

idoctor

Nascholingsmagazine Longziekten

Onder redactie van:

Prof. dr. Huib Kerstjens & drs. Philippe Salomé

In dit nummer:

Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname

**Accreditatie
aangevraagd**



In samenwerking met:



LAN

Long Alliantie Nederland



Wist u dat **ÉÉN
MATIG ERNSTIGE
COPD LONGAANVAL**
al geassocieerd is met
een verhoogd risico op
ziekenhuisopname?¹

Dat geeft **zuurstof**
tot nadenken

1. Rothnie KJ et al. Am J Respir Crit Care Med. 2018;198:464-471
Matig ernstige longaanvallen gedefinieerd als longaanvallen behandeld met orale corticosteroïden en/of antibiotica zonder ziekenhuisopname. Risico uit observationeel onderzoek naar het natuurlijk beloop van COPD over 10 jaar bij 99.574 patiënten uit een eerstelijns database in de UK. Een verhoogd risico op ziekenhuisopname verwijst naar 21% hoger risico op een ernstige COPD longaanval bij patiënten met 1 matig ernstige longaanval in het eerste jaar versus patiënten zonder een matige of ernstige longaanval in het eerste jaar. Op basis van adjusted Hazard Ratio's.

NL-5680 EXP 9.2022

AstraZeneca 

4

**Interview met:
'Zorgpad is geen
dichtgemetseld protocol'**

Huib Kerstjens
Philippe Salomé

8

**Blijvend contact, de weg
naar betere zorg**

Met medewerking van:
José Brummelhuis
Els Fikkers

15

**Zelfmanagement bij
COPD**

Met medewerking van:
Cynthia Hallensleben
Esther Beemsterboer

20

**Je kunt nooit te vroeg
beginnen met proactieve
zorgplanning**

Met medewerking van:
Kris Mooren
Folkert Allema

27

**Zorgpad implementeren:
eerlijk zijn, out of the box
denken en volhouden.**

Met medewerking van:
Gertrud van Vulpen
Erny Korsmit

Hoofdreductie

Een nascholingsmagazine volledig gewijd aan het 'Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname'. Een fantastische kans om het zorgpad onder de aandacht te brengen. Wat begon met een paar mensen, die van mening waren dat de zorg voor COPD-patiënten wel wat beter kon, is dankzij het initiatief van de Long Alliantie Nederland uitgegroeid tot een robuust zorgpad dat in een pilot in acht regio's in Nederland zijn dienst heeft bewezen. Dat leest u allemaal terug in dit magazine.

José Brummelhuis en Els Fikkers laten zien welke handvatten het zorgpad biedt voor een betere COPD-zorg. Deze bestaan uit vaste contactmomenten, zorgcoördinatie en transmurale samenwerking. Dat zelfmanagement bij COPD-patiënten een belangrijk aspect is, leest u in het artikel van Cynthia Hallensleben en Esther Beemsterboer. En het belang van het tijdig beginnen met proactieve zorgplanning bij patiënten met COPD in de palliatieve fase, wordt heel duidelijk gemaakt door Kris Mooren en Folkert Allema. Tot slot geven Gertrud van Vulpen en Erny Korsmit handige tips over hoe het zorgpad te implementeren. We hopen dat de ideeën en tips u zullen inspireren zoals ze dat ons deden!



Huib Kerstjens
gast-hoofdreducteur



Philippe Salomé
gast-hoofdreducteur

Deze artikelen vormen tezamen een online nascholing.
Ga naar: www.mediamed.nl

Colofon

Deze speciale editie van het Nascholingsmagazine Longziekten is een uitgave van de Long Alliantie Nederland en wordt in Nederland verspreid onder zorgverleners en andere professies die betrokken zijn bij de COPD zorg. Oplage 2000 exemplaren.

Contact
Long Alliantie Nederland
Stationsplein 125
3818 LE Amersfoort
+31(0)33- 421 84 18
info@longalliantie.nl

Uitgever
iDoctor B.V.
Carlo Nieuwlands

Coördinatie en eindredactie
Lynette Wijgergangs,
iDoctor
Lidewij Sekhuis, LAN
Els Verschuur, LAN

Ontwerp
IJzersterk, Rotterdam

DTP
Michèle Duquesnoy

Drukwerk en verspreiding
IQVIA
One2Health/De Top

Beeld
Jeroen Jumelet
(foto's interview)
Vitamine Mix, Utrecht
Mona van den Berg Photo-
graphy

© 2020
Het is derden toegestaan (delen van de) artikelen te gebruiken onder de volgende bronvermelding: Nascholingsmagazine Longziekten; Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname. Long Alliantie Nederland: Amersfoort, 2020.



INTERVIEW

Huib Kerstjens,
longarts en hoogleraar Longziekten UMCG

Philippe Salomé,
huisarts n.p. en kerngroep lid
expertgroep CAHAG



Els Wiegant

‘Zorgpad is geen dichtgemetseld protocol’

Ze komen uit verschillende disciplines maar delen dezelfde ambitie: de zorg voor mensen met COPD naar een hoger plan tillen. Philippe Salomé is – niet (meer) praktiserend – huisarts, Huib Kerstjens is – praktiserend – longarts en hoogleraar Longziekten in het UMCG. Samen werkten ze met hart en ziel aan de ontwikkeling van het transmurale ‘Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname’ van de Long Alliantie Nederland.

De Long Alliantie Nederland (LAN) startte zo’n zes jaar geleden met de ontwikkeling van het zorgpad. De noodzaak ervoor ligt besloten in de omvang en ernst van de problematiek van ziekenhuisopnames na een COPD longaanval. In Nederland worden jaarlijks ruim 36.000 COPD-patiënten met een longaanval in het ziekenhuis opgenomen (cijfers 2016). Daar zijn 265.000 opnamedagen mee gemoeid. In meer dan de helft van de gevallen gaat het om een heropname, in 35 procent daarvan is de patiënt zelfs drie keer of vaker opgenomen geweest (cijfers 2013). Voor de patiënt (en zijn omgeving) veroorzaakt een longaanval veel leed. De ziektelast neemt sterk toe en daarmee de zorglast, meestal zijn die bovendien blijvend. Er sterven jaarlijks bijna 7000 mensen aan COPD (cijfers 2018). De sterfte in de eerste twee jaar na opname wegens een longaanval is aanzienlijk hoger dan na een hartaanval.

Ook financieel veroorzaakt COPD een zware last. De totale jaarlijkse kosten voor COPD worden geschat op 1 miljard euro. Het overgrote deel hiervan wordt uitgegeven aan een specifieke kleine groep patiënten, de zogenaamde draaideurpatiënten.

‘Eenvormig en ongeïnspireerd’

Tot zover de harde cijfers. Huib Kerstjens en Philippe Salomé, samen voorzitter van de multidisciplinaire werkgroep die het zorgpad ontwikkelde, voegen daar hun observaties en persoonlijke motivatie aan toe. Salomé, die zich al meer dan 30 jaar hard maakt voor (onder andere) betere COPD-zorg, vertelt: “In de ziekenhuispraktijk zie je een enorme variatie in het aantal ligdagen na een longaanval. In het ene ziekenhuis is dat gemiddeld vijf, in het andere tien dagen. Ook de kwaliteit van zorg verschilt per ziekenhuis, per arts en zelfs per moment van opname. Al met al is de kwaliteit niet denderend. Daar wilden we meer orde in scheppen.”

Kerstjens drukt zich nog iets sterker uit. Hij herinnert zich dat de zorg voor zogenaamde draaideurpatiënten na een longaanval hem tijdens zijn opleidingstijd al opviel als ‘eenvormig en ongeïnspireerd’. Hij vat het proces samen met de woorden: ‘floep-infuus’. “Zodra de patiënt binnenkwam, kreeg hij – floep

– een infuus, vrijwel altijd met prednisolon. Daarna had je er geen omkijken meer naar en na een dag of tien werd iemand naar huis gestuurd. Wat een armoede! Je doet de patiënt te kort en uit kostenoverwegingen is het ook slecht. Daar mogen we wel iets meer aan doen, vond ik altijd al.”

Kraakhelder

Aan de ontwikkeling van het zorgpad ging het formuleren van een ambitie vooraf. Kerstjens: “De zorg is sinds mijn opleidingstijd wel vooruitgegaan, maar met – te – kleine stapjes. Kan dat niet wat ambitieuzer, vroeg de LAN zich af. Toen was het idee: als we nu eens vijf haalbare doelstellingen formuleren en we doen dat volgens het SMART-principe, zodat het meteen kraakhelder is of je ze wel of niet hebt bereikt. Dat hebben we gedaan.”

Dit voornemen mondde uit in het beleidsplan van de LAN: het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten (NACL). Kerstjens en Salomé verbonden zich aan het realiseren van de eerste doelstelling: een reductie van het aantal opnamedagen na een COPD-longaanval met 25 procent in vijf jaar, met minstens gelijke kwaliteit van leven en patiënttevredenheid. Een eerste versie van het zorgpad werd tijdens een pilot in acht regio's getest. Met de ervaringen en uitkomsten daarvan werd een tweede versie opgesteld.

Het zorgpad start bij de opname voor een COPD-longaanval en gaat door tot Sint Juttemis, zoals Salomé het verwoordt. In het document staat het formeler: ‘Het zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname beschrijft de zorg die tijdens de opname, na ontslag en structureel gegeven wordt aan patiënten met COPD die zijn opgenomen in het ziekenhuis voor een longaanval.’

Om de heropnames terug te dringen zijn continuïteit van zorg, luisteren naar de behoeftes van de patiënt en goede interdisciplinaire en transmurale samenwerking vereist. Het streven is om de patiënt meer inzicht te geven in de oorzaak van zijn opname, hem met kennis toe te rusten om zelf verergering van zijn klachten te herkennen en daar vroegtijdig naar te handelen.



Eigenaar voelen

Het zorgpad, zo bleek uit de pilot, vergroot het bewustzijn van de problematiek bij zowel patiënt als zorgverlener. Het draagt bij aan verbeteringen in de organisatie van de zorg en aan de inhoud ervan. In het zorgpad zijn contactmomenten gedefinieerd en sleutelinterventies beschreven (zie artikel contactmomenten) die de zorgverlener tijdens die momenten of gedurende het hele traject kan inzetten. Aan de interventies zijn handvatten en tools toegevoegd die iedere gebruiker naar believen kan gebruiken (zie www.longaanval.nl).

Het zorgpad is geen keurslijf, benadrukken de twee voorzitters. Salomé: "Het is geen dichtgemetseld protocol. Heel bewust hebben we alleen het 'wat' duidelijk beschreven, het 'hoe' een beetje en het 'wie' helemaal niet. Per regio verschillen de uitgangssituaties en het is van belang dat iedere regio, zorggroep of ziekenhuis de vrijheid heeft om de acties daaraan aan te passen."

Kerstjens constateert tevreden dat hij en zijn collega's in die opzet zijn geslaagd. "Wij moeten niet vanuit een ivoren toren roepen hoe het moet. Dat wekt niet alleen antipathie, maar is ook onverstandig omdat elke regio nu eenmaal anders is. Ik ben er trots op dat we het zorgpad in een vorm hebben weten te gieten waarvan elke regio die aan de pilot deelnam, zich eigenaar is blijven voelen."

Opening

In het zorgpad worden diverse contactmomenten tijdens en na de opname beschreven. Tijdens de opname vindt een gesprek op dag 2 plaats en eentje bij ontslag. Na de opname is er contact in de eerste week na ontslag en worden afspraken gemaakt over monitoring van de patiënt op korte en op lange termijn.

In het dag-2 gesprek proberen arts en verpleegkundige, samen met de patiënt en zijn mantelzorger, boven tafel te krijgen wat de achterliggende problematiek van de longaanval is. Kerstjens: "Als iemand piepend binnenkomt, is het duidelijk dat benauwdheid de oorzaak is. Maar zo'n patiënt is wel vaker benauwd. Waarom is het nu zo erg dat hij in het ziekenhuis belandt? Is de mantelzorg weggefallen, de hond overleden, speelt er een depressie mee? Het dag-2 gesprek geeft een opening om dat te onderzoeken en een herhaling te voorkomen, door bredere zorg te regelen dan alleen medicatie."

Aankankelijk, vertellen de twee, was het idee om al die zorg ook meteen tijdens de opnameperiode aan te bieden. In de pilot bleek dat het handiger is om de opnametijd voornamelijk te gebruiken om problematiek te signaleren en zorg te agenderen voor ná de opname.



Als je de zorg meer wilt toespitsen op de patiënt, dan heb je elkaar gewoon nodig.

Salomé: “De opname is vaak een *window of opportunity*. Als mensen zijn opgenomen, zijn ze misschien wel bereid om te gaan stoppen met roken of met een psycholoog te praten. Maar dat kun je beter thuis doen, als ze in een rustiger fase zijn gekomen.” Na thuiskomst is er het week-1 gesprek. Salomé: “Dat gesprek is heel belangrijk omdat je vaak ziet dat mensen dan al een terugslag hebben en vervallen in hun oude – slechte – gewoontes.”

De sleutelinterventies uit het zorgpad gaan over zaken als: de kwaliteit van leven monitoren, een inventarisatie maken van de integrale gezondheidstoestand en het inventariseren van de aanleiding tot opname. Voor die interventies worden handvatten en tools aangereikt, zoals de Ziektelastmeter COPD, animatie-filmpjes, de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), een dag-2 checklist, een handreiking digitale zorgtoepassingen en een voorbeeld van een persoonlijk zorgplan.

Voor het voeren van gesprekken met de patiënt over bijvoorbeeld palliatieve zorg of stoppen met roken worden voorbeeldzinnen aangeboden. Kerstjens: “Dat gaat vrij ver, maar feit is – waar ik overigens niet trots op ben – dat wij dokters moeite hebben met dat soort gesprekken. Verpleegkundigen en praktijkondersteuners zijn daar vaak veel beter in. Maar wij moeten elkaar stimuleren om dat óók goed te kunnen. Het zorgpad is geen kookboekge-neeskunde, maar zulke mogelijkheden moeten we wél benutten.”

Saai onderwerp

De pilot met het zorgpad werd gehouden in elf ziekenhuizen, negen zorggroepen van huisartsen en vijf thuiszorgorganisaties, verdeeld over acht regio's. Daarbij werden 752 patiënten ieder

gedurende een jaar (in de periode 2015-2018) gevolgd. De pilot liet een mediane daling van het aantal opnamedagen zien van 19 procent. Het aantal heropnames daalde van 27 naar 22 procent. Die uitkomst heeft Salomé en Kerstjens blij verrast. De laatste: “Ik ben daar echt opgewonden over. Het is weliswaar nog geen daling van opnamedagen van 25 procent, maar als we dit landelijk kunnen implementeren, dan zijn we een heel eind gekomen.” Salomé: “Ik weet zeker dat die daling zich de komende tijd voortzet.”

Uit de pilot blijken verschillende elementen een significante associatie met een vermindering van het aantal opnames te hebben. Naast het week-1 gesprek zijn dat de begeleiding om te stoppen met roken, het bespreken van een Longaanval Actieplan met de patiënt en het controleren van de inhalatiemedicatie en – techniek in het eerste jaar na de opname.

Kerstjens over dat laatste: “Dat is misschien een saai onderwerp en wij dokters denken vaak dat anderen dat wel doen, maar je moet het herhalen, herhalen en nog eens herhalen. Ik had niet verwacht dat we in die veelheid van aspecten nog zo'n duidelijke correlatie met dit ene element zouden kunnen aantonen.”

Over bespreking van het Longaanval Actieplan zegt Salomé: “Het is belangrijk dat patiënten een longaanval beter en in een vroeger stadium kunnen herkennen. Vaak wachten ze wel vier, vijf dagen voordat ze actie ondernemen. Doen ze dat sneller, dan kun je een opname vaker voorkomen.”

Te overladen

Naast resultaten leverde de pilot ook een aantal inzichten op. Salomé: “Er was een grote diversiteit van regio's en ziekenhuizen, waardoor er van alles uitkwam.” Een van de opvallendste *lessons learned* is dat zorgverleners niet te veel hooi op de vork moeten nemen. Salomé: “Wij hebben de pilot bijvoorbeeld ook gebruikt om data te genereren en hebben deelnemers echt overvraagd.” Kerstjens: “Het programma was veel te overladen. Wij hebben zorgverleners gek gemaakt en die hebben dat aan patiënten doorgegeven.”

Maak het behapbaar, luidt daarom het advies. Implementeer niet tien onderwerpen tegelijk, maar begin met drie of vier, zo drukken de voorzitters hun collega's op het hart. “Het zorgpad is ook modulair opgebouwd. Ons advies: kijk wat er al is en wat bij je past. Is de hele regio nog een stap te ver, begin dan in je eigen ziekenhuis of op je eigen afdeling,” aldus Kerstjens. Hoewel het resultaat van hun doelstelling – daling van het aantal opnamedagen – in de tweede lijn neerdaalt, is het zorgpad nadrukkelijk transmurale en is medewerking van de eerste lijn essentieel. Kerstjens: “Huisartsen hebben de thuissituatie van een patiënt veel beter in het snotje dan wij in het ziekenhuis. Als je de zorg meer wilt toespitsen op de patiënt, dan heb je elkaar gewoon nodig.” Salomé: “Het waren juist de acties buiten het ziekenhuis die tot de daling hebben geleid.” ●

Bronnen

www.longcijfers.nl

www.longaanval.nl

Voorkeursinterventie

- Dag-2 gesprek
- Contact week 1
- Inhalatie instructie
- Longaanval Actie Plan
- Rookstopbegeleiding
- Continuïteit van zorg en samenwerking binnen de regio



NASCHOLING

Blijvend contact, de weg naar betere zorg



Met medewerking van:

José Brummelhuis,
gespecialiseerd verpleegkundige longen/eczeem,
Evéan Zorg, Purmerend

Els Fikkers,
verpleegkundig specialist, Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem



Judith Cohen

Samenvatting

Het Zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname biedt handvatten voor gestructureerd overleg met de patiënt en betrokken zorgverleners. Transmurale samenwerking en goede communicatie staan hierbij centraal. Het draagt bij aan het vroegtijdig signaleren van problemen en kansen en legt de basis voor de nodige actieplannen. Zowel de patiënt als de zorgverleners plukken hier de vruchten van. Patiënten voelen zich veiliger, weten goed wie hun eerste aanspreekpunt is en worden gekend in hun toekomstige ziekte-traject. Hun tevredenheid en de afname van heropnames tot grote werkverdoening bij professionals.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- Bent u bekend met de voordelen die vaste contactmomenten bieden na een ziekenhuisopname voor longaanval bij COPD;
- Bent u op de hoogte van de kernpunten die idealiter besproken worden in ontslag- en overdrachtsdocumenten naar aanleiding van het dag-2 gesprek;
- Bent u zich bewust van het belang van een warme overdracht en welke voordelen hiermee gepaard gaan;
- Bent u zich bewust van het belang van casemanagement en transmurale multidisciplinaire overlegstructuren, omdat u hiermee de patiënt na een longaanval bij COPD een betere kwaliteit van leven kan bieden, u meer patiënttevredenheid kunt ervaren en het risico op heropname kan verlagen.

Dit artikel is ook onderdeel van een online nascholing. Ga naar: www.mediamed.nl

Het naleven van het 'Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname' kan het aantal opnamedagen verlagen terwijl de kwaliteit van leven en patiënttevredenheid gelijk blijven. Dit succes is vooral gelegen in een systematische, eenduidige werkwijze van de verschillende longregio's in het land. Om de praktijkvariatie tussen instellingen, zorgverleners en moment van opname te beperken is een gestructureerde aanpak wenselijk, waarbij samenwerking een sleutelrol speelt. Het zorgpad biedt handvatten voor betere zorg voor de COPD-patiënt in de vorm van vaste contactmomenten, zorgcoördinatie en transmurale samenwerking.

Het zorgpad bestaat uit een aantal stappen die voor een patiënt met COPD die opgenomen wordt in het ziekenhuis met een longaanval, een essentiële rol spelen bij het tijdig signaleren van problemen en kansen. Het hanteren van het dag-2 gesprek en het ontslaggesprek is een eenvoudige en doeltreffende methode om dit te ondersteunen (zie figuur). Ook na de opname zijn er vaste contactmomenten gedefinieerd binnen het zorgpad. Dit zijn momenten waarin met de patiënt het vervolgtraject bepaald en geëvalueerd wordt om zo bij te dragen aan het voorkomen van een heropname en de patiënt te begeleiden bij zijn persoonlijke zorgplan.

Het is aan de regio aan wie zij de rol van verantwoordelijke en coördinerende zorgverlener toekennen, ook wel zorgcoördinator of casemanager genoemd. Veelal zal dit een gespecialiseerd longverpleegkundige, of thuiszorgverpleegkundige zijn, maar de rol kan uiteraard ook vervuld worden door longarts, huisarts, transferverpleegkundige, et cetera. In dit artikel spreken we voornamelijk over zorgcoördinator.

Het dag-2 gesprek

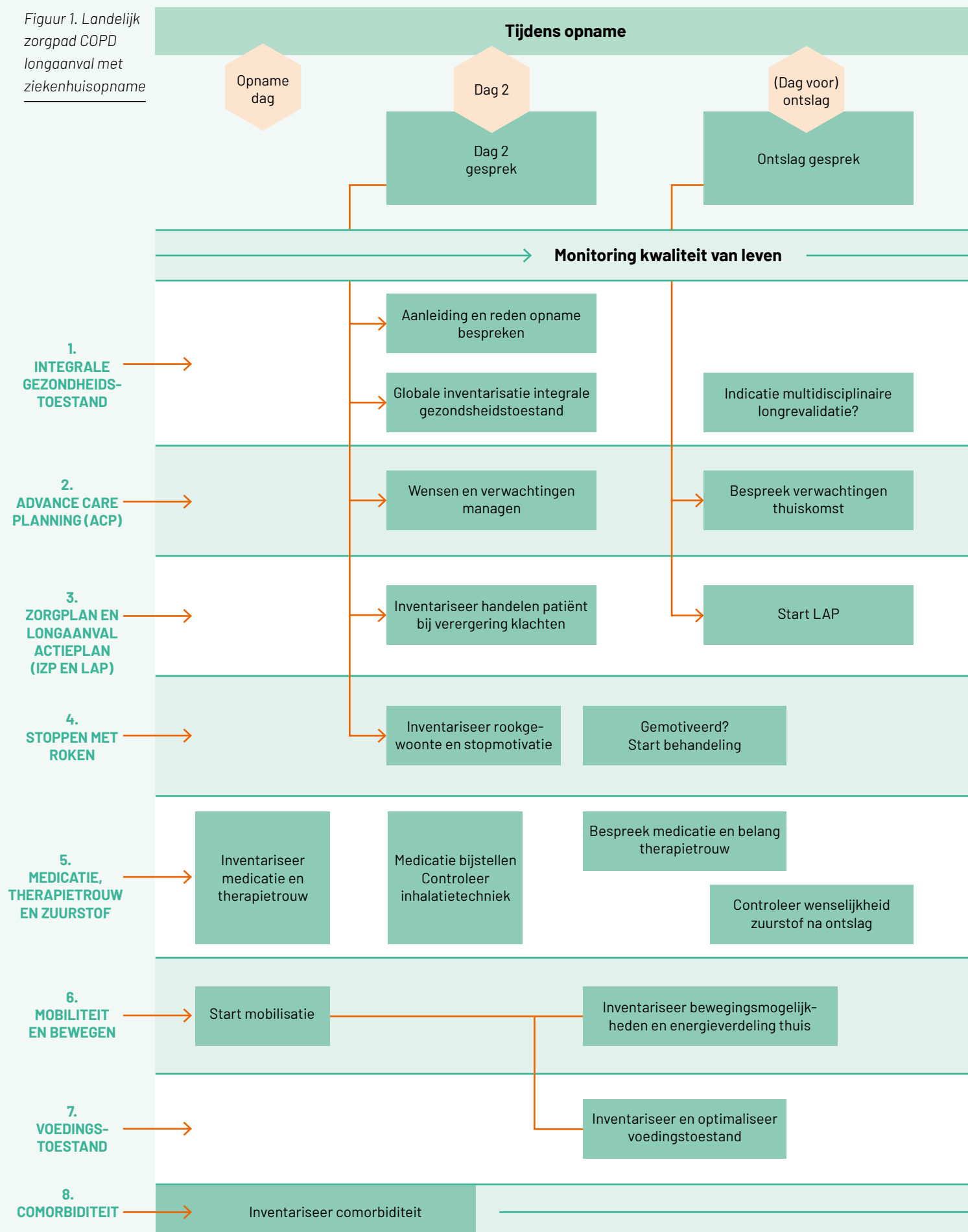
Wat is de onderliggende aanleiding voor de opname? Kunnen we op basis hiervan een zorgplan opstellen? Deze vragen staan centraal in het gesprek dat de zorgverlener en de patiënt voeren op de dag na opname. Het is ook het moment om de verwachtingen van patiënt, mantelzorger en zorgverlener over de opname en het herstel op elkaar af te stemmen, en om te anticiperen op acties die nodig zijn voor een succesvolle gang naar huis.

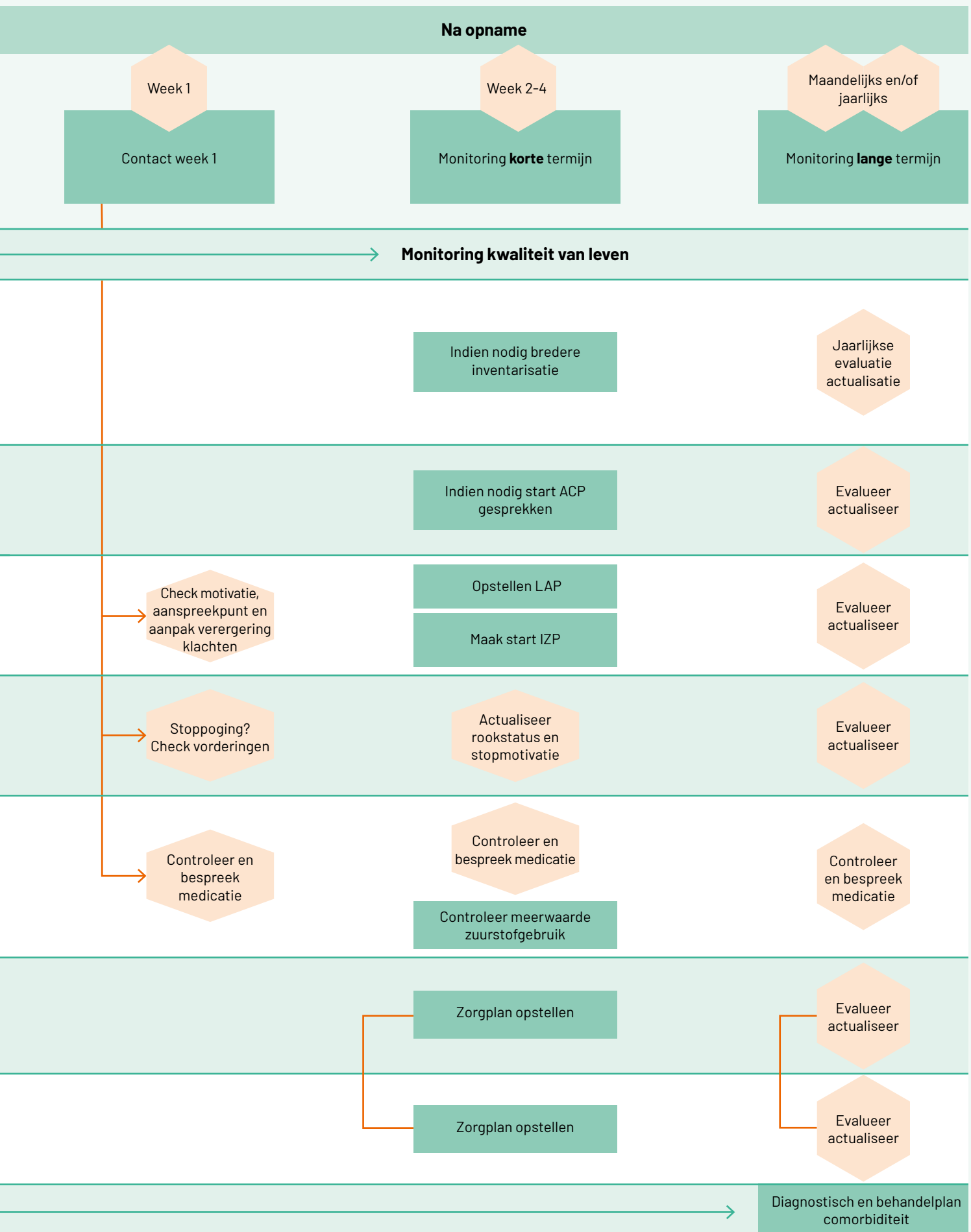
Verder is het dag-2 gesprek geschikt om te praten over hoe effectief de gebruikelijke reactie van de patiënt is als zijn klachten toenemen. Daarnaast is het zaak dat de zorgverlener integrale aspecten van de gezondheidstoestand inventariseert, zoals spirituele, psychosociale en leefstijlfactoren. Denk bijvoorbeeld aan rookgedrag en het peilen van de motivatie voor stoppen met roken. Een ander vast onderdeel is de te verwachte ontslagdatum. Een veel gehoorde valkuil bij het voeren van dit gesprek is 'alles' te willen bespreken met de patiënt. Daar is meestal onvoldoende ruimte voor. Een tip is om het gesprek te beperken tot het signaleren van problemen en kansen.

Het ontslaggesprek

Het uitvoeren van een ontslaggesprek is niet nieuw. Maar als je dieper vraagt naar wat er in zo'n gesprek besproken wordt, dan blijkt het vaak een vluchtige visite te zijn met als hoofdthema's het medicatieoverzicht en de nieuwe data voor het polibezzoek. Het omschreven ontslaggesprek van het zorgpad staat vooral in het teken van veiligheid. Hebben de patiënt en mantelzorger

Figuur 1. Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname





voldoende vertrouwen in het ontslagmoment? Heeft de patiënt voldoende ondersteuning aan huis? En zijn er nog acties nodig voor het geval de klachten toenemen? De zorgverlener bespreekt het Longaanval Actieplan (LAP). De patiënt krijgt instructies over welke signalen wijzen op verergering van de klachten en welke reactie of rescue-medicijnen daarbij horen. Andere punten van het LAP kunnen gezien de tijd beter kort na ontslag besproken worden, zo bleek uit de pilotfase toen voor het eerst met dit zorgpad gewerkt werd. Wel komen alle noodzakelijke activiteiten voor de eerste weken na ontslag aan bod en wordt benadrukt wie het eerste aanspreekpunt in die periode wordt (zie ook zorgcoördinatie).

In de overdrachts- en ontslagdocumenten vat de zorgverlener alle informatie van het dag-2 gesprek en het ontslaggesprek samen. Op hoofdlijnen gaat het om:

- De vermoedelijk onderliggende aanleiding voor de opname;
- Eventuele afwijkende bevindingen tijdens de opname, inclusief de acties;
- Of het LAP is besproken, inclusief de gemaakte afspraken;
- Of heropname, reanimeren/beademen gewenst zijn in een verslechterde situatie;
- De medicatieafspraken die bij ontslag gemaakt zijn;
- Informatie over een eventuele interventie voor stoppen met roken;
- De huidige status van de COPD-controle met behulp van de CCQ-score;
- Wie het eerstvolgende contactbezoek initieert;
- Wie het primaire aanspreekpunt (zorgcoördinator) wordt in de thuissituatie of volgende instelling (zie ook zorgcoördinator).

Warme overdracht vanuit ziekenhuis naar huis

Een zogeheten 'warme overdracht' naar de eerste lijn, bevordert de continuïteit van zorg en draagt bij aan het verminderen van heropnames. Idealiter is de zorgcoördinator zowel tijdens opname als daarna dezelfde, echter dit is vaak niet mogelijk. Kiest een regio net zoals regio Zaanstreek voor een eerstelijns casemanager, dan is het aan te bevelen nog tijdens de opname kennis te maken met de betreffende persoon. Dit is zeker van belang als de patiënt vóór opname te maken heeft gehad met verschillende zorgverleners in zowel de eerste- als tweedelijnszorg.

Contact week 1

Binnen een week na de opname neemt een zorgverlener contact op met de patiënt om te horen hoe het gaat en of alle gemaakte afspraken helder zijn. Er wordt idealiter een inschatting gemaakt van het pluis/niet-pluisgevoel en er wordt nagegaan of er een risico bestaat dat de patiënt weer vervalt in oude gewoonten. Na de pilotfase waarin gewerkt werd met het zorgpad, gaven deelnemende regio's aan een duidelijke meerwaarde te zien van een huisbezoek en/of eHealthtoepassingen, met name bij patiënten die herhaaldelijk worden opgenomen. Maar als dit in een regio om welke reden dan ook niet te regelen is, dan laten de studieresultaten zien dat een telefoongesprek al duidelijk

Zorgcoördinator:

- Fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt;
- Is de zorgverlener die alle taken van en afspraken en acties tussen zorgverleners binnen een multidisciplinair samenwerkingsverband coördineert en op elkaar afstemt;
- Draagt expliciet bij aan de communicatie tussen de zorgverleners en patiënt gedurende het gehele zorgproces, met name tijdens overdrachtsmomenten;
- Neemt de verantwoordelijkheid wanneer zaken niet verlopen als gepland en spreekt mensen hierop aan.

Voorwaarden zorgcoördinator:

- 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. Hoewel dit formeel wel kan, is dit meestal niet de eindverantwoordelijke voor de behandeling van een patiënt (de hoofdbehandelaar). De voorkeur gaat uit naar één coördinator gedurende het gehele proces. Goede opties zijn in ieder geval een longverpleegkundige vanuit ziekenhuis, thuiszorg of POH.
- Het belang van het bestaan van een zorgcoördinator moet door alle medewerkers gedragen worden en in samenwerking, tijd en geld gefaciliteerd worden.

meerwaarde heeft op het aantal ligdagen.

Tijdens een huisbezoek kan die zorgverlener in de eigen vertrouwde rustige omgeving (nogmaals) ingaan op besproken zaken, waaronder de te nemen acties bij verergering van klachten en/of een terugval van een bepaalde leefstijlinterventie. Ook geeft inzicht in de thuissituatie een duidelijke algehele indruk van gewoonten en gedrag van de patiënt. Sommige zorgverleners vinden dit bezoek het meest geschikte bezoek om te spreken over stoppen met roken en het uitkristalliseren van het LAP.

Monitoring korte termijn

Herstel staat centraal in het vervolggesprek dat na circa twee weken plaatsvindt. In overleg met de zorgcoördinator neemt één van de zorgverleners rondom de patiënt (of de zorgcoördinator zelf) het initiatief om samen met de patiënt een Individueel Zorgplan (IZP) op te stellen. Waar het in het LAP ging over vroegherkenning van symptomen en een (zelf)actieplan, beschrijft het IZP het integrale ziekteverloop van een patiënt. Leidraad bij het IZP zijn de persoonlijke streefdoelen van de patiënt, bijvoorbeeld het vaker kunnen oppassen op kleinkinderen. De patiënt stelt (korte) termijn doelstellingen vast en wordt daarbij ondersteund door de zorgverlener. Zijn er specifieke acties of interventies nodig, dan organiseert de zorgverlener deze (zie ook artikel zelfmanagement elders in dit magazine).

De onderdelen van het IZP zijn afhankelijk van de wensen van de patiënt. Belangrijke onderwerpen kunnen zijn:

- Leefstijlfactoren zoals roken, bewegen en voeding;
- Effectief inhaleren van medicatie;
- Omgaan met depressie of angst om te stikken;
- Wensen voor een (te zijner tijd) waardig levenseinde.

Monitoring lange termijn

Na verloop van tijd, meestal na twee maanden, is het tweede vervolggesprek. Het voornaamste thema is dan de integrale gezondheidstoestand van de patiënt. Ook de persoonlijke streefdoelen worden geëvalueerd; zijn ze gehaald en kunnen we nieuwe doelen formuleren? Of moeten we ze bijstellen? Hoeveel gesprekken vervolgens noodzakelijk zijn en bij welke zorgverlener is per patiënt verschillend. Mogelijk is een gehele terugverwijzing naar de eerste lijn wel een reële optie geworden? In ieder geval dient er minimaal jaarlijks een evaluatie plaats te vinden in de eerste of tweede lijn.

Zorgcoördinatie

Diverse regio's die meededen aan de pilot van het zorgpad, zetten casemanagement nu standaard in. Zo krijgen COPD-patiënten in het Dijklander Ziekenhuis, Zaans Medisch Centrum of Bovenij Ziekenhuis na hun opname een gespecialiseerde longverpleegkundige toegewezen als casemanager. Deze verpleegkundigen van thuiszorgorganisatie Evéan Zorg wonen de wekelijkse transmurale multidisciplinaire overleggen bij in de drie ziekenhuizen. Afhankelijk van de problematiek bespreken longarts, huisarts, psycholoog, diëtiste, transfervpleegkundige en longverpleegkundige van de thuiszorg de patiënten die in die week naar huis gaan. Een zeer 'warme' overdracht dus.

Transmurale multidisciplinaire samenwerking

Om goed te kunnen inspelen op potentiële risico's, is het aan te bevelen om de patiënt te bespreken tijdens een transmurale MDO (tMDO) dat net voor het ontslag uit het ziekenhuis plaatsvindt. Alle zorgverleners kunnen daar inbrengen wat hen is opgevallen over de ziekte en het gedrag van de patiënt. Dit geeft een goed overzicht wat na afloop van de opname in gang gezet kan worden en als input meegenomen kan worden bij de

bespreking van het persoonlijk zorgplan met de patiënt.

Het tMDO is ook geschikt om stil te staan bij *advance care planning*. Deze proactieve zorgplanning is een essentieel onderdeel van de zorg voor patiënten met (ernstig) COPD, en zou standaard met de patiënt besproken moeten worden tijdens het opstellen van het IZP. Nog niet alle ziekenhuizen voeren een gesprek over proactieve zorgplanning met alle COPD-patiënten, terwijl het juist bij die patiënten die voor de tweede maal of vaker binnen het jaar opgenomen zijn met een longaanval, erg relevant en actueel is omdat hun kans op overlijden binnen het komend jaar groot is.

Als in het tMDO blijkt dat de proactieve zorgplanning nog ontbreekt, kan de zorgcoördinator het oppakken en bijvoorbeeld ter sprake (laten) brengen in het eerste thuisbezoek na ontslag.

Tevredenheid en tips

De zorgverleners uit de longregio's die hebben gewerkt met het zorgpad in de pilotfase gaven aan dat patiënten tevredener leken, en dat zij zelf meer werkplezier hadden. Dit kwam onder andere door het verbeterde contact met de patiënt en met collega-zorgverleners. Wel zijn er een aantal praktische tips voor collega's die van plan zijn het zorgpad de komende tijd te gaan implementeren:

- Probeer niet in één keer alle onderdelen in het zorgpad tegelijk te implementeren, maar doe dit stapsgewijs. Start bijvoorbeeld met een goed dag-2 gesprek, waarin zoveel als mogelijk geïnventariseerd wordt. Actieplannen en uitvoering kunnen in een later stadium volgen;
- Streef naar een transmurale MDO voor ontslag waarbij de zorgcoördinator aanwezig is. Indien dit (nog) niet mogelijk is, streef dan naar zo volledig mogelijke overdrachtsdocumenten of (indien mogelijk) digitale toegang tot elkaars informatie systemen (HIS/ZIS);
- Zorg dat alle zorgverleners het belang inzien van en overgaan tot het voeren van een gesprek over proactieve zorgplanning, het opstellen van een LAP en een IZP;
- Leer de verschillende betrokken zorgverleners van alle disciplines persoonlijk kennen. Dit bevordert de communicatie en de implementatie van het zorgpad, en daardoor de zorg voor de COPD-patiënt. ●

Bronnen

LAN. Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname. Te vinden op: www.longaanval.nl

Westbroek LF, Klijnsma M, Salomé P, et al. Reducing the number of hospitalization days for COPD: Setting a transmurale-care pathway. *Int J COPD* 2020;15:2367-77. <https://doi.org/10.2147/COPD.S242914>

“
Een 'warme overdracht'
bevordert de continuïteit
van zorg.



ipulmonologist

wordt

mediamed 

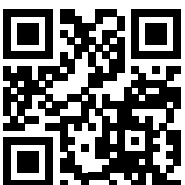
**Het netwerk voor longartsen:
een nieuwe naam, een nieuwe look en meer content!**

Mediamed is hét informatieplatform voor medisch specialisten. Op Mediamed vindt u een groot aanbod van geaccrediteerde e-learnings, nascholingsartikelen, nascholingsmagazines, congresnieuws, video's waarin collega's u bijpraten over congressen, bijeenkomsten, nieuws

en artikelen over uw vakgebied. Op Mediamed bieden wij u naast zelf ontwikkelde e-learnings, ook geaccrediteerde nascholingen van verschillende andere aanbieders. Dit verkleint uw zoektocht; u klikt eenvoudig naar de gewenste inhoud.

Was u al gebruiker van iPulmonologist?

Dan werkt uw inlog nog steeds en ontvangt u de vertrouwde nieuwsbrief voortaan via Mediamed.



www.mediamed.nl

Mediamed is een initiatief van

idoctor 



NASCHOLING

Zelfmanagement bij COPD

Individueel zorgplan en coachende zorgverlener



Met medewerking van:

Cynthia Hallensleben,
praktijkverpleegkundige / adviseur en
scholingsontwikkelaar NeLL



Esther Beemsterboer,
longverpleegkundige, OLVG



Bianca Hagenaars

Samenvatting

Een belangrijk onderdeel van het 'Landelijk Zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname' is dat patiënten zelf de regie nemen over hun aandoening en de behandeling. Op die manier kunnen patiënten zelf invulling geven aan hun leven met COPD en kunnen nieuwe opnames mogelijk voorkomen worden. Alle zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt dienen als team een patiënt te ondersteunen, waarbij een zorgcoördinator of casemanager een centrale rol inneemt. Het opstellen van een individueel zorgplan (IZP) is hierbij essentieel. Hierin staan concrete, haalbare en vooral voor de patiënt persoonlijke streefdoelen beschreven die bijvoorbeeld betrekking hebben op leefstijlfactoren als roken, bewegen en voeding. Dit plan kan helpen het zelfmanagement van patiënten te bevorderen.

Dit artikel is ook onderdeel van een online nascholing. Ga naar: www.mediamed.nl

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel weet u:

- Waarom zelfmanagement bij COPD-patiënten van belang is;
- Welke rol een individueel zorgplan heeft bij zelfmanagement;
- Hoe patiënten hun doelen voor het individueel zorgplan helder kunnen krijgen;
- Welke rol zorgverleners hebben bij het opstellen van het individueel zorgplan;
- Dat de rol van alle zorgverleners cruciaal is voor het slagen van zelfmanagement van patiënten;
- Hoe het individueel zorgplan gemonitord en geëvalueerd kan worden.

Belangrijk onderdeel van het 'Landelijk Zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname' is het samen met de patiënt opstellen van een individueel zorgplan (IZP), inclusief een Longaanval Actieplan (LAP). Hiermee worden patiënten in staat gesteld zelf de regie te nemen over hun aandoening en de behandeling ervan (zelfmanagement).

Zelfmanagement

Een opname wegens een longaanval is voor veel COPD-patiënten een angstige ervaring die ze liever niet meer meemaken. Maar COPD is een chronische ziekte, en bovendien een aandoening waarbij patiënten steeds verder achteruitgaan. De ervaring is dat patiënten bij verergering van hun klachten over het algemeen vrij lang wachten voor zij contact opnemen met een zorgverlener. Door niet direct te handelen bij verergering van klachten, kan er meer longschade ontstaan, hebben patiënten mogelijk meer en langduriger medicatie nodig, en kan hun herstel langer duren.[1,2,3] Als COPD-patiënten zelf regie nemen over hun aandoening en de behandeling (zelfmanagement), kan hun achteruitgang zo veel mogelijk geremd worden. COPD-patiënten kunnen dan zo lang mogelijk een relatief normaal leven leiden, en adequater handelen bij verergering van klachten.

Verschil tussen IZP en LAP

Bij het bevorderen van zelfmanagement kan een IZP meerwaarde hebben. Het IZP is een zorgplan dat specifiek geschreven is voor en met de betreffende patiënt. Vaak wordt het IZP in één adem genoemd met het Longaanval Actieplan (LAP). Ze zijn nauw met elkaar verweven, maar het zijn duidelijk twee verschillende plannen. In het IZP staan de doelen beschreven die een patiënt wil behalen en gaat in op de vraag hoe patiënten

hun chronische aandoening in kunnen passen in hun leven, en zo optimaal mogelijk kunnen blijven leven. Het LAP is een belangrijk onderdeel van het IZP en is gericht op hoe patiënten om moeten gaan met verergering van de klachten die kunnen leiden tot een longaanval. Aangezien de klachten van een beginnende longaanval zeer persoonlijk zijn, staat in het LAP beschreven welke klachten voor deze patiënt passen bij een longaanval, en hoe patiënten het beste kunnen handelen bij een longaanval. Voorbeelden van een LAP en een IZP zijn opgenomen in het 'Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname'.

Opstellen IZP na ontslag uit ziekenhuis

Het opstellen van een IZP, inclusief een LAP, zit verweven in het 'Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname'. Bij het ontslaggesprek wordt een start gemaakt met het invullen van een LAP, wat een belangrijk onderdeel is van het IZP. Ongeveer twee tot vier weken na de longaanval, staat het herstel van de patiënt centraal en kan de zorgverlener een start maken om samen met de patiënt een IZP op te stellen. Uit een pilot die met het 'Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname' is gedaan, bleek dat het niet haalbaar en zinvol was om het IZP vóór ontslag uit het ziekenhuis te bespreken. Patiënten en hun mantelzorgers konden de hoeveelheid aan informatie onvoldoende opnemen. Wel kunnen er tijdens opname (en het eventuele huisbezoek in week 1) belangrijke stappen worden gezet ter inventarisatie van het IZP. De zorgcoördinator kan de inzichten van de verschillende zorgverleners bundelen en deze in week twee tot vier meenemen wanneer samen met de patiënt het IZP wordt opgesteld. Tijdens dit contactmoment staat het verder invullen van het LAP centraal, evenals het beschrijven van de doelstellingen op korte termijn. De reden voor deze termijn is dat dit nog redelijk

Tips bij het opstellen van een IZP

- Laat patiënten zelf hun doelen formuleren en opschrijven;
- Laat patiënten hun doelen formuleren in de 'ik'-vorm;
- Maak het IZP niet te lang;
- Neem alle betrokken zorgverleners op in het IZP;
- Zorg in het IZP voor een vast aanspreekpunt voor patiënten (casemanager of zorgcoördinator);
- Neem de doelen op in de eigen dossiervorming, zodat bij ieder controlemoment met de patiënt het IZP besproken kan worden;
- Vorm een team met de betrokken zorgverleners.

kort op de longaanval en opname is. Patiënten kunnen zich dan over het algemeen nog goed herinneren wat de eerste signalen van verslechtering waren.

Naast een volledig ingevuld LAP en persoonlijke streefdoelen op korte termijn, staan in het IZP een beschrijving voor doelen op lange termijn, een actueel medicatieoverzicht, de betrokken zorgverleners en de zorgcoördinator, adviezen met betrekking tot stoppen met roken, voeding en bewegen, afspraken en wensen omtrent heropnames, zingeving, verlichting van het lijden en het levenseinde.

Concrete doelen

Het streven is om patiënten eigenaar te maken van het IZP. Hoe persoonlijker het IZP is, hoe groter de kans dat het aanslaat. Hiervoor is het belangrijk dat patiënten zelf hun doelen stellen en aangeven waar ze aan willen werken. De doelen dienen concreet te zijn en vooral niet te groot. Het is beter om meerdere subdoelen te stellen dan één groot doel. Ook is het van belang de doelen haalbaar te houden, zodat patiënten gemotiveerd blijven. Voorbeelden van doelen zijn: weer willen kunnen koken zonder de volgende dag uitgeput te zijn, met de kleinkinderen naar de speeltuin kunnen lopen, een rollator aanschaffen of een scootmobiel aanvragen, leren energie beter te verdelen over de dag, of een heel rondje met de hond te lopen, in plaats van een half rondje.

Rol zorgverlener

Om patiënten eigenaar te maken van het IZP dienen zij een actieve rol te hebben bij het opstellen en uitvoeren van het plan. Dit vergt een aanpassing in de relatie tussen zorgverlener en patiënt. De zorgverlener dient allereerst patiënten duidelijk uit te leggen dat zij een actieve rol kunnen spelen in hun behandeling, waarbij de zorgverlener de patiënt kan helpen bepaalde beslissingen te nemen. Om patiënten zelf hun doelen te laten formuleren, is het belangrijk dat de zorgverlener een meer coachende rol richting patiënten aanneemt, hen leert kennen, probeert te achterhalen wat belangrijk is voor die betreffende patiënten en wat hen motiveert. Motiverende gesprekstechnieken

kunnen hierbij van waarde zijn. Voorbeelden van motiverende vragen die helpen bij het helder krijgen van doelen, zijn:

- Wat vind je belangrijk in het leven of wat motiveert je?
- Wat zou je niet willen missen?
- Wat mis je nu wat je een jaar of twee geleden nog wel kon?
- Zou je daar iets aan willen doen?

Vervolgens kunnen zorgverleners de verschillende opties met patiënten bespreken. Specifieke onderdelen waar aan gewerkt kan worden, zijn bijvoorbeeld leefstijlfactoren als roken, bewegen en voeding. Dit betekent dat er andere zorgverleners betrokken moeten worden bij het IZP, zoals de huisarts, een wijklongverpleegkundige, fysiotherapeut of diëtist.

Monitoring

Het is belangrijk dat patiënt, mantelzorger en zorgverlener de in het IZP gestelde doelen geregeld bespreken, evalueren en actualiseren. Voor alle zorgverleners, en niet alleen de zorgverlener die samen met de patiënt het plan heeft opgesteld, is het belangrijk bij ieder gesprek terug te komen op het zorgplan en controleafspraken te maken, bijvoorbeeld na drie maanden, om de doelen te bespreken. Dit kost tijd en de rol van de zorgverleners onderling moet duidelijk zijn. Ook kan het voor zorgverleners wennen zijn om patiënten bij elk bezoek te vragen naar het IZP. Patiënten hebben bij de monitoring duidelijk ook een actieve rol. Van hen mag verwacht worden dat zij het IZP meenemen naar consulten en het ook bespreken met alle betrokken zorgverleners. Dit vergt vaak een verandering van mindset bij patiënten. Voor zorgverleners kan het handig zijn de doelen van patiënten op te nemen in de eigen dossiervoering zodat er bij ieder contactmoment op teruggekomen kan worden, mocht een patiënt zelf het IZP vergeten zijn mee te nemen. Het kan zo zelfs dienen als leidraad van het gesprek.

Dit alles zal voor zowel patiënten als zorgverleners wennen zijn. Het is belangrijk te realiseren dat een IZP niet een doel op zich is, maar dat het de bedoeling is dat er een momentum ontstaat waarin patiënten het eigenaarschap van het zorgplan/hun eigen gezondheid op zich nemen. Voor een goede implementatie van het IZP in de dagelijkse COPD-zorg is een vast aanspreekpunt

“

**Het IZP is erop gericht
patiënten zo optimaal
mogelijk te laten leven met
hun COPD.**



Hoe persoonlijker het IZP is, hoe groter de kans dat het aanslaat.

voor de patiënt dan ook van belang (een casemanager). Deze helpt de patiënt met het opstellen van het IZP, vervolgt de patiënt en evalueert op afgesproken momenten samen met de patiënt en mantelzorger of de doelen bereikt zijn of bijgesteld moeten worden.

Hulpmiddelen

Of een IZP op papier staat of een digitale vorm heeft, maakt niet uit. Wel kunnen digitale zorgtoepassingen helpen bij het helder krijgen en monitoren van de doelen en het zorgplan op de radar krijgen van andere betrokken zorgverleners. Ook zijn er verschillende LAP's beschikbaar, waaronder Longaanval Actieplan COPD van het Longfonds, het Actieplan COPD van het Medisch Spectrum Twente en het REDUX herken-actieplan, ontwikkeld door de CAHAG. REDUX is een tool voor het vroegtijdig (h)erkennen van longaanvallen en biedt ondersteuning bij zelfmanagement van patiënten bij een naderende aanval. Met behulp van een vragenlijst krijgen zorgverleners een duidelijk beeld van wat er is gebeurd en hoe een longaanval bij deze betreffende patiënt te herkennen is. Hiermee wordt de vertraging tussen herkenning van de klachten en het in actie komen van de patiënt verminderd. Naast een meetmethode is REDUX ook een training voor zorgverleners. Deze training wordt voornamelijk door huisartsen en praktijkondersteuners als team gedaan. Hoewel REDUX in eerste instantie gericht is op de eerste lijn, is het zeker ook geschikt voor longartsen en longverpleegkundigen in de tweede lijn, omdat het vaak gemeenschappelijke patiënten betreft.

In opdracht van het ministerie van VWS is door het National eHealth Living Lab, in samenwerking met de Long Alliantie Nederland en het Franciscus Gasthuis & Vlietland een overzicht gemaakt met digitale zorgtoepassingen die beschikbaar zijn voor patiëntgerichte COPD-zorg. In verschillende fases van het zorgproces kunnen verschillende tools uitkomst bieden. In de handreiking (zie kader Meer lezen?) worden deze digitale zorgtoepassingen opgesomd per moment in het zorgproces. ●

Conclusie

Door patiënten de regie te geven over hun eigen ziekte en de behandeling daarvan, leren ze hier beter mee omgaan. Het IZP is een hulpmiddel om patiënten hierbij te begeleiden. Door concrete en haalbare doelen in dit plan op te nemen, evenals een LAP, leren zij de chronische aandoening beter in te passen in hun leven en adequaat te handelen bij verergering van klachten.

Referenties

1. Wilkinson TM, Donaldson GC, Hurst JR, Seemungal TA, Wedzicha JA. Early therapy improves outcomes of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;169(12):1298-303.
2. Seemungal TA, Donaldson GC, Bhowmik A, Jeffries DJ, Wedzicha JA. Time course and recovery of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161(5):1608-1613.
3. Yang IA, Clarke MS, Sim EHA, Fong KM. Inhaled corticosteroids for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(7):CD002991.

Bronnen

www.longaanval.nl

Handreiking Digitale Zorgtoepassingen voor patiëntgerichte COPD zorg. http://nell.eu/upload/HandreikingDigitaleZorgCOPD_V1.pdf. Geraadpleegd juli 2020.

Meer lezen?

- Handreiking Digitale Zorgtoepassingen voor patiëntgerichte COPD zorg
http://nell.eu/upload/HandreikingDigitaleZorgCOPD_V1.pdf
- Individueel Zorgplan in de behandelfase
<https://www.cahag.nl/index.php/kennisbank/copd/behandelfase-izp>
- REDUX
<https://www.cahag.nl/kennisbank/copd/behandelfase-izp/management-longaanvallen/redux>

Nooit meer
de tel kwijt met
de **OptiChamber**
met **Countair®**



OPC-NL-00021



Vergoed door de
basisverzekering

teva



NASCHOLING

Je kunt nooit te vroeg beginnen met proactieve zorgplanning



Met medewerking van:
Kris Mooren,
longarts Spaarne Gasthuis



Folkert Allema,
huisarts n.p., kaderhuisarts Astma/COPD en SCEN-arts



Els Wiegant

Samenvatting

De palliatieve zorg voor COPD-patiënten is gecompliceerd, zo weten huisarts in ruste en kaderhuisarts Astma/COPD Folkert Allema en longarts Kris Mooren uit ervaring. Het begin bepalen van de palliatieve fase – en daarmee de start van advance care planning ofwel: proactieve zorgplanning – is bij deze groep patiënten lastiger dan bij andere. Het gesprek voeren over wensen, verwachtingen en angsten van zowel de patiënt als zijn naasten kan echter niet vroeg genoeg beginnen en is idealiter een continu proces. Goede palliatieve zorg voor COPD-patiënten is multidisciplinair en vergt bovendien een goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn.

Dit artikel is ook onderdeel van een online nascholing. Ga naar: www.mediamed.nl

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel weet u dat:

- De palliatieve zorg voor COPD-patiënten gecompliceerd is;
- De start van de palliatieve fase lastig te herkennen is;
- Een ACP-gesprek een essentieel onderdeel is van goede palliatieve zorg;
- Palliatieve zorg aan COPD-patiënten multidimensionaal en multidisciplinair is;
- Goede palliatieve zorg om coördinatie en continuïteit van zorg vraagt en een goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn;
- Een individueel zorgplan (IZP) van belang is.

Een onderdeel van het 'Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname' gaat over advance care planning (ACP), met name in de palliatieve fase. Huisarts in ruste en kaderhuisarts Astma/COPD Folkert Allema koestert al jarenlang een speciale belangstelling voor longpatiënten en voor het levenseinde. Kris Mooren legt zich dagelijks op deze materie toe in haar functie als longarts en medisch consulent palliatieve zorg in het Spaarne Ziekenhuis en als voorzitter van de werkgroep palliatieve zorg van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT). Een gesprek over – onder meer – het belang van 'een goed gesprek'.

Het was een gevoel van onmacht dat Allema uit Hardenberg in 2004 deed besluiten om de opleiding tot kaderhuisarts Astma-COPD te volgen. "Dan was ik bij een benauwde patiënt en kon ik vrijwel niets doen, dat vond ik heel frustrerend. Als huisarts zie je niet zoveel COPD-patiënten in hun laatste levensfase, dus het onderwerp lag niet zo voor de hand, maar mij boeit het."

Mooren begeleidt het liefst mensen met ernstig COPD, omdat ze het een 'dankbare taak' vindt. "Ik zou niet anders willen. Als longarts heb je veel te maken met patiënten die erg ziek zijn, een slechte prognose en een hoge symptoomlast hebben. Dat zijn mensen die je beter kunt helpen als je veel van symptoombestrijding weet. Dat heeft altijd mijn interesse gehad. Ik vind het leuk om te puzzelen: hoe kan ik iemands kwaliteit van leven nét iets beter maken?"

Knikpunt

De palliatieve zorg voor COPD-patiënten is gecompliceerd, zo weten beide artsen. Dat heeft een aantal redenen legt Mooren uit. "Er is sprake van een veelheid aan symptomen: met name dyspnoe, maar ook angst, depressie, moeheid en in mindere mate pijn. Dyspnoe is bovendien lastig te bestrijden. Daar komt bij dat het ziektebeloop van COPD grillig is en je regelmatig te maken hebt met patiënten die minder mondig zijn en lagere gezondheidsvaardigheden hebben."

Lastig is dat het herkennen van de palliatieve fase en het moment voor de start van ACP moeilijk te bepalen is. Allema: "Elke huisarts herkent de palliatieve fase bij een patiënt met kanker. Er komt een knikpunt in het ziekteverloop, waarna geen behandeling meer mogelijk is. Dan volgt de palliatieve fase. Bij COPD-patiënten is dat niet zo duidelijk. Is dat na een longaanval? Na nog eentje binnen een jaar, na een ziekenhuisopname? De ziekte vordert geleidelijk, sluipend. Opvallend veel patiënten met COPD willen heel lang doorgaan. Ze zien het niet als een terminale ziekte. En iets wat ze aanvankelijk absoluut niet wilden – een scooterbiel bijvoorbeeld –, willen ze later toch. Dat gradueel accepteren vind ik vrij kenmerkend voor deze patiëntengroep."

Mooren zegt: "Veel artsen koppelen de start van ACP aan de prognose van de patiënt, aan zijn levensverwachting. Ze zijn bang dat het gesprek over palliatieve zorg te vroeg is als het levenseinde nog niet dichtbij is. Maar dat gesprek is nooit te vroeg."

Gunstig effect

ACP wordt in Nederland ook wel proactieve zorgplanning genoemd. Volgens de definitie uit het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland [1] betekent het: 'een proces van vooruitdenken, plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is ACP/proactieve zorgplanning een continu proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past'.

Een ACP-gesprek is veel te belangrijk om achterwege te laten, benadrukt Mooren. "Je geeft de patiënt de ruimte om zijn wensen, verwachtingen en angsten te bespreken. Die ruimte heb je niet als iemand respiratoir insufficiënt in het ziekenhuis komt. Je biedt de patiënt, en zijn naaste, gelegenheid om te praten over de toekomst, over wat hij belangrijk vindt en wat niet, over welke behandelingen hij nog wil ondergaan en welke niet. Zo kun je voorkomen dat je een dure behandeling gaat geven waar de patiënt geen baat bij heeft. Maar belangrijker: het hoort bij goede zorg. Het heeft zelfs een aangetoond gunstig effect op mantelzorgers."

Om het onderdeel palliatieve zorg uit het zorgpad verder uit te diepen en door te ontwikkelen, is het Compassion project van de Long Alliantie Nederland van start gegaan. Dit project heeft als doel de palliatieve zorg voor mensen met COPD en hun naasten/mantelzorgers te verbeteren.

Als vertegenwoordiger van de CAHAG (COPD & Astma Huisartsen Advies Groep) was Allema betrokken bij de training aan zorgverleners in Groningen. Specialisten, huisartsen en (long) verpleegkundigen in deze ziekenhuisregio werden getraind in het (structureel) voeren van ACP-gesprekken. "Dat vonden ze heel positief. Artsen voelden vaak wel wat er speelt, maar het werd nooit zo expliciet verwoord. Ervoor gaan zitten en de wens van de patiënt bespreken werd als nuttig ervaren. Het is essentieel om het erover te hebben."

Hectisch moment

Het Compassion project geeft handvatten om te bepalen wanneer sprake is van de palliatieve fase en voor ACP/proactieve zorgplanning (zie figuur). Er is een toolbox ontwikkeld met interventies, praktische handvatten en instrumenten. In de loop van volgend jaar zal de toolbox openbaar worden gemaakt. Een goede zaak, vindt Mooren. "Op het moment dat je ACP op de agenda zet, dwing je hulpverleners om huidige en toekomstige

levensdoelen met de patiënt te bespreken."

Dit is volgens haar bij voorkeur níét tijdens een opname. "De opname is een hectisch moment in de reis van een patiënt. Het allermooiste is het om ACP te bespreken voor of na een opname, poliklinisch. Als een van die mijlpalen wordt bereikt waaraan je kunt zien: nu is er een duidelijke stap achteruitgezet. Dus wanneer je patiënt meer klachten krijgt, kwetsbaarder wordt, co-morbiditeit ontwikkelt, afgekeurd wordt voor een transplantatie of start met zuurstoftherapie bijvoorbeeld."

Zelf plant ze deze gesprekken op een aparte dag, samen met de longverpleegkundige – een combinatie overigens die ze nog steeds heel goed vindt werken. "In het begin was het spannend om te doen, maar gaandeweg is het onderwerp onderdeel geworden van de normale gesprekken die ik met patiënten voer. Het is minder geformaliseerd. Zodra ik denk: het gaat niet goed met deze patiënt, plan ik meer tijd in voor een volgend consult. Idealiter is ACP eigenlijk een doorlopend gesprek." De inhoud van deze consulten is in de loop der jaren licht gewijzigd, merkt Mooren. "Toen we begonnen was de kritiek wel eens dat het een afvinklijstje was. Hebben we het gehad over de wettelijke vertegenwoordiger? Check! Behandelplafond? Check! Euthanasie? Check. Maar het is het beste als de patiënt leidend is in een goed gesprek en bepaalt waarover we het hebben. Dan is de dokter 20 en de patiënt 80 procent van de tijd aan het woord."

Ook Allema vindt vooral het open gesprek van belang. "Als huisarts ken je je patiënt goed en haal je uit het gesprek wat je wilt gaan doen. Zijn beleving, achtergrond, religie... al dat soort dingen neem je erin mee."

Breed palet

Sleutelwoord voor goede poliklinische longgeneeskunde vindt Mooren: multidisciplinair. "Want deze patiënten hebben een breed palet van zorg nodig." Datzelfde gaat op voor de palliatieve zorg aan COPD-patiënten.

"Als longarts heb je een tunnelvisie omdat je getraind bent in het somatische domein. Bij deze patiënten speelt er vaak ook veel in het psychische, sociale en spirituele domein: somberheid en angst, geldzorgen, maar ook worstelen met de gedachte: dit is mijn eigen schuld want ik heb gerookt. Wij longartsen moeten dus vooral niet de illusie hebben dat we dit in ons eentje kunnen doen. Je hebt andere disciplines nodig. Eigenlijk moet je een soort MDO-setting hebben waarin je patiënten regelmatig bespreekt met onder meer de psycholoog, fysiotherapeut en longverpleegkundige. Ook goede contacten met de huisarts zijn nodig. Die is voor veel patiënten toch de allerbelangrijkste zorgverlener."

Goede palliatieve zorg vraagt om coördinatie en continuïteit van zorg. Het vergt vooruit plannen en organiseren, met kennis van zaken, ongeacht de plaats waar de patiënt verblijft. Dit betekent niet alleen dat afspraken rondom zorg, behandelingen en ondersteuning moeten worden afgestemd met zorgverleners



Opvallend veel patiënten
met COPD willen heel lang
doorgaan.

Definitie Palliatieve zorg [1]

Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden.

Palliatieve zorg heeft de volgende kenmerken:

- De zorg kan gelijktijdig met ziektegerichte behandeling verleend worden;
- Generalistische zorgverleners en waar nodig specialistische zorgverleners en vrijwilligers werken samen als een interdisciplinair team in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten en stemmen de behandeling af op door de patiënt gestelde waarden, wensen en behoeften;
- De centrale zorgverlener coördineert de zorg ten behoeve van de continuïteit;
- De wensen van de patiënt en diens naasten omtrent waardigheid worden gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid, tijdens het stervensproces en na de dood erkend en gesteund.



Als longarts heb je veel te maken met patiënten die erg ziek zijn.

in de eigen setting, maar ook daarbuiten. Het vereist onder meer goede afstemming tussen de eerste en tweede lijn. De standaard 'Coördinatie en continuïteit' uit het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland [1] geeft hier richting aan. Allema benadrukt het belang van heldere en duidelijk gecom-municeerde afspraken over wie de hoofdbehandelaar is. "Een patiënt loopt vaak al heel lang bij ons voordat het zo slecht gaat dat hij naar de longarts gaat. Op enig moment komt hij weer naar ons terug. Dan is het soms niet meer helder onder wie hij valt: de longarts of de huisarts. Het is goed om te benoemen en af te stemmen wie wat doet."

Mooren beaamt dat. "Wie de coördinatie doet, verschilt per ziekenhuis en dat is prima. Als je het maar benoemt. Wat ik heb geleerd, is dat het verstandig is om uit te bouwen wat je in je kliniek al hebt en wat werkt. Ik heb ziekenhuizen gezien waar de longverpleegkundige de centrale zorgverlener is. Perfect. En ziekenhuizen waar een lid van het palliatief adviesteam dat was, en dat werkt ook. Zolang ze maar de gelegenheid voor nascholing krijgen en worden ondersteund."

Zelfredzaamheid

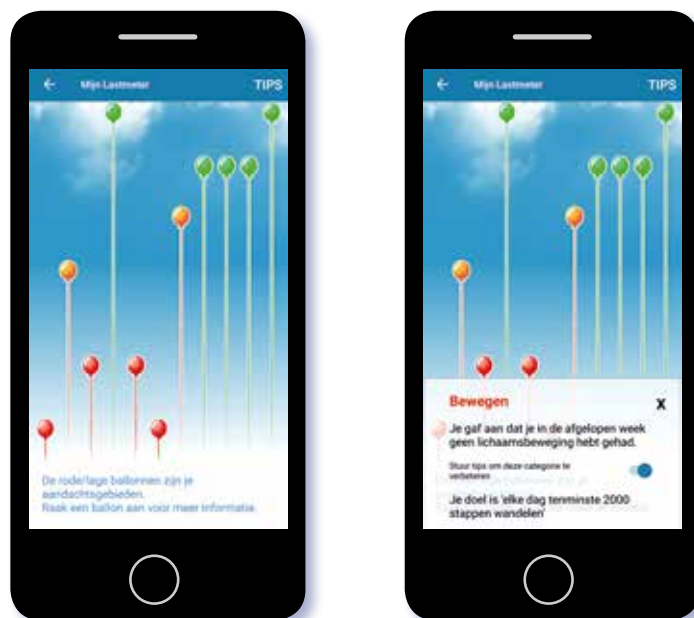
In zowel het landelijk zorgpad als in het Compassion project wordt ook gesproken over het belang van een individueel zorgplan (IZP). Eigenlijk is zo'n plan voor alle chronisch patiënten een goed medium, vindt Allema, maar hij ziet er wel wat praktische haken en ogen aan. "Het kan helpen om de zorg goed te coördineren, zeker als je dat regionaal doet. Er zijn alleen veel verschillende vormen en er is niet één landelijk IZP. Dat vind ik een nadeel." De Coöperatie Palliatieve Zorg Nederland [PZNL] coördineert op landelijk niveau overigens de ontwikkeling van een IZP specifiek voor de palliatieve fase.

Mooren noemt het IZP 'het begin van de zelfredzaamheid van de patiënt'. Naast een Longaanval Actie Plan (LAP) had ze eigenlijk ook graag een actieplan voor een dyspnoe-aanval in het landelijk zorgpad opgenomen willen zien; dit kan ook helpend zijn in de palliatieve fase. Zelf werkt Mooren met een uit Engeland overgenomen model, dat *Breathing Thinking Functioning* heet en in het Spaarne Ziekenhuis *Ademen Denken Doen* wordt genoemd. "Aan de hand van dat model praat je met de patiënt over hoe je hem uit de vicieuze cirkel kunt halen van: onterechte gedachten – ik ga stikken – naar hyperventilatie naar inspanningen

Ontdek de Mijn Luchtpunt app

Met deze app kunt u uw patiënten helpen bij zelfmanagement van de ziektelast bij COPD

Uw patiënt kan de voortgang van zijn ziektelast monitoren aan de hand van rode, oranje en groene ballonnen. Zo wordt meteen duidelijk hoe de patiënt zijn/haar ziektelast ervaart en waar winst te behalen is. Ondersteun uw patiënt bij het stellen van haalbare doelen!



Zelfmanagement van uw COPD-patiënt!

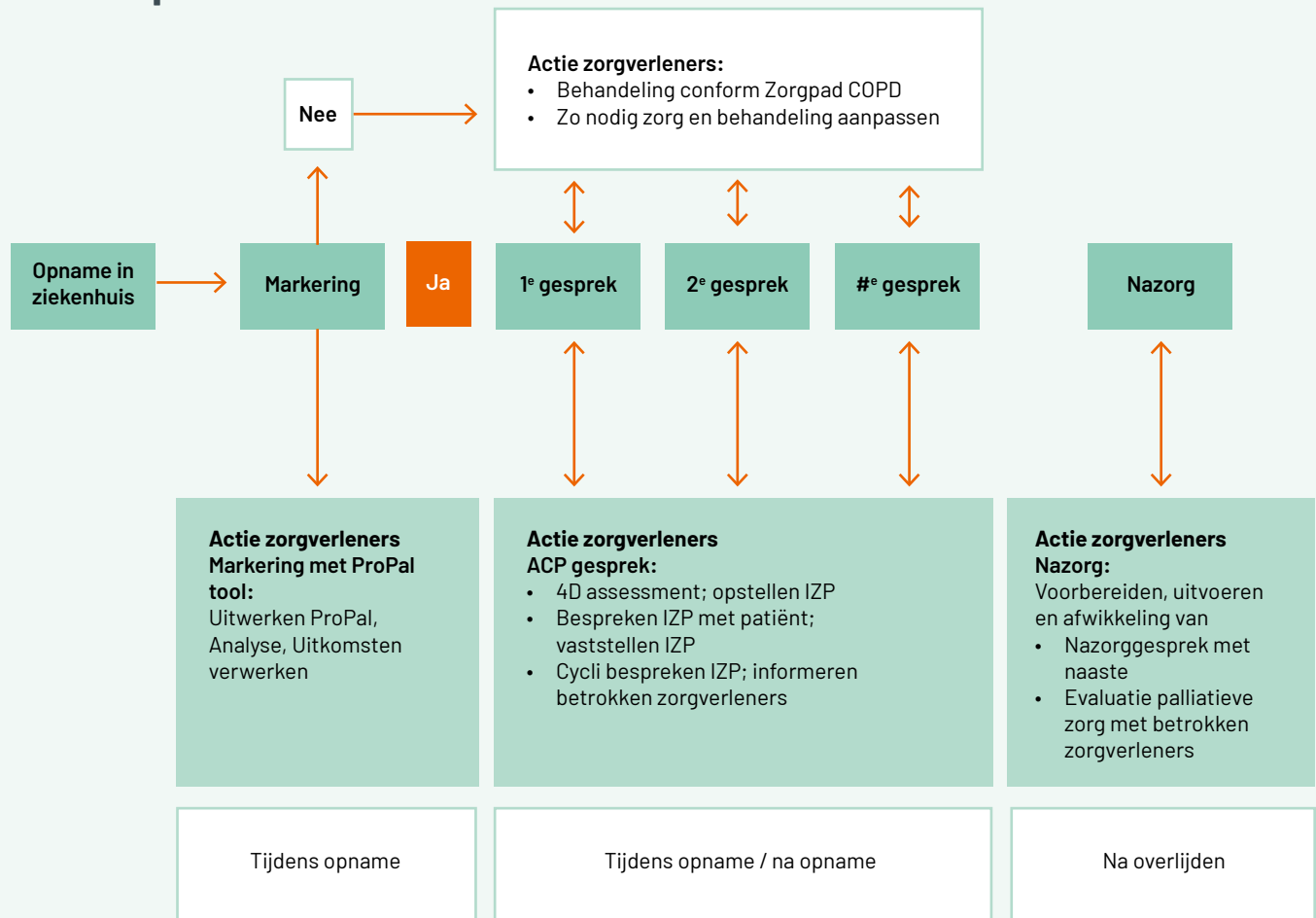
Nieuwe versie binnenkort te downloaden in



en



Patiëntproces



vermijden, met als gevolg dat iemand inactief en gedeconditioneerd raakt. Deels is dit cognitieve gedragstherapie. Ik vind het ontzettend leuk om te doen. De longverpleegkundige, fysiotherapeut en ik worden altijd heel enthousiast als we mensen op die manier weer een beetje op weg kunnen helpen.”

Visite afleggen

Gevraagd naar adviezen voor collega's om verbeteringen in de palliatieve zorg voor COPD-patiënten te implementeren, antwoordt Allema: “Ik zou willen zeggen: leg altijd een visite af bij een patiënt die opgenomen is geweest. Pols hoe het ervoor staat en maak een voorzichtig begin met een ACP-gesprek, ook als de patiënt nog onder behandeling is bij de longarts.”

Mooren vat haar *lessons learned* in vijf adviezen op. Haar eerste is: wees je ervan bewust welke patiënten zo ziek en kwetsbaar zijn dat ze zouden kunnen overlijden. “De *surprise question* kan daar heel goed bij helpen.”

De tweede is: zorg dat je voldoende getraind bent in ACP-gesprekken. “In palliatieve zorg is goede gesprekstechniek ons

belangrijkste instrument.” Investeer in een toegewijd team en realiseer je dat je het niet alleen hoeft te doen, is haar derde tip. De vierde luidt: agendeer voldoende tijd voor ACP. “Want als je geen tijd hebt, kan het nooit een effectief consult worden.” En de laatste: wees je ervan bewust dat er vier domeinen zijn: fysiek, psychisch, sociaal en zingeving & spiritualiteit. “Al geef je de allerbeste medicijnen en pufjes, als op die andere domeinen van alles speelt, helpen die allemaal niet.” ♦

Referentie

1. Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017; te vinden op www.pallialine.nl

Meer lezen?

- www.longalliantie.nl/palliatieve-zorg. Palliatieve zorg voor mensen met COPD
- www.palliaweb.nl/zorgpraktijk/individueel-zorgplan





NASCHOLING

Zorgpad implementeren Eerlijk zijn, out of the box denken en volhouden.



Met medewerking van:

Gertrud van Vulpen,
praktijkmanager huisartsenpraktijk 't Woud en
Gezondheidscentrum Waterwijk in Lelystad



Erny Korsmit,
adviseur Netwerkzorg in het Bravis ziekenhuis Roosendaal



Patrick Marx

Samenvatting

Waarom werken we samen? Dat moet de eerste vraag zijn voor de projectgroep dat het 'Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname' wil implementeren. Implementeren betekent kiezen: wie zit in de projectgroep, wie is de projectleider en waar begint de implementatie. Maak een top drie van de meest belangrijke interventies uit het zorgpad en begin daarmee. Gestructureerd werken via de drie-bordenmethode biedt overzicht. En, last but not least, vergeet na de implementatie de continuering van het project niet. Spreek af wie de projecteigenaar is en blijf evalueren of het doel, minder opnames, gehaald wordt.

Dit artikel is ook onderdeel van een online nascholing. Ga naar: www.mediamed.nl

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel weet u dat:

- De implementatie pas kan beginnen als alle partijen willen samenwerken;
- U vanaf het begin alle partijen bij de implementatie moet betrekken;
- De Long Alliantie Nederland adviseert om met enkele van de zes voorkeureninterventies te beginnen;
- Onoverkomelijke problemen op bijvoorbeeld ict-gebied creatief (deels) kunnen worden opgelost;
- Na de implementatie het zorgpad een eigenaar nodig heeft die de continuïteit bewaakt.

Het plan klinkt eenvoudig: samen de zorg voor patiënten met COPD verbeteren om zo heropnames te voorkomen. Maar, hoe dan? Hoe implementeer je 50 maatregelen waarvoor vele zorgverleners door alle lijnen heen zullen moeten samenwerken? Twee door de wol geleverde 'implementeerders' vertellen over hun ervaringen met het implementeren van het 'Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname'. Gertrud van Vulpen was als projectmedewerker betrokken bij een pilot in Lelystad dat vooraf ging aan het opstellen van het zorgpad. Uiteindelijk schreef ze ook mee aan het zorgpad. In Roosendaal implementeerde Erny Korsmit het zorgpad voor de regio westelijk West-Brabant. Bij de Long Alliantie Nederland is hij landelijk adviseur van de implementatie van het zorgpad.

Voor de start

"Waarom werk je samen? Dat vraag ik vaak aan mensen die van plan zijn een zorgpad te implementeren," zegt Korsmit. "Omdat we het beste willen voor de patiënt, is meestal het antwoord, maar eigenbelangen spelen ook altijd mee. Wie krijgt er geld voor en wie kost het geld, bijvoorbeeld. Alle belangen moeten van begin af aan op tafel, zodat iedereen begrijpt waarom een partij iets wel of niet wil." Pas als alle partijen het met elkaar eens zijn en willen samenwerken, komt de start van de implementatie van het zorgpad in zicht.

De initiatiefnemer voor de implementatie van het zorgpad moet draagvlak creëren in beide zorglijnen. Van Vulpen werkte als praktijkondersteuner en longverpleegkundige in de Lelystadse eerste en tweede lijn. "Het zijn allemaal zorgprofessionals, maar in de tweede lijn heerst een heel ander cultuur dan in de eerste lijn. Die zul je bij elkaar moeten brengen. Medisch inhoudelijk gaat het makkelijk, maar daarbuiten is het moeilijker. Daar schuurt het soms."

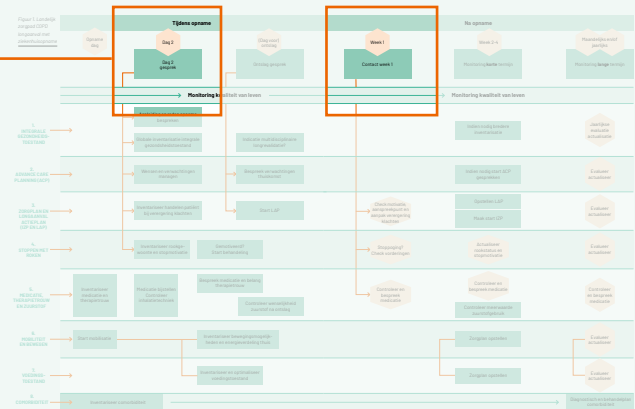
Van start

Van Vulpen had er baat bij dat ze de zorgverleners in beide lijnen persoonlijk kent. "Dat verlaagt de drempel om overal binnen te lopen enorm," zegt ze. Dit was één van de redenen waarom ze projectleider van de implementatie in proefregio Lelystad werd. In ongeveer de helft van de acht latere pilotregio's was het een zorgverlener die het project trok, in de andere helft nam iemand met een bedrijfskundige achtergrond deze taak op zich. Korsmit's voorkeur gaat uit naar de bedrijfskundige projectleider, zeker bij transmurale zorgpaden. "Een *dedicated* projectleider is resultaatgericht als het om de vorderingen van het project gaat. Een zorgverlener is ook resultaatgericht, maar dan vanuit het oogpunt van de patiënt. Zorgverleners sturen meer op de inhoud en minder op het implementatieproces zelf. Dat is ook de kracht van de zorgverlener: kennis van zaken over de inhoud. Ik raad projectleiders die niet uit de zorg komen daarom aan om in het begin mee te lopen met alle zorgpartners, met de longarts, de huisarts en de thuiszorg, om zo inzicht te krijgen in het inhoudelijke deel van het zorgpad. Maar, voor welk soort projectleider je ook kiest, belangrijk is dat deze voldoende tijd krijgt en de verschillende rollen, zowel inhoudelijke als procesmatige, binnen het projectteam borgt."

Nog een tip van Korsmit: "Ziekenhuizen en regionale huisartsenorganisaties hebben projectleiders en/of budget om tijdelijk iemand aan te stellen voor (transmurale) projecten. Het is alleen vaak strijden met andere nuttige projecten. Als projectteam is het de kunst om bij de beslissende organen te lobbyen om een hoge plek op de prioriteringslijst te bemachtigen. Het helpt dan vaak om te benadrukken dat het zorgpad past binnen het programma 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' en dat andere regio's het zorgpad al hebben aangescherpt."

Drie borden methode

- Stap 1:** kies interventies en hoe voortgang meten?
Stap 2: beschrijf proces en wie voert uit?
Stap 3: welke problemen zijn er en wie uit team is probleemeigenaar?

**Bord 1:**

Doelen

Doel	Indicator	m1	m2	m3
Dag 2-gesprek				
Huis-bezoek				

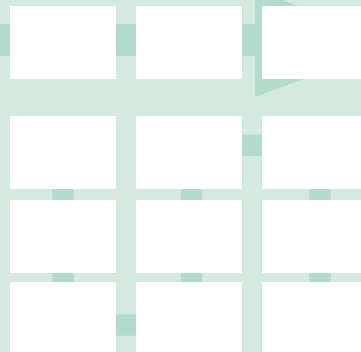
Team

Inclusie

Exclusie

Bord 2:

Proces



+ Wie voert dit proces uit?

Bord 3:

Acties

Actie	Wie
Besluit	Toelichting

Bron: <https://nkp.be/>**Implementatie**

"Het is belangrijk vanaf het begin alle partijen bij het plan te betrekken," zegt Van Vulpen. "In Lelystad legde de directie van het Zuiderziekenhuis het implementatieplan van bovenaf op. De werkvloer werd pas laat geïnformeerd en dat leidde tot strubbelingen. Het is beter om direct iedereen in het project mee te nemen en draagvlak te creëren door duidelijk te maken wat er gaat veranderen. Zo maakten zorgverleners in het ziekenhuis zich zorgen over sluiting van de afdeling omdat er minder opnames zouden zijn of gekort zou worden op budgetten. Ik kon steeds uitleggen dat dit volgens de afspraken niet zou gebeuren."

Realistische doelen

Leer van elkaar, is een van de motto's voor een succesvolle implementatie. Er zijn genoeg (pilot) regio's die inmiddels ervaring hebben. Korsmit noemt een voorbeeld van zo'n leermoment: "Tijdens de pilotperiode ontdekten we dat het beter is niet alles tegelijk te willen implementeren. Daarom adviseren we nu om met maximaal drie van zes voorkeureninterventies te beginnen en daar vol op in te zetten. Het is wel een duivels dilemma om een keuze tussen interventies te maken. Ik denk bijvoorbeeld dat een ontslaggesprek met longarts en

longverpleegkundige cruciaal is voor een goed functionerend week-1 gesprek. Zo komt in de Zaanstreek in de week na het ontslaggesprek een longverpleegkundige thuis en legt alles nog eens uit. Zij hebben ervaren dat de patiënt pas door deze herhaling en coaching snapt waar het om gaat. Het is van belang goed na te denken over de interventies die in jouw regio het beste resultaat kunnen opleveren."

Aanpassingsvermogen

"Tijdens de implementatie moet je je werkwijze durven aanpassen," aldus Van Vulpen. "Zo vergaderden long- en huisartsen in de regio Lelystad regelmatig over hun patiënten. Voor de huisartsen bleek dit niet te doen, ze waren soms driekwartier onderweg om één patiënt te bespreken. We pasten ons plan aan en overleggen nu via videobellen."

Het aanpassen kan goed met de zogenaamde drie-borden-methode die Korsmit gebruikt: "Op white board 1 schrijf ik wat we willen bereiken en welke van de 5-10 teamleden dit oppakken. Op bord 2 staat het zorgproces, wie doet wat op welk moment. En op bord 3 de actie- en verbeterpunten." In het voorbeeld van Van Vulpen was een verbeterpunt op bord 3 het reduceren van de reistijd van huisartsen en dat leidde tot een aanpassing in het zorgproces (videobellen) op bord 2.



Tijdens de implementatie moet je je werkwijze durven aanpassen.

Knelpunten

Natuurlijk kent een implementatieproces knelpunten waar elk team tegen aanloopt. “Schotten tussen de zorglijnen bemoeilijken een gezamenlijke ICT en financiering,” licht Korsmit toe. “Long- en huisartsen willen in elkaars dossiers kijken. Dat kan in ons land niet. Probeer het daarom ook niet te regelen, want dat lukt toch niet. Wees creatief en bedenk een andere oplossing. In het Ommelander Ziekenhuis in Scheemda, bijvoorbeeld, spraken huis- en longartsen af welke informatie er in de ontslagbrief hoort. De longartsen maakten een sjabloon in het ziekenhuisinformatiesysteem zodat die informatie ook altijd en op een geüniformeerde manier in de brief komt.” Korsmit noemt een voorbeeld van een financieringsknelpunt: “Een uitwerking van het zorgpad is dat de longarts zorg aan de huisarts overdraagt. De longarts kijkt zo nodig mee. Onze regio (westelijk West-Brabant) kent geen financiering voor meekijkconsulten. Aanvankelijk mocht een DBC niet tegelijkertijd in het ziekenhuis en bij de huisarts ontstaan. Dus vraagt de huisarts de longarts in consult en voor je het weet is de patiënt weer een ziekenhuispatiënt. Er is echter hoop. Je ziet dat er vanuit het ministerie van VWS langzaam beweging komt in de financieringsmogelijkheden. Initiatieven als Juiste Zorg op de Juiste Plek maken meekijkconsulten mogelijk. Ook de fysiotherapeut mag in de keten-DBC van de eerste lijn zitten.”

Continuering

Een succesvol implementatietraject is geen garantie voor blijvend succes, zo waarschuwen van Vulpen en Korsmit. Van Vulpen: “Na de implementatie zal de projectleider langzaam maar zeker het zorgpad overdragen aan de verantwoordelijke zorgverleners. In Lelystad is dat voor een deel de thuiszorg, maar ook alle andere zorgverleners moeten in die overdracht meegaan. Iemand moet verantwoordelijkheid voor het zorgpad nemen en het van tijd tot tijd evalueren. Je kunt ervoor kiezen om de projectleider nog een jaar voor een minimaal aantal uren bij de continuering te betrekken en zo verantwoordelijke zorgverleners te helpen.”

Korsmit voegt toe: “Blijf de drie borden gebruiken. Na de implementatie schrijf je knel- en verbeterpunten op bord 3 en kijk je naar aanpassingen van het zorgproces op bord 2 die het probleem kunnen oplossen. Werken aan het zorgpad stopt nooit. Spreek elkaar regelmatig en zorg dat er inderdaad proceseigenaars zijn. Meet het effect van het zorgpad en signaleer zo tijdig als het aantal opnames bijvoorbeeld weer stijgt. Zoek uit waarom dat gebeurt. Voor je het weet, zorgt een verandering in de richtlijnen of de financiering ergens in de keten ervoor dat delen van het zorgpad niet meer werken. Als je dat niet oplost, stopt uiteindelijk het hele zorgpad. Uit ervaring weten we dat deze laatste fase, de continuering, een lastige is. Niet alle pilotregio's stelden een proceseigenaar aan, hoewel er regio's zijn waar long- en huisartsen regelmatig bij elkaar komen en dan ook over het zorgpad praten.” Tot nu toe functioneren alle geïmplementeerde zorgpaden nog, zelfs in Lelystad. Van Vulpen: “Al voor het faillissement van het Zuiderzeeziekenhuis implementeerde het St Jans Ziekenhuis in Harderwijk het zorgpad, waardoor het nu nog operationeel is.” ●

Conclusie

Het implementeren van een zorgpad is niet makkelijk, maar zeker niet onmogelijk. Maak goede afspraken vooraf over wie wat doet, werk gestructureerd en stap voor stap. Wees creatief, denk out of the box en wees vooral open en eerlijk tegen elkaar over de belangen die spelen. Samen met een ervaren projectleider uit de zorg of de bestuurlijke geleding wordt een implementatieproces echt een positief verhaal. Van Vulpen: “Het zorgproces rond COPD is van alle zorgverleners en als deze goed samenwerken is het de patiënt die er baat bij heeft.”



NIEUWE NHG-STANDAARD ASTMA

Bekijk nu in 4 minuten de microlearning op chiesipro.nl

Of download de **infographic**

Microlearning

Onlangs is de NHG-standaard Astma bij volwassenen herzien. Wij hebben daarvoor een aantal van de belangrijkste wijzigingen voor u in een korte video samengevat, namelijk:

- Het nieuwe medicamenteuze stappenplan
- Tweedeling voor astmacontrole
- Beleid bij overmatig SABA-gebruik

Infographic

Wilt u graag de belangrijkste wijzigingen van deze nieuwe standaard in een overzicht?

Download dan de infographic op onze website.



**Scan de QR-code om
de microlearning te bekijken**

of ga naar onze website
chiesipro.nl/nieuws



70%
van de
longpatiënten
gebruikt de
longmedicijnen
niet zoals
het hoort

Het is belangrijk dat een inhalator (puffer) op de juiste manier gebruikt wordt. Helaas gaat dit nog vaak mis. En dat kan de longklachten verergeren.

Bij verkeerd gebruik komen de medicijnen namelijk niet op de juiste plek in de longen en werken de medicijnen niet goed.

Op de website inhalatorgebruik.nl staan protocollen, gebruiksaanwijzingen en instructiefilmpjes van alle inhalatoren, neusmedicatie en vernevelaars overzichtelijk bij elkaar.

Inhalatorgebruik.nl biedt betrouwbare en actuele informatie voor patiënten en zorgverleners.



LAN

Long Alliantie Nederland

inhalatorgebruik.nl
zorg dat u er lucht van krijgt!