

24 –11-2014

## Eindverslag

Het regionale project Netwerkzorg COPD Waterland is in september 2014 afgesloten (!). Het project heeft 3 ½ jaar geduurd. De belangrijkste doelstellingen zijn behaald.

Tussentijdse rapportages zijn aangeboden in oktober 2011, december 2012 en oktober 2013.

In dit eindverslag worden achtereenvolgens besproken:

	pagina
1. Doelstellingen	2
2. Eindenquête	3
3. Regionale <i>best practice</i> , richtlijnen	5
4. Multidisciplinaire scholing	5
5. Eerste lijn	6
6. Verwijzen en terugverwijzen	7
7. Palliatieve zorg: zorg bij zeer ernstig COPD	8
8. Telemonitoring	8
9. Methodologie en uitvoeringsproces	9
10. Knelpunten	10
11. Invloed van patiënten, zorgverleners en beleidsmakers	11
12. Effect op kwaliteit van leven	11
13. Conclusies	12
14. Aanbevelingen	12
15. Concrete resultaten en producten	13

## 1. Doelstellingen

- a. Realiseren van een toekomstbestendige regionale samenwerkingsstructuur van alle bij de COPD-zorg betrokken zorgverleners en zorg verlenende instanties. Het betreft COPD-zorg in de volle breedte, variërend van gering tot zeer ernstig COPD.

Het is gelukt om een samenwerkingsstructuur op te richten tussen alle regionale zorgverleners bij COPD.

Ook alle relevante instellingen (regionaal ziekenhuis, thuiszorg, verpleeghuizen) zijn bij het project betrokken.

Zorggroep SEZ zet ons kwaliteitsbeleid nu voort.

- b. Het in de dagelijkse praktijk implementeren van een beleid dat medisch inhoudelijk adequaat is en gericht is op multidisciplinaire samenwerking.

De implementatie is met succes ondersteund door een praktijkconsulent. Gevorderde huisartspraktijken begeleiden met succes de praktijken met minder ervaring (buddy-project).

Voor de zorg bij zeer ernstig COPD is een adviserend palliatief expertteam opgericht met een case manager (longverpleegkundige thuiszorg) als coördinator van deze bij uitstek multidisciplinaire zorg. Een inmiddels stabiel aantal van vijftig patiënten maakt hiervan gebruik.

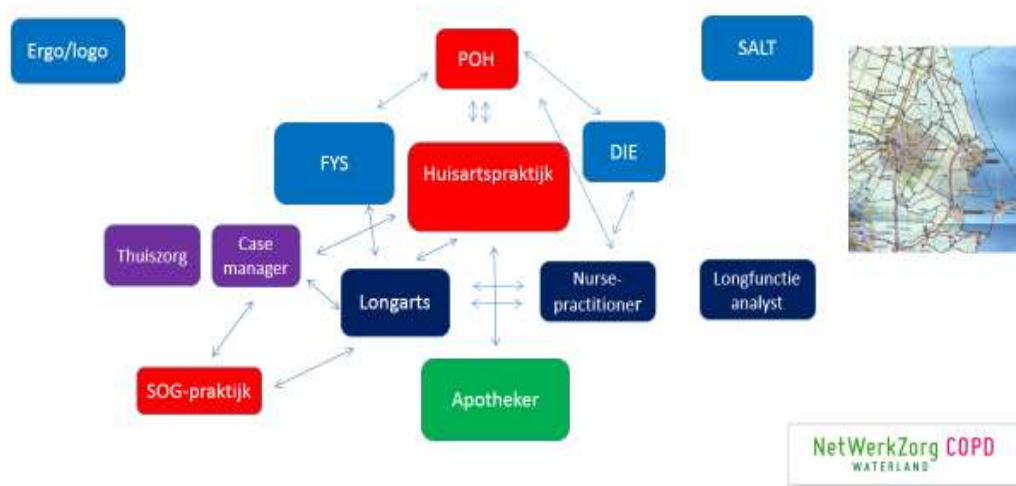
### Projectplan (2010)

- **Toekomstbestendige** regionale samenwerkingsstructuur
- **Samenwerking** en medisch inhoudelijke **kwaliteitsverbetering**
- COPD in volle breedte: **alle** stadia van ernst en **alle** zorgverleners
- Samenwerkingsverbanden **organiseren rondom huisartspraktijken**
- **Gefaseerde opbouw, voortrekkerspraktijken**
- **Deelprojecten**
  - palliatieve zorg (Evean)
  - telemonitoring (Evean)
  - cliëntenonderzoek (Zorgbelang)
  - COPD-zorg in verpleeghuis (Zorgcirkel)
- Financiering zorg is niet hoofddoel
- Subsidiegevers: ZonMw, Stichting SAG (Achmea)



## Huidige situatie:

- 2300 patiënten, prevalentie 2,6
- 17 huisartspraktijken (grotendeels duo-, of groepspraktijken)
- 39 huisartsen-praktijkhouders (68% van de regio)
- daar omheen een netwerk:

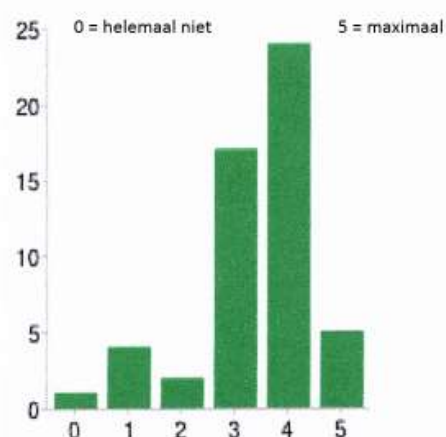


## 2. Eindenquête

In mei 2014 is een enquête onder alle deelnemers gehouden. Over alle geledingen werd kwaliteitsverbetering gemeld, met name een fundamentele toename van de mate van gestructureerde zorg, van de interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking en ook van de mate waarin aandacht werd gegeven aan zelfmanagement. Praktijkleiding en praktijkconsulent hebben de kwaliteitsverbetering ook nog zelfstandig beoordeeld en kwamen tot een zelfde conclusie. In januari 2015 zal de enquête nog een keer worden herhaald, in het kader van het vervolgproject door zorggroep SEZ.

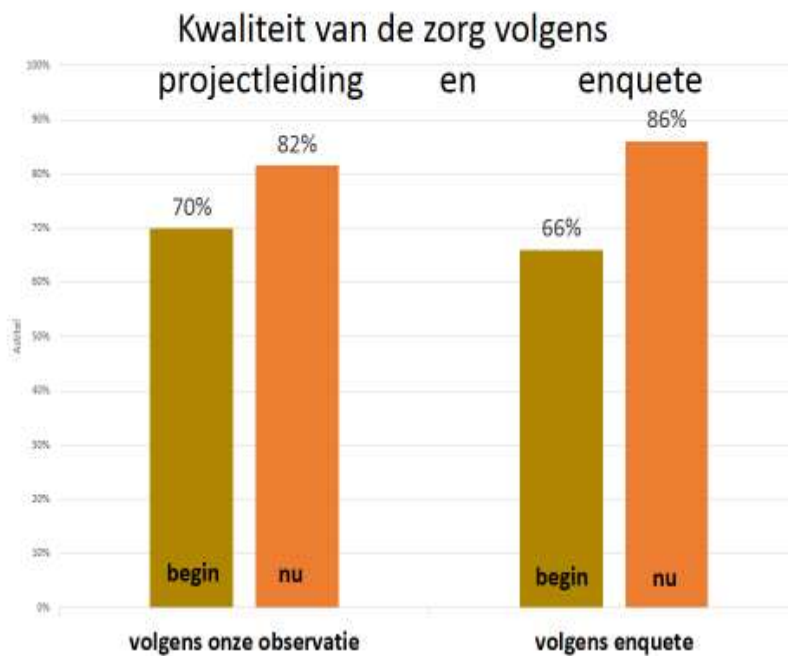
## Enquête, mei 2014

Is uw COPD-zorg structureel veranderd? (n=53)



0	1	2%
1	4	8%
2	2	4%
3	17	32%
4	24	45%
5	5	9%

## Alle disciplines: wat is veranderd (n=53) \*



### 3. Regionale *best practice*, richtlijnen

Er zijn vier richtlijnen gemaakt die de regionale *best practice* beschrijven

- [Beleid in de huisartspraktijk](#)
- [Samenwerking binnen de eerste lijn](#)
- [Samenwerking eerste en tweede lijn](#)
- [Beleid bij zeer ernstig COPD](#)

Deze zijn in de loop van het project geïmplementeerd.

De richtlijnen zijn meerdere keren geactualiseerd, voor de laatste maal aan het eind van het project in de zomer van 2014.

### 4. Multidisciplinaire nascholing

Een kernpunt in het project was multidisciplinaire nascholing. Alle scholing is georganiseerd samen met de regionale nascholingsorganisatie [DOKH](#) <sup>(ii)</sup>, steeds zonder sponsoring door de farmaceutische industrie, de deelnemers betaalden de cursussen zelf. In de loop van het project is 63 uur nascholing georganiseerd met zeer uiteenlopende onderwerpen. De waardering was hoog.

#### 63 uur multidisciplinaire scholing

Januari	2010	2-daagse, samen met Zorgdraad	12
December	2010	Startbijeenkomst	4
April	2011	Scholing	5
Mei	2012	Scholing	6
September	2012	Kleine CASPIR	3
2011/2012		CASPIR basis cursus	9
Maart	2013	Scholing	4
Voorjaar	2013	IMS	3
November	2013	Scholing	4,5
Mei	2014	Richtlijnen	3
2013-2014		5 praktijk werkbijeenkomsten	10

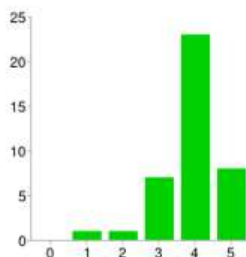


#### Onderwerpen scholing

- Zorg zeer ernstig COPD
- Multidisciplinaire werkwijzen
- Motivational interviewing
- Red Fysio bij COPD
- Omgaan met vragenlijsten, CCQ/MRC
- Co-morbiditeit
- Omgaan met ernstige ziekte
- Van klacht naar ziekte
- Omgaan met angst en spanning
- Astma
- MDO
- Zelfmanagement
- Richtlijnen



#### Multidisciplinair



Waardering multidisciplinaire opzet cursussen:  
58% waardeert dat met een 4 (veel meerwaarde).

- Hoog gewaardeerd
- Essentieel bij COPD
- Is uitgangspunt cursusbeleid
- Is uitgangspunt richtlijnen
- Samenwerking bevorderend
- Laatste voorbeeld: afspraken tussen eerste en tweede lijn over terugverwijzen

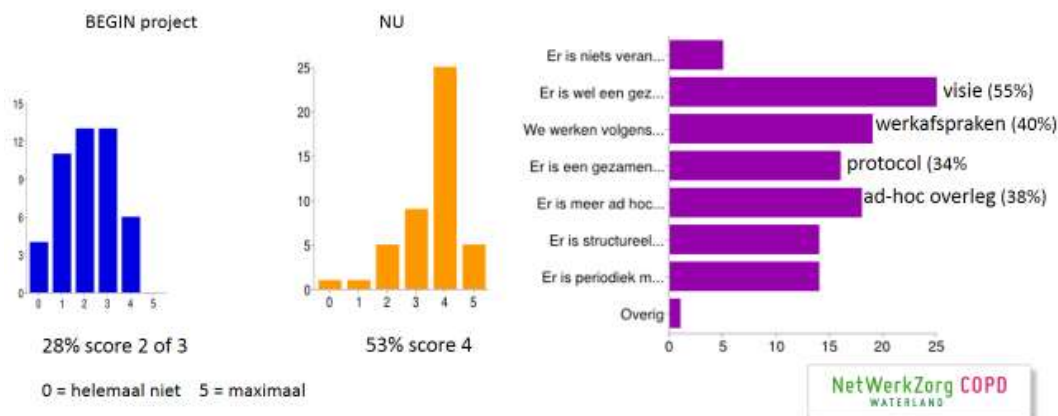


## 5. Eerste lijn

Vooral in het laatste projectjaar is extra aandacht besteed aan het consolideren van de samenwerkingsstructuur binnen de eerste lijn. Daarbij gaat het voornamelijk om: huisarts, POH, fysiotherapeut, diëtist, longverpleegkundige thuiszorg en apotheker, waar nodig aangevuld met POH-ggz, ergotherapeut, logopedist, longarts of specialist ouderengeneeskunde. De samenwerking is georganiseerd in praktijkgroepen rondom huisartspraktijken. Bij beëindiging van het project hebben 11 van de 17 praktijkgroepen een periodiek gestructureerd multidisciplinair overleg, 3 praktijken hebben een andere vorm van georganiseerd multidisciplinair overleg, bij 3 praktijken is er alleen nog ad-hoc overleg. Bij 5 groepen (15 praktijkhouders) is een cursus exclusief voor de hele praktijkgroep gegeven met onderwerpen-op-maat. Uitgangspunt was steeds hoe men in de dagelijkse praktijk op één lijn komt. Onze richtlijn Samenwerking binnen de eerste lijn biedt daarbij ondersteuning.

### Implementatie samenwerking binnen eerste lijn (n=47)

(\* meerkeuzevraag)



## 6. Verwijzen en terugverwijzen

Met de regionale longartsen in het Waterlandziekenhuis zijn afspraken gemaakt over verwijzen en terugverwijzen. Over terugverwijzen zijn specifieke afspraken gemaakt. Ze staan beschreven in de richtlijn Samenwerking eerste en tweede lijn. . De afspraken over terugverwijzen zijn in het laatste projectjaar verder gespecificeerd. (zie pagina 10 van [de richtlijn](#))

De longartsen hebben in hun ziekenhuis twee zorgpaden geïntroduceerd: een zorgpad voor het beleid na een eerste verwijzing en een zorgpad voor het beleid bij een opname wegens exacerbatie, inclusief de overdracht na ontslag.

### Implementatie samenwerking eerste en tweede lijn (n=48)

(\* meerkeuzevraag)



## 7. Palliatieve zorg: zorg bij zeer ernstig COPD

De zorg bij zeer ernstig COPD is bij uitstek multidisciplinair. Voor dit deelproject hebben wij een nieuwe regionale richtlijn geformuleerd. Bij de uitvoering wordt gebruik gemaakt van een adviserend kernteam en een casemanager. In het kernteam zitten, behalve de casemanager: huisarts, specialist ouderengeneeskunde en de longarts of de longverpleegkundige van het waterlandziekenhuis. Het management van dit deelproject wordt gedaan door [Evean thuiszorg](#). De inzet van het kernteam en van de casemanager worden gedetailleerd beschreven in onze richtlijn.

### Richtlijn zeer ernstig COPD (n=50)



## 8. Telemonitoring

Het deelproject telemonitoring (beeld-beeld contact tussen patiënt en zorgverlener) is geheel gedelegeerd aan Evean Thuiszorg. Na een lange proefperiode is het deelproject dit jaar ook echt gestart. Er wordt deelgenomen aan het onderzoekprogramma [Zorg Binnen Bereik e-vita COPD](#). De resultaten in onze regio zullen in een apart onderzoek worden geëvalueerd.



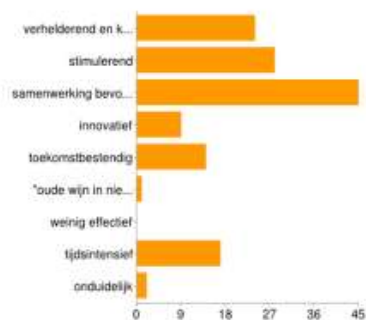
## 9. Methodologie en uitvoeringsproces

We hadden een efficiënte en soepele organisatievorm met weinig overhead, een kleine stuurgroep en een simpele dagelijkse leiding: de projectleider, de kaderarts astma/COPD en de praktijkconsulent. Deelopdrachten, zoals het maken van regionale richtlijnen werden uitgevoerd in werkgroepen. In totaal hebben ruim 40 personen hieraan deelgenomen. We zorgden voor korte lijnen met achterban en deelnemers. Zie het bijgesloten [organogram](#).

De inzet van een praktijkconsulent was succesvol, maar was niet bij alle praktijken nodig. Aanvankelijk hadden we een consulent met veel COPD-kennis. Zij is halverwege het project vervangen door een ervaren breed georiënteerde POH, die ervaring had als NHG accreditatieconsulent. Dat ging nog beter. De praktijkconsulent moet systematisch maar vooral ook subtiel te werk gaan en voldoende begrip hebben voor hoe moeilijk het is om op de werkvloer veranderingen in te voeren.

Het plezier in het werk is toegenomen, zoals ook blijkt uit de eindenquête. Waarschijnlijk komt dit door een combinatie van factoren. Begeleiden van COPD wordt als zinvoller ervaren als er meer kennis is en er meer kwaliteit wordt geleverd. De richtlijnen en werkafspraken zijn kort en bondig en vergemakkelijken de taak van de POH. Gestroomlijnd samenwerken met eerste en tweede lijn vergroot ongetwijfeld ook het werkplezier:

### Hoe karakteriseert u het project (n=53)\*



verhelderend en kennis verhogend	24
stimulerend	28 53%
samenwerking bevorderend	45 85%
Innovatief	9
Toekomstbestendig	14
"oude wijn in nieuwe zakken"	1
weinig effectief	0
tijdsintensief	17
onduidelijk	2

(\* meerkeuzevraag)



## 10. Knelpunten

De kwaliteit van de COPD-zorg bij nieuw deelnemende huisartspraktijken was soms opvallend laag, met weinig correcte diagnostiek en weinig ICPC-coderingen. Vaak was er ook geen vervolgbeleid na het stellen van de diagnose. In veel huisartspraktijken moest eerst grote schoonmaak worden gehouden.

Verandering van het beleid van zorgverleners ging langzamer dan verwacht en vereiste een langer durende begeleiding dan verwacht. De inzet van praktijkconsulent en buddy-praktijken was van grote waarde.

We zijn betrekkelijk laat begonnen met het actief implementeren van gestructureerd samenwerken binnen de eerste lijn (POH, huisarts, apotheker, fysiotherapeut, diëtist, thuiszorg). In de loop van het project zijn we dit gaan beschouwen als de hoeksteen van de COPD-zorg. Omdat de wensen en behoeften per samenwerkingsgroep sterk verschilden, zijn er in het laatste projectjaar onder andere cursussen-op-maat georganiseerd per samenwerkingsgroep.

Verbeteren van motivatie en levensstijl gaat in het algemeen moeizaam, ook bij de COPD-patiënten in dit project. Veranderingen gaan nu eenmaal langzaam. Een COPD-patiënt wordt vaak maar enkele keren per jaar gezien door zijn zorgverlener. Bovendien is er, zeker bij patiënten met geringe ziektelast, vaak weinig motivatie tot verandering.

Het invoeren van een persoonlijk zorgplan zonder een cultuuromslag bij alle zorgverleners bleek zinloos. Wij denken dat een persoonlijk zorgplan pas werkt als het wordt gebruikt in een bredere context van een motiverende benadering door alle zorgverleners. Geïntegreerde zorg gaat niet alleen over de medisch inhoudelijke zorg, maar ook om de attitude van de zorgverleners. Bij de scholing moet hieraan aandacht worden gegeven.

Patiëntenorganisatie Zorgbelang is in 2014 begonnen met een vervolgonderzoek naar de resultaten van een dergelijke aanpak. Het heeft lang geduurd voor hiervoor een aanvullende subsidie bij Achmea kon worden verkregen. Bij het afsluiten van ons project zijn er nu 20 patiënten geïnccludeerd.

In de aan het project deelnemende verpleeghuizen is het beleid bij de niet ernstige vormen van COPD nauwelijks veranderd. In de verpleeghuizen was er al voldoende multidisciplinaire samenwerking. Medewerkers van de verpleeghuizen hebben wel actief aan de cursussen deelgenomen. Eén van de verpleeghuisartsen heeft een belangrijke adviserende rol gekregen in het kernteam bij zeer ernstig COPD.

Het was aanvankelijk onze bedoeling om bij problematisch coping-gedrag de POH-ggz in te schakelen, maar in de praktijk lukte dit alleen bij duidelijke psychische comorbiditeit. De POH's werden wel extra geschoold in het herkennen van angst en depressie bij COPD.

## 11. Invloed van patiënten, zorgverleners en beleidsmakers

Er is intensief samengewerkt met patiëntenorganisatie [Zorgbelang Noord Holland](#). Dit is succesvol geweest. Samen met het Longfonds is een patiënttevredenheidsonderzoek gedaan. Door Zorgbelang is vroeg in het project een persoonlijk zorgplan ontwikkeld. Het gebruik ervan viel echter tegen. Zorgbelang onderzoekt nu in een nieuw project de effecten bij een groep patiënten van wie de zorgverleners extra scholing hebben gehad over begeleiding bij zelfmanagement.

Er is samen met het Longfonds een [Longpunt](#) opgericht, waar maandelijks regionale patiëntenbijeenkomst worden gehouden. Een vertegenwoordiger van Zorgbelang maakte deel uit van de Stuurgroep. Wij beschouwen de intensieve samenwerking met Zorgbelang als een zeer werkbare vorm van patiëntparticipatie.

Er is veel invloed geweest van zorgverleners en beleidsmakers want het project werd uitgevoerd bij en met de zorgverleners en hun brancheorganisaties. Vooral huisartsen, fysiotherapeuten en diëtisten en apothekers hebben actief deel genomen aan de werkgroepen. Ook de longartsen en longverpleegkundigen van het Waterlandziekenhuis waren daarbij actief betrokken. Eeven vervulde een belangrijke rol bij de palliatieve zorg en bij telemonitoring.

Een aparte rol was er voor zorggroep SEZ (Stichting Eerstelijnszorg Zaanland-Waterland). Deze deed aanvankelijk niet mee, maar werd geleidelijk steeds meer bij het project betrokken. SEZ verzorgt niet alleen de financiering van de zorg, maar zal ook ons kwaliteitsbeleid voortzetten en het implementeren in de regio's Zaanland en Midden Kennemerland. Zij zullen gebruik gaan maken van onze richtlijnen en onze expertise. Onze praktijkleiding blijft ook in de nabije toekomst persoonlijk actief betrokken bij de advisering en/of de uitvoering van het COPD-beleid van de zorggroep

## 12. Effect op kwaliteit van leven

Metten van het effect op de kwaliteit van leven (quality of life, QOL) van de COPD-patiënten was niet ons doel. Het effect van geïntegreerde zorg op de QOL is in diverse studies onderzocht. In 2013 is dit samengevat in een [Cochrane-review](#), uitgevoerd door medewerkers van het Leids Universitair Medisch centrum (LUMC) met als resultaat een duidelijk positief effect van geïntegreerde zorg op de QOL. Dezelfde onderzoeksgroep publiceerde in september 2014 in de British Medical Journal over [de effecten van het nascholen van huisartsen](#): in dit onderzoek was er géén effect op de QOL. Wij zijn geneigd dit negatieve resultaat vooral te verklaren uit de intensiteit waarmee de gewenste beleidsverandering werd uitgevoerd. Wij denken dat één cursus niet genoeg was om het gedrag van de zorgverleners langdurig te veranderen. In ons project hebben we juist veel cursussen en begeleiding gegeven, en dat heel bewust gespreid over een periode van drie jaar, waardoor het beleid inderdaad structureel is veranderd.

Over het eindresultaat hiervan op de QOL kan alleen gericht vervolgonderzoek duidelijkheid scheppen. Daarover hebben wij intussen contact met de Leidse onderzoekers. We onderzoeken de mogelijkheid om in het vervolgtraject bij zorggroep SEZ wel een effect op de QOL te evalueren <sup>(iii)</sup>.

## 13. Conclusies

Het is gelukt om een multidisciplinaire samenwerkingsstructuur te realiseren en zo een adequaat medisch beleid bij alle stadia van COPD regionaal te implementeren. In het project was er een centrale rol voor de huisartspraktijken. De gewenste veranderingen bleken langzaam te gaan, hetgeen inherent is aan praktische beleidsveranderingen.

De rol van de POH bij de COPD-zorg in de huisartspraktijk blijkt cruciaal. In het project hadden enkele voortrekkerspraktijken een rol als buddy voor volgpraktijken. Dit was succesvol, hoewel niet alle volgpraktijken een buddy nodig hadden. Voor de praktische begeleiding van de praktijkgroepen werd met succes een praktijkconsulent ingezet.

Wij menen dat onze werkwijze ook geschikt is voor implementatie bij andere chronische zorgprogramma's (zoals bij diabetes en secundair cardiovasculair risicomanagement), of bij andere zorggebieden waarbij multidisciplinaire samenwerking van belang is (bijvoorbeeld bij palliatieve zorg).

## 14. Aanbevelingen

Wij doen de volgende aanbevelingen voor het bereiken van optimaal geïntegreerde zorg:

1. Het niveau van samenwerking bij COPD (en waarschijnlijk ook bij andere chronische aandoeningen) kan verbeterend worden door projectmatig een regionale samenwerkingsstructuur op te zetten.
2. Zorg dat de projectleiding voldoende draagvlak heeft in de regio.
3. Organiseer de samenwerking rondom de huisartspraktijken en geef daarbij extra aandacht aan gestructureerd multidisciplinair overleg. Houd rekening met de verschillende situaties per samenwerkingsgroep.
4. Een praktijkconsulent die de zorgverleners op de werkplek bezoekt is een nuttig onderdeel van een samenwerkingsproject.
5. Het buddy-systeem, waarbij beginnende huisartspraktijken geholpen worden door praktijken die al ver zijn met implementatie van zorg en samenwerking, blijkt een nuttig instrument in een regionaal samenwerkingsproject.
6. Zonder praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijken zijn de doelstellingen niet te realiseren.
7. De zorg bij zeer ernstig COPD is bij uitstek een kwestie van samenwerken. Onze regionale richtlijnen beschrijven de inhoud en organisatie van deze zorg en kunnen als voorbeeld dienen voor toepassing elders.

## 15. Concrete resultaten en producten

1. Structurele veranderingen in de regionale COPD-zorg in Waterland, zoals hierboven beschreven.
2. Beter inzicht in succes- en faalfactoren van implementatieprocessen in de gezondheidszorg, zoals hierboven beschreven
3. Olievlekeffect. Uitbreiding van ons kwaliteitsbeleid naar regio's Zaanland en Midden Kennemerland via Zorggroep SEZ.
4. Landelijke bekendheid. Presentatie op NHG-congres november 2014. Uitgelegd werd hoe het is gelukt om in dit project alle neuzen één kant op te krijgen. (Dat lukte vooral door de organisatie van de zorg in de vorm van netwerkvormige samenwerking rondom de huisartspraktijken. Ook de gefaseerde opbouw van het project werkte mee.) Een aankondiging van onze congresbijdrage, met een interview, verscheen september 2014 in het tijdschrift Huisarts en Wetenschap.
5. Bijdrage aan het handboek Veranderende samenwerking in de zorg. Hoofdstuk: Inspirerende voorbeelden van samenwerking in de praktijk. Pagina 202-208, Bohn Stafleu Van Loghum, 2014
6. Workshop (zomer 2014) voor beleidsmedewerkers van zorgverzekeraar Achmea met een overzicht van opzet en resultaten van het project. Presentatie in de vorm van een interactief workshopmodel voor medische professionals en beleidsmakers. Extra aandacht wordt gegeven aan de multidisciplinaire opzet, het formuleren van een regionale *best practice*, scholing, zelfmanagement, co-morbiditeit en de effecten op substitutie. Zie de interactieve PowerPoint presentatie van deze workshop op onze website
7. De regionale richtlijnen van Netwerkgroep COPD Waterland, laatste actualisatie zomer 2014. Het betreft vier richtlijnen: beleid in de huisartspraktijk, samenwerking binnen eerste lijn, samenwerking tussen eerste en tweede lijn, beleid bij zeer ernstig COPD. Deze zijn te raadplegen en te downloaden op onze website.
8. Scholing: er is veel nieuwe zelf ontwikkelde scholing gegeven. Een kort overzicht wordt getoond in de PowerPoint presentatie.
9. In voorbereiding: artikel in Medisch Contact
10. In voorbereiding: studie naar de effecten op de kwaliteit van leven (QOL)

Monnickendam, 24 november 2014

C.G. van der Plas  
projectleider

A.A. den Hollander  
bestuurlijk verantwoordelijke

---

<sup>i</sup> Zie onze website voor een kort overzicht en voor meer gedetailleerde documentatie.

<sup>ii</sup> Kaderhuisarts astma/COPD Hetty Cox heeft in het project een belangrijke rol gespeeld, niet alleen bij de nascholing, maar ook door medisch-inhoudelijke ondersteuning van de projectleiding.

<sup>iii</sup> Zeer recent verscheen het Nederlandse proefschrift van Marlies Zwerink waarin wel degelijk effect werd gevonden van de twee belangrijkste pijlers van zelfmanagementprogramma's bij COPD: exacerbatie management en meer beweging.