

Aandachtspunten uit de ervaringen van pilotregio's

In dit hoofdstuk worden enkele onderwerpen van het zorgpad benadrukt die extra aandacht verdienen in versie 2.0. Deze aanbevelingen zijn tot stand gekomen door een bundeling van de ervaringen met versie 1.0 van het zorgpad.

De volgende onderwerpen worden besproken:

1. [Prioritering/fasering van het zorgpad](#)
2. [Continuering van het zorgpad](#)
3. [Transmurale zorg en zorgcoördinator](#)
4. [Individueel ZorgPlan in combinatie met het Longaanval ActiePlan](#)
5. [Dag2-gesprek en het eindgesprek](#)
6. [Huisbezoek als contactmoment week1](#)
7. [Monitoring ziektespecifieke kwaliteit van leven](#)
8. [Stoppen met roken](#)
9. [Advance Care Planning en palliatieve zorg](#)
10. [Onderliggende zorgbrede vraagstukken: zorgbekostiging en informatie-uitwisseling](#)
11. [Handreiking voor nieuwe regio's die met het zorgpad willen beginnen](#)

1. Prioritering/fasering van het zorgpad

Het zorgpad is met al zijn elementen en interventies omvangrijk, prioritering is noodzakelijk. Er is onvoldoende tijd, mankracht en financiële middelen om gelijktijdig aandacht te schenken aan alle afzonderlijke interventies die noodzakelijk zijn voor goede implementatie.

Tips:

- Er is op dit moment geen wetenschappelijke onderbouwing te geven welke elementen en/of interventies de voorkeur hebben bij deze prioritering;
- Elke regio dient zijn eigen prioriteringslijst te maken. Kies eerst bijvoorbeeld 3 sleutelinterventies en evalueer deze continu (zie tips bij continuering);
- Enkele aanbevelingen bij deze keuze:
 - De uitgangssituatie van de regio; Ga na hoever de regio afstaat van de ideale situatie ([fase 3 van het 7-fasemodel](#); diagnosestelling en objectivering);
 - Valt er te verwachten dat er in de regio omtrent deze punten 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;
 - 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. Kiezen voor een 'laaghangend fruit interventie' als een van de interventies kan de moraal goed doen;
 - Vind een goede balans tussen bovenstaande punten.



"Zo'n aanval wil je niet nog een keer als je achteraf hoort dat je man en kinderen zich heel veel zorgen hebben gemaakt"

2. Continuering van het zorgpad

Elk zorgpad dient aandacht te besteden aan procesmatige evaluatie. De ervaring leert dat de aandacht makkelijk in de loop van de tijd verslapt en/of andere zaken meer prioriteit krijgen.

Tips:

- Houdt het zorgpadteam in stand, bestaande uit minimaal een:
 - inhoudelijk trekker betrokken in proces (bv een verpleegkundige);
 - medisch eigenaar, verantwoordelijk voor medische beslissingen (arts);
 - lijnverantwoordelijke, verantwoordelijk voor taakverdeling (bv teamleider), en;
 - Projectbegeleider (bv externe en/of beleidsmedewerker).

Indien het zorgpad niet meer een projectstatus heeft, vervalt het teamlid projectleider; het is immers reguliere zorg.

- Zorg voor borging in bedrijfsvoering, bijvoorbeeld d.m.v.:
 - Vast agendapunt tijdens teamoverleg;
 - Houdt andere betrokken afdelingen en/of management op de hoogte (bijvoorbeeld in maandelijkse rapportage teamleider).
- Richt je bijvoorbeeld op maximaal 3 doelen per periode (jaar):
 - Gebruik hiervoor bijvoorbeeld de 3-borden-methode (zie versie 2.0);
 - Breng het proces in kaart en prioriteer (zie prioriteren);
 - Stel doelen (SMART) op, inclusief indicator en stel meetmomenten op; Maak per doel een actiepuntenlijst, inclusief verantwoordelijke.

3-borden methode



3. Transmurale zorg en zorgcoördinator

Een goede bijdrage aan het voorkomen van herhaalde opnames i.v.m. een longaanval is het verbeteren van continuïteit in zorg en het daadwerkelijk effectueren van Transmurale Zorg.

“Ik hoef maar te bellen met de huisarts en ik kan komen. Zij houdt de vinger aan de pols. Ook kan ik altijd naar de longverpleegkundige bellen.”

Goede onderlinge afstemming tussen de verschillende zorgverleners is hierbij van cruciaal belang. Om Transmurale Zorg goed te laten verlopen dient er veel aandacht te zijn voor logistiek, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Ook de zorgvraag van de patiënt staat centraal. Randvoorwaarden hierbij - vooralsnog bij 'draaideur patiënten' - zijn een zorgcoördinator en een Transmuraal Multidisciplinair Overleg (tMDO).

Zorgcoördinator:

fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en zijn mantelzorger(s), afgezien van acute situaties; is de zorgverlener die alle taak afspraken tussen zorgverleners kent en coördineert; draagt expliciet bij aan de communicatie tussen de zorgverleners en patiënt gedurende het gehele zorgproces, met name tijdens overdrachtsmomenten, en neemt verantwoordelijkheid wanneer zaken niet verlopen zoals afgesproken en spreekt mensen hierop aan.

Tips:

De zorgcoördinator gaat altijd uit van het belang en de zorgvraag van de patiënt, is op de hoogte van de thuissituatie en kent de sociale kaart van de regio. Goede opties zijn in ieder geval een longverpleegkundige vanuit ziekenhuis, thuiszorg of POH als zorgcoördinator. Het belang van het bestaan van een zorgcoördinator moet door alle medewerkers gedragen worden en in samenwerking, tijd en geld gefaciliteerd worden. Tevens van belang is een goed gebruik van een functionerend ICT systeem om overzicht te behouden over de gemaakte afspraken.

Transmuraal MDO (tMDO):

Het tMDO heeft tot doel om met behandelaars - van zowel eerste als tweede lijn en zowel medisch technisch als psychosociale beroepsbeoefenaars - samen de specifieke zorgvraag cq behoefte te bespreken en te evalueren.

Tips:

Een goed functionerend tMDO:

- ontstaat door betrokkenheid van een ieder;
- is periodiek (bijvoorbeeld maandelijks);
- heeft een duidelijke structuur en agendavoering. Dit vraagt een goede voorbereiding. Vaste onderdelen in het overleg zijn:
 - de specifieke zorgvraag van de patiënt;
 - de zowel medisch technische als psychosociale status van de patiënt;
 - de benodigde activiteiten om aan deze zorgvraag te voldoen, inclusief toewijzing verantwoordelijkheden (opzet actieplan);
 - evaluatie van reeds eerder besproken patiënten, en indien nodig de transmurale samenwerking.
- zijn alle betrokkenen (fysiek dan wel virtueel) aanwezig. De aan de patiënt zorgverlenende (of vertegenwoordiger) huisarts, longarts en zorgcoördinator vormen de basis. Daarnaast zijn de zorgvraag aansluitende betrokken hulpverleners aanwezig, bijvoorbeeld paramedici, maar ook een maatschappelijk werker van het wijkteam kan behulpzaam zijn;
- heeft bovenal een goede gespreksleider, idealiter de zorgcoördinator.

Voorbeeld:

Een voorbeeld van transmurale zorg is pilotregio Zaanstreek/Waterland. In deze regio is er voor 'draaideurpatiënten' een zorgcoördinator vanuit de thuiszorginstelling (hier genoemd casemanager) aangesteld. Zij is betrokken in het MDO tijdens de ziekenhuisopname, neemt binnen 2 dagen na ontslag contact op met de patiënt en komt (meestal binnen één week) bij de patiënt thuis. Afhankelijk van de ziektelast (vaak zwaar), complexiteit en comorbiditeit wordt de patiënt opgenomen in het casemanagementproject. Andere patiënten worden inclusief adviezen overgedragen aan POH/huisarts, dan wel longverpleegkundige/longarts. De casemanager is de spin in het web van de zorgverleners die de patiënt ziet. De casemanager doet zorgdiagnostiek, voert in samenwerking met het kernteam (tMDO) het behandelplan (IZP) uit, evalueert deze en stelt bij. Het kernteam overlegt 2 maandelijks via telefonisch contact.

Pilotregio Zaanstreek/Waterland - Eveen

4. Individueel ZorgPlan in combinatie met het Longaanval ActiePlan

De patiënt is in het zorgpad medebehandelaar van zijn chronische ziekte. Om de patiënt daarbij te ondersteunen wordt er een Individueel ZorgPlan (IZP) opgesteld of – indien aanwezig – geactualiseerd. Idealiter is er omwille van de overzichtelijkheid en uitvoerbaarheid slechts één IZP

voor chronisch zieken. Helaas is dit IZP voor chronisch zieken nog niet beschikbaar. Onderdeel van het IZP voor COPD patiënten is het Longaanval ActiePlan (LAP) waarin patiënt en zorgverlener samen beschrijven hoe om te gaan met een beginnende longaanval.

Uit ervaringen van de pilotregio's is gebleken dat er op dit moment geen goed format bestaat voor het IZP/LAP. Bovendien kost het opstellen van een IZP tijdens opname veel tijd en is het daardoor onuitvoerbaar. Daarom is er in versie 2.0 voor gekozen om tijdens opname prioriteit te stellen aan het opstellen/actualiseren en

bespreken van het LAP en het IZP zo nodig uit te stellen na opname. Uitstel van het LAP is ongewenst omwille van de kans op een terugval.

Tips:

- Pilotregio's hebben tijdens de pilotperiode allen een eigen IZP opgesteld, waar veelal het LAP uitgegeven door het Longfonds een onderdeel van was. Er is voor versie 2.0 geen voorkeur te geven voor een bepaald format van een regio. Te geven adviezen:
 - Maak het IZP niet te lang;
 - Gebruik plaatjes en voorkom het gebruik van 'technische taal';
 - Maak het IZP persoonlijk door alle betrokken zorgverleners op te nemen;
 - Een afscheurkaartje met stoplicht aanwijzingen dat bijvoorbeeld op de koelkast gehangen kan worden wordt als nuttig ervaren;
 - Een digitaal IZP heeft voordelen, maar is een project op zich.
- Patiënten zullen het IZP/LAP alleen gebruiken/meenemen als er tijdens contactmomenten ook aandacht voor is. Daarom is het aan te raden om het IZP te gebruiken als leidraad voor het gesprek met de patiënt.
- Voor het succes van een IZP en daarmee de zelfmanagement van de patiënt dient er een kentering plaats te vinden tussen de relatie van zorgverlener en patiënt. Een actieve rol van de patiënt is alleen te verwachten als de zorgverlener hem/haar ondersteund en ook zelf zijn/haar benadering aanpast. Verschillende scholingen kunnen hierbij helpen, waaronder motivational interviewing en persoonsgerichte zorg.

"Het actieplan werkt heel goed. Ik neem het overal mee naar toe. Ik knapte snel op na bellen met de huisarts. Hij gaf me gelijk een kuur."

"Ik weet nu wat ik moet doen als ik een aanval krijg. En ik weet precies wanneer ik moet bellen. Dat gaat nu veel makkelijker."

5. Dag 2 gesprek en het eindgesprek

Dag 2 gesprek

Vroeg tijdens de opname staat het dag2-gesprek ingepland met patiënt, mantelzorg(er) en zorgverlener. Dit gesprek heeft tot doel om in een vroeg stadium te achterhalen wat de diepere aanleiding is van de opname; 'als ik het goed heb, bent u het hele jaar benauwd: wat maakte het nu zo anders dat het thuis niet meer ging'.

Daarnaast worden de lijnen uitgezet van de behandeling; verwachtingen omtrent opname én herstel van zowel patiënt, mantelzorg(er) als zorgverlener worden op elkaar afgestemd en de noodzakelijke acties en zorgverleners worden ingezet/ingeschakeld. Dit is een uitgelezen moment om te verduidelijken dat – naar verwachting – de patiënt zich bij ontslag nog zeker niet geheel beter

zal voelen, maar per saldo thuis wel beter af zal zijn dan in het ziekenhuis. Belangrijk is ook het bespreken van de te verwachten ontslagdatum, zodat de datum van ontslag niet als een verrassing komt voor patiënt en mantelzorg(er). Het vroeg gezamenlijk bespreken wat er nodig is om succesvolle terugkeer naar huis mogelijk te maken heeft enorme waarde, zowel voor patiënt, als voor mantelzorgers, als voor zorgverleners om extra zaken te regelen voor terugkeer.



“Het dag 2 gesprek is een goede manier om angst en/of depressie in beeld te krijgen en eventueel therapie hiervoor in gang te zetten.”
Verpleegkundig Specialist

Het eindgesprek

Aan het eind van de opname staat het eindgesprek ingepland. Dit gesprek is meer dan alleen een vluchtig ontslaggesprek waarin kort de medische status wordt besproken met enkele adviezen en de volgende controle. Dit eindgesprek heeft tot doel om met de patiënt na te gaan of alles geregeld is voor een voorspoedig verder herstel in de thuissituatie. Ook wordt er nagegaan hoe de patiënt de ziekenhuisopname heeft ervaren en of de zorgcoördinator bij de patiënt bekend is. Tijdens het eindgesprek dient er extra aandacht te zijn voor het Longaanval ActiePlan (LAP), aangezien de kans op een terugval juist in de eerste weken te verwachten valt.

Tips:

- Om structuur te geven aan het gesprek is het aan te raden om een vast format te gebruiken (zie versie 2.0);
- Stel verantwoordelijken aan voor het inplannen, uitvoering en nazorg van de gesprekken;
- Zorg voor een goede voorbereiding. Ook moet er nagegaan worden of alle zorgverleners na vertrek zijn geïnformeerd. Gebruik check- en actielijsten (zie versie 2.0);
- Laat de gesprekken een vast onderdeel uitmaken van de dagelijkse praktijk:
 - Pilotregio Rotterdam heeft in de weekagenda van de poli-longverpleegkundige tijd gereserveerd voor IZP gesprekken. De longverpleegkundige komt naar de verpleegafdeling en ontvangt de patiënt en zijn/haar mantelzorg(er) in een daarvoor ingerichte spreekkamer. Door het plannen van het gesprek in een weekagenda, in plaats van haastig naast het bed, is er gelegenheid voor de patiënt om zijn/haar partner of mantelzorg(er) hierbij uit te nodigen. Ook is er per dag een ontslagverpleegkundige aangesteld, die verantwoordelijk is voor het coördineren van alle zaken die geregeld moeten worden bij ontslag. In het eindgesprek worden indien nodig alle punten nogmaals doorgenomen, inclusief contactgegevens.

Pilotregio Rotterdam – Sint Franciscus Gasthuis

6. Huisbezoek als contactmoment week 1

De meerwaarde van een huisbezoek t.o.v. een telefonisch en/of spreekuur contact in de eerste week na opname, is bij COPD patiënten – en met name bij ‘draaideur patiënten’- in meerdere studies aangetoond; de intensievere zorg vertaalde zich in een vermindering van het aantal heropnames.

Een groot voordeel van een huisbezoek is het in de eigen vertrouwde rustige omgeving (nogmaals) bespreken/nagaan van besproken zaken, waaronder:

- nagaan van een stabiele of nog verbeterende integrale gezondheidstoestand. Is er reeds sprake van een terugval op 1 of meerdere domeinen (CCQ);
- weet de patiënt wie zijn/haar eerste aanspreekpunt is (zorgcoördinator);
- is aan alle aspecten van de zorgvraag van de patiënt tegemoet getreden en bekend bij patiënt en mantelzorger (IZP);
- zijn alle contacten gelegd met de zorgverleners voor vervolgafspraken (bv POH, thuiszorg, diëtiste, fysiotherapie, ergotherapie of maatschappelijk werker);
- een objectief inzicht krijgen in de thuissituatie van de patiënt met mogelijk belemmerende factoren in herstel.

Indien contactmoment week 1 niet plaats vindt dan is de discontinuïteit van zorg groot en neemt dientengevolge de kans op heropname vanwege een COPD longaanval toe. Prioriteit, tijd en geld zijn hierbij belangrijke gegevens.

Tips:

- Voorbeelden van een contactmoment week 1:
 - Huisbezoek door zorgcoördinator uit thuiszorg (pilotregio Zaanstreek/Waterland);
 - Huisbezoek door longverpleegkundige uit ziekenhuis (pilotregio Arnhem);
 - Huisbezoek door longverpleegkundige thuiszorg (pilotregio Amsterdam, Rotterdam, Brabant, Arnhem);
 - Telefonisch consult door zorgcoördinator (pilotregio Groningen);
 - Huisbezoek door de huisarts (pilotregio Maastricht).
- Holstege, M. et al (2016). Pilot onderzoek naar de effectiviteit van casemanagement COPD bij Eveen op de reductie van het aantal ziekenhuis heropnames.
- Van Eeden, A.E. et al (2015). Effectiveness of case management in the reduction of COPD re-admissions: results of a pilot study.

7. Monitoring ziektespecifieke kwaliteit van leven

Door de kwaliteit van leven op gezette tijden te meten krijgen de zorgverlener en de patiënt een goed beeld van de (veranderingen van de) ervaren ziektelast van de patiënt. De Clinical COPD Questionnaire (CCQ) – als voorbeeld van zo'n meetinstrument - is een korte kwaliteit van leven vragenlijst die in 2 minuten is af te nemen, dan wel door de patiënt zelf is in te vullen en makkelijk is te interpreteren. De vragenlijst wordt al veelvuldig gebruikt in zowel de tweede als de eerste lijn en heeft zijn waarde bij ambulante patiënten bewezen.

De CCQ geeft de zorgverlener en de patiënt handvaten om te interveniëren in de integrale gezondheidstoestand en kan ook als zelfmanagement tool gebruikt worden.

Het vastleggen van de CCQ heeft alleen zin als deze ook besproken wordt met de patiënt en er zo nodig actie wordt ondernomen op basis van de uitslag.

In versie 1.0 van het zorgpad was aangegeven dat de CCQ tijdens opname dagelijks dient te worden afgenomen. De ervaringen van de pilotregio's leert dat er op dit moment geen evidence bestaat om de meerwaarde van het dagelijks afnemen te onderbouwen. Het zorgt voor negativiteit

“Ik krijg veel meer inzicht in de thuissituatie van iemand. Ook is er meer rust en aandacht om alle informatie zoals het LAP en inhalatie instructie nog een keer door te nemen. De kwaliteit voor de patiënt neemt enorm toe.”
Longverpleegkundige

bij zowel patiënt als hulpverlener, voornamelijk omdat zij niet zien dat er bij het zorgtraject ook iets gedaan wordt met de uitslagen van de test. Het monitoren van de kwaliteit van leven blijft echter cruciaal in het begeleiden van de patiënt. In versie 2.0 van het zorgpad is daarom gekozen om de interventie aan te passen en de CCQ minstens op dag 2 en aan het einde van de opname door de patiënt in te laten vullen. Na opname minimaal bij elk contactmoment met de zorgverlener. Het opstellen van een goed instrument tijdens opname zal zeer wenselijk zijn. De ziekteelastmeter kan hier in de toekomst een belangrijke rol in spelen.

“Als er wat was kon ik gewoon bellen. Dat ik dat lijntje had, dat ik altijd kon bellen als er wat was, dat gaf vertrouwen.”

Tips:

- Kennis van de verschillende domeinen die de CCQ bevat en ervaring met het interpreteren is essentieel bij het gebruik van de vragenlijst. Meer informatie is te vinden op ccq.nl. Ook zijn er scholingen te volgen bij bijvoorbeeld cahag;
- Het beoordelen, vergelijken met eerdere uitkomsten en bespreken van de CCQ kost tijd van de zorgverlener, maar is de inspanning meer dan waard. Daarom is het van belang om het vastleggen en bespreken van de CCQ routinematig in te bouwen in de dagelijkse praktijk. Het instrument kan bijvoorbeeld goed dienen als leidraad bij het gesprek met de patiënt;
- Het is van belang om de uitslag van de CCQ met onderverdeling in de verschillende domeinen te communiceren met de andere zorgverleners betrokken bij de patiënt. Het advies is om de uitslagen ook in de ontslagbrief naar de eerste lijn op te nemen.

8. Stoppen met roken

COPD is helaas niet te genezen, daarom is preventie (van verergering) van COPD het beste wat we voor mensen (met COPD) kunnen doen. Aangezien roken de belangrijkste oorzaak voor het ontwikkelen/verergeren van COPD is, moet er vol ingezet worden op stoppen met roken.

Tips:

- Voor alle hulpverleners die een rol spelen bij stoppen met roken is een goede gesprekstechniek, motiverende gespreksvoering, een enorm hulpmiddel. Dit geldt voor longartsen, zaalartsen, (long)verpleegkundigen, POH's en huisartsen;
- Als iemand meer dan 10 sigaretten per dag rookt dan is een combinatie van intensieve begeleiding en nicotine bevattende middelen of medicatie het meest effectief om te helpen te stoppen met roken. Het resultaat van begeleiding bij stoppen met roken neemt toe met de hoeveelheid tijd die er aan wordt besteed;
- De meeste mensen hebben 3-4 stoppogingen nodig, voordat het ze lukt definitief te stoppen met roken;
- Een voorbeeld van een rookstoppoli die veel aandacht schenkt aan geschoold personeel, intensieve begeleiding is de rookstoppoli Rode Kruis ziekenhuis in Beverwijk. Na een jaar is 50% van de mensen nog steeds gestopt met roken (www.rkz.nl/rookstoppoli).

“Ik ben gestopt met roken tijdens de opname. Toen ik weer thuis was, werd ik 2x in de week gebeld door de POH. Zij vroeg hoe het ging en wat ik kon doen als ik het moeilijk had. Dat heeft heel erg geholpen.”

9. Advance Care Planning en palliatieve zorg

De palliatieve fase is de fase van de ziekte waarin medische behandelingen geen verbetering meer geven van de COPD. Of een patiënt zich in de palliatieve fase bevindt, wordt bepaald door de (verslechtering in) klinisch beeld, het ondergaan hebben van intensieve behandelingen zonder (blijvend) effect en de subjectieve inschatting en wensen van patiënt en de inschatting van zorgverleners. Door het onvoorspelbare beloop is het moeilijk om te voorspellen hoe de palliatieve fase verloopt en hoe lang die zal duren.

“Patiënten steeds maar weer opnemen heeft niet altijd meerwaarde. Het palliatief team legt zaken uit en verduidelijkt. Dit levert meer kwaliteit van zorg op, wat weer zorgt voor vermindering van heropnames.”

Longarts

Proactieve zorgplanning (advance care planning, ACP) is het proces van vooruit denken, plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.

Dat betreft dus niet een eenmalig goed gesprek, maar een iteratief proces van afstemming. In de tijd wisselende en vooral voortschrijdende gedachtes en keuzes horen daar vaak bij.

In het zorgpad is er voor gekozen de opname als beginmoment van palliatieve zorg te markeren. Immers, de sterfte in de eerste twee jaar na een opname is 30-50%, hetgeen hoger is dan na een hartinfarct. Vanaf dat moment moet er bewust naar gestreefd worden gesprekken in het kader van ACP, iteratief aan te gaan. Dat kan al tijdens de opname, maar ook de eerste contacten na opname, met de terugblik wat de opname voor patiënt en mantelzorgers betekende, kan een goed moment zijn. De ervaring leert dat het gesprek over ACP bij heropname veelal andere kenmerken heeft, met een andere insteek, dan bij eerste opname.

Tips:

- Sommige regio's kiezen voor een eerste ACP gesprek in week 1 van terugkomst thuis;
- Plan tijd voor een ACP gesprek apart in;
- Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (2017; Palliatief en IKNL);

Enkele voorbeelden:

- Driemaandelijke huisbezoeken door longverpleegkundige van thuiszorgorganisatie aan palliatieve patiënten met COPD, met toegang tot het ZIS en laagdrempelig direct contact met verpleegkundig specialist in het ziekenhuis.
VGZ – Albert Schweitzer ziekenhuis – Thuiszorgorganisaties
- Polikliniek ondersteunende en palliatieve zorg voor patiënten met COPD door longarts en palliatief consulent. *Pilotregio Groningen - Ommelander ziekenhuis*
- Pilot van palliatieve zorg gesprekken met patiënt, longarts en huisarts gezamenlijk, bij patiënt thuis of via beeldbellen. *Spaarne Gasthuis*

10. Onderliggende zorgbrede vraagstukken; zorgbekostiging en informatie-uitwisseling

Bij de implementatie van het zorgpad is het van belang expliciet aandacht te besteden aan een aantal zorgbrede onderliggende vraagstukken die effect hebben op de bereidheid van de diverse doelgroepen om tot implementatie van het zorgpad over te gaan.

Zorgbekostiging

Het belangrijkste zorgbrede vraagstuk is de zorgbekostiging. Kort gezegd levert de huidige wijze van bekostiging van de gezondheidszorg geen stimulerende bijdrage aan het verminderen van het aantal ziekenhuisopnamedagen voor COPD longaanvallen. De zorg wordt bekostigd op basis van verrichtingen (opnamen) en minder opnamen betekent minder inkomsten voor (met name) ziekenhuizen. Een grotere rol voor de zorg voor deze patiënten door zorggroepen en/of thuiszorginstellingen betekent dat een patiëntencategorie met hoge ziekte- en zorglast wordt toegevoegd aan het toch al grote chronische ziekenbestand. Dit zorgt voor een (nog) hogere werkdruk en het is de vraag in hoeverre deze zorg wordt bekostigd.

De Long Alliantie Nederland hanteert als strategie voor het aanpakken van het bekostigingsvraagstuk dat de ervaren knelpunten op het gebied van bekostiging zoveel mogelijk onder de aandacht wordt gebracht van VWS, NZa en zorgverzekeraars. Goede regionaal bedachte oplossingen om (ondanks de prikkelstructuur) te komen tot een nieuwe wijze van zorgverlening, worden bekend gemaakt aan andere regio's.

Informatie-uitwisseling

Voor het verlenen van goede multidisciplinaire transmurale zorg voor mensen die met een COPD longaanval in het ziekenhuis opgenomen zijn (geweest) is informatie uitwisseling tussen zorgverleners, maar ook met de patiënt essentieel. Ook dit is een knelpunt waar de gehele Nederlandse zorg mee te maken heeft en waar de LAN onvoldoende invloed op heeft. De LAN gaat voort een podium te bieden voor goede voorbeelden in de COPD zorg, en interactie te bevorderen tussen zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars.

Tips:

De problematiek omtrent de bekostigingsstructuur en de informatie-uitwisseling is in een afzonderlijke regio niet op te lossen. Wel zijn er enkele tips te geven hoe om te gaan met deze problematiek:

- Sluit aan bij regionale en/of landelijke ontwikkelingen indien deze beschikbaar zijn.
 - Een voorbeeld: Op initiatief van VitaValley wordt met de coalitie Vitaal Thuis: Ziekenhuiszorg Thuis in een samenwerkingsverband van 60 partijen gewerkt aan de grootschalig implementatie van veilige, betrouwbare, bruikbare én betaalbare ziekenhuiszorg thuis toepassingen, zoals zorg op afstand voor COPD patiënten. De coalitie werkt o.a. aan structurele bekostiging van dit soort ziekenhuiszorg thuis-arrangementen en heeft een praktisch stappenplan geschreven om te komen tot een contracteringsmodel. Dit stappenplan is te vinden op de website van VitaValley;
- Bespreek de problematiek met het zorgpad verbetersteam en wees openhartig over de problemen en belangen van elke afzonderlijke organisatie. Openheid van zaken geeft begrip en kan zorgen voor gezamenlijke oplossingen;
- Betrek op korte termijn de zorgverzekeraar. In het zorgbekostigingssysteem zijn er mogelijkheden om projecten als het zorgpad (gedeeltelijk) te vergoeden. Een zorggroep, thuiszorg of ziekenhuis dient hiervoor zelf contact op te nemen met een zorgverzekeraar.

Enkele voorbeelden:



- Bekostiging van een zorgcoördinator vanuit de wijkverpleging, voor de brede taakomschrijving van de casemanager COPD met directe en indirecte zorgtaken, met verhoging van het productieplafond (pilotregio Zaanstreek/Waterland);

Zilveren Kruis Achmea – Evean

- COPD in Beeld; bekostiging monitoren COPD-patiënten in de thuissituatie met behulp van e-Health;
- Herinrichten van de bekostiging van longzorg over de schotten van verschillende disciplines heen; 3-jarig contract op basis van triple-aim principe.

*Menzis – Sensire – Slingeland ziekenhuis
Zilveren Kruis Achmea – De Nije Veste*

11. Handreiking voor regio's die met het zorgpad willen beginnen

Voor nieuwe regio's die het zorgpad in de eigen regio willen gaan invoeren is een handreiking gemaakt die onderverdeeld is in 3 delen. Deze handreiking is weergegeven in versie 2.0.

De 3 onderdelen zijn:

- Aandachtspunten voorafgaand en bij de start van het zorgpad (factoren/actoren en randvoorwaarden);
- Welke ondersteuning is er nodig waar de LAN zich voor zal gaan inzetten;
- Aandachtspunten die gegeven kunnen worden als men eenmaal is gestart met het zorgpad.

“De meerwaarde is onder andere dat de positieve feedback van de patiënt je meer werkplezier geeft.”

Longverpleegkundige