze

²⁴ Aangezien de leeftijd bij de indicator systolische bloeddruk op streefwaarde drie jaar terug is gewijzigd van 80 naar 70 jaar is alleen een vergelijking over de laatste drie jaren mogelijk.

koplopers. Substitutie kan immers in de vorm van 'shared care' plaatsvinden. Daarbij regelt de huisarts het CVRM en de cardioloog de nodige specialistische zorg.

Percentage HVZ-patiënten bij wie bloeddruk gemeten is (procesindicator)

Bij bijna 90% van de HVZ-patiënten in de zorgprogramma's is in 2019 de bloeddruk gemeten (grafiek 3 in bijlage 2). Dit percentage zou idealiter meer dan 90% zijn. 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.

Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten en de systolische bloeddruk ≤ 140 mm Hg is, per zorggroep (kwaliteitsindicator)

Met 78% blijft het percentage HVZ-patiënten dat de bloeddrukstreefwaarde haalt stabiel (grafiek 1) en de spreiding is gering (grafiek 4 in bijlage 2). Iets meer dan 20% 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), therapieontrouw, staken of onvoldoende ophogen van bloeddrukverlagers door bijwerkingen, voorschrift van ineffectieve combinaties van bloeddrukverlagers, persoonlijke wensen van de patiënt en andere individuele omstandigheden (fragiliteit, levensverwachting). Er kan dus ook op goede gronden gekozen worden voor het niet naleven van een streefwaarde en de richtlijn CVRM biedt daar dan ook specifiek ruimte voor.

Al met al kan de veelheid aan factoren een analyse om tot een verbeterplan te komen op dit punt moeilijk maken. Daarbij komt dat er nog geen goede markering voor 'witte jassen hypertensie' is. 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. Maar ook voor deze indicator geldt: het gemiddelde is niet het doel. Het is goed om naar de zorggroepen te kijken die hier het hoogste percentage halen, ondanks het feit dat ook voor die zorggroepen alle complicerende factoren gelden die hierboven omschreven werden.

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

Dit percentage is stabiel rond de 60% (grafiek 1). Bijna 40% haalt de streefwaarde voor het LDL van $\leq 2,5$ mmol/l 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 een belangrijke risicoreductie bewerkstelligd, maar veelal vanwege bijwerkingen wordt dan niet 'het onderste uit de kan' gehaald. De vraag blijft dus, of patiënten boven de streefwaarde onvoldoende behandeld worden, of vanwege bijvoorbeeld bijwerkingen niet intensiever behandeld worden. Dat laatste kan in het kader van goede zorg zijn en is conform de multidisciplinaire richtlijn CVRM. Maar in geselecteerde gevallen met een heel hoog risico is er mogelijk juist intensievere lipiden behandeling in de tweede lijn nodig. Waarschijnlijk gaat het om een combinatie van beiden en is het vooral belangrijk met iedere patiënt te bespreken welke LDL-daling mogelijk is. Het spiegelen van ketenzorgprestaties aan individuele streefwaardes zou in de toekomst wellicht beter zijn, dan het spiegelen aan arbitraire streefwaarden in richtlijnen. Een uitvoerigere nuancering van het niet halen van streefwaardes is verder te lezen in het hoofdstuk 'programma

overstijgende indicatoren'. Maar ook hier kunnen zorggroepen die onder het gemiddelde zitten, evalueren of er sprake is van stelselmatige onderbehandeling en leren van de koplopers (grafiek 5 in bijlage 2). Al met al lijkt het halen van de landelijke LDL-streefwaarde moeilijker te zijn dan die van de systolische bloeddruk en is er meer spreiding tussen de zorggroepen. In de toekomst zal het effect van het verlagen van de streefwaarde naar 1,8 mmol/l voor een deel van de patiënten deze indicator beïnvloeden.

Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd en percentage patiënten daarvan dat nog rookt

De rookstatus is bij 85% van de deelnemers aan het programma vastgelegd (grafiek 1), een lichte verbetering t.o.v. 2018. Gezien het gemak waarmee dit gegeven kan worden achterhaald en vastgelegd, is dit percentage voor verbetering vatbaar. Dit geldt eens te meer voor zorggroepen die hier beneden gemiddeld scoren (grafiek 6 in bijlage 2). Het percentage rokers onder degenen bij wie het rookgedrag is vastgelegd is redelijk stabiel met 17% (grafiek 1), de spreiding is behoorlijk maar kan afhangen van populatie-karakteristieken in een zorggroep (grafiek 7 in bijlage 2). Grosso modo rookt een op de zes HVZ patiënten dus nog. Het blijft van groot belang dat hulpverleners zich inspannen om het rookgedrag van hoog-risicopatiënten te minderen. In het HVZ-programma roken er meer mensen dan bij DM en VVR. Dit komt in ieder geval voor een deel doordat het ontwikkelen van een HVZ sterk is geassocieerd met roken.

Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie de geschatte renale klaring (eGFR) is gemeten in de afgelopen vijf jaar

De registratie van de nierfunctie aan de hand van de renale klaring (eGFR) benadert de 100% (grafiek 1), de spreiding is minimaal en dat is een prima resultaat (grafiek 8 in bijlage 2). Het is een mooi voorbeeld van de opbrengst van goed georganiseerde programmatische zorg.

Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie de mate van beweging is vastgelegd

Bij ruim driekwart van de patiënten (77%) is de mate van beweging vastgelegd (grafiek 1). Dit is vergelijkbaar met 2018. De spreiding is nog fors tussen de zorggroepen (12% - 99%). Hier is dus ruimte voor verbetering bij een groot aantal zorggroepen (grafiek 9 in bijlage 2). Onderregistratie speelt hierbij waarschijnlijk een grote rol.

Het vastleggen van rookgedrag en mate van beweging en het meten van de eGFR zijn proces-indicatoren die bij iedere patiënt die in zorg is verricht zouden moeten worden. Elk van deze drie indicatoren zou de 100% moeten benaderen. De resultaten per zorggroep kunnen hier dus als spiegelinformatie dienen. De onder-registratie van rook- en beweeggedrag is een evident verbeterpunt, omdat de betreffende procesindicatoren belangrijk zijn voor het individueel zorgplan en dus van grote waarde zijn in het personaliseren van HVZ zorg. De eGFR wordt goed opgevolgd.

Bij prestatie-indicatoren die het behalen van een streefwaarde weergeven, is dat anders en moet eerder het landelijk gemiddelde samen met de percentages die door de koplopende zorggroepen bereikt worden als spiegelinformatie dienen. Dit geeft een indicatie van wat een redelijke streefdoel lijkt, maar nog recht doet aan het feit dat er in een deel van de patiënten plausible verklaringen zijn waarom de streefwaarde niet te halen is. Het is aan iedere zorggroep om

goed te kijken wat reëel is, waarom de scores van de betreffende zorggroep eventueel afwijken, of dat verklaarbaar is en of dat al dan niet tot een verbeterplan moet leiden.

10 | RESULTATEN VVR ALGEMEEN

De 91 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2019 met elkaar 743.388¹⁵ patiënten met VVR in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 652.571 patiënten¹⁶ (88%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2019 (91 zorggroepen leverden gegevens aan, van 84 zorggroepen was de populatie bekend)

	ingeschreven patiënten bij huisartsen per zorggroep
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	132.750
Mediaan	88.859
Minimum	4.434
Maximum	558.030

Er zijn ten opzichte van vorig jaar vijf zorggroepen meer die cijfers aanleveren. Dat betekent dat het aantal groepen dat start met een zorgprogramma VVR nog steeds groeit. Bij hen kunnen opstart- en registratieproblemen de cijfers in de rapportage mogelijk beïnvloeden.

¹⁵ Eén zorggroep heeft hier geen aantal aangegeven. Van deze groep is het aantal 12 maanden in zorg gerekend. Dit geeft dus een onderschatting van het totaal aantal in ketenzorg bij de deelnemende zorggroepen.

¹⁶ Drie groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum.

Overzicht 2: Verdeling mensen met VVR over zorggroepen¹⁷

	patiënten met VVR (83 zorggroepen)	prevalentie (83 zorggroepen)	in ketenzorg (91 zorggroepen)	% controle specialist (79 zorggroepen)	% niet in ketenzorg ¹⁸ (79 zorggroepen)
gemiddelde	10.599	8,76%	8.169	6,21%	13,35%
mediaan	7.229	8,74%	5.414	5,64%	10,51%
minimum	498	4,17%	80	0,39%	0,69%
maximum	43.151	13,25%	32.428	36,80%	47,80%

Prevalentie VVR

De prevalentie is berekend op alle patiënten met VVR (onder controle specialist, ketenzorg, geen ketenzorg en patiënten bij wie geen hoofdbehandelaar is geregistreerd), maar zonder vastgestelde HVZ en/of diabetes. Het gewogen gemiddelde is 8,7% en vergelijkbaar met 2018 (8,9%).

Vergeleken met de recente publicaties van de Hartstichting (we citeren de publicatie van de Hartstichting Cijfers over incidentie, prevalentie, ziekte en sterfte Hart- en vaatziekten in Nederland 2019¹⁹) is het percentage 8.8% laag. Uitgaande van meer dan 2 miljoen mensen in Nederland met hypertensie (ongeveer 11%) is de conclusie dat zorggroepen nog niet alle patiënten met VVR in beeld hebben.

Inclusie in zorgprogramma

De inclusiecriteria voor het zorgprogramma VVR zijn: er moet sprake zijn van (een indicatie voor) medicamenteuze behandeling van hypertensie en/of hypercholesterolemie volgens de indicaties van de standaard cardiovasculair risicomangement).

Daarbij geldt dat de aanwezigheid van een indicatie voor medicatiegebruik niet betekent dat alle VVR deelnemers ook werkelijk medicatie gebruiken; op basis van patiëntgebonden voorkeuren, (vermeende) bijwerkingen en interacties kan worden afgezien van medicatiegebruik.

Ten slotte zijn er door InEen ook generieke exclusiecriteria geformuleerd, die reden kunnen zijn om een patiënt met een behandelindicatie toch niet in het zorgprogramma op te nemen. Tot de laatste categorie (generieke exclusiecriteria) behoren de patiënten met dementie of levensbedreigende ziekte, patiënten die niet gemotiveerd zijn of niet komen opdagen of om andere redenen niet aan het zorgprogramma willen of kunnen deelnemen.

¹⁷ Omdat in dit overzicht de gemiddelden van de zorggroepen zijn berekend kunnen de aantallen en percentages afwijken van grafieken en overzichten waar het gewogen gemiddelde over alle zorggroepen heen is berekend. In de verdeling van patiënten over ketenzorg, specialist en geen ketenzorg, zijn alleen de aantallen patiënten meegenomen van wie de hoofdbehandelaar (huisarts of specialist) bekend is. Er is een deel zonder registratie hoofdbehandelaar. Hoe groot dit aandeel is wordt beschreven in het hoofdstuk Programma overstijgende indicatoren.

¹⁸ 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).

¹⁹ Het aantal personen met een hart- en vaatziekte in Nederland hangt af van de definitie die wordt gekozen. Uitgaande van chronische hart- en vaatziekten, met uitzondering van hypertensie, hadden in 2018 1,55 miljoen mensen een hart- en vaatziekte (803.500 mannen en 746.700 vrouwen). Dit aantal neemt toe tot ruim 3,5 miljoen indien hypertensie ook wordt meegerekend. Blz 81 in "Hart- en vaatziekten in de Nederlandse huisartsenpraktijk" van M. Nielen¹, Z. R. Poos², J. Korevaar¹ 1 Nivel, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht 2 RIVM, Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, Bilthoven) "Hoeveel mensen hebben hart- en vaatziekten in Nederland?".

VVR patiënten in de tweede lijn

Over de jaren 2014 tot en met 2018 varieerde de gemiddelde prevalentie van patiënten met VVR die in de tweede lijn²⁰ werden behandeld van 5,9% in 2014, 6,4% in 2018 naar 6.2% in 2019. Landelijk gezien is er sprake van een blijvend laag percentage VVR-patiënten dat in de tweede lijn²¹ wordt behandeld. Gemiddeld gezien kan geen significante substitutie van deze zorg vanuit de tweede lijn worden geconstateerd (maar dit sluit regionale substitutie hier en daar niet uit). In een goede eerste-/anderhalvelijnssetting hoeven VVR patiënten niet in de tweede lijn te worden behandeld, dit kan prima in de eerste lijn, zeker met behulp van een 'meekijkconsult', dat in verschillende regio's goed functioneert.

VVR patiënten niet in ketenzorg

Ten slotte blijkt dat in 2019 gemiddeld 13,35% van de VVR-patiënten in de zorggroepen niet in het programma VVR zijn opgenomen. Over de jaren 2014 tot en met 2019 is er een opvallend stijging van dit gemiddelde; van 5,9% in 2014 tot 13,35% in 2019. Voor zover dat een weloverwogen keuze is van huisarts en patiënt samen, is dat prima en overeenkomstig de inclusiecriteria. Dit hangt echter zeker ook samen met inclusiebeperkingen (de 'inclusieplafonds' opgelegd door zorgverzekeraars) en dat patiënten alleen mogen worden geïncludeerd indien zij medicatie gebruiken. Dat een aantal zorgverzekeraars VVR zorg niet meer volledig vergoedt, beïnvloedt deze ontwikkeling. Dit is een gemiste kans, gezien het belang van preventie. Programmatische zorg heeft hier haar waarde bewezen en dient te worden ingezet bij alle mensen die zorg nodig hebben en deze ook willen (zie ook de nieuwe Europese richtlijn²²). Wel zal een groeiend deel van de geïncludeerde patiënten steeds beter en hoofdzakelijk digitaal kunnen worden begeleid. Dit lijkt te beantwoorden aan behoeftes van een toenemende patiëntengroep en is mogelijk voor hen meer op maat en minder kostbaar. In een enquête²³ onder de zorgverzekeraars heeft de NZa gevraagd naar het bestaan van zogenaamde 'inclusieplafonds' (of omzetplafonds) op de multidisciplinaire zorg. De vraag luidde: "Is een inclusieplafond opgenomen in de afspraak? Wordt bijvoorbeeld contractueel geregeld dat niet meer dan X% van de gehele populatie in een ketenzorgprogramma mag worden opgenomen?".

²⁰ Hierbij kan gedacht worden aan VVR patiënten die hun medicatie via de huisarts betrekken maar vanwege atriumfibrilleren, hartklepstoornissen, hartfalen of familiale hypercholesterolemie tevens onder controle zijn bij de tweede lijn. Ook in de toekomst zal een substantieel aantal VVR patiënten uit de eerste lijn ook in de tweede lijn worden gezien, ook voor VVR patiënten zijn er immers verwijzindicaties beschreven in de CVRM-richtlijn.

²¹ De huisarts houdt natuurlijk altijd een groep die met een juiste indicatie bij de specialist in de tweede lijn wordt behandeld. Denk aan: therapieresistente hypertensie, verdenking secundaire hypertensie en familiale hypercholesterolemie.

²² 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) François Mach, Colin Baigent, Alberico L Catapano, Konstantinos C Koskinas, Manuela Casula, Lina Badimon, M John Chapman, Guy G De Backer, Victoria Delgado, Brian A Ference. European Heart Journal, Volume 41, Issue 1, 1 January 2020, Pages 111–188, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455> Published: 31 August 2019.

²³ Monitor Contractafspraken huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019.

Overzicht 3: Aandeel contracten met inclusieplafond per zorgverzekeraar

	a	b	c	d	e	f
DMz	0%	0%	17%	100%	100%	0%
COPD	0%	0%	17%	100%	100%	0%
HVZ	0%	100%	33%	100%	100%	95%
VVR	0%	100%	40%	100%	n.v.t.	100%
Astma	0%	0%	0%	100%	n.v.t.	n.v.t.
Ouderen	n.v.t.	n.v.t.	0%	100%	n.v.t.	n.v.t.

Bron: NZa-enquête onder zorgverzekeraars

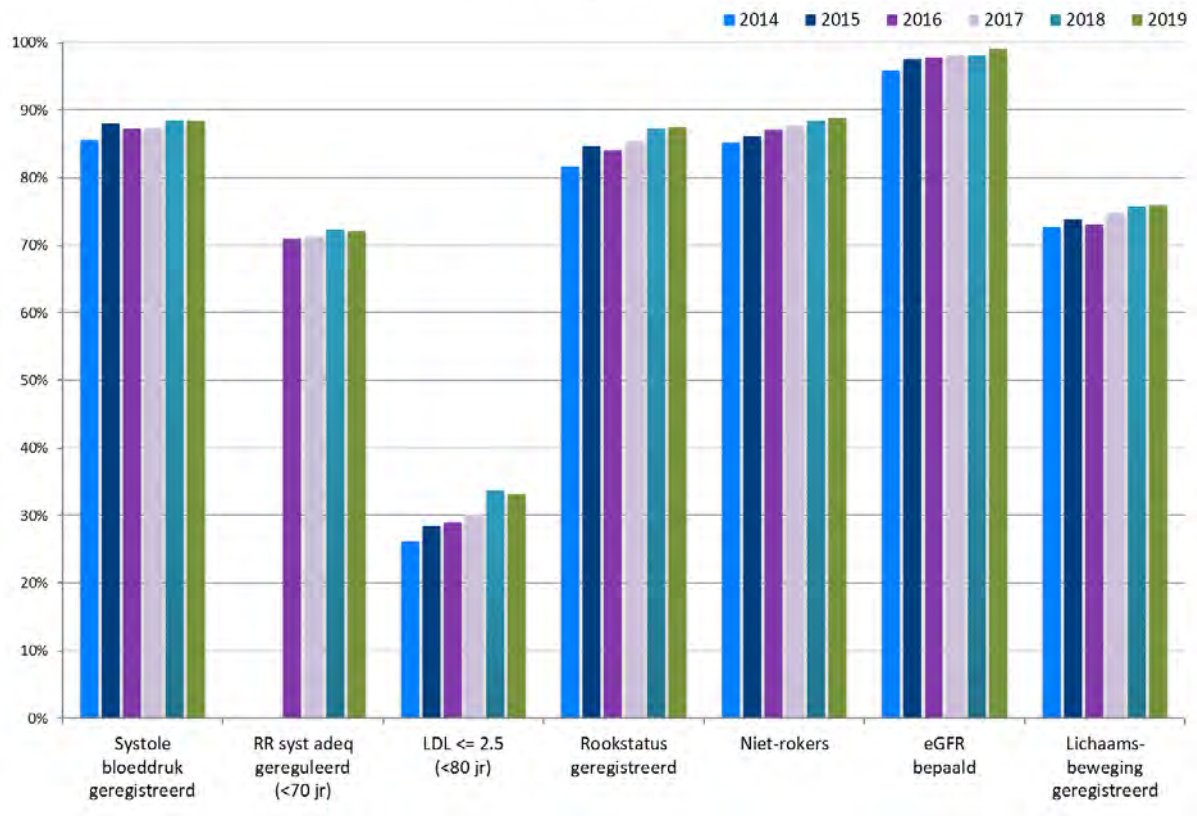
Uit de antwoorden blijkt dat verzekeraars (a t/m f) hierin een divers beleid voeren. Eén verzekeraar heeft in *alle* contracten een dergelijk plafond ingesteld, een andere in geen enkel contract en de overige verzekeraars laten een wisselend beeld zien per keten.

11 | RESULTATEN VVR INDICATOREN

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

1. Vergelijking indicatoren VVR over zes jaren

Grafiek 1: Vergelijking indicatoren over zes jaren²⁴



Bij het vergelijken van de belangrijkste indicatoren over de afgelopen zes jaar is er bij drie procesindicatoren nog sprake van een verbetering; (i) de bepaling van de systolische bloeddruk, (ii) de registratie van de rookstatus en (iii) lichaamsbeweging. De bepaling van de nierfunctie (eGFR) is nu nagenoeg maximaal. We zien verder voor het zesde achtereenvolgende jaar dat het aantal niet-rokers stijgt.

Het percentage patiënten dat adequate behandeld wordt voor hoge bloeddruk (RR syst adeq gereguleerd) is alle jaren gestegen, met een (opvallende) trendbreuk in 2018, bij 'doortrekken' van de lijn 2014- 2019. Hierbij wordt aangetekend dat naast de praktijkmeting nu ook de thuismeting word geregistreerd.

²⁴ Aangezien de leeftijd bij de indicator systolische bloeddruk op streefwaarde drie jaar terug is gewijzigd van 80 naar 70 jaar is alleen een vergelijking over de laatste drie jaren mogelijk.

In 2019 had een fractie minder personen jonger dan 80 jaar een LDL-cholesterolstreefwaarde <2,5 mmol/l. dan in 2018. Hierbij komt dat de Multidisciplinaire richtlijn CVRM in april, 2019 is herzien²⁵ en voor VVR – qua streefwaarden - 'coulanter' is.

Bovenstaande getallen betreffen gemiddelden (van veel zorggroepen), maar de verbeteringen – alhoewel bescheiden – zijn relevant. Dat neemt niet weg dat er alleen al door de variatie tussen zorggroepen onderling nog een duidelijk verbeterpotentieel bestaat; de uitdaging is dat zorggroepen die ruim onder gemiddeld scoren een goede analyse doen.

Binnen zorggroepen is er de praktijkvariatie; de uitdaging is dat praktijken die ruim onder het gemiddelde scoren van de zorggroep een concreet verbeterplan opstellen.

De gemiddelde daling van het LDL over de jaren 2014 t/m 2018 (in casu de stijging van het percentage patiënten die aan de streefwaarde voldoen) en de stabilisering in 2019 (die kan samenhangen met allerlei factoren zoals veranderde richtlijnen, veranderde gedeelde besluitvorming tussen behandelaar en patiënt) laat desalniettemin een mooie verbetering zien van de zorg in kwestie.

Vanwege de aandacht voor ouderen, maatwerk en gezamenlijke besluitvorming in de nieuwe richtlijnen zal in de komende jaren zal de geïndividualiseerde persoons gerichte zorg beter in beeld (moeten worden) worden gebracht.

2. Resultaten over 2019 per indicator

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

Toelichting bij de grafieken

Grafiek 1: Prevalentie VVR

De gemiddelde prevalentie van deelnemers met een verhoogd vasculair risico bedraagt bijna 9% in 2019. Dit is ongeveer gelijk aan de gemeten gemiddelde prevalentie in 2018, 2017, 2016 en 2015. Er is een grote variatie in de prevalentie van VVR tussen de verschillende zorggroepen (enkele uitschieters naar 4,2% maar de meeste zorggroepen zitten tussen de 6,0% à 12,0 %). Zorggroepen die duidelijk boven of onder de benchmark scoren zouden na moeten gaan hoe dit te verklaren is, dit in hun jaarverslag opnemen en waar nodig actie ondernemen.

Grafiek 2: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma

Nadat er in 2018 sprake was van een lichte daling tot onder de 70% van het percentage VVR patiënten dat in het ketenprogramma participeert (het percentage in de jaren 2015 tot en met

²⁵ Op 2 april 2019 is de herziene richtlijn voor disciplines in de zorg bij verhoogd cardiovasculair risico verschenen. Met sterker gedifferentieerde streefwaarden voor bloeddruk en cholesterol, en meer aandacht voor ouderen, maatwerk en gezamenlijke besluitvorming. De herziene Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (MDR CVRM) bevordert eenduidig beleid, onafhankelijk van wie de hoofdbehandelaar is, de patiënt het beleid bepalen. In de herziene MDR CVRM is het onderscheid tussen primaire en secundaire preventie verlaten.

2017 schommelde boven de 70%) is er in 2019 weer een hogere participatie, van meer dan 70%. De deelname aan dit ketenzorgprogramma stabiliseert dus kennelijk op gemiddeld circa 70% (de meeste zorggroepen zitten tussen de 50,0% à 90,0%, enkele uitschieters naar beneden buiten beschouwing gelaten). Dit betekent wel dat nog steeds bijna 30% van de VVR patiënten geen programmatische zorg krijgt in de eerste lijn.

Een hoog percentage VVR-patiënten die niet aan het programma deelnemen, is een gemiste kans, programmatische zorg heeft haar waarde bewezen en dient te worden ingezet bij eenieder die die zorg nodig heeft. Zorggroepen kunnen beschrijven hoe deze patiëntengroep wordt gekarakteriseerd: zijn dit patiënten die al in de tweede lijn worden behandeld, zijn dit zorgmijders of zijn het op grond van gedeelde besluitvorming bewust niet geïnccludeerde patiënten? Speelt een opgelegd 'plafond' of anderszins de financiering van de verzekeraar een rol? Als de deelname echter hoog is, is er mogelijk sprake van een onjuist gebruik van inclusiecriteria.

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

Gemiddeld is bij 88% (een uitschieter naar beneden van 14,9% buiten beschouwing gelaten, scoren de meeste zorggroepen ruim boven de 80,0%) van de deelnemende zorggroepen in het VVR-programma de bloeddruk gecontroleerd. Dit percentage is al jaren stabiel. Een goede bloeddrukmeting is een basisvoorwaarde in dit zorgprogramma. Waarschijnlijk is het aandeel ambulante bloeddrukmetingen toegenomen (dit geeft een betrouwbaarder beeld van het aantal bloeddrukmetingen dat wordt verricht). Zorggroepen die ruim onder het gemiddelde zitten zouden kunnen analyseren wat hiervoor de oorzaak is en welke mogelijkheden er zijn om dit te verbeteren. *Best practices* laten zien dat een percentage van hoog in de 90% zeker mogelijk is en de vraag is welke verklaringen zijn er dat zorggroepen hierin achterblijven?

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

De streefwaarde voor systolische bloeddruk is evenals de streefwaarde LDL-cholesterol recent in de standaarden gewijzigd en is nu afhankelijk van de risicocategorie, bestaande uit morbiditeit en leeftijd²⁶. 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 in 2019 72,1% (enkele uitschieters daargelaten, scoren de meeste zorggroepen 60,0% tot 80,0%). Dit na jarenlange stabiele stijging; de score in 2014 was 65% en in 2018 72,3%.

Zorggroepen die onder de benchmark scoren zouden moeten nagaan hoe dit kan en wat ze zouden kunnen verbeteren.

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

De streefwaarde voor LDL-cholesterol is gewijzigd in de standaarden en is afhankelijk van de risicocategorie, bestaande uit morbiditeit en leeftijd²⁷. De indicaties voor het starten dan wel

²⁶ Tabel 1 Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatie en beleid Praktische handleiding bij de NHG-Standaard CVRM (2019)

²⁷ Tabel 1 Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatie en beleid Praktische handleiding bij de NHG-Standaard CVRM (2019)

staken van lipiden verlagende medicatie bij personen ouder dan 70 jaar zijn verduidelijkt. Daarbij worden kwetsbare en niet-kwetsbare ouderen onderscheiden. Bij kwetsbare ouderen zonder hart- en vaatziekten is verlaging van het LDL-cholesterol met medicatie niet aanbevolen. Bij een derde van de VVR-patiënten wordt deze streefwaarde behaald (er is wel een grote spreiding van 11,9% tot 56,4% over de zorggroepen) en dat is een stuk lager dan de andere streefwaarde: de bloeddruk. Blijkbaar is de stap om (alleen) een verhoogd cholesterol bij een VVR-patiënt (met medicatie) te behandelen nog hoog. Zorggroepen die ruim onder de benchmark liggen zouden moeten nagaan hoe dit komt. Wat zouden ze kunnen aanpakken om dat te verbeteren.

Grafiek 6: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie rookstatus is vastgelegd

Vaker dan in het verleden (2016 t/m 2018) is in 2019 de rookstatus vastgelegd; bij 87,5% (er is wel een grote spreiding van 46,3% tot 100,0% over de zorggroepen). Stoppen met roken is belangrijk en blijft actueel. De zorggroepen die onder de benchmark scoren zouden moeten nagaan hoe dit komt en wat ze eraan kunnen doen.

Grafiek 7: De "rokers" ofwel het percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd en die roken

Het aantal rokers 11,2% is weer verder gedaald ten opzichte van 2018 (11,7%), 2017 (12,4%), 2016 (13%) en 2015 (13,9%). Dit is heel goed nieuws. Zeker ook gezien het landelijk gemiddelde dat hoger ligt. Ter vergelijking: het percentage rokers bij mensen in het zorgprogramma HVZ (2019) is 15,7% en bij DM2 13,5%. De grote spreiding van 2,9% tot 18,2% over de zorggroepen geeft hoop: een score onder de 10,0% lijkt dus mogelijk. De zorggroepen die laag scoren zouden moeten nagaan hoe dit komt en leren van *best practices*.

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

De nierfunctie gaat achteruit bij hypertensie. Diuretica kunnen de nierfunctie verminderen als ze (relatief) te hoog gedoseerd worden en leiden tot episodes van dehydratie en RAAS-blokkers kunnen de nierfunctie verlagen indien er sprake is van nierarteriestenose. Daarnaast hebben thiazide diuretica een kalium verlagend effect en RAAS-blokkers een kalium sparend. 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% (een enkele uitschieter; de spreiding is 70,4% tot 100,0%) van alle VVR patiënten in zorg de nierfunctie bekend. Dat is een prachtig resultaat van de programmatische aanpak van deze patiëntengroep. Hier lijkt gemiddeld geen verdere verbetering meer mogelijk. Zorggroepen met die aanzienlijk onder het gemiddelde zitten dienen de redenen daarvan te analyseren en een concreet verbeterplan te starten

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

Bij 75,9% van de VVR-deelnemers zijn gegevens bekend over de mate van beweging in de meetperiode. Dat percentage is vergelijkbaar met 2018: 75,8%. Er is wel een opvallend grote spreiding over de zorggroepen; van 7,1% tot 98,5%. Zorggroepen die onder de benchmark scoren zouden moeten nagaan hoe dit komt en afspraken maken hoe dit te verbeteren.

12 | RESULTATEN COPD ALGEMEEN

De 106 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2019 met elkaar 129.369²⁸ patiënten met COPD in ketenzorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 109.835 patiënten²⁹ (86%) die gedurende het hele jaar in ketenzorg waren.

Overzicht 1: Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2019 (106 zorggroepen leverden gegevens aan, van 102 zorggroepen was de populatie bekend)

	ingeschreven patiënten bij huisartsen per zorggroep
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	127.559
Mediaan	97.922
Minimum	1.003
Maximum	500.171

Het aantal zorggroepen dat cijfers aanlevert over COPD is gestegen van 105 naar 106.

²⁸ Eén zorggroep heeft hier geen aantal aangegeven. Van deze groep is het aantal 12 maanden in zorg gerekend. Dit geeft dus een onderschatting van het totaal aantal in ketenzorg bij de deelnemende zorggroepen.

²⁹ Twee groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum en tien groepen hebben een verschil van minder dan 10 patiënten opgegeven.

Overzicht 2: Verdeling mensen met COPD in zorgprogramma over zorggroepen³⁰

	patiënten met COPD (99 zorggroepen)	prevalentie (96 zorggroepen)	in ketenzorg (105 zorggroepen)	% controle specialist (99 zorggroepen)	% niet in ketenzorg ³¹ (98 zorggroepen)
Gemiddelde	2.382	1,98%	1.212	27,87%	14,32%
Mediaan	1.366	1,87%	706	27,76%	14,12%
Minimum	59	0,10%	30	0,93%	0,55%
Maximum	11.343	9,17%	5.215	55,45%	43,64%

In de laatste paar jaar blijft de prevalentie van COPD met 2,0% ongeveer stabiel. 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 stabiel over de jaren. Mogelijk dat dit aantal de komende jaren gaat dalen door het afgesloten hoofdlijnenakkoord waarbij de tweede lijn minder mag groeien. Het aantal patiënten bij de huisarts zal in lijn daarmee groter worden. De variatie is groot tussen zorggroepen. Het is belangrijk om de redenen hiervan na te gaan. Mogelijk spelen demografische verschillen, verschillen tussen ziekenhuizen of ernst van de aandoening een rol.

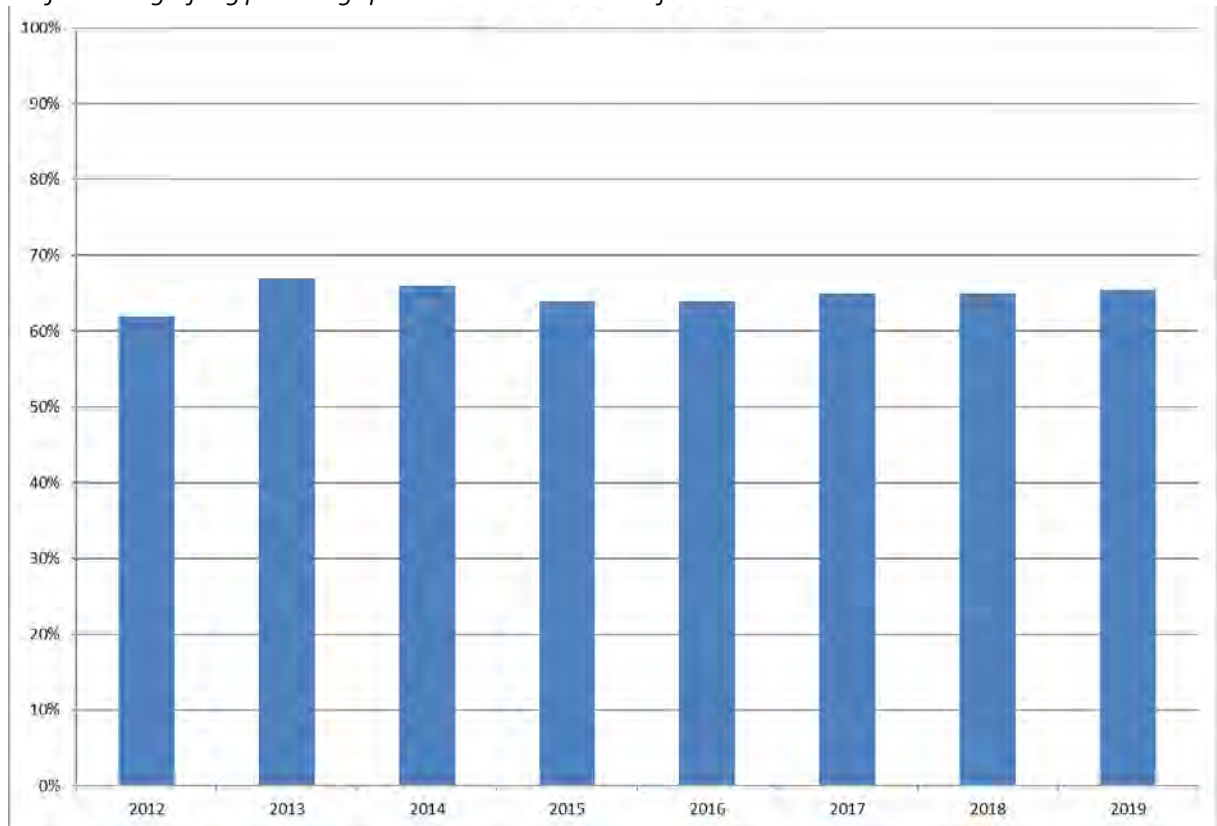
Er is een geleidelijke stijging van hetaantal patiënten met COPD dat geen ketenzorg (meer) ontvangt (14,3% in 2019 en 9,7% in 2015). Het is de vraag of dit gaat om patiënten die samen met de huisarts vaststellen dat ketenzorg geen toegevoegde waarde meer heeft, bijvoorbeeld als de patiënt gestopt is met roken en een lage ziektelast heeft, of dat het 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 acht 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.

³⁰ Omdat in dit overzicht de gemiddelden van de zorggroepen zijn berekend kunnen de aantallen en percentages afwijken van grafieken en overzichten waar het gewogen gemiddelde over alle zorggroepen heen is berekend. In de verdeling van patiënten over ketenzorg, specialist en geen ketenzorg, zijn alleen de aantallen patiënten meegenomen van wie de hoofdbehandelaar (huisarts of specialist) bekend is. Er is een deel zonder registratie hoofdbehandelaar. Hoe groot dit aandeel is wordt beschreven in het hoofdstuk Programma overstijgende indicatoren.

³¹ 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).

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



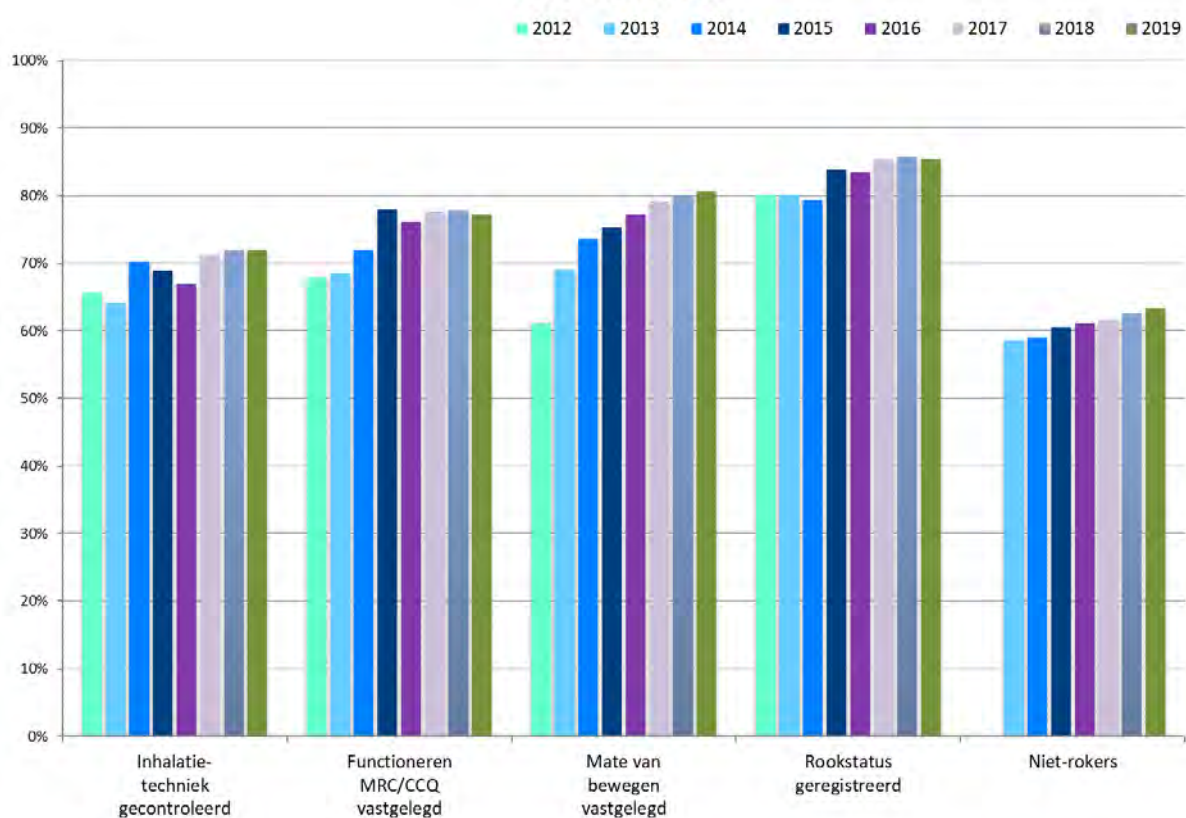
Het percentage patiënten met COPD in de eerste lijn lijkt stabiel te zijn. Ongeveer twee derde is bij de huisarts onder behandeling (al dan niet in de ketenzorg). Een kwart is bij de specialist onder behandeling. De optelsom van deze percentages bedraagt minder dan 100%. Er is dus een groep patiënten 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 markeren, zichtbaar in alle pagina's in het His behulpzaam zijn.

13 | RESULTATEN COPD INDICATOREN

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

1. Vergelijking indicatoren COPD over acht jaren

Grafiek1: Vergelijking indicatoren over acht jaren



Het overzicht van de registratie van de kwaliteitsindicatoren laat in één oogopslag zien dat de zorgprocessen de laatste jaren in hoge mate uitgevoerd worden en dat er – hoewel er bij alle indicatoren nog steeds een lichte stijging te zien is – een plafond in de uitvoering in zicht komt. Het is gewenst te streven naar een percentage van 90 % inhalatiecheck. We zouden binnen 2 jaar een verbetering van bijvoorbeeld 10% willen zien. Zeker bij zorggroepen die onder het gemiddelde zitten. Op de huidige manier doorgaan lijkt echter geen verbetering te geven. Het is de vraag waar dit door komt. Wellicht moet er structureel iets veranderden bij de zorggroepen. Wat opvalt is de stijgende aandacht voor de mate van bewegen. Het percentage patiënten waarbij

rookstatus wordt vastgelegd is ruim 80%. Bij deze ruim 80% zien we dat aantal niet (of ex-) rokers geleidelijk toeneemt.

2. Resultaten over 2019 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 er een hoge variatie tussen de verschillende zorggroepen. 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. Wellicht kan InEen hier faciliterend in optreden.

Grafiek 1: Prevalentie COPD patiënten

De gemiddelde prevalentie over de afgelopen jaren was ongeveer 2%. De prevalentie tussen de zorggroepen onderling varieert van 0,9-9%. 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 overdiagnostiek).

Grafiek 2: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma

Het percentage COPD patiënten dat programmatische zorg krijgt is met ruim 50% al jaren stabiel. Ondanks dat er meer patiënten in beeld zijn die wél de huisarts als hoofdbehandelaar hebben maar om uiteenlopende redenen níet (meer) gebruik maken van het zorgprogramma, blijft de groep die daar wel gebruik van maakt stabiel. Ruim 8 jaar na de introductie van multidisciplinaire ketenzorg op basis van de Zorgstandaard COPD (eerste versie 2011) kan gesteld worden dat iets meer dan de helft van alle COPD patiënten in 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. 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 2019 is dit proces gemiddeld bij ruim 70 % van de patiënten uitgevoerd. Echter, de variatie is

enorm groot. Waar het gemiddelde eigenlijk al zou moeten stijgen naar een hoger niveau, geldt dat zeker 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 e-health (inhalatorgebruik.nl) kan hierin steeds meer gaan bijdragen. Maak afspraken met apotheken over het formularium en de inhalatie-instructie: vaker herhalen 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. Opvallend is dat dit onderdeel gemiddeld zeer frequent wordt vastgelegd, wat erop duidt dat veel zorgverleners dit een goede parameter vinden. Echter er is een grote en niet acceptabele variatie tussen zorggroepen. Zorggroepen die onder het gemiddelde zitten past een concreet en ambitieus verbeterplan.

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

In 2019 is met 80% van de COPD patiënten gesproken over de mate van bewegen. Het is bekend dat COPD patiënten, ook degenen bij wie slechts sprake is van mild longfunctieverlies, minder bewegen dan het landelijk gemiddelde. Dit heeft nadelige gevolgen voor de conditie en spieropbouw, uiteindelijk leidend tot een vermindering van het inspanningsvermogen en de kwaliteit van leven. Het feit dat veel zorgverleners gesprek over beweging lijken aan te gaan is een goede stap richting verandering van gedrag en verbetering van kwaliteit van leven.

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

Stoppen met roken is verreweg de belangrijkste interventie bij COPD patiënten. Het is daarom van belang het rookgedrag ieder jaar vast te leggen, ook als de patiënt gestopt is met roken (in verband met mogelijke terugval). In 86% van alle patiënten is dit ook gebeurd. Ook hier speelt een grote variatie met een aantal zorggroepen waar deze indicator ver onder het gemiddelde blijft. Waar roken een hoeksteen is, is het aangewezen dat deze zorggroepen een verbeterplan opstellen.

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

Nog altijd rookt 37% van de COPD'ers in het zorgprogramma in 2019. Dit is een punt van zorg. Het begeleiden van patiënten bij het stoppen met roken blijft dan ook zeer belangrijk. Immers, als de patiënt blijft roken zal zijn longfunctie versneld achteruit blijven gaan en zal hij onverkomelijk in de palliatieve fase van zijn ziekte terecht komen. Het is niet zeker of de praktijk variatie samenhangt met indicator 6 (het vastleggen van rookgedrag, ofwel mogelijk: aandacht voor rookgedrag). Indien zowel indicator 6 als 7 onder het gemiddelde ligt past een ambitieus verbeterplan waarbij onder andere gebruik gemaakt wordt van de talrijke *best practices*.

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

In 2019 is er aan 6% van alle COPD patiënten 2 keer of vaker een stootkuur prednisolon voorgeschreven. 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 hier sprake is van onderregistratie. Er is geen ICPC-code voor longaanval, mogelijk speelt dit een rol. Er zijn wel andere mogelijkheden om te registreren zoals bijvoorbeeld met protocollen, in het KIS of met diagnostisch kenmerk. Dit is echter lastiger. Het kan er ook op duiden dat meer aandacht nodig is voor deze indicator.

14 | RESULTATEN ASTMA ALGEMEEN

De 58 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2019 met elkaar 94.151³² patiënten met astma in ketenzorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 76.266 patiënten³³ (81%) die gedurende het hele jaar in ketenzorg waren.

Overzicht 1: Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2019 (58 zorggroepen leverden gegevens aan, van 50 zorggroepen was de populatie bekend)

	ingeschreven patiënten bij huisartsen per zorggroep
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	84.075
Mediaan	54.397
Minimum	2.699
Maximum	361.020

Het aantal zorggroepen dat cijfers aanlevert over astma is met één gestegen ten opzichte van vorig jaar.

³² Een zorggroep heeft hier geen aantal aangegeven. Van deze zorggroep is het aantal 12 maanden in zorg gerekend. Dit geeft dus een onderschatting van het totaal aantal in ketenzorg bij de deelnemende zorggroepen.

³³ Twee groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum en een groep heeft geen aantal opgegeven bij patiënten in zorg op peildatum.

Overzicht 2: Verdeling mensen met astma in zorgprogramma over zorggroepen³⁴

	patiënten met astma (54 zorggroepen)	prevalentie (47 zorggroepen)	in ketenzorg (58 zorggroepen)	% controle specialist (51 zorggroepen)	% niet in ketenzorg ³⁵ (50 zorggroepen)
Gemiddelde	4.749	6,16%	1.623	11,00%	22,96%
Mediaan	2.897	6,40%	1.161	9,02%	22,44%
Minimum	162	1,47%	63	1,16%	0,00%
Maximum	17.739	10,85%	7.131	64,09%	55,72%

Het aantal zorggroepen dat programmatische astma-zorg uitvoert neemt toe, maar is nog laag vergeleken met het aantal zorggroepen dat programmatische COPD-zorg uitvoert. Mogelijk speelt hier het terughoudende beleid van sommige zorgverzekeraars om het zorgprogramma astma te contracteren een rol in. Hoewel de nationale zorgstandaarden voor chronisch obstructieve longziekten zowel bij astma als COPD programmatische zorg als de goede zorg bestemmen, blijft de programmatische zorg voor astmapatiënten ver achter. Het is voor alle 600.000 astmapatiënten in Nederland uitermate belangrijk dat zij programmatische en anticiperende zorg kunnen krijgen, omdat die leidt tot verbetering van de controle over hun aandoening. Dat verdient de voorkeur boven de incidentele en reactieve zorg van de huisarts alleen bij klachten. Alle astmapatiënten die ICS gebruiken moeten de keuze krijgen om deel te nemen aan ketenzorg. Een deel van de patiënten zal mogelijk wel minder gemotiveerd zijn als zij weinig last ervaren van hun astma.

De gemiddelde prevalentie van astma lijkt dit jaar met 6,16% wat minder hoog dan vorig jaar, en meer in lijn met wat andere landelijke bronnen melden (www.volksgezondheidszorg.nl en www.nivel.nl). Het stellen van de diagnose is niet eenvoudig is en er is nogal eens sprake van onder- en overdiagnostiek. Programmatische zorg start pas na een juiste diagnose astma. Een bijkomend voordeel van uitbreiding van programmatische zorg voor astmapatiënten is dat de diagnostiek van astmapatiënten verbetert door de inclusieprocedure van het zorgprogramma.

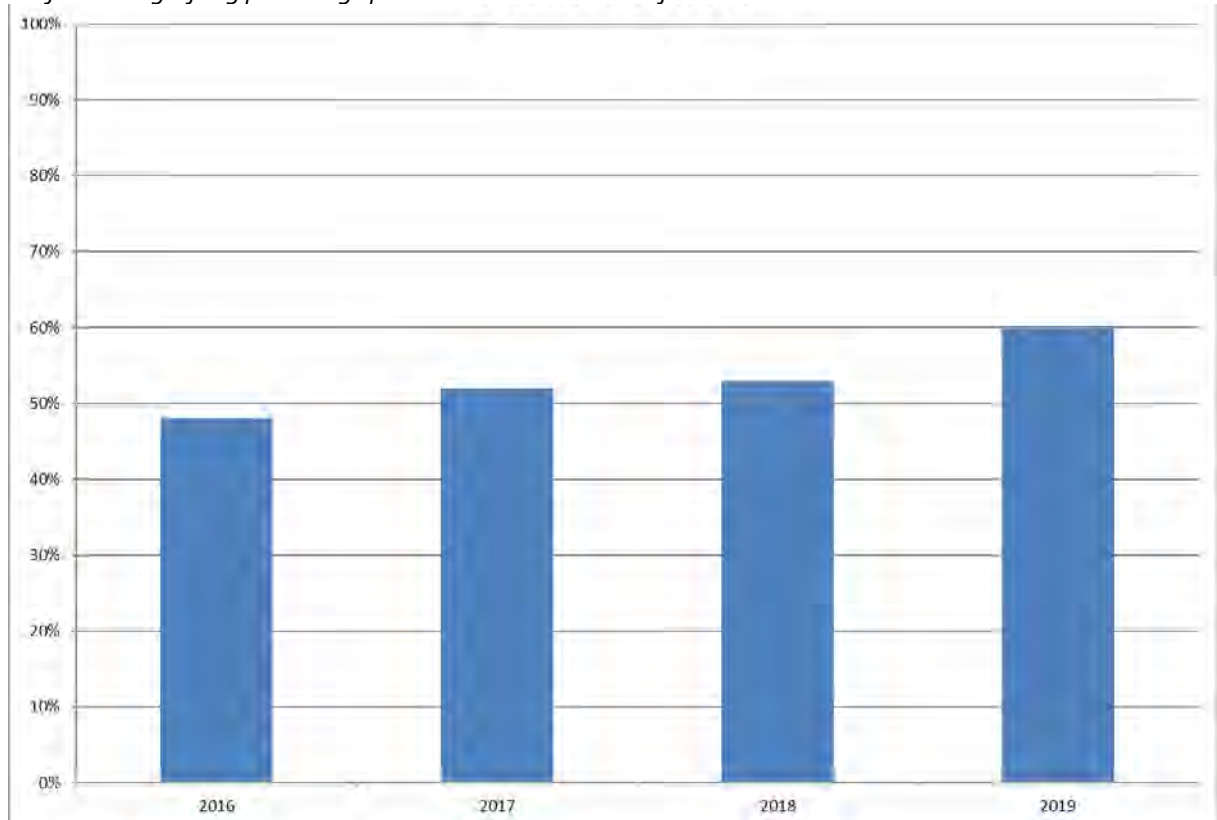
Niet alle astmapatiënten behoeven continue programmatische zorg. In 2019 is het aantal patiënten dat bij de huisarts bekend is met astma, maar geen ketenzorg krijgt, wederom hoger dan vorig jaar (gem 23% in 2019). Een deel van de patiënten met astma heeft tijdelijk geen klachten en daarmee geen indicatie voor inhalatiecorticosteroiden-onderhoudstherapie. Zij voldoen hiermee niet aan de inclusiecriteria voor ketenzorg. Het is een uitdaging alle patiënten met astma jaarlijks in beeld te houden en de vinger aan de pols te houden voor wie programmatische zorg wel of niet toegevoegde waarde heeft. Dit is een taak van de praktijkondersteuner. Het is van belang om na te gaan waarom er zo'n grote variatie is rond de inclusie in het zorgprogramma tussen zorggroepen onderling, en binnen zorggroepen.

³⁴ Omdat in dit overzicht de gemiddelden van de zorggroepen zijn berekend kunnen de aantallen en percentages afwijken van grafieken en overzichten waar het gewogen gemiddelde over alle zorggroepen heen is berekend. In de verdeling van patiënten over ketenzorg, specialist en geen ketenzorg, zijn alleen de aantallen patiënten meegenomen van wie de hoofdbehandelaar (huisarts of specialist) bekend is. Er is een deel zonder registratie hoofdbehandelaar. Hoe groot dit aandeel is wordt beschreven in het hoofdstuk Programma overstijgende indicatoren.

³⁵ Een zorggroep heeft hier 0 als ze geen patiënten buiten programmatische zorg behandelt, maar ook als ze het aantal niet kan aanleveren. Daarom zijn hier alleen de zorggroepen meegenomen die de hele populatie in beeld hebben (aantal bij specialist en aantal bij huisarts).

Om zicht te krijgen op substitutie van tweede naar eerste lijn hebben we het percentage patiënten dat in de eerste lijn wordt behandeld vergeleken over vier jaren (Grafiek 1). Voor deze vergelijking hebben we alleen groepen meegenomen die algemene populatiegegevens (totale populatie, aantal patiënten met astma, aantal patiënten met hoofdbehandelaar specialist, aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, aantal patiënten niet in programmatische zorg) konden aanleveren.

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



Van alle bekende astmapatiënten wordt inmiddels circa 60% behandeld door de huisarts, wat een opvallende stijging ten opzichte van eerdere jaren betekent. Terwijl van slechts 11% bekend is dat de longartshoofdbehandelaar is, is van 29% nog onbekend wie hun behandeling uitvoert. Dit laatste is ongewenst: bij elke astmapatiënt moet duidelijk zijn wie de hoofdbehandelaar is, wie de verantwoordelijkheid hiervoor draagt. Dit dient veel beter te worden geregistreerd. Daarbij kan het helpen als de mogelijkheden voor markering in de HIS'en verbeterd wordt. In de praktijk is het soms lastig, praktijkvariatie. Het feit dat er een duidelijk stijgende lijn is in het aantal geregistreerde astmapatiënten is een positief teken.

Deze grafiek onderstreept het belang van de benchmark astma. Deze toont namelijk ook de verschillen in kwaliteit van zorg. Er zijn landelijk afspraken over de diagnosestelling, in- en exclusie. Hierbij kan gedacht worden aan het volgende: wat doen we met klinisch astma dat nooit is bevestigd door spirometrie en/of hyperreactiviteit? De diagnose afmaken natuurlijk. Iemand wordt pas geïncludeerd als de diagnose *lege artis* gesteld is. Wat wordt geregistreerd als een patiënt met astma een tijdlang geen klachten geeft? Dan volgt exclusie uit het zorgprogram-

ma naar niet geregelde zorg maar blijft de diagnose astma staan. Heeft een patiënt bijvoorbeeld allergisch astma of *late adult onset* astma, of een dubbeldiagnose?

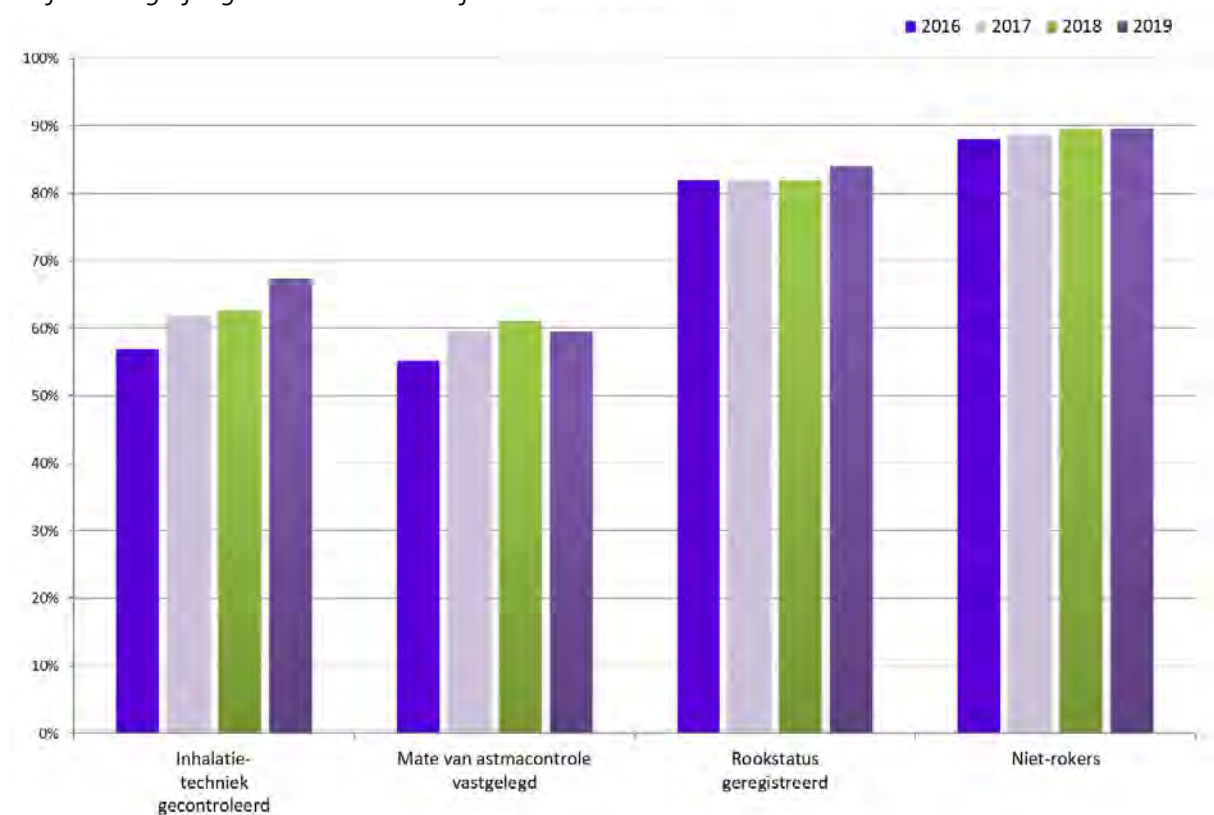
Er is veel variatie tussen registratie van zorggroepen onderling en binnen zorggroepen. Redenen te meer om dit nu op te pakken en voor een concrete taakstelling door de zorggroepen zelf in te zetten.

15 | RESULTATEN ASTMA INDICATOREN

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

1. Vergelijking indicatoren astma over vier jaren

Grafiek1: Vergelijking indicatoren over vier jaren



Er is een positieve tendens te zien in de registratie van alle indicatoren, met uitzondering van de mate van vastgelegde astmacontrole. Het is goed te constateren dat de controle van inhalatietechniek – wat van groot belang is voor de depositie van de medicatie en dus voor de effectiviteit – wederom aanzienlijk gestegen is. Toch is deze gemiddeld nog niet op het gewenste niveau. 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 niet terug in deze cijfers. Het vastleggen van het functioneren, uitgedrukt in de mate van astmacontrole is gemiddeld genomen onvoldoende. De mate van functioneren is een basaal gegeven voor het individueel zorgplan en persoonsgerichte zorg. Het ultieme doel van de astmazorg is zo goed mogelijk 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. Algemeen kunnen we concluderen dat ten aanzien van de gescoorde kwaliteitsindicatoren bij astma nog flinke vooruitgang geboekt moet worden.

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

Daarnaast kan de fysieke contactfrequentie bij astma laag zijn en/of onderhevig aan seizoensinvloeden. Aan de fysieke contactfrequentie zijn veel checks en indicatoren gehangen. Het is de vraag of ACQs die op een andere manier worden ingevuld, bijvoorbeeld thuis of online altijd worden doorgevoerd in het HIS. Het wordt interessant om met de digitalisering van gebonden zorg te kijken hoe de programmatische zorg zich kan doorontwikkelen, ook over de grens van fysieke controles en een jaar in zorg heen.

2. Resultaten over 2019 per indicator

Het totaalbeeld wordt inzichtelijk in de grafieken in bijlage 5. Daarin staan per indicator de resultaten van elke zorggroep weergegeven. Om een vergelijking mogelijk te maken met het landelijk gemiddelde is er een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.

Toelichting bij de grafieken

Grafiek 1: Prevalentie astmapatiënten

De gewogen prevalentie van astma was in 2019 5,9%, een kleine daling ten opzichte van 2018 (6,2%). Deze getallen liggen boven de landelijk bekende prevalentiecijfers (3,5 – 4,0%, NIVEL Zorgregistratie Eerste lijn, 2011) die echter al van enige jaren geleden zijn en die door onderdiagnostiek beïnvloed kunnen zijn. Het lijkt reëel dat deze programmatische zorg die pas sinds enkele jaren loopt, de registratie bevordert en de hogere prevalentie dichterbij de waarheid ligt. 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 33,4 % in het afgelopen jaar deel aan programmatische zorg. Dit percentage is iets gestegen ten opzichte van 2018. 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 bij wie onderhoudstherapie met inhalatiecorticosteroïden noodzakelijk is. Een aanzienlijk deel van de astmapatiënten heeft echter intermitterend astma en bereikt goede controle zonder deze middelen. Voor hen lijkt reguliere programmatische zorg niet nodig, reden waarom met de zorgverzekeraars is afgesproken om hen niet in het zorgprogramma op te nemen. Zorggroepen met langere ervaring

met programmatische zorg laten na jaren een inclusiepercentage van circa 40% zien. Opvallend is dat bij een deel van de zorggroepen dit percentage veel hoger wordt en ook hier is het noodzakelijk de grote onderlinge variatie nader te onderzoeken.

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

In 2019 werd bij 67,4% de inhalatietechniek gecontroleerd. Dat is gestegen ten opzichte van 2018 en 2017, toen bij 62% van de astmapatiënten in het zorgprogramma de inhalatietechniek werd gecontroleerd. Dit is een beweging in de goede richting, want dit 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. Helaas is er niet overal een transmuraal dossier en wordt er soms met de apotheek afgesproken dat zij de inhalatie-instructie doen, maar kan de terugrapportage ontbreken. Ook kan inhalatie-instructie worden gedaan door een eerstelijns longverpleegkundige die soms niet in het HIS kan. Ook hierdoor kan onderregistratie ontstaan. Tegelijkertijd is meermalen per jaar inhalatie-instructie **veel** beter dan eenmaal (zie lit). 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 59,3% van de astmapatiënten werd in 2019 het functioneren besproken en geregistreerd met een astmacontrole vragenlijst, terwijl dit in 2018 meer dan 60% was. Deze tendens is kwalijk en moet omgekeerd worden, want het vastleggen van de astmacontrole is een cruciaal onderdeel van de astmazorg. De mate van controle over de ziekte bepaalt immers het behandelplan en de controlefrequentie. Deze moeten gericht zijn op het verbeteren van de controle over de ziekte, waarbij de patiënt zo min mogelijk klachten ervaart, een goede longfunctie behoudt en geen exacerbaties doormaakt, afgewogen tegen de bijwerkingen van medicatie. De extreme variatie van 10-100% is opvallend, en suggereert dat er nog veel winst valt te behalen bij deze indicator.

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

Bij 84,1% van de astmapatiënten werd in 2019 het rookgedrag vastgelegd, wat een mooie stijging is ten opzichte van 2018 (82%). Omdat roken extra schadelijk is bij deze patiëntengroep – vanwege hun hyperreactieve luchtwegen is de kans op inflammatie en het ontwikkelen van persistente obstructie vergroot – moet bij iedere astmapatiënt naar het rookgedrag gevraagd worden. Ook is de effectiviteit van luchtwegmedicatie verlaagd bij roken. We vermoeden echter dat bij een aantal astmapatiënten van wie bekend is dat ze nooit gerookt hebben de verslaglegging hiervan soms vergeten wordt. Het is daarbij de vraag of het eenmalig vastleggen van 'nooit roken', automatisch wordt meegenomen naar opeenvolgende jaren.

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

Het percentage actuele rokers onder de astmapatiënten bedroeg in 2019 10,3%. Dit is marginaal hoger dan in 2018, wat een ongunstige ontwikkeling is. Hoewel het percentage rokers bij astma-

patiënten lager is dan landelijk gemiddeld (23% rookt wel eens, 17% rookt dagelijks) blijft het van groot belang dat percentage verder te verlagen. Astmapatiënten zijn immers 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 ooit hebben gerookt, minstens één keer per jaar over de betekenis van roken voor hun ziekte gesproken wordt en de motivatie tot stoppen gepeild wordt.

16 | PROGRAMMA OVERSTIJGENDE INDICATOREN

In dit hoofdstuk zijn indicatoren opgenomen die over de programma's heen kijken. De eerste betreft de verdeling in eerste versus tweede lijn over de programma's. Daarbij is tevens bekeken of er een trend is over de afgelopen jaren. Verder geven we een vergelijking in de LDL waarden in de programma's diabetes, HVZ en VVR en een vergelijking in het percentage rokers over de programma's.

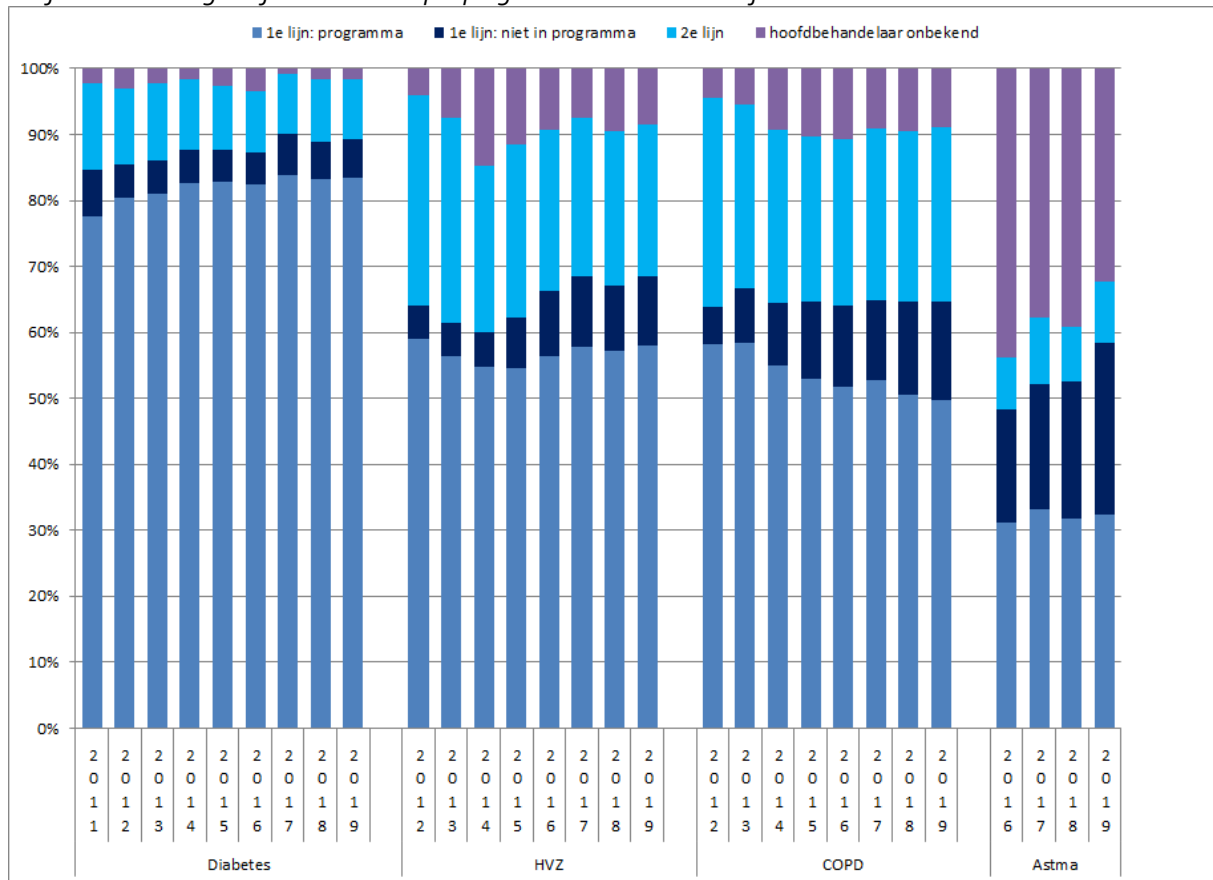
1. Verschil in verdeling eerste en tweede lijn tussen de programma's

In grafiek 1 staan de percentages vermeld van patiënten in behandeling in eerste versus tweede lijn, en bij de eerstelijns patiënten de verdeling tussen wel of niet in het zorgprogramma. Deze aantallen zijn berekend aan de hand van de cijfers die de zorggroepen daarover aanleverden.

Voor een betere interpretatie zijn dit jaar zijn ook de percentages vermeld bij wie de hoofdbehandelaar niet bekend is.

Het percentage patiënten bij wie de hoofdbehandelaar wel bekend is ligt bij diabetes eind 2019 heel hoog (98%). Ook bij HVZ en COPD zijn die percentages hoog met 92% en 91%. Bij Astma ligt dat een stuk lager met 32%, maar het is wel gestegen ten opzichte van 2018 (38%). De lagere score bij Astma komt vermoedelijk door de relatief grote groep patiënten met incidenteel astma voor wie programmatische zorg niet nodig is.

Grafiek 1: Verdeling hoofdbehandelaar per programma over meerdere jaren



De onderverdeling tussen behandeling in eerste en tweede lijn is door de jaren licht verschoven in de richting van meer patiënten in de eerste lijn, maar het laatste jaar lijkt die beweging gestopt. Het percentage tweedelijns patiënten is ten opzichte van vorig jaar stabiel gebleven. Bij diabetes is het aandeel eerstelijns patiënten 89% versus 10% tweede lijn, bij HVZ en COPD eerste lijn 65-70% versus 20-25% tweede lijn. Het lijkt er dus op dat de gewenste substitutie bij HVZ en COPD stagneert, terwijl koploper zorggroepen laten zien dat verdere substitutie weldegelijk mogelijk is (zie betreffende hoofdstukken in dit rapport).

Binnen de groep eerstelijns patiënten is bij diabetes slechts 6% niet in het zorgprogramma opgenomen. Bij HVZ is dat 10%, bij COPD 15% en bij astma 25%. Onduidelijk is waarom dit aantal bij HVZ hoger is dan bij DM. Kennelijk zien mensen met HVZ in overleg met de huisarts vaker af van (verdere) opname in het zorgprogramma dan mensen met DM. De hogere percentages bij COPD en astma lijken goed te verklaren. Conform de inclusiecriteria kan bij COPD patiënten met een lage ziektelast die niet meer roken, of voor wie programmatische zorg onvoldoende toevoegt door bijv. adequaat zelfmanagement het zorgprogramma worden beëindigd. En astmapatiënten die geen ICS gebruiken of waarbij de astma in remissie is geraakt door het stoppen met roken of andere preventieve maatregelen worden niet (meer) in het zorgprogramma geïncludeerd.

De belangrijkste aandachtspunten die kunnen worden afgeleid uit deze overzichten zijn:

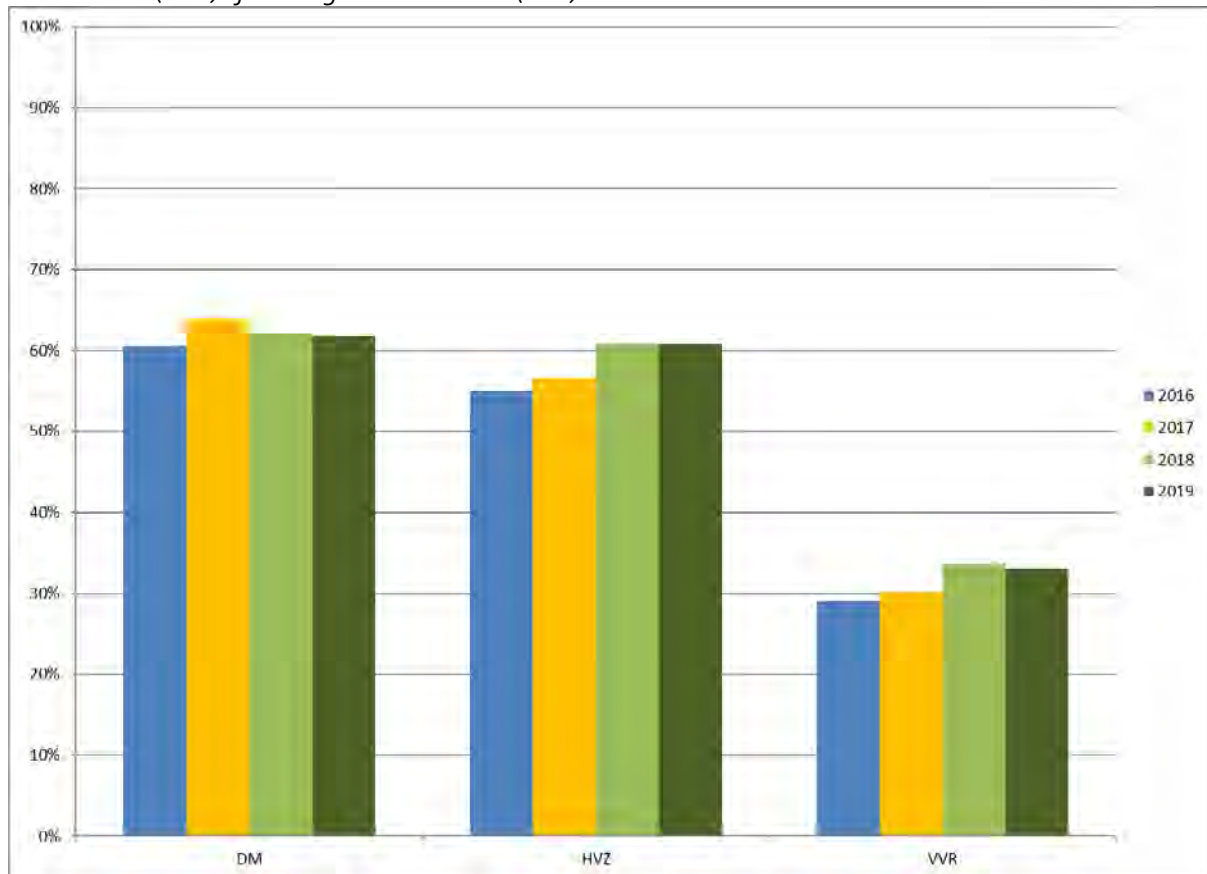
- Streven naar een nog betere registratie van de hoofdbehandelaar, vooral bij astma. Hierbij zou een betere markering van het hoofdbehandelaarschap op alle journaalbladen helpen. Dat vraagt om een aanpassing in de HIS'en.
- Nagaan waarom de substitutie stagneert, vooral bij HVZ en COPD.
- Aandacht voor het goed toepassen van de inclusiecriteria.

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

Grafiek 2 toont het percentage patiënten < 80 jaar met een LDL-cholesterol $\leq 2,5$ mmol/l in de zorgprogramma's Diabetes Mellitus type 2 (DM), hart- en vaatziekten (HVZ) en verhoogd vasculair risico (VVR) over de jaren 2016 t/m 2019. Voor elk van de drie programma's geldt dat dit percentage in 2019 nauwelijks veranderd is ten opzichte van 2018. Bij HVZ en DM is het percentage stabiel net boven de 60% en bij VVR rond de 33%. Voor de HVZ-groep is relevant dat de nieuwe multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement (CVRM) van mei 2019 voor een deel van de patiënten een strengere LDL-streefwaarde van 1.8 mmol/l ipv 2.5 mmol/l adviseert. Indien er vaker gestreefd is naar een waarde <1,8 mmol/l, zou dat een positief effect gehad kunnen hebben op het percentage patiënten met streefwaarde <2,5 mmol/l. Een dergelijk effect is in 2019 echter niet waargenomen. Mogelijk komt dat omdat veel hoog risico-patiënten de strengere streefwaarde vanuit de tweede lijn al eerder volgden.

Anderzijds kan het zijn dat een verdere verlaging van het LDL voornamelijk gerealiseerd is bij patiënten bij wie de streefwaarde van 2,5 mmol/l al gehaald werd. Dat valt niet af te leiden uit de grafiek. In het DM programma is het percentage LDL <2,5 mmol/l. al jaren stabiel. Dat komt mogelijk omdat het diabetesprogramma al langer bestaat. Bovendien is de huisarts meestal de enige hoofdbehandelaar. Het HVZ programma bestaat minder lang en wordt vaker door zowel de cardioloog als de huisarts verleend (shared care). Mogelijk is er daarbij niet altijd duidelijk bij wie het initiatief ligt voor de behandeling van de risicofactoren. Anderzijds lijkt er in de HVZ groep nu wel een inhaalslag gemaakt en zijn de percentages patiënten met een LDL op streefwaarde nu gelijk voor DM en HVZ. In de VVR-groep ligt het percentage patiënten dat de LDL-streefwaarde behaalde nog steeds beduidend lager dan in de DM- en de HVZ-groep.

Grafiek 2: Verloop 2016 – 2019 van percentages mensen met een LDL op of onder de streefwaarde $\leq 2,5$ mmol/l gemeten onder alle mensen < 80 jaar die deelnemen aan de zorgprogramma's diabetes (DM), hart- en vaatziekte (HVZ) of verhoogd vasculair risico (VVR).



Dat de streefwaarden niet altijd gehaald worden en dat dat bij DM en HVZ tweemaal vaker lukt dan bij VVR, daarvoor zijn meerdere verklaringen zonder dat bekend is in welke mate zij hieraan bijdragen.

Ten eerste hebben mensen in een VVR-programma een lager absoluut risico op een hart- en vaatziekte en ervaren zij nog geen ziektelast vergeleken in tegenstelling tot veel DM- en HVZ patiënten. Mogelijk zijn zij daarom minder gemotiveerd om met een statine te starten. Daar komt bij dat patiënten met een nieuwe HVZ vrijwel altijd een statine voorgeschreven krijgen in de tweede lijn, terwijl in de VVR-groep huisarts en patiënt samen de voor- en nadelen afwegen. Ten tweede pleit de richtlijn voor individualisatie van streefwaarden als ze stelt: "streefwaarden zijn bedoeld als waarden die men zo goed mogelijk kan trachten te benaderen door stapsgewijze ophoging van medicatie, waarbij afhankelijk van de mate waarin die verdragen wordt, vaak pas gaandeweg samen met de patiënt het therapiedoel kan worden vastgesteld." Als, bijvoorbeeld, om bijwerkingen te vermijden, deze persoonlijke streefwaarde hoger is dan de streefwaarde in de richtlijn, wordt toch weldegelijk een belangrijke risicoreductie bereikt, mét daarbij een grotere therapietrouw.

Bij alle patiënten die in de grafiek zijn opgenomen is het advies om het LDL-cholesterol te meten opgevolgd. Dat impliceert, dat er aandacht is geweest voor het individueel CVRM. Een groot aantal mensen haalt de streefwaarde niet, maar zolang dat gebeurt na een zorgvuldige afweging samen met de patiënt is er weldegelijk sprake van zorgoptimalisatie in lijn met de richtlijn. Niet het behalen van de streefwaarde moet dus voorop staan, maar het maken van een gewogen af-

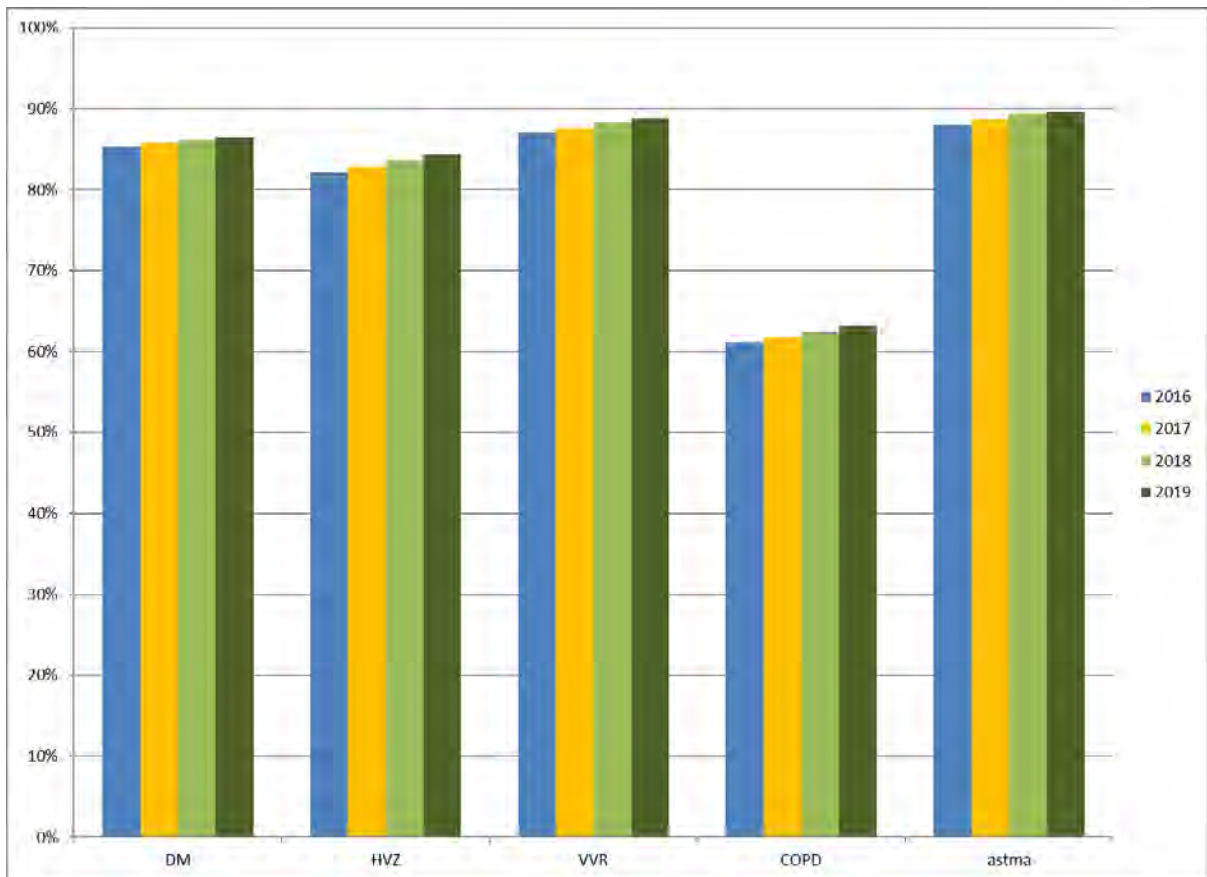
weging en de juiste aandacht voor het behandelplan. Een indicator die aangeeft of de LDL-streefwaarde besproken is conform de richtlijn is dus minstens zo waardevol om zorgkwaliteit in kaart te brengen, als een indicator die het halen van de streefwaarde aangeeft.

3. *Vergelijking percentage niet rokers over de programma's*

Grafiek 3 laat het percentage niet rokers zien bij patiënten uit de zorgprogramma's van de verschillende chronische aandoeningen. In 2019 rookte 21,7% van de bevolking van 18 jaar en ouder (Trimbos). Dit percentage neemt gelukkig geleidelijk aan af. Bij patiënten met chronische aandoeningen uit de grafiek is roken een belangrijke risicofactor. Het is indrukwekkend om te zien dat voor alle zorgprogramma's geldt dat het aantal niet rokers consistent elk jaar weer stijgt. Bij astma en VVR is dit percentage nu zelfs bijna 90%.

Het is denkbaar dat ook de landelijke interventies van de overheid van de afgelopen jaren hier een rol in hebben gespeeld. Daarnaast zou het goed zijn om na te gaan of verschillen tussen zorggroepen gerelateerd zijn aan stop-roken interventies of andere regionale maatregelen. Roken is een hele belangrijke oorzaak van het inflammatoire proces dat bij COPD plaatsvindt. Rookgedrag is dan ook van grote invloed op beloop en prognose bij COPD. Stoppen met roken is bij COPD nog altijd de belangrijkste interventie.

Bij COPD is het percentage rokers groter dan bij de andere aandoeningen. Het is belangrijk dat zorggroepen zich realiseren dat hier nog veel winst kan worden behaald. Positief punt is dat ongeveer twee derde niet rookt en dat ook dit aantal elk jaar toeneemt.

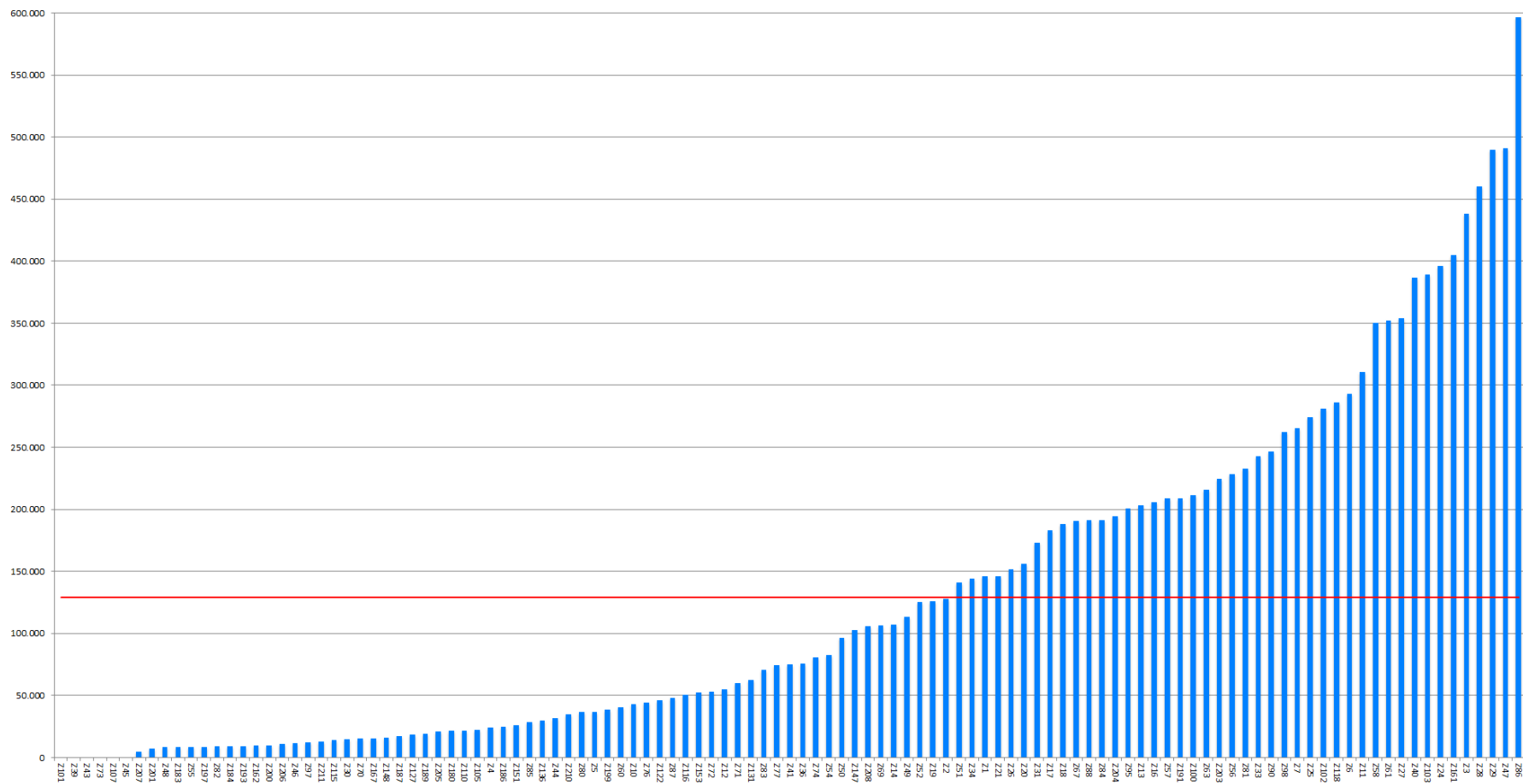


Grafiek 3: Percentage niet rokers per programma over vier jaren

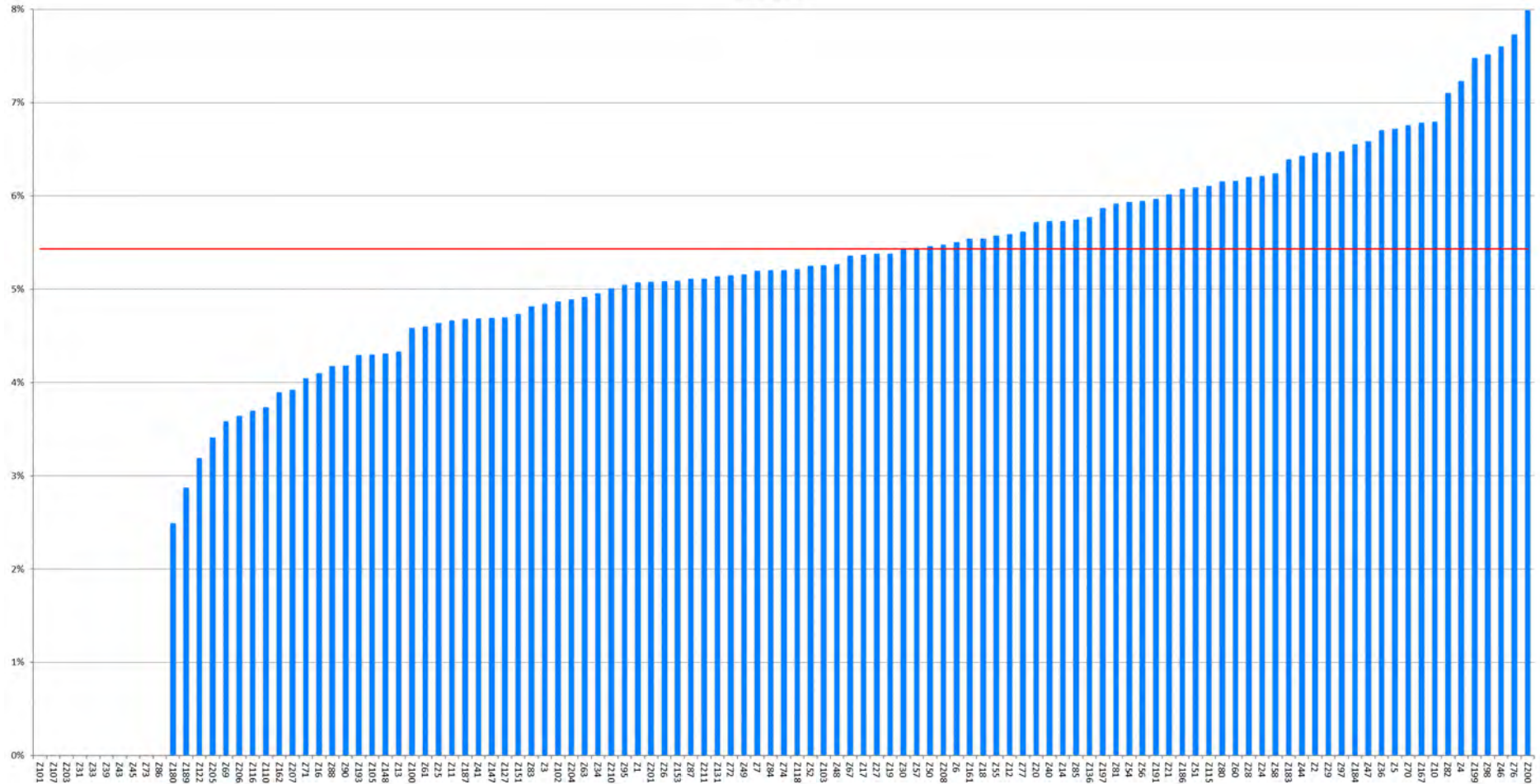
17 | BIJLAGEN

Bijlage I Grafieken diabetes

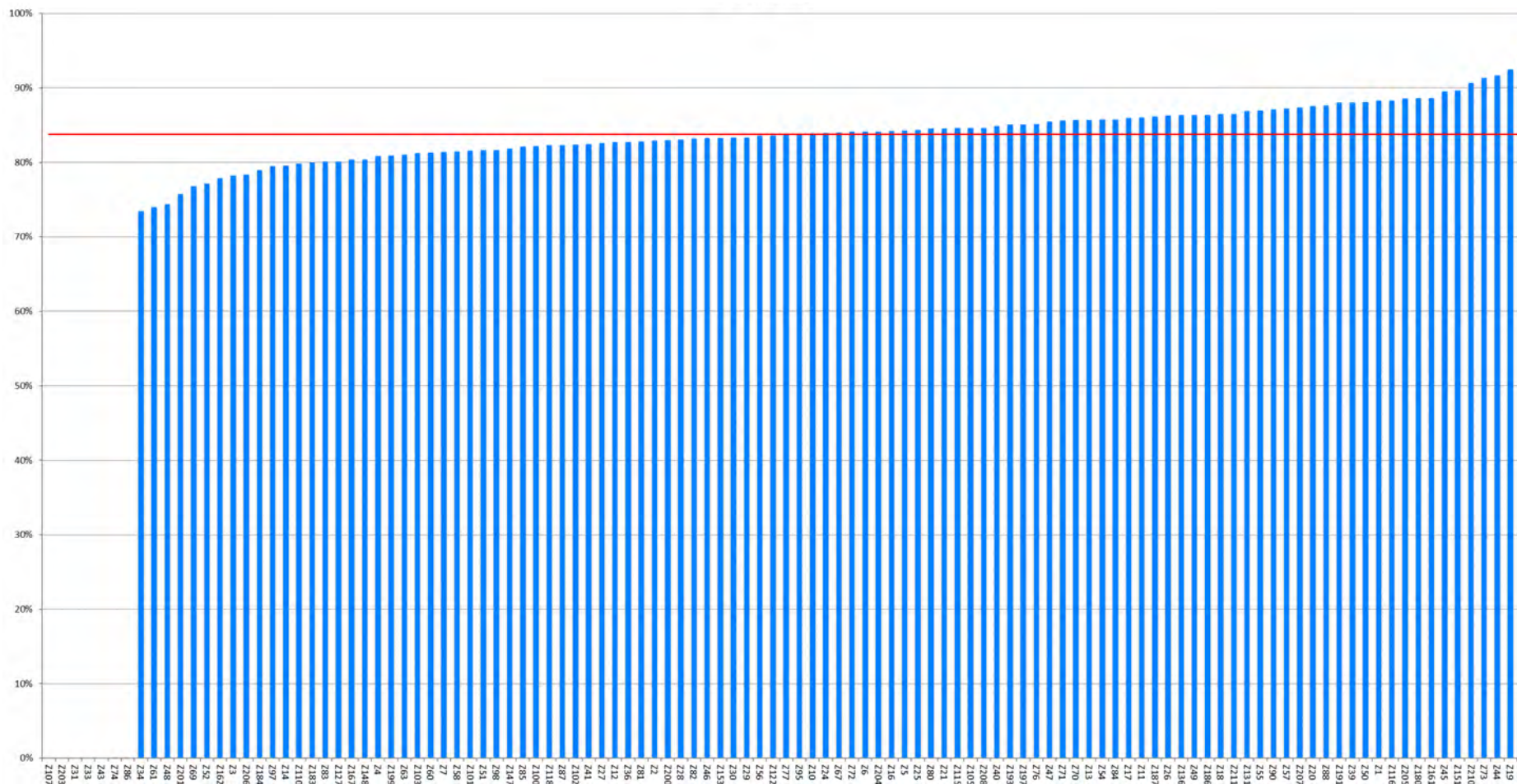
Grafiek 1: Totale populatie zorggroepen



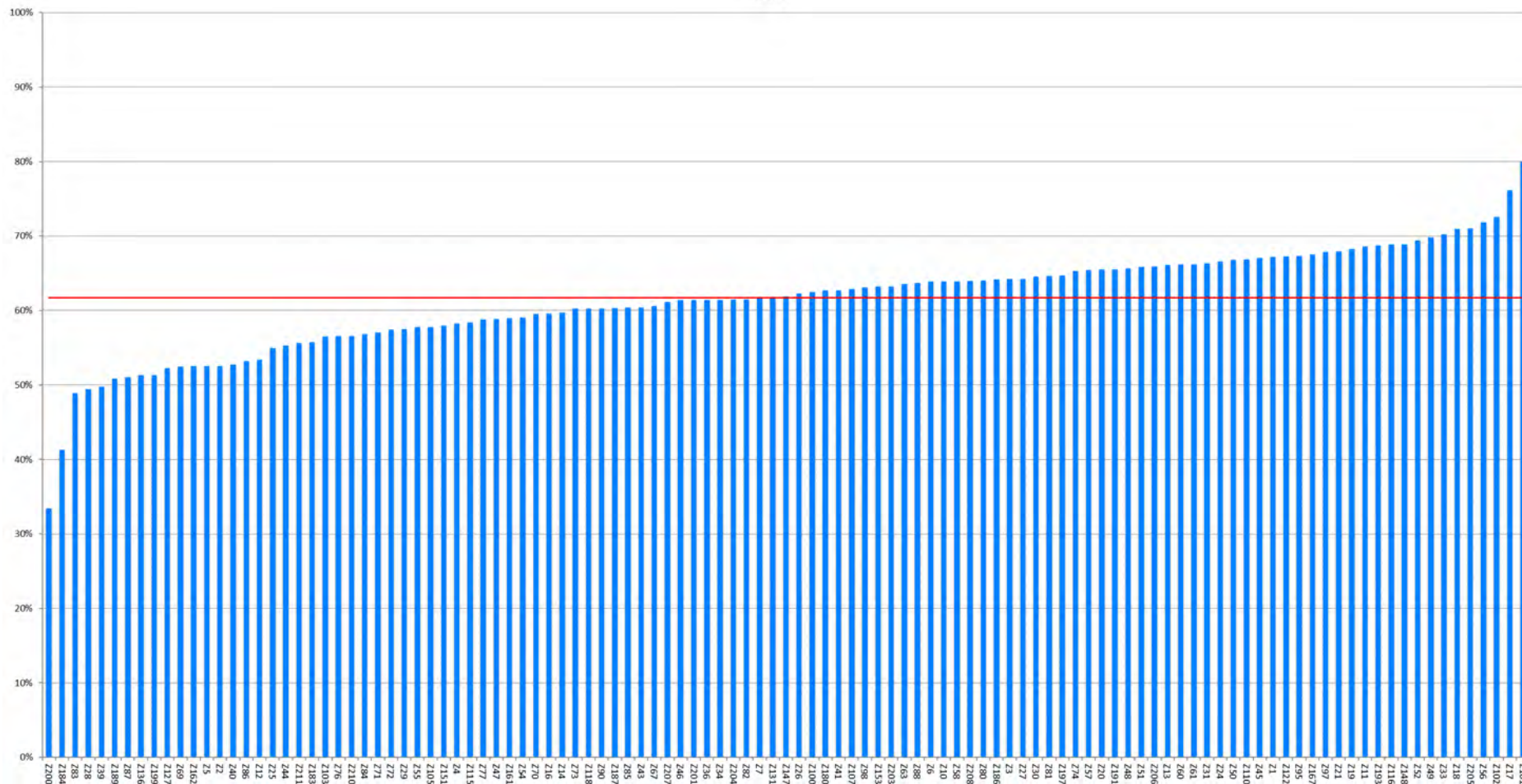
Grafiek 2: Prevalentie diabetes



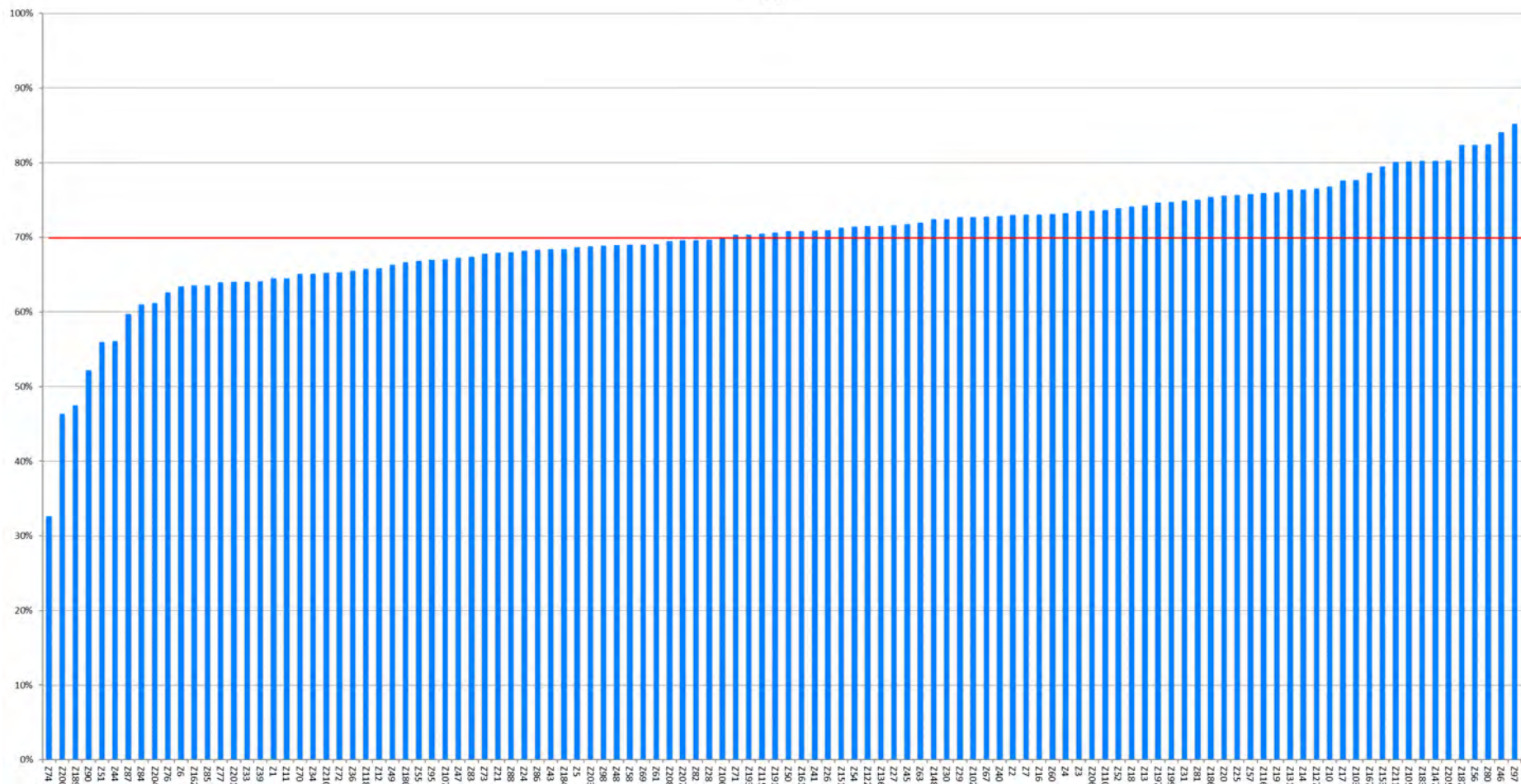
Grafiek 3: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma



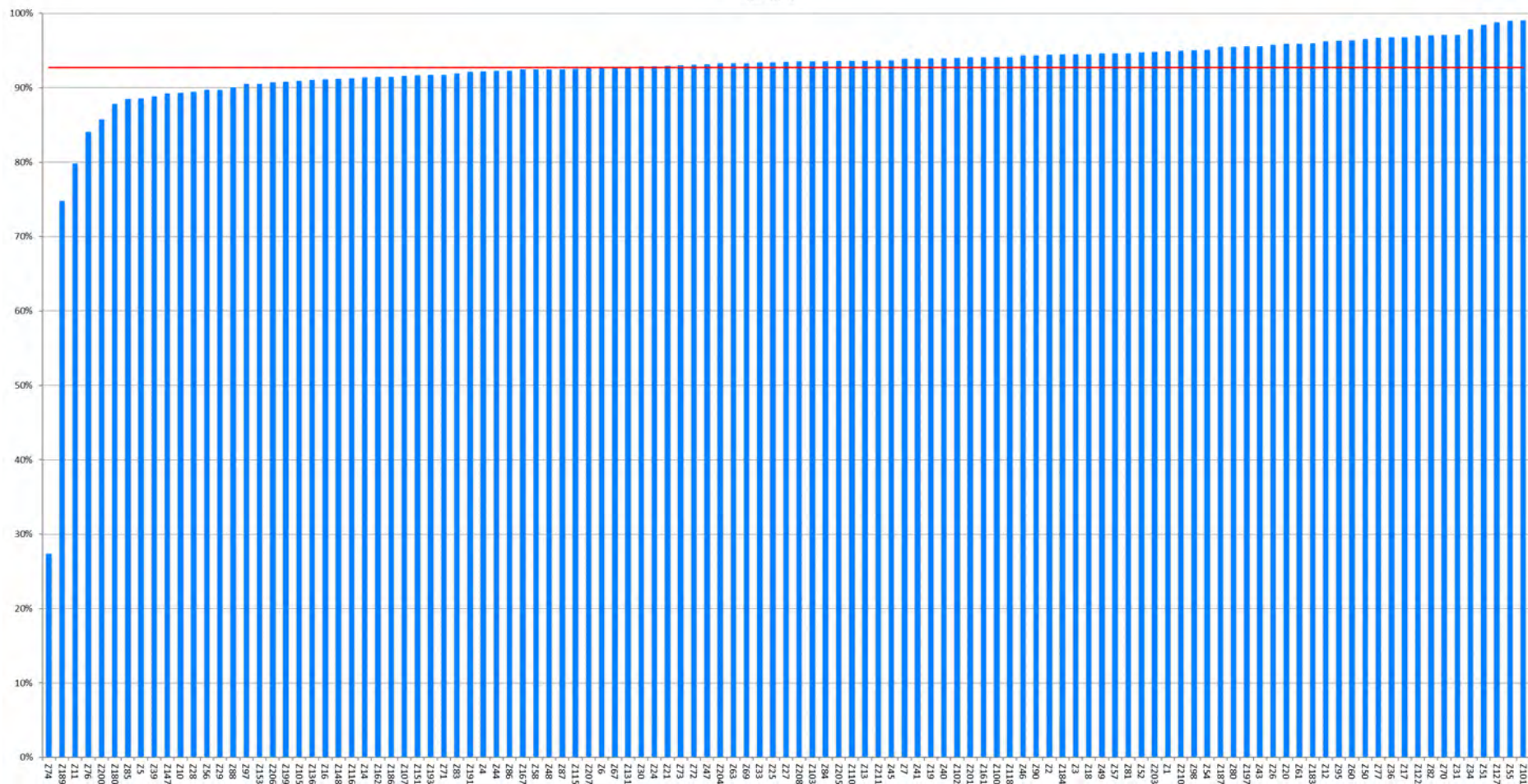
Grafiek 4: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde <= 2,5 mmol/l



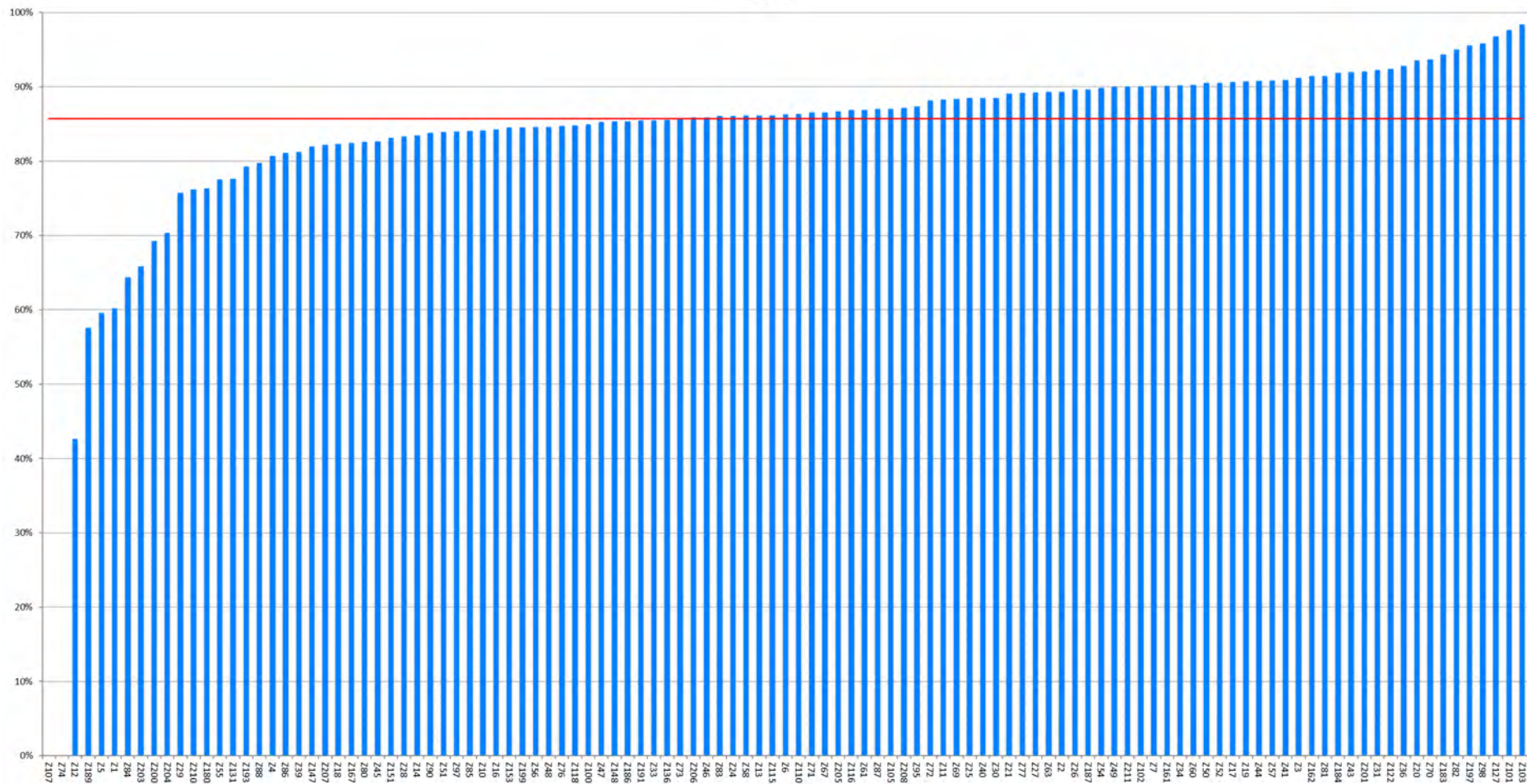
Grafiek 5: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt



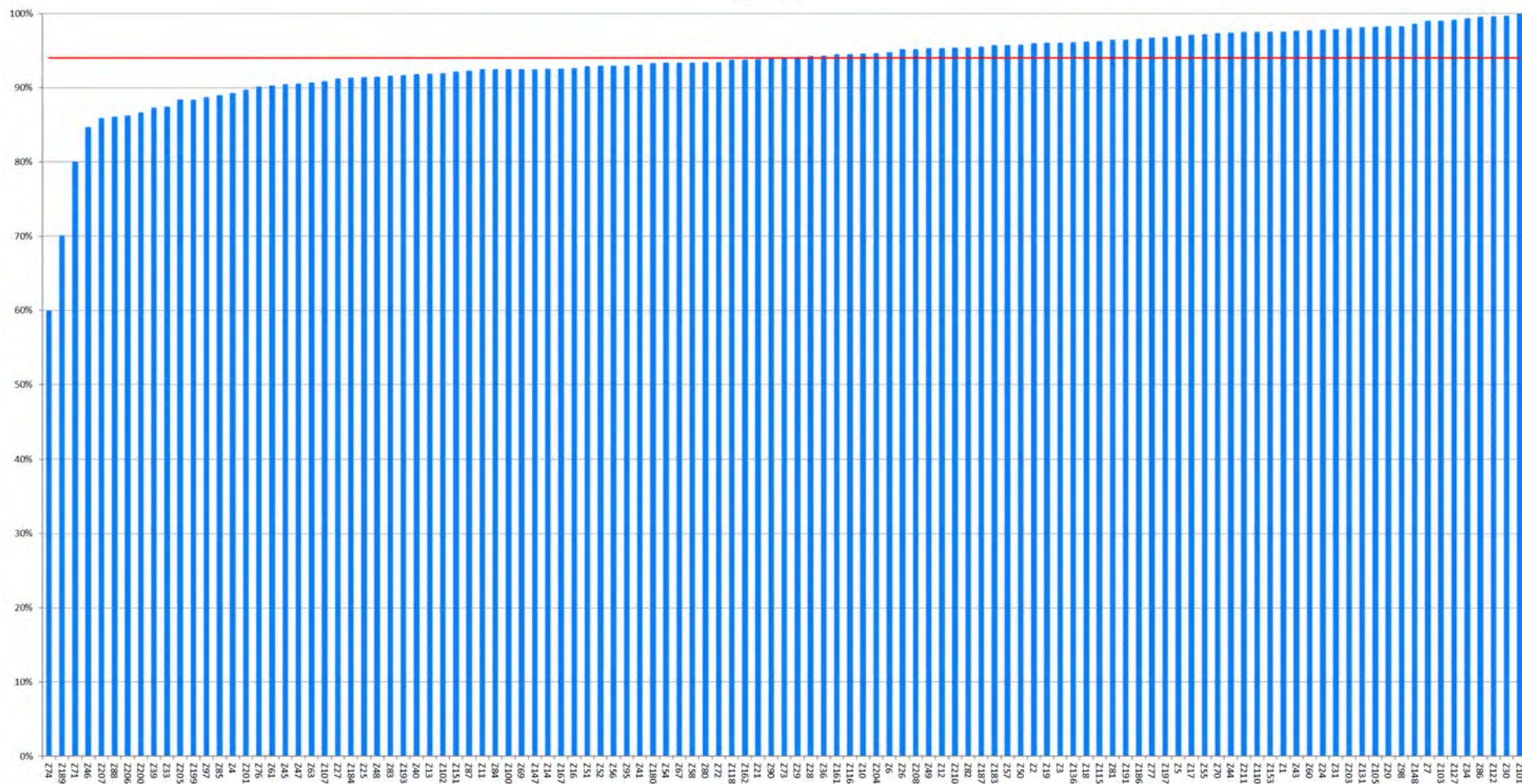
Grafiek 6: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de eGFR is geregistreerd



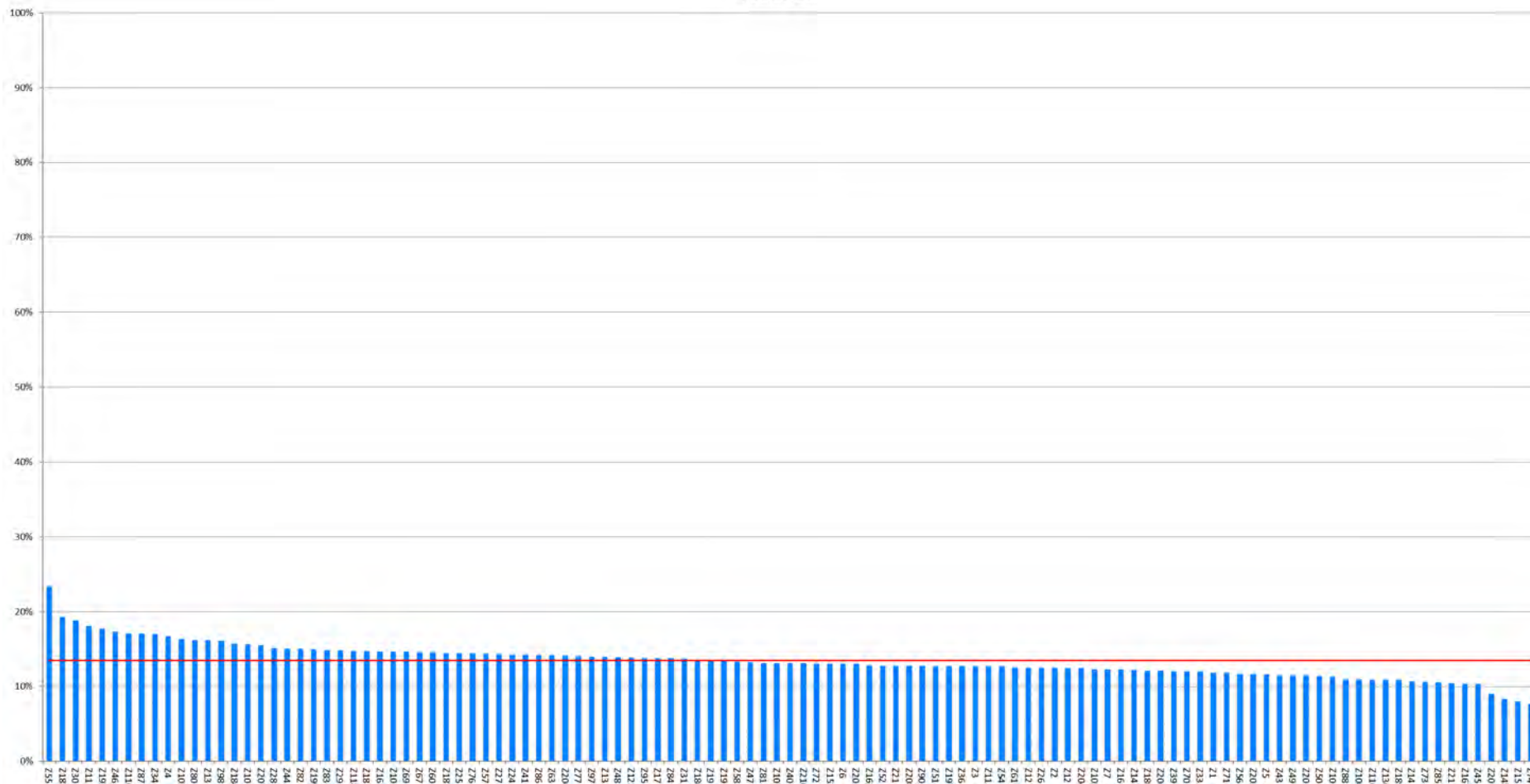
Grafiek 7: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met urineonderzoek (porties) op albumine of albumine/creatinine ratio



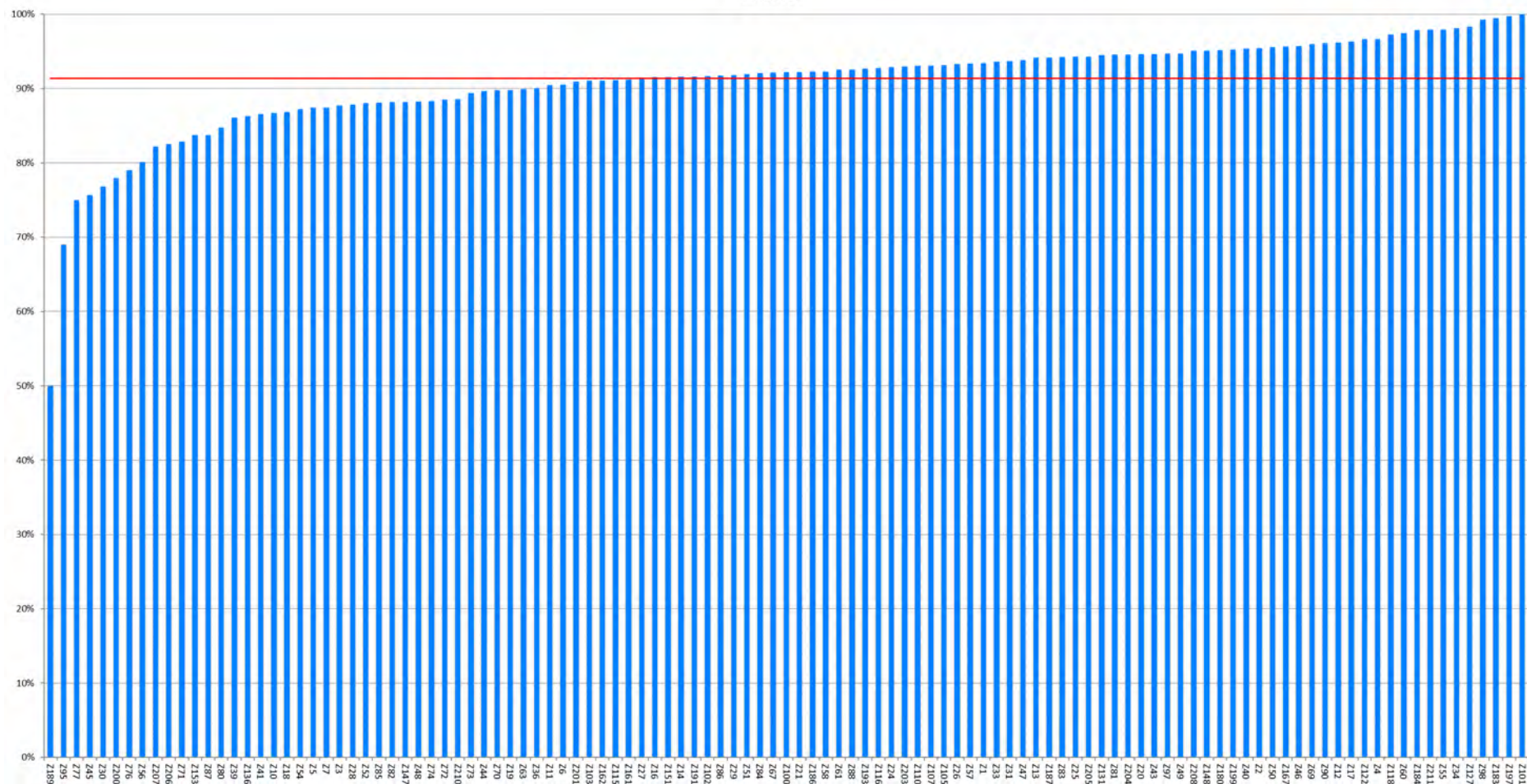
Grafiek 8: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



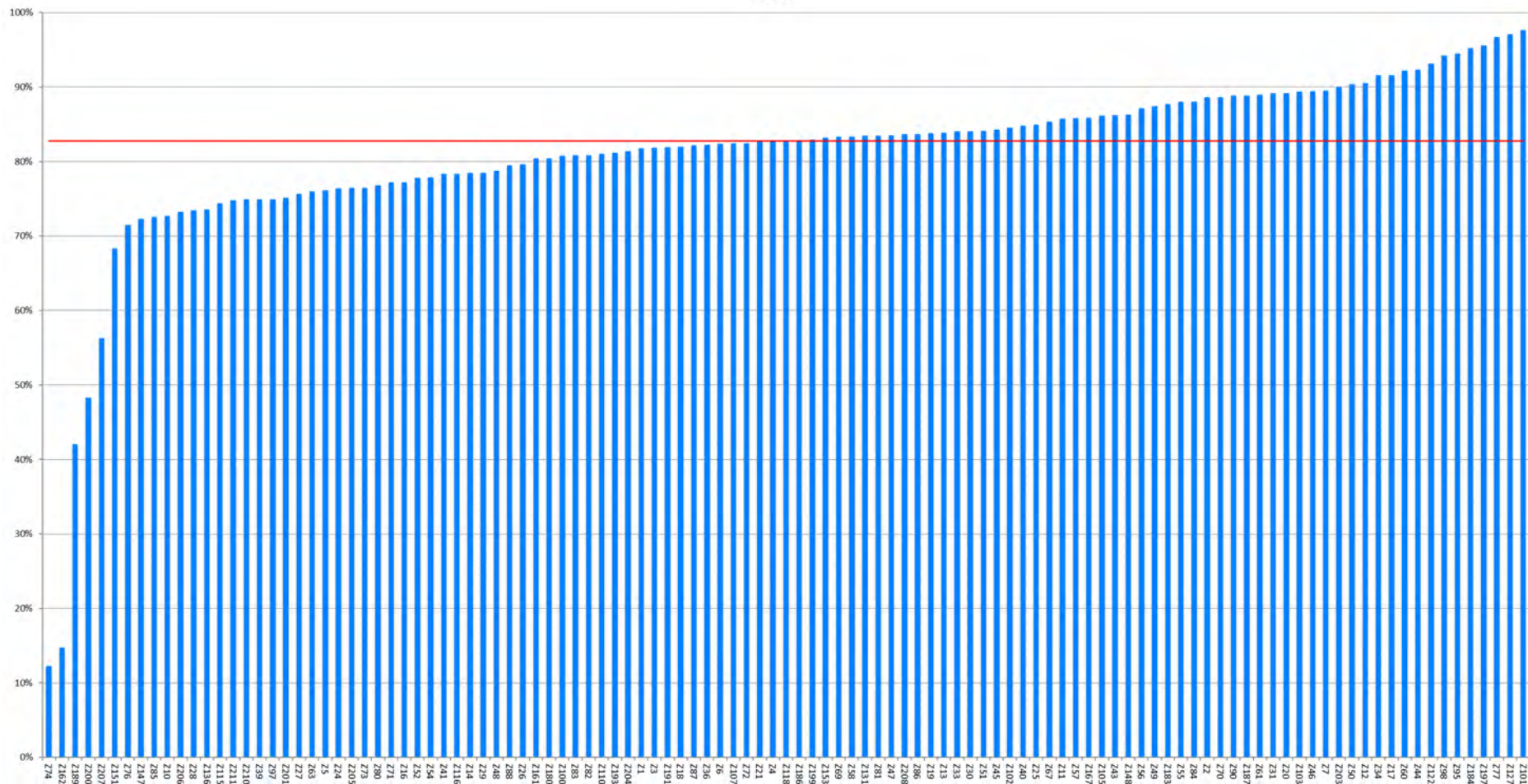
Grafiek 9: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma, van wie rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



Grafiek 10: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met een funduscontrole in afgelopen drie jaren

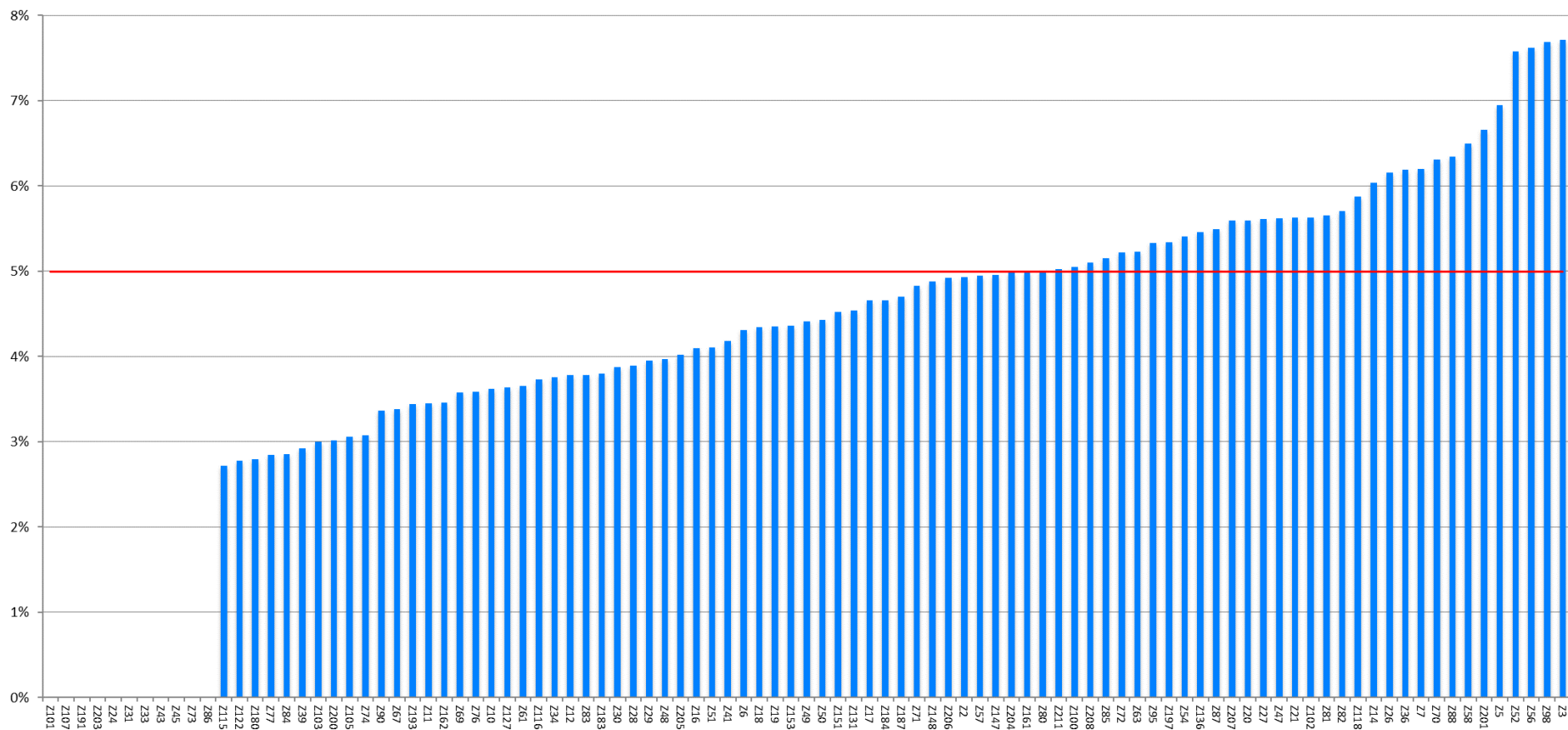


Grafiek 11: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie voetonderzoek is gedaan

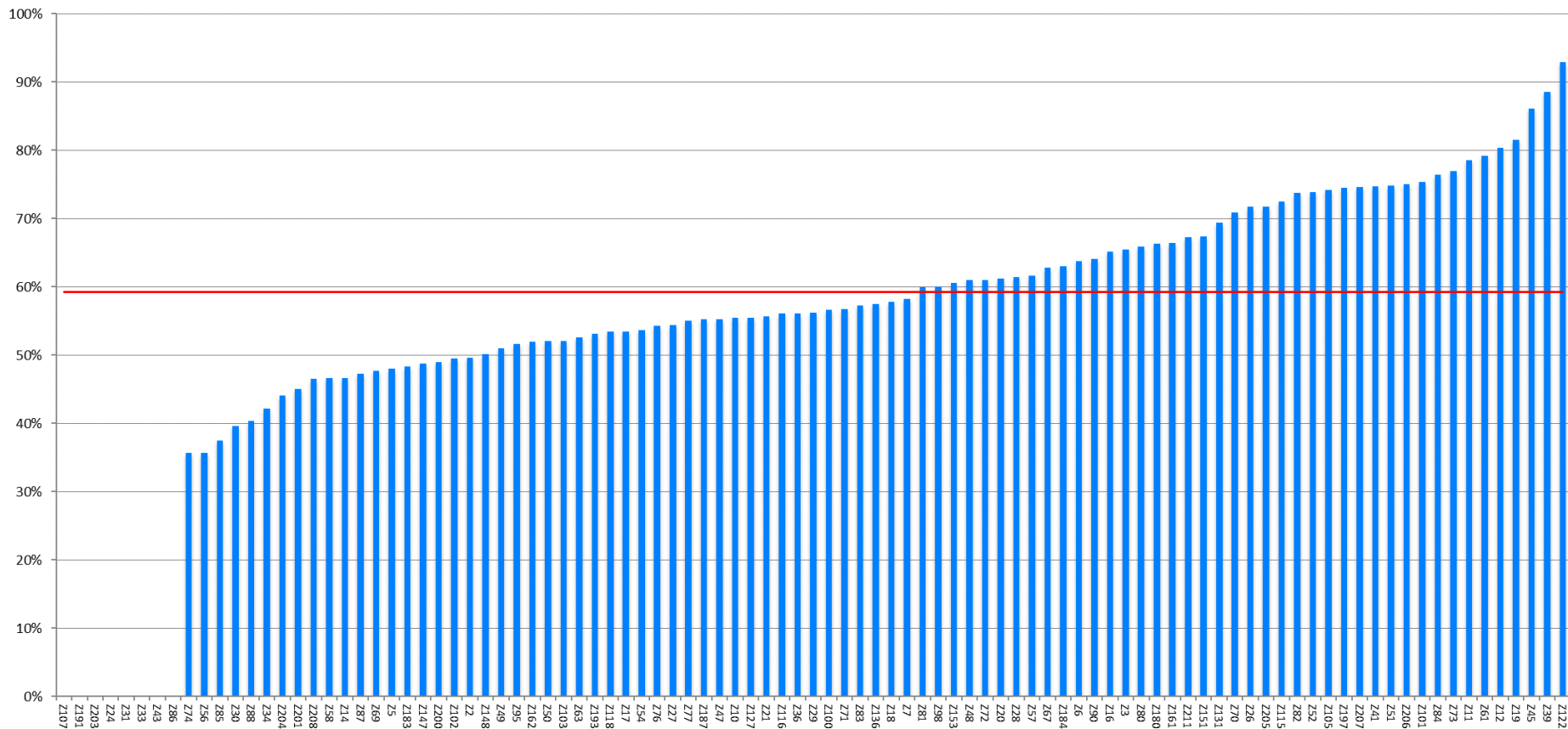


Bijlage II Grafieken HVZ

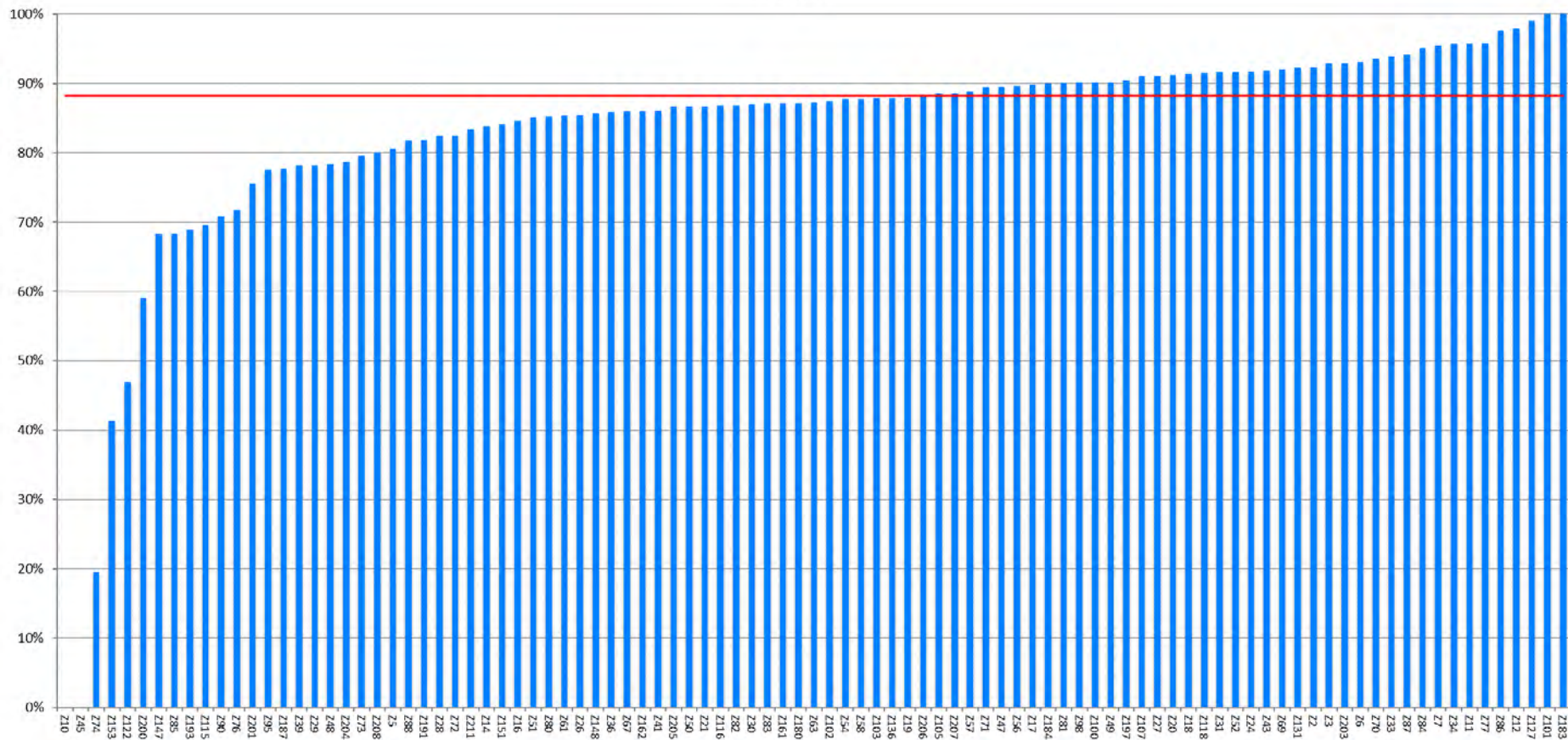
Grafiek 1: Prevalentie HVZ



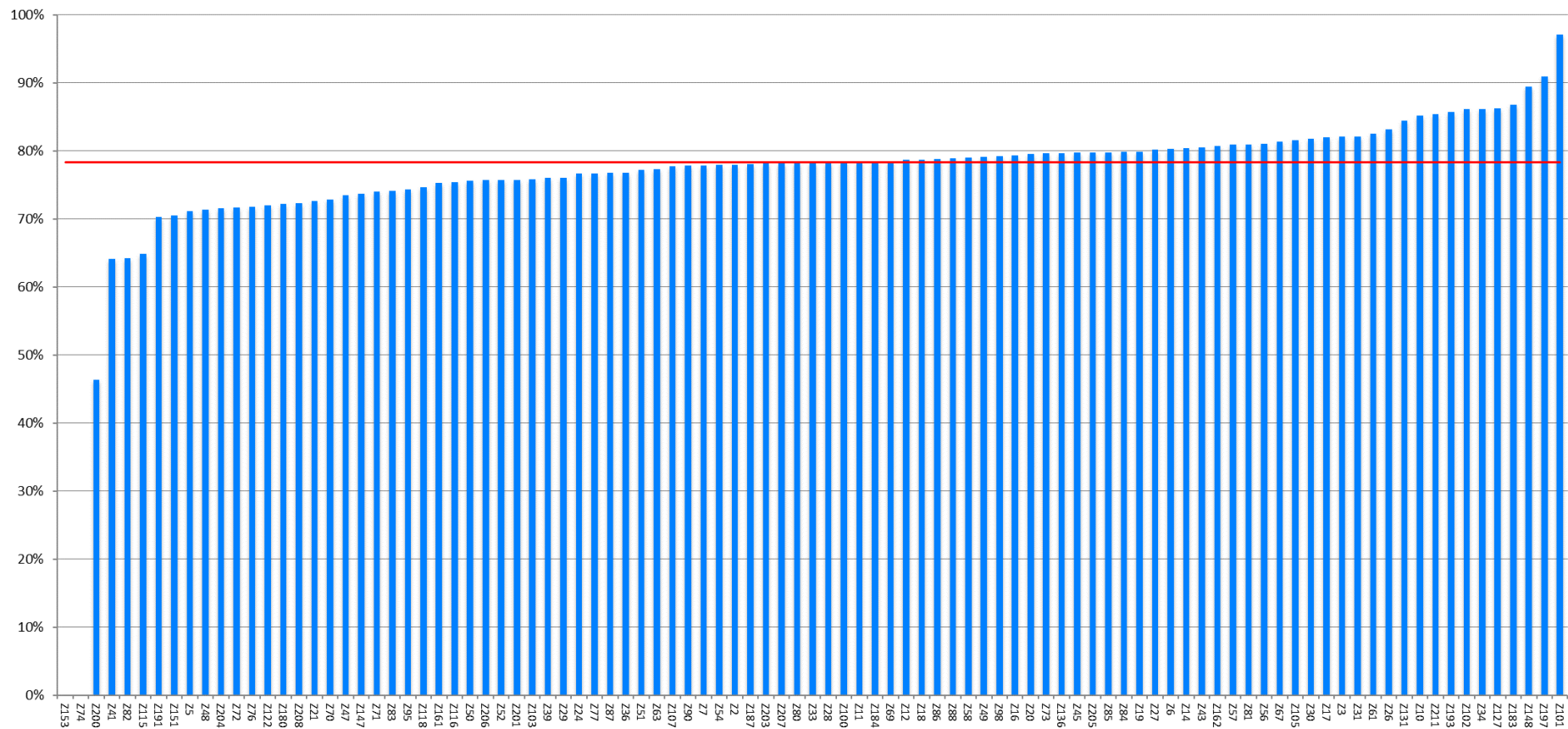
Grafiek 2: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma



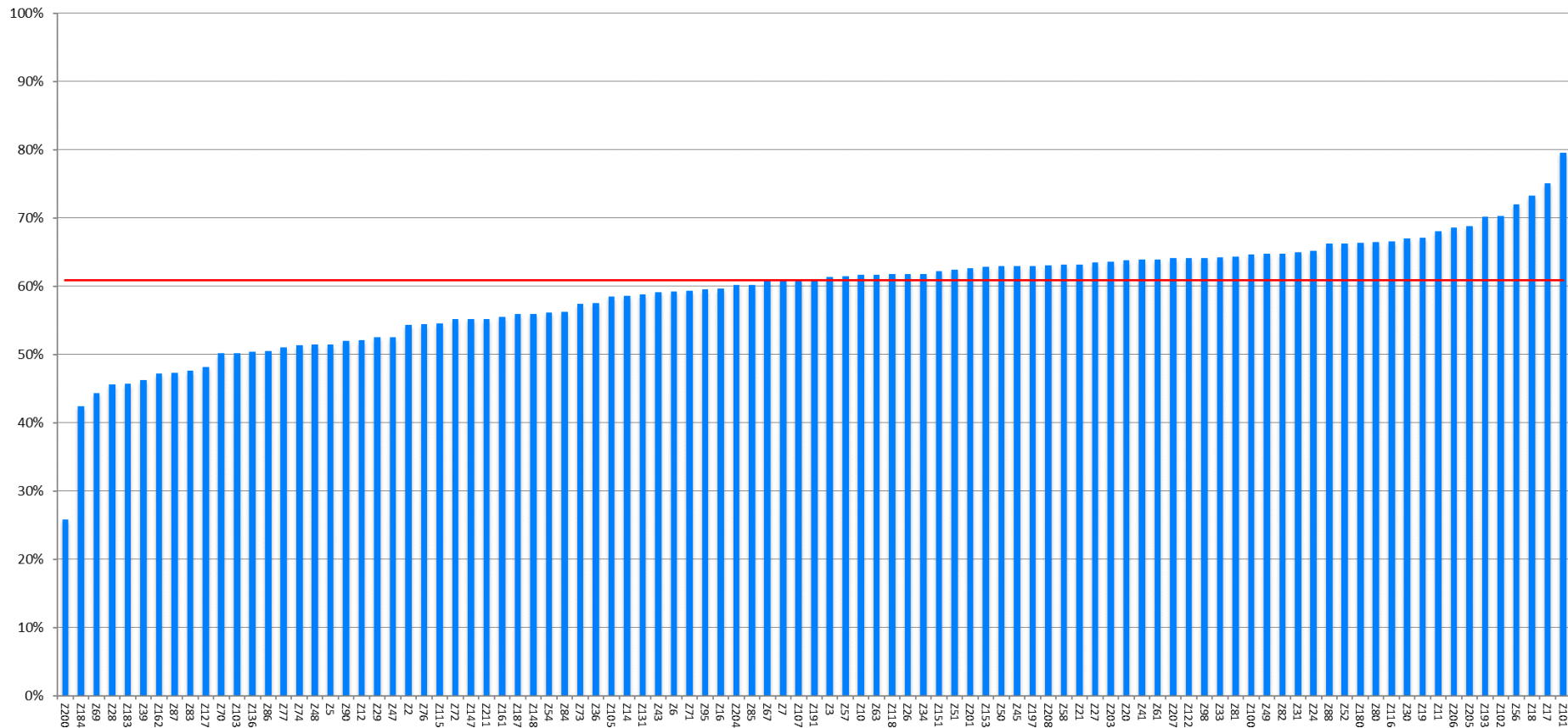
Grafiek 3: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten



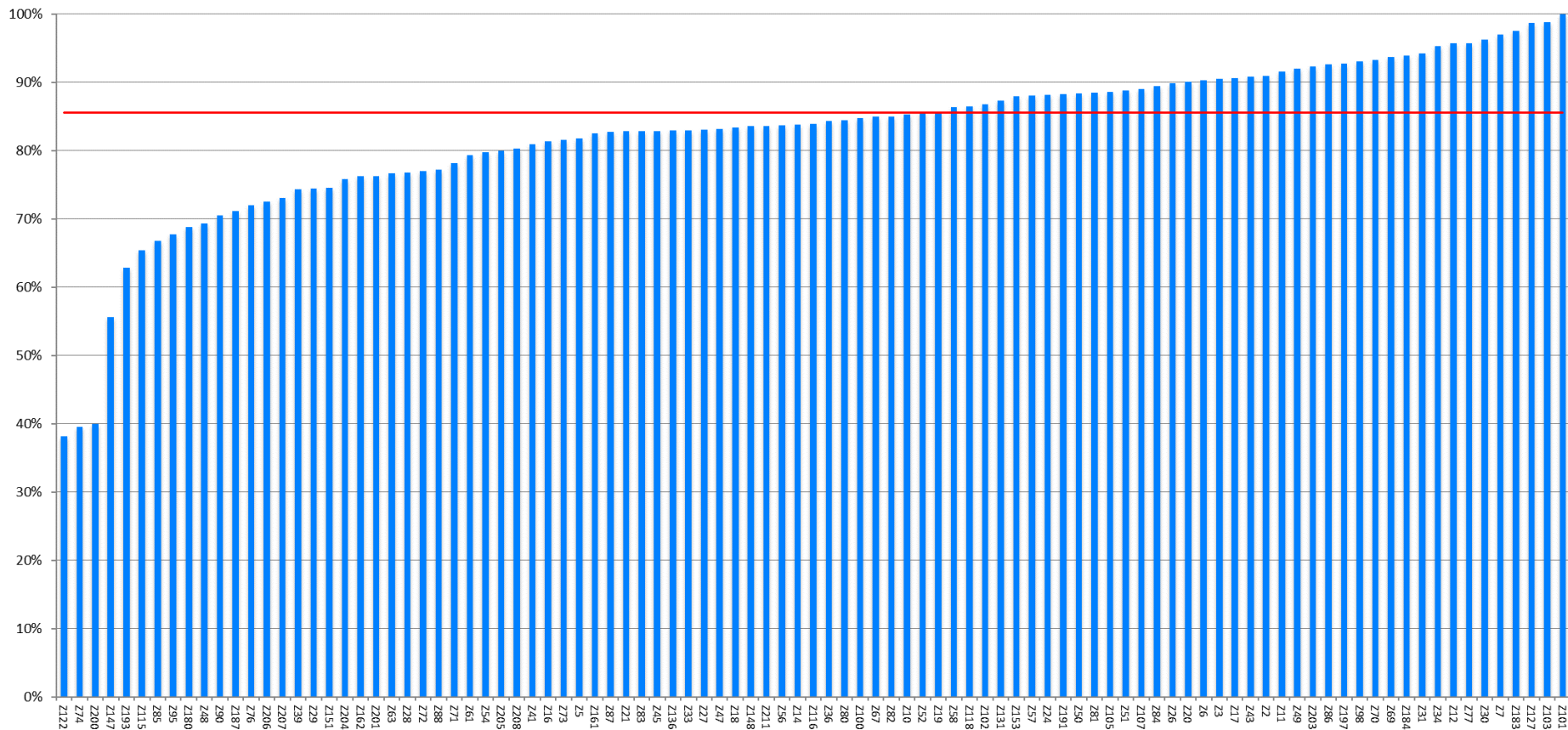
Grafiek 4: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met adequaat gereguleerde systolische bloeddruk



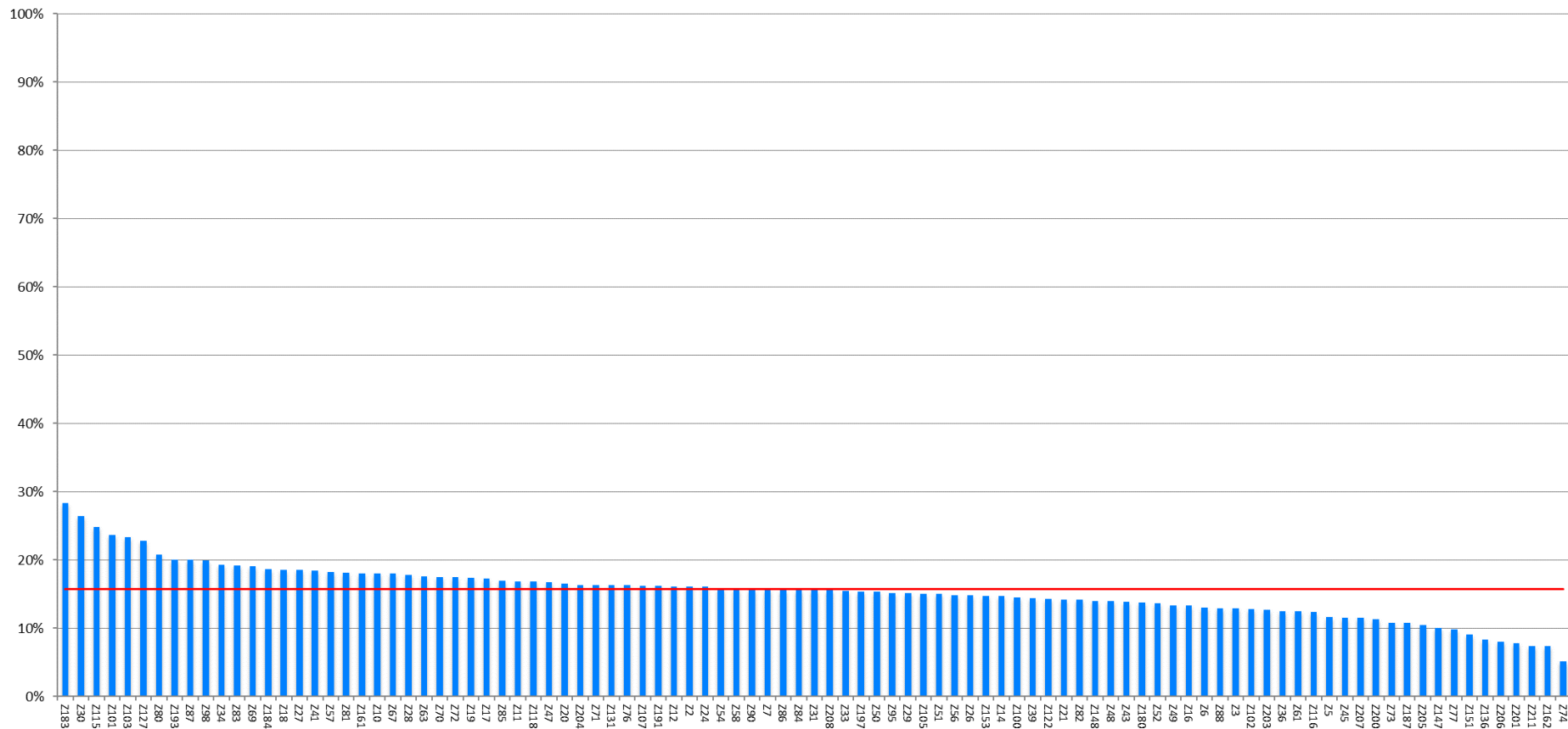
Grafiek 5: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 80 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde <= aan 2,5 mmol/l



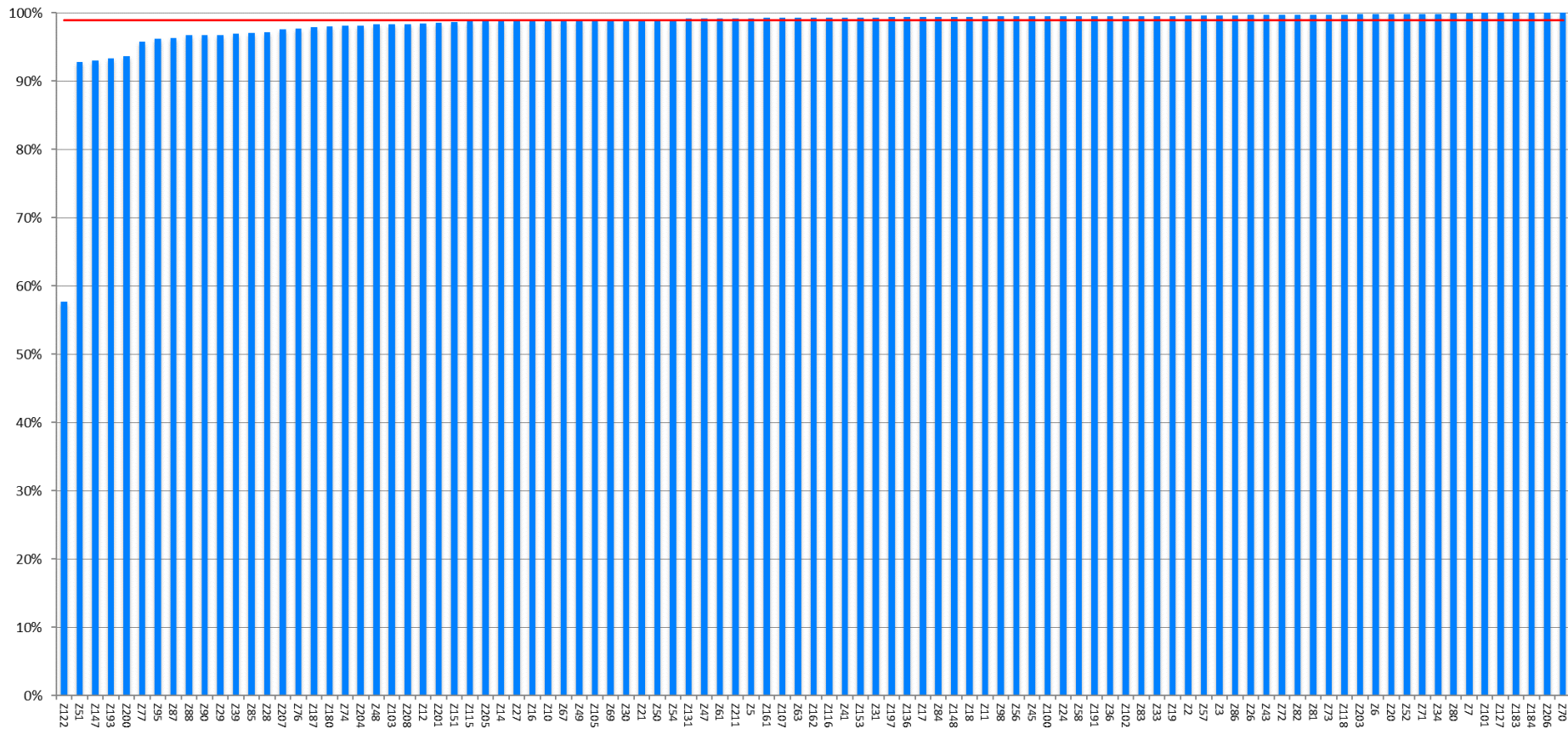
Grafiek 6: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



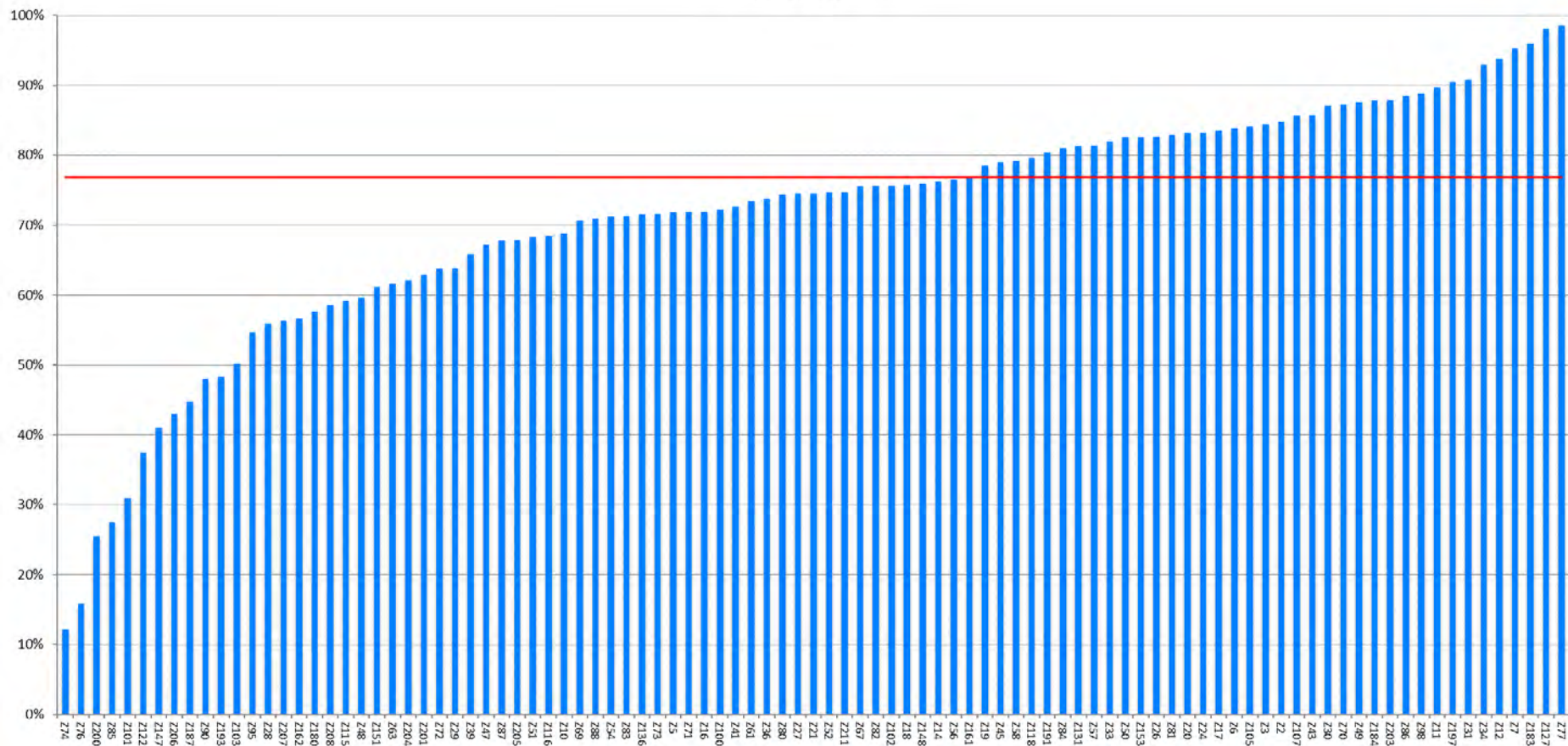
Grafiek 7: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd dat rookt



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

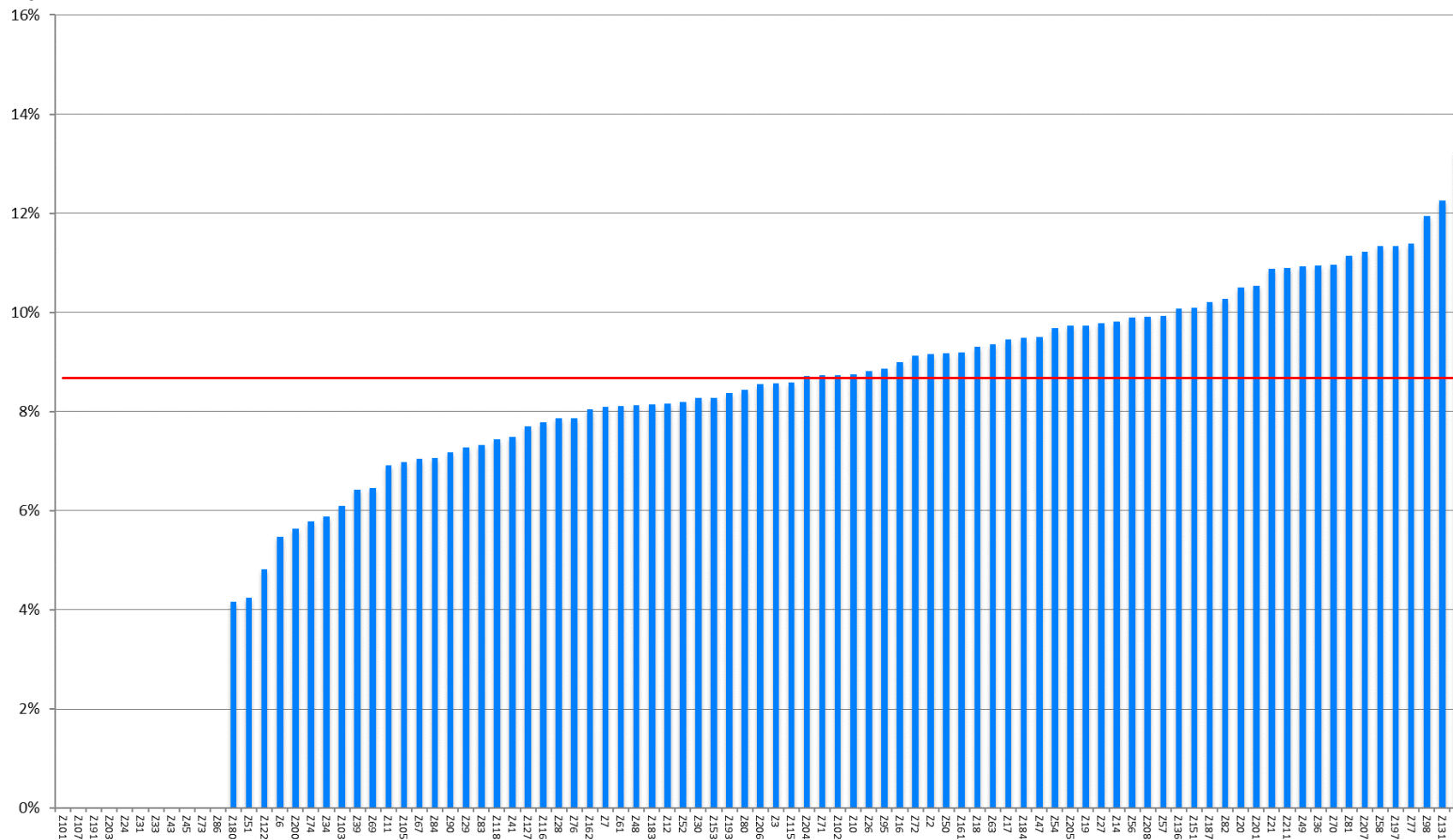


Grafiek 9: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode

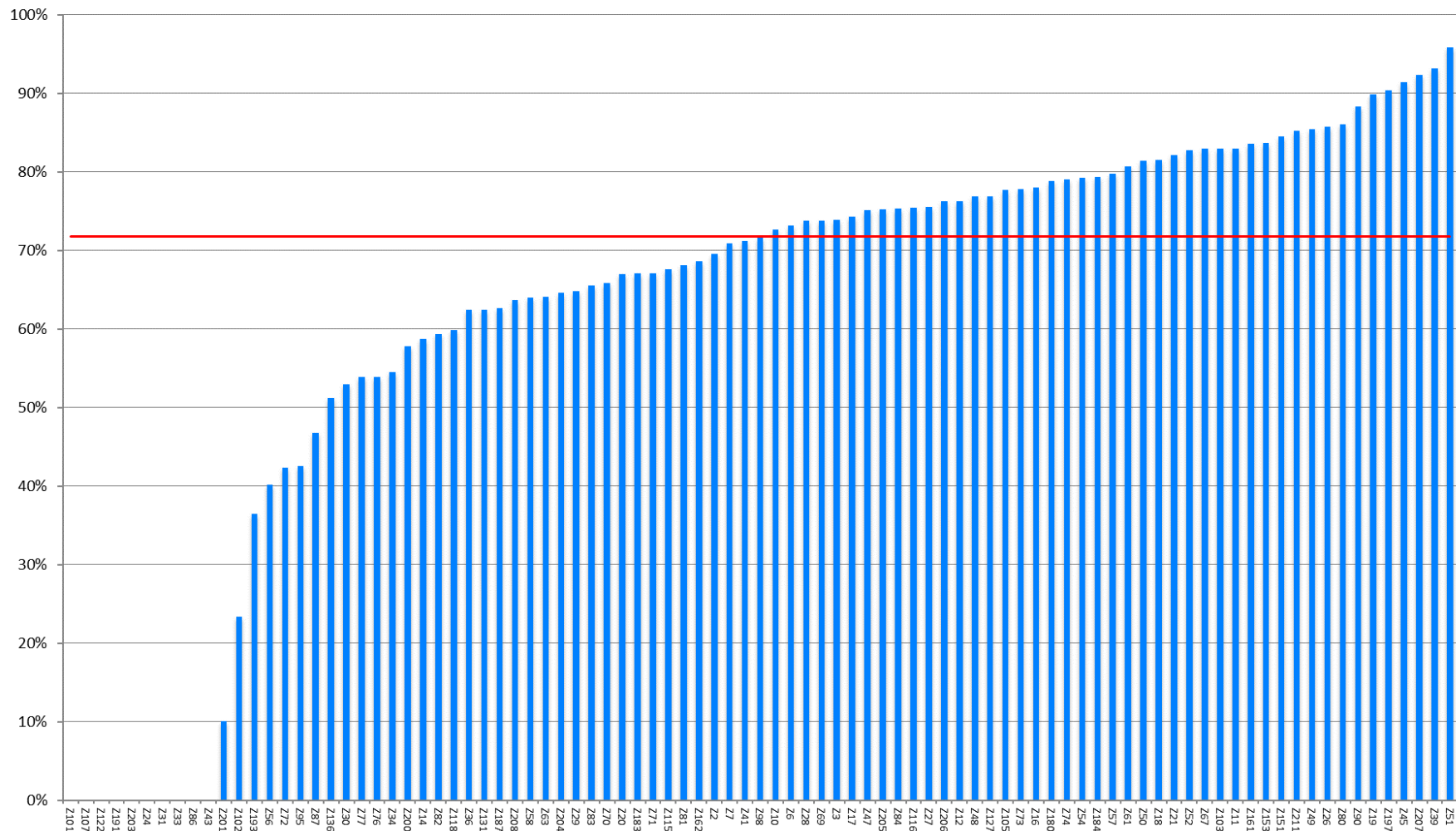


Bijlage III Grafieken VVR

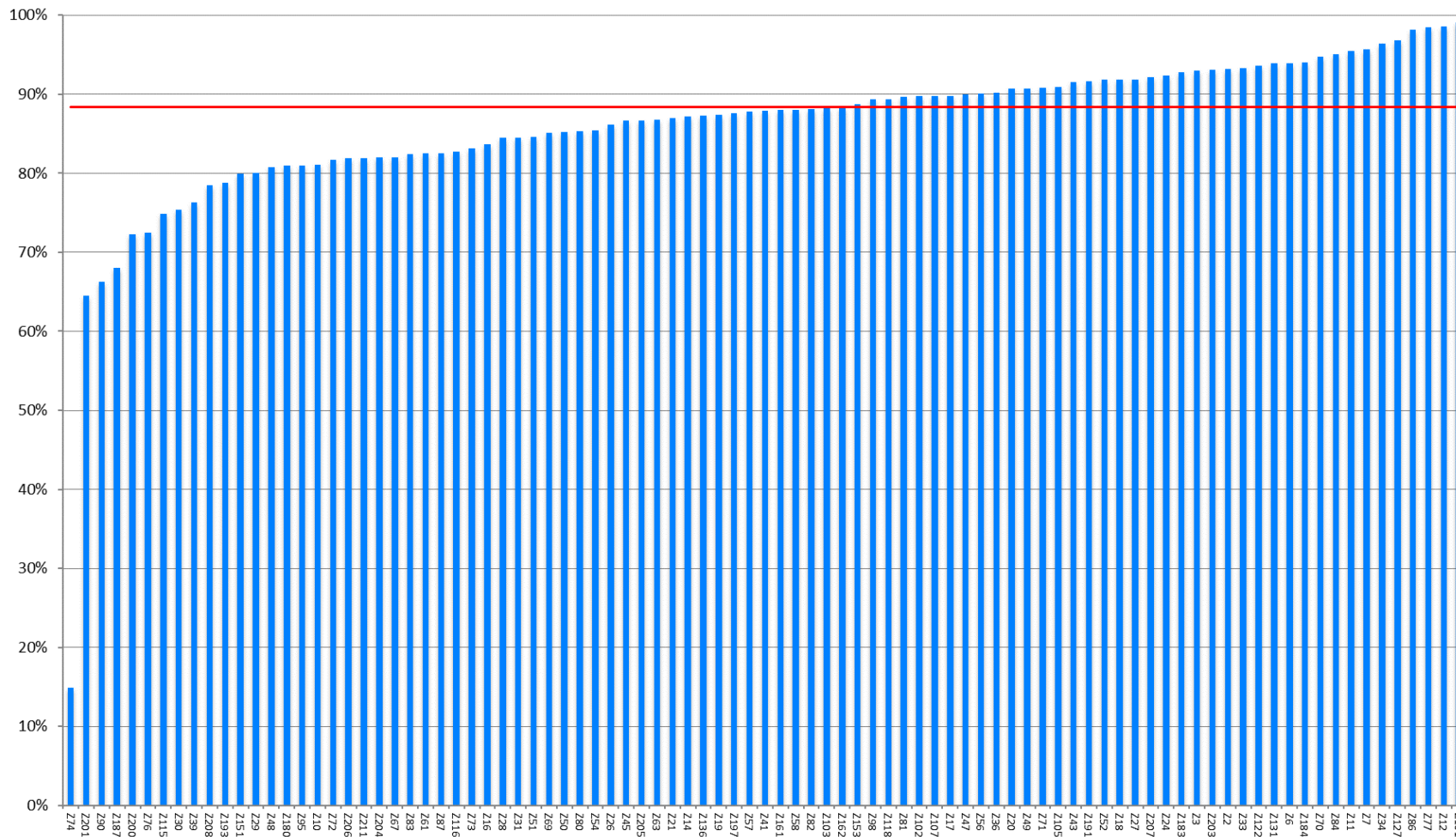
Grafiek 1: Prevalentie VVR



Grafiek 2: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma

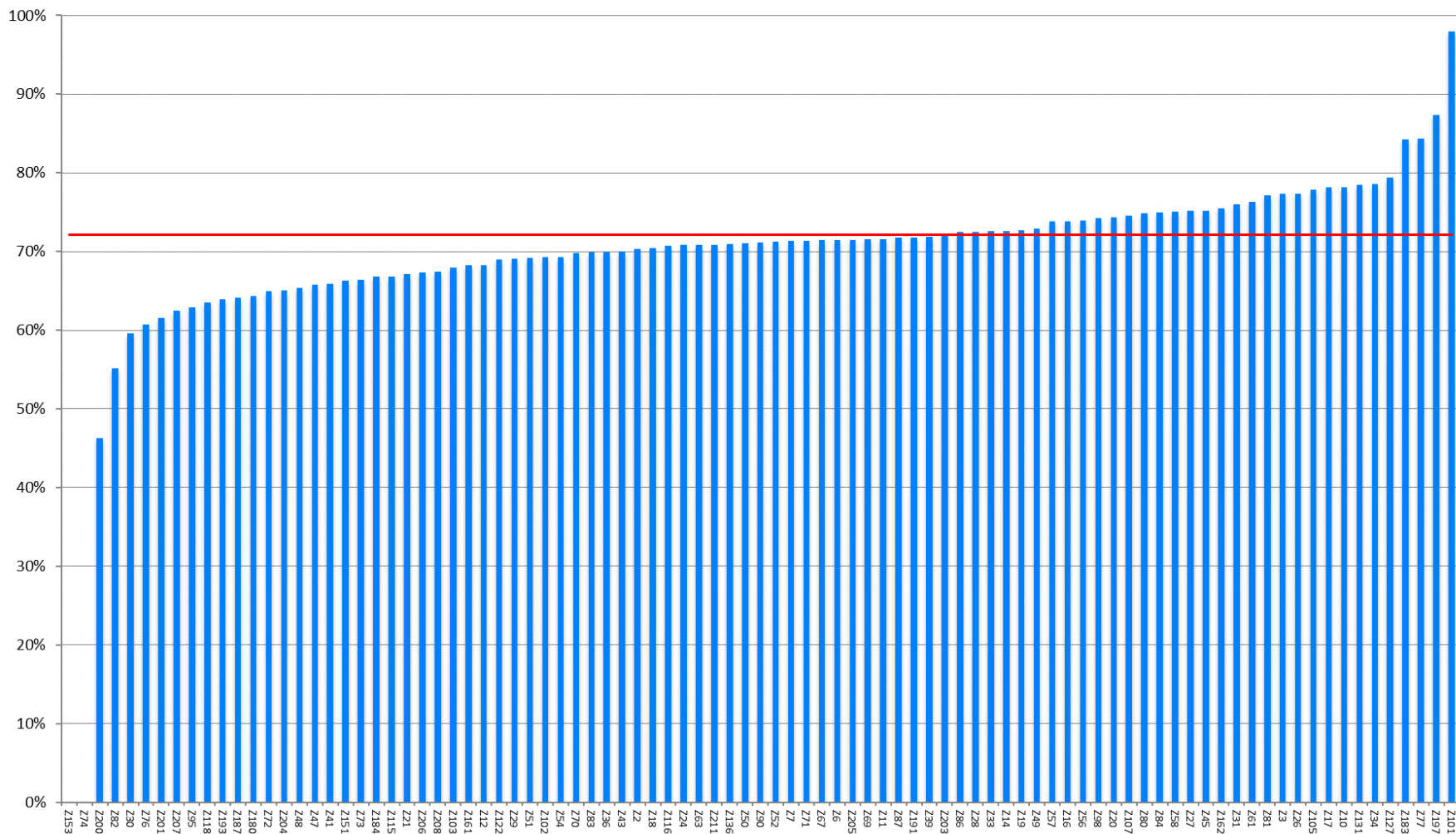


Grafiek 3: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten³⁶

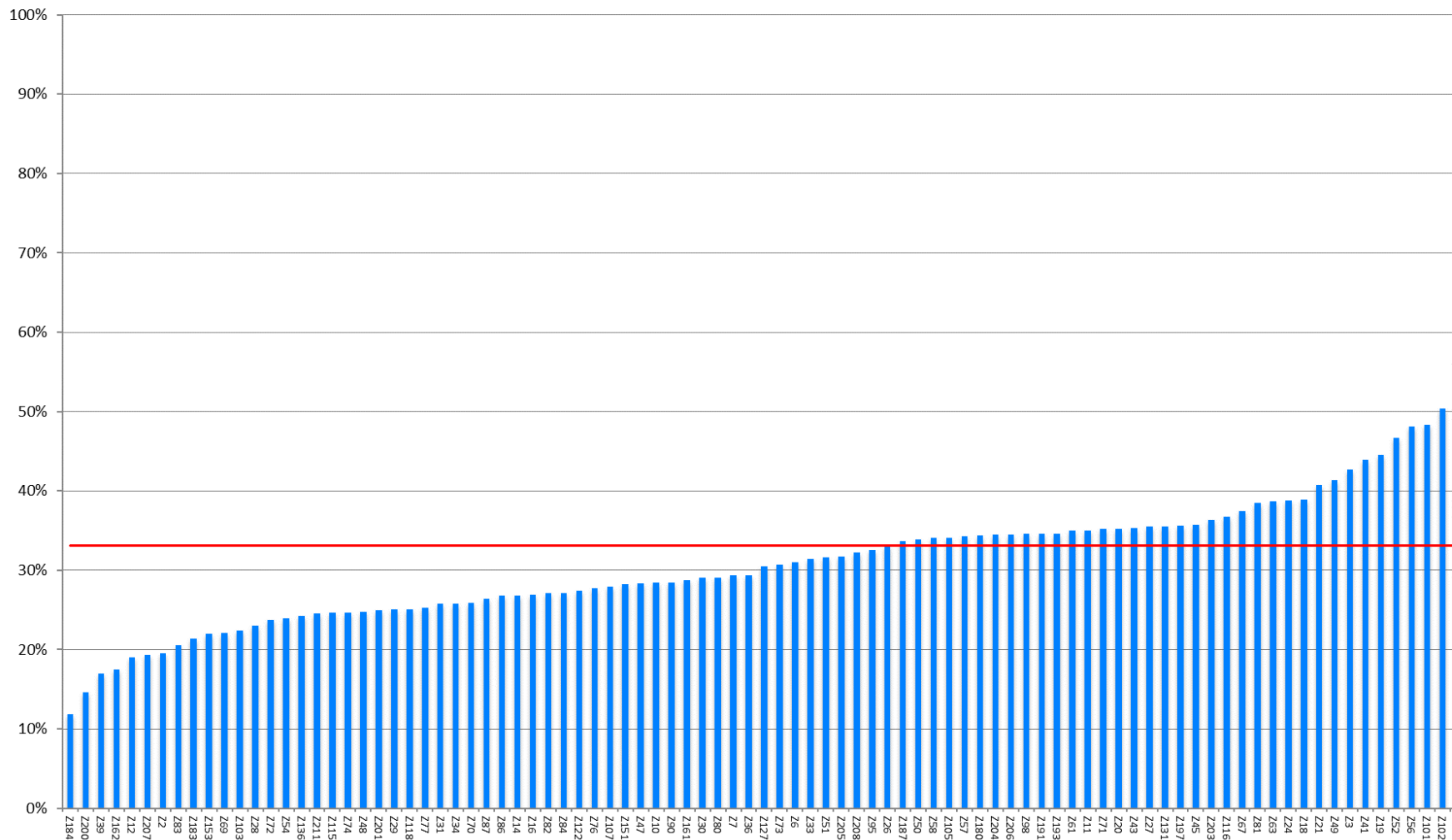


³⁶ Z31 heeft een controlefrequentie van 1x per 2 jaar. Volgens de eigen meetperiode zouden ze dan op 98,3% uitkomen in plaats van 84,5%.

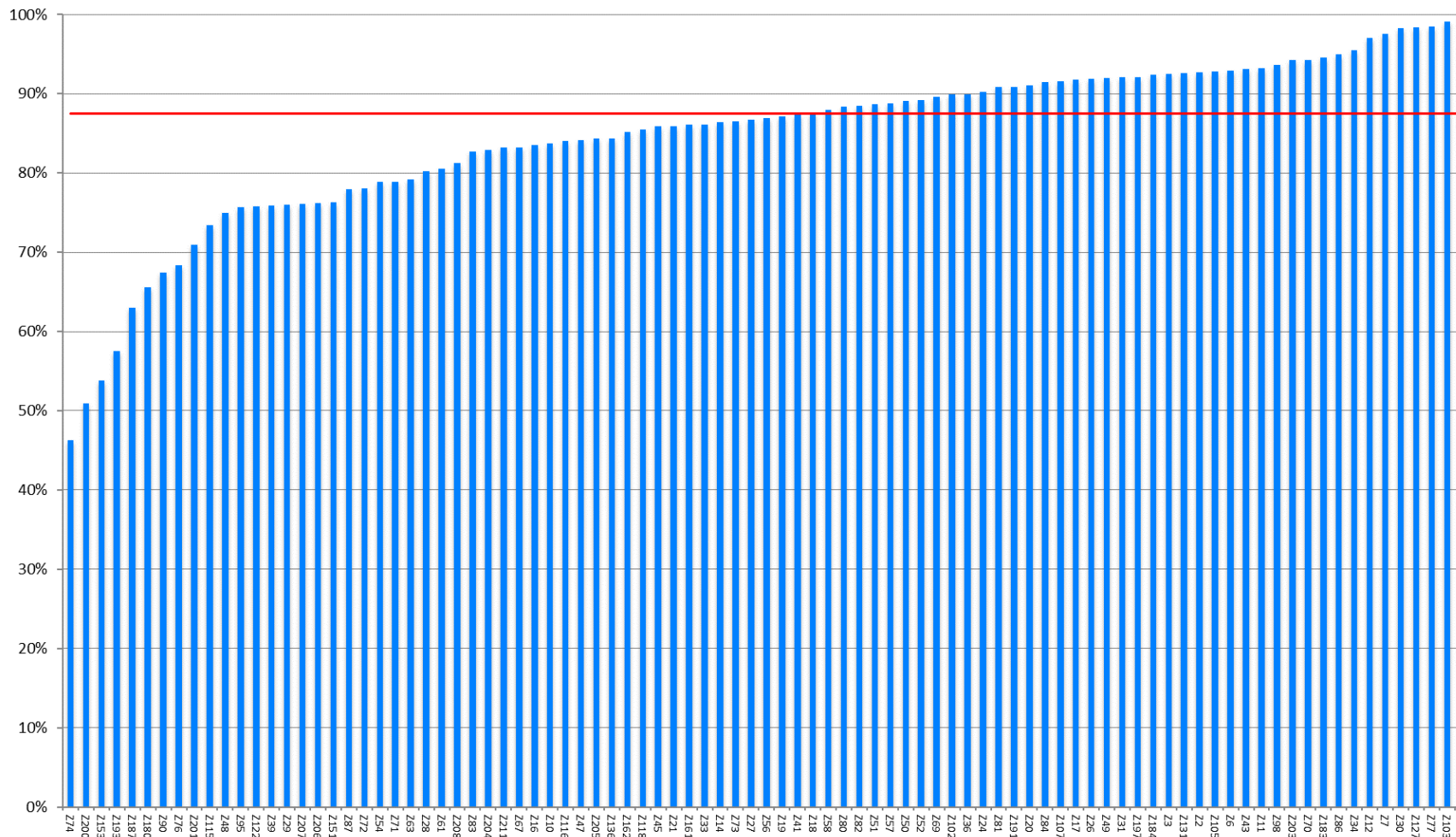
Grafiek 4: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met adequaat gereguleerde systolische bloeddruk



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

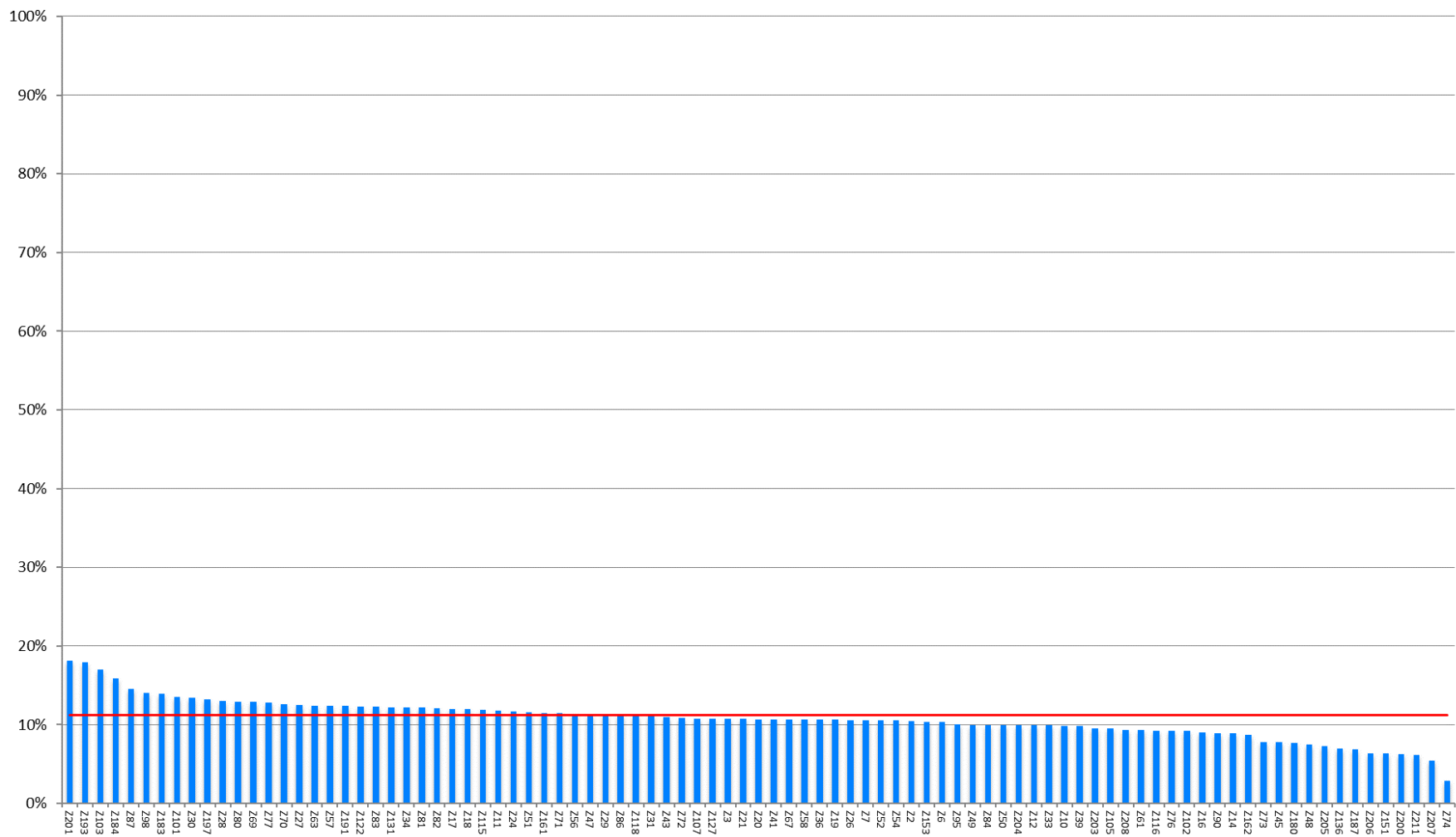


Grafiek 6: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode of uitslag nooit OOI is gemeten³⁷

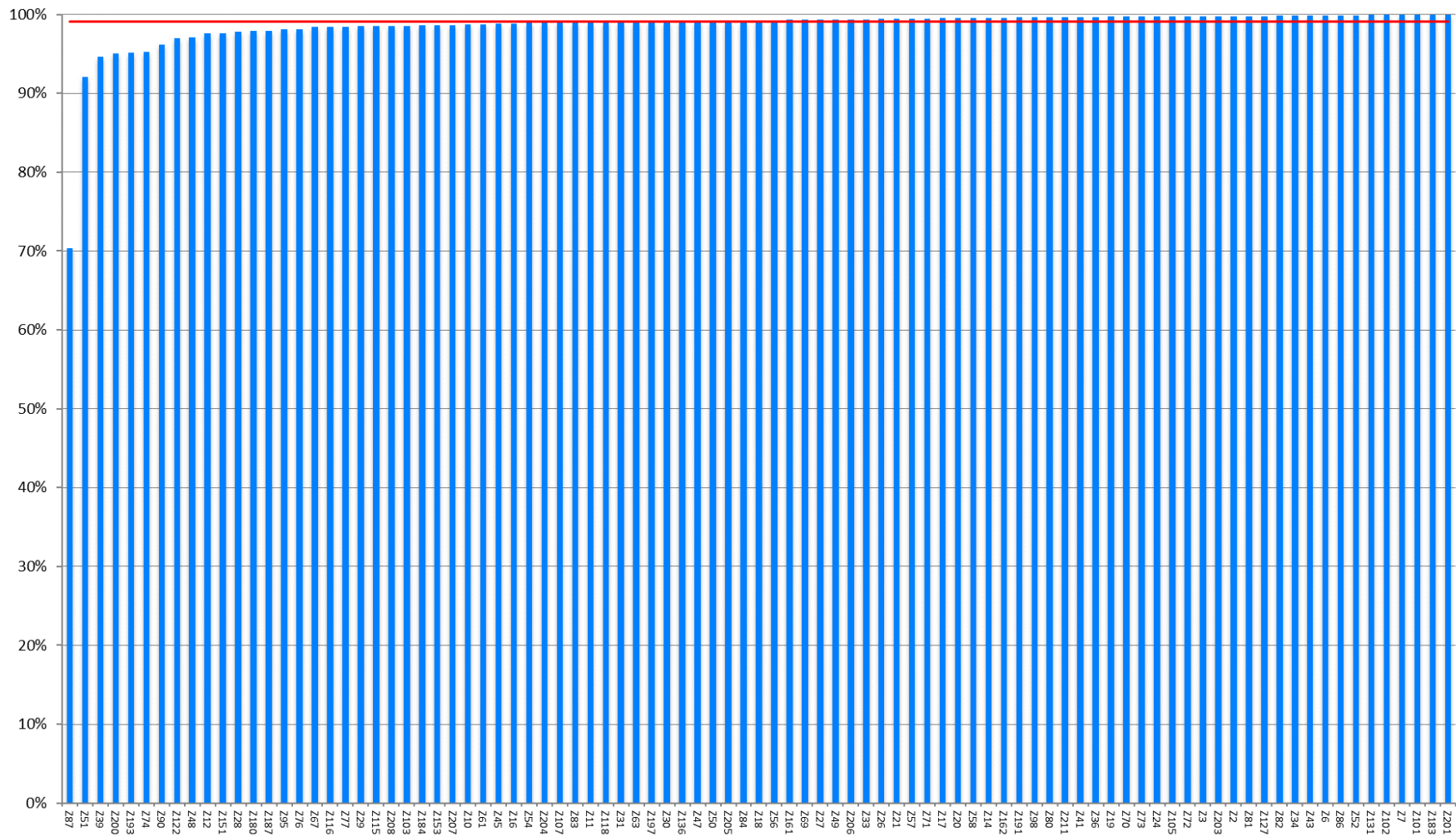


³⁷ Z31 heeft een controlefrequentie van 1x per 2 jaar. Volgens de eigen meetperiode zouden ze dan op 98,3% uitkomen in plaats van 92%.

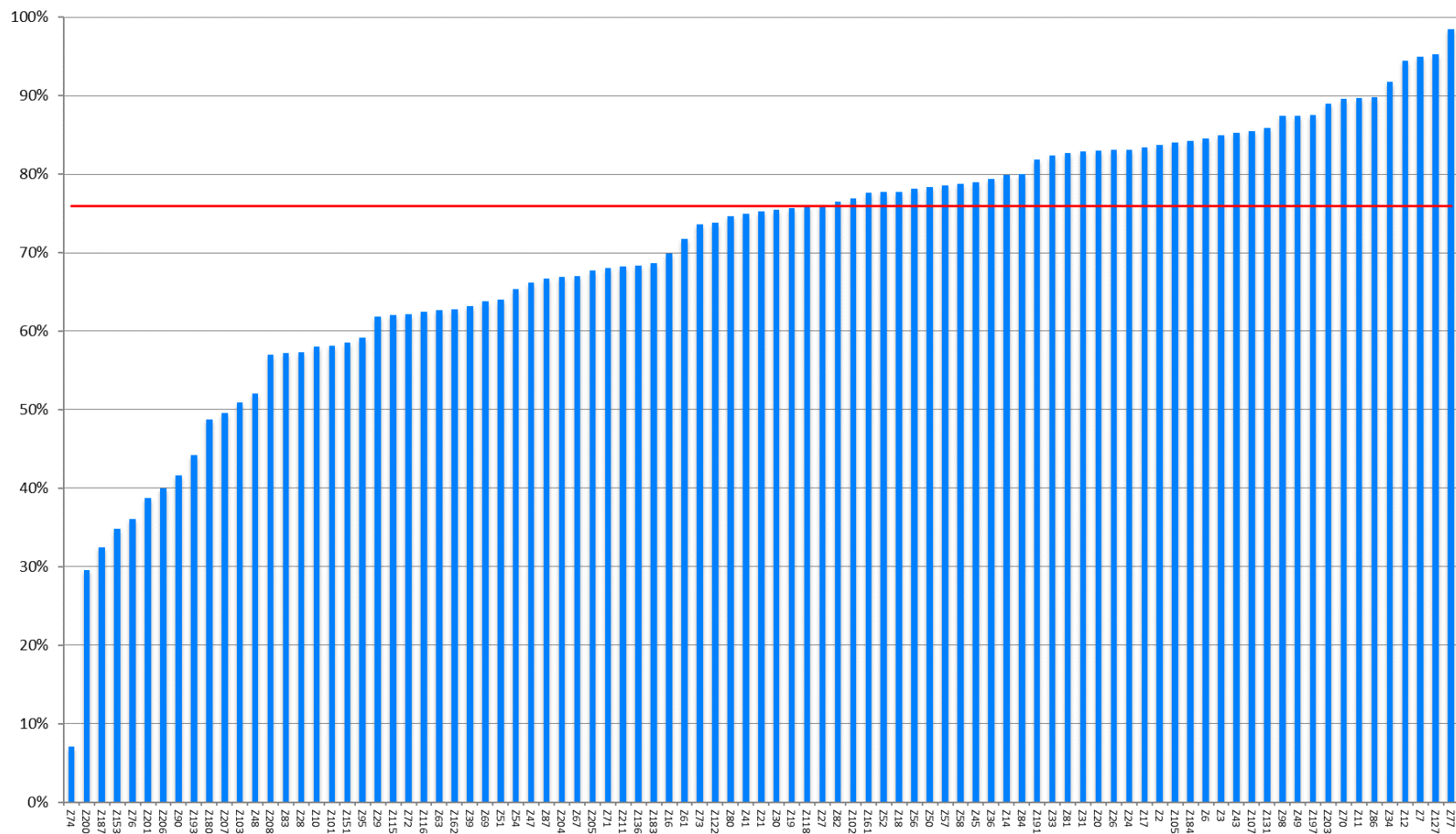
Grafiek 7: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode dat rookt



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



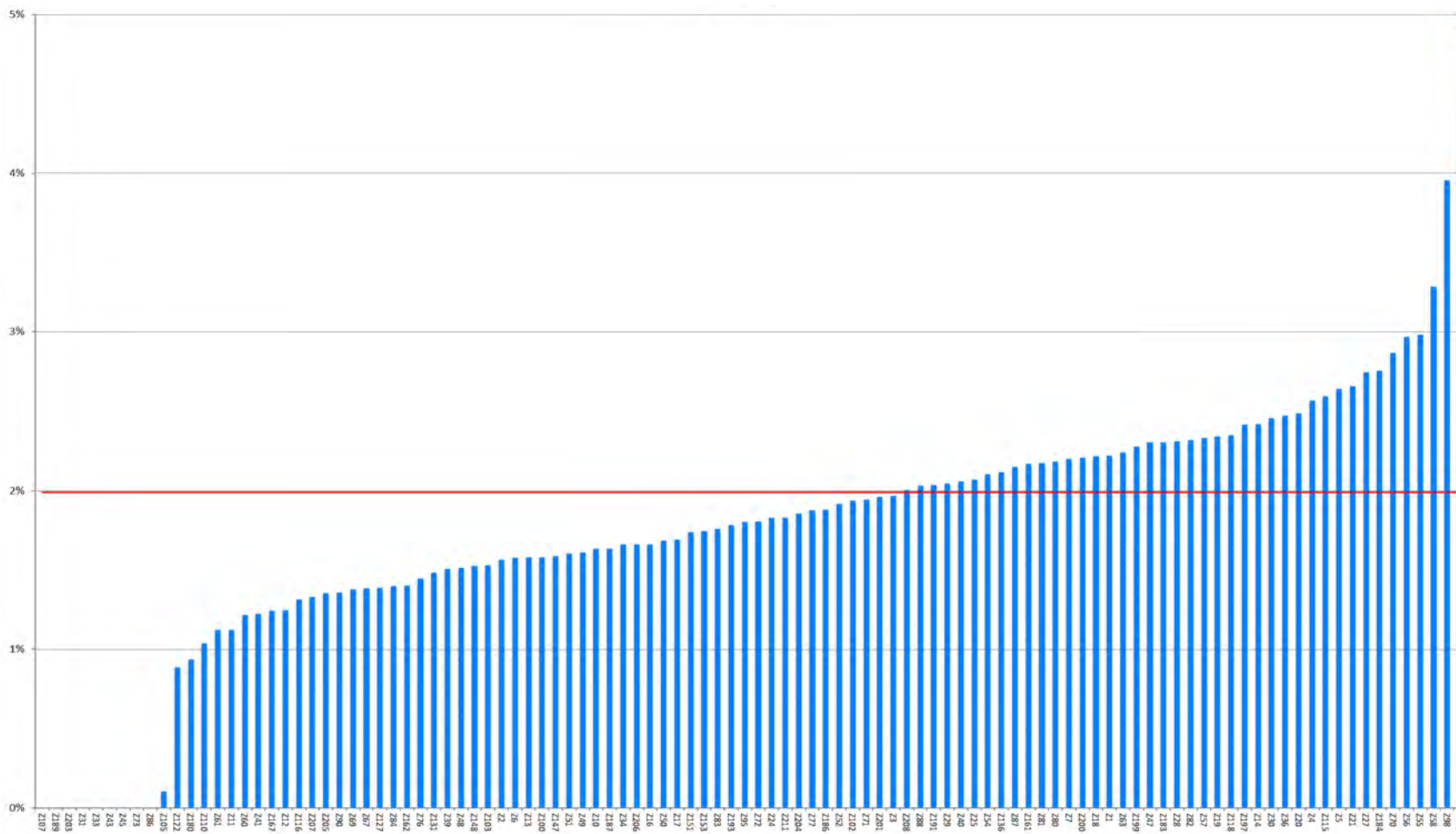
Grafiek 9: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode³⁸



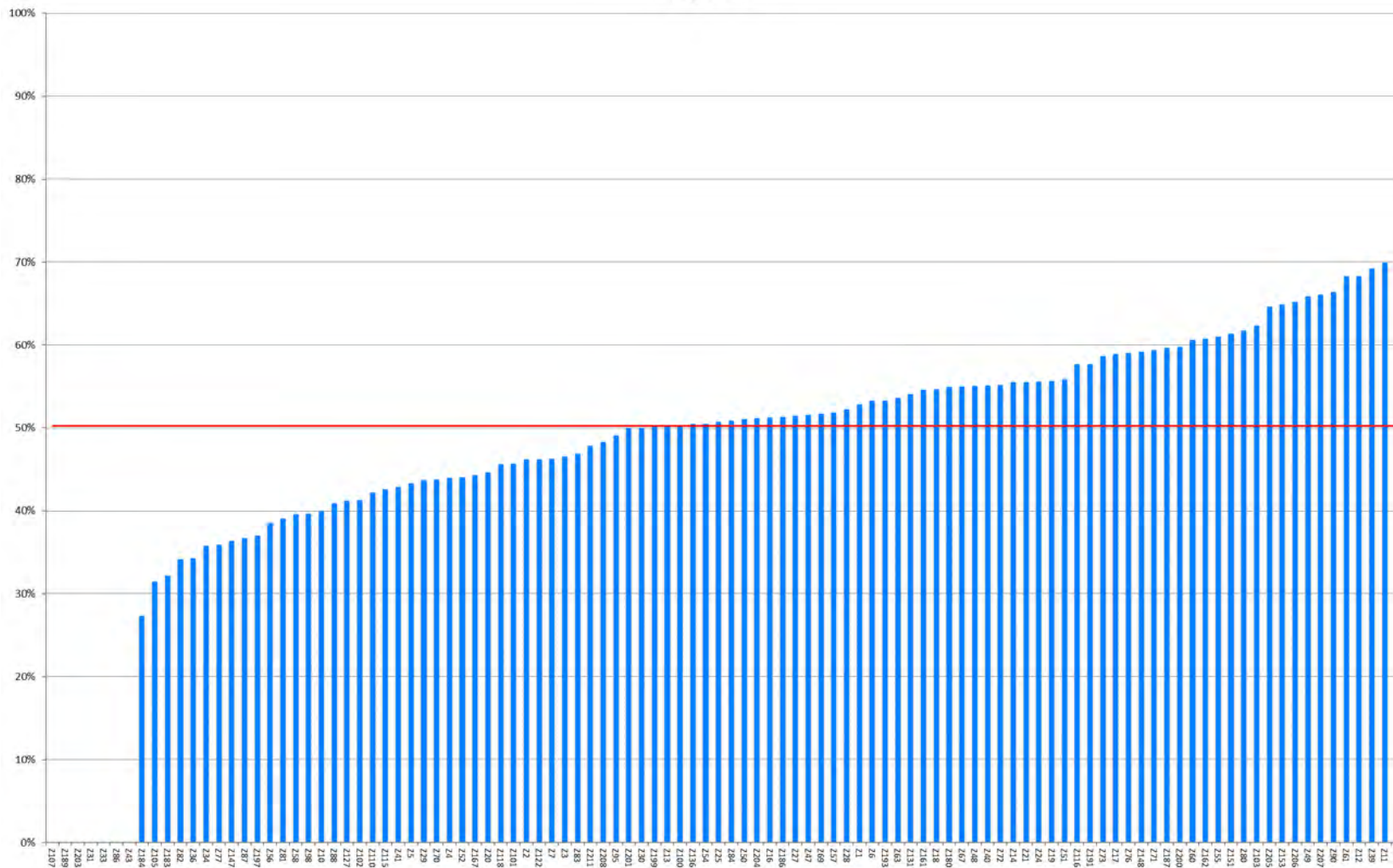
³⁸ Z31 heeft een controlefrequentie van 1x per 2 jaar. Volgens de eigen meetperiode zouden ze dan op 96,7% uitkomen in plaats van 82,9%.

Bijlage IV Grafieken COPD

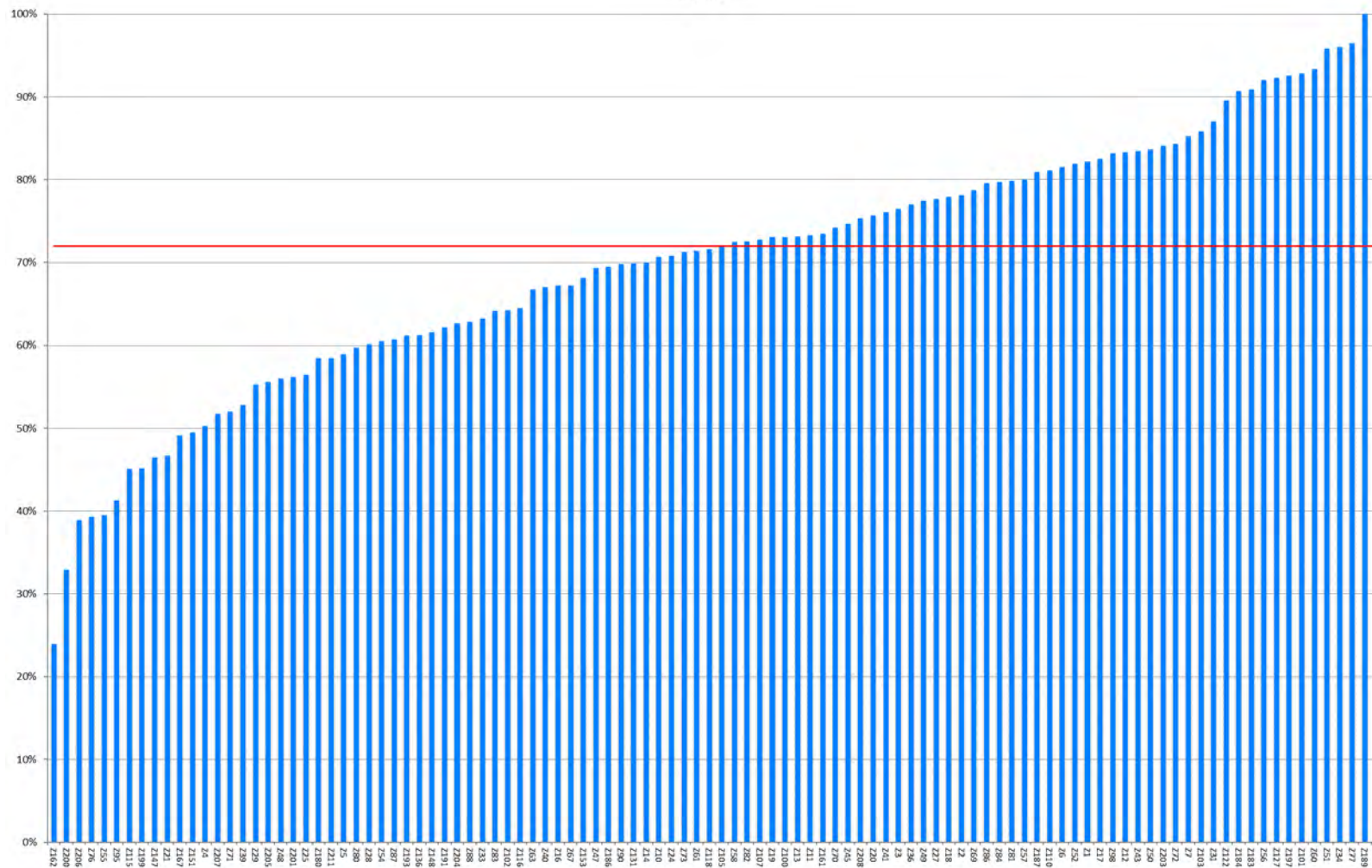
Grafiek 1: Prevalentie COPD patiënten



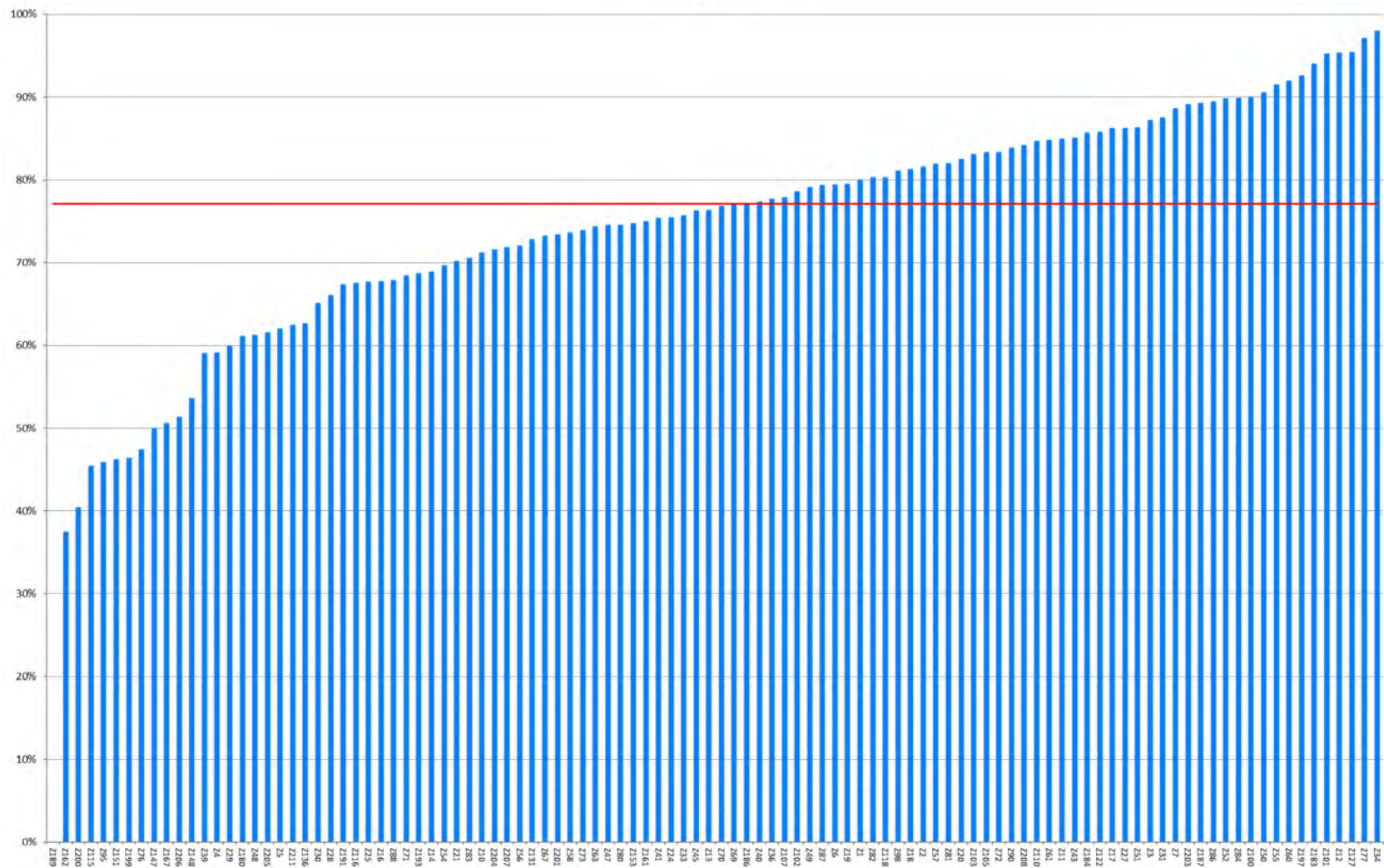
Grafiek 2: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma



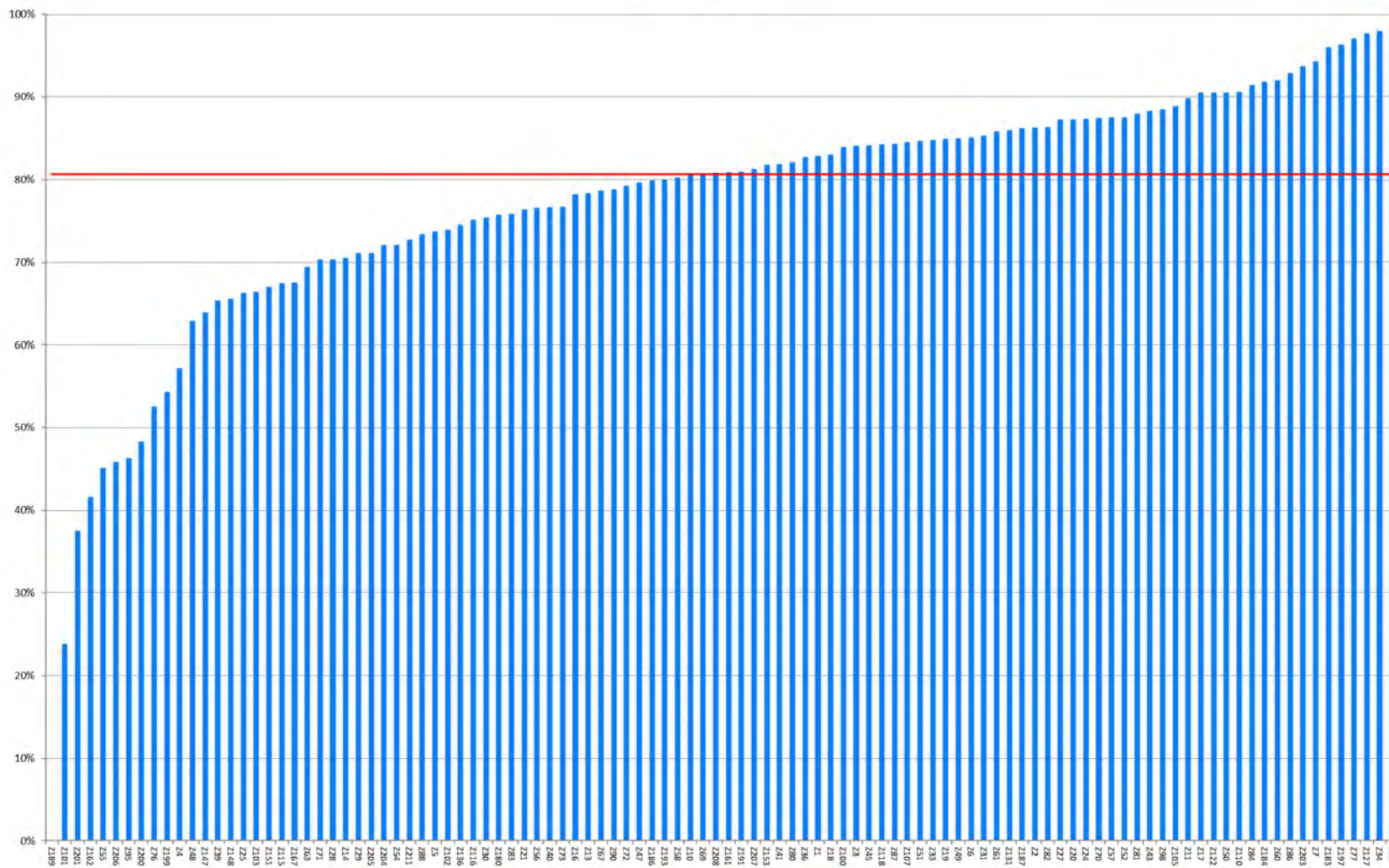
Grafiek 3: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd



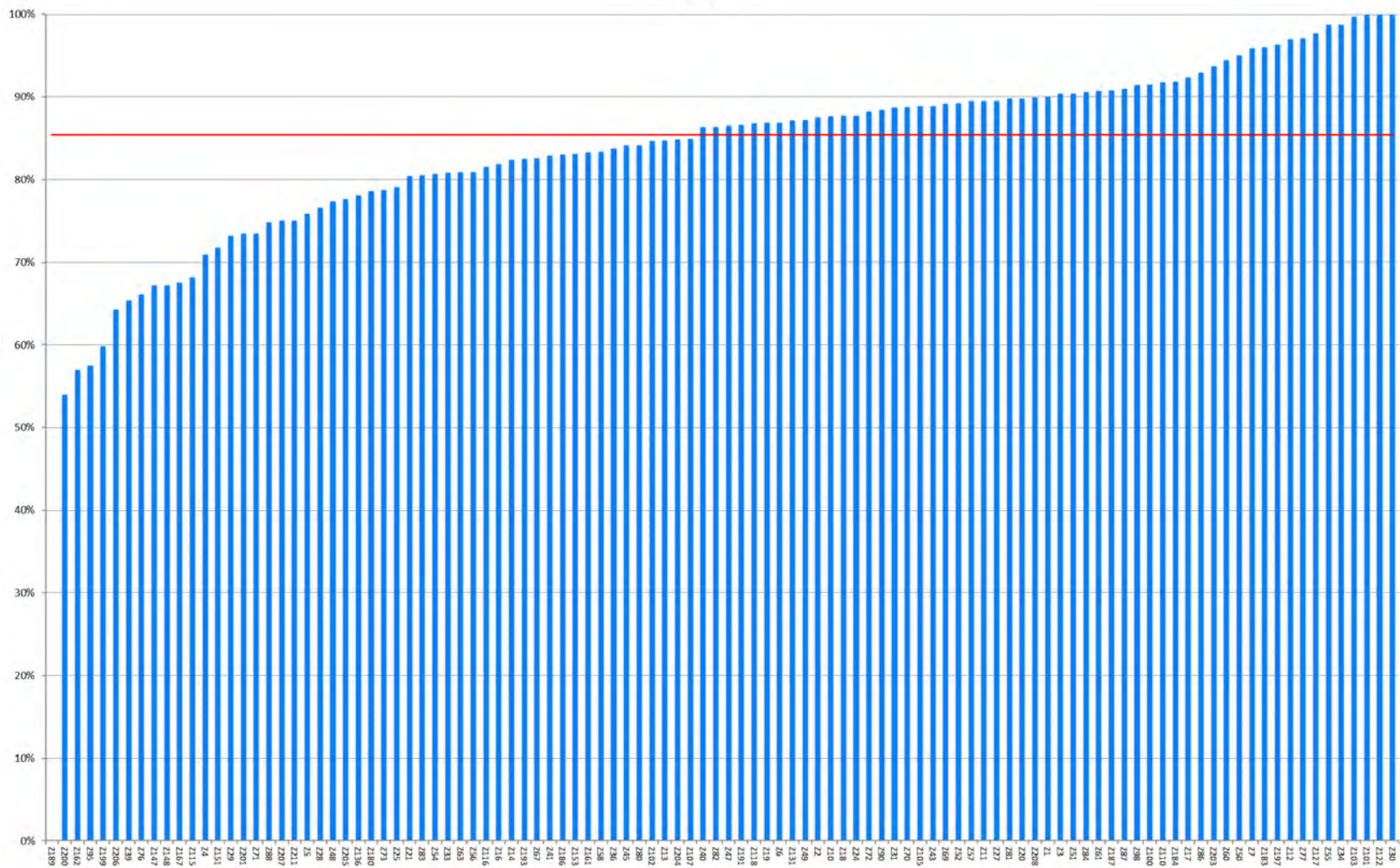
Grafiek 4: Percentage COPD patiënten bij wie functioneren (MRC|CCQ) is vastgelegd



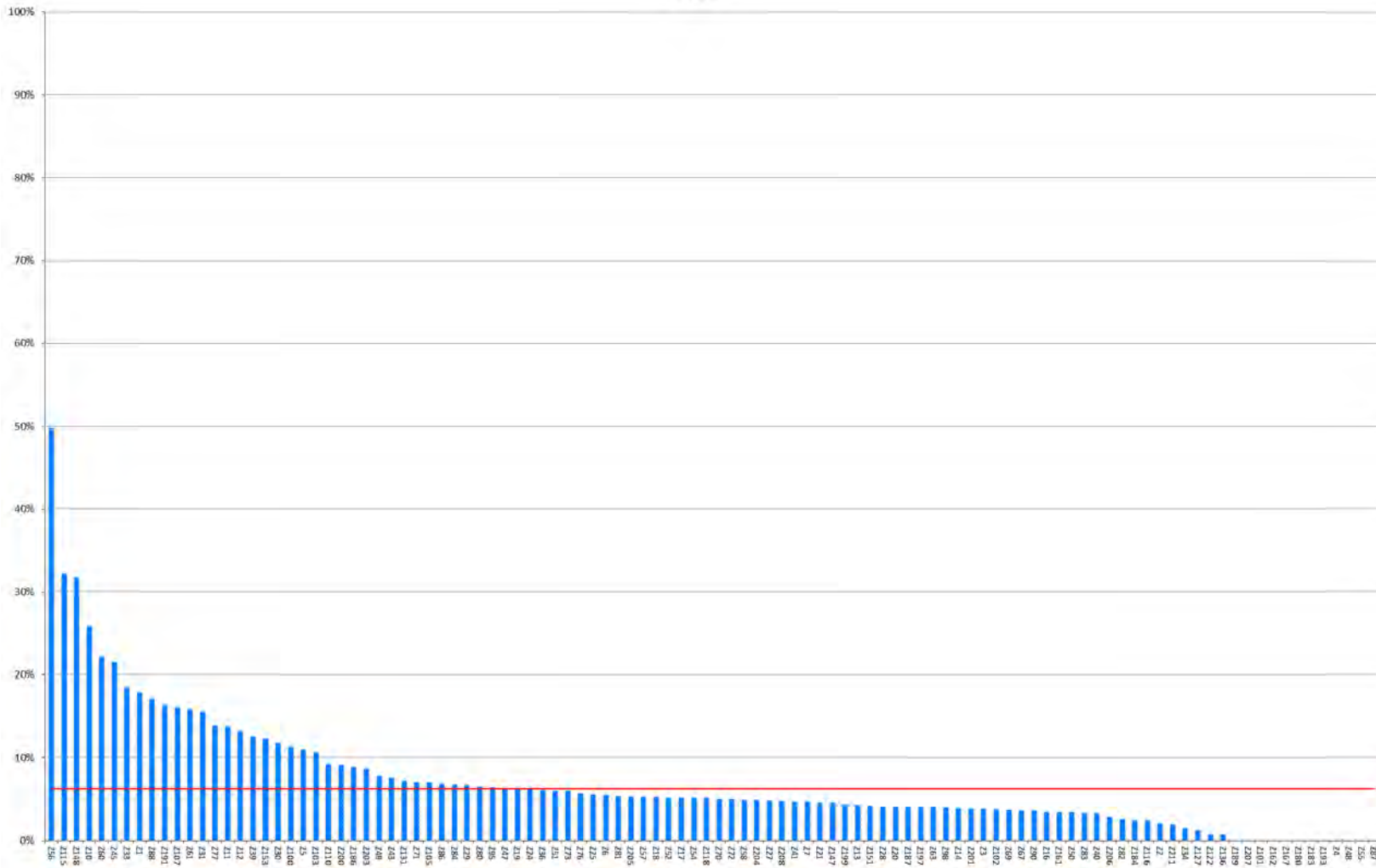
Grafiek 5: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma bij wie mate van bewegen is gecontroleerd



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

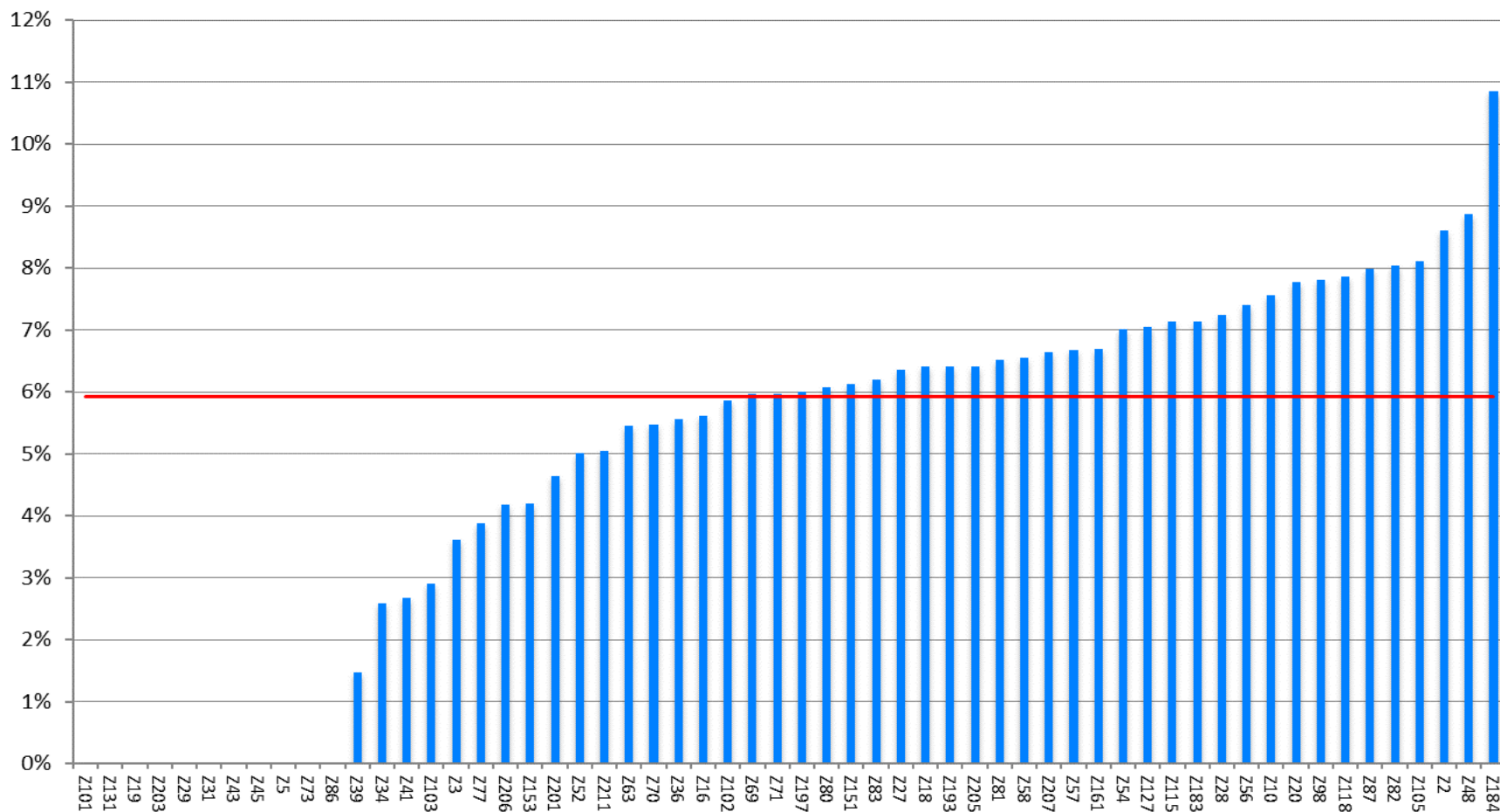


Grafiek 8: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met 2 of meer exacerbaties

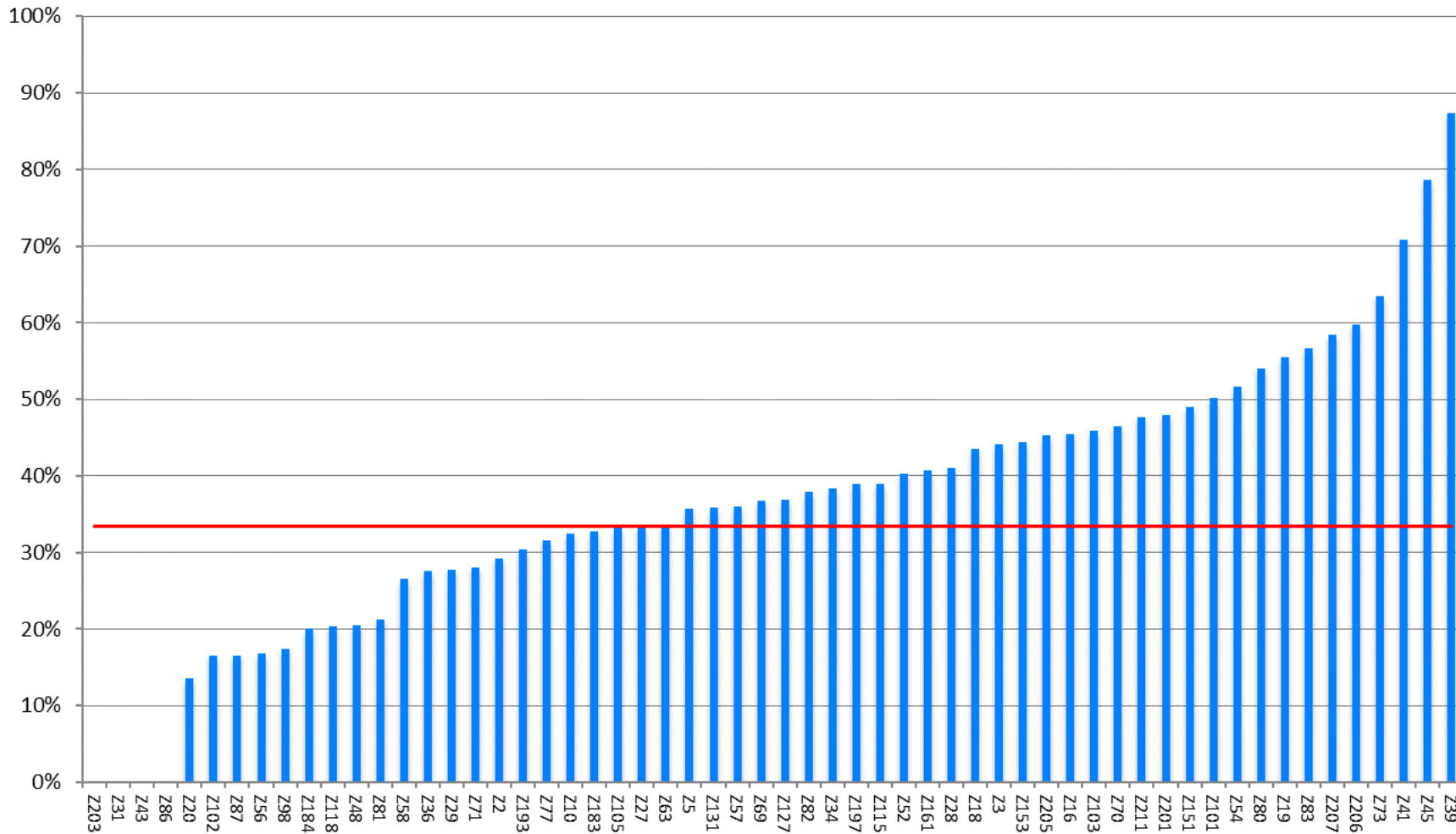


Bijlage V Grafieken astma

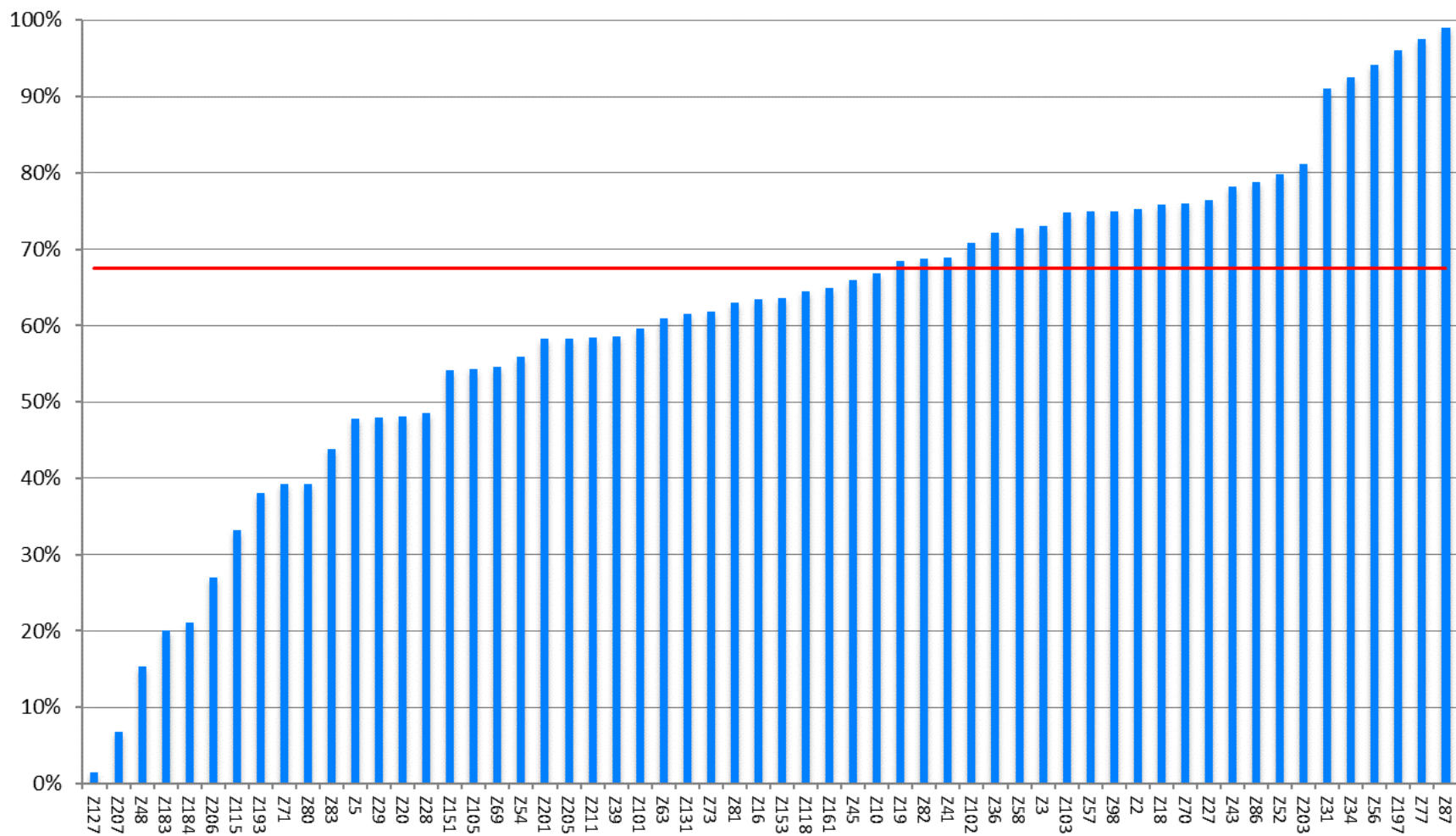
Grafiek 1: Prevalentie astma patiënten



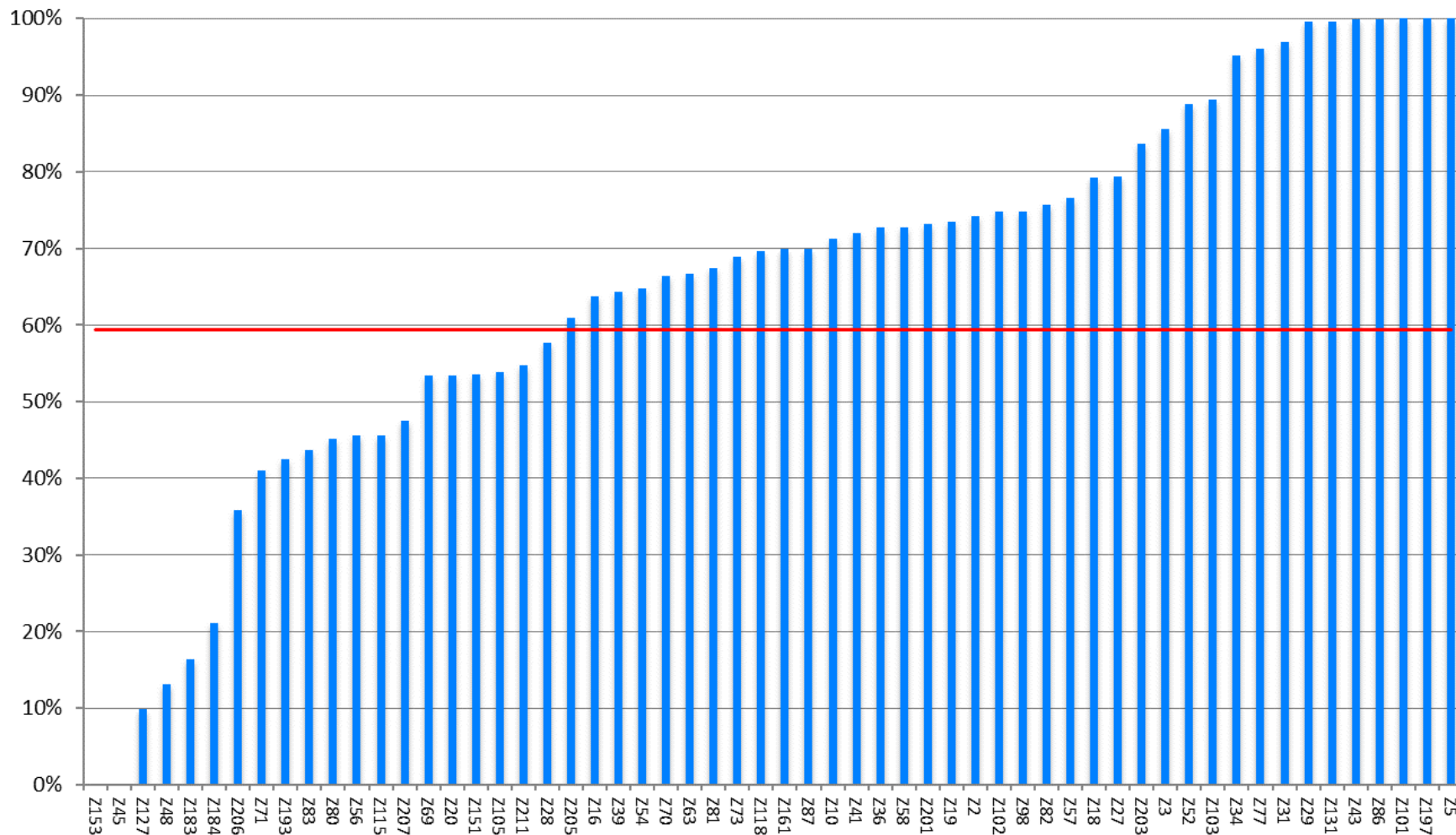
Grafiek 2: Percentage astma patiënten in zorgprogramma



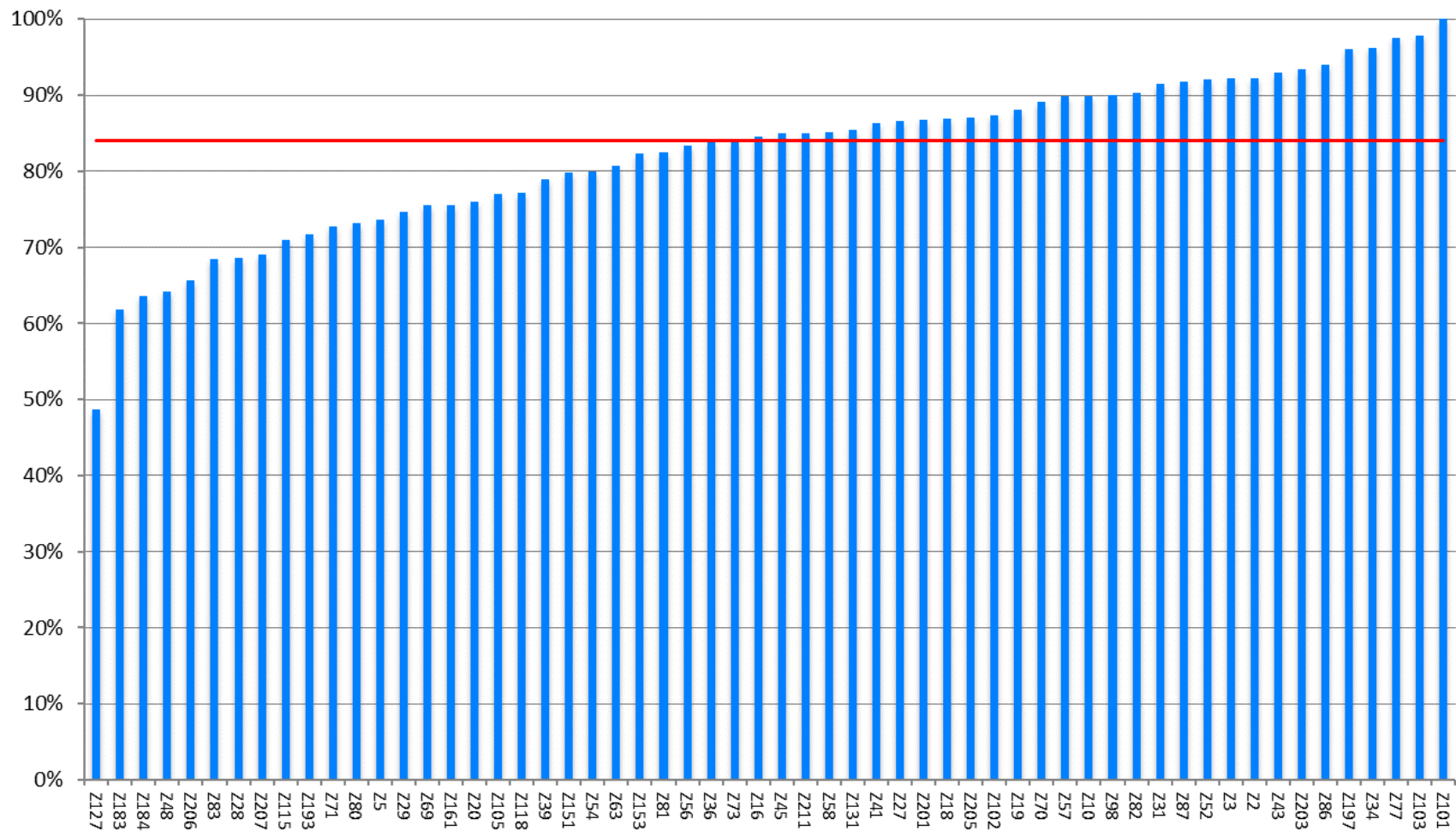
Grafiek 3: Percentage astma patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd



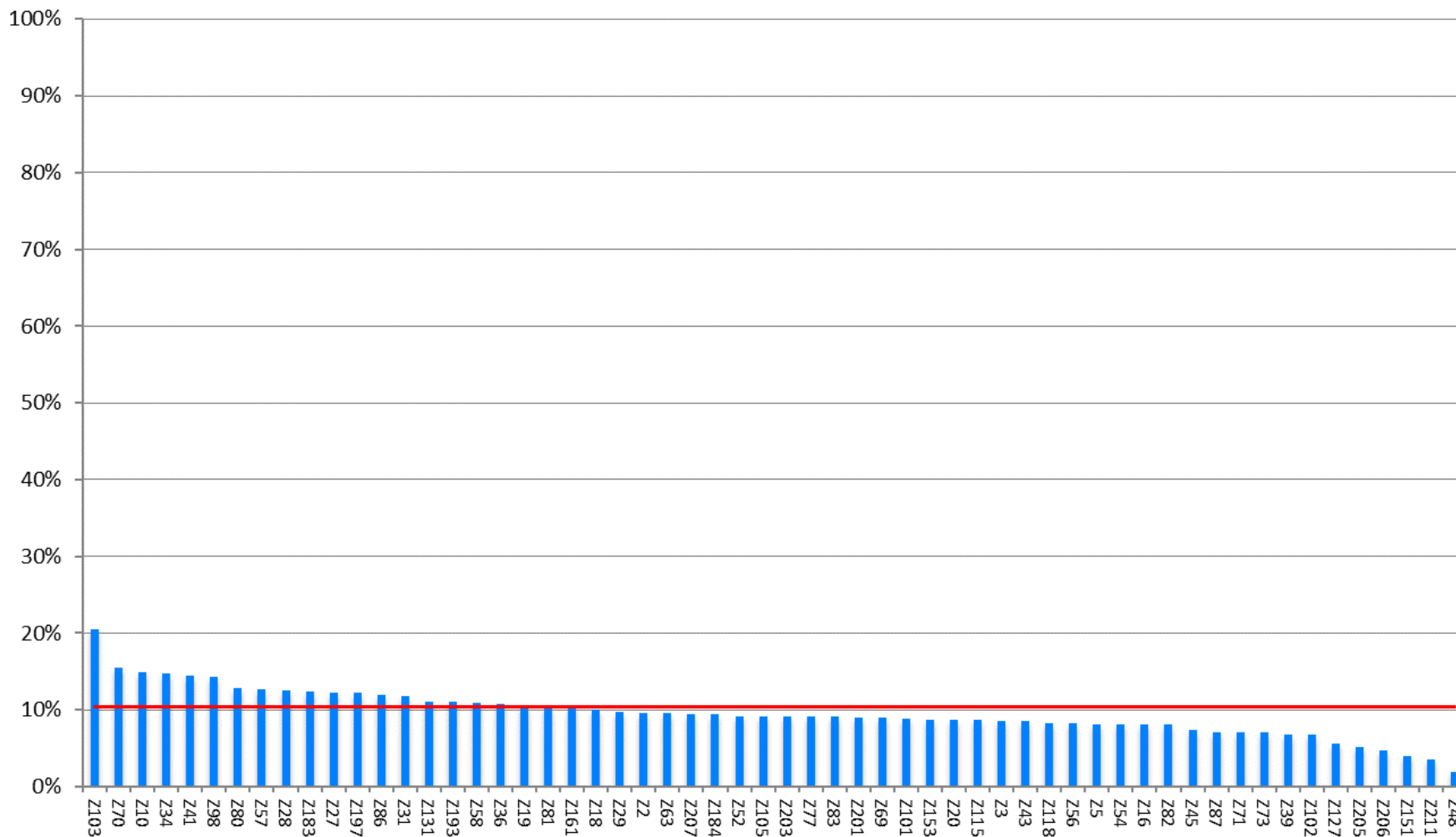
Grafiek 4: Percentage astma patiënten bij wie mate van astmacontrole is vastgelegd



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 VI Namen van zorggroepen

NUMMER	NAAM
Z1	DIAGIS HUISARTSEN COOPERATIE MEDICAMUS
Z2	ST. GEORGANISEERDE EERSTELIJNSZORG ZOETERMEER
Z3	POZOB
Z4	HUISARTSEN COOPERATIE NOORDERZORG U.A.
Z5	ZORGGROEP RIDDERKERK
Z6	ZORGGROEP ZGWA
Z7	SYNCHROON
Z11	MEDRIE ZWOLLE B.V.
Z12	MEDRIE HARDENBERG
Z13	HUISARTSEN UTRECHT STAD
Z14	SYNTEIN
Z16	ROH WEST-NEDERLAND
Z17	HUISARTSENZORG REGIO APELDOORN B.V.
Z18	HUISARTSENCOOPERATIE DEVENTER EN OMSTREKEN
Z19	ZORGGROEP HET HUISARTSENTEAM
Z20	ZORROO
Z21	B.V. ZORG OUDE IJSSEL
Z24	THOON BV
Z25	KCOETZ
Z26	ELAN
Z27	RCH
Z28	INTEGRALE ZORGGROEP EERSTELIJN RIJNMOND
Z30	ST. GEZONDHEIDSCENTRA MAARSSENBROEK
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
Z46	COÖPERATIE ZORGSAAAM ZUID
Z47	HZD BV
Z49	HUISARTSENZORG OOST ACHTERHOEK B.V.
Z50	HUISARTSENZORG REGIO ZUTPHEN B.V.
Z51	HKN HUISARTSEN
Z52	DOH
Z54	ZORGGROEP HARINGVLIET
Z55	VERENIGING ZORGGROEP SOESTERKWARTIER
Z56	COHESIE CURE AND CARE BV
Z57	HUISARTSEN ZORGGROEP BREDA

Z60	HUISARTSENCOÖPERATIE DE BAARSJES U.A.
Z61	HUISARTSEN EEMLAND ZORG
Z67	ZORGGROEP ALMERE
Z69	COOPERATIE HUISARTSEN AMSTERDAM GROOT-ZUID
Z70	ZORGGROEP AXEL ZAAMSLAG
Z71	BEROEMD
Z73	ZORGGROEP HOEKSEWAARD
Z76	STICHTING GAZO GEZONDHEIDSCENTRA AMSTERDAM ZUIDOOST
Z77	ZORGGROEP DRACHTEN/STICHTING CATENA
Z80	EERSTELIJNS CENTRUM TIEL
Z81	ZORGGROEP WEST-BRABANT
Z82	STICHTING MAETRI-X
Z84	ZORGGROEP FLEVOLAND BV
Z85	DIAGIS ZORGGROEP DIEMEN/DUIVENDRECHT/BETONDORP
Z86	KETENZORG FRIESLAND B.V.
Z87	DOKTERSCOOP
Z88	KETENZORGNU
Z90	GO DIABETES B.V. I.O.
Z95	KETENZORG WEST-FRIESLAND
Z97	DIAGIS MERCATORPLEIN
Z98	HUISARTSEN-OZL
Z100	REGIOZORG MIDDEN-HOLLAND B.V.
Z101	ST. SAMENWERKENDE HUISARTSEN REIMERSWAAL
Z103	STICHTING ONDERSTEUNING HUISARTSEN AMSTERDAM (ROHA)
Z105	STICHTING GC HAARLEMMERMEER
Z110	STICHTING GEZONDHEIDSCENTRA UTRECHT
Z115	STICHTING GEZONDHEIDSCENTRUM LEWENBORG
Z116	ZORG IN HOUTEN
Z118	OCE NIJMEGEN
Z122	ST. LEIDSCHE RIJN JULIUS GEZ. CENTRA
Z127	KETENZORG NEDERLAND
Z131	COOPERATIE ZORGGROEP KATWIJK U.A.
Z136	ZORGGROEP KRIMPEN
Z147	ZORGGROEP HAARLEMMERMEER KETENZORG
Z151	BRAAZO GEINTEGREERDE EERSTELIJNS ZORG
Z161	KETENZORG ARNHEM B.V.
Z162	STICHTING HUISARTSENPRAKTIJK HOED NIEUWERKERK A/D IJSEL
Z167	STICHTING KETENZORG KANALENEILAND NOORD-ZUID
Z180	COOPERATIE STIELO U.A.
Z187	BADHOEVENDORP
Z189	ZORGGROEP ZUIDPLAS
Z191	FEDERATIE EERSTELIJNSZORG ALMELO (FEA)
Z193	STICHTING GEZOND LEIDEN
Z197	KANSO
Z200	GC LIJN2

Z203	PERISCALDES
Z204	UNICUM HUISARTSENZORG ZUIDOOST UTRECHT
Z206	WIJK EN Wouden
Z207	GEZ 'T JOPPE
Z208	UNICUM HUISARTSENZORG ZUIDWEST UTRECHT
Z210	STICHTING GC NIJKERK

