

## Handreiking aan regio's die willen starten met het zorgpad COPD

In deze bijlage zijn handreikingen te vinden voor nieuwe regio's die het zorgpad in de eigen regio willen gaan invoeren. De handreikingen zijn onderverdeeld in 3 fasen:

- [Fase 1](#): aandachtspunten voorafgaand en bij de start van het zorgpad;
- [Fase 2](#): welke ondersteuning is er nodig waar de LAN zich voor zal gaan inzetten;
- [Fase 3](#): aandachtspunten die gegeven kunnen worden als gestart is met het zorgpad.

### Fase 1: Aandachtspunten voorafgaand en bij de start van het zorgpad (factoren/ actoren + randvoorwaarden)

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. Er is 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, thuiszorgverpleegkundigen, 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 er van prioriteit.
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:
  - o 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 (*bv. een longverpleegkundige*);
    - een medisch eigenaar, verantwoordelijk voor medische beslissingen (*arts*);
    - een lijnverantwoordelijke, verantwoordelijk voor taakverdeling (*bv. teamleider*);
    - een projectbegeleider (*bv. beleidsmedewerker*), en
    - 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.
  - o 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.
  - o 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, gemeente 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 zorgverzekeraar is op de hoogte van het project en vindt het een goed initiatief;
    - Bij voorkeur is de zorgverzekeraar ook betrokken 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 & intensievere ziekenhuisopnamen, intensievere nazorg door thuiszorginstelling of huisarts/POH.
  5. De **inbreng** vanuit **patiënten** is adequaat geborgd, bijvoorbeeld door betrokkenheid (in een klankbordgroep o.i.d.) 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;
    - Er is 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. Echter het is een omvangrijk & langdurig project. Focus in de regio is nodig. 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 deze in de plaats komt van de huidige reguliere wijze van zorgverlening en niet meer gezien zal worden als een losstaand project.

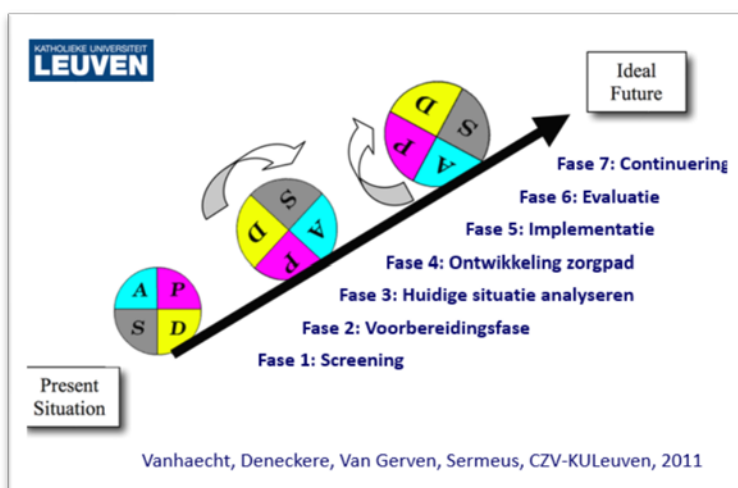
## **Fase 2: welke ondersteuning is nodig (en biedt de LAN) voor de start**

1. Projectleiders krijgen ondersteuning om met andere projectleiders uit andere regio's ervaringen / kennis uit te wisselen. Ook met de eerste tranche pilotregio's. De LAN organiseert hiervoor **periodiek bijeenkomsten**.
2. De LAN maakt lijsten met adviezen welke data bijgehouden moeten/kunnen worden. Deze **dataset** kunnen gebruikt worden om de eigen progressie van de implementatie te volgen en kunnen gebruikt worden voor een landelijke dataset (indicatoren). Een belangrijke lering uit tranche 1: beperk de dataregistratie. Less is more.  
Enkele voorbeelden voor een landelijke dataset zijn heropnamen en ligduur. Bij te houden data voor implementatiedoeleinden zijn ontslagbrief binnen 24 hr en bezoek week1.
3. **Tools** om de startpositie goed te laten zijn:

- o Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname;
- o Bundeling van de ervaringen / good practices met het zorgpad/initiatieven reductie heropnamen COPD longaanval;
- o Het bieden van hulpvaardige werkopdrachten die de regio kunnen ondersteunen bij het implementeren van het zorgpad;
- o I-PAT 2 (tool AstraZeneca voor analyse ziekenhuisafdeling);
- o Methoden om de startpositie in een regio duidelijk te maken;

### Fase 3: aandachtspunten bij het regionaal werken met het zorgpad

1. Gebruik het **zorgpad versie 2.0** voor adviezen over het proces en de invulling van interventies.
2. Maak gebruik van de **landelijke ondersteuning en ervaring** 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](#) – en/of een vergelijkbare methode - als leidraad



voor het te doorlopen proces te komen tot het regionale zorgpad en volg alle stappen nauwlettend.

Dit instrument geeft richting welke stappen er gezet dienen te worden om een zorgpad te ontwikkelen, implementeren, evalueren en voor een continue opvolging.

4. Maak een regionale "foto" (fase 3): hoe ver staan we af van de **ideale situatie** 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):  
Er kan met een groot aantal interventies tegelijk worden gestart, maar de ervaring leert dat het verstandiger is om met een beperkt aantal interventies te starten. Op dit moment is er geen wetenschappelijke onderbouwing welke elementen en/of interventies de voorkeur hebben bij deze prioritering. Elke regio dient hier zelf een keuze in te maken. Daarbij dient men rekening te houden met:
  - o Kies bijvoorbeeld 3 interventies en evalueer deze continu;
  - o De uitgangssituatie van de regio; Ga na hoever de regio afstaat van de ideale situatie ([fase 3 van het 7-fasenmodel](#); diagnosestelling en objectivering);
  - o Valt er te verwachten dat er in de regio omtrent dit punt het meeste winst is te behalen omtrent de verbetering van de zorg én een terugloop in het aantal opnamedagen;
  - o Is er voldoende animo (bij alle betrokken partijen) om ook dit onderdeel aan te pakken in de regio;
  - o Is het realistisch om te verwachten dat dit onderdeel in een vast omschreven tijdperk is te behalen;

- Houdt rekening met de verwachte verhouding tussen inspanning en resultaat. Kiezen voor een 'laaghangend fruit interventie' als een van de drie interventies kan de moraal goed doen;
  - Vind een goede balans tussen bovenstaande punten.
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 t.z.t. 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.
  7. 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 helpen. Bij het ontwikkelen van het landelijk zorgpad COPD longaanval waren met name AstraZeneca, Boehringer-Ingelheim, Chiesi Pharmaceuticals, GSK en Novartis betrokken.
  8. 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 de werkmethode **gecontinueerd wordt 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 bv het teamoverleg en te laten terugkomen in de maandelijkse rapportages van de teamleider.
  9. 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 hoe veel nieuwe ziekenhuisopnamen zijn voorkomen. Ook het organiseren van een regionaal symposium kan hierbij nuttig zijn.
  10. **Communicatie** bij een transmuraal zorgpad vraagt veel aandacht en tijd, maar betaald zich op de lange termijn uit.