

TRANSPARANTE KETENZORG 2020

**RAPPORTAGE
ZORGGROEPEN**

DIABETES MELLITUS, VRM, COPD EN ASTMA

SPIEGEL VOOR HET VERBETEREN VAN CHRONISCHE ZORG

COLOFON

© InEen, juni 2021

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

INHOUDSOPGAVE

1 Verantwoording	2
2 Samenvatting en aanbevelingen	3
3 Inleiding	11
4 Werkwijze	13
5 Respons zorggroepen	14
6 Resultaten diabetes algemeen	15
7 Resultaten diabetes indicatoren	17
8 Resultaten HVZ/zeer hoog risico algemeen	22
9 Resultaten HVZ/zeer hoog risico indicatoren	26
10 Resultaten VVR/hoog risico algemeen	31
11 Resultaten VVR/hoog risico indicatoren	35
12 Resultaten COPD algemeen	40
13 Resultaten COPD indicatoren	43
14 Resultaten astma algemeen	47
15 Resultaten astma indicatoren	50
16 Programma overstijgende indicatoren	54
17 Bijlagen	61
Bijlage 1 Grafieken diabetes	61
Bijlage 2 Grafieken HVZ	74
Bijlage 3 Grafieken VVR	84
Bijlage 4 Grafieken COPD	93
Bijlage 5 Grafieken astma	101
Bijlage 6 Namen van zorggroepen	107

1 | VERANTWOORDING

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

- Maarten Klomp, huisarts, voorzitter redactiecommissie, bestuurslid InEen
- 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 Biló, internist n.p. en hoogleraar inwendige geneeskunde UMC Groningen

COPD en astma:

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

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

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

2 | SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN

Dit is de elfde 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 resp. zeer hoog risico (HVZ) en zonder hart- en vaatziekte respectievelijk met hoog risico (VVR). Daarnaast is er opnieuw een vergelijking gemaakt tussen dezelfde indicatoren bij verschillende zorgprogramma's. Er is gekeken naar het LDL-cholesterol bij de zorgprogramma's diabetes, HVZ en VVR, naar het percentage niet-rokers en naar de verdeling behandeling in eerste lijn versus tweede lijn over alle programma's, inclusief de trend daarin over de jaren.

Evenals de vorige jaren is het aantal indicatoren beperkt tot maximaal acht indicatoren. Door de betrokken partijen is een keuze gemaakt uit de indicatoren die het Nederlands Huisartsen Genootschap per zorgprogramma heeft ontwikkeld.

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

Respons

Van de aangeschreven zorggroepen hebben er 100 (vorig jaar 113) hun data over het jaar 2020 aangeleverd. In totaal gaven 83 (vorig jaar 94) zorggroepen toestemming voor het vermelden van de naam van de zorggroep. Bij 100 zorggroepen betrof het data over diabeteszorg (vorig jaar 113), bij 95 zorggroepen ook data over COPD zorg (vorig jaar 106), bij 56 zorggroepen ook data over astma (vorig jaar 58), bij 86 zorggroepen ook data over HVZ (vorig jaar 97) en bij 81 zorggroepen ook over VVR (vorig jaar 91).

Met elkaar vertegenwoordigen deze zorggroepen ongeveer 15.230.595 inwoners van Nederland (88%), door het land verspreid. Hoewel het aantal zorggroepen dat gegevens aanleverde voor de benchmark met 13 afnam, nam het dekkingspercentage nauwelijks af. Vorig jaar was het aantal 15.295.037 en het jaar daarvoor 14.260.491. Dat lijkt een bevestiging van een trend dat steeds meer kleine zorggroepen, al dan niet op verzoek van de zorgverzekeraars, gaan fuseren of zich aansluiten bij een grotere zorggroep.

Algemene conclusies

- 1 De registratie van indicatoren geeft na 10 jaar een duidelijk beeld over belangrijke onderdelen van de zorg voor mensen met deze chronische aandoeningen.
- 2 Zorggroepen kunnen met deze benchmark leren van onderlinge verschillen en overeenkomsten.
- 3 De uitkomsten op de meeste procesindicatoren zijn dit jaar minder goed dan afgelopen jaren, als gevolg van discontinuïteit in de zorg door Covid.
- 4 Bij meerdere indicatoren blijft sprake van een aanzienlijke en soms onverklaarbare praktijkvariatie tussen de zorggroepen.
- 5 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 Als na de Covid pandemie de zorg weer onbelemmerd doorgang kan vinden dienen de controles binnen de ketenzorg weer opgestart te worden, zodat de procesindicatoren weer herstellen tot minstens het niveau van voor de Covid pandemie.
- 3 In de Covid pandemie is geëxperimenteerd met nieuwe vormen van digitale zorg en beeldbellen. Deze zorgvormen kunnen worden behouden mits de procesindicatoren op niveau blijven.
- 4 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.
- 5 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.
- 6 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.
- 7 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.
- 8 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 Dit jaar rapporteerden 100 zorggroepen over 686.424 diabetespatiënten. Dat zijn 13 zorggroepen minder dan vorig jaar, maar iets meer patiënten. De verklaring is dat er zorggroepen zijn samengegaan.
- 2 De gemiddelde prevalentie van diabetes type 2 bleef met 5,4% gelijk ten opzichte van vorig jaar. Er zijn grote verschillen tussen zorggroepen, onder andere door populatieverschillen.
- 3 Zorggroepen rapporteren dat 89% van de patiënten onder behandeling is in de eerste lijn. Dat percentage is al een aantal jaren stabiel.
- 4 Het percentage patiënten in de eerste lijn zonder programmatische zorg is 5%. Conform de inclusiecriteria zijn zorggroepen kritisch op de noodzaak om patiënten met diabetes te includeren in het zorgprogramma als dat geen meerwaarde heeft.
- 5 De zes gerapporteerde procesindicatoren (eGFR, albumine-creatinine ratio in de urine, rookstatus, funduscontrole en voetonderzoek) zijn allemaal in meerdere of mindere mate gedaald. De beperkingen door Covid spelen daarin een grote rol.
- 6 Bij DM-patiënten <70 jaar met een HVZ heeft 70% een LDL- cholesterol $\leq 2,5$ en 32% een LDL $\leq 1,8$. Bij DM patiënten <70 jaar zonder HVZ heeft 60% een LDL cholesterol $\leq 2,5$.

- 7 Het aantal gebruikers van lipiden verlagende medicatie is licht gedaald tot 68%. Bijwerkingen en een legitieme gezamenlijke keuze van huisarts en patiënt (bijv. kwetsbare ouderen) om niet te starten spelen daarbij waarschijnlijk een belangrijke rol.
- 8 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.
- 9 Het gemiddeld aantal rokers nam voor het elfde achtereenvolgende jaar verder af, tot inmiddels minder dan 13%.

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 Na de Covid pandemie dienen de reguliere diabetescontroles weer opgepakt te worden als tevoren zodat de procesindicatoren weer terugkomen op het niveau van voor de pandemie. Dat geldt a fortiori voor de groepen met lage scores op de benchmark.
- 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 besteden aan gedeelde besluitvorming over statinegebruik bij diabetespatiënten van verschillende leeftijden en met verschillende mate van kwetsbaarheid. Speciale aandacht dient uit te gaan naar de strengere streefwaarden bij diabetespatiënten met een HVZ.
- 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 Naast de gerapporteerde indicatoren 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/zeer hoog risico

- 1 Conform de nieuwe NHG standaard wordt dit jaar binnen het cardiovasculair risicomanagement een onderverdeling toegepast in de groepen hoog risico-zeer hoog risico. De overlap met de oude indeling HVZ-VVR is groot maar niet absoluut. Ook patiënten met ernstige chronische nierschade en patiënten in de primaire preventie met een SCORE op ziekte en sterfte >20% (criterium tot 2012) of een SCORE op sterfte >10% (criterium na 2012) vallen in de categorie zeer hoog risico.
- 2 Dit jaar rapporteerden 86 zorggroepen over 348.236 patiënten met HVZ/zeer hoog risico. Dat zijn 11 zorggroepen minder dan vorig jaar, maar ruim 32.000 patiënten meer. De verklaring daarvoor is dat er zorggroepen zijn samengegaan.
- 3 De gemiddelde prevalentie van patiënten met een HVZ/zeer hoog risico is gestegen van 4,9% naar 5,7%. Dat wordt verklaard door de uitbreiding van deze categorie met patiënten met

- ernstige chronische nierschade en met patiënten in de primaire preventie met een SCORE op ziekte en sterfte >20% , respectievelijk een SCORE op sterfte >10% (zie 1).
- 4 Het percentage patiënten met een HVZ/zeer hoog risico onder behandeling in de eerste lijn blijft licht stijgen en bedraagt in 2020 70% met een aanzienlijke spreiding tussen de zorggroepen. Sommige van hen laten zien dat 80% haalbaar moet zijn.
 - 5 Het percentage patiënten dat is opgenomen in het zorgprogramma daalde van 65% naar 59%, mogelijk door Covid en/of door een kritischere inclusie door de huisarts.
 - 6 De scores op de procesindicatoren bloeddruk gemeten, rookstatus geregistreerd en lichaamsbeweging geregistreerd zijn gedaald. De dalingen worden vooral toegeschreven aan de gevolgen van Covid.
 - 7 De score op de indicator eGFR bleef ondanks Covid stabiel op bijna 100%. Dit is een mooi voorbeeld van de opbrengst van goed georganiseerde programmatische zorg.
 - 8 Ongeveer 76% van de patiënten heeft een systolische bloeddruk op of onder de streefwaarde. Een kwart heeft dat dus niet. Daarvoor zijn legitieme redenen zoals witte jassen RR, bijwerkingen medicatie en persoonlijke wensen t.a.v. de streefwaarde, maar ook vermijdbare redenen zoals therapie ontrouw of onvoldoende aanpassing van de medicatie (inertie huisarts).
 - 9 De score op de uitkomstindicator LDL $\leq 2,5$ mmol/l is gestegen van 60% naar ruim 63%. Omdat de populatie waarvoor dit geldt is aangepast van <80 jaar naar <70 jaar, zijn hier geen harde conclusies aan te verbinden. Voor het eerst is ook de uitkomstindicator LDL <1,8% meegenomen omdat de standaard dit adviseert voor mensen met het hoogste risico (aangevend ischemische HVZ). Binnen de totale groep had 22,5% een LDL <1,8. Deze uitkomst is nog moeilijk goed te duiden want er is nog geen vergelijkingsmateriaal en niet iedereen in de groep HVZ/zeer hoog risico heeft een streefwaarde van 1,8 mmol/l. Hoe dan ook blijkt het niet eenvoudig dit streefniveau te behalen.
 - 10 Het aantal niet-rokers is weer verder gestegen, van 84% vorig jaar naar 86% nu. Dat is beter dan in de algemene bevolking, maar slechter dan bij diabetes en VVR.

Aanbevelingen HVZ/zeer hoog risico

- 1 Er moet een eenduidige afspraak te komen of de indeling hoog respectievelijk zeer hoog risico (conform de nieuwe standaard) dan wel de indeling VVR respectievelijk bekend HVZ (zoals de voorgaande jaren) leidend is voor deze benchmark. Die afspraak dient dan ook door alle zorggroepen te worden geïmplementeerd in de eigen zorgketens. Idealiter is het daarbij mogelijk om VVR patiënten die veel zorg behoeven relatief veel, en HVZ patiënten die stabiel zijn relatief weinig zorg te geven (zorgzwaarte niet één op één gerelateerd aan de indeling in hoog / zeer hoog risico).
- 2 Zorggroepen met een veel hoger dan gemiddeld aantal patiënten onder behandeling in de tweede lijn dienen dit te bespreken met hun huisartsen en de specialisten en kunnen daarbij refereren aan de zorggroepen met een veel hogere substitutie. Daarbij moet voor een deel van de patiënten ook shared care mogelijk zijn.
- 3 Na de Covid pandemie dienen de reguliere controles weer opgepakt te worden als tevoren zodat de procesindicatoren weer terugkomen op het niveau van voor de pandemie.
- 4 Los van de invloed van Covid dienen de procesindicatoren de komende jaren verder te verbeteren. Daartoe dienen vooral de zorggroepen met de laagste scores een voorbeeld te nemen aan de zorggroepen met de hoogste scores.

- 5 De uitkomstindicator bloeddruk moet altijd in het licht gezien worden van persoonsgerichte zorg. In het kwaliteitsbeleid moet er aandacht zijn voor witte jassen bloeddruk en andere, meer objectieve, manieren van bloeddrukmeting. Tevens moet benadrukt blijven dat het om streefwaardes gaat.
- 6 De uitkomstindicator LDL-cholesterol moet altijd in het licht gezien worden van persoonsgerichte zorg. In het kwaliteitsbeleid moet er aandacht zijn voor individuele streefwaarden afhankelijk van het individuele risico van de betreffende patiënt.
- 7 De indicator streefwaarde LDL dient te worden aangepast aan de nieuwe richtlijn zodat ook duidelijk wordt welk percentage van de patiënten <1,8% zit. Ook wanneer er een gemengde categorie zeer hoog risico / HVZ blijft bestaan, moet het duidelijk zijn wie daadwerkelijk een HVZ doormaakte, omdat alleen voor hen de strenge streefwaarde geldt.

Conclusies VVR/hoog risico

- 1 Conform de nieuwe NHG standaard wordt dit jaar binnen het cardiovasculair risicomanagement een onderverdeling toegepast in de groepen hoog risico - zeer hoog risico. De overlap met de oude indeling VVR-HVZ is groot maar niet absoluut. Zo vallen patiënten met een SCORE op sterfte >10% en patiënten met ernstige chronische nierschade voortaan in de groep HVZ/zeer hoog risico.
- 2 Dit jaar rapporteerden 81 zorggroepen over 789.160 patiënten met VVR/hoog risico. Dat zijn 10 zorggroepen minder dan vorig jaar, maar ruim 45.000 patiënten meer. De verklaring daarvoor is dat er zorggroepen zijn samengegaan.
- 3 De gemiddelde prevalentie is met 8,5% % een fractie lager dan vorig jaar (8,7%), mogelijk omdat een aantal patiënten met VVR maar zeer hoog risico nu in het zorgprogramma HVZ/zeer hoog risico zijn opgenomen.
- 4 Gemiddeld neemt ongeveer 68% van de VVR patiënten deel aan het eerstelijns zorgprogramma. De overige patiënten worden behandeld in de tweede lijn (5,5%) of zijn niet geïncludeerd in het zorgprogramma. De spreiding tussen zorggroepen is groot.
- 5 Het aantal patiënten dat wel onder behandeling is bij de huisarts, maar niet in het zorgprogramma is de laatste jaren gestegen. De spreiding is groot, bij sommige zorggroepen gaat het zelfs om 50% van de patiënten.
- 6 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.
- 7 Van de vier procesindicatoren zijn bloeddruk gemeten, rookstatus en bewegstatus aanzienlijk gedaald. De dalingen worden vooral toegeschreven aan de effecten van Covid.
- 8 De uitkomsten van eGFR bepaald blijft ondanks Covid stabiel op bijna 100%. Dit is een mooi voorbeeld van de opbrengst van goed georganiseerde programmatische zorg
- 9 De uitkomstindicator systolische bloeddruk op streefwaarde is iets gedaald van 72% naar 70% Mogelijk speelt hierbij een rol dat steeds vaker in overleg met de patiënt persoonlijke streefwaarden worden gehanteerd.
- 10 De uitkomstindicator LDL-cholesterol op streefwaarde is licht gestegen tot 35%. 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 en voor het hanteren van persoonlijke streefwaarden.
- 11 Het aantal rokers is ook dit jaar weer gedaald van 11,2 naar net onder de 10%. Dat is de helft van het percentage rokers in de samenleving. De daling is sterker dan in de samenleving en

het is dan ook aannemelijk dat de aandacht voor roken in het zorgprogramma hier een rol in speelt.

Aanbevelingen VVR

- 1 Er moet een eenduidige afspraak komen of de indeling hoog respectievelijk zeer hoog risico (uit de nieuwe NHG standaard), dan wel de indeling VVR respectievelijk HVZ (zoals de voorgaande jaren) leidend is voor de benchmark. Die afspraak dient dan ook door alle zorggroepen te worden geïmplementeerd in de eigen zorgketens.
- 2 Patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria VVR/hoog risico en die gemotiveerd zijn voor behandeling hebben volgens de Europese richtlijn baat bij programmatische zorg en inclusieplafonds dienen dat niet in de weg te staan.
- 3 Na de Covid pandemie dienen de reguliere controles weer opgepakt te worden als tevoren zodat de procesindicatoren weer terugkomen op het niveau van voor de pandemie.
- 4 Binnen het zorgprogramma kan vaker gebruik worden gemaakt van alternatieven voor fysieke consultatie, zoals digitale zorg.
- 5 Zorggroepen bij wie de inclusie ruim boven of onder het gemiddelde inclusiepercentage ligt, zouden hiervan een analyse moeten doen en daarvan verslag doen in hun jaarrapportage.
- 6 Er moet meer aandacht komen voor geïndividualiseerde, digitaal ondersteunde en persoonsgerichte VVR zorg, gericht op meer eigen regie en zelfmanagement.
- 7 De praktijkvariatie tussen de zorggroepen is voor sommige indicatoren onverklaarbaar groot. Zorggroepen die belangrijk onder de gemiddelden scoren op de indicatoren dienen hier in hun kwaliteitsbeleid op te focussen.

Conclusies COPD

- 1 Dit jaar rapporteerden 95 zorggroepen over 123.450 COPD patiënten. Dat zijn 11 zorggroepen minder en bijna 6000 patiënten minder dan vorig jaar. Een deel van de verklaring van het teruglopend aantal zorggroepen is dat er zorggroepen zijn samengegaan.
- 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, mogelijk door verschillen in demografie, diagnostiek of ernst van de aandoening.
- 3 Ongeveer 50% van de COPD patiënten krijgt programmatische zorg in het zorgprogramma, 14% heeft de huisarts als hoofdbehandelaar maar krijgt geen programmatische zorg en een onveranderd percentage van 25% is onder behandeling in de tweede lijn. Verdere substitutie blijft dus uit. Van 8% van de patiënten is de hoofdbehandelaar niet geregistreerd.
- 4 De vier procesindicatoren (inhalatietechniek vastgelegd, functioneren vastgelegd, bewegen vastgelegd en roken geregistreerd) zijn t.o.v. voorgaande jaren allemaal met 10-15% gedaald en scoren nu tussen de 55 en 75%. De beperkingen door Covid spelen daarbij een grote rol.
- 5 De praktijkvariatie tussen de zorggroepen is wel nog steeds groot en bij een beperkt aantal zorggroepen zijn de scores op deze belangrijke indicatoren onacceptabel laag.
- 6 Het percentage rokers in de COPD-populatie is daalde opnieuw, namelijk van 37% naar 35%. Dit is een mooi resultaat, zeker als we bedenken dat niet meer rokende COPD patiënten met een lage ziektelast vaak na een aantal jaren uit het zorgprogramma gaan, terwijl de nieuwe COPD patiënten die instromen in meerderheid roken.
- 7 Het aantal patiënten met twee of meer exacerbaties is opmerkelijk gedaald, namelijk van 6% naar 4%. Waarschijnlijk is dit het gevolg van de Covid maatregelen als afstand houden en het beperken van de fysieke contacten.

Aanbevelingen COPD

- 1 Zorggroepen dienen veel aandacht te besteden aan valide diagnosestelling en een adequaat onderscheid te maken tussen COPD, astma, en mengbeelden van COPD met astma. Dat zal naar verwachting de praktijkvariatie in de prevalentie doen afnemen.
- 2 Een aantal regio's laat zien dat meer substitutie heel goed kan. Zorggroepen waar de substitutie achter blijft dienen samen met de longartsen na te gaan wat er nodig is om dit te bereiken.
- 3 Na de Covid pandemie dienen te COPD controles weer opgepakt te worden zodat de proces-indicatoren terugkomen op het niveau van voor de pandemie.
- 4 Op een aantal indicatoren is de praktijkvariatie onacceptabel groot. Zorggroepen die veel lager scoren dan de gemiddelden dienen te analyseren hoe dit komt en hierop een verbeterplan te maken. *Best practices* kunnen als voorbeeld dienen.
- 5 Om de inhalatie instructie verder te verbeteren kunnen zorggroepen en praktijken afspraken maken met apotheken en meer gebruik maken van eHealth (inhalatorgebruik.nl).
- 6 Ook ziekenhuizen en medisch specialisten dienen te worden uitgenodigd om te rapporteren over de patiënten die bij hen in zorg zijn, zodat er een compleet beeld ontstaat over de COPD zorg in Nederland.

Conclusies astma

- 1 Dit jaar rapporteerden 56 zorggroepen over 104.371 patiënten met astma. Dat is 2 zorggroepen minder dan vorig jaar, maar ruim 10.000 patiënten meer. De verklaring is dat enkele zorggroepen zijn samengegaan.
- 2 De gemiddelde prevalentie van astma is min of meer stabiel en bedraagt 5,9%. De variatie tussen zorggroepen is onverklaarbaar groot.
- 3 Van de astmapatiënten is 33% opgenomen in het zorgprogramma. Dat betekent een inclusiepercentage van 2%. Nog eens 23% heeft wel de huisarts als hoofdbehandelaar maar geen programmatische zorg; 10% is onder behandeling in de tweede lijn (vorig jaar 11%). Van de overige patiënten is geen hoofdbehandelaar geregistreerd.
- 4 De drie procesindicatoren "Inhalatietechniek gecontroleerd", "rookgedrag geregistreerd" en "mate van astma controle" zijn ten opzichte van vorig jaar alle drie met 10-25% gedaald. De beperkingen door Covid spelen daarbij een grote rol.
- 5 Het percentage rokers in de astma-populatie daalde opnieuw licht en bedraagt nu iets minder dan 10%. Dit is een stuk lager dan het landelijke percentage, dat meer dan 20% bedraagt.

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 Na de Covid pandemie dienen te astma controles weer opgepakt te worden zodat de proces-indicatoren terugkomen op het niveau van voor de pandemie.

- 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 al aanzienlijk lager is dan het landelijk gemiddelde aantal rokers verdient dit blijvend aandacht omdat juist astmapatiënten extra gevoelig zijn voor de nadelige effecten van roken.
- 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

Spiegelinformatie als bouwsteen van 'Kwaliteitsbeleid op Maat'

In 'Kwaliteitsbeleid op maat', het nieuwe kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep, staat de intrinsieke motivatie en het lerend vermogen van professionals centraal. Regionale organisaties hebben als taak hun zorgverleners te ondersteunen bij het werken aan die kwaliteit. Dat doen zij onder andere door het aanbieden van spiegelinformatie en het organiseren van vormen van intervisie aan de hand van die spiegelinformatie. Spiegelinformatie kan afkomstig zijn uit meerdere soorten bronnen (patiëntervaringen, zorggebruik, zorgverlenerstevredenheid, big data, lokale gegevens, verhalen en narratieve analyses). Maar natuurlijk blijven medisch-inhoudelijke indicatoren onverminderd een belangrijke bron van informatie. Dit betekent dat de benchmark 'Transparante ketenzorg', waarin de medisch-inhoudelijke indicatoren bijeen worden gebracht en gespiegeld, bij de uitvoering van 'Kwaliteitsbeleid op Maat' een belangrijk hulpmiddel zijn. In deze benchmarkrapportage worden deze medisch-inhoudelijke indicatoren op het niveau van de zorggroepen nu voor het elfde jaar weergegeven.

Extra overzichten in deze benchmark

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

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 ingesteld Taskforce Praktijkvariatie, bestaande uit vertegenwoordigers van zorggroepen, een advies¹ 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.

Doorontwikkeling benchmark

Vanwege de gesignaleerde plafondeffecten die de afgelopen jaren zichtbaar werden in het benchmarkrapport 'Transparante Ketenzorg', ontwikkelde InEen samen met een aantal leden een innovatieset. Deze bevat indicatoren voor de zorg voor kwetsbare ouderen en GGZ, en een aanvulling op de medisch-inhoudelijke indicatoren voor de bestaande zorgprogramma's. Deze facultatieve indicatoren zijn te vinden op LINK en kunnen door zorggroepen worden gebruikt in het eigen kwaliteitsbeleid.

Omdat regionale organisaties zich de laatste jaren steeds meer ontwikkelen tot brede ondersteuningsorganisaties (zie Hechte Huisartsenzorg²) ontstaat er bij hen ook een informatie-behoefte op andere terreinen dan de traditionele ketenzorg. Daarom startte InEen in 2020 een

¹ 'Variatie in de zorggroep-praktijk', InEen mei 2019

² <https://www.hechtehuisartsenzorg.nl>

project om beter zicht te krijgen op die informatiebehoefte van de regionale organisaties en van daaruit ook voorstellen te kunnen doen voor de doorontwikkeling van de landelijke benchmark. De aanbevelingen uit dit project worden medio 2021 verwacht.

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

4 | WERKWIJZE

In januari 2021 zijn in totaal 138 contactpersonen van zorggroepen en gezondheidscentra benaderd voor deelname aan de benchmark over 2020. 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 1 april aangegeven.

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

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

Aanvullend op de indicatoren is aan de zorggroepen gevraagd:

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

De standaard CVRM van 2019 heeft een aantal aanpassingen qua inclusie ten opzichte van die van 2012. Om te achterhalen of de indeling in HVZ/zeer hoog risico en VVR/hoog risico die zorggroepen toepassen synchroon loopt met de indeling zoals we die voor de landelijke benchmark hanteren hebben we nog een paar vragen gesteld:

- of patiënten met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten *uitsluitend* op basis van de SCORE ($\geq 10\%$ sterfterisico) worden geïncludeerd in een zorgprogramma en zo ja, in welk (HVZ/zeer hoog risico of VVR/hoog risico)
- of patiënten met matige of ernstige nierschade worden geïncludeerd in een zorgprogramma en zo ja, in welk (VVR/hoog risico voor matige nierschade en HVZ/zeer hoog risico voor ernstige nierschade).

5 | RESPONS ZORGGROEPEN

Van de 138 aangeschreven potentiële zorggroepen hebben er 100 gegevens aangeleverd voor de landelijke benchmark. Met elkaar vertegenwoordigen deze zorggroepen ongeveer³ 15.230.595 inwoners van Nederland (88%), door het land verspreid. Hoewel het aantal zorggroepen dat gegevens aanleverde voor de benchmark met 13 afnam, nam het dekkingspercentage nauwelijks af. Vorig jaar was het aantal 15.295.037 en het jaar daarvoor 14.260.491. Dat lijkt een bevestiging van een trend dat steeds meer kleine zorggroepen, al dan niet op verzoek van de zorgverzekeraars, gaan fuseren of zich aansluiten bij een grotere zorggroep. Eén zorggroep heeft laten weten dat ze dit jaar niet kon deelnemen aan de landelijke benchmark omdat de HIS/KIS leverancier niet op tijd de aanpassingen voor de analyse van de indicatoren gereed had.

Overzicht 1: Deelname zorggroepen

Aangeschreven	138
Gegevens aangeleverd voor diabetes	100
Gegevens aangeleverd voor COPD	95
Gegevens aangeleverd voor HVZ	86
Gegevens aangeleverd voor VVR	81
Gegevens aangeleverd voor astma	56

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 100 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2020 in totaal 686.424⁴ patiënten met diabetes type 2 in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 621.459⁵ patiënten (90,5%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2020 (100 zorggroepen leverden gegevens aan, van 97 zorggroepen was de populatie bekend)

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	148.713
Mediaan	125.218
Minimum	7.643
Maximum	538.486

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

⁴ Een zorggroep heeft hier geen aantal aangegeven.

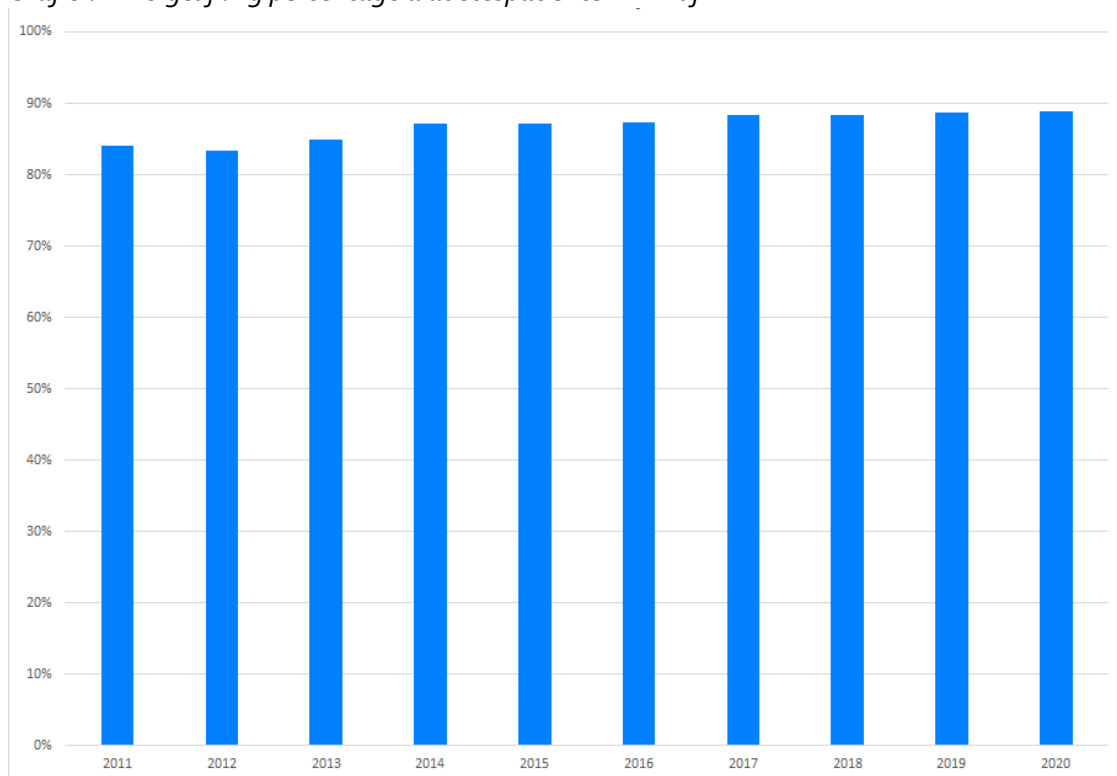
⁵ Een groep heeft bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum.

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

	patiënten met diabetes (gegevens van 96 zorggroepen)	prevalentie (gegevens van 95 zorggroepen)	% specialist (gegevens van 95 zorggroepen)	% huisarts in programma (gegevens van 99 zorggroepen)	% huisarts niet in programma ⁶ (gegevens van 94 zorggroepen)
gemiddeld ⁷	8.021	5,44%	8,22%	83,56%	4,96%
minimum	366	2,47%	0,74%	58,25%	0,52%
maximum	34.584	7,62%	21,11%	93,61%	14,74%

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

Grafiek 1: Vergelijking percentage diabetespatiënten in 1^e lijn



⁶ 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).

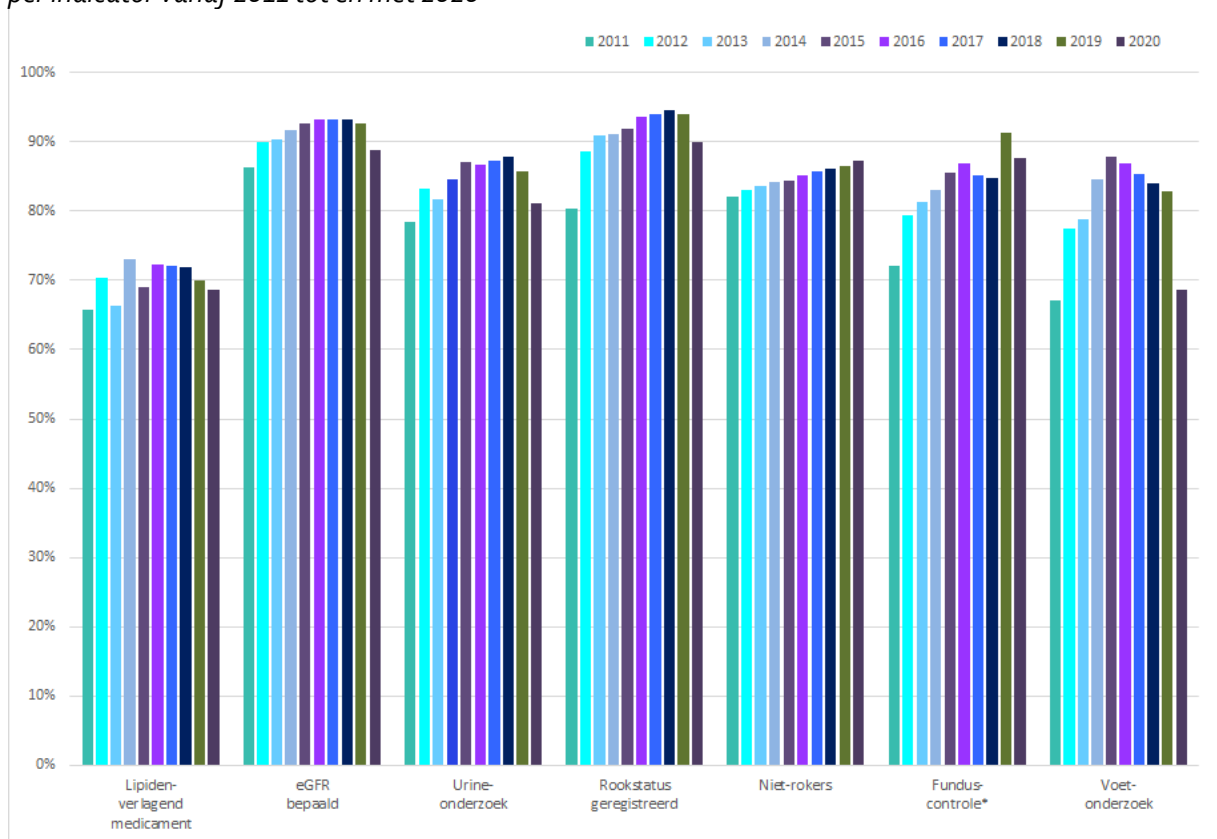
⁷ Hier wordt het gewogen gemiddelde weergegeven. De percentages specialist en huisarts (in programma + niet in programma) tellen niet op tot 100 omdat er meer patiënten zijn met een registratie diabetes dan met diabetes in combinatie met een registratie voor hoofdbehandelaar. Er is dus een restgroep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

7 | RESULTATEN DIABETES INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de diabetesindicatoren over tien jaren. Omdat dit jaar (evenals de zes voorafgaande 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 in de scores verklaren.

1. Vergelijking diabetesindicatoren over tien jaren

Grafiek 1: Vergelijking percentage diabetespatiënten dat voldeed aan een indicator, weergegeven per indicator vanaf 2011 tot en met 2020



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

2. Resultaten over 2020 per indicator

Bij de in grafiek 1 gepresenteerde gegevens over de gehele populatie is zichtbaar, dat in 2020 bij de meeste van de in de grafiek weergegeven items sprake is van een teruglopen van de indicatorscore, behalve bij het aantal patiënten dat geregistreerd staat als niet-rokers. In de jaren vóór 2020 was er bij de weergegeven indicatoren veelal sprake van een plateaufase, maar de nu zichtbare trend geeft aan, dat 2020 wel een speciaal jaar is geweest. Wat de rol hierbij is

geweest van de Covid-19 epidemie en de noodzaak om veel van de zorg op afstand te leveren, kan op basis van de hier beschikbare cijfers niet met zekerheid worden afgeleid, maar een indicator als voetonderzoek met een evidente afname in de gerapporteerde gewogen frequentie naar onder de 70% suggereert toch wel heel nadrukkelijk de invloed van het verminderd vermogen van fysiek contact.

Ook de twee indicatoren met betrekking tot laboratoriumbepalingen zijn lager uitgekomen, maar die daling is beduidend minder dan bij de indicator voetonderzoek. Funduscontrole heeft zich beter gehandhaafd dan het voetonderzoek, maar daarbij kan het feit, dat er nu wordt gekeken naar een funduscontrole in de afgelopen drie jaar in plaats van twee jaar een rol spelen. Een indicator als voorschrijven van lipidenverlagende medicamenten heeft zich wel redelijk gehandhaafd; dit suggereert dat bij de begeleiding van patiënten met diabetes mellitus type 2 binnen de ketenzorg wel degelijk contact is geweest: een medicament starten of een dosering veranderen kan per slot op basis van laboratoriumuitslagen, zonder dat daarvoor fysiek contact noodzakelijk is.

De verschillen in de door zorggroepen gerapporteerde gegevens worden inzichtelijk in de grafieken in bijlage 1. Daarin staan per indicator de resultaten van elke zorggroep weergegeven. Om een vergelijking mogelijk te maken met het landelijk gemiddelde is er een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in de grafieken is getekend.

Toelichting bij de grafieken

Grafiek 1: Totale populatie zorggroepen

Deze grafiek laat zien dat er grote variatie is in de grootte van de populaties van de zorggroepen; de kleinste zorggroep telt slechts 7.643 patiënten, de grootste maar liefst 538.486 patiënten. Het gewogen gemiddelde is 148.713 patiënten. Opvallende trend is dat het gewogen gemiddelde stijgt, in 2019 was dat nog 129.246 patiënten. Uitersten in scores op proces- en uitkomstindicatoren 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 2,47% tot 7,62%, waarbij de mediane prevalentie van de zorggroepen 5,23% is. 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 het percentage ouderen in regio's en daarmee de prevalentie van diabetes. Het is bovendien niet uitgesloten dat sommige huisartsen minder alert zijn op het diagnosticeren van diabetes, zoals we dat bij de praktijkvariatie 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; het gemiddelde ligt op 83,6% met een spreiding van 58,3% tot een maximum van 93,6% diabetes patiënten dat in het zorgprogramma is opgenomen. Onbekend is hoe de zorg is geregeld voor de patiënten, die niet zijn opgenomen in het zorgprogramma; zij kunnen bij de huisarts diabeteszorg krijgen buiten het zorgprogramma, mogelijk worden gezien in verzorgingshuizen, weigeren in het programma opgenomen te worden, door de huisarts om welke reden dan ook zijn uitgesloten van de ketenzorg, of in de tweede lijn begeleid worden.

Er zijn ook zorggroepen die nagenoeg alle diabetespatiënten in zorg lijken te hebben. Of dat inderdaad zo is, hangt sterk af van de manier waarop geregistreerd wordt, en hoe met de in de vorige alinea genoemde beïnvloedende factoren wordt omgegaan. Als er inderdaad zorggroepen bestaan, waarbij ook bij herhaalde analyse inderdaad en reëel het overgrote deel van de patiënten met diabetes in de eerste lijn worden behandeld én er goede zorg wordt geleverd, dan zouden zulke zorggroepen een voorbeeld kunnen zijn voor anderen. Hoe doen zij dit, wat kunnen zorggroepen met een niet verklaard laag percentage in zorgprogramma ervan leren? We weten echter dat het percentage dat bij de specialist onder controle is mediaan 8,2% is, maar een spreiding heeft van 0,74% tot maar liefst 21,1%. Voor individuele zorggroepen is het belangrijk om te beschouwen wat de redenen kunnen zijn waarom van een zorggroep maar liefst bijna één op de vijf mensen met type 2 diabetes in de tweede lijn wordt gecontroleerd. Dat kan meestal niet goed verklaard worden door de opbouw van de praktijkpopulatie.

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

Deze grafiek toont het percentage patiënten jonger dan 70 jaar met een LDL-cholesterolwaarde beneden het vastgestelde afkappunt (< 2,6 mmol/l of non-HDL cholesterol < 3,4 mmol/l). De grafiek laat een spreiding zien van 59-86%, met een uitschieter van 12% aan de linkerzijde, mogelijk vanwege een registratieprobleem. Bij de zorggroepen onder het gewogen gemiddelde is een nadere analyse van belang: 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 deze grafiek wordt geen onderscheid gemaakt tussen patiënten met strenge regulatie met een LDL-cholesterolwaarde < 1,8 of non-HDL cholesterol < 2,6 mmol/l dan wel regulatie met een LDL-cholesterolwaarde < 2,6 mmol/l of non-HDL cholesterol < 3,4 mmol/l.

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

Deze grafiek laat zien dat het merendeel van de patiënten < 70 jaar met HVZ niet voldoende gereguleerd is conform de nieuwe CVRM richtlijn uit 2019: het gewogen gemiddelde ligt net boven de 30%, dus 70% van deze patiënten heeft nog niet de strenge LDL-cholesterolwaarde behaald. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Zijn de huisarts en POH zich bewust van de nieuwe CVRM richtlijn, met een zoveel lagere LDL streefwaarde 1,8 mmol/l of non-HDL cholesterol < 2,6 mmol/l? Is de behandeling nog niet geïntensiveerd? Verdraagt of wenst de patiënt geen behandeling met statines? Het is interessant om de ontwikkeling hierin te volgen; is

volgend jaar het gewogen gemiddelde naar boven geschoven? Op dit moment lijkt voor slechts drie zorggroepen een percentage van 50% haalbaar.

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

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

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

Het gemiddelde percentage van patiënten dat een statine voorgeschreven krijgt bedraagt 68%, dat is net iets lager dan vorig jaar. Slechts vier zorggroepen zitten onder de 60%. Het lijkt er toch op dat het belang van de prescriptie van statine bij diabetes patiënten bekend is, en daarnaar gehandeld wordt.

Het is te verwachten dat de huisarts aan de hand van risico verhogende multimorbiditeit en patiënt karakteristieken de keuze maakt óf een statine gestart gaat worden en met welke LDL streefwaarde tot doel. Naar verwachting zullen dan de kwetsbare ouderen, met een beperkte levensverwachting, minder vaak een statine gebruiken, en zal de LDL-cholesterol streefwaarde meer losgelaten worden. Eventuele bijwerkingen van de statine kunnen een rol spelen bij het (niet) starten, dan wel staken van de statine therapie. Anderzijds zullen jongeren met de aanwezigheid van hart- en vaatziekte waarschijnlijk intensiever behandeld gaan worden en in ieder geval nog scherper moeten worden bewaakt, als het gaat om het adviseren en voorschrijven van een statine.

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

Deze grafiek laat zien dat bij het merendeel van de diabetespatiënten de nierfunctie is bepaald aan de hand van de eGFR (bij zo'n 89%). In slechts drie zorggroepen ligt dit percentage onder de 80%. Het is belangrijk dat de huisarts en POH doordrongen zijn en blijven van het belang van de bepaling van de eGFR en de albumine-creatinine ratio in de urine, om zo tijdig chronische nierschade te signaleren en stappen te ondernemen om verdere nierschade te beperken en cardiovasculair risico te reduceren. Goede registratie in het HIS bij een eGFR < 60 is van belang om medicatiebewaking adequaat uit te voeren en de nierfunctie te vervolgen. Er is nu een goede multidisciplinaire richtlijn chronische nierschade, met duidelijke adviezen, die ook voor oudere mensen met diabetes van belang is.

Grafiek 9: 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. Hoewel deze grafiek aantoont dat bij veel zorggroepen nog aandacht besteed moet worden aan de bepaling van de albumine/ creatinine ratio in de urine, lijken de grafieken meer naar elkaar toe te gaan; wat

betekent dat er bewustzijn is dat vervolgen van beide bepalingen, zowel de eGFR als de ACR in de urine, noodzakelijk is om de (verdere) nierschade bij patiënten te voorkomen.

Grafiek 10: 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, al ligt het percentage (mogelijk door de gevolgen van Covid) wat lager dan in 2019. De zorgprofessionals blijven doordrongen van het belang van het registreren en dus hopelijk ook het ter sprake brengen van deze ernstige risicofactor voor de ontwikkeling van complicaties en voortijdige dood.

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

Vergeleken met voorgaande jaren zien we nog steeds een licht stijgende trend van het aantal niet rokers. Dat is verheugend. De blijvende aandacht hiervoor in de ketenzorgconsulten kan hier een rol in spelen naast alle maatschappelijke aandacht voor het belang van stoppen met roken. Uiteraard is de streefwaarde voor het percentage rokers 0%, maar of we het gemiddelde percentage van 12% nog verder omlaag kunnen krijgen is lastig te zeggen.

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

Het aantal registraties van het fundusonderzoek ligt ook dit jaar hoog, met nu een gewogen gemiddelde van meer dan 91%. Waarschijnlijk doordat dit een rapportage is over de afgelopen drie jaar, is er, ondanks de Covid pandemie, slechts een geringe afname te zien. Als de reguliere zorg weer is hervat zoals normaal, zal het fundusonderzoek ook weer opgepakt worden, waardoor het percentage naar verwachting weer zal stijgen.

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

Ten opzichte van vorig jaar is er een forse daling te zien in het percentage patiënten bij wie het voetonderzoek is gedaan. Dat is hoogstwaarschijnlijk te verklaren door de Covid pandemie. Veel controles zijn telefonisch uitgevoerd, en daar waar fysieke controles op zich deels mogelijk waren, bleken patiënten soms toch huiverig om naar de praktijk te komen. Ook valt de grote spreiding op: van 38% tot ruim 90%. Het is van groot belang dat ook bij aanhouden van de beperkingen door de Covid pandemie er toch weer meer aandacht komt voor het voetonderzoek, omdat een goed voetonderzoek ernstige complicaties kan voorkomen. Als de reguliere zorg weer is hervat als normaal, zal het percentage voetonderzoeken naar verwachting weer stijgen.

8 | RESULTATEN HVZ/ZEER HOOG RISICO ALGEMEEN

Programmatische ketenzorg HVZ/zeer hoog risico behelst zowel het cardiovasculair risicomanagement (CVRM) als de zorg voor het orgaanlijden. De volgende aandoeningen gelden als HVZ: myocardinfarct, angina pectoris, TIA, herseninfarct (ischemisch CVA), aneurysma aortae of perifere arterieel vaatlijden (ICPC codes: K74, K75, K76, K89, K90.03, K92.01, K99.01). Daaraan is in dit bestek ernstige chronische nierschade toegevoegd (i.e. NHG bepaling RCNS UN FB (3934) met als uitslag 463 (sterk verhoogd)). Ernstige chronische nierschade valt in de NHG-Standaard / multidisciplinaire richtlijn immers ook in de hoogste risico categorie en wordt daarom meegerekend bij HVZ/zeer hoog risico. Ook voor een deel van de diabetespatiënten geldt dat ze in de zeer hoog risico categorie vallen, maar op grond van de overeengekomen InEen inclusiecriteria komen alle diabetespatiënten in het zorgprogramma diabetes terecht. Tenslotte valt volgens de huidige multidisciplinaire richtlijn ook het deel van de patiënten zonder door-gemaakte HVZ, maar met een zeer hoog risico op het moment van de eerste meting, in de categorie HVZ/zeer hoog risico. Het gaat dan om patiënten met een risico op ziekte of sterfte > 20% in het tijdperk van de richtlijn uit 2012 en risico op sterfte > 10% in het tijdperk van de richtlijn uit 2019. Volgens de huidige InEen criteria is dit punt echter nog niet aangepast en is het waarschijnlijk dat tenminste een deel van deze hoog-risicopatiënten door de zorggroepen nog in VVR/hoog risico worden ingedeeld.

In totaal hebben 86 zorggroepen, gegevens aangeleverd over 2020, in 2019 waren dat er 97. Dit verschil wordt met name door fusies verklaard en is dus feitelijk geen daling. Het gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep in 2020 was 137.856 (overzicht 1). De 86 zorggroepen hadden op 31 december 2020 met elkaar 413.833 HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in ketenzorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 348.236 patiënten⁸ (84%), die gedurende het hele jaar in zorg waren. Vergeleken met de 316.994 patiënten in 2019 blijkt ook hier dat er geen daling, maar zelfs een stijging in aangeleverde gegevens te zien is.

⁸ Twee groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum.

Overzicht 1: Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2020 (86 zorggroepen leverden gegevens aan, van 81 zorggroepen was de populatie bekend)

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	137.856
Mediaan	110.181
Minimum	2.883
Maximum	511.210

Voor de 80 zorggroepen waar het totaal aantal HVZ/zeer hoog risico patiënten, al dan niet in ketenzorg, bekend was, geldt dat er gemiddeld per zorggroep 7.738 geregistreerde HVZ/zeer hoog-risicopatiënten waren, waarmee de prevalentie 5,69% was (overzicht 2). In één op de vijf gevallen (19,96%) was de specialist hoofdbehandelaar (in 2019 ging het om 22,72%). De stijging in prevalentie en de daling in het percentage dat bij de specialist gecontroleerd wordt, kan (deels) een effect zijn van de uitbreiding van de HVZ/zeer hoog-risicogroep met patiënten met ernstige chronische nierschade. Een kleine 10% van de HVZ/zeer hoog-risicopatiënten nam géén deel aan het geboden zorgprogramma, dat komt overeen met 2019. Opvallend is de grote spreiding tussen de zorggroepen (minimum en maximum) wat betreft % huisarts in programma en % huisarts niet in programma.

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

	patiënten met HVZ/zeer hoog risico (gegevens van 80 zorggroepen)	Prevalentie in de totale populatie (gegevens van 79 zorggroepen)	% specialist ⁹ (gegevens van 80 zorggroepen)	% huisarts in programma (gegevens van 86 zorggroepen)	% huisarts niet in programma ¹⁰ (gegevens van 80 zorggroepen)
gemiddeld ¹¹	7.738	5,69%	19,96%	58,61%	9,90%
minimum	61	2,12%	2,62%	29,29%	0,00%
maximum	35.537	9,41%	42,51%	84,11%	38,49%

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 jaar (grafiek 1). Voor deze vergelijking hebben we alleen groepen meegenomen die algemene populatiegegevens (totale

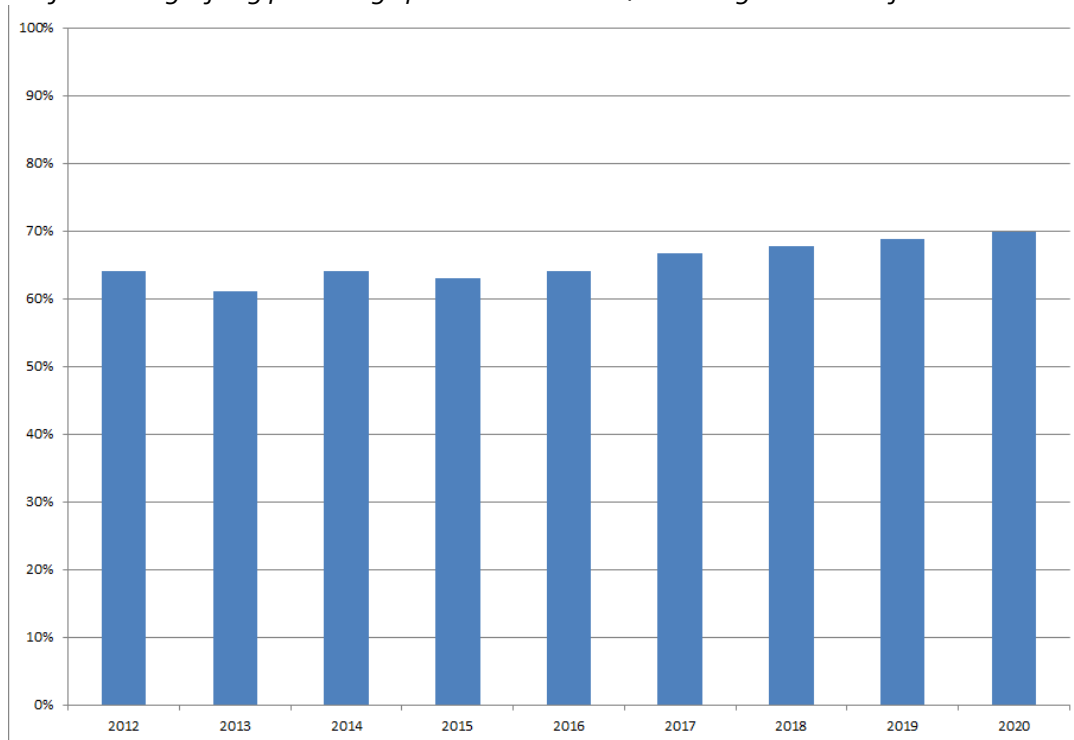
⁹ Onwaarschijnlijke waardes (bijvoorbeeld in geval de som van aantal bij specialist en aantal bij huisarts groter is dan het totaal aantal patiënten met HVZ) zijn niet meegenomen.

¹⁰ Een zorggroep heeft hier op 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).

¹¹ Hier wordt het gewogen gemiddelde weergegeven. De percentages specialist en huisarts (in programma + niet in programma) tellen niet op tot 100 omdat er meer patiënten zijn met een registratie HVZ dan met HVZ in combinatie met een registratie voor hoofdbehandelaar. Er is dus een restgroep van wie niet bekend is of die in eerste of tweede lijn wordt behandeld.

populatie, aantal patiënten met HVZ/zeer hoog risico, aantal patiënten met hoofdbehandelaar specialist, aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, aantal patiënten niet in programmatische zorg) konden aanleveren.

Grafiek 1: Vergelijking percentage patiënten met HVZ/zeer hoog risico in 1^e lijn



Het percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten dat uitsluitend door de huisarts wordt behandeld, stijgt langzaam naar de 70%. De percentages liggen iets hoger dan die van het zorgprogramma COPD, maar liggen zo'n 20 procentpunt lager dan bij diabetes. Dat laatste lijkt ook wel logisch. De zorgketen diabetes is de oudste keten en terugverwijzing van de ziekenhuis-specialist 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. Die zorg draait namelijk vooral om adequaat CVRM. Er is in 2020 ook een aantal zorggroepen, dat qua substitutie van zorg hogere percentages haalt dan landelijk gemiddeld (boven de 80%) en dat is bemoedigend (zie bijlage 2 grafiek 'Percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in zorgprogramma' waarin niet alle HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in de eerste lijn zijn meegenomen, maar enkel die 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, met name binnen de zorggroepen die hier geen koploper zijn. Het percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten 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 met een recent vaatincident is het overigens aan te bevelen om helder af te spreken, wie het CVRM regelt (huisarts of specialist). Het zou haalbaar moeten zijn om hier de huisarts 'dicht bij huis' het CVRM te laten uitvoeren, ook bij patiënten die voor hun cardio-

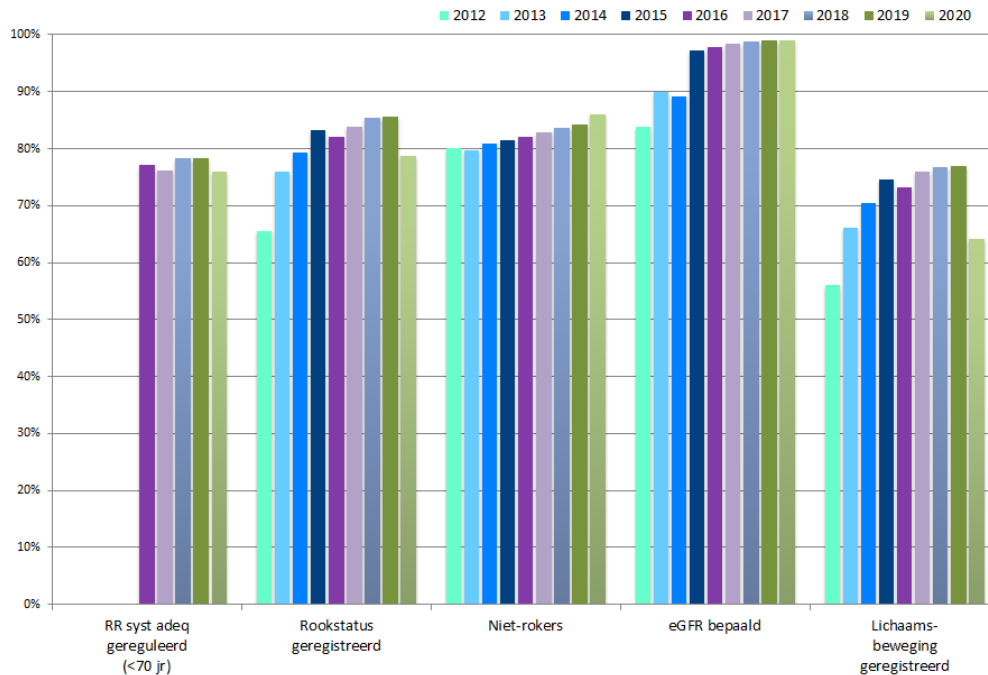
logische aandoening nog de specialist moeten bezoeken ('shared care' principe). Ook hierover zijn duidelijke regionale afspraken aan te raden.

9 | RESULTATEN HVZ/ZEER HOOG RISICO INDICATOREN

In dit hoofdstuk kijken we in detail naar de indicatoren die uitgevraagd of berekend worden in de benchmark ketenzorg HVZ/zeer hoog risico. Het gaat om de *prevalentie van HVZ/zeer hoog risico* en het *percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in een zorg-programma* (ook aangestipt in het vorige hoofdstuk), en de acht overige proces- en prestatie-indicatoren (*bloeddruk gemeten, bloeddruk op streefwaarde, LDL op streefwaarde 2,5 respectievelijk 1,8, rookstatus registratie, percentage niet-rokers, eGFR bepaald en lichaamsbeweging geregistreerd*). De gegevens vanaf 2012 van deze overige zeven indicatoren zijn te zien in grafiek 1, met uitzondering van de indicator 'bloeddruk gemeten' (want die is pas in 2019 toegevoegd) en 'LDL op streefwaarde' (want daar is de leeftijd van de gemeten groep patiënten nu < 70 in plaats van eerder < 80 jaar en de LDL-streefwaarde van 1,8 mmol/l voor een deel van de populatie is bovendien nieuw in 2020). Er is in deze grafiek, net zoals in de zes 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. De selectie van de populatie kan dus een deel van de eventuele verbeteringen op de scores verklaren. Verder is voor alle eerder genoemde getallen en indicatoren in bijlage 2 een grafiek te vinden met percentages per zorggroep. Om een vergelijking mogelijk te maken met het landelijk gemiddelde is er een gewogen gemiddelde berekend dat als een rode lijn in deze grafieken is getekend. Per indicator bespreken we hieronder de bevindingen aan de hand van grafiek 1 én de betreffende grafiek in bijlage 2.

1. Vergelijking indicatoren HVZ/zeer hoog risico over negen jaren

Grafiek 1: Vergelijking percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten dat voldeed aan een indicator, weergegeven per indicator vanaf 2012 tot en met 2020.¹² De indicator 'bloeddruk gemeten' werd in 2019 geïntroduceerd en is derhalve niet in deze grafiek opgenomen.



Met 76% blijft het percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten dat de bloeddrukstreefwaarde haalt – ondanks COVID – redelijk stabiel.

De rookstatus is bij 79% van de deelnemers aan het programma vastgelegd, een daling ten opzichte van 2019 (85%). Dit heeft waarschijnlijk met COVID te maken, omdat daardoor niet alle patiënten gecontroleerd zijn. Het percentage niet-rokers onder degenen bij wie het rookgedrag is vastgelegd, is weer gestegen.

Bij 64% van de patiënten is de mate van beweging vastgelegd, in 2019 was dat nog 77%. De daling zal veroorzaakt zijn door minder controle van patiënten in de keten door COVID.

2. Resultaten over 2020 per indicator

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

¹² Aangezien de leeftijd bij de indicator systolische bloeddruk op streefwaarde vijf jaar terug is gewijzigd van 80 naar 70 jaar is alleen een vergelijking over de laatste vijf jaren mogelijk.

Toelichting bij de grafieken

Grafiek 1: Prevalentie van mensen met HVZ/zeer hoog risico per zorggroep

De prevalentie is berekend onder alle patiënten met HVZ/zeer hoog risico (dus zowel patiënten die onder controle van de specialist zijn, als patiënten wel of niet in ketenzorg of bij wie geen hoofdbehandelaar is geregistreerd). Het gewogen gemiddelde is 5,69% en gestegen ten opzichte van 2018 en 2019 (4,8%, respectievelijk 4,9%). Dit heeft in elk geval deels te maken met de toevoeging van ernstige chronische nierschade als inclusiecriteria aan deze groep. Daarnaast zijn mogelijk meer zeer hoog-risicopatiënten (primaire preventie op basis van eerste SCORE ooit gemeten > 20% op ziekte en sterfte of > 10% op sterfte) vaker toegevoegd aan de HVZ/zeer hoog risico categorie, conform de actuele multidisciplinaire richtlijn. Dit is echter niet goed te duiden, omdat de InEen indeling op dit punt nog uitgaat van de oude indeling van deze patiënten, namelijk in VVR / hoog risico, en waarschijnlijk is een groot deel van deze patiënten dus ook zo gecategoriseerd door de zorggroepen. Tussen de zorggroepen varieert de prevalentie van minimaal 2,1% tot maximaal 9,4%. De spreiding ten opzichte van het gemiddelde is daarmee behoorlijk en kan verklaard worden door verschillen tussen de zorggroepen in leeftijdsopbouw van de populatie, sociaaleconomische status en over- of ondermatig vaststellen van een HVZ/zeer hoog risico. Met name dat laatste is een potentieel verbeterpunt. Zorggroepen met een zeer lage of opvallend hoge prevalentie zouden moeten kijken wat hieraan ten grondslag ligt. Eventuele over- of onderrapportage zou gecorrigeerd moeten worden.

Grafiek 2: Percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in zorgprogramma per zorggroep

Gemiddeld was 59% van alle patiënten met een HVZ/zeer hoog risico in een zorgprogramma geïncludeerd. Dit percentage liet de afgelopen jaren tot en met 2019 een stijgende trend zien, maar was in 2020 juist lager dan in 2019 (65%). Mogelijk is het proces van inclusie en registratie in programmatische zorg in het COVID-jaar 2020 trager verlopen of waren huisartsen kritischer bij de inclusie. Daarnaast blijft het zo, dat patiënten niet in programmatische zorg zitten, omdat ze bij de specialist onder behandeling blijven. Ook dit proces van overdracht van tweede naar eerste lijn kan door COVID vertraagd zijn. Maar dit fenomeen lijkt al meerdere jaren te spelen en substitutie van HVZ zorg van tweede naar eerste lijn blijft dus een breder aandachtspunt. Een aantal zorggroepen blijft op dit vlak ruim beneden de 50% en in die gevallen lijkt er lering te trekken uit de werkwijze van de koplopers, die percentages van meer dan 80% halen. Zorggroepen die op dit vlak laag scoren zouden bijvoorbeeld in overleg kunnen treden met de specialisten in hun regio over substitutie van zorg en de percentages van de koplopers daarbij als voorbeeld laten dienen. Substitutie kan immers ook in de vorm van 'shared care' plaatsvinden. Daarbij regelt de huisarts het CVRM en de cardioloog de nodige specialistische zorg.

Grafiek 3: Percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten bij wie bloeddruk gemeten is

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

Grafiek 4: Percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met adequaat gereguleerde systolische bloeddruk¹³

De spreiding in het percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten dat de bloeddrukstreefwaarde haalt is gering. 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, maar de spreekkamermeting toch meegenomen wordt in de cijfers), therapieontrouw, staken of onvoldoende ophogen van bloeddrukverlagers door bijwerkingen of voorschrift van ineffectieve combinaties van bloeddrukverlagers. Maar ook persoonlijke wensen van de patiënt en andere individuele omstandigheden (fragiliteit, levensverwachting) kunnen een rol spelen. Er kan dus ook op goede gronden gekozen worden voor het niet 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 ter lering 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.

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

Het percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten dat onder de 2,6 mmol/l is ingesteld, is 63,3% en daarmee wat gestegen. Deze stijging is niet goed te vergelijken met eerdere jaren, omdat deze indicator in 2020 alleen bij mensen onder de 70 is gemeten, terwijl dat tot en met 2019 gedaan werd bij mensen tot 80 jaar. Tot 2019 was het percentage stabiel rond de 60%. Hoe dan ook, haalt bijna 40% de streefwaarde voor gereguleerd LDL niet. Het kan heel goed zijn dat een substantieel deel van de patiënten die de streefwaarde niet halen, wel LDL-verlagende medicatie krijgt. Hiermee wordt dan 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 nodig. Waarschijnlijk gaat het om een combinatie van beiden en is het vooral belangrijk met iedere patiënt te bespreken welke LDL-daling noodzakelijk, maar ook mogelijk is. Het spiegelen van ketenzorgprestaties aan individuele streefwaardes zou in de toekomst wellicht beter zijn, dan het spiegelen aan arbitraire streefwaardes in richtlijnen. Een uitvoerigere nuancering van het niet halen van streefwaardes is verder te lezen in het hoofdstuk 'programma overstijgende indicatoren'. Maar ook hier geldt, dat zorggroepen die onder het gemiddelde zitten, kunnen evalueren of er sprake is van stelselmatige onderbehandeling en leren van de koplopers. 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

¹³ De streefwaarde is afhankelijk van het type bloeddrukmeting: praktijkmeting ≤ 140 , thuismeting ≤ 135 , gem. 24-u meting ≤ 130 of gem. 30 min. meting ≤ 135 .

¹⁴ LDL geldt als gereguleerd indien LDL $< 2,6$ mmol/l of non-HDL cholesterol $< 3,4$ mmol/l. Het geldt als streng gereguleerd indien LDL $< 1,8$ mmol/l of non-HDL cholesterol $< 2,6$ mmol/l.

tussen de zorggroepen. In 2020 is ook het percentage patiënten bepaald dat streng gereguleerd is, onder patiënten in de HVZ/zeer hoog risico keten (22,5%). In deze groep gaat het zowel om patiënten met een doorgemaakte HVZ, als om patiënten met een zeer hoog risico om een andere reden (ernstige chronische nierschade bijvoorbeeld). Met andere woorden, niet voor iedereen in deze groep is de streefwaarde ook daadwerkelijk 1,8 mmol/l en dat bepaalt mede – maar zeker niet uitsluitend - het lage percentage op streefwaarde. Verder speelt hier mogelijk het feit dat de LDL-streefwaarde bij patiënten die langere tijd geleden een HVZ doormaakten niet altijd aangepast wordt van gereguleerd naar streng gereguleerd, een rol. Tot slot is het beloop van dit percentage in de tijd nog niet goed te duiden, omdat eerder de streefwaarde voor iedereen op gereguleerd stond.

Grafiek 7 en 8: Percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd en percentage patiënten daarvan dat rookt

Het percentage rookstatus vastgelegd blijft voor verbetering vatbaar, daar normaliter 100% mogelijk moet zijn. Dit geldt eens te meer voor zorggroepen die hier beneden gemiddeld scoren. De spreiding in het percentage rokers onder degenen bij wie het rookgedrag is vastgelegd, is behoorlijk maar kan afhangen van populatie-karakteristieken in een zorggroep. Het percentage niet rokers is gestegen van 84% vorig jaar naar 86% nu. Grosso modo rookt een op de zes HVZ/zeer hoog-risicopatiënten dus nog. Het blijft van groot belang dat hulpverleners zich inspannen om het rookgedrag van hoog-risicopatiënten te minderen. In het HVZ/zeer hoog-risico-programma roken er meer mensen dan bij DM en VVR. Dit komt in ieder geval voor eendeel doordat het ontwikkelen van een HVZ/zeer hoog risico sterk is geassocieerd met roken.

Grafiek 9: Percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten 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) nadert de 100%, de spreiding is minimaal en dat is een prima resultaat. Het is een mooi voorbeeld van de opbrengst van goed georganiseerde programmatische zorg.

Grafiek 10: Percentage HVZ/zeer hoog-risicopatiënten in zorgprogramma bij wie de mate van beweging is vastgelegd

Bij 64% van de patiënten is de mate van beweging vastgelegd. De spreiding is nog fors tussen de zorggroepen (12% - 99%). Hier is ruimte voor verbetering bij een groot aantal zorggroepen, daar het een indicator betreft die bij iedereen makkelijk meetbaar is (bijna 100% moet haalbaar zijn) en belangrijk is.

10 | RESULTATEN VVR/HOOG RISICO ALGEMEEN

Cardiovasculaire programmatische zorg bestaat uit twee programma's. Dit hoofdstuk doet verslag van het programma gericht op cardiovasculaire preventie bij mensen met een *verhoogd vasculair risico*²⁵.

De indeling in primaire en secundaire preventie is in de nieuwe richtlijn losgelaten en vervangen door drie risico categorieën, te weten: (rood) **zeer hoog**, (oranje) **hoog** en (groen) **laag tot matig risico** op hart- en vaatziekten. Dit sluit ook aan bij de hedendaagse andere kijk op preventie die is ingedeeld in drie typen:

- Ziektepreventie: voorkomt specifieke ziekten of signaleert deze vroegtijdig.
- Gezondheidsbevordering: bevordert een gezonde leefstijl en een gezonde sociale en fysieke omgeving.
- Gezondheidsbescherming: beschermt de bevolking tegen gezondheidsbedreigende factoren.

De (i) individuele cardiovasculaire voorgeschiedenis, het hebben van (ii) diabetes en/of (iii) chronische nierschade en (iv) de aanwezigheid van sterk verhoogde risicofactoren spelen een rol bij deze 'kleurindeling'.

De herziene NHG-Standaard CVRM geeft nieuwe handvatten voor het schatten van het risico bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en het beleid hieromtrent. Deze nieuwe handvatten hebben effect op de 'population at risk' en daarmee dus op wie voor (welke van) de twee cardiovasculaire programmatische zorg in aanmerking komt.

Andere vernieuwingen door de 2019 NHG-standaard CVRM zijn dat de streefwaarden voor bloeddruk en cholesterol (voor de categorieën 'zeer hoog', 'hoog' en 'laag tot matig verhoogd') gedifferentieerd zijn voor 3 groepen; 70 jaar en jonger, boven de 70 jaar en boven de 70 jaar plus kwetsbaar. Concreet betekent dit:

- Categorie 'zeer hoog' én bekend met HVZ: striktere streefwaarden voor LDL-cholesterol; ≤ 70 jaar streven naar <1,8 mmol/l ipv < 2,6 mmol/l, > 70 jaar streven naar < 2,6 mmol/l en > 70 jaar plus kwetsbaar *eventueel* naar < 2,6 mmol/l.
- Dit geldt niet voor de 3 categorieën die om andere reden 'zeer hoog' zijn (DM met orgaanschade of een belangrijke risicofactor, ernstige nierschade of 10-jaars risico op sterfte van ≥ 10%). Daar blijft het < 2,6 mmol/l evenals bij 'hoog risico'.
- Zowel voor alle categorieën 'zeer hoog' als 'hoog' geldt w.b.t. de bloeddruk;

²⁵ De criteria voor hoog, respectievelijk zeer hoog risico corresponderen met de indeling in de actuele NHG standaard cardiovasculair risicomangement. Een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (oranje in de risicotabel) betekent een berekend tienjaarsrisico op cardiovasculaire mortaliteit van 5 tot en met 9%. Patiënten met een berekend tienjaarsrisico op cardiovasculaire mortaliteit van ≥10% hebben een zeer hoog (rood) risico en zij worden in een ander hoofdstuk besproken.



Zeer hoog risico



Hoog risico



Laag tot matig verhoogd risico

≤ 70 jaar streven naar systolisch < 140 mmHg (evt. 130 mmHg), > 70 jaar streven naar < 150 mmHg (evt. 140 mmHg) en > 70 jaar plus kwetsbaar streven naar < 150 mmHg en diastolisch ≥ 70 mmHg.

Bij de medicamenteuze behandeling van hypertensie en/of hypercholesterolemie is er dus meer ruimte voor maatwerk/individuele afstemming, rekening houdend met de ernst van de aan-doening/risico, leeftijd en kwetsbaarheid. Ook is er daarmee meer ruimte voor gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en behoort laagdrempelig stoppen van medicatie bij kwetsbaren tot de opties.

Door InEen zijn er generieke exclusiecriteria geformuleerd, die reden kunnen zijn om een patiënt met een behandelindicatie toch niet in het zorgprogramma op te nemen. Tot deze generieke exclusiecriteria behoren bijvoorbeeld mensen met dementie of op korte termijn levensbedreigende ziekte, patiënten die niet gemotiveerd zijn of niet komen opdagen of om andere redenen niet aan het zorgprogramma willen of kunnen deelnemen.

In totaal hebben 81 zorggroepen, gegevens aangeleverd over 2020, in 2019 waren dat er 91. Dit verschil wordt met name door fusies verklaard en is dus feitelijk geen daling. Het gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep in 2020 was 138.212 (overzicht 1). De 81 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2020 met elkaar 789.160 mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten in zorg. Dat is ten opzichte van vorig jaar een toename, toen waren dit er 743.388. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 616.432 patiënten¹⁶ (89%) die gedurende het hele jaar in zorg waren. Vergeleken met de 652.571 patiënten in 2019 blijkt hier een kleine daling. Dat kan te maken hebben met de groei die we zien bij het zorgprogramma HVZ/zeer hoog risico: mogelijk is een deel van de patiënten die vorig jaar nog aan het zorgprogramma VVR deelnamen omdat ze zeer hoog risico hadden maar geen cardiaal event nu wel ondergebracht bij het zorgprogramma HVZ.

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

Overzicht 1: Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2020 (81 zorggroepen leverden gegevens aan, van 75 zorggroepen was de populatie bekend)

	Alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	138.212
Mediaan	125.218
Minimum	2.955
Maximum	457.355

Er is grote variatie in de aantallen geregistreerde patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten tussen de zorggroepen. Dit was andere jaren ook al zo. Mogelijk heeft variatie in het interpreteren van de nieuwe 2019 NHG-standaard CVRM hier nog aan bijgedragen.

Uit een inventarisatie van InEen onder de zorggroepen blijkt namelijk dat er na de invoering van deze standaard in 2019 er nog wat onzekerheden zijn bij huisartsen/zorggroepen. Zo zijn er zorggroepen die patiënten zonder hart- en vaatziekten maar mét een *zeer hoog risico* (10-jaarsrisico op overlijden aan HVZ) en/of patiënten met ernstige chronische nierschade (eGFR <30 ml/min/1,73 m² of eGFR 30-44 plus ACR 3-30 of eGFR 45-59 plus ACR >30), nog niet juist (niet aan de HVZ-groep, nu zijnde 'zeer hoog risico groep) hebben ingedeeld.

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

	patiënten met VVR/hoog risico (gegevens van 75 zorggroepen)	prevalentie (gegevens van 73 zorggroepen)	% specialist (gegevens van 73 zorggroepen)	% huisarts in programma (gegevens van 81 zorggroepen)	% huisarts niet in programma ¹⁷ (gegevens van 73 zorggroepen)
gemiddeld ¹⁸	11.549	8,49%	5,50%	68,24%	13,46%
minimum	231	4,07%	0,99%	7,48%	0,00%
maximum	41.716	12,52%	37,33%	95,53%	49,71%

Er is een grote variatie in de grootte van de zorggroepen en dit verklaart voor een deel de variatie in het aantal geregistreerde patiënten met een verhoogd risico op HVZ. De spreiding van de prevalentie is 4% tot ruim 12% (gegevens van 75 zorggroepen). De prevalentie is berekend door het aantal patiënten van de zorggroep met VVR te delen door alle ingeschrevenen van de zorggroep. Het percentage in deze kolom is berekend met alle VVR-patiënten, zowel eerste- als tweedelijns patiënten plus de patiënten waarbij wie dit niet is geregistreerd (patiënten zonder

¹⁷ 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).

¹⁸ Hier wordt het gewogen gemiddelde weergegeven. De percentages specialist en huisarts (in programma + niet in programma) tellen niet op tot 100 omdat er meer patiënten zijn met een registratie VVR dan met VVR in combinatie met een registratie voor hoofdbehandelaar. Er is dus een restgroep van wie niet bekend is of die in eerste of tweede lijn wordt behandeld.

hoofdbehandelaar). Het gemiddelde in 2020 is 8,49% en vergelijkbaar met 2019 (8,67%) en 2018 (8,86%).

Bijna 70% van de mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten zit in het zorgprogramma van een zorggroep. De percentages tussen zorggroepen verschillen enorm en daarmee ook het absoluut aantal deelnemende patiënten gezien de verschillen in het totaal aantal patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten.

Gemiddeld is 5,5% van de patiënten onder behandeling van de specialist. Ook hier grote verschillen tussen zorggroepen. Groepen die in de buurt van het maximum zitten (37,33% van de patiënten onder regie van de specialist) zullen in gesprek moeten gaan met zowel de specialisten/ziekenhuis in de regio als met de huisartsen. Hierbij kunnen ze deze benchmarkcijfers gebruiken en aangeven dat het gemiddelde 5,5% is en dat de zorggroepen die deze programmatische zorg voor patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten goed georganiseerd hebben volgens 'de juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP).

Er zijn zorggroepen die alle patiënten met VVR/hog risico, voor zover in de eerste lijn behandeld, in het programma hebben, maar er zijn ook zorggroepen die slechts 50% in zorg hebben. Zorggroepen die in de buurt van het laatste uiterste liggen zouden moet nagaan waardoor dit komt en of dit niet toch verbeterd kan worden. Indien incentives een rol spelen is hiervoor een gesprek met de zorgverzekeraar op zijn plek, waarbij deze geaggregeerde gegevens kunnen helpen bij 'het gesprek'. Dat sommige zorgverzekeraars een plafond hebben ingesteld en/of de (tijdelijk minder) vergoeding geven speelt een rol (althans er zijn vanuit InEen signalen dat een inclusieplafond hierbij een rol speelt). Opvallend is in ieder geval de stijging van het percentage patiënten dat geen zorg kreeg voor een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Gemiddeld verdubbelde dit percentage; van 5,9% in 2014 tot 13,4% in 2019, maar gelukkig was dit in 2020 weer wat lager, namelijk 9,3%. Dit is een opvallende verbetering, zeker gezien het feit dat het aantal patiënten met een verhoogd risico op hart en vaatziekten gestegen is van 743.388 in 2019 naar 789.160 patiënten in 2020. (Zie 5^e kolom, gegevens van 73 zorggroepen).

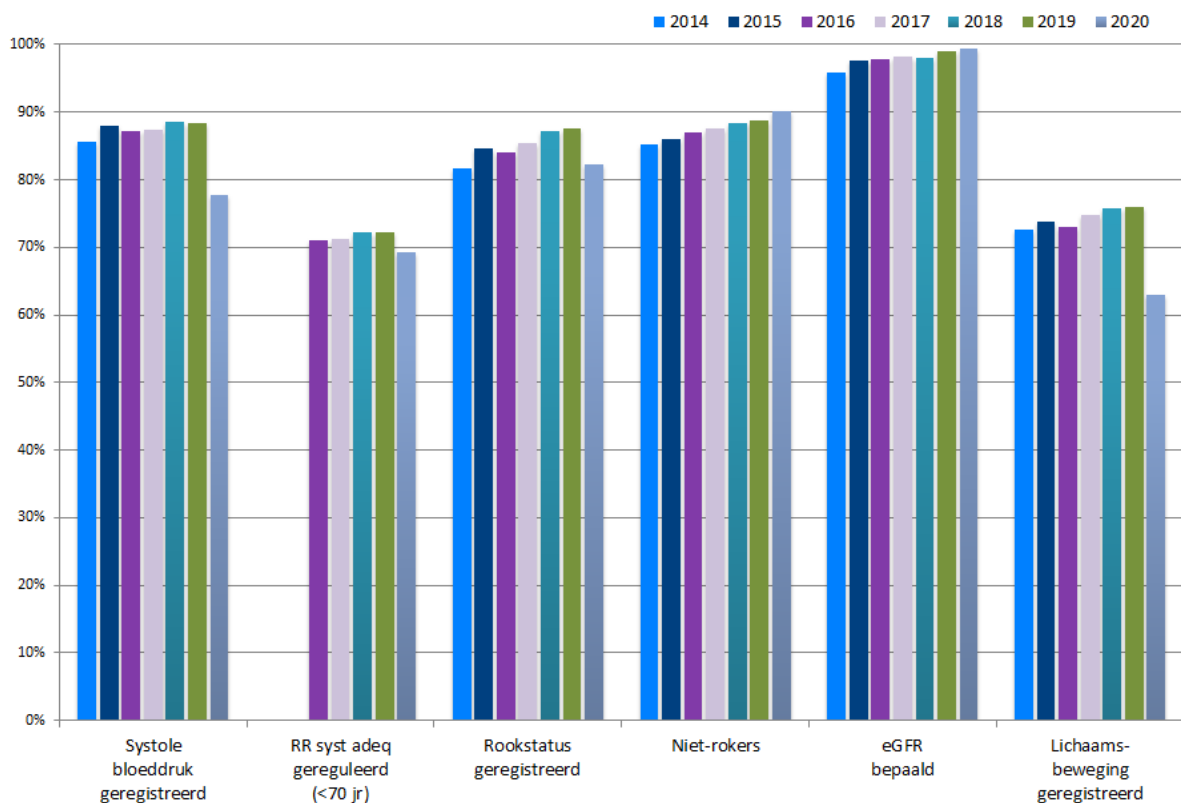
Het moge duidelijk zijn dat vergoeding van zorgverzekeraars voor zorg voor mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten van belang is voor goede uitvoer cardiovasculaire preventie over het gehele bereik.

11 | RESULTATEN VVR/HOOG RISICO INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een vergelijking van de scores op de indicatoren met zeven voorgaande jaren (2014 tot en met 2020).

1. Vergelijking indicatoren VVR over de laatste zeven jaren

Grafiek 1: Vergelijking indicatoren over zeven jaren¹⁹



Bij het vergelijken van de belangrijkste proces indicatoren over de afgelopen zes jaar is er bij twee procesindicatoren nog sprake van een verbetering; een stijging van het aantal niet-rokers en de bepaling van de nierfunctie (eGFR), alhoewel die al nagenoeg maximaal was.

We zien verder een daling van de geregistreeerde systolische bloeddruk, een daling van het percentage patiënten dat adequaat behandeld wordt voor hypertensie (RR systolisch adequaat gereguleerd), een daling van de geregistreeerde rookstatus (terwijl het aantal niet rokers wél is gestegen) en een daling van de geregistreeerde lichaamsbeweging.

¹⁹ Aangezien de leeftijd bij de indicator systolische bloeddruk op streefwaarde vier jaar terug is gewijzigd van 80 naar 70 jaar is alleen een vergelijking over de laatste vier jaren mogelijk.

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

Boeiend en belangrijk om te zien is dat het aantal rokers blijft dalen, ook in het 'Coronajaar' 2020. Volgens het Trimbos Instituut²⁰ is ongeveer 1 op de 10 rokers tijdens de coronacrisis minder gaan roken, terwijl helaas bijna een kwart meer is gaan roken. Van alle rokers was maar liefst 9% van plan om mee te doen aan Stoptober, waarvan de helft meer gemotiveerd is geraakt door de coronacrisis. Of het dalende aantal rokers een trend in de open populatie volgt of een effect van het zorgprogramma, is helaas niet na te gaan.

2. Resultaten over 2020 per indicator

Toelichting bij de grafieken

Grafiek 1: Grafiek 1: Prevalentie VVR/hoog risico

Een verhoogd risico op hart- en vaatziekten komt in 2020 bij circa 8-9% van de patiënten in de zorggroepen voor. Dit is een fractie hoger dan enige jaren geleden. Wel is er een grote variatie in deze prevalentieschatting tussen de verschillende zorggroepen. 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 op ondernemen.

Grafiek 2: Percentage VVR/hoog-risicopatiënten in zorgprogramma

Sinds drie jaar (vanaf 2018, toen er sprake was van een lichte daling) is er een stabilisatie van het aantal patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten dat deelneemt aan het ketenprogramma: circa 69% (in de jaren 2015 t/m 2017 boven 70%).

Opvallend verschil met voorgaande jaren is dat er zorggroepen zijn die onder de 40% rapporteren. Dit kan te maken met de invoering van de nieuwe herziene Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (MDR CVRM) in 2019, maar ook met (het ontbreken van) afspraken met cardiologen/vasculair internisten.

Grofweg 30% van de patiënten met een hoog risico op hart- en vaatziekten krijgt geen programmatische zorg in de eerste lijn, hetgeen relatief veel is. Zorggroepen zouden kunnen nagaan waaruit deze groep bestaat. Zijn deze patiënten in zorg bij de 2e lijn? Zijn het zorgmijders? Zijn ze bewust niet geïnccludeerd? Speelt er een opgelegd 'plafond' door de zorgverzekeraar? Speelt de financiering een rol? Komt het door toename van onverzekerde- of psychiatrische patiënten?

Grafiek 3: Percentage VVR/hoog-risicopatiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten

Dit percentage was jarenlang stabiel rond de 88%, maar was in 2020 duidelijk lager; bij nog geen 80% van de deelnemers is de bloeddruk gemeten. Dit komt waarschijnlijk door het "Covid effect"; de beperkte toegang tot de (huisartsen)zorg voor routine contacten (zeker in de periode maart-juni 2020); fysieke controles zullen toen substantieel minder hebben plaatsgevonden. Een goede bloeddrukmeting is een basisvoorwaarde in dit zorgprogramma. Aangezien voor de bloeddrukmeting verschillende soorten metingen bij elkaar worden geaggregeerd maar dit niet

²⁰ <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/coronacrisis-motiveert-rokers-mee-te-doen-aan-stoptober>

wordt uitgesplitst in de data, is er geen informatie of het aandeel ambulante bloeddrukmetingen toe- of afgenomen is. In elk geval is niet in alle gevallen waarin spreekuurbezoek niet mogelijk was de thuismeting als alternatief gebruikt. Dat is jammer

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

De streefwaarde voor systolische bloeddruk is recent in de standaarden gewijzigd en is nu afhankelijk van de risicocategorie en de leeftijd²¹. Uitgaande van een streefwaarde voor de systolische spreekkamer bloeddruk van ≤ 140 mm Hg (bij mensen jonger dan 70 jaar volgens de nieuwste CVRM-richtlijn) is de gemiddelde score op deze belangrijke indicator nu lager dan 70%, terwijl dit 72,1% was in 2019.

Na jarenlange stabiele stijging is dit een opvallende 'knik', maar mogelijk het gevolg van toenemende toepassing van de persoonsgerichte zorg, waarin de zorgverlener en de patiënt samen de streefwaarde vaststellen in plaats van automatisch normen uit standaarden hanteren. Zorggroepen die onder de benchmark scoren zouden moeten nagaan hoe dit kan en wat ze zouden kunnen verbeteren.

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

De streefwaarde voor LDL-cholesterol is gewijzigd in de standaard CVRM en is vanaf nu, net zoals de streefwaarde voor de bloeddruk, afhankelijk van de risicocategorie, morbiditeit en leeftijd²². Daarbij wordt onderscheid gemaakt in kwetsbare en niet-kwetsbare ouderen. Bij kwetsbare ouderen zonder hart- en vaatziekten is verlaging van het LDL-cholesterol met medicatie niet aanbevolen.

Bij slechts 35% van de patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten wordt de streefwaarde behaald, dat is vanzelfsprekend een stuk lager dan het gemiddeld bereikte percentage (63,3%) in de patiëntengroep met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten. Sowieso is deze categorie mensen minder geneigd medicatie te nemen dan mensen die een event gehad hebben een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten hebben.

Grafiek 6: Percentage VVR/hoog-risicopatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode of uitslag nooit OOIT is gemeten

In 2020 is de rookstatus minder vaak vastgelegd dan in de voorgaande jaren: bij circa 82% terwijl dat in voorgaande jaren bij meer dan 87% van de deelnemers was. Dit komt waarschijnlijk door het "Covid effect"; de beperkte toegang tot de (huisartsen)zorg voor routine contacten (zeker in de periode maart-juni 2020); fysieke controles zullen toen substantieel minder hebben plaatsgevonden.

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

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

²¹ Tabel 1 Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatie en beleid Praktische handleiding bij de NHG-Standaard CVRM (2019)

²² Tabel 1 Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatie en beleid Praktische handleiding bij de NHG-Standaard CVRM (2019)

Het aantal rokers onder de deelnemers is weer gedaald, nu tot gemiddeld onder 10%. Dit is heel goed nieuws, roken is de allerbelangrijkste risicofactor voor hart- en vaatziekten. Nota bene: begin jaren zestig rookte bijna 60% van de mannen en vrouwen nog! Indien we het verleden van dit zorgprogramma, dat sinds 2014 bestaat²³ voor patiënten met een verhoogd risico voor hart- en vaatziekten (geen doorgemaakte hart- en vaatziekten) beschouwen, zien we een voortdurende daling van het roken. De trend dat er in dit zorg programma minder wordt gerookt loopt meer dan gelijk af met de observatie dat gelijktijdig ook het totale aantal rokers in Nederland afneemt (in 2020 rookte 20,2% van de bevolking van 18 jaar en ouder maar in 2014 rookte nog 25,7% van de volwassen bevolking). In dit zorgprogramma wordt nu gemiddeld 50% minder gerookt dan in de samenleving.

Roken in het zorgprogramma voor patiënten met VVR/hoog risico

	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Zorgprogramma	9.9%	11.2%	11.7%	12.4%	13.0%	13.9%	15%
Nederland	20.2%						25.7%

Het is niet onwaarschijnlijk dat dit mede veroorzaakt wordt door de voortdurende aandacht en ondersteuningsaanbod in het zorgprogramma voor dit onderwerp (in 2014 en 2013, de eerste rapportages van deze benchmark, werd geschreven dat 20% van de patiënten bleven roken na een *doorgemaakte* hart- en vaatziekte).

Grafiek 8: Percentage VVR/hoog-risicopatiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is vastgelegd in 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% (spreiding 70,4% tot 100,0%) van alle VVR patiënten in zorg de nierfunctie bekend. Dat is een prachtig resultaat van de programmatische aanpak.

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

Het percentage patiënten in het zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in de meetperiode is gedaald; bij 63% (was 75,9% in 2019) van de deelnemers zijn de gegevens over de mate van beweging in de meetperiode vastgelegd. Dat dit percentage nu lager is komt waarschijnlijk door het "Covid effect". Is door de beperkte toegang tot de (huisartsen)zorg voor routine contacten in 2020 is minder geregistreerd of is er werkelijk veel minder bewogen? Anderzijds is dit natuurlijk veel minder goed nieuws dan het nieuws uit de vorige paragraaf: mogelijk is er minder aandacht voor bewegen. Jammer en niet terecht, want "niet bewegen" is

²³ Voor 2014, de jaren voor het verschijnen van de eerste CVRM-standaard, werd het programma voor primaire preventie van hart- en vaatziekten (CVRM) nog als 'Pilot' uitgevoerd.

het nieuwe roken. Zitten is het nieuwe roken²⁴ ook volgens de grootse zorgverzekeraar van Nederland.

²⁴ <https://www.zilverenkruis.nl/zakelijk/blog/zitten-is-het-nieuwe-roken>



▲ ▲ Zakelijk ▼ Consumenten Zorgaanbieders

🏠 Gezond Ondernemen Collectiviteit Gezondheidsbeleid Verzekeringen Service & contact Inloggen 👤

Zakelijk > Blog > Zitten is het nieuwe roken Gezondheidszorg

Zitten is het nieuwe roken

📄 Artikel | 08-11-2018 | 2 minuten leestijd | [Gastblogger](#)

Een uur op je kont, is vijf minuten eerder dood. Dat klinkt overdreven, maar het is de harde waarheid. Een gestrest en zittend leven heeft slechte invloed op de stofwisseling en verhoogt de risico's op hart en vaatziekten. Bewegen moeten we, maar daar wordt vaak nog lacherig over gedaan. Hoog tijd dus om van nieuwe gewoonten een norm te maken.



Bewegen is het antwoord op heel veel klachten, waaronder chronische stress meent professor Erik Scherder, bekend van onder andere zijn optredens bij De Wereld Draait Door. De neurowetenschapper legt een verband tussen beweging en gezondheid. Niet alleen fysiek, maar ook mentaal. We vroegen hem hoe dat in z'n werk gaat.

12 | RESULTATEN COPD ALGEMEEN

De 95 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2020 met elkaar 123.450 patiënten met COPD in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 108.886 patiënten²⁵ (88%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2020 (95 zorggroepen leverden gegevens aan, van 92 zorggroepen was de populatie bekend)

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	134.864
Mediaan	116.642
Minimum	6.682
Maximum	444.286

Het aantal zorggroepen dat cijfers aanlevert over COPD is gedaald van 106 naar 95. Deze daling is tegen de trend van afgelopen jaren in, en is mogelijk een effect van de COVID19 pandemie, waardoor de reguliere zorg gedurende 2020 sterk werd gehinderd. Overigens lijkt de daling in groepen groter dan die in werkelijkheid is, gelet op het aantal patiënten in het zorgprogramma: vorig jaar 129.369 tegenover de 123.450. dat heeft waarschijnlijk te maken met fusies van zorggroepen.

Overzicht 2: Verdeling mensen met COPD in zorgprogramma over zorggroepen

	patiënten met COPD (gegevens van 91 zorggroepen)	prevalentie (gegevens van 90 zorggroepen)	% specialist (gegevens van 90 zorggroepen)	% huisarts in programma (gegevens van 95 zorggroepen)	% huisarts niet in programma ²⁶ (gegevens van 90 zorggroepen)
gemiddeld ²⁷	2.625	1,98%	25,42%	48,87%	14,20%
minimum	88	0,87%	4,79%	27,19%	0,00%
maximum	11.041	3,86%	52,66%	70,02%	37,83%

²⁵ Drie groepen hebben bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum en vijf groepen hebben een verschil van minder dan 10 patiënten opgegeven.

²⁶ Een zorggroep heeft hier op 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).

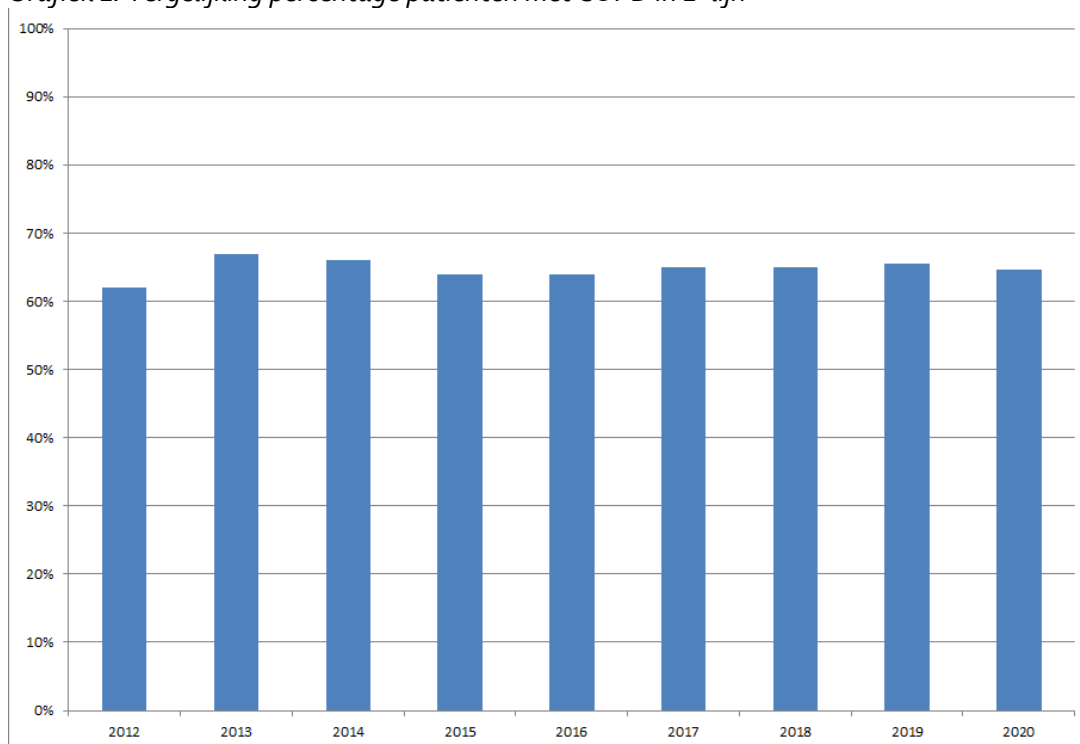
²⁷ Hier wordt het gewogen gemiddelde weergegeven. De percentages specialist en huisarts (in programma + niet in programma) tellen niet op tot 100 omdat er meer patiënten zijn met een registratie COPD dan met COPD in combinatie met een registratie voor hoofdbehandelaar. Er is dus een restgroep van wie niet bekend is of die in eerste of tweede lijn wordt behandeld.

In 2020 is de prevalentie van COPD gelijk gebleven ten opzichte van een jaar eerder. De verwachte stijging door vergrijzing van de populatie en toenemend rookgedrag van vrouwen in de afgelopen decennia blijft vooralsnog uit. Het gemiddelde percentage COPD-patiënten dat door de longarts behandeld wordt is licht gedaald. Mogelijk dat dit aantal de komende jaren verder gaat dalen door het eerder 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 lijkt een stabilisering van het aantal patiënten met COPD dat geen ketenzorg (meer) ontvangt waarneembaar in 2020 (14,2% versus 14,8% in 2019 en 11,7% in 2015). Het is de vraag of dit gaat om een tijdelijk effect door de mogelijke selectie van zorggroepen tijdens de COVID19 crisis, of dat er in volgende edities van de benchmark zal blijken dat het gaat om een groeiende groep patiënten die samen met de huisarts vaststellen dat ketenzorg geen toegevoegde waarde meer heeft, bijvoorbeeld als de patiënt gestopt is met roken en een lage ziektelast heeft, of dat het 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 negen jaren. Voor deze vergelijking hebben we alleen groepen meegenomen die algemene populatiegegevens (totale populatie, aantal patiënten met COPD, aantal patiënten met hoofdbehandelaar specialist, aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts, aantal patiënten niet in programmatische zorg) konden aanleveren.

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



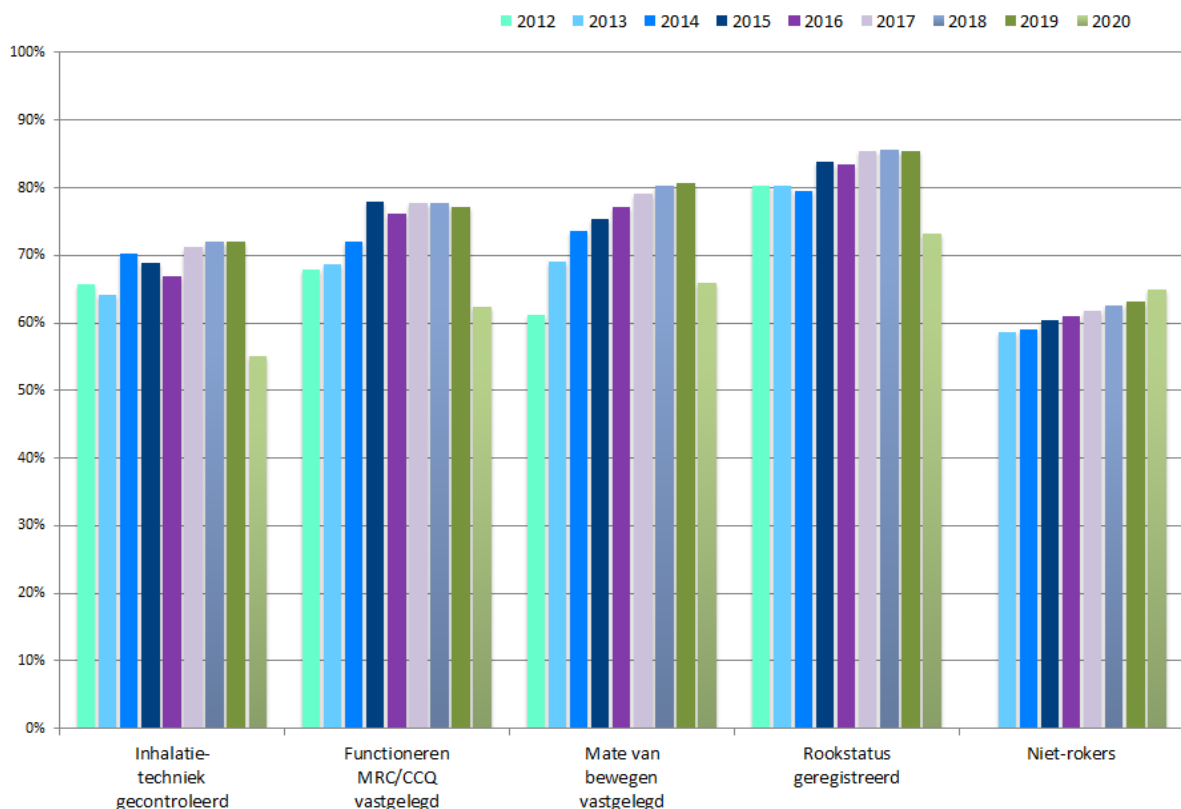
Het percentage patiënten met COPD in de eerste lijn lijkt redelijk stabiel te zijn. Ongeveer twee derde is bij de huisarts onder behandeling (al dan niet in de ketenzorg). Circa een kwart is bij de specialist onder behandeling. De optelsom van deze percentages bedraagt minder dan 100%. Er is dus een groep patiënten bij wie wél de diagnose COPD geregistreerd is maar van wie onbekend is of zij bij de huisarts dan wel bij de longarts onder behandeling zijn. Deze groep is met ca 8% stabiel. Beter registreren blijft dus een aandachtspunt. Hierbij kan een betere mogelijkheid voor markeringen, zichtbaar in alle pagina's in het HIS behulpzaam zijn.

13 | RESULTATEN COPD INDICATOREN

We beginnen het hoofdstuk met een ontwikkeling op de scores van de indicatoren 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 indicatoren COPD over negen jaren

Grafiek1: Vergelijking indicatoren over negen jaren



Het overzicht van de registratie van de kwaliteitsindicatoren laat in één oogopslag zien dat de zorgprocessen die de laatste jaren in hoge mate uitgevoerd werden, flinke dalingen vertonen in 2020. Dit is waarschijnlijk het gevolg van de disruptie van de reguliere zorg door COVID19 tijdens 2020. De enige uitzondering wordt gevormd door de indicator niet-rokers, deze is doorgestegen tot 65%. Het controleren van inhalatietechniek, vastleggen van functioneren, mate van bewegen en rookstatus is allemaal met 10-15% gedaald ten opzichte van voorgaande jaren. Hoewel een groot deel van het jaar fysieke controles zeker voor kwetsbaren zijn afgeraden, is er toch nog bij circa twee derde van de patiënten een vorm van controle geweest. De grote vraag is natuurlijk of dit in de loop van 2021 weer kan worden ingelopen, of dat we nog een langere periode op minder

goede uitvoering en registratie van deze belangrijke indicatoren voor goede COPD-zorg kunnen verwachten.

2. Resultaten over 2020 per indicator

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

Toelichting bij de grafieken

Er blijft een grote variatie tussen de verschillende zorggroepen zichtbaar. Kwaliteitsmanagers en huisartsen van laag-scorende zorggroepen - bijvoorbeeld met registraties die > 10% onder deze landelijke benchmark-scores zitten - zouden lering moeten trekken uit ervaringen bij collega's van best-practice zorggroepen, en concrete doelstellingen in een verbeterplan opstellen. Zorggroepen die qua cijfers goed presteren zouden een addendum kunnen schrijven hoe zij daartoe gekomen zijn, ondanks de moeilijke omstandigheden door COVID19. Wellicht kan InEen hier faciliterend in optreden.

Grafiek 1: Prevalentie COPD-patiënten

De gemiddelde prevalentie over de afgelopen jaren was ongeveer 2%. De prevalentie tussen de zorggroepen onderling varieert van 0,9-3,9%. 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 circa 50% al jaren stabiel. Ondanks dat er wat variatie is in de proportie patiënten die wél de huisarts als hoofdbehandelaar hebben maar om uiteenlopende redenen níet (meer) gebruik maakt van het zorgprogramma, blijft de groep die daar wel gebruik van maakt redelijk stabiel. Ruim 9 jaar na de introductie van multidisciplinaire ketenzorg op basis van de Zorgstandaard COPD (eerste versie 2011) kan gesteld worden dat ongeveer de helft van alle COPD-patiënten in deze zorggroepen gebruik maakt van ketenzorg in de eerste lijn.

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

Veel COPD-patiënten gebruiken inhalatiemedicatie. Juist inhalatiecontrole vraagt om een fysiek consult (of beeldbellen), hetgeen in 2020 niet altijd kon plaatsvinden. Het gebruik van deze middelen vraagt om een speciale techniek die de patiënt aangeleerd moet worden. Onderzoeken wijzen uit dat – indien er geen controle op deze techniek plaatsvindt en herhaling van instructie uitblijft – de inhalatie niet goed verloopt en de depositie niet optimaal is. Daarom is het van essentieel belang dat minstens één keer per jaar controle van de inhalatietechniek bij de patiënt plaatsvindt. In 2020 is dit proces door de COVID19 pandemie gemiddeld bij slechts 56% (was ruim 70 % in 2019) van de patiënten uitgevoerd. Echter, de variatie is enorm groot. Waar het gemiddelde eigenlijk al zou moeten stijgen naar een hoger niveau, geldt dat 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 gerichte informatie via eHealth (www.inhalatorgebruik.nl) kan hier steeds meer aan gaan bijdragen. Maak afspraken met apotheken over het formularium en de inhalatie-instructie: vaker uitleggen geeft betere inhalatie!

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

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

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

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

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

Stoppen met roken is verreweg de belangrijkste interventie bij COPD-patiënten. Het is daarom van belang het rookgedrag ieder jaar vast te leggen, ook als de patiënt gestopt is met roken (in verband met mogelijke terugval). In circa 74% (was 86% in 2019) van alle patiënten is dit ook daadwerkelijk gebeurd. Ook hier speelt een grote variatie met een aantal zorggroepen waar deze indicator ver onder het gemiddelde blijft. Omdat stoppen met roken de hoeksteen voor COPD-zorg is, zeker in tijden van COVID19, is het aangewezen dat deze zorggroepen een verbeterplan opstellen.

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

De enige parameter die iets verbeterd lijkt onder COVID19 is het percentage rokers, dat daalt van 37% in 2019 naar 35% van de COPD'ers in het zorgprogramma in 2020, wat in lijn is met de uiterst langzame maar gestage daling van roken in de Nederlandse samenleving. Het begeleiden van patiënten bij het stoppen met roken blijft dan ook zeer belangrijk. Immers, als de patiënt blijft roken zal zijn longfunctie versneld achteruit blijven gaan en zal hij onoverkomelijk in de palliatieve fase van zijn ziekte terecht komen. Daar komt bij dat de prognose van COVID19 slechter is bij rokers, wat mogelijk heeft bijgedragen aan deze solitaire positieve bevinding. Overigens is het niet onwaarschijnlijk dat COPD'ers die niet meer roken en tevens een lage

ziektelast hebben, vaker uit het zorgprogramma gaan en er dus relatief meer rokende COPD'ers in het zorgprogramma zitten.

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

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

14 | RESULTATEN ASTMA ALGEMEEN

De 56 zorggroepen die gegevens hebben aangeleverd, hadden op 31 december 2020 met elkaar 104.371 patiënten met astma in zorg. Voor de berekening van de indicatoren hebben de zorggroepen gegevens aangeleverd van 86.050 patiënten²⁸ (82%) die gedurende het hele jaar in zorg waren.

Overzicht 1: Aantal ingeschreven patiënten per zorggroep die gegevens aanleverde over 2020 (56 zorggroepen leverden gegevens aan, van 52 zorggroepen was de populatie bekend)

	alle zorggroepen die data hebben aangeleverd
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per zorggroep	93.109
Mediaan	64.718
Minimum	6.558
Maximum	361.020

Overzicht 2: Verdeling mensen met astma in zorgprogramma over zorggroepen

	patiënten met astma (gegevens van 53 zorggroepen)	prevalentie (gegevens van 50 zorggroepen)	% specialist (gegevens van 52 zorggroepen)	% huisarts in programma (gegevens van 56 zorggroepen)	% huisarts niet in programma ²⁹ (gegevens van 52 zorggroepen)
gemiddeld ³⁰	5.549	5,97%	9,58%	32,82%	22,53%
minimum	313	2,72%	1,30%	1,42%	0,00%
maximum	17.702	11,08%	52,76%	75,07%	56,52%

De gemiddelde prevalentie van astma lijkt dit jaar met 5,97% wat minder hoog dan vorig jaar (6,5%). De prevalentie gemeten door het NIVEL is 101,9 per 1000 persoonsjaren, dus bijna twee keer zo hoog. Het is niet onmiddellijk duidelijk waar dit verschil op berust. 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 voordeel van uitbreiding van programmatische zorg voor astmapatiënten is dat de diagnostiek van astmapatiënten verbetert door de

²⁸ Een groep heeft bij 12 maanden in zorg hetzelfde aantal opgegeven als bij aantal in zorg op peildatum.

²⁹ Een zorggroep heeft hier op 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).

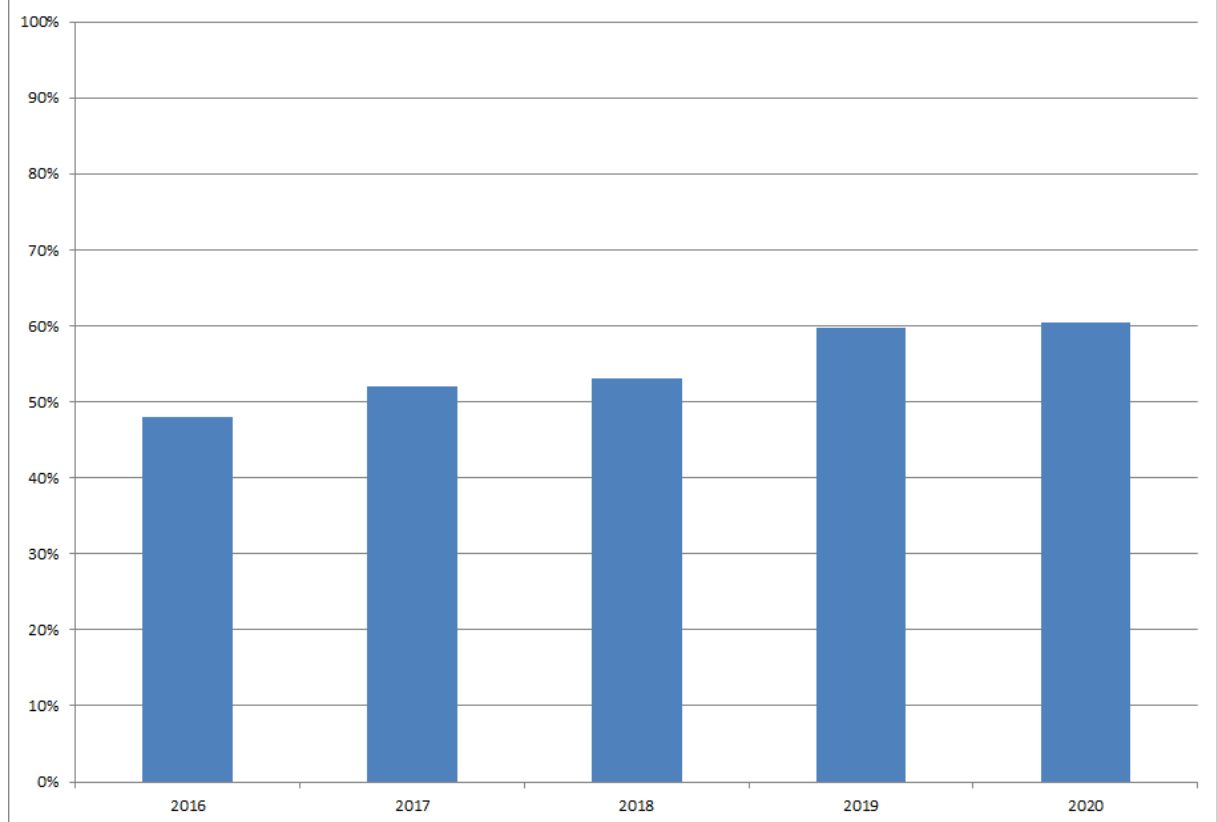
³⁰ Hier wordt het gewogen gemiddelde weergegeven. De percentages specialist en huisarts (in programma + niet in programma) tellen niet op tot 100 omdat er meer patiënten zijn met een registratie astma dan met astma in combinatie met een registratie voor hoofdbehandelaar. Er is dus een restgroep van wie niet bekend is of die in eerste of tweede lijn wordt behandeld.

inclusieprocedure van het zorgprogramma. Mogelijk zijn daarmee de cijfers betrouwbaarder dan die van het NIVEL

Niet alle astmapatiënten behoeven programmatische zorg. In 2020 krijgt ongeveer 1 op de 3 patiënten met astma ketenzorg in de eerste lijn en bijna 10% is onder behandeling bij de specialist. Een op vijf patiënten heeft geen ketenzorg. De restgroep zoals benoemd in noot 3 hierboven is erg groot (meer dan 30%) en daarmee zijn de genoemde percentages voor eerste en tweede lijn wellicht minder betrouwbaar. Anderzijds plausibel dat het hier vooral gaat om mensen met incidenteel astma, bij wie de hoofdbehandelaar niet is geregistreerd. Opvallend is dat er een grote variatie is in de tweede lijn. Anders dan bij COPD heeft een deel van de patiënten met astma slechts incidenteel last van hun ziekte en zal daarom niet altijd een indicatie voor onderhoudstherapie met inhalatiecorticosteroiden hebben. Zij voldoen hiermee niet aan de inclusiecriteria voor ketenzorg. Er is ook een groep met astma in remissie door het stoppen met roken of andere preventieve maatregelen. Deze patiëntengroep behoudt wel de diagnose maar heeft geen programmatische zorg meer zolang de astma in remissie is. Daarnaast is er een groep astmapatiënten waar bijvoorbeeld door adequaat zelfmanagement, programmatische zorg niet meer veel toevoegt. Het is een uitdaging de hele groep jaarlijks in beeld te houden en de vinger aan de pols te houden voor wie wel of niet programmatische zorg 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 in de inclusie in het zorgprogramma tussen zorggroepen onderling, en binnen zorggroepen. Mogelijk speelt hier ook in mee dat niet alle zorggroepen een bijdrage van de zorgverzekeraar krijgen voor het zorgprogramma.

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

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



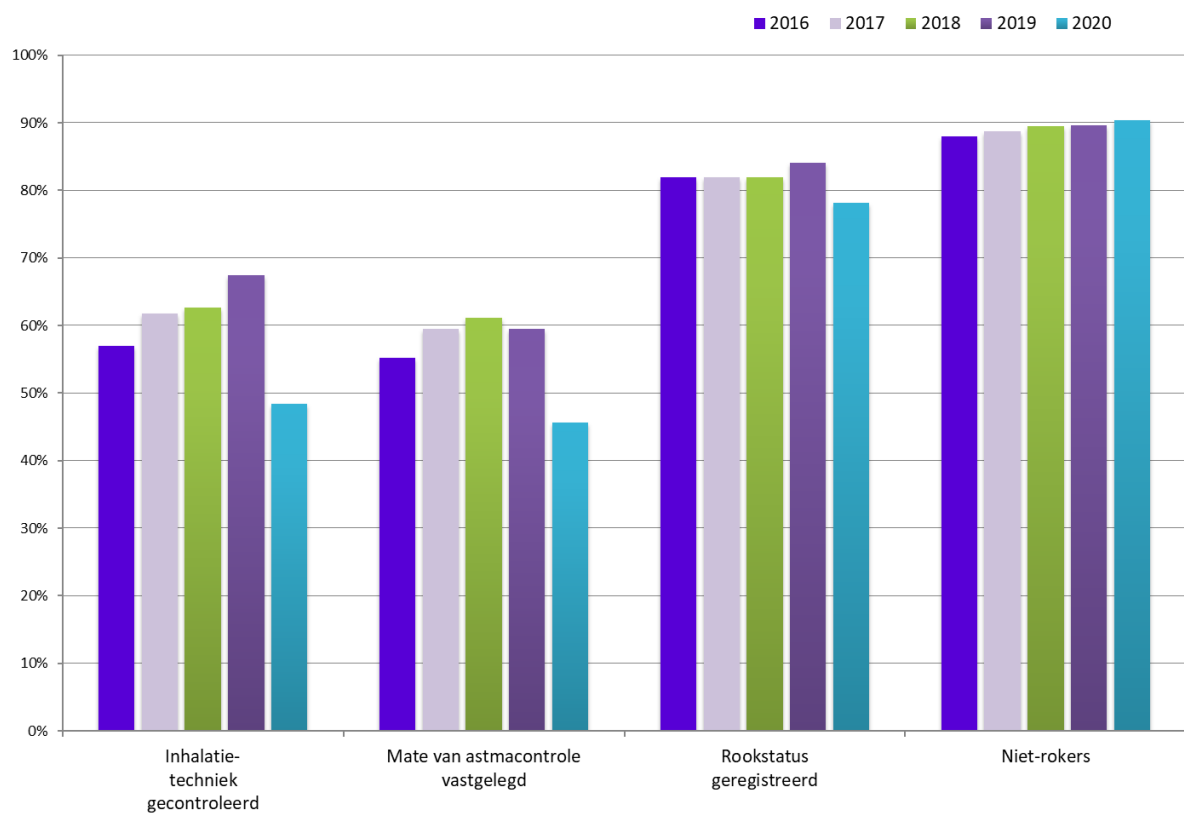
Van alle bekende astmapatiënten wordt inmiddels circa 60% behandeld door de huisarts, wat een opvallende stijging ten opzichte van eerdere jaren betekent. Dit getal lijkt te stabiliseren sinds 2019. Mogelijk speelt Covid hier een rol in, aangezien er geen spirometrie uitgevoerd mocht worden in een deel van het jaar. Bij 10% is bekend dat de longarts hoofdbehandelaar is. Bij 30% is nog onbekend wie hun behandeling uitvoert. Het zou fijn zijn als we van alle patiënten met astma weten wie de hoofdbehandelaar is, wie de verantwoordelijkheid hiervoor draagt. Mogelijk speelt hierbij een rol dat bij verschillende praktijken het hoofdbehandelaarschap alleen wordt geregistreerd bij patiënten die in de keten worden opgenomen. Deze 30% is een interessante groep. Is er een goede diagnose gesteld met spirometrie en/of hyperreactiviteit? Wat wordt geregistreerd als een patiënt met astma een tijdlang geen klachten geeft? Dan volgt exclusie uit het zorgprogramma naar niet geregelde zorg maar blijft de diagnose astma staan. Het astma is dan zo goed onder controle dat er geen ketenzorg nodig is. Ook in 2021 wordt geen spirometrie verricht in een deel van het jaar. Pas als dit weer opgepakt kan worden, kunnen huisartsen weer door met goed inkaarten van patiënten met astma. De 15% verbetering die in de vorige benchmark werd verwacht is daarmee niet haalbaar voorlopig.

15 | RESULTATEN ASTMA INDICATOREN

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

1. Vergelijking indicatoren astma over vijf jaren

Grafiek1: Vergelijking indicatoren over vijf jaren



Na de positieve tendens in registratie van alle indicatoren in 2019 zien we een daling in 2020. Dit zou heel goed verklaard kunnen worden door uitbreken van het Covid virus.

Het is belangrijk dat de controle van inhalatietechniek in 2020 onder de 50% is gezakt. Het zou kunnen dat de apotheek dit voor een deel heeft uitgevoerd, maar het lijkt logisch dat er in de praktijk daadwerkelijk minder controle is verricht. Logischerwijs is dit veroorzaakt doordat juist controle inhalatietechniek vraagt om een fysieke controle wat in verband met de Covid pandemie werd afgeraden. Het kan zijn dat er tevens onderregistratie is omdat er met de apotheek is afgesproken dat zij de inhalatie-instructie doen, en de terugrapportage ontbreekt. Ook kan inhalatie-instructie worden gedaan door een eerstelijns longverpleegkundige die soms niet in het HIS kan. Het vastleggen van het functioneren, uitgedrukt in de mate van astma-

controle was in 2019 gemiddeld genomen onvoldoende en is in 2020 beduidend minder vaak vastgelegd. Telefonische consulten tijdens de Covid pandemie lijken de gewone consulten hiermee niet voldoende te hebben overgenomen. De mate van functioneren is een basaal gegeven voor het individueel zorgplan en persoonsgerichte zorg. Het ultieme doel van de astmazorg is volledige controle over de ziekte met een optimaal functioneren, bij een zo laag mogelijke stap in de medicamenteuze behandeling. Een belangrijke aanbeveling van deze benchmark rapportage is dus: meer aandacht voor het uitvoeren en vastleggen van de inhalatietechniek en mate van astmacontrole. Het NIVEL laat in hun laatste rapport uit 2013 zien dat de controle van inhalatietechniek/medicatie slechts 13% was. Het gaat dus wel de goede kant op, maar in het algemeen kunnen we concluderen dat ten aanzien van de gescoorde kwaliteits-indicatoren bij astma nog flinke vooruitgang geboekt kan worden. Per zorggroep kunnen verbetertrajecten worden gestart. Het is de vraag in hoeverre het haalbaar is met de Covid pandemie om uitgestelde zorg in 2020 weer op te pakken.

Het is goed om te zien dat het aantal niet rokers onder de geregistreerden blijft stijgen, wat in lijn is met de uiterst langzame maar gestage daling van roken in de Nederlandse samenleving.

2. Resultaten over 2020 per indicator

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

Toelichting bij de grafieken

Grafiek 1: Prevalentie astmapatiënten

De gewogen prevalentie van astma lijkt ongeveer stabiel in de laatste jaren. Het lijkt reëel dat deze programmatische zorg die pas sinds enkele jaren loopt, de registratie bevordert. Tegelijkertijd is er nog altijd een onverklaarbaar grote variatie. Dat dient nader onderzocht te worden. Zorggroepen die aan de uitersten zitten van die variatie dienen na te gaan hoe dit kan worden verklaard en zo nodig het beleid erop aan te passen. Hoe valide zijn de diagnostiek en inclusie, hoe is de populatie opgebouwd.

Grafiek 2: Percentage astmapatiënten in zorgprogramma

Van alle astmapatiënten nam wederom ongeveer een derde in het afgelopen jaar deel aan programmatische zorg. De inclusiecriteria van InEen voor deelname aan het zorgprogramma, gebaseerd op de NHG-standaard Astma bij Volwassenen (2015) en de Zorgstandaard Astma (2012), staan alleen inclusie van patiënten toe waarbij onderhoudstherapie met inhalatiecorticosteroiden noodzakelijk is. Een aanzienlijk deel van de astmapatiënten heeft goede controle zonder deze middelen. Voor hen lijkt reguliere programmatische zorg niet nodig, reden waarom met de zorgverzekeraars is afgesproken om hen niet in het zorgprogramma op te nemen. Er lijkt nog steeds een grote variatie tussen de zorggroepen te zijn. Als je een lage prevalentie hebt door scherpe diagnostiek kom je makkelijker aan een hoog inclusie percentage. Het kan ook zijn dat er zorggroepen zijn die hun keten nog niet op orde hebben.

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

In 2020 werd de inhalatietechniek beduidend minder gecontroleerd dan in 2019, wat waarschijnlijk te maken heeft met de Covid pandemie. Dit is van groot belang voor de depositie van de medicatie en dus voor de effectiviteit. Controle van inhalatietechniek zou bij vrijwel alle patiënten (>90%) met inhalatiemedicatie minstens één keer per jaar moeten gebeuren en frequent herhaald. Vaak worden hierover afspraken met lokale apothekers gemaakt. Dat is prima, hoe vaker de techniek gecontroleerd wordt hoe beter de inhalaties. Zorggroepen dienen de huisartsen en praktijkondersteuners te instrueren dat zij de "TIP" bij ieder consult ter sprake moeten brengen: Therapietrouw, Inhalatietechniek en Prikkelreductie. Zorggroepen kunnen in 2021 in kaart brengen in hoeverre gebruik wordt gemaakt van regionale formularia, e-health en welke concrete afspraken zijn gemaakt met de apotheker.

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

Bij minder dan de helft van de astmapatiënten werd in 2020 het functioneren besproken en geregistreerd met een astmacontrole vragenlijst. Dit is beduidend minder dan voorafgaande jaren. Ook hier speelt de Covid pandemie waarschijnlijk een rol. Het vastleggen van de astmacontrole is echter een cruciaal onderdeel van de astmazorg en kan ook telefonisch worden uitgevraagd. De mate van controle over de ziekte bepaalt immers het behandelplan en de controlefrequentie. Deze moeten gericht zijn op het verbeteren van de controle over de ziekte, waarbij de patiënt zo min mogelijk klachten ervaart, een goede longfunctie behoudt en geen exacerbaties doormaakt, afgewogen tegen de bijwerkingen van medicatie. Juist bij een pandemie is het van groot belang om contact te houden met de patiënt en de mate van controle in beeld te hebben. De extreme variatie van 10-90% is opvallend, en suggereert dat er nog veel winst valt te behalen bij deze indicator. Hier ligt een concrete taakstelling voor Ineen en de zorggroepen. Belangrijk is te achterhalen wat hier de reden voor is geweest. Zijn patiënten niet voor hun astma bij de huisarts geweest? Wordt controle op een andere manier vastgelegd?

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

Het rookgedrag werd in 2020 bij minder patiënten vastgelegd dan in de voorgaande jaren, wederom gerelateerd aan Covid pandemie. Omdat roken extra schadelijk is bij deze patiëntengroep – vanwege hun hyperreactieve luchtwegen is de kans op inflammatie en het ontwikkelen van persisterende obstructie vergroot – moet bij iedere astmapatiënt naar het rookgedrag gevraagd worden. Dit kan ook telefonisch bij een pandemie. Ook is de effectiviteit van luchtwegmedicatie verlaagd bij door roken. We vermoeden echter dat bij een aantal astmapatiënten van wie bekend is dat ze nooit gerookt hebben de verslaglegging hiervan soms vergeten wordt. Het is daarbij de vraag of het eenmalig vastleggen van 'nooit gerookt', 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 blijft met ongeveer 10% redelijk stabiel. Hoewel het percentage rokers bij astmapatiënten lager is dan landelijk gemiddeld (23% rookt wel eens, 17% rookt dagelijks) blijft het van groot belang dat percentage verder te verlagen. Astmapatiënten zijn gevoeliger voor de schadelijke effecten van roken in de longen. Het motiveren en begeleiden van het stoppen met roken dient een vast onderdeel te blijven van de

programmatische zorg die astmapatiënten aangeboden wordt. Het voordeel van programmatische zorg is dat er met astmapatiënten, die roken, minstens één keer per jaar over de betekenis van roken voor hun ziekte gesproken wordt en de motivatie tot stoppen gepeild wordt. Het is interessant om te zien dat bij 7 zorggroepen het percentage rokers hoger is en bij alle overige praktijken lager tot zelfs maar een paar procent bij een aantal praktijken. Het zou nuttig zijn om te weten welke factoren hieraan bijdragen. Speelt locatie een rol (achterstands-wijken), of het aantal stop roken initiatieven?

16 | PROGRAMMA OVERSTIJGENDE INDICATOREN

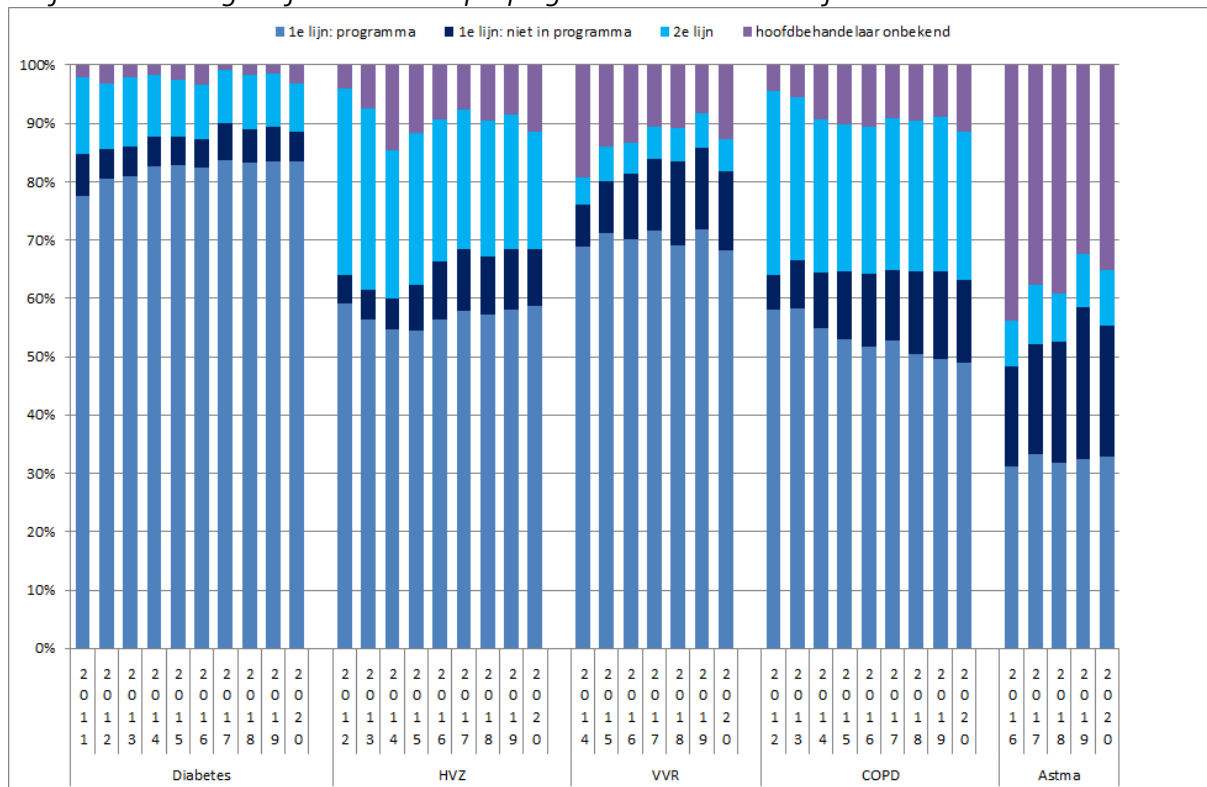
In dit hoofdstuk zijn indicatoren opgenomen die over de programma's heen kijken. De eerste betreft de verdeling in eerste versus tweede lijn over de programma's. Daarbij is tevens bekeken of er een trend is over de afgelopen jaren. Verder geven we een vergelijking in de LDL waarden in de programma's diabetes, HVZ/zeer hoog risico en VVR/hoog risico 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 ook de percentages vermeld bij wie de hoofdbehandelaar niet bekend is. Dat betreft patiënten bij wie in het dossier wel een episode is aangemaakt waardoor ze geregistreerd staan met een bepaalde aandoening, maar geen registratie is aangemaakt voor hoofdbehandelaar huisarts of specialist.

Grafiek 1: Verdeling hoofdbehandelaar per programma over meerdere jaren



Het percentage patiënten bij wie de hoofdbehandelaar wel bekend is ligt bij diabetes eind 2020 heel hoog (97%). Ook bij HVZ, VVR en COPD zijn die percentages hoog met 89%, 88% en 89%. Bij Astma ligt dat een stuk lager met 65%. Alle percentages liggen net iets lager dan in 2019. Mogelijk speelt de invloed van een minder stringente werkwijze door Covid in het afgelopen jaar hierbij een rol. De lagere score bij Astma komt vermoedelijk door de relatief grote groep patiënten met incidenteel astma voor wie programmatische zorg niet nodig is en bij wie daarom geen hoofdbehandelaar is geregistreerd.

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. De laatste jaren stabiliseert dat enigszins. In vergelijking met 2019 is alleen bij HVZ nog een duidelijke verschuiving richting eerste lijn zichtbaar. Bij diabetes is het aandeel eerstelijns patiënten stabiel 89% versus 8% tweede lijn. Dat geldt ook voor VVR. Daar zijn slechts 5,5% van de patiënten onder behandeling in de tweede lijn. Bij HVZ zet de verschuiving weer wat door, nu 69% eerste lijn versus 20% tweede lijn. Bij COPD stabiliseert de verdeling de laatste jaren: eerste lijn 63% versus 25% tweede lijn. Dat geldt ook voor astma: 55% eerste lijn resp. 10% tweede lijn. Het lijkt er dus op dat bij diabetes het optimum is bereikt, bij HVZ de gewenste substitutie nog doorgaat, terwijl deze bij astma en COPD stagneert. Tegelijkertijd laten koploper zorggroepen zien dat verdere substitutie ook bij astma en COPD weldegelijk mogelijk is (zie betreffende hoofdstukken in dit rapport).

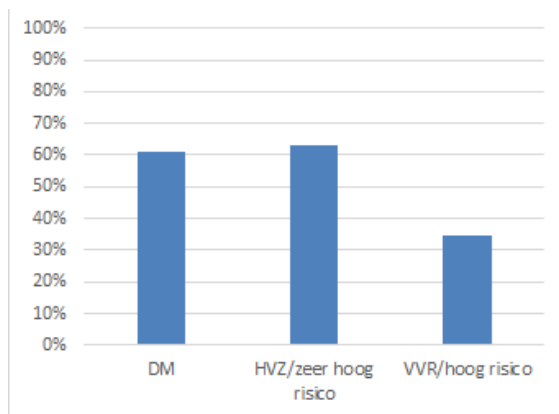
Binnen de groep eerstelijns patiënten is bij diabetes slechts 5% niet in het zorgprogramma opgenomen. Bij HVZ is dat 10%, bij VVR 13,5%, bij COPD 14% en bij astma 23%. Onduidelijk is waarom dit aantal bij HVZ hoger is dan bij DM. Kennelijk zien mensen met HVZ in overleg met de huisarts vaker af van (verdere) 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 bij wie 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:

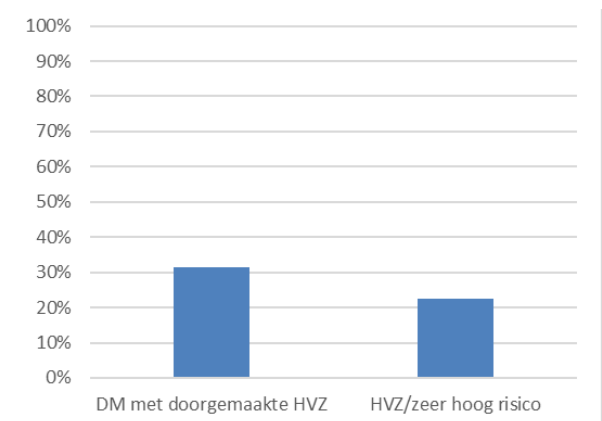
- Streven naar een nog betere registratie van de hoofdbehandelaar, vooral bij astma. Hierbij zou een betere markering van het hoofdbehandelaarschap op alle journaalbladen helpen. Dat vraagt om een aanpassing in de HIS'en.
- Verdere substitutie van de patiëntengroep HVZ lijkt mogelijk.
- Nagaan waarom bij COPD en astma de substitutie stagneert, terwijl koploperzorggroepen laten zien dat verdere substitutie mogelijk is.
- Aandacht voor het goed toepassen van de inclusiecriteria.

2. LDL op streefwaarde in zorgprogramma diabetes, HVZ/zeer hoog risico en VVR/hoog risico

Grafiek 2: Percentages mensen met een LDL onder 2,6 mmol/l (of non-HDL onder 3,4 mmol/l) gemeten onder alle mensen < 70 jaar die deelnemen aan de zorgprogramma's diabetes, HVZ/zeer hoog risico of VVR/hoog risico



Grafiek 3: Percentages mensen met een LDL onder 1,8 mmol/l (of non-HDL onder 2,6 mmol/l) gemeten onder alle mensen met een doorgemaakte HVZ < 70 jaar die deelnemen aan het zorgprogramma diabetes, resp. alle mensen < 70 jaar die deelnemen aan het zorgprogramma HVZ/zeer hoog risico



Grafiek 2 toont het percentage patiënten < 70 jaar met een LDL-cholesterol < 2,6 mmol/l in de zorgprogramma's Diabetes Mellitus type 2 (DM), hart- en vaatziekten / zeer hoog risico zoals gedefinieerd in de NHG-Standaard cardiovasculair risicomanagement (HVZ/zeer hoog risico) en verhoogd vasculair risico (VVR/hoog risico). Er is in de grafiek geen vergelijking met eerdere jaren gemaakt omdat dit jaar patiënten onder de 70 zijn weergegeven, terwijl in eerdere jaren patiënten t/m 79 jaar werden weergegeven. Bij HVZ/zeer hoog risico en DM wordt het genoemde behandeldoel in respectievelijk 63,4% en 60,9% bereikt, bij VVR in 34,5%. Dit is geheel in lijn met de jaren 2018 en 2019, waarin weliswaar in een ruimere leeftijdscategorie werd gemeten, maar het beeld verder identiek was. In de jaren daarvóór waren die percentages wat lager bij HVZ/zeer hoog risico (55-60%) en VVR/hoog risico (30%), maar met name in de HVZ/zeer hoog-risicogroep is mogelijk de destijds in de tweede lijn al ingevoerde strengere LDL-streefwaarde van 1.8 mmol (i.p.v. 2.5 mmol/l) van invloed geweest op het percentage onder de 2,6 mmol/l in 2018 en 2019. In het DM programma is het percentage LDL < 2,6 mmol/l al jaren stabiel. Dat komt mogelijk omdat het diabetesprogramma al langer bestaat. Bovendien is de huisarts meestal de enige hoofdbehandelaar. Het HVZ/zeer hoog-risicoprogramma bestaat minder lang en wordt vaker door de cardioloog en de huisarts gezamenlijk uitgevoerd (shared care). Mogelijk is 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 < 2,6 mmol/l nu al drie jaar gelijk voor DM en HVZ/zeer hoog risico. In de VVR / hoog-risicogroep ligt het percentage patiënten dat de LDL-streefwaarde behaalde nog steeds beduidend lager dan in de DM- en de HVZ/zeer hoog risico groep.

Grafiek 3 toont het aantal patiënten met een doorgemaakte hart- en vaatziekte (HVZ) dat een LDL-cholesterol < 1,8 mmol/l (of non-HDL chol < 2,6 mmol/l) haalt, in de DM keten (31,4%). Daarnaast wordt het percentage patiënten dat deze waarde haalt in de HVZ/zeer hoog risico keten weergegeven (22,5%). In deze laatste groep gaat het dus zowel om patiënten met een doorgemaakte HVZ, als om patiënten met een zeer hoog risico om een andere reden (ernstige chronische nierschade bijvoorbeeld). Met andere woorden, niet voor iedereen in deze groep is de streefwaarde ook daadwerkelijk 1,8 mmol/l en dat bepaalt mede het lagere percentage op streefwaarde dan bij DM (grafiek 3). Beide percentages (zowel in DM groep met doorgemaakte HVZ als in HVZ/zeer hoog risico groep) zijn laag. Mogelijk is het lage percentage deels te verklaren door het feit dat de LDL-streefwaarde bij patiënten die langere tijd geleden een HVZ doormaakten, niet altijd aangepast wordt van 2,5 mmol/l naar 1,8 mmol.

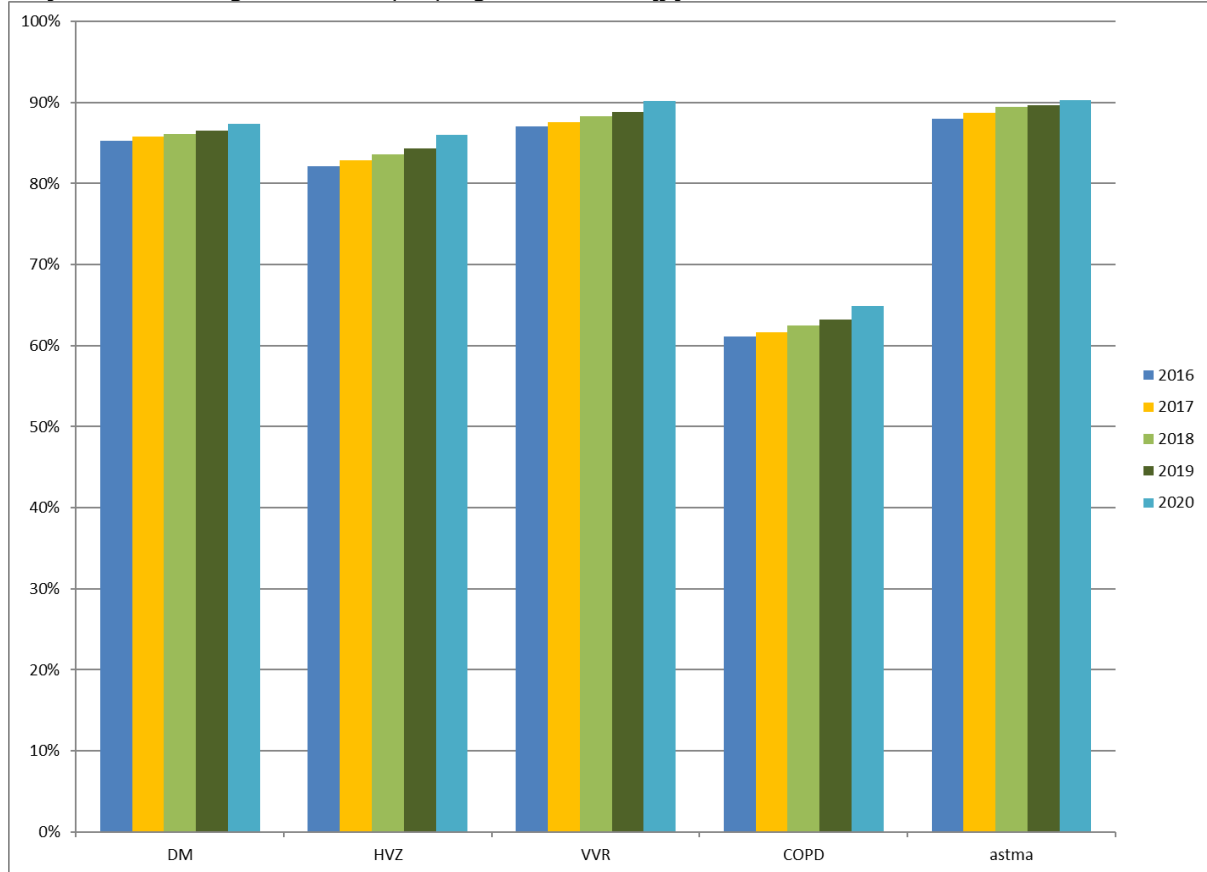
In algemene zin zijn er meerdere verklaringen denkbaar voor het feit dat de streefwaarden niet altijd gehaald worden en dat dat bij VVR/hoog risico aanzienlijk minder vaak gebeurt, dan bij DM en HVZ/ zeer hoog risico. Of en in welke mate deze verklaringen hieraan bijdragen, is niet goed te bepalen.

Ten eerste hebben mensen in een VVR/hoog-risicoprogramma een lager absoluut risico op een hart- en vaatziekte en ervaren zij nog geen ziektelast in tegenstelling tot veel DM en HVZ/zeer hoog-risicopatiënten. Mogelijk zijn VVR/hoog-risicopatiënten 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/hoog-risicogroep 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." Wanneer, bijvoorbeeld om bijwerkingen te vermijden, deze persoonlijke streefwaarde hoger is dan de streefwaarde in de richtlijn, wordt wel degelijk een belangrijke risicoreductie bereikt, mét daarbij een grotere therapietrouw, maar wordt de streefwaarde uit de richtlijn niet bereikt.

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 wel degelijk sprake van zorgoptimalisatie in lijn met de richtlijn. Niet het behalen van de streefwaarde moet dus voorop staan, maar het maken van een goede, gezamenlijke afweging met daarbij de juiste aandacht voor het (individuele) behandelplan. Een indicator die aangeeft óf de LDL-streefwaarde besproken is conform de richtlijn (proces-indicator) is dus minstens zo waardevol om zorgkwaliteit in kaart te brengen, als een indicator die het halen van de streefwaarde aangeeft (prestatie-indicator).

3. Vergelijking percentage niet rokers over de programma's

Grafiek 3: Percentage niet rokers per programma over vijf jaren



Grafiek 3 laat het percentage niet rokers zien bij patiënten uit de zorgprogramma's van de verschillende chronische aandoeningen. Er is een gestage afname te zien van het aantal rokers over de programma's over de laatste 5 jaar, ook in het 'coronajaar' 2020. De zorgprogramma's diabetes, HVZ/zeer hoog risico, VVR/hog risico en astma liggen dicht bij elkaar; 86-90% niet rokers, oftewel 10-14% rokers. Het zorgprogramma COPD valt uit de toon: 65% niet rokers (35% rokers). Nu is COPD in Nederland natuurlijk ook voornamelijk een 'rokersziekte'. Deze trend is ook terug te vinden in de gestandaardiseerde³¹ landelijke cijfers van de algehele bevolking van 18 jaar en ouder (www.volksgezondheinzorg.nl). Daar zie je dat van 2016 tot 2019 (van 2020 zijn er nog geen betrouwbare cijfers) het aantal niet rokers stijgt van 76,2% naar 78,4% (aantal rokers daalt van 23,8% naar 21,6% in de bevolking). Dit is natuurlijk goed nieuws, zeker indien men beseft dat er van 2012 tot 2015 nog een licht stijgende tendens was te zien in het aantal rokers van 18 jaar en ouder: van 24,0% naar 25,9%. Ook goed nieuws is dat de mensen in de zorgprogramma's (op COPD na) duidelijk minder roken dan het landelijke gemiddelde (10-14% versus 21,6%). Bij deze patiënten met chronische aandoeningen is het besef dat roken een belangrijke risicofactor is goed doorgedrongen en is het hen gelukt om (mede via stoppen met roken interventies) te stoppen met roken, want de

³¹ Gestandaardiseerd percentage betekent dat er rekening is gehouden met verandering in de omvang en leeftijdsverdeling van de bevolking.

meerderheid zal wel gerookt hebben in het verleden. Jammer genoeg lukt het mensen met COPD nog niet zo goed om te stoppen met roken. Maar ook daar is een lichtpuntje; bij hen lijkt het aantal niet rokers iets sterker te stijgen dan in de andere programma's (4% over 5 jaren tegen grofweg 2,5% voor de overige zorggroepen).

Landelijke interventies van de overheid en actief aansturen op stoppen met roken in de zorgprogramma's spelen hierbij een rol. Ook het moeilijk te meten 'meerroken' is natuurlijk gedaald, wat ook nog eens een gunstig effect heeft op de gezondheid van de mensen die niet roken.

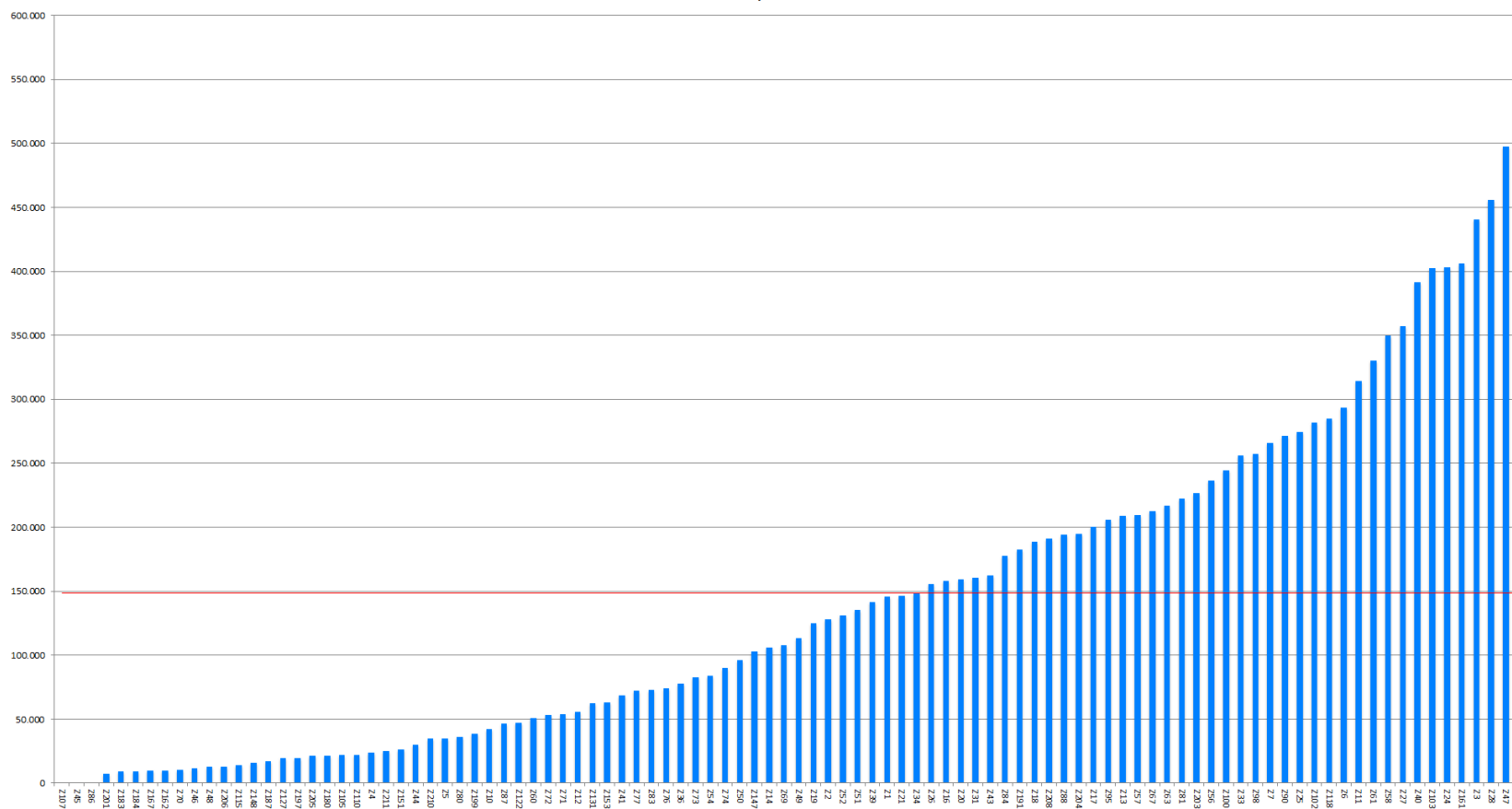
Om tot een maximaal effect te komen zou het goed zijn als zorggroepen na gaan of verschillen tussen zorggroepen gerelateerd zijn aan stop-roken interventies of andere regionale maatregelen.

Ook maximaal inzetten op stoppen met roken bij de mensen in het zorgprogramma COPD is belangrijk en de mensen zover te krijgen dat ze van 'weten ('roken is slecht voor mij') naar doen' ('ik moet ermee stoppen') geraken. In meer dan 90% van de mensen met COPD is roken (hebben gerookt) de belangrijkste oorzaak; het wakkert inflammatie aan in de longen, maar ook -na passeren van de alveolaire-capillaire membraan- systemisch, vooral in de arteriën met als gevolg versterking van de atherosclerose en vergemakkelijking van plaqueruptuur en -erosie met een acuut myocardinfarct als gevolg. Rookgedrag is dan ook van grote invloed op beloop en prognose bij COPD, te meer daar de belangrijkste doodsoorzaak bij hen cardiovasculair van aard is. Tenslotte is stoppen met roken bij COPD de enige evidente mortaliteits-reducerende 'therapie'. De huisarts en POH in de eerste lijn zijn bij uitstek geschikt om 'stop-roken-therapie' bij de COPD patiënten in te zetten hiervoor. Het zou interessant zijn te weten hoeveel van deze tijken 'stop-roken-therapie' inzet. Tevens zou het nuttig zijn te weten of het dan gaat om *Very Brief Advice* (VBA) of meer intensieve therapie.

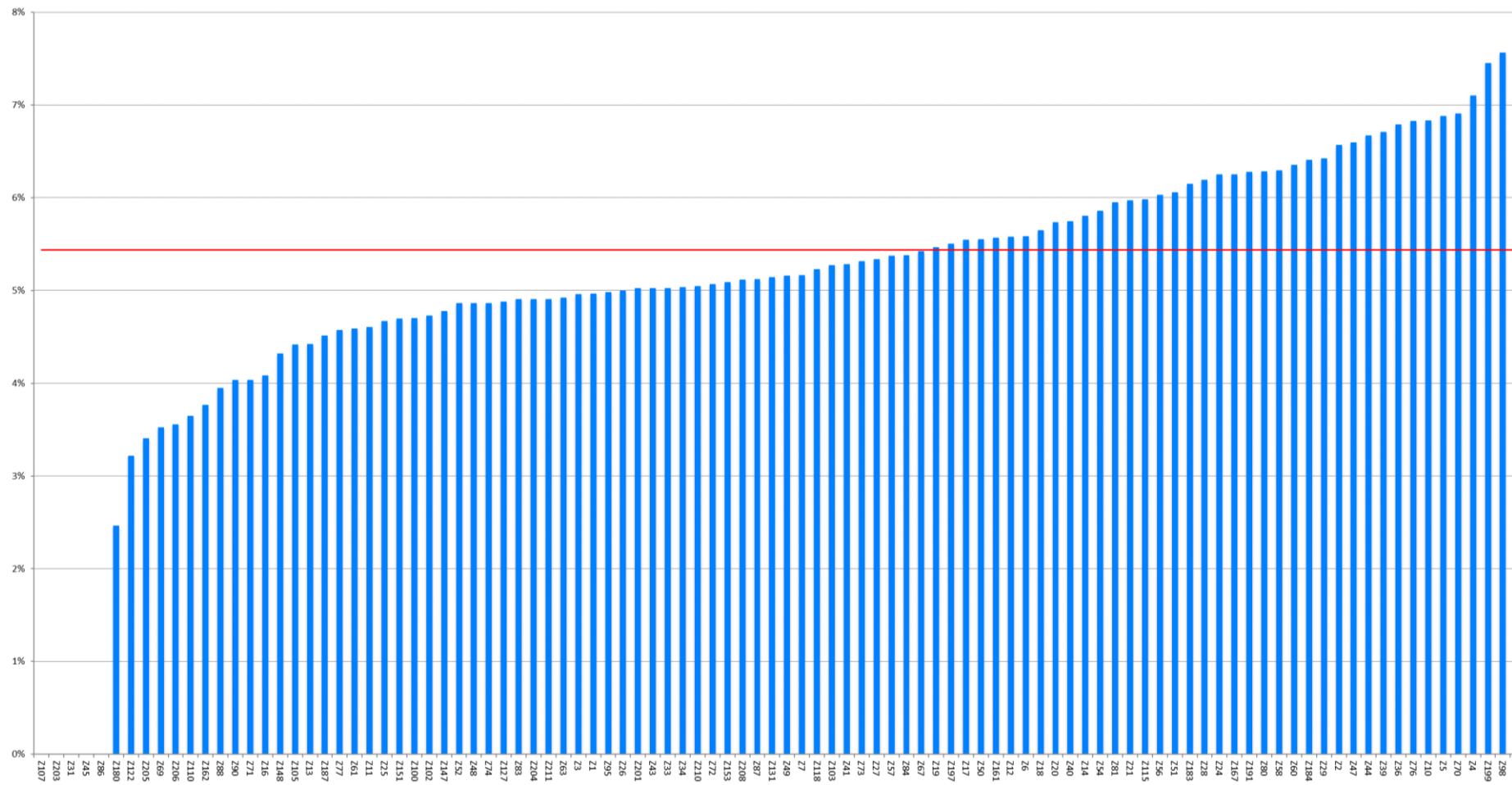
17 | BIJLAGEN

Bijlage 1 Grafieken diabetes

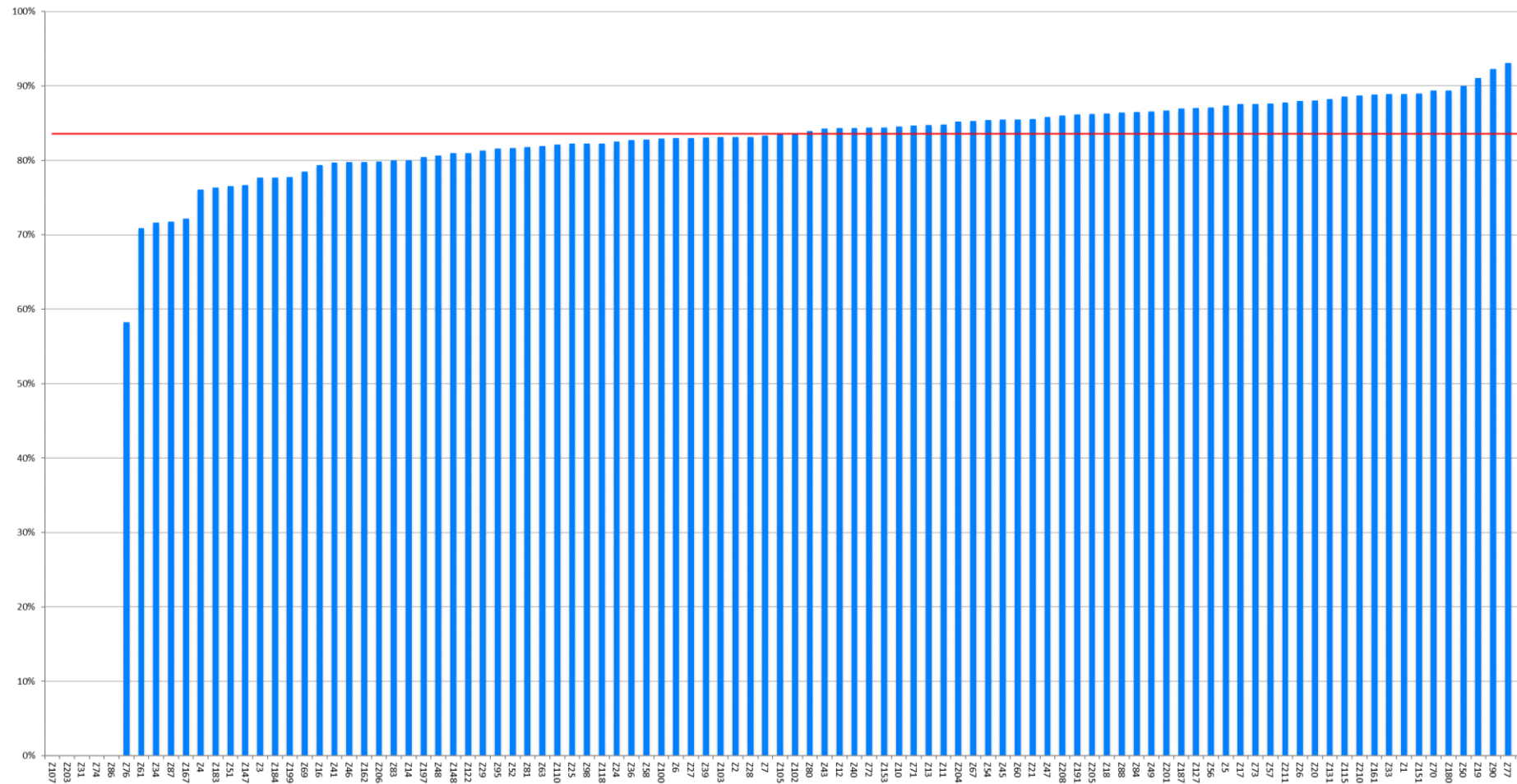
Grafiek 1: Totale populatie zorggroepen



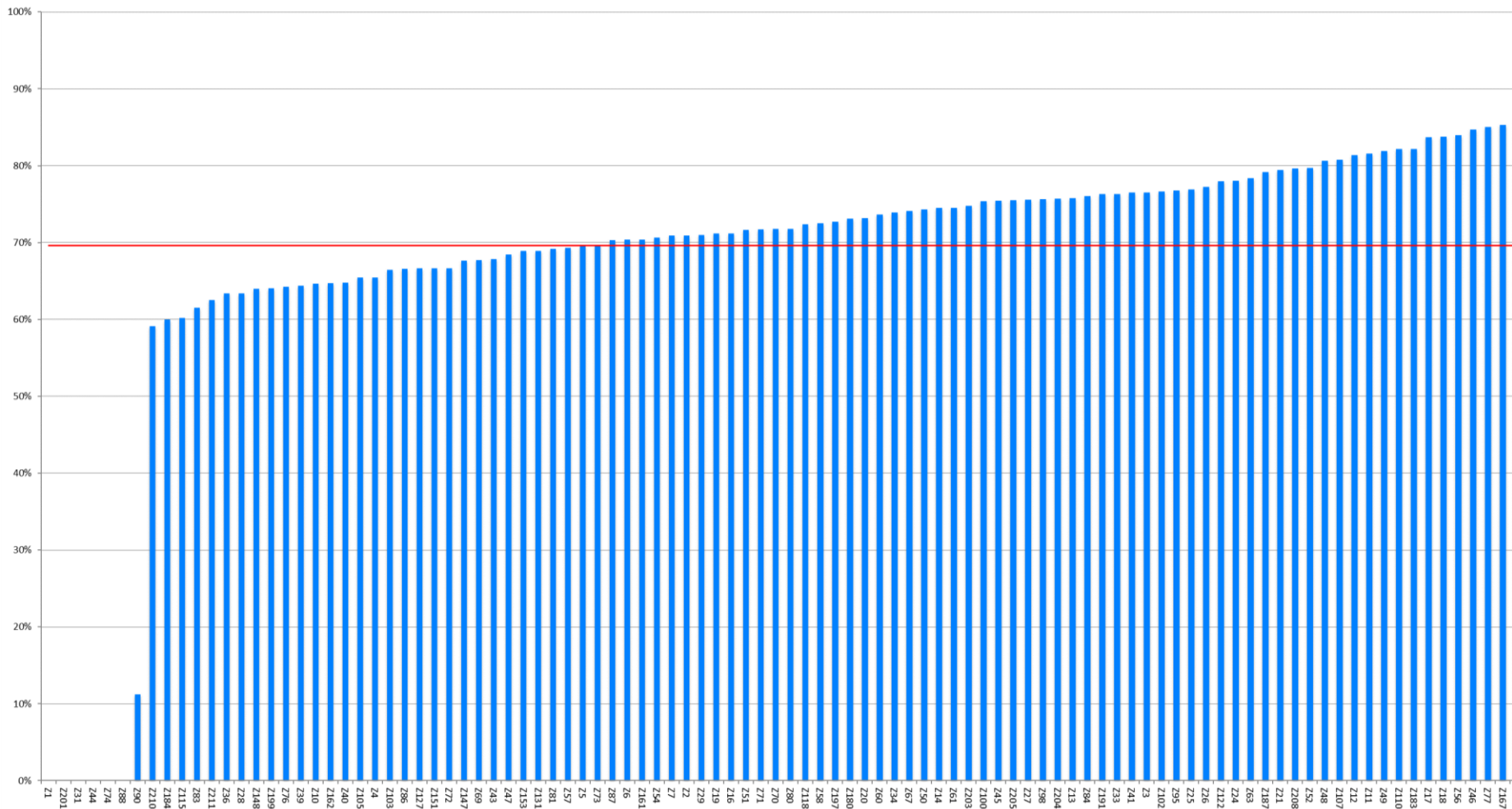
Grafiek 2: Prevalentie diabetes



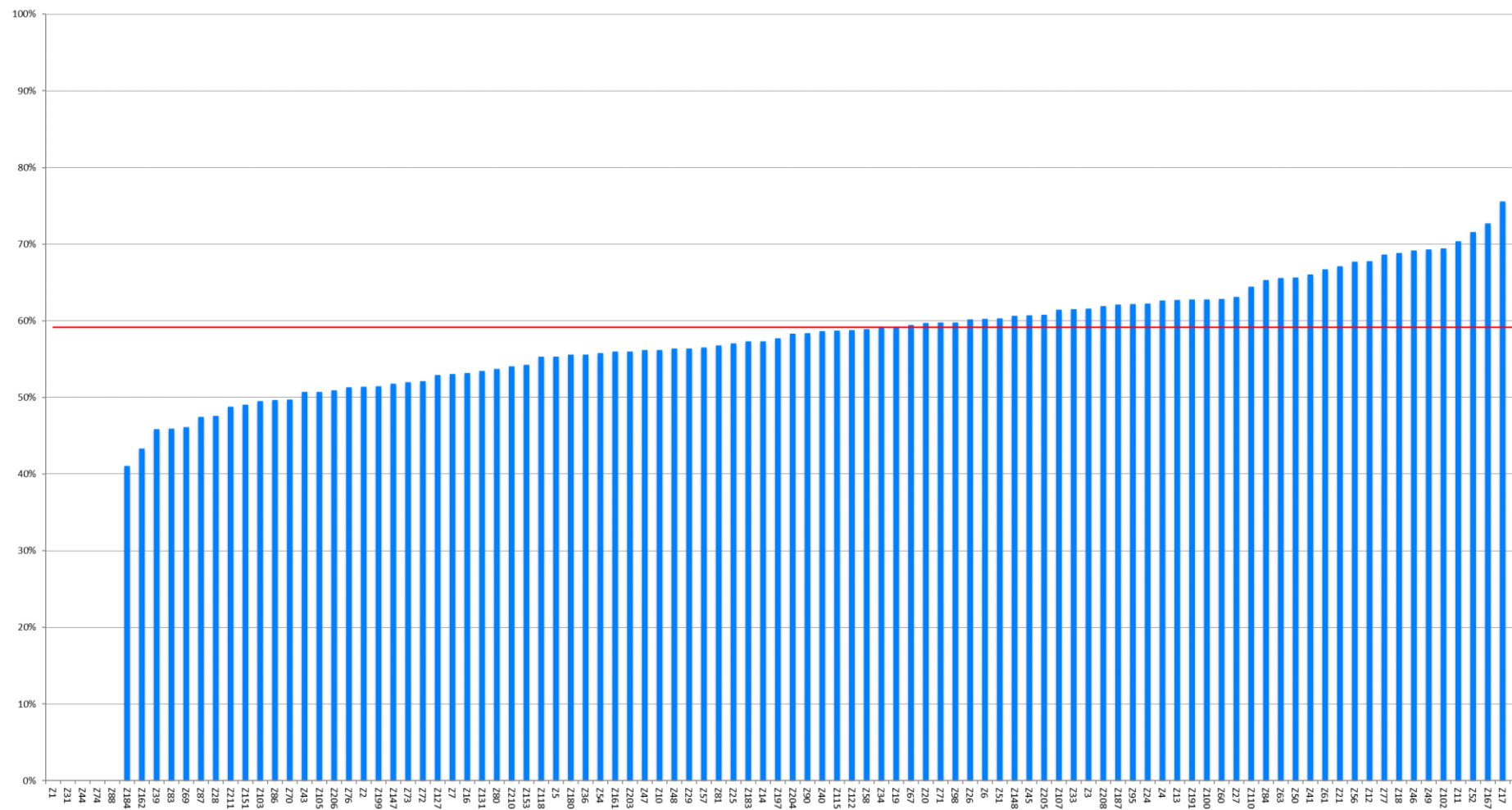
Grafiek 3: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma



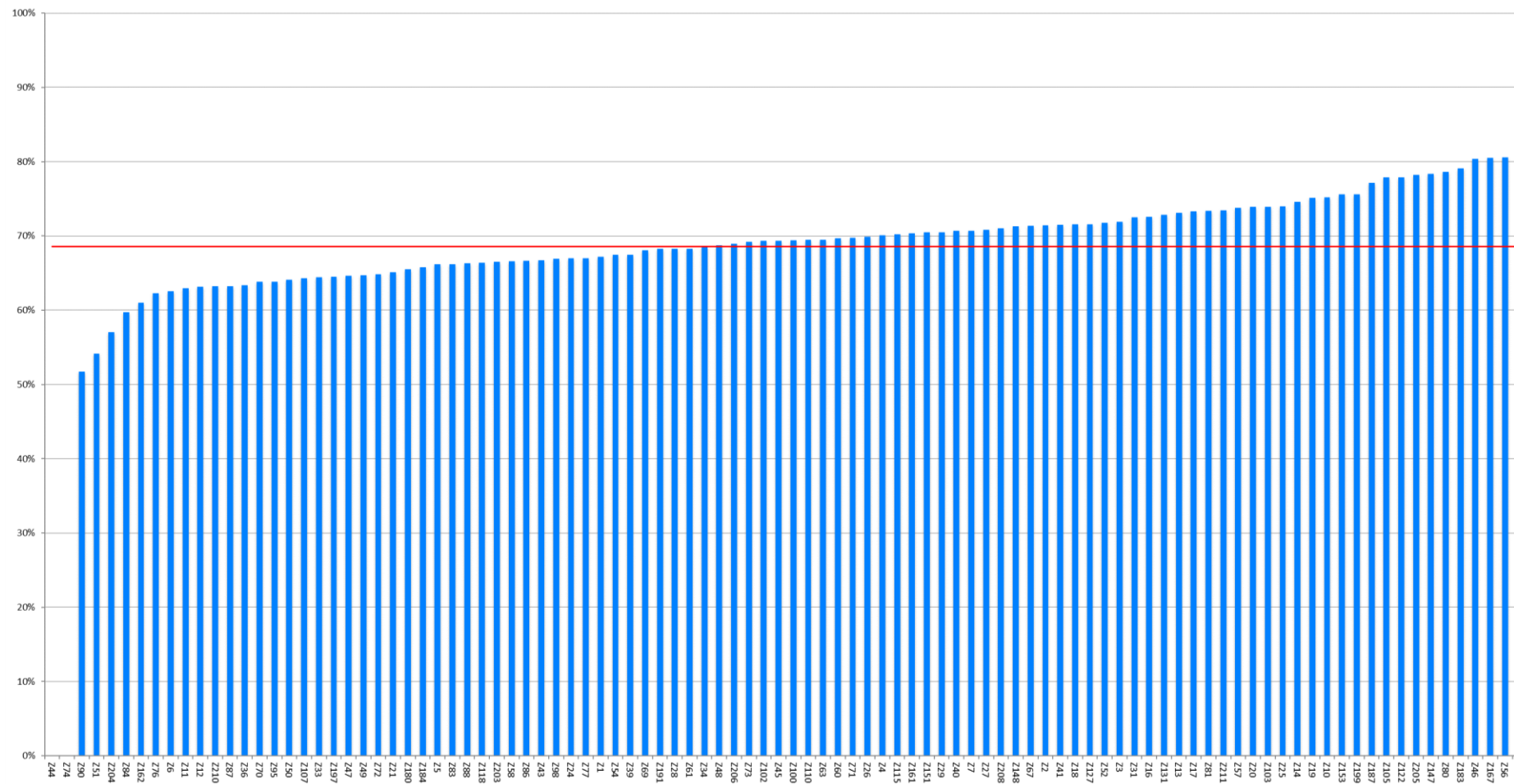
Grafiek 4: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 70 jaar met HVZ bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde gereguleerd



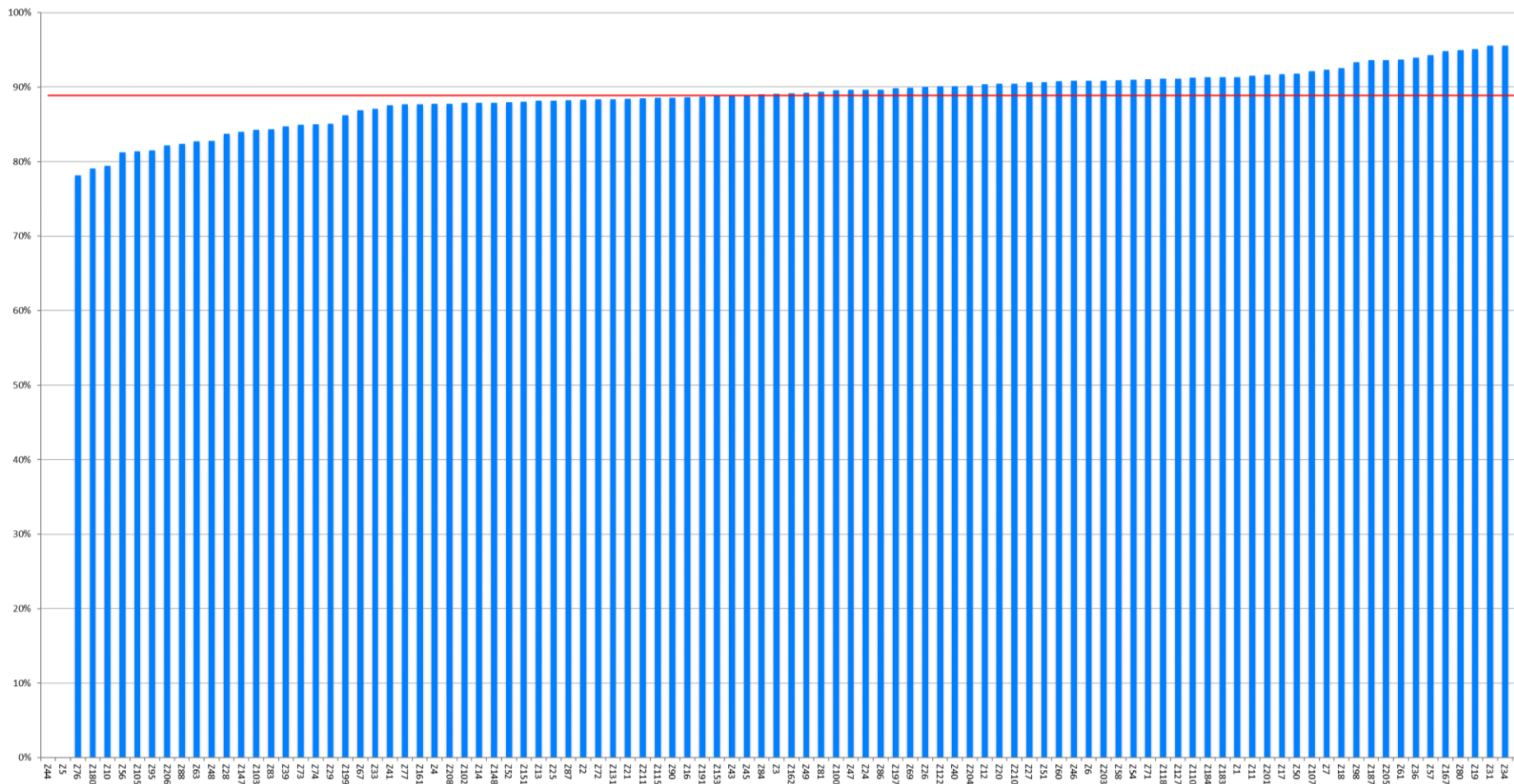
Grafiek 6: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma < 70 jaar zonder HVZ bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde gereguleerd



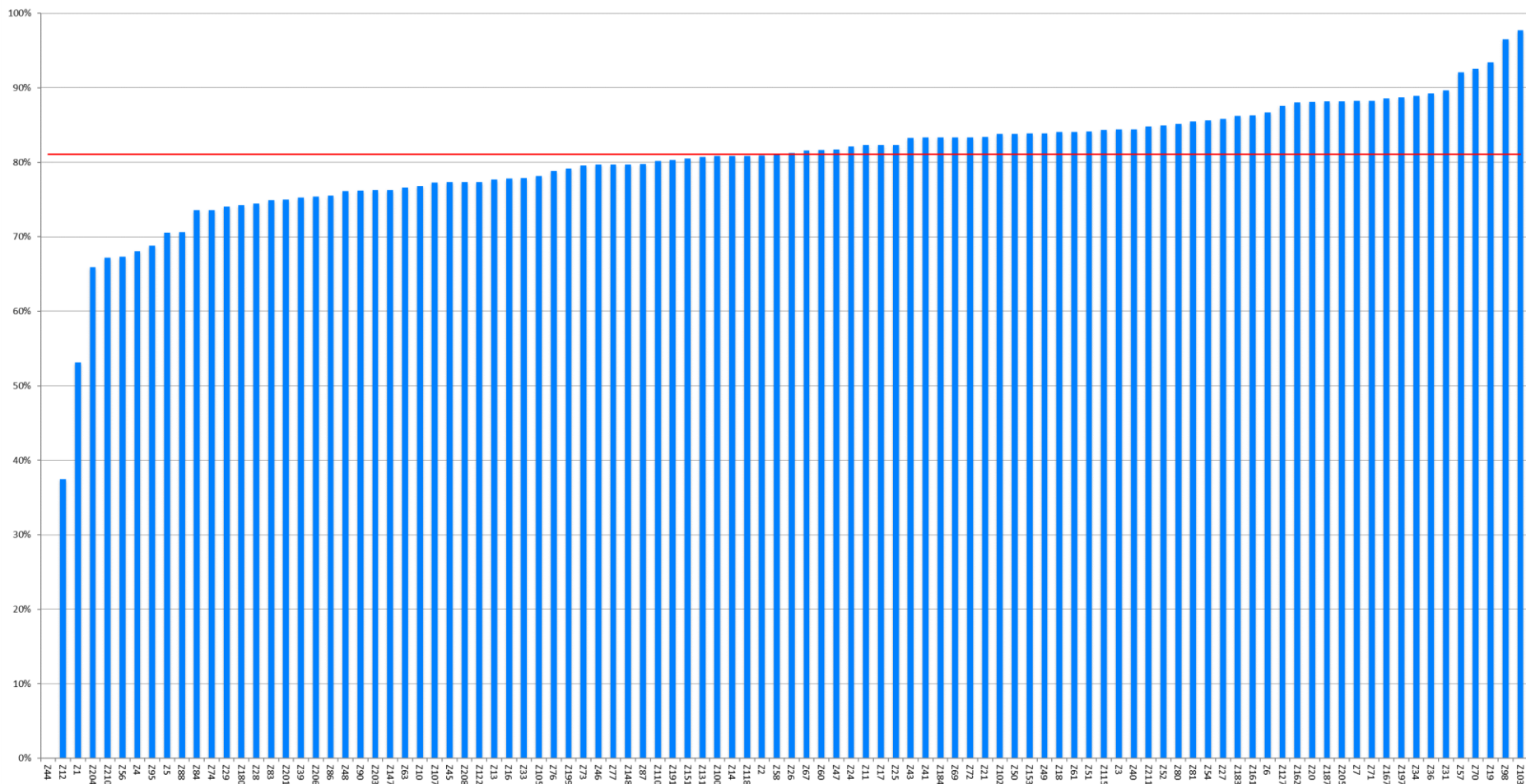
Grafiek 7: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma dat een lipidenverlagend medicament (bijvoorbeeld statines) gebruikt



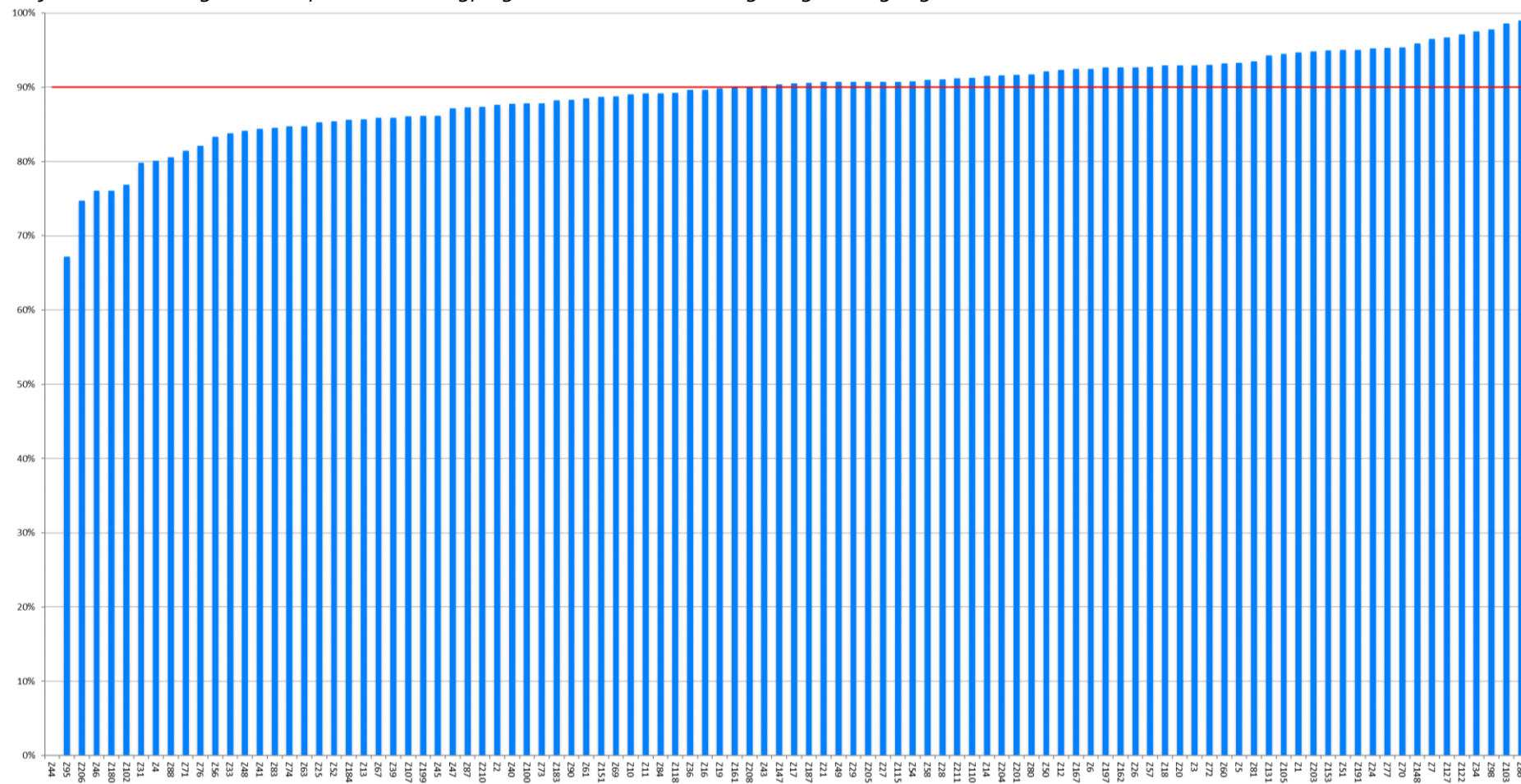
Grafiek 8: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de eGFR is geregistreerd



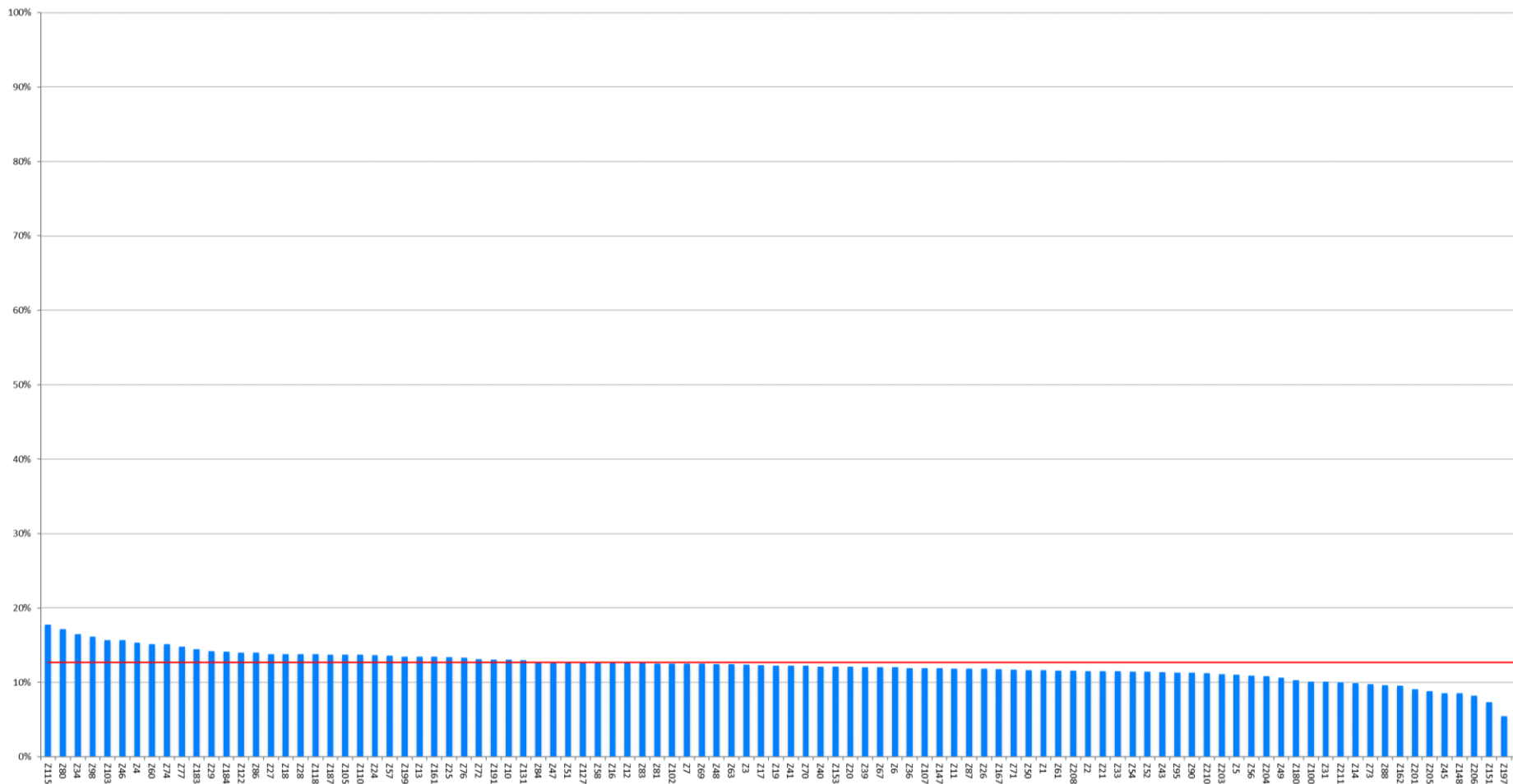
Grafiek 9: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met urineonderzoek (porties) op albumine of albumine/creatinine ratio



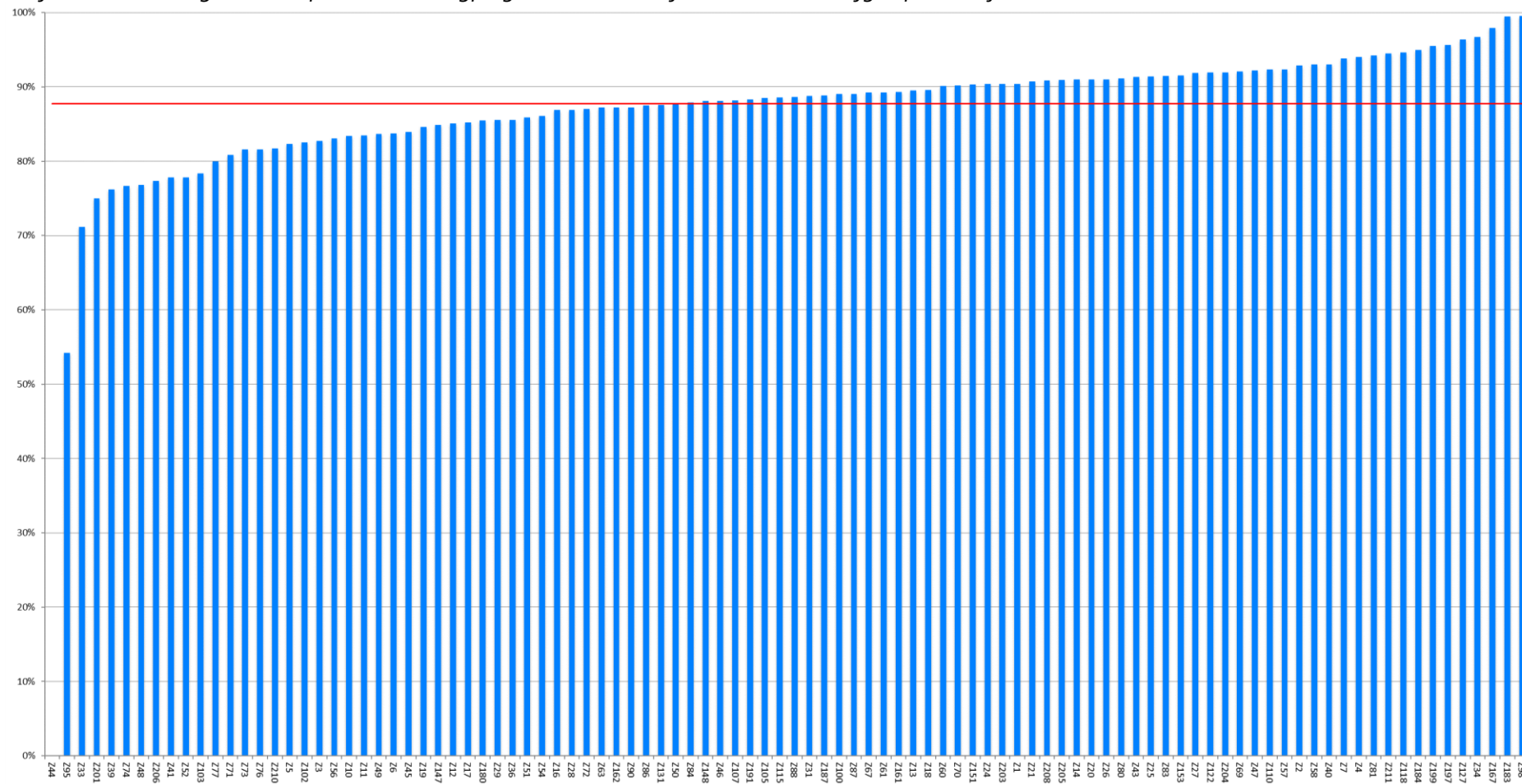
Grafiek 10: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



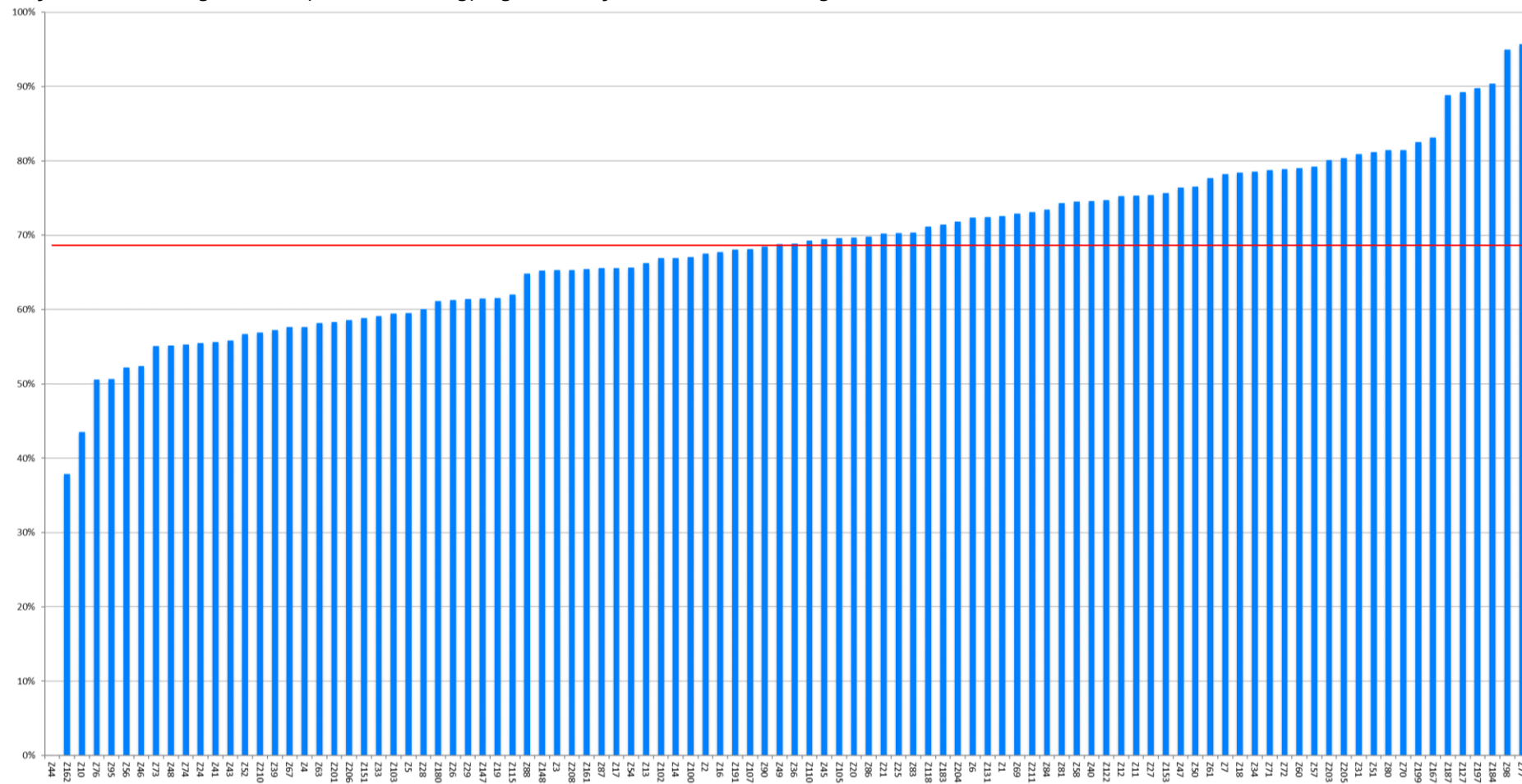
Grafiek 11: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma, van wie rookgedrag is vastgelegd, dat rookt



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

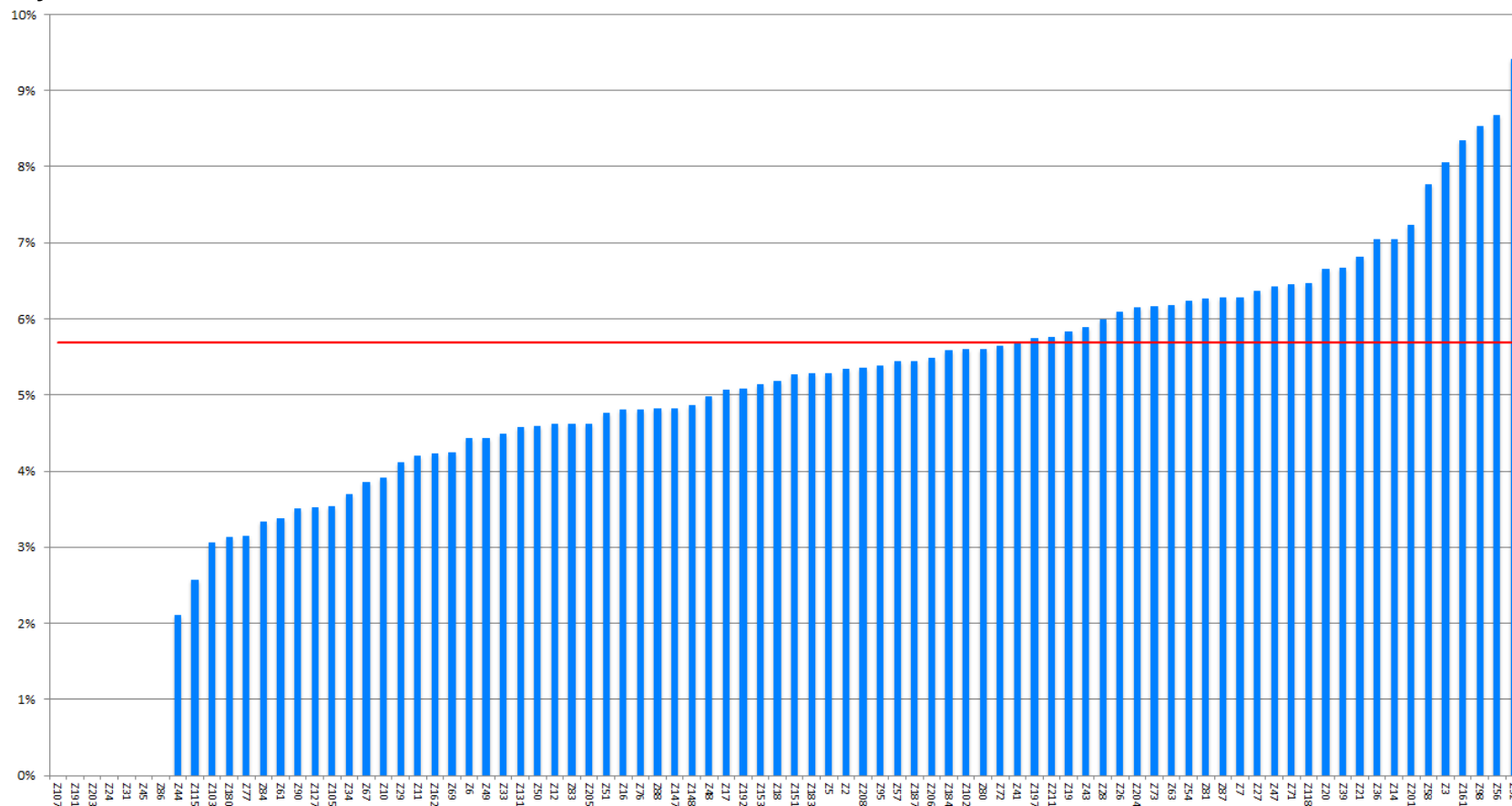


Grafiek 13: Percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie voetonderzoek is gedaan

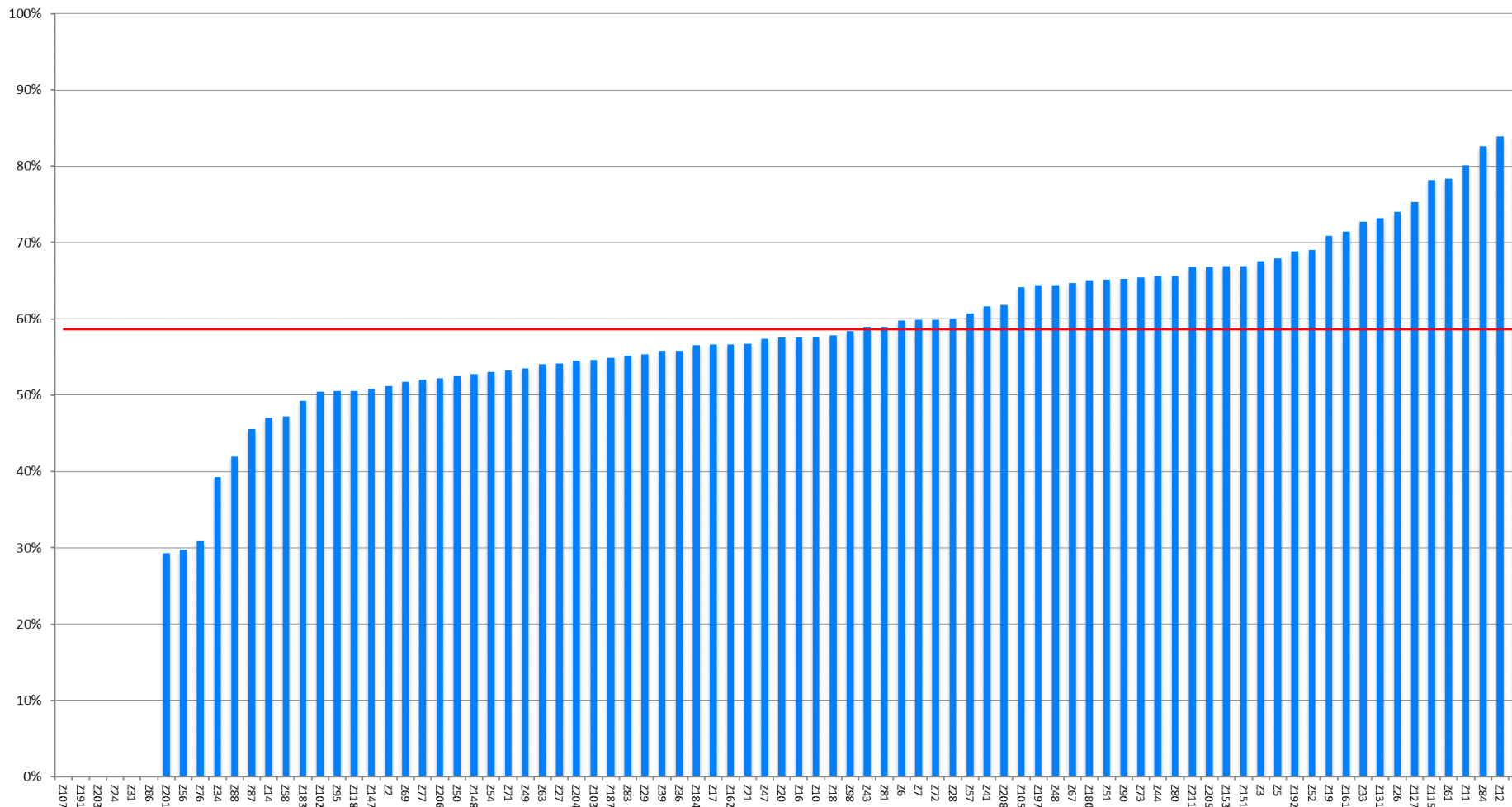


Bijlage 2 Grafieken HVZ

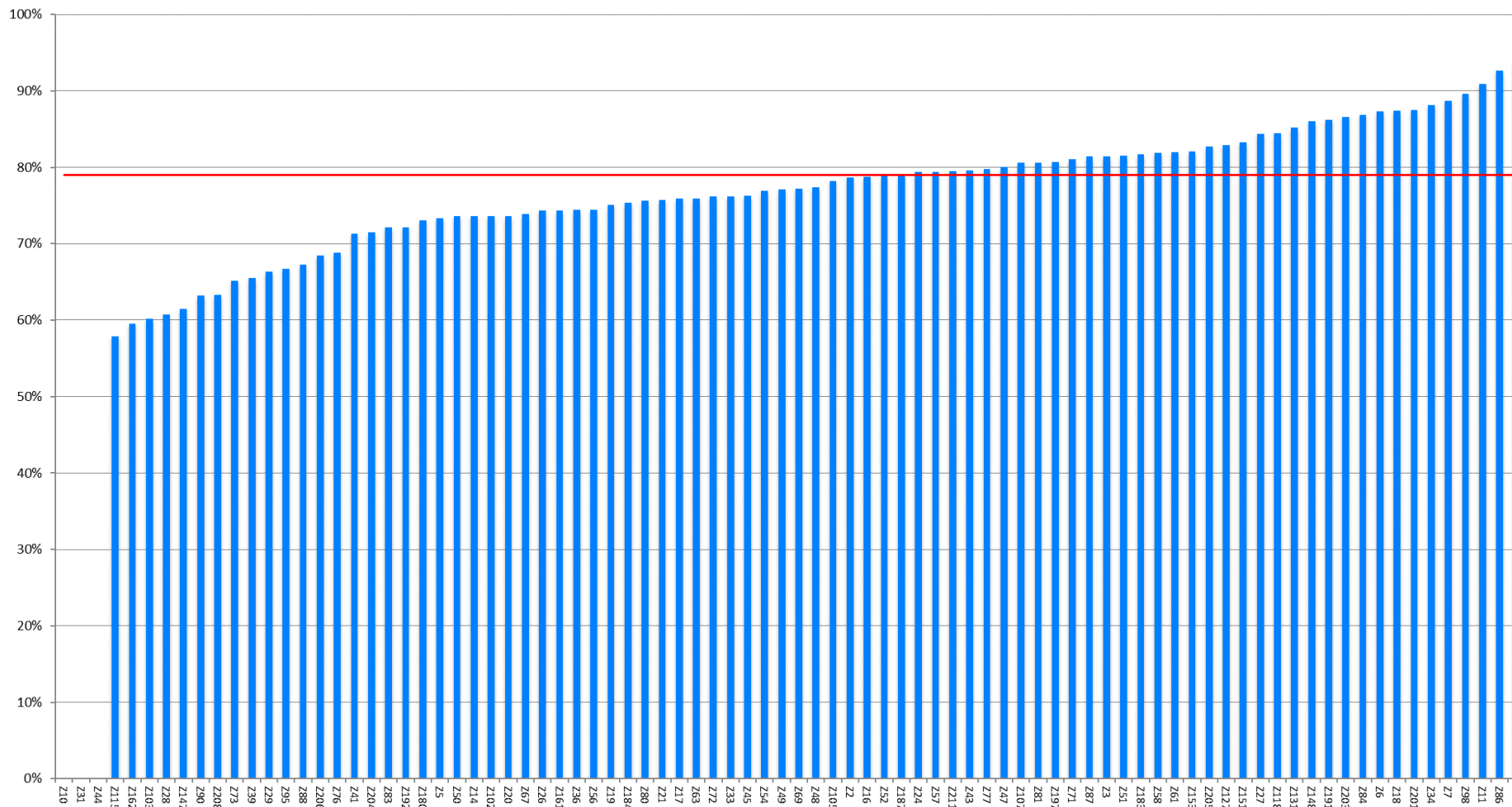
Grafiek 1: Prevalentie HVZ



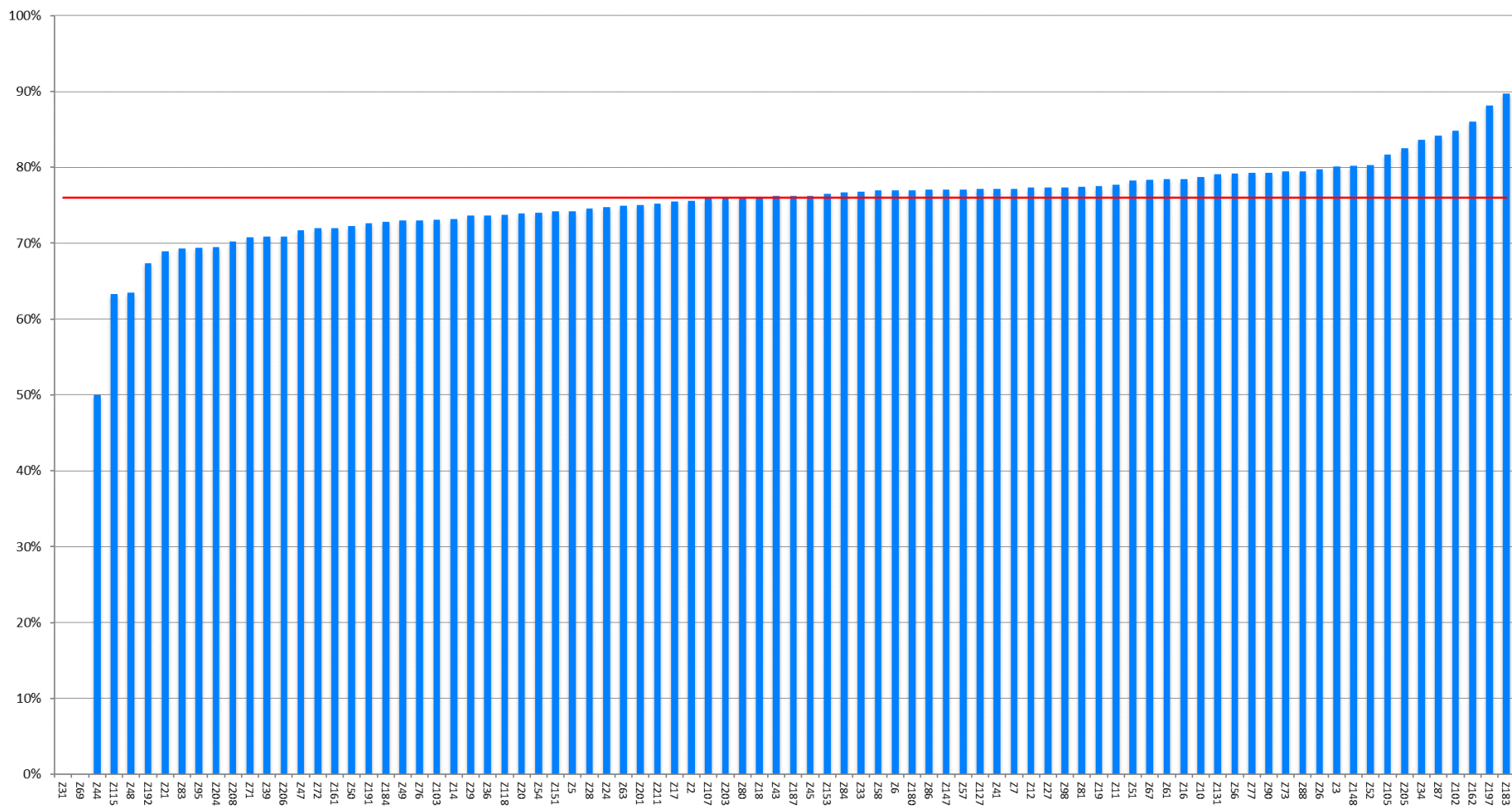
Grafiek 2: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma



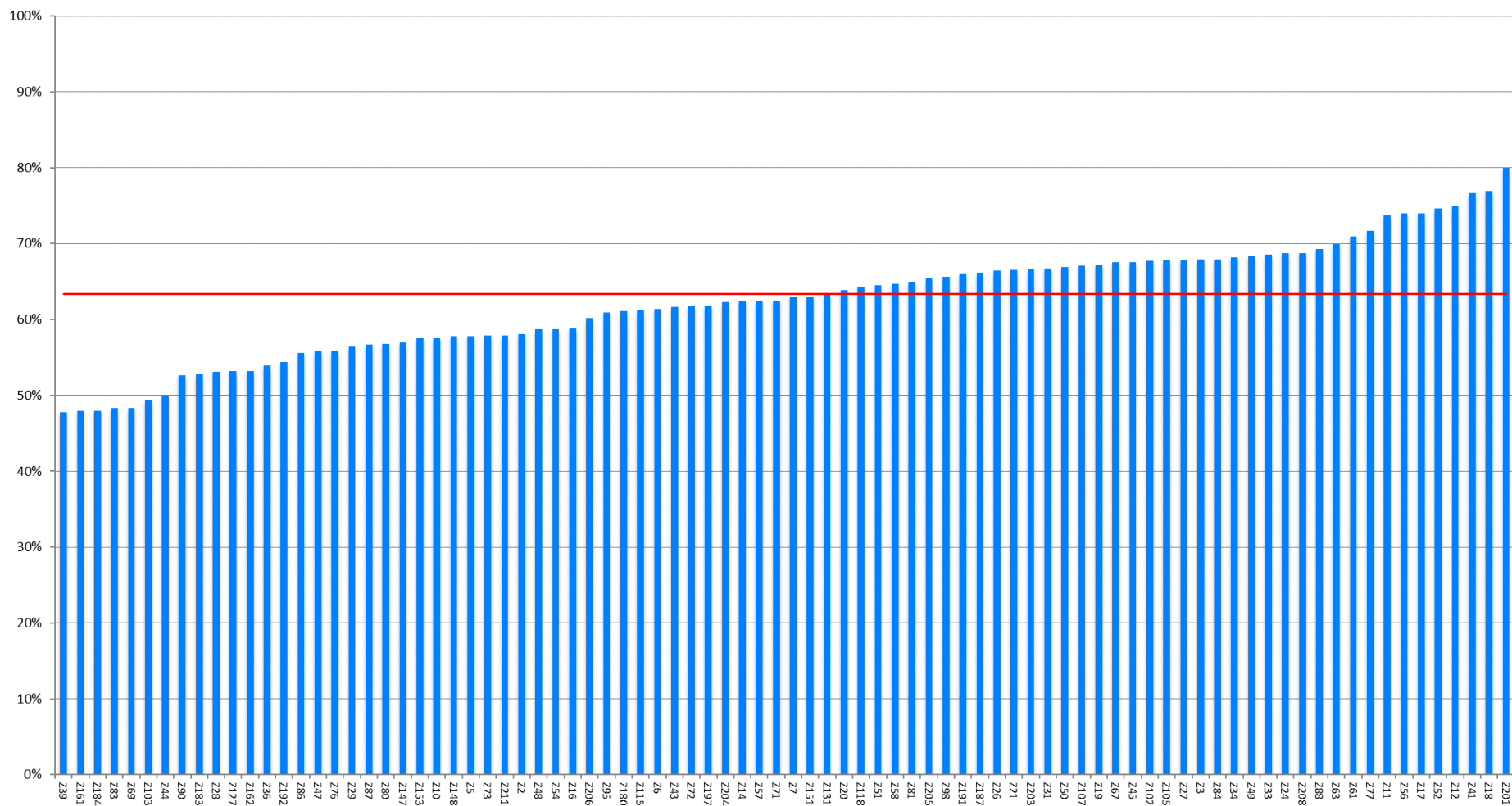
Grafiek 3: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten



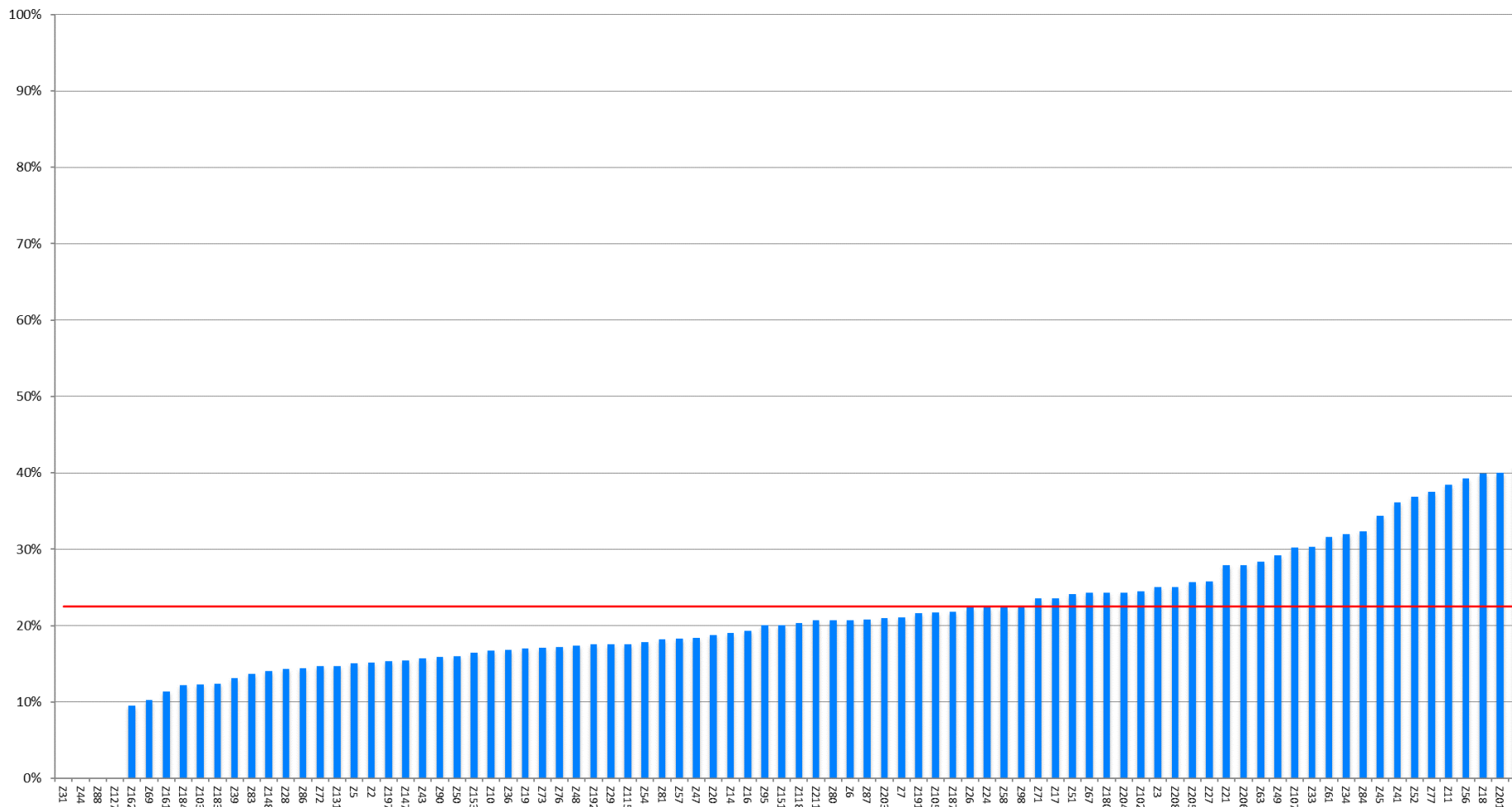
Grafiek 4: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met adequaat gereguleerde systolische bloeddruk



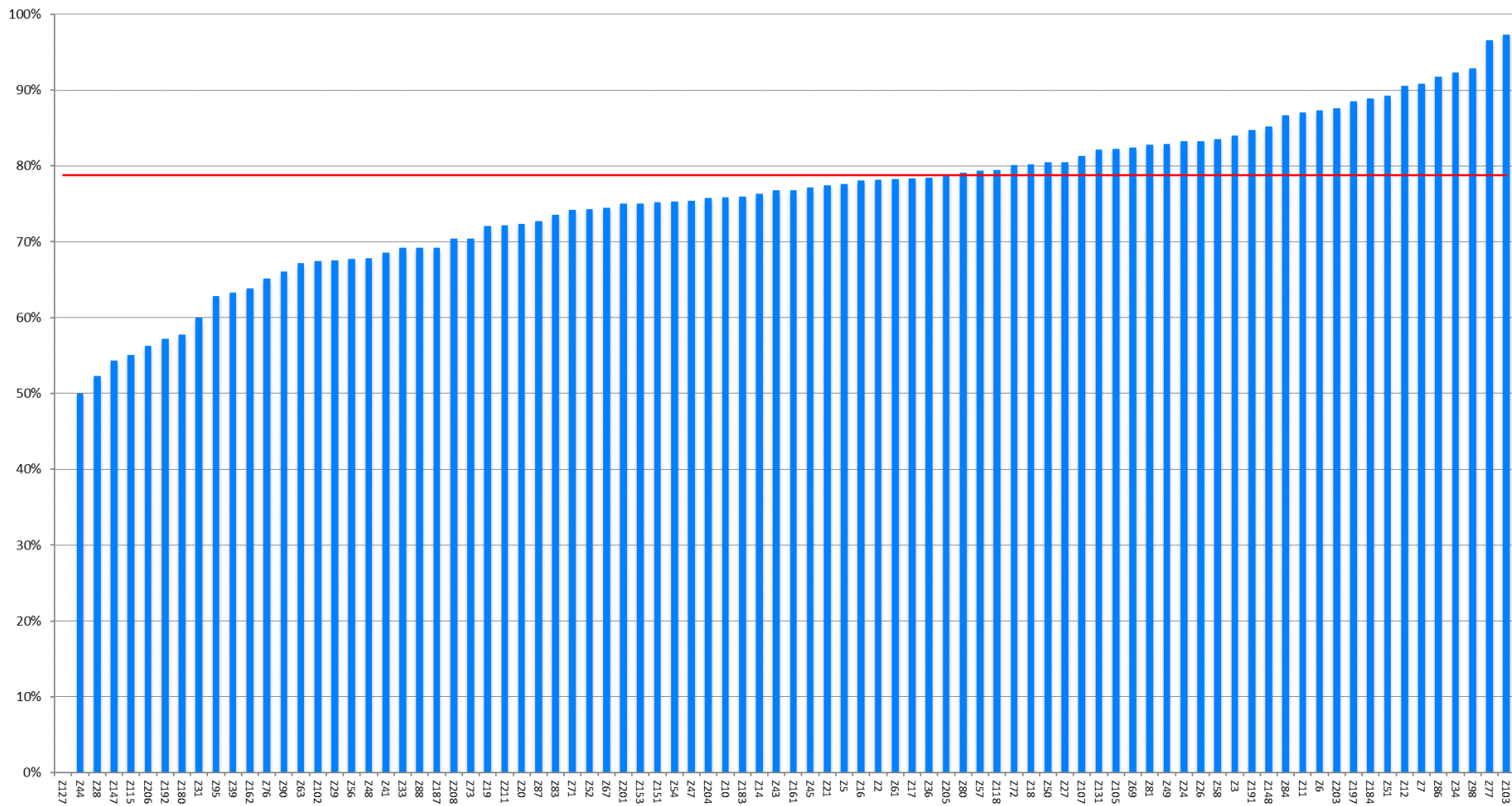
Grafiek 5: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde gereguleerd



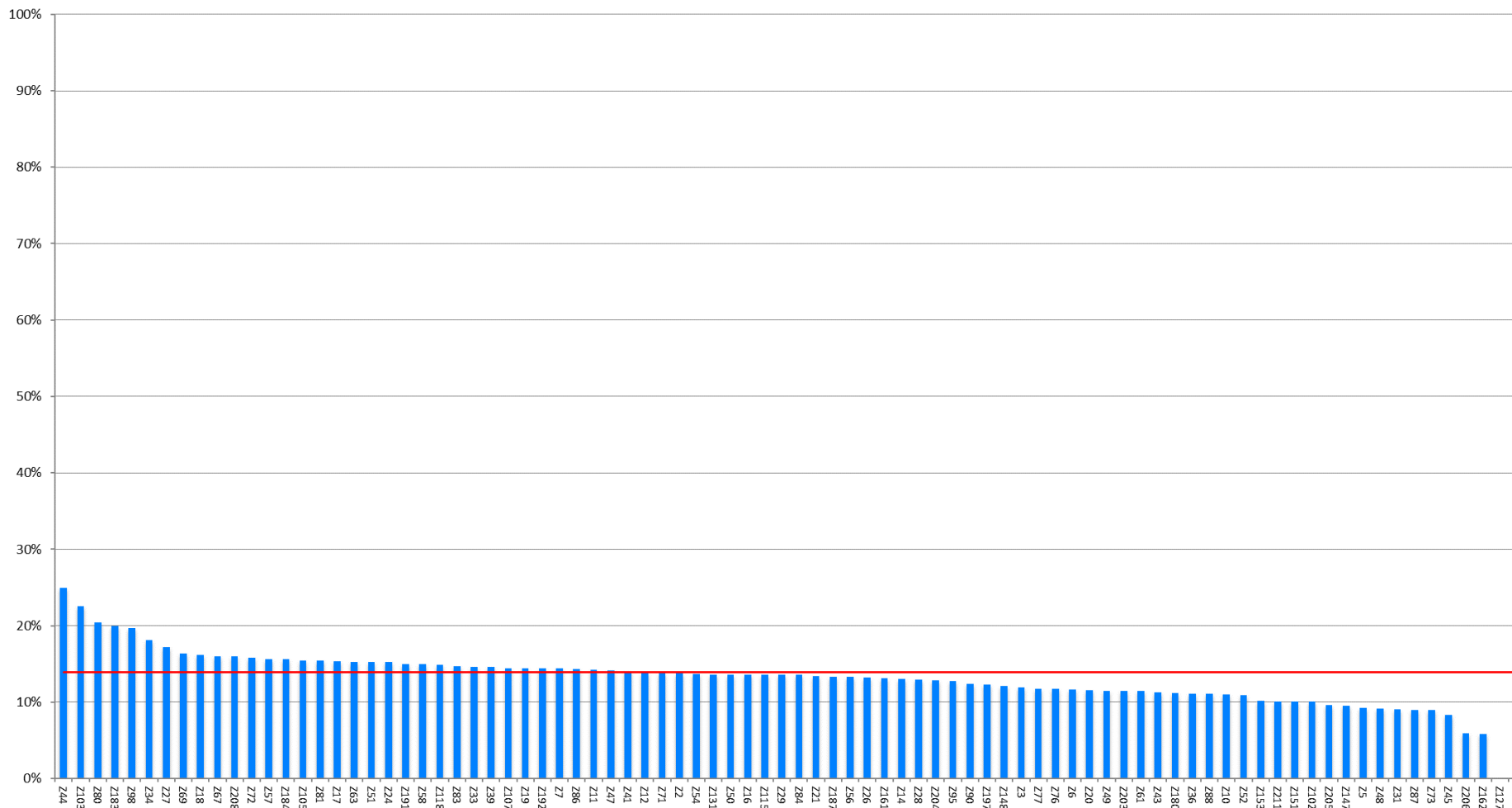
Grafiek 6: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde streng gereguleerd



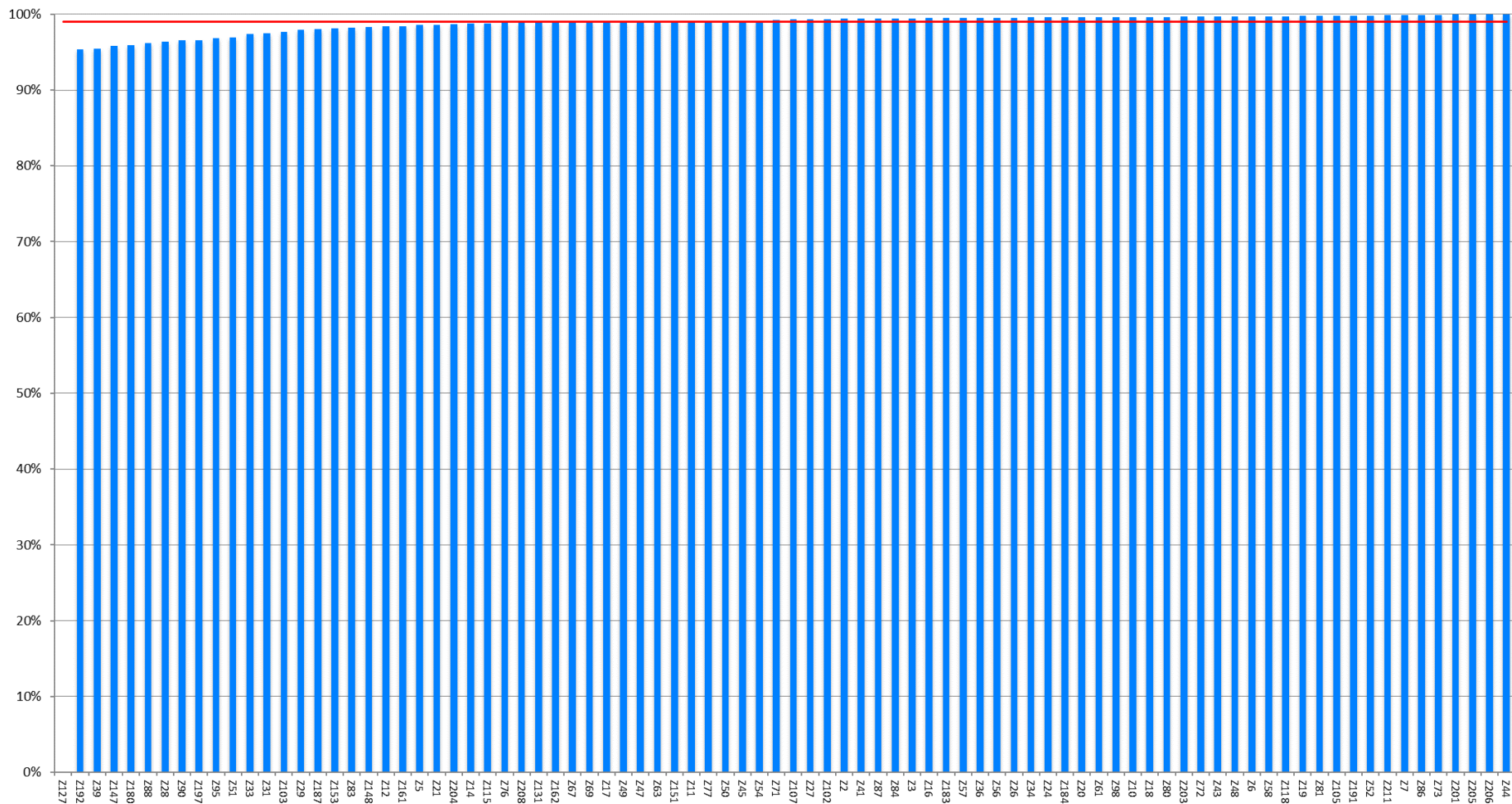
Grafiek 7: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd



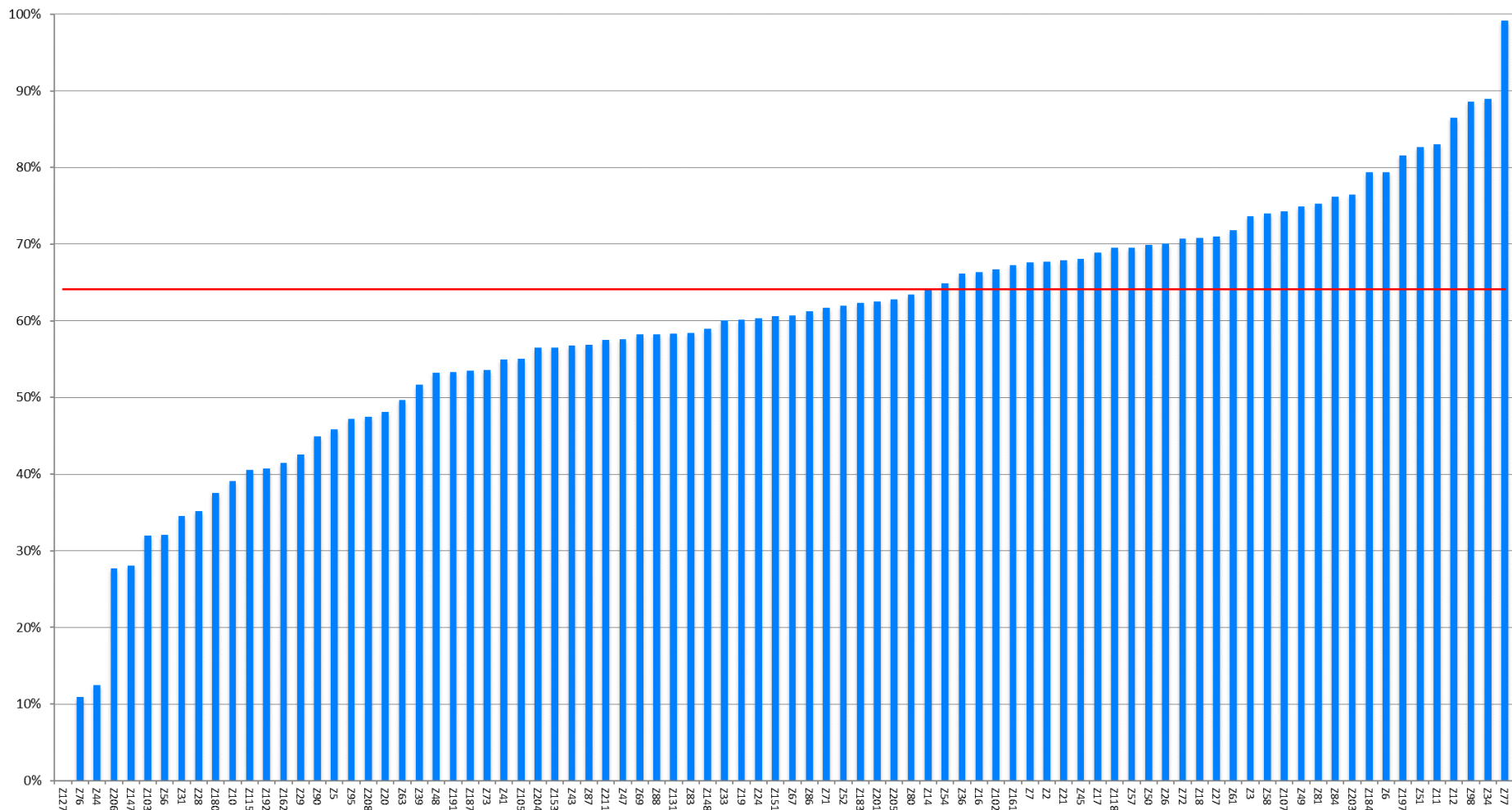
Grafiek 8: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd dat rookt



Grafiek 9: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is gemeten in afgelopen vijf jaar

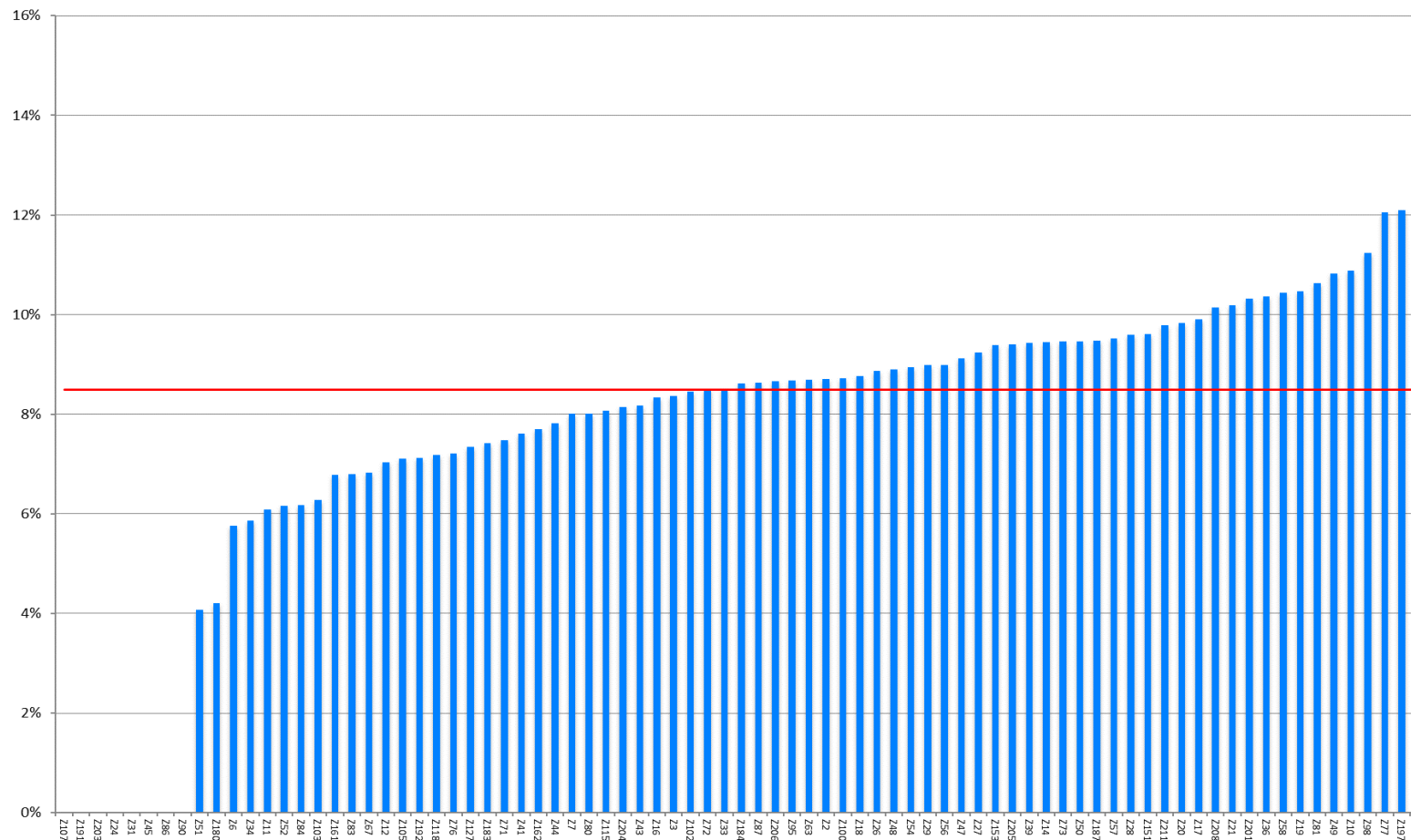


Grafiek 10: Percentage HVZ patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode

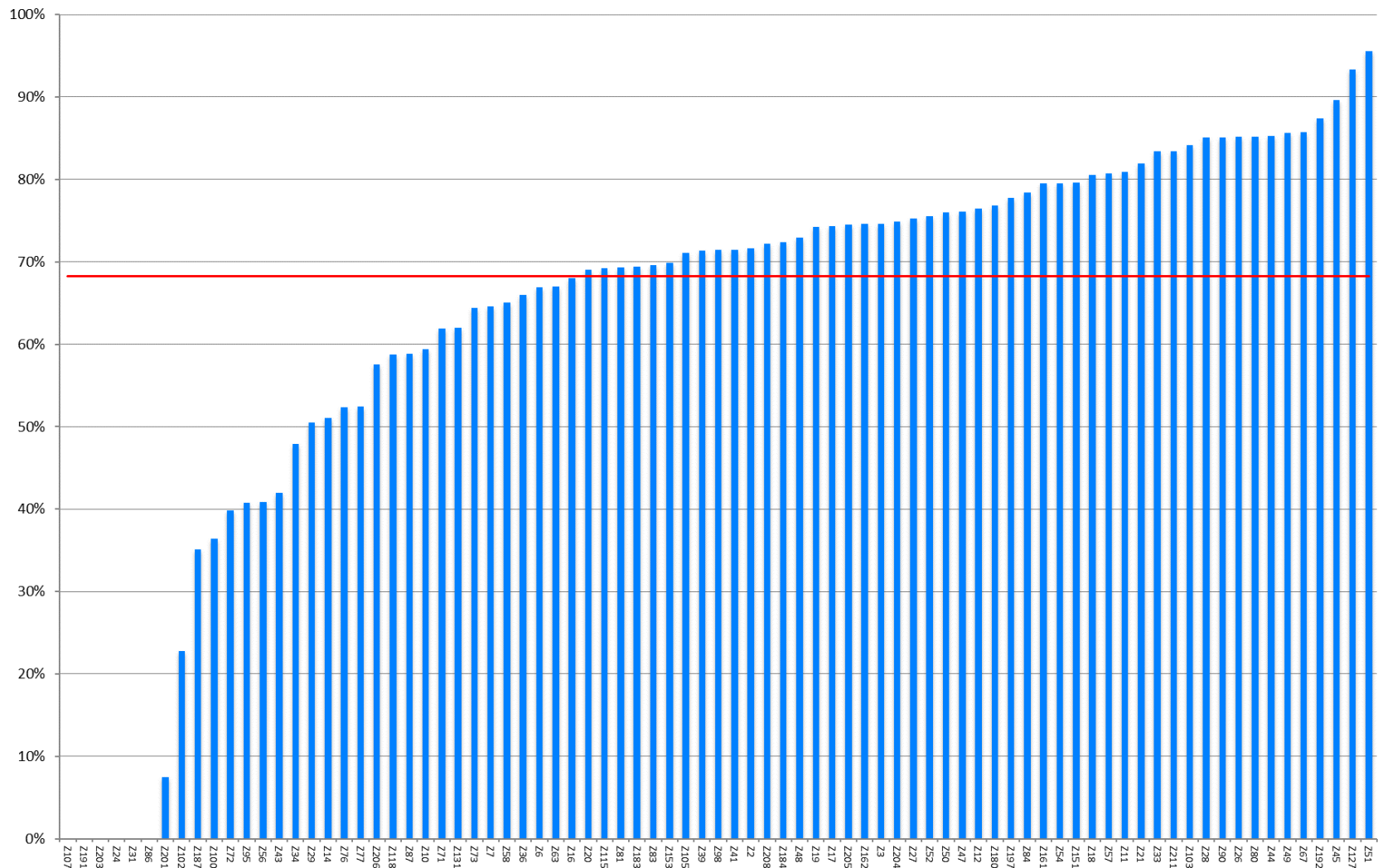


Bijlage 3 Grafieken VVR

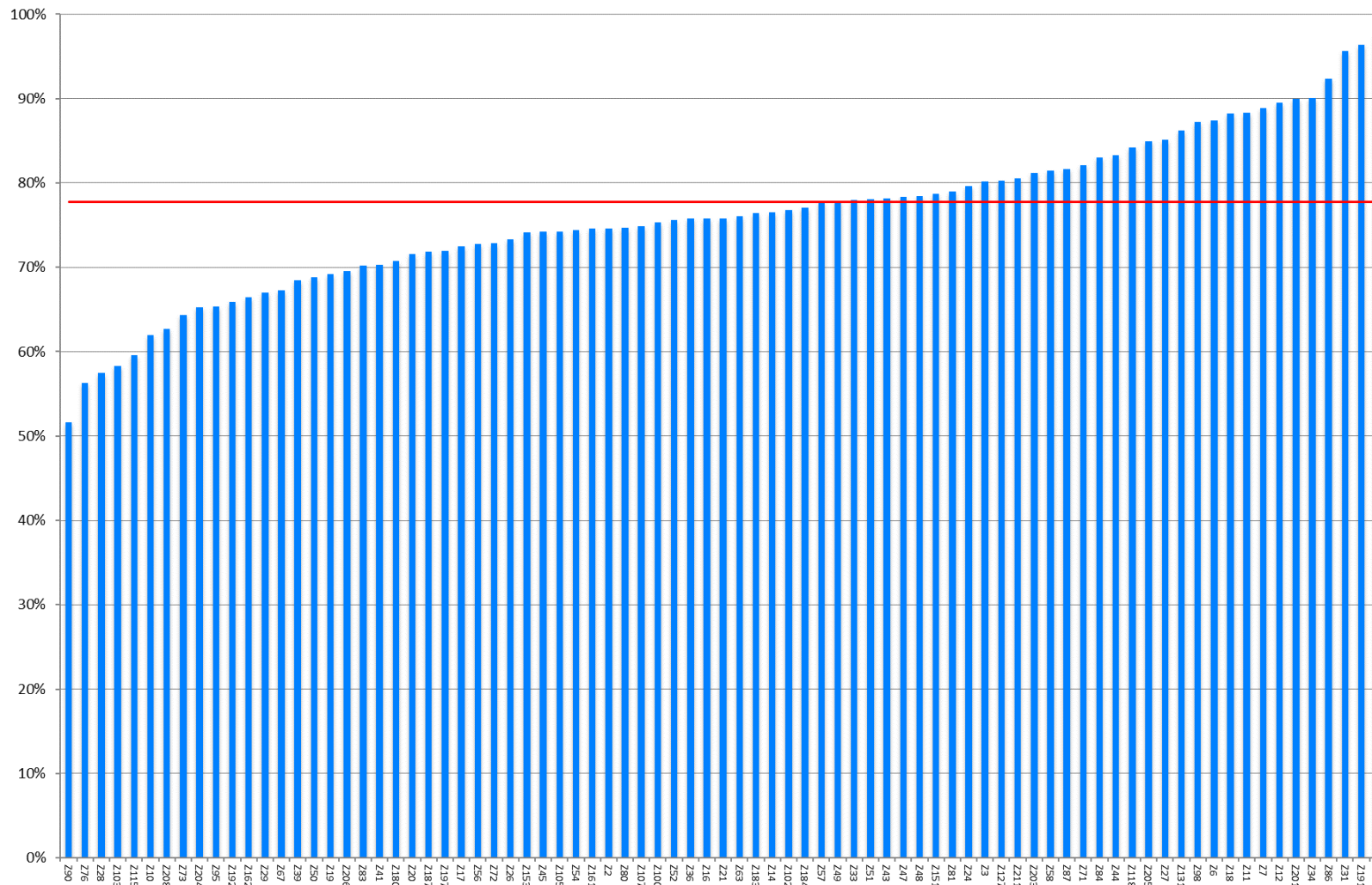
Grafiek 1: Prevalentie VVR



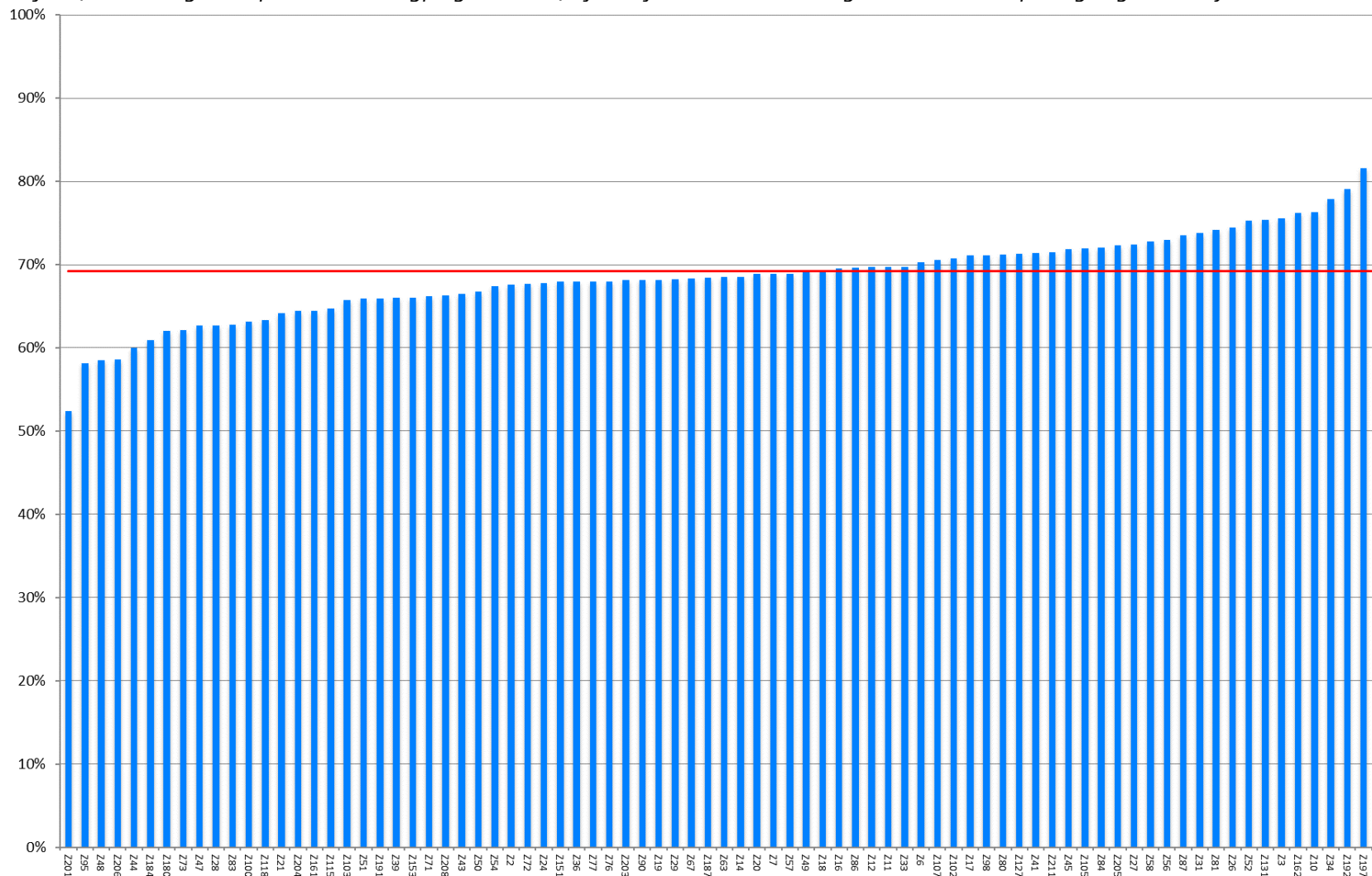
Grafiek 2: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma



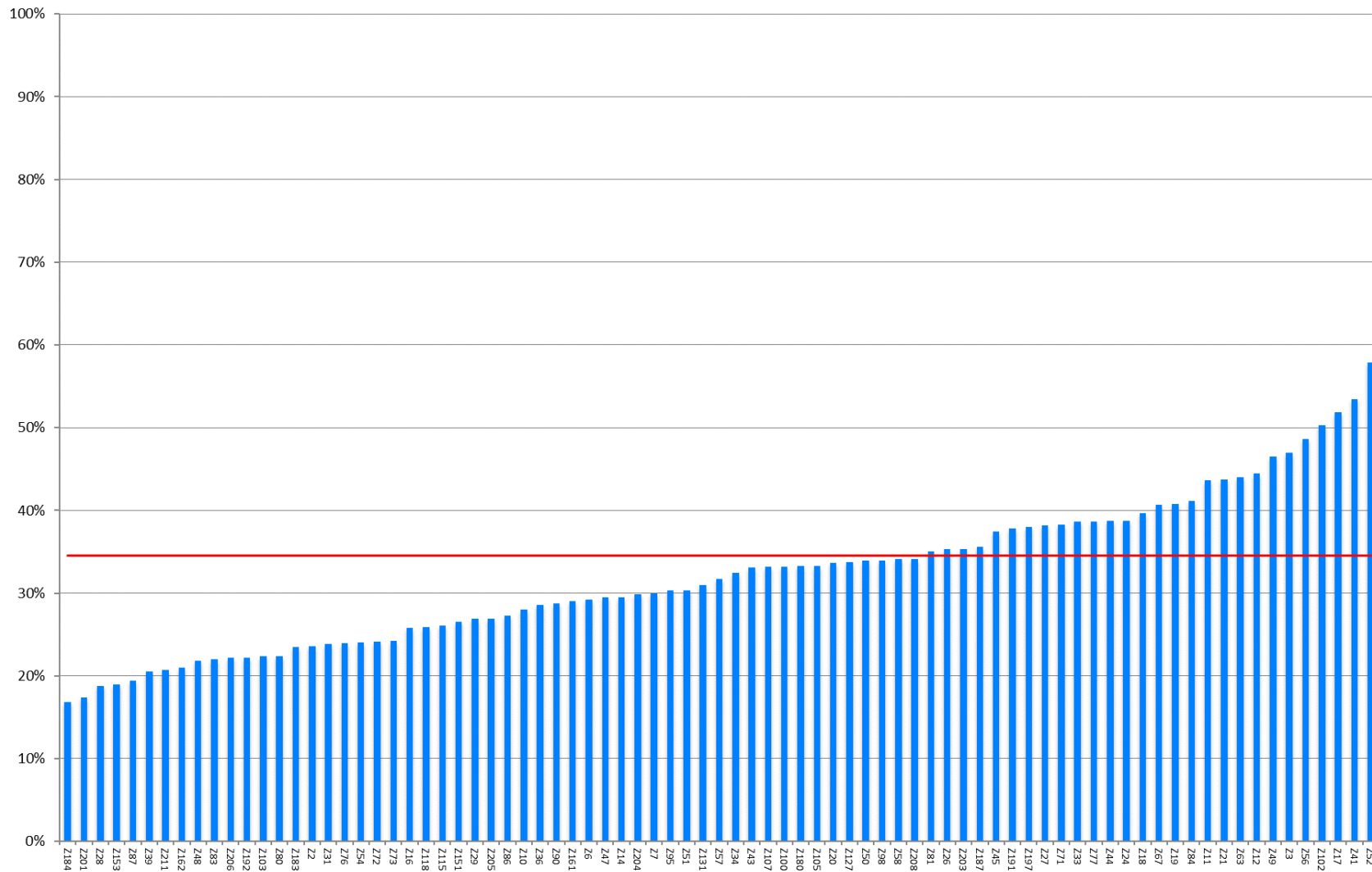
Grafiek 3: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is gemeten



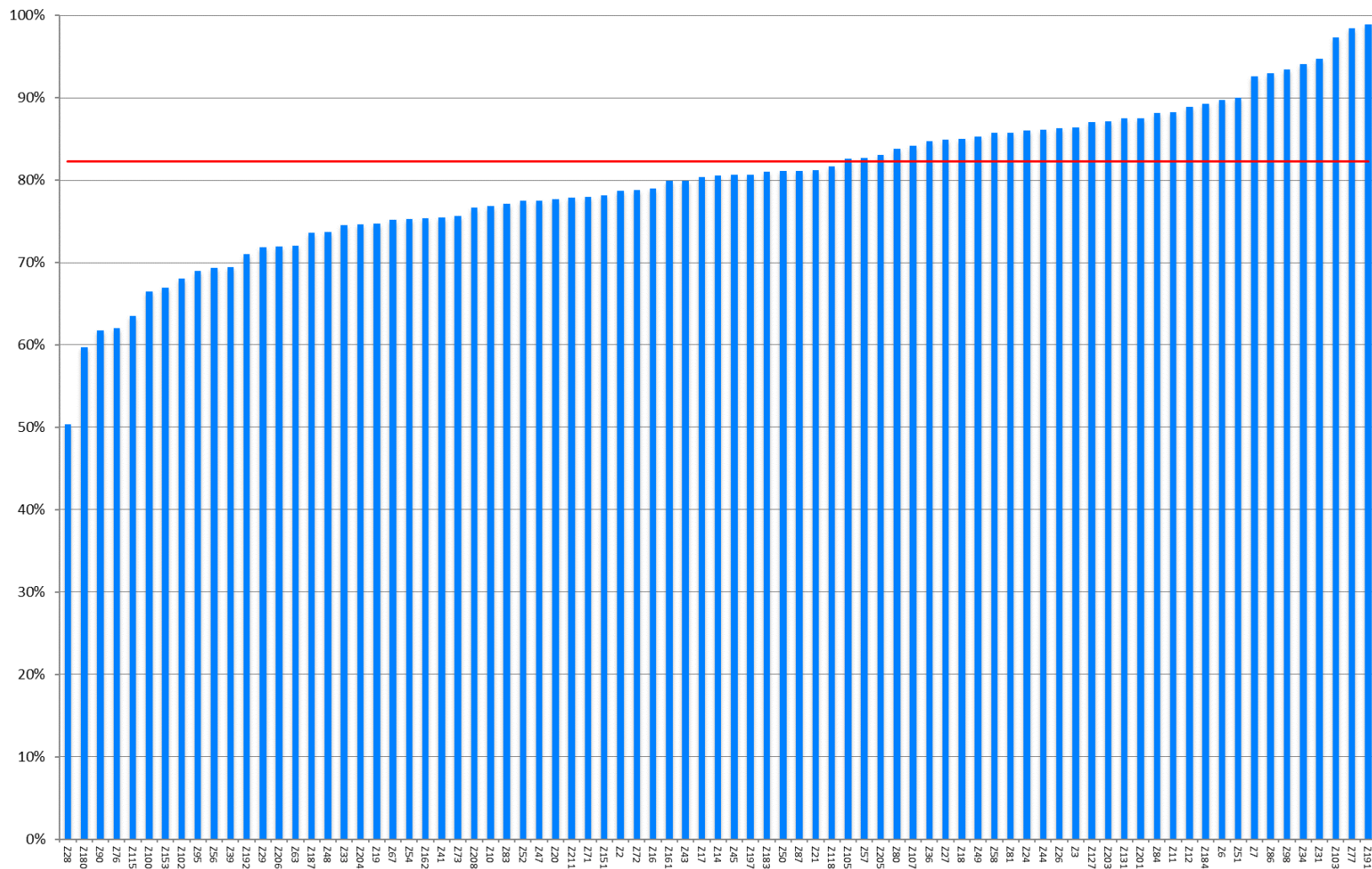
Grafiek 4: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie de bloeddruk is gemeten met adequaat gereguleerde systolische bloeddruk



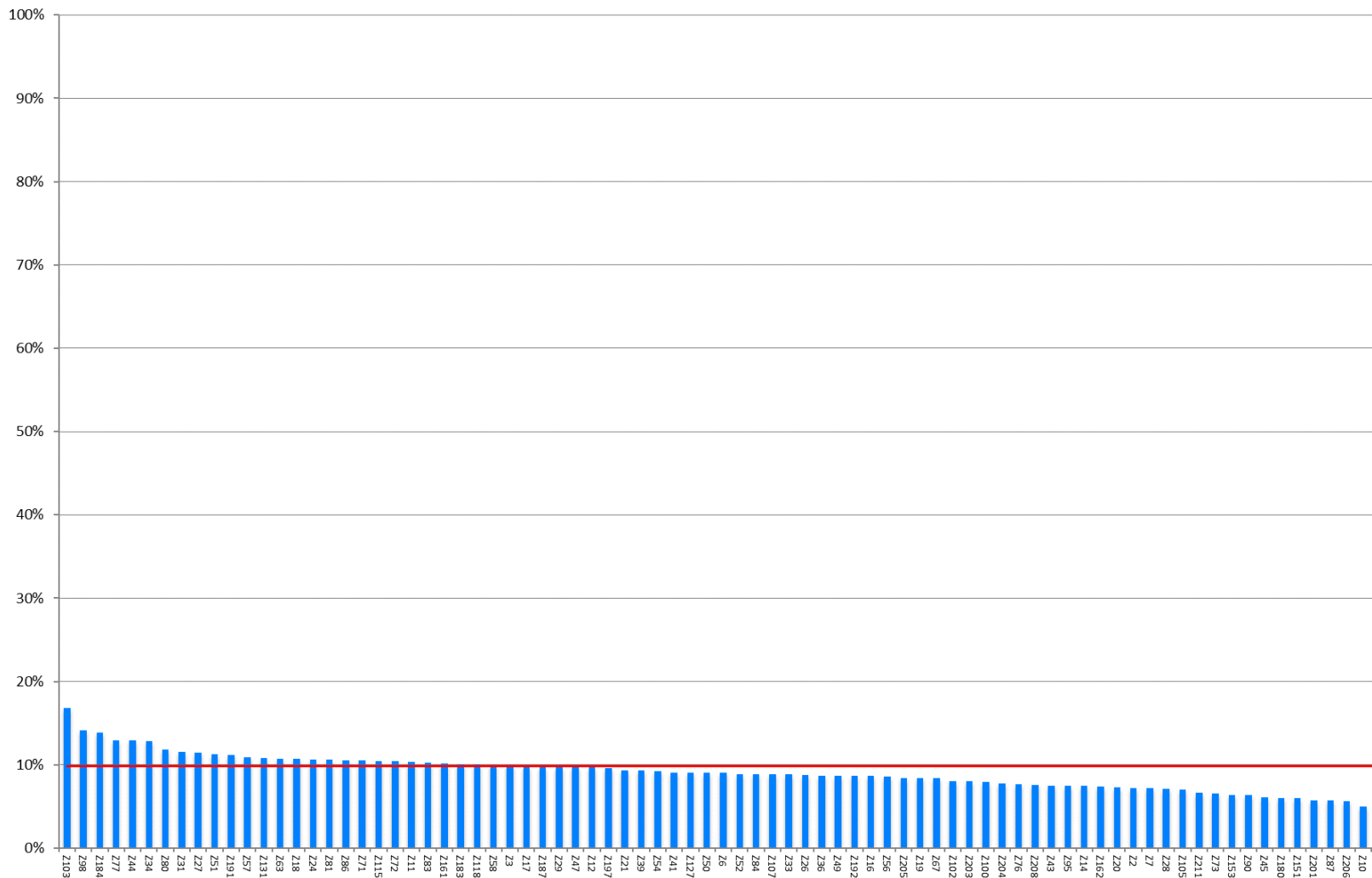
Grafiek 5: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma < 70 jaar bij wie LDL is bepaald met LDL-cholesterolwaarde gereguleerd



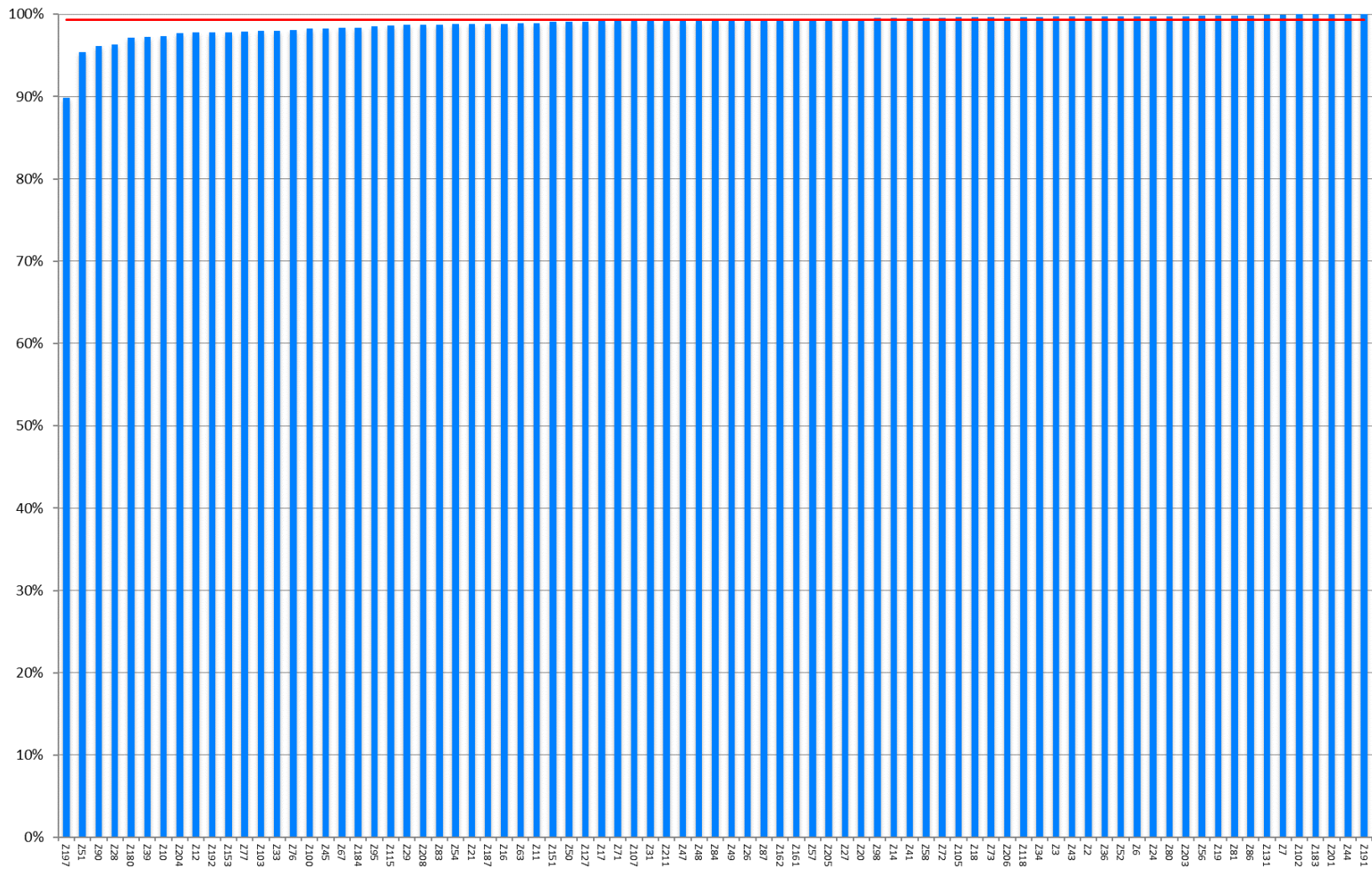
Grafiek 6: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode of uitslag nooit OOIT is gemeten



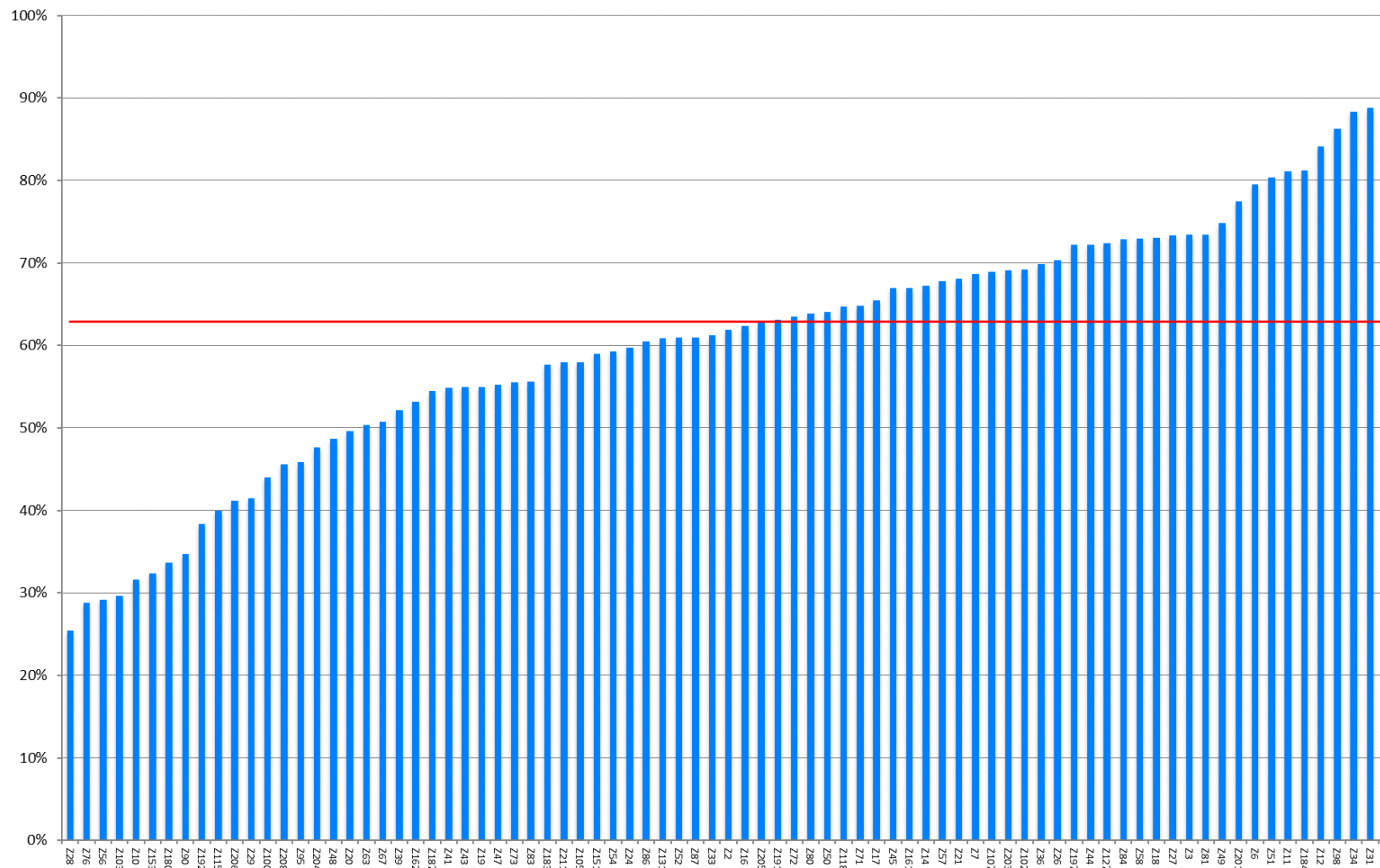
Grafiek 7: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd in meetperiode dat rookt



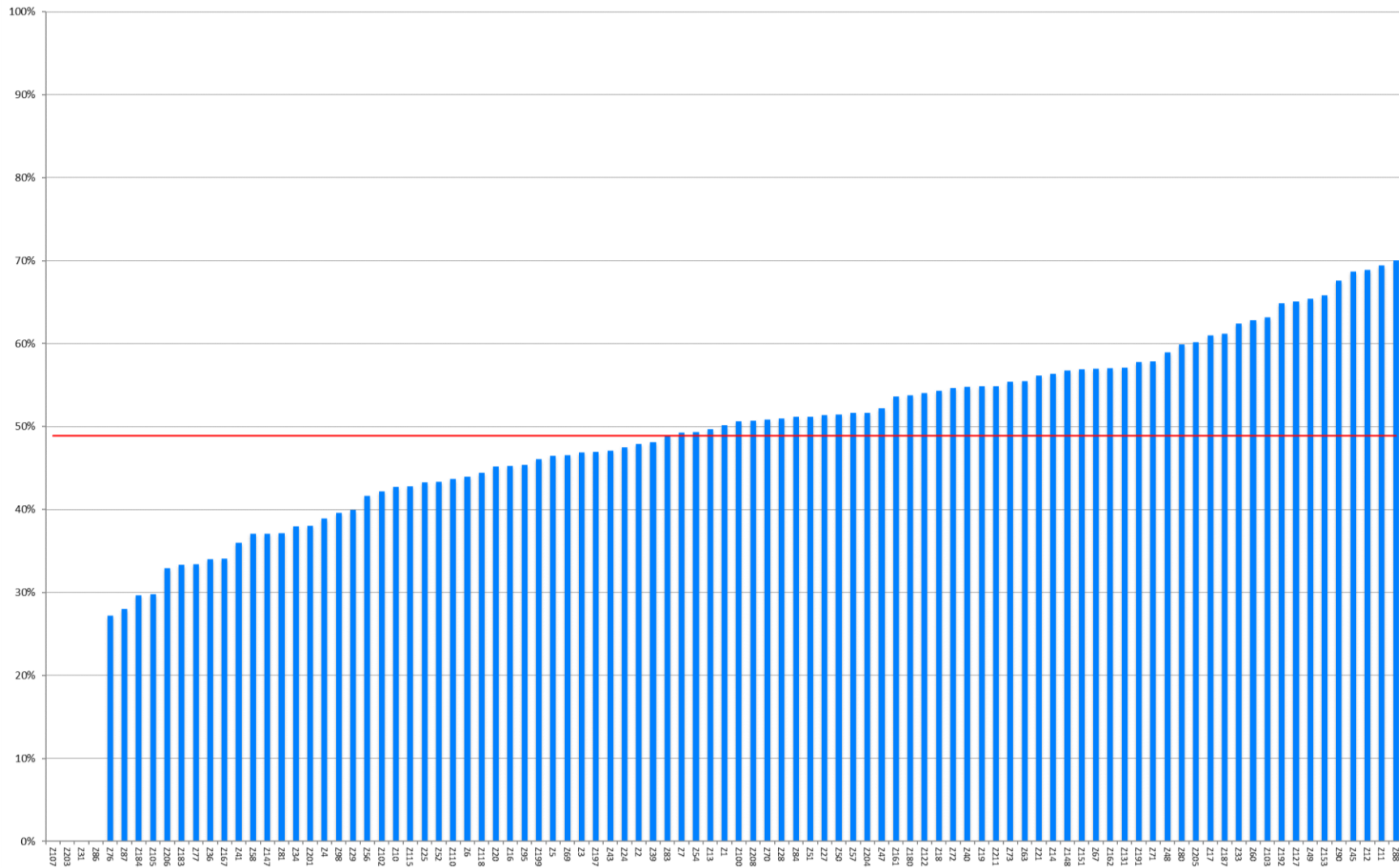
Grafiek 8: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie eGFR is vastgelegd in afgelopen vijf jaar



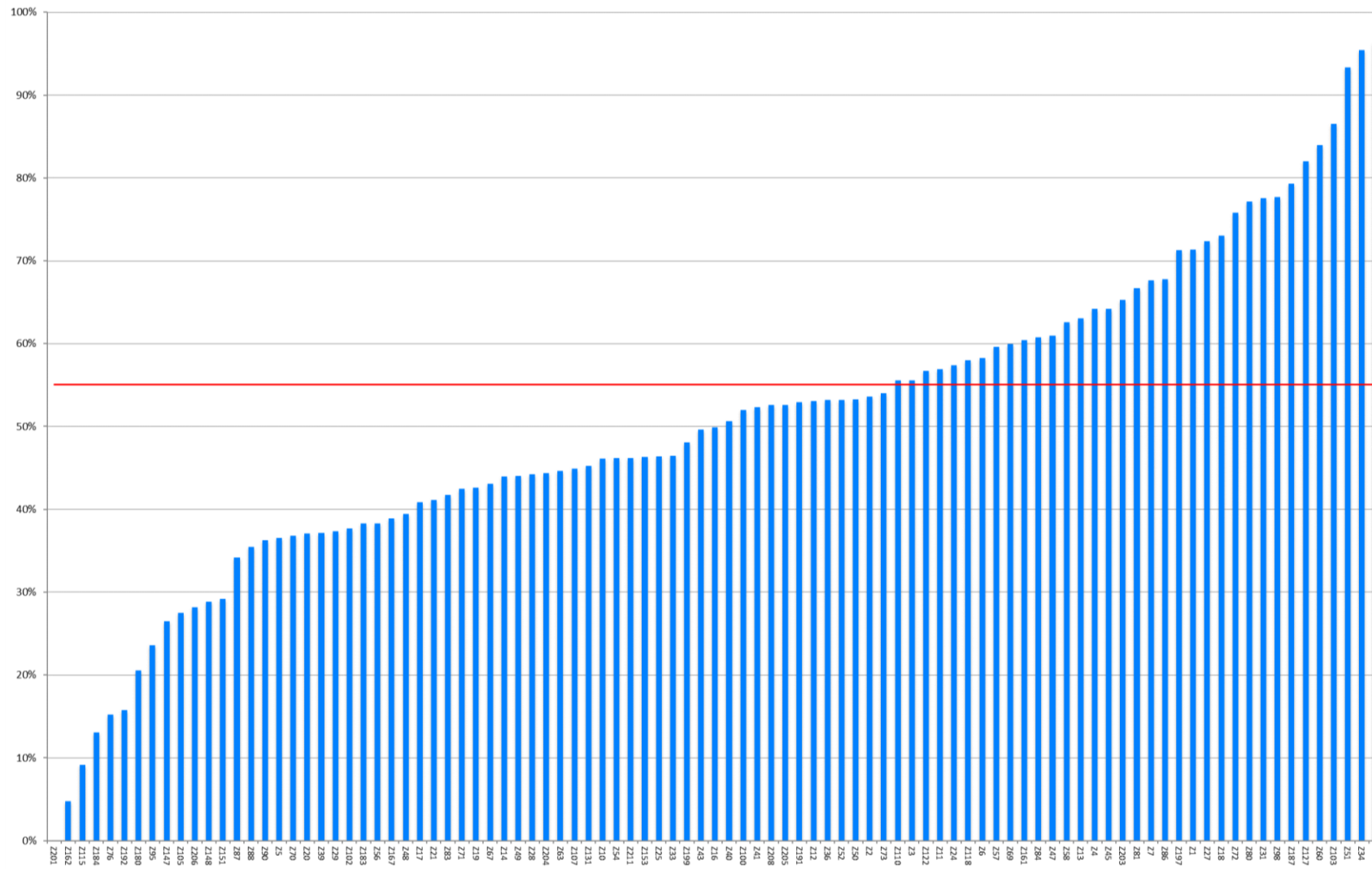
Grafiek 9: Percentage VVR patiënten in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode



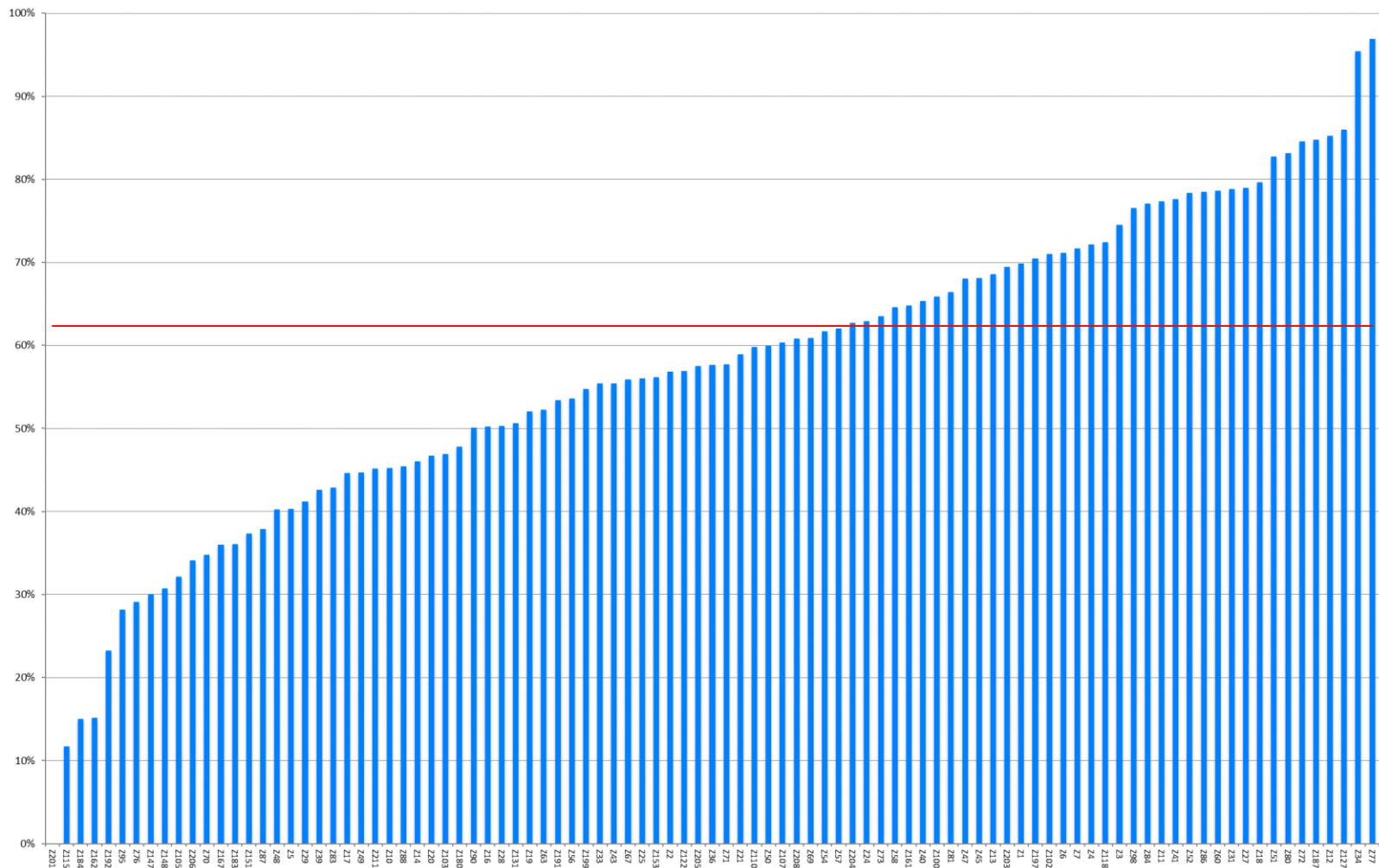
Grafiek 2: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma



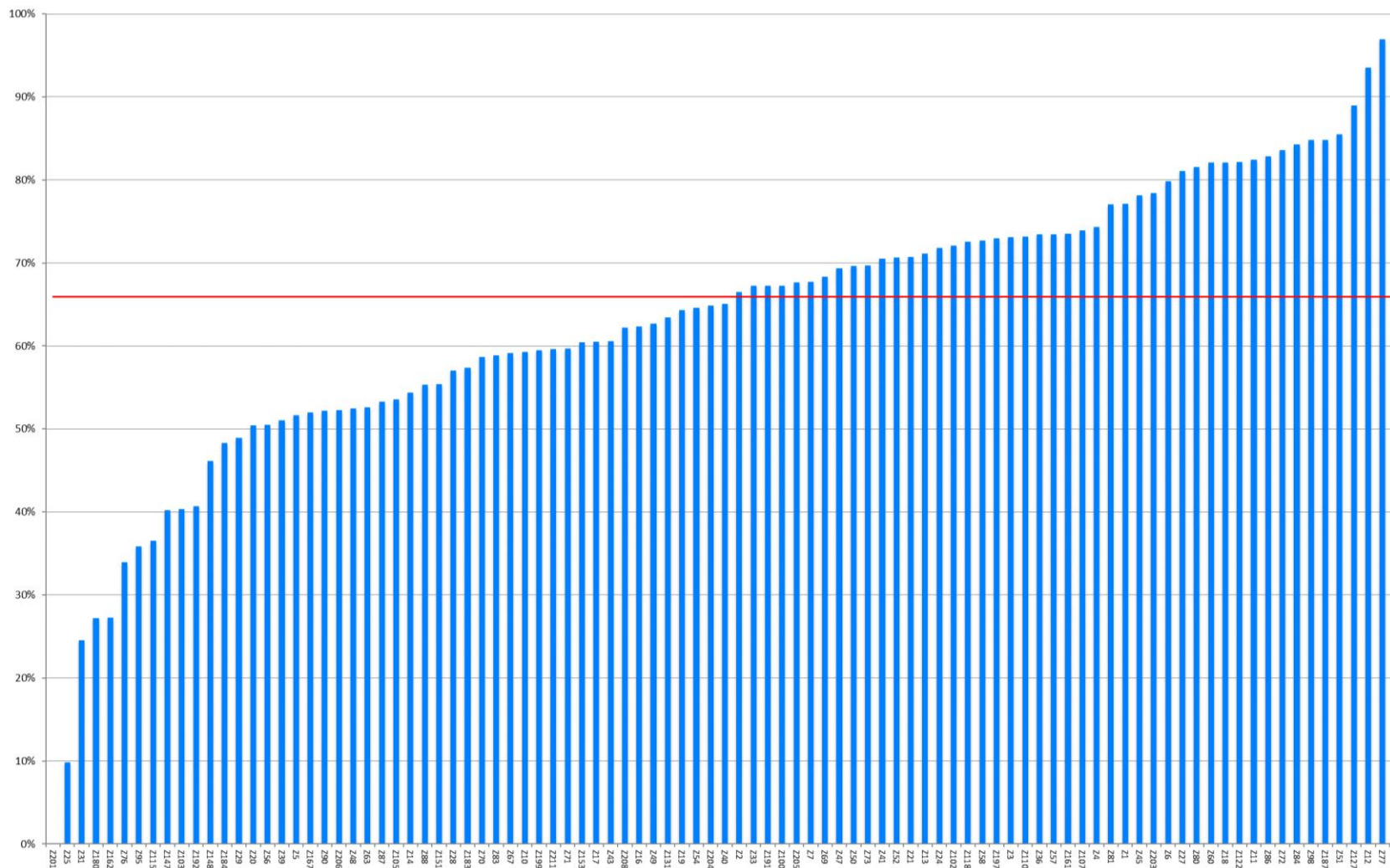
Grafiek 3: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd



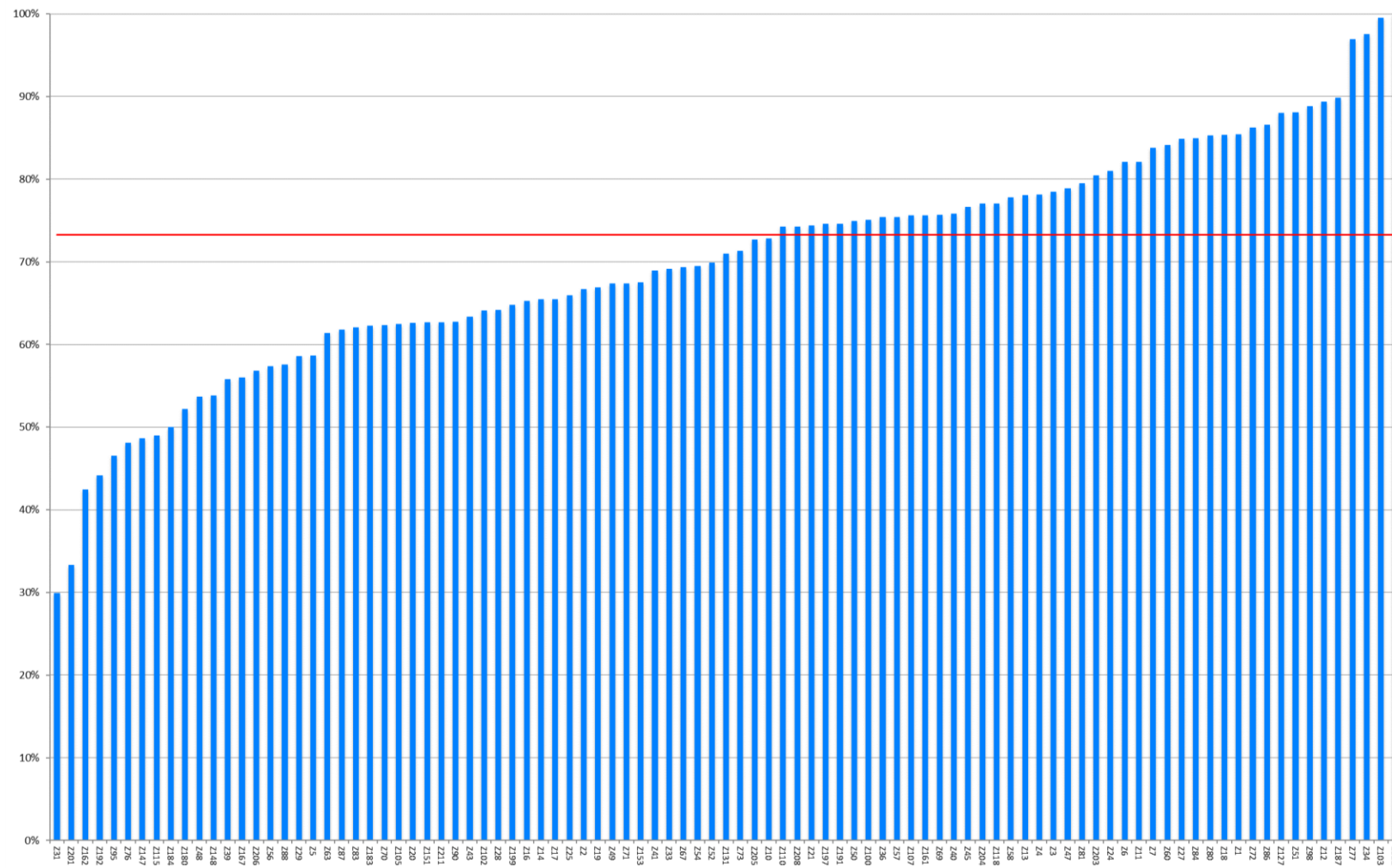
Grafiek 4: Percentage COPD patiënten bij wie functioneren (MRC|CCQ) is vastgelegd



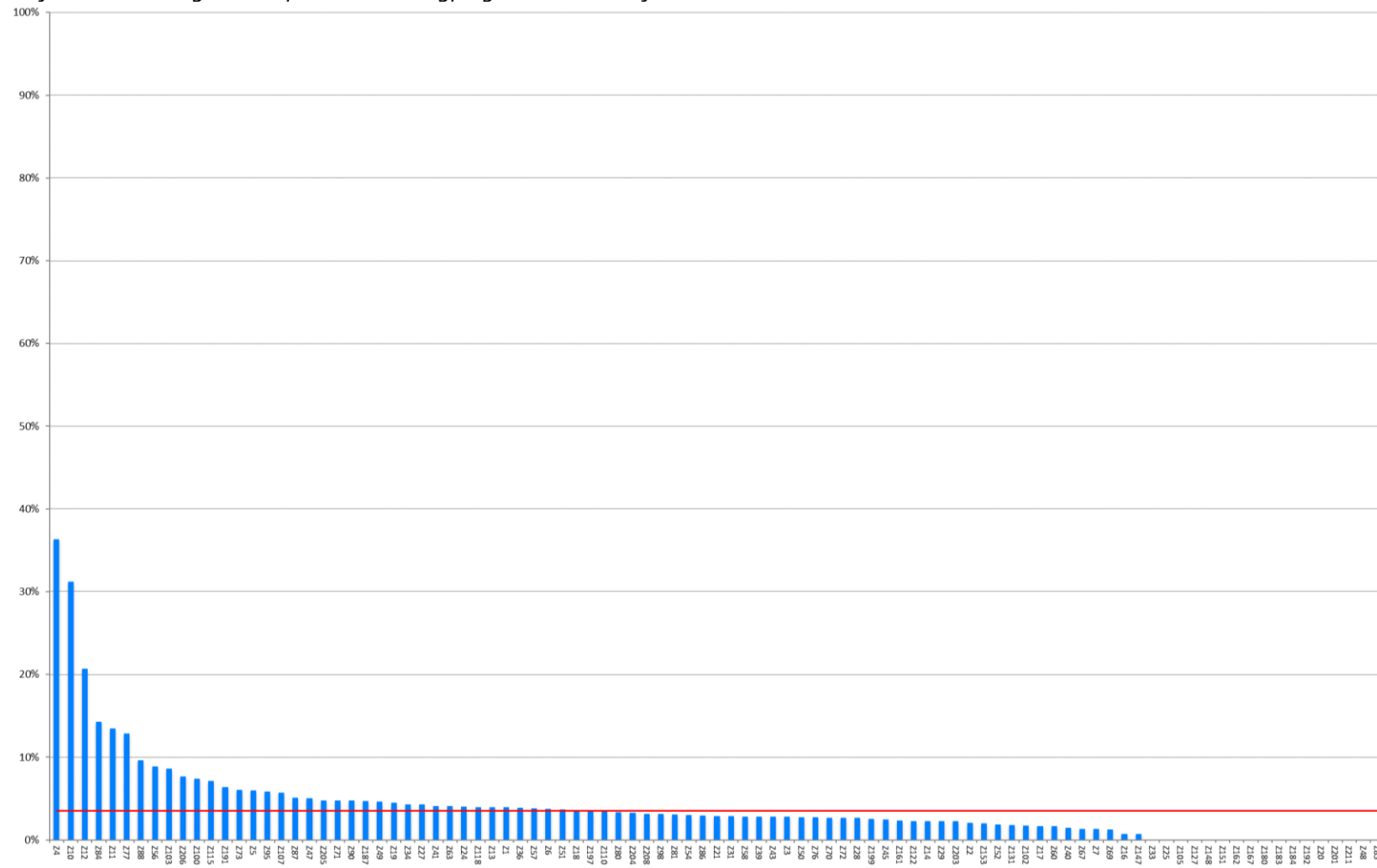
Grafiek 5: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma bij wie mate van bewegen is gecontroleerd



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

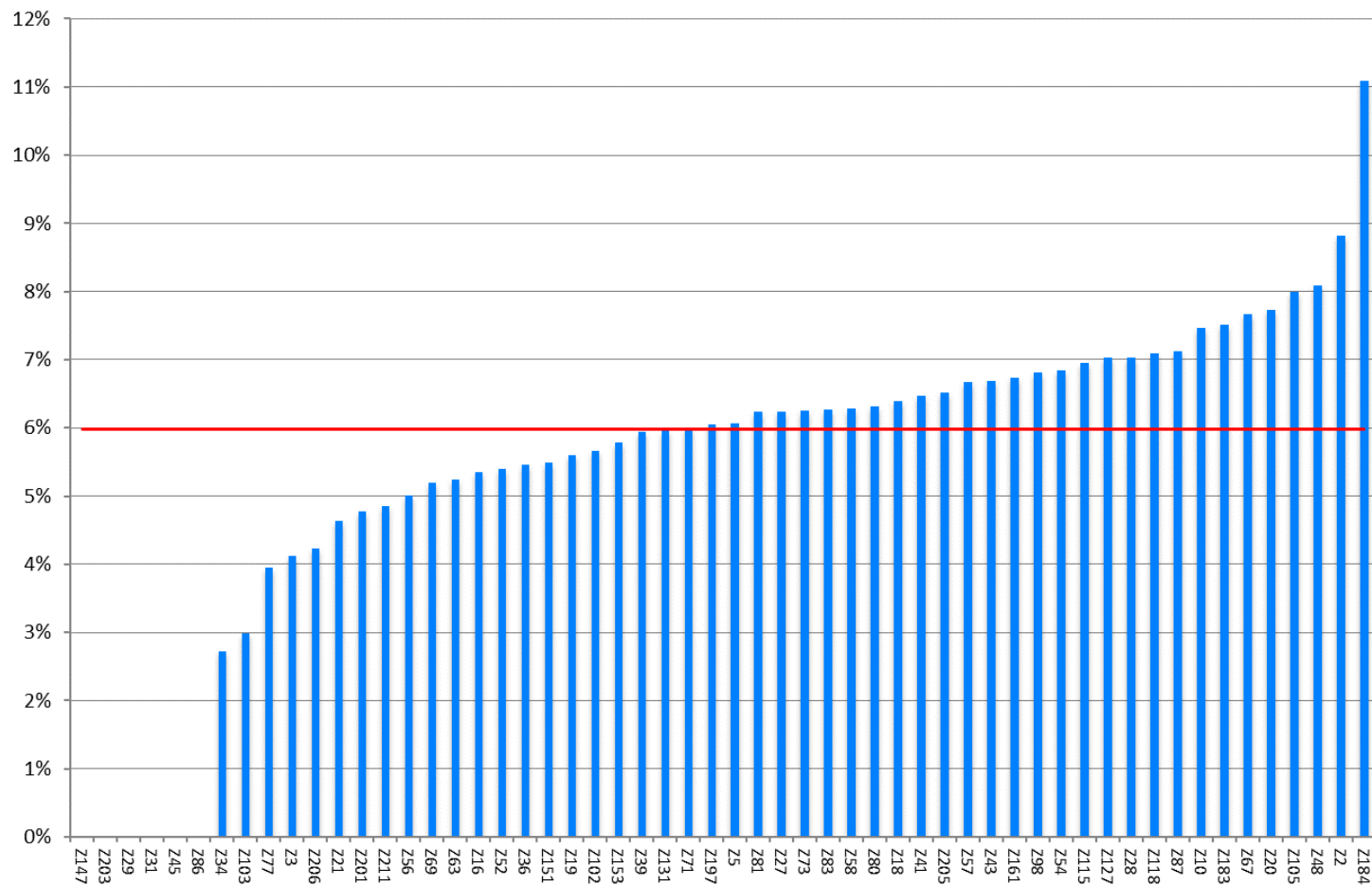


Grafiek 8: Percentage COPD patiënten in zorgprogramma met 2 of meer exacerbaties

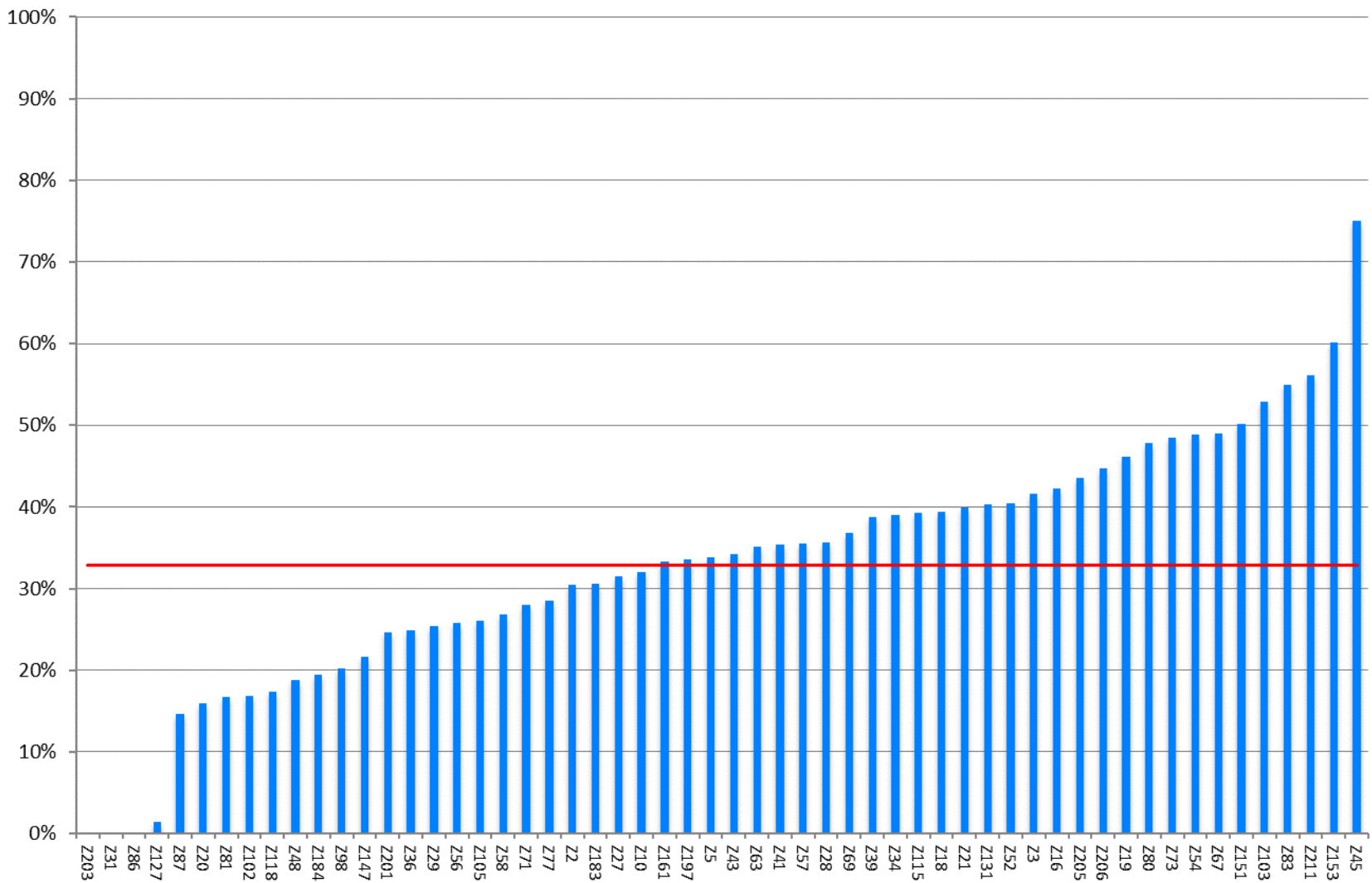


Bijlage 5 Grafieken astma

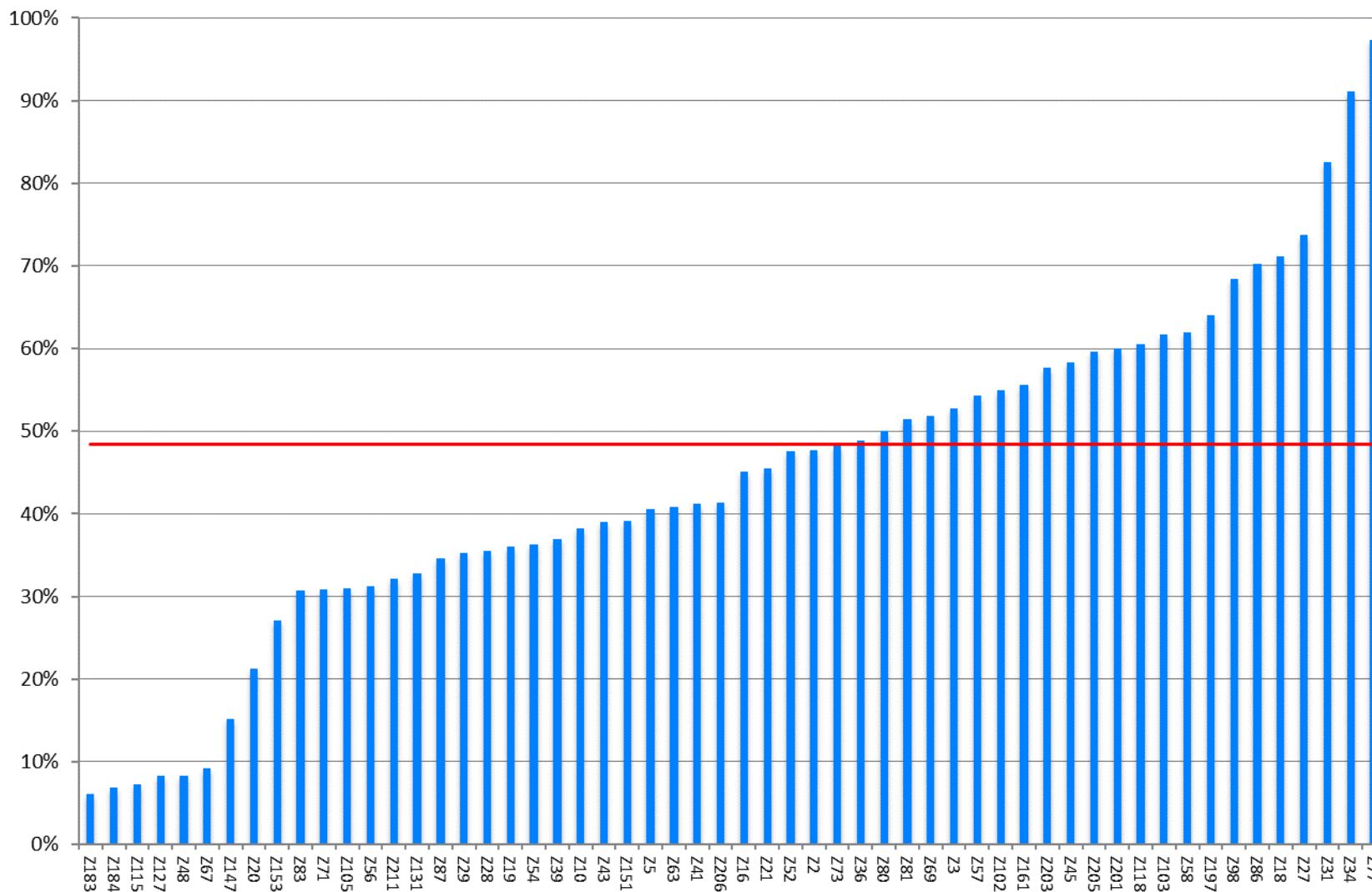
Grafiek 1: Prevalentie astma patiënten



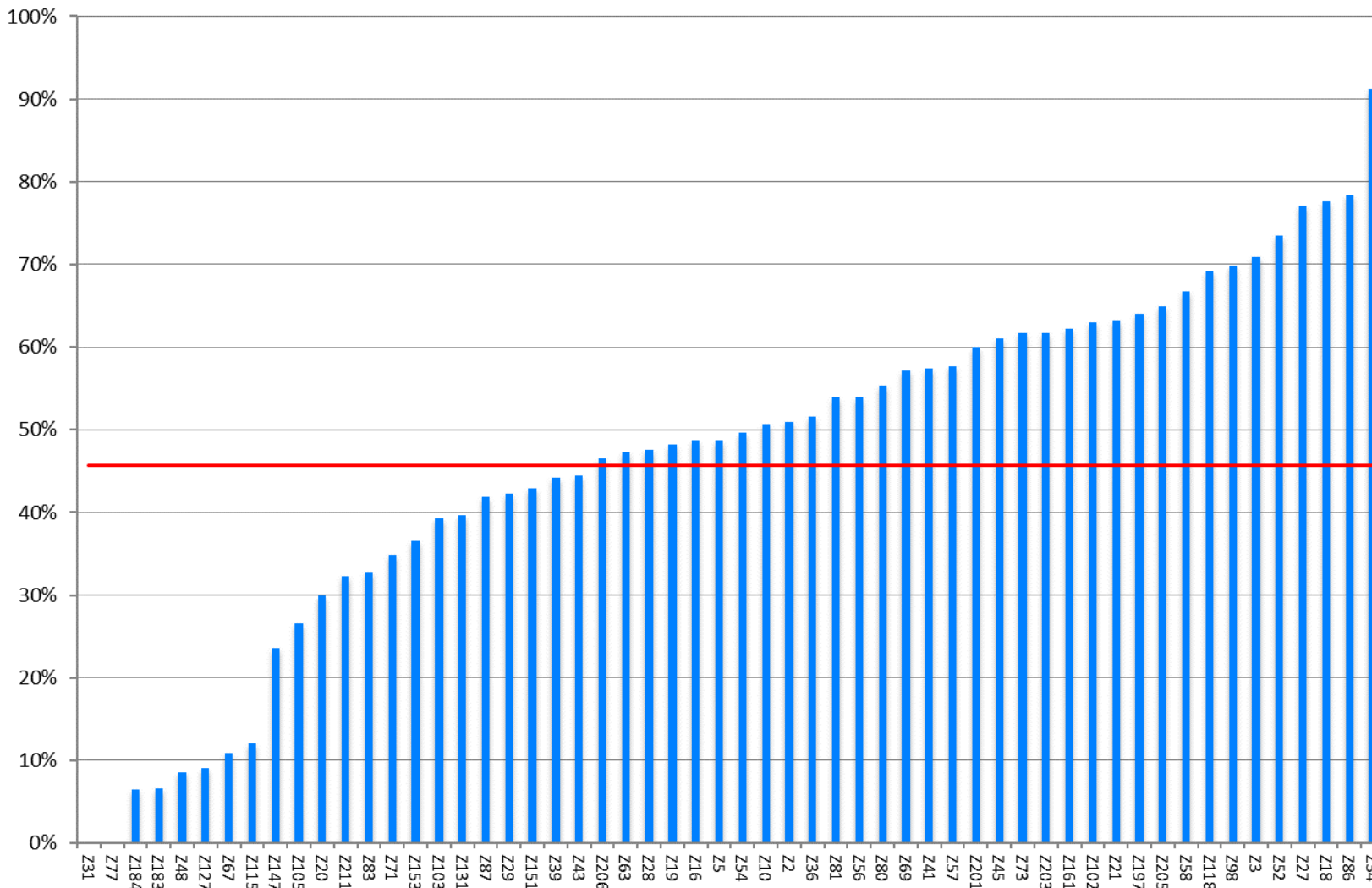
Grafiek 2: Percentage astma patiënten in zorgprogramma



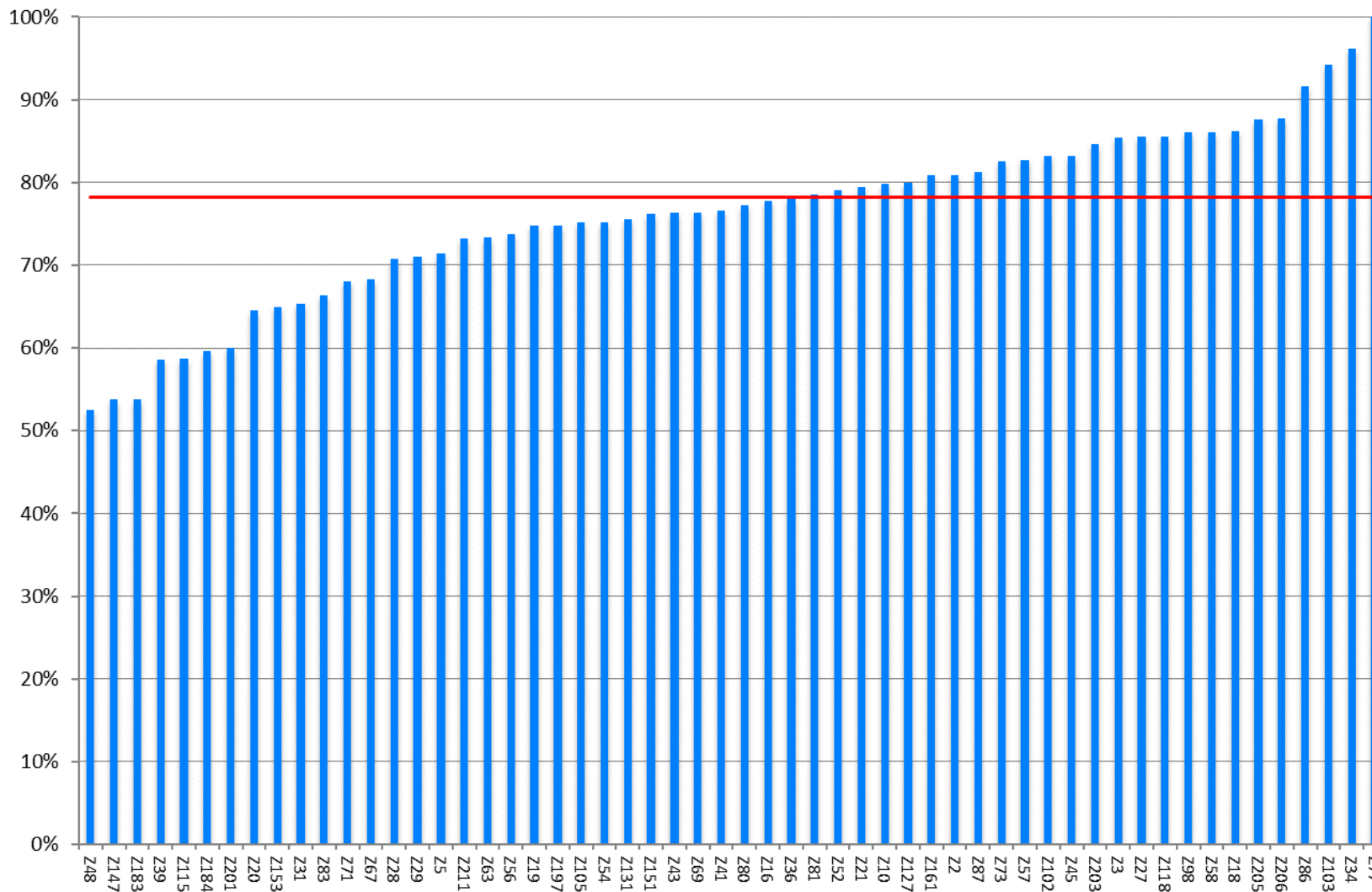
Grafiek 3: Percentage astma patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd



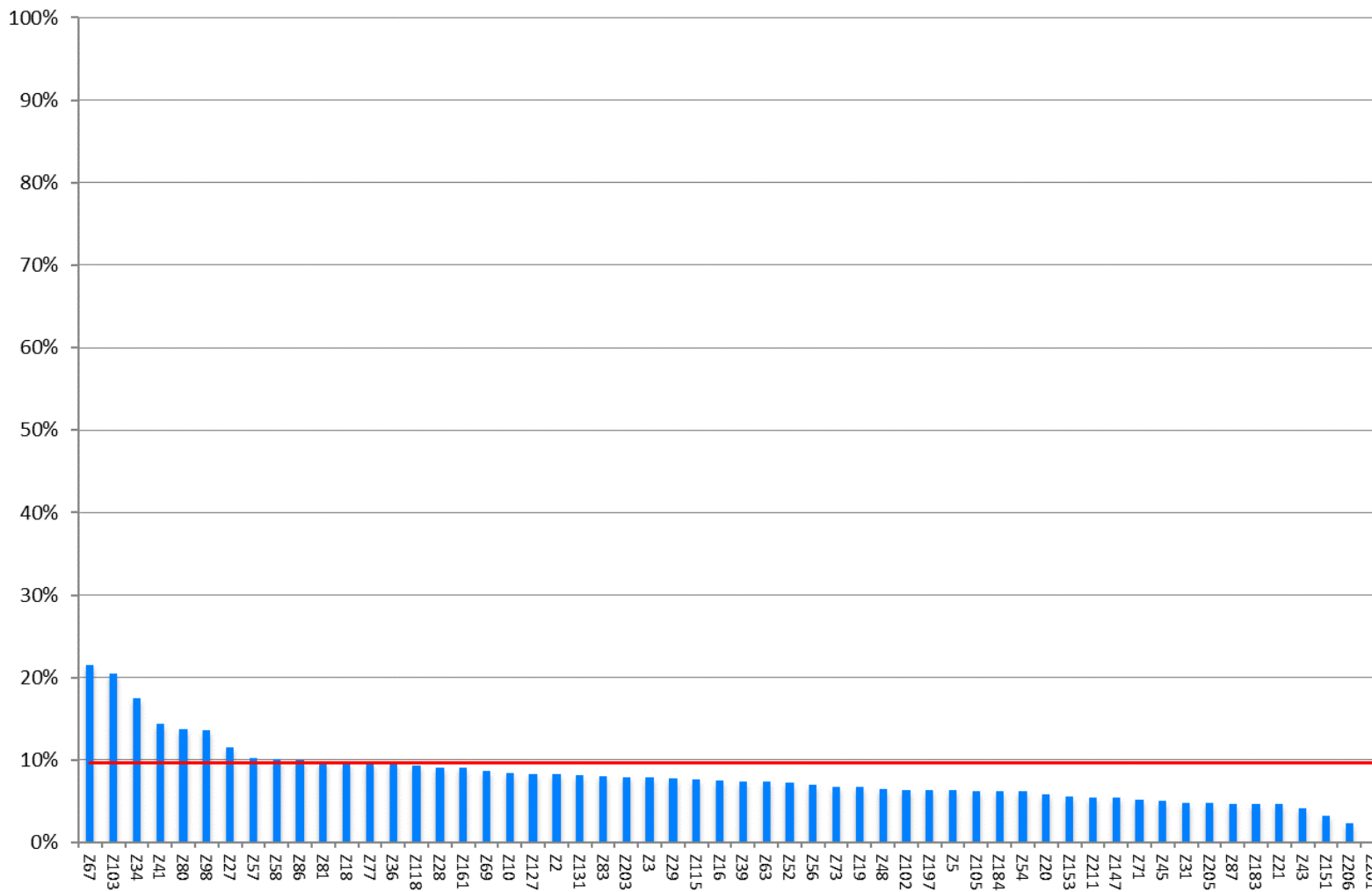
Grafiek 4: Percentage astma patiënten bij wie mate van astmacontrole is vastgelegd



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



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



Bijlage 6 Namen van zorggroepen

NUMMER	NAAM
Z1	MEDICAMUS
Z2	ST. GEORGANISEERDE EERSTELIJNSZORG ZOETERMEER
Z3	POZOB
Z4	HUISARTSEN COOPERATIE NOORDERZORG U.A.
Z5	ZORGGROEP RIDDERKERK
Z6	ZORGGROEP ZGWA
Z7	SYNCHROON
Z11	MEDRIE ZWOLLE B.V.
Z12	MEDRIE HARDENBERG
Z13	HUISARTSEN UTRECHT STAD
Z14	SYNTEIN
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
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	COOPERATIE 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
Z56	COHESIE CURE AND CARE BV
Z57	HUISARTSEN ZORGGROEP BREDA

Z60	HUISARTSENCOOPERATIE DE BAARSJES U.A.
Z61	HUISARTSEN EEMLAND ZORG
Z63	CHRONOS
Z67	ZORGGROEP ALMERE
Z69	COOPERATIE HUISARTSEN AMSTERDAM GROOT-ZUID
Z70	ZORGGROEP AXEL ZAAMSLAG
Z71	BEROEMD
Z73	ZORGGROEP HOEKSEWAARD
Z76	STICHTING GAZO GEZONDHEIDSCENTRA AMSTERDAM ZUIDOOST
Z77	ZORGGROEP DRACHTEN/STICHTING CATENA
Z80	EERSTELIJNS CENTRUM TIEL
Z81	ZORGGROEP WEST-BRABANT
Z84	ZORGGROEP FLEVOLAND BV
Z86	KETENZORG FRIESLAND B.V.
Z87	DOKTERSCOOP
Z88	KETENZORGNU
Z90	GO DIABETES B.V. I.O.
Z95	KETENZORG WEST-FRIESLAND
Z98	HUISARTSEN-OZL
Z100	REGIOZORG MIDDEN-HOLLAND B.V. (RZMH BV)
Z103	STICHTING ONDERSTEUNING HUISARTSEN AMSTERDAM (ROHA)
Z105	STICHTING GC HAARLEMMERMEER (GEZ)
Z110	STICHTING GEZONDHEIDSCENTRA UTRECHT
Z115	STICHTING GEZONDHEIDSCENTRUM LEWENBORG
Z118	OCE NIJMEGEN
Z122	ST. LEIDSCHER RIJN JULIUS GEZ. CENTRA
Z127	KETENZORG NEDERLAND
Z131	COOPERATIE ZORGGROEP KATWIJK U.A.
Z147	ZORGGROEP HAARLEMMERMEER KETENZORG
Z151	BRAAZO GEINTEGREERDE EERSTELIJNS ZORG
Z161	KETENZORG ARNHEM B.V.
Z162	STICHTING HUISARTSENPRAKTIJK HOED NIEUWERKERK A/D IJSSEL
Z167	STICHTING "KETENZORG KANALENEILAND NOORD-ZUID
Z180	COOPERATIE STIELO U.A.
Z187	BADHOEVEDORP
Z191	FEDERATIE EERSTELIJNSZORG ALMELO (FEA)
Z197	KANSO
Z203	PERISCALDES
Z204	UNICUM HUISARTSENZORG ZUIDOOST UTRECHT
Z206	WIJK EN WOUDEN
Z208	UNICUM HUISARTSENZORG ZUIDWEST UTRECHT
Z210	STICHTING GC NIJKERK

