



Bijsluiter gebruik  
HVZ-indicatoren  
in de huisartsenpraktijk

Fenna Schouten

[f.schouten@nhg.org](mailto:f.schouten@nhg.org)

09-02-2017

Versie 3

## Inhoud

Overzicht van de indicatoren .....	2
Populatiegegevens .....	2
Bloeddruk .....	2
LDL en lipideverlagende medicatie .....	2
Roken .....	2
Voeding, bewegen en BMI .....	2
Nierfunctie .....	3
Overige .....	3
Beschrijving per indicator .....	4
Themaveld 1: Populatiegegevens .....	4
Themaveld 2: Bloeddruk .....	8
Themaveld 3: LDL en lipide verlagende medicatie.....	9
Themaveld 4: Roken.....	11
Themaveld 5: Voeding, bewegen en BMI .....	13
Themaveld 6: Nierfunctie.....	15
Themaveld 7: Overige .....	17

## Overzicht van de indicatoren

Voor alle indicatoren geldt: (rapportageperiode, hoofdbehandelaar, ketenzorg, noemer)

### *Populatiegegevens*

1. % patiënten bekend met HVZ (myocardinfarct, angina pectoris, TIA, herseninfarct, aneurysma aortae of perifere arterieel vaatlijden)
2. % patiënten bekend met HVZ dat in de eerste lijn wordt behandeld (definitie: huisarts is hoofdbehandelaar voor 12 maanden of meer)
3. % patiënten bekend met HVZ dat in de tweede lijn wordt behandeld (definitie: hoofdbehandelaar is medisch specialist)
4. % patiënten bekend met HVZ dat in de eerste lijn wordt behandeld (definitie: huisarts is hoofdbehandelaar voor 12 maanden of meer) en 12 maanden of meer is ingeschreven
5. % patiënten bekend met HVZ dat in de eerste lijn wordt behandeld en  $\geq 12$  maanden is ingeschreven met zorgverlening via basishuisartsenzorg
6. % patiënten bekend met HVZ dat in de eerste lijn wordt behandeld (definitie: huisarts is hoofdbehandelaar voor 12 maanden of meer) en 12 maanden of meer is ingeschreven in de praktijkpopulatie aan het einde van de rapportageperiode en zorg krijgt via 'geïntegreerde eerstelijns zorg' (programmatische zorg, ketenzorg)

### *Bloeddruk*

7. % patiënten bekend met HVZ bij wie de bloeddruk in de afgelopen 12 maanden is geregistreerd
8. % patiënten bekend met HVZ jonger dan 70 jaar ( $< 70$  jaar) met een systolische bloeddrukbeïnding in de afgelopen 12 maanden met een uitkomst van 140 mm Hg of lager ( $\leq 140$ )

### *LDL en lipideverlagende medicatie*

9. % patiënten bekend met HVZ zonder gebruik van lipideverlagende middelen en met een LDL-bepaling in de afgelopen 5 jaar
10. % patiënten bekend met HVZ met gebruik van lipideverlagende middelen en met een LDL-bepaling in afgelopen 12 maanden
11. % patiënten bekend met HVZ en met een LDL-bepaling in de afgelopen 5 jaar ( $< 5$  jaar) kleiner of gelijk aan 2,5 mmol/l ( $\leq 2,5$ ) en onder de 80 jaar ( $< 80$ )
12. % patiënten bekend met HVZ en een LDL-bepaling (laatste waarde ooit) kleiner of gelijk aan 2,5 mmol/l ( $\leq 2,5$ ) en onder de 80 jaar ( $< 80$ )

### *Roken*

13. % patiënten bekend met HVZ van wie het rookgedrag actueel en bekend is
14. % patiënten bekend met HVZ dat rookt in de groep patiënten van wie het rookgedrag actueel en bekend is

### *Voeding, bewegen en BMI*

15. % patiënten bekend met HVZ bij wie de BMI geregistreerd is in de afgelopen 12 maanden
16. % patiënten bekend met HVZ jonger dan 70 jaar bij wie de BMI kleiner is dan 25 kg/m<sup>2</sup> ( $< 25$ ) in de afgelopen 12 maanden
17. % patiënten bekend met HVZ bij wie de mate van beweging is geregistreerd in de voorgaande 12 maanden
18. % patiënten bekend met HVZ met wie het voedingspatroon is besproken in de voorgaande 12 maanden

19. % patiënten bekend met HVZ bij wie het alcoholgebruik is geregistreerd in de afgelopen 5 jaar

### *Nierfunctie*

20. % patiënten bekend met HVZ bij wie de eGFR is bepaald in de afgelopen 5 jaar
21. % patiënten met HVZ en een eGFR in de afgelopen 5 jaar en leeftijd < 65 jaar met een eGFR  $\leq 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> of leeftijd  $\geq 65$  jaar en eGFR < 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>
22. % patiënten met episode nierfalen in de groep patiënten met leeftijd < 65 jaar en eGFR  $\leq 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> of leeftijd  $\geq 65$  jaar en eGFR < 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>
23. % patiënten met contra-indicatie 'verminderde nierfunctie' in de groep patiënten met episode nierfalen

### *Overige*

24. % patiënten bekend met HVZ dat antistollingsmiddelen of plaatjesaggregatieremmers krijgt voorgeschreven (acetylsalicylzuur, carbasalaat calcium, acenocoumarol, clopidogrel, NOAC, etcetera)
25. % patiënten bekend met HVZ met een nuchtere glucosemeting in de afgelopen 5 jaar
26. % patiënten bekend met HVZ dat gevaccineerd is tegen influenza in de voorgaande 12 maanden
27. % patiënten bekend met HVZ met een compleet risicoprofiel (rookstatus, voeding, beweging, alcoholgebruik, BMI, bloeddruk, glucose, LDL, eGFR)

## Beschrijving per indicator

### *Themaveld 1: Populatiegegevens*

**Indicator 1:** % patiënten bekend met HVZ (myocardinfarct, angina pectoris, TIA, herseninfarct, aneurysma aortae of perifeer arterieel vaatlijden)

**Type indicator:** Niet van toepassing / populatiegegevens.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in de omvang van de totale populatie met HVZ in de praktijk. Deze uitkomsten geven inzicht in de eigen patiëntenpopulatie. Daarnaast zijn deze cijfers nodig als noemer voor andere indicatoren.

**Relatie tot kwaliteit:** Niet van toepassing.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Niet van toepassing.

**Interpretatie resultaten:** Volgens de NGH-Standaard CVRM vormen hart- en vaatziekten (HVZ) in Nederland de belangrijkste oorzaak van sterfte bij vrouwen en de tweede oorzaak van sterfte bij mannen. In 2009 stierven er ruim 40.000 Nederlanders aan HVZ. Dit is 30% van alle sterfte. Bij veel Nederlanders is sprake van risicofactoren voor het ontstaan van HVZ. Reductie van risicofactoren kan cardiovasculaire ziekte en sterfte aanzienlijk verminderen.

Patiënten die HVZ hebben doorgemaakt, hebben een duidelijk verhoogd risico op progressie van de ziekte en nieuwe HVZ. Naar ruwe schatting zijn er circa 1 miljoen personen met HVZ in Nederland.

Het voorkomen van hart- en vaatziekten in Nederland, in 2012  
*Incidence and prevalence of cardiovascular diseases in the Netherlands, in 2012*

	per 1000 patiëntjaren
Incidentie	26,4
Prevalentie	76,2

© NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

tabel: Aha.1

Het voorkomen van hart- en vaatziekten in Nederland naar leeftijd en geslacht, in 2012  
*Incidence and prevalence of cardiovascular diseases in the Netherlands by age and gender, in 2012*

(per 1000 patiëntjaren)		0 t/m 44 jaar	45 t/m 64 jaar	65 jaar en ouder
Incidentie	mannen	2,8	53,0	169,8
	vrouwen	2,0	19,2	73,1
Prevalentie	mannen	7,0	103,9	361,2
	vrouwen	7,6	62,5	252,1

© NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

tabel: Aha.2

Patiëntkenmerken bij hart-en vaatziekten, ingeschreven bij een huisartsenpraktijk in 2012  
*Characteristics of patients with cardiovascular diseases, listed in a GP practice in 2012*

2012	
Gemiddelde leeftijd	68,0
Geslacht (%)	
mannen	56,5
vrouwen	43,5
Leeftijdscategorie (%)	
0-17 jaar	0,5
18-44 jaar	4,8
45-64 jaar	31,3
65 jaar en ouder	63,4
Woonsituatie (%)	
geen achterstandswijk	94,7
achterstandswijk	5,3

© NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

tabel: Aha.3

Bron tabellen: [www.nivel.nl/node/4414](http://www.nivel.nl/node/4414).

De landelijke prevalentie kan sterk verschillen van de prevalentie in een specifieke praktijk. Dit is vrijwel altijd multifactorieel bepaald. Ten eerste gaat het om percentages die berekend zijn op kleine aantallen. Ten tweede is de case mix direct gerelateerd aan prevalentie. Ten derde kan het percentage een weerspiegeling zijn van de mate waarin screening op HVZ wordt toegepast bij risicogroepen.

**Indicator 2:** % patiënten bekend met HVZ dat in de eerste lijn wordt behandeld (definitie: huisarts is hoofdbehandelaar voor 12 maanden of meer)

**Type indicator:** Niet van toepassing / populatiegegevens.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ dat in de eerste lijn wordt behandeld.

**Relatie tot kwaliteit:** Niet van toepassing.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Niet van toepassing.

**Interpretatie resultaten:** De ernst van de ziekte is de belangrijkste factor voor het type zorgverlening en het hoofdbehandelaarschap. Daarom zijn de uitkomsten van benchmarking relevanter dan de absolute uitkomsten.

**Indicator 3:** % patiënten bekend met HVZ dat in de tweede lijn wordt behandeld (definitie: hoofdbehandelaar is medisch specialist)

**Type indicator:** Niet van toepassing / populatiegegevens.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ dat in de tweede lijn behandeld wordt.

**Relatie tot kwaliteit:** Niet van toepassing.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Niet van toepassing.

**Interpretatie resultaten:** Zie indicator 2.

**Indicator 4:** % patiënten bekend met HVZ dat in de eerste lijn wordt behandeld (definitie: huisarts is hoofdbehandelaar voor 12 maanden of meer) en 12 maanden of meer is ingeschreven

**Type indicator:** Niet van toepassing / populatiegegevens.

**Doel indicator:** Zie indicator 2.

**Relatie tot kwaliteit:** Zie indicator 2.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Zie indicator 2.

**Interpretatie resultaten:** Zie indicator 2.

**Indicator 5:** % patiënten bekend met HVZ dat in de eerste lijn wordt behandeld en  $\geq 12$  maanden is ingeschreven met zorgverlening via basishuisartsenzorg

**Type indicator:** Niet van toepassing / populatiegegevens.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ dat basishuisartsenzorg ontvangt.

**Relatie tot kwaliteit:** Zie indicator 2.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Zie indicator 2.

**Interpretatie resultaten:** Zie indicator 2.

**Indicator 6:** % patiënten bekend met HVZ dat in de eerste lijn wordt behandeld (definitie: huisarts is hoofdbehandelaar voor 12 maanden of meer) en 12 maanden of meer is ingeschreven in de praktijkpopulatie aan het einde van de rapportageperiode en zorg krijgt via 'geïntegreerde eerstelijns zorg' (programmatische zorg, ketenzorg)

**Type indicator:** Niet van toepassing / populatiegegevens.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ dat geïntegreerde eerstelijns zorg ontvangt.

**Relatie tot kwaliteit:** Niet van toepassing.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Niet van toepassing.

**Interpretatie resultaten:** Zie indicator 2.



## *Themaveld 2: Bloeddruk*

**Indicator 7:** % patiënten bekend met HVZ bij wie de bloeddruk in de afgelopen 12 maanden is geregistreerd

**Type indicator:** Proces.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ bij wie de bloeddruk adequaat is gemeten en geregistreerd.

**Relatie tot kwaliteit:** Bij optimale zorg wordt bij alle patiënten met HVZ de bloeddruk minimaal jaarlijks gecontroleerd.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** De NHG-Standaard CVRM raadt aan gedurende de instelling van medicamenteuze antihypertensieve therapie de bloeddruk iedere 2 tot 4 weken te controleren. Na instelling van de behandeling kan het controleschema individueel worden opgesteld, afhankelijk van het risicoprofiel, de (co)morbiditeit en de persoonlijke wensen van de patiënt. Bij een stabiele instelling wordt een jaarlijkse controle voldoende geacht.

**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is 100%. De resultaten worden beïnvloed door patiënten die zich onttrekken aan zorg. Problemen met registratie en data-extractie door HIS-KIS koppelproblemen kunnen een rol spelen.

NIVEL 2013, gemiddelde 55,0%; spreiding 37,9% - 69,7%.

InEen 2014, gemiddelde 86%.

**Indicator 8:** % patiënten bekend met HVZ, jonger dan 70 jaar (< 70 jaar) met een systolische bloeddrukbevestiging in de afgelopen 12 maanden met een uitkomst van 140 mm Hg of lager ( $\leq 140$ )

**Type indicator:** Uitkomst.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ jonger dan 70 jaar bij wie de bloeddruk adequaat gereguleerd is.

**Relatie tot kwaliteit:** Bij optimale zorg is bij alle patiënten met HVZ onder de 70 jaar de bloeddruk 140 mm Hg of lager.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Volgens de NHG-Standaard CVRM zijn antihypertensiva geïndiceerd bij patiënten met HVZ en verhoogde bloeddruk (SBD > 140 mmHg).

**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is zo hoog mogelijk. Een gedeelte van de patiënten kan zich in de instelfase bevinden. Patiëntfactoren als therapietrouw, verzuim van afspraken en patiënten met niet goed instelbare hypertensie zullen de uitkomst verlagen.

NIVEL 2013, gemiddelde 64,8%; spreiding 50,0% - 79,3%.

InEen 2014, gemiddelde 71%.

### *Themaveld 3: LDL en lipide verlagende medicatie*

**Indicator 9:** % patiënten bekend met HVZ zonder gebruik van lipideverlagende middelen en met een LDL-bepaling in de afgelopen 5 jaar

**Type indicator:** Proces.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ dat geen statine gebruikt en bij wie de LDL adequaat gemonitord is.

**Relatie tot kwaliteit:** Bij optimale zorg wordt bij alle patiënten met HVZ de indicatie voor een statine minimaal elke 5 jaar opnieuw bepaald.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Omdat het LDL een betrekkelijk stabiele maat is, hoeft dit niet elk jaar gemeten te worden. Jaarlijkse controle van de lipiden is alleen nodig bij LDL-verhogende aandoeningen, met name hypothyreoïdie en familiale hypercholesterolemie, bij ontwikkeling van DM, belangrijke veranderingen van leefstijl en bij postmenopauzale vrouwen die zwangerschapscomplicaties zoals DM, hypertensie en pre-eclampsie hebben doorgemaakt.

**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is 100%.

**Indicator 10:** % patiënten bekend met HVZ met gebruik van lipideverlagende middelen en met een LDL-bepaling in afgelopen 12 maanden

**Type indicator:** Proces.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ dat lipideverlagende middelen gebruikt en bij wie LDL overgemonitord wordt.

**Relatie tot kwaliteit:** Bij optimale zorg wordt het LDL bij patiënten die lipideverlagende middelen gebruiken, alleen bepaald in de instelfase (3-maandelijks) en daarna alleen bij wijzigingen of controle van het risicoprofiel.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Volgens de NHG-Standaard CVRM moet na start van de behandeling met statines driemaandelijks het LDL gecontroleerd worden totdat de streefwaarde is bereikt. Na het bereiken van de streefwaarde wordt het beleid jaarlijks geëvalueerd. Maar controle van de lipiden is dan alleen nodig bij LDL-verhogende aandoeningen, met name hypothyreoïdie en familiale hypercholesterolemie, bij ontwikkeling van DM, belangrijke veranderingen van leefstijl en bij postmenopauzale vrouwen die zwangerschapscomplicaties zoals DM, hypertensie en pre-eclampsie hebben doorgemaakt.

**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is zo laag mogelijk. 0% lijkt niet haalbaar omdat er waarschijnlijk patiënten zijn die zich in de instelfase bevinden of LDL-verhogende aandoeningen hebben.

**Indicator 11:** % patiënten bekend met HVZ en met een LDL-bepaling in de afgelopen 5 jaar (< 5 jaar) kleiner of gelijk aan 2,5 mmol/l ( $\leq 2,5$ ) en onder de 80 jaar (< 80)

**Type indicator:** Uitkomst.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ bij wie de LDL-streefwaarde is bereikt.

**Relatie tot kwaliteit:** Bij optimale zorg hebben alle patiënten met HVZ een LDL onder de streefwaarde.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Bij patiënten met HVZ en een LDL > 2,5 mmol/l wordt behandeling met een statine geadviseerd. Bij een zeer sterk verhoogd risico op HVZ (bijvoorbeeld bij een recidief hart- en vaatziekte ondanks adequate behandeling, of zeer premature HVZ in de familie) kan een lagere LDL-streefwaarde worden gehanteerd.

**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is zo hoog mogelijk. 100% is bijna niet haalbaar omdat een deel van de populatie in de instelfase zit. De uitkomsten van benchmarking zijn relevanter dan de absolute uitkomsten. Patiëntfactoren als therapietrouw, verzuim van afspraken en patiënten met niet goed instelbare hypercholesterolemie zullen de uitkomst verlagen.

NIVEL 2013, gemiddelde 45,2%; spreiding 32,5% - 57,7%.

**NB.** Deze indicator is beschreven omdat hij voorkomt in de InEen benchmark over 2016.

**Indicator 12:** % patiënten bekend met HVZ en een LDL-bepaling (laatste waarde ooit) kleiner of gelijk aan 2,5 mmol/l ( $\leq 2,5$ ) en onder de 80 jaar (< 80)

**Type indicator:** Uitkomst.

**Doel indicator:** Zie indicator 11.

**Relatie tot kwaliteit:** Zie indicator 11.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Zie indicator 11.

**Interpretatie resultaten:** Zie indicator 11.

## *Themaveld 4: Roken*

**Indicator 13:** % patiënten bekend met HVZ van wie het rookgedrag actueel en bekend is.

**Type indicator:** Proces.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ van wie het rookgedrag geïnventariseerd en geregistreerd is.

**Relatie tot kwaliteit:** Bij optimale zorg is bij alle patiënten met HVZ het actuele rookgedrag bekend.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Bij rokende patiënten is stoppen met roken veruit de belangrijkste maatregel. Stoppen met roken vermindert het risico op HVZ op alle leeftijden. Dit effect treedt al op in de eerste 2 tot 3 jaar.

**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is 100%.

NIVEL 2013, gemiddelde 38,8%; spreiding 13,4% - 61,5%.

In Een 2014, gemiddelde 80%.

**Indicator 14:** % patiënten bekend met HVZ dat rookt in de groep patiënten van wie het rookgedrag actueel en bekend is

**Type indicator:** Uitkomst.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ dat rookt.

**Relatie tot kwaliteit:** Bij optimale zorg geven huisartsen aan patiënten met HVZ een krachtig stoppen met roken advies en volgen patiënten dit advies van hun huisarts op.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Roken verhoogt het risico op coronaire hartziekten, herseninfarcten, aneurysma aortae en perifere arterieel vaatlijden in belangrijke mate. Afhankelijk van het geslacht en het type HVZ lopen rokers een 2 tot 4 keer zo hoog risico als niet-rokers [Doll 1994, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion 1989]. Het risico neemt toe met het roken van meer sigaretten en roken over een langere periode [Doll 1994, Teo 2006].

Alle patiënten met een verhoogd risico op HVZ krijgen adviezen over voeding, alcoholgebruik, een gezond gewicht, lichamelijke activiteit en stress. Bij rokende patiënten is stoppen met roken veruit de belangrijkste maatregel. Stoppen met roken vermindert het risico op HVZ op alle leeftijden. Dit effect treedt al op in de eerste 2 tot 3 jaar. Binnen een jaar na het stoppen met roken is het additionele risico gehalveerd, daarna gaat de afname minder snel. Aanbevolen wordt het rookgedrag regelmatig te bespreken met de patiënt.

Van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder rookt 27% [STIVORO 2010]. Ook van de patiënten met HVZ rookt een aanzienlijk deel. Een Nederlands onderzoek, uitgevoerd in de periode 1996 tot 2002, liet zien dat 26% van de patiënten met een coronaire hartziekte en 37% van de patiënten met cerebraal vaatlijden rookte [Visseren 2003]. Bij patiënten met coronaire hartziekten blijft gemiddeld 35,7% roken na hun event [Kotseva 2009].

De voordelen van stoppen met roken lijken groter in jongere leeftijdsgroepen. In de oudere leeftijdsgroepen is het relatieve risico van roken weliswaar kleiner dan in de jongere groepen, maar is de absolute kans op HVZ beduidend groter zodat het ook voor ouderen zin heeft om te stoppen met roken.

**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is zo laag mogelijk. Patiëntfactoren en case mix beïnvloeden in sterke mate de uitkomst. Vergelijking in de benchmark is relevanter dan absolute uitkomsten.

NIVEL 2013, gemiddelde 20,3%; spreiding 9,3% - 31,8%.

InEen 2014, gemiddelde 20%.

## *Themaveld 5: Voeding, bewegen en BMI*

**Indicator 15:** % patiënten bekend met HVZ bij wie de BMI geregistreerd is in de afgelopen 12 maanden

**Type indicator:** Proces.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten bij wie de BMI adequaat is gemeten en vastgelegd.

**Relatie tot kwaliteit:** Bij optimale zorg wordt minimaal jaarlijks nagegaan of er veranderingen hebben plaatsgevonden in het risicoprofiel. Een BMI-meting valt hieronder.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Bij alle patiënten met HVZ moet een risicoprofiel opgemaakt worden. Factoren in het risicoprofiel zijn leeftijd, geslacht, roken, voeding, alcoholgebruik, lichamelijke activiteit, bloeddruk, BMI, lipidspectrum, glucosegehalte en geschatte glomerulaire filtratiesnelheid. Na instelling van de behandeling is jaarlijkse evaluatie van de therapie gewenst, waarbij tevens wordt nagegaan of er veranderingen hebben plaatsgevonden in het risicoprofiel.

**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is 100%.

NIVEL 2013, gemiddelde 36,3%; spreiding 15,8% - 56,1%.

In Een 2014, gemiddelde 75%.

**Indicator 16:** % patiënten bekend met HVZ jonger dan 70 jaar bij wie de BMI kleiner is dan 25 kg/m<sup>2</sup> (< 25) in de afgelopen 12 maanden

**Type indicator:** Uitkomst.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ met een gezond BMI.

**Relatie tot kwaliteit:** Zie indicator 15.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Zie indicator 15.

**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is 100%. De invloed van een individuele huisarts op de BMI is beperkt. Patiëntfactoren en variatie in case mix hebben een grote invloed op de uitkomst van deze indicator. De uitkomsten van benchmarking zijn relevanter dan de absolute uitkomsten.

NIVEL 2013, gemiddelde 23,4%; spreiding 13,0% - 33,3%.

**Indicator 17:** % patiënten bekend met HVZ van wie de mate van beweging is geregistreerd in de voorgaande 12 maanden

**Type indicator:** Proces.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten van wie de mate van beweging adequaat is geïnventariseerd en geregistreerd.

**Relatie tot kwaliteit:** Zie indicator 15.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Zie indicator 15.

**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is 100%.

NIVEL 2013, gemiddelde 25,2%; spreiding 0% - 50,3%.

**Indicator 18:** % patiënten bekend met HVZ met wie het voedingspatroon is besproken in de voorgaande 12 maanden

**Type indicator:** Proces.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ van wie het voedingspatroon adequaat is geïnventariseerd en geregistreerd.

**Relatie tot kwaliteit:** Zie indicator 15.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Zie indicator 15.

**Interpretatie resultaten:** Streefwaarde is 100%.

NIVEL 2013, gemiddelde 10,9%; spreiding 0% - 30,1%.

**Indicator 19:** % patiënten bekend met HVZ bij wie het alcoholgebruik is geregistreerd in de afgelopen 5 jaar

**Type indicator:** Proces.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ van wie het alcoholgebruik is geïnventariseerd en geregistreerd.

**Relatie tot kwaliteit:** Zie indicator 15.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Zie indicator 15.

**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is 100%.

NIVEL 2013, gemiddelde 33,4%; spreiding 3,9% - 62,2%.

## *Themaveld 6: Nierfunctie*

**Indicator 20:** % patiënten bekend met HVZ bij wie de eGFR is bepaald in de afgelopen 5 jaar

**Type indicator:** Proces.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten bij wie de nierfunctie adequaat is gemonitord.

**Relatie tot kwaliteit:** Zie indicator 15.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Zie indicator 15.

**Interpretatie:** Streefwaarde is 100%.

NIVEL 2013, gemiddelde 73,5%; spreiding 57,5% - 86,4%.

**Indicator 21:** % patiënten met HVZ en met een eGFR in de afgelopen 5 jaar en leeftijd < 65 jaar met een eGFR  $\leq$  60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> of leeftijd  $\geq$  65 jaar en eGFR < 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

**Type indicator:** Uitkomst.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ en mogelijk chronische nierschade.

**Relatie tot kwaliteit:** Deze indicator is niet één op één te herleiden naar kwaliteit van huisartsenzorg, maar geeft wel inzicht in de eigen populatie.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** De nierfunctie (eGFR) wordt geschat door middel van het serumcreatininegehalte (via de MDRD-formule). Een eGFR < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> bij personen < 65 jaar, of < 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> bij personen  $\geq$  65 jaar, wijst op chronische nierschade. Een verminderde nierfunctie is een risicofactor voor HVZ.

**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is zo laag mogelijk. Deze indicator geeft inzicht in de populatie van de praktijk met mogelijk chronische nierschade, waarbij verdere diagnostiek en/of behandeling is geïndiceerd. De uitkomsten van benchmarking zijn relevanter dan de absolute uitkomsten.

**Indicator 22:** % patiënten met episode nierfalen in de groep patiënten met leeftijd < 65 jaar en eGFR  $\leq$  60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> of leeftijd  $\geq$  65 jaar en eGFR < 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

**Type indicator:** Proces.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met verminderde eGFR bij wie de episode nierfalen is aangemaakt.

**Relatie tot kwaliteit:** Bij optimale zorg wordt bij patiënten met een eGFR onder de afkapwaarde een episode nierfalen aangemaakt. Deze indicator is niet één op één te herleiden naar kwaliteit van huisartsenzorg, maar geeft wel inzicht in de eigen populatie. Zie ook indicator 21.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** De NHG-Standaard Chronische nierschade is in ontwikkeling. Wanneer deze definitief is kan een bijpassende indicatorenset chronische nierschade ontwikkeld worden en zal de indicator in deze set komen te vervallen. Zie ook indicator 21.



**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is zo hoog mogelijk. Wanneer het percentage in uw praktijk duidelijk lager uitvalt dan in andere praktijken, kan dit aanleiding geven dit nader te bestuderen.

**Indicator 23:** % patiënten met contra-indicatie 'verminderde nierfunctie' in de groep patiënten met episode nierfalen

**Type indicator:** Proces.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met verminderde nierfunctie bij wie de contra-indicatie 'verminderde nierfunctie' is aangemaakt.

**Relatie tot kwaliteit:** Bij optimale zorg wordt bij alle patiënten met een episode nierfalen ook de contra-indicatie 'verminderde nierfunctie' aangemaakt.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Niet van toepassing.

**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is zo hoog mogelijk.

## *Themaveld 7: Overige*

**Indicator 24:** % patiënten bekend met HVZ die antistollingsmiddelen of plaatjesaggregatieremmers krijgen voorgeschreven (acetylsalicylzuur, carbasalaat calcium, acenocoumarol, clopidogrel, NOAC, etcetera)

**Type indicator:** Proces.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ dat adequaat een antistollingsmiddel of plaatjesaggregatieremmer krijgt voorgeschreven.

**Relatie tot kwaliteit:** Bij optimale zorg wordt bij alle patiënten met HVZ een antistollingsmiddel of plaatjesaggregatieremmer voorgeschreven.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Volgens de NHG-Standaard CVRM moeten alle patiënten met HVZ acetylsalicylzuur (80-100 mg/d) voorgeschreven krijgen, tenzij er een indicatie is voor orale antistolling.

**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is 100%.

NIVEL 2013, gemiddelde 75,0%; spreiding 64,5% - 83,9%.

InEen 2014, gemiddelde 80%.

**Indicator 25:** % patiënten bekend met HVZ met een nuchtere glucosemeting in de afgelopen 5 jaar

**Type indicator:** Proces.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ dat een nuchtere glucosemeting heeft ondergaan in de afgelopen 5 jaar.

**Relatie tot kwaliteit:** Bij optimale zorg hebben alle patiënten met HVZ een nuchtere glucosemeting in de afgelopen 5 jaar ondergaan.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** De NHG-Standaard CVRM beveelt aan om bij patiënten met een verhoogd risico op HVZ eens per 3 tot 5 jaar het nuchtere glucose te bepalen omdat zij ook een verhoogd risico hebben op DM.

**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is 100%.

NIVEL 2013, gemiddelde 66,0%; spreiding 50,0% - 80,8%.

InEen 2014, gemiddelde 90%.

**Indicator 26:** % patiënten bekend met HVZ dat gevaccineerd is tegen influenza in de voorgaande 12 maanden

**Type indicator:** Proces.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met HVZ dat in het afgelopen jaar gevaccineerd is.

**Relatie tot kwaliteit:** Bij optimale zorg heeft een gedeelte van de populatie met HVZ een indicatie voor influenzavaccinatie.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Volgens de NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie is de influenzavaccinatie geïndiceerd voor patiënten met een chronische stoornis van de hartfunctie, zoals

doorgemaakt hartinfarct en angina pectoris. Patiënten met een (doorgemaakt) TIA, herseninfarct, aneurysma aortae of perifeer arterieel vaatlijden vallen volgens de Gezondheidsraad niet onder de doelgroep voor influenzavaccinatie.

**Interpretatie resultaten:** De gewenste resultaten hangen af van de grootte van de subpopulatie die een indicatie heeft voor de influenzavaccinatie.

Deze indicator meet het percentage patiënten dat gevaccineerd is, dit kan sterk afwijken van het percentage patiënten aan wie de griepvaccinatie is aangeboden. De huisarts kan op procesniveau uitstekend hebben gehandeld, maar de uitkomst van de indicator is grotendeels afhankelijk van patiëntfactoren. Volgens InEen lijkt deze uitkomstindicator structureel verminderd betrouwbaar vanwege het probleem van de antedatering en HIS-KIS koppeling.

De uitkomsten van benchmarking zijn relevanter dan de absolute uitkomsten.

NIVEL 2013, gemiddelde 47,4%; spreiding 0% - 72,3% (deze grote spreiding is het gevolg van niet-gestandaardiseerde registratie influenzavaccinatie in HIS).

**Indicator 27:** % patiënten bekend met HVZ met een compleet risicoprofiel (rookstatus, voeding, beweging, alcoholgebruik, BMI, bloeddruk, glucose, LDL, eGFR)

**Type indicator:** Proces.

**Doel indicator:** Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met een compleet opgemaakt risicoprofiel.

**Relatie tot kwaliteit:** Bij optimale zorg is bij alle patiënten met HVZ een cardiovasculair risicoprofiel opgemaakt.

**Wetenschappelijke onderbouwing:** Zie indicator 15.

**Interpretatie resultaten:** De streefwaarde is 100%.

NIVEL 2013, gemiddelde 8,1%; spreiding 0% - 24,1%.