**Notulen COPD overleg dinsdag 7 februari van 16:00-17:30**

*Locatie: Medisch Centrum Gelderlandplein*

*Aanwezig: Paula, Marieke, Wim, Rita, Eliza (notulist)*

*Afwezig: Beijtje, Anco, Thera, Renate*

1. **Mededelingen**
* De eerste bijeenkomst van de cliëntenraad heeft plaatsgevonden. Er zitten momenteel drie patiënten in deze raad, twee diabetes patiënten en een COPD patiënt. In principe is het de bedoeling dat de raad eens per kwartaal bij elkaar komt. De raad is nog op zoek naar een COPD patiënt (Paula heeft wellicht een geschikte patiënt), en in de toekomst naar twee CVRM patiënten. Daarnaast is het wellicht belangrijk dat er een huisarts bij de bijeenkomsten aanwezig is.
	+ Er wordt getwijfeld of vier patiënten (2 diabetes + 2 COPD patiënten) een goede afspiegeling zijn van alle diabetes en COPD patiënten.
	+ De cliëntenraad is een eerste stap, waarschijnlijk komt er op lange termijn uit dat een digitale cliëntenraad meer efficiënt zal zijn.
* Bij sommige zorgverzekeraars zit begeleiding bij stoppen met roken in de eigen bijdrage( voor niet-ketenpatiënten). De ene zorgverzekeraar biedt patiënten de mogelijkheid om bij iedere apotheek nicotinevervangende middelen aan te schaffen, de andere zorgverzekeraar vergoed alleen via de nationale apotheek. Deze regeling geldt zowel voor keten als niet-keten patiënten.
	+ Rita heeft bij een landelijk platform gevraagd of ze een overzicht kunnen maken per verzekeraar. Dit is echter gecompliceerd, voor nu moet de patiënt zelf met zijn of haar zorgverzekeraar bellen of begeleiding bij smr wordt vergoed.
* Rita en Annet gaan een bijeenkomst organiseren voor de supervisanten SMR. O.a. het registreren wie er begeleid wordt en of patiënten na 3 en 12 maanden worden na gebeld of ze nog steeds gestopt zijn..
* Er zijn 2 nieuwe fysiotherapeuten bijgekomen. Thera en Rita gaan een bijeenkomst organiseren en laten de verwijzing uit Calculus zien. Tijdens deze bijeenkomst gaat Thera ook informatie geven welke mogelijkheden voor training zij bieden aan COPD –patiënten. Wat doen de andere fysiotherapeuten in de training van COPD patiënten?
1. **Notulen**
* In de notulen stond dat Paula niet in de projectgroep zelfmanagement wil. Paula geeft aan dat dit geen onwil is, maar dat dit niet uitkwam vanwege vakantie.
1. **Voortgang actiepunten afgelopen vergadering**
* Walter zou de naam van de stedelijke groep algemene ketenzorg doorgeven. De naam hiervan was het BOS overleg, dit is echter ook opgeheven en onder gebracht bij de Sigra.
* Eind 2016 heeft Rita een plan voor zelfmanagement COPD t.b.v. Achmea opgesteld. De discussie gaat over het opzetten van een groep zelfmanagement binnen CHAGZ. Het is niet handig als alle ketens afzonderlijk van elkaar kijken naar zelfmanagement, het is daarom belangrijk dat alle ketens hier samen naar gaan kijken. De uitvoering van zelfmanagement bij de verschillende ketens is waarschijnlijk wel verschillend.
	+ Het is goed om met de andere werkgroepen te overleggen hoe zij tegen een gezamenlijke groep voor zelfmanagement aankijken, of dat zij denken dat elke keten te verschillend is om dit gezamenlijk te kunnen doen.
* Voor COPD is de eerste stap in zelfmanagement het gebruik van de Redux, daarna de ziektelastmeter.
* Het is belangrijk om de punten uit het werkplan 2017 van deze werkgroep in december 2017 te evalueren o.a. het aantal verwijzingen naar de diëtist en fysiotherapeut, zelfmanagement.
1. **Onderwerpen nascholing**
* Rita merkt tijdens haar praktijkbezoeken dat de Redux niet gebruikt wordt in de praktijken, en dat de POH’s niet meer precies weten wat de Redux überhaupt is.
* De Redux is bedoeld om te bespreken en i n te vullen na een exacerbatie COPD, maar wordt in de praktijk ook voor astma patiënten gebruikt. Dit is niet de bedoeling, maar het kan wel handig zijn om de patiënt een overzicht te geven welke inhalatiemedicatie gebruikt mag worden.
* Het is wellicht goed om de ziektelastmeter uit te leggen tijdens de nascholing.
* Opmerking Wim: de indicator “ ziektelast” is niet verplicht voor de landelijke benchmark. De ziektelastmeter heeft namelijk wel consequenties voor hoe vaak een patiënt gezien wordt en of iemand wordt doorverwezen naar een fysiotherapeut.
	+ Rita stuurt een mail over de indicator ziektelast ( met NHG code) naar alle praktijken dat het gebruik van de ziektelastmeter verplicht en nuttig is.
	+ De resultaten van het gebruik van de ziektelastmeter vallen tegen. Ongeveer 60% vult de ziektelast in, 40% niet. Wim mailt het overzicht naar Rita.
	+ Niet iedereen heeft de ziektelast in zijn protocollair scherm gezet, dit moet wel gebeuren.
* Soms bereiken berichten de POH niet, de huisarts geeft de informatie dan niet door aan de POH.
* Zelfmanagement wordt het onderwerp van de volgende nascholing. Redux nog een korte herhaling.
1. **Casefinding COPD**

Rita brengt de volgende mogelijkheden voor casefinding COPD ter tafel:

* Het longfonds heeft de COPD risico test. Dit kan aan patiënten worden gegeven met hoestklachten, rookhistorie en leeftijd boven de 40 jaar. Uit deze test komt een score, die erg nuttig is. De folders met de risico test moeten worden opgevraagd bij het longfonds.
* Uit het HIS een overzicht halen d.m.v. een selectie op basis van verschillende factoren. Bijvoorbeeld de indicaties voor: gebruik van inhalatiemedicatie, roken, cara, emfyseem, bepaalde episodes etc. Rita gaat een lijstje maken die gebruikt kan worden om een goede selectie te maken in Calculus. Rita gaat contact opnemen met calculus of zij dit kunnen doen.
	+ Het kost veel tijd om al deze patiënten te zien, daarom kunnen al deze patiënten ook gehighlight worden in het HIS, zodat een huisarts dit ziet als de patiënt op het spreekuur komt.
* Overzicht medicatie bij de apotheek opvragen.
1. **Keten astma**
* Veel praktijken vinden de COPD groep erg klein. Ze vinden het volgen van scholing en casuïstiek dan niet opwegen tegen het aantal patiënten. Daarom is het wellicht verstandig om een keten astma toe te voegen.
	+ Astma is heel anders dan COPD dus dit moet in een aparte nascholing worden behandeld. Er kan dan wellicht wel tussen astma en COPD nascholingen worden afgewisseld.
* Er is over het algemeen te weinig kennis bij de eerste lijn over astma.
* Andere zorggroepen werken al met COPD/Astma ketens, er kan worden gekeken hoe deze zorggroepen dat doen.
* Rita gaat bij alle huisartspraktijken vragen hoeveel astmapatiënten er op dit moment bekend zijn.
* Er moet op een GEZ middag aan de leden worden gevraagd of hier verder in verdiept moet worden. Voordat er een stemming plaatsvindt is het goed om de leden van te voren een mail met informatie te sturen.
1. **CAHAG bijeenkomst**
* Rita is naar de CAHAG bijeenkomst geweest op 19 januari jl., ze zal hier meer over op papier zetten en dit doormailen.
1. **Jaarverslag en werkplan**
* Het jaarverslag moet worden geschreven, normaliter doet Rita dit, zijn er leden die een deel op zich willen nemen? Neen.
* Walter gaat kijken of er een update van het werkplan werkgroep COPD 2017 gemaakt moet worden.
1. **Indicatoren 2016**
* Het was de bedoeling om praktijken af te rekenen op o.a. het stoppen met roken advies, deze indicator is echter makkelijk te manipuleren. Besluit: deze indicator niet meenemen in de bonusvergoeding.
1. **Volgende vergadering**
* Donderdag 18 mei van 17:15 tot 19:00, lunchruimte MCG.

Actiepunten:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Actiepunt: | Wie; | voortgang |
| 1. | COPD- patiënt voor cliëntenraad | Allen | Vóór 18 april |
| 2. | Bijeenkomst organiseren voor supervisanten SMR | Annet L. en Rita | Maart 2017 |
| 3. | Bijeenkomst organiseren voor de fysiotherapeuten. | Thera en Rita | Maart 2017 |
| 4. | Werkgroep zelfmanagement opzetten voor CHAGZ, overleg met andere werkgroepen. | Wim |  |
| 5. | Barend van Duin benaderen over scholing ziektelastmeter/ scholing | Rita |  |
| 6. | Calculus vragen om een combi uitdraai te maken voor opsporing COPD- patiënten. Selectiepunten hiervoor op papier zetten. | Rita |  |
| 7. | Opzetten keten astma: hoeveel astmapatiënten, zorgverzekeraar, hoeveel uren POH, bekostiging, scholing |  |  |
| 8. | Jaarverslag keten COPD. | Rita |  |
| 9.  | Update van het werkplan werkgroep COPD 2017. | Walter. |  |

PS.:

Uit NHG standaard astma ( maart 2015):

Prevalentie astma:

In de huisartsenpraktijk: 35 astmapatiënten per 1000 patiënten.

Onderscheid: 30-40 per 1000 jongvolwassenen, 26 per 1000 75 plussers.

Wordt 1.5 maal vaker vastgesteld bij vrouwen dan bij mannen.