



Bijsluiter gebruik COPD-indicatoren in de huisartsenpraktijk

Fenna Schouten

09-02-2017
Versie 3

Inhoud

Overzicht van de indicatoren	2
Populatie	2
Monitoring	2
Behandeling	2
Beschrijving per indicator	4
Themaveld 1: Populatie	4
Themaveld 2: Monitoring.....	6
Themaveld 3: Behandeling.....	13

Overzicht van de indicatoren

Populatie

1. % patiënten met COPD in praktijkpopulatie
2. % patiënten met COPD onder behandeling in de eerste lijn (huisarts is ≥ 12 maanden hoofdbehandelaar) in de praktijkpopulatie
3. % patiënten met COPD onder behandeling bij medisch specialist in de praktijkpopulatie
4. % patiënten met COPD dat in de eerste lijn wordt behandeld en ≥ 12 maanden is ingeschreven
5. % patiënten met COPD dat in de eerste lijn wordt behandeld en ≥ 12 maanden is ingeschreven met zorgverlening via basishuisartsenzorg
6. % patiënten met COPD dat in de eerste lijn wordt behandeld en ≥ 12 maanden is ingeschreven met zorgverlening via geïntegreerde eerstelijnszorg (ketenzorg, programmatische zorg)

Monitoring

7. % patiënten met COPD en registratie ziektelast in de afgelopen 12 maanden
8. % patiënten met COPD en registratie ziektelast in de afgelopen 12 maanden met ziektelast 'licht'
9. % patiënten met COPD en registratie ziektelast in de afgelopen 12 maanden met ziektelast 'matig'
10. % patiënten met COPD en registratie ziektelast in de afgelopen 12 maanden met ziektelast 'ernstig'
11. % patiënten met COPD en registratie functioneren (CCQ of MRC) in de afgelopen 12 maanden
12. % patiënten met COPD en registratie mate van functioneren (CCQ of MRC) in de afgelopen 12 maanden en met CCQ ≥ 2 of MRC ≥ 3
13. % patiënten met COPD en registratie 'BMI in de afgelopen 12 maanden' én registratie 'ongewenst gewichtsverlies' in de afgelopen 12 maanden
14. % patiënten met COPD en registratie 'BMI in de afgelopen 12 maanden' én registratie 'ongewenst gewichtsverlies' in de afgelopen 12 maanden met BMI < 21 of 'ongewenst gewichtsverlies' met uitkomst 'ja'
15. % patiënten met COPD en registratie 'BMI in de afgelopen 12 maanden' in de afgelopen 12 maanden
16. % patiënten met COPD en registratie 'aantal exacerbaties in afgelopen 12 maanden' in de afgelopen 12 maanden
17. % patiënten met COPD met ≥ 2 exacerbaties in de afgelopen 12 maanden
18. % patiënten met COPD en 2 of meer (≥ 2) corticosteroïd stootkuren in de afgelopen 12 maanden
19. % patiënten met COPD en registratie longfunctie (FEV1 % voorspeld post BD of met eigen medicatie) in de afgelopen 36 maanden
20. % patiënten met COPD en uitslag FEV1 % van voorspelde waarde post BD of met eigen medicatie < 50 %
21. % patiënten met COPD bij wie een spirometrie is gedaan in de afgelopen 36 maanden (minimaal één van deze metingen: FEV1 pre BD, FVC pre BD, FEV1/FVC ratio pre BD, FEV1 post BD, FVC post BD, FEV1/FVC ratio post BD)
22. % patiënten met COPD van wie het rookgedrag bekend en actueel is
23. % patiënten met COPD dat rookt in de groep patiënten van wie het rookgedrag bekend is
24. % patiënten met COPD en registratie van de mate van beweging volgens norm gezond bewegen in de afgelopen 12 maanden

Behandeling

25. % patiënten met COPD met influenzavaccinatie in de afgelopen 12 maanden
26. % patiënten met COPD dat behandeld wordt met inhalatiecorticosteroïden (ICS) (≥ 1 voorschrift in afgelopen 12 maanden)

27. % patiënten met COPD en ≥ 1 voorschrift(en) inhalatiemedicatie in de afgelopen 12 maanden en controle inhalatietechniek in de afgelopen 12 maanden

Beschrijving per indicator

Themaveld 1: Populatie

Indicator 1: % patiënten met COPD in praktijkpopulatie

Type indicator: Niet van toepassing / populatie.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD in de praktijkpopulatie.

Relatie tot kwaliteit: Niet van toepassing.

Wetenschappelijke onderbouwing: In Nederland wordt de prevalentie van COPD in de huisartsenpraktijk op basis van het (vervallen) gefixeerde afkappunt voor obstructie (FEV1/FVC-ratio < 0,7) geschat op 2,4% bij mannen en op 1,7% bij vrouwen. Daarmee zijn er in Nederland meer dan 350.000 mensen met de diagnose COPD. COPD kwam in het verleden vaker voor bij mannen, maar komt steeds meer bij vrouwen voor doordat vrouwen meer zijn gaan roken. Vrouwen hebben vaak ernstiger COPD (meer exacerbaties en ernstiger dyspneu), die ook vaker op relatief jongere leeftijd ontstaat. COPD komt beduidend vaker voor bij mensen met een lagere opleiding, ook na correctie voor een hogere prevalentie van roken. Bij naar schatting 10 tot 15% van de rokers wordt de diagnose COPD gesteld.

Interpretatie: 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 COPD wordt toegepast bij risicogroepen.

Indicator 2: % patiënten met COPD onder behandeling in de eerste lijn (huisarts is \geq 12 maanden hoofdbehandelaar) in de praktijkpopulatie

Type indicator: Niet van toepassing / populatie.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD onder behandeling in de eerste lijn.

Relatie tot kwaliteit: Niet van toepassing.

Wetenschappelijke onderbouwing: Niet van toepassing.

Interpretatie: Bij patiënten met een lichte ziektelast of tijdens de instelfase van recent door de huisarts vastgestelde COPD is de huisarts over het algemeen de hoofdbehandelaar. Bij patiënten met een aanhoudend matige of ernstige ziektelast is de longarts meestal de hoofdbehandelaar. De uitkomst hangt samen met de uitkomsten van indicator 8, 9 en 10.

Indicator 3: % patiënten met COPD onder behandeling bij medisch specialist in de praktijkpopulatie

Type indicator: Niet van toepassing / populatie.

Doel indicator: Zie indicator 2.

Relatie tot kwaliteit: Niet van toepassing / populatie.

Wetenschappelijke onderbouwing: Niet van toepassing.

Interpretatie: Zie indicator 2.

Indicator 4: % patiënten met COPD dat in de eerste lijn wordt behandeld en ≥ 12 maanden is ingeschreven

Type indicator: Niet van toepassing / populatie.

Doel indicator: Zie indicator 2.

Relatie tot kwaliteit: Niet van toepassing.

Wetenschappelijke onderbouwing: Niet van toepassing.

Interpretatie: Deze indicator verschilt van indicator 2 vanwege het criterium inschrijving in de huisartsenpraktijk.

Indicator 5: % patiënten met COPD dat in de eerste lijn wordt behandeld en ≥ 12 maanden is ingeschreven met zorgverlening via basishuisartsenzorg

Type indicator: Niet van toepassing / populatie.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD dat in de eerste lijn wordt behandeld via basishuisartsenzorg.

Relatie tot kwaliteit: Niet van toepassing.

Wetenschappelijke onderbouwing: Niet van toepassing.

Interpretatie: Omdat de ernst van de ziektelast de belangrijkste factor is voor het type zorgverlening, zijn de uitkomsten van benchmarking relevanter dan de absolute uitkomsten.

Indicator 6: % patiënten met COPD dat in de eerste lijn wordt behandeld en ≥ 12 maanden is ingeschreven met zorgverlening via geïntegreerde eerstelijnszorg (ketenzorg, programmatische zorg)

Type indicator: Niet van toepassing / populatie.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD dat in de eerste lijn wordt behandeld via geïntegreerde eerstelijnszorg.

Relatie tot kwaliteit: Niet van toepassing.

Wetenschappelijke onderbouwing: Niet van toepassing.

Interpretatie: Zie indicator 5.

Themaveld 2: Monitoring

Indicator 7: % patiënten met COPD en registratie ziektelast in de afgelopen 12 maanden

Type indicator: Proces.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD van wie de ziektelast correct is geïnventariseerd en geregistreerd.

Relatie tot kwaliteit: Bij optimale zorg wordt de ziektelast frequent bepaald.

Wetenschappelijke onderbouwing: De ziektelast is een kernonderdeel in de monitoring van patiënten met COPD. Het is een samengestelde maat die een indruk geeft van de symptomen, de longfunctie, de exacerbatie-frequentie en de voedingstoestand.

Interpretatie: De streefwaarde is 100%. Elke patiënt met COPD moet minimaal jaarlijks gemonitord worden, waarbij de ziektelast wordt vastgelegd. Sommige patiënten zullen zich aan de zorg onttrekken. De case mix kan van invloed zijn op de uitkomsten, bijvoorbeeld wanneer er bovengemiddeld veel mensen met een hoge leeftijd en/of korte levensverwachting in de praktijkpopulatie zijn.

Indicator 8: % patiënten met COPD en registratie ziektelast in de afgelopen 12 maanden met ziektelast 'licht'

Type indicator: Uitkomst.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD en lichte ziektelast.

Relatie tot kwaliteit: De doelen van de behandeling van patiënten met COPD zijn: beperking van klachten, verbetering van het inspanningsvermogen en de ziektegerelateerde kwaliteit van leven, en verlaging van de toekomstige ziektelast (normaliseren van de achteruitgang van de longfunctie, voorkomen van exacerbaties en uitstellen of voorkomen van invaliditeit, arbeidsongeschiktheid en mortaliteit). Bij optimale zorg is het doel dat patiënten minder snel progressie van hun ziektelast doormaken.

Wetenschappelijke onderbouwing: De ernst van de ziektelast bepaalt het te volgen beleid voor een individuele patiënt en daarnaast ook de monitoringfrequentie en inhoud. Het is daarom essentieel om de ziektelast te bepalen. Er zijn weinig aanwijzingen dat een huisarts duidelijke invloed heeft op de progressie van lichte naar matige ziektelast, of van matige naar ernstige ziektelast.

Interpretatie: Vooral nog is onduidelijk welk deel van de COPD-patiënten lichte, matige en ernstige ziektelast hebben. Deze indicator geeft een indeling in ziektelast die intern gebruikt kan worden om een overzicht te creëren. Externe factoren, zoals het percentage patiënten dat deelneemt aan de persoonlijke gezondheidscheck, spelen een rol in de incidentie van COPD en daarmee de verdeling van de ziektelast.

Indicator 9: % patiënten met COPD en registratie ziektelast in de afgelopen 12 maanden met ziektelast 'matig'

Type indicator: Uitkomst.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD en matige ziektelast.

Relatie tot kwaliteit: Zie indicator 8.

Wetenschappelijke onderbouwing: Zie indicator 8.

Interpretatie: Zie indicator 8.

Indicator 10: % patiënten met COPD en registratie ziektelast in de afgelopen 12 maanden met ziektelast 'ernstig'

Type indicator: Uitkomst.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD en ernstige ziektelast.

Relatie tot kwaliteit: Zie indicator 8.

Wetenschappelijke onderbouwing: Zie indicator 8.

Interpretatie: Zie indicator 8. In principe hoort een patiënt met ernstige ziektelast thuis in de tweede lijn en zou de score van deze categorie 0% moeten zijn. Hier kan natuurlijk in overleg met de patiënt wel van af geweken worden.

Indicator 11: % patiënten met COPD en registratie functioneren (CCQ of MRC) in de afgelopen 12 maanden

Type indicator: Proces.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD van wie het functioneren is geïnterviewd en geregistreerd.

Relatie tot kwaliteit: De ervaren kwaliteit van leven en de mate waarin patiënten beperkt worden door COPD, zijn voor een belangrijk deel afhankelijk van de ernst van de symptomen. De CCQ en MRC geven een indruk van de mate van klachten/hinder/beperkingen door COPD. Bij optimale zorg wordt de ziektelast (waarvan de registratie van het functioneren een onderdeel is) frequent – minimaal jaarlijks – gemonitord.

Wetenschappelijke onderbouwing: Zie indicator 7.

Interpretatie: De streefwaarde is 100%. De ernst van de symptomen zou jaarlijks moeten worden ingevuld. Omdat sommige patiënten zich onttrekken aan regelmatige controles zijn de uitkomsten van benchmarking relevanter dan de absolute uitkomsten.

NIVEL 2013: gemiddeld 27,3%, spreiding 0% - 50,7%.

Indicator 12: % patiënten met COPD en registratie mate van functioneren (CCQ of MRC) in de afgelopen 12 maanden en met $CCQ \geq 2$ of $MRC \geq 3$

Type indicator: Uitkomst.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD dat klachten, hinder of beperkingen ervaart.

Relatie tot kwaliteit: De ervaren kwaliteit van leven en de mate waarin patiënten beperkt worden door COPD zijn voor een belangrijk deel afhankelijk van de ernst van de symptomen. Het is nog onduidelijk hoeveel invloed de huisarts heeft op de progressie van de ziektelast.

Wetenschappelijke onderbouwing: Zie indicator 7.

Interpretatie: Dit is een nieuwe indicator. Normaalwaardes voor deze scores zijn nog niet te geven. De uitkomst is afhankelijk van de samenstelling van de COPD-patiënten in een praktijk. De uitkomsten van benchmarking lijken relevanter dan de absolute uitkomsten.

COPD is een aandoening die zich kenmerkt door een langzaam progressief karakter. Zeker als een patiënt niet wil stoppen met roken, zullen de klachten onvermijdelijk toenemen in de tijd. Hiermee is het ook onvermijdelijk dat een deel van de patiënten aan deze criteria zal voldoen. Deze indicator geeft dan ook vooral een overzicht van de patiënten aan wie eventueel extra aandacht moet worden besteed.

Indicator 13: % patiënten met COPD en registratie 'BMI in de afgelopen 12 maanden' én registratie 'ongewenst gewichtsverlies' in de afgelopen 12 maanden

Type indicator: Proces.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD bij wie de voedingstoestand adequaat is gemonitord.

Relatie tot kwaliteit: Registratie van de BMI én registratie van 'ongewenst gewichtsverlies' vormen samen één van de vier parameters voor het bepalen van de ziektelast. De ziektelast is een kernonderdeel in de monitoring van patiënten met COPD. Het is een samengestelde maat die een indruk geeft van symptomen, longfunctie, exacerbatie-frequentie en voedingstoestand. De ernst van de ziektelast bepaalt het beleid en de monitoringsfrequentie.

Wetenschappelijke onderbouwing: Een lage BMI en ongewenst gewichtsverlies wijzen beiden op het (mogelijk) aanbreken van de cachectische fase van COPD en op een matige/ernstige ziektelast.

Interpretatie: De streefwaarde is 100%. Bij iedere patiënt zouden de BMI en het ongewenst gewichtsverlies beide geregistreerd moeten worden.

Het vastleggen van ongewenst gewichtsverlies is een nieuwe bepaling bij COPD volgens de herziene NHG-Standaard COPD (2015). Ook de code 2673 voor ongewenst gewichtsverlies is relatief nieuw. Daarom is een implementatieslag vereist voordat 100% een realistische score is. Ook geldt dat sommige patiënten zich aan regelmatige controle onttrekken, waardoor 100% nooit haalbaar zal zijn.

Indicator 14: % patiënten met COPD en registratie 'BMI in de afgelopen 12 maanden' én registratie 'ongewenst gewichtsverlies' in de afgelopen 12 maanden waarbij BMI < 21 of 'ongewenst gewichtsverlies' met uitkomst 'ja'

Type indicator: Uitkomst.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD bij wie mogelijk de cachectische fase is aangebroken.

Relatie tot kwaliteit: Zie indicator 8.

Wetenschappelijke onderbouwing: Een lage BMI en ongewenst gewichtsverlies wijzen beide op het (mogelijk) aanbreken van de cachectische fase van COPD en op een matige/ernstige ziektelast. Daarnaast is de bepaling hiervan een onderdeel van het vaststellen van de ziektelast.

Interpretatie: De individuele huisarts heeft geen duidelijke invloed op de uitkomst van deze indicator. COPD is een aandoening die zich kenmerkt door een langzaam progressief karakter met een toegenomen ademarbeid en een verminderde intake. Daardoor zal het gewicht door de jaren lager worden. Deze indicator dient daarom meer als een kengetal. De uitkomst geeft een overzicht van de patiënten die een verwijzing naar een diëtiste moeten krijgen. Ook geeft de uitkomst inzicht in hoeveel patiënten het daadwerkelijk betreft.

Indicator 15: % patiënten met COPD en registratie 'BMI in de afgelopen 12 maanden' in de afgelopen 12 maanden

Type indicator: Proces.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD bij wie het BMI gemeten en geregistreerd is.

Relatie tot kwaliteit: Zie indicator 14.

Wetenschappelijke onderbouwing: Zie indicator 14.

Interpretatie: De streefwaarde is 100%.

NB: Deze indicator is hier beschreven omdat hij voorkomt in de InEen benchmark over 2016. Hij wordt vervangen door de indicator '% patiënten met registratie BMI én 'ongewenst gewichtsverlies'.

Indicator 16: % patiënten met COPD en registratie 'aantal exacerbaties in afgelopen 12 maanden' in de afgelopen 12 maanden

Type indicator: Proces.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD van wie het aantal exacerbaties is geregistreerd.

Relatie tot kwaliteit: Een ernstige exacerbatie kan een ernstig beloop kennen, geeft een beperking in de kwaliteit van leven en kan onherstelbare schade aan de luchtwegen geven. Bij optimale zorg wordt elke exacerbatie vastgelegd.

Wetenschappelijke onderbouwing: Het aantal exacerbaties per jaar is een criterium voor het bepalen van de ziektelast. Daarnaast zijn exacerbaties verantwoordelijk voor een extra achteruitgang van de FEV1 en daarmee de prognose.

Interpretatie: De streefwaarde is 100%.

Indicator 17: % patiënten met COPD en ≥ 2 exacerbaties in de afgelopen 12 maanden

Type indicator: Uitkomst.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD en ≥ 2 exacerbaties in de afgelopen 12 maanden.

Relatie tot kwaliteit: Zie indicator 16.

Wetenschappelijke onderbouwing: Een ernstige exacerbatie kan een ernstig beloop kennen, geeft een beperking in de kwaliteit van leven en kan onherstelbare schade aan de luchtwegen geven. Het doormaken van twee of meer ernstige exacerbaties is een teken van een matige of ernstige ziektelast.

Interpretatie: Vooral nog is onduidelijk welk deel van de COPD-patiënten twee of meer ernstige exacerbaties per jaar doormaakt. Volgens het NIVEL-rapport 'Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma of COPD (2014)' wordt 20% van de COPD-patiënten opgenomen in het ziekenhuis (voor alle oorzaken), tegenover 7% in de algehele bevolking.

Voor een adequate registratie kunnen deze getallen ook jaarlijks eenmalig ingevuld worden, bijvoorbeeld aan het einde van het jaar. Hiervoor is geen aparte afspraak met de patiënt nodig omdat de waarden ook te vinden zijn door het dossier na te gaan op prescriptie-data van prednison en ziekenhuisopnames.

Vooral nog is onduidelijk wat een goede streefwaarde is voor deze indicator. In eerste instantie is deze indicator vooral geschikt om intern te analyseren welke patiënten extra aandacht behoeven. De indicator is eventueel ook geschikt voor benchmarking tussen verschillende praktijken. De uitkomsten van benchmarking zijn relevanter dan de absolute uitkomsten.

Indicator 18: % patiënten met COPD en 2 of meer (≥ 2) corticosteroïd stootkuren in de afgelopen 12 maanden

Type indicator: Uitkomst.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD en ≥ 2 exacerbaties in het afgelopen jaar waarvoor corticosteroïd stootkuren nodig waren.

Relatie tot kwaliteit: De ernst van de ziektelast bepaalt het te volgen beleid voor een individuele patiënt en daarnaast ook de monitoringfrequentie en inhoud. Het is daarom essentieel om de ziektelast te bepalen. Zie ook indicator 8.

Wetenschappelijke onderbouwing: Patiënten met ≥ 2 exacerbaties in het afgelopen jaar waarvoor corticosteroïd stootkuren voor nodig waren vallen automatisch buiten de categorie 'lichte' ziektelast.

Interpretatie: De uitkomsten van benchmarking zijn relevanter dan de absolute uitkomsten.

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

Indicator 19: % patiënten met COPD en registratie longfunctie (FEV1 % voorspeld post BD of met eigen medicatie) in de afgelopen 36 maanden

Type indicator: Proces.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD bij wie longfunctieonderzoek is verricht waarvan de resultaten zijn vastgelegd.

Relatie tot kwaliteit: Bij optimale zorg is bij alle patiënten met COPD, met uitzondering van patiënten zonder klachten én die niet (meer) roken, in de afgelopen drie jaar een longfunctieonderzoek verricht.

Wetenschappelijke onderbouwing: Het monitoren van de (afname van de) FEV1 in de tijd geeft een indicatie van de ernst van COPD. Daarnaast is de uitslag bepalend voor het antibioticabeleid bij exacerbaties.

Interpretatie: De streefwaarde hiervoor kan geen 100% zijn, omdat er bij patiënten met een lichte ziektelast die niet roken en weinig symptomen hebben geen spirometrie verricht hoeft te worden. De uitkomsten van benchmarking zijn relevanter dan de absolute uitkomsten, zeker zolang niet duidelijk is welk percentage van de patiënten een lichte ziektelast hebben.

Indicator 20: % patiënten met COPD en uitslag FEV1 % van voorspelde waarde post BD of met eigen medicatie < 50 %

Type indicator: Uitkomst.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD met FEV1% < 50%.

Relatie tot kwaliteit: Bij optimale zorg wordt de progressie van COPD mogelijk vertraagd.

Wetenschappelijke onderbouwing: Een FEV1 onder de 50% is een indicatie van een matige of ernstige ziektelast. Daarnaast kan het wijzen op een snelle progressie van de aandoening.

Interpretatie: De individuele huisarts heeft geen duidelijke invloed op de uitkomst van deze indicator. COPD is een aandoening die zich kenmerkt door een langzaam progressief karakter, daardoor zal de FEV1 door de jaren lager worden, zeker gezien het feit dat fysiologisch de FEV1 al daalt. Als een patiënt niet wil stoppen met roken, zal deze daling nog sneller verlopen. Hiermee is het onvermijdelijk dat een deel van de patiënten aan deze criteria zal voldoen. Deze indicator is dan ook meer een kengetal dat een overzicht geeft van de patiënten die eventueel extra aandacht nodig hebben.

Indicator 21: % patiënten met COPD bij wie een spirometrie is gedaan in de afgelopen 36 maanden (minimaal één van deze metingen: FEV1 pre BD, FVC pre BD, FEV1/FVC ratio pre BD, FEV1 post BD, FVC post BD, FEV1/FVC ratio post BD)

Type indicator: Proces.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD bij wie in de afgelopen drie jaar spirometrie is verricht.

Relatie tot kwaliteit: Bij optimale zorg wordt bij alle patiënten met COPD, met uitzondering van patiënten zonder klachten én die niet (meer) roken, minimaal eenmaal per drie jaar spirometrie verricht. Bij patiënten zonder klachten én die niet (meer) roken wordt geen spirometrie aanbevolen.

Wetenschappelijke onderbouwing: Zie relatie tot kwaliteit.

Interpretatie: De streefwaarde is 100% van alle patiënten met COPD, met uitzondering van patiënten zonder klachten én die niet (meer) roken.

NB: Deze indicator komt te vervallen.

Indicator 22: % patiënten met COPD van wie het rookgedrag bekend en actueel is

Type indicator: Proces.

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

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

Wetenschappelijke onderbouwing: Roken geeft een toename van symptomen en versnelt de afbraak van longweefsel. Om te kunnen achterhalen of iemand rookt en vervolgens te interveniëren, moet er actief naar geïnformeerd worden.

Interpretatie: De streefwaarde is 100%.

NIVEL 2013, gemiddeld 46%, spreiding 17,3% - 70,2%.

Indicator 23: % patiënten met COPD die roken in de groep patiënten van wie het rookgedrag bekend is

Type indicator: Descriptief.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD die roken.

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

Wetenschappelijke onderbouwing: Zie indicator 22.

Interpretatie: De streefwaarde is zo laag mogelijk.

Hoewel stoppen met roken bij COPD uitermate belangrijk is, blijft de uitkomst lastig te interpreteren. Zelfs bij zeer uitgebreide programma's gericht op het stoppen met roken blijft het succespercentage ruim onder de 50%. Rekening houdend met de kleine aantallen per praktijk en de spreiding, zal het daarom uiterst lastig zijn om verschillen in kwaliteit tussen huisartspraktijken rond stoppen met roken programma's aan te tonen.

NIVEL 2013, gemiddeld 35,1 %, spreiding 12,5% - 53,3%.

Volgens een enquête van het NIVEL in 2014 rookt 23% van de algemene bevolking en 22% van de patiënten met COPD (BI 17,5-27,8%).

Indicator 24: % patiënten met COPD en registratie mate van beweging volgens norm gezond bewegen in de afgelopen 12 maanden

Type indicator: Proces.

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

Relatie tot kwaliteit: Bij optimale zorg wordt bij alle patiënten met COPD minimaal jaarlijks de mate van beweging geïnventariseerd en geregistreerd.

Wetenschappelijke onderbouwing: Volgens de NHG-Standaard COPD zijn de belangrijkste niet-medicamenteuze maatregelen bij COPD: stoppen met roken, voldoende bewegen en adequate voeding. Voldoende beweging heeft een gunstig effect op de ziektegerelateerde kwaliteit van leven bij patiënten met COPD.

Interpretatie: De streefwaarde is 100%.

NIVEL 2013, gemiddeld 31,4%, spreiding 0% - 61%.

Themaveld 3: Behandeling

Indicator 25: % patiënten met COPD met influenzavaccinatie in de afgelopen 12 maanden

Type indicator: Proces.

Doel indicator: Inzicht krijgen in het percentage patiënten met COPD dat gevaccineerd is tegen influenza.

Relatie tot kwaliteit: Bij optimale zorg worden alle patiënten met COPD jaarlijks gevaccineerd tegen influenza.

Wetenschappelijke onderbouwing: Volgens de NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie biedt de huisarts vaccinatie aan aan alle patiënten met COPD. De indicaties voor influenzavaccinatie zijn op advies van de Gezondheidsraad vastgesteld door de minister van VWS.

Interpretatie: De streefwaarde is 100%. 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 in verband met het probleem van de antedatering en HIS-KIS koppeling.

NIVEL 2013, gemiddeld 53,4%, spreiding 0% - 81,1% (deze grote spreiding is het gevolg van niet-gestandaardiseerde registratie van influenzavaccinatie in het HIS).

Indicator 26: % patiënten met COPD dat behandeld wordt met inhalatiecorticosteroiden (ICS) (≥ 1 voorschrift in afgelopen 12 maanden)

Type indicator: Proces.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD dat ICS gebruikt.

Relatie tot kwaliteit: Bij optimale zorg heeft slechts een beperkte subpopulatie een indicatie voor ICS-gebruik.

Wetenschappelijke onderbouwing: Inhalatiecorticosteroiden (ICS) zijn geïndiceerd bij patiënten met COPD die frequente ernstige exacerbaties hebben, ondanks onderhoudsbehandeling met een langwerkende luchtwegverwijder. Voor ICS is slechts een beperkte indicatie bij COPD. Het vermoeden bestaat dat ze momenteel te veel worden voorgeschreven. ICS geven een verhoogd risico op pneumonie, lokale bijwerkingen zoals heesheid en in hogere doseringen bijnierschorsinsufficiëntie. Daarom moet onnodig gebruik zo veel mogelijk beperkt.

Interpretatie: Idealiter zouden alle patiënten die terecht een ICS krijgen eerst uitgeselecteerd worden, zodat de streefwaarde 0% zou kunnen zijn. Praktisch is dit echter onmogelijk omdat er meerdere criteria voor ICS-gebruik zijn, met allerlei uitzonderingen. Denk bijvoorbeeld aan patiënten met mengvormen van astma en COPD.

De streefwaarde is dus geen 0% omdat er wel indicaties voor ICS zijn. Wat de streefwaarde wel is, moet blijken door deze indicator enkele jaren te hanteren. Toch biedt deze indicator ook nu al wel een inkijk in het percentage voorschriften. Een hoog percentage (in de benchmark) kan een reden zijn hier kritisch naar te kijken.

Indicator 27: % patiënten met COPD en met ≥ 1 voorschrift(en) inhalatiemedicatie in de afgelopen 12 maanden en controle inhalatietechniek in de afgelopen 12 maanden

Type indicator: Proces.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met COPD met inhalatiemedicatie bij wie de inhalatietechniek adequaat is gecontroleerd.

Relatie tot kwaliteit: Bij optimale zorg worden bij alle patiënten die inhalatiemedicatie gebruiken de therapietrouw en inhalatietechniek bij alle controles besproken.

Wetenschappelijke onderbouwing: De NHG-Standaard COPD beveelt aan bij het monitoren van patiënten aandacht te hebben voor therapietrouw en inhalatietechniek. Vraag de patiënt bij de monitoring altijd de medicatie en inhalatoren mee te nemen en inhalatie van de medicatie te demonstreren om eventuele fouten in de inhalatietechniek te corrigeren. De inhalatie-instructie is ook een taak van de apotheker. Het verdient aanbeveling de instructies op elkaar af te stemmen.

Interpretatie: De streefwaarde is 100%. Regionale afspraken over de rol van de apotheker hierin kunnen deze streefwaarde beïnvloeden.

NIVEL 2013, gemiddeld 16,9%, spreiding 0% - 38,6%.