

Handreiking aan regio's die starten met het zorgpad COPD

De handreikingen zijn onderverdeeld in

Fase 1: aandachtspunten voorafgaand en bij de start van het zorgpad;

Fase 2: aandachtspunten die gegeven kunnen worden als gestart is met het zorgpad.

Fase 1: Aandachtspunten voorafgaand en bij de start van het zorgpad

1. Er is **draagvlak** in de regio voor het verminderen van ziekenhuisopnamen COPD.
 - Dit draagvlak is er bij ziekenhui(s)/(zen), zorggroep(en) en thuiszorginstelling(en);
 - Dit draagvlak blijkt uit (schriftelijk) commitment van het bestuur en verantwoordelijke medewerkers voor de uitvoering van de COPD zorg;
 - Indien andere partijen gelijkwaardig betrokken zullen zijn, dienen deze partijen eveneens hun draagvlak en (schriftelijke) commitment te tonen.
2. **Transmurale zorg** heeft de voorkeur. Daarom is er bij voorkeur in de regio al sprake van **samenwerking** tussen ziekenhuis (afdeling longziekten), zorggroep(en) en thuiszorginstelling. Deze samenwerking is bij voorkeur ingebed in een regionale structuur:
 - Er vindt al periodiek overleg plaats;
 - Belangrijkste stakeholders kennen elkaar: longartsen, longverpleegkundigen, thuiszorg, zorggroep/huisarts/POH'ers;
 - Er zijn contacten met aanpalende disciplines: apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, etc.;
 - Indien deze (structurele) samenwerking er nog niet is, heeft het opzetten ervan prioriteit. Daarnaast kan er intern gekeken worden welke interventies reeds zonder deze transmurale samenwerking opgepakt kunnen worden. Te denken valt aan samenwerking tussen poli/verpleegafdeling en uitvoerende interventies als het dag-2 gesprek of medicatietechniek.
3. Er is adequate **ondersteuning van de samenwerking**. Het reduceren van het aantal opnamedagen COPD vereist langdurig commitment en een lange adem. Hiervoor is het nodig dat op regionaal niveau is samengesteld:
 - Een **projectteam** dat verantwoordelijk is voor de uitvoering van het project. Dit team bestaat in ieder geval uit:
 - een inhoudelijk trekker betrokken in het primaire proces (bijvoorbeeld een longverpleegkundige);
 - een medisch eigenaar, verantwoordelijk voor medische beslissingen (arts);
 - een lijnverantwoordelijke, verantwoordelijk voor taakverdeling (bijvoorbeeld teamleider);
 - een projectbegeleider (bijvoorbeeld beleidsmedewerker);
 - ook is op afroep deskundigheid beschikbaar op het gebied van Excel, HIS/KIS/ZIS en productiecijfers.
 - LET OP: uit lering blijkt dat dit projectteam ook niet te groot moet zijn. Eventueel bij verschillende doelen een andere samenstelling kiezen, echter wel met de vier hierboven besproken teamleden;
 - Een **stuurgroep** waarin alle partijen die hun commitment (schriftelijk) hebben vastgelegd zijn vertegenwoordigd. Deze stuurgroep heeft de taak om de grove lijnen uit te zetten, heeft de positie om beslissingen door te voeren en zorgt ervoor dat genomen besluiten ook (financieel dan wel op personeel vlak) worden ondersteund. Betrokkenheid en of samenwerking van de managementlaag is dus een vereiste;
 - Een **brede klankbordgroep** waarin alle betrokken partijen zijn afgevaardigd die te maken hebben met de zorg van de COPD patiënt. Deze steungroep komt enkele keren bijeen om ruggespraak te geven en zorgt voor het brede draagvlak in de gehele regio. Naast de zorgverleners zoals longartsen, longverpleegkundigen, paramedici en apothekers, zijn

- eveneens de patiënten en mantelzorgers vertegenwoordigd. Ook maatschappelijk werkers, gemeenten en vrijwilligersorganisaties kunnen een goede aanvulling zijn in dit team.
- Deze ondersteuning is tenminste voor twee jaar vastgelegd. Gedurende deze tijd kunnen projectleden de organisatie verlaten. Het is belangrijk dat er bestuurlijk commitment is om in die gevallen te zorgen voor adequate opvolging in het project.
4. Er is **steun** van de preferente **zorgverzekeraar(s)**, deze steun is vertaald in:
 - De goedkeuring van de zorgverzekeraar dat de betreffende regio aan de slag gaat met het systematisch verminderen van ziekenhuisopnamedagen COPD longaanvallen;
 - Bij voorkeur de betrokkenheid van de zorgverzekeraar bij het alloceren/vrijmaken van middelen voor de regionale ondersteuning van de samenwerking. Mogelijk vertaalt in afzonderlijke of regionale (productie)afspraken over hoe om te gaan met de verschuiving van de zorgvraag: minder en intensievere ziekenhuisopnamen, intensievere nazorg door thuiszorginstelling of huisarts/POH.
 5. De **inbreng** vanuit **patiënten** is adequaat geborgd, bijvoorbeeld door betrokkenheid (in een klankbordgroep) van de lokale (Longfonds)patiëntenvereniging, Zorgbelang of cliëntenraad/cliëntenraden.
 6. Er is in de regio **zicht op de productiecijfers/aantallen patiënten** en er is bereidheid deze cijfers met elkaar te delen. Daarbij gaat het om:
 - Aantallen COPD patiënten onder hoofdbehandelaarschap van ziekenhuis, zorggroep en thuiszorginstelling;
 - Aantal ziekenhuisopnamen voor longziekten en aantal heropnamen;
 - Bereidheid tot het bijhouden van een beperkt aantal indicatoren die a) de eigen vorderingen van de implementatie in kaart brengen en b) (landelijk) nodig zijn om regio's met elkaar en met historische data te vergelijken.
 7. **Regionale focus** is aanwezig
Het systematisch en structureel verminderen van ziekenhuisopnamedagen bij COPD levert veel op: betere kwaliteit van leven van patiënten en hun mantelzorgers, meer werkplezier van zorgverleners, vrijspelen van capaciteit in het ziekenhuis, etc. Het implementeren van het project vraagt veel toewijding en tijd. Het vraagt van alle betrokkenen zijn focus om dit omvangrijke en langdurige project goed te implementeren. Dit betekent vaak dat er maar één of twee van dit soort projecten tegelijk per regio kunnen lopen.
 8. **Continuïteit is gewaarborgd**
Uiteindelijk is het nodig de vernieuwde aanpak duurzaam te continueren in de regio. Een plan is nodig voor de continuïteit van de aanpak, zodat het nieuwe zorgpad vanzelfsprekend de standaard zorg wordt in de regio.

Fase 2: aandachtspunten bij het regionaal werken met het zorgpad

1. Gebruik het **zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname** voor adviezen over het proces en de invulling van interventies.
2. Maak gebruik van de **landelijke kennis en ervaring** bij de LAN en in andere regio's die dit proces al hebben doorlopen. Maak eventueel gebruik van buddy-regio's uit de eigen omgeving.
3. Maak gebruik van het **zeven fasenmodel** van het Belgisch-Nederlands netwerk klinische paden – en/of een vergelijkbare methode - als leidraad voor het te doorlopen proces en volg alle stappen nauwlettend. Dit instrument geeft richting welke stappen er gezet dienen te worden om een zorgpad te ontwikkelen, te implementeren, te evalueren en voor een continue opvolging.
4. Maak een regionale “foto” (fase 3): hoe ver staan we af van de **ideale situatie** zoals beschreven in het landelijk zorgpad? Welke zaken gaan goed en welke kunnen beter? Om hoeveel COPD patiënten die in het ziekenhuis opgenomen worden gaat het op jaarbasis? Gebruik de klankbordgroep voor een duidelijk **overzicht van de ervaren knelpunten**.
5. Stel inhoudelijke **prioriteiten** (fase 4): Het zorgpad is met al zijn onderwerpen en interventies omvangrijk; prioritering is reëel. Het vraagt om veel toewijding van diverse betrokken partijen, waarbij er (meestal) een gebrek is aan voldoende tijd, mankracht en financiële middelen. Het is dan een (te) grote opgave om alle sleutelinterventies gelijktijdig te implementeren.

Bij het prioriteren neem het volgende in acht:

- Ervaringen en/of analyses uit de pilot laten zien dat een hoge urgentie is gevraagd voor de interventies:
 - Dag-2 gesprek;
 - Contact week 1;
 - Inhalatie instructie;
 - Longaanval Actie Plan;
 - Rookstopbegeleiding;
 - Continuïteit van zorg en samenwerking binnen de regio.
 - Elke regio dient zijn eigen prioriteringslijst te maken. Kies eerst bijvoorbeeld drie onderwerpen en evalueer deze continu.
 - Enkele aanbevelingen bij deze keuze:
 - De uitgangssituatie van de regio: Ga na hoever de regio afstaat van de ideale situatie (fase 3 van het zeven fasenmodel; diagnosestelling en objectivering). Hierbij is het belangrijk dat wat al goed gaat niet veranderd hoeft te worden;
 - Valt er te verwachten dat er in de regio omtrent de gekozen interventies het meeste winst is te behalen omtrent verbetering van zorg én een reductie in aantal opnamedagen?
 - Is er voldoende animo om ook dit onderdeel aan te pakken in de regio? Begin eventueel op kleine schaal (bijvoorbeeld drie organisaties) en breidt dit uit wanneer het goed gaat (zie fase 1, punt 2);
 - Is het realistisch om te verwachten dat dit onderdeel in een vast omschreven tijdperk is te behalen?
 - Houd rekening met de verwachte verhouding tussen inspanning en resultaat;
 - Vind een goede balans tussen bovenstaande punten.
 - Stel maximaal drie SMART omschreven doelen per periode (jaar) vast. De drie-borden-methode, omschreven in het zeven fasenmodel, kan hierbij helpen.
6. Stel een **regionaal projectteam** samen **met een beperkt aantal mensen**. Stel daarnaast een bredere regionale klankbordgroep in, die op bepaalde momenten wordt geïnformeerd en mee kan denken en die te zijner tijd bij de uitbreiding van het aantal interventies ook betrokken kan worden in het (kleinere) projectteam. Op deze wijze blijft het projectteam slagvaardig, met breder draagvlak (zie fase 1, punt 3 voor de samenstelling van deelnemers).

7. Voor het verlenen van goede multidisciplinaire transmurale zorg is **informatie uitwisseling** tussen zorgverleners, maar ook met de patiënt essentieel. Een goede ICT systematiek is wenselijk en zorg voor een beveiligde mailuitwisseling.
8. Bekijk de mogelijkheden om (farmaceutische) bedrijven in te schakelen om het **project/proces te ondersteunen**. Diverse bedrijven hebben instrumenten en aanpakken ontwikkeld die regio's kunnen ondersteunen. Bij het ontwikkelen van het landelijk zorgpad COPD longaanval waren met name AstraZeneca, Boehringer-Ingelheim, Chiesi Pharmaceuticals, GSK en Novartis betrokken.
9. Heb aandacht voor de **procesmatige evaluatie** (stap 6 en 7). De ervaring leert dat de aandacht verslapt en/of andere zaken binnen de organisatie meer prioriteit zullen krijgen. Eveneens dient het zorgpad de status van project te verliezen en **gecontinueerd te worden in de huidige reguliere zorg**. Het is raadzaam om hiervoor het projectteam in stand te houden, met als enige aanpassing het schrappen van het teamlid projectleider; het is immers geen project meer, maar huidige reguliere zorg. Zorg eveneens voor borging in de bedrijfsvoering door het een vast agendapunt te maken in bijvoorbeeld het teamoverleg en te laten terugkomen in de maandelijkse rapportages van de teamleider.
10. Besteed veel **aandacht aan de goede sfeer** bij de regionale samenwerking en vier successen. Bijvoorbeeld door op patiëntniveau na te gaan hoeveel beter het met patiënten gaat en hoeveel nieuwe ziekenhuisopnamen zijn voorkomen. Ook het organiseren van een regionaal symposium kan hierbij nuttig zijn.
11. **Communicatie** bij een transmuraal zorgpad vraagt veel aandacht en tijd, maar betaalt zich op de lange termijn uit.