

Zorgcontinuüm voor COPD-patiënten: voorkomen van longaanvallen



Aanleiding van het project

In Nederland zijn ruim 600.000 mensen met COPD en dit aantal neemt toe. Jaarlijks worden 30.000 mensen in Nederland opgenomen in het ziekenhuis voor een COPD-longaanval. In totaal gaat het om circa 200.000 ziekenhuisopnamedagen, waarvan de helft heropnamen; 20% van deze patiënten wordt binnen het jaar zelfs drie keer of vaker heropgenomen voor een longaanval. Longaanvallen veroorzaken veel leed voor patiënten en hun omgeving door een sterke en meestal blijvende verhoging van de ziekte- en zorglast en verhoogde kans op overlijden.

Sinds een aantal jaren heeft LAN succesvol het zorgpad gelanceerd “Longaanval met ziekenhuisopname”. Dit zorgpad heeft als basis gediend om de COPD zorg verder te verbeteren. Echter in verschillende gesprekken kwam naar voren dat patiënten / mantelzorg longaanvallen niet (tijdig) herkennen en vaak ook niet weten hoe hierop te reageren. Een andere conclusie uit deze gesprekken was dat patiënten onterecht in 2^e lijn blijven of patiënten komen onterecht niet in 2^e lijn terecht.

Voor AstraZeneca reden om samen met twee 'kartrekkers' een project op te starten. Binnen project is een werkgroep samengesteld met vertegenwoordigers uit de 1^e en 2^e lijn.

Kernteam:
Jasmijn van Campen
Hans in 't Veen

Annelien Morks
Denise de Bondt

Fiona Suwandy
Mark Tolboom

Dit initiatief is tot stand gekomen met ondersteuning van AstraZeneca als onderdeel van het initiatief Zuurstof tot Nadenken.



“Samenwerken aan het verbeteren van kwaliteit van zorg voor COPD patiënten door de ziektelast te verlagen en longaanvallen te voorkomen. Omdat elke longaanval telt”.

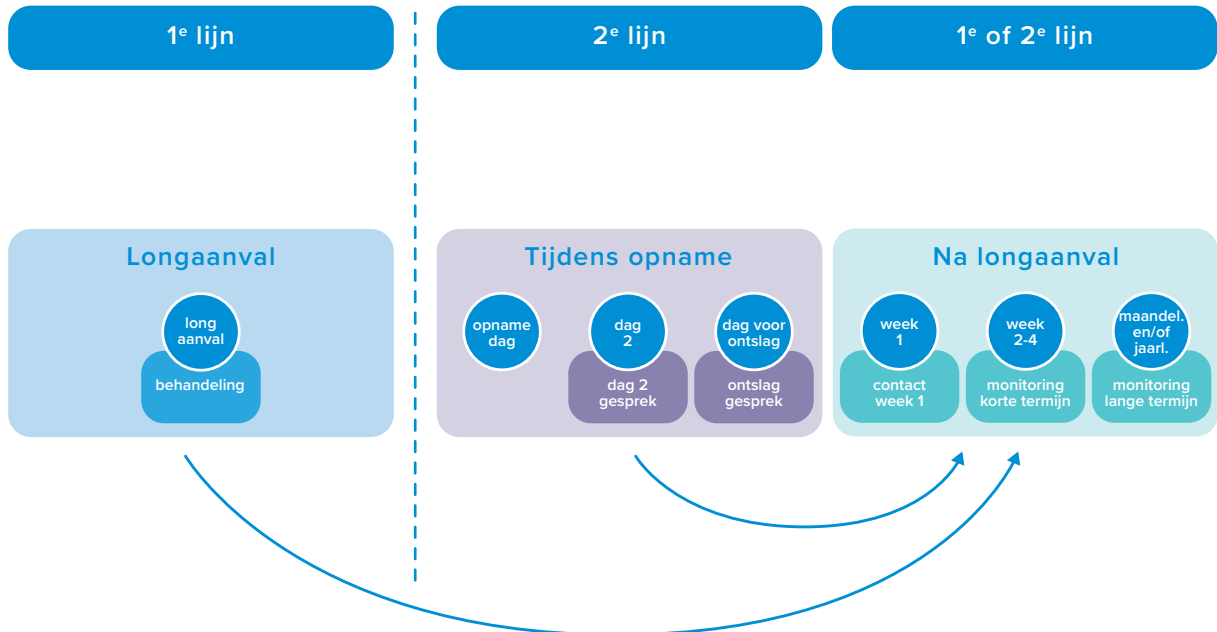


De totstandkoming van het document is ondersteund door Vintura.

September 2021



Project framework



SCOPE van dit project

De longaanval centraal: optimalisatie van de identificatie, registratie, preventie en behandeling van longaanvallen en adequate follow up bij COPD in de 1^e en 2^e lijn.

Doel: uiteindelijk het voorkomen van longaanvallen¹

Beoogde uitkomst van dit project:

- implementatie en borging van blauwdruk voor integraal zorgpad gecentreerd rondom de patiënt
- Structuur voor gedeelde / integrale zorg
- Inzet longaanval preventie plan

¹ Longaanval waarvoor kuur prednison / antibiotica en/of ziekenhuisopname nodig is

Projectteam: samen de zorg voor COPD patienten verbeteren

Werkgroepleden	Functie / organisatie
Hans in 't Veen	Longarts, Franciscus Gasthuis & Vlietland
Jasmijn van Campen	Longarts, Haaglanden Medisch Centrum
Robin vd Putten	Kaderhuisarts Zorgorganisatie Eerste Lijn (Westland)
Nynke Kuypers	Kaderhuisarts IZER (Rotterdam)
Jiska Snoeck	Kaderhuisarts Akelei (Den Haag) en CAHAG voorzitter
Manouk Akelei	POH Akelei
Erwina Cerimovic	Longvpk 2 ^e lijn, Haaglanden Medisch Centrum
Lisa Hassinini	Kadervpk Astma/COPD en trainer 1 ^e lijns zorg, Professional in Zorg
Menno Wagenaar	Patiënt, ervaringsdeskundige
Miriam van Aalen	Longvpk 2 ^e lijn, Franciscus Gasthuis & Vlietland
Annelien Morks	Medical Science Liaison, AstraZeneca
Denise de Bondt	Health Care Environment Manager, AstraZeneca
Mark Tolboom	Partner, Vintura
Fiona Suwandy	Manager, Vintura

Legenda

Behandelplan: welke zorg is nodig voor de patient en wie voert deze zorg uit

Blended care: patiënt, longarts en huisarts bepalen gezamenlijk hoe zorg tussen de verschillende lijnen eruit gaat zien, deels via eHealth, deels face to face. Hierbij is aandacht voor verschillende domeinen van zorg.

CCQ: clinical COPD questionnaire; tool voor het monitoren van de ziektelast voor de patiënt

LPP: longaanval preventie plan, multidimensioneel behandel plan, met aandacht voor zelfmanagement, dat gericht is op preventie/vroegbehandeling van longaanvallen

POH: praktijkondersteuner huisartsen

Interviews

Naam	Functie/organisatie
Renee Kool	Projectleider zorgveld Longfonds
Alex van t Hul	COPDnet programma-directeur, RadboudUMC
Renee van Snippenburg	Longarts, SALTRO
Erik Bischoff	Huisarts Radboudumc en senior onderzoeker
Floor Terstegge	Fyiso 1 ^e lijns Long Luchtwerk
Matthijs Huinck	Hoofd fysio 2 ^e lijns revalidatie HMC
Erik Dubbink	Leefstijlcoach
Kerstin Collee-Hermans	Ergotherapeut Hadoks
Cynthia Hallensleben	Praktijkvpk
Irene Janssen	GZ-psycholoog 2 ^e lijns HMC
Arjan van Kwant	Zorgverzekeraar DSW
Ivo Knotterus	Regiomgr Den Haag, Menzis
Tamara de Keizer en Corrie Mol	Vpk consulenten ketenzorg Astma / COPD IZER
Al Rushdy	Huisarts in Den Haag
Maud van Hoof	Medewerker Chronische Zorg ZIO
Chaya Sampatsing	Beleidsmedewerker JZOJP VWS
Eline Schiks	Beleidsadviseur FMS



Focus van gesprek

- Gewenste organisatie van COPD-zorg (met als doel voorkomen van longaanvallen)
- Huidige barrières
- Consequenties van deze knelpunten voor de patiënt / zorg
- Rollen en verantwoordelijkheden
- Monitoring
- Best practices en impact
- Lessons learned van het LAN COPD Zorgpad

Project ambities



Missie



Visie



Strategie

Waarom we bestaan, onze primaire functie

Implementatie en borging van integrale COPD-zorg waarbij de patiënt centraal staat: De juiste zorg, voor de juiste patient en samen met de patient om longaanvallen te voorkomen en hiermee kwaliteit van leven, ziekteprogressie en zorggebruik gunstig te beïnvloeden

Wie we willen zijn, ambitieus gedeeld toekomstbeeld

- Lokale en regionale (transmurale, interdisciplinaire) samenwerking inrichten waarbij optimaal gebruik wordt gemaakt van ieders kennis & kunde
- Structurele uitrol van integraal zorgpad met focus op betere identificatie, registratie, begeleiding en uiteindelijk preventie van longaanvallen
- Vergroten ziekte-inzicht en zelfmanagement van de patiënt

Wat we moeten doen, onze aanpak

Startpunt: Haagse, Westlandse en Rotterdamse wijken (lokale netwerken)

Waar lopen we tegenaan als we de COPD zorg willen verbeteren?

Om ervoor te zorgen dat de optimale zorg wordt aangeboden aan de patiënten om (recidief) longaanvallen te voorkomen zijn er samen met de projectgroep een aantal barrières geïdentificeerd. Deze barrières hebben betrekking op de patiënt, de zorgverlener en het gezondheidssysteem. Helaas kunnen we niet alles in één keer verbeteren en daarom hebben we met het team bepaald welke barrières urgent zijn om op te lossen met het oog op de missie van dit project, en welke we kunnen beïnvloeden met (of via) het project team. Hiernaast is een overzicht gegeven van de barrières, waarbij de **vetgedrukte** als prioriteit zijn gedefinieerd.

Patiënt

1. **Patiënt onvoldoende bekend / bekwaam / bewust om longaanval te herkennen**
2. **Verschil in gezondheidsvaardigheden tussen patiënten**

Zorgverleners

3. Zorgverleners kennen elkaar(s expertise) onvoldoende
4. Verschil in affiniteit, kennis & kunde COPD-zorg tussen zorgverleners; deel niet bereikbaar voor kaderarts
5. **Gebrek aan aandacht voor leefstijl / psychosociale aspecten / coaching / educatie**
6. **Onduidelijkheid in overdracht, uitvoering en opvolging na een longaanval; regionale verschillen**
7. **Geen tijdige (terug)verwijzing van patiënt tussen 1^e en 2^e lijn**

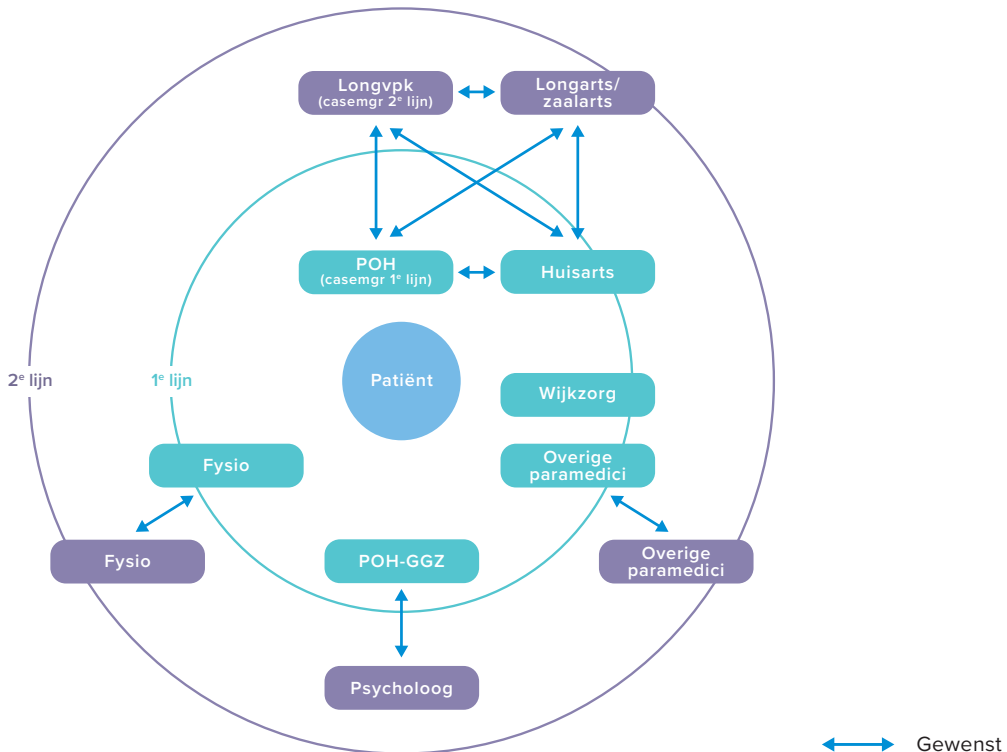
Gezondheids-systeem

8. Geen integrale financiering
9. Verschillende IT-systemen
10. **Geen goede monitoring patiënten**
11. Geen (landelijk) indicatoren uitkomstmeting

Werken aan een regionale zorgkaart, waarbij inzicht ontstaat in de zorgverleners in de wijk

Voor goede continuering van zorg is het belangrijk dat zorgverleners elkaar binnen de regio makkelijk kunnen vinden. Om dit netwerk vorm te geven is het van belang te weten wie in welke wijk welke rol speelt. Hiervoor is een model gemaakt waarin de verschillende rollen zijn weergegeven en staat in groen welke gewenste relaties er minstens moeten zijn. Daarnaast staan alle betrokkenen rondom de COPD patiënt hierin genoemd. Een reeds bestaand voorbeeld voor het inzichtelijk krijgen van een regionale zorgkaart is bijvoorbeeld het fysiotherapie netwerk in Rotterdam, gespecialiseerd in het behandelen van longaandoeningen (zie www.lef010.nl).

Het is wenselijk om regionale multidisciplinaire scholingen en expliciete werkafspraken te organiseren.



Patient journey (patiënt kan op ieder moment instromen)



Registratie van longaanvallen:

- Idealiter als diagnostische bepaling: 3549, COAE RQ
- Registratie belangrijk om
 - Individuele patienten op te volgen
 - Regionale afstemming te verbeteren
 - Benchmarking mogelijk te maken

*LPP: longaanval preventie plan

Werkafspraken tussen zorgverleners betrokken bij COPD-zorg

Wat	Wie	Wanneer	Opmerkingen
Leven met COPD			
Informereren van patiënt rondom opvolgen van behandelplan voor COPD	POH / Long-vpk	Na initiële diagnose	Op basis van beschikbare informatie van het Longfonds wordt de patiënt geïnformeerd over hoe om te gaan met de ziekte; deze informatie blijven te herhalen
Lifestyle interventie	HA / POH	Na initiële diagnose	<p>Huisarts verwijst patiënt naar paramedische zorg om een verandering in levensstijl te krijgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stoppen met roken • meer bewegen (fysio, ergo, lifestyle coach, buurt coach, ..) • gezond leven (diëtiëk / lifestyle coach) • omgaan met stress en angst (psychologische ondersteuning of indien nodig maatschappelijk werk) <p>Volgende patiënten komen in aanmerking voor paramedische ondersteuning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in ieder geval na longaanval (met en zonder ziekenhuis opname) • patiënt met hoge ziektelast • n.a.v. 2^e lijns assessment • op verzoek van de patiënt • overweging: alle COPD patiënten
Longaanval			
Opvang longaanval	HA	Tijdens longaanval	Huisarts stelt diagnose longaanval vast en initieert adequate behandeling
Huisbezoek / follow-up afspraak	HA / POH Patiënt	2 dgn na longaanval	Beoordelen conditie patiënt (en thuissituatie); vervolgbehandeling vaststellen
Opstellen/ aanpassen behandelplan	HA	4-6 wkn na longaanval	Evaluatie herstel na longaanval (lifestyle en medicamenteus) Eventueel aanpassen longaanval preventie plan
Overdracht middels brief en longaanval preventieplan	HA > Long-arts	Onvold. stabiel in 1 ^e lijn	<p>Voor overdracht geldt dat dit moet plaatsvinden, wie dit doet maakt minder uit. Als het maar gebeurt. Minimale gegevens voor verwijzing (zie ook transmurale richtlijn)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reden voor verwijzing • Farmacotherapie • Aantal doorgemaakte longaanvallen • Longaanval preventieplan • Longfunctie / ernst COPD • Comorbiditeit • Gedrag / leefstijl • Ziektelast / CCQ / fenotype • Reeds geïnitieerde interventies

Wat	Wie	Wanneer	Opmerkingen
(Opname en) opstellen behandelplan	Long-arts	Bij opname of polibezoek	Behandelplan opstellen
Follow-up in ziekenhuis na opname	Long-vpk / LA	Na 1 week	Beoordeling conditie patiënt Bespreken longaanval preventie plan
Opstellen LPP	Long arts / longvpk	na 2-4 weken longaanval in zkh	Beoordeling conditie patiënt Eventueel aanpassen IZP
Terugverwijzing	Long-arts / long vpk	Bij ontslag	Terugverwijzing naar de huisarts via de geldende afspraken, voorkeur via brief en indien palliatief of niet plus dan ook bellen (longarts met huisarts). In behandelplan van ziekenhuis moet duidelijk zijn wat de gevraagde vervolgacties zijn voor de 1 ^e lijn en idealiter het aangepaste longaanval preventie plan

Monitoring korte termijn

Patiëntgericht beleid voor follow up	POH / Long-vpk	4-6 wkn na longaanval	Patiënt maakt afspraak met de POH / Long-vpk voor vervolggesprek. Dit is idealiter binnen 4 tot 6 weken na longaanval. In de praktijk dient men te zorgen voor een signaleringssysteem dat er een afspraak met de patient gepland wordt, ook als de patient niet het initiatief neemt hiervoor.
Opstellen LPP	POH	4-6 wkn na longaanval	Patiënt en POH stellen longaanval preventie plan op indien dit nog niet is gebeurd in ziekenhuis. Indien er reeds een plan is wordt door het plan heengelopen. Indien nodig worden afspraken gemaakt met buurtcoach / fysio / etc. voor additionele ondersteuning
Opstellen plan voor blended care	Long-arts / HA	Na ziekenhuis-opname	Patient, longarts, longvpk, huisarts, POH bepalen gezamenlijk wat het beste plan is en wie welke zorg levert (2 ^e lijn / 1 ^e lijn, wijkzorg)

Monitoring lange termijn

2x per jaar follow up gesprek	POH / HA	Structureel	COPD patiënt na een longaanval wordt 2x per jaar en ook zeer laagdrempelig bij toename klachten of chronisch hoge ziektelast door POH gezien. Aandacht in gesprek is doorlopen longaanval preventie plan en evaluatie van de ziektelast en zo nodig aanpassen
-------------------------------	----------	-------------	---

Indicatoren om impact en borging transmuraal zorgpad te monitoren

Type indicatoren

Toepassing

Proces:

uniforme werkwijze
zorgpad

- % COPD patiënten met een longaanval preventie plan als onderdeel van behandelplan
- Aantal COPD patiënten voor wie AB of prednison kuur is voorgeschreven vs. aantal geregistreerde longaanvallen (diagnostische bepaling)
- Aantal verwezen patiënten naar 2^e lijn vs aantal patiënten dat volgens de richtlijn verwezen had moeten worden
- Aantal patiënten in 2^e lijn onder behandeling vs aantal patiënten dat volgens de richtlijn in 2^e lijn hoort

Zorggebruik:

Impact interventies
op zorggebruik
individuele pt

- Aantal patiënten vanuit 1^e lijn doorverwezen voor ziekenhuisopname voor longaanval
- Aantal longaanvallen behandeld in 1^e lijn (adhv AB of prednisonkuur voorgeschreven)
- Aantal patiënten doorverwezen naar fysio / ergo / diëtist / leefstijlcoach
- Aantal patiënten doorverwezen naar wijkzorg

PROMS:

Impact interventies op
KvL individuele pt

- Ziekteelastmeter (CCQ)
- Patient reported outcome tav gepercipieerde zorg (PACIC)

Implementatieplan voor uitrol en borging*



- Met projectteam opstellen van blauwdruk
- Identifieren van de stakeholders voor de communicatie
- Bepalen betrokkenen voor de pilots (welke HA-praktijken / ziekenhuizen)

- Delen van de blauwdruk in de regio's Den Haag, Rotterdam en Westland in de volgende groepen:
 1. Astma / COPD longartsen en VS / long-vpk in deze huizen, kaderhuisartsen en kaderverpleegkundigen en POHs in deze praktijken
 2. Huisartsen, POHs, wijkzorg per regio, laboratoria
- Informeren patiënten via longpunt van Longfonds

- Opzetten projectorganisatie voor borging implementatie van pilots (ambassadeurs Erwina/Jasmijn/Jiska/Manouck voor Den Haag, Robin/Lisa voor Westland, Nynke/Hans/Miriam voor Rotterdam)
- Starten van pilot 1 en 2 (zie volgende slides)

- Evaluatie van de pilots met projectgroep
- Bepalen van verbeterpunten en blauwdruk hierop aanpassen
- Opstellen implementatie voor de regio
- Expertsessie VWS

- Per wijk implementeren van de blauwdruk

*De definitieve planning voor de uitrol is mede afhankelijk van de COVID-omstandigheden

Pilot 1

Tijdige herkenning longaanval

Doel Tijdige herkenning longaanval in 1^e lijn en voorkomen van verwijzing / opname

Wie (Kader)huisarts / vpk, POH, vpk longconsulent, longarts voor advies / scholing

Welke patiënten COPD-patiënten van geselecteerde HA-praktijken / zorggroepen

Hoe

- Moment van opstellen / bijwerken LPP
- Moment van bespreken LPP
- Verwijzing naar paramedici
- Longaanval registratie
- Regionaal zorgnetwerk
- Monitoring
- Vergrote ziekte-inzicht en zelfmanagement patiënt

Duur pilot 3 maanden

Pilot 2

Blended care voor follow up

Doel Blended care 1^e en 2^e lijn voor follow-up na longaanval met ziekenhuisopname

Wie (Kader)huisarts / vpk, POH, longarts, longvpk, praktijkassistente, wijkzorg

Welke patiënten Specifieke patiënt casussen

Hoe

- Format terugverwijsbrief
- Afstemming verantwoordelijkheden blended care
- Follow-up contact moment in 1^e lijn na longaanval (met signaalfunctie afspraak)
- Bespreken / bijwerken LPP

Duur pilot 3 maanden

