



Zorg is maatwerk

Verantwoording 2016
PoZoB Zorgprogramma's
DM2, CVRM, COPD, astma

Voorwoord

Dit document verantwoordt de resultaten en kwaliteit van de verleende multidisciplinaire zorg binnen de multidisciplinaire ketenzorgprogramma's voor mensen met de chronische aandoeningen diabetes mellitus type 2 (DM2), hart- en vaatziekten of een verhoogd risico daarop (cardiovasculair risicomangement, CVRM), COPD en astma.

Het document gaat vooral in op de resultaten van de zorgprogramma's. Ook zijn de verbeterpunten van de zorgprogramma's voor 2018 opgenomen. Deze verbeterpunten worden door PoZoB vervolgens uitgewerkt in het jaarplan 2018. Indien mogelijk worden sommige verbeterpunten geïntegreerd in het lopende jaarplan 2017.

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 geeft een algemene terugblik op belangrijke thema's in 2016. In hoofdstuk 2 staat beschreven op welke manier PoZoB de data voor 2016 verzameld heeft. De hoofdstukken 3 tot en met 6 geven de resultaten weer voor de zorgprogramma's DM2, CVRM, COPD en astma.

Ten behoeve van de verantwoording aan de zorgverzekeraars wordt apart van dit document een samenvatting opgesteld van de procesindicatoren, uitkomstindicatoren (Landelijke Benchmark) en financiële resultaten van de zorgprogramma's.

Samenvatting

Dit verantwoordingsdocument is opgesteld voor de kwaliteitscyclus van PoZoB en verantwoordt het totaal van de verrichte zorg en resultaten aan patiënten, zorgverleners en ketenpartners, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Het betreft de resultaten van ketenzorgprogramma's voor mensen in het verzorgingsgebied van huisartspraktijken aangesloten bij PoZoB, met diabetes mellitus type 2 (DM2), COPD, astma of hart- en vaatziekten of een verhoogd risico daarop (Cardiovasculair Risicomanagement, CVRM).

Doelstelling van deze zorgprogramma's is om bij mensen met de betreffende chronische aandoeningen met behulp van multidisciplinaire ketenzorg op maat hun gezondheid en zelfmanagement te verbeteren, complicaties te voorkomen en waar mogelijk kosten te reduceren.

In 2016 zijn er opnieuw belangrijke stappen gezet in deze doelstellingen.

Care2U legde in voorgaande jaren een betrouwbaar en toegankelijk fundament voor het monitoren en sturen op zorgprocessen en indicatoren. De afgelopen jaren is er fors ingezet op een brede implementatie van het IZP waarmee de patiënt een betere regiepositie krijgt om te sturen en zelf actief te werken aan relevante doelen. Het patiëntenportaal MGP liep vertraging op in de technische ontwikkeling; het veranderde van eigenaar. Gelukkig kunnen we na een pilotperiode van ruim 3 jaar een versnelde ontwikkeling tegemoet zien en verdere uitrol oppakken, met ook koppelmogelijkheden aan andere zelfmanagement-tools.

Terwijl resultaatbekostiging op procesindicatoren vanaf 2014 opgang deed en vastliep in protest, richtte PoZoB, gesteund door huisartsen, praktijkondersteuners en cliënten (PoZoB Academy 2014) zich steeds meer op uitkomsten die er voor zowel patiënt als zorgverleners werkelijk toe doen. PoZoB heeft in 2016 met partners een programma opgezet gericht op het versterken van de kwaliteitscyclus en zelfmanagement van patiënten, onder meer door het ontwikkelen van tools voor transparante, longitudinale en persoonsgerichte monitoring en zelfsturing. Een aantal van deze ontwikkelingen zijn nog gaande. De ontwikkelingen bij de kwaliteitscyclus zijn het verste gevorderd.

In 2016 is gestart met het jaarlijks bezoeken van de praktijken ten behoeve van het opstellen van een individueel praktijkplan. Bij het hiervoor inrichten van de kwaliteitscyclus viel de grote praktijkvariatie op. In 2016 is vervolgens een kwaliteitskader opgesteld met minimumnormen bij de 72 NHG-indicatoren van de zorgprogramma's. Deze minimumnormen werden en worden door huisartsen als klinisch onomstreden en relevant gewaardeerd. Praktijken die bij meer dan 7 indicatoren niet aan de minimumnorm voldoen vormen een zogenaamde verbeterpraktijk (24 van de 150 huisartspraktijken). Zij worden bezocht voor een gezamenlijke analyse en een niet vrijblijvend en ondersteund verbeterplan. De verbeterpraktijken erkennen doorgaans dat de praktijkvoering inderdaad verbeterd dient te worden. PoZoB heeft haar organisatie en het kwaliteitssysteem hierop aangepast. De eerste voorzichtige resultaten zijn geboekt, maar ook werd duidelijk dat veel verschillende factoren kunnen bijdragen aan het niet realiseren van minimale normen. In 2017 wordt versterkt ingezet om verbeterpraktijken krachtiger op maat te kunnen ondersteunen en beter van best practices te leren (1).

(1) Minder praktijkvariatie door analyse van verschillen. Medisch Contact, 30 maart 2017. A. Romeijnders, N. Willems, D. Oegema, C. Wijnands van-Gent

De proeftuin "Slimmer met Zorg" met drie regionale ziekenhuizen en zorggroepen, CZ, VGZ en Zorgbelang bleek te ingewikkeld. Einde 2016 ontwikkelde zich een doorstart ten behoeve van gelegenheidscoalities. Vanaf dat moment werken het MMC en PoZoB aan een coalitie rondom een

doorstart van het project eerstelijns astma/COPD naar een zorgcontinuüm voor mensen met astma of COPD. Inmiddels ontstaan er ook andere, vergelijkbare initiatieven bij bv. het reeds bestaande project Eerstelijns Plus diabetes mellitus, nieuwe cardiologische onderwerpen (gemeenschappelijke zorgpaden voor hartrevalidatie en CVRM, atriumfibrilleren, hartfalen, coronair syndroom en hartklaplijden, (digitale) meekijkconsulten) en anderhalvelijnszorg voor uro-gynaecologie. Parallel worden ook coalities verkend met het Elkerliek Zkh en St. Jansgasthuis.

De drie zorggroepen DOH, SGE en PoZoB werken goed samen (“DSP”). Waar PoZoB het voortouw neemt bij het MMC nemen DOH en SGE dit bij het ontwikkelen van coalities met het Catharina- en Anna Ziekenhuis. Enkele gezamenlijke Slimmer met Zorg-projecten lopen wel in gezamenlijkheid door, zoals zelfzorg en zelfmanagement met Zorgbelang als initiator, transferzorg bij kwetsbare ouderen en beweegzorg.

PoZoB heeft de afgelopen jaren vanuit Slimmer met Zorg fors ingezet op het verbeteren van de farmaceutische zorg. De substitutie van rosuvastatine bracht een te beperkt resultaat met een grote praktijkvariatie in resultaten. Zeer goede samenwerking tussen apotheek en huisarts bleek essentieel voor succes. Daar is op ingezet met het project “Perfect Samen” dat in 2017 verder wordt uitgerold. Het rosuvastatineproject wordt voortgezet om resultaat te behalen via effectievere samenwerking tussen huisartsen en apothekers. Doelmatige farmaceutische zorg wordt de komende jaren steeds belangrijker zodat goede samenwerking steeds meer gaat lonen. De geneesmiddelen beoordelingen werden succesvol uitgerold en leverden veel verbeteringen in kwaliteit van zorg. De precieze effecten worden nader geanalyseerd.

In de landelijke benchmark van InEen scoorde PoZoB in 2015 bij alle zorgprogramma's ruim onder het gemiddelde percentage rokers (zie Benchmark 2015, InEen). In 2016 is weer overal verbetering geboekt, mede dankzij het project “Stoppen met roken op Recept” dat in 2017 verder wordt uitgerold met als doelstelling bij alle zorgprogramma's weer een procentpunt te verbeteren.

Bij DM2 is voor zevende jaar de substitutie toegenomen, weliswaar met een opvallende variatie tussen de verschillende ziekenhuizen. Het percentage aangevraagde HbA1C's is verder gezakt (lagere kosten). Weer zijn meer patiënten goed op hun bloeddruk ingesteld. Voor het eerst is er een duidelijke trend waarbij meer patiënten een goede BMI hebben en minder obesitas! De werkzame factoren van deze trend willen we samen met diëtisten en alle nadere partners analyseren en benutten zodat we de trend kunnen versterken. Daarnaast loopt het succesvolle en uniek project met alle regionale voetenteams door om ulcera en amputaties te verminderen. Ook worden concrete substitutiemogelijkheden voorgesteld met betrekking tot forse reductie van het aantal fundusfoto's in ziekenhuizen en via het GLP-1 project (reductie van ondoelmatige voorschriften).

Bij VVR en CVZ is er voor het zesde jaar op rij een verbetering van het aantal goed op bloeddruk ingestelde patiënten! Er is in 2016 opvallend genoeg geen verbetering van het aantal goed op LDL cholesterol ingestelde patiënten, zoals dat ook zichtbaar is bij DM2. Dit wordt nader geanalyseerd (zie betreffende hoofdstukken DM2 en CVRM). De doelstelling voor 2017 is om de uitkomst van de LDL-instellingen bij DM2 en CVRM weer te verbeteren. De substitutie bij CVZ is voor het derde jaar op rij fors. Bij VVR is er een geringe substitutie, maar daar is het potentieel beperkt.

Ondanks een toename van de ernst van de GOLD-classificaties van de COPD patiënten lukte het ons het aantal rokers te verlagen, de BMI te verbeteren bij lage en hoge subcategorieën, het aantal exacerbaties te verlagen, de (al behoorlijk goede) ziektelast stabiel te houden, meer patiënten op grond van juiste longfunctieparameters te includeren, minder spirometrieën aan te vragen en meer patiënten

via een IZP deel te laten nemen aan het zorgprogramma. Er was sprake van slechts een zeer beperkte substitutie.

Ook bij astma is sprake van het wederom verminderen van het aantal rokers en exacerbaties (waarvan ook halvering van het aantal herhalingen van exacerbaties) Ook daalde het aantal spirometrieën en steeg het aantal gebruikers van IZP fors. De ziektelast bleef stabiel en er was geen substitutie.

Bij astma en COPD is er naast bovenstaande grote inzet op het zelfstandig beoordelen door huisartsen van (herhalings-)spirometrieën, het verminderen van praktijkvariatie en samenwerking met longartsen zoals eerder aangegeven.

Bij astma valt op dat een groot percentage van de eerstelijns patiënten geen programmatische zorg nodig heeft (39%). Komend jaar willen we onderzoeken welke factoren van belang zijn voor een optimale inzet van programmatische- of niet programmatische zorg, en wat daar voor nodig is vanuit patiënt- en populatieperspectief, zoals eHealth tools met ziektelastmeters en instructie op maat. Daarbij kijken we ook of het deel van de patiënten dat niet deelneemt aan programmatische zorg een slechtere astmacontrole kent of meer exacerbaties ontwikkelt.

Het zorgprogramma astma bij kinderen zal worden geëvalueerd op nut en noodzaak.

Alles bijeen kunnen we stellen dat op grond van alle parameters en uitkomsten ook in 2016 weer goede resultaten zijn geboekt bij mensen die zich met hun chronische aandoeningen aan ons toevertrouwen. Door een continue proces van professionaliseren en verbeteren van de kwaliteitscyclus in de zorgketen zijn we steeds beter in staat mensen te ondersteunen om op maat hun gezondheid, zorguitkomsten en zelfmanagement te verbeteren, complicaties te voorkomen en waar mogelijk kosten te reduceren.

Het redactieteam wenst u veel leesplezier. Wij staan graag open voor kritische reacties en suggesties.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding.....	8
1.1 Zorgverzekeraars	8
1.2 Care2U	8
1.2.1 Individueel Zorgplan (IZP)	9
1.2.2 MGP	10
1.3 Samenwerking.....	10
1.3.1 Samenwerking met ziekenhuizen, specialisten, patiënten en zorgverzekeraars	10
1.3.2 Samenwerking CVRM.....	12
1.3.3 Farmaceutische zorg.....	13
1.3.4 Stoppen met roken.....	17
1.4 Deskundigheidsbevordering en kwaliteit	17
1.4.1 Sturen op kwaliteit van zorg.....	17
1.4.3 Scholing	18
1.4.4 Consultatie en feedback bijeenkomsten	18
1.4.5 Klachten en incidenten.....	19
2 Datamanagement	20
2.1 Inleiding	20
2.2 Dataverzameling.....	20
3 Zorgprogramma DM2	21
3.1 Populatie.....	21
3.2 Procesindicatoren.....	22
3.3 Uitkomstindicatoren	25
3.3.1 HbA1c	25
3.3.2 Systolische bloeddruk (SBD)	25
3.3.3 LDL-cholesterol	26
3.3.4 Fundusonderzoek	26
3.3.5 Roken	26
3.3.6 BMI	27
3.3.7 Voetonderzoek	27
3.3.8 GLP-1 project	27
3.3.9 Co-morbiditeit.....	28
3.4 Discussie, conclusies en verbeterpunten	28
3.4.1 Discussie en conclusies	28
3.4.2 Verbeterpunten	29
4 Zorgprogramma CVRM	33
4.1 Populatie.....	33
4.2 Procesindicatoren.....	35
4.3 Uitkomstindicatoren	37
4.3.1 BMI	37
4.3.2 Systolische bloeddruk (SBD)	38
4.3.3 Roken	38
4.3.4 Lipidenprofiel.....	38
4.3.5 Prevalentie en incidentie CVZ.....	39
4.4 Discussie, conclusies en verbeterpunten	40
4.4.1 Discussie en conclusies	40
4.4.2 Verbeterpunten	42

5 Zorgprogramma COPD	44
5.1 Populatie COPD	44
5.2 Procesindicatoren.....	45
5.3 Uitkomstindicatoren	48
5.3.1 Roken	48
5.3.2 BMI	48
5.3.3 CCQ	48
5.3.4 Exacerbaties	49
5.3.5 Spirometrie	49
5.4 Discussie, conclusie en verbeterpunten.....	50
5.4.1 Discussie en conclusie.....	50
5.4.2 Verbeterpunten	51
6 Zorgprogramma astma	53
6.1 Populatie.....	53
6.2 Procesindicatoren.....	55
6.3 Uitkomstindicatoren	57
6.3.2 Astmacontrole	57
6.3.3 Exacerbaties	57
6.3.4 Inhalatietechniek en therapietrouw	58
6.4 Discussie, conclusies en verbeterpunten	58
6.4.1 Discussie en conclusies	58
6.4.2 Verbeterpunten	59

1. Inleiding

Patiënten en zorgverleners werken samen aan het verbeteren van gezondheid en zelfmanagement, het verminderen van complicaties en het voorkomen van onnodige kosten. Eerstelijns zorgprofessionals maken daartoe ketenzorgafspraken met elkaar, ondersteund door PoZoB, die daarover afspraken maakt met zorgverzekeraars. Het betreft complete, goed afgestemde en persoonsgerichte multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met een chronische, psychische of ouderdomsaandoening. Deze afspraken zijn vastgelegd in kleine onderdelen (bouwstenen), die samenkomen in een geheel, de zorgprogramma's. Een zorgprogramma beschrijft de totale zorg voor een patiënt: waaruit bestaat de zorg, hoe ziet de zorgplanning eruit, in welke vorm wordt de zorg gegeven en wie zijn de zorgverleners? Op basis van zowel de vraag van de patiënt als het zorgprogramma wordt samen met elke patiënt een individuele uitwerking (plan) opgesteld en uitgevoerd.

In 2016 waren er de volgende zorgprogramma's:

Zorgprogramma	Aantal patiënten ingeschreven bij alle huisartsen*	Aantal patiënten (31-12-2016)	Aantal patiënten in een zorgprogramma** (31-12-2016)
DM2	427.621	20.397 (4,8%)	16.081 (3,8%)
CVRM - VVR	425.621	35.781 (8,4%)	28.821 (6,8%)
CVRM - CVZ	425.621	31.754 (7,5%)	19.300 (4,5%)
COPD	421.672	8.388 (2,0%)	3.968 (0,9%)
astma	421.672	11.721 (2,8%), 562 kinderen)	5.656 (1,3%), 120 kinderen)

Tabel 1: aantal patiënten in een zorgprogramma

* aantal inschrijvingen op naam bij alle aangesloten huisartsenpraktijken die met het zorgprogramma meedoen op 1 oktober 2016

** exclusief patiënten die ook in het zorgprogramma kwetsbare ouderen zijn opgenomen

In dit verantwoordingsdocument komen de zorgprogramma's DM2, CVRM, COPD en astma aan bod. De zorgprogramma's GGZ en Kwetsbare Ouderen worden in een aanvullend document beschreven.

1.1 Zorgverzekeraars

De multidisciplinaire ketenzorgprogramma's van PoZoB worden uitgevoerd in Zuidoost Brabant en Noord-Limburg. In deze regio's zijn twee zorgverzekeraars preferent, te weten CZ en VGZ. Zo'n 90% van alle verzekerden is bij een van deze twee zorgverzekeraars verzekerd. Jaarlijks overlegt PoZoB met CZ en VGZ over de kwaliteit en kosten van de zorgprogramma's.

1.2 Care2U

Voor de ondersteuning van een zorgprogramma is een zogenaamd Ketenzorg Informatie Systeem (KIS) niet meer weg te denken. Care2U verzorgt weliswaar het delen van informatie, maar is primair gericht op het ondersteunen van logistieke zorgprocessen. Andere zorggroepen in Zuidoost Brabant (DOH en SGE) maken inmiddels ook gebruik van Care2U wat het samenwerken met andere ketenpartners versterkt.

1.2.1 Individueel Zorgplan (IZP)

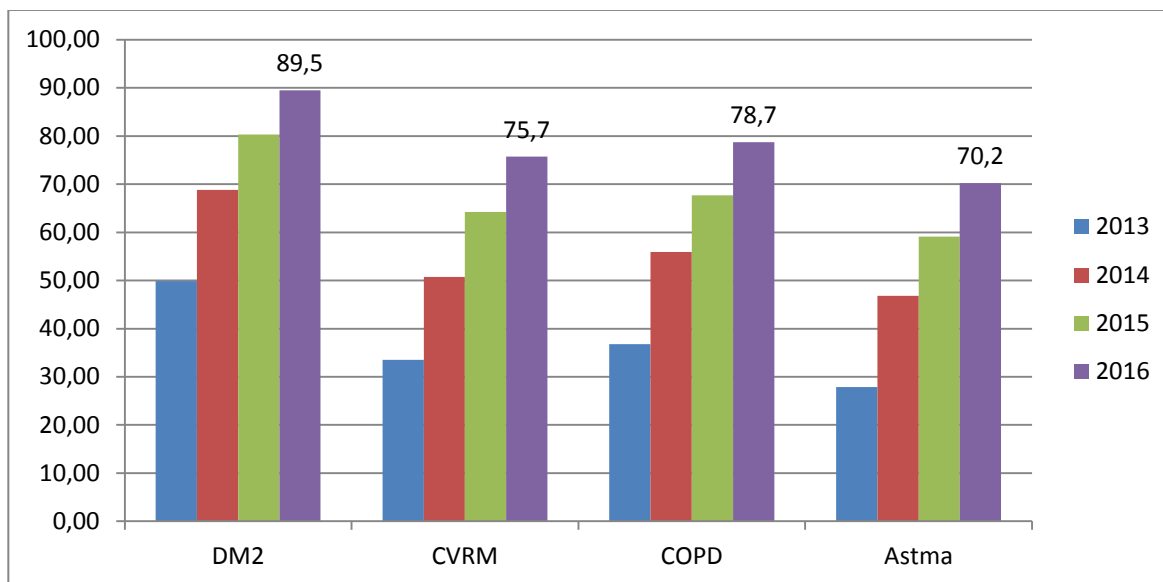
Het individueel zorgplan (IZP) is een beschrijving van de doelstellingen die de patiënt samen met de huisarts en praktijkondersteuner wil bereiken met de bijbehorende activiteiten en verantwoordelijkheden voor het uitvoeren van die activiteiten. Bij het formuleren van persoonlijke doelstellingen, activiteiten en verantwoordelijkheden wordt in het bijzonder gekeken naar het vermogen tot zelfmanagement. Dit is het individuele vermogen van een patiënt om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties en leefstijlaanpassingen bij (een) chronische aandoening(en). De rol van de huisarts, praktijkondersteuner en alle zorgverleners in de keten is om het vermogen van zelfmanagement in te schatten en te vergroten met behulp van het stimuleren en begeleiden van activiteiten en het gebruik van hulpmiddelen.

De afgelopen jaren hebben de praktijkondersteuners en huisartsen intensieve scholing gevolgd, gericht op zelfmanagement en motiverende gespreksvoering, in de vorm van de training 'Doen en blijven doen'. In alle praktijken is er aandacht geweest voor doelgerichte implementatie van het IZP. De meeste praktijken hebben negen maanden lang een praktijkcoach gehad die de praktijk op maat begeleidde bij de implementatie.

Bij 73% van de praktijken is de implementatie van het IZP inmiddels afgerond. De overige 27% is nog actief in het implementeren van het IZP.

Het implementeren van het IZP bij nieuwe huisartsen en praktijkondersteuners (POH's) is een aandachtspunt.

Grafiek 1 laat zien hoe het percentage patiënten met een IZP in 2016 gestegen is.



Grafiek 1: % patiënten* met een IZP

* voor alle proces- en uitkomst indicatoren geldt: patiënten tenminste 12 maanden in zorg

Zo'n 95% van de patiënten met een IZP heeft een helder geformuleerd doel en het percentage van de IZP's waarin een activiteit is benoemd ligt inmiddels boven 50%. Dit is mede het gevolg van de intensieve begeleiding door de praktijkcoach in 2016. De waarde die patiënten aan het IZP ervaren zullen we in 2017 gaan onderzoeken. Genoemde begeleiding wordt opgevolgd door een leermethode voor consultvoering voor POH's, via videofeedback in kleine groepen.

1.2.2 MGP

Het nemen van verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid door zelfmanagement past bij de huidige maatschappelijke opvattingen waarin de eigen rol van het individu meer centraal komt te staan. Bij toekomstbestendige zorg past een switch van aanbod- naar vraagsturing en via het IZP zorg op maat voor het individu. Mijn GezondheidsPlatform (MGP) is een online hulpmiddel dat patiënten kan helpen om regie te nemen voor de eigen gezondheid. Behandelaars kunnen patiënten daar op vraag in begeleiden. MGP heeft een koppeling met het medisch dossier (via Care2U). In het portaal kan de patiënt zijn laboratoriumuitslagen zien en zijn IZP. Ook kan de patiënt thuismetingen invullen. Deze thuismetingen worden uitgewisseld met Care2U en komen via Care2U in het HIS. Via de beveiligde e-mailverbinding kan de patiënt vragen stellen aan de praktijkondersteuner. Voorafgaand aan het consult ontvangt de patiënt via MGP een vragenlijst om het consult voor te bereiden. De antwoorden op de vragenlijst kan de zorgverlener voorafgaand aan het consult inzien. Als laatste bevat MGP digitale coaches op het gebied van een gezonde leefstijl (voedingscoach, beweegcoach en stoppen met roken-coach).

Afgelopen jaren lukte het MGP (ondanks veel inspanningen) onvoldoende om zo door te ontwikkelen dat voor patiënten de toegankelijkheid en het gebruik aantrekkelijker werden. Hierdoor vertraagde de bestaande implementatie en ook een verdere uitrol van MGP.

Na de pilot In 2012 waarbij acht huisartsenpraktijken met MGP startte, volgde in het voorjaar van 2016 de implementatie van MGP in praktijken die het implementatietraject IZP hadden doorlopen. Praktijken bepalen zelf of en wanneer zij gaan starten met MGP, gezien de hierboven vermelde status van MGP. De begeleiding bij de implementatie bestaat uit een coachingstraject op maat. Eind 2016 waren er 1004 gebruikers van MGP, waarvan 33 zorgverleners.

Inmiddels is MGP door Care2U overgenomen met als doel de functionaliteit en succesvolle verspreiding een grote impuls te geven. De verdere uitrol van MGP is in de tussentijd toch voortgezet vanuit positieve verwachtingen van deze nieuwe ontwikkelingen. PoZoB spant zich in om nu MGP bij alle praktijken te implementeren met meer goede functionerende EHealth- en zelfmanagementtools die aansluiten op de vraag van doelgroepen van patiënten en gezonden.

1.3 Samenwerking

1.3.1 Samenwerking met ziekenhuizen, specialisten, patiënten en zorgverzekeraars.

De afgelopen jaren is er veel energie gegeven aan de ontwikkeling van tal van projecten en verbeteringen ten aanzien van de samenwerking met ziekenhuizen in de regio. Daartoe werd in 2013 in de regio Zuidoost Brabant de proeftuin “Slimmer met Zorg” ingericht. Deelnemers zijn zorggroepen DOH, SGE en PoZoB, het Maxima Medisch Centrum, Catharina Ziekenhuis, St. Anna Ziekenhuis, zorgverzekeraars CZ en VGZ en patiëntorganisatie Zorgbelang. Uiteindelijk bleek de samenwerking te ingewikkeld. De opzet is nu veranderd van een coalitie met alle deelnemers naar gelegenhedscoalities.

Enkele projecten lopen door in de nieuwe organisatievorm zoals de Eerstelijns Plus voor mensen met DM2, astma of COPD; farmaceutische zorg met geneesmiddelenbeoordeling en substitutie; transferzorg (kwetsbare ouderen) en anderhalvelijnszorg bewegingsapparaat en zelfmanagement. Daarnaast leggen de regionale collega zorggroepen DOH en SGE zich, in goede afstemming met PoZoB, toe op gelegenhedscoalities met het Catharina Ziekenhuis en St. Anna Ziekenhuis, zoals PoZoB dat met het Maxima Medisch Centrum doet.

Het gezamenlijke doel van zorggroepen, zorgverzekeraars, patiënten en ziekenhuizen is “triple aim”: betere (of tenminste gelijke) kwaliteit van zorg en tevredenheid van patiënten voor lagere kosten. De

belangrijkste methodes om de zorg hiervoor te veranderen zijn zogenaamde anderhalvelijnszorg, substitutie van zorg van ziekenhuizen naar de eerstelijns en zelfmanagement naar de patiënt.

De zorggroepen hebben hun samenwerking geïntensiveerd onder de naam DSP (DOH, SGE, PoZoB) en borgen de inhoudelijke uniformiteit in de regionale eerstelijns. Huisartsen van PoZoB werken het meest met de volgende ziekenhuizen samen: Maxima Medisch Centrum, Catharina Ziekenhuis, St. Anna Ziekenhuis, Elkerliek Ziekenhuis en Sint Jans Gasthuis. Wat in "Slimmer met Zorg" (nieuwe stijl) wordt ontwikkeld zet PoZoB door naar de andere ziekenhuizen en lokale partners. Dat geldt ook voor projecten buiten Slimmer met Zorg, zoals de zorgprogramma's GGZ (inclusief jeugd) en kwetsbare ouderen.

Maxima Medisch Centrum (MMC)

(zie ook de aanvulling Eerstelijns Plus in bijlage 1)

Met het MMC is in 2016 de samenwerking in het kader van Eerstelijns Plus verder geformaliseerd voor de inzet van specialisten bij digitale- en fysieke consultatie, en de aanwezigheid bij consultatie- en feedbackbijeenkomsten binnen de zorgprogramma's Astma/COPD en DM2. In 2016 verrichtten de longartsen 16 digitale- en 20 fysieke consultaties, en internisten 74 digitale- en 19 fysieke consultaties. Daarnaast consulteren huisartsen en praktijkondersteuners ook vaak zorgprogrammaverpleegkundigen en kaderhuisartsen: over heel PoZoB gebeurde dat bij astma/COPD 133, en bij DM2 48 maal. Het is niet duidelijk hoeveel van deze consultaties in de MMC-regio plaats vinden.

Voor het zorgprogramma CVRM zijn nog geen cardiologen en vasculair geneeskundigen beschikbaar voor digitale- en fysieke consultatie. Wel werd bij 51 patiënten de kaderhuisarts of zorgprogramma verpleegkundige geconsulteerd.

In 2016 heeft een evaluatiebijeenkomst betreffende het Eerstelijns Plus project plaatsgevonden met deelnemende kaderhuisartsen en specialisten aan het project. Zowel inhoudelijke als organisatorische knelpunten kwamen hierbij naar voren. Deze punten werden verder in kaart gebracht en zullen in 2017 leiden tot een verbeterde werkwijze. Komend jaar zal verder worden geëxperimenteerd met het consultatiemodel van de zorgprogramma verpleegkundige, kaderhuisarts en specialist, zodat er een kwaliteitsmodel opgesteld kan worden en de plaatsbepaling van al deze verschillende type consulten helder is.

De discussie tussen longartsen en PoZoB over het longformulier is in 2016 nog niet beslecht. PoZoB heeft inmiddels wel een formulier, maar longartsen kunnen zich hieraan nog niet verbinden. Het belang voor de eerstelijns in de discussie over het longformulier is eenduidigheid in voorschrijven om een wirwar aan geneesmiddelen te voorkomen. Het belang van de specialist is autonomie in het voorschrijfgedrag. Om de discussie naar een volgende stap te brengen zullen we onderzoeken in hoeverre longartsen en huisartsen nu afwijken van het formulier. Wat de motivatie is voor de afwijking en deze gezamenlijk te beoordelen.

Als interventie om de samenwerking te verstevigen tussen huisartsen en specialisten zijn transmurale casuïstiek besprekingen voorbereid die in 2017 hun beslag moeten krijgen. Ook is de eerste aanzet gemaakt met de longartsen en internisten om te onderzoeken of we de gehele eerste- en tweedelijnszorg voor patiënten met DM2 en Astma/COPD beter kunnen integreren.

Elkerliek Ziekenhuis

Met het Elkerliek is overeen gekomen om internisten, longartsen en cardiologen in te zetten binnen de zorgprogramma's voor digitale en fysieke consultatie. Dit gebeurde in 2016 enkel op het gebied van astma/COPD. De longartsen voerden 20 digitale- en 11 fysieke consultaties uit. Eind 2016 is opnieuw door het Elkerliek en PoZoB uitgesproken in 2017 de samenwerking voortvarender te versterken.

St. Anna Ziekenhuis, Sint Jans Gasthuis en Catharina Ziekenhuis

Met het St. Anna Ziekenhuis zijn afspraken gemaakt over de samenwerking en de inzet van internisten, longartsen en cardiologen binnen de zorgprogramma's. Deze afspraken zijn echter nog niet geïmplementeerd. Met het Sint Jans Gasthuis en het Catharina Ziekenhuis lopen de gesprekken over de samenwerking nog.

1.3.2 Samenwerking CVRM

CVA project

Het CVA zorgpad heeft als doel verborgen problematiek bij een patiënt na een CVA eerder te herkennen en beter te behandelen. Het project wordt uitgevoerd samen met de zorggroepen DOH en SGE. De POH speelt hierin een prominente rol door screening van CVA patiënten met behulp van een vragenlijst en het zo nodig organiseren van een multidisciplinair overleg (MDO; met de patiënt en een naaste enerzijds en verschillende behandel disciplines anderzijds). Bij 16 huisartspraktijken uit de drie zorggroepen liep een pilot gedurende 1 jaar die eindigde op 1 februari 2017. De uitkomsten worden momenteel uitgewerkt en geëvalueerd. Afhankelijk daarvan wordt deze zorg in 2017 breder uitgerold.

Perifeer arterieel vaatlijden (Claudicatio intermittens, CI)

In landelijk onderzoek wordt het diagnostisch onderzoek naar CI (de Enkel-arm-index: EAI) in de eerstelijns te vaak inadequaat uitgevoerd. Inmiddels is er evidence dat CI ongeacht de ernst altijd eerst behandeld dient te worden door een fysiotherapeut met "Gestructureerde Looptraining" (GLT; gedurende 6 maanden). In een samen met het Claudicationet opgezet project wordt via scholing en introductie van nieuwe apparatuur de betrouwbaarheid van de EAI-meting verbeterd. Patiënten met de juiste diagnose kunnen voortaan zonder tussenkomst van de tweedelijns starten met GLT. In 2016 is een projectaanvraag ingediend. De uitkomst hiervan is dat het project in kleinere (pilot) vorm wordt opgezet bij DOH en SGE, en later uitgerold bij PoZoB.

Projectagenda cardiologen van het MMC, Catharina Ziekenhuis, St. Anna Ziekenhuis en het Elkerliek ziekenhuis en de drie zorggroepen (DSP)

De cardiologen van deze ziekenhuizen zijn georganiseerd in het Nederlands Hart Netwerk (NHN). Zij hebben de bestaande vraag voor betere samenwerking in 2016 zeer actief opgepakt. Er is veel energie om samen met de eerstelijns de cardiologische zorg verder te ontwikkelen met een uitgebreide ontwikkelkalender:

Ontwikkeling van RTA CVRM

De Regionale Transmurale Afspraak CVRM (RTA) is in 2014 vastgelopen in een discussie vanwege verschillen van inzicht tussen cardiologen, vasculair internisten en (kader)huisartsen. In het kader van de hernieuwde samenwerking zijn de problemen voortvarend opgelost en wordt de RTA binnenkort geformaliseerd.

Aansluiting eerstelijnszorg met hartrevalidatie CVRM

Zowel in de eerstelijns als in de tweedelijns wordt aandacht gegeven aan leefstijl en risicomanagement bij patiënten met een verhoogd risico op cardiovasculaire ziekten. Daarnaast krijgt elke patiënt na een cardiovasculair event een revalidatietraject aangeboden, in feite een intensief leefstijltraject. De wens is om de eerstelijns en tweedelijns naadloos op elkaar te laten aansluiten in een gezamenlijk

zorgpad. Een aantal sessies met cardiologen, kaderhuisartsen van de drie zorggroepen en patiëntenorganisatie Zorgbelang en de Hart en Vaatgroep hebben geleid tot een document met consensus over alle uitgangspunten en hoe een gezamenlijk traject eruit gaat zien. Dit ligt nu voor in een commentaarfase voor zorgverzekeraars, ziekenhuizen en andere partners. Daarna zal worden gestart met het project, waarbij het MMC en PoZoB het voortouw nemen.

Hartfalen

Bij pilots met hartfalen is onderling afgestemd dat DOH en het St. Anna Ziekenhuis het voortouw nemen. Er is een kwaliteitstraject via de Nederlandse vereniging voor Cardiologie (Nvvc) in afronding, waarna een RTA en gezamenlijk zorgpad wordt opgeleverd. Daarna zal implementatie per subregio volgen.

Atriumfibrilleren (AF)

Het NHN en DSP hebben een Nvvc traject voor AF opgestart. Dit is in afronding en zal worden opgevolgd door een RTA en gemeenschappelijk zorgpad. Daarnaast wordt een screeningsproject voor niet ontdekt AF met behulp van de "Mydiagnostic stick" voorbereid. Na een pilot in 2017 zal dit project in de hele regio worden uitgerold.

Acuut en chronisch coronair syndroom (ACS)

Het NHN en DSP zijn een Nvvc traject voor ACS gestart. Tijdens dit traject is de doelgroep uitgebreid met chronisch coronair lijden. Dit is in afronding en zal worden opgevolgd door een RTA en gemeenschappelijk zorgpad. Bij dit zorgpad wordt ook gekeken naar overeenkomsten met het zorgpad hartrevalidatie/ CVRM. Vervolgens wordt de implementatie in de hele regio ter hand genomen.

Kleplijden

Het NHN en DSP zijn ook een Nvvc traject voor Kleplijden gestart. Wat zal worden opgevolgd door een RTA en gemeenschappelijk zorgpad. Daarna wordt de implementatie gepland in de hele regio.

1.3.3 Farmaceutische zorg

Het project Farmacie van Slimmer met Zorg omvatte in 2016 een focus op therapeutische substitutie van rosuvastatine. Daarnaast is er ingezet op het verbeteren van de samenwerking tussen huisartsen en apothekers, en de verdere implementatie van formularia en geneesmiddelenbeoordelingen.

Substitutie

In 2016 heeft PoZoB de focus gelegd op het terugbrengen van het ondoelmatig voorschrijven van rosuvastatine, omdat dit middel een groot besparingspotentieel herbergt. Dit doel wordt ondersteund voor koepelorganisaties zoals de LHV, ZN en Zorgbelang. Hiertoe is een prestatieafspraken met zorgverzekeraar VGZ gemaakt. Omdat de spiegelinformatie vanuit de zorgverzekeraars niet voldoende eenduidige informatie gaf, is PoZoB gaan werken met eigen spiegelinformatie uit Care2U. Helaas bleken er koppelingsproblemen tussen zowel Medicom als Microhis met Care2U. De spiegelinformatie was daardoor voor een groot aantal praktijken niet optimaal. Gedurende 2016 is dit probleem voor de Medicompraktijken verholpen.

PoZoB stelde op basis van een steekproef uit een aantal huisartsenpraktijken een streefnorm vast van maximaal 7,5% rosuvastatine voorschriften bij patiënten met CVRM of DM2. Om dit doel te bereiken zijn een aantal acties uitgevoerd.

- Alle huisartsen boven die norm zijn in het eerste kwartaal van 2016 bezocht door een stafarts

- Frequent aandacht en uitleg voor de (werkwijze van) substitutie in nieuwsbrieven en andere communicatiemiddelen.
- Workshopthema op de PoZoB Academy, met uitwisseling van werkwijzen en kennis.
- Huisartsen zijn periodiek op de hoogte gebracht van de stand van zaken in hun praktijk.
- Na de zomer hebben alle huisartsen spiegelinformatie op patiëntniveau ontvangen.
- Versterking van de lokale werkwijze via intensive samenwerking met CAZO (zorggroep van apothekers).
- Bewerkstelligen van een gemeenschappelijk formularium en doelstellingen met de cardiologen en (vasculair) internisten.

Deze inspanningen hebben geleid tot een daling in het gemiddeld aantal rosuvastatine voorschriften van alle huisartspraktijken van PoZoB (exclusief Microhis) gedurende 2016 van 6,8% naar 6,6%. Dit is aanzienlijk minder dan de doelstelling in de prestatie afspraak. Ongeveer eenderde van de praktijken kan nog niet aan de streefnorm voldoen, het percentage zakt langzaam. Een aantal, dat niet of juist wel voldoet, wordt bezocht om de werkwijzen en achtergronden daarvan nader te onderzoeken. De inspanningen worden gecontinueerd: we blijven in dialoog met huisartsen en apothekers op zoek hoe we uitkomsten op een goede manier kunnen helpen verbeteren, samen met CAZO en de regionale cardiologen. Doelmatige farmaceutische zorg blijft bij alle stakeholders in de zorg hoog op de agenda staan. Naast het concrete resultaat bereiken willen we leren hoe we in de toekomst andere formularia en farmaceutische zorg succesvoller kunnen implementeren.

Samenwerking tussen huisartsen en apothekers

“PerfectSamen” staat voor nauwe samenwerking tussen huisarts en apotheker op lokaal niveau. Het omhelst een in wezen eenvoudige en open vraag-methode waarmee professionals elkaar opnieuw bevragen over inhoudelijke en logistieke aspecten van het zorgproces vanuit het patiëntperspectief. Daar volgen nieuwe afspraken en werkwijzen uit, waardoor de samenwerking tussen huisarts en apotheek een nieuw elan krijgt.

Dit project is in 2016 geïntensiveerd. Lokale Farmacotherapeutische Overleggen (FTO's) worden in het kader van PerfectSamen bezocht door een apotheker van CAZO en een stafhuisarts van PoZoB die zoals boven vermeld aandacht vragen voor verbetermogelijkheden van de samenwerking naar lokale behoefte en afstemming. In 2016 zijn er 5 FTO's op deze manier bezocht en genereerde deze methode veel positieve feedback. In het najaar is PerfectSamen 'gelanceerd' door middel van een persbericht. In de loop van 2017 zullen alle FTO's (circa 20) kennis hebben kunnen maken met PerfectSamen. De samenwerking tussen huisartsen en apothekers wordt aan de hand van onderstaande thema's nader geïntensiveerd. Problemen die voortvloeien uit tegengestelde contracten of bepalingen van zorgverzekeraars worden gezamenlijk aan zorgverzekeraars voorgelegd ter oplossing.

Geneesmiddelen beoordelingen (GMB)

In 2012-2013 is PoZoB gestart met het uitvoeren van GMB. Inmiddels zijn een aantal kinderziekten overwonnen. In 2016 is na een evaluatie gekozen voor een aantal interventies waardoor het proces eenduidiger en efficiënter kan worden doorlopen.

- Het gehele werkproces van GMB is verbeterd met behulp van een LEAN deskundige met als resultaat meer overzicht voor de POH, een efficiëntere planning voor de apotheker en een korte doorlooptijd voor de patiënt.
- Analooq aan het werkproces van de GMB is het declaratieproces verbeterd, waardoor zowel de huisarts als de apotheker per maand een overzicht krijgt van uitgevoerde en betaalde geneesmiddelen beoordelingen.

- Alle teams van praktijkondersteuners zijn bezocht door de stafarts farmacie. Deze heeft de nieuwe werkwijze toegelicht en de POH's geïnstrueerd.
- Alle POH's hebben een nieuwe patiëntenlijst per januari 2017 uit Care2U gekregen waarmee meer eenduidigheid tussen de deelnemende huisartsenpraktijken ontstaat.
- Er was sprake van een communicatieprobleem tussen Medicom en Microhis met Care2U. In de loop van 2016 is het probleem met Medicom opgelost. Praktijken die werken met Microhis (19 huisartsen) kunnen pas starten met GMB als het probleem is opgelost.
- In 2016 is een regionale werkgroep Farmacie gestart waarin verschillende zorggroepen, apothekers en Care2U vertegenwoordigd zijn. Een betere inrichting van Care2U moet leiden tot een betere monitoring van zowel proces als inhoud van de GMB.

In 2016 zijn in totaal 2141 geneesmiddelen beoordelingen uitgevoerd. In Tabel 2 is de ontwikkeling te zien in de jaren 2014 t/m 2016. Per praktijk steeg het gemiddeld aantal GMB van 4 in 2014 naar 14 in 2016. Gezien de verwachting dat de problemen met een enkel HIS (Microhis) worden opgelost en het verloop van de uitrol wordt voor 2017 een verdere toename verwacht.

Zorg-programma	Aantal geneesmiddelenbeoordelingen (GMB) per jaar		
	2014	2015	2016
CVRM	364	447	869
astma	58	9	13
COPD	87	21	30
DM	95	237	866
Ouderenzorg	2	113	363
Totaal	606	827	2141

Tabel 2: aantal geneesmiddelen beoordelingen

In tabel 3 staat een overzicht van de 10 meest voorkomende Drug Related Problems (DRP's) die zijn geregistreerd naar aanleiding van de geneesmiddelen beoordelingen.

DRP	Omschrijving	Aantal	Percentage*
D5a	Geen indicatie (meer) of onduidelijk	925	14%
U1	Aandoening niet optimaal behandeld	682	11%
U2	Preventieve therapie toevoegen	550	9%
C1	Ondergebruik	379	6%
D5b	Onvoldoende effect	373	6%
T3	Bijwerking	367	6%
O1	Dosering te hoog	344	5%
N	Niet verder geclassificeerd	339	5%
M1	Laboratoriumbepaling	249	4%
O2	Dosering te laag	240	4%

Tabel 3: aantal Drug Related Problems

* Percentage van totaal aantal DRP's

De apotheker constateert in de meeste gevallen dat er geen indicatie (meer) is voor het voorschrijven van het geneesmiddel, of dat de indicatie onduidelijk is. Ook een suboptimale behandeling van de aandoening wordt vaak geconstateerd. Een preventieve therapie wordt vaak toegevoegd in combinatie met bepaalde geneesmiddelen.

In tabel 4 wordt een overzicht gegeven van de 10 meest voorkomende adviezen die de apotheker geeft naar aanleiding van de geneesmiddelenbeoordelingen.

Interventie	Omschrijving	Aantal	Percentage*
A2c	Toevoegen geneesmiddel	1265	20%
A2b	Staken geneesmiddel	1080	17%
A1	Doseringswijziging	796	12%
A2a	Wijziging geneesmiddel	793	12%
A18	Geen aanbeveling noodzakelijk	444	7%
A12	Educatie/advies of instructie	442	7%
A15	Andere geschreven informatie	231	4%
A5	Wijziging doseringsfrequentie/toedieningsschema	220	3%
A8	Verwijzing naar voorschrijver	212	3%
A16	Controle afspraak bij arts	195	3%

Tabel 4: Top 10 meest voorkomende adviezen (door apotheker)

* Percentage van totaal aantal adviezen

De apotheker adviseert het meest om een geneesmiddel toe te voegen dan wel te staken. Ook het wijzigen van een dosering of van een geneesmiddel komt vaak voor.

Tabel 5 geeft weer in hoeverre de adviezen van de apotheker worden overgenomen door de huisarts.

Resultaat*	Omschrijving	Aantal	Percentage**
R2	Geaccepteerd	3214	50%
R4	Niet geaccepteerd	1017	16%
R3	Deels geaccepteerd	625	10%
R1	Onbekend	148	2%

Tabel 5: Verwerkte resultaten (door huisarts)

* Een aantal resultaten ontbreekt in de tabel vanwege problemen binnen Care2U of met het juist registreren door de POH

** Percentage van totaal aantal resultaten

Deze resultaten laten zien dat de geneesmiddelen beoordelingen verschillende problemen in de farmaceutische zorg aan het licht brengen. Voor de patiënt betekent dit dat de farmaceutische zorg beter en veiliger wordt. De kwaliteit van de zorg neemt toe doordat de medicatie wordt geoptimaliseerd.

Gevaarlijke interacties tussen geneesmiddelen worden voorkomen en een beter effect wordt bereikt door het aanpassen van middelen en doseringen. Te verwachten is dat er een leereffect optreedt bij de huisartsen door frequent overleg met de apotheker, te beginnen met de lokale top tien. Het komend jaar gaan we met behulp van deze gegevens een kwaliteitscyclus in kaart brengen, waardoor het leereffect transparant en overdraagbaar gemaakt kan worden.

1.3.4 Stoppen met roken

In 2014 en 2015 heeft PoZoB in samenwerking met SineFuma een samenwerkingsproject opgezet waarbij patiënten die rookten via de huisartspraktijk actief werden aangeschreven en uitgenodigd om deel te nemen aan een plaatselijk geplande groepstraining stoppen met roken. Dit gebeurde bovenop de gebruikelijke zorg met motivational interviewing etc. door de POH, huisarts en SineFuma. Bij evaluatie van dit project bleek dat 93% van de rokers was gestopt na het afronden van de training en dat na 1 jaar 67% blijvend was gestopt met roken. De meeste deelnemers grepen de uitnodiging aan, slechts een enkeling vond de uitnodiging minder gepast.

Eind 2015 en in 2016 hebben wederom twee Hagro's deelgenomen aan dit project. Hier zijn de resultaten vergelijkbaar. In de eerste Hagro bleek na afronden 100% gestopt te zijn. In de tweede Hagro was dit 89%. Deze resultaten zijn in 2016 tijdens alle Consultatie & Feedbackbijeenkomsten gepresenteerd. Dit heeft er toe geleid dat in 2017 inmiddels maar liefst 10 Hagro's geheel of gedeeltelijk (61 huisartspraktijken) gestart zijn met Stoppen met roken op Recept. Hiervoor zijn 3.856 rokende patiënten uit een van de zorgprogramma's uitgenodigd.

Van de uitgevoerde groepstrainingen stoppen met roken uitgevoerd door SineFuma in 2015 bleek gemiddeld 98% na afronden van de training gestopt te zijn met roken. Na 1 jaar blijkt 56% nog steeds gestopt te zijn met roken.

In 2016 namen 103 patiënten uit een van de zorgprogramma's astma/COPD, DM2 of CVRM deel aan de groepstraining stoppen met roken. Hiervan hebben 98 mensen de training afgerond en is 84% gestopt. Ook hebben in 2016 28 patiënten de telefonische coaching gevolgd. Alle patiënten hebben de training afgerond, 86% was gestopt met roken.

1.4 Deskundigheidsbevordering en kwaliteit

1.4.1 Sturen op kwaliteit van zorg

De kwaliteitscyclus is begin 2016 vernieuwd. Met gebruik van data van 1 januari 2016 is door huisartsen een kwaliteitskader met normen vastgesteld op proces-, uitkomst- en populatie-indicatoren. Dit kwaliteitskader kent naast gemiddelden ook een minimale norm en Best Practice norm. Na elk kwartaal wordt vastgesteld hoe de indicatoren van individuele huisartsenpraktijken zich verhouden tot het normenkader. In het jaargesprek wordt in een huisartsenpraktijk de kwaliteit van zorg door de districtsmanager besproken met de huisarts(en) en praktijkondersteuner(s). In het individuele jaarplan worden door de praktijk verbeterpunten geformuleerd. Deze zullen veelal voortvloeien uit de eigen focus en ambities van een praktijk. Wanneer een praktijk op indicatoren onder de minimale norm scoort, verwacht PoZoB dat de praktijk acties onderneemt om deze richting het PoZoB gemiddelde te brengen. Hiervoor is ondersteuning beschikbaar van stafartsen en zorgprogramma verpleegkundigen.

Van praktijken met 7 of meer indicatoren onder de minimale norm, de zogenaamde verbeterpraktijken, wordt de ontwikkeling in de kwaliteit van zorg met extra aandacht gevolgd. Wanneer verbetering uitblijft

of stagneert, wordt de begeleiding van deze praktijken in de Commissie Incidenten en Klachten besproken. De ervaring in 2016 heeft geleerd dat het een aantal verbeterpraktijken met beperkte inspanning lukte om indicatoren boven de minimale norm te brengen, maar dat bij andere praktijken verbetering ondanks ondersteuning uitbleef. Ook waren er praktijken waar in de loop van het jaar de indicatoren zodanig achteruit liepen dat zij alsnog verbeterpraktijk werden. Bij een aantal verbeterpraktijken loopt een intensief begeleidingstraject omdat op meerdere aspecten (vaak ook in de praktijkorganisatie) verandering nodig is.

De vernieuwde kwaliteitscyclus is nog in ontwikkeling. In 2016 is een goede start gemaakt door in 65% van de huisartsenpraktijken jaargesprekken te houden. Met de komst van de nieuwe functie relatiemanager en de benoeming van zorgprogramma verpleegkundigen zijn belangrijke randvoorwaarden gerealiseerd voor verbetering en borging van kwaliteit in alle huisartsenpraktijken.

1.4.3 Scholing

Scholing	Algemeen	POH	Huisarts
PoZoB Academy (3 programmadelen)	65%, 58% en 79% goed of uitstekend		
Basisscholing Astma/COPD		> 8	
Interpreteren spirometrie		> 8,5	> 8,5
Basis DM2	8.1	8.1	
Insulinescholing	8.1	8.2	8
RTA voetulcus		7.7	7.5
Basisscholing CVRM		7,9	

Tabel 6: waardering scholing

Naast de reguliere basisscholingen per zorgprogramma, scholingen voor insuline bij DM2, de scholing interpreteren spirometrie en de reanimatiescholing vond in januari 2016 een multidisciplinaire scholing plaats bij de introductie van de RTA voetulcus. De PoZoB Academy stond in het teken van patiëntveiligheid, Minddistrict en MGP.

De scholingen worden over het algemeen goed gewaardeerd.

1.4.4 Consultatie en feedback bijeenkomsten

In nagenoeg alle Hagro's vond in 2016 zowel een Consultatie & Feedbackbijeenkomst plaats voor de zorgprogramma's DM2 en CVRM als voor astma en COPD. Deze bijeenkomsten werden georganiseerd door de aandachtshuisarts van de betreffende zorgprogramma's en de expertverpleegkundige. Naast informatie over nieuwe ontwikkelingen worden benchmarkgegevens, casuïstiek en een specifiek thema besproken, als gastspreker is vaak een specialist of kaderhuisarts aanwezig.

De bijeenkomsten worden over het algemeen voldoende tot goed gewaardeerd. Het best gewaardeerd wordt 'de ruimte voor interactie' en 'de gastspreker'. Voor 'de bespreking van casuïstiek' en 'de bespreking van de benchmark' ligt dit iets lager.

Huisartsen, respectievelijk praktijkondersteuners, geven een gemiddeld cijfer voor de DM2/CVRM bijeenkomsten van 7,2 respectievelijk 7,2. De waardering voor astma/COPD bijeenkomsten is hoger met 7,6 respectievelijk 7,7.

De uitkomsten van de evaluaties worden gebruikt in de voorbereiding van de bijeenkomsten in 2017.

1.4.5 Klachten en incidenten

In 2016 heeft de omgang met klachten en incidenten een organisatorische inbedding gekregen bij PoZoB door de start van de Commissie Incidenten en Klachten (CIK, mei 2016). Deze commissie heeft als opdracht de ontwikkeling en monitoring van het kwaliteitssysteem van PoZoB in brede zin. Onderdeel daarvan is het beleid rond patiëntveiligheid, klachten en incidenten. De focus van de CIK is:

- op casusniveau: afhandelingen van incidenten en klachten met impact voor respectievelijk patiëntveiligheid en imago. Hierbij kan de CIK ook onderzoek en interventies coördineren.
- op systeemniveau: overzicht op de werking van het systeem.

In 2016 zijn geen casussen opgepakt door de CIK vanuit meldingen klachten of incidenten.

De voorbereiding van de Incidentenregeling (Wkkgz verplichting vanaf 1 juli 2016) en een Klachtenregeling (Wkkgz verplichting vanaf 1 januari 2017) is in 2016 opgepakt.

Vooruitlopend op de PoZoB regelingen opereren vanaf oktober 2016 het Informatiepunt Klachten en Incidenten en de coördinator klachten en incidenten. De Wkkgz en de in de CIK besproken uitgangspuntennotitie vormen hiervoor het voorlopig handelingskader.

Naar verwachting zullen in de eerste helft 2017 de regelingen klachten en incidenten met de Cliëntenraad worden besproken waarna deze kunnen worden vastgesteld.

Incidenten m.b.t. veiligheid van gegevens (privacy) zullen in 2017 in het kader van de nieuwe wet datalekken onder de regeling melding datalekken van PoZoB gaan vallen en behandeld worden door de privacyfunctionaris.

In het meldingenregister zijn in 2016 zeven meldingen met klachten/ontevredenheid opgenomen en vijf melding over patiëntveiligheid (meerdere meldingen over eenzelfde situatie zijn samen genomen)

De geregistreerde meldingen over patiëntveiligheid hadden betrekking op:

- labkoppeling bij een ketenpartner (3x)
- privacy (2x)

Bij alle incidenten was sprake van een risico voor patiëntveiligheid; er is geen schade gemeld.

De geregistreerde meldingen ontevredenheid/klacht hadden betrekking op:

- kosten binnen of buiten het zorgprogramma die bij patiënt of zorgverzekeraar in rekening worden gebracht (meer dan 4x)
- voorschrijfbeleid van een huisarts (1x)
- bejegening (1x)
- stoppen pedicure i.v.m. kwaliteitseis PoZoB (1x).

2 Datamanagement

2.1 Inleiding

In dit verantwoordingsdocument wordt de populatieverdeling inzichtelijk gemaakt op basis van peildatumgegevens, maar worden proces en uitkomstindicatoren gebaseerd op het aantal patiënten dat gedurende het hele jaar deelneemt aan het zorgprogramma. Dit in overeenstemming met de landelijke richtlijnen van InEen.

De data zijn bewerkt conform de afspraken van het Landelijk Platform Regionale Datacentra, waarbij PoZoB is aangesloten. PoZoB nam deel aan de procestoets Ketenzorg van InEen, en ontving vrijstelling voor de registratietoets. Care2U heeft de toets van InEen succesvol afgesloten.

2.2 Dataverzameling

Er zijn in dit verantwoordingsdocument verschillende bronnen gebruikt.

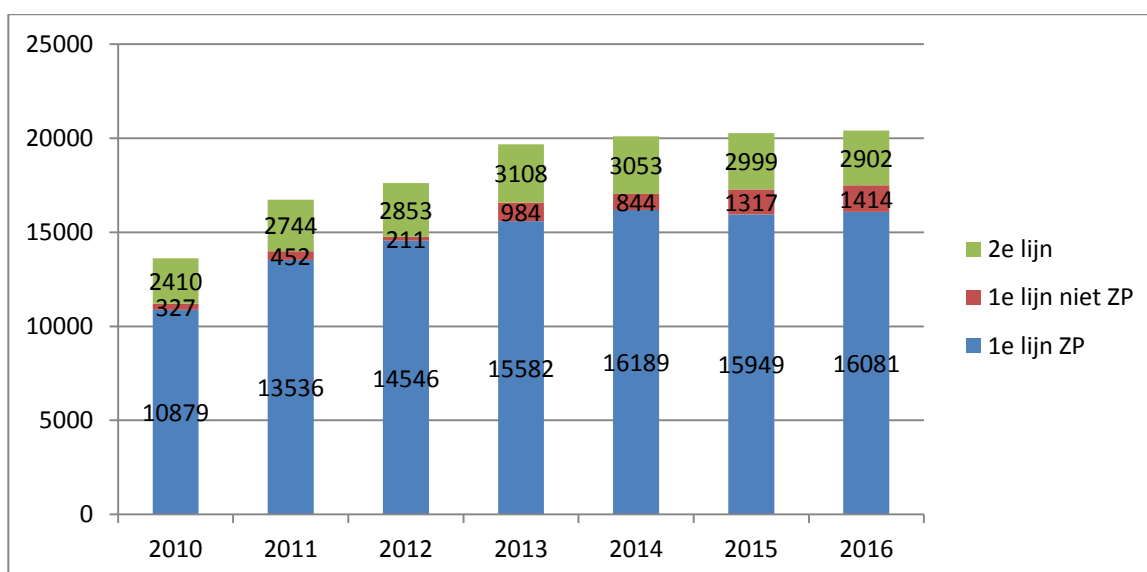
- Data uit de 'datadump' van Care2U na extractie uit de HISsen van alle aangesloten praktijken. Het betreft labdata (NHG gecodeerd), ICPC data, ruiterdata en medicatiedata. Het zijn ruwe data, waaronder een enkele keer ook data die vanwege onjuiste codering of weergave niet worden meegenomen in de gangbare rapportages in Care2U. Deze data zijn gebruikt voor rapportage van alle vier de zorgprogramma's.
- Data van drie aangesloten laboratoria (Diagnostiek voor U, Quartz -nu Servicecentrum Huisartsen, SCH-, DiAnna). Vooral voor de zorgprogramma's COPD en Astma zijn deze data gebruikt als aanvulling op de data die vanuit Care2U zijn geëxtraheerd.

Door extractieproblemen van medicatiegegevens uit Microhis, zijn er geen betrouwbare medicatie-data van patiënten geregistreerd in Microhis. Daardoor zijn bij de indicatoren die betrekking hebben op medicatie, enkel gegevens van niet-Microhis patiënten meegenomen (circa 90% van de patiënten).

3 Zorgprogramma DM2

3.1 Populatie

Per 31 december 2016 waren bij de huisartspraktijken die voor het zorgprogramma DM2 bij PoZoB waren aangesloten in totaal 20.397 mensen bekend met DM2. De toename van het aantal patiënten met DM2 binnen PoZoB (grafiek 2) heeft vooral te maken met het aansluiten van nieuwe huisartsenpraktijken tot en met 2013. De prevalentie is sinds 2010 echter gelijktijdig gestegen van 3,6% naar 4,7%. Van deze mensen werd in 2016 78,8% behandeld in het eerstelijns zorgprogramma, 6,9% in de eerstelijns maar niet in het zorgprogramma DM2 of in het zorgprogramma kwetsbare ouderen en 14,2% in de tweedelijns.

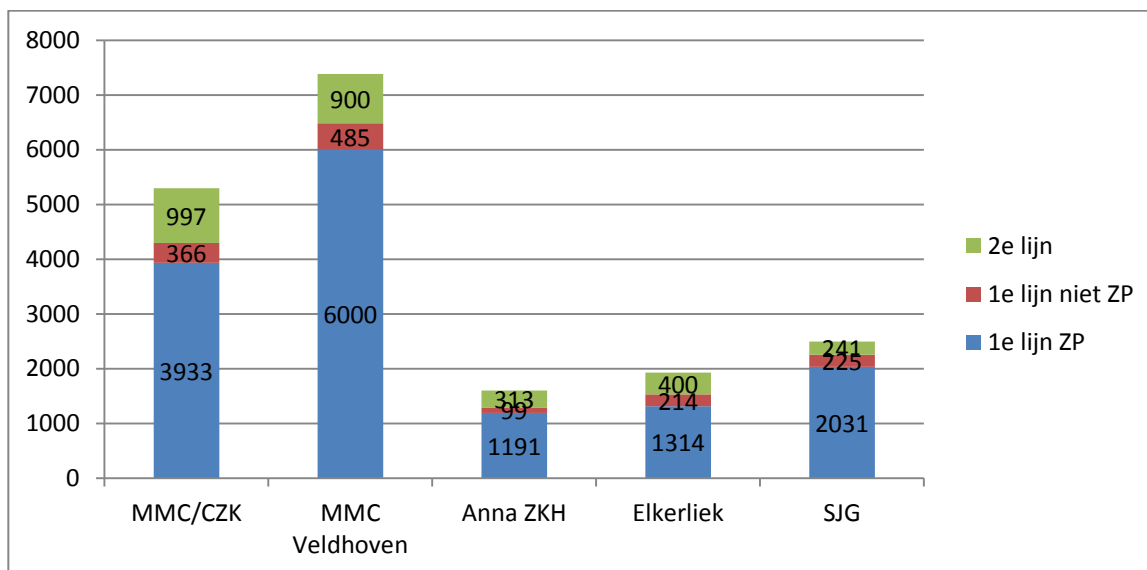


Grafiek 2: verdeling patiëntenpopulatie DM2

Het aantal patiënten in het zorgprogramma DM2 is de laatste jaren stabiel. Het percentage patiënten in de tweedelijns daalde vanaf 2010 van 17,7% naar 14,2% in 2016. De gemiddelde leeftijd van de mensen met DM2 in het zorgprogramma bedroeg 68,9 jaar. Vijf jaar geleden was dat 68,4 jaar.

Binnen zorggroep PoZoB worden zo'n 575 mensen met DM2 met een viermaal daags insulineschema behandeld. Dit is alleen mogelijk door de inzet van een 20-tal diabetesverpleegkundigen. In de NHG-standaard Diabetes Mellitus type 2 (2013) worden bij mensen met DM2 ouder dan 70 jaar, zeker wanneer er sprake is van een langere diabetesduur (>10 jaar), hogere streefwaarden voor het HbA1c aangehouden. Dit zal leiden tot een verdere daling van het gebruik van insuline (en SU-derivaten) in deze groep patiënten.

Ondanks een stijging van de prevalentie werden er zowel procentueel als numeriek minder DM2 patiënten in de tweedelijns behandeld. Ook werden veel patiënten met een 4x daags insuline regime naar de eerstelijns terugverwezen (nu in totaal 580).

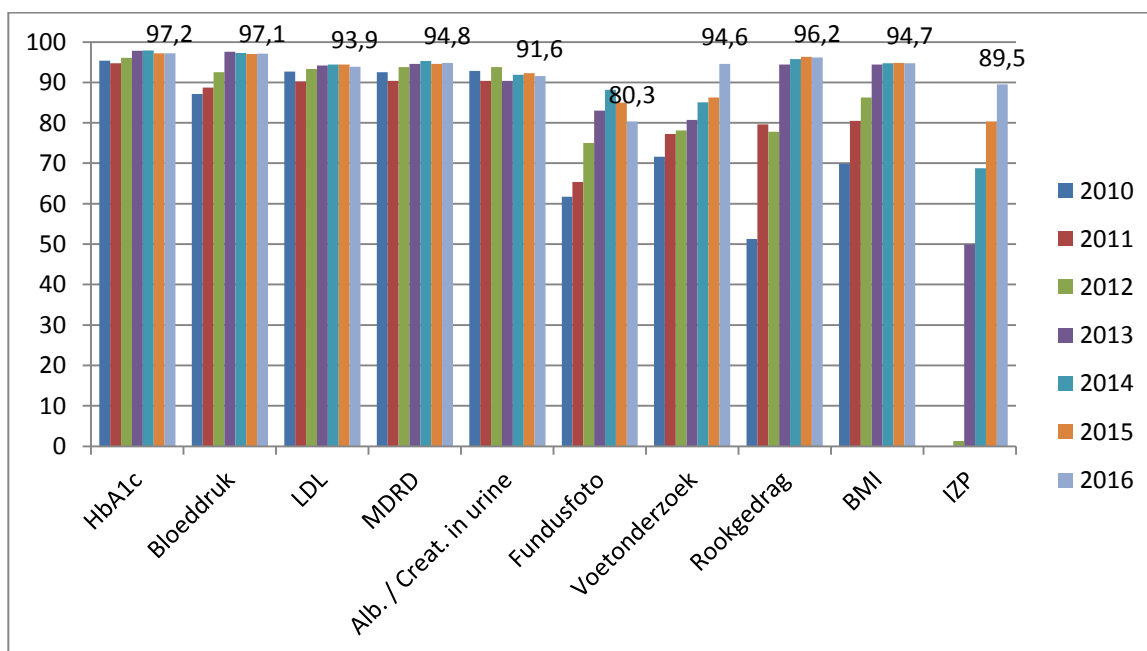


Grafiek 3: verdeling patiëntenpopulatie DM2 per regio

In grafiek 3 valt het verschil op tussen het aantal DM2 patiënten onder behandeling in de tweedelijns tussen de verschillende ziekenhuisregio's. Dit varieert van relatief laag (9,7% SJG en 12,2% MMC Veldhoven) tot relatief hoog (18,8% MMC/CZK, 19,5% Anna ZKH en 20,7% Elkerliek).

3.2 Procesindicatoren

Een procesindicator meet aspecten van een activiteit van zorgverlening, bijvoorbeeld of de bloeddruk jaarlijks wordt gemeten of dat het HbA1c jaarlijks wordt bepaald. In deze paragraaf worden de procesindicatoren gepresenteerd van mensen met DM2 die in 2016 het hele jaar in zorg waren.



Grafiek 4: procesindicatoren DM2 in %

De registratie in de huisartsenpraktijken is de laatste jaren sterk verbeterd. Voor de meeste procesindicatoren is bij verreweg het grootste deel van de huisartsen bij PoZoB een maximaal haalbare situatie ontstaan.

HbA1c, bloeddruk, nierfunctie, LDL-cholesterol en micro-albuminurie

In 2016 zijn bij vrijwel alle mensen met DM2 gegevens verzameld over de glykemische instelling (97,2%), de bloeddruk (97,1%), de nierfunctie (MDRD, 94,8%), LDL-cholesterol (93,9%) en de albumine/creatinine ratio (91,6%) in de urine. Huisartsen en praktijkondersteuners hebben, ondersteund door het management, doelbewust ingezet op het verlagen van het aantal HbA1c bepalingen per patiënt per jaar. Het aantal HbA1c-bepalingen is gedaald van 2,9 per patiënt per jaar in 2013, naar 2,46 in 2014, 2,26 in 2015 en 2,2 in 2016. Hiermee is wat betreft het aantal aangevraagde HbA1c-bepalingen een gewenste situatie ontstaan.

Fundusonderzoek

De afgelopen 24 maanden is bij ruim 80% van de populatie een fundusfoto gemaakt. Het blijft lastig om hier hogere cijfers te realiseren. Een deel van de mensen met DM2 is onder jaarlijkse controle van de oogarts in verband met diabetische retinopathie en andere oogheelkundige problemen zoals cataract, glaucoom, maculadegeneratie en andere netvliesproblemen. Een nog steeds aanwezig probleem is dat de huisarts bij een deel van deze patiënten geen bericht van de oogarts ontvangt en bij een kleiner deel de ontvangen uitslag niet goed wordt weggeschreven in het HIS.

Vermoedelijk zal dit jaar een nieuwe landelijke richtlijn diabetische retinopathie worden gepubliceerd, met daarin een duidelijker classificatie en een lagere herhalingsfrequentie (fundusfoto 1x per drie jaar). Op dit moment wordt een deel van de patiënten door oogartsen te frequent gecontroleerd, waardoor mankracht en geld wordt verspild. Een duidelijke opstelling van de ziektekostenverzekeraars, waarbij screening van diabetische retinopathie door oogartsen niet meer wordt vergoed en bij voorkeur plaatsvindt door middel van een fundusfoto, zal tot kostenbesparing kunnen leiden en zorggroepen behulpzaam kunnen zijn bij het verbeteren van de registratie.

Voetonderzoek

In 2016 is volgens de registratie bij 94,6% van de mensen met DM2 een screenend voetonderzoek verricht. De sterke stijging in 2016 wordt veroorzaakt door een registratiebug in Care2U en zal in de loop van 2017 weer langzaam naar het werkelijke niveau dalen.

Bij het voetonderzoek wordt tevens het risico op het optreden van een diabetisch voetulcus bepaald (Sims classificatie). Het onderzoek wordt uitgevoerd door de eerstelijns diagnostische centra en praktijkondersteuners (bij Sims 0 en 1) of door de podotherapeut (bij Sims 2 en 3).

PoZoB heeft het initiatief genomen om via een regionale afspraak tot een verbetering te komen van de behandeling van het diabetische voetulcus. Dit heeft geleid tot een regionale transmurale afspraak (RTA diabetisch voetulcus), waarbij vooral aandacht is gegeven aan een tijdige verwijzing bij het ontstaan van een voetulcus en duidelijke afspraken en een goede follow-up bij een genezen voetulcus. In 2015 en 2016 wordt de implementatie van de RTA ondersteund door een begeleidingscommissie, waarin vertegenwoordigers van de in de eerstelijns werkzame podotherapeuten en van de zorggroepen in de regio en de voetenteams vertegenwoordigd zijn.

De belangrijkste aandachtspunten van de RTA zijn:

- verbetering van de patiënt educatie (tijdens het voetonderzoek);
- tijdige verwijzing van een voetulcus naar podotherapeut of voetenteam;
- indien er na 12 weken nog geen genezingstendens waarneembaar is, bespreekt het voetenteam met de patiënt de mogelijkheid van behandeling in een centrum voor wondzorg, waar hyperbare zuurstoftherapie en gespecialiseerde wondzorg beschikbaar zijn;
- na terug verwijzing bij een genezen voetulcus: borgen goede follow-up in de eerstelijns;

Het is niet eenvoudig om betrouwbare cijfers over het aantal amputaties te verzamelen; er is in Nederland geen goed registratiesysteem opgezet. Uit de literatuur blijkt dat bij een goede organisatie van de zorg in de eerste en in de tweedelijns 45-80% van de amputaties te voorkomen is.

Rookgedrag

Het rookgedrag is in 2016 bij vrijwel alle mensen met DM2 (96,2%) vastgelegd.

BMI

Van bijna alle mensen met DM2 (94,7%) is de BMI geregistreerd.

Individueel Zorgplan (IZP)

De stijgende lijn bij het aantal mensen met DM2, waarbij een IZP is opgesteld, heeft zich voortgezet: bij bijna 90% van worden individuele doelen besproken en geëvalueerd. Vergeleken met 2015 is dit een stijging van 10%

Geneesmiddelen

Geneesmiddel	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cholesterolverlagende middelen	75.0	73.5	74.6	75.4	73.1	74.9
Antihypertensiva	76.7	75.2	75.6	76.0	73.5	75.7
Antitrombotica	43.5	42.7	43.6	43.7	41.2	43
NSAID's	28.5	24.3	23.1	21.9	21.2	20.8
Antidepressiva	11.5	10.3	10.5	11.0	10.5	11
Slaapmiddelen	10.0	8.9	9.1	8.8	8.2	8.1

Tabel 7: geneesmiddelen DM2 in %

Het gebruik van antihypertensiva en cholesterolverlagende medicatie is stabiel gebleven. Driekwart van de mensen met DM2 gebruikt bloeddruck- en cholesterolverlagende geneesmiddelen. De dalende trend in het door huisartsen voorgeschreven gebruik van NSAID's zet zich voort, maar is nog steeds (te) hoog gezien de gewenste terughoudendheid in het gebruik van NSAID's bij hart- en vaatziekten en chronische nierschade. De dalende tendens in het gebruik van slaapmiddelen zet zich voort (2% daling in de laatste 5 jaar). Van de mensen met DM2 gebruikt 11% een antidepressivum, hetgeen een uiting kan zijn van het verhoogd voorkomen van een depressie bij mensen met diabetes mellitus.

3.3 Uitkomstindicatoren

Onder uitkomstindicatoren wordt de feitelijke informatie verstaan zoals BMI, systolische bloeddruk, LDL-cholesterol, HbA1c en uitslagen van voet- en fundusonderzoek. Uitkomstindicatoren geven een dwarsdoorsnedenbeeld van de zorgkwaliteit op een bepaald moment.

Uitkomst indicator	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
HbA1c < 53	68.7	69.5	65.0	68.6	62.7	58.9	57.2
53 ≤ HbA1c ≤ 69	27.0	29.3	32.3	27.6	32.2	34.8	36.7
HbA1c > 69	6.8	3.3	4.0	3.7	5.1	6.2	6.1
RR ≤ 140	x	63.6	64.2	64.3	64.3	65.6	66.8
RR ≤ 160 en leeftijd ≥ 80 jaar	x	x	89.4	89.2	89.1	89.3	90.6
LDL ≤ 2.5	x	x	58.7	58.0	60.9	64.2	63.7
Retinopathie	x	2.0	5.2	7.4	9.0	10.0	10.1
Rookt	17.0	18.0	14.3	15.0	14.3	13.9	13.4
Gestopt afgelopen jaar	x	x	x	10.2	10.3	8.1	7.6
BMI < 25	12.1	15.4	16.3	16.7	16.4	16.4	17.5
25 ≤ BMI < 30	42.1	42.9	43.0	43.0	43.0	42.8	42.2
30 ≤ BMI < 35	29.8	27.4	27.3	27.0	27.1	27.2	27.1
BMI ≥ 35	16.0	14.3	13.4	13.3	13.5	13.3	13.2

Tabel 8: uitkomstindicatoren DM2 in %

3.3.1 HbA1c

Het aantal mensen met DM2 en een HbA1c < 53 mmol/mol daalt sinds 2013. Dit is een gevolg van de adviezen van de in dat jaar verschenen NHG-standaard Diabetes Mellitus type 2. Bij mensen ouder dan 70 jaar, bij mensen met belangrijke co-morbiditeit en bij kwetsbare ouderen geeft een strikte glykemische regulatie vaak meer nadelen dan voordelen. Dit heeft geleid tot het advies om bij deze groepen patiënten hogere streefwaarden voor het HbA1c te hanteren, vooral wanneer er een intensievere behandeling nodig is en de diabetesduur langer dan 10 jaar bedraagt.

Binnenkort wordt het mogelijk om in de benchmarkrapportage beter onderscheid te kunnen maken tussen mensen <70 jaar en mensen >70 jaar en de benodigde glucose verlagende medicatie.

Het aantal mensen met DM2 en een slechte glykemische instelling is iets gedaald: 6,1% van de mensen met DM2 heeft een HbA1c >69 mmol/mol. Hoewel dit een gevolg kan zijn van de voor sommige mensen met DM2 minder strikt noodzakelijke glykemische instelling, verdient elke patiënt met een te hoog HbA1c aandacht. Een HbA1c >69 is daarom één van de aandachtspunten van de spiegelinformatie, die elke huisarts jaarlijks gepresenteerd krijgt.

3.3.2 Systolische bloeddruk (SBD)

Bij 66,8% van de mensen met DM2 (t.o.v. 65,6% in 2015) is de bloeddruk goed gereguleerd, waarbij van een goed gereguleerde bloeddruk wordt gesproken bij een systolische bloeddruk (SBD) ≤ 140mm Hg. Bij mensen, die ouder dan 80 jaar zijn, is een hogere streefwaarde wenselijk en spreekt men van

een goed gereguleerde bloeddruk bij een SBD van $\leq 150-160$ mm Hg. In 2016 had 90,6% van de mensen met DM2 in deze leeftijdsgroep een goed gereguleerde bloeddruk.

Geschat wordt dat 20-25% van de mensen met een verhoogde bloeddruk een witte jassen hypertensie heeft, waarbij thuismeting van de bloeddruk, seriële automatische praktijkbloeddrukmeting of 24-uurs bloeddrukmetingen normale waarden opleveren.

Dit betekent dat, gevoegd bij de 67% mensen met DM2 en een normale bloeddruk, bij verreweg de meeste mensen met DM2 gesproken mag worden van een uitstekende regeling van de bloeddruk. Bij mensen met een schijnbaar therapieresistente hypertensie (TRH, 10-15%) is het van belang om in eerste instantie een pseudo-TRH uit te sluiten door het controleren van de therapietrouw, het zoutgebruik te evalueren, bloeddruk verhogende medicatie te stoppen of te verminderen en witte jassen hypertensie uit te sluiten. In tweede instantie kan een consultatie/meeijkijkconsult aangevraagd worden bij de internist. Bij mensen met DM2, die ouder dan 80 jaar zijn, is geen verdere verbetering te bereiken, ruim 90% heeft een bloeddruk onder de streefwaarde. De sterk verbeterde behandeling van verhoogde bloeddruk- en cholesterolwaarden zal zonder enige twijfel hebben geleid tot een grote gezondheidswinst met een daling van het aantal hart- en vaatziekten.

3.3.3 LDL-cholesterol

Het aantal mensen met DM2 en een normaal LDL-cholesterol is, na een stijging in de voorafgaande jaren, in 2016 gedaald: in 2016 had 63,7% (2015: 66,4%) van de mensen met DM2 een LDL-cholesterol onder de streefwaarde (≤ 2.5 mmol/mol). Het is niet geheel duidelijk wat hiervan de oorzaak is. In 2016 gebruikte 74,9% van de mensen met DM2 cholesterol verlagende medicatie (meestal statines). Dit betekent dus dat om of nabij 10% van de patiënten een statine gebruikt met een te lage dosering of met onvoldoende sterkte of ten onrechte geen andere cholesterolverlagend middel krijgt toegevoegd.

Daarnaast wordt de toepassing van statines in een aantal situaties beperkt door de optredende bijwerkingen (en helaas ook door onterechte en onjuiste publicaties in de lekenpers). Een vaker gebruik van krachtiger werkende statines zal leiden tot een stijging van het aantal patiënten met een normaal LDL-cholesterol. Daarnaast dient gekeken te worden of er bij de groep mensen met DM2 en een verhoogd LDL zonder gebruik van een statine werkelijk alle mogelijkheden goed zijn besproken met de patiënt of dat intermitterend gebruik de bijwerkingen van statines acceptabel kunnen maken.

3.3.4 Fundusonderzoek

Bij 10,1% van de mensen met DM2 is afgelopen periode of in het verleden een retinopathie vastgesteld. Dit cijfer is hoger dan in de afgelopen jaren, omdat nu cumulatief wordt weergegeven hoeveel patiënten bekend zijn met retinopathie. Mensen met een (pre)proliferatieve retinopathie en (diabetische) maculopathie zijn onder controle bij de oogarts.

3.3.5 Roken

Het aantal rokende mensen met DM2 daalt langzaam, maar wel zeker: 13,4% van de patiënten rookt nog, een daling van 3,6% vergeleken met 2010. Zowel op individuele basis (H-MIS) als op groepsbasis zullen huisarts en praktijkondersteuner zich blijven inzetten om deze groep verder te verkleinen. Van de rokende mensen met DM2 is in 2015 7,6% gestopt met roken.

3.3.6 BMI

De trend lijkt gezet: het aantal mensen met DM2 en een normaal gewicht stijgt langzaam. Het aantal mensen met DM2 en een normaal gewicht is van 2010 tot 2016 toegenomen van 12,1% naar 17,5%. Ook is er een vermindering van mensen met een BMI ≥ 35 (van 16,0 naar 13,2%).

3.3.7 Voetonderzoek

Sims classificatie	2012	2013	2014	2015	2016
0	81.5	78.4	74.1	72.6	72
1	8.6	7.6	7.9	6.5	6.4
2	4.4	11.8	14.0	15.9	16.7
3	1.3	2.2	4.0	4.9	4.9

Tabel 9: verdeling Sims classificatie DM2 in %

Bij 28% van de mensen met DM2 wordt een afwijkende Sims classificatie (1 of hoger) vastgesteld. Het jaarlijks voetonderzoek wordt bij PoZoB verricht door de eerstelijns diagnostische centra. Dit maakt een systematische uitvoering van het voetonderzoek mogelijk met een nauwkeurige vaststelling van de Sims classificatie. Het aantal patiënten met een Sims 2 classificatie is de laatste jaren duidelijk toegenomen, van 4.4% naar 16,9%. Vooral de aandacht voor verhoogde druk en verbeterde registratie zijn de meest waarschijnlijke oorzaken van deze toename.

Bij het begrip 'verhoogde druk' en 'doorgemaakt voetulcus' zijn er soms interpretatieverschillen tussen zorgverleners onderling. Het afgelopen jaar is aandacht besteed aan een betere validering van de Sims classificatie, in overleg met de eerstelijns diagnostische centra.

Het is niet eenvoudig om betrouwbare cijfers over het aantal amputaties te verzamelen. In Nederland ontbreekt een goed registratiesysteem voor amputaties. Van de 8268 mensen met DM2 waarbij (in Care2U) geregistreerd staat of er wel/geen voetulcus aanwezig is, heeft 0,7% een voetulcus.

3.3.8 GLP-1 project

In 2012 is gestart met het GLP-1 project. Bij een vooraf zorgvuldig gedefinieerde groep mensen met DM2 (o.a. maximale orale medicatie, BMI ≥ 35) kan zonder verwijzing naar de tweedelijns een GLP-1 analoog worden gestart in de eerstelijns. De indicatie wordt vooraf getoetst en bij de start worden huisarts en praktijkondersteuner ondersteund door een diabetesverpleegkundige.

Onlangs zijn de resultaten van 3 jaar gebruik van een GLP-1 analoog in de eerstelijns geëvalueerd.

De belangrijkste conclusies zijn:

- op basis van een goede selectie en voorbespreking is het starten met een GLP-1 analoog in de eerstelijns goed mogelijk;
- belangrijke voorwaarden zijn zorgvuldige indicatiestelling en goede begeleiding van patiënt, huisarts en praktijkondersteuner;
- het belangrijkste winstpunt bij het starten van een behandeling met een GLP-1 analoog in de eerstelijns is gelegen in de continuïteit van zorg: de normale diabetescontroles, fundus- en voetcontroles kunnen binnen de eerstelijns worden voortgezet. Daarnaast is er een kostenbesparing mogelijk, omdat er geen tweedelijns DBC wordt geopend;

- het (voortgezet) gebruik van een GLP-1 analoog wordt beperkt door een hoge uitval als gevolg van onvoldoende effect en (vooral gastro-intestinale) bijwerkingen. Ruim 40% van de patiënten stopt binnen één jaar en na 3 jaar gebruikt nog slechts een kwart van de patiënten een GLP-1 analoog;
- bij een deel van de patiënten wordt een redelijk behandelresultaat bereikt, met als groot voordeel dat zelfcontrole van bloedglucosewaarden niet noodzakelijk is.

Vanaf 1 januari 2017 komen mensen met onvoldoende glykemische controle bij gebruik van een langwerkende insuline en een BMI boven de 30 in aanmerking voor vergoeding van een behandeling met een GLP-1 analoog. Het zou wenselijk zijn om ook bij deze groep mensen in de eerstelijns te kunnen starten met een GLP-1 analoog.

3.3.9 Co-morbiditeit

De co-morbiditeit is in 2014 voor het eerst gerapporteerd. Waarschijnlijk is er sprake van enige onderrapportage: soms wordt bij het optreden van een complicatie geen nieuwe ICPC-code in het HIS genoteerd. De meeste praktijken zullen een CVA/TIA en myocardinfarct als apart probleem noteren. Niet alle praktijken noteren een nierinsufficiëntie (gedaalde MDRD of albuminurie) als een apart probleem in het HIS. De incidentie van cardiovasculaire complicaties (CVA, TIA, myocardinfarct) bij mensen met DM2 was in 2014 1,3%, in 2015 1,1% en in 2016 1,2%.

Co-morbiditeit	Prevalentie 2014	Incidentie 2014	Prevalentie 2015	Incidentie 2015	Prevalentie 2016	Incidentie 2016
CVA	6.0	0.5	6.0	0.5	6.0	0.5
TIA	4.4	0.5	4.4	0.3	4.9	0.4
Acuut Myocard Infarct	7.7	0.3	8.0	0.3	8.5	0.3
Nierinsufficiëntie	11.9	1.8	11.1	1.5	11.3	1.3

Tabel10: co-morbiditeit DM2 in %

3.4 Discussie, conclusies en verbeterpunten

3.4.1 Discussie en conclusies

Procesindicatoren

Bij vrijwel alle mensen met DM2 worden gegevens over glykemische instelling, bloeddruk, lipiden, nierfunctie, rookgedrag en BMI verzameld. Hiermee is een uitstekend en waarschijnlijk maximaal resultaat behaald. De funduscontrole is de enige procesindicator die voor verbetering vatbaar is, zie onder bij verbeterpunten (3.4.2).

Uitkomstindicatoren

HbA1c

Het aantal mensen met DM2 en een HbA1c < 53 mmol/mol daalt sinds 2013. Dit is een gevolg van de adviezen van de in dat jaar verschenen NHG-standaard Diabetes Mellitus type 2. Bij mensen ouder dan 70 jaar, bij mensen met belangrijke co-morbiditeit en bij kwetsbare ouderen geeft een strikte glykemische regulatie meer nadelen dan voordelen.

Het aantal mensen met DM2 en een slechte glykemische instelling is iets gedaald: 6,1% van de mensen met DM2 heeft een HbA1c >69 mmol/mol. Deze groep patiënten moet zo klein mogelijk zijn en

een HbA1c > 69 is daarom één van de aandachtspunten van de spiegelinformatie, die elke huisarts jaarlijks gepresenteerd krijgt.

Bloeddruk

Bij 66,8% van de mensen met DM2 is de bloeddruk goed geregeld. Daarnaast is bekend dat er bij 20-25% van de mensen met een verhoogde bloeddruk sprake is van witte jassen hypertensie. Er is nog wel veel praktijkvariatie: in een deel van de huisartspraktijken heeft 80-90% van de mensen met DM2 een goede instelling van de bloeddruk bereikt, terwijl sommige praktijken duidelijk slechter presteren. Vanuit PoZoB is er veel aandacht voor praktijkvariatie.

LDL-cholesterol

Het percentage mensen met DM2 en een normaal LDL-cholesterol is, na een stijging in de voorafgaande jaren, in 2016 gedaald: in 2016 had 63,7% (2015: 66,4%) van de mensen met DM2 een LDL-cholesterol onder de streefwaarde (≤ 2.5 mmol/mol). Het is niet geheel duidelijk wat hiervan de oorzaak is. In 2016 gebruikte 74,9% van de mensen met DM2 cholesterol verlagende medicatie (meestal statines). Dit betekent dus dat om en nabij 10% van de patiënten een statine gebruikt met een te lage dosering of met onvoldoende sterkte. Een vaker gebruik van krachtiger werkende statines (evt. intermitterend te gebruiken) zal leiden tot een stijging van het aantal patiënten met een normaal LDL-cholesterol. In het rosuvastatineproject is in 2016 de focus gelegd op het terugbrengen van het ondoelmatig voorschrijven van rosuvastatine (een krachtig werkende, maar dure statine). Het project heeft geleid tot een geringe afname van het aantal voorschriften voor dit geneesmiddel. Bij het omzetten naar een ander statine zal het LDL-gehalte (tijdelijk) kunnen stijgen indien blijkt dat het resultaat op het LDL onvoldoende is en het nieuwe middel moet worden verhoogd in dosering of omgezet naar een ander sterker werkend middel. Als andere “bijwerking” van dit project zullen veel huisartsen aarzeling hebben ervaren om het PoZoB-formularium te volgen bij de stap naar een krachtiger werkende statine. Alle genoemde factoren hebben invloed gehad op de daling van het aantal mensen met en LDL-cholesterol onder de streefwaarde.

BMI

De trend lijkt gezet: het aantal mensen met DM2 en een normaal gewicht stijgt langzaam. Het aantal mensen met DM2 en een normaal gewicht is in de periode 2010-2016 toegenomen van 12,1% naar 17,5%. Ook is er in dezelfde tijd sprake van een vermindering van mensen met een BMI ≥ 35 (van 16,0 naar 13,2). Maatschappelijke factoren lijken hierbij een rol te spelen, er is meer aandacht voor gezonde voeding en voldoende bewegen. Een klein deel van de mensen met DM2 en een BMI ≥ 35 kiest voor een bariatrisch-chirurgische operatie. Verbetering van leefstijl is een essentieel onderdeel van de begeleiding door praktijkondersteuners. In de jaarlijkse clusterbijeenkomsten tussen praktijkondersteuners en diëtisten is structureel aandacht voor een goede onderlinge samenwerking. Tijdens deze besprekingen worden ook cijfers gepresenteerd over de mate waarin huisartspraktijken verwijzen naar een diëtist. Al met al is de inzet van diëtisten de laatste jaren fors toegenomen. Het succes van het leefstijlprogramma “Keer diabetes om” geeft een indicatie dat er op het gebied van leefstijlverbetering nog een wereld te winnen is.

3.4.2 Verbeterpunten

In 2015 hebben we onderstaande verbeterpunten geformuleerd. Bij deze verbeterpunten staat (cursief) aangegeven wat daarvan in 2016 is gerealiseerd of doorloopt in 2017.

1. Doorontwikkeling Eerstelijns Plus, met
 - verdere implementatie in de huisartsenpraktijk van de consultatie van de stafarts van PoZoB en de digitale en fysieke consultatie van de internist;

- verdere substitutie van diabeteszorg van tweede naar eerstelijns.

De internisten van het MMC worden ingezet bij digitale consultatie, fysieke consultatie en aanwezigheid bij C&F bijeenkomsten. In 2016 zijn er 74 digitale en 19 fysieke consultaties door de internist uitgevoerd. Het is de bedoeling dat deze consultaties in 2017 ook voor de andere ziekenhuizen in de regio worden ingericht. Daarnaast vinden er binnenkort transmurale casuïstiek besprekingen plaats. Binnen deze besprekingen tussen huisarts, praktijkondersteuner, DVK, internist en kaderhuisarts wordt aan de hand van het praktijkoverzicht gekeken of er bij de patiënten, die de huisarts behandelt, middels consultatie van kaderarts of internist verbetering bereikt kan worden. Daarnaast wordt bij de patiënten onder behandeling bij de internist bekeken of huisarts en praktijkondersteuner de behandeling kunnen overnemen.

2. Validering van de Sims classificatie en verminderen praktijkvariatie bij dienstencentra en podotherapeuten m.b.t. het vaststellen van de Sims classificatie.
3. Uniformeren protocol en werkwijze voetscreening door dienstencentra.

In 2016 is bij ruim 90% van de mensen met DM2 een voetonderzoek uitgevoerd. Het jaarlijks screenend voetonderzoek wordt uitgevoerd door de eerstelijns diagnostische centra, podotherapeuten en praktijkondersteuners. Het afgelopen jaar is aandacht besteed aan een validering van de Sims classificatie, uniformering van het voetonderzoek en verbetering van de patiënteducatie.

4. Verbetering samenwerking bij de behandeling van een diabetisch voetulcus en verdere implementatie van de RTA.

Op initiatief van PoZoB is in januari 2016 de RTA Diabetisch Voetulcus in werking getreden, een transmurale afspraak tussen de eerste en tweedelijns met nadruk op een tijdige verwijzing naar een multidisciplinair voetenteam bij het ontstaan van een voetulcus en daarnaast voor terugverwijzing naar de eerstelijns met afspraken voor een goede follow-up door de podotherapeut en huisartsenpraktijk. Uit meerdere onderzoeken blijkt een reductie van 45-80% in het aantal amputaties (vooral in het aantal amputaties boven de enkel) mogelijk en haalbaar. PoZoB is in gesprek met ziektekostenverzekeraars om tot een betrouwbare registratie van het aantal amputaties te komen.

5. (Verdere) verbetering registratie fundusscreening op de huisartspraktijken en verslaglegging fundusregistratie door oogartsen

De afgelopen twee jaar is bij 80% van de mensen met DM2 een fundusonderzoek verricht. Het blijft lastig om hier hogere cijfers te realiseren. Een deel van de mensen met DM2 is onder jaarlijkse controle van de oogarts in verband met diabetische retinopathie en andere oogheelkundige problemen zoals cataract, glaucoom, maculadegeneratie en andere netvliesproblemen. Een nog steeds aanwezig probleem is dat de huisarts bij een deel van deze patiënten geen bericht van de oogarts ontvangt en dat bij een kleiner deel de ontvangen uitslag niet goed wordt weggeschreven in het HIS.

Vermoedelijk zal dit jaar een nieuwe landelijke richtlijn diabetische retinopathie worden gepubliceerd, met daarin een duidelijker classificatie en een lagere herhalingsfrequentie (fundusfoto 1x per drie jaar). Op dit moment wordt een deel van de patiënten door oogartsen te frequent gecontroleerd, waardoor menskracht en geld wordt verspild. Een duidelijke opstelling van de ziektekostenverzekeraars, waarbij screening van diabetische retinopathie door oogartsen niet

meer wordt vergoed en bij voorkeur plaatsvindt door middel van een fundusfoto kan zorggroepen helpen om een verbeterde registratie te realiseren.

PoZoB stelt daarbij de volgende wijziging voor:

- bij alle patiënten met DM2 zorgt de huisarts voor een adequate funduscontrole, dus ook bij patiënten met DM2 die vanwege andere oogheelkundige problemen onder controle zijn bij de oogarts;
- de enige uitzondering wordt gemaakt voor patiënten met DM2 die vanwege diabetische netvliesafwijkingen verwezen zijn naar de oogarts. Dit betreft dus uitsluitend patiënten met diabetische retinopathie en diabetisch macula-oedeem. Bij deze patiënten is de oogarts verantwoordelijk voor een adequate follow-up volgens de geldende richtlijnen;
- in plaatsen waar de reisafstand een belemmering vormt, wordt bekeken of de lokale opticien/optometrist kan worden ingeschakeld voor het maken van een fundusfoto.

De nieuwe landelijke richtlijn 'Retinopathie' zal vermoedelijk dit jaar worden gepubliceerd. In deze richtlijn staan variabele herhalingstermijnen vermeld. Het is van belang dat praktijkondersteuners deze variabele termijn in de individuele behandelplannen in Care2U kunnen invoeren (op dit moment kan dit nog niet). Na het gereed komen van de nieuwe richtlijn willen we in overleg gaan met de oogartsen over de rapportages en het terugverwijzen van patiënten zonder oogheelkundige co-morbiditeit. Dit zal tot kostenbesparing kunnen leiden en zorggroepen helpen bij het verbeteren van de registratie.

6. Verdere daling van het aantal HbA1c-bepalingen per patiënt per jaar naar 2.2.

Bij PoZoB was het aantal HbA1c-bepalingen bij mensen met DM2 te hoog in verhouding tot de bestaande richtlijnen. Om dit te verlagen is het onderwerp met alle praktijkondersteuners en op de C&F bijeenkomsten besproken en zijn er door de expertleden praktijkbezoeken afgelegd. Dit heeft geresulteerd in een daling van het aantal HbA1c-bepalingen per patiënt van 2,9 in 2013 naar 2,2 op dit moment. Hiermee is een goede balans bereikt tussen het aantal bepalingen van de nuchtere glucosewaarde en het HbA1c.

7. Evaluatie GLP-1 verstrekking in de eerstelijns (effecten op korte en langere termijn)

Bij zorggroep PoZoB bestaat sinds 2012 de mogelijkheid voor huisartsen om, na consultatie van de zorggroep, te starten met een GLP-1 analoog. Onlangs hebben we de resultaten van 3 jaar gebruik van een GLP-1 analoog in de eerstelijns geëvalueerd. De belangrijkste conclusies waren dat het op basis van een goede selectie en voorbespreking mogelijk is om te starten met een GLP-1 analoog in de eerstelijns. Het belangrijkste winstpunt is gelegen in de continuïteit van zorg: de normale diabetescontroles, fundus- en voetcontroles kunnen worden voortgezet. Daarnaast is er een kostenbesparing, omdat er geen tweedelijns DBC wordt geopend. In meerdere richtlijnen is een grotere plaats voor GLP-1 analogen ingeruimd, ook bij lagere BMI-waarden. Te verwachten is dat het gebruik van GLP-1 analogen de komende jaren zal toenemen en het is in dit licht van belang dat de mogelijkheid om in de eerstelijns te starten met een GLP-1 analoog gehandhaafd blijft.

8. Verdere intensivering samenwerking ketenpartners.

Intensivering van de samenwerking met onze ketenpartners vindt op meerdere wijzen plaats:

- met voetenteams uit alle regionale ziekenhuizen, podotherapeuten en pedicures wordt intensief samengewerkt rond de behandeling van diabetische voetproblematiek. Er zijn meerdere overlegsituaties (werkgroep voetzorg en begeleidingscommissie RTA Diabetische Voet).

- met regionale diëtisten is er structureel overleg
- met internisten vindt overleg plaats rond het Eerstelij plus project: fysieke en digitale consultaties, ontschotting.

9. Verdere implementatie van de kwaliteitscyclus op de praktijk met behulp van het vernieuwde indicatoren overzicht met als doel de kwaliteit van de zorg te vergroten en praktijkvariatie te verminderen.

Het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg is een belangrijk speerpunt voor PoZoB. In hoofdstuk 1.4.1 is het beleid rond de kwaliteitscyclus, jaarplannen en beleid bij verbeterpraktijken nader toegelicht. Het belangrijkste doel van dit beleid is het verminderen van de praktijkvariatie door begeleiding van zwakker presterende huisartspraktijken en door gebruik te maken van best practices.

10. Inventariseren specifieke scholingsbehoefte bij huisartsen/praktijkondersteuners om in 2017 meer scholing op niveau te kunnen aanbieden.

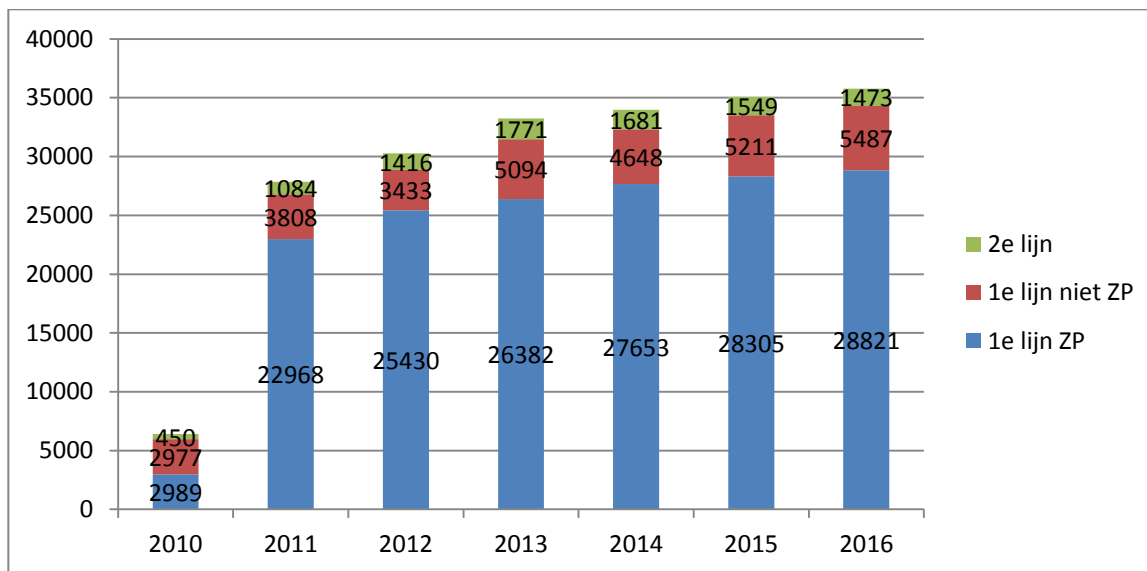
Het is ons voornemen om in 2017 een verdiepingsscholing voor huisartsen en praktijkondersteuners op te zetten met daarbij de verplichting deze scholing één keer per drie jaar te volgen.

Voor 2017 hebben we de volgende verbeterpunten geformuleerd:

1. Doorontwikkeling Eerstelij Plus, met:
 - verdere implementatie in de huisartsenpraktijk van de consultatie van de stafarts van PoZoB en de digitale en fysieke consultatie van de internist;
 - verdere substitutie van diabeteszorg van tweede naar eerstelij (verticale integratie), transmurale casuïstiekbesprekingen;
 - verkenning van een transmuraal zorgpad en gezamenlijk budget met het MMC, inclusief een gemeenschappelijke opzet van versterking van zelfmanagement en gebruik van MGP.
2. Op grond van een evaluatie van de gunstige trend rondom BMI willen we als PoZoB inspelen op de maatschappelijke trend naar gezondere leefstijl, voeding en elementen van bv Keerdiabetes2om. Door bv. elementen daarvan in een "lightvorm" aan te bieden (bewegen en koolhydraatbeperking). Veel diëtisten maken overigens nu al gebruik van deze voedingsadviezen met koolhydraatbeperking.
3. Starten met deelname aan 'Keer diabetes2 om': een intensief, twee jaar durend leefstijl programma. Vooralsnog kan dit alleen bij VGZ-verzekerden. Het zou wenselijk zijn wanneer ook CZ-verzekerden in staat worden gesteld dit (veelbelovende) leefstijlprogramma te volgen.
4. Fundusonderzoek: de huisartspraktijk zorgt bij alle patiënten met DM2 voor een adequate funduscontrole cf. de nieuwe richtlijn Diabetische retinopathie (m.u.v. patiënten die verwezen zijn vanwege diabetes gerelateerde retina-afwijkingen).
5. Continueren van de begeleiding bij de implementatie van de RTA diabetische voet. Het opzetten van een betrouwbare registratie van het aantal amputaties bij mensen met DM2, in overleg met de ziektekostenverzekeraars.

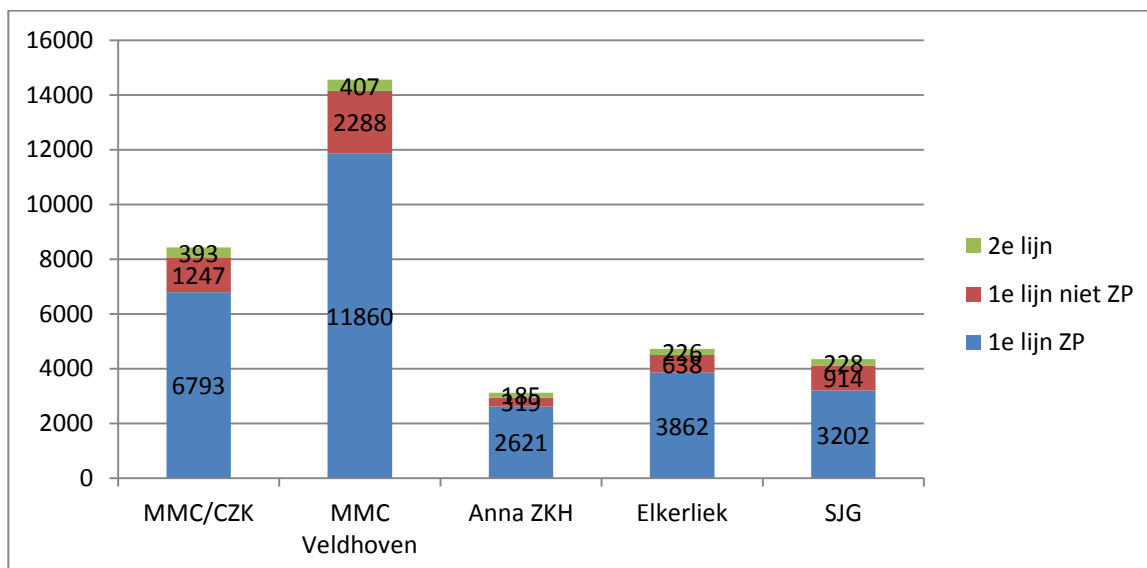
4 Zorgprogramma CVRM

4.1 Populatie



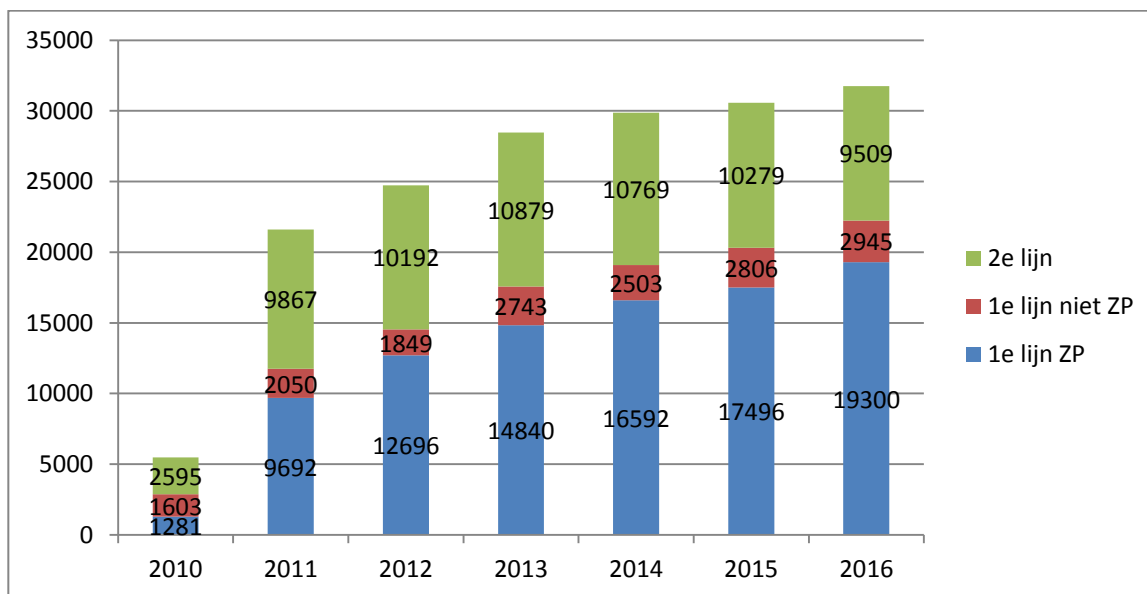
Grafiek 5: verdeling patiëntenpopulatie VVR

Vanaf 2013 daalt het percentage patiënten met een verhoogd vasculair risico (VVR) in de tweedelijns licht van 5,3% naar 4,1% (zie grafiek 5).



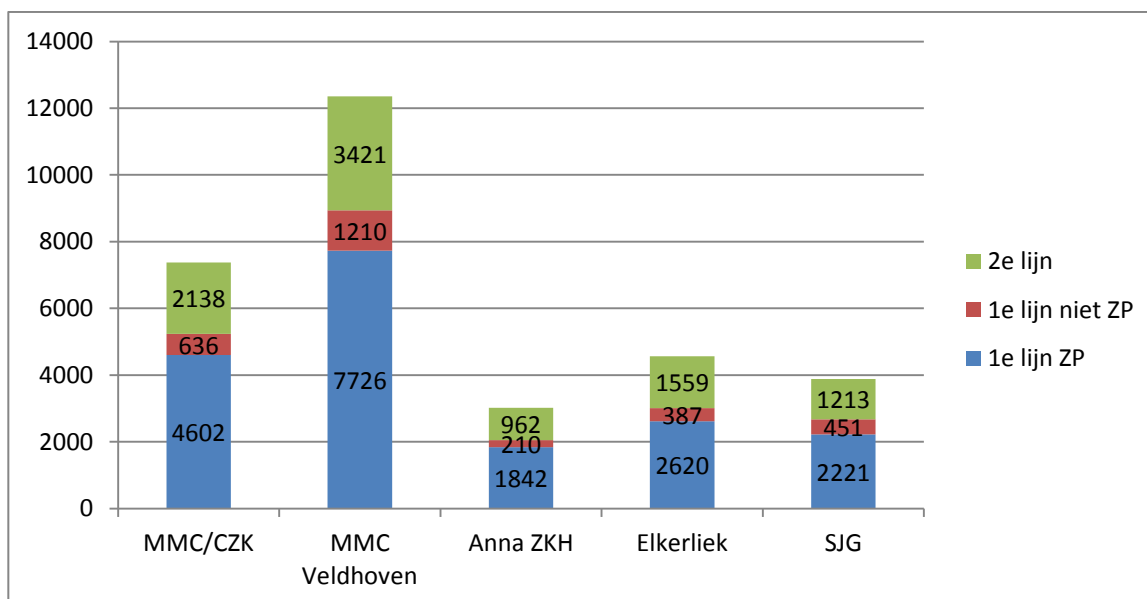
Grafiek 6: verdeling patiëntenpopulatie VVR per regio

In grafiek 6 valt op dat het aantal VVR patiënten dat onder behandeling is in de tweedelijns bij alle ziekenhuizen tussen 4,7% en 5,9% ligt, behalve in het MMC Veldhoven waar dit percentage 2,8% is.



Grafiek 7: verdeling patiëntenpopulatie CVZ

Vanaf 2013 daalt het percentage patiënten met cardio vasculaire aandoening) in de tweedelijin met 2% per jaar van 38% in 2013 naar 30% in 2016 (zie grafiek 7).



Grafiek 8: verdeling patiëntenpopulatie CVZ per regio

In grafiek 8 valt op dat de percentages CVZ patiënten in de tweedelijin nogal verschillen: in het Catharina en het Maxima zijn deze respectievelijk 29,0% en 27,7%, in het Anna, Elkerliek en SJG zijn deze percentages respectievelijk 31,9%, 34,1% en 31,2%. Het lijkt er op dat de grotere ziekenhuizen meer CVZ patiënten terugverwijzen naar de eerstelijin dan de kleinere perifere ziekenhuizen.

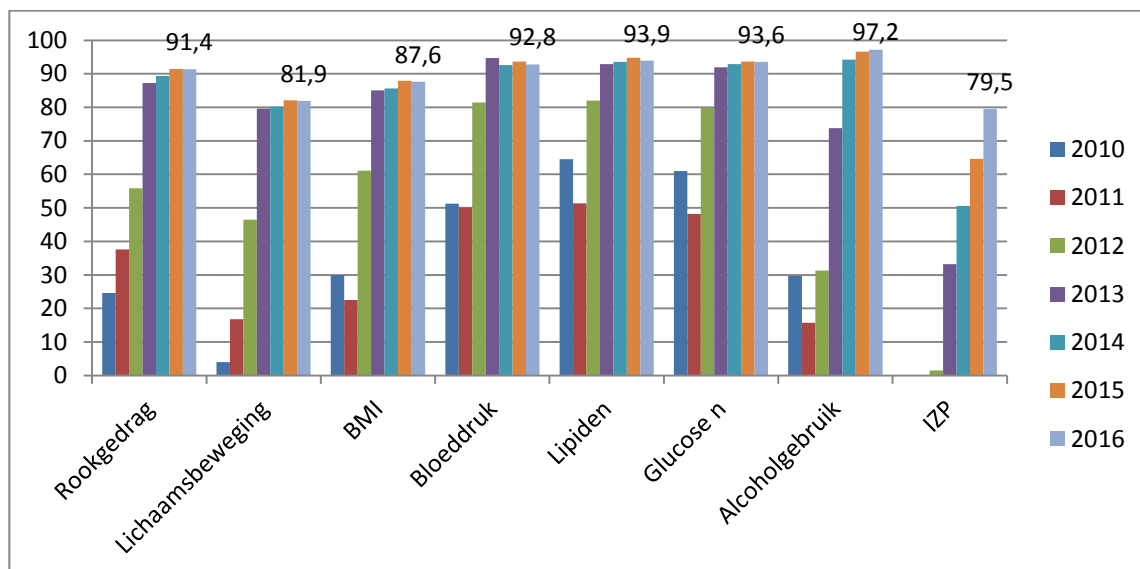
Eind 2016 kwamen 67.535 patiënten uit de bij PoZoB aangesloten huisartsenpraktijken in aanmerking voor cardiovasculair risicomangement (VVR en CVZ). De totale prevalentie was 15,6%. Dit is een toename van 1.823 patiënten ten opzichte van een jaar eerder. Zowel de jaarlijkse toename als de

prevalentie is gelijk aan 2015. De toename lijkt daarmee vooral te worden verklaard door het aansluiten van nieuwe huisartsenpraktijken ofwel uitbreiding van het patiëntenbestand van enkele praktijken. De gemiddelde leeftijd is 68,9 jaar (2015: 69 jaar).

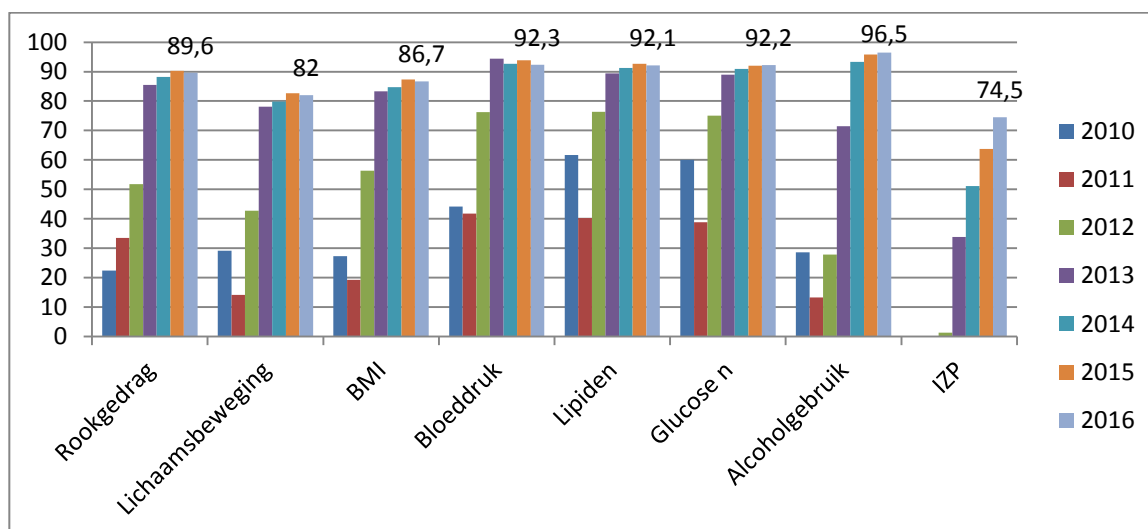
Van de 67.535 patiënten die eind december 2016 in aanmerking komen voor cardiovasculair risicomanagement (VVR en CVZ) neemt 71,2% deel aan het zorgprogramma (2015: 69,7%). Het percentage patiënten dat voor cardiovasculair risicomanagement in de tweedelijin gezien wordt is in 2016 16,2% en is daarmee opnieuw gedaald (2015: 18,0%). In absolute zin is dit een daling van ongeveer 845 patiënten. Dit volgt de visie van de regionale cardiologen en de transmurale afspraak om stabiele CVZ-patiënten voor CVRM terug te verwijzen naar de huisartspraktijk. Het percentage patiënten dat niet meer aan het zorgprogramma deelneemt is 12,5%. (2015: 12,2%). Een deel van deze patiënten is overgegaan naar het zorgprogramma kwetsbare ouderen. Het percentage VVR patiënten in het zorgprogramma is iets teruggedaald: 59,9 % (2015: 61,8%). Het percentage CVZ patiënten daarentegen is iets gestegen naar 40,1% (2015: 38,2%). Hoeveel patiënten in aanmerking komen voor “Shared care” is op basis van de nu beschikbare cijfers nog niet duidelijk.

4.2 Procesindicatoren

Het hoge registratiepercentage van bijna alle procesindicatoren is zowel in de VVR als in de CVZ populatie nauwelijks veranderd. Bijna alle indicatoren blijven ruim boven de 90%, behalve “Lichaamsbeweging” en “BMI” die iets onder de 90% zitten.



Grafiek 9: procesindicatoren VVR in %



Grafiek 10: procesindicatoren CVZ in %

Het hoge registratiepercentage van bijna alle procesindicatoren is zowel in de VVR als in de CVZ populatie nauwelijks veranderd. Bijna alle indicatoren blijven ruim boven de 90%, behalve “Lichaamsbeweging” en “BMI” die iets onder de 90% zitten.

Individueel Zorg Plan (IZP)

De registratie van het IZP is wel fors gestegen in zowel de VVR als in de CVZ groep, in 2016 resp. 79,5 en 74,5%. In 2015 waren deze percentages 64,6% en 63,7%. Dit betekent dat ongeveer driekwart van de patiënten een IZP heeft waarin ze zelf, in samenspraak met de praktijkondersteuner of huisarts doelen formuleren en daar gezamenlijk aan werken. Ruim 95% van de patiënten met een IZP heeft daadwerkelijk minimaal 1 doel vastgelegd.

Geneesmiddelen

Geneesmiddel VVR	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antihypertensiva	x	72.9	74.7	74.7	74.0	73
Cholesterol verlagende middelen	x	41.0	44.4	50.1	50.4	51.6
Antistolling	11.5	11.5	7.4	6.6	6.1	6.1
Antitrombotica	x	19.3	12.1	10.6	10.5	10.1
NSAID	x	24.6	23.9	22.4	22.5	22.5
Antidepressiva	x	8.5	8.3	8.2	8.4	8.8

Tabel 11: geneesmiddelen VVR in %

Het medicatiegebruik in de VVR populatie lijkt niet noemenswaardig veranderd, het percentage patiënten wat een antihypertensivum gebruikt is 1% gedaald, het percentage cholesterolgebruikers is 1,2% gestegen: bijna driekwart van de VVR patiënten gebruikt een of meerdere antihypertensiva en ruim de helft van de patiënten gebruikt een cholesterolverlagend middel. De percentages antihypertensiva zijn de laatste jaren stabiel. Het percentage cholesterolverlagers is na een enorme

verbetering tussen 2012 en 2014 de laatste jaren gelijk gebleven. Het lijkt dus niet eenvoudig om meer mensen zonder hartvaatziekte te overtuigen van de noodzaak van cholesterolverlaging.

Geneesmiddel CVZ	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antihypertensiva	x	76.9	77.0	77.7	77.3	78.4
Cholesterol verlagende middelen	x	65.0	66.3	67.5	67.7	71.7
Antistolling	52.1	51.3	48.4	48.0	47.8	53.3
Antitrombotica	x	78.5	76.3	76.1	76.1	80.5
NSAID	x	22.3	19.2	17.8	17.8	17.3
Antidepressiva	x	10.4	9.7	9.7	9.5	9.8

Tabel 12: geneesmiddelen CVZ in %

In de CVZ populatie blijft vooral het percentage patiënten dat cholesterolverlagers gebruik verder stijgen: van 67,7% naar 71,7%. Dit is een goede zaak: de noodzaak van statinegebruik na een event is onomstreden. Het betekent ook dat nog steeds bijna 30% van de CVZ patiënten geen statine gebruikt: daar is nog ruimte voor verbetering, ook gezien de bereikte resultaten bij de diabetespopulatie. Het is een goede zaak dat het gebruik van NSAID's in deze populatie langzaam afneemt.

4.3 Uitkomstindicatoren

4.3.1 BMI

BMI	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
VVR BMI < 25	22.6	24.5	27.8	28.3	28.2	27.9	28.2
VVR 25 ≤ BMI < 30	46.1	48.3	46.8	47.2	47.7	47.4	47.1
VVR 30 ≤ BMI < 35	23.0	19.8	19.3	18.5	18.4	18.6	18.5
VVR BMI ≥ 35	8.3	7.4	6.1	5.91	5.7	6.0	6.1
CVZ BMI < 25	30.0	29.8	31.4	31.7	31.3	31.9	31.6
CVZ 25 ≤ BMI < 30	47.1	47.9	46.2	46.8	46.5	46.1	46.3
CVZ 30 ≤ BMI < 35	18.9	17.3	17.8	16.7	17.3	16.9	17.1
CVZ BMI ≥ 35	4.0	4.9	4.6	4.8	4.9	5.0	4.9

Tabel 13: BMI CVRM in %

Het percentage patiënten met een BMI lager of gelijk aan 25 is zowel in de VVR als in de CVZ – populatie in de laatste jaren nauwelijks veranderd: rond de 28 in de VVR populatie, rond de 31,5 in de CVZ populatie.

Tussen 2010 en 2016 is het percentage VVR patiënten met een BMI>30 wel duidelijk afgenomen (van 31,3 naar 24,6) en met een BMI<25 fors toegenomen van 22,6 naar 28,2: een goed resultaat!

In de CVZ groep is deze trend niet waarneembaar.

4.3.2 Systolische bloeddruk (SBD)

Uitkomst indicator	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
VVR RR ≤ 140 (80-)	x	57.4	59.8	63.1	64.9	68.4	69.9
VVR RR ≤ 160 (80+)	x	x	78.9	80.2	90.7	89.9	90.4
CVZ RR ≤ 140 (80-)	x	61.9	63.7	66.2	67.1	70.7	73
CVZ RR ≤ 160 (80+)	x	x	81.9	84.0	90.8	90.1	90.6

Tabel 14: SDB CVRM in %

Het is verheugend om te zien dat het percentage patiënten onder de 80 jaar wat een goed ingestelde bloeddruk heeft, blijft stijgen. Dit is zowel in de VVR als in de CVZ populatie het geval. Het percentage patiënten op streefwaarde boven de 80 jaar ligt al enkele jaren stabiel rond de 90%, zowel in de VVR als in de CVZ populatie.

Geschat wordt dat 20-25% van de mensen met een verhoogde bloeddruk een witte jassen hypertensie heeft, waarbij thuismeting van de bloeddruk, seriële automatische praktijkbloeddrukmeting of 24-uurs bloeddrukmetingen normale waarden opleveren.

Dit betekent dat, gevoegd bij de 70-73% mensen met VVR/CVZ en een normale bloeddruk, bij verreweg de meeste mensen met DM2 gesproken mag worden van een uitstekende regeling van de bloeddruk. Bij mensen met een schijnbaar therapieresistente hypertensie (TRH, 10-15%) is het van belang om in eerste instantie een pseudo-TRH uit te sluiten door het controleren van de therapietrouw, het zoutgebruik te evalueren, bloeddruk verhogende medicatie te stoppen of te verminderen en witte jassen hypertensie uit te sluiten. In tweede instantie kan een consultatie/meeijkconsult aangevraagd worden bij de internist. Bij mensen die ouder dan 80 jaar zijn, is geen verdere verbetering te bereiken, ruim 90% heeft een bloeddruk onder de streefwaarde. De sterk verbeterde behandeling van verhoogde bloeddruk- en cholesterolwaarden zal zonder enige twijfel hebben geleid tot grote gezondheidswinst met een daling van het aantal hart- en vaatziekten.

4.3.3 Roken

Uitkomst indicator	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
VVR rookt	16.2	17.1	15.0	13.9	12.7	12.1	12
VVR gestopt afgelopen jaar	x	0.6	0.6	11.0	8.4	8.7	7.9
CVZ rookt	18.5	20.7	19.1	16.7	15.1	15.0	14.8
CVZ gestopt afgelopen jaar	x	x	0.7	12.5	8.9	8.9	6.8

Tabel 15: roken CVRM in %

Het percentage rokers is in de VVR populatie minimaal gedaald naar 12%. In 2011 rookte 17,1% van de deelnemers aan het zorgprogramma, een daling van het aantal rokers in 5 jaar tijd met ruim een kwart (28,6%). Het percentage rokers in Nederland ligt rond de 24%. Het blijft zinvol om gemotiveerde CVRM patiënten die willen stoppen met roken individuele of groepsbegeleiding aan te bieden.

4.3.4 Lipidenprofiel

Uitkomst indicator	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
VVR LDL \leq 2,5	x	x	21.0	22.4	28.6	35.8	35.5
CVZ LDL \leq 2,5	x	x	43.1	43.3	48.3	55.1	55

Tabel 16: LDL CVRM in %

Het aantal patiënten met het LDL op streefwaarde (\leq 2,5 mmol/l) is na een aantal jaren met forse stijging tot stilstand gekomen. Een goede verklaring hiervoor is er niet, want ook in het afgelopen jaar is veel aandacht besteed aan het belang van een goede instelling van het cholesterol. Een opmerkelijk feit is dat deze minimaal afbuigende trend niet alleen bij de CVZ- en de VVR-patiënten gezien wordt, maar ook bij de diabetespatiënten. Dit heeft mogelijk te maken met de omzetting van Crestor (rosuvastatine) naar een ander, minder krachtig, statine (simvastatine of atorvastatine).

In 2016 gebruikte 51,6% van de VVR en 71,7% van CVZ populatie cholesterol verlagende medicatie (meestal statines). Dit betekent dus dat 15-20% van de patiënten een statine gebruikt met een te lage dosering of met onvoldoende sterkte of ten onrechte geen andere cholesterolverlagend middel krijgt toegevoegd.

Daarnaast wordt de toepassing van statines in een aantal situaties beperkt door de optredende bijwerkingen (en helaas ook door onterechte en onjuiste publicaties in de lekenpers). Een vaker gebruik van krachtiger werkende statines zal leiden tot een stijging van het aantal patiënten met een normaal LDL-cholesterol. Daarnaast dient gekeken te worden of er bij de groep mensen met DM2 en een verhoogd LDL zonder gebruik van een statine werkelijk alle mogelijkheden goed zijn besproken met de patiënt of dat intermitterend gebruik de bijwerkingen van statines acceptabel kunnen maken.

4.3.5 Prevalentie en incidentie CVZ

Prevalentieverdeling CVZ	2012	2013	2014	2015	2016
Angina pectoris	10.4	11.3	12.3	14.1	15.7
Atriumfibrilleren	11.5	14.4	16.0	16.2	17.8
Acuut myocard infarct	12.7	13.8	14.3	14.2	15.9
Claudicatio intermittens	7.7	8.2	8.8	8.7	9.9
Decompensatio cordis	4.1	4.8	5.4	4.8	5.0
TIA	15.2	14.8	15.6	15.3	16.5
CVA	20.0	17.6	18.0	17.7	19
Nierinsufficiëntie	9.4	14.2	16.7	15.6	16.1
Aneurysma	3.0	3.4	3.8	3.9	4.2
Klepaandoening	5.5	7.1	7.3	7.4	7.0
Andere ischemische hartziekte	5.4	5.8	6.3	6.0	7.3

Tabel 17: prevalentieverdeling CVZ in %

Incidentieverdeling CVZ	2012	2013	2014	2015	2016
Angina pectoris	0.4	0.4	0.5	0.6	0.6
Atriumfibrilleren	0.8	1.0	1.5	1.1	1.0

Acuut myocard infarct	0.4	0.6	0.5	0.4	0.2
Claudicatio intermittens	0.5	0.6	0.6	0.5	0.5
Decompensatio cordis	0.5	0.8	0.9	0.7	0.6
TIA	0.6	0.7	0.8	0.5	0.6
CVA	1.1	0.7	0.7	0.8	0.4
Nierinsufficiëntie	2.1	2.5	2.3	1.4	1.2
Aneurysma	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2
Klepaandoening	0.4	0.4	0.5	0.4	0.3
Andere ischemische hartziekte	0.2	0.2	0.2	0.2	0.4

Tabel 18: incidentieverdeling CVZ in %

Tabel 17 en 18 geven een indicatie van de incidentie en prevalentie en de trend over jaren. Het is niet exact te nemen. Ook al wordt de registratie steeds nauwkeuriger, blijven nog hiaten.

O.a. te zien is dat wanneer er meer aandacht voor nierinsufficiëntie is, de prevalentie toeneemt.

4.4 Discussie, conclusies en verbeterpunten

4.4.1 Discussie en conclusies

Procesindicatoren

Het registratieniveau van 90% of meer blijft voor de meeste procesindicatoren gehandhaafd. De indicator "lichaamsbeweging" blijft iets achter en ligt bij zowel de VVR als de CVZ populatie rond de 82%. De registratie is de afgelopen jaren wel licht gestegen. Een goede verklaring waarom deze procesindicator iets achterblijft, is er niet. Wellicht is het voor de praktijkondersteuners moeilijk om goed uit te vragen of en hoeveel iemand beweegt.

Het aantal patiënten met een IZP is in 2016 fors gestegen, van 64% naar 79,5%. Dat betekent dat bij nagenoeg 4 van de 5 patiënten een begeleidingsplan opgesteld is waarin de wensen van de patiënt zijn meegenomen.

Gewicht

Uit onderzoek naar diëtetiek en gewichtsmanagement * blijkt het volgende.

- Patiënten zien de diëtiste in 75% van de gevallen als de meest aangewezen persoon om adviezen ten aanzien van gewichtsvermindering te geven. Patiënten vinden de huisarts en de POH slechts in 15% van de gevallen de meest aangewezen persoon.
- Slechts een heel klein deel (11%) van een groep patiënten met verhoogd gezondheidsrisico wil daadwerkelijke hulp bij gewichtsvermindering.
- 60% van de deelnemers voldeed niet aan de Nederlandse norm gezond bewegen (NNGB)
- 55% van de deelnemers is tevreden over het gewicht
- Van personen met een ernstig of zeer ernstig gezondheidsrisico geeft 17% aan het niet te kunnen betalen, bij 21% is afvallen in het verleden mislukt, 21% moet er teveel voor opgeven, 29% weet niet hoe ze dit moet aanpakken en 38% maakt het niet uit (veel) te zwaar te zijn.

* Jacqueline Tol: Dietetics and weight management in primary health care, Proefschrift 2015, pagina 110-115.

Tol bepleit verder het belang van gecombineerde leefstijlinterventies: voeding, bewegen en gedragsverandering. Het stellen van reële behandeldoelen wordt benadrukt. Tot slot adviseert Tol om ervoor te zorgen dat de praktijkondersteuner en de diëtiste elkaar beter leren kennen en om gewichtsvermindering in een IZP aan de orde te laten komen.

Gewicht blijkt een moeilijk beïnvloedbare factor. Sinds 2010 is het percentage VVR patiënten met een BMI < 25 fors gestegen. Hoewel deze stijging vooral in de eerste jaren plaatsvond is het daarna wel voortgezet. Voor de VVR groep als geheel geldt dat in de periode 2010-2016 het percentage patiënten met een BMI < 30 duidelijk is toegenomen ten koste van de patiënten met een BMI > 30. Deze trend is helaas binnen de CVZ groep niet zichtbaar.

Verbetering van leefstijl is een essentieel onderdeel van de begeleiding door praktijkondersteuners. In de jaarlijkse clusterbijeenkomsten tussen praktijkondersteuners en diëtisten is structureel aandacht voor een goede onderlinge samenwerking. Tijdens deze besprekingen worden ook cijfers gepresenteerd over de mate waarin huisartspraktijken verwijzen naar een diëtist. De inzet van diëtisten is de laatste jaren fors toegenomen.

Bloeddruk

Bij bloeddruk is bij steeds meer mensen met CVRM goed gereguleerd. Daarnaast is bekend dat er bij 20-25% van de mensen met een verhoogde bloeddruk sprake is van witte jassen hypertensie. Er is nog wel veel praktijkvariatie: in een deel van de huisartspraktijken heeft bij 80-90% van de mensen met CVRM een goede instelling van de bloeddruk bereikt, terwijl sommige praktijken duidelijk slechter presteren. Vanuit PoZoB is er veel aandacht voor praktijkvariatie

LDL-cholesterol

Het aantal patiënten op streefwaarde LDL is ongeveer gelijk gebleven na jaren van forse stijging, een teleurstellende ontwikkeling gezien het feit dat hier de afgelopen jaren veel aandacht voor is geweest. Terwijl het percentage patiënten dat cholesterolverlagende medicatie gebruikt bij VVR met 1,2 % en CVZ met 4% is toegenomen. Meer patiënten gebruiken een statine zonder dat er meer patiënten op streefwaarde komen. Voor de bloeddruk geldt overigens precies het omgekeerde: iets minder patiënten (1%) gebruikt een antihypertensivum, terwijl het aantal patiënten op streefwaarde licht gestegen is. Dit betekent dat de medicatie voor hypertensie waarschijnlijk geïntensiveerd is.

Het is niet geheel duidelijk wat hiervan de oorzaak is. In 2016 gebruikte 51,6% van de VVR en 71,7% van CVZ populatie cholesterol verlagende medicatie (meestal statines). Dit betekent dus dat 15-20% van de patiënten een statine gebruikt met een te lage dosering of met onvoldoende sterkte of ten onrechte geen andere cholesterolverlagend middel krijgt toegevoegd.

Een vaker gebruik van krachtiger werkende statines (evt. intermitterend te gebruiken) zal leiden tot een stijging van het aantal patiënten met een normaal LDL-cholesterol. In het rosuvastatineproject is in 2016 de focus gelegd op het terugbrengen van het ondoelmatig voorschrijven van rosuvastatine (een krachtig werkende, maar dure statine). Het project heeft geleid tot een geringe afname van het aantal voorschriften voor dit geneesmiddel. Bij het omzetten naar een ander statine zal het LDL-gehalte (tijdelijk) kunnen stijgen indien blijkt dat het resultaat op het LDL onvoldoende is en het nieuwe middel moet worden verhoogd in dosering of omgezet naar een ander sterker werkend middel. Als andere "bijwerking" van dit project zullen veel huisartsen aarzeling hebben ervaren om het PoZoB-formulier te volgen bij de stap naar een krachtiger werkende statine. Alle genoemde factoren hebben invloed gehad op de daling van het aantal mensen met en LDL-cholesterol onder de streefwaarde.

Roken

Het aantal rokers is nog verder gedaald, bij VVR van 16,2 naar 12% en bij CVZ van 18,5 naar 14,8%. Verdere daling van het aantal rokers zal enerzijds kunnen met behulp van het nieuwe project stoppen met roken (zie vooraan) en anderzijds waarschijnlijk door de overheid geïnitieerd dienen te worden in

de vorm van accijnsverhoging, terugdringen van het aantal verkooppunten en een tabaksverbod op straat.

Werkt programmatische zorg?

Sinds 2010 wordt het programma CVRM aangeboden aan de PoZoB huisartsen. In de loop van de jaren worden de uitkomsten steeds beter. Bij de zorgverzekeraar(s) blijven echter twijfels bestaan over het nut van het VVR zorgprogramma, wat betreft kosteneffectiviteit als ook het optreden van minder hart- en vaatziekten. Met de nu beschikbare data over de periode 2010-2016 wil PoZoB samen met het Julius instituut in Utrecht aantonen dat programmatische zorg meerwaarde heeft ten opzichte van reguliere zorg. De nabije toekomst zal uitwijzen of dit inderdaad het geval is.

4.4.2 Verbeterpunten

In de verantwoording over 2015 jaar zijn vijf verbeterpunten genoemd die voor 2016 en 2017 van belang werden geacht: Zorg op Maat en het IZP, een beter instelling van het LDL bij de VVR patiënten, samenwerking in de ketenzorg, CVA zorg en samenwerking met de GGZ.

1. Bij 75% van de patiënten wordt nu een IZP aangemaakt. Komend jaar zal worden ingezet om bij de specifieke doelen in het IZP ook gepaste acties te ondernemen en deze adequaat te evalueren, zo nodig bij te stellen of met een ander doel aan te vullen.
2. Instelling LDL. Het is teleurstellend dat de groei van VVR-patiënten die de LDL streefwaarde halen afgelopen jaar tot stilstand is gekomen. Dit betekent dat in nascholing en consultatie en feedback bijeenkomsten het nut en de noodzaak van verlaging onverminderd onder de aandacht moet blijven gebracht, niet alleen bij de huisarts maar ook bij de POH's. Ook zullen andere mogelijke oorzaken worden onderzocht en zo mogelijk aangepakt. Als inderdaad het rosuvastatine project een factor is, zal dat tijdelijk zijn en zal het percentage goed ingestelde mensen weer gaan toenemen. Doelstelling is om komend jaar het aantal goed ingestelde mensen met tenminste 1 % te verbeteren.
3. De samenwerking in de keten is voor diverse zorgprogramma onderdelen goed op gang gekomen. Er is constructief overleg met de cardiologen van de verschillende ziekenhuizen over samenwerking in geheel gemeenschappelijke zorgpaden om van daaruit tot werkafspraken te komen. Dit geldt voor: "Antistolling", "Atriumfibrilleren", "Hartfalen", "Kleplijden" en "Hartrevalidatie".
4. Voortgang van de substitutie van zorg bij CVZ. Installatie van het (digitale) meekijkconsult door de cardioloog.
5. Aanpak praktijkvariatie aandeel tweedelijns. Aanpak gemeenschappelijk formularium.
6. Het zorgpad "CVA" loopt in de regio als pilot en zal in 2017 in meerdere praktijken worden uitgerold. De bedoeling is dat ook het zorgpad Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV) in pilotvorm gaat starten.
7. De samenwerking met de GGZ verloopt nog onvoldoende. De steeds veranderende organisatiestructuren binnen de diverse GGZ instellingen lijken daar debet aan. Dit wordt komend jaar nader opgepakt.
8. Het resultaat bij roken willen we verbeteren, met behulp van het project Stoppen met roken op Recept, bij zowel VVR en CVZ met beiden een procent lager.

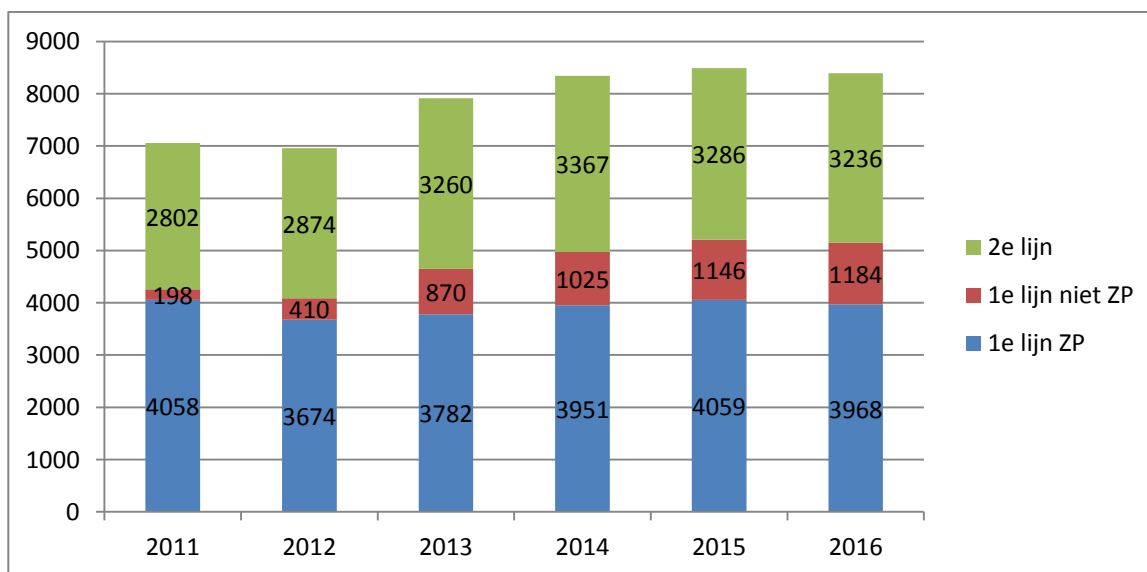
9. Op grond van een evaluatie van de gunstige trend rondom BMI willen we als PoZoB inspelen op de maatschappelijke trend naar gezondere leefstijl, voeding en elementen van bv Keerdiabetes2om. Door bv. elementen daarvan in een "lightvorm" aan te bieden (bewegen en koolhydraatbeperking). Veel diëtisten maken overigens nu al gebruik van deze voedingsadviezen met koolhydraatbeperking.

5 Zorgprogramma COPD

5.1 Populatie COPD

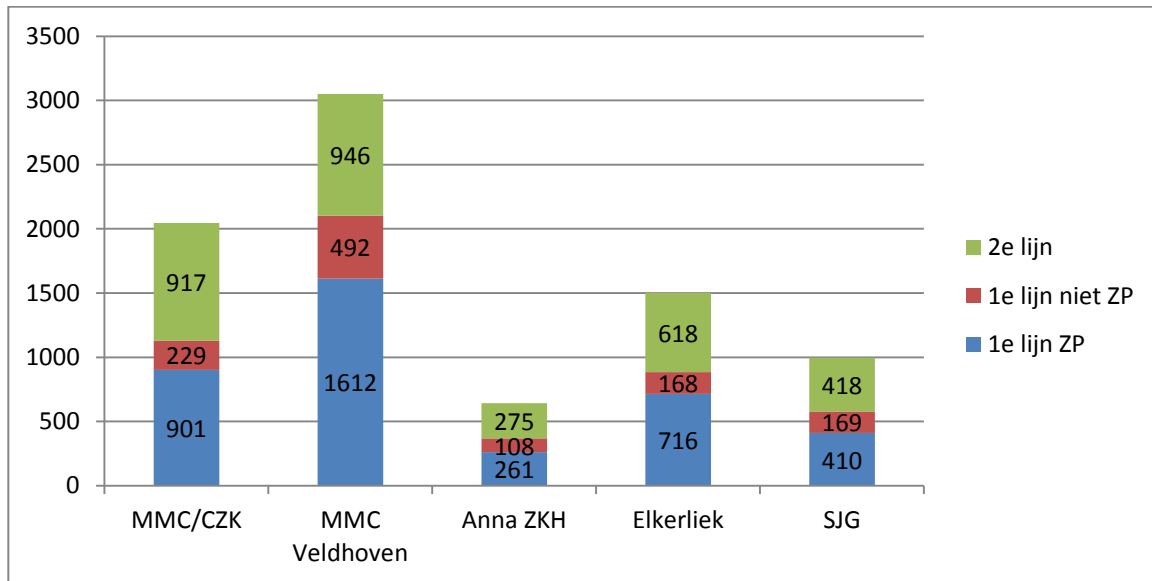
Per 31 december 2016 waren bij de huisartsenpraktijken die voor het zorgprogramma COPD bij PoZoB waren aangesloten in totaal 8.388 patiënten bekend met COPD (8.491 in 2015). De gemiddelde leeftijd bedroeg 67,5 jaar (67,6 in 2015). Ondanks een minieme afname in 2016 blijft de prevalentie al enkele jaren rond de 2,0%. Het aantal patiënten dat aan het zorgprogramma deelnam daalde in 2016 met 0,5%. In 2016 kreeg 23% van de eerstelijns patiënten geen programmatische zorg: dit percentage steeg met 3% naar 23%. Dit wordt voor 1-2% verklaard door een aantal ouderen met COPD die kwetsbaar worden en gaan deelnemen aan het zorgprogramma voor kwetsbare ouderen. Voor een ander deel wordt dit verklaard doordat meer mensen met een lichte ziektelast niet meer aan het zorgprogramma hoeven deel te nemen omdat zij zelf de aandoening kunnen managen. Afgelopen jaar daalde het aantal patiënten dat bij de longarts onder controle was met 1,5% naar 38,6%.

Eind 2016 is in samenwerking met het Radboud universitair medisch centrum afdeling Eerstelijns geneeskunde een eerste opzet gemaakt om het astma / COPD overlapsyndroom (ACOS) beter in kaart te brengen. Deze patiënten met COPD hebben een gerechtvaardigde behandelindicatie met inhalatiesteroïden (ICS), en nemen deel aan het Zorgprogramma COPD. Het onderzoek richt zich op de juiste klinische criteria om tot de diagnose ACOS te komen en wordt uitgevoerd met behulp van een wetenschappelijke stage.



Grafiek 11: verdeling patiëntenpopulatie COPD

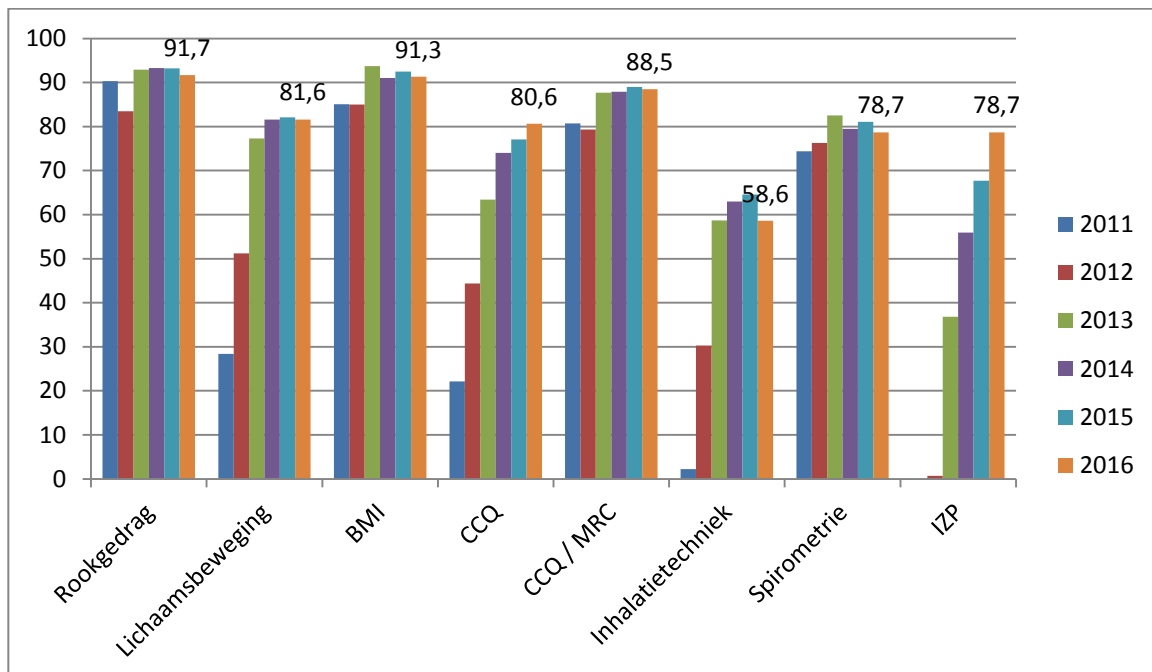
In de verdeling patiëntenpopulatie (grafiek 12) valt op dat de percentages COPD patiënten in de tweedelijns verschillen. Van de populatie rondom het MMC-Veldhoven bevindt zich 31% in de tweedelijns, bij de overige ziekenhuizen ligt dit percentage een stuk hoger (MMC/CZK, Anna Zkh, Elkerliek Zkh en SJG respectievelijk 45%, 43%, 41% en 42%).



Grafiek 12: verdeling patiëntenpopulatie COPD per regio

5.2 Procesindicatoren

De percentages voor de procesindicatoren zijn berekend over de populatie die gedurende het hele jaar opgenomen is in het zorgprogramma, dat wil zeggen 3.181 patiënten met COPD.



Grafiek 13: procesindicatoren COPD in %

Rookgedrag

Stoppen met roken is de belangrijkste interventie voor patiënten met COPD. Voor het vierde jaar op rij ligt het registratiepercentage van rookgedrag boven 90%. Dit geeft aan dat de focus op het uitvragen van het rookgedrag een structureel onderdeel is van de begeleiding van deze groep.

Lichaamsbeweging

Om dyspnoe klachten bij COPD te verminderen is het van groot belang voor patiënten met COPD om aan lichaamsbeweging te doen. Tevens heeft dit een positief effect op het behoud van spierkracht, conditie en inspanningsvermogen. Voor het derde jaar op rij ligt de registratie van lichaamsbeweging boven 80%.

BMI

BMI is geregistreerd bij meer dan 90% van de patiënten, voor het vierde jaar op rij. Hierbij lijkt, net als bij roken, een plateau fase bereikt.

De hoge percentages registratie van roken, lichaamsbeweging en BMI weerspiegelen dat aandacht voor de drie belangrijkste leefstijlfactoren integraal onderdeel uitmaken van het disease management bij COPD.

Ziektelast, Clinical COPD Questionnaire (CCQ), MRC (zie ook de aanvulling ziekte last in de bijlage 2)

Aan de hand van vier factoren wordt de ziekte last ingeschat:

- klachten en beperkingen (CCQ en/of MRC)
- frequentie van exacerbaties
- FEV1 na bronchusverwijding in % en < 1,5 l. absoluut
- voedingstoestand.

Het meten van 'klachten en beperkingen' neemt binnen de PoZoB-praktijken jaarlijks toe. In 2016 was het percentage CCQ-metingen 80,6%, een toename van 3,5% ten opzichte van 2015. We zien nog steeds een stijgende tendens.

De registratie van exacerbaties kwam in 2015 nog uit verschillende bronnen. In 2016 werd het mogelijk om deze conform de nieuwe NHG- richtlijnen te registreren in Care2U. Bij 2.105 mensen met COPD is deze registratie op betrouwbare wijze vastgelegd.

Inhalatietechniek

Door een ongewenste aanpassing in het ketenondersteuningssysteem Care2U heeft de POH de registratie van de inhalatie instructie niet consequent vastgelegd. Brede navraag in het werkveld leerde dat praktijkondersteuners elk jaar de inhalatie instructie afnemen. In oktober 2016 is die aanpassing in Care2U gecorrigeerd. Vanaf dat moment zien we in de maandmonitor het vastleggen van de inhalatietechniek weer toenemen.

Spirometrie

De digitale aansturing van de spirometrie naar het huisartsenlaboratorium Diagnostiek voor U werd in 2016 gerealiseerd. Hiermee kunnen op geleide van klachten en medicatie gebruik de

herhalingsintervallen van spirometrieën variabel worden ingeregeld tussen 1 en 3 jaar, conform de recente NHG-standaard. In 2016 werd bij 78,7 % van de ingeschreven COPD patiënten een spirometrie uitgevoerd, in 2015 bij 81%. Met deze nieuwe inrichting zal het aantal spirometrie en daadwerkelijk verder gaan dalen.

In 2016 beoordelen nagenoeg alle zelfblazende praktijken zelf de spirometrie. Via een digitale koppeling in Care2U kan eenvoudig de longarts of de zorgprogrammaverpleegkundige van PoZoB worden geraadpleegd. Het plan is om dit model met zelfbeoordeling ook uit te rollen over de niet-zelfblazende huisartspraktijken.

Individueel Zorgplan (IZP)

Het IZP maakt het mogelijk afstemming te vinden tussen de wensen van de patiënt, het protocol en het professionele inzicht van de zorgverlener. Het percentage patiënten met een IZP is gestegen. In 2015 had 67% van de patiënten een IZP. Dit is in 2016 gestegen naar 78,7% waarvan 47,5% een doel met een bijbehorende actie heeft.

Geneesmiddelen

De gegevens over inhalatiemedicatie zijn beschikbaar bij 2871 van de 3181 patiënten die aan het zorgprogramma COPD deelnam. Bij een HIS (Microhis) bleek de medicatie extractie onbetrouwbaar.

Geneesmiddel	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
ICS (monopreparaten)	x	3.2	3.3	3.7	3.3	2.8	
Combinatie (ICS combi en LWLWV)	x	43.0	37.2	41.7	43.5	42	
LWLWV	x	X	29.1	29.1	27.7	32.6	
ICS + LWLWV	x	4.8	5.6	5.5	5.7	5.1	
KWLWV	x	3.8	4.9	4.8	5.0	3.6	

Tabel 19:
geneesmiddelen COPD in %

In het zorgprogramma COPD gebruikt 86,1% een vorm van inhalatiemedicatie, opgebouwd uit 50% ICS met of zonder luchtwegverwijders en 36% alleen luchtwegverwijders.

Inhalatiecorticosteroïden worden vooral in combinatiepreparaat met (langwerkende) luchtwegverwijders gebruikt, nog maar sporadisch als monopreparaat. Zij zijn geïndiceerd bij het zogenaamd astma-COPD overlap syndroom (ACOS), wat bij 25% van de patiënten is gediagnosticeerd. Er is een indicatie voor ICS bij 2 of meer exacerbaties per jaar (bij 3,7%). Deze indicatie kan zowel ontstaan bij patiënten die reeds combinatiepreparaten met ICS gebruiken als alleen luchtwegverwijders. Bij ruim 20-25% van de patiënten is de indicatie op dit moment niet duidelijk. Dit is onderwerp van de ACOS-studie zoals eerder vermeld.

5.3 Uitkomstindicatoren

5.3.1 Roken

Roken	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Rookt (%)	44.0	39.6	37.7	37.4	37.1	35.8
Gestopte rokers in afgelopen jaar (%)	x	11.0	12.0	11.1	11.9	9.2

Tabel 20: roken COPD in %

In 2016 is het percentage rokers onder COPD-patiënten meer gedaald dan in voorgaande jaren. Dit is een zeer positieve ontwikkeling en wordt hopelijk voortgezet in 2017 mede door het project "Stoppen met roken op Recept" in samenwerking met SineFuma.

5.3.2 BMI

BMI	2011	2012	2013	2014	2015	2016
BMI < 21	7	8.4	7.8	7.5	7.2	6.8
21 ≤ BMI < 25	25.1	25.6	25.5	26.3	27.7	28.2
25 ≤ BMI < 30	44.6	42.1	43.2	42.1	42.3	42.4
BMI > 30	23.3	23.8	23.4	24	22.7	22.6

Tabel 21: BMI COPD in %

Patiënten met COPD die een BMI hebben van lager dan 21 kg/m² komen in aanmerking voor een dieet- en inspanningsinterventie. Dit percentage is bij PoZoB de laatste jaren gedaald naar 6.8%. De laatste jaren is er een stijging van het aantal patiënten met een BMI < 25 en daling van patiënten met COPD en obesitas (BMI > 30). Dit is een goede en gewenste ontwikkeling die wellicht samenhangt met de steeds betere samenwerking met diëtisten in de afgelopen jaren, en meer gezamenlijke aandacht voor mensen met COPD en een BMI < 21

5.3.3 CCQ

CCQ	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CCQ < 1	52.8	61.8	52.5	54.9	58.3	56.9
1 ≤ CCQ < 2	32	26	33.3	31.5	31.8	33
2 ≤ CCQ < 3	12	9.3	10.8	11	7.8	8.2
CCQ ≥ 3	3.2	2.9	3.7	2.6	2.1	1.9

Tabel 22: CCQ COPD in %

De uitkomst van de CCQ geeft een indicatie van de ziektelast, kwaliteit van leven en beperkingen van de patiënt. Een CCQ uitkomst < 2 past bij lichte ziektelast, ≥ 2 bij een matige ziektelast. In 2016 ervoer 89,9% van de patiënten met COPD een lichte ziektelast, 10,1% een matige ziektelast. Dit is vrijwel onveranderd ten opzichte van 2015. De verbeteringen die ten opzichte van vorige jaren zijn geboekt

worden vastgehouden, ondanks een licht stijgen van substitutie. Daarnaast kan een rol spelen dat de groep ouderen met COPD die kwetsbaar worden uit het zorgprogramma COPD wordt gehaald vanwege deelname aan het zorgprogramma kwetsbare ouderen. Mogelijk komt een matige ziektelast relatief veel voor onder deze patiënten.

5.3.4 Exacerbaties

De registratie van exacerbaties kwam in 2015 nog uit verschillende bronnen. In 2016 werd het mogelijk om deze conform de nieuwe NHG- richtlijnen te registreren in Care2U. Bij 2.105 mensen met COPD is deze registratie op betrouwbare wijze vastgelegd.

Exacerbaties	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Exacerbatie = 0	80	79.6	81.0	83.7	80.6	82,8
Exacerbatie = 1	14.5	14.9	13.7	12.2	13.9	13,5
Exacerbatie = 2	4.2	3.9	3.1	3.2	4.2	2,8
Exacerbatie = 3	1	1	1.1	0.6	0.8	0,8
Exacerbatie = 4	0.2	0.5	0.4	0.3	0.4	0,1
Exacerbatie > 4	0.1	0	0	0	0	0,0

Tabel 23: exacerbaties COPD in %

Op basis van deze manier van registreren blijkt dat 82,8% geen exacerbatie heeft gehad, 13,5% heeft 1 exacerbatie gehad, en 3,7% 2 of meer exacerbaties. Dit is een verbetering ten opzichte van het vorige jaar waarin 80,6% geen en 5,4% twee of meer exacerbaties doormaakte.

5.3.5 Spirometrie

De spirometrie bij COPD wordt toegepast om een aantal redenen: het is onderdeel van het bepalen van de ziektelast (FEV1 < 50% van voorspeld past bij matige ziektelast, <1,5 liter volume past bij matige ziektelast), het monitoren van de achteruitgang van de longfunctie, vaststellen van volumerespons ten gevolge van "airtrapping" en checken van de diagnose en eventuele reversibiliteit (COPD, ACOS).

Spirometrie	2011	2012	2013	2014	2015	2016
FEV1/FVC < 0.7	81.1	80.7	89.4	90.9	90.9	91.3

Tabel 24: FEV1/FVC COPD in %

Hoe hoger het percentage patiënten met een FEV1/FVC < 0.7, hoe beter patiënten in het juiste zorgprogramma geïncorporeerd zijn. Het is positief dat dit percentage door de jaren heen stijgt.

GOLD-classificatie	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gold 1	34.7	34.9	32.5	32.1	30.3	28,9
Gold 2	57.6	58.7	60.1	60.2	60.6	61.4
Gold 3	7.5	6	7.2	7.5	8.9	9.4
Gold 4	0.3	0.4	0.2	0.2	0.3	0.3

Tabel 26: Gold-classificatie COPD in %

In bovenstaande tabel is te zien dat er vanaf 2011 een redelijk consistente verschuiving gaande is in de Gold classificaties van patiënten in het zorgprogramma. Er is een afname bij Gold 1 (van 34,7 naar 28,9) en toename van GOLD 2 (57,6 naar 61,4) en Gold 3 (van 7,5 naar 9,4). Gold 4 blijft sporadisch voorkomen met 0,3%.

Mogelijk is de groep patiënten met Gold 1 steeds beter tot zelfmanagement zonder programmatische zorg in staat, getuige de stijging van het percentage ongeregelde zorg naar 23%.

5.4 Discussie, conclusie en verbeterpunten

5.4.1 Discussie en conclusie

In 2016 was er een lichte substitutie van de tweede naar de eerstelijns waarneembaar, vooral rondom het MMC Veldhoven, waarschijnlijk door het project Eerstelijns Plus Astma-COPD. Het aantal patiënten in de eerstelijns dat niet deelnam aan het zorgprogramma nam toe van 20 naar 23%. Mogelijk waren daar een aantal kwetsbare ouderen bij. Binnen het zorgprogramma zijn een aantal goede resultaten geboekt:

Ondanks een gestage toename van de ernst van GOLD classificaties en mensen in ongeregelde zorg (mensen die niet meer willen, hoeven of kunnen – zoals kwetsbare ouderen - deelnemen aan het zorgprogramma) en met een weliswaar beperkte substitutie is er sprake van:

- steeds minder rokers (van 44% in 2011 naar 35,8% in 2016)
- betere BMI's bij de populatie < 21 en > 30
- minder exacerbaties (17,2% in 2016 vs. 19,4% in 2015 één exacerbatie; 3,7% in 2016 vs. 5,4% in 2015 met 2 of meer exacerbaties)
- uitkomst ziektelast stabiel, verbetering van eerdere jaren vastgehouden
- meer patiënten met een juist percentage FEV1/FVC<0,7 (91,3% in 2016 vs. 81,1% in 2011)
- minder spirometrieën (78,7% in 2016 vs. 81% in 2013)
- meer patiënten die een IZP gebruiken.

De digitale aansturing van de spirometrie door tussen Care2U en het huisartsenlaboratorium werd in 2016 gerealiseerd voor Diagnostiek voor U. Voor Di-Anna en Elkerliek zal dit in 2017 gaan gebeuren. Hiermee kan op geleide van klachten en medicatiegebruik het herhalingsinterval van de spirometrie op maat en conform de NHG-standaard worden aangeboden.

PoZoB heeft in 2016 een nieuwe scholing voor het interpreteren van de spirometrie ontwikkeld. Deze is gevolgd door huisartsen en POH's van "zelfblazende" praktijken waarin de praktijkondersteuner zelf de spirometrie uitvoert en met de huisarts beoordeelt. Deze scholing wordt als zeer goed en leerzaam beoordeeld (gemiddeld een 9). In 2017 staat deze scholing voor vijf keer gepland en mogelijk wordt deze op maat aangeboden aan de Hagro's waarvan ook niet-zelfblazende praktijken zelf de spirometrie willen gaan beoordelen.

Nu is er aan elke herhalingsspirometrie nog een automatische beoordeling door de longarts gekoppeld. Omdat de diagnose al is gesteld voor inclusie in het programma en de longarts op afstand alleen digitaal beoordeelt en adviseert sluit dit advies vaak niet aan bij de praktijk. Tegelijkertijd geeft het voor veel zorgverleners een vertrouwd gevoel dat de longarts meekijkt en zijn hierdoor in het verleden veel onjuiste inclusies of beleidsvoornemens voorkomen. Inmiddels is er een andere ontwikkeling mogelijk geworden waarbij de huisarts en praktijkondersteuner zelf de spirometrie beoordelen en alleen bij problemen de longarts consulteren. Na een succesvol verlopen pilotonderzoek zal met behulp van de digitale koppeling het zelf beoordelen van de spirometrie door de huisarts en praktijkondersteuner in

2017 worden uitgerold. Hiertoe is een implementatieplan gemaakt. De huidige standaard digitale consultatie van de longarts bij elke spirometrie stopt dan, en vindt alleen nog plaats op aanvraag door de praktijkondersteuner of huisarts bij problemen rond de beoordeling van de spirometrie en de klinische situatie: zorg op maat.

Het aantal IZP's is fors stijgend. Een aandachtspunt is om dit zinvoller te maken door aan het doel een actie te verbinden en die op te volgen.

De opbrengst van het samenwerkingsproject Eerstelijns Plus astma/COPD met het MMC is nog niet optimaal. Dat betreft zowel de beperkte substitutie, het aantal (digitale) meekijkconsulten, de gemeenschappelijke werkwijze als een formularium. Er wordt consequent doorgewerkt aan verbeteringen (zie verbeterpunten). Parallel hieraan loopt het project 1-2 Longzorg met het Elkerliek Zkh, met grosso modo vergelijkbare uitkomsten tot nu toe.

Er is een grote variatie in de verhouding tussen patiënten in de eerste- of tweedelijns bij de diverse ziekenhuizen waarbij het MMC gunstig afsteekt (grafiek 12). Deze variatie dient te worden uitgediept in de samenwerking met de betreffende ziekenhuizen.

In 2017 zal i.s.m. Care2U en andere zorggroepen die ook gebruik maken van Care2U een start gemaakt worden met het visueel inzichtelijk maken van de ziektelast bij COPD voor de patiënt en zorgverlener. Omdat de ziektelast uit meerdere onderdelen is opgebouwd, fysiologische stoornissen, klachten, beperkingen en kwaliteit van leven, vergt dit een behoorlijke aanpassing. Het resultaat wordt een visueel hulpmiddel waarmee de patiënt zelf weloverwogen keuzes kan maken om eigen doelen te bereiken. Dit zal ingericht worden conform de LAN zorgstandaard COPD 2016 met als onderlegger het proefschrift van Annerika Slok "Towards personalised management using the assessment of Burden of COPD (ABC) tool".

5.4.2 Verbeterpunten

1. Het succesvoller voortzetten van de pilot Eerstelijns Plus astma/COPD met het MMC. Betere implementatie van de samenwerking tussen huis- en longartsen met als doel de juiste zorg op de juiste plaats. De specialist maakt onderdeel uit van de keten via digitale consultatie en meekijkconsulten. In regio Helmond is dit proces als eerste van start gegaan. Met het MMC wordt via een doorstart van Eerstelijns Plus astma/COPD toegewerkt naar een continuüm van zorg voor patiënten met astma en COPD met een gemeenschappelijk budget, zorgpad, formularium en zelfmanagementtools. Met het Elkerliek ziekenhuis worden gelijkvormige plannen ontwikkeld. Besprekingen met specialisten van de diverse andere ziekenhuizen lopen, om dit verder uit te kunnen rollen in de regio.
2. Het verminderen van de praktijkvariatie met als doel het bereiken van een gemiddeld betere gezondheidstoestand van de patiënt.
3. Spirometrie kan meer op maat worden aangeboden volgens de NHG-standaard. Door aanpassingen in de automatisering werd het in 2016 mogelijk om de frequentie van de spirometrie aan te passen aan de noden en behoefte van de patiënt (met behulp van Care2U en Diagnostiek voor U). Dit wordt verder uitgerold in samenwerking met Service Centrum Helmond, Di-Anna en het Sint Jans Gasthuis.
4. Daarnaast is er bij PoZoB een start gemaakt met het interpreteren van de uitkomst van de spirometrie door de huisarts en praktijkondersteuner. Alleen op indicatie wordt de longarts in de

keten geconsulteerd (momenteel alleen nog bij de zelfblazende praktijken; dit zal verder worden uitgerold).

5. De nieuwe GLI 2012 referentieswaardes bij spirometrie worden geïmplementeerd bij alle zelfblazende praktijken en laboratoria.
6. In 2017 zal Care2u worden ingericht om de ziektelast op een inzichtelijke wijze te kunnen registreren. Dit kan, samen met therapietrouw en goede voorlichting helpen om meer exacerbaties te voorkomen. Inzichtelijke registratie kan ook helpen het aantal herhalingen van spirometrieën te doen dalen.
7. Doorgaan met het verminderen van het aantal rokers bij astma. Het percentage rokers bij PoZoB is ten opzichte van landelijk al erg laag. We rollen het project "Stoppen met roken op Recept" verder uit om het succes te vergroten. Streven is opnieuw een procent te zakken (naar onder de 35%).
8. De goede ontwikkeling rondom BMI zal worden geëvalueerd samen met de diëtisten en we zullen zien hoe deze tendens kan worden versterkt.
9. Het IZP is zinvoller te benutten door aan het doel een actie te verbinden en die op te volgen. Het patiëntenportaal MGP zal verder worden uitgerold.
10. Daarnaast vindt onderzoek plaats naar het combinatiesyndroom ACOS in samenwerking met de universiteit van Nijmegen.

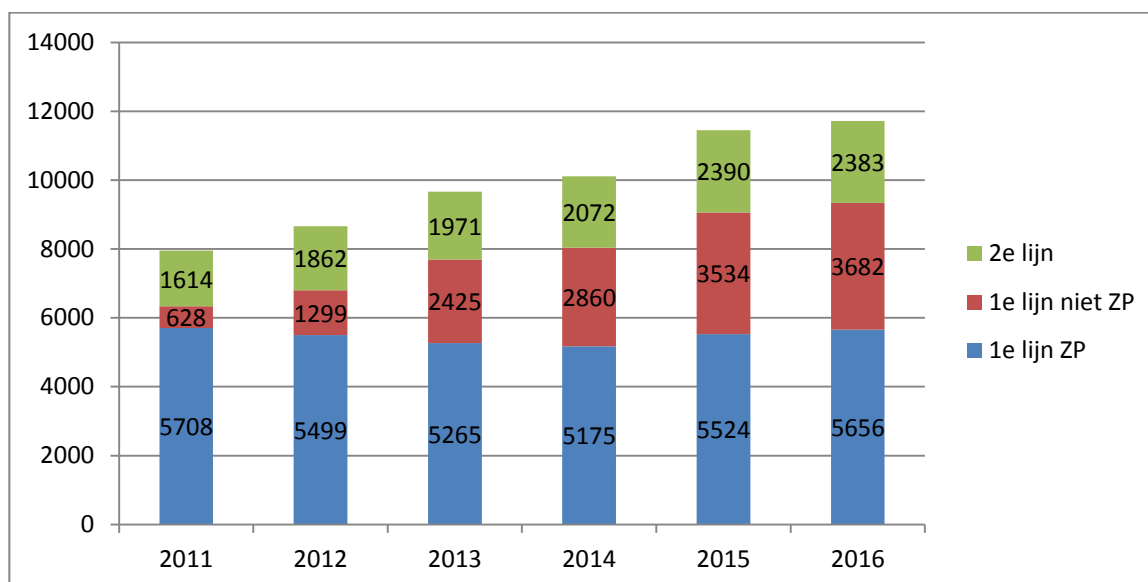
6 Zorgprogramma astma

6.1 Populatie

Per 31 december 2016 waren bij de huisartsenpraktijken, die voor het zorgprogramma astma bij PoZoB waren aangesloten, in totaal 11.721 patiënten bekend met astma (11.448 in 2015). De gemiddelde leeftijd bedroeg 52,2 jaar (52,5 in 2015).

Bij het definiëren van de populatie sluit de verantwoordingsrapportage aan bij de definiëring van de astmapopulatie volgens InEen. Dit wil zeggen dat de leeftijdsgrens bij volwassenen met astma start vanaf 16 jaar. De bovengrens voor kinderen met astma ligt daardoor bij 16 jaar, de ondergrens ligt bij 6 jaar omdat pas vanaf deze leeftijd de diagnose astma gesteld kan worden.

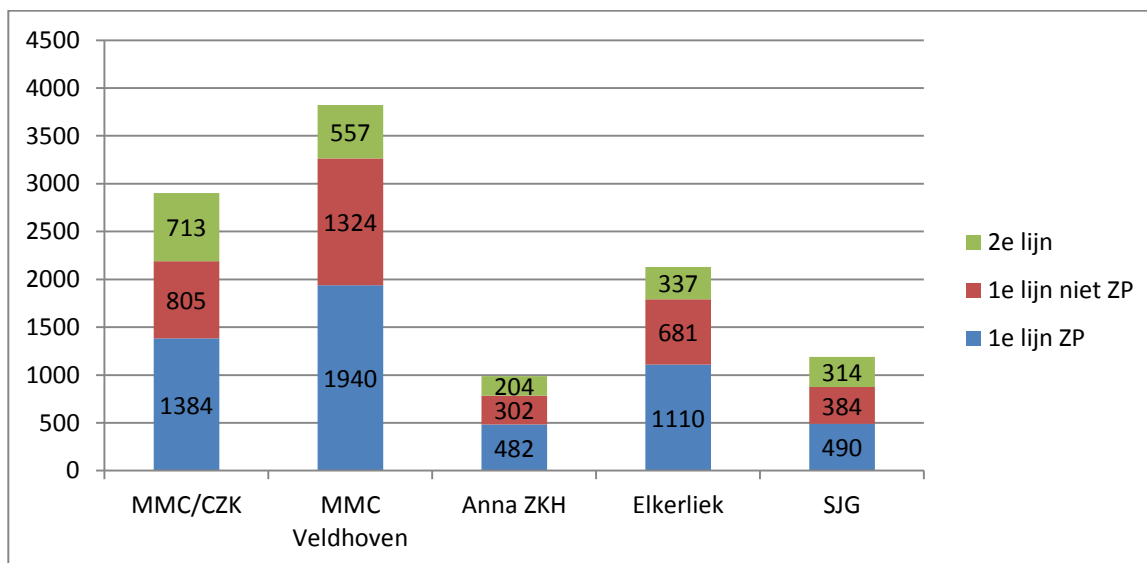
In 2016 namen 120 kinderen (versus 94 in 2015) met astma gedurende het hele jaar deel aan het zorgprogramma astma. Hiervan waren er 40 kinderen van 6 t/m 11 jaar en 80 van 12 t/m 15 jaar. Het aantal kinderen met astma in het zorgprogramma blijft relatief laag.



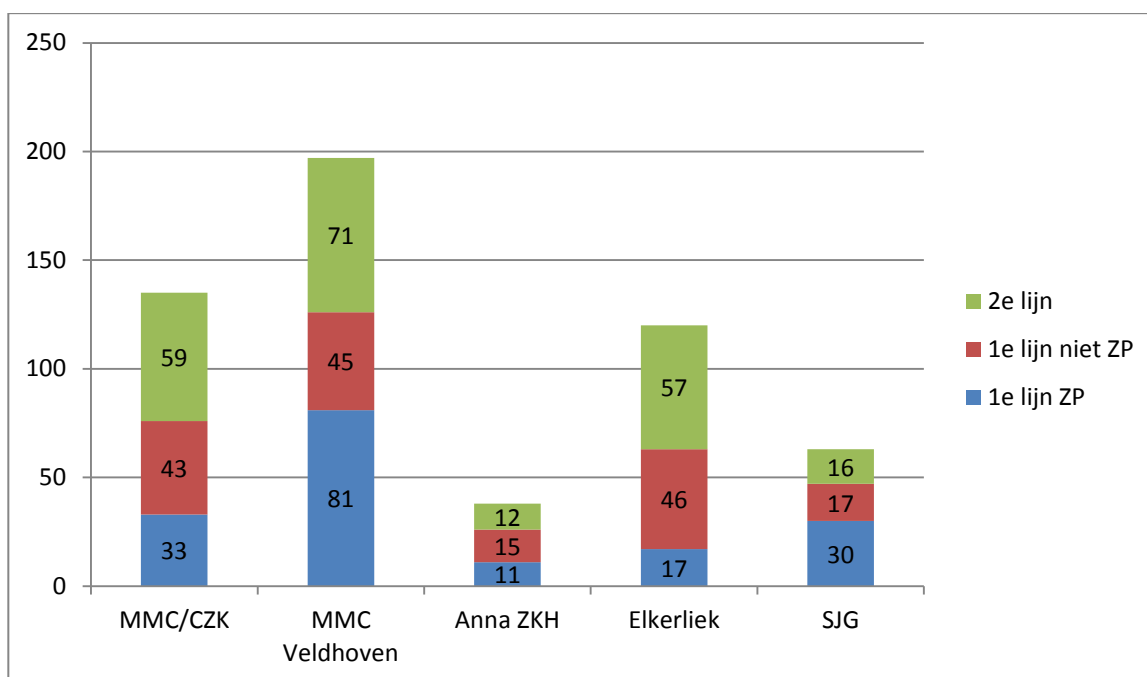
Grafiek 13; populatieverdeling astma

In 2016 was 48,3% van de populatie opgenomen in het zorgprogramma (redelijk stabiel de laatste jaren), 20,3% werd behandeld in de tweedelijns (eveneens stabiel) en 31,4% kreeg niet programmatische zorg. 39% van de eerstelijns populatie neemt niet deel aan het zorgprogramma.

Net zoals bij COPD valt bij de astma populatie op dat het percentage in de tweedelijns bij het MMC-Veldhoven (15%) substantieel lager ligt dan bij de overige ziekenhuizen; met uitzondering van het Elkerliek Zkh (16%). De overige ziekenhuisregio's kennen hogere percentages (MMC/CKZ 25%, Anna Zkh 21%, SJK 26%).



Grafiek 14: verdeling patiëntenpopulatie astma per regio

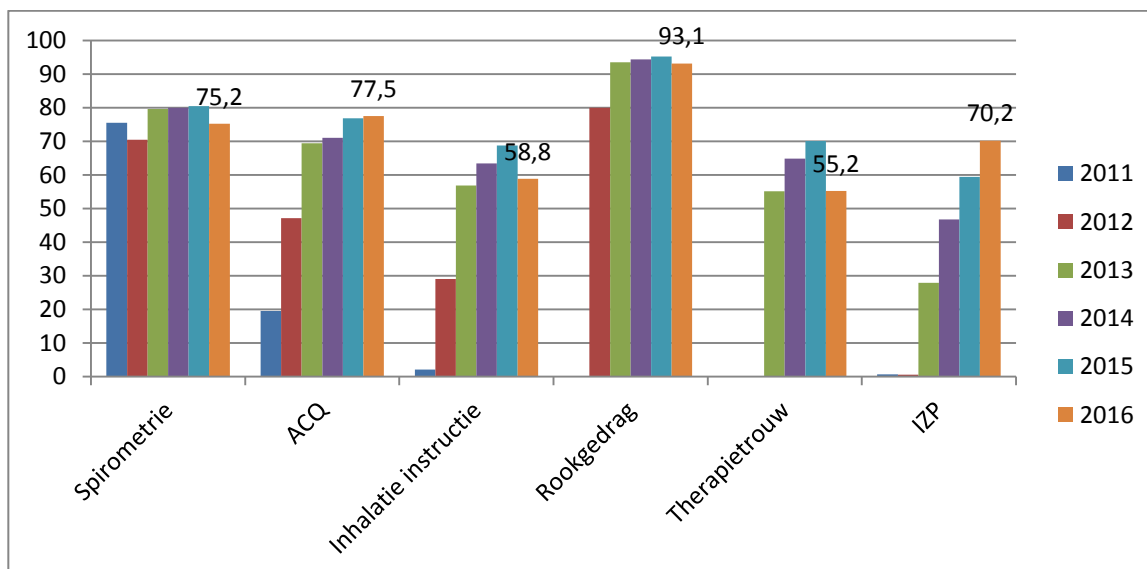


Grafiek 15: verdeling patiëntenpopulatie kinderen met astma per regio

Het percentage kinderen met astma in de eerstelijns bleef stabiel in 2016 (31%); het aandeel kinderen zonder programmatische zorg daalde (van 36% naar 30%) en het aandeel kinderen in de tweedelijns steeg (van 34% naar 39%). In grafiek 15 is te zien dat in de ziekenhuisregio's van SJG (25%) en Anna Zkh (32%) relatief weinig kinderen met astma in de tweedelijns begeleid worden. In de overige ziekenhuizen ligt dit percentage op 44% (MMC/CZK), 36% (MMC-Veldhoven) en 48% (Elkerliek Zkh). In het Elkerliek Zkh is begin 2017 gestart met een "zorgpad kinderen" met als doel een duidelijke diagnose en een snelle terugverwijzing naar de eerstelijns bij kinderen met luchtwegklachten. Overleggen met de overige ziekenhuizen en kinderartsen over dit onderwerp worden opgestart.

6.2 Procesindicatoren

De procesindicatoren zijn berekend over de populatie die het hele jaar zorg ontving die het hele jaar zorg ontving binnen het zorgprogramma.



Grafiek 16: procesindicatoren astma bij volwassenen in %

Rookgedrag

Het rookgedrag is geregistreerd bij ruim 93% van de volwassenen met astma en ruim 98% van de kinderen met astma. Hiermee is een plateaufase in de registratie bereikt.

Inhalatietechniek en therapietrouw

Door een ongewenste aanpassing in het ketenondersteuningssysteem Care2U heeft de POH de registratie van de inhalatie instructie niet consequent vastgelegd. Brede navraag in het werkveld leerde dat praktijkondersteuners elk jaar de inhalatie instructie afnemen, conform de wens van patiëntenorganisaties, LAN en de vakgroep. In oktober 2016 is die aanpassing in Care2U gecorrigeerd. Vanaf dat moment zien we maandelijks het vastleggen van inhalatietechniek weer toenemen. Het streven blijft naar jaarlijks inhalatie-instructie bij elke patiënt.

Therapietrouw bij astma is geen eenduidig begrip. Immers door de per definitie variabele luchtwegobstructie kan de patiënt via zelfmanagement zijn of haar medicatie aanpassen zonder dat de voorschrijver hier aan te pas komt. Schijnbare therapieontrouw kan dus juist wijzen op zeer adequaat zelfmanagement.

Spirometrie

In 2016 werd bij 75,2 % van de ingeschreven astma patiënten een spirometrie uitgevoerd.

De digitale aansturing van de spirometrie naar het huisartsenlaboratorium Diagnostiek voor U werd in 2016 gerealiseerd. Hiermee kunnen op geleide van klachten en medicatie gebruik de herhalingsintervallen van spirometrieën variabel worden ingeregeld tussen 1 en 3 jaar, conform de recente NHG-standaard. In 2016 werd bij 75,2 % van de ingeschreven astmapatiënten een spirometrie uitgevoerd in 2015 bij 80 %. Met deze nieuwe inrichting zal het aantal spirometrieën daadwerkelijk verder gaan dalen.

Astmacontrole

Het monitoren van astmacontrole is van groot belang voor het bepalen van het beleid bij patiënten met astma. De lijsten ACQ (Asthma Control Questionnaire) en C-ACT (Childhood – Asthma Control Test) zijn zeer bruikbare middelen om astmacontrole te meten. Bij 77.5% van de volwassenen is de ACQ ingevuld, een lichte stijging ten opzichte van vorige jaren.

Bij kinderen van 12 tot 16 jaar wordt gebruik gemaakt van de ACQ, bij kinderen van 6 tot en met 11 jaar wordt gebruik gemaakt van de C-ACT. Het invullen van de vragenlijsten bij kinderen gaat prima.

Individueel Zorgplan (IZP)

Het IZP maakt het mogelijk afstemming te vinden tussen de wensen van de patiënt, het protocol en het professionele inzicht van de zorgverlener. Het percentage patiënten met een IZP is fors verder gestegen. In 2015 had 59% van de volwassenen en 45% van de kinderen met astma een IZP, in 2016 is dit gestegen naar respectievelijk 70% en 59%. In 2016 werd ingezet op het maken van zinvolle IZP's, met naast een doel ook de bijbehorende actie. Dit is bij 40% van de volwassenen gedaan, en bij 33% van de kinderen. Dit vormt steeds vaker een vast onderdeel van het consult. Het streven is om dit komend jaar verder te verbeteren.

Geneesmiddelen

Bij een groot deel van de volwassen populatie kon medicatiegebruik betrouwbaar geëxtraheerd worden (met uitzondering van de "Microhis" praktijken). 84,1 % van de volwassen patiënten gebruikt een inhalatiecorticosteroid (ICS) al dan niet met een langwerkende luchtwegverwijder.

Bij de kinderen lag het percentage ICS-gebruik (al dan niet met langwerkende luchtwegverwijders) op 79,5 %.

Medicatiegebruik	2016
ICS (ICS maar niet LWV en niet combi)	22.1
ICS + LWV (maar niet combi)	3.9
ICS combi	58.1
Inhalatie medicatie (R03A/ R03B)	90.8

Tabel 27: geneesmiddelen astma bij volwassenen in % (15 mnd. teruggekeken naar ICS voorschriften)

Medicatiegebruik kinderen	2016
ICS (ICS maar niet LWV en niet combi)	67.0
ICS + LWV (maar niet combi)	3.6
ICS combi	8.9
Inhalatie medicatie (R03A/ R03B)	92.9

Tabel 28: geneesmiddelen astma bij kinderen in % (15 mnd terug gekeken naar ICS voorschriften)

6.3 Uitkomstindicatoren

6.3.1 Roken

De laatste jaren schommelt het percentage rokers bij volwassenen met astma tussen 10 en 13%. In 2016 was dit 10.7%. Geen van de kinderen in het zorgprogramma astma rookte in 2016.

Roken	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Rookt (%)	10.6	10.2	13.2	12.2	11.2	10.7
Gestopt afgelopen jaar (%)	X	16.7	12.9	12.2	13.4	11.1

Tabel 29: roken astma in %

Sinds 2011 is het aantal rokers binnen de astma-populatie niet noemenswaardig veranderd, maar de piek in 2013 en 2014 is teniet gedaan. In de landelijke benchmark scoort PoZoB met dit percentage goed. Toch kan het percentage nog lager, zoals we ook leren uit ons project “Stoppen met roken op Recept” in samenwerking met SineFuma.

6.3.2 Astmacontrole

ACQ	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ACQ < 0.75	67.1	82.2	72.9	70.1	72.3	71.5
0.75 ≤ ACQ ≤ 1.5	20.3	12.4	18.9	19.5	18.5	19.2
ACQ > 1.5	12.5	5.4	8.3	10.5	9.2	9.3

Tabel 30: ACQ astma in %

Een gangbare onderverdeling in de mate van astmacontrole is de driedeling: goed gecontroleerd (uitslag < 0,75) gedeeltelijk gecontroleerd, slecht gecontroleerd astma (uitslag > 1,5).

In 2016 had 71.5% van de volwassenen goed gecontroleerd astma, een percentage dat de laatste jaren relatief stabiel is. Evenals vorig jaar was bij 9% van de volwassenen de astma slecht gecontroleerd.

Bij kinderen tussen 12 en 16 jaar had in 2016 ongeveer 80% goed gecontroleerd astma, 16% gedeeltelijk gecontroleerd en 4% slecht gecontroleerd astma. Bij de kinderen tussen 6 en 11 jaar (waarbij de C-ACT wordt gebruikt) had 86% van de groep goed gecontroleerd astma en 9% van de kinderen slecht gecontroleerd astma.

6.3.3 Exacerbaties

Exacerbaties	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Exacerbatie = 0	84.6	85	83.9	87.5	85.7	88,5
Exacerbatie = 1	11.7	10.9	11.5	9.2	10.7	9.8
Exacerbatie = 2	2.8	3.1	3.3	2.4	2.5	1.4
Exacerbatie = 3	0.8	0.8	1.0	0.6	1.0	0.3
Exacerbatie = 4	0.0	0.2	0.2	0.3	0.2	0
Exacerbatie > 4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1

Tabel 31: exacerbaties astma in %

Het aantal patiënten zonder exacerbaties blijft stijgen, in 2016 naar 88,5% van de astma-populatie. Verder valt de sterke daling op in de groep die 2 exacerbaties heeft gehad (van 2.5 naar 1.4%) of meer dan 2 exacerbaties (van 1.2 naar 0.4%)

6.3.4 Inhalatietechniek en therapietrouw

Inhalatietechniek	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Goede inhalatietechniek	77.1	85.1	84.5	86.2	87.8	87.4
Geneesmiddelen gebruik volgens voorschrift	x	26.9	84.0	86.7	86.9	86.7

Tabel 32: inhalatietechniek en therapietrouw astma in %

De inhalatietechniek is voldoende bij 87% van de volwassenen (vergelijkbaar met 2015) en 97% van de kinderen. Zoals aangegeven onder 'procesindicatoren' is therapietrouw bij astma geen statisch begrip. Adequaat zelfmanagement met daarbij wisselingen in dosering van medicatie valt ook onder therapietrouw. In 2016 was bij 87% van de volwassenen en 80% van de kinderen sprake van therapietrouw.

6.4 Discussie, conclusies en verbeterpunten

6.4.1 Discussie en conclusies

In 2016 was er geen substitutie van de eerste- naar de tweedelijnde waarneembaar ondanks het project Eerstelijnde Plus Astma-COPD. Het aantal patiënten in de eerstelijnde dat niet deelnam aan het zorgprogramma bleef 39%. Binnen het zorgprogramma zijn een aantal goede resultaten geboekt.

Er is sprake van:

- steeds minder rokers (van 13,2% in 2013 naar 10,7% in 2016)
- minder exacerbaties (9,8% in 2016 vs. 11,7% in 2011 één exacerbatie, 1,8% in 2016 vs. 3,6% in 2011 met 2 of meer exacerbaties)
- uitkomst astmacontrole stabiel, verbetering van eerdere jaren vastgehouden
- 39% van de eerstelijndepopulatie heeft geen programmatische zorg (meer) nodig en kan met zelfmanagement en zo nodig terugval op reguliere zorg uit de voeten
- minder spirometrieën (75,2 vs. 80% in 2015)
- veel meer patiënten die een IZP gebruiken

De digitale aansturing van de spirometrie tussen Care2U en het huisartsenlaboratorium werd in 2016 gerealiseerd voor Diagnostiek voor U. Voor Di-Anna en Elkerliek zal dit in 2017 gaan gebeuren. Hiermee kan op geleide van klachten en medicatiegebruik het herhalingsinterval van de spirometrie op maat en conform de NHG-standaard worden aangeboden.

Van de volwassen astmapatiënten gebruikt 84,1% een inhalatiecorticosteroïd (ICS) al dan niet met langwerkende luchtwegverwijder. Een inclusie criterium is gebruik of geïndiceerd voor ICS. Volgens het step down principe conform de NHG standaard is het streven een optimale kwaliteit van leven met zo weinig mogelijk medicatie gebruik. De POH motiveert de patiënt in zijn leefstijl en geeft tips om zoveel mogelijk triggers te vermijden. Hierdoor kan mogelijk de ICS afgebouwd worden. Een patiënt die 2 jaar lang geen ICS gebruikt, een normale longfunctie heeft en geen exacerbaties doormaakt daarbij

is het advies om deelname aan het zorgprogramma te stoppen. Mogelijk is dit een reden dat 16% van de ingeschreven patiënten geen ICS gebruikt.

Door PoZoB is in 2016 een nieuwe scholing voor het interpreteren van de spirometrie ontwikkeld en gevolgd door huisarts en POH en bedoeld voor “zelfblazende” praktijken waarin de praktijkondersteuner zelf de spirometrie uitvoert en met de huisarts beoordeelt. Deze scholing wordt als zeer goed en leerzaam beoordeeld (gemiddeld een 9). In 2017 staat deze scholing voor vijf keer gepland en mogelijk wordt deze op maat aangeboden aan de Hagro's waarvan ook niet-zelfblazende praktijken zelf de spirometrie willen gaan beoordelen.

Nu is er aan elke herhalingsspirometrie nog een automatische beoordeling door de longarts gekoppeld. Omdat de diagnose al is gesteld voor inclusie in het programma en de longarts op afstand alleen digitaal beoordeelt en adviseert, sluit dit vaak niet aan bij de praktijk. Tegelijkertijd geeft het veel zorgverleners een vertrouwd gevoel dat de longarts meekijkt en zijn hierdoor in het verleden veel onjuiste inclusies of beleidsvoornemens voorkomen. Inmiddels is er een andere ontwikkeling mogelijk geworden waarbij de huisarts en praktijkondersteuner zelf de spirometrie beoordelen en alleen bij problemen de longarts consulteren. Na een succesvol verlopen pilotonderzoek zal met behulp van de digitale koppeling het zelf beoordelen van de spirometrie door de huisarts en praktijkondersteuner in 2017 worden uitgerold. Hiertoe is een implementatieplan gemaakt. De huidige standaard digitale consultatie van de longarts bij elke spirometrie stopt dan, en vindt alleen nog plaats op aanvraag door van de praktijkondersteuner of huisarts bij problemen rond de beoordeling van de spirometrie en de klinische situatie: zorg op maat.

Het aantal IZP's is fors stijgend. Een aandachtspunt is om dit zinvoller te maken door aan het doel een actie te verbinden en die op te volgen.

De opbrengst van het samenwerkingsproject Eerstelij Plus astma/COPD met het MMC is nog niet optimaal. Dat betreft zowel de nog ontbrekende substitutie als het aantal (digitale) meekijkconsulten, de gemeenschappelijke werkwijze als een formularium. Er wordt consequent doorgewerkt aan verbeteringen (zie verbeterpunten). Parallel hieraan loopt het project 1-2 Longzorg met het Elkerliek Zkh, met grosso modo vergelijkbare uitkomsten tot nu toe.

Er is een grote variatie in de verhouding tussen patiënten in de eerste- of tweedelij bij de diverse ziekenhuizen waarbij het MMC gunstig afsteekt (grafiek 12). Deze variatie dient uitgediept in de samenwerking met de betreffende ziekenhuizen.

Er is een tegenvallend aantal kinderen ingestroomd in het zorgprogramma, en waarschijnlijk geldt dat ook voor het aantal kinderen dat onder controle bij kinderartsen is. Weinig kinderen lijken continue ICS te gebruiken. We zullen in 2017 nut en noodzaak van kinderen in het zorgprogramma astma evalueren.

6.4.2 Verbeterpunten

1. Het succesvoller voortzetten van de pilot Eerstelij Plus astma/COPD met het MMC. Betere implementatie van de samenwerking tussen huis- en longartsen met als doel de juiste zorg op de juiste plaats. De specialist maakt onderdeel uit van de keten via digitale consultatie en meekijkconsulten. In regio Helmond is dit proces als eerste van start gegaan. Met het MMC wordt via een doorstart van Eerstelij Plus astma/COPD toegewerkt naar een continuüm van zorg voor patiënten met astma en COPD met een gemeenschappelijk budget, zorgpad, formularium en zelfmanagementtools. Ook met het Elkerliek ziekenhuis worden

gelijkvormige plannen ontwikkeld. Besprekingen met specialisten van de diverse andere ziekenhuizen lopen, om dit verder uit te kunnen rollen in de regio.

2. Het verminderen van de praktijkvariatie met als doel een gemiddeld betere gezondheidstoestand van de patiënt te bereiken.
3. Spirometrie kan meer op maat worden aangeboden volgens de NHG-standaard. Door aanpassingen in de automatisering werd het in 2016 mogelijk om de frequentie van de spirometrie aan te passen aan de noden en behoefte van de patiënt (met behulp van Care2U en Diagnostiek voor U). Dit wordt verder uitgerold in samenwerking met Service Centrum Helmond, Di-Anna en het Sint Jans Gasthuis.
4. Daarnaast is er bij PoZoB een start gemaakt met het interpreteren van de uitkomst van de spirometrie door de huisarts en praktijkondersteuner. Alleen op indicatie wordt de longarts in de keten geconsulteerd (momenteel alleen nog bij de zelfblazende praktijken; dit zal verder uitgerold worden).
5. De nieuwe GLI 2012 referentieswaardes bij spirometrie worden geïmplementeerd bij alle zelfblazende praktijken en laboratoria.
6. Doorgaan met het verminderen van het aantal rokers bij astma. Het percentage rokers bij PoZoB is ten opzichte van landelijk al erg laag. We rollen het project "Stoppen met roken op Recept" verder uit, willen het succes vergroten. Streven is opnieuw een procent te zakken (naar onder 10%).
7. Het IZP zinvoller benutten door aan het doel een actie te verbinden en die op te volgen. Het patiëntenportaal MGP zal verder worden uitgerold.
8. Er is een groot percentage van de eerstelijns Patiënten dat geen programmatische zorg nodig heeft (39%). Het is interessant om te onderzoeken hoe het zit met de meest optimale inzet van programmatische- of niet programmatische zorg, en wat daar voor nodig is vanuit patiënt- en populatieperspectief, zoals eHealth tools met ziektelastmeters en instructie op maat.
9. Het zorgprogramma astma bij kinderen zal worden geëvalueerd op nut en noodzaak.