



ZE&GG Uniforme Data Definitie¹

Eerst optimaal medicamenteuze therapie vóór PCI

ZZ-PoB-024 en VK-CAR-005

30 januari 2025

Datum	Versie	Aanpassingen
04052023	1 ^e Versie	
23012025	2 ^e Versie	<p>Nummering van tabellen en figuren is verbeterd.</p> <p>Datajaar 2021 en 2022 zijn toegevoegd. Figuur 3 is nieuw toegevoegd, figuur 2 is gewijzigd en tabel 6 en 7 zijn gewijzigd. De data in andere tabellen en figuren zijn niet gewijzigd.</p> <p>Datajaar 2020 is opnieuw doorgerekend omdat per abuis de daarbij benodigde data over 2021 (i.v.m. inclusie- en exclusiecriteria) in de 1^e Versie niet meegenomen waren. Daardoor ontbrak een deel (ruim 30%) van de populatie van 2020 nog. In tabel 7 is de rij voor dat jaar daarom ook gewijzigd.</p>

¹ Zie ook het separate document *Toelichting op ZE&GG Uniforme Data Definitie*



Inhoud

1. Inleiding	3
1.1 Spiegelinformatie	4
1.2 Keuze voor alleen PCI-ingrepen	4
2. Brondata	5
2.1 Dekkingspercentage	5
2.2 Compleetheid van de data	5
2.3 Updatefrequentie	6
3. Analyse	6
3.1 Definitie basispopulatie	6
3.1.1 Overwegingen bij het gebruik van declaratiedata	6
3.1.2 Inclusiecriteria	7
3.1.3 Resultaten basispopulatie	8
3.2 Definitie PCI	9
3.3 Patiënten optimaal medicamenteus behandeld voorafgaand aan PCI	10
3.3.1 Definitie medicatie	10
3.3.2 Indicator	11
3.4 Patiënten met PCI (snel) na diagnosestelling	11
4. Resultaten van datadefinitie	12
4.1 Patiënten optimaal medicamenteus behandeld vóór PCI	12
Verschillen tussen diagnoses 0201 en 0202	13
OMT over jaren heen	13
4.2 Patiënten met PCI (snel) na diagnosestelling	15
4.3 Indicator 1 vs. indicator 2	16
5. Analyses ter ondersteuning keuze diagnoses 0201 en 0202	18
5.1 Wel/geen OMT voor diagnose 0201/0202/0203	18
5.2 Ingreep snel na diagnose voor 0201/0202/0203	18
5.3 Uitsplitsing percentage drie medicatiegroepen	19

1. Inleiding

Pijn op de borst is de meest voorkomende uiting van coronaire hartziekten en wordt ook wel “angina pectoris” (AP) genoemd. Patiënten voelen een beklemmend, drukkend of benauwend gevoel midden op de borst. Bij een geleidelijk ontstane vernauwing treedt de pijn op de borst met name op bij inspanning of bij emoties; in rust gaat het weg. Dit is de stabiele vorm: stabiele angina pectoris genoemd; hartinfarct is de acute vorm.

In december 2017 is door het Zorginstituut Nederland (ZINL) het Verbetersignalement Pijn op de Borst (PoB) gepubliceerd². In dit rapport zijn in overleg met partijen in het veld evidence-based aanbevelingen gedaan in het kader van zinnige en zuinige zorg rond Pijn op de Borst. Dit rapport baseert zich deels op de gemeenschappelijke publicatie ‘Verstandige keuzes voor patiënten met hartaandoeningen’ van de NVVC en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)^{3,4}, waarin het belang van medicamenteuze therapie bij stabiele angina pectoris wordt onderstreept. Eén van deze evidence-based aanbevelingen luidt immers: “Patiënten met stabiele angina pectoris zonder aanwijzing voor uitgebreide afwijkingen aan de kransslagaders moeten eerst optimaal met medicijnen behandeld worden alvorens te dotteren of te opereren”. De belangrijkste verbeteractie volgens het Verbetersignalement is dan ook “Bij de behandeling is, ook volgens de richtlijn, stepped care meestal de beste optie; eerst medicijnen en pas als dit niet voldoende helpt een operatie. In de praktijk wordt nu in veel gevallen geopereerd zonder dat vooraf eerst medicijnen werden gebruikt.” De ISCHEMIA-trial is, hoewel het een iets andere groep onderzocht dan bovenstaande publicaties, de belangrijkste bevestiging dat medicamenteuze behandeling bij deze patiëntgroep niet slechter is dan invasieve behandeling⁵.

De UDD is opgesteld door Vektis en in afstemming met ZE&GG en inhoudsdeskundigen verenigd in een expertteam (Tabel 1).

² <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/rapport/2018/01/31/zinnige-zorg-verbetersignalement-%E2%80%98pijn-op-de-borst%E2%80%99/Rapport+pijn+op+de+borst.pdf>

³ https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Verstandige%20Keuzes%20binnen%20de%20cardiologie_online.pdf

⁴ De NPCF staat nu bekend als Patiëntenfederatie Nederland

⁵ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1915922>

Tabel 1: Leden expertteam

Naam	Functie
Karin Arkenbout	Interventiecardioloog Ter Gooi Ziekenhuis
Reginald Goutars	Cardioloog OLVG
Geert van Hoof	Medisch adviseur CZ
Peter Smits	Cardioloog Maasstad Ziekenhuis
Karin Vermeulen	Medisch adviseur CZ
i2i en LOGEX	Betrokken datapartijen
Vektis	Data-analyse en uitwerken Uniforme Data Definitie

1.1 Spiegelinformatie

Spiegelinformatie geeft inzicht in de mate van implementatie van gepast gebruik op basis van bestaande dataregistraties. Zo kunnen zorgaanbieders zien hoe zij presteren: ten opzichte van zichzelf in de tijd, en waar mogelijk ten opzichte van andere zorgaanbieders. Met deze informatie zijn zorgaanbieders beter in staat om, waar nodig, acties te ondernemen om het toepassen van gepast gebruik te bevorderen. Het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) wil spiegelinformatie beschikbaar stellen, zowel op landelijk- als op zorgaanbiedersniveau. Momenteel worden er verschillende datadefinities gehanteerd door verschillende datapartijen. Dat kan discussie opleveren bij het gebruik van spiegelinformatie. Daarom wil ZE&GG per onderwerp op de implementatieagenda uniforme datadefinities vaststellen. Vektis en DHD zijn gekozen om hierbij als landelijke datapartijen te ondersteunen.

In de rest van dit document vindt u een voorstel voor een Uniforme Datadefinitie (UDD) voor het initiatief *Pijn op de Borst: Optimale medicamenteuze behandeling vóór PCI*; specifiek gaat het om de volgende indicatoren:

- Percentage patiënten zonder declaratie medicatie voorafgaand aan PCI
- Percentage patiënten met PCI (snel) na diagnosestelling

1.2 Keuze voor alleen PCI-ingrepen

In het *Verbetersignalement* en de *Verstandige Keuzes binnen Cardiologie* is het advies gericht op OMT voor PCI (dotteren) en CABG (bypass operatie). De richtlijn geeft anderzijds aan dat OMT pas ingezet mag worden als ernstig coronair lijden is uitgesloten. Als er een indicatie is voor een CABG is er in het algemeen geen reden om eerst nog OMT te overwegen. Het gaat bijvoorbeeld om meervatslijden of een CABG in combinatie



met een hartklepoperatie. Om die reden heeft de expertgroep besloten om CABG niet mee te nemen in de analyse. Met het weglaten van de bypass-operaties is de groep een betere afspiegeling van de patiënten waar OMT de beste optie is.

2. Brondata

Voor deze datadefinitie gebruiken we de declaratiedata die Vektis aangeleverd krijgt door de Nederlandse zorgverzekeraars⁶. Deze declaratiedata beslaat vrijwel alle in Nederland gedeclareerde zorg en is daarom erg compleet. De data, die declaraties vanuit zowel Zvw (Zorgverzekeringswet) als de Wlz (Wet langdurige zorg) bevat wordt door Vektis, maar ook partijen als de NZa en ZIN gebruikt voor vele analyses over de zorg. De data die gebruikt zijn voor deze datadefinitie en de nulmeting zijn afkomstig uit de door zorgverzekeraars aangeleverde declaratiegegevens medisch-specialistische zorg (via de zo genoemde QZ), gecombineerd met de declaratiegegevens voor farmaceutische hulp (aangeleverd via de QF).

Het betreffen in de eerste UDD-versie DBC-zorgproducten met een openingsdatum vanaf 1 januari 2017 tot en met 31 december 2020. Voor de exclusiecriteria is 730 dagen terug in het verleden en 365 dagen verder in de toekomst gezocht, dus data over de jaren 2015 en 2016 en ook 2021 zijn gebruikt. Bij de update in januari 2025 zijn twee datajaren toegevoegd (2021 en 2022) waarbij dus ook data uit 2023 zijn gebruikt.

2.1 Dekkingspercentage

De gegevens zijn gebaseerd op nagenoeg alle Nederlandse verzekerden (in het kader van de Zorgverzekeringswet). De dekkingsgraad is ruim 99%, dit betekent ruim 17 miljoen personen.

2.2 Compleetheid van de data

Er is voor de analyse van DBC-openingsjaren 2017 t/m 2020 gewerkt met declaratiegegevens die aangeleverd zijn en verwerkt bij zorgverzekeraars tot en met 28 februari 2023.

Voor de in januari 2025 toegevoegde DBC-openingsjaren 2021 en 2022 is gewerkt met declaratiegegevens die aangeleverd en verwerkt zijn bij zorgverzekeraars tot en met 31 december 2024. De gegevens over 2022

⁶ <https://www.vektis.nl/over-vektis/datawarehouse>



zijn daarmee compleet. Hierbij worden ook gegevens gebruikt van 2023 (omdat we tot 1 jaar na openingsdatum kijken voor een PCI) en de gegevens daarvoor zijn dan ook nagenoeg compleet (>99%).

2.3 Updatefrequentie

De nu getoonde resultaten worden éénmaal per jaar geüpdatet; omdat de analyses betrekking hebben op een heel jaar is dit het meest logisch. Er zijn verschillen in declaratiesnelheid tussen aanbieders. Daarom kiezen we jaarlijks het moment waarop een jaar nagenoeg volledig is gedeclareerd. Dit om te voorkomen dat er naar resultaten gekeken wordt vertekend door verschillen in declaratiesnelheid tussen zorgaanbieders.

3. Analyse

In dit hoofdstuk wordt gespecificeerd hoe de Spiegelinformatie berekend wordt.

3.1 Definitie basispopulatie

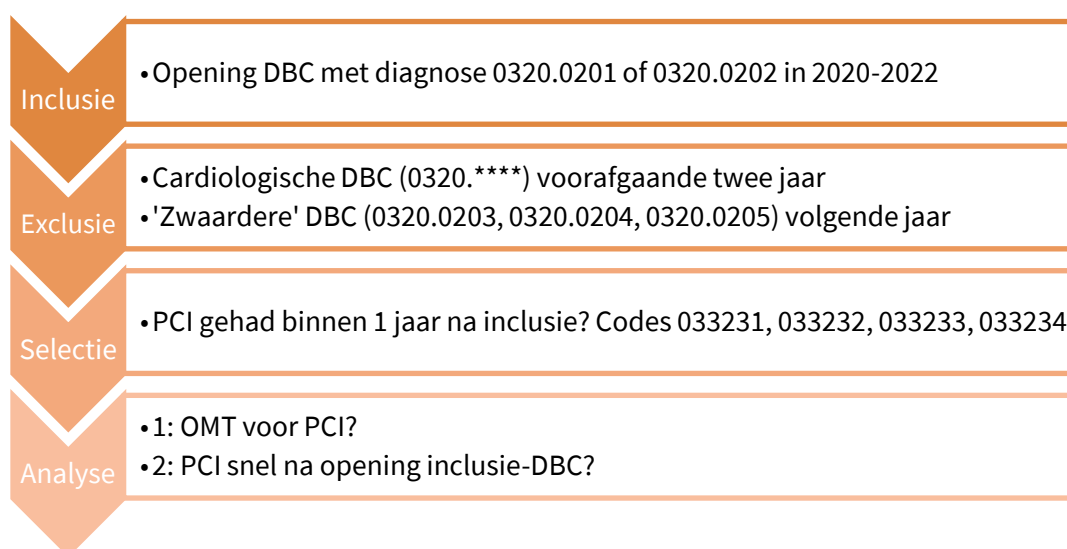
3.1.1 Overwegingen bij het gebruik van declaratiedata

Bij deze UDD maken we gebruik van de diagnoses zoals vastgelegd in de declaratiedata, waarin de ICD-10 code niet beschikbaar is. Gebruik van de declaratiedata is de enige manier om het medicijngebruik landelijk te koppelen aan zorggebruik in het ziekenhuis. Instellingen (ziekenhuizen/ZBC's) hebben zelf gedetailleerder informatie over diagnoses. Deze codes kunnen meer inzicht geven als ze aan de slag gaan met uitkomsten van deze UDD.

Naast het feit dat de diagnoses in de declaratiedata minder gedetailleerd zijn dan de diagnoses die de instellingen zelf opslaan, is er nog een probleem. Wijzigingen in diagnose worden niet altijd door instellingen verwerkt in de declaratie. Voor een patiënt die bij binnenkomst diagnose Stabiele Angina Pectoris krijgt, wordt een nieuwe DBC aangemaakt, met die diagnose (0202 in dit geval). Als dit later wordt bijgesteld, bijvoorbeeld naar Instabiele AP (diagnose 0203), wordt dit vaak wel vastgelegd in het ziekenhuissysteem, maar niet in de declaratie. In dat geval rekenen we de patiënt wel mee in deze UDD (diagnose is immers stabiele AP), maar heeft de patiënt eigenlijk instabiele AP, waarvoor een andere behandeling optimaal is. Dit 'vervuilt' de resultaten.

Om hier zo goed mogelijk mee om te gaan zijn bijgaande resultaten opgesplitst naar initiële diagnose. Daarnaast zijn extra analyses gedaan voor de groep die initieel diagnose Instabiele AP krijgt. Die resultaten (§5.2) lieten vooral zien dat de groep patiënten met initiële diagnose 0203 zeer snel een ingreep krijgen, en (daarom) ook veel minder vaak OMT bereiken voor hun ingreep. Dit is een indicatie dat deze groep sterk verschilt van de groep die initieel diagnose 0202 krijgt.

Een visuele weergave van de in- en exclusiecriteria ziet u hieronder.



Figuur 1: Schematische weergave samenstelling populatie

3.1.2 Inclusiecriteria

Patiënten met stabiele AP hebben 1 of meer van de volgende 2 diagnosecodes bij het specialisme cardiologie (specialismecode 0320 in de declaratie) in een initiële DBC (nieuwe zorgvraag; gedeclareerd met zorgtype = 11). Deze DBC wordt in de rest van deze definitie inclusie-DBC genoemd als er verwarring kan ontstaan.

Tabel 2: Diagnosecodes voor inclusie

Specialisme.diagnosecode	Omschrijving
0320.0201	Thoracale klachten eci
0320.0202	Angina pectoris, stabiel

De periode waarop de getoonde resultaten betrekking hebben betreft DBC's geopend in de jaren 2017, 2018, 2019 en 2020 daar waar het grafieken en tabellen betreft die niet gewijzigd zijn t.o.v. de eerste UDD-versie.

Voor figuur 2 en tabel 6 betreft het DBC's geopend in 2020, 2021 en 2022. In figuur 3 en tabel 7 gaat het om alle jaren van 2017 t/m 2022. Het gaat steeds om de begindatum van de inclusie-DBC.

Om de 18+-populatie te bepalen is de leeftijd van de patiënt genomen op de eerste dag van het kwartaal van de begindatum van de inclusie-DBC. Alle patiënten zijn daarmee 18 jaar of ouder op de begindatum van de DBC.

Om aannemelijker te maken dat de basispopulatie bestaat uit patiënten met alleen stabiele AP (en geen andere cardiologische diagnose) zijn er exclusiecriteria toegepast. Er wordt alleen gekeken naar patiënten stabiele AP zonder een cardiologische DBC binnen twee jaar eerder of een verzwarende DBC binnen één jaar later. De volgende patiënten worden daarom niet meegenomen:

- Patiënten voor wie in de periode van 24 maanden vóór de opening van de inclusie-DBC (diagnosecode 201 of 202) één of meer cardiologische DBC('s) is/zijn gedeclareerd,
- Patiënten bij wie binnen 12 maanden ná opening van de inclusie-DBC een DBC met diagnosecode 0203, 0204 of 0205 is gedeclareerd

Tabel 3: Diagnosecodes voor exclusie

Specialisme-diagnosecode	Omschrijving	Geëxcludeerd indien geopend
0320.****	Alle cardiologische DBC's	Binnen 730 dagen voor opening inclusie-DBC
0320.0203	Angina pectoris, onstabiel	Binnen 365 dagen na opening inclusie-DBC
0320.0204	ST elevatie hartinfarct	Binnen 365 dagen na opening inclusie-DBC
0320.0205	Non-ST elevatie hartinfarct	Binnen 365 dagen na opening inclusie-DBC

Bij het rapporteren op instellingsniveau wordt gerapporteerd op de instelling die de DBC declareert waarin de PCI valt. Instellingen met minder dan 10 geïncludeerde patiënten zijn uit de resultaten gelaten.

3.1.3 Resultaten basispopulatie

De basispopulatie bestaat per jaar uit ongeveer 120.000 patiënten, van wie 83% bij de inclusie-DBC diagnose 0201 (Thoracale klachten eci) krijgt. Dat percentage is in de gebruikte jaren⁷ stabiel. De groep met diagnose 0201 uit de analyse weglaten heeft dus cijfermatig een grote impact. De indicatoren kijken naar de subset van deze patiënten die een PCI ondergaat en zal daarom vooral de 'zwaardere' patiënten met diagnose 0201 aangaan. Een extra analyse naar de groep patiënten met initiële diagnose 0203 (Instabiele AP) maakte duidelijk dat dit een heel andere patiëntgroep is. De inclusie-diagnoses zijn, alles bij elkaar nemend, 0201 en 0202 gebleven.

⁷ Dit betreft een analyse ten tijde van de eerste UDD-versie, dus over de jaren 2017 t/m 2020. Dit is daarna niet opnieuw uitgezocht.

3.2 Definitie PCI

Voor een dotter/stent (PCI) is gekeken naar onderstaande zorgactiviteiten. Deze zorgactiviteiten hoeven niet binnen de inclusie-DBC te vallen op basis waarvan de patiënt is geïncludeerd; dat zal zelfs vaak niet het geval zijn. Er zijn geen voorwaarden waaraan het DBC-zorgproduct waarin de PCI valt moet voldoen.

Opmerking na overleg expertteam

Zorgactiviteit 033238 (Acute PTCA ter opheffing/verwijdering stenosen coronaire) is ook een PCI-ingreep. Het expertteam heeft besloten dat Acute PCI's geen onderdeel moeten zijn van deze UDD. Dit omdat als een acute PCI noodzakelijk is, optimaal medicamenteus behandelen geen optie meer is. Zoals in paragraaf 1.2 beschreven is er voor gekozen alleen PCI-ingrepen te onderzoeken. Dat sluit dus ten opzichte van eerdere analyses, de bypass operaties (CABG) uit.

Tabel 4: Zorgactiviteitscodes PCI

Zorgactiviteitscode	Omschrijving
033231	PTCA eentak ter opheffing/verwijdering stenosen coronaire arterien.
033232	PTCA meertak of hoofdstam ter opheffing/verwijdering stenosen coronaire arterien.
033233	PTCA ter opheffing/verwijdering chronische occlusie coronaire arterien.
033234	PTCA met passage coronaire arteriën graft.
190342⁸	Klassieke cardiovasculaire stent
190343⁹	Drug eluting cardiovasculaire stent

Er wordt geteld of er binnen een jaar na de openingsdatum van de inclusie-DBC een PCI heeft plaatsgevonden. De berekening is dan:

$$(\text{datum_PCI} - \text{datum_opening_inclusieDBC}) \leq 365 \text{ dagen}$$

Hierbij is gekeken naar de eerste ingreep die heeft plaatsgevonden. Voor de groep met inclusie-DBC in 2019 *kunnen* de zorgactiviteiten in 2020 vallen. De aantallen ingrepen zijn voor deze laatste groep ongeveer 20%. Dit is waarschijnlijk een gevolg van de coronapandemie. Het totale aantal PCI, dus geen rekening houdend met de selectie in deze UDD, is namelijk ook gedaald, van 24.000 in 2019 naar 20.000 in 2020.

⁸ Deze zorgactiviteit staat niet op de nota aan een zorgverzekeraar en komt daarmee niet in declaratiegegevens bij Vektis.

⁹ Deze zorgactiviteit staat niet op de nota aan een zorgverzekeraar en komt daarmee niet in declaratiegegevens bij Vektis.

3.3 Patiënten optimaal medicamenteus behandeld voorafgaand aan PCI

3.3.1 Definitie medicatie

Bij optimale medicamenteuze behandeling vóór PCI stond de volgende vraagstelling centraal: *welke instellingen declareren PCI zonder declaratie passend bij optimale medicamenteuze therapie in de vier maanden voorafgaand aan de interventie?* Oorspronkelijk werd hier gedacht aan een periode van drie maanden, maar dat levert problemen op omdat chronisch gebruikte medicatie soms voor drie maanden geleverd wordt. Deze patiënten kunnen daardoor onterecht in de ‘geen medicatie’-groep vallen.

Voor gedeclareerde medicatie is gekeken naar de middelen in Tabel 5: ATC-codes geïncludeerde medicatie.

Tabel 5: ATC-codes geïncludeerde medicatie

Medicijngroep	Medicijngroep bestaat uit	ATC code
Anti-angineuze middelen	Bètablokkers	C07****
	Calcium antagonisten	C08****
	Nitraten	C01DA**
Plaatjesremmers	Plaatjesremmers	B01AC**
Cholesterolverlagers	Statines	C10AA**
	Ezetimibe	C10AX09
	PCSK9-remmers	C10AX13, C10AX14

Onderstaande kortwerkende nitraten uit de categorie anti-angineuze middelen zijn niet meegenomen¹⁰:

- NITROGLYCERINE SDZ OROMUC SPRAY 0,4MG/DO FL 200DO; artikelnummer 15192210
- NITROLINGUAL OROMUCOSALE SPRAY 0,4MG/DO FLAC 250DO; artikelnummer 14947641

Voor het gebruik van medicatie is een drempelwaarde ingesteld. De drempelwaarde is aanwezig om te voorkomen dat patiënten worden meegenomen waarvan het medicijngebruik vrijwel nihil is. De drempelwaarde voor deze middelen is 30 of meer DDD per medicijngroep. De DDD (‘Defined Daily Dose’) is de benaderde gemiddelde onderhoudsdosis per dag voor volwassenen bij gebruik van een geneesmiddel voor de hoofdindicatie. Een levering van 30DDD betekent dus dat de gemiddelde patiënt het middel 30 dagen kan gebruiken. Elke DDD geldt voor een bepaalde toedieningsweg.

¹⁰ Bij het opstellen van deze UDD is er gekozen om deze middelen niet mee te nemen omdat ze sublinguaal zijn. Echter, sublinguale 5 mg isosorbidedinitraat tabletten, met een vergelijkbare werking/inzet, zijn wel meegenomen.

Voor het *aantal middelen* verderop in deze definitie gaat het om het aantal verschillende medicijn groepen. Twee verschillende anti-angineuze middelen tellen voor deze analyse dus als één middel.

3.3.2 Indicator

Er is één indicator: het percentage patiënten met OMT. Het percentage wordt berekend als het aantal patiënten volgens onderstaande definitie (teller), gedeeld door het totaal aantal geïncludeerde patiënten (noemer).

Percentage patiënten met OMT voorafgaand aan PCI

Dit is het percentage patiënten waarvoor medicijnen uit alle drie de medicijn groepen (antiangineus, plaatjesremmer, cholesterolverlager) zijn gedeclareerd in de vier maanden voorafgaand aan een PCI. Deze patiënten hebben dus voor alle drie soorten middelen een declaratie van minstens 30 DDD.

Rapportage niveau: per jaar en per instelling waarbij

- jaar = het jaar van opening van de inclusie-DBC
- instelling = de instelling die de DBC declareert waarin de PCI valt.

3.4 Patiënten met PCI (snel) na diagnosestelling

Uit de analyses bleek dat een groot aantal patiënten heel weinig tijd heeft om medicatie te gebruiken voordat de PCI plaatsvindt. De ingreep vindt daarvoor te snel na opening van de inclusie-DBC plaats. Dit brengt het percentage patiënten dat geen medicatie gebruikt omhoog. Duidt dit op mogelijke bias voor de indicator, of brengt dit juist een onwenselijke praktijk in kaart? Deze vragen hebben geleid tot de indicator *Percentage patiënten met PCI (snel) na diagnosestelling*. Het percentage wordt berekend als het aantal patiënten volgens onderstaande definities (teller), gedeeld door het totaal aantal geïncludeerde patiënten (noemer).

Percentage patiënten met PCI binnen 30 dagen na diagnosestelling

De diagnosestelling heeft betrekking op de openingsdatum van de inclusie-DBC. Voor de diagnosestelling en het plaatsvinden van een PCI worden de eerdergenoemde definities gebruikt.

Rapportage niveau: per jaar en per instelling waarbij

- jaar = het jaar van opening van de inclusie-DBC
- instelling = de instelling die de DBC declareert waarin de PCI valt.

Zoals te zien is in figuur 4 in § 4.2 varieert dit percentage tussen de instellingen van 9% tot 46%.

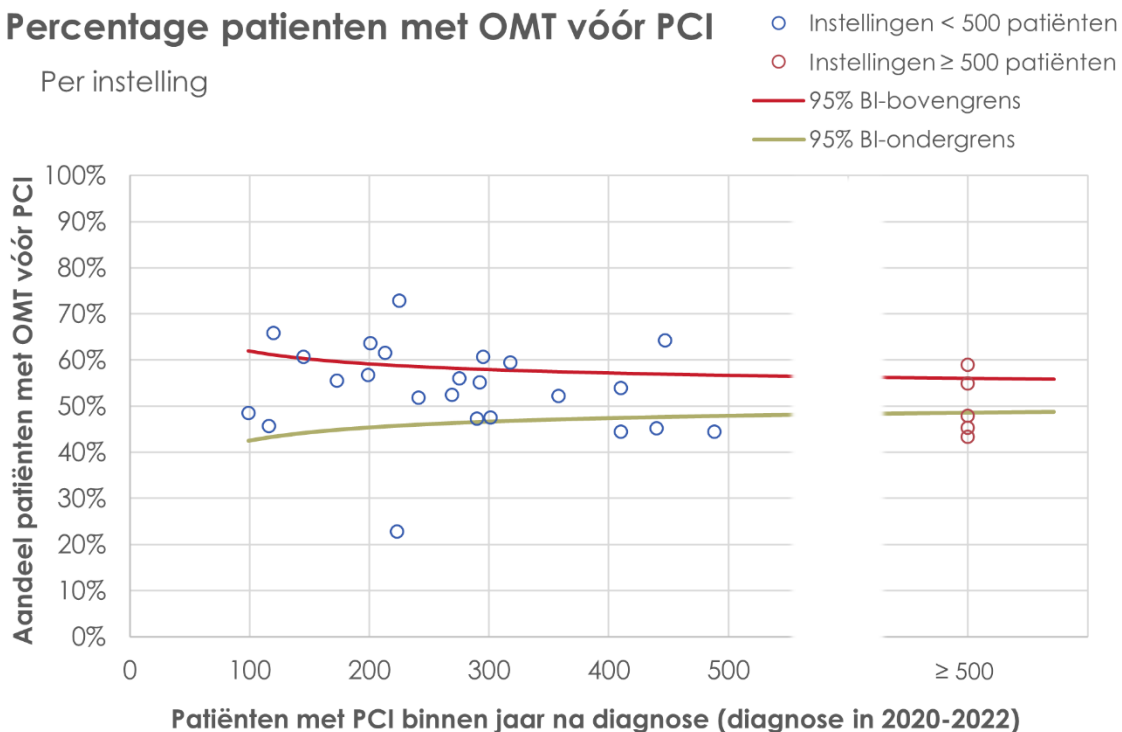
4. Resultaten van datadefinitie

In deze paragraaf zijn de resultaten opgenomen, zoals die voortkomen uit de voorgestelde Uniforme Data Definities. Voor de instellingen die veel patiënten met PCI's hebben, ligt het laten zien van de scores moeilijk. Dit omdat in de sector bekend kan zijn in welke instellingen de meeste PCI's plaatsvinden. Om dit te voorkomen zijn de instellingen met de meeste patiënten met PCI's apart gezet in de betreffende figuren. Het aantal patiënten voor deze instellingen wordt dus niet getoond, het percentage patiënten met OMT vóór de PCI wordt wel getoond. (Vrijwel) alle instellingen in de resultaten zijn PCI-centra van de 'witte lijst'¹¹.

4.1 Patiënten optimaal medicamenteus behandeld vóór PCI

Percentage patiënten met OMT vóór PCI

Per instelling



Figuur 2: Percentage patiënten dat medicamenteus optimaal behandeld is, voorafgaand aan PCI. In de funnelplot worden de scores van instellingen getoond, vergezeld van een 95%-betrouwbaarheidsinterval. Rode cirkels zijn instellingen met meer dan 500 patiënten. Het percentage OMT van deze instellingen is af te lezen, maar het totaal aantal patiënten niet.

¹¹ <https://www.nvvc.nl/Kwaliteit/witte-lijsten>

Verschillen tussen diagnoses 0201 en 0202

De groep met initiële diagnose 0201 is gemiddeld iets vaker niet optimaal medicamenteus behandeld voor een PCI dan de groep 0202 (52% vs. 46%).

Tabel 6: Percentage patiënten met optimale medicamenteuze therapie (OMT) voorafgaand aan de PCI, uitgesplitst naar diagnose, voor patiënten met een inclusie-DBC in de jaren 2020 t/m 2022.

Diagnose	Geen OMT	Wel OMT	Eindtotaal
0201	1.438 (52%)	1.352 (48%)	2.790
0202	3.141 (46%)	3.677 (54%)	6.818
Eindtotaal	4.579(48%)	5.029 (52%)	9.608

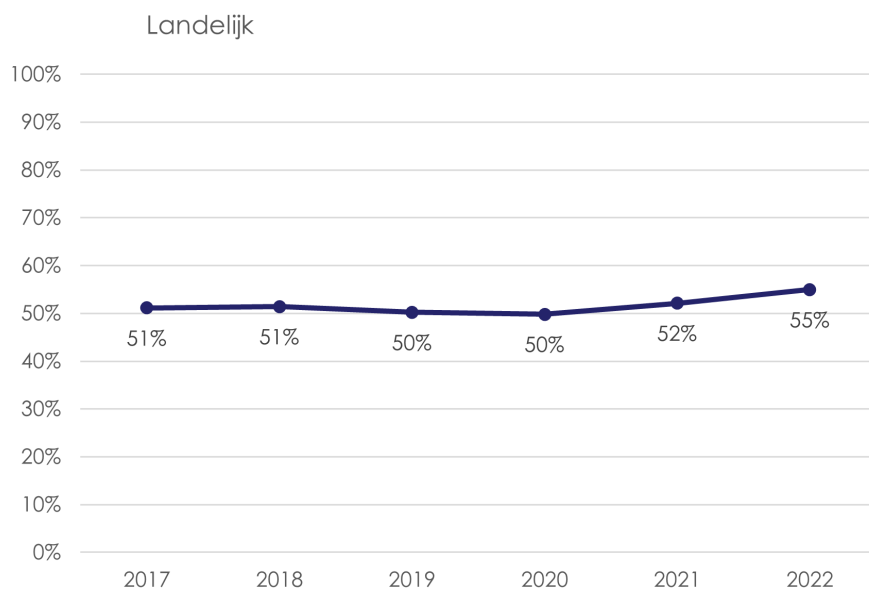
OMT over jaren heen

In de jaren 2017 t/m 2020 bleef het percentage patiënten met optimale medicamenteuze therapie (OMT) voorafgaand aan de PCI gelijk, ongeveer 50%. In 2021 en 2022 neemt het wat toe.

Tabel 7: Percentage patiënten met optimale medicamenteuze therapie (OMT) voorafgaand aan de PCI, uitgesplitst naar openingsjaar van de inclusie-DBC. Zie ook figuur 3.

Jaar	Geen OMT	Wel OMT	Eindtotaal
2017	1.771 (49%)	1.853(51%)	3.624
2018	1.741 (49%)	1.843 (51%)	3.584
2019	1.769 (50%)	1.783 (50%)	3.552
2020	1.530 (50%)	1.519 (50%)	3.049
2021	1.604 (48%)	1.747 (52%)	3.351
2022	1.445 (45%)	1.763 (55%)	3.208
Eindtotaal	9.860 (48%)	10.508 (52%)	20.368

Percentage patiënten met OMT vóór PCI



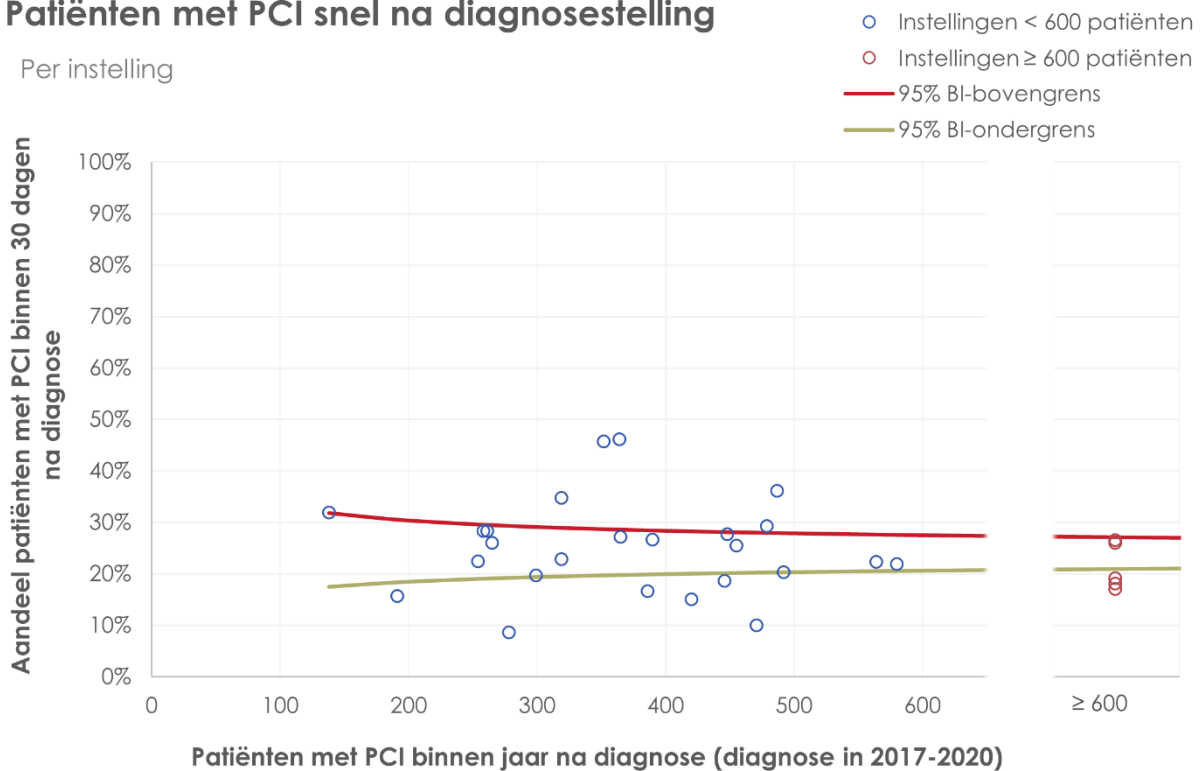
Figuur 3: Landelijk percentage patiënten dat medicamenteus optimaal behandeld is voorafgaand aan PCI voor de jaren 2017 t/m 2022, per openingsjaar van de inclusie-DBC.

4.2 Patiënten met PCI (snel) na diagnosestelling

In deze paragraaf zijn de resultaten opgenomen zoals die voortkomen uit de voorgestelde Uniforme Data Definitie. (Vrijwel) alle instellingen in de resultaten zijn PCI-centra van de ‘witte lijst’.

Patiënten met PCI snel na diagnosestelling

Per instelling

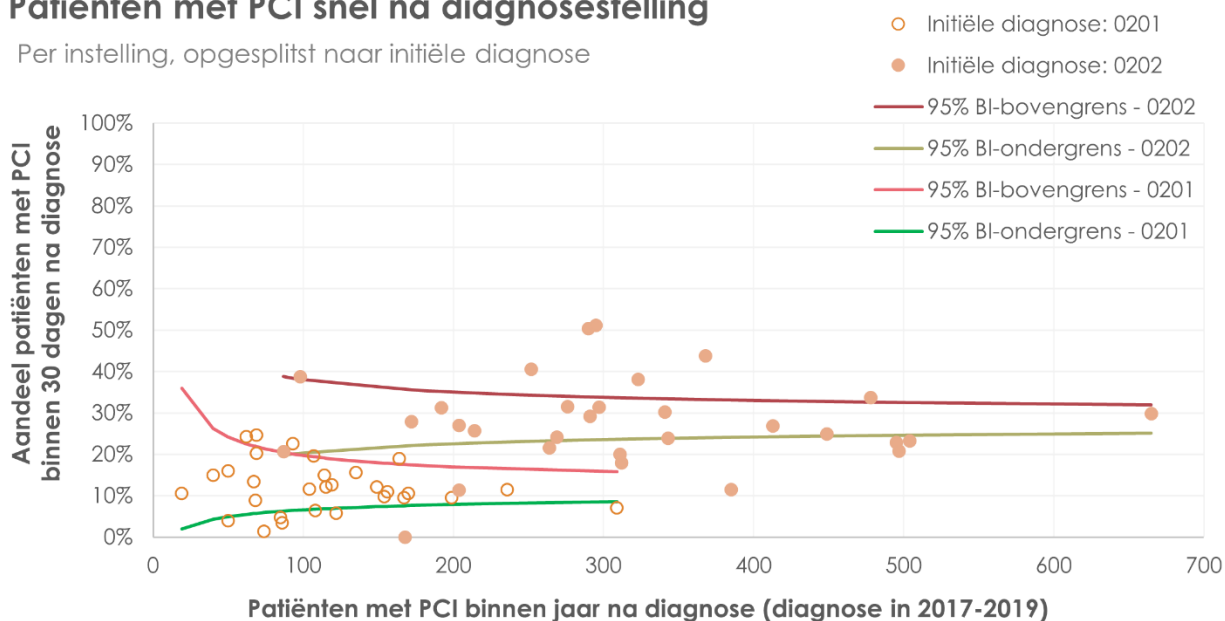


Figuur 4: Percentage patiënten met PCI snel (binnen 30 dagen) na opening inclusie-DBC. Rode cirkels zijn instellingen met meer dan 600 patiënten. Het percentage patiënten met een snelle PCI voor deze instellingen is af te lezen, maar het totaal aantal patiënten niet.

N.B. De patiënt wordt toegekend aan de instelling waar de PCI heeft plaatsgevonden.

Patiënten met PCI snel na diagnosestelling

Per instelling, opgesplitst naar initiële diagnose



Figuur 5: Percentage patiënten met PCI snel (binnen 30 dagen) na opening DBC, opgesplitst naar initiële diagnose.
N.B. De patiënt wordt toegekend aan de instelling waar de PCI heeft plaatsgevonden.

Tabel 8 Aandeel patiënten met een PCI binnen 30 dagen na diagnose, uitgesplitst naar diagnose, voor patiënten met een inclusie-DBC in de jaren 2017 t/m 2020.

Diagnose	Geen snelle PCI	Snelle PCI	Eindtotaal
0201	3.055 (88%)	405 (12%)	3.460
0202	6.828 (72%)	2.700 (28%)	9.528
Eindtotaal	9.883 (76%)	3.105 (24%)	12.988

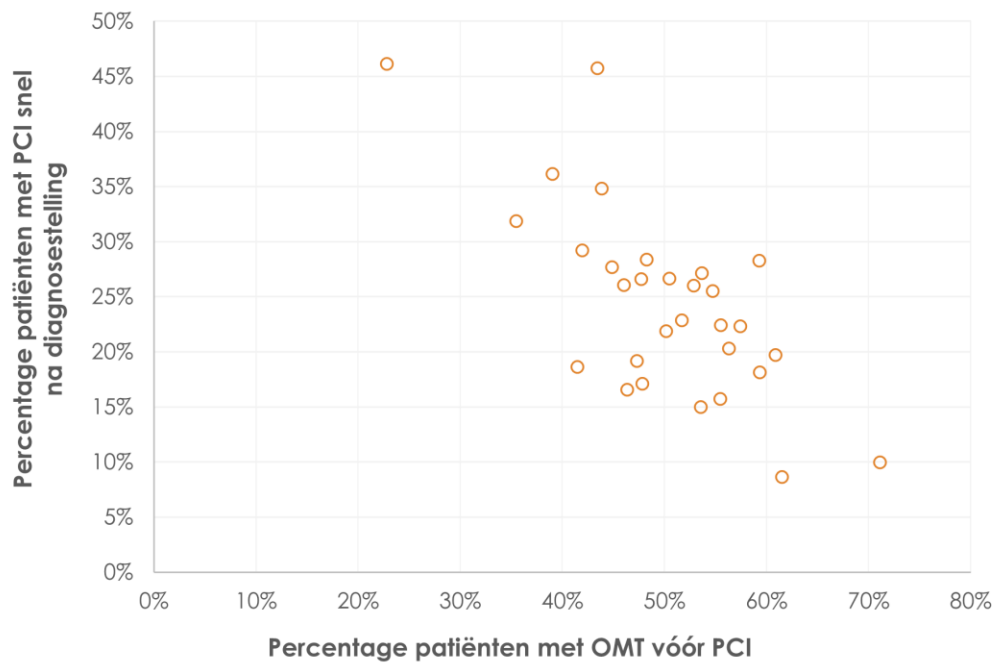
4.3 Indicator 1 vs. indicator 2

In de figuur hieronder zijn de resultaten van beide indicatoren tegen elkaar uitgezet. Elke stip vertegenwoordigt een instelling. Op de x-as staat het percentage patiënten met OMT vòòr de PCI, op de y-as het percentage patiënten waarvan de PCI binnen 30 dagen na diagnose plaatsvond.

Er is sprake van duidelijke negatieve correlatie (correlatiecoëfficiënt = -0,72): een instelling met een hoog percentage OMT heeft weinig patiënten met een ingreep binnen 30 dagen na diagnose.

Percentage OMT vs. percentage snelle ingrepen

Per instelling



Figuur 6: Indicator 1 uitgezet tegen indicator 2. Beide indicatoren met percentage over de jaren 2017 - 2020. Correlatiecoëfficiënt = -0,72.

5. Analyses ter ondersteuning keuze diagnoses 0201 en 0202

Op verzoek van het expertteam zijn de analyses uit Hoofdstuk 4 voor de jaren 2017 t/m 2019 nogmaals uitgevoerd, maar met de toevoeging van de groep patiënten die initieel diagnose instabiele AP (diagnosecode 0203) krijgt. Diagnose 0203 bij vervolg-DBC's is in deze extra analyse geen exclusie criterium meer, ook niet voor de groepen die initieel diagnose 0201 of 0202 krijgen. **Daarmee wijzigt de samenstelling van de groepen 0201 en 0202 ten opzichte van de andere analyses in dit document.** Ondanks de gewijzigde samenstelling zijn de resultaten voor de groepen 0201 en 0202 in percentages redelijk vergelijkbaar met de resultaten zoals tot nu toe gepresenteerd. De resultaten voor de groep 0203 wijken echter sterk af voor beide indicatoren. Op basis van deze analyses is besloten de groep 0203 niet te includeren.

5.1 Wel/geen OMT voor diagnose 0201/0202/0203

Wat opvalt aan de resultaten voor OMT bij patiënten voorafgaand aan een ingreep (niet getoond) is dat bij diagnose 0203 (Instabiele AP) een veel lager percentage patiënten OMT bereikt voor de ingreep. Dit is waarschijnlijk een gevolg van de ernst van de aandoening, er is dan geen tijd voor behandeling via medicamenteuze weg.

5.2 Ingreep snel na diagnose voor 0201/0202/0203

De groep patiënten met instabiele AP krijgt vrijwel zonder uitzondering een ingreep binnen 30 dagen. Let wel, dit is, net als in de rest van de UDD, *gefilterd op de groep die een ingreep krijgt*. Dit wil dus niet zeggen dat *alle* patiënten met diagnose 0203 een snelle ingreep krijgen; van de subgroep die daadwerkelijk een ingreep krijgt, krijgt vrijwel iedereen hem binnen 30 dagen na diagnosestelling.

5.3 Uitsplitsing percentage drie medicatiegroepen

Op verzoek van de NVC is een aanvullende analyse gedaan en onderstaande uitsplitsing toegevoegd:

Tabel 9: Percentage verdeling medicatie vooraf voor patiënten met PCI, gebaseerd op de periode 2017-2020.

Medicijngroep	Percentage patiënten
Anti-angineuze middelen	63,9 %
Plaatjesremmers	90,9 %
Cholesterolverlagers	76,6 %

Gezamenlijk komt dit neer op 50,3% van alle patiënten met PCI (in deze analyse 12.988) die voorafgaand daaraan alle drie de medicatiegroepen heeft gehad.