

Op weg naar financiering ketenzorg COPD

Philippe Salomé en Annelies Lucas, huisartsen te IJsselstein en Eindhoven, NHG/CAHAG deelnemers aan het expert panel Model Ketten DBC COPD.

Een DBC (Diagnose-Behandel-Combinatie) voor chronische aandoeningen zoals Diabetes Mellitus of COPD is een nieuwe manier om de zorg voor deze aandoeningen te financieren en om de daadwerkelijk geleverde zorg zichtbaar te maken. Het afgelopen jaar is er, profiterend van de ervaringen opgedaan bij Diabetes Mellitus type 2, hard gewerkt aan de ontwikkeling van een DBC voor mild en matig COPD (GOLD-stadia 1 en 2). Zorg voor deze groep (80 % van alle COPD) wordt hoofdzakelijk in de eerste lijn geleverd. Inmiddels is na overleg van zorgverleners uit alle bij ketenzorg COPD betrokken partijen (NVL, NHG-CAHAG, NVD, KNGF, NVALT, V&VN, etc.) en uitgaande van nationale en internationale richtlijnen, een landelijke *zorgstandaard* tot stand gekomen. Hierin staat hoe goede COPD-zorg georganiseerd kan worden: *welke* hulpverlener *wanneer* wat moet doen. Deze zorgstandaard is op maat gesneden per GOLD-stadium, wat tot op heden de meest praktische indeling is. Deze uitputtende beschrijving van de ketenzorg heeft tot voordeel dat de noodzakelijke financiering gemakkelijker in te vullen is. De grootste winst echter is dat de kwaliteit beschreven is en gewaarborgd kan worden voor de individuele patiënten en dat de afzonderlijke beroepsgroepen weten wat ze van elkaar kunnen verwachten. Deze landelijke zorgstandaard kan vervolgens als kapstok dienen voor nadere lokale invulling, o.a. ten behoeve van onderhandelingen met de zorgverzekeraars.

Concreet bestaat de zorgstandaard uit 7 modules (zie ook www.ketenzorgcopd.nl voor de volledige concept DBC COPD):

1) Casefinding en diagnostiek; 2) intensieve zorg-fase, aansluitend bij het stellen van de diagnose; 3) minder intensieve fase (fase van controleren en follow-up); 4) exacerbaties; 5) reactivatie; 6) stoppen met roken; 7) voeding.

Als voorbereiding op de verspreiding naar de regio's heeft op 26 april 2007 een invitational conference plaatsgevonden met beleids-medewerkers en werkers uit het veld. Vanuit de verschillende beroepsgroepen zijn naast complimenten ook bedenkingen geuit tegen het landelijke concept. Men vond het bijvoorbeeld jammer dat de scheiding eerste-tweede lijn gehandhaafd leek. Inderdaad geldt de zorgstandaard voor COPD GOLD 1 en 2, en is er nog geen goede aansluiting bij de ziekenhuisfinanciering die COPD GOLD 3 en 4 betreft. Van de andere kant is er wel structureel overleg tussen huisarts en longarts in de DBC opgenomen en moet deze ook waar gemaakt worden wil de DBC daadwerkelijk gefinancierd worden.

Vanuit de NHG-CAHAG werden onder andere kritische noten geplaatst bij de omvang van de fysiotherapie en diëtetiek binnen

de DBC, aangezien de evidence voor beiden bij GOLD 1 en grotendeels bij GOLD 2 nog ontbreekt, in tegenstelling tot revalidatie bij GOLD 3 en GOLD 4. Dit laat onverlet dat voldoende beweging en goede voeding een onderdeel van zorg dienen te zijn bij iedere COPD-patiënt, naast - de enige effectieve maatregel van - stoppen met roken.

Uiteraard dienen de participanten binnen de ketenzorg "waar voor hun geld" te leveren die toetsbaar is. Ook zijn zorgindicatoren van belang gericht op procesmaten (aantal patiënten in zorg; aantal patiënten met bekende rookstatus, etc) en daarnaast op effect- of uitkomstmaten (aantal exacerbaties, kwaliteit van leven). Hiervoor is een goede ICT ondersteuning een noodzakelijke randvoorwaarde.

Over een aantal inhoudelijke zaken moet nog een standpunt worden ingenomen, zoals bv. wie landelijk de regie ter hand gaat nemen. Regio's die de uitdaging aan durven kunnen zelf al voortbouwen op het ontwikkelde concept. Uitwisseling van ervaringen en overleg over discussiepunten kunnen bijdragen aan een stevig gefundeerde COPD ketenzorg DBC. Een en ander zal op sessies tijdens de CAHAG conferentie op 8 november 2007 aan bod komen. Voor vragen mail: cahagsecretariaat@nhg.org

Conclusie voor de praktijk

1. Het model Ketenzorg DBC COPD biedt een houvast voor het praktisch managen van COPD-ketenzorg in de eerste lijn en een kader voor de kwaliteit van zorg aan de individuele COPD-patiënt.
2. Ketenzorg brengt de zorg van verschillende disciplines samen. De huisartspraktijk kan zich (net als andere disciplines) voorbereiden op de invoering van de DBC door inzicht te hebben in de eigen populatie, eigen routines en eigen zorgaanbod.
3. Het model is een goed hulpmiddel om inzicht te krijgen in de totale omvang (en de kosten) van de zorg voor de COPD-praktijkpopulatie en daarmee in de kosten van de "gemiddelde" COPD-patiënt.
4. Om tot een reële inschatting hiervan te komen is gedegen regionaal of lokaal overleg tussen alle partijen nodig, waarbij de uitgangspunten zijn: prevalentie/incidentie, zorg op maat en evidence van interventies.

Bewegen bij COPD, is ergometrie noodzakelijk?

Dr. Wouter van Hensbergen, huisarts gezondheidscentrum Holendrecht, Amsterdam, kerngroep lid CAHAG

Bij het opstellen van de CBO-consensus ketenzorg COPD (waar het NHG nauw bij betrokken was) is een lans gebroken

voor het belang van bewegen voor COPD-patiënten. Niet alleen de klassieke indicaties longrevalidatie en longreactivatie voor (zeer) ernstig COPD (GOLD 3 en 4), geïndiceerd door de longarts, maar ook licht en matig COPD (GOLD 1 en 2 met een FEV1 > 50 % van voorspeld) patiënten hebben baat bij voldoende beweging. En COPD GOLD 1 en 2 (82% van alle COPD-patiënten!) zijn vooral in zorg bij de huisarts. Ook in de nieuwe NHG-standaard COPD (2007) heeft bewegen een centrale plaats.

Een belangrijkste discussiepunt bij het opstellen van de richtlijn was echter de plaats van de ergometrie: wat moet vooraf bij een COPD-patiënt getest zijn voordat de (KNGF geschoolde) fysiotherapeut ermee aan de slag kan? Is wat gebruikelijk is bij de klassieke longrevalidatieprogramma's ook nodig voor alle GOLD 2 patiënten?

In de CBO richtlijn Keten zorg COPD (2005) staat dat ergometrie altijd bij COPD GOLD 3 en 4 verricht dient te worden ter bepaling van het pathofysiologisch profiel en ter bepaling van cardiovasculaire risico's. Bij COPD GOLD 2 kan het overwogen worden en dienen afspraken hierover lokaal interdisciplinair gemaakt te worden. De evidence voor ergometrie betreft vooral de klassieke longrevalidatieprogramma's bij COPD GOLD 3 en 4, beoordeeld op de effecten van het totaalpakket en dus niet op de onderdelen ervan. Ergometrie bleek niet voorspellend te zijn voor effecten en wordt vooral gevraagd door fysiotherapeuten om vooraf te kunnen inschatten in hoeverre de patiënt belast kan worden en of waar de beperkingen zitten (bv. meer cardio-pumonaal of bewegingsapparaat). Over de (cardiale) risico's van inspanning bleek geen literatuur beschikbaar, met name omdat het aantal incidenten zo klein is; we zullen het dus moeten doen met de klinische inschatting door de verwijzend arts van de risico's op angina pectoris en hartfalen.

Er zijn eerstelijns projecten waarin in COPD geschoolde fysiotherapeuten laagdrempelig COPD-patiënten aan het bewegen krijgen, zonder ergometrie vooraf (Bocholtz, Zuiderkroon in Rotterdam). De resultaten ervan zullen binnenkort gepubliceerd worden en lijken veelbelovend: vrij grote deelname, weinig uitval, geen incidenten, duidelijke verbetering 'conditie'. De belangrijkste effectparameter is de 6-minuten-looptest, wat op zich al een forse inspanning is en die door de behandelend fysiotherapeut zelf kan worden gebruikt, naast bv. een saturatiemeter. Een protocolaire afspraak dat de verwijzend huisarts vooraf de cardiale status van zijn patiënten inschat en dat de fysiotherapeut patiënten terugverwijst als bij de 6-minuten-looptest twijfel rijst of de patiënt angineus reageert, lijkt naast het verrichten van een submaximale inspanningstest de belangrijkste veiligheidsmaatregel.

Ervaringen uit anders opgezette ketens longreactivatie (wel vooraf ergometrie via poli's longziekten of sportmedische adviescentra) leren dat het aantal deelnemers laag blijft, met name van de groep COPD GOLD 2, o.a. vanwege de ervaren drempels. En ketenpartners van alle disciplines erkennen dat drempels ongewenst zijn bij dissimulerende COPD-patiënten die tot gedragsverandering verleid moeten worden.

Conclusie voor de praktijk

- Bewegen is belangrijk voor alle COPD-patiënten. Vraag systematisch naar inspanningsbeperkingen en bepaal de mate van motivatie van de patiënt er iets aan te doen (praktijkondersteuners!)
- COPD GOLD 3 en 4: verwijsindicatie longarts, specificiteer de vraagstelling t.a.v. inspanning/bewegen. Ergometrie is geïndiceerd conform de Keten zorg COPD richtlijn.
- COPD GOLD II: let op co-morbiditeit (met name cardiaal), maak goede lokale afspraken met fysiotherapeut en longarts, focus in de onderhandelingen op het belang van een laagdrempelige toegang (ergometrie vooraf is drempelverhogend!).
- Voor meer praktische informatie en voorbeelden van keten samenwerkings-afspraken rond reactivering zie de webpagina reactivering op www.cahag.nl.

Literatuur:

Richtlijn Keten zorg COPD. CBO, 2005. Stichting Ketenkwaliteit COPD. Van Zuiden Communications Alphen a/d Rijn. Zie ook www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/copd_2005.pdf/view

Registratie van gegevens rond roken in het HIS

Dr. Erica Bastiaanssen, medisch informaticus, Drs. Job den Boer, huisarts, wetenschappelijk medewerkers, Nederlands Huisartsen Genootschap

Onder huisartsen en praktijkondersteuners leeft de vraag hoe gegevens rondom roken en stoppen met roken het beste in het HIS kunnen worden vastgelegd. Het NHG heeft hiervoor binnen het project Prodigmo registratie-protocollen ontwikkeld op basis van de Multidisciplinaire richtlijn tabaksverslaving van het CBO. Alle gegevens, die in deze protocollen zijn opgenomen, zijn aan de HIS-leveranciers uitgeleverd in de HIS-tabel Diagnostische Bepalingen van het NHG. Met deze tabel, een uitbreiding op de NHG Labcodetabel, kan een gebruiker van het HIS (ook buiten protocollen om) uitslagen vastleggen in de meetwaardenmodule of het diagnostisch archief.

Hiermee kan de geleverde zorg systematisch geregistreerd worden en later ook eenvoudiger uit het HIS gextraheerd worden, o.a. van belang voor ketenzorg financiering.

De gehele protocollen van Prodigmo zijn nog niet voor de huisarts en praktijkondersteuner beschikbaar in de HIS'en. De HIS-gebruiker wordt dan ook niet ondersteund in de keuze welke gegevens uit de tabel Diagnostische Bepalingen hij zou moeten gebruiken. Eenvoudige, platte invoerlijstjes voor gegevens rondom roken zouden hier al nuttig voor zijn. Daarom zijn er vanuit het NHG zogeheten clusters uitgeleverd: groepjes bij elkaar behorende bepalingen, die als een invoerlijstje in de HIS'en kunnen worden ingebouwd. Voor roken zijn er clusters voor rookgedrag en rookverleden (tabel 1), stopmotivatie en stoppen met roken, nazorg mislukte stoppoging en nazorg gestopt met roken.

Tabel 1

Voorbeeld van een gegevens-clusters rond roken/tabakverslaving		
Tabaksverslaving: rookgedrag en rookverleden		
Bepaling	Bepalings nr.	antwoord/lijst
roken	1739	ja/voorheen/nooit
soort tabak	2040	sigaretten/shag/-sigaren/pijp
aantal (shag)sigaretten per dag	1992	(numeriek)
aantal sigaren per dag	1993	(numeriek)
aantal pijpen roken per dag	2014	(numeriek)
gestopt met roken sinds	2003	(datum)
aantal jaren gerookt	1991	(numeriek)

Verschillende HIS'en hebben de functionaliteit van invoerlijstjes voor onderzoeken ingevoerd in hun systeem. Daarbij gaat het soms om eigen samengestelde clusters van de HIS-leverancier, soms om clusters van het NHG en soms kan de gebruiker zelf clusters samenstellen. In tabel 2 staat aangegeven welke mogelijkheden de HIS'en bieden voor het werken met HIS-tabel Diagnostische Bepalingen van het NHG en voor het werken met clusters.

Tabel 2

Mogelijkheden per HIS voor het werken met de HIS-tabel Diagnostische Bepalingen van het NHG en de NHG bepalingenclusters							
	HetHis	Medicom	MicroHIS	Mira	OmniHIS5	Promedico	WebHIS Zorgdossier ⁶
Leverancier	Microbais	PharmaPartners	ISoft	Euroned	OmniHIS	Promedico	Labelsoft
HIS-tabel diagnostische bepalingen (NHG)	Ja, onder WebLab	Ja/nee ¹	Nee ^{2,4}	Ja	Nee ^{2,4}	Ja, onder meetwaarde-module	Ja, onder ondermeetwaarden
NHG Bepalingenclusters	Ja, onder 'clusters'	Nee ³	Nee ³	Nee ^{3,4}	Nee ^{3,4}	Nee ³	Ja, onder 'clusterbepalingen'
NHG Bepalingenclusters roken	Ja	Nee	Nee	Nee ⁴	Nee ⁴	Nee	Ja
Eigen rookcluster	Nee	Ja, stop-roken-protocol	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee
Eigen clusters samenstellen	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja ⁷	Ja
Prodigmo	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja

¹ Medicom maakt deels gebruik van NHG-bepalingen, deels van eigen (Stichting Healthbase) bepalingen

² Eigen bepalingen

³ Eigen protocollen/risicoprofielen/onderzoeken

⁴ Vanaf najaar 2007 wel beschikbaar

⁵ OmniHIS wordt aangepast en heet vanaf augustus Scipio.

⁶ Mogelijkheden aangegeven in deze kolom draaien bij schrijven van dit artikel in een proefregio. Naar verwachting na de zomer landelijk beschikbaar.

⁷ Via wijzigen van bestaande clusters

Conclusie voor de praktijk

- Wanneer uw systeem het werken met de tabellen van het NHG ondersteunt, kunt u de gegevens rondom roken en stoppen met roken op een eenduidige manier kwijt in uw systeem.
- De clusters sluiten aan bij de protocollen van Prodigmo, die zijn gebaseerd op de NHG-Standaarden.
- Bij herziening van een standaard worden de protocollen en clusters aangepast zodat u altijd kunt werken volgens de meest recente richtlijnen.
- Door nu rookgedrag en aanpak daarvan systematisch te registreren is het eenvoudiger starks deze zorg zichtbaar te maken ten behoeve van bv. jaarverslag en DBC ontwikkelingen.

CAHAG activiteiten: Astma & COPD voor en door huisartsen en praktijkondersteuners

Adembenemend: 1-2 november 2007

I2-Daagse nascholing voor huisarts en praktijk-ondersteuner samen. Aan bod komen bijna alle aspecten van de astma/COPD zorg. Geïnteresseerd? www.cahag.nl → agenda.

CAHAG astma & COPD jaarlijkse wetenschappelijke conferentie: 8 november 2007 in Utrecht

Inschrijving, aanmelden abstracts en voorlopig programma: www.cahag.nl → agenda

Centraal staan controversen en discussiepunten uit recent verschenen NHG-Standaarden, de GOLD update en de MDR medi-

Z.O.Z.

camenteuze therapie COPD. Plenaire lezingen over: Ouderen en luchtwegklachten. Zijn ze ziek of niet ziek, criteria voor obstructie en transitie in GOLD-stadia; Co-morbiditeit en trends bij COPD; Diagnostiek en prognose bij kinderen. Spirometrie, NO en Rint bij kinderen; Welke preventieve maatregelen hebben wel zin en welke niet in het voorkomen van astma? Daarnaast parallelsessies & posterpresentaties over o.a. DBC ontwikkelingen; astma bij kinderen; longfunctie in de 1e lijn; praktijkondersteuning & transmurale zorg; richtlijnen discussiepunten (NHG/CBO); stoppen met roken en good practice & indicatoren.

Astma & COPD voor Praktijkondersteuners 2008

Voor maart, april en mei staan in Eindhoven, Amsterdam en Zwolle wederom cursussen gepland. Voor informatie: www.cahag.nl → praktijkondersteuning.

CAHAG websitepagina Reactivering

Nieuw op de website is de webpagina over reactivering met o.a. richtlijnen, nuttige links en voor beelden van praktische verwijfsafspraken en protocollen rond reactivering en samenwerking met fysiotherapiepraktijken.

Colofon

De CAHAG (COPD & Astma Huisartsen Advies Groep) is een onafhankelijke stichting gevormd door huisartsgeneeskundige experts op het gebied van COPD en astma. Voor de doelstelling, activiteiten, samenwerking, structuur, leden en jaarplan 2003-2006 zie www.cahag.nl → Over de CAHAG. Het CAHAG bulletin is een uitgave van de CAHAG en heeft als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis van belang voor de praktijkvoering in de huisartspraktijk op het gebied van astma en COPD.

Daartoe publiceert het bulletin artikelen, berichten, verslagen en aankondigingen. De beschreven standpunten zijn de verantwoordelijkheid van de auteur en (tenzij anders vermeld) niet het officiële standpunt van de CAHAG.

Het CAHAG-bulletin verschijnt minimaal tweemaal per jaar.

Redactie:

dr. Bart Thoonen, dr. Ivo Smeele, mevr. Ilonka Godschalk, Thei Steenkamer, allen (kader)huisarts. Redactie-adres: mevr. Mirjam Sijp, p/a CAHAG secretariaat
Domus Medica Postbus 3231 3502 GE Utrecht
E-mail: cahagsecretariaat@nhg.org
Tel. 030 - 282 35 00 / Fax: 030 - 282 35 01

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door AstraZeneca, Boehringer Ingelheim en GlaxoWellcome (unrestricted grant).

AstraZeneca



life inspiring ideas



Boehringer Ingelheim

GlaxoWellcome