

# Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname

Betere zorg voor de patiënt met COPD

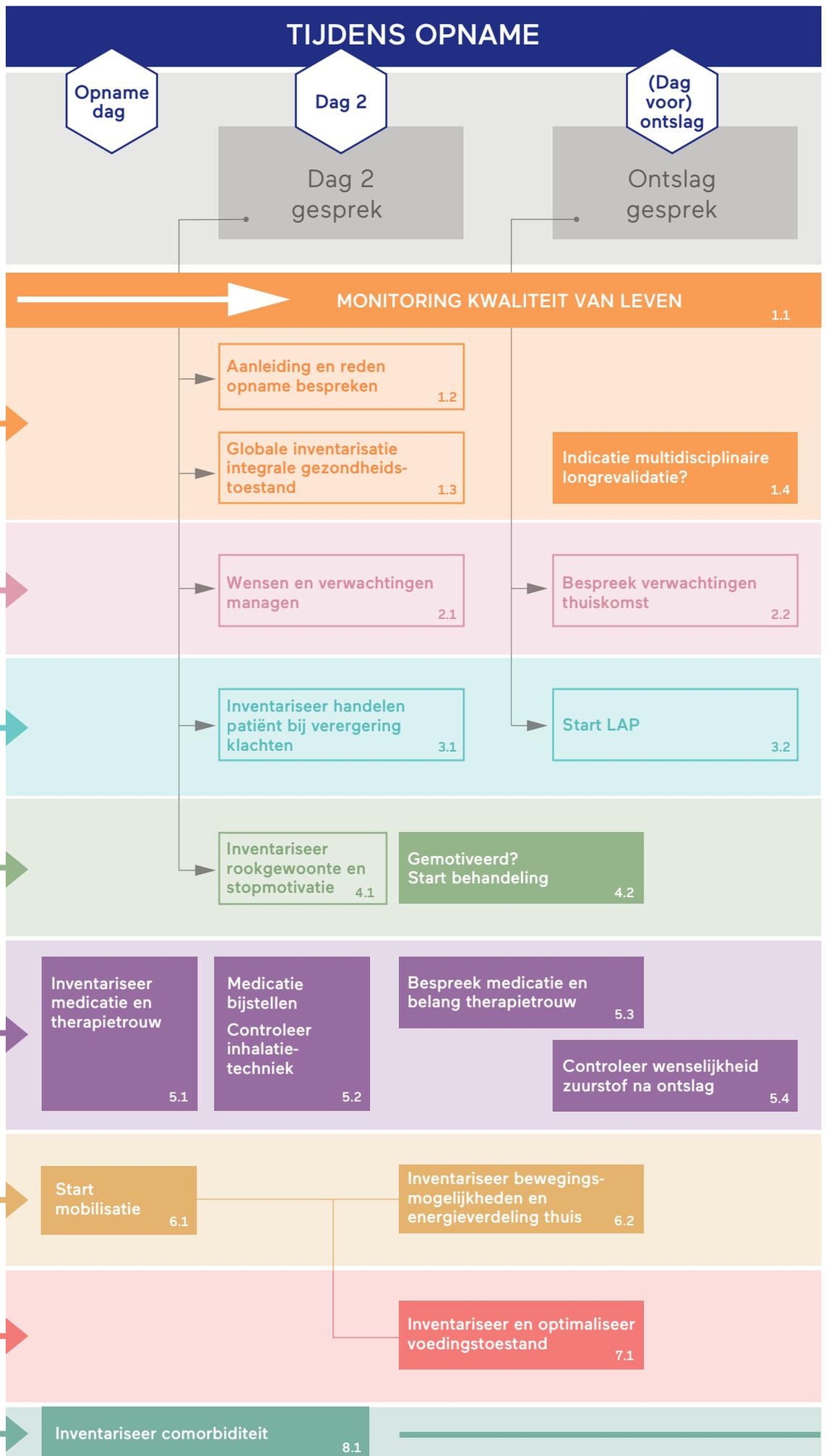


**PATIENT  
CENTRAAL**

Landelijk  
zorgpad  
COPD  
Zorggroep  
West-Brabant

Werkboek  
Stoppen met  
roken  
1,5 lijn

# Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname



# NA OPNAME

Week 1

Contact week 1

Week 2 - 4

Monitoring **korte** termijn

Maandelijks en/of jaarlijks

Monitoring **lange** termijn

## MONITORING KWALITEIT VAN LEVEN 1.1

Indien nodig bredere inventarisatie 1.5

Jaarlijkse evaluatie actualisatie 1.6

Indien nodig start ACP gesprekken 2.3

Evalueer actualiseer 2.4

Check motivatie, aanspreekpunt en aanpak verergering klachten

Opstellen LAP 3.3

Maak start aan IZP 3.3

Evalueer actualiseer 3.4

Stoppoging? Check vorderingen

Actualiseer rookstatus en stopmotivatie 4.3

Evalueer actualiseer 4.4

Controleer en bespreek medicatie

Controleer en bespreek medicatie 5.5

Controleer meerwaarde zuurstofgebruik 5.6

Controleer en bespreek medicatie 5.7

Zorgplan opstellen 6.3

Evalueer actualiseer 6.4

Zorgplan opstellen 7.2

Evalueer actualiseer 7.3

Diagnostisch en behandelplan comorbiditeit 8.2

### LEGENDA

Actie

Subactie

Evaluatie

## **Minder ziekenhuisopnamedagen COPD longaanvallen noodzakelijk en haalbaar**

### **Noodzaak**

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 (exacerbatie). 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. Jaarlijks sterven meer dan 10.000 mensen aan COPD, grotendeels als gevolg van longaanvallen. Ter vergelijking, dat is meer dan er binnen twee jaar sterven aan een hartaanval.

De zorgkosten COPD verdrievoudigen tot 2032. Meer dan 50% van alle COPD gerelateerde zorgkosten zijn toe te schrijven aan opnamen als gevolg van longaanvallen.

### **Succesfactoren zorgpad COPD**

Het landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname heeft in een grootschalige pilot aangetoond dat het aantal opnamedagen substantieel verlaagd wordt met minstens gelijke kwaliteit van leven, patiënttevredenheid en meer werkplezier van zorgverleners.

De succesfactoren van het zorgpad zijn onder te verdelen in drie categorieën:

#### **1) Toegenomen probleembewustzijn**

Regio's zijn zich meer bewust van het feit dat er veel ziekenhuisopnamen zijn voor COPD longaanvallen en dat een relatief kleine groep patiënten zorgt voor veel heropnamen. Er is meer bewustzijn dat veel (her)opnamen kunnen worden voorkomen door de onderliggende oorzaken van de ernst van de longaanval op te sporen en hier naar te handelen.

#### **2) Zorgorganisatorische verbeteringen**

Zonder gestructureerde aanpak en georganiseerde samenwerking is de praktijkvariatie enorm: tussen instellingen, tussen zorgverleners, op verschillende opnamemomenten (ochtend, middag, werkdagen, weekend etc.). Werken met het zorgpad zorgt voor structuur, bijvoorbeeld door het instellen van een structuurbewaker/zorgcoördinator, alsook door transmurale samenwerking/overdracht tussen tweede en eerste lijn, geriatrische revalidatie en intensieve samenwerking met thuiszorg. Structuur en een goede organisatie, zowel tijdens als na opname, dragen bij aan een daling van het aantal en de duur van (her)opnamen.

#### **3) Zorginhoudelijke verbeteringen**

Werken volgens het landelijk zorgpad heeft laten zien dat de zorg aan de patiënt met COPD verbetert en het aantal opnamedagen reduceert. Interventies die een significante associatie hebben met minder opnamedagen zijn:

- contactmoment in eerste week na ontslag;
- rookstop-begeleiding in het jaar na opname, zowel niet-farmacologisch als farmacologisch;
- bespreken van Longaanval Actie Plan (LAP) in het jaar na opname;
- check op techniek inhalatiemedicatie in het jaar na opname.

## Inhoud zorgpad COPD

### Continuüm, patiënt centraal, signaleren en uitvoeren

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. Continuïteit van zorg, luisteren naar de behoeften van de patiënt en een goede interdisciplinaire samenwerking zijn vereisten.

Heropnamen worden voorkomen door de patiënt meer inzicht te geven in de oorzaak van de opname, het herkennen van en vroegtijdig handelen bij een verergering van klachten. Daarnaast krijgt de patiënt de mogelijkheid om coördinator te worden van zijn eigen zorgplan.

### Tijdens opname: signaleren van problemen en kansen, uitvoering na opname

Een van de belangrijkste taken omtrent de behandeling van de patiënt tijdens opname is het signaleren en agenderen van problemen én kansen, die grotendeel na opname samen met de patiënt worden besproken en aangepakt.

Hiertoe beschrijft het zorgpad tijdens opname enkele cruciale contactmomenten tussen patiënt, mantelzorger en zorgverlener.

#### 1) Het dag-2 gesprek

Het dag-2 gesprek heeft tot doel om in een vroeg stadium te achterhalen wat de diepere aanleiding is van de opname; dit kan dienen als startpunt voor het op te stellen zorgplan. Daarnaast worden de verschillende verwachtingen van patiënt, mantelzorger en zorgverlener omtrent opname én herstel op elkaar afgestemd. Er wordt vooruit gekeken wat alvast in orde gemaakt moet worden voor een succesvolle gang terug naar huis. Het benoemen van de streefontslagdatum is hier een vast onderdeel van.

#### 2) Het ontslaggesprek

Het ontslaggesprek heeft tot doel om na te gaan of de patiënt (en zijn/haar mantelzorger) voldoende vertrouwen hebben om ontslagen te worden en de benodigde acties kan ondernemen bij toenemende klachten. Daarnaast worden de noodzakelijke activiteiten van de eerste weken doorgenomen. Nagegaan wordt of patiënt weet wie de komende periode het eerste aanspreekpunt is.

Enkele andere onderwerpen die tijdens opname aan de orde komen zijn het vroeg mobiliseren van de patiënt, het checken van de inhalatietechniek, therapietrouw en het in kaart brengen van de eventuele rookgewoonte en stopmotivatie. Tevens dient bij een positieve stopmotivatie direct gestart te worden met de begeleiding van het stoppen met roken. Daarnaast is een opname een goed moment om na te gaan of een patiënt na opname in aanmerking komt voor gesprekken in het kader van Advance Care Planning, ofwel proactieve zorgplanning.

### Na opname: voorkomen van terugval en ondersteunen zorgplan

Extra inzet om heropnamen te voorkomen is noodzakelijk, aangezien ongeveer de helft van ziekenhuisopnamen voor COPD longaanvallen heropnamen betreft. Deze heropnamen vinden meestal plaats in de eerste weken na opname. Hiertoe worden enkele contactmomenten met patiënt, mantelzorger en zorgverlener ingepland.

### **3) Week 1 contact**

Binnen een week na opname wordt contact opgenomen met de patiënt om na te gaan hoe het met de patiënt gaat en of alle gemaakte afspraken duidelijk zijn. Er wordt op deze manier een inschatting gemaakt van het 'pluis, niet-pluis gevoel' en er wordt nagegaan of de patiënt weer vervalt in oude gewoonten. Regio's geven een duidelijke meerwaarde aan een huisbezoek en/of eHealth toepassingen, met name bij patiënten die herhaaldelijk worden opgenomen. Tijdens een huisbezoek kan in de eigen vertrouwde rustige omgeving (nogmaals) ingegaan worden op besproken zaken, waaronder de te nemen acties bij verergering van klachten en/of een terugval van een bepaalde leefstijlinterventie. Ook geeft het een algehele indruk van gewoonten en gedrag van de patiënt.

### **4) Korte termijn: opstellen zorgplan**

Na circa twee weken staat het herstel van de longaanval centraal en wordt een eerste aanzet gemaakt om samen met de patiënt een Individueel Zorgplan op te stellen. Leidraad bij dit zorgplan zijn de persoonlijke streefdoelen van de patiënt. Samen met de patiënt worden (korte) termijndoelstellingen gemaakt en wordt de patiënt ondersteund bij het behalen van dit doel. Indien specifieke acties en/of zorgprofessionals nodig zijn, worden deze ingeschakeld. Specifieke onderdelen waar bijvoorbeeld aan gewerkt kan worden zijn leefstijlfactoren als roken, bewegen en voeding; het op een goede manier inhaleren van medicatie; het omgaan met de eventuele angst om te stikken en/of het bespreken van wensen voor een (te zijner tijd) waardig levenseinde.

### **5) Lange termijn: evalueren en bijstellen**

Na verloop van tijd (en uiteindelijk minstens jaarlijks) zijn er vervolgafspraken, waarin de integrale gezondheidstoestand van de patiënt centraal staat en gewerkt wordt aan de persoonlijke streefdoelen van de patiënt. Gemaakte doelen worden geëvalueerd en bijgesteld.

## **Schematische weergave Zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname**

Het zorgpad is schematisch weergegeven in de Time Task Matrix. Op de horizontale as staan de contactmomenten uitgezet in de tijd. Op de verticale as staan de verschillende interventies per onderwerp. De verschillende onderwerpen - ook wel elementen genoemd - zijn Integrale gezondheidstoestand, Advance Care Planning, Individueel Zorgplan en Longaanval Actie Plan, Stoppen met roken, Medicatie, therapietrouw en zuurstof, Mobiliteit en bewegen, Voedingstoestand en Comorbiditeit.

## Lessen uit de pilotperiode 2015-2018

Het landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname is uitgetest in 8 regio's. In de studie waren onder andere 11 ziekenhuizen, 11 zorggroepen en 6 thuiszorginstellingen nauw betrokken. In opzet werden in de cohortstudie minimaal 600 patiënten die zijn opgenomen voor een longaanval gedurende één jaar gevolgd. Van totaal 752 patiënten waren genoeg data voor de analyse van succesfactoren.

Gedurende de pilot is duidelijk geworden dat het implementeren van het zorgpad een proces is van vallen en opstaan. Onderschat de implementatiefase niet en ga planmatig te werk. Het hierboven beschreven zorgpad beschrijft welke activiteiten uitgevoerd worden en geeft daar waar mogelijk aan op welke manier dit goed of zelfs het beste kan. Op landelijk niveau is niet vastgelegd *wie* de interventie moet uitvoeren, aangezien de opties per regio sterk verschillen. Deze invulling dient regionaal bepaald te worden.

Het landelijk zorgpad kan daarom ook gezien worden als template en vraagt om regionale invullingen, waarbij alle betrokken partijen (huisarts, longarts, verpleegkundigen, paramedici, zorgverzekeraar en mogelijk ook sociale en welzijn organisaties) in een vroeg stadium betrokken dienen te zijn.

Procesmatig werken geeft richting aan welke stappen er gezet moeten worden om een zorgpad te ontwikkelen, te implementeren, te evalueren en voor een continue opvolging. Het zeven fasenmodel van het Netwerk Klinische Paden is hierbij toegepast.

Naast procesmatig werken en het de tijd en mankracht geven, is het belangrijk om niet aan teveel onderwerpen tegelijkertijd te werken. Maak een keuze en kies ten hoogste drie onderwerpen waar in eerste instantie op wordt ingezet. Daarbij hebben interventies die de meeste significante bijdrage leveren aan de daling van opnamedagen de voorkeur. Daarnaast dient rekening gehouden te worden met regionale factoren als de huidige situatie, het te verwachten verbeterpotentieel en of er voldoende draagvlak is bij alle betrokken partijen (patiënt, zorgverleners en zorgverzekeraar).

## Toekomst

De LAN vraagt alle zorgorganisaties, zorgverleners, zorgverzekeraars, overheden en andere betrokkenen bij COPD zorg aan de slag te gaan met het implementeren van het zorgpad om systematisch het aantal ziekenhuisopnamedagen bij COPD te reduceren. Dit voorkomt leed bij COPD patiënten, vergroot het werkplezier van zorgverleners en draagt bij aan het beheersbaar houden van de zorguitgaven.

Vanwege de positieve effecten van het werken met het zorgpad is onze verwachting dat longpatiënten(verenigingen), zorgverleners, zorgverzekeraars, overheden en inspecties op den duur in heel Nederland met nadruk zullen vragen systematisch te werken aan het verminderen van ziekenhuisopnamedagen voor COPD. Dit vanuit het belang van COPD patiënten en de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Met steun van het Ministerie van VWS en het Innovatiefonds Zorgverzekeraars blijft de Long Alliantie Nederland (LAN) de komende jaren het werken met het zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname ondersteunen. Alle ontwikkelde materialen worden beschikbaar gesteld aan regio's die aan de slag gaan met het reduceren van ziekenhuisopnamedagen door COPD longaanvallen. Voorts wordt het zorgpad geïntegreerd in richtlijnen, kwaliteits- en zorgstandaarden en inkoopvoorwaarden.

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

De handreikingen zijn onderverdeeld in

- **Fase 1:** aandachtspunten voorafgaand en bij de start van het zorgpad.
- **Fase 2:** aandachtspunten die gegeven kunnen worden als gestart is met het zorgpad.

### Fase 1: Aandachtspunten voorafgaand en bij de start van het zorgpad

1. Er is **draagvlak** in de regio voor het verminderen van ziekenhuisopnamen COPD.
  - Dit draagvlak is er bij ziekenhui(s)/(zen), zorggroep(en) en thuiszorginstelling(en).
  - Dit draagvlak blijkt uit (schriftelijk) commitment van het bestuur en verantwoordelijke medewerkers voor de uitvoering van de COPD zorg.
  - Indien andere partijen gelijkwaardig betrokken zullen zijn, dienen deze partijen eveneens hun draagvlak en (schriftelijke) commitment te tonen.
2. **Transmurale zorg** heeft de voorkeur. Daarom is er bij voorkeur in de regio al sprake van **samenwerking** tussen ziekenhuis (afdeling longziekten), zorggroep(en) en thuiszorginstelling. Deze samenwerking is bij voorkeur ingebed in een regionale structuur:
  - Er vindt al periodiek overleg plaats.
  - Belangrijkste stakeholders kennen elkaar: longartsen, longverpleegkundigen, thuiszorg, zorggroep/huisarts/POH'ers.
  - Er zijn contacten met aanpalende disciplines: apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, etc.
  - Indien deze (structurele) samenwerking er nog niet is, heeft het opzetten ervan prioriteit. Daarnaast kan er intern gekeken worden welke interventies reeds zonder deze transmurale samenwerking opgepakt kunnen worden. Te denken valt aan samenwerking tussen poli/verpleegafdeling en uitvoerende interventies als het dag-2 gesprek of medicatietechniek.
3. Er is adequate **ondersteuning van de samenwerking**. Het reduceren van het aantal opnamedagen COPD vereist langdurig commitment en een lange adem. Hiervoor is het nodig dat op regionaal niveau is samengesteld:
  - Een **projectteam** dat verantwoordelijk is voor de uitvoering van het project.
  - Dit team bestaat in ieder geval uit:
    - een inhoudelijk trekker betrokken in het primaire proces (bv. een longverpleegkundige);
    - een medisch eigenaar, verantwoordelijk voor medische beslissingen (arts);
    - een lijnverantwoordelijke, verantwoordelijk voor taakverdeling (bv. teamleider);
    - een projectbegeleider (bv. beleidsmedewerker);
    - ook is op afroep deskundigheid beschikbaar op het gebied van Excel, HIS/KIS/ZIS en productiecijfers.

LET OP: uit lering blijkt dat dit projectteam ook niet te groot moet zijn. Eventueel bij verschillende doelen een andere samenstelling kiezen, echter wel met de vier hierboven besproken teamleden.

  - Een **stuurgroep** waarin alle partijen die hun commitment (schriftelijk) hebben vastgelegd zijn vertegenwoordigd. Deze stuurgroep heeft de taak om de grove lijnen uit te zetten, heeft de positie om beslissingen door te voeren en zorgt ervoor dat

- genomen besluiten ook (financieel dan wel op personeel vlak) worden ondersteund. Betrokkenheid en of samenwerking van de managementlaag is dus een vereiste.
- Een **brede klankbordgroep** waarin alle betrokken partijen zijn afgevaardigd die te maken hebben met de zorg van de COPD patiënt. Deze steungroep komt enkele keren bijeen om ruggespraak te geven en zorgt voor het brede draagvlak in de gehele regio. Naast de zorgverleners zoals longartsen, longverpleegkundigen, paramedici en apothekers, zijn eveneens de patiënten en mantelzorgers vertegenwoordigd. Ook maatschappelijk werkers, gemeenten en vrijwilligersorganisaties kunnen een goede aanvulling zijn in dit team.
  - Deze ondersteuning is tenminste voor twee jaar vastgelegd. Gedurende deze tijd kunnen projectleden de organisatie verlaten. Het is belangrijk dat er bestuurlijk commitment is om in die gevallen te zorgen voor adequate opvolging in het project.
4. Er is **steun** van de preferente **zorgverzekeraar(s)**, deze steun is vertaald in:
- De goedkeuring van de zorgverzekeraar dat de betreffende regio aan de slag gaat met het systematisch verminderen van ziekenhuisopnamedagen COPD longaanvallen.
  - Bij voorkeur de betrokkenheid van de zorgverzekeraar bij het alloceren/vrijmaken van middelen voor de regionale ondersteuning van de samenwerking. Mogelijk vertaalt in afzonderlijke of regionale (productie)afspraken over hoe om te gaan met de verschuiving van de zorgvraag: minder en intensievere ziekenhuisopnamen, intensievere nazorg door thuiszorginstelling of huisarts/POH.
5. De **inbreng** vanuit **patiënten** is adequaat geborgd, bijvoorbeeld door betrokkenheid (in een klankbordgroep o.i.d.) van de lokale (Longfonds)patiëntenvereniging, Zorgbelang of cliëntenraad/ cliëntenraden.
6. Er is in de regio **zicht op de productiecijfers/aantallen patiënten** en er is bereidheid deze cijfers met elkaar te delen. Daarbij gaat het om:
- Aantallen COPD patiënten onder hoofdbehandelaarschap van ziekenhuis, zorggroep en thuiszorginstelling.
  - Aantal ziekenhuisopnamen voor longziekten en aantal heropnamen.
  - Bereidheid tot het bijhouden van een beperkt aantal indicatoren die a) de eigen vorderingen van de implementatie in kaart brengen en b) (landelijk) nodig zijn om regio's met elkaar en met historische data te vergelijken.
7. **Regionale focus** is aanwezig
- Het systematisch en structureel verminderen van ziekenhuisopnamedagen bij COPD levert veel op: betere kwaliteit van leven van patiënten en hun mantelzorgers, meer werkplezier van zorgverleners, vrijspelen van capaciteit in het ziekenhuis, etc. Het implementeren van het project vraagt veel toewijding en tijd. Het vraagt van alle betrokkenen zijn focus om dit omvangrijke en langdurige project goed te implementeren. Dit betekent vaak dat er maar één of twee van dit soort projecten tegelijk per regio kunnen lopen.
8. **Continuïteit is gewaarborgd**
- Uiteindelijk is het nodig de vernieuwde aanpak duurzaam te continueren in de regio. Een plan is nodig voor de continuïteit van de aanpak, zodat het nieuwe zorgpad vanzelfsprekend de standaard zorg wordt in de regio.

## Fase 2: aandachtspunten bij het regionaal werken met het zorgpad

1. Gebruik het **zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname** voor adviezen over het proces en de invulling van interventies.
2. Maak gebruik van de **landelijke kennis en ervaring** bij de LAN en in andere regio's die dit proces al hebben doorlopen. Maak eventueel gebruik van buddy-regio's uit de eigen omgeving.
3. Maak gebruik van het **zeven fasenmodel** van het Belgisch-Nederlands netwerk klinische paden – en/of een vergelijkbare methode - als leidraad voor het te doorlopen proces en volg alle stappen nauwlettend. Dit instrument geeft richting welke stappen er gezet dienen te worden om een zorgpad te ontwikkelen, te implementeren, te evalueren en voor een continue opvolging.
4. Maak een regionale “foto” (fase 3): hoe ver staan we af van de **ideale situatie** zoals beschreven in het landelijk zorgpad? Welke zaken gaan goed en welke kunnen beter? Om hoeveel COPD patiënten die in het ziekenhuis opgenomen worden gaat het op jaarbasis? Gebruik de klankbordgroep voor een duidelijk **overzicht van de ervaren knelpunten**.
5. Stel inhoudelijke **prioriteiten** (fase 4): Het zorgpad is met al zijn onderwerpen en interventies omvangrijk; prioritering is reëel. Het vraagt om veel toewijding van diverse betrokken partijen, waarbij er (meestal) een gebrek is aan voldoende tijd, mankracht en financiële middelen. Het is dan een (te) grote opgave om alle sleutelinterventies gelijktijdig te implementeren.

Bij het prioriteren neem het volgende in acht:

- Ervaringen en/of analyses uit de pilot laten zien dat een hoge urgentie is gevraagd voor de interventies:
  - Dag-2 gesprek,
  - Contact week 1,
  - Inhalatie instructie,
  - Longaanval Actie Plan,
  - Rookstopbegeleiding,
  - Continuïteit van zorg en samenwerking binnen de regio.
- Elke regio dient zijn eigen prioriteringslijst te maken. Kies eerst bijvoorbeeld drie onderwerpen en evalueer deze continu.
- Enkele aanbevelingen bij deze keuze:
  - De uitgangssituatie van de regio; Ga na hoever de regio afstaat van de ideale situatie (fase 3 van het zeven fasenmodel; diagnosestelling en objectivering). Hierbij is het belangrijk dat wat al goed gaat niet veranderd hoeft te worden.
  - Valt er te verwachten dat er in de regio omtrent de gekozen interventies het meeste winst is te behalen omtrent verbetering van zorg én een reductie in aantal opnamedagen?
  - Is er voldoende animo om ook dit onderdeel aan te pakken in de regio? Begin eventueel op kleine schaal (bv. drie organisaties) en breidt dit uit wanneer het goed gaat (zie fase 1, punt 2).
  - Is het realistisch om te verwachten dat dit onderdeel in een vast omschreven tijdperk is te behalen?
  - Houd rekening met de verwachte verhouding tussen inspanning en resultaat.

- Vind een goede balans tussen bovenstaande punten.
  - Stel maximaal drie SMART omschreven doelen per periode (jaar) vast. De drie-borden-methode, omschreven in het zeven fasenmodel, kan hierbij helpen.
6. Stel een **regionaal projectteam** samen met een **beperkt aantal mensen**. Stel daarnaast een bredere regionale klankbordgroep in, die op bepaalde momenten wordt geïnformeerd en mee kan denken en die t.z.t. bij de uitbreiding van het aantal interventies ook betrokken kan worden in het (kleinere) projectteam. Op deze wijze blijft het projectteam slagvaardig, met breder draagvlak (zie fase 1, punt 3 voor de samenstelling van deelnemers).
  7. Voor het verlenen van goede multidisciplinaire transmurale zorg is **informatie uitwisseling** tussen zorgverleners, maar ook met de patiënt essentieel. Een goede ICT systematiek is wenselijk en zorg voor een beveiligde mailuitwisseling.
  8. Bekijk de mogelijkheden om (farmaceutische) bedrijven in te schakelen om het **project/proces te ondersteunen**. Diverse bedrijven hebben instrumenten en aanpakken ontwikkeld die regio's kunnen ondersteunen. Bij het ontwikkelen van het landelijk zorgpad COPD longaanval waren met name AstraZeneca, Boehringer-Ingelheim, Chiesi Pharmaceuticals, GSK en Novartis betrokken.
  9. Heb aandacht voor de **procesmatige evaluatie** (stap 6 en 7). De ervaring leert dat de aandacht verslapt en/of andere zaken binnen de organisatie meer prioriteit zullen krijgen. Eveneens dient het zorgpad de status van project te verliezen en **gecontinueerd te worden in de huidige reguliere zorg**. Het is raadzaam om hiervoor het projectteam in stand te houden, met als enige aanpassing het schrappen van het teamlid projectleider; het is immers geen project meer, maar huidige reguliere zorg. Zorg eveneens voor borging in de bedrijfsvoering door het een vast agendapunt te maken in bv. het teamoverleg en te laten terugkomen in de maandelijkse rapportages van de teamleider.
  10. Besteed veel **aandacht aan de goede sfeer** bij de regionale samenwerking en vier successen. Bijvoorbeeld door op patiëntniveau na te gaan hoeveel beter het met patiënten gaat en hoeveel nieuwe ziekenhuisopnamen zijn voorkomen. Ook het organiseren van een regionaal symposium kan hierbij nuttig zijn.
  11. **Communicatie** bij een transmuraal zorgpad vraagt veel aandacht en tijd, maar betaalt zich op de lange termijn uit.

---

Meer informatie over het landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname is te vinden op [longalliantie.nl/zorgpad](http://longalliantie.nl/zorgpad)

---



## SAMEN- WERKING



**LAN**

Long Alliantie Nederland

Stationsplein 125  
3818 LE Amersfoort, tel. 033 421 84 18  
[info@longalliantie.nl](mailto:info@longalliantie.nl) [longalliantie.nl/zorgpad](http://longalliantie.nl/zorgpad)  
Triodos Bank IBAN NL17 TRIO 0390 2279 19