

Implementatie Diseasemanagement programma COPD
regio Midden-Brabant
2009 - 2011

Tilburg
Januari 2009
B09.057

INHOUDSOPGAVE

1. Probleemstelling
2. Relevantie
3. Resultaten pilotfase
4. Betrokken ketenpartners
5. Analyse knelpunten
6. Doelstelling
7. Plan van aanpak
8. Begroting 2009 – 2011

1. Probleemstelling

Eind 2007 is in de regio Midden-Brabant via een pilotproject gestart met het ontwikkelen van een regionaal ketenzorgprogramma COPD. Initiatiefnemers van dit project zijn Rose-Phoenix, LHV-kring Midden-Brabant en het Zorgnetwerk Midden-Brabant. Dit project is mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage vanuit Robuust en de zorgverzekeraars UVIT en CZ. Grote kracht van dit pilotproject is dat naast de zorgverlening in de eerste lijn, een nadrukkelijke aansluiting en afstemming met de tweede lijn gerealiseerd is. In de eerste helft van 2008 hebben de longartsen uit de twee regionale ziekenhuizen en een kleine pilotgroep huisartsen (25 praktijken, zijnde 37 huisartsen en hun praktijkondersteuners) deze transmurale afspraken ontwikkeld. Inhoudelijk zijn de afspraken gebaseerd op de NHG-standaarden. De regionale afspraken gaan vooral over de organisatie en taakverdeling tussen de betrokken partijen. De tweede helft van 2008 is gericht op het opdoen van ervaring met de afspraken uit het pilotproject bij de deelnemende huisartsenpraktijken en in de twee ziekenhuizen. Tevens zijn in de tweede helft van 2008 samenwerkingsafspraken gemaakt met fysiotherapeuten, diëtisten en thuiszorg voor de zorgverlening aan COPD-patiënten.

Het huidige pilotproject heeft een looptijd tot en met maart 2009. In het eerste kwartaal van 2009 vindt de evaluatie van dit project plaats. De resultaten van de evaluatie worden gebruikt om de richtlijn aan te passen en geschikt te maken voor implementatie in de hele regio Midden-Brabant. De uitrol naar de overige huisartsen en overige betrokken disciplines in de regio is geen onderdeel van dit pilotproject. In de voorliggende subsidie-aanvraag wordt daarom een vervolgproject gepresenteerd.

Onder verantwoordelijkheid van de regionale coöperatie Midden Brabant wordt de implementatie in de gehele regio opgepakt. De kwaliteitscriteria die in het pilotproject zijn opgesteld worden overgenomen en op basis hiervan worden contractafspraken met de aangesloten huisartsen en overige zorgverleners in de COPD zorgketen gemaakt.

2. Relevantie

In 2003 hadden 316.400 mensen in Nederland COPD (chronische bronchitis en emfyseem): 176.500 mannen en 139.900 vrouwen (schattingen op basis van huisartsenregistraties). Het aantal mensen met COPD stijgt met de leeftijd, COPD komt voornamelijk voor bij mensen van 55 jaar en ouder. Het aantal nieuwe patiënten met COPD wordt in 2003 geschat op 33.600 personen (17.200 mannen en 16.400 vrouwen). Het aantal mensen met COPD in Nederland ligt op een vergelijkbaar niveau als in de ons omringende landen.

Uitgaande van alleen demografische ontwikkelingen zal het absolute aantal personen met COPD tussen 2005 en 2025 met 38% stijgen. Op basis van het rookgedrag in het verleden wordt verwacht dat in de toekomst de prevalentie van COPD zowel onder mannen als onder vrouwen zal afnemen (Boezen et al, 2006f). De prevalentie in de categorie 55 plus zal sterk stijgen van 25% tot 37% in bovengenoemde periode. In 2005 schatte de GGD Hart van Brabant op basis van een enquête dat 10% van de 55 plus categorie COPD problemen heeft. Het RIVM geeft aan dat in Midden Brabant 4.20 tot 4.51 inwoners per 10.000 jaarlijks sterven aan COPD (www.zorgatlas.nl 2001-2004). Dat betekent dat er momenteel ongeveer 90.000 55 plus inwoners zijn in de regio Midden-Brabant en dat dat aantal zal stijgen naar 125.000. Als 10% van 55 plus inwoners COPD symptomen heeft zijn dat $9.000 + 1.000 = 10.000$ patiënten met COPD in 2008, wat zal stijgen naar 13.600 patiënten in 2025.

De gemiddelde incidentie van COPD is voor 2003 geschat op 2,1 per 1.000 mannen en 2,0 per 1.000 vrouwen per jaar. De regio Midden Brabant heeft 441.563 inwoners. De verhouding man/vrouw in Nederland is nagenoeg 'fifty/fifty'. Dit betekent voor de regio Midden-Brabant dus 220.781,5 mannen en 220.781,5 vrouwen. Met een incidentie van 2,1 bij mannen en 2,0 bij vrouwen zal de toename van mensen met COPD rond de 900 per jaar liggen (Bron; Nationale Kompas RIVM).

3. Resultaten pilotproject

Zoals al in de probleemstelling is beschreven is in 2007 het Pilotproject COPD gestart bij 25 huisartsenpraktijken (in de hele regio Midden-Brabant zijn 180 huisartsenpraktijken geregistreerd). In de eerste helft van 2008 is in het pilotproject een nulmeting uitgevoerd bij de deelnemende praktijken. Deze praktijken leveren zorg aan in totaal 95.885 patiënten. Hiervan gebruikt cq. heeft ooit gebruikt 5% (5.253 patiënten) medicatie voor luchtwegverwijders. 2% (2.066 patiënten) heeft in het HIS de ICPC-code 95 en is daarmee gelabeld als COPD-patiënt. Uit dit verschil van 3% blijkt een onderregistratie van diagnose COPD.

De vraag hoeveel COPD - patiënten in zorg zijn bij de huisarts en hoeveel bij de longarts' bleek lastig te beantwoorden. In het ziekenhuis wordt alleen het aantal contacten gemeten, en niet het aantal patiënten dat daarvoor verantwoordelijk is. Hierdoor is de verdeling van patiënten over huisarts en longarts niet te bepalen. In Tilburg is in 2008 een schatting gemaakt, waarbij blijkt dat 38% van de COPD patiënten uit de huisartsen praktijk bij een longarts onder controle staat.

Het ontwikkelen en implementeren van een regionaal diseasemanagementprogramma COPD betekent continuïteit in het behandeltraject, duidelijke taakverdeling tussen zorgverleners, eenduidige diagnose, adequate doorverwijzing, kennisontwikkeling en reguliere scholing aan huisartsen en praktijkondersteuners. Met als uiteindelijke doel kwaliteitsverbetering van de COPD-zorg.

4. Betrokken ketenpartners

Bij het maken van de organisatorische en inhoudelijke afspraken over de COPD zorgketen zijn in het pilotproject de volgende disciplines betrokken:

- Ziekenhuizen (de 2 ziekenhuizen uit de regio: TweeSteden ziekenhuis en het St. Elisabeth ziekenhuis)
- Huisartsen (ingebracht vanuit de LHV kring Midden Brabant)
- Praktijkondersteuners (regionaal georganiseerd)
- Fysiotherapeuten (regionaal georganiseerd)
- Diëtisten
- Thuiszorg

Voor de facilitering en procesbegeleiding zijn betrokken:

- ROS ROSE/Phoenix
- Zorgnetwerk Midden-Brabant
- Regionale LHV-bureau
- Transmurale Regionale Formularium Commissie (TRFC)

De zorgketen is transmuraal en beslaat alle bovengenoemde disciplines.

De huisartsen in de regio Tilburg worden vertegenwoordigd door een kringbestuur en er is een regionale coöperatie. Bij de huisartsenkring zijn 160 huisartsen aangesloten en bij de coöperatie inmiddels 101 (stand van zaken per juni 2008).

De coöperatie is opdrachtgever van voorliggend vervolgproject. De projectleiding is in handen van het projectteam. Bij de uitvoering worden dezelfde ketenpartners betrokken als in het regionale pilotproject, met het verschil dat het nu alle zorgverleners in de regio betreft.

De regionale coöperatie ondersteunt en coördineert het uiteindelijke zorgproces (na 2011). Er wordt een projectleider aangesteld die hiervoor verantwoording krijgt. Hij/zij draagt zorg voor de organisatie van de bijscholing en casuïstiekbesprekingen en het aanbieden van de zorg volgens de vastgestelde kwaliteitscriteria (audits, periodieke ijking spirometers, afname spirometrie door poh, interpretatie diagnostische gegevens). Ook draagt de regionale coöperatie zorg voor uitvoering van niet-zorgtaken (oa. aanleveren gegevens aan zorgverzekers en onderhoud van ICT systeem).

5. Analyse knelpunten

Het doel van dit vervolg- cq. implementatieproject is om de borging te garanderen van de in het pilotproject in gang gezette ontwikkelingen. Ook ligt er vanuit het pilotproject nog een aantal knelpunten die in deze studie opgelost moeten worden. Dit zijn:

1. Implementatie diseasemanagementprogramma COPD in de hele regio
2. ICT registratie en communicatie tussen de diverse zorgverleners
3. Patiëntbetrokkenheid
4. Triage en bereikbaarheid voor COPD patiënten

Ad.1. Implementatie diseasemanagementprogramma COPD in de hele regio

Resultaat van het pilotproject is dat 1) regionale samenwerkingsafspraken zijn gemaakt over de behandeling en begeleiding van COPD-patiënten met alle relevantie zorgaanbieders en dat 2) deze afspraken geïmplementeerd zijn bij 37 van de 180 huisartsen in de regio. Er is pas echt sprake van een regionaal goed functionerend diseasemanagement programma als alle huisartsen en overige betrokken disciplines in de regio conform deze richtlijnen handelen. Dit is eind 2008 nog niet het geval.

Ad. 2. ICT registratie en communicatie tussen de diverse zorgverleners

Het grootste onderwerp dat is blijven liggen vanuit het regionale pilotproject is de ontwikkeling van een ICT applicatie voor registratie en communicatie tussen de verschillende zorgdisciplines uit de COPD keten. In het pilotproject zijn indicatoren gedefinieerd om de resultaten van het project tot uitdrukking te kunnen brengen. Ook zijn de inhoudelijke indicatoren die uitgewisseld zullen gaan worden, al vastgesteld. Alleen de wijze waarop de registratie en onderlinge communicatie plaats moet gaan vinden is nog een vraag.

De gegevens zijn niet zondermeer uit de verschillende huisartsinformatiesystemen (HISsen) te destilleren. Er is gezocht naar een bruikbaar keteninformatiesysteem (ook bij andere COPD zorggroepen) om de gezondheidssituatie van de COPD-patiënten in de regio te registreren, te rapporteren en te delen met de andere behandelaars in de keten. Er zijn meerdere mogelijkheden bekeken, maar tot nu toe zitten er aan elke optie nog (te grote) nadelen. De te ontwikkelen ICT applicatie moet in elk geval voorzien in: voorkómen van dubbele registratie en daarom aansluiten bij de systemen van alle zorgdisciplines, mogelijkheid tot analyseren van data (zowel voor interne meting van kwaliteit als voor afleggen verantwoording aan zorgverzekeraars) en op termijn te gebruiken zijn voor andere chronische-zorgketens.

Ad. 3. Patiënt betrokkenheid

De inbreng van de patiënten heeft in de pilot fase nog onvoldoende aandacht gekregen. De mening van de patiënt betrekken we in deze studie en waar nodig zal de zorgketen daarop aangepast worden. In de regionale afspraken is al wel opgenomen dat de niet-medicamenteuze behandeling (roken, bewegen, voeding, fysiotherapie) wordt geformuleerd aan de hand van streefdoelen per patiënt. Nadruk ligt op de samenspraak met de patiënt, omdat de patiënt op deze manier zelf verantwoordelijkheid neemt voor zijn behandeling. In de regio is nog weinig ervaring met zelfmanagement. Ook wil men in de regio graag ervaring op doen met telemonitoring. Patiënten krijgen door middel van een apparaat de gelegenheid om gegevens door te sturen naar een longverpleegkundige en hierover te communiceren. Ook hierdoor wordt de betrokkenheid van de patiënt vergroot en kan de patiënt langer dan voorheen in de thuissituatie begeleid worden.

Ad 4: Triage en bereikbaarheid voor COPD patiënten

Al functioneren veel onderdelen van het ketenzorgmodel voor COPD-patiënten in Tilburg al behoorlijk, toch blijkt dat patiënten van mening zijn dat de zorg nog te veel versnipperd is, waardoor een duidelijk aanspreekpunt ontbreekt. Tussen hulpverleners is er zeker al wel sprake van afstemming over de vraag waar, op welk moment en door wie de noodzakelijk zorg zal verlenen, maar:

- In de ziekenhuizen, waar vele projecten rond efficiency en kwaliteit zijn gestart en waarbij de zorg om die reden is opgesplitst in clusters, lijkt het belang van de cluster toch vaak te prevaleren boven het adagium “de patiënt staat centraal”, waardoor de COPD patiënt toch vaak zijn eigen weg moet zoeken.
- Door de komst van Centrale Huisartsen Post lijkt de aansturende rol van de huisarts zeker in de zorg voor chronische patiënten onder druk te zijn gekomen.
- De toegenomen mondigheid van patiënten legt een steeds grotere druk op de zorgverleners.

Het gevolg van deze knelpunten is vooral waar te nemen in de onrust die bij een groot gedeelte van de COPD patiënten heerst over de bereikbaarheid van de hulpverleners bij een acute hulpvraag. In de praktijk blijkt het moeilijk binnen aanvaardbare grenzen een bevredigende oplossing hiervoor aangereikt te krijgen. Patiënten gaan daardoor shoppen en verstoren regelmatig de spreekuren van huisartsen en longartsen en maken als zelfverwijzer veel gebruik van de Centrale Huisartsen Post en de Eerste Hulp afdelingen van de Tilburgse ziekenhuizen, zodanig zelfs dat deze posten de patiëntenstromen op vele momenten nauwelijks meer kunnen verwerken.

Uit ervaring weten we dat er per dag in de Tilburgse ziekenhuizen 15 patiënten met COPD met een hulpvraag bellen. Dat betekent op jaarbasis 250 werkdagen x 15 contacten is 3750 contacten per jaar. Er vanuit gaande dat op basis van inschatting een zelfde aantal patiënten per jaar naar de huisarts belt dan gaat het minaal om **7.500 telefonische contacten per jaar (is 30 per dag)**.

Als aanvulling op de ketenafspraken wordt gedacht aan het introduceren van een model van telefonische triage door een Triage-longverpleegkundige. Doel van dit triagemodel is om de coördinatie van de acute hulpvragen van COPD patiënten te verbeteren, waardoor de kwaliteit van de zorg voor COPD wordt verbeterd, de verstoring van de werkzaamheden van huisarts en longarts wordt beperkt, de aanloop bij Centrale Huisartsen Post en Eerste Hulp afdelingen beter wordt gereguleerd en de onrust bij veel COPD patiënten en mantelzorgers wordt weggenomen. Op basis van de urgentie van de zorgvraag van de COPD patiënt, worden beschikbare personen en middelen adequaat toebedeeld. Met andere woorden: toegepast voor de acute hulpvraag van COPD patiënten, maakt triage het mogelijk dat de Triage-longverpleegkundige ervoor kan zorgen dat “de juiste persoon de juiste zorg op de juiste plaats, door de juiste hulpverlener, op de juiste tijd krijgt en om de juiste redenen”. Bij de keuze van de adviezen wordt te allen tijde rekening gehouden met de bestaande behandelrelaties!

Tot slot

De financiering voor de geleverde COPD zorg in de regio verloopt op dit moment nog volgens de traditionele manier en is nog niet afgestemd op de inhoudelijke transmurale werkafspraken. De regionale partijen willen het voorstel voor een model keten-dbc voor COPD van de stichting ketenkwaliteit COPD gebruiken bij de tariefonderhandelingen met de zorgverzekeraars. De onderhandelingen met de zorgverzekeraars zijn momenteel nog niet gestart. De huisartsen coöperatie zal deze taak op zich nemen, voor het huisartsenzorg-deel uit de keten. De overhead zal vanzelfsprekend meegenomen worden in het onderhandelstraject. Er is in het zorgtraject bijvoorbeeld een longarts opgenomen die de huisartspraktijken regulier zal bezoeken. Deze kosten zullen, net als overhead van kosten gemaakt door coöperatie, meegenomen moeten worden in het uiteindelijke tarief.

Naar aanleiding van de uiteindelijke afspraken vanuit het pilotproject zal de coöperatie de contractsonderhandelingen met de zorgverzekeraars starten. Dit wordt begin 2009 opgepakt door de coöperatie en maakt geen onderdeel uit van dit implementatieproject.

6. Doelstelling

Het resultaat van het implementatieproject COPD is dat eind 2011:

- Alle zorgverleners uit de COPD-keten die via de coöperatie Midden Brabant COPD zorg gaan leveren, werken volgens de regionale richtlijn COPD;
- De COPD-zorgketen ondersteund wordt door een ICT-systeem waarmee de vastgestelde proces- en prestatie indicatoren geregistreerd en gemonitord worden.
- Met alle COPD patiënten in de huisartsenpraktijk individuele streefdoelen worden geformuleerd.
- Er één loket is voor acute zorg (telefoonnummer) voor COPD patiënten. De patiënt wordt binnen 10 minuten te woord gestaan door een speciaal daarvoor opgeleide Triage-longverpleegkundige.

7. Plan van aanpak

In het Plan van aanpak zijn vier projecten onderscheiden, overeenkomstig de vier eerder besproken knelpunten.

Project 1:

Implementatie diseasemanagementprogramma COPD in de hele regio Midden Brabant

- 1.1 Scholing
- 1.2 Informatieverstrekking
- 1.3 Halfjaarlijkse casuïstiekbijeenkomsten
- 1.4 Audit huisartsenpraktijken
- 1.5 Schriftelijke beoordeling longfunctiemetingen

Project 2:

ICT registratie en communicatie tussen de diverse zorgverleners

Project 3: Patientbetrokkenheid

- 3.1 Onderzoek naar patiëntervaringen
- 3.2 Uitvoeren van spiegelgesprekken
- 3.3 Definieren van individuele streefdoelen per patiënt

Project 4: Bereikbaarheid voor COPD patiënten

- 4.1 Triage
- 4.2 Telemonitoring

Project 1: Implementatie diseasemanagementprogramma COPD in de hele regio Midden Brabant

Bij de start van dit project zijn de regionale samenwerkingsafspraken gereed en uitgebracht in een publicatie. De verspreiding en kennisoverdracht van deze richtlijn wordt gekoppeld aan een regionaal nascholingsprogramma voor alle beroepsgroepen die betrokken zijn bij de behandeling van COPD-patiënten. Dit programma omvat de volgende activiteiten, die jaarlijks uitgevoerd worden:

1.1. Scholing

Voor elke doelgroep wordt een nascholingsavond georganiseerd om kennis te nemen van en ervaring op te doen met de COPD richtlijn, zodat alle zorgverleners in de regio hetzelfde uitgangsniveau hebben qua kennis (waar mogelijk wordt de nascholing gecombineerd aangeboden aan meerdere groepen zorgverleners). De nascholing wordt gegeven door de betrokken longartsen in samenwerking met een aantal huisartsen uit de pilotfase.

1.2. Informatieverstrekking

Per kwartaal wordt een nieuwsbrief uitgegeven en verspreid onder alle betrokken beroepsgroepen. Alle informatie zal ook via de internetsites van de organisaties van de projectteamleden worden aangeboden.

1.3. Casuïstiekbesprekingen

In samenwerking met de longartsen worden halfjaarlijkse casuïstiekbijeenkomsten georganiseerd. Hierin wordt feedback gegeven aan huisarts en praktijkondersteuner over afname van spirometriemetingen en interpretatie van curves (bewaking kwaliteit zorgproces);

1.4. Audit huisartsenpraktijken

Daarnaast wordt elke huisartsenpraktijk (conform aanpak in de pilotfase) periodiek bezocht door een (niet meer praktiserend) longarts. Tijdens deze audit worden knelpunten besproken en wordt de aangeboden COPD zorg in de praktijk geëvalueerd (op basis van nog vast te stellen indicatoren).

1.5. Schriftelijke beoordelingen longfunctiemetingen

Tenslotte vindt er schriftelijke beoordeling plaats van alle longfunctiemetingen uitgevoerd in de huisartsenpraktijk. Deze beoordeling wordt uitgevoerd in het ziekenhuis, onder leiding van één van de betrokken longartsen.

Bij de afronding van het project werken alle zorgverleners uit de COPD-keten die via de coöperatie Midden Brabant COPD zorg gaan leveren, volgens de regionale richtlijn COPD

Looptijd project 1: april 2009 – december 2011

Project 2: ICT registratie en communicatie tussen de diverse zorgverleners

In 2009 wordt besloten welke ICT-applicatie gebruikt gaat worden om op diverse niveaus gegevens uit te kunnen wisselen, systematisch gegevens te meten en te monitoren.

Dit systeem heeft in elk geval de mogelijkheid tot het geven/uitvoeren van:

- Individuele feedback; met informatie uit het systeem zal feedback gegeven worden aan de individuele zorgverlener.
- Regionale benchmarking; er kunnen cijfers van de gehele regio uit het systeem onttrokken worden voor benchmarking met andere regio's.
- Informatie naar zorgverzekeraars; er zal vanuit het systeem informatie worden gegeven aan de zorgverzekeraars over de vastgestelde indicatoren.
- Evaluatieonderzoek; ook de gegevens die nodig zijn voor het evaluatieonderzoek dat samenhangt met deelname aan het ZonMw Programma Diseasemanagement zullen uit dit systeem te halen zijn.
- Destilleren van de gewenste indicatoren uit het HIS (Huisartsen Informatie Systeem)

Voor het bouwen van de ICT applicatie zal een investering in ontwerpkosten noodzakelijk zijn.

Hiertegenover staat als opbrengst:

- Snelle en niet-foutgevoelige communicatie tussen de verschillende zorgverleners en patiënt (7x24 uur)
- Voorkomen van dubbele diagnostiek
- Vergemakkelijken van het werken volgens de regionale richtlijn en hiermee vergroten van de kans op effectieve implementatie
- Mogelijk maken van aantonen van de kwaliteit van zorg, door het beschikbaar kunnen stellen van data en mogelijkheid tot evaluatie.

Overige investeringen die gedaan moeten worden om de zorg te leveren volgens de regionale richtlijn zijn reeds gedaan in het pilot project; in dit project is geïnvesteerd in menskracht (veelvuldig contact tussen de diverse disciplines om de zorginhoudelijke en organisatorische afspraken voor de richtlijn te maken en projectleiding) en in het concreet verspreiden van de richtlijn in de regio (drukkosten).

Om een weloverwogen keuze te maken voor een regionale ICT applicatie voor registratie en communicatie, zijn de volgende activiteiten uitgevoerd of voorzien:

1. Formuleren eisenpakket tav. applicatie (uitgevoerd in 2008)
2. Bereiken van overeenstemming over de registratie (uitgevoerd in 2008)
3. Inventarisatie beschikbare applicaties; hierbij behoefte aan kennisuitwisseling met andere copd-ketenprojecten in het land en begeleiding vanuit partijen als Nictiz (april –december 2009)
4. Besluitvorming keuze systeem december 2009
5. Ontwerp en in gebruik name van het systeem januari - december 2010
6. Systeem operationeel voor alle betrokkenen: december 2010

Looptijd project 2: april 2009 – december 210

Project 3: Patientbetrokkenheid

Dit project bestaat uit drie delen:

3.1. Onderzoek naar patiëntervaringen:

Vanuit het ziekenhuis is er een regulier overleg met een vertegenwoordiging van de patiëntengroep COPD. Aan hen worden de ontwikkelde modules voorgelegd (stoppen roken advies/begeleiding, bewegeadvies/begeleiding, dieetadvies/begeleiding) om op deze manier de mening van de patiënt te vragen. Ook zal gedurende de looptijd van het project haljaarlijks overlegd worden over de voortgang van het project.

3.2. Uitvoeren van spiegelgesprekken in 2010

Naast het bovenstaande reguliere overleg met een vertegenwoordiging van de COPD-patiënten, zal in 2010 een onderzoek naar patiëntervaringen uitgevoerd worden. Dit onderzoek zal uitgevoerd worden door middel van een drietal spiegelgesprekken. Doel van deze gesprekken is enerzijds het verkrijgen van feedback en informatie over de verleende en ervaren zorg in directe confrontatie met de zorgverleners. Anderzijds is het de erkenning van de noodzaak om de patiënt en naasten als ervaringsdeskundige in te zetten, ten behoeve van het maken van adequaat beleid. Door aanwezigheid van professionals bij het gesprek kan er sprake zijn van attitudeverandering van de professional en de mogelijkheid om direct de zorg te verbeteren.

Het principe van spiegelgesprekken is dat onder leiding van een onafhankelijke gespreksleider een groepsgesprek plaats vindt van ongeveer anderhalf uur. 8-12 Patiënten delen hun ervaringen in een kring met lotgenoten over (vooraf vastgestelde) thema's in de zorg. Betrokken hulpverleners (van alle disciplines! Max. 20) zitten er omheen en mogen alleen luisteren. Er zullen huisartsen, longartsen, diëtisten, fysiotherapeuten en longverpleegkundigen aanwezig zijn. Naderhand kan men vragen stellen en napraten.

De volgende activiteiten zijn voorzien:

1. Inventariseren ervaringen op basis van literatuuronderzoek en ervaringen andere copd-ketens
2. Selecteren COPD-patiënten en mantelzorgers, uitnodigen en voorbereiden
3. Zorgaanbieders uitnodigen
4. Organiseren van drie spiegelgesprekken (voorbereiden, voorzitten, verslaglegging)
Per gesprek worden 6 patiënten en 2 mantelzorgers uitgenodigd.
Zij vertellen hun persoonlijke ervaringen in de COPD-keten. Onderwerpen aan de hand van de gehouden inventarisatie. Eventueel wordt gebruik gemaakt van video-interviews die voorafgaand aan de spiegelgesprekken zijn opgenomen. In het tweede deel van het gesprek krijgen zorgaanbieders de gelegenheid vragen ter verduidelijking te stellen. In het afsluitende deel van de bijeenkomst zal de voorzitter de wensen van de patiënten en naasten samenvatten en verwijzen naar een afsluitende themabijeenkomst voor de regio. (waarin betrokken zorgaanbieders presenteren hoe zij de resultaten van de spiegelgesprekken gaan opnemen in werkplannen).
5. Organiseren regionale thema-bijeenkomst; het organiseren van de spiegelgesprekken wordt in opdracht gegeven aan een externe partij.

3.3. Individuele streefdoelen per patiënt

Met elke individuele patiënt worden afspraken gemaakt over streefdoelen. De realisatie van de geformuleerde streefdoelen wordt bij elk bezoek aan de huisartspraktijk gemonitord.

Project 4: Bereikbaarheid voor COPD patiënten

4.1. Traige

Het doel van triage is verbetering van het zorgproces voor COPD patiënten met een acute of semi-acute hulpvraag. De professional wordt met behulp van een triagesysteem in staat gesteld om op basis van dit systeem, kennis en ervaring een inschatting te maken van de urgentie van het gezondheidsprobleem van de patiënt, en op basis hiervan te beslissen welke zorg waar en wanneer verleend dient te worden. Hierdoor kan ervoor gezorgd worden dat de juiste persoon de juiste zorg op de juiste plaats, door de juiste hulpverlener en op de juiste tijd krijgt en om de juiste redenen'.

De volgende stappen zijn in de project te onderscheiden:

- Opstellen projectplan; april/mei 2009
- Het concept wordt uiterlijk medio juni 2009 besproken met de betrokken partijen (huisartsen, praktijkondersteuners, thuiszorg, longartsen, longverpleegkundigen)
- Start Pilot fase; september 2009 tot en met februari 2010
- Evaluatie pilotfase; maart/april 2010
- Definitieve start triageproject 1 juni 2010 met een omvang van 150 huisartsen, 8 longartsen, 10 longverpleegkundigen, 3 triage longverpleegkundigen en minimaal 10.000 patienten

In het projectplan worden voorstellen gedaan over opleiding, kwaliteitsbewaking en toetsingskaders, naast ideeën over het invoeringstraject en de evaluatie na afloop van de pilot fase. Tevens worden de juridische aspecten belicht, alsmede een klachten regeling.

Ook wordt aandacht besteed aan mogelijkheden van bekostiging, waarbij met name gedacht wordt aan vergoeding door zorgverzekeraars via een transmurale DBC. Ook over de communicatie betreffende het project worden voorstellen gedaan.

Verwachte resultaten van dit project zijn;

- o De **patiënt** wordt snel en adequaat te woord gestaan en krijgt in korte tijd (max 10 minuten) een advies hoe om te gaan met een acute hulpvraag.
- o De **huisarts** krijgt een verzoek op maat om de hulpvraag te beantwoorden en zijn dagelijkse organisatie wordt veel minder ontregeld.
- o De **longarts** krijgt minder acute patiënten tussen de spreekuren door te zien
- o De **Centrale Huisartsen Post en de Eerste Hulp afdelingen** worden ontlast;

- De **longverpleegkundigen** (ziekenhuis en thuiszorg) zullen efficiënter kunnen worden ingezet en meer zorg op maat bieden.
- Voor **zorgverzekeraars** zullen de uitgaven per patiënt zien dalen, zodat geld vrij komt voor kwaliteitsverbetering.

Mocht blijken dat telefonische triage een nuttig instrument is om de acute hulpvragen van COPD patiënten te reguleren dan kan het telefonische triage systeem mogelijk uitgebreid worden met fysieke triage, hetgeen een wezenlijk onderdeel is van een compleet triage systeem.

4.2. Telemonitoring

Ook worden de mogelijkheden voor telemonitoring (in combinatie met bovenstaand triagevoorstel) onderzocht. Telemonitoring werkt via een apparaatje dat bij de mensen thuis geplaatst wordt en dat via de telefoonlijn in verbinding staat met een computersysteem in het ziekenhuis. Via dit apparaat beantwoordt de patiënt dagelijks een tiental vragen. Deze vragen hebben betrekking op de gezondheidstoestand van de patiënt, zijn kennis over COPD en de manier waarop de patiënt met zijn ziekte omgaat. Het computersysteem reageert op de antwoorden, bijvoorbeeld door de patiënt aan te raden (snel) contact op te nemen met een COPD-verpleegkundige of door een compliment te geven over het kennisniveau van de patiënt ten aanzien van de ziekte. Daarnaast controleren vaste longverpleegkundigen in het ziekenhuis dagelijks de antwoorden die zijn binnen gekomen, waarna zij aan de hand van vastgelegde afspraken beslissen of er contact moet worden opgenomen met de patiënt of dat er overleg nodig is met de longarts. Het idee is dat patiënten door deze dagelijkse monitoring bewuster met hun ziekte leren omgaan (zelfmanagement). Daarnaast kunnen verslechtingen in de gezondheidstoestand van de patiënt sneller gesignaleerd en behandeld worden. Dit kan bij mensen met COPD exacerbaties en opnames in het ziekenhuis voorkomen, hetgeen zowel de kwaliteit van leven van de patiënt ten goede komt als ook de medische kosten drukt.

De volgende activiteiten zijn voorzien:

1. Overleg 'Nijmegen' over ervaringen en tips
2. Overleg ziekenhuizen over invoering Telemonitoring in de regio MB
3. Opstellen van een plan van aanpak voor implementatie Telemonitoring regio MB