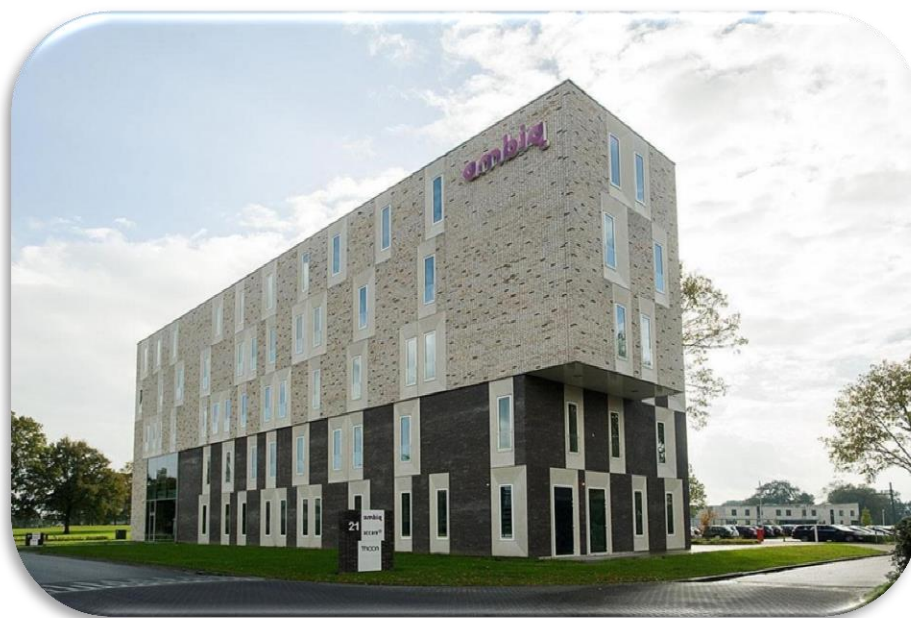


## KWALITEITS JAARVERSLAG 2017

Chronische zorg DM, COPD en CVRM

---



© juni 2018, THOON  
Uitgegeven in eigen beheer

Sabina Klinkhamerweg 21  
7555 SK Hengelo

Tel 074 – 256 87 98  
Fax 074 – 760 03 43

*Alle rechten voorbehouden.*

*Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.*

## Revisies

Versie	Datum	Door (initialen)
1.1	14 mei '18	SvV
1.2	22 mei '18	SvV
1.3	1 juni '18	SvV
1.4	22 juni '18	CvD

## 1 INHOUDSOPGAVE

1	INHOUDSOPGAVE .....	3
2	INLEIDING .....	5
3	KWALITEIT EN ONTWIKKELINGEN .....	6
3.1	Algemeen .....	6
3.1.1	Getallen .....	6
3.1.2	Team .....	6
3.2	Kwaliteit .....	7
3.2.1	Kaderhuisartsenoverleg .....	7
3.2.2	Coördinatoren overleg .....	7
3.2.3	Vorbereidingsmodules COPD en CVRM .....	7
3.2.4	Visitatie .....	7
3.2.5	Benchmark .....	8
3.2.6	Klankbordgroepen en MIC .....	8
3.2.7	Kritische Kwaliteits Kenmerken (KKK's) .....	8
3.2.8	Scholing .....	9
3.3	Ontwikkelingen .....	9
3.3.1	Accreditatie .....	9
3.3.2	Zelfzorg .....	9
3.3.3	KOS .....	10
3.3.4	e-Vita .....	11
3.3.5	Communicatie met de POH's en huisartsen .....	12
3.3.6	Ketenpartners .....	12
3.3.7	Het Roer Moet Om (HRMO) .....	12
4	JAARMETING .....	13
4.1	Algemeen .....	13
4.1.1	Inleiding .....	13
4.1.2	Doelstelling jaarmeting .....	13
4.1.3	Indicatoren: parameters van de zorg en 'Het Roer Moet Om' .....	13
4.1.4	Meetmethoden .....	14
4.1.5	Resultaten .....	15
4.2	Uitkomsten .....	15
4.2.1	Zorgparameters .....	15
4.2.2	Visitatie .....	15
4.2.3	Overleg medisch specialisten .....	15
4.2.4	Scholing .....	15
4.2.5	Interpretatie en bespreking .....	16
4.2.6	Onderzoek podotherapie .....	16
4.2.7	Conclusies .....	16
4.2.8	Plannen 2018 .....	17
4.3	Uitkomsten COPD .....	17
4.3.1	Zorgparameters .....	17
4.3.2	Scholing .....	17
4.3.3	Visitatie .....	17
4.3.4	Overleg medisch specialisten .....	17
4.3.5	Interpretatie en bespreking .....	18
4.3.6	Plannen 2018 .....	18
4.4	Uitkomsten CVRM .....	19
4.4.1	Zorgparameters .....	19
4.4.2	Scholing .....	19
4.4.3	Visitatie .....	19
4.4.4	Samenwerking tweede lijn .....	19
4.4.5	Interpretatie en bespreking .....	20
4.4.6	Conclusies .....	20
4.4.7	Plannen voor 2018 .....	20
4.5	Conclusie .....	20
4.6	Plannen 2018 .....	21
BIJLAGE 1	TREND DM2 .....	22

BIJLAGE 2 TREND COPD .....23  
BIJLAGE 3 TREND HVZ .....24  
BIJLAGE 4 TREND VVR .....25

## 2 INLEIDING

---

Jaarlijks wordt een Kwaliteitsjaarverslag Chronische Zorg gemaakt van de zorgprogramma's van de Twentse Huisartsen Onderneming Oost Nederland (THOON). Dit geldt voor de zorgprogramma's DM2, COPD en CVRM.

Net als vorig jaar is er voor gekozen om één Kwaliteitsjaarverslag Chronische Zorg te maken. In dit verslag wordt de ingeslagen weg op het gebied van kwaliteit weergegeven en staan de jaarmetingen en de uitkomsten van de drie zorgprogramma's DM2, COPD en CVRM beschreven.

Voor de rapportage van de GGZ, Osteoporose en het Zorgprogramma Ouderenzorg verwijzen wij naar de daarvoor specifiek opgestelde jaarverslagen. Deze Kwaliteitsjaarverslagen sluiten aan op het 'jaarverslag 2017 THOON'.

De uitkomsten van de jaarmetingen zijn van belang om een beeld te krijgen van de kwaliteit van zorg en zijn daarom een belangrijk onderdeel van het Kwaliteitsjaarverslag. De keuze voor een integraal Kwaliteitsjaarverslag is gemaakt om de samenhang tussen de verschillende chronische zorgprogramma's te versterken. De zorg gaat immers regelmatig over dezelfde patiënt en er is sprake van een grote overlap in met name de leefstijlbenadering binnen die verschillende zorgprogramma's.

THOON heeft met haar preferente zorgverzekeraar Menzis afspraken gemaakt over de Diagnose Behandel Combinaties (DBC) DM2, COPD en CVRM. In dit verslag wordt een DBC verder als zorgprogramma aangeduid.

Als onderdeel van de overeenkomst tussen THOON en Menzis rapporteert THOON jaarlijks over de resultaten.

De gepresenteerde zorgparameters zijn verzameld over de periode van 1 januari tot en met 31 december 2017.

De zorggroep THOON is werkzaam in Oost, Midden en Zuid Twente en in een deel van Noordoost Overijssel. Op 31 december 2017 waren 180 huisartsen als lid bij de THOON Coöperatie aangesloten. Zij zijn werkzaam in de volgende plaatsen: Boekelo, Borne, Delden, Denekamp, Diepenheim, Enschede, Glanerbrug, Goor, Haaksbergen, Hengelo, Losser, De Lutte, Oldenzaal, Ootmarsum, Overdinkel, Weerselo, Hengevelde, Beerzerveld, De Krim, Gramsbergen, Lutton, Bergentheim, Kloosterhaar en Slagharen. Vijf huisartsen - werkzaam in een andere regio, met name FEA gebied - zijn wel lid van de coöperatie, maar doen niet mee aan de zorgprogramma's.

Suzan van Vliet  
Kaderhuisarts beleid en beheer, medisch coördinator

Met bijdragen van:

Erica de Goeij, manager zorgprogramma's  
Ilse Moes, adviseur informatievoorziening en e-health (KOS)  
Andrew Oostindjer, kaderhuisarts CVRM, medisch adviseur DM  
Jan Rauws, kaderhuisarts COPD, medisch adviseur osteoporose

## 3 KWALITEIT EN ONTWIKKELINGEN

### 3.1 Algemeen

#### 3.1.1 Getallen

Sinds 2014 wordt op zorgroepniveau het kwaliteitsbeleid overkoepelend gepresenteerd. Bij de start van een nieuw zorgprogramma wordt gebruik gemaakt van bestaande expertise vanuit reeds lopende zorgprogramma's. Door groei van het aantal zorgprogramma's, het aantal deelnemende praktijken en patiënten wordt eenduidigheid in aangeboden kwaliteit steeds belangrijker. Dit vertaalt zich in vergelijkbare organisatorische en medisch-inhoudelijke processen binnen de verschillende zorgprogramma's.

Bij de vaststelling van het aantal deelnemende huisartsen aan de zorgprogramma's wordt uitgegaan van het aantal dat in het vierde kwartaal deelneemt. In deze periode waren 180 huisartsen lid van THOON Coöperatie. Vijf huisartsen nemen geen deel aan de zorgprogramma's en in een aantal praktijken is niet elke huisarts THOON-lid, maar worden wel zorgprogramma's afgenomen. Daarom is niet in percentages aan te geven hoeveel huisartsen deelnemen aan de zorgprogramma's. Alle huisartsen nemen deel aan het zorgprogramma DM2. Een groot deel van hen, 160 huisartsen, neemt deel aan het zorgprogramma COPD en op vijf na participeren alle huisartsen in het zorgprogramma CVRM. De zorgprogramma's zijn inmiddels goed geborgd binnen de THOON-organisatie.

Het kwaliteitsprogramma bij THOON bestaat uit het contractueel zorgprogramma, de voorbereidingsmodule (afronding is nodig om in te kunnen stromen in het zorgprogramma), visitatie, benchmark en scholingen.

#### 3.1.2 Team

Het ondersteunend team van THOON bestaat uit:

- Erica de Goeij, manager zorgprogramma's

Coördinatoren:

- Myrian Zengerink, DM
- Samara Westerhof, COPD
- Mieke Wijnen, CVRM

Medisch adviseurs:

- Andrew Oostindjer, kaderhuisarts CVRM, medisch adviseur DM
- Jan Rauws, kaderhuisarts COPD, medisch adviseur osteoporose
- Suzan van Vliet, kaderhuisarts beleid en beheer, medisch coördinator

ICT:

- Ilse Moes

De kaderhuisartsen hebben als taak het desbetreffende zorgprogramma inhoudelijk te ondersteunen. Sinds 1 april 2016 begeleidt Andrew Oostindjer de functie medisch adviseur DM. Hij is als Kaderhuisarts CVRM al verbonden aan THOON. In september 2016 startte hij met de kaderopleiding DM.

De coördinatoren zijn de spin in het web bij alles wat er speelt rondom een zorgprogramma en ondersteunen de kaderartsen waar nodig op alle gebieden. Alle coördinatoren zijn verpleegkundigen met een specialistische aantekening.

## 3.2 Kwaliteit

### 3.2.1 Kaderhuisartsenoverleg

Periodiek (driemaandelijks) vindt overleg plaats tussen de kaderhuisartsen, medisch adviseurs en medisch coördinator.

Er is een onderscheid gemaakt tussen een Klein (KKO) en een Groot Kaderhuisartsen (GKO) overleg. In het KKO vindt alleen overleg plaats over de lopende, chronische zorgprogramma's (DM2, COPD en CVRM). Het GKO heeft een breder karakter en hieraan wordt ook deelgenomen door alle medisch adviseurs.

De verschillende groepen zijn een aantal keren bij elkaar geweest. Het KKO op 1 maart, 26 juni en 11 december 2017 en het GKO op 26 februari, 8 mei en 1 november 2017.

Op de agenda stonden onderwerpen als: verbeteren van eenduidigheid en structuur binnen de verschillende zorgprogramma's (visitaties, klankbordgroep bijeenkomsten) en (zorgprogramma overstijgende) scholingen.

### 3.2.2 Coördinatoren overleg

Elk kwartaal vindt een coördinatoren chronische zorg overleg plaats. Tijdens dit overleg worden de visitaties besproken. Daarnaast is er twee maal per jaar een overleg met alle coördinatoren van THOON, dus ook met de coördinatoren ouderenzorg, GGZ en osteoporose.

### 3.2.3 Voorbereidingsmodules COPD en CVRM

THOON heeft huisartsen het afgelopen jaar ondersteund bij de aanvraag en implementatie van voorbereidingsmodules voor de chronische zorgprogramma's COPD en CVRM. Alle praktijken in het THOON werkgebied volgen reeds het zorgprogramma DM2 dus hier was geen sprake van het doorlopen van een Voorbereidingsmodule.

#### CVRM

In 2017 zijn 11 huisartsenpraktijken gestart met de voorbereidingsmodule CVRM. De huisartspraktijken hebben de module doorlopen ter voorbereiding op deelname aan het zorgprogramma. Huisartsen en POH'ers zijn begeleid bij het opzetten van een gestructureerd CVRM spreekuur met behulp van het Cardiovasculair Risico Implementatie Traject (CRIT).

Na het doorlopen van deze module voldeden de praktijken aan de voorwaarden voor deelname aan het zorgprogramma CVRM.

#### COPD

In 2017 zijn zeven huisartsenpraktijken gestart met de voorbereidingsmodule COPD. De module is structureel aangeboden aan de THOON huisartsen die deze module nog niet hebben doorlopen als voorbereiding op deelname aan de het zorgprogramma. Deze huisartsenpraktijken zijn begeleid bij de aanvraag en het opzetten van een gestructureerd COPD spreekuur met behulp van het CIT traject en scholing. Na het beëindigen van deze module in 2018 zullen de praktijken voldoen aan alle voorwaarden voor deelname aan het zorgprogramma COPD.

### 3.2.4 Visitatie

De visitaties vormen een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid. Ter voorbereiding op het visitatiegesprek ontvangen praktijken een vragenlijst over een aantal praktijkaspecten. De ingevulde vragenlijst wordt samen met de benchmarkgegevens, de geregistreerde indicatoren en weergave hiervan in de verschillende dashboards, besproken. De verschillende dashboards geven inzicht in de registratie van de belangrijke indicatoren op praktijkniveau en geven daarnaast inzicht op patiënteniveau, zogenaamde spiegelinformatie. Uit evaluaties komt naar voren

dat visitatiebezoek van meerwaarde is en als zinvol wordt ervaren ter bevordering van de kwaliteit en samenwerking binnen de chronische zorg.

Voor elk zorgprogramma wordt jaarlijks een aantal onderwerpen vastgesteld dat tijdens de visitaties wordt besproken.

Eind 2015 is de frequentie van het visiteren aangepast. Praktijken met een nieuw opgestart zorgprogramma worden voor dat zorgprogramma jaarlijks bezocht. Wanneer een praktijk een geborgd zorgprogramma uitvoert en de resultaten dat toelaten, wordt de visitatie voor een zorgprogramma eens in de drie jaar uitgevoerd. Doordat praktijken meerdere zorgprogramma's volgen, vindt er altijd minstens één visitatie per jaar (anderhalf jaar) plaats. Deze frequentie van visiteren is door alle praktijken positief ontvangen. Waar de ene praktijk aangeeft toch prijs te stellen op een jaarlijks contact per zorgprogramma - even tijd om bij de begeleiding van een chronische aandoening stil te staan - geeft de andere praktijk aan dat de nieuw gekozen frequentie beter bij de status van het zorgprogramma past.

Borgen van zorg is het belangrijkste thema binnen de visitatie. Gemiddeld werden de visitaties in 2017 met een 8,4 beoordeeld.

### **3.2.5 Benchmark**

Elk half jaar ontvangen de praktijken via de berichtenmodule in het KOS een overzicht van hun resultaten op de vastgestelde indicatoren. Deze resultaten worden tijdens de visitatie door de coördinator besproken. We onderzoeken of een andere vorm van bespreken in de toekomst nog beter kan aansluiten bij het doel.

Jaarlijks wordt dit overzicht op zorggroep niveau verzonden aan Menzis.

In Een verzamelt deze gegevens van de verschillende zorggroepen en maakt hier vervolgens een trendrapport op landelijk niveau van. De interpretatie van deze gegevens wordt beschreven in 'de Jaarmeting'. De rapportages staan in de bijlagen.

### **3.2.6 Klankbordgroepen en MIC**

In 2016 werd door de coördinatoren en kaderhuisartsen opgemerkt dat de klankbordgroepbijeenkomsten als minder zinvol werden ervaren. De opkomst liep terug en er was weinig input. Het doel van de bijeenkomsten was het 'klanken' met de praktijken en op basis daarvan het beleid neer te zetten of aan te passen. Inmiddels zijn het drie geborgde zorgprogramma's. Een goed moment om het doel en de vorm van deze bijeenkomsten te evalueren en bij te stellen. Er is een voorstel gemaakt om de klankbordgroepen van DM2, COPD en CVRM op te heffen en over te gaan tot één grote commissie met een groep huisartsen en POH'ers; de Medisch Inhoudelijke Commissie (MIC). Via HAweb zal informatie worden uitgewisseld en zullen discussies worden gevoerd. Wanneer het onderwerp zich daartoe leent, zal uit de deelnemers van het MIC een focusgroepsbijeenkomst worden samen geroepen.

Dit voorstel is door de bestaande klankbordgroepen positief ontvangen en door de leden aangenomen. Helaas is het nog niet gelukt om dit in 2017 voldoende van de grond te doen komen.

### **3.2.7 Kritische Kwaliteits Kenmerken (KKK's)**

De Kritische Kwaliteits Kenmerken (KKK's) vormen de set van relevante eisen voor ketenzorggroepen. Deze kenmerken geven een indicatie van de meerwaarde die zorggroepen hebben ten aanzien van de zorg die individuele, niet aan zorgprogramma's deelnemende, zorgverleners bieden.

Patiënten, zorgverleners, collega zorggroepen en de maatschappij mogen van zorggroepen verwachten dat zij aan deze KKK's voldoen. In Een ondersteunt de zorggroepen en heeft hiertoe een zelfevaluatie opgesteld. Door het invullen van dit schema wordt inzicht verkregen in de te verbeteren punten.

De KKK's voor zorggroepen zijn:

- Optimale zorg en uitkomsten
- Zorgstandaarden



- Beleid ter zake van onvoldoende presteren
- Bevoegd zorgteam
- Geaccrediteerde scholing
- Spiegelinformatie
- Bespreken prestaties op praktijkniveau

Na het invullen van de zelfevaluatie blijkt dat THOON meer accent mag leggen op het kenmerk 'beleid t.a.v. onvoldoende presteren'. Concreet betekent dit dat er nog geen regeling is die vastlegt hoe er wordt omgegaan met praktijken die blijvend onvoldoende presteren.

Het daartoe eerder geschreven beleidsvoorstel is inmiddels herschreven en zal komend jaar onder het motto: 'verbeteren praktijkvariatie' zijn weerslag krijgen.

### **3.2.8 Scholing**

Er valt een onderscheid te maken in zorgprogramma-overschrijdende scholing en scholing specifiek gericht op een zorgprogramma.

De scholing 'Coachende gespreksvoering' is zorgprogramma-overschrijdend aangeboden. Dit programma is in 2016 opgestart en de deelnemende praktijken hebben dit in 2017 vervolgd. In 3.3.2 wordt dit nader beschreven.

Meerdere scholingen over 'Stoppen Met Roken (SMR)' zijn aangeboden, voor beginners en gevorderden. Dit programma is in 2016 ontwikkeld en in 2017 is de nieuw samengestelde scholing SMR aangeboden. Deze werd en wordt als zeer goed ervaren.

In april is samen met de FEA een Hart-Vaatziekten symposium gehouden. Dit symposium was middag- en avondvullend, werd zeer goed bezocht en beoordeeld.

In hoofdstuk 4 worden per zorgprogramma de in 2017 aangeboden scholingen beschreven. In het 'Algemeen Jaarverslag 2017' staat een overzicht van alle door THOON georganiseerde scholingen.

In 2016 is besloten een scholingsbudget vast te stellen en THOON scholing daaruit te bekostigen. Huisarts-leden en hun personeel betalen derhalve niet voor scholingen, alleen wordt er een 'wegblijftarief' gevraagd ingeval van ontijdige afmelding. Dit is in 2017 ook daadwerkelijk toegepast.

## **3.3 Ontwikkelingen**

### **3.3.1 Accreditatie**

De accreditatie van scholing voor huisartsen loopt via de LHV Kring Twente. Accreditatiepunten zijn nodig om per vijf jaar her-certificering te krijgen. Vanuit de groep POH's en verpleegkundigen bestaat al jaren de wens om ook voor regionale scholingen accreditatie van hun beroepsorganisatie te krijgen. In 2017 is het gelukt alle scholing ook voor POH's en verpleegkundigen te accrediteren. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de inzet van de medewerkers van de LHV Kring Twente.

### **3.3.2 Zelfzorg**

Zelfzorg is en blijft een belangrijk onderdeel binnen de zorgprogramma's en staat sinds een aantal jaren ook landelijk op de agenda.

In 2017 heeft het onderdeel zelfzorg bij THOON ook weer op verschillende plekken aandacht gekregen en was het onderdeel van verschillende scholingen.

Apart te vermelden zijn hierbij:

- In 2017 is het verzoek gekomen vanuit een groep huisartsen uit de hele Twentse regio aan Menzis om het programma 'Keer Diabetes 2 Om' (KDM2O) naar de regio te halen. Dit programma is een bestaand programma via hetwelk een groep DM patiënten intensief wordt begeleid in het wijzigen van leefstijl. Daarbij speelt de inname van weinig koolhydraten (Low Carb High Fat, LCHF) een belangrijke rol. Binnen dit programma is ook aandacht voor andere vormen van verbeteren van leefstijl. Deze vraag resulteerde in een discussie over de vraag hoe nieuwe vormen van het verbeteren van leefstijl door THOON worden uitgerold. Met name het gedachtengoed over LCHF is een nieuwe stroming die goede resultaten lijkt te geven in het verminderen van insuline resistentie en gewichtsverlies. Daardoor is dit dieet breder inzetbaar dan alleen voor DM patiënten en kan het ook worden toegepast in de grote groep patiënten met overgewicht en adipositas in het zorgprogramma CVRM. De vraag is in hoeverre er sprake is van een nieuwe 'hype' dan wel dit gedachtengoed tot blijvende resultaten leidt. THOON volgt de ontwikkelingen vanuit de gedachte dat elke manier van leefstijlverbetering met beide handen moet worden aangepakt. Waarschijnlijk is dit een nieuw, en voor veel mensen aantrekkelijk, aanbod in het hele scala van mogelijkheden om de leefstijl te verbeteren.

- ICT: Pilot E-vita (zie 'KOS')

- ZO! Project 'Coachende Gesprekstechnieken'

In 2016 is dit pilotproject met subsidiegelden van ZO! gestart. Het doel van dit project is om middels coaching on the job de kwaliteit van gesprekstechnieken van huisartsen en hun POH'ers rondom leefstijl te verbeteren. Motivational interviewing en shared decision making zijn belangrijke basisvaardigheden die getraind werden. De training bestond uit drie groepsbijeenkomsten, onder leiding van twee trainers, te weten Sietse van Turenout (oud kaderhuisarts DM) en Paul van Katwijk (psycholoog, trainer communicatie bij de opleiding Technische Geneeskunde van de UT en voormalig begeleider huisartsenopleiding VUMC). In de eerste bijeenkomst werd theorie onderwezen en geoefend met acteurs. Daarna werden door de deelnemers webcam opnames gemaakt van patiëntencontacten. Bij de tweede en derde bijeenkomst werden deze opnames besproken.

In 2017 hebben uiteindelijk drie groepen het hele project doorlopen. De derde groep bestond uit verpleegkundigen die vanuit THOON werkzaam zijn in huisartsenpraktijken. De drie groepen vonden de cursus leerzaam maar tijdsintensief. Een enkele groep zet de interventie met behulp van video besprekingen nog voort. In 2017-2018 is een SROI (social return on investment, maatschappelijk businesscase) gemaakt van dit project:

<https://zelfzorgondersteund.nl/wp-content/uploads/2018/04/2017-SROI-THOON-HR.pdf>

Zelfzorg krijgt steeds meer maatschappelijke aandacht. De indruk bestaat dat iedereen zich meer bewust raakt van het feit dat hij of zij zelf ook een verantwoordelijkheid draagt in het zorgen voor een goede eigen gezondheid. Het is een uitdaging voor werknemers in de huisartsenpraktijk om zich hierin als coach op te stellen. THOON ziet zichzelf als ambassadeur van zelfzorg en blijft zelfzorg tijdens zoveel mogelijk momenten op de agenda houden.

### 3.3.3 KOS

Sinds 2013 wordt gewerkt met het Ketenzorg Informatie Systeem (KIS) van Vital Health Systems (VHS). Bij THOON wordt dit het Keten Ondersteunend Systeem (KOS) genoemd, omdat het systeem meer biedt dan alleen de mogelijkheid van informatie uitwisseling.

In het KOS worden de resultaten van de zorg geregistreerd. Deze registratie wordt gebruikt voor:

- Monitoring van zorg door de praktijkmedewerkers. Hiervoor worden de rapportage- en de statistiekmogelijkheid gebruikt.
- Veilige communicatie met de ketenpartners:
  - Eenvoudige verwijzing naar ketenpartners;
  - Overzicht welke patiënten verwezen zijn naar ketenpartners;
  - Terugrapportage door de ketenpartners.
- Consulteren van medisch specialisten, kaderhuisarts en coördinator.
- Genereren van managementinformatie ten behoeve van de kwaliteit van zorg van de deelnemende huisartsenpraktijken individueel en voor de zorggroep als geheel.

- Het genereren van indicatoren door de zorggroep. In 2016 zijn de verplichte velden aangepast zodat deze aansluiten bij de landelijk vastgestelde InEen indicatoren.
- Aanleveren van indicatoren voor de trendrapportage InEen.
- Financiële afhandeling: declaratie naar de zorgverzekeraar en uitbetaling aan onderaannemers (huisartsen en ketenpartners).

Tijdens de visitaties blijkt vaak dat het gebruik van het KOS als een extra inspanning wordt ervaren terwijl de meerwaarde die het systeem kan hebben bij de gebruikers niet altijd duidelijk is. Door THOON is veel aandacht besteed aan de implementatie van het KOS met als doel het draagvlak voor het gebruik door huisartspraktijken te vergroten. De afgelopen jaren zijn de gebruiksmogelijkheden van het systeem toegenomen terwijl de kennis van de gebruikers hierover niet altijd is meegegroeid.

Het KOS kent bijvoorbeeld de mogelijkheid van beveiligd e-mailverkeer met ketenpartners. Deze optie blijkt nog onbekend bij veel gebruikers van het KOS. Tijdens visitaties wordt hieraan door de coördinatoren aandacht besteed.

Het versturen van de jaarmeting over 2017 via de berichtenbox in het KOS is goed verlopen. Dit betrof de halfjaarlijkse tussenmeting in juli en in het nieuwe jaar de jaarmeting van 2017.

### **3.3.4 e-Vita**

E-Vita is een patiëntenportaal dat gelinkt is aan het KOS. Het is een online zelfmanagement programma.

Er is in 2016 als pilot gestart met het aanbieden van dit portaal aan een groep DM2 patiënten. Deze pilot is halverwege 2017 afgerond.

Met e-Vita krijgen patiënten inzage in een (vooraf bepaald) deel van hun meetwaarden en laboratorium uitslagen. Ook kan een patiënt zelf waarden invoeren, bijvoorbeeld een glucose dagcurve. Dit biedt voor zowel patiënt als POH de mogelijkheid zelf een geschikt tijdstip voor deze activiteit te kiezen. Mede om die reden blijkt e-Vita een ook prettige applicatie bij de begeleiding van insuline afhankelijke patiënten.

E-Vita geeft zorggroepen ook de mogelijkheid om zelf patiëntinformatie aan te bieden, naast de informatie die vanuit Stichting September beschikbaar is. Ook kan de POH op basis van selecties gericht informatie sturen aan groepen patiënten.

Uit evaluatie blijkt dat de informatie van de Stichting September voor patiënten die al langer bekend zijn met de chronische aandoening niet altijd aansluit bij hun behoefte. Daaruit is het advies gekomen om het assessment (de vragenlijst om het kennisniveau van de patiënt in te schatten) niet standaard te gebruiken, maar de POH de mogelijkheid te geven om te bepalen wanneer de inzet hiervan gewenst is.

In het THOON werkgebied zijn praktijken die graag met OZO Verbindzorg willen werken of dat al doen, omdat deze software volgens hen beter aansluit bij hun communicatiebehoeften. Omdat het programma van eisen dat ten grondslag ligt aan de aanschaf van het huidige KOS in 2012 is vastgesteld, de afgelopen jaren nieuwe software op de markt is gekomen en de behoeften van huisartsenpraktijken mogelijk zijn veranderd, is in 2017 besloten een onderzoek door Roset uit te laten voeren naar de huidige behoeften en mogelijkheden. Onderzocht wordt of en zo ja op welke wijze het oorspronkelijke programma van eisen moet worden aangepast en wat dit betekent voor het huidige KOS. Daarom is besloten, in afwachting van de uitkomsten van dit onderzoek, e-Vita vooreerst niet meer voor praktijken beschikbaar te stellen. Praktijken die uitdrukkelijk wel de voorkeur geven aan e-Vita en zich realiseren dat de uitkomsten van het onderzoek mogelijk gevolgen kunnen hebben voor de inzet van het huidige KOS door THOON wordt nog wel de mogelijkheid geboden deze applicatie te gebruiken.

### **3.3.5 Communicatie met de POH's en huisartsen**

De THOON nieuwsbrief is in 2016 aangepast (onder meer nieuwe lay-out). De nieuwsbrief wordt wekelijks op donderdag aan de huisartsenpraktijken verstuurd en blijkt goed te worden gelezen door POH'ers en huisartsen.

Vanuit THOON is gestart met bijeenkomsten voor POH'ers voor DM, COPD of CVRM. De eerste bijeenkomst is georganiseerd door THOON, de vervolgbijeenkomsten worden door de POH'ers zelf georganiseerd. In 2016 is deze bijeenkomst gestart voor COPD, in 2017 voor DM. In 2018 zal dit worden opgestart voor CVRM.

### **3.3.6 Ketenpartners**

THOON heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken (onder andere verwijscriteria, kwaliteitseisen) met de gecontracteerde ketenpartners. Deze zijn vastgelegd in aansluitovereenkomsten. Voor de verschillende zorgprogramma's heeft THOON de volgende ketenpartners gecontracteerd:

- Podotherapeuten voor de voetzorg (DM2).
- Diëtisten voor de dieetadviesing (DM2, COPD en CVRM).
- Laboratorium (SHO) voor fundusscreening (DM2) en spirometrie (COPD, waar de praktijk deze niet zelf uitvoert).
- Specialisten ZGT en MST voor consultatie (DM2, COPD en CVRM).

### **3.3.7 Het Roer Moet Om (HRMO)**

In het voorjaar van 2015 stond een groep bezorgde huisartsen op en spijkerde het manifest 'Het Roer Moet Om' (HRMO) op de deuren van VWS. De bezorgdheid van deze groep huisartsen werd verwoord in drie problemen:

1. Bureaucratie en administratieve lasten.
2. Samenwerking en gelijkwaardigheid: over contractering en mededinging.
3. Kwaliteit: over basiseisen en indicatoren voor de kwaliteit van zorg.

Eén van de aanleidingen voor het manifest is de onvrede bij veel huisartsen over het gebruik van (voor de uitvoering van de zorg niet zinnige) indicatoren. Veel huisartsen en POH'ers ervaren het verzamelen van de indicatoren als een zware werkdruk en zien het als 'het aanvinken van hokjes'. Tevens vraagt men zich af of deze indicatoren iets zeggen over kwaliteit. Er werden voor verschillende vraagstukken werkgroepen geformeerd. Voor THOON zijn vooral de werkgroepen die gaan over 'kwaliteit' van belang.

In december 2015 werd de lijst 'indicatoren te gebruiken voor de rapporten' gepubliceerd. In 2016 en 2017 waren slechts kleine aanpassingen.

In 2017 zijn in het hoofdstuk kwaliteit met name stappen gemaakt om intercollegiale toetsing en intervisie een belangrijker onderdeel van het kwaliteitsbeleid te laten worden. Door het NHG en de LHV wordt nog gewerkt aan scholingsaanbod hierin. De snelheid van de voortgang is erg wisselend en wordt door THOON op de voet gevolgd. Op de website van 'Het Roer Gaat Om' zijn de laatste ontwikkelingen te volgen <https://hetroergaatom.lhv.nl/>.

## 4 JAARMETING

### 4.1 Algemeen

#### 4.1.1 Inleiding

In dit verslag vindt u op zorggroep- en zorgprogrammaniveau het proces van doelen stellen, plannen maken, plannen uitvoeren, meten, evalueren en nieuwe doelen stellen terug. Buiten dit verslag om worden de huisartspraktijken aangezet om binnen hun eigen praktijk met hun eigen cijfers hetzelfde proces door te maken. Door de invoering van het KOS kunnen alle praktijken op elk moment en over elke periode hun eigen data uitdraaien ten behoeve van de kwaliteitsbewaking.

Om een beeld te krijgen van de dynamiek van het kwaliteitsbeleid moeten de afzonderlijke activiteiten die binnen een zorggroep spelen bekeken worden.

Het is goed om te realiseren dat de kwaliteit van zorg door veel meer factoren dan alleen de indicatoren bepaald wordt. Het geheel van het functioneren van een praktijk in een sociale setting moet worden bekeken om tot een genuanceerde benadering te komen. Daarom hechten we ook veel belang aan de visitatie die in alle huisartspraktijken plaatsvindt.

#### 4.1.2 Doelstelling jaarmeting

Met de rapportage van de gegevens uit de jaarmeting kan verantwoording afgelegd worden over de geleverde inspanningen en prestaties. Tevens biedt het de mogelijkheid tot reflectie en geeft het aanknopingspunten voor het ontwikkelen en uitvoeren van kwaliteitsbeleid (-verbetering).

Allereerst is het een verantwoording aan de opdrachtgevers, de zorgverzekeraars, zoals in de overeenkomst met hen is vastgelegd. Hiermee kunnen we transparant het gesprek aangaan over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Ten tweede wordt deze jaarmeting gebruikt voor reflectie op praktijk- en zorggroepniveau. Door benchmarking met vergelijkbare zorgaanbieders kan een toetsing plaatsvinden met hen maar ook met het eigen handelen in het verleden.

Het derde en belangrijkste doel van deze meting is bevordering van de kwaliteit van chronische zorg. De meting wordt gebruikt om via de 'kwaliteitscirkel van Deming' de eigen doelstellingen in de huisartsenpraktijk te toetsen en na evaluatie weer nieuwe doelstellingen te formuleren voor het volgend jaar. De visitatie wordt ingezet ter ondersteuning van persoonlijke plannen van de huisartsenpraktijk. Deze plannen zijn meestal gebaseerd op de uitslagen van de jaarmeting binnen de praktijk.

THOON gebruikt de uitkomsten voor het doen van suggesties voor onderwerpen waar komend jaar meer aandacht aan gegeven zou kunnen worden.

#### 4.1.3 Indicatoren: parameters van de zorg en 'Het Roer Moet Om'.

De overheid, inspectie, NHG en LHV sloten een convenant over het uniforme format van de indicatoren die de partijen hanteren. De zorgverzekeraars committeerden zich aan uniforme rapportage in de hiervoor door VWS ingestelde stuurgroep 'Transparante Huisartsenzorg'. De parameters zijn als volgt in te delen:

- *Structuurindicatoren*: zeggen iets over gebouw, uitrusting praktijk, aantallen patiënten, elektronisch beschikbare dossiers.
- *Procesindicatoren*: zeggen iets over de wijze waarop de zorg geboden wordt. Hoe volledig zijn de stappen in het zorgprotocol gevolgd én genoteerd.
- *Uitkomstindicatoren*: geven inzicht in het resultaat van de geleverde zorg.

#### Indicatoren verslagjaar

In 2007 is een lijst van zorgparameters vastgesteld door het NHG en de LHV.

In december 2015 is door InEen de indicatorenlijst voor 2015 bekend gemaakt. Deze lijst is het resultaat van de besprekingen in de werkgroep 'Kwaliteit' van HRMO. Voor

elk zorgprogramma zijn hooguit acht indicatoren vastgesteld, naast de kengetallen. Dit is een lijst die door alle zorgverzekeraars wordt gebruikt.

De definities van de indicatoren blijven ten opzichte van 2016 onveranderd.

COPD: omdat volgens de standaard het jaarlijks uitvoeren van een spirometrie onderzoek niet meer is aangewezen vervalt de indicator “% COPD patiënten bij wie spirometrie is gedaan in afgelopen 3 jaar”.

VVR en HVZ: er is een alternatieve formulering gevonden voor de indicator “% patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd”.

DM2: geen aanpassingen.

In de bijlagen zijn de verschillende rapporten toegevoegd. Hierbij dient het volgende te worden opgemerkt:

Deze rapportages worden automatisch verkregen.

- Een aantal gegevens (kengetallen) kan niet op basis van de reguliere registratie door huisartsenpraktijken uit het KOS gehaald worden. Het gaat dan om populatiegegevens die alleen in het HIS bekend zijn. Bijvoorbeeld de aantallen diabetespatiënten type 1 of de aantallen patiënten onder behandeling bij de specialist. Deze cijfers worden jaarlijks opgevraagd bij de praktijken en vervolgens door het THOON bureau handmatig in het KOS geregistreerd. Daarmee is 100% betrouwbaarheid niet gewaarborgd.
- De InEen rapporten geven inzicht in de trend over de afgelopen jaren. Dit zijn voor ons belangrijke overzichten, want zij geven informatie over de zorg op veel langere termijn.
- Elk half jaar worden de benchmarkrapporten via het KOS aan de praktijken verzonden. Deze benchmarkrapporten bevatten de uitkomsten van de betreffende praktijk in relatie tot die op zorggroep niveau.

#### **4.1.4 Meetmethoden**

Alle gegevens worden verzameld in het KOS. In dit systeem kunnen de praktijken de gegevens rechtstreeks registreren. Daarnaast worden gegevens uitgewisseld tussen het HIS en het KOS via de OZIS koppeling. Voorwaarde voor uitwisseling van gegevens via de OZIS koppeling is dat in het HIS de juiste ICPC code is aangemaakt en dat de WID (identificatie) controle is uitgevoerd. Uiteraard moet de patiënt voor deze uitwisseling tussen de systemen toestemming hebben gegeven.

Praktijken kunnen op diverse manieren in het KOS op praktijkniveau managementinformatie opvragen. Deze rapportages zijn in PDF of CSV te downloaden. Er kan in de statistiekmodule van het KOS specifiek op een bepaalde parameter worden gezocht, waarbij de gegevens op patiëntniveau getoond worden. Hierdoor kan men inzoomen op de individuele patiënt en beoordelen waarom een parameter niet bekend of afwijkend is.

Daarnaast kunnen praktijken vanuit alle gegevens in het KOS een PM rapportage (pro management, ten behoeve van de jaarrekening) samenstellen. Deze rapportage is een CSV bestand dat in Excel bewerkt kan worden.

De jaarmeting loopt officieel van 1 januari tot en met 31 december 2017. Alle patiënten van de praktijken die gedurende het gehele jaar 2017 deelnamen aan een zorgprogramma zijn geïnccludeerd in de jaarmeting.

Begin april 2017 heeft Insight Zorg het VitalHealth Keten Systeem goedgekeurd voor de landelijke benchmark van InEen. De goedkeuring betekent dat het KOS voldoet aan de eisen van InEen en Zorgverzekeraars Nederland ten behoeve van de landelijke benchmark. Het VitalHealth KOS is daarmee gecertificeerd voor de rapportage van

indicatoren.

Per 1 januari 2018 wordt in het KOS een wijziging aangebracht in de inclusie van bepaalde ICPC codes. Dit heeft ten doel de registratie te verbeteren. In het najaar van 2017 werd vanuit THOON hiervoor aandacht gevraagd.

#### **4.1.5 Resultaten**

Sinds THOON jaarmetingen uitvoert en beschrijft is 2017 het eerste jaar waarbij er geen sprake is van verbetering van de gemeten resultaten; op sommige onderdelen is er zelfs sprake van een negatieve verandering. In voorgaande jaren zijn de resultaten altijd uitstekend geweest, en in de hoogste categorieën vergeleken met de resultaten van de andere zorggroepen zoals die verkregen worden via InEen (zie bijlage 1t/m 4). Dat is een waarneming die vraagt om een goede analyse naar de oorzaken. En vervolgens ook een uitdaging om daar de komende jaren waar nodig weer verbetering in te realiseren. De resultaten zijn besproken met de kaderhuisartsen en de coördinatoren met de volgende overwegingen als uitkomst:

- De resultaten betreffen met name procesindicatoren, dit is slechts een onderdeel van de kwaliteit.
- Een verkeerde registratie geeft geen resultaat. Het is onduidelijk welke rol verkeerde registratie eventueel speelt en hoe de uitkomsten hierdoor mogelijk worden beïnvloed.
- Jaarlijkse metingen betreffen soms een tijdspanne van meer dan twaalf maanden met als gevolg dat het resultaat van de procesindicator niet in beeld komt. Dit effect zou overigens ook moeten blijken in de landelijke trend.
- Mogelijk zijn dit de gevolgen van meer aandacht voor zelfzorg en minder voor 'afvinken'. Met name indicatoren die gaan over gespreksresultaten en niet over laboratoriummeting worden slechter gescoord.

In de specifieke zorgprogramma's zal hierop terug gekomen worden.

## **4.2 Uitkomsten**

### **4.2.1 Zorgparameters**

Net als in 2016 namen alle praktijken binnen het THOON gebied deel aan het zorgprogramma DM2. In totaal waren daarmee 20.162 (Q4 2017) patiënten met DM2 in zorg.

### **4.2.2 Visitatie**

De visitaties DM2 vinden in principe één keer in de twee à drie jaar plaats. De frequentie is afhankelijk van uitkomsten van de rapportage, deelname aan andere zorgprogramma's of wijzigingen in de huisartsenpraktijk.

De aandachtspunten voor 2016/2017 zijn:

- deelname masterclass DM: nieuwe orale medicatie en insulinesoorten;
- werken met en mogelijkheden binnen het KOS;
- voetzorg, met name zorgprofiel met daarbij verwijzing en vergoedingen.

### **4.2.3 Overleg medisch specialisten**

In 2017 is in maart en oktober een overleg met de vasculaire internisten geweest, dr. Vloedveld (ZGT) en dr. Kant (MST). Tijdens deze bijeenkomsten worden de onderwerpen DM en CVRM besproken. Jaarlijks wordt de RTA indien nodig aangepast, ontwikkelingen besproken en nascholing voorbereid.

### **4.2.4 Scholing**

- Diabetes: maatwerk, update 2017 inclusief medicatie. Deze scholing is in het voorjaar en het najaar aangeboden.
- Najaar: voetzorg samen met podotherapeuten en vaatchirurgen.

#### **4.2.5 Interpretatie en bespreking**

Hierbij werd gekeken naar de InEen rapportage over de vastgestelde indicatoren en de trendrapportage. De resultaten in deze rapportages zijn minder positief dan we gewend zijn.

Een aantal opvallende zaken ten opzichte van de landelijke cijfers:

- Zoals bekend een hogere incidentie van het aantal DM2 patiënten in ons gebied. Ook uit het GGD overzicht van een aantal jaren geleden bleek in de regio de sterfte aan DM groter te zijn dan in andere regio's. Tevens is een hoger percentage diabeten onder behandeling van de specialist. Deze uitkomsten zijn echter gebaseerd op kengetallen die niet 100% betrouwbaar zijn.
- De meeste indicatoren waren altijd al goed en zijn in het jaar 2017 min of meer vergelijkbaar, hoewel de lichte daling aandacht behoeft.
- Het aantal patiënten met een lipidenverlagend middel is behoorlijk gedaald. Hierbij kan een rol spelen dat minder patiënten een lipidenverlagend middel willen gebruiken gezien de bijwerkingen. Daarnaast is het ook niet zo dat iedere patiënt een lipidenverlagend middel moet gebruiken, dit geldt met name voor ouderen.
- Een nog weer iets betere registratie van het aantal rokende patiënten.
- Nog steeds een groter percentage dat rookt. Hierin zien we wel in de loop der jaren een lichte verbetering (= daling). Regionaal is het percentage rokers hoger dan landelijk.
- Een lager percentage patiënten bij wie het voetonderzoek is uitgevoerd. Hier is geen directe verklaring voor. In 2017 is tijdens de visitaties meer aandacht besteed aan het voetonderzoek. Het is in april tijdens het HVZ congres tijdens een workshop en in november tijdens een symposium over voetproblemen uitgebreid aan bod gekomen. Dit gebeurde in samenwerking met de vaatchirurgen en podotherapeuten. Voor deze scholing is een transmurale richtlijn arterieel vaatlijden opgesteld. Het is helaas in 2017 niet gelukt deze voor de hele regio af te spreken. Voor THOON is het voetonderzoek een belangrijke indicator. Voetzorg is echter breder dan alleen het voetonderzoek en de registratie daarvan. Het houdt ook in de inhoudelijk goede verwijzing naar de podotherapeut en (het volgen van) de samenwerkingsafspraken die er zijn met de tweede lijn. Uiteindelijk is het belangrijkste resultaat het verminderen van voetulcera en uiteindelijk amputatie. Dat zal op langere termijn zichtbaar moeten zijn in de resultaten van de vaatchirurgen. Deze scholing had plaats in november; mogelijk dat de resultaten hiervan zichtbaar zijn in 2018.
- Ter aanvulling: Voetencentrum Wender beschrijft in zijn jaarverslag 2017 ([www.podotherapeut.nl](http://www.podotherapeut.nl)) de overweging dat 32 amputaties zijn voorkomen in 2017. Dit gaat over de 11.070 DM patiënten die door Wender zijn gecontroleerd.

#### **4.2.6 Onderzoek podotherapie**

In 2017 heeft THOON deelgenomen aan een onderzoek dat geïnitieerd werd door de podotherapeuten.

Het doel van het onderzoek was om meer helderheid te krijgen over de verdeling van simm's classificatie en de verdeling zorgprofielen (ZP) bij DM2 patiënten.

Verder werd ook gekeken naar de verhouding simm's / ZP bij verschillende zorgverleners (POH / podotherapeut).

Het onderzoeksrapport pilot: 'Voetzorg Diabetes Mellitus type 2 in kaart' kunt u vinden op de website van THOON.

#### **4.2.7 Conclusies**

In relatie tot de resultaten van de InEen indicatoren presteren de huisartsenpraktijken binnen het zorgprogramma DM2 van zorggroep THOON nog steeds voldoende, over het algemeen op zeer hoog niveau zoals in eerdere jaren. De registratie van het uitgevoerde voetonderzoek en de wijze waarop we de resultaten hoog blijven houden noopt tot nadenken.



#### **4.2.8 Plannen 2018**

Belangrijk is dat we blijven strijden tegen de oorzaken van DM2: overgewicht, weinig bewegen, ongezonde voeding: kortom leefstijl.

Gezien de uitslagen van de trendrapportage zal in het komende jaar de voetzorg extra aandacht krijgen.

In 2018, en niet zoals eerder werd gedacht in 2017, komt de nieuwe standaard DM2 uit. Daarnaast zal de standaard 'chronische nierschade' worden aangepast. De verwachting is dat dit zal leiden tot de nodige wijzigingen in beide THOON protocollen en deze zullen moeten worden herzien eind 2018.

Scholing 2018

Geplande DM nascholingen 2018, voor een groot deel overlap met CVRM

- Scholing voor huisarts, POH en diëtist rondom voeding: LCHF
- Scholing middels casuïstiek voor POH en DVK
- Scholing acute DM zorg voor huisartsen
- Hypertensie: meten en behandelen. Scholing voor assistentes, POH en huisartsen
- Aanpassingen naar aanleiding van nieuwe NHG richtlijnen.

### **4.3 Uitkomsten COPD**

#### **4.3.1 Zorgparameters**

In 2017 zijn zeven huisartsenpraktijken gestart met de voorbereidingsmodule COPD. Zij ronden deze in 2018 af.

Over het verslag jaar waren 3209 (Q4 2017) patiënten geïnccludeerd in het zorgprogramma COPD (300 meer dan in 2016); 160 huisartsen (81%) nemen deel aan het zorgprogramma COPD.

Dit zijn 15 huisartsen meer dan in 2016. Deze nieuwe deelnemers hebben in een eerder stadium de voorbereidingsmodule doorlopen, of het betreft praktijkovernames waarbij een solopraktijk is overgenomen door een duo.

#### **4.3.2 Scholing**

De onderstaande scholingen zijn aangeboden:

- Caspir:
  - twee maal de gehele cyclus;
  - zes keer de herhaalmodule.
- Cursus exacerbatie management: Redux samen met de longarts voor huisarts en POH.
- Stoppen met roken: zowel de basis cursus als de verdiepende scholing van 4 avonden.

#### **4.3.3 Visitatie**

In 2017 zijn 34 huisartsenpraktijken bezocht. Hun resultaten zijn besproken door de coördinator zorgprogramma COPD.

Aandachtspunten:

- SMR
- Exacerbatie management
- Dashboard Risico patiënten
- Ziekte perceptie lijst

#### **4.3.4 Overleg medisch specialisten**

Het overleg van en met longartsen (ZGT en MST) heeft eenmaal plaatsgevonden. In 2016 is dat driemaal geweest, nu was het minder doordat de laatste vergadering aan het einde van 2016 heeft plaats gevonden. Aandachtspunten tijdens het overleg zijn: SMR, exacerbatie management, de RTA, comorbiditeit osteoporose en palliatieve afstemming eerste en tweede lijn. Er is vanuit dit overleg een eerste aanzet gemaakt voor het maken van een regionaal formulier voor inhalatie medicatie en devices.

#### 4.3.5 Interpretatie en bespreking

De InEen indicatoren staan in bijlagen 1 tot en met 4.

Opvallend is opnieuw de lichte afname van de resultaten van de procesindicatoren, mogelijk doordat er meer en meer mensen pas na een jaar weer gezien worden en dus buiten de rapportperiode van twaalf maanden vallen (1/1/2017 – 31/12/2017).

Speciale indicatoren zijn:

	2017	2016
BMI < 21	12%	11,2%
Alle ICS	39%	39%
MRC > 2 of CCQ > 2	20%	20,5%
Pt < 50jr	5%	3%
Matige of ernstige ZL	31%	25,1

#### **Conclusies**

Alle cijfers in openschouw nemend, past de uitkomst goed bij een DBC in de gevorderde fase.

Goede implementatie van het KOS speelt hierin een belangrijke, positieve rol.

Opvallend in de speciale indicatoren is dat het percentage matige ziektelast stijgt ten opzichte van 2016: mogelijk is dit een effect van substitutie.

De relatieve achteruitgang van de procesindicatoren in 2017 vraagt extra aandacht maar vormt geen aanwijzing voor levering van minder goede zorg. Goede registratie en tijdig zien van de patiënt blijft een aandachtspunt.

#### 4.3.6 Plannen 2018

Nu het KOS geïmplementeerd is kan er meer gefocust worden op de inhoud van de zorg, en dan in het bijzonder de zorg voor de "risico patiënt".

In het dashboard in het KOS zal verschijnen 'COPD Hoog Risico'.

Hiermee kan de praktijk in één overzicht zien welke patiënt at risk is en welke niet.

In 2018 zal het regionaal formulair inhalatiemedicatie en -devices verder worden uitgewerkt. In eerste instantie zal dit plaatsvinden in het ZGT gebied. Mogelijk dat hieruit het zorgprogramma astma kan volgen, een lang gekoesterde wens.

De verplichting om de caspir scholing te volgen en bijbehorende her-certificering houden we ook vast in 2018. We gaan er vanuit dat dit de kwaliteit van spirometrie, interpretatie en behandeling, het beste ondersteunt.

#### **Scholing 2018**

Zoals in de plannen voor 2018 al benoemd staat, is stoppen met roken de belangrijkste lifestyle interventie. Hier zullen dan ook dit jaar meerdere scholingen voor worden aangeboden. Dit zal bestaan uit de basis SMR maar ook de specialistische scholing SMR zal gepland worden.

Nu de ziektelastmeter in het KOS staat gaan we meerdere keren een workshop, over hoe deze in te zetten is, geven.

De ziektelastmeter is een mooi instrument om samen met de patiënt over zijn ziekte en zijn plannen te praten om zo samen te komen tot een individueel zorgplan.

#### Caspir

Deelname aan het zorgprogramma houdt in dat de huisarts en POH verplicht zijn aan de Caspir eisen te voldoen. Dit houdt in het volgen van een basiscursus en het up to date houden van de her-certificering.

Onderhouden van kennis gaat middels de Caspir-modules 'Casuïstiek module 6'.

Deze wordt in 2018 meerdere keren aangeboden. Als alternatief is er een webbased programma Caspir online.

Praktijken die geen Caspir doen of die niet (meer) voldoen aan de her-certificeringseisen ontvangen het DBC tarief zonder vergoeding voor de spirometrie.

Exacerbatie management (REDUX) zal opnieuw aangeboden worden voor de huisarts en POH.

Ook zal er een casuïstiek avond worden georganiseerd voor deelnemers DBC exclusief spirometrie te verzorgen door longarts en kaderhuisarts.

#### 4.4 Uitkomsten CVRM

##### 4.4.1 Zorgparameters

Het zorgprogramma CVRM is inhoudelijk op te delen in VVR (Verhoogd Vasculair Risico: primaire preventie) en HVZ (Hart- en vaatziekten: secundaire preventie).

In 2017 zijn er zes nieuw deelnemende huisartsen ingestroomd in het zorgprogramma CVRM. Vijf huisartsen hebben aangegeven niet te willen deelnemen aan het zorgprogramma CVRM. De redenen die hiervoor worden opgegeven zijn: solopraktijk met binnen enkele jaren overname, te druk met borgen van andere zorgprogramma's, geen affiniteit met CVRM of de keuze om deze zorg zelf uit te voeren en vanuit S1 te financieren.

##### 4.4.2 Scholing

De onderstaande specifieke CVRM scholingen zijn gehouden:

- HVZ congres in april
- Voetensymposium in oktober
- Basis CVRM voor praktijkassistentes die een rol spelen in CVRM zorg.

##### 4.4.3 Visitatie

In totaal zijn in 2017 21 huisartsen praktijken bezocht. Speerpunten in de visitatie waren: registratie, inclusiecriteria, de benchmark en het bespreken van hoog risico patiënten. Daarnaast werd aandacht besteed aan de organisatie van het spreekuur (lean werken) en hoe zo effectief mogelijk gebruik te maken van het KOS.

##### 4.4.4 Samenwerking tweede lijn

In het kader van CVRM vindt er overleg plaats met verschillende medisch specialismen:

- Cardiologen: In september 2017 is de RTA met de cardiologen vernieuwd. Met de cardiologen werd gesproken over onderwerpen die in de toekomst zouden moeten worden opgepakt. Het eerstvolgende onderwerp zal zijn atrium fibrilleren.
- Vaatchirurgen: er is een start gemaakt voor een RTA met de vaatchirurgen van het MST en het ZGT. Daaruit volgde het voetensymposium van oktober 2017.
- Vasculair internisten: dit wordt inhoudelijk gecombineerd met DM. De laatste update van de RTA stamt uit oktober 2016; de RTA zal vernieuwd worden in 2018.
- Neurologen: de laatste update van de RTA stamt eveneens uit oktober 2016 en zal vernieuwd worden in 2018.

Hierbij valt op te merken dat de RTA's in goede samenwerking met de FEA en de verschillende vakgroepen van zowel het MST als het ZGT tot stand zijn gekomen.

#### **4.4.5 Interpretatie en bespreking**

In 2017 was dezelfde beperkte set meetwaarden beschikbaar als in 2016. Dit maakt vergelijking met voorgaande jaren mogelijk.

Uit de resterende cijfers lijken de waarden aan te geven dat er goede zorg geleverd wordt. In vergelijking met de landelijke cijfers doen de deelnemende huisartsenpraktijken het goed tot uitstekend. Ook ten opzichte van voorgaande jaren zien we ook op de meeste parameters zorggroep breed een verbetering.

We zien terug dat de registratie van roken is verbeterd ten opzichte van vorig jaar, helaas blijft het aantal rokers hoger dan landelijk, hoewel we een lichtelijk dalende tendens zien.

#### **4.4.6 Conclusies**

In 2017 is tijd besteed aan de instroom van nieuwe praktijken, waarbij nu een totaal aantal van 179 (91%) huisartsen (dit zijn individuele leden én niet-leden binnen een samenwerkingsverband) deelnemen. De rapportage van InEen laat zien dat de resultaten goed zijn, vergeleken met de collega-zorggroepen in het land.

#### **4.4.7 Plannen voor 2018**

##### Instroom DBC

De landelijke discussie over het samengaan van de chronische zorgprogramma's DM2 en CVRM wordt door THOON nauwlettend gevolgd. De verwachting is dat dit in 2018 nog niet zal worden geëffectueerd. Wel proberen we een aantal scholingen, zoals hypertensie en leefstijl, waaronder in 2018 met name voeding en SMR, overlappend te laten zijn met DM.

In 2018 zullen praktijken gevisiteerd worden volgens een vast schema maar afgestemd met de andere zorgprogramma's én op wensen van de praktijk tenzij de benchmarkgegevens aanleiding geven voor andere afspraken. De praktijken die vorig jaar zijn ingestroomd worden in elk geval bezocht, net als de praktijken bij wie het CRIT traject afgerond wordt. Het visitatieteam bestaat uit Andrew Oostindjer en Mieke Wijnen.

Samen met de tweede lijn zullen de huidige RTA's waar nodig worden vernieuwd. Daarnaast wordt gewerkt aan verbeteren van de casefinding, diagnostiek en behandeling van patiënten met atriumfibrilleren in de huisartsenpraktijk en de verwijzen en terugverwijzen afspraken met de cardiologen vernieuwen.

##### Geplande CVRM nascholingen 2018:

- Hypertensie in voor- en najaar 2018.
- De verwachte nieuwe standaarden CVRM en DM2 zullen ook informatieavonden/scholingen noodzakelijk maken.

### **4.5 Conclusie**

De zorgprogramma's chronische zorg DM2, COPD en CVRM zijn inmiddels goed geborgd. De resultaten in de rapportages zijn goed tot zeer goed, een enkele registratie kan beter. Alle praktijken bieden DM2 zorg aan volgens het THOON zorgprogramma, van COPD een groot deel en de verwachting is dat in 2018 98% van de huisartsen zal deelnemen aan het CVRM zorgprogramma.

Het is bekend dat de algemene gezondheid van de Twentse inwoners slechter is dan in de rest van het land. Uit de GGD registratie blijkt dat DM meer voorkomt in Twente, er meer gerookt wordt en men over het algemeen te zwaar is. Hier ligt een grote uitdaging die door de werknemers in de huisartsenpraktijk met beide handen wordt opgepakt middels het bespreekbaar maken van een ongezonde leefstijl en het maken van een individueel zorgplan. Dat betekent zorg op maat, met als uitgangspunt de kans op verbeteren van de leefstijl. Hier ligt de grootste uitdaging voor de patiënt zelf.

#### 4.6 Plannen 2018

THOON ziet het als uitdaging om de in de huisartsenpraktijken uitgevoerde chronische zorg zo goed mogelijk te ondersteunen. Altijd wordt gezocht naar verbeteringen door onder andere het verbeteren van samenwerkingsafspraken en scholingen. Hierbij wordt de landelijke informatie vanuit InEen en de LHV op de voet gevolgd en wordt geluisterd naar de geluiden uit de huisartsenpraktijken. THOON ziet zichzelf in een ondersteunende rol ten opzichte van de huisarts en richt zich erop de zorg zo efficiënt mogelijk te maken met als ultiem doel de zorg voor de patiënt te optimaliseren: zorg op de goede plek voor een goede prijs.

Daarbij is het belangrijk de patiënt niet uit het oog te verliezen. Rekening houdend met patiënten met meerdere chronische aandoeningen, waarbij er sprake is van overlap in de drie zorgprogramma's.

Het meerjarenbeleidsplan en activiteitenplan 2018 vormen de basis voor de werkzaamheden in 2018. Daarnaast is er een landelijke trend om meer zorg dichtbij huis te leveren 'zinnige zorg op de juiste plek'. In 2018 zal er meer duidelijkheid komen wat dit te betekenen heeft voor de chronische zorgprogramma's.

Vanuit de resultaten uit 2017 en de landelijke trends zullen de volgende onderwerpen aan de orde komen in 2018:

- De klankbordgroepen chronische zorg bestaan niet meer. Er wordt gewerkt aan het instellen van een werkgroep die alle drie de zorgprogramma's omvat. Er zal voor de communicatie gebruik gemaakt gaan worden van HAweb; het digitale netwerk voor huisartsen.
- Scholing:
  - Zorgprogramma-overstijgend zal SMR scholing worden verzorgd. Er zal tweemaal een beginnerscursus en tweemaal een gevorderdencursus van vier avonden worden georganiseerd. Door motivational interviewing wordt geprobeerd gemotiveerde patiënten echt van het roken af te helpen.
  - Ervaringen met het organiseren van scholing zal altijd gebruikt worden om de inhoud en organisatie van scholing te optimaliseren.
  - Binnen de zorgprogramma's zal gerichte scholing plaatsvinden, de landelijke ontwikkelingen volgend.
- De verwachting is dat de ontwikkelingen op ICT gebied mogelijkheden bieden tot verdere uitbouw van communicatie met ketenpartners en in toenemende mate ook met patiënten. THOON ziet voor zichzelf een belangrijke taak op dit gebied en ziet uitbreiding van de functionaliteit van het KOS als belangrijk onderdeel van haar werkzaamheden. Veilig dataverkeer is van essentieel belang. In het kader hiervan wordt door Roset een informatievoorzienings-onderzoek verricht. Dit moet de basis vormen voor het informatiebeleid van THOON voor de komende jaren.
- Er zal gezocht worden naar een andere manier van bespreken van benchmark gegevens, mogelijk in Hagro-verband. Deze mogelijkheid wordt verder uitgewerkt. Hiervoor worden ook de ontwikkelingen vanuit HRMO gevolgd en waar mogelijk gebruikt. Natuurlijk blijft THOON de dashboardgegevens twee maal per jaar communiceren met de huisartsenpraktijken om hen zodoende in staat te stellen op basis hiervan de zorg nog verder te verbeteren. THOON gebruikt deze gegevens als input voor de visitaties.
- Ook in 2018 zullen voor de praktijkondersteuners DM2 en CVRM uit het hele THOON gebied bijeenkomsten worden gehouden, zoals in 2017 gebeurde voor de COPD POH'ers.
- Zelfmanagement blijft een belangrijk aandachtspunt dat in 2018 opnieuw aandacht zal krijgen. Waarschijnlijk zal de rol van voeding hierin een belangrijke plaats krijgen.

## BIJLAGE 1 TREND DM2

Indicator	Landelijk gem. 2017	2017	2016	2015	2014	2013
Prevalentie:	5,27	5,99	6,04	6,01	5,90	6,00
Percentage patiënten met hoofdbehandelaar specialist:	9,17	9,19	10,81	5,21	10,60	11,30
Percentage patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma:	5,41	16,28	4,51	3,76	3,50	4,40
Percentage patiënten in zorgprogramma:	83,78	89,47	81,70	79,72	85,90	74,60
Percentage patiënten jonger dan 80 jr met LDL lager of gelijk 2.5 mmol/l:	63,91	64,41	63,25	61,55	59,70	61,90
Percentage patiënten met lipidenverlagend medicament:	72,09	70,90	74,55	73,08	73,10	75,00
Percentage patiënten bij wie eGFR is berekend of bepaald:	93,27	92,91	93,15	90,85	90,40	92,40
Percentage patiënten met urineonderzoek:	87,21	87,11	87,07	87,35	83,60	85,30
Percentage patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd:	94,04	97,31	96,43	89,69	95,70	93,70
Percentage patiënten dat rookt:	14,21	15,07	15,80	16,87	16,10	16,20
Percentage patiënten met een funduscontrole in afgelopen twee jaar:	85,17	83,11	86,03	86,51	68,00	86,60
Percentage patiënten met een voetonderzoek:	85,34	77,32	82,90	91,42	80,00	81,80

## BIJLAGE 2 TREND COPD

Indicator	Landelijk gem. 2017	2017	2016	2015	2014	2013
Prevalentie:	2,00	1,93	1,88	2,06	2,30	2,10
Percentage patiënten met hoofdbehandelaar specialist:	26,06	22,71	22,55	11,13	0,00	33,10
Percentage patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma:	11,99	11,88	12,45	11,09	0,00	14,80
Percentage patiënten in zorgprogramma:	52,77	58,02	56,54	46,31	50,30	47,10
Percentage patiënten met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd:	71,26	68,16	71,31	71,64	86,80	75,80
Percentage patiënten bij wie functioneren (MRC of CCQ) is vastgelegd:	77,68	76,91	80,17	79,47	75,30	77,30
Percentage patiënten bij wie mate van bewegen is gecontroleerd:	79,18	85,08	87,68	84,65	79,60	84,80
Percentage patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd:	85,36	85,80	87,22	85,04	83,40	87,20
Percentage patiënten dat rookt:	38,31	38,95	38,19	39,71	39,90	39,50
Percentage patiënten bij wie de Body Mass Index berekend is:	82,51	86,73	87,92	85,80	82,70	86,50
Percentage patiënten met 2 of meer stootkuren:	8,34	9,65	10,84	11,32	9,40	10,80

## BIJLAGE 3 TREND HVZ

Indicator	Landelijk gem. 2017	2017	2016	2015	2014	2013
Prevalentie:	0,00	0,00	0,00	4,03	0,00	0,00
Percentage patiënten met hoofdbehandelaar specialist:	0,00	0,00	0,00	13,08	0,00	0,00
Percentage patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma:	0,00	0,00	0,00	8,88	0,00	0,00
Percentage patiënten in zorgprogramma:	0,00	0,00	0,00	50,93	0,00	0,00
Percentage patiënten jonger dan 70 jr met systolische bloeddruk lager of gelijk aan 140 mm Hg:	76,22	76,36	76,48	-	-	-
Percentage patiënten jonger dan 80 jr met LDL lager of gelijk aan 2,5 mmol/l:	56,57	60,95	60,08	59,63	56,90	58,60
Percentage patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd:	83,92	84,17	81,04	83,48	96,90	86,60
Percentage patiënten dat rookt:	17,14	17,47	17,80	17,96	16,90	16,10
Percentage patiënten bij wie eGFR is bepaald in afgelopen vijf jaar:	98,41	99,41	99,18	98,43	97,30	97,40
Percentage patiënten bij wie mate van bewegen is gecontroleerd:	75,92	79,92	79,13	77,65	94,90	79,00



## BIJLAGE 4 TREND VVR

Indicator	Landelijk gem. 2017	2017	2016	2015	2014
Prevalentie:	0,00	0,00	0,00	2,98	0,00
Percentage patiënten met hoofdbehandelaar specialist:	0,00	0,00	0,00	18,68	0,00
Percentage patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma:	0,00	0,00	0,00	15,64	0,00
Percentage patiënten in zorgprogramma:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentage patiënten bij wie de bloeddruk is gemeten:	87,30	92,48	92,97	92,58	81,80
Percentage patiënten jonger dan 70 jr met systolische bloeddruk lager of gelijk aan 140 mm Hg:	71,15	70,18	68,74	-	-
Percentage patiënten bij wie LDL is bepaald in afgelopen vijf jaar:	97,64	99,25	99,32	98,82	93,40
Percentage patiënten jonger dan 80 jr met LDL lager of gelijk aan 2,5 mmol/l:	30,18	35,25	35,25	33,20	28,30
Percentage patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd:	85,35	86,93	83,88	85,35	77,50
Percentage patiënten dat rookt:	12,39	12,77	13,25	13,33	13,30
Percentage patiënten bij wie eGFR is bepaald in afgelopen vijf jaar:	98,18	99,59	99,63	98,93	93,80
Percentage patiënten bij wie mate van bewegen is gecontroleerd:	74,68	80,64	80,16	79,63	63,60