

Regionaal maatwerk in de ketenzorg voor astma en COPD

Arnold Romeijnders, Jaap Kroon, Geert Smits, Wim Verstappen, Colette Wijnands-van Gent

Zorggroepen zijn verantwoordelijk voor de ketenzorg voor astma en COPD. Regionale verschillen in de visie en mogelijkheden van huisartsen, ketenpartners en verzekeraars zorgen ervoor dat de uitwerking per regio verschilt. Deze beschouwing beschrijft de keuzes die een regionale zorggroep heeft gemaakt in het afgelopen decennium.

PoZoB is een coöperatieve vereniging waarbij 157 huisartsenpraktijken in Zuidoost-Brabant en Noord-Limburg zijn aangesloten, met een verzorgingsgebied van 440.000 inwoners. De groep ondersteunt multidisciplinaire ketenzorgprogramma's voor chronische patiënten en voert het werkgeverschap voor 240 praktijkondersteuners.

ADEQUATE DIAGNOSTIEK

PoZoB heeft in 2009 ketenzorgprogramma's opgezet voor astma en COPD, waaraan anno 2020 respectievelijk ongeveer 6000 en 4000 patiënten deelnemen. Bij aanvang bleek er nogal wat af te dingen op de diagnoses in de huisartsinformatiesystemen: 37% van de diagnoses 'astma' of 'COPD' was onjuist, en toen in 2015 het zorgprogramma 'astma bij kinderen' gestart werd, bleken bij slechts 40% daadwerkelijk aanwijzingen voor de diagnose 'astma' te vinden.^{1,2}

Om die reden vroeg PoZoB praktijken die zich aansloten bij deze zorgprogramma's voortaan vooraf de bestaande diagnoses in de dossiers te valideren onder begeleiding van een stafmedewerker. Tevens vroegen we huisartsen om alle patiënten die mogelijk astma of COPD hadden naar het huis-



Het is een uitdaging om de regionale, multidisciplinaire ketenzorg voor astma of COPD te laten aansluiten bij de behoeften van de patiënt.

Foto: Shutterstock

artsenlaboratorium te verwijzen. Daar werden een standaard-anamnese en een spirometrie uitgevoerd, die via een digitale meekijkconstructie door een longarts werd beoordeeld. De aldus bevestigde diagnose, of een door een longarts in het ziekenhuis gestelde diagnose, werd een vereiste voor inclusie in het zorgprogramma.^{3,4}

Onze werkwijze leidde in de aangesloten praktijken tot een opvallend lage prevalentie van astma ten opzichte van het landelijk gemiddelde, en bij COPD tot een prevalentie vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde [tabel].⁵ Het percentage astmapatiënten dat deelneemt aan het zorgprogramma astma is in verhouding tot de prevalentie hoger, maar in absolute zin lager dan landelijk. Bij COPD is dat percentage vergelijkbaar met het landelijke percentage. Patiënten met een combinatie van astma en COPD worden opgenomen in het zorgprogramma COPD.

Tabel

Prevalenties en inclusie in zorgprogramma's astma en COPD bij PoZoB ten opzichte van het landelijk gemiddelde

	Prevalentie		Inclusie in zorgprogramma	
	landelijk	PoZoB	landelijk	PoZoB
Astma	5,9%	3,6%	2,0%	1,4%
COPD	2,0%	1,9%	1,0%	0,9%

Bron: Klomp 2020.⁵

KWALITEITSCYCLI IN IEDERE PRAKTIJK

In alle ketenzorgprogramma's bij PoZoB vinden kwaliteitscycli plaats waarbij casuïstiek, logistiek, ontwikkelingen, spiegelinformatie en verbeterplannen worden besproken in (multidisciplinaire) groepsbijeenkomsten. Die bijeenkomsten zijn effectief gebleken. Gemiddeld scoorden de bij PoZoB

DE KERN

- Er zijn grote regionale verschillen in de inrichting van ketenzorg.
- Reguliere kwaliteitscycli zijn essentieel om al te grote praktijkvariatie tegen te gaan en inzicht in de resultaten te houden.
- Het is zaak ketenzorgprogramma's regelmatig aan te passen aan de veranderende behoeften van patiënten en de ontwikkelingen in de zorg.
- Continuïteit van zorg voor chronische patiënten vereist permanente aandacht voor transmurale samenwerking.

aangesloten praktijken in 2019 op alle indicatoren beter dan het landelijk gemiddelde: inhalatietechniek, rookgedrag en functioneren werden bij meer astma- en COPD-patiënten gecheckt, minder patiënten rookten en er kwamen minder (geregistreerde) exacerbaties voor.⁵

Aanvankelijk liet PoZoB het aan de praktijken zelf over om na de groepsbijeenkomsten concrete verbeterplannen op te stellen en te implementeren, maar deze werkwijze bleek te vrijblijvend om grote verschillen te voorkomen. Bovendien werden de bijeenkomsten gaandeweg minder inspirerend.⁶ Daarom is de werkwijze aangepast. Een vakgroep bestaande uit (kader)-huisartsen, stafverpleegkundigen, een kwaliteitsmedewerker, een relatiemanager en een programmamanager formuleerde in samenspraak met de huisartsenadviesraad per indicator een regionale norm voor 'minimale zorg' en 'best practice'

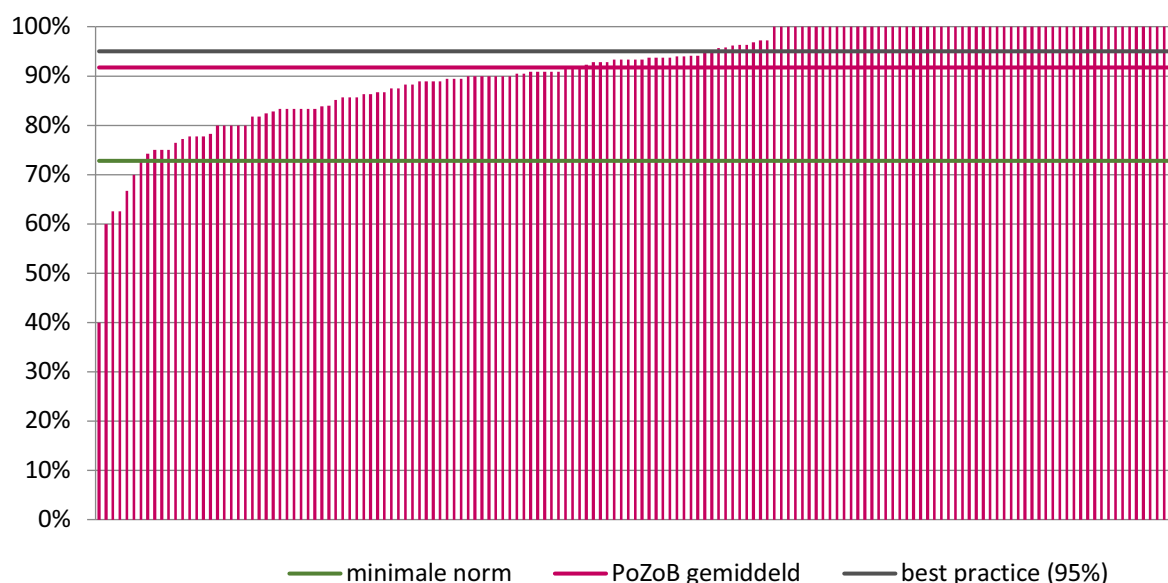
DE KWALITEITSSPIEGEL

De relatiemanager bespreekt de kwaliteitsspiegel van het afgelopen kwartaal met de huisarts en de POH [figuur 2]. Zij herkennen dat ze onvoldoende grip hebben op deze zorg en zijn er niet tevreden over. Er is kortgeleden een wisseling van POH geweest, het vaste onderlinge overleg is [te] vaak gecancelld. Ook bij de andere zorgprogramma's loopt de zorg minder goed. De nieuwe POH geeft aan te weinig uren te hebben om alle werk goed uit te voeren, zeker nu de praktijk ook met ouderenzorg is gestart. Gezamenlijk wordt een verbeterplan opgesteld. In overleg met de vakgroep krijgt de POH bij een aantal spreekuren ondersteuning van een stafverpleegkundige astma/COPD. Hierbij wordt om te beginnen het praktijkoverzicht beter gebruikt, zodat meer patiënten goed worden gemonitord. De stafverpleegkundige coacht de POH hoe in elk consult aandacht te geven aan inhalatietechniek, ACQ en zo nodig rookgedrag. Huisarts en POH overleggen vaker en beter, en de aanstelling van de POH wordt met enkele uren per week uitgebreid. Na 2 kwartalen zijn de verbeterdoelen behaald; 1 jaar later zijn er geen indicatoren meer onder de minimale norm.

[figuur 1]. De prestaties van elke praktijk worden gerelateerd aan deze normen en vervolgens worden verbeterplannen opgesteld die uitgaan van de eigen inzichten en behoeften van de praktijk. Huisartsen ontvangen voor alle zorgprogramma's

Figuur 1

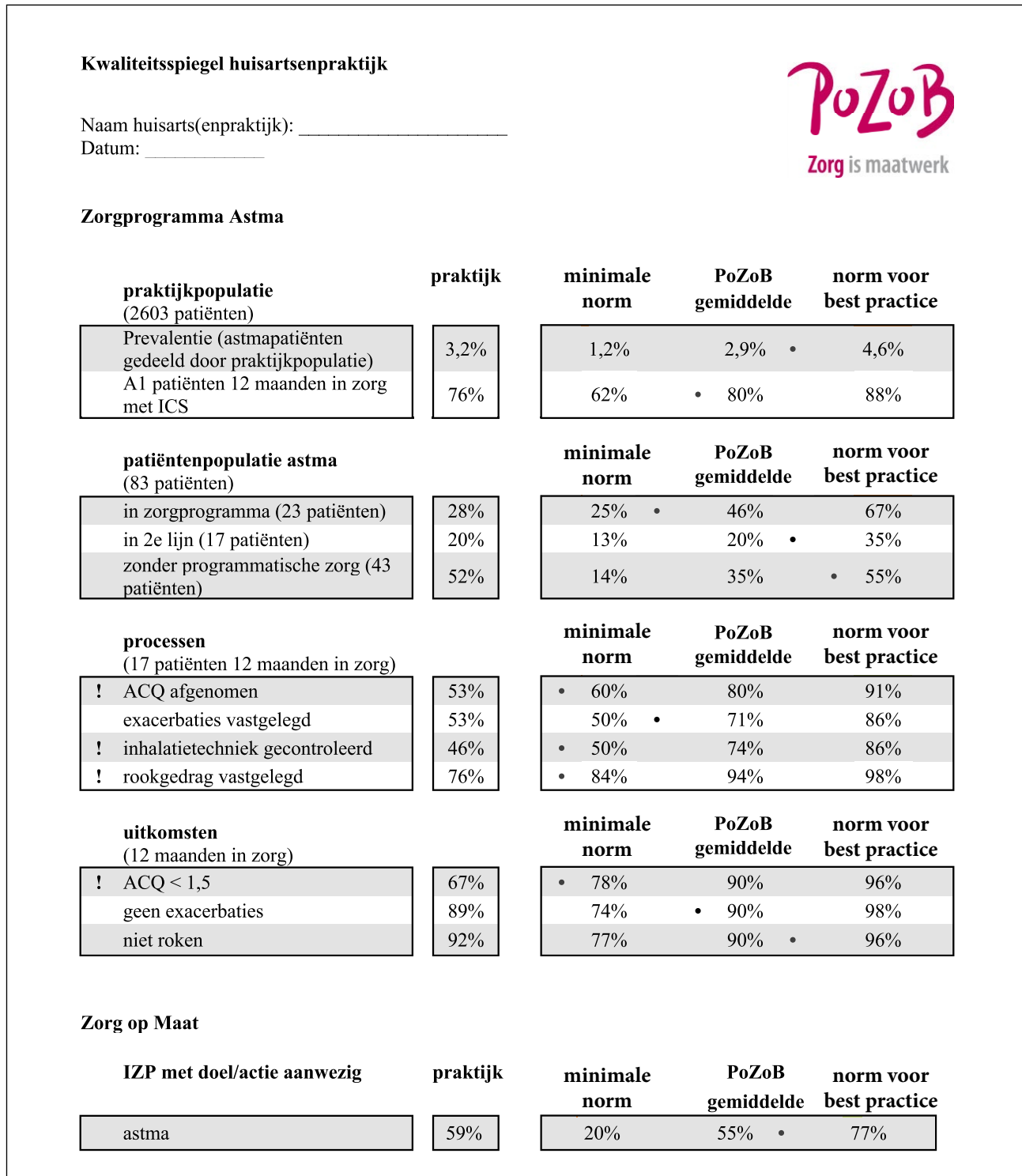
Regionale norm en score per praktijk voor de indicator 'percentage COPD-patiënten met CCQ ≤ 2'



CCQ = Clinical COPD Questionnaire [schaalbereik 0-6, hogere score is hogere ziektelast]. Horizontale as: elke staaf is een praktijk die is aangesloten bij de zorggroep.

Figuur 2

Kwaliteitsspiegel voor het ketenzorgprogramma astma



ACQ = Asthma Control Questionnaire; ICS = inhalatiecorticosteroiden; IZP = individueel zorgplan. A1 = deelname aan ketenzorg; A2 = behandeling in tweede lijn; A3 = geen deelname aan ketenzorg.

De mate waarin de praktijk in het voorbije kwartaal aan een indicator heeft voldaan, wordt in een percentage uitgedrukt: van minimale resultaten tot 'best practice'-resultaten. De bullet staat voor het punt waar de praktijk staat ten opzichte van de andere praktijken en de norm. Een ! staat voor aandacht vereist.

Deze praktijk scoorde bij 3 proces- en 1 uitkomstindicator onder de minimale norm en bij geen enkele als best practice.

in hun praktijk elk kwartaal een zogeheten ‘kwaliteitsspiegel’ [kader]. Deze wordt bij jaarlijkse praktijkbezoeken besproken: wat gaat goed, wat zijn succesfactoren, wat kan beter, welke acties zijn nodig, wat kan de praktijk leren van *best practices*? De somatische ketenzorgprogramma’s die PoZoB ondersteunt (astma, COPD, DM2 en CVRM) hebben gezamenlijk 72 indicatoren. Als ondergrens is in onderlinge afstemming bepaald dat een praktijk op ≥ 7 indicatoren boven de regionale minimumnorm moet scoren. Mocht dat niet lukken, dan neemt de relatiemanager contact op voor een analyse en wordt een verbeterplan opgesteld. Dit plan wordt ondersteund en gevolgd door de interne kwaliteitscommissie. Leidt dit alles niet tot verbetering, dan neemt PoZoB contact op om de situatie te bepreken. Indien de praktijk niet wil of kan meewerken aan een verbeterplan kan dat leiden tot opzegging van het lidmaatschap.

In de analyses komen vaak problemen in de praktijkorganisatie naar boven, zoals personele invulling, beperkingen in overleg of spreekuurgelegenheid of onvoldoende resultaatgericht werken. Praktijken met problemen trekken niet snel zelf aan de bel, maar vrijwel alle huisartsen waarderen de actieve ondersteuning. Praktijken met *best practices* blijken vaak een langer bestaand en hecht team te hebben dat aandacht heeft voor de kwaliteit van zorg en de organisatie van interne processen. De kwartaalmonitor van PoZoB als geheel brengt praktijken in beeld waarvan indicatoren plotseling achteruitgaan, zodat deze snel kan worden bezocht en de interventies kunnen worden gestart. De relatiemanagers kunnen dan de kenmerken van *best practices* meenemen als suggesties bij verbeterplannen. De verbetercyclus gaat uit van individueel en lokaal maatwerk, en past bij het kwaliteitsbeleid dat InEen in 2019 heeft geformuleerd.^{7,8}

Praktijkgerichte rapportages vergen een forse investering, maar het effect op de kwaliteit is duidelijk positief. Tussen 2017 en 2020 is het aantal ‘verbeterpraktijken’ afgenomen van 25 naar 13 en er zijn nog maar 7 praktijken waar een ongewenste situatie al 2 jaar bestaat. Anno 2020 voldoet ruim 90% aan de minimale indicatoren.

INZICHT IN DE GELEVERDE ZORG

Sinds het begin van de zorgprogramma’s astma en COPD dalen jaarlijks de ziektelast, het percentage exacerbaties en het nicotinegebruik van de deelnemende patiënten. De scorelijsten voor klachten, symptomen en behandelingen illustreren dat. Tussen 2011 en 2019 steeg het percentage astmapatiënten met ACQ < 1,5 van 67,1 naar 90% en het percentage patiënten zonder jaarlijkse exacerbaties van 72 naar 91%. Het percentage rokers daalde van 17,3 naar 8,5%. In diezelfde periode steeg het percentage COPD-patiënten met CCQ < 2 van 84,8 naar 90,4% en het percentage met < 2 jaarlijkse exacerbaties van 70 naar 96%. Het percentage rokers daalde van 43,5 naar 34,1%.

Vanaf 2011 steeg het aantal astmapatiënten dat niet aan programmatische zorg deelneemt van 9 naar 36% en daalde het aantal deelnemers aan het ketenzorgprogramma van 71 naar

44%; ongeveer 20% bleef onder controle in de tweede lijn. Bij COPD steeg het percentage dat niet deelneemt aan programmatische zorg van 3 naar 14%, daalde het aantal deelnemers aan het ketenzorgprogramma van 60 naar 49% en bleef 37% in tweedelijnszorg. Bij PoZoB neemt 36,4% van de astmapatiënten niet (meer) deel aan een zorgprogramma in de eerste of tweede lijn; landelijk is dat 23%. Voor COPD-patiënten zijn deze percentages nagenoeg gelijk (14,4 versus 14,3%).⁵ Redenen waarom patiënten niet (meer) aan de ketenzorgprogramma’s deelnemen kunnen zijn dat ze niet (meer) aan de inclusiecriteria voldoen, een andere, overheersende morbiditeit hebben of zijn gestopt met roken of andere maatregelen hebben genomen waardoor de aandoening in remissie is. Sommige patiënten kunnen de ziekte met zelfmanagement afdoende controleren, anderen ervaren onvoldoende baat bij of zijn ongemotiveerd voor programmatische zorg. Het beleid van PoZoB is erop gericht dat steeds meer patiënten de aandoening zelf managen met behulp van persoonsgerichte zorg en digitale ondersteuning.

Deze bevindingen kunnen in gunstige zin zijn vertekend door selectiebias en doordat door de jaren heen steeds minder patiënten zijn opgenomen in het ketenzorgprogramma. Patiënten die aan zo’n programma deelnemen, hebben vaak een betere therapietrouw en meer motivatie om de gegeven adviezen op te volgen en hun leefstijl te verbeteren. Door complexe patiënten naar de tweede lijn te verwijzen, blijven de ‘betere’ patiënten in het zorgprogramma. Bij PoZoB is het aandeel van astma- en COPD-patiënten dat tweedelijnszorg krijgt al jaren hetzelfde, en hoger dan het landelijke gemiddelde: bij astma 20% (landelijk 11%) en bij COPD 37% (landelijk 25%). Binnen dat landelijke gemiddelde is de spreiding echter zeer groot: bij astma 1,16 tot 64,09% en bij COPD 0,93 tot 55,45%. Binnen PoZoB verschilt het percentage tweedelijnspatiënten niet alleen per praktijk maar ook tussen de 5 ziekenhuizen waarmee wordt samengewerkt: daar is de spreiding voor astma 16 tot 27% en voor COPD 31 tot 46%.

EEN ZORGCONTINUÛM VOOR DE PATIËNT

Adequate diagnostiek, een kwaliteitscyclus-per-praktijk en beleidskeuzes op basis van de resultaten van zorgprogramma’s vormen het fundament onder onze chronische zorg. Momenteel richt PoZoB de aandacht op de samenwerking met zorgpartners en op persoonsgerichte zorg. Bij de samenstelling van de meerjarenstrategie 2019-2021 gaven huisartsen de zorggroep de opdracht de zorg meer persoonsgericht te helpen maken. Daarvoor zijn verbeteringen in de logistiek van en de voorzieningen voor zelfmanagement nodig, dus aanpassingen in de praktijkorganisatie en in ICT.

Persoonsgerichte zorg vereist hulpmiddelen voor patiënten en zorgverleners. PoZoB ontwikkelde een aantal praktische strategieën waaruit elke huisartsenpraktijk kan kiezen, inclusief methodes om de praktijkorganisatie te verbeteren. Er is een ICT-project gestart met als doel het ICT-systeem te vinden dat regionale samenwerking binnen netwerken en met patiënten het best faciliteert voor de huisarts.

De samenwerking met eerstelijns zorgpartners zoals apotheken, diëtisten en huisartsenlaboratoria is goed ingevuld via de ketenzorgprogramma's. Daarnaast heeft PoZoB ook met andere belangrijke zorgpartners samenwerking gezocht en ervaring opgedaan. We noemen enkele voorbeelden.

- Samen met apothekers is aan de eerstelijns farmaceutische zorg voor astma en COPD opnieuw vormgegeven via een instrument voor dagelijkse samenwerking en geneesmiddelenbeoordelingen. Ook is er een systeem voor gezamenlijke spiegelinformatie en een opzet voor een transmuraal longformulier.
- Met fysiotherapeuten zijn strategieën voor reactivering (COPD) en ademhalingstherapie (astma) uitgewerkt. Helaas staakten zorgverzekeraars na 2 jaar de vrijwaring van het eigen risico en is deze vorm van zorg minder goed van de grond gekomen.
- Omdat het aantal terugverwijzingen van stabiele astma- en COPD-patiënten uit de tweede lijn achterbleef, is samenwerking gezocht met longartsen en ziekenhuizen om een gezamenlijk zorgpad te realiseren. Het aanvankelijke argument van longartsen dat de eerstelijnszorg van onvoldoende kwaliteit zou zijn om meer patiënten terug te verwijzen is inmiddels voldoende weerlegd. Om oneigenlijke financiële motieven uit te sluiten, hebben ziekenhuis en zorggroep de budgetten samengevoegd en zijn zij gezamenlijk verantwoordelijk voor de (transmurale) zorg. Inmiddels zijn er transmurale zorgpaden gerealiseerd waarbij huisarts en POH verantwoordelijk zijn voor de (coördinatie van) zorg voor alle stabiele patiënten terwijl de longarts als lid van het behandelteam eenvoudig kan worden geraadpleegd. Bij het inrichten van een transmuraal longformulier vond een aantal longartsen het moeilijk hun autonomie op te geven, maar de input van apothekers bracht een doorbraak naar een gezamenlijk traject van transmurale medicatieafspraken. Het zorgpad wordt momenteel geïmplementeerd volgens de principes van 'De juiste zorg op de juiste plek,' met transmurale diagnostiek, persoonsgerichte zorg, e-health en zelfmanagement, inclusief een gezamenlijke verbetercyclus.

CONCLUSIE

Het blijft een continue uitdaging om de regionale, multidisciplinaire ketenzorg voor astma of COPD te laten aansluiten bij de behoeften van de patiënt. Zorggroep PoZoB heeft het afgelopen decennium onafgebroken gewerkt aan adequate diagnostiek, multidisciplinaire samenwerking, inzicht in de resultaten en verbetercycli. In 2016 is gestart met kwaliteitsbeleid gericht op het verminderen van praktijkvariatie tussen de individuele praktijken. Momenteel werken we toe naar een transmuraal zorgpad waarbij naadloze samenwerking tussen eerste en tweede lijn hoofddoel is, met persoonsgerichte zorg en goede ICT als belangrijke bouwstenen. ■

LITERATUUR

1. Van den Boogaard M. Naleving juiste criteria om diagnose COPD/astma te bevestigen in de eerste lijn [jaarsymposium, posterpresentatie]. Veldhoven: PoZoB, 2008.
2. Pouwelse M, Van der Meer V, Van den Boogaard M. Astma bij kinderen: hoe zeker is de diagnose. *Huisarts Wet* 2015;58:402-5.
3. Lucas, AE. Support of an asthma/COPD service for general practitioners in daily care [proefschrift]. Maastricht: Maastricht University, 2012.
4. Landman M, Gilissen T, Grootens-Stekelenburg J, et al. Kwaliteit van spirometrie in de eerste lijn. *Huisarts Wet* 2011;54:536-42.
5. Klomp M, Romeijnders A, De Braal E, et al. Transparante ketenzorg: Rapportage 2019. Utrecht: InEen, 2020.
6. Willems N, Romeijnders A, Smits G. Verminderen van praktijkvariatie in de eerste lijn. *Huisarts Wet* 2017;60:580-4.
7. Kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg. Utrecht: InEen/NHG/LHV, 2019.
8. Kwaliteitsbeleid op maat: Met bouwstenen, gereedschappen en kwaliteitskenmerken. Utrecht: InEen, 2019.

Romeijnders AC, Jaap Kroon J, Smits GH, Verstappen WH, Wijnands-van Gent CJ. Regionaal maatwerk in de ketenzorg voor astma en COPD. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-020-1012-2. Zorggroep PoZoB, Veldhoven: A.C.M. Romeijnders, voormalig medisch directeur, tevens huisarts, arnoldromeijnders@outlook.com; J. Kroon, kaderhuisarts diabetes; G.H.J.M. Smits, kaderhuisarts hart- en vaatziekten; dr. C.J.M. Wijnands-van Gent, beleidsonderzoeker-epidemioloog, Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen; dr. W.H.J.M. Verstappen, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.