



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 voorkeurinterventies 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

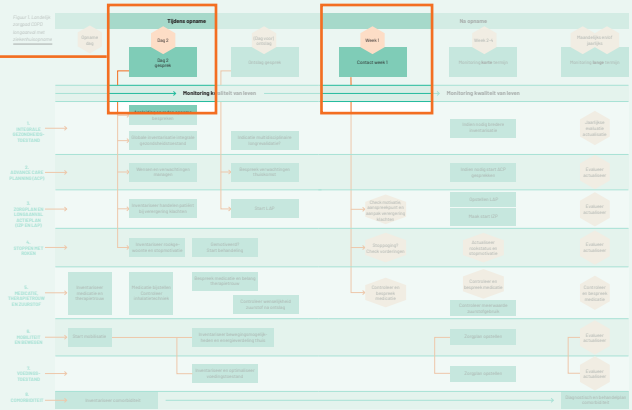
Van Vulpen had er baat bij dat ze de zorgverleners in beide lijnen persoonlijk kent. "Dat verlaagt de drempel om overal binnen te lopen enorm," zegt ze. Dit was één van de redenen waarom ze projectleider van de implementatie in proefregio Lelystad werd. In ongeveer de helft van de acht latere pilotregio's 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 Zuiderzeeziekenhuis 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 voorkeuren 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-bordenmethode 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 openstaan. 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 geledingen 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.”