

Disease Management Programma ASTMA/COPD Midden-Brabant

Startdocument

Datum : 10 september 2007

Auteur : Projectleiding (Frans Blessing, Rene Hendriks en Rene van Riel)

Status : Extern

Versie : B07.250.ac (100907 – 6)

Inleiding

Op verzoek van de Kring Huisartsen Midden-Brabant en Zorgnetwerk Midden-Brabant heeft aanvankelijk Phoenix, later Robuust, in juli 2006 een projectaanvraag opgesteld voor de start van een regionaal ketenprogramma op het gebied van ASTMA/COPD. Robuust (ROSE/Phoenix) is opdrachtgever voor dit project aan de Kring en het Zorgnetwerk.

Directe aanleiding voor dit verzoek was de vraag van de Kring om voor deze groep chronisch zieken een ketenzorgprogramma op te zetten. Binnen het Zorgnetwerk was al een programma voor mensen met COPD (gold IV) afgerond en was in de evaluatie de aanbeveling gedaan om een programma op te zetten voor de grote groep mensen met astma en COPD.

Robuust en zorgverzekeraars UVIT en CZ zijn het in 2007 eens geworden over de projectmatige aanpak voor de ontwikkeling van dit ketenzorgprogramma en hebben zich tot en met 2008 garant gesteld voor de noodzakelijke middelen. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars spreken het belang voor een regionale impuls voor de beide ziektebeelden uit, waarbij de nadruk gelegd wordt op taakverschuiving binnen het zorgproces, een intensieve afstemming tussen eerste en tweedelijns en qua opzet een programma-invulling in overeenstemming met het regionale diabetesprogramma.

Het doel van het programma is het bevorderen van de beschikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor patiënten met ASTMA of COPD in Midden-Brabant. Hierbij moet, meer dan nu het geval is, sprake zijn van een geïntegreerde zorgketen die uitgaat van het zorgcontinuüm vanuit patiëntperspectief.

Het projectplan kent een gefaseerde, projectmatige aanpak waarbij de 'inhoud de vorm stuurt'. Bij aanvang zullen ruim veertig huisartsen, verdeeld over vijftientig praktijken, deel gaan nemen aan het te ontwikkelen zorgprogramma. Na een evaluatie aan de hand van overeengekomen indicatoren is het de bedoeling om vervolgens de bereikte projectresultaten uit te rollen over de regio. Ontwikkelingen op landelijk niveau, vooral bij de stichting Ketenkwaliteit COPD¹, zullen op de voet worden gevolgd en waar wenselijk worden geïntegreerd in het regionale ketenzorgprogramma.

Deze notitie kan gezien worden als een samenvatting van het goedgekeurde projectvoorstel en daaruit voortvloeiende documenten. In hoofdstuk één worden epidemiologische ontwikkelingen rondom ASTMA en COPD toegelicht. Hoofdstuk twee formuleert de doelstellingen van het project en hoofdstuk drie beschrijft de projectorganisatie die tot realisatie van deze doelstellingen moet leiden.

In de bijlagen achtereenvolgens de voorwaarden voor deelnemende huisartspraktijken, de projectindicatoren, een inleiding op de implementatiestrategie en tot slot de projectverantwoordelijkheden en projectbegroting.

Tilburg, september 2007

¹ Deelnemers: Astma Fonds, Federatie Medische Coördinerende Centra (FMCC), Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie/Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (KNMP/WINap), Organisatie van zorgondernemers (Actiz), Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN Longverpleegkundigen), Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfgeneeskunde (NVAB), Vereniging Astmacentra Nederland (VAN)

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 ASTMA / COPD

§ 1.1	COPD – epidemiologie	pag. 4
§ 1.2	ASTMA- epidemiologie	pag. 7

Hoofdstuk 2 Projectdefinitie

§ 2.1	Probleemstelling	pag. 8
§ 2.2	Projectdoel	pag. 8
§ 2.3	Projectafbakening	pag. 10
§ 2.4	Uitgangspunten	pag. 11
§ 2.5	Bevorderende en belemmerende factoren	pag. 11

Hoofdstuk 3 Projectorganisatie

§ 3.1	Inleiding	pag. 12
§ 3.2	Projectorganisatie: inhoud stuurt vorm	pag. 12
§ 3.3	Tijdspad	pag. 14

Bijlagen:

1.	Voorwaarden deelnemende huisartspraktijken	pag. 16
2.	Indicatoren DMP ASTMA / COPD	pag. 17
3.	Implementatiestrategie	pag. 19
4.	Schema projectverantwoordelijkheden	pag. 20

1. ASTMA / COPD

1.1 COPD - epidemiologie²

In 2003 hadden 316.400 mensen 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.

In 2004 stierven 3.381 mannen en 2.281 vrouwen ten gevolge van COPD: 4,1% van de totale sterfte in Nederland wordt veroorzaakt door COPD. Hiermee behoort COPD tot de ziekten met de hoogste sterfte. Internationaal gezien is de sterfte aan COPD in Nederland relatief hoog.

In 2004 vonden ruim 18.500 ziekenhuisopnamen plaats met COPD als hoofdontslagdiagnose (ICD-9 codes 490-492, 496; LMR): 10.228 opnamen voor mannen en 8.336 voor vrouwen. Deze getallen geven het aantal opnamen, niet het aantal personen dat is opgenomen. Een individuele patiënt kan dus vaker zijn opgenomen. De sterfte aan COPD is voor mannen tussen 1980 en 1998 constant gebleven en vanaf eind jaren negentig gedaald. De sterfte aan COPD voor vrouwen is juist tussen 1980 en 1998 gestegen en daarna ongeveer gelijk gebleven.

COPD staat op de vierde plaats van de belangrijkste doodsoorzaken wereldwijd. De sterftcijfers worden waarschijnlijk zelfs onderschat, omdat COPD vaak als co-morbiditeit in plaats van als directe doodsoorzaak wordt gezien.

Het aantal mensen met COPD is na 1994 constant. Het aantal vrouwen met COPD is tussen 1983 en 1994 gestegen, terwijl het aantal mannen vrijwel gelijk is gebleven. Na 1994 is de prevalentie van COPD voor zowel mannen als vrouwen op hetzelfde niveau gebleven.

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).

COPD is een progressieve aandoening en wordt ingedeeld volgens de GOLD-classificatie waarin vier stadia worden onderscheiden: milde, matige, ernstige en zeer ernstige COPD. Deze classificatie, op basis van de FEV1 -waarde van een longfunctiemeting, correleert met de gezondheidsbeleving en het fysiek functioneren van de patiënt (tabel 1)

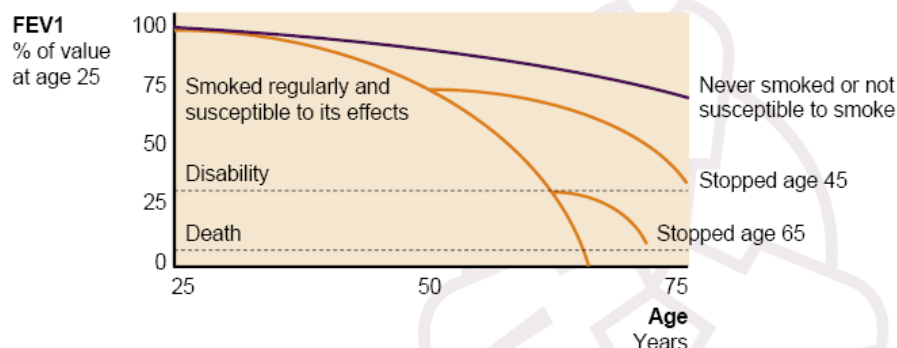
² Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.10.1, 5 juli 2007

<u>Stadium</u>	<u>Eigenschappen</u>
0: risico	<ul style="list-style-type: none"> • Normale spirometrie • Chronische symptomen (hoesten, sputumproductie)
I: milde COPD	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1/FVC < 70% • FEV1 > 80% voorspelde waarde • Met of zonder chronische symptomen (hoesten, sputumproductie)
II: matige COPD	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1/FVC < 70% • 50% < FEV1 < 80% voorspelde waarde • Met of zonder chronische symptomen (hoesten, sputumproductie)
III: ernstige COPD	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1/FVC < 70% • 30% < FEV1 < 50% voorspelde waarde • Met of zonder chronische symptomen (hoesten, sputumproductie)
IV: zeer ernstige COPD	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1/FVC < 70% • FEV1 < 30% voorspelde waarde of • FEV1 < 50% voorspelde waarde en respiratoir falen of klinische tekens van rechter hartfalen

Tabel 1. Stadia in het ziekteverloop van COPD ²

Belangrijkste risicofactor voor COPD is roken. Hoe meer en hoe langer men heeft gerookt, des te groter is de kans op COPD. De trends in COPD volgen de trends in het rookgedrag. Naast roken spelen ook erfelijke eigenschappen en luchtverontreiniging (onder andere passief roken) mogelijk een rol.

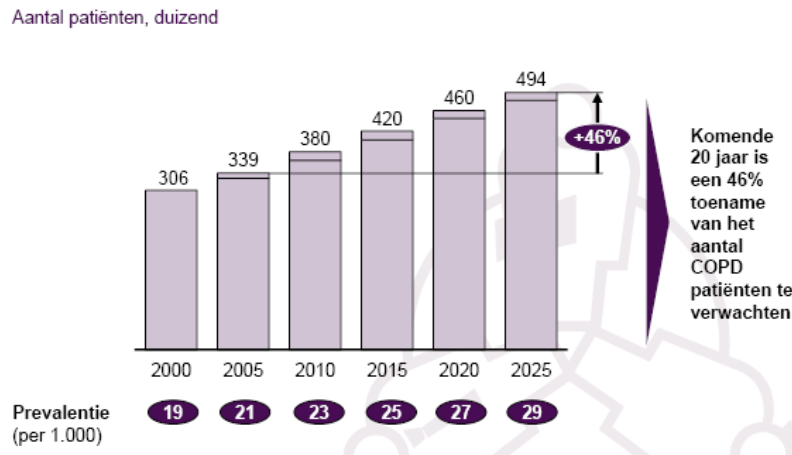
De mate van progressie wordt beïnvloed door het (rook-)gedrag van de patiënt. Vooral stoppen met roken kan verergering van de ziekte vertragen. Het effect van stoppen met roken wordt weergegeven in figuur 1, de 'Fletcher-curve' ³. Ook wordt het verloop positief beïnvloed door goede voeding en meer beweging.



Figuur 1. Effect van stoppen met roken op FEV1

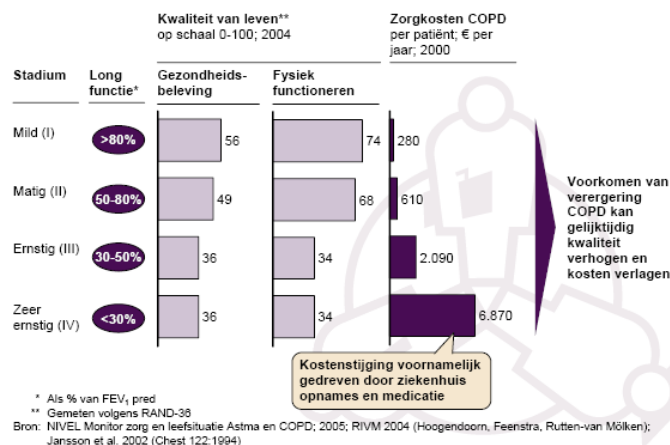
³ Recept voor morgen, Nationale denktank 2006

In de komende 20 jaar wordt, als gevolg van de vergrijzing, een drastische toename van het aantal COPD-patiënten verwacht (Figuur 2).



Figuur 2 Door de vergrijzing neemt het aantal COPD-patiënten toe ²

De kosten van de zorg voor COPD-patiënten bedroegen in 2005 ca. € 320 miljoen. De kosten van COPD nemen drastisch toe bij het vorderen van de ziekte. Optimale zorg richt zich dus op het zo lang mogelijk stabiel houden van patiënten in GOLD-categorieën I en II. Hierdoor wordt kwaliteit van leven behouden en stijgen de kosten minder snel. Opnames in het ziekenhuis en het verpleeghuis beslaan samen met de thuiszorg tweederde van de totale kosten. Medicatie beslaat ongeveer een kwart van de kosten (figuur 3). Verwacht wordt dat de kosten voor COPD in de periode tussen 2005 en 2020 met ongeveer 66 procent zullen toenemen tot EUR 530 miljoen per jaar.



Figuur 3 Kwaliteit van leven en zorgkosten worden sterk gedreven door het stadium van COPD ²

1.2 Astma - epidemiologie ⁴

In 2003 hadden 519.800 mensen astma: 236.800 mannen en 283.000 vrouwen. Het aantal nieuwe patiënten met astma werd in 2003 geschat op 117.300 personen (schattingen op basis van huisartsenregistraties).

Het aantal mensen met luchtwegklachten in Nederland is vergelijkbaar met de ons omringende landen, alleen het Verenigd Koninkrijk en andere Engelstalige gebieden wijken af: daar is het aantal mensen met luchtwegklachten beduidend hoger.

In 2004 hebben 6.410 ziekenhuisopnamen met astma (ICD-9 code 493) als hoofdontslagdiagnose plaatsgevonden: 3.118 opnamen voor mannen en 3.292 voor vrouwen. Aan astma sterven weinig mensen: 76 in 2003. Daarmee behoort Nederland internationaal (EU) gezien tot de landen met de laagste mortaliteit als gevolg van astma. Het aantal jongeren met astma is de laatste jaren licht gedaald.

Uit langlopende huisartsenregistratie blijkt dat het aantal mensen met astma tussen 1984 en 1997 flink is gestegen. In de periode 1998-2004 is het aantal vrijwel constant gebleven. Het aantal mensen met astma steeg in de periode 1984-1997 het sterkst voor 0-14-jarigen en vervolgens voor 15-24-jarigen, voor beide leeftijdsgroepen daalde de prevalentie in de periode 1998-2004 licht. De oorzaak van de stijging van astma in de periode 1984-1997 is onbekend.

De oorzaak van de wereldwijde stijging van het aantal mensen met astma is nog steeds onderwerp van discussie. Een verbeterde diagnostiek en een toegenomen bewustzijn bij artsen en patiënten kan deze stijging waarschijnlijk voor een deel verklaren. Een ander deel van de stijging wordt toegeschreven aan veranderingen in leefstijl die gepaard gaan met een toenemende welvaart, zoals veranderingen in blootstelling aan voeding, leefomgeving en het doormaken van minder infecties. Men veronderstelt dat deze welvaartsfactoren vooral een rol spelen rond de geboorte. Dit zou verklaren waarom de stijging vooral bij kinderen optrad.

Uitgaande van alleen demografische ontwikkelingen zal het absoluut aantal personen met astma tussen 2005 en 2025 met 1,9% stijgen. Dit is laag ten opzichte van de ouderdomsziekten die met 30-50% toenemen. Astma is een ziekte die vooral bij kinderen en jongvolwassenen voorkomt en minder bij ouderen. De vergrijzing heeft geen invloed op het aantal patiënten met astma.

Zelfcontrole ⁵

Meer dan de helft van de astmapatiënten heeft een slechte astma (symptoom) controle. Deze mensen ervaren klachten die vaak niet nodig zijn. Door een juist gebruik van medicijnen en het tijdig reageren op verslechtingen van de ziekte kan veel leed voorkomen worden. Veel patiënten met een slechte astma controle zijn zich niet bewust van hun slechte controle en met een vragenlijst zoals de ACQ (Asthma Control Questionnaire) kunnen deze mensen opgespoord worden zodat hun behandeling aangepast kan worden. Ook met het ondersteunen van zelfmanagementvaardigheden en het bevorderen van een gezonde leefstijl – minder roken en meer bewegen- kan winst behaald worden. De resultaten bevestigen het belang van goede voorlichting en instructie aan patiënten. Daarnaast is het belangrijk om ook de omgeving alert te maken op de ernst van astma zodat zij het de patiënt niet onnodig moeilijk maken.

⁴ Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.10.1, 5 juli 2007.

⁵ M. Heijmans. Meer dan helft astmapatiënten heeft ziekte niet onder controle, NIVEL, april 2007

2. Projectdefinitie

2.1 Probleemstelling

De verwachting is dat de druk op de zorgverlening aan deze patiëntengroep de komende jaren sterk zal toenemen. De kosten van de zorg voor alleen COPD zullen naar verwachting tot 2010 met minimaal 40% stijgen. Factoren die hierbij een rol spelen zijn voor een deel maatschappelijk bepaald: de vergrijzing en de 'inhaalslag' die vrouwen ongeveer 25 jaar geleden hebben gemaakt op het gebied van roken. Daarnaast spelen betere diagnostische mogelijkheden in de eerste lijn en een grotere bekendheid met initiële klachten een rol. Ten aanzien van de inhoud van de zorg kan vastgesteld worden dat veel gezondheidsschade c.q. beperkingen voor de patiënt kunnen worden voorkomen door tijdige diagnostiek en adequate 'leefstijlinterventies', waarbij de begeleiding bij het stoppen met roken de meest effectieve interventie is.

Zoals in veel andere regio's is ook in de regio Midden Brabant al eerder een aanzet gedaan tot het ontwikkelen van een Disease Management Project Astma en COPD. In het verleden is ervaring opgedaan met het onderwerp in het CARA-project, waar ook veel huisartsen bij betrokken waren. Alle huisartsen hebben in de periode kennis gemaakt met het gebruik van een flow-volumemeter en zijn voor bediening en interpretatie nageschoold door regionale longartsen. De contacten met de longartsen zijn mede door dit project goed. Desondanks is ook in onze regio de zorg rond astma en COPD patiënten versnipperd geraakt: er zijn veel lokale initiatieven met onvoldoende aandacht voor een systematische multidisciplinaire aanpak en afstemming tussen de eerste en de tweede lijn. Er is geen regionaal beschreven en geaccepteerd zorgprogramma wat de afzonderlijke zorgaanbieders overstijgt en bindt, en zo de beschikbaarheid van ketenzorg garandeert voor mensen met astma en COPD. Ook de huidige financieringsstructuur van zorg werkt belemmerend voor het organiseren van ketenzorg.

Hoewel er al veel aandacht is voor de zorg van patiënten met astma en COPD, is de conclusie dat er in de regio Midden-Brabant sprake is van:

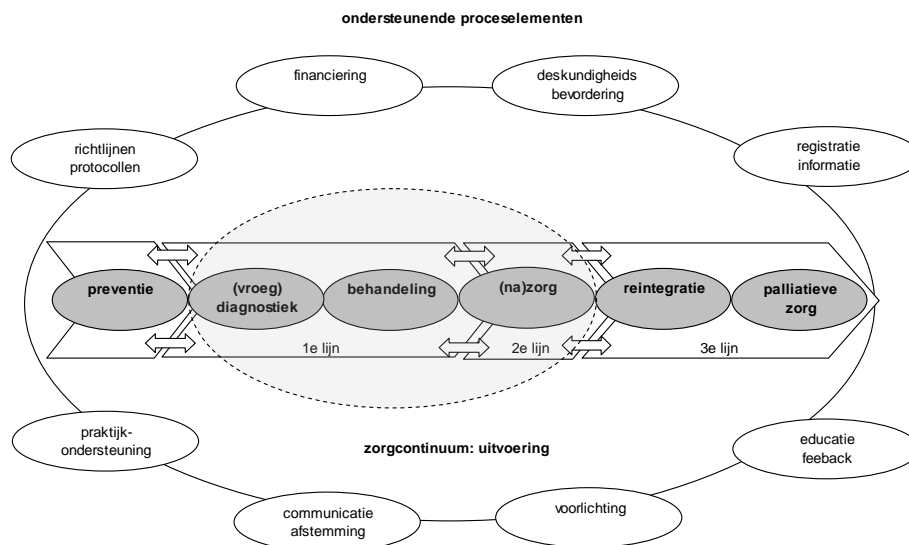
- aanbodgerichte zorg zonder voldoende afstemming en regie,
- onvoldoende geïndiceerde toegankelijke zorg,
- onvoldoende gebruik van 'best practices' op het gebied van implementatie van standaarden en continu verbeterprocessen,
- onvoldoende gebruik van 'best practices' op het gebied van inhoud en organisatie van de zorg
- zorg die - met het oog op bovengenoemde kostenstijging - doelmatiger kan worden uitgevoerd.

2.2 Projectdoel

Om deze knelpunten op te lossen wil de regio komen tot toegankelijke, geïntegreerde en afgestemde zorg voor mensen met astma en COPD die toekomstbestendig is. Het te realiseren zorgaanbod moet in staat zijn om ook bij groei van het aantal patiënten goed te blijven functioneren. Hiertoe moeten de inhoudelijke uitvoering en de ondersteunende processen van de zorg afzonderlijk en op elkaar afgestemd worden (figuur 4).

De aanpak voor de opzet en uitvoering van het programma kenmerkt zich door actiegerichtheid, verspreiding en implementatie van 'best practices' en het optimaal (leren) benutten van de aanwezige kennis en ervaring in de zorg zelf. Voortdurende samenwerking met de ziekenhuizen en vergaande taakverschuiving richting bekwame ondersteuners zijn hierbij van belang.

Na een evaluatie aan de hand van overeengekomen indicatoren zullen de resultaten uitgerold worden naar de andere huisartsenpraktijken in het werkgebied van de huisartsenkring.



Figuur 4. Disease Management Programma ASTMA/COPD⁶

Na de pilotfase is er een regionaal geaccepteerde en geïmplementeerde ketenzorgprogramma beschikbaar voor mensen met astma en COPD - in de deelnemende huisartspraktijken - in Midden-Brabant. De zorg kent de volgende kenmerken:

- Er is een beschreven, geïntegreerd zorgprogramma beschikbaar voor COPD en astma (bij kinderen en volwassenen).
- De inhoud van het zorgprogramma wordt in de regio Midden-Brabant breed gedragen.
- Het zorgprogramma leidt ertoe dat mensen met astma en COPD in de regio Midden-Brabant worden behandeld conform een regionaal 'Protocol ketenzorg astma en COPD'.
- Er vinden voortdurend voortgangsmetingen plaats aan de hand van proces- en uitkomstindicatoren en er worden voortdurend verbeteringen ingevoerd (levend kwaliteitssysteem).
- Het zorgprogramma is aantoonbaar doelmatig en toekomstbestendig: optimale zorg voor een acceptabele prijs, ook leverbaar met toename van het aantal mensen met COPD.

Centraal staat de zorgverlening in de eerste lijn, met een nadrukkelijke aansluiting en afstemming met de tweede lijn.

Bij de evaluatie van het programma wordt gebruik gemaakt van structuur-, proces- en uitkomstindicatoren, zoals gehanteerd door de Universiteit Maastricht, het WOK en het RIVM. Deze hebben o.a. betrekking op verbetering van de zorg met betrekking tot: de mate van beschikbaarheid van zorg, de verhouding tussen het aantal routine en niet-routine consulten, longfunctie en exacerbaties, quality of life-aspecten, medicijngebruik en kosten. De processtappen en de daarbij benodigde gegevens en de bijbehorende activiteiten, evenals de proces- en uitkomstindicatoren zijn beschreven door een initiatiefgroep van huisartsen en longartsen. Voor de volledige lijst - met de in fasen ingedeelde- indicatoren zie bijlage 2.

⁶ Dit model is door Ketenkwaliteit COPD als besturingsmodel opgesteld. Het model beoogt niet alleen te sturen op kwaliteitsverbetering, maar ook op het versnellen van zinvolle vernieuwing. Hierbij zijn de ondersteunende proceselementen geen doel op zich, maar moeten bijdragen aan het goed laten functioneren van de primaire zorgketen gericht op een verbetering van de patiëntenuitkomsten en de doelmatigheid. Bron: Kwaliteit via ketens, Stichting Ketenkwaliteit COPD, strategiedocument 2004-2008, 2005

Doelstelling korte termijn:

- Er is inzicht in de patiëntenpopulatie in de vijftientig deelnemende huisartspraktijken.
- Er is inzicht in het aantal patiënten met astma en COPD in de regio.
- Er zijn afspraken over de te includeren COPD- en astma-patiënten
- Er is draagvlak in de regio voor de uitrol na evaluatie van het project.

Doelstelling middellange termijn:

- Er zijn functionele beschrijvingen *zorgprofielen* voor mensen met astma en COPD, behandeld in de eerste lijn, op basis van zorginhoudelijke 'best-practices', aan de hand van proces- en uitkomstindicatoren.
- Er zijn daartoe afstemmingsafspraken in de eerste en met de tweede en derde lijn.
- Er zijn functionele beschrijvingen van de beoogde organisatie die de zorg verleent voor mensen met astma en COPD op het niveau van de transmurale zorgketen. Dit op basis van organisatorische 'best practices'.
- Er is een set van structuur-, proces- en uitkomstindicatoren vastgesteld en een methodiek van monitoring.
- Er is een implementatieplan om de zorgketen in te voeren (bijlage 3).

Lange termijn:

- Mensen met astma en COPD in de regio Midden-Brabant worden behandeld conform een regionaal 'Protocol ketenzorg astma en COPD'.
- Er is sprake van een 'levend kwaliteitssysteem': er vinden voortdurend voortgangsmetingen plaats op het niveau van structuur-, proces- en uitkomstindicatoren en er worden op deze punten voortdurend verbeteringen ingevoerd.

2.3 Projectafbakening

Het betreft een proefproject voor de regio Midden-Brabant (gezondheidsregio, totaal 384.000 inwoners) en richt zich op de zorgverlening voor de volgende categorieën patiënten met astma en COPD:

- Volwassenen met COPD (Gold I-II-III en voor Gold IV worden aangesloten bij bestaande afspraken tussen eerste lijn en ziekenhuizen).
- Volwassenen met astma.
- Kinderen met astma.

Betrokken professionals zijn:

- Huisartsen (42 huisartsen, verdeeld over 25 huisartsenpraktijken) en medewerkers van deze huisartspraktijken, zoals praktijkassistent, praktijkondersteuners, praktijkverpleegkundigen en nurse practitioners.
- Longartsen.
- Longverpleegkundigen eerste lijn en tweede lijn.
- Apothekers / Transmurale Regionale Formularium Commissie (TRFC).

Zorgverleners op consultbasis:

- Diëtisten;
- Fysiotherapeuten;
- Psychologen.

Patiënten:

Mensen met astma en COPD in Midden-Brabant. Primair zijn het de patiënten die behandeld worden in de eerste lijn, maar in nadrukkelijke afstemming met tweede- en derdelijns voorzieningen.

Op basis van de landelijke prevalentie betreft het in Midden-Brabant ongeveer 8000 mensen met COPD en ruim 12.000 mensen met Astma. Hierbij zal, uitgaande van alleen demografische ontwikkelingen, het absoluut aantal personen met COPD tussen 2005 en

2025 met 38% stijgen en het aantal mensen met astma met 1,9%.

Organisaties:

De organisaties die gaan samenwerken zijn: Kring huisartsen Midden-Brabant, TweeSteden ziekenhuis, Elisabeth Ziekenhuis en Thebe, ondersteund door Zorgnetwerk Midden-Brabant en ROSE/Phoenix.

2.4 Uitgangspunten

Voor het realiseren van de doelstelling zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd:

1. Voor inhoud baseert het DMP-COPD zich op de:
 - NHG standaarden Astma en COPD (M 24, M26 en M27a en b)
 - Landelijke Transmurale Afspraken ASTMA/COPD
 - Landelijke Eerstelijns Samenwerking Afspraak ASTMA/COPD
 - CBO consensus Richtlijn medicamenteuze therapie COPD – concept.
 - Rapport Ketenzorg COPD.
2. Centraal staat de kwaliteit van de zorg voor het individu, op maat en dichtbij. De functionele inhoud van zorg, beschreven in de zorgprofielen, gaat uit van het zorgcontinuüm door eerste, tweede (en derde lijn), ofwel integrale ketenzorg.
3. Taakherschikking/substitutie is mogelijk door zowel het aantal als het takenpakket van praktijkondersteuners en longverpleegkundigen uit te breiden. Ook kan de bestaande herschikking van taken van de longarts naar de huisarts worden doorgezet. Hierbij kan de huisarts niet-complexe patiënten, die nu onder behandeling van een specialist staan, in zijn eigen praktijk overnemen. Voorwaarden hiervoor zijn een goed verwijsbeleid, een adequate financiering van de huisartsenzorg en het ontwikkelen van adequate indicatoren om complexiteit te beoordelen.
4. De regie is in handen van huisartsen en specialisten, met ondersteuning van Zorgnetwerk Midden- Brabant. Ondersteuning van het zorgprogramma vindt plaats door een bestaande of nieuw te ontwikkelen managementstructuur met ondersteunend personeel.
5. De organisatie van het project is vergelijkbaar met het al lang lopende regionale diabetesproject, waarbij “vorm volgt inhoud” en mogelijk zal van dezelfde ondersteuningsstructuur gebruik gemaakt worden.
6. Het project levert optimale kwaliteit tegen een acceptabele tijdsinvestering voor de deelnemers. Het zorgprogramma dient als basis om in een later stadium te komen tot een astma- en COPD-keten-DBC, ter verkrijging van ketenzorg-bekostiging.

2.5 Bevorderende en belemmerende factoren

Bevorderende factoren:

- De regio Midden-Brabant is actief en betrokken bij ketenzorg in het algemeen en bij ASTMA/COPD zorg in het bijzonder.
- Er zijn al een aantal monodisciplinaire en transmurale projecten uitgevoerd, die succesvol waren.
- Het Zorgnetwerk heeft afstemming, ook naar ziekenhuizen.
- Er bestaat een lopend project op het gebied van verwijsafspraken tussen ziekenhuizen en huisartsen.
- Er is ervaring met ketenzorg ten behoeve van diabetespatiënten.
- Er is een structuur via het Zorgnetwerk om na de projectperiode de resultaten onder te brengen in een programmastructuur, waarmee deze geborgd is.

Belemmerende factoren:

- De eerste lijn is divers en nog onvoldoende georganiseerd, terwijl het grootste aantal patiënten in de eerste lijn wordt behandeld.
- Er is bij onvoldoende afstemming mogelijk sprake van concurrentie tussen zorgaanbieders
- Het ontbreken van een op ketenzorg toegesneden infrastructuur, waaronder een adequate ICT applicatie, die de zorgketen ondersteunt.

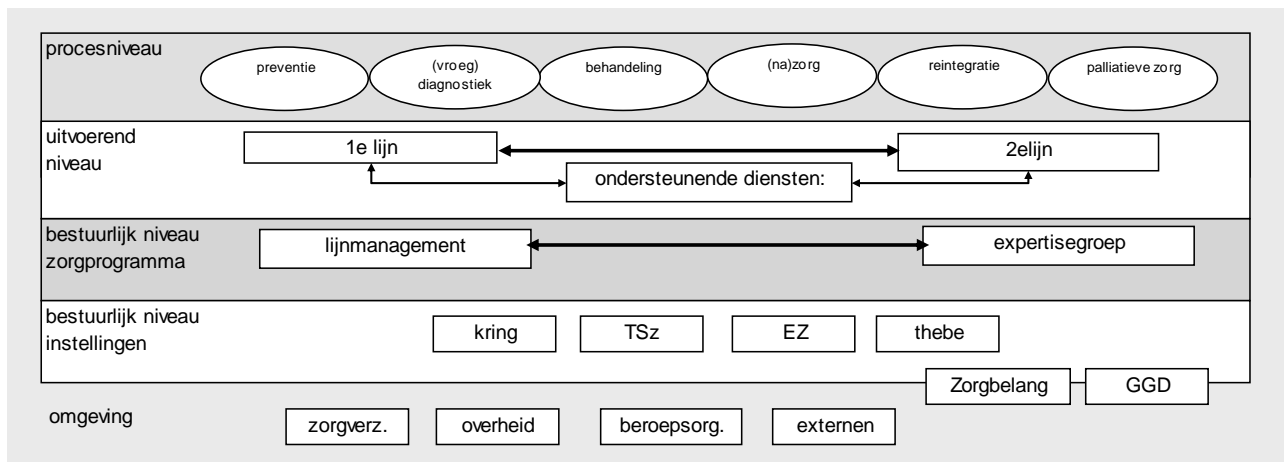
3. Projectorganisatie

3.1 Inleiding

Uitgangspunt is dat de projectorganisatie van het COPD/astma-project aansluit bij de bestaande organisatiestructuur van het diabetesprogramma.

Onlangs is in het kader van het DBC-traject voor het Diabetesprogramma een zgn. schematic-map van het Diabetesprogramma gemaakt. Dit model verheldert de relaties en rollen van partijen binnen het zorgprogramma. Dit model is ook richtinggevend voor het COPD-project. De schematic-map van het Diabetesprogramma bestaat uit vijf lagen (figuur 5):

1. Procesniveau (zorgprofielen).
2. Uitvoerend niveau.
3. Bestuurlijk niveau Disease Management Programma.
4. Bestuurlijk niveau organisaties.
5. Omgeving (beroepsgroepen, wet- en regelgeving, zorgverzekeraars enz.).



Figuur 5 Schematic map Disease Management Programma

3.2 Projectorganisatie: inhoud stuurt vorm

In tegenstelling tot het diabetesprogramma zijn er voor astma/COPD een groot aantal documenten dat 'state of the art' COPD-zorg beschrijven. De ontwikkeling van een nieuwe, inhoudelijke, zorgstandaard zal dan ook om een relatief geringe aandacht vragen. De taak van de innovatiegroep is om van deze richtlijnen één regionaal standaarddocument, met bijbehorende werkafspraken en protocollen (in het kader van taakherschikking) te maken en te implementeren.

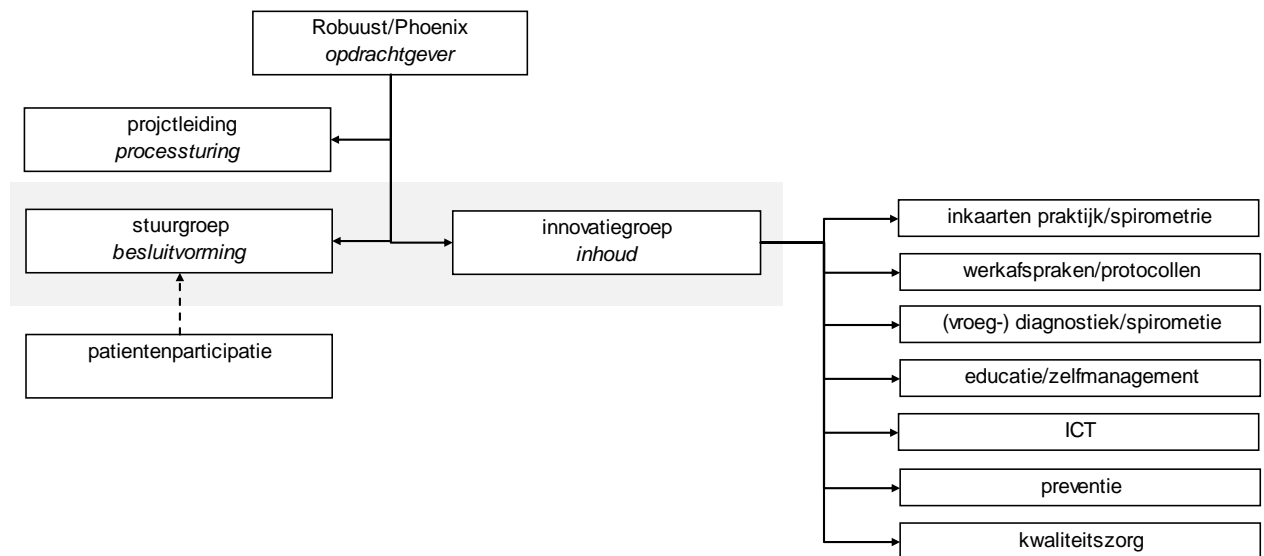
Het managementniveau van het programma/instellingen richt zich op het organiseren van (rand-) voorwaarden (mensen en middelen, taakherschikking, ICT- en kwaliteitssystemen enz.).

Projectorganisatie (Figuur 6):

1. ROSE/Phoenix is opdrachtgever.
2. Projectleiding / projectmanagement: René Hendriks, Frans Blessing en René van Riel/Annemarie Cromwijk. De taken en verantwoordelijkheden van de projectleiding zijn geëxpliciteerd in de urenverantwoording in de bijlage (bijlage 4)
3. Stuurgroep: samengesteld uit bestuurders/management van Kring huisartsen, TweeSteden ziekenhuis, Elisabeth Ziekenhuis, Thebe en vertegenwoordiging van de opdrachtgever en projectleiding.
4. Innovatiegroep (expertgroep): Longartsen, huisartsen, longverpleegkundigen 1^e en 2^e lijn, POH-ers. Allen bij afvaardiging namens de beroepsgroep cq organisatie.
5. Werkgroepen; samenstelling afhankelijk van opdracht.

6. Patiëntenparticipatie: De (landelijke) patiëntenorganisaties op het gebied van COPD en astma vervullen een belangrijke rol bij het ontwikkelen, bevorderen en stimuleren van het toepassen van de projectresultaten in de praktijk. De invulling van de patiëntenparticipatie valt onder de verantwoordelijkheid van de projectleiding. De patiëntenparticipatie moet in overleg met Zorgbelang en patiëntvereniging een specifiekere invulling krijgen.

ROSE/Phoenix werkt in dit project nauw samen met het Zorgnetwerk Midden-Brabant, dat eerder projecten op het gebied van ketenzorg en COPD uitvoerde.

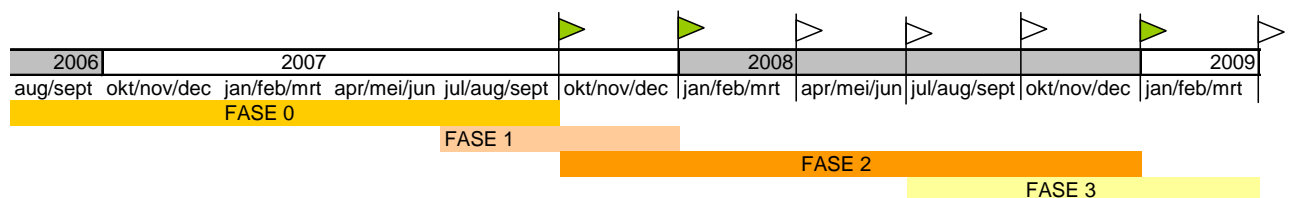


Figuur 6 Projectorganisatie ASTMA/COPD

De besluitvorming binnen het project is als volgt georganiseerd:

- ROSE/Phoenix rapporteert over de voortgang van het project aan de subsidieverstrekkers.
- Het projectbestuur rapporteert periodiek naar de opdrachtgever.
- De projectleiding rapporteert periodiek naar de stuurgroep en ROSE/Phoenix over de voortgang en resultaten van het project. De stuurgroep en opdrachtgever kunnen aanwijzingen voor vervolgacties van de projectleiding geven.

3.3 Tijdsplan (figuur 7)



🚩 = rapportage

Figuur 7. Tijdsplan

Fase 0 - Initiatief en besluitvorming - augustus 2006 tot en met september 2007

In deze fase zijn mede-initiatiefnemers benaderd om een breed draagvlak te verkrijgen. Ten behoeve van het project is een projectgroep ingesteld. Zij geven vorm en inhoud aan het

plan van aanpak. Een behoefte-inventarisatie geeft zicht op de aanwezigheid van (delen van) DMP's in de regio en op de behoefte in de regio om in de opzet of verdere ontwikkeling daarvan te participeren. Daartoe behoren o.a. een inventarisatie wat betreft de stand van zaken in de astma- en COPD-zorg. Daarnaast zijn opvattingen over noodzakelijke, wenselijke en haalbare resultaten geïnventariseerd bij zorgaanbieders in de regio Midden-Brabant, zowel in de eerste als in de tweede lijn, patiënten/patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars (CZ en UVIT).

Resultaat:

- Installatie projectorganisatie
- Beschrijving huidige en wenselijke zorg
- Startdocument.

Rapportage:

Over de bevindingen in deze fase zal een tussenrapportage opgesteld worden. Gedeeltelijk gerealiseerd door plan van aanpak zoals beschreven in bijlage 2.

Fase I – Voorbereiding - juli 2007 tot en met oktober 2007

In deze fase worden de deelnemers met als uitgangspunt het modulaire plan van aanpak zoals beschreven in bijlage 2 benaderd. 'Best-practice'-instellingen, die de 'best practices' met aantoonbaar resultaat in de praktijk hebben ingevoerd, worden benaderd om hun kennis en ervaring aan de deelnemers over te dragen. Andere deskundigen op deelgebieden, zoals op het gebied van de ontwikkeling en toepassing van standaarden, thuiszorgtechnologie etc., zullen ook als 'expert' op uitnodiging deelnemen. 'Best practice'-instellingen en experts kunnen afkomstig zijn uit de regio, uit het werkgebied van Robuust of elders uit Nederland of daarbuiten. Zij ondersteunen het innovatieteam.

De projectleiding inventariseert landelijke en internationale ontwikkelingen op het terrein van astma en COPD en legt de functionele inhoud en de randvoorwaarden voor een geïntegreerd zorgprogramma voor aan het innovatieteam. Het innovatieteam beschrijft het gewenste zorgaanbod voor astma bij kinderen, astma bij volwassenen, COPD (Gold I, II, III, voor IV aansluiting bestaande afspraken) aan de hand van nader te definiëren zorgprofielen. De eerste fase wordt afgesloten met een rapportage.

Resultaat:

- Indicatoren in bijlage 2.
- Inrichten innovatieteam
- Functionele beschrijving van zorgstandaard en zorgprofielen conform de keuzes uit 'best practice'
- Beschrijving zorgprocessen, verbeterplannen en uitkomsten

Fase II – Realisatie - oktober 2007 – november 2008

Met een gezamenlijke bijeenkomst van deelnemers en projectorganisatie wordt het startsein gegeven voor de werkzaamheden van het innovatieteam. De deelnemende huisartsen en instellingen worden uitgenodigd om gebruik te maken van de kennis en ervaring van het innovatieteam in aansluiting op de eigen doelen.

Het innovatieteam zet zich actief in voor de overdracht van 'best practices' bij de deelnemende instellingen. Naast een begeleiding van participerende instellingen door het innovatieteam zal een nader te bepalen aantal regionale werkconferenties worden georganiseerd. Mogelijke thema's: 'onderzoek en evaluatie', 'richtlijnen en protocollen', 'organisatie en organisatieverandering' en 'borging van resultaten'. Tijdens deze bijeenkomsten draagt het innovatieteam per thema zijn kennis over, wordt de voortgang per instelling besproken en is er de mogelijkheid voor onderlinge ervaringsuitwisseling.

- door de projectleiding worden de plannen van aanpak (bestaande uit de beoogde


- resultaten en de gekozen werkwijze) van de deelnemers gebundeld tot een tussenrapportage. Deze wordt voorgelegd aan het projectbestuur c.q. opdrachtgever.
- een eerste inzicht in proces en structuur effecten bij de deelnemers.

Fase III - Evaluatie en borging - december 2008 – januari 2009

Gedurende het project zal aan de hand van de indicatoren zoals beschreven in bijlage 2 worden nagegaan of beoogde doelstellingen worden gehaald. Een evaluatie zal aantonen op welke wijze de uitgewerkte aanpak een vervolg moet krijgen en hoe opgedane kennis en ervaring moet worden toegepast in andere Disease management programma's. Er is een werkwijze geïmplementeerd voor het borgen van de projectmatig gerealiseerde vernieuwingen in routines en het 'levend houden' van het systeem. Er wordt een slotconferentie georganiseerd waarin onder meer de resultaten van het project worden gepresenteerd.

Resultaat:

- eindresultaten van deelnemers op zowel proces- structuur en uitkomstniveau
- levend kwaliteitssysteem
- door het projectteam worden aan de hand van de voortgangsmeting door de deelnemers en op basis van eigen metingen, de resultaten van het project in een eindrapportage vastgelegd. Deze wordt voorgelegd aan de stuurgroep en de opdrachtgever.
- Uitrol naar regionale huisartspraktijken.

Momenten voor rapportage: 

Juni 2007	: Projectplan akkoord en opdrachtverstrekking.
Na fase 0	: Naar opdrachtgever en zorgverzekeraars (gerealiseerd begin September 2007)
Na fase I	: Naar projectbestuur, opdrachtgever én zorgverzekeraars. Piketpaal voor definitieve vaststelling volgende fasen.
Na fase II-III	: Naar projectbestuur en opdrachtgever
In fase III	: Periodiek 3-maandelijks naar opdrachtgever en projectbestuur.
In Fase IV	: Presentatie evaluatierapport

Bijlage 1 Voorwaarden deelname van huisartspraktijk

De voorwaarden voor deelname van een huisartsenpraktijk aan het project zijn:

1. Het personeel (HA, PA en evt. POH) is gekwalificeerd, deskundig en gemotiveerd.
2. In de praktijk is ruimte beschikbaar voor een categoriaal spreekuur.
3. De praktijk beschikt over een gevalideerde flow-volumemeter.
4. Er zijn protocollen aanwezig waarin uitvoering van taken en verantwoordelijkheden vast liggen.
5. De praktijk heeft een contract met de ondersteuningsorganisatie Astma/COPD.
6. De praktijk levert jaarlijks cijfers aan t.b.v. monitoring en feedback.
7. De praktijkmedewerkers nemen deel aan regionaal georganiseerde nascholingscursussen over astma en COPD.

Bovendien verplicht elke deelnemende praktijk zich in de opstartfase tot het volgende:

1. De praktijk genereert een lijst van bekende Astma en COPD patiënten.
2. Organiseert met de praktijkmedewerkers en eventueel met ondersteunend personeel een categoriaal spreekuur in de praktijk.
3. Draagt mede zorg voor opleiding en deskundigheidsbevordering van de PA/POH.

Bijlage 2 Indicatoren Disease Management Programma ASTMA/ COPD⁷

a. Opstartfase

Basisgegevens: <ul style="list-style-type: none"> • Aantal deelnemende praktijken pilotfase (sept 2007-sept 2008) • Percentage voorzien van flow/volumemeter • Percentage praktijken met categoriaal spreekuur COPD 	sept/okt 2007
Basisgegevens epidemiologie: <ul style="list-style-type: none"> • Totaal aantal patiënten deelnemende praktijken • Aantal bekende COPD patiënten (geruiterd in HIS) • Aantal bekende Astma patiënten (geruiterd in HIS) 	okt/nov 2007
Basisgegevens praktijkorganisatie <ul style="list-style-type: none"> • Bestaand categoriaal spreekuur Astma/COPD (%) • POH aanwezig (%) 	okt/nov 2007

b. Screeningsfase

Epidemiologische gegevens <ul style="list-style-type: none"> • Aantal bekende COPD patiënten na screening (getal) • Percentage daarvan met bekende flow-volumecurve (%) • Indeling naar GOLD klasse (%) • Aantal bekende Astma patiënten na screening (getal) • Percentage daarvan met bekende flow-volumecurve (%) • Indeling mild-matig-ernstig (%) • Aantal rokers in totale screeningsgroep (getal) 	nov/dec 2007 jan/feb/mrt 2008
Praktijkorganisatie <ul style="list-style-type: none"> • Categoriaal Astma/COPD spreekuur ingericht (%) • POH opgeleid (%) • Spirometrie cursus oktober gevolgd (%) • Manuren interventie projectorganisatie in praktijk (getal) 	Jan/feb/mrt 2008 Jan/feb/mrt 2008

⁷ De hier benoemde indicatoren zijn in overleg met de betrokken zorgverzekeraars opgesteld. Tijdens het project zullen ontwikkelingen op het terrein van indicatoren van Keten kwaliteit COPD worden gevolgd. Ketenkwaliteit COPD heeft een conceptueel kwaliteitskader voor ketenzorg COPD opgesteld, dat in 2007 in een pilotstudie in een aantal regio's zal worden onderzocht. Afhankelijk van de uitkomsten van deze studie, zal bijstelling van het kwaliteitskader en de indicatoren plaatsvinden. Het is van belang te realiseren dat dit kwaliteitskader nadrukkelijk bedoeld is als een intern kwaliteitskader. Het is primair bedoeld voor de regio's zelf, om er de kwaliteit van de opgebouwde keten mee te kunnen beoordelen en mee te kunnen ondersteunen.

c. Projectimplementatie deel 1 (deel 2 volgt na bespreking september 2008)

Follow up gegevens <ul style="list-style-type: none"> • Percentage geïncludeerde patiënten met minimaal 1x per jaar een flow-volumecurve • Percentage exacerbaties in patiëntengroep (te meten aan 1.aantal prednisonstootkuren 2. Ziekenhuisopnames) 	Jan 2009 Jan 2009
Epidemiologische gegevens <ul style="list-style-type: none"> • Aantal nieuw geïncludeerde patiënten in afgelopen jaar 	Jan 2009

2. Indicatoren organisatie

• Opstartfase

Project inhoudelijk <ul style="list-style-type: none"> • Regionale afspraken over samenstelling lijst astma- en COPD patiënten • Regionale afspraken over inclusie astma- en COPD-patienten • Afspraken met regionale longartsen (en kinderartsen) over samenwerking en verwijzbeleid 	Sept/okt 2007
Projectorganisatie <ul style="list-style-type: none"> • Afspraken over deskundigheidsbevordering • Samenwerkingsafspraken met andere partijen (Thebe, SOH, e.a.) 	

• Screeningsfase

Project inhoudelijk <ul style="list-style-type: none"> • Regionale afspraken over inhoud screeningsonderzoek en vervolgstappen 	
Project organisatie <ul style="list-style-type: none"> • Afspraken over dataverzameling en feedback 	

• Projectimplementatie

Bijlage 3 Implementatiestrategie

Implementatie van de opgebouwde expertise moet leiden tot een betere zorg voor COPD patiënten, dat wil onder meer zeggen dat de expertise onderdeel wordt van het professionele handelen. De implementatiestrategie verschuift in de loop van de tijd van informerende, educatieve en faciliterende activiteiten naar meer sturende en controlerende activiteiten, zoals hieronder beschreven. Deze activiteiten worden hier nader toegelicht. Het implementeren gebeurt door een team van professionals uit de betrokken beroepsgroepen.

Activiteiten

a. Informerende activiteiten

- (elektronische) nieuwsbrief
- Voorlichtingsbijeenkomsten/ symposia

b. Educatieve activiteiten

- Scholingsbijeenkomsten voor professionals door een educatie- en expertiseteam COPD
Deze zijn gericht op het vergroten van de kennis van de deelnemers en op het toepassen van deze kennis in de praktijk. Het gaat bijvoorbeeld om een interne spirometrie-opleiding voor doktersassistenten, - nascholingscyclus voor huisartsen of fysiotherapeuten

c. Faciliterende activiteiten

- Vraagbaakfunctie van educatie- en expertiseteam
- Opzetten van regionale netwerken van fysiotherapeuten, longverpleegkundigen, diëtisten
- (Wetenschappelijk) onderzoek van de (deel-)project.
- Opzetten van een COPD-service voor huisartsen

d. Sturende en controlerende activiteiten

- Feedback / spiegelinformatie
- Samenvattende geaggregeerde patiëntengegevens per kwartaal en per huisarts.

Het heeft de voorkeur om te kiezen voor een gecombineerde implementatiestrategie. Een gecombineerde implementatiestrategie van informerende, educatieve, faciliterende en sturende activiteiten leidt tot een werkelijke verandering. De nadruk ligt in het begin veelal op de eerste drie activiteitengroepen en in een later stadium ook op meer sturende activiteiten.

Het communicatieplan intern – extern:

Tijdens het project zal er een communicatieplan worden opgesteld met als doel een regiobrede communicatie door rapportages en nieuwsbrieven te organiseren. Voor de verspreiding zullen de kanalen van het Zorgnetwerk en ROSE/Phoenix, alsook de afzonderlijke beroepsverenigingen worden benut.

Bijlage 4 Schema projectverantwoordelijkheden

Projectverantwoordelijkheidschema				Functies/soorten medewerkers						
Project: Astma/Copd		X voert het werk uit B neemt de beslissingen in overleg V geeft leiding aan voortgang E inhoudelijk expert R moet worden geraadpleegd beslis formeel beslismoment rapp rapportage		1. F. Blessing, projectleider 2. Zorgnetwerk Midden-Brabant, projectleider 3. Zorgnetwerk Midden-Brabant, uitvoering 4. Phoenix 5. Zorgverzekeraar						
schema uitgegeven op: 15 juni 2007										
goedgekeurd door:										
duur periode:										
streefdatum:										
Arbeidsvolumen	fase/no	activiteit	F. Blessing uren	ZNW mb project rol	ZNW mb uren	Phoenix rol	ZV			
FASE 0	Initiatiefase									
		0 Projectmanagement	5 BV	10 BV	6 RE	0 R				
		0 Voorb. overleg opstellen proj. plan	5 BV	5 BV	2 RE	30 R				
		0 Werven installeren proj groep	10 BV	10 BV	RE	0 R				
		0 Behoeft inventarisatie regio	10 BV	20 BV	RE	0 R				
		<i>Resultaat: beschrijving huidige en wenselijke situatie, krachtenveld analyse, projectorganisatie</i>					rapp			
		Totaal fase 0	30	45	8	30	Totaal 0	113		
FASE 1	Vorbereiding									
		1 Projectmanagement	5 BV	40 BV	5 RE	0 R				
		1 Analyse best practices	15 BVE	5 BVE	10 RE	0 R				
		1 Benaderen deel instellingen	10 BVE	10 BVE	30 RE	0 R				
		1 Implementatieplan	BV	BV	BV	8 rapp	rapp	beslis		
		1 Werven installeren EXPERT team	5 BVE	5 BV	15 RE	0 R				
		1 Vaststellen werkwijze EXPERT team	8 BVE	2 BVE						
		1 Vorbereiding kennismaking conf	0 BV	BV	0 RE	0 R				
		1 Opzet listserver (nog bepalen)	BV	8 BV	RE					
		<i>Resultaat: functionele beschrijving conform keuzes bp's, inrichten innovatieteams, beschrijven zorgprocessen en uitkomsten, listserver</i>					rapp			
		Totaal fase I	43	70	60	8	Totaal 1	181		
FASE 2	Realisatie									
		2 Projectmanagement	10 RE	30 BV	50	0 R				
		2 Bijeenkomst EXPERT team	20 RE	10 BV	30	0 R				
		2 Begeleiding deel instelling	20 RE	40 BV	10	0 R				
		2 Vorbereiding werkconferenties	16 RE	16 BV	30	10 R				
		2 Aanp. Onderhoud list serv		BV	10					
		2 Opstellen bespreken voortgangsrap	40 REX	20 BVX	107	8 rapp	rapp			
		<i>Resultaat: plannen van aanpak van deelnemers gebundeld tot tussenrapportage</i>					rapp	rapp		
		Totaal fase 2	106	116	237	18	Totaal 2	477		
FASE 3	EVALUATIE									
		3 Projectmanagement		24 BV						
		3 Vorbereiding slotconferentie	16 BVEX	16 BVEX						
		3 Eindrapportage	31 BVEX	31 BVEX			rapp	rapp	beslis	
		Totaal fase 3	47	71				Totaal 3	118	
		Totaal ZMBR	305							
		Totaal Blessing	226			Totaal uren		889		
		Totaal ZNW mb project	302							
		Totaal rose-phoenix	56							
PM: kosten voor drukwerk en werkconferentie zijn nog niet meegenomen in deze urenbegroting!										