



Zorginstituut Nederland

Implementatie van de zorgstandaarden astma en COPD

Leren van de koplopers





Implementatie van de zorgstandaarden astma en COPD

Leren van de koplopers



Voorwoord

Een miljoen mensen in Nederland heeft een chronische longziekte: meer dan 500.000 mensen hebben astma en ruim 370.000 mensen hebben COPD. Samen willen we de integrale preventie en zorg voor deze mensen continu verbeteren. Daarom hebben de leden van de Long Alliantie Nederland (LAN) drie zorgstandaarden uitgebracht:

- Zorgstandaard astma bij kinderen en jongeren
- Zorgstandaard astma bij volwassenen
- Zorgstandaard COPD

Maatwerk, maar ook gezamenlijke uitdagingen

Bij alle zorgstandaarden zijn patiëntenversies opgesteld. Veel regio's werken al met de Zorgstandaard COPD en een aantal werkt ook met de Zorgstandaarden astma. Het toepassen is maatwerk: iedere patiënt en elke regio is anders. Tegelijk zijn er vraagstukken waarmee elke regio te maken krijgt. De implementatie van de zorgstandaard COPD is daarom op de Meerjarenagenda van Zorginstituut Nederland gezet.

Leren van elkaars aanpak

Ter inspiratie en om van elkaar te leren hebben Zorginstituut Nederland en de Long Alliantie Nederland de aanpak in drie regio's beschreven. We gaan in op de succesfactoren bij de implementatie van de zorgstandaarden, aan de hand van interviews en groeps gesprekken met (ervarings)deskundigen.

Wij wensen u veel leesplezier en goede implementatie-ideeën!

Prof. dr. Diana Delnoij
Afdelingshoofd Ontwikkeling en Wetenschap,
Zorginstituut Nederland

drs. Emiel Rolink
directeur Long Alliantie Nederland

Aan de slag met de zorgstandaarden: succesfactoren verzameld

Hoe kunnen we de toepassing van de Zorgstandaarden astma en COPD verbeteren? Wat maakt een implementatie tot een succes? In 2013 besloten de Long Alliantie Nederland (LAN) en Zorginstituut Nederland dit samen te onderzoeken. Emiel Rolink en Madelon Rooseboom vertellen over hun gezamenlijke project. Van een eerste inventarisatie bij ervaringsdeskundigen tot een theoretisch implementatiemodel om zo uiteindelijk bij de koplopers uit te komen. Tot welke inzichten zijn zij gekomen?

De Long Alliantie Nederland (LAN) is de federatieve vereniging op het gebied van chronische longaandoeningen. Leden van de LAN zijn bijvoorbeeld patiëntenverenigingen, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en bedrijven. De LAN werkt aan preventie en het verbeteren van de zorg voor longpatiënten. Directeur Emiel Rolink is nauw betrokken geweest bij de totstandkoming van de zorgstandaarden voor astma en COPD.

Zorginstituut Nederland richt zich als overheidsorganisatie op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Madelon Rooseboom, adviseur bij het Zorginstituut, is betrokken geweest bij verschillende kwaliteitvraagstukken in de zorg.

Belangrijkste succesfactoren bij implementeren

- Zelf leren en zelf doen
- Verbinden en elkaar goed leren kennen
- Nastreven van een gezamenlijke ambitie
- Tijd hebben en nemen
- Vertrouwen om ook individuele belangen te bespreken
- Een deskundige 'kartrekker'

Zorgstandaarden alleen succesvol bij brede toepassing

De LAN zet zich al jaren in voor het verbeteren van de zorg voor patiënten met astma en COPD. De LAN heeft onder meer de zorgstandaarden voor deze longaandoeningen uitgebracht, met daarin de beschrijving van de zorg vanuit het perspectief van patiënten. Verder is de LAN in 2014 het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten (NACL) gestart om concrete verbeterdoelen in de zorg te behalen. Emiel Rolink: "In de aanloop naar het NACL beseften we heel goed dat we die doelen alleen zouden kunnen bereiken als de zorgstandaarden daadwerkelijk overal worden gebruikt. Tegelijkertijd kregen we signalen dat dit niet gebeurde."

Ervaringsdeskundigen vertellen

Emiel: “De berichten die ik had gehoord over implementaties die niet zo soepel liepen, gingen vooral over problemen met financiering en ICT. Maar het was natuurlijk mogelijk dat er nog andere factoren een rol speelden. Daarom hebben we eerst een aantal ervaringsdeskundigen geraadpleegd.”

‘Bright spots’: leren van koplopers

De LAN en het Zorginstituut ging samen op pad om de ‘brights spots’ te verkennen. Wat maakt dat sommige zorgregio’s verbeteringen kunnen doorvoeren, waar andere regio’s blijven steken? Om deze vraag te beantwoorden hebben we met drie regio’s boeiende gesprekken gevoerd om na te gaan hoe zij te werk gaan.

Madelon: “We hebben de volgende implementatielessen opgedaan: de koplopers werken vanuit een op vertrouwen gebaseerd netwerk van betrokkenen, met een ingerichte lokale implementatie-infrastructuur en werkwijze. Zo kunnen deze regio’s continu experimenteren met nieuwe kennis of interventies. De succesvolle initiatieven voeren zij door in de reguliere zorgpraktijk. Ze doen zelf kennis en vaardigheden met verandering op en bouwen voort op elkaars ideeën. En ze maken interventies toepasbaar voor gebruik in de eigen werkomgeving.”

Constructieve actiemodus: focus op mogelijkheden

Emiel: “Door uit te gaan van verbetermogelijkheden (en je niet te veel te richten op problemen en verschillen) komt een constructieve actiemodus tot stand. De uitdaging is jezelf niet te verliezen in financieringsproblemen en ICT-vraagstukken. Investeer juist in contacten met elkaar en de zorgverzekeraars en in de gedeelde stip op de horizon.”

Bouwen aan duurzame regionale netwerken

Al deze bevindingen geven aan hoe waardevol het is om op regionaal niveau te bouwen aan duurzame netwerken met een creatieve en constructieve mindset. Het delen van kennis en de bereidheid van elkaar en met elkaar te leren (door uitwisseling van ervaringen binnen en tussen netwerken), levert een belangrijke bijdrage om de zorg voor patiënten te verbeteren. Bovendien bieden deze regionale netwerken een infrastructuur om landelijke afspraken, instrumenten en interventies (zoals de Landelijke Inhalatie-protocollen, de Ziektelastmeter en het Zorgpad COPD) op te pakken en toe te passen.

‘Feest’ van herkenning

Madelon: “Het grappige was: in ons eigen project liepen we tegen dezelfde punten aan. Wij moesten ook moeite doen om knelpunten op te lossen en het eens te worden. Op een gegeven moment dwaalden Emiel en ik af, ieder in onze eigen richting. Door elkaars verhalen te vertellen en te bespreken waarom we het belangrijk vonden om samen op te trekken, hebben we elkaar hervonden.”

Handig hulpmiddel bij implementatietrajecten

De gesprekken met ervaringsdeskundigen leverden veel bruikbare inzichten op. Daarnaast hebben we in dit project gebruikgemaakt van het model 'Roos van verandering' van Karl May, professor Health-care Innovation van de universiteit van Southampton.

De roos geeft inzicht in verander- en verbeterprocessen. Het model helpt veranderaars tijdens een implementatietraject. Welke aspecten hebben extra aandacht nodig? Het model kent verschillende onderdelen, zoals het vermogen om tot verandering te komen, sociale mechanismen en de ontwikkelstadia die je bij elk veranderproces doorloopt.

Minder versnipperde zorg, meer samenhang

De zorg voor longpatiënten constant verbeteren, hun ziektelast verminderen en hun kwaliteit van leven verhogen. Met dat doel werken het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ en de zorggroep in regio Heuvelland al jarenlang intensief samen. De Zorgstandaard COPD werd in Zuid-Limburg dan ook succesvol geïmplementeerd en dat heeft effect. Patiënten komen minder snel terug in het ziekenhuis en zijn tevreden over de zorgverlening. Dat begon allemaal met een gezamenlijke ambitie en ‘sense of urgency’.

Implementatielessen

- Creëer betrokkenheid en een ‘sense of urgency’
- Stel belang betere patiëntenzorg voorop
- Blijf met elkaar in gesprek en leer elkaar begrijpen
- Formuleer samen een aantal concrete praktijkproblemen en pak deze aan
- Breng voldoende structuur aan: maak zichtbaar wie wat doet en bereikt

Vruchtbare bodem voor soepele samenwerking

In de regio Heuvelland wordt al meer dan 25 jaar transmurale samenwerking. De organisatiegraad in de eerste lijn is er hoog en het Maastricht UMC+ is het enige ziekenhuis in de regio. Al sinds 20 jaar werken eerste- en tweedelijnszorgverleners hier samen op het gebied van longziekten. In de regionale werkgroep astma/COPD zijn onder meer longartsen, huisartsen, praktijkondersteuners huisartsenzorg (POH's), fysiotherapeuten en apothekers betrokken.

Aanpak

De regionale samenwerking heeft de afgelopen jaren geleid tot de volgende aanpak:

- Systematische verwijzing en terugverwijzing van patiënten tussen eerste en tweede lijn
- Speciaal spreekuur onder verantwoordelijkheid van huisartsen, met ondersteuning door longartsen
- Gezamenlijke protocollen voor het leveren van transmurale COPD-zorg in de regio
- Mogelijkheid voor huisartsen om een eenmalige consultatie voor een patiënt in de tweede lijn aan te vragen.

Resultaten

De artsen in de regio Heuvelland vinden deze manier van samenwerken constructief en prettig. En belangrijker: de patiënten hebben er baat bij. De zorg wordt zo veel mogelijk rondom de patiënt in de eerste lijn georganiseerd. Dit werpt zijn vruchten af. Patiënten komen minder snel terug in het ziekenhuis en zijn tevreden over de zorgverlening.

In gesprek met Geertjan Wesseling

Geertjan Wesseling is longarts en professor in het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ (Maastricht UMC+). Zijn belangrijkste missie is een succesvolle behandeling van patiënten met astma of COPD. Maar ook de transmurale zorg voor patiënten in de regio wil hij verbeteren, samen met onder andere huisartsen en verpleegkundigen. Dit doet hij met de afdeling Transmurale Zorg in het ziekenhuis en de afdeling Onderzoek & Ontwikkeling van de zorggroep Regionale Huisartsenzorg Heuvelland (RHZ). De belangrijkste zorgverzekeraar in deze regio is VGZ.



Hoe rollen jullie landelijk vastgestelde modellen uit, zoals de zorgstandaarden en het zorgpad COPD?

“Eenheid van beleid en het verminderen van ongewenste praktijkvariatie is uiteraard van belang. Maar simpelweg iets landelijk uitrollen en daarmee regionaal inbedden bestaat niet...”

Hoe ontwikkel je dan een goed plan van aanpak?

“Het beste is dat mensen en partijen in een regio dat zelf doen, samen. Welke modellen en best practices zijn er al, hoe kunnen we die verbeteren en er een eigen aanpak van maken? Pas dan creëer je een protocol waarmee daadwerkelijk wordt gewerkt.”

Verloopt dat proces altijd soepel?

“Natuurlijk doen zich in de praktijk weleens moeilijke momenten voor. Dan is het essentieel te bedenken voor wie je het allemaal doet: je patiënten. Zij zijn gebaat bij een goede samenwerking en hun belang staat altijd voorop. Als iedereen eenmaal betrokken is en bestaande problemen wil oplossen, houden we opties tegen het licht. En met interessante opties gaan we experimenteren. Zodoende bouwen we samen aan een model dat staande zorg kan worden.”

Hoe gaan jullie om met financiële kwesties?

“Financiering is inderdaad een heikel onderwerp. Partijen zijn vaak bang dat zij minder inkomsten genereren of budgetten niet halen. Het is belangrijk dergelijke zaken ‘gewoon’ op tafel te leggen en te bespreken. Je moet durven zeggen wat er speelt, ook op financieel vlak. Hoe vang je verlies aan inkomsten op? Ook in Zuid-Limburg zitten partijen uit de regio gezamenlijk aan tafel met de zorgverzekeraar. Elke keer proberen we weer een weg te vinden om financiële winst in een model op rechtvaardige wijze terug te laten vloeien in de zorg.”

Welke implementatieles zou je anderen willen meegeven?

“Investeer bij het implementeren van zorgstandaarden vooral in samenwerking. In onze regio is in de loop der tijd veel vertrouwen ontstaan. We hebben inzicht gekregen in de samenhang en hoe partijen elkaar kunnen aanvullen. Maar dat gaat niet vanzelf. Na am-

bitie en commitment volgt de concrete uitwerking. En veranderingen bereik je niet door ze alleen op papier te zetten. Je moet dialoog voeren, een netwerk opbouwen en een infrastructuur optuigen. Dit laatste hebben we in het ziekenhuis gedaan, in de vorm van een afdeling met werkgroepen en een leerstoel en daarmee een kartrekker. Elke regio zal haar eigen pad hierin moeten vinden, want elke regio heeft haar specifieke kenmerken, ambities, problemen en tradities.”

Meer persoonlijke begeleiding en effect bij Stoppen met Roken



Bijna niets levert zo veel gezondheidswinst op als stoppen met roken (SMR). Niet voor niets is SMR een onderdeel van de zorgstandaarden COPD, diabetes en cardiovasculair risicomanagement. Toch schiet persoonlijke begeleiding er in huisartsenpraktijken vaak bij in. COPD-consulentes Adriënne van den Bosch en Joke Denis, van de Zorggroep Regio Oosterhout & omstreken (Zorroo), ontwikkelden een SMR-programma op maat. Resultaat: na een jaar is 34 procent van de patiënten nog steeds gestopt (fors meer dan het landelijk gemiddelde van 11 procent). Wat is hun geheim?

Zorroo

Zorggroep Regio Oosterhout & omstreken (Zorroo) geeft huisartsen in de regio ondersteuning op het gebied van chronische zorg. Verder helpt Zorroo ze bij het ontwikkelen, implementeren en borgen van zorg zoals beschreven in zorgstandaarden voor diabetes mellitus type 2, COPD, hart- en vaatziekten of psychische problemen. Daarnaast is voor alle patiënten het Stoppen met Roken-programma beschikbaar. Zorroo werkt samen met het Amphia Ziekenhuis, dat vestigingen heeft in Breda en Oosterhout. De belangrijkste zorgverzekeraars zijn CZ en VGZ.

Implementatielessen

- Herken de noodzaak van persoonlijke zorg en begeleiding
- Ontwerp een inhoudelijk sterk programma, met praktische insteek
- Stem de inhoud af met zorgverleners (eerste en tweede lijn) en verzekeraars
- Neem bezwaren over gebrek aan tijd en geld weg; maak noodzaak en opbrengsten zichtbaar

Vertrouwde gezichten, korte lijnen

Joke Denis, longfunctieanalist, en Adriënne van den Bosch, longverpleegkundige en Stoppen met Roken-consulent, zijn goede bekenden in de regio: "Zorgverleners kennen ons, ze weten dat wij aan de kwaliteit van zorg werken. Dat geeft vertrouwen en daardoor zijn de lijnen kort." Binnen de zorggroep krijgen Joke en Adriënne de ruimte om aan verbetering van zorg te werken. Ze bezoeken de huisartsenpraktijken één keer per kwartaal en kunnen waar nodig extra coaching geven. Ze inventariseren de scholingsbehoefte en organiseren de scholing over COPD en Stoppen met Roken (SMR) bij de 38 aangesloten huisartsenpraktijken.

Begeleiding bij stoppen met roken: een vak apart

Adriënne heeft het aandachtsgebied Stoppen Met Roken (SMR) onder haar hoede. Ze heeft in het verleden als longverpleegkundige en POH patiënten begeleid die wilden stoppen met roken. Ze merkte toen dat de SMR-begeleiding bij huisartsen voor verbetering vatbaar was: “SMR vraagt intensieve begeleiding en kost dus veel tijd. Landelijk is het slagingspercentage van de stoppogingen niet hoog, ondanks uiteenlopende vormen van begeleiding. Het is een vak apart.”

Aanpak

Toen ze in 2011 in contact kwam met MIRO, een programma ter ondersteuning van tabaksverslavingszorg, zag Adriënne mogelijkheden om gestructureerde SMR-zorg op te zetten in de huisartsenpraktijken in de regio.

Masterclass Stoppen met Roken

Adriënne: “Met een selecte groep huisartsen en POH’s hebben we de masterclass Stoppen met Roken gevolgd. Deze masterclass is ontwikkeld door verslavingsarts Trudy Tromp-Beelen van Jellinek.” In samenwerking met MIRO is de masterclass aangepast aan de behoefte van huisartsen. Adriënne: “Het gaat om de verbinding tussen de theorie over SMR en de soms weerbarstige praktijk.”

Zo is een gestructureerd programma ontstaan met vier modules:

- ‘Overwegen’
- 1e lijn
- 1,5e lijn
- Groepsbegeleiding

Er is nu een praktische handleiding voor POH’s die mensen begeleiden bij het stoppen. Daarnaast biedt Zorroo maatwerkbegeleiding voor patiënten die intensievere ondersteuning nodig hebben of bij wie eerdere stoppogingen mislukt zijn.

SMR-programma

Het SMR-programma heeft als kernelementen de motiverende gespreksvoering, een leefstijltraining en een werkboek (ook beschikbaar als app) ter ondersteuning van het zelfmanagement. Het programma biedt per consult een structuur voor het bespreken van diverse onderwerpen en het oefenen van vaardigheden. Adriënne: “Dat geeft duidelijkheid. Het is belangrijk alle stappen te concretiseren, zoals de gesprekken met de patiënt. Op welk moment stel je welke vragen? Hoe maak je zaken bespreekbaar?”

Percentage stoppers ver boven het landelijk gemiddelde

Met behulp van het Stoppen met Roken-programma van Zorroo is 34 procent na een jaar nog steeds gestopt. Gezien het landelijk gemiddelde van 11 procent is Zorroo hier trots op. Voor mensen die nog niet voldoende gemotiveerd zijn om een stoppoging te wagen, is de eerste module (Overwegen) beschikbaar. Zij krijgen informatie en eventueel een verkennend gesprek met de POH, maar worden (nog) niet behandeld. In twee consulten van

twintig minuten onderzoeken de POH en de patiënt samen de motivatie en bepalen zij of deelname aan het programma haalbaar is.

Ook succesvolle toepassing in tweede lijn

Niet alleen de huisartsen en POH's die bij Zorroo zijn aangesloten, passen het SMR-programma toe. Ook in de tweede lijn wordt het succesvol toegepast. "Een halve dag per week is een rookstopcoach in het Amphia Ziekenhuis aanwezig. De contacten met de specialisten in het ziekenhuis zijn goed; zij staan open voor innovatie en verwijzen hun patiënten naar ons", vertelt Adriënne.

Gebrek aan tijd of gebrek aan prioriteit?

Adriënne wil meer zorgverleners en patiënten bereiken. "We krijgen van andere zorggroepen en huisartsen veel positieve reacties op de inhoud van ons SMR-programma. Maar als het gaat om het implementeren in hun eigen praktijk, komen vaak bezwaren als weinig tijd (of middelen) naar voren. Terwijl het eigenlijk gaat om een gebrek aan prioriteit. Zonde, want er is bijna niets dat zo veel gezondheidswinst oplevert als stoppen met roken. En het SMR-programma vraagt slechts een bescheiden en eenmalige investering, die al na een jaar een positief rendement oplevert. En niemand hoeft van nul te beginnen. Natuurlijk zullen andere zorggroepen met de bij hen aangesloten zorgverleners en hun voornaamste zorgverzekeraars tot overeenstemming moeten komen. Maar de praktische insteek van ons SMR-programma zal hun daarbij voldoende houvast bieden."

Minder heropnames COPD-longaanvallen dankzij persoonlijke benadering

Het Medisch Coördinatie Centrum (MCC) Flevoland behaalde spectaculaire resultaten in de aanpak van ziekenhuisopnames voor COPD-longaanvallen. Een betere kwaliteit van leven bij mensen met COPD en meer dan de helft minder ziekenhuis(her)opnames. Aan het woord Gertrud van Vulpen (verpleegkundige) over de succesvolle aanpak.

Het Medisch Coördinatie Centrum (MCC) Flevoland is een regionaal samenwerkingsverband van zorgaanbieders (afkomstig uit ziekenhuis, thuiszorgorganisaties, verpleeg- en verzorgingshuizen). MCC's werkgebied omvat de gemeenten Noordoostpolder, Urk, Dronten, Zeewolde en Lelystad.

Het MCC maakt zich sterk voor kwaliteit van zorg en stelt de cliënt daarbij centraal. De kleine organisatie kenmerkt zich door een onafhankelijke benadering. De kracht van het MCC ligt in het verbinden en motiveren van mensen om samen de zorg te vernieuwen en verbeteren. Met een praktische en liefst innoverende werkwijze is het MCC al vanaf 1999 een initiator en regisseur van projecten voor keten- en netwerkzorg. In 2010 is het MCC in de regio Lelystad gestart met het inrichten van COPD-ketenzorg.

Implementatielessen

- Onderzoek grondig de (achterliggende) oorzaken van een zorgprobleem
- Neem deze oorzaken weg met betrokkenheid van diverse zorgpartijen en -disciplines
- Zorg voor voldoende persoonlijke begeleiding/coaching
- Blijf in gesprek met zowel de patiënt als andere zorgprofessionals
- Blijf monitoren en waar nodig bijsturen op basis van de laatste cijfers (meten is weten)

De impact van longaanvallen: feiten en cijfers

- In Nederland sterven jaarlijks meer dan tienduizend mensen aan COPD, grotendeels als gevolg van longaanvallen (de sterfte na een longaanval is hoger dan de sterfte na een hartaanval).
- Longaanvallen veroorzaken veel leed voor patiënten en hun omgeving, door een sterke en meestal blijvende verhoging van de ziekte- en zorglast.
- Meer dan de helft van alle COPD-gerelateerde zorgkosten zijn een gevolg van ziekenhuisopnames vanwege longaanvallen.
- Heropnames komen zeer veel voor. Circa de helft van de patiënten die met een longaanval wordt opgenomen in het ziekenhuis, wordt binnen een jaar met een longaanval heropgenomen. Twintig procent van deze patiënten wordt binnen het jaar zelfs drie keer of vaker heropgenomen vanwege een longaanval.

Landelijk transmuraal zorgpad

Op landelijk niveau is de Long Alliantie Nederland in 2014 begonnen met het ontwikkelen van het *landelijk transmuraal zorgpad COPD-longaanval met ziekenhuisopname*. Het doel van dit zorgpad is het aantal ziekenhuisopnamedagen met 25 procent te reduceren. Hierbij wordt zoveel mogelijk voortgebouwd op bestaande goede ervaringen in regio's.

Situatie in Lelystad: veel ziekenhuisopnames door COPD-longaanvallen

Voorheen kenmerkte Lelystad zich door een groot aantal COPD-patiënten dat steeds opnieuw met longaanvallen in het ziekenhuis werd opgenomen. Om deze patiënten een betere kwaliteit van leven te geven en herhaalde opname te voorkomen, werd een project gestart. Dit project kwam tot stand dankzij de financiering van Medisch Centrum Zuiderzee en de inzet van thuiszorgorganisatie Icare, die in de projectperiode zonder extra financiering een verpleegkundige als coach ter beschikking stelde.

COPD-programma Lelystad

Bij het eerstelijnsprogramma in Lelystad zijn huisartsen, praktijkondersteuners, longartsen en longverpleegkundigen betrokken. Uit deze samenwerking is een eerste- en tweedelijnsprogramma met een transmuraal zorgpad ontstaan.

Eerste- en tweedelijnsprogramma

In 2012 is via de Zorggroep het eerstelijnsprogramma COPD gecontracteerd; tachtig procent van de huisartsen is hierbij aangesloten. Ondanks alle gezamenlijke inspanningen, constateerde zorgverzekeraar Achmea dat de gemiddelde ligduur per opname wel was gedaald, maar dat de regio Flevoland desondanks veel meer ziekenhuisopnames kende dan andere (vergelijkbare) gebieden. Toen is gestart met het tweede deel van het project.

Analyse: welke factoren zorgen voor herhaalde opname?

Het MCC heeft geanalyseerd welke patiënten het vaakst met een longaanval in het ziekenhuis werden opgenomen. Hieruit bleek dat slechts een kleine groep patiënten verantwoordelijk is voor het grootste deel van de opnames. Deze mensen bleken vaak te worden heropgenomen. Zo werden in 2013 183 personen samen 290 maal opgenomen met een longaanval. Bij ruim de helft van die opnames, 162, ging het om 55 telkens terugkerende patiënten. Hoe komt het dat deze mensen zo vaak worden opgenomen? En op welke manier is dat te voorkomen?

Aanpak

Focus op psychosociale begeleiding, om sociale opnamedruk te verminderen

Het MCC heeft bij deze patiënten gekeken naar eventuele psychosociale problemen die een 'sociale druk tot opname' kunnen geven. Alle betrokken partijen voelden de noodzaak hiermee aan de gang te gaan, omdat de sociale opnamedruk de komende jaren naar verwachting toeneemt. Niet alleen voor COPD, maar ook voor andere chronische aandoeningen. Om deze reden is besloten tot een pilot/studie. Gedurende deze studie zijn

de ingezette acties regelmatig geëvalueerd en bijgesteld. Doel was om – naast medische zorg – ook in te zetten op psychosociale begeleiding.

Toewijzing persoonlijke casemanager/coach

COPD-patiënten met meer dan één ziekenhuisopname per jaar kregen een persoonlijke casemanager/coach toegewezen: Gertrud van Vulpen. Zij bezocht de patiënten al tijdens de ziekenhuisopname en vervolgens circa zes keer thuis, gedurende twintig weken na de ziekenhuisopname. Als coach levert zij persoonsgerichte zorg: "Persoonsgerichte zorg helpt mensen met een chronische ziekte beter om te gaan met hun aandoening. Niet de ziekte staat centraal, maar het mens zijn, het functioneren, hun levenssituatie en leefstijl. Het draait om wat mensen nodig hebben om zich gezond en gelukkig te voelen."

Monitoren patiënten

Van de patiënten die op deze manier zijn gecoacht, zijn de volgende aspecten gemonitord:

- Gezondheid
- Zelfredzaamheid
- Welbevinden
- Woon- en leefsituatie
- Sociale omgeving
- Therapietrouw

In de gesprekken tussen coach en patiënt staan onder meer kennis en omgang met de ziekte, goede inhalatie van medicatie, het weer gaan bewegen en het stoppen met roken centraal. Ook is er aandacht voor zelfmanagementvaardigheden; zo werd een long-aanvalactieplan opgesteld. Voor patiënten die niet meer goed kunnen bewegen, heeft de coach een fysiotherapeut aan huis geregeld om letterlijk de eerste stappen weer te zetten. Binnen de pilot hebben de betrokken zorgverleners regelmatig een gezamenlijke multidisciplinaire casuïstiekbespreking gevoerd. Gertrud: "Daarin hebben we bekeken waar het dreigde mis te gaan en wat er nodig was om een heropname te voorkomen." De coach coördineert de zorg en vormt een verbinding tussen alle zorgverleners; uit zowel nulde, eerste als tweede lijn.

Resultaten

Aantal heropnames meer dan gehalveerd

De eerste voorlopige resultaten zijn zeer bemoedigend. Aan de pilotstudie hebben tien patiënten meegedaan. Zij hadden in het voorafgaande jaar gemiddeld 3,4 opnames per jaar. In het jaar van de coaching is dat meer dan gehalveerd: 1,5 opname per patiënt per jaar.

Minder opnamedagen per patiënt

De gemiddelde ligduur per opname verschilt niet tussen beide jaren, namelijk 7,5 dag. Het totaal aantal opnamedagen per patiënt per jaar is door de inzet van de coach wel significant afgenomen: met 13,7 dagen.

Hogere kwaliteit van leven

De kwaliteit van leven blijkt met de inzet van de coach te verbeteren. Deelnemers zijn positief over de interventie. Ze geven aan zich minder afhankelijk te voelen en meer grip op het ziekteproces te hebben. Hun kennis over hun ziekte en medicatie is toegenomen, ze hebben een positievere kijk op het leven, zijn minder angstig en hebben de situatie meer geaccepteerd.

Vervolgonderzoek nodig

Dankzij de inzet van een coach en persoonsgerichte zorg, vermindert het aantal COPD-heropnames. Hierdoor verbetert de kwaliteit van leven van de COPD-patiënten. Uiteraard zijn grotere studies nodig om het gevonden effect te bevestigen. Op basis van de pilotstudie is reeds een vervolgproject gestart in Flevoland, waaraan inmiddels 61 patiënten meedoen. COPD-wijkverpleegkundigen worden getraind als coach. De ambitie van het MCC is om het aantal personen met COPD dat binnen één jaar opnieuw wordt opgenomen, in 2015 met 50 procent te verminderen ten opzichte van 2012.

‘Geef ziekenhuizen de juiste financiële prikkels’

Het succes in de regio Flevoland is extra bijzonder als je bedenkt dat ziekenhuizen geen financiële prikkels krijgen om het aantal opnames te reduceren. Integendeel: een ziekenhuis dat minder ziekenhuisopnamedagen weet te realiseren (zoals de MC Groep), krijgt juist minder inkomsten. Dit probleem is besproken tijdens een invitationale conference, georganiseerd door de Long Alliantie Nederland. Het is belangrijk om de komende jaren een oplossing te vinden, zodat veel meer gebieden worden gestimuleerd om de aanpak van Flevoland te volgen. Vanuit maatschappelijk oogpunt, maar vooral vanuit het belang van mensen met ernstige COPD. De MC Groep heeft met deze aanpak het voortouw genomen. Haar visie is dat samenwerking in een keten van zorgaanbieders tot een betere en efficiëntere organisatie van de zorg leidt (een goede service tegen lagere kosten).

Meer weten?

Meer informatie over de succesvolle aanpak in Flevoland vindt u op www.mccflevoland.nl.



Colofon

Dit is een uitgave van
Zorginstituut Nederland

Vormgeving en druk
Zorginstituut Nederland

maart 2016