

# DISEASEMANAGEMENT COPD

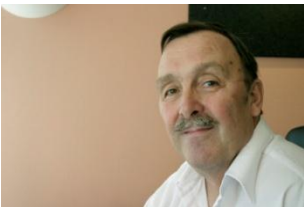
ZonMW-project  
Huisartsen Monnickendam



**ZonMw**



# Ontwikkelingen in Monnickendam



2000: vier solo-huisartsen stappen geleidelijk over op één HIS

2003: eerste POH's, o.a. voor management

2006: beleidsplan "Proeftuin Monnickendam"

2007: HOED geopend

2007: Stichting Gezond Monnickendam, met apotheek en fysiotherapeuten

2008: POH-GGZ: volwassenen én jeugdzorg

2008: COPD ZonMw Disease Management

2010: COPD ZonMw Regionaal project

# Ontwikkeling beleid longziekten

- tot 2003: individuele praktijkprojecten (industrie, projecten opleidingspraktijk)
- 2003: POH longziekten
- jaarlijks een praktijk op astma/COPD gescreend
- voor longziekten in de HOED een gespecialiseerde POH



# ZonMw-project COPD

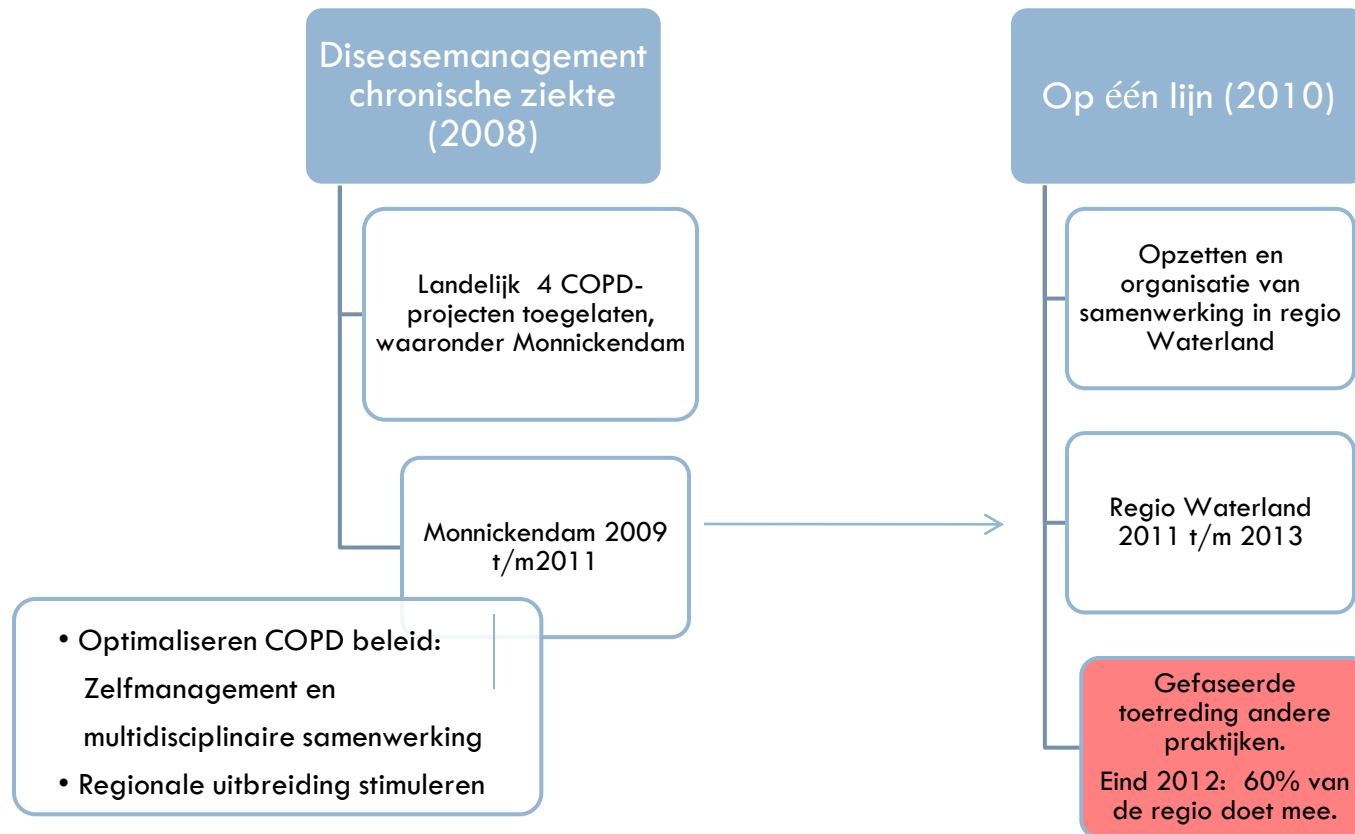
- zelfmanagement chronische ziekte
- drie-jarig project: 2009-2012
- ingeschreven najaar 2008: projectplan
- ingezet op optimalisering
- regionale voortrekkersrol



# ZonMW-project COPD (2)

- ketenzorgafspraken: fysiotherapeut, diëtist, longarts, apotheker. POH als coördinator
- alle GOLD I en II (hoofdbehandelaar)
- ook GOLD III en IV (exacerbaties, coping)
- publieksacties: naamsbekendheid COPD, informatieverstrekking, maar ook: lotgenoten
- ondersteuning: Vilans, Picasso, iBMG

# Voortrekkersfunctie in de regio



# Wat hebben we bereikt

- (half)jaarlijkse controle (incl. spirometrie, MRC, CCQ)
- structureel invoeren behandelprotocol, incl. rookgedrag
- juiste ICPC en GOLD-indeling
- zelftest voor COPD
- leeftijd  $>50$  jaar, BMI  $>30$ : pro-BNP + ECG
- BMI  $<25$ : VVMI bepalen
- vanaf COPD II: éénmalige intake fysiotherapie
- aandacht coping en acceptatie: rol POH-GGZ
- actieve oproep door POH van patiënt na terugverwijzing longarts naar de huisarts

# Wat hebben we bereikt (2)

Vanaf COPD II: **individueel zelfzorgplan**, 8 pijlers:

1. medicatie volgens voorschrift
2. voldoende (blijven) bewegen
3. gewicht binnen de norm
4. gezonde voeding
5. jaarlijks een griepprik
6. omgaan (kortdurende) verslechtingen
7. acceptatie/aanpassing chronische ziekte
8. stoppen met roken

Na voorlichting en instructie kiest de patiënt zelf een pijler waarmee hij/zij onder begeleiding aan de slag gaat.



# Wat hebben we bereikt (3)

Voor elke patiënt: een **exacerbatieplan** op papier:

Bij een geringe toename van de klachten:

Patiënt verhoogt zelf de kortwerkende luchtwegverwijdende medicatie tot maximaal (in zorgplan vastgelegd), gedurende 2 dagen.

Indien na 2 dagen géén verbetering: nog dezelfde dag afspraak huisarts.

# Waar zijn we tegen aan gelopen

- patiënt moeilijk te motiveren tot gedragsverandering bij lichte ziektelast
- patiënt nog niet gewend zelf het heft in handen te nemen bij een chronische aandoening
- weinig animo voor publieksactie Nordic Walking, georganiseerd met Astmafonds
- behoefte hulpmiddel informatieoverdracht
- jaarlijkse controle door huisarts heeft extra aandacht: instructie over de inhoud van het scharnierconsult is zinvol.

# Ter afsluiting

---

Disease management onmogelijk zónder:

- Betrokkenheid en motivatie patiënt
- Samenwerking alle COPD-professionals