



Voorstel voor het Implementatieplan van de Zorgstandaard COPD

24 maart 2011

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
1.1	Totstandkoming van dit voorstel voor het implementatieplan	3
1.2	Wat is een zorgstandaard?	4
1.3	Waarom is de zorgstandaard COPD er?	4
1.4	Wat wordt bedoeld met het implementeren van de Zorgstandaard COPD?	5
2.	Inventarisatie van opinies en literatuur	6
2.1	Gesprekken	6
2.2	Relevante studies	7
2.3	Samenvattende bevindingen.....	11
3.	Wat gebeurt er bij de leden?	12
3.1	Rollen van de leden van de LAN en van de LAN	12
3.2	Implementatie activiteiten van de leden van de LAN	12
4.	Welke activiteiten zijn gewenst?	16
4.1	Vaststellen van het doel van de implementatie van de zorgstandaard COPD ...	16
4.2	Bijdragen aan duidelijkheid over zorgstandaarden	18
4.3	Vergroten bekendheid Zorgstandaard COPD bij patiënten en zorgverleners.....	19
4.4	Uitrol en opbouw van opleidingen voor zorgverleners	21
4.5	Start discussie over adequaat en tijdig stellen van diagnose.....	23
4.6	Bevorder zelfmanagement.....	24
4.7	Ontwikkel instrument voor het meten van de ziektelast	25
4.8	Ontwikkel Kwaliteitsindicatoren Zorgstandaard COPD	25
4.9	Bevorder eenduidige contractering door zorgverzekeraars	26
4.10	Bevorder regionale implementatie Zorgstandaard COPD.....	27
4.11	Meet succes van de implementatie	28
5.	Reeds lopende implementatie activiteiten	30
5.1	Implementatie activiteiten van de LAN lidorganisaties	30
5.2	Kwaliteitsindicatoren Zorgstandaard COPD	30
5.3	LAN Ziektelastmeter COPD.....	30
5.4	Zorgstandaard Astma	30
6.	Implementatie activiteiten 2011	31
6.1	Zorg voor grotere bekendheid van de zorgstandaard COPD door een actief communicatiebeleid	31
6.2	Stimuleer regionale implementatie, op bescheiden wijze	31
6.3	Ontwikkel een individueel zorgplan COPD	32
6.4	Betrek de zorgverzekeraars bij de implementatie	33
6.5	Meet het succes van de implementatie	33
7.	Implementatie activiteiten na 2011	34
7.1	Uitrol en opbouw van opleidingen voor zorgverleners	34
7.2	Start discussie over adequaat en tijdig stellen van de diagnose.....	34
7.3	Bevorder eenduidige contractering door zorgverzekeraars	34
8.	Organisatie van de implementatie	36

1. Inleiding

In juni 2010 is de Zorgstandaard COPD geautoriseerd door de Long Alliantie Nederland en beschikbaar voor alle (potentiële) gebruikers. Aan de kwaliteitsindicatoren behorend bij de Zorgstandaard COPD wordt nog gewerkt, deze zijn naar verwachting rond mei 2011 beschikbaar.

Deze notitie beschrijft de wijze waarlangs de Long Alliantie Nederland de implementatie van de zorgstandaard COPD kan bevorderen. Deze notitie is bedoeld als discussienotitie, die de komende maanden verder zal worden besproken en uitgewerkt, met als doel dat knelpunten worden aangepakt en de implementatie wordt bevorderd.

1.1 Totstandkoming van dit voorstel voor het implementatieplan

Dit voorstel voor het implementatieplan van de Zorgstandaard COPD is tot stand gekomen op basis van gesprekken die hebben plaatsgevonden. Zo is in juli 2010 gesproken met de Adviescommissie Individuele Preventie en Zorg van de LAN over de wijze waarop tot een implementatieplan kan worden gekomen. Daarbij is bepaald dat een inventariserende ronde langs de leden van de LAN zal worden gemaakt.

Vervolgens hebben inventariserende gesprekken plaatsgevonden met de leden van de LAN en met een aantal externe belanghebbende organisaties. Gesproken is met:

- Astma Fonds Longpatiëntenvereniging & Astma Fonds Longstichting;
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (KNMP);
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP);
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT);
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD);
- Nederlandse Vereniging van Longfunctieanalisten (NVLA)
- SAN Centra voor Medische Diagnostiek (SAN);
- Stichting COPD en Astma Huisartsen Adviesgroep (CAHAG)
- STIVORO expertisecentrum voor tabakspreventie
- Vereniging van Astmacentra Nederland (VAN).
- V&VN Longverpleegkundigen
- ActiZ, organisatie van zorgondernemers;
- Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn.
- De farmaceutische bedrijfsleden tijdens een gezamenlijke bijeenkomst
- Mediq

- Voorts is gesproken met:
- Zorgverzekeraars Nederland
- CZ
- Achmea / Agis
- Menzis
- UVIT
- Kring Apotheken / Alliance Healthcare
- Stichting Miletus en het Centrum Klantervaring Zorg

De gesprekkenronde had tot doel het optimaal benutten van de kennis, expertise en kracht van de leden en externe organisaties voor het implementatieplan. In de gesprekken zijn de volgende onderwerpen aan de orde gekomen:

- Welk beeld / doel hebben de organisaties van de implementatie
- Op welke wijze en met welke concrete activiteiten kunnen de organisaties bijdragen aan de implementatie
- waar worden nog lacunes gezien, die collectief of door de lidorganisatie zelf moeten worden opgepakt.

Aan de hand van de gesprekkenronde is de "discussienotitie implementatie zorgstandaard COPD" opgesteld. Deze discussienotitie bevatte een overzicht van activiteiten die in de gesprekkenronde naar voren zijn gekomen als belangrijk om op te pakken (witte vlekken).

Vervolgens is de discussienotitie besproken tijdens drie rondetafelgesprekken. Doel was onder meer om na de bilaterale gesprekken, " oversteken" in de implementatie te krijgen tussen patiënt en zorgverleners, tussen de 1^e, 2^e en 3^e lijn en tussen zorgverzekeraars, bedrijven en andere betrokken organisaties. Zodat synergie wordt bereikt. In elk rondetafelgesprek is gesproken over het te bereiken doel bij de implementatie en over een aantal witte vlekken. Door de mix van mensen en achtergronden in de gesprekken heeft het implementatieplan meer richting en uitwerking gekregen en is gekomen tot een prioriteitsstelling. In totaal hebben ruim 50 mensen deelgenomen aan de rondetafelgesprekken.

1.2 Wat is een zorgstandaard?

Het aantal mensen met een of meer chronische aandoeningen neemt de komende jaren fors toe. Tegelijkertijd verwachten patiënten steeds meer kwaliteit van artsen en andere zorgverleners. Daarom is het noodzakelijk de zorg voor mensen met chronische aandoeningen (verder) te verbeteren. Ketenzorg, ook wel programmatische aanpak of 'disease management' genoemd biedt die mogelijkheid. Ketenzorg stelt de patiënt centraal en voorziet in een zoveel mogelijk sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, (geïndiceerde of zorggerelateerde) preventie, zelfmanagement en goede zorg. Om ketenzorg mogelijk te maken worden zorgstandaarden ontwikkeld.

Een zorgstandaard beschrijft op hoofdlijnen waaruit de zorg tenminste moet bestaan. Daardoor weten de patiënt en de zorgverlener wat zij kunnen verwachten. Een zorgstandaard is een actueel document en draagt daarmee bij aan een continue verbetering van de zorg.

1.3 Waarom is de zorgstandaard COPD er?

In juni 2010 is de Zorgstandaard COPD uitgekomen. Daarmee is COPD na diabetes en Vasculair risicomangement het derde ziektebeeld in Nederland waarvoor een zorgstandaard beschikbaar is.

In de Zorgstandaard COPD speelt de mens met COPD de centrale rol. Het uitgangspunt is dat hij binnen zijn mogelijkheden een eigen verantwoordelijkheid heeft bij zijn behandeling. Uitgangspunt is dat een meer actieve rol bij het eigen zorgproces kan leiden tot krachtige effecten op de klachtbeleving en op de kwaliteit van leven. De patiënt is daarom medebehandelaar van zijn ziekte.

Door de norm (gebaseerd op richtlijnen en afspraken) aan te geven waaraan goede COPD zorg behoort te voldoen, wordt het voor alle partijen inzichtelijk wat zij in een behandelingstraject kunnen en mogen verwachten. Voor de mens met COPD is deze ondersteuning onontbeerlijk. De verwachting is dat een goed geïnformeerde patiënt beter in staat is om keuzes te maken, mee te denken in het eigen ziekteproces en zijn eigen gezondheid te bewaken.

De Zorgstandaard COPD is een instrument dat behulpzaam is bij het realiseren van verscheidene doelen, zoals:

- formuleren van het doel van de te leveren zorg;
- bevorderen van transparantie in het zorgproces;
- bevorderen van zelfmanagement en ondersteuning van de patiënt als regisseur van zijn eigen bestaan met zijn eigen verantwoordelijkheid;
- effectieve en eigentijdse organisatie van de zorgketen;
- kwaliteitsbewaking en bevordering, zowel door interactie tussen patiënt en zorgverlener(s) alsook door systematische rapportages van bereikte resultaten en feedback; en
- het genereren van geordende informatie ten behoeve van analyse, beleid en toezicht.

1.4 Wat wordt bedoeld met het implementeren van de Zorgstandaard COPD?

Met de Zorgstandaard COPD biedt de LAN alle partijen die bij de zorg betrokken zijn een leidraad bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor mensen met COPD.

Omdat de LAN de federatieve vereniging voor chronische longziekten in Nederland is met als leden patiënten-, beroeps- en brancheverenigingen, fondsen, bedrijven en andere organisaties die bijdragen aan preventie en behandeling van chronische longziekten, is de LAN bij uitstek de organisatie voor enerzijds de ontwikkeling en het onderhoud van de Zorgstandaard COPD en anderzijds kan de LAN samen met haar leden een goede implementatie bevorderen.

Onder implementatie wordt verstaan: een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en of veranderingen van bewezen waarde, met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg (Zorg Onderzoek Nederland, 1997). Belangrijk is om alle bij de COPD zorg betrokken partijen bij de invoering en toepassing van de Zorgstandaard COPD te betrekken.

2. Inventarisatie van opinies en literatuur

In het kader van het opstellen van het implementatieplan is met leden van de LAN en externe organisaties gesproken die betrokken zijn bij preventie en zorg voor mensen met COPD.

Het doel van de gesprekkenronde is de kennis, expertise en kracht van de leden optimaal te benutten voor het implementatieplan. In de gesprekken is aan de orde gekomen:

- Welk beeld / doel hebben de leden van de implementatie;
- Op welke wijze en met welke concrete activiteiten kunnen de leden bijdragen aan de implementatie;
- waar worden nog lacunes gezien die collectief of door de lidorganisatie zelf moeten worden opgepakt.

2.1 Gesprekken

Met de leden van de LAN en de externe organisaties hebben open gesprekken plaatsgevonden. Uitkomst is dat alle gesproken leden van de aandacht besteden aan de zorgstandaard COPD. De intentie om in gezamenlijkheid het implementeren van de zorgstandaard succesvol te laten verlopen is aanwezig.

Samenvattend kan gesteld worden dat de inspanningen van de branche- en beroepsverenigingen zich vooral richten op:

- het informeren van de eigen leden
- het bevorderen van een goede positionering van de eigen leden
- het bevorderen van het kennisniveau van de leden
- het bevorderen van het draagvlak voor de nieuwe inzichten uit de Zorgstandaard COPD voor zover deze nog niet in de eigen beroepsspecifieke richtlijnen zijn uitgedragen.

Uit de gesprekken met de branche- en beroepsverenigingen blijkt dat deze belang hechten aan het verspreiden van informatie en het verbreden van de kennis bij de zorgverleners die nodig is om de zorgstandaard COPD uit te voeren.

De verenigingen zien het als hun taak om draagvlak te creëren onder hun eigen leden en betrokkenheid te stimuleren bij de daadwerkelijke implementatie van de zorgstandaard. De verenigingen beschikken over de kanalen om hun leden te informeren over de nieuwe inzichten uit de zorgstandaard op een dusdanige manier dat de leden het gevoel krijgen dat de vernieuwingen cruciaal zijn voor hun eigen beroepsgroep. Het moet de leden inzicht verschaffen over de eigen werkwijze, welke veranderingen daarin van belang zijn en de meerwaarde van de veranderingen.

Informeren is echter niet voldoende, in de praktijk is een omslag nodig. Enkele verenigingen bieden hun leden vakinhoudelijke scholingen aan waardoor ze een actieve bijdrage kunnen leveren aan de daadwerkelijke veranderingen. Diverse verenigingen geven aan een rol te zien in de scholingen die gegeven worden aan de zorgverleners.

Uit de gesprekken met de patiëntenvereniging is naar voren gekomen dat er veel belang wordt gehecht aan het centraal stellen van de patiënt in de zorgverlening. Meerdere activiteiten zijn er op gericht om de positie van de patiënt te versterken, zowel door goede informatie en voorlichting als door het inzichtelijk maken van de ervaren kwaliteit van zorg.

De bedrijfsleden hebben in de gesprekken aangegeven dat ze graag partner zijn bij het zo goed mogelijk implementeren van de Zorgstandaard COPD. Bedrijfsleden willen graag hun kennis en expertise op een transparante wijze inbrengen.

2.2 Relevante studies

Er zijn in de afgelopen maanden diverse studies uitgebracht die een beeld geven over de implementatie van de Zorgstandaard COPD. Het gaat in ieder geval over de volgende studies:

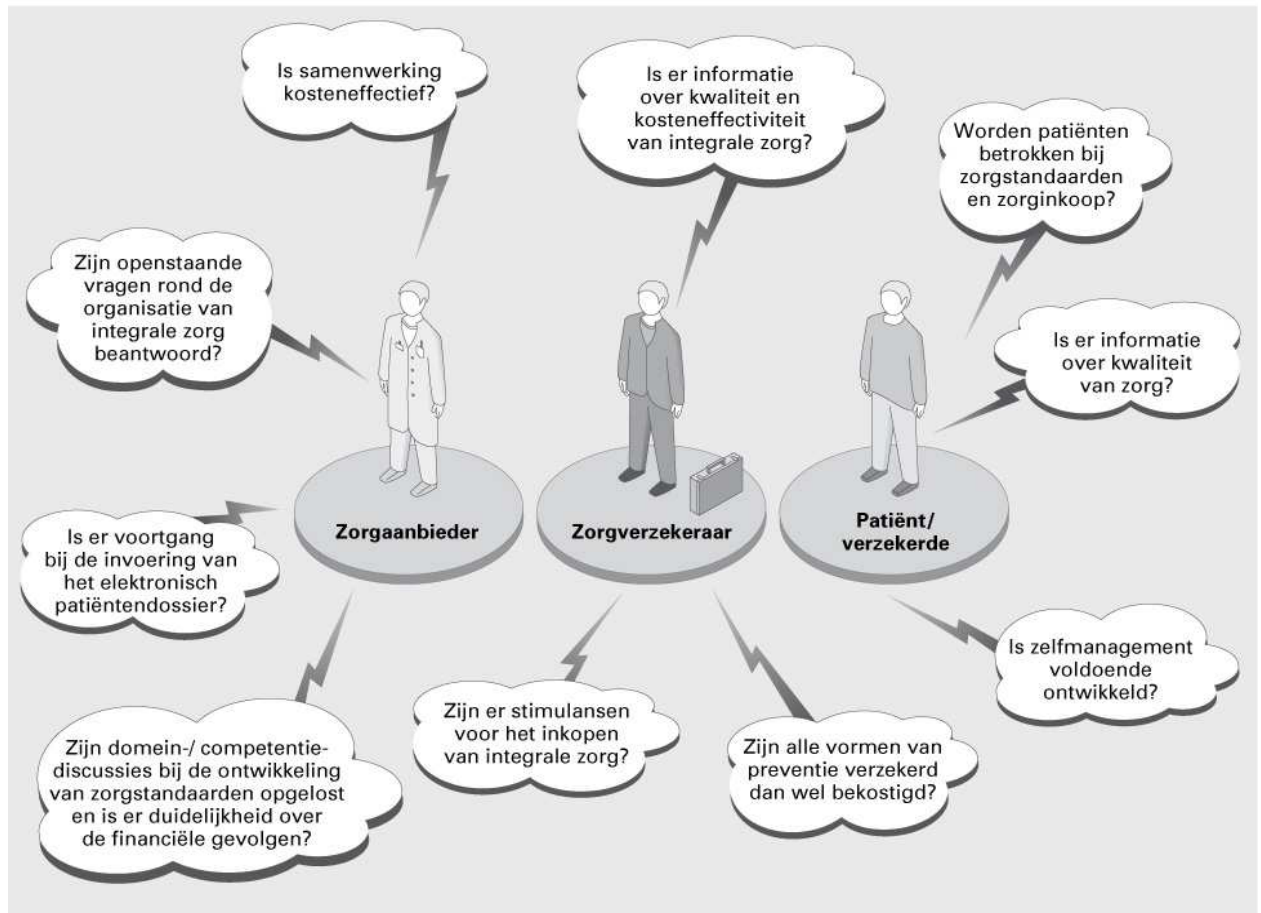
2.2.1 Algemene Rekenkamer: afstemming van de zorg rond chronische aandoeningen (terugblikonderzoek 2006-2010)

In Nederland zijn 4,5 miljoen mensen met een chronische ziekte en 1,3 miljoen van deze mensen hebben meer dan één chronische ziekte tegelijk. Het Ministerie van VWS is verantwoordelijk voor het beleid op dit gebied. De Algemene Rekenkamer heeft een "terugblikonderzoek" uitgevoerd naar het chronisch ziekenbeleid tussen 2006 en 2010.

Op grond van het onderzoek adviseert de Algemene Rekenkamer een deltaplanaanpak te hanteren voor het chronisch ziekenbeleid, omdat chronisch zieken zijn gebaat bij een voortvarende aanpak en integrale zorg nog niet vanzelfsprekend tot stand komt door te veel vrijblijvendheid. In een meerjarige 'Deltaplanaanpak' moeten met de veldpartijen prestatieafspraken worden vastgelegd, met daarbij op welke wijze de Minister ingrijpt indien prestatieafspraken niet worden nagekomen. Het plan moet ook preventieve maatregelen omvatten die een gezonde leefstijl bevorderen met goede samenwerking met partners binnen en buiten het domein van de zorg.

In de terugblik op het landelijk beleid vindt de Rekenkamer het positief dat het VWS beleid toetsbaar en controleerbaar is geworden door meetbare doelstellingen en dat meer duidelijkheid nodig is over de mogelijkheden van samenwerking binnen het stelsel met gereguleerde marktwerking. Over de rolinvulling van de patiënten, zorgverzekeraars en zorgverleners constateert de Rekenkamer dat er veel aandachtspunten zijn bij de ontwikkeling van integrale zorg. Deze aandachtspunten worden in onderstaand figuur treffend weergegeven:

Figuur 3 Aandachtspunten bij de ontwikkeling van integrale zorg



De Rekenkamer beveelt de Minister van VWS aan om meer positieve prikkels te geven aan zorgverleners en zorgverzekeraars tot het formuleren van zorgstandaarden, multidisciplinaire zorgverlening en integrale zorg, inkoop op basis van zorgstandaarden en meer bevordering van een gezonde leefstijl.

Het rapport bevat ook direct de reactie van de Minister van VWS. De minister relativeert de opmerking van de Rekenkamer dat de implementatie van het nieuwe beleid trager verloopt dan verwacht en dat het aanbod van integrale zorg geen gelijke tred dreigt te houden met de ontwikkeling van de vraag. De Minister vindt dat er in korte tijd veel is bereikt, maar dat meer tijd nodig is om te komen tot de nieuwe manier van werken die het ingezette beleid vraagt, zowel van patiënten, zorgverleners als zorgverzekeraars. De minister neemt de aanbeveling voor een meerjarige Deltaplanaanpak niet over, omdat de Minister zo'n aanpak te complex acht en daardoor onuitvoerbaar. De minister wil een bestuurlijke agenda opstellen met de betrokken partijen op basis waarvan afspraken worden gemaakt over de implementatie van de 'programmatische aanpak' van de zorg voor chronische aandoeningen. De Rekenkamer vindt dat in dat geval duidelijke afspraken moeten worden gemaakt wie, wat, wanneer presteert en welke interventies (van de Minister) volgen als stagnatie optreedt.

2.2.2 NIVEL: monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn
 Het NIVEL heeft een trend- en verdiegingsstudie uitgebracht naar multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn, als vervolg op een eerdere studie uit 2007. De studie focust op hoe de samenwerkingsverbanden er uit zien, in hoeverre er

verschillen in samenwerking zijn en op welke patiëntengroepen de samenwerking zich richt. Uit het onderzoek komt onder meer naar voren dat:

- Tussen 2007 en 2009 het aantal samenwerkingscontracten van huisartsen met andere eerstelijnszorgverleners met 5% is toegenomen tot 43% en het aantal huisartsen dat met andere eerstelijnszorgverleners onder één dak werkt met 8% is toegenomen tot 58%. Samenwerking vindt het meeste plaats met fysiotherapeuten, apothekers, diëtisten en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.
- Als er samenwerking plaatsvindt dan richt deze zich in bijna alle gevallen op diabetes. 55% van de samenwerkingsverbanden richt zich (ook) op astma en COPD, 33% op Cardiovasculair Risicomanagement en 21% op ouderenzorg.
- Samenwerking richt zich meestal op chronische patiënten, in 30% van de praktijken is er sprake van een vorm van patiëntenparticipatie bij deze samenwerking, bijvoorbeeld in de vorm van een klachtencommissie of onderzoek naar patiëntenervaring.
- Belangrijke knelpunten bij de samenwerking zijn communicatie tussen zorgverleners, moeilijkheden met declaraties, verschillende registratiesystemen en de te kiezen organisatievorm.

2.2.3 RIVM: de organisatie van zorggroepen anno 2010

Het RIVM heeft in opdracht van VWS onderzocht hoe zorggroepen voor diabetes, COPD en vasculair risicomanagement (VRM) zich tussen 2008 en 2010 hebben ontwikkeld. Naar voren komt dat:

- er in maart 2010 in totaal 97 zorggroepen in Nederland actief zijn. 55 van deze zorggroepen hebben deelgenomen aan het onderzoek. Alle 55 zorggroepen hebben een zorgprogramma voor diabetes ingevoerd en bekostigd via een keten-DBC contract. Voor COPD zijn 31 zorggroepen bezig met de voorbereidingen en zeven groepen hebben een keten-DBC contract afgesloten met de zorgverzekeraar. Bij VRM zijn 11 zorggroepen bezig met de voorbereiding en zijn twee keten-DBC contracten afgesloten. Het gemiddeld aantal deelnemende patiënten is meer dan 10.000 bij VRM, 8771 bij diabetes en 1554 bij COPD.

Resultaten van het onderzoek zijn dat:

- huisartsen de belangrijkste spelers zijn in de organisatie van zorggroepen;
- er nog geen landelijke uitrol is van integrale bekostiging voor COPD en VRM;
- dat patiënten meer betrokken lijken te worden bij zorggroepen;
- dat de ICT een knelpunt is bij het geïntegreerd leveren van zorg;
- dat veel zorggroepen tevreden zijn over het onderhandelingsresultaat met de zorgverzekeraar maar ontevreden over het proces om daar te komen; dat er binnen de zorggroepen grote tevredenheid is over het onderhandelingsresultaat en –proces met onderaannemers; en
- dat zelfmanagement nog weinig door zorggroepen wordt opgepakt.

Kanttekeningen zijn dat onbekend is hoe de betrokkenheid van patiënten precies is vormgegeven en dat niet aan de "onderaannemers" is gevraagd hoe zij het onderhandelingsproces en onderhandelingsresultaat met zorggroepen hebben ervaren. Het RIVM beveelt aan om onderzoek te blijven verrichten naar de ontwikkelingen van en binnen zorggroepen en de kwaliteit en doelmatigheid van behandeling door zorggroepen.

2.2.4 NZa en NMa: richtsnoeren voor samenwerking zorggroepen

De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben Richtsnoeren geformuleerd voor zorggroepen. Deze Richtsnoeren geven uitleg welke samenwerkingsafspraken binnen zorggroepen op grond van de Mededingingswet en de Wet Marktordening Gezondheidszorg wel en niet zijn

toegestaan. In het algemeen geldt dat samenwerkingsafspraken zijn toegestaan als de kwaliteit van zorg voor de patiënt daar beter van wordt. Afspraken die onnodig de onderlinge concurrentie beperken of leiden tot misbruik van marktmacht zijn verboden.

De NZa gaat de komende jaren de effecten van de ketenzorg door zorggroepen monitoren. De NZa concludeert dat op lange termijn in potentie voldoende ruimte is voor verbetering van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg door concurrentie tussen zorggroepen en/of andere aanbieders van ketenzorg. De concurrentie op korte termijn kan echter belemmerd worden door toe- en uittredingsdrempels voor zorgaanbieders en overstapdrempels voor patiënten en verzekeraars. Dit kan juist leiden tot verslechterde kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. NZa en NMa zijn voorstanders van ketenzorg omdat de verwachting is dat ketenzorg leidt tot kwalitatief betere zorg (door betere afstemming), toegankelijker zorg (door meer transparantie) en een efficiënter zorgtraject.

Uit het onderzoek van de NZa komt naar voren dat er in Noord Nederland minder zorggroepen zijn dan in Zuid Nederland.

2.2.5 diabetes zorgmonitor DVN

Diabetesvereniging Nederland (DVN) heeft recent resultaten van de Diabetes Zorgmonitor 2010 gepresenteerd. Uit dit onderzoek blijkt dat de ervaren diabeteszorg nog niet voldoet aan de Zorgstandaard die is vastgelegd voor alle diabeteszorgverleners.

Ruim 5000 mensen met diabetes typen 1 en 2 zijn onderzocht naar ervaringen over de diabeteszorg

Hieruit blijkt dat:

- Ongeveer 60% respondenten nog steeds geen zorgplan heeft;
- Onderzoek naar complicaties in 25,3% van de deelnemers niet is gebeurd;
- Bij 24,6% van de respondenten heeft geen toelichting gekregen waarom een controle nooit wordt uitgevoerd;
- Eén op de vier respondenten die meer vragen heeft over geldproblemen weet niet waar hij of zij terecht kan;
- Een op de vier respondenten die meer vragen heeft over seksueel functioneren weet niet waar hij terecht kan
- De handleiding bij kennis over persoonlijke diabeteszorg, is bij ongeveer de helft van de mensen nog onbekend.

Twee positieve resultaten:

- Bloedonderzoek en het onderzoek naar de ogen en nieren wordt in bijna alle gevallen in ieder geval jaarlijks of vaker gedaan;
- Respondenten zijn goed op de hoogte van de persoonlijke streefwaarden en hebben een goede algemene kennis; zij weten bijvoorbeeld goed hoe vaak en door wie ze gecontroleerd moeten worden.

De consequentie is dat het niveau dat de koepels van zorgverleners en patiënten hebben afgesproken in de Zorgstandaarden voor diabetes niet wordt gehaald. Het tekort aan inzicht van de patiënt en het lage zorgniveau van de zorgverlener leiden zo tot onnodige zorgkosten, meer complicaties en mindere kwaliteit van leven.

Uit het onderzoek blijkt dat er verschillende categorieën patiënten zijn met elk hun eigen vaardigheden op het gebied van zelfregie.

Dit blijkt samen te hangen met de ervaren gezondheid en de vaardigheid in het omgaan met diabetes.

2.3 Samenvattende bevindingen

Als de uitkomsten van de gesprekken en literatuur worden gegroepeerd naar macro, meso en microniveau dan ontstaat het volgende beeld

Macro niveau (zorgstandaarden en zorgmodules als instrument)

- De inhoud van de zorgstandaarden is nog onvoldoende bekend.
- De meerwaarde van de zorgstandaard ten opzichte van de huidige richtlijnen is vaak nog onvoldoende duidelijk.
- De medische noodzaak van invoering van de zorgstandaarden wordt nog onvoldoende gezien, partijen blijven nog te veel in hun comfort zone
- Co- en multimorbiditeit zijn problemen die nog meer aandacht behoeven.
- Er is een spanningsveld tussen de eerste en tweede lijn, dit komt mede door "substitutie" streven en bekostiging van de zorgverzekeraars
- Er is meer aandacht gewenst voor de koppeling tussen curatieve en langdurige zorg, met name omdat in de langdurige zorg de omslag naar integrale zorg zeer nodig wordt gevonden door veel patiënten met meerdere ziektes tegelijk en polyfarmacie
- Diversiteit bij verzekeraars rond om financieringsregelingen, problemen met "verre"verzekeraars. Onzekerheid met betrekking tot de financiering (integrale bekostiging en/of koptarief). Zorgverzekeraars zijn terughoudend met de inkoop van "beweegzorg" uit de zorgstandaarden omdat de inclusie en exclusiecriteria onvoldoende helder zijn.

Meso niveau (zorgstandaard COPD)

- De Zorgstandaard COPD is niet compleet: de kwaliteitsindicatoren ontbreken
- Het meten van de ziektelast is nog niet goed mogelijk.
- De Zorgstandaard COPD is nog onvoldoende bekend, slechts een beperkt deel (de voorlopers) van de patiënten en beroepsgroepen is er mee bekend.
- De communicatie over de Zorgstandaard COPD mag worden versterkt en zoveel mogelijk met dezelfde boodschappen worden gevoerd.
- Voor het uitvoeren van integrale zorg is scholing/opleiding van belang. Voor "behandeling" wordt scholing ontwikkeld, deze is nog niet beschikbaar.
- Er is discussie over de diagnosestelling, zowel over de wijze en frequentie van vaststelling als over wie de diagnose uitvoert. Er is nog veel onderdiagnose en misdiagnose. Niet alle expertise wordt goed benut.
- Mogelijk is de risicoverevening tussen zorgverzekeraars zodanig dat het niet loont om extra activiteiten uit te voeren voor COPD patiënten.

Micro niveau (lokaal / regionaal niveau)

- Er zijn momenteel 33 zorggroepen die voorbereidingen treffen om de COPD ketenzorg DBC in te voeren, zeven groepen hebben daadwerkelijk de bekostiging (in vergelijking DM= 55 zorggroepen).
- Alle zorgverzekeraars met wie is gesproken melden een toename in de contractering op basis van de Zorgstandaard COPD.
- Er is onvoldoende prikkel voor voorlopende zorggroepen om hun kennis en kunde te delen met zorggroepen die nog minder ver zijn
- Het verschilt per regio wie het voortouw neemt bij de implementatie.
- De meerwaarde van andere disciplines is vaak nog onvoldoende bekend en het betrekken van alle disciplines is niet vanzelfsprekend. Samenwerking beperkt zich vaak (nog) tot huisarts, POH, fysiotherapeut, longarts en diagnostisch centrum.
- Er is in sommige regio's nog onvoldoende vertrouwen tussen de eerste en tweedelij om de samenwerking aan te gaan

3. Wat gebeurt er bij de leden?

Bij het daadwerkelijk slagvaardig implementeren is een goede taakverdeling tussen de LAN, leden van de LAN en andere organisaties van belang.

3.1 Rollen van de leden van de LAN en van de LAN

In de ledenvergadering van de LAN van 17 september 2010 is van gedachten gewisseld over de rol van de LAN en de leden bij de implementatie. De rollen van LAN en de leden zijn als volgt omschreven:

Rol leden van de LAN:

- Eigen activiteiten uitvoeren die de toepassing van integrale zorg conform de Zorgstandaard COPD bevorderen
- Communicatie naar de eigen leden over relevante aspecten
- Informeren van de LAN en de leden van de LAN over eigen activiteiten
- Op zoek gaan naar samenwerking en synergie tussen de eigen activiteiten en de activiteiten van andere leden
- Kennis, expertise en krachten van de organisatie inzetten voor het oplossen van knelpunten binnen de eigen doelgroep en bij andere doelgroepen.

Rol van de LAN:

- De kennis, expertise en krachten van de leden maximaal benutten voor een goede implementatie van de Zorgstandaard COPD. Door de gespreksronde worden ieders activiteiten duidelijk en kan synergie worden gezocht tussen de leden.
- Het opstellen van een compleet plan, bestaande uit de plannen van de afzonderlijke leden + de gezamenlijke plannen. Op deze wordt overzicht gecreëerd zodat leden van de LAN op een constructieve manier kunnen samenwerken.
- Opsporen van lacunes (met behulp van het totaaloverzicht)
- Het interesseren van potentiële externe belanghebbenden en subsidieverstrekking om de implementatie te ondersteunen
- Communicatie met de leden en met potentiële externe samenwerkingspartners.

3.2 Implementatie activiteiten van de leden van de LAN

Uit de gesprekkenronde zijn de volgende activiteiten naar voren gekomen die door de leden zelf worden ondernomen die bijdragen aan de implementatie van de Zorgstandaard COPD.

Wie	Wat	Type activiteit	Wanneer	Contact persoon
KNMP	Congres KNMP over COPD	(I)	Maart 2011	Marnix Westein
	Implementatie KNMP richtlijn COPD, die sluit aan op de Zorgstandaard COPD	(I)	In beweging	Marnix Westein en Henk Vermaat
	Organiseren en uitvoeren Long inhalatie week 2011. Gebruik makend van COPD risicotest, patiëntenversie Zorgstandaard	(Z)	Mei 2011	Marnix Westein en Henk

	COPD, longzorgmeter en inhalatie instructie			Vermaat
	Vergroten bekendheid apothekers met Zorgstandaard COPD door informatiepakket	(I)	2010	Marnix Westein en Henk Vermaat
	Bewustwording impact Zorgstandaard COPD vergroten door quick scan onderzoek onder apotheken	(O)	2010	Marnix Westein en Henk Vermaat
	Scholingsaanbod aanpassen op Zorgstandaard COPD	(S)	2011	Marnix Westein en Henk Vermaat
	ICT systemen aanpassen op Zorgstandaard COPD voor het meetbaar en evalueerbaar maken van de zorg	(O)	2011	Marnix Westein en Henk Vermaat
CAHAG	Scholing continueren rond COPD (POH, huisartsen) en ontwikkelen nascholingen integrale zorg	(S)	In beweging	Marjan Verschuur
	Uitrol en logistiek nascholingen			Marjan Verschuur
	Doorlopend communicatie naar de eigen leden	(I)		Marjan Verschuur
	Beoordelen cursussen ontwikkeld door bedrijfsleden	(O)		Marjan Verschuur
	Analyseren verschillen zorgstandaard/huidige richtlijnen en communicatie daarover naar leden	(I)		
NIP	Vergroten bekendheid zorgstandaard COPD onder eigen leden	(I)		Irma Hofte Rob Wiewel
	Inventariseren welke leden COPD patiënten behandelen	(O)		Irma Hofte Rob Wiewel
Astma Fonds	Deelname in het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement	(Z)	Lopend	
	Vergroten bekendheid zorgstandaard COPD patiëntenversie, in 2010 vooral onder de eigen leden en vanaf 2011 ook bij zorgverleners en niet leden	(I)		Annemarie Trompert
	Actief meedenken en uitwerken communicatieplan	(O)	In beweging	Annemarie Trompert
	Nationale COPD risicotest	(Z)	November 2010 en jaarlijks	Gerrit Vink
	Introductie en uitrol van de longzorgmeter en rapportages naar aanleiding van bevindingen	(O)		Annemarie Trompert
NVD	Vergroten bekendheid zorgstandaard COPD onder eigen leden	(I)		Doreth v d Heuvel
	Mede ontwikkelen scholing CAHAG	(S)		Doreth v d Heuvel
	In kaart brengen regionaal gespecialiseerde COPD diëtisten	(Z)		Doreth v d Heuvel
KNGF	Stimuleren samenwerking fysiotherapeuten met zorggroepen	(O)	In beweging	Philip van der Wees Esther

				Rutte
	Stimuleren COPD opleidingen i.s.m. NPI	(S)	In beweging	Philip van der Wees Esther Rutte
	Leden stimuleren zorgstandaard COPD in behandeling te integreren	(O)		Philip van der Wees Esther Rutte
	Vergroten bekendheid zorgstandaard COPD onder eigen leden	(I)		Philip van der Wees Esther Rutte
	Mede ontwikkelen scholing CAHAG	(S)	In beweging	Philip van der Wees Esther Rutte
STIVORO	Implementeren van Zorgmodule Stoppen met Roken			Monique Croes
NVALT	Mini symposium NVALT voor eigen leden over samenwerking zorggroepen en longartsen.	(I)		Bestuur NVALT
	Idee voor symposium over samenwerking zorggroepen en longartsen met longartsen en andere zorgverleners	(I)		Bestuur NVALT
	Kwaliteitsvisitatie ziekenhuisafdelingen	(o)		Bestuur NVALT
NVLA	Vergroten bekendheid zorgstandaard COPD onder eigen leden	(I)		Bestuur NVLA
	Mede ontwikkelen scholing CAHAG	(S)		Bestuur NVLA
	In het kader van de CASPIR cursus aanleveren van docenten die "train de trainer" hebben gevolgd	(S)		Bestuur NVLA
SAN	Implementatie praktijkrichtlijn COPD (gericht op diagnosestelling) combineren met implementatie Zorgstandaard COPD	(S)	November 2010 in leden verg. SAN	SAN
	Indien gewenst ondersteunen huisarts bij stellen diagnose COPD	(Z)		Leden SAN
Mediq	In samenwerking met diëtisten aandacht geven aan ondervoeding bij COPD patiënten in 30 apotheken	(Z)		Mediq
	Aandacht besteden aan het opsporen van mensen die COPD hebben maar dat nog niet weten	(Z)		Mediq
LVG	Aandacht in scholing voor "geïntegreerd werken" in samenwerking met hogescholen, huisartsen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen en praktijkondersteuners	(S)		Leo Kliphuis
	Praktijkondersteuners meer betrekken bij veranderingen door zorgstandaarden	(I)		Leo Kliphuis
	Aandacht voor goede registratie in HIS, door vergroten kennis tijdens HIS avonden	(S)		Leo Kliphuis

VAN	Implementatie van longrevalidatie DBC typering, is gekoppeld aan de implementatie van de Zorgstandaard COPD	(Z)		
Actiz	Zorg op afstand project, ook gericht op COPD. Afhankelijk van externe subsidie	(O)		Wimjan Vink
Bedrijfs leden	Ontwikkelen cursussen COPD	(S)	In beweging	
	Faciliteren en organiseren cursus avonden	(S)		
	Ondersteunen van regionale implementatie bij zorggroepen door kennis, expertise en instrumenten beschikbaar te stellen	(O)		
AstraZeneca, GSK en Boehringer Ingelheim	Opstellen in samenwerking met CAHAG en NVALT van een communicatiestrategie en Communicatieplan rond zorgstandaard	(I)	In beweging	Denise Schaap
Kring Apotheken	In 2011 extra service voor COPD patiënten	(Z)	2011	Kring Apotheken
	Verbetering scholing eigen medewerkers op het gebied van COPD	(S)		Kring Apotheken
Centrum Klantervaring Zorg / Stichting Miletus	Doorontwikkelen van de CQ index astma en COPD door koppeling aan de Kwaliteitsindicatoren Zorgstandaard COPD en astma	(O)	2011 en 2012	Liesbeth Vredeling (Astma Fonds) en Nathalie Janssen (LAN)
ZN	Samen met de LAN organiseren van een jaarlijkse bijeenkomst over de stand van zaken van de implementatie en contractering van de Zorgstandaard COPD	(O)	Mei 2011	Eike Peters en Martien Bouwmans (ZN)

Toelichting op type activiteit: informeren (I) Scholing (S) zorgactiviteiten (Z) overige activiteiten (O)

4. Welke activiteiten zijn gewenst?

Tijdens de gesprekken is gefocust op activiteiten die nog niet worden uitgevoerd, maar die wel nodig zijn voor een goede implementatie; de zogeheten “witte vlekken”.

De LAN kan bevorderen dat deze witte vlekken worden ingevuld door zelf de uitvoering ter hand te nemen, maar ook bepaalde organisaties benaderen met de vraag dit te doen.

Er is een aantal vraagstukken dat door alle witte vlekken heenloopt:

- Is de implementatie vrijblijvend of een verplichting, met andere woorden: gaan de betrokken partijen een inspanning- of een resultaatsverplichting aan?
- Draagkracht binnen de verschillende organisaties. Binnen veel organisaties is een beperkt aantal leden actief en inzetbaar voor het landelijk verbeteren van de zorg. Er zijn grenzen aan de hoeveelheid activiteiten die kunnen worden opgepakt, tenzij aanvullende middelen beschikbaar komen.
- De taakverdeling en taak(her)schikking tussen zorgverleners onderling en tussen patiënten en zorgverleners loopt door meerdere punten heen. Dit onderwerp komt in de witte vlekken op deelterreinen aan de orde, maar niet als discussie over het brede onderwerp van taakherschikking.
- Het leggen van verbindingen tussen patiënten, zorgverleners, bedrijven, zorgverzekeraars, andere (bij de LAN) betrokken partijen en tussen 1^e, 2^e en 3^e lijn gaat niet vanzelf. Per onderwerp is hiervoor aandacht nodig.

Hieronder volgt een opsomming van de meest belangrijk geachte witte vlekken die zijn aangegeven. De vraag is uiteraard of deze mening wordt gedeeld.

Per witte vlek wordt een korte toelichting gegeven, met een advies, en hoe dat advies kan worden uitgevoerd en bekostigd.

4.1 Vaststellen van het doel van de implementatie van de zorgstandaard COPD

Toelichting

Een cruciale vraag bij het implementeren van integrale zorg bij COPD is wat het doel is van de implementatie. Tijdens de gesprekken met de leden is aangegeven dat de implementatie een succes is:

- als de COPD zorg verbetert
- als de doelmatigheid verbetert
- wanneer 1^e, 2^e en 3^e lijn vlekkeloos in elkaar overloopt
- de zorgvraag van de patiënt leidend is
- als de patiënten ook in de toekomst goede zorg blijven ontvangen, dit is een uitdaging gezien de verwachte toename van vraag naar zorg en afname van de beroepsbevolking
- als het grootste deel van de beroepsgroepen de Zorgstandaard COPD kent en naleeft
- als de afzonderlijke beroepsgroepen worden betrokken in de uitvoering

Positief is dat tijdens alle gesprekken dezelfde ontwikkelrichting is aangegeven voor de COPD zorg: betere kwaliteit van zorg met een grotere doelmatigheid en (minimaal) gelijkblijvende toegankelijkheid en betere samenwerking tussen patiënt en zorgverleners. Negatief is dat niet gekwantificeerde doelstellingen een vrijblijvendheid met zich meebrengen.

Wat is het advies?

Het advies is om concrete, kwantificeerbare doelen te stellen voor de komende jaren voor de implementatie van de Zorgstandaard COPD. Bijvoorbeeld:

Item	2011	2012	2013	2014	2015
% patiënten dat individueel zorgplan heeft	X%	X%	X%	X%	X%
Bekendheid zorgstandaard onder patiënten	X%	X%	X%	X%	X%
Bekendheid ZS onder zorgverleners	X%	X%	X%	X%	X%
Percentage tevreden patiënten	X%	X%	X%	X%	X%
Percentage COPD zorg dat onder integrale zorg in de 1 ^e lijn valt dat via keten DBC wordt geleverd	X%	X%	X%	X%	X%
Intergrale zorg in de 2 ^e en 3 ^e lijn	X%	X%	X%	X%	X%
Anders namelijk:	X%	X%	X%	X%	X%
.....	X%	X%	X%	X%	X%

Van belang bij het vaststellen van het doel is of de leden van de LAN en de LAN een **inspanningsverplichting** aangaan of een **resultaatsverplichting**.

Hoe moet het advies worden uitgevoerd?

De LAN neemt het initiatief om tijdens een brainstormbijeenkomst met de leden concrete doelen op te stellen. Dan kan tevens worden bepaald hoe de afspraken worden vastgelegd. Dit geldt zowel voor inspanning- als (eventuele) resultaatsverplichtingen. Als de doelen zijn gesteld, dan is het van belang deze periodiek te meten. Dit is uitgewerkt onder paragraaf 4.11 van deze notitie.

4.2 Bijdragen aan duidelijkheid over zorgstandaarden

Toelichting

In de gesprekken is naar voren gekomen dat leden over het algemeen de omslag naar integrale zorgverlening met verbinding tussen preventie en zorg toejuichen. De invoering van de Zorgstandaard COPD wordt als begin gezien en de komst van nieuwe zorgstandaarden als positief. Aandacht voor co- en multimorbiditeit binnen het bouwwerk van zorgstandaarden wordt belangrijk gevonden omdat steeds meer patiënten hier mee te maken hebben.

Omdat er onduidelijkheid bestaat over de verhouding tot richtlijnen en de huidige praktijk kan de meerwaarde van zorgstandaarden verder worden vergroot als er meer duidelijkheid ontstaat over positie, de nieuwe elementen en toepassing van zorgstandaarden. Dit dient dan meer gecommuniceerd te worden richting gebruikers.

Een discussie die veel met zorgstandaarden in verband wordt gebracht is de integrale bekostiging. De integrale bekostiging zorgt er voor dat beroepsverenigingen zich bezinnen op hun positie in het (regionale) zorgveld. Op dit moment is dat niet bevorderlijk voor een goede implementatie van de Zorgstandaard COPD. Anderzijds lijkt integrale bekostiging in de 1^e lijn bij sommige zorggroepen een krachtige prikkel te zijn voor implementatie.

Wat is het advies?

Het advies is om als LAN waar mogelijk bij te dragen aan het verschaffen van duidelijkheid over zorgstandaarden. Dit in samenwerking met het Coördinatieplatform Zorgstandaarden en met andere (aankomende) platforms zoals NDF, Vitale Vaten, STIVORO, PON en NISB.

Hoe moet het advies worden uitgevoerd?

Met het Coördinatieplatform zorgstandaarden wordt het overleg gestart. In dit overleg worden enerzijds vragen en onduidelijkheden die leven onder de leden van de LAN met betrekking tot de zorgstandaarden besproken en anderzijds over hoe de LAN kan bijdragen aan duidelijkheid over zorgstandaarden.

Wie bekostigt deze activiteit?

Deze activiteit past binnen de begroting van de LAN.

4.3 Vergroten bekendheid Zorgstandaard COPD bij patiënten en zorgverleners

Toelichting

Op dit moment is slechts een beperkt deel van de patiënten en beroepsgroepen bekend met de beschrijving van integrale zorg en de daarmee samenhangende zorgstandaard COPD als een instrument voor het verbeteren van de kwaliteit van de COPD zorg.

Onder patiënten zijn vanaf juni 2010:

- 6000 exemplaren van de patiëntenversie zorgstandaard COPD besteld.
- 12.500 setjes (van 20 folders) van kleine folders met een samenvatting van de zorgstandaard zijn verspreid via zorgverleners. Daarvan zijn 4000 setjes geleverd aan apothekers, 5000 aan huisartsenpraktijken, 1200 aan longartsen en longverpleegkundigen en de rest is nabesteld via de webwinkel.

Binnen de beroepsverenigingen zijn het over het algemeen de voorlopers die op dit moment kennis hebben genomen van de Zorgstandaard COPD. De KNMP heeft veel aandacht besteed aan de Zorgstandaard COPD en dit heeft tot resultaat geleid: onder de apothekers is meer dan de helft bekend met de zorgstandaard COPD voor professionals en de patiëntenversie (Bron: KNMP).

Wat is het advies?

Alle betrokkenen zorgverleners en COPD patiënten worden geïnformeerd over relevante elementen uit de zorgstandaard COPD. Het advies is om de communicatie over de Zorgstandaard COPD te versterken en daarbij te waarborgen dat zoveel mogelijk dezelfde boodschap wordt gecommuniceerd.

Hoe moet het advies worden uitgevoerd?

Het advies is om binnen de LAN een werkgroep in te stellen die een communicatiestrategie uitwerkt, te beginnen met een communicatieplan waarin de te nemen stappen duidelijk zijn omschreven. Voor het opzetten van de communicatiestrategie en het communicatieplan gericht op zorgverleners is reeds het nodige voorwerk verricht door AstraZeneca, GSK en Boehringer-Ingelheim. Op dit voorwerk kan worden voortgebouwd.

Het communicatieplan heeft als doel 'awareness' te creëren bij de doelgroepen, over de elementen waarop verandering gewenst is, bijvoorbeeld de patiënt centraal en meer aandacht voor zelfmanagement. Zonder inzicht in de noodzaak van die verandering en wat die uiteindelijk oplevert zal er weinig "beweging" zijn. Van belang is om te laten zien wat deze elementen werkelijk kunnen bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Het communicatieplan richt zich op verschillende doelgroepen:

- De COPD patiënten. Deze kunnen via de patiëntenvereniging worden bereikt, via de behandelende zorgverleners o
- \ via de zorgverzekeraars. De patiëntenversie van de Zorgstandaard COPD en de flietskaart die reeds zijn ontwikkeld zijn goede instrumenten. Een grootschalige verspreiding is gewenst.
- De betrokken branche- en beroepsverenigingen hebben de taak hun eigen leden te informeren over de zorgstandaard. Het communicatieplan ondersteunt hen daarbij door "tools" aan te reiken die in de communicatie kunnen worden gebruikt. Bij de organisatie van deze activiteiten is het belangrijk enthousiaste mensen te betrekken. Het is noodzakelijk per beroepsvereniging helder te krijgen wie daarvoor te benaderen. De

beroepsverenigingen kunnen gebruik maken van de eigen communicatiekanalen en zo op landelijk niveau en regionaal niveau de contactpersonen van de zorgorganisaties benaderen ter ondersteuning van de uitvoering van het communicatieplan.

- De CAHAG en NVALT vormen belangrijke schakels in het communicatieplan. De COPD kaderhuisartsen zijn beeldbepalend bij het uitdragen van de boodschap binnen de eigen regio, ook ondersteunen zij collega huisartsen en andere zorgverleners bij de implementatie van de zorgstandaard. Dit geldt ook voor de longartsen.

Wie bekostigt deze activiteit?

Het opstellen van de communicatiestrategie en het bijbehorende communicatieplan wordt bekostigd door de LAN. Over via welke kanalen patiënten te bereiken heeft de Astma Fonds Longpatiëntenvereniging een plan opgesteld. Omdat er reeds het nodige voorwerk is verricht, gaat het met name om de inzet van mensen die meedenken over deze strategie.

De kosten zitten met name in het uitvoeren van de communicatiestrategie. Voor een deel wordt voortgebouwd op activiteiten van de leden zelf (symposia, congressen, bladen gericht op de eigen leden). Voor een deel zijn er mogelijk aanvullende activiteiten nodig.

4.4 Uitrol en opbouw van opleidingen voor zorgverleners

Toelichting

Goede scholing van zorgprofessionals is nodig voor het goed kunnen uitvoeren van de Zorgstandaard COPD. Scholing is zowel nodig op het terrein van het stellen van de diagnose als op de behandeling van patiënten. Op beide terreinen is sprake van een knelpunt.

Diagnosestelling

De CASPIR (COPD, Astma, Spirometrie) cursus van de CAHAG is toonaangevend voor het correct uitvoeren en interpreteren van de spirometrie als onderdeel van de diagnose. De CASPIR cursus is een praktische duocursus ontwikkeld door de CAHAG over spirometrie in de eerste lijn, bedoeld voor enerzijds huisartsen en anderzijds praktijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners en praktijkassistenten (d.w.z. de disciplines die in de huisartsenpraktijk spirometrie uitvoeren onder verantwoordelijkheid van de huisarts).

De cursus CASPIR wordt in de regio aangeboden. Het is de bedoeling dat de kaderhuisarts astma/COPD of CAHAG huisarts in een regio de cursus samen met de samenwerkende longarts en longfunctie-laborant, uit die desbetreffende regio, verzorgen. De cursus CASPIR kan bij de CAHAG gekocht worden door ROS-en, WDH's, HAGRO's, of andere eerstelijnsorganisaties. Ook farmaceutische bedrijven kunnen de cursus faciliteren in de regio. De cursus blijft eigendom van de CAHAG, de docenten worden door de CAHAG bepaald en de inhoud is onafhankelijk opgesteld door de participerende beroepsorganisaties; NVALT, NVLA, CAHAG, NHG, V&VN praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners en UMC St Radboud Nijmegen.

Aandachtspunt blijft in hoeverre een toeloop naar de CASPIR cursus kan worden georganiseerd gezien de grote belangstelling (11-2011 2300 deelnemers). In diverse gesprekken is benoemd dat er op dit moment een capaciteitsprobleem is, dat door de toenemende belangstelling groter wordt. Tegelijk hebben diverse organisaties aangegeven een grotere ondersteunende rol te willen spelen.

De CAHAG heeft met het oog op inhoudelijke ondersteuning van zorggroepen ten aanzien van integrale zorg in de 1^e lijn een projectgroep en een begeleidingsgroep ingesteld. De projectgroep heeft als taak het aanbod van de scholingen te inventariseren en uit te breiden. De begeleidingsgroep waarborgt het niveau van het onderwijs, draagt verbeterpunten aan en is contactpersoon naar de achterban. De projectgroep bestaat uit een coördinator, twee afgevaardigde van de CAHAG en een persoon van de V&VN. De begeleidingsgroep bestaat uit afgevaardigde van de NHG, V&VN, NVALT, KNGF en adviesgroep ketenzorg. Als docenten kunnen regionale kaderhuisartsen functioneren ondersteunt door afgevaardigden van andere beroepsgroepen.

Behandeling

Een goede cursus op het gebied van de behandeling van mensen met COPD ontbreekt nog. Deze cursus is vanuit kwaliteitsoptiek gewenst en draagt ook bij aan de samenwerking tussen de betrokken zorgverleners in de regio. Deze cursus zal voor de 1^e lijns zorggroepen worden ontwikkeld door de CAHAG zoals boven geschetst. Voor de 2^e en 3^e lijn zijn hiervoor nog geen initiatieven bekend.

Kwaliteitscontrole

Een punt van zorg is dat in de praktijk blijkt dat er nog, weliswaar op kleine schaal, spirometrieën worden uitgevoerd en beoordeeld door zorgverleners die geen

CASPIR cursus hebben gevolgd en dus niet gecertificeerd zijn volgens de normen van de CAHAG.

Landelijk is hier geen beleid over afgesproken. Een aantal zorgverzekeraars eist dit wel in de afspraken die ze maken met de zorggroepen.

Wat is het advies?

Diagnosestelling

Aan de CAHAG wordt gevraagd aan te geven wat de verwachte toename is van het aantal cursisten en in hoeverre capaciteitsproblemen zijn te verwachten bij het verzorgen van de CASPIR cursussen. Ook wordt aan de CAHAG gevraagd hoe deze capaciteitsproblemen verkleind kunnen worden door gebruik te maken van een grotere ondersteunende rol van andere leden van de LAN. Aan de andere leden van de LAN wordt dan gevraagd om concreet aan te geven hoe zij kunnen bijdragen.

Behandeling

Wat betreft de behandeling ondersteunt de LAN het initiatief van de CAHAG voor de 1^e lijn en de NVALT om in samenwerking met de andere betrokken beroepsverenigingen een cursus te ontwikkelen gericht op behandeling van COPD patiënten. Daarbij is ook de vraag in hoeverre deze extra cursus leidt tot capaciteitsproblemen en hoe deze kunnen worden voorkomen.

Kwaliteitscontrole

Aan de kaderhuisartsen in de regio wordt gevraagd om met de zorgverzekeraars af te spreken spirometrieën te vergoeden mits de zorgverlener die deze uitvoert en beoordeelt in het bezit is van een CASPIR certificaat.

Wie bekostigt deze activiteit?

De bedrijfsleden hebben aangegeven als samenwerkingspartner van de LAN bereid te zijn een grotere ondersteunende rol in te nemen bij het organiseren en faciliteren van de cursussen.

Voor het ontwikkelen van de behandelcursus is nog geen bekostiging beschikbaar.

4.5 Start discussie over adequaat en tijdig stellen van diagnose

Toelichting

In de gesprekkenronde is naar voren gekomen dat er knelpunten worden ervaren rond het adequaat en tijdig stellen van de diagnose. Het stellen van de diagnose is verantwoordelijk voor circa 1% van de zorgkosten en beïnvloedt vervolgens circa 70% van de nog te maken kosten. Op het gebied van COPD is sprake van onderdiagnose en van misdiagnose. Er zijn meerdere partijen die expertise hebben bij het stellen van de diagnose en die een grotere rol voor zichzelf zien weggelegd mede omdat ze in sommige gevallen twijfelen aan de expertise van andere professionals.

Wat is het advies?

Er lopen diverse projecten ter verbetering van de diagnostiek en vermindering van onderdiagnostiek. Deze projecten dienen te worden geïnventariseerd. Op basis hiervan start binnen de LAN de dialoog over hoe een adequate en tijdige diagnose er uitziet, wanneer welke discipline wordt betrokken en wat good practices zijn die kunnen worden opgeschaald.

Aan de organisaties die betrokken zijn bij de dialoog wordt gevraagd om concrete afspraken te maken over een verbetertraject om adequate en tijdige diagnosestelling te verbeteren.

Hoe moet het advies worden uitgevoerd?

Na de inventarisatie organiseert de LAN een bijeenkomst waar in ieder geval voor worden uitgenodigd: Astma Fonds Longpatiëntenvereniging CAHAG, NVALT, SAN, V&VN Praktijkverpleegkundigen en –praktijkondersteuners, NVLA, VAN, V&VN Longverpleegkundigen. Besproken wordt wat de knelpunten precieze zijn en hoe deze kunnen worden opgelost. Uitkomst van de bijeenkomst is: een overzicht van de knelpunten en een uitwerking hoe deze aan te pakken.

Wie bekostigd deze activiteit?

De LAN faciliteert het starten van de dialoog. Als een concreet plan wordt bedacht om adequate en tijdige diagnose te verbeteren, dan kan wellicht bij de zorgverzekeraars (en/of andere partijen die belang hebben bij adequate en tijdige diagnosestelling) financiële steun worden gevraagd.

4.6 Bevorder zelfmanagement

Toelichting

De zorgstandaard beschrijft een actieve rol voor de patiënt en in vele gevallen een andere rol van de zorgverlener. Het stimuleren en ondersteunen van de COPD patiënten en hun omgeving om hun eigen ziekte te managen is noodzakelijk. Het ontbreekt de zorgverleners aan tools om zelfmanagement te ondersteunen.

Wat is het advies?

CBO-NPCF en zeven patiëntenverenigingen, waaronder de Astma Fonds Longpatiëntenvereniging voeren het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ) uit. Onduidelijk is wat nu de status is van dit project gezien het faillissement van het CBO. Het advies is om uit te zoeken in hoeverre het LAZ uitkomst biedt voor het bevorderen van zelfmanagement bij COPD patiënten.

Als (in aanvulling op het LAZ) behoefte is aan meer instrumenten voor COPD patiënten is het advies om een inventarisatie uit te voeren maar zelfmanagementprojecten en de instrumenten die zijn ontwikkeld waarbij effectiviteit in ogenschouw dient te worden genomen. Kwalitatief goede en bruikbare instrumenten kunnen dan breder worden ingezet.

Hoe moet het advies worden uitgevoerd?

Eerst nagaan in hoeverre het LAZ bruikbare en effectieve producten oplevert voor COPD patiënten en in hoeverre wordt gewerkt aan een uitrol van deze producten naar betrokken zorgverleners.

Voor de uitrol van deze instrumenten naar de leden van de LAN kan een werkgroep worden ingesteld bestaande uit leden van de LAN, waaronder in ieder geval de Astma Fonds longpatiëntenvereniging als betrokken organisatie bij het LAZ project.

Wie bekostigt deze activiteit?

Zorgverzekeraars hebben zelfmanagement hoog in het vaandel staan. Zij hebben baat bij effectieve instrumenten die kunnen worden ingezet om zelfmanagement te stimuleren. Als aanvullende middelen nodig zijn is het advies om financiële steun te vragen bij het innovatiefonds zorgverzekeraars.

4.7 Ontwikkel instrument voor het meten van de ziektelast

Toelichting

Ziektelast is een nieuw geïntroduceerd begrip in de Zorgstandaard COPD. In de gesprekkenronde wordt de introductie van de ziektelast als een grote winst gezien van de Zorgstandaard. Er is echter nog geen goed instrument dat ziektelast kan kwantificeren.

Wat is het advies?

Er is inmiddels een project gestart onder auspiciën van de LAN en op initiatief van PICASSO voor COPD om te komen tot dit instrument. Hetzij door een nieuw instrument te ontwikkelen, hetzij door gebruik te maken van bestaande instrumenten.

Hoe moet het advies worden uitgevoerd?

Dit wordt reeds uitgevoerd. Er is een werkgroep ingesteld en de steungroep komt begin 2011 voor het eerst bijeen.

Wie bekostigt deze activiteit?

Bekostiging vindt plaats via het steunfonds van de LAN.

4.8 Ontwikkel Kwaliteitsindicatoren Zorgstandaard COPD

Toelichting

Door het ontbreken van de kwaliteitsindicatoren behorend bij de zorgstandaard is het niet mogelijk de kwaliteit van de geleverd zorg te meten en te monitoren. De verwachting is dat de kwaliteitsindicatoren van de Zorgstandaard COPD voor de zomer van 2011 beschikbaar en geautoriseerd zijn.

Wat is het advies?

Geen. Het is een lopend project.

Hoe moet het advies worden uitgevoerd?

Dit wordt reeds uitgevoerd.

Wie bekostigt deze activiteit?

De LAN

4.9 Bevorder eenduidige contractering door zorgverzekeraars

Toelichting

Zorgverzekeraars gaan op verschillende manieren om met de contractering van 1^e lijns Keten DBC's voor zorgstandaarden, dat bleek ook tijdens de bijeenkomst van LAN en ZN in juli jl. Over integrale bekostiging in de 2^e en 3^e lijn bestaat in het geheel geen duidelijkheid.

Wat is het advies?

Het advies is om met ZN en de zorgverzekeraars het debat te starten over de gewenste vorm van contractering voor integrale zorg conform de zorgstandaard. In gesprekken die nog volgen met individuele zorgverzekeraars komt dit punt ook aan de orde.

Hoe moet het advies worden uitgevoerd?

ZN en LAN hebben afgesproken jaarlijks een bijeenkomst te organiseren over de implementatie en contractering van de Zorgstandaard COPD. Deze bijeenkomst kan daar voor worden benut, voorts kunnen gesprekken met de afzonderlijke zorgverzekeraars worden gevoerd.

Wie bekostigt deze activiteit?

PM

4.10 Bevorder regionale implementatie Zorgstandaard COPD

Toelichting

Het implementeren, borgen, evalueren en continu verbeteren van zorgprogramma's binnen keten- en netwerkzorg vraagt om specifieke expertise. Het is van belang dat zorggroepen waar mogelijk en gewenst goede ondersteuning krijgen bij de implementatie van de Zorgstandaard COPD.

Het doel van de implementatie van de zorgstandaard is de zorg rondom de COPD patiënt te verbeteren mede door betere en meer doelmatige afstemming en samenwerking tussen de zorgverleners in de eerste lijn, tweede lijn en derde lijn en met de patiënt. Met een structureel adequaat georganiseerde COPD zorg die inzichtelijk is en waar sprake is van een continue verbeterproces.

Belangrijk is dat vier aspecten aan bod komen:

- 1 "opstart" kosten (voorbereidingen, scholingen, opschonen Hissen, diagnostische traject)
- 2 Implementatie zorgprogramma
- 3 Benchmark en spiegelrapportages
- 4 Borging van het zorgprogramma

Het regionale implementatieplan en de doorvertaling naar de individuele praktijk zijn belangrijke sleutels in het zorgoptimalisatieproces. Het verdient aanbeveling ondersteuning te bieden bij zowel de totstandkoming van het regionale plan van aanpak als de doorvertaling en implementatie op praktijkniveau. Dit gaat gepaard met het creëren van ruimte voor samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners. De bedrijfsleden kunnen ondersteunen bij het in kaart brengen van de praktijken en de nulmetingen.

Het is belangrijk om eerst de eigen praktijk goed op orde te hebben. Wanneer gestart wordt met de scholingen komen de verschillende disciplines én de eerste, tweede en derde lijn met elkaar in contact, deze worden actief betrokken bij de scholingen. In sommige regio's is er nog onvoldoende vertrouwen tussen de eerste en tweedelijns om de samenwerking aan te gaan, dit betekent niet dat deze samenwerking niet moet worden aangegaan maar dat er eerst gewerkt moet aan het vertrouwen.

Wat is het advies?

In kaart brengen van het huidige ondersteuningsaanbod zoals gegeven door de leden. Inventariseren van lacunes daarin en in overleg met de leden een ondersteuningsaanbod ontwikkelen t.a.v. de vastgestelde lacunes.

Hoe moet het advies worden uitgevoerd?

Zie boven

Wie bekostigt deze activiteit?

Een en ander is niet mogelijk zonder financiële ondersteuning van de zorgverzekeraars. Met betrekking tot de financiering is het aan te raden vroegtijdig met de zorgverzekeraar om de tafel te gaan om in gezamenlijkheid en met eenzelfde doel de financiering voor de komende jaren te bespreken. Het implementeren van de zorgstandaard is deel van de onderhandeling met de zorgverzekeraar. Een deel van de kosten valt onder overhead of onder het koetarief.

Andere bronnen?

4.11 Meet succes van de implementatie

Toelichting

Bij het stellen van doelen voor de implementatie is het uiteraard ook van belang dat deze doelen meetbaar zijn en dat metingen plaatsvinden. De vraag is op welke manier dit het beste kan worden vormgegeven.

Uit een eerste inventarisatie blijkt dat de volgende gegevens beschikbaar zijn/komen:

Wat	Van wie?	Wat wordt gemeten?	Verschijnings frequentie	Vindplaats
Kwaliteitsindicatoren Zorgstandaard COPD	LAN	Onderdelen van de Zorgstandaard COPD	Verschijnt in 2011 en zal vervolgens jaarlijks worden uitgevraagd	LAN
Longzorgmeter	Astma Fonds	Tevredenheid patiënten over zorgverleners	Meerdere keren per jaar, afhankelijk van aantal reacties	Longzorgmeter.nl
CQ index astma / COPD	AF/ LAN	Tevredenheid patiënten over zorgverleners	Jaarlijks, vanaf 2012	Centrum klantervaring zorg
Meting: organisatie van zorggroepen	RIVM	Organisatie van zorggroepen COPD en andere chronische aandoeningen	Mogelijk eenmaal per twee jaar. Er zijn nu twee studies verschenen: 2008 en 2010	HIER
Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn	NIVEL	Hoe samenwerkingsverband en er uit zien in hoeverre er verschillen in samenwerking zijn en op welke patiëntengroepen de samenwerking zich richt	Enmaal per twee jaar	HIER
Evaluatiecommissie Integrale bekostiging	VWS	Wat de effecten zijn van integrale bekostiging	De komende drie jaar	?
Cijfers VEKTIS? + DBC Onderhoud		Aantal patiënten, aantal ziekenhuisopnamen etc.		
Bestellingen Zorgstandaard COPD en patiëntenversie	LAN en AF	Hoeveel exemplaren van de Zorgstandaard COPD worden besteld door zorgverleners en patiënten	Dagelijks	
Bekendheid zorgstandaard onder patiënten	AF	Bekendheid zorgstandaard	Enmaal per jaar	
Percentage zorgverleners dat zorgstandaard toepast	1e lijn → zorggroepen; 2e -3e lijn?	Toepassing zorgstandaard	Jaarlijks voor zorggroepen die contracten hebben	
Aantal zorgverzekeraars dat voor deel van de COPD zorg dat onder integrale zorg valt de keten DBC afsluit	VEKTIS			

Wat is het advies?

Het advies is om als LAN gebruik te maken van de diverse metingen en periodiek verschijnende rapportages voor het meten van de mate van succes van de implementatie van de Zorgstandaard COPD.

Hoe moet het advies worden uitgevoerd?

De LAN stelt een aparte werkgroep in. De werkgroep bestaat zowel uit leden van de LAN als uit zorgverzekeraars. De werkgroep komt periodiek (bijvoorbeeld een of tweemaal per jaar) bij elkaar. De werkgroep wordt ondersteund door het bureau van de LAN en in de werkgroep zitten deelnemers die kennis hebben over het interpreteren van metingen en rapporten en die zicht hebben op welke metingen er worden verricht.

De eerste taak van de werkgroep is om alle rapportages die kunnen worden gebruikt bij het meten van de mate van succes van de implementatie in kaart te brengen. Vervolgens worden de doelen van de implementatie van de Zorgstandaard COPD meetbaar gemaakt aan de hand van deze bronnen.

De werkgroep stelt eenmaal per halfjaar een rapportage op die wordt aangeboden aan de LAN Adviescommissie Individuele Preventie en Zorg en het bestuur van de LAN en daarna aan alle betrokken partijen. In deze rapportage staat in hoeverre de doelstellingen worden behaald.

De jaarlijkse rapportages worden aan het LAN bestuur aangeboden en bediscussieerd in een gezamenlijke bijeenkomst. Tijdens deze bijeenkomst wordt geconcludeerd in hoeverre de implementatie op schema loopt en waar succes of stagnatie aan te danken is en of extra activiteiten nodig zijn.

Wie bekostigt deze activiteit?

?

5. Reeds lopende implementatie activiteiten

In hoofdstuk vier is een groot aantal activiteiten beschreven die uitgevoerd kunnen worden. In de rondetafelgesprekken is een beeld gevormd aan welke activiteiten de leden prioriteit geven. De uit te voeren activiteiten zijn in een drietal categorieën onder te verdelen:

- Reeds lopende implementatie activiteiten (hoofdstuk 5)
- Implementatie activiteiten die in 2011 worden opgepakt (hoofdstuk 6)
- implementatie activiteiten die na 2011 worden opgepakt (hoofdstuk 7)

De volgende activiteiten die bijdragen aan de implementatie van de Zorgstandaard COPD worden al uitgevoerd.

5.1 Implementatie activiteiten van de LAN lidorganisaties

Hoofdstuk drie van deze notitie bevat een overzicht van implementatie activiteiten die al door de lidorganisaties van de LAN worden uitgevoerd. Deze activiteiten zijn veelal gericht op het informeren, scholen en positioneren van leden / achterbannen.

5.2 Kwaliteitsindicatoren Zorgstandaard COPD

De Kwaliteitsindicatoren behorende bij de Zorgstandaard COPD worden al ontwikkeld, het autorisatieproces is in maart gestart. In overleg met Zichtbaar Zorg wordt gewerkt aan een implementatieplan, dat zich met name richt op de technische implementatie via de ICT. Het is de bedoeling de set met kwaliteitsindicatoren in juli vastgesteld te hebben.

5.3 LAN Ziektelastmeter COPD

Ziektelast is een nieuw geïntroduceerd begrip in de Zorgstandaard COPD. Inmiddels wordt onderzocht in hoeverre een nieuw instrument nodig is voor het meten van de ziektelast. Toegewerkt wordt naar het "go or no go moment" waarbij wordt besloten of wel of geen nieuw (deel) instrument moet worden ontwikkeld.

5.4 Zorgstandaard Astma

Het ontbreken van de Zorgstandaard Astma wordt door meerdere organisaties als witte vlek gezien omdat er in de zorgpraktijk veel interactie en relatie is met de behandeling van COPD. De prevalentie van COPD is in sommige gevallen niet groot genoeg om investeringen uit te voeren in de verbetering van de zorg. Als ook de astmapatiënten worden meegenomen dan zijn investeringen sneller rendabel. De komst van de Zorgstandaard Astma bij Kinderen en de Zorgstandaard Astma bij Volwassenen draagt bij aan de implementatie van de Zorgstandaard COPD.

Met de ontwikkeling van de Zorgstandaard Astma bij Kinderen en de Zorgstandaard Astma bij Volwassenen is inmiddels begonnen.

6. Implementatie activiteiten 2011

De volgende implementatie activiteiten worden door de LAN in 2011 opgepakt

6.1 Zorg voor grotere bekendheid van de zorgstandaard COPD door een actief communicatiebeleid

Het is van groot belang dat de Zorgstandaard COPD bij de grote groep van zorgverleners bekend wordt gemaakt. Daarbij gaat het niet alleen om de voorlopers, maar juist ook om de grote groep van volgers. Via de communicatie naar zorgverleners worden ook patiënten bereikt. In eerste instantie richt de communicatie zich echter op de zorgverleners.

Per doelgroep zijn drie zaken van belang: kennis vergroten, beïnvloeden van houding en gedrag. Per doelgroep is een andere aanpak nodig, er zijn doelgroepen die juist door kennisoverdracht van houding en gedrag veranderen. Er zijn ook doelgroepen die juist meer baat hebben bij het beïnvloeden van de houding en pas in tweede instantie behoefte hebben aan kennisoverdracht.

Vervolg: door de LAN wordt een communicatieplan opgesteld met hoofdboodschappen over de zorgstandaard COPD, hiervoor is al het nodige voorwerk verricht (zie 4.3). Per doelgroep wordt vervolgens een verspreidingsplan opgesteld. Voor het opstellen van het communicatieplan en verspreidingsplan wordt zo snel mogelijk een begroting opgesteld, zodat de LAN deze middelen kan proberen te verwerven.

6.2 Stimuleer regionale implementatie, op bescheiden wijze

Het stimuleren van regionale implementatie door de LAN komt als belangrijk naar voren, echter in deze aanpak is het van groot belang "in de kracht van de LAN" te blijven door in een faciliterende rol in te nemen.

In de communicatieaanpak kunnen "good practices" stimulerend werken, door regionale aanpakken van implementatie van de Zorgstandaard COPD te beschrijven en beschikbaar te stellen in andere regio's (als een soort "toolbox"). Ook het bevorderen en organiseren van regionale discussiebijeenkomsten is waardevol.

Opgepast moet worden dat de LAN geen rol gaat spelen als consultant in de regio. Daar ligt niet de kracht van de LAN. Regionale implementatie is van veel lokale factoren afhankelijk, zoals vertrouwen tussen de verschillende zorgverleners in elkaar en (fysieke) lokale omstandigheden. Daar moet de LAN ver van wegblijven. De rol zit dus zuiver in het beschikbaar stellen van de toolbox en bevorderen dat regionale discussies worden gevoerd.

Vervolg:

1. De LAN gaat een werkgroep instellen bestaande uit vertegenwoordigers van lidorganisaties die nu al delen van de toolbox beschikbaar hebben, met als doel de beschikbare informatie goed te bundelen.
2. De LAN gaat de dialoog verder voortzetten met (lid)organisaties die regie voeren over de COPD zorg hoe de regionale implementatie verder kan worden bevorderd. Een van de vragen is: hoe groot is de ambitie van deze organisaties om van de implementatie een succes te maken? een andere vraag is in hoeverre de regionale implementatie moet worden afgedwongen door zorgverzekeraars.

6.3 Ontwikkel een individueel zorgplan COPD

Het wordt van groot belang gezien dat de interactie tussen patiënten en zorgverleners over de aanpak van de COPD wordt versterkt, dit draagt bij aan het verbeteren van het zelfmanagement van de patiënt. Het zelfmanagement kan alleen met succes worden aangepakt als wordt aangesloten op de (verander) behoeften van de patiënt zelf. Gedrag beïnvloeden op een andere manier dan vanuit de behoeften en belevingswereld van de patiënt is weinig kansrijk.

Het ontwikkelen van een "individueel zorgplan COPD" wordt als een geschikt middel gezien voor het stimuleren van de interactie tussen patiënt en zorgverlener. Op het gebied van zowel vasculair risicomanagement als van diabetes wordt ook gewerkt aan een individueel zorgplan. COPD wordt gezien als olietanker, die zowel op maatschappelijk als individueel niveau lastig bestuurbaar is. Het mooiste is als het individueel zorgplan zo vroeg mogelijk wordt ingezet, zodat nog zoveel mogelijk winst door preventie kan worden bereikt. Daarbij gaat het om preventie door het bevorderen van beweging, juiste voeding en het niet roken. Zodra mensen COPD hebben, is het individueel zorgplan COPD ook van belang, alleen dan is minder preventieve winst te bereiken.

Een papieren versie van een individueel zorgplan wordt als het meest kansrijk gezien. Een papieren versie wordt eerder gebruikt door de patiënt. Een digitale patiëntenversie heeft als nadeel dat het geschikt moet worden gemaakt voor de verschillende digitale informatiesystemen. Het advies is te beginnen met een papieren versie, die door de patiëntenvereniging en door zorgverleners wordt verspreid. De papieren versie kan in een later stadium ook digitaal worden gemaakt.

Vervolg:

De LAN stelt een werkgroep in voor het ontwikkelen van een individueel zorgplan voor COPD. Deze werkgroep heeft als opdracht om: 1. beschrijven wat de behoeften zijn op het gebied van COPD 2. inventariseren welke initiatieven en zorgplannen er al zijn 3. wat moet worden gedaan om voor COPD patiënten een passend individueel zorgplan te krijgen en wat dat gaat kosten. Dit mondt uit in een plan van aanpak met begroting dat na het beschikbaar komen van de financiële middelen wordt uitgevoerd.

6.4 Betrek de zorgverzekeraars bij de implementatie

De zorgverzekeraars spelen een belangrijke rol bij de implementatie van de Zorgstandaard COPD. Contact met de zorgverzekeraars wordt belangrijk gevonden zo zijn gesprekken gaande met de grootste vier zorgverzekeraars. Met ZN is afgesproken in mei een vervolgbijeenkomst te organiseren over de contractering op basis van de Zorgstandaard COPD. Ook wordt het van belang gevonden dat de LAN investeert in het vergroten van het vertrouwen tussen zorgverzekeraars en de andere leden van de LAN. Een actief partnership van de zorgverzekeraars binnen de LAN wordt als nuttig gezien.

Het advies is in deze fase vooral contact te leggen en structurele samenwerking met de zorgverzekeraars aan te gaan. Een vervolgstap is om het gesprek te voeren over hoe de bekostiging van de COPD zorg zo kan worden ingericht dat gewenst gedrag wordt bevorderd en niet gewenst gedrag wordt ontmoedigd.

Vervolg:

1. In de LAN ledenvergadering van 8 april wordt besloten over het uitnodigen van zorgverzekeraars voor het bedrijfslidmaatschap van de LAN, zodat op deze manier de zorgverzekeraars structureel worden betrokken binnen de LAN.
2. Zorgverzekeraars zullen betrokken worden bij het stimuleren van de regionale implementatie (zie 6.2).
3. Zorgverzekeraars zijn uitgenodigd te reageren op het voorstel voor de Kwaliteitsindicatoren Zorgstandaard COPD.
4. LAN en Zorgverzekeraars Nederland organiseren een bijeenkomst over de toepassing en contractering van de Zorgstandaard COPD, dit als vervolg op de bijeenkomst van vorig jaar.

6.5 Meet het succes van de implementatie

Het meten van de mate van toepassing van de Zorgstandaard COPD wordt van belang gevonden. De kwaliteitsindicatoren behorend bij de Zorgstandaard COPD gaan op den duur waardevolle informatie opleveren. Het advies is te kiezen voor de pragmatische insteek uit de discussienotitie: ga als LAN geen nieuw meetinstrument maken, maar beperk je tot het analyseren van de uitkomsten van relevante studies die al door anderen worden gedaan. Over de uitkomst van deze analyse kan jaarlijks over van gedachten worden gewisseld als input voor de verdere bevordering van de toepassing van de Zorgstandaard COPD.

Vervolg:

Dit punt wordt uitgevoerd door het LAN bureau. Jaarlijks wordt een rapportage gemaakt die wordt besproken met de Adviescommissie Individuele Preventie, bestuur en ledenvergadering.

7. Implementatie activiteiten na 2011

Naast de implementatie activiteiten die al worden uitgevoerd en de implementatie activiteiten die in 2011 worden opgepakt zijn er ook witte vlekken die dit moment als minder relevant worden beschouwd. De aanpak van deze witte vlekken wordt niet in 2011 gestart. Pas eind 2011 bij het opstellen van het LAN jaarplan 2012 wordt bezien of deze punten al worden uitgevoerd. Dat kan dan in 2012 worden opgepakt maar ook op een later tijdstip.

7.1 Uitrol en opbouw van opleidingen voor zorgverleners

Het opleiden van zorgverleners wordt als belangrijk gezien, het capaciteitsprobleem bij het stellen van de diagnose en het ontbreken van een goede behandelcursus worden als knelpunt gezien.

Het advies is dat de LAN vraagt aan de CAHAG, NVALT, V&VN Longverpleegkundigen, NVLA en V&VN Praktijkverpleegkundigen en Praktijkondersteuners hoe deze organisaties aankijken tegen de knelpunten op het gebied van opleidingen. Met daarbij het verzoek aan te geven of deze worden herkend en zo ja, op welke manier deze kunnen worden opgelost. Suggestie vanuit de LAN is om de bedrijfsleden een grotere ondersteunende rol te geven bij de uitvoering. Het antwoord van de betrokken partijen kan in LAN verband worden besproken.

Vervolg

De LAN vraagt in april 2011 aan bovengenoemde organisaties aan te geven of er knelpunten zijn en zo ja, hoe deze kunnen worden opgelost. De reactie zal binnen de LAN worden besproken. Afhankelijk van de reactie kan deze witte vlek niet worden opgepakt, of wel worden opgepakt (in 2012 of op een later moment).

7.2 Start discussie over adequaat en tijdig stellen van de diagnose

Door de uitgebreide communicatie over de Zorgstandaard COPD, komt het vraagstuk van adequate en tijdige diagnosestelling vanzelf op de lokale agenda te staan. Als het ziektelast project een goede definitie van het begrip ziektelast heeft opgeleverd, dan is dat een nieuwe impuls voor het stellen van de diagnose. Tegelijk met de uitrol van het begrip ziektelast kan de discussie over adequate en tijdige diagnosestelling worden opgepakt. Dat duurt naar verwachting nog enige tijd.

7.3 Bevorder eenduidige contractering door zorgverzekeraars

In de rondetafelgesprekken is de contractering door zorgverzekeraars meerdere malen aan de orde gekomen. Twee hoofdstromingen in de gedachtevorming zijn naar voren gekomen. Een eerste stroming is dat de verantwoordelijke partijen binnen de COPD zorg hun eigen verantwoordelijkheid moeten nemen in het verbeteren van preventie en zorg bij mensen met COPD en dat actieve sturing van de zorgverzekeraars niet nodig is. Een tweede stroming is dat zorgverzekeraars actief moeten worden opgeroepen te sturen in de inkoop, omdat de verantwoordelijke partijen onvoldoende de regie nemen.

Er is de nodige kritiek op de huidige inkoop door zorgverzekeraars en het bekostigingssysteem:

- In sommige gevallen is het financieel voordeliger voor zorggroepen om losse verrichtingen te declareren dan een DBC voor COPD. Dat is niet bevorderlijk voor integrale zorg.
- De korting op de POH in de eerst lijn wordt als zeer schadelijk gezien om goede integrale COPD zorg te realiseren.
- Zorgverzekeraars zouden strenger moeten zijn in de verplichting tot het volgen van CASPIR cursussen en het minimale aantal keer dat een spirometrie wordt uitgevoerd.
- De inkoop van de COPD zorg is teveel gefocust op de eerste lijn, terwijl juist ook de verbinding met de tweede en derde lijn van belang is.
- De beweegzorg wordt onvoldoende gecontracteerd, terwijl deze een belangrijk onderdeel uitmaakt van de Zorgstandaard COPD.
- Mogelijk is de risicoverevening tussen zorgverzekeraars zodanig dat het niet loont om extra activiteiten uit te voeren voor COPD patiënten.

- Aan de orde is gekomen dat bij discussies over het bekostigingssysteem en de inkoop door zorgverzekeraars het nodig is als partijen binnen de LAN het gewenste gedrag goed te definiëren. Van belang worden gevonden:
 - dat zorgverzekeraars op basis van de definitie van ziektelast (uit het ziektelastproject) gaan inkopen.
 - de interactie tussen zorgverleners en patiënten wordt bevorderd, door bijvoorbeeld te eisen dat het individueel zorgplan wordt opgesteld.
 - De generieke aandacht voor de patiënt met COPD moet worden bevorderd en minder het uitvoeren van spirometrie omdat dit te veel de focus legt op het meten de longfunctie.

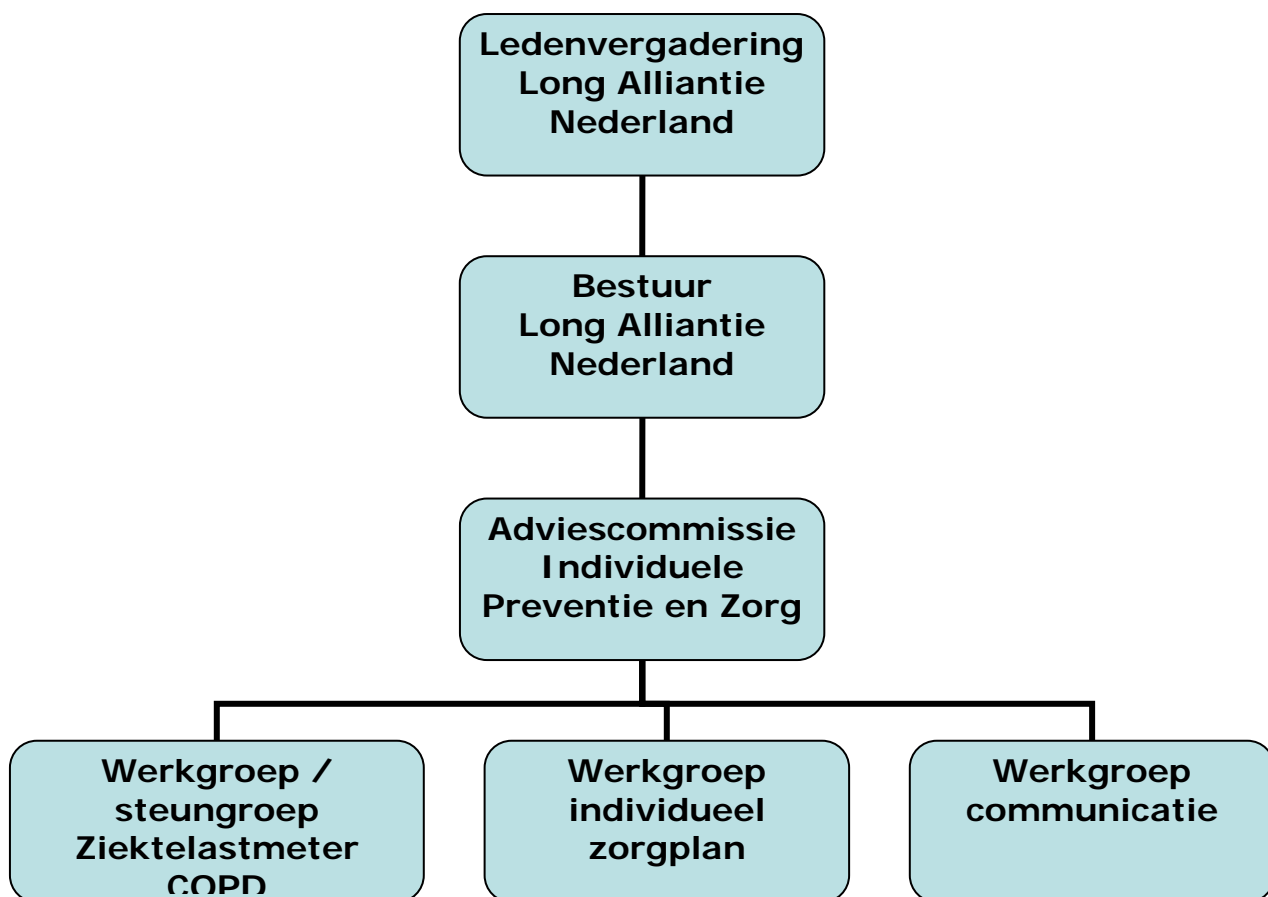
Het advies is om nog niet actief de discussie aan te gaan met de zorgverzekeraars te investeren in de contacten en structurele samenwerking.

8. Organisatie van de implementatie

De (bestaande) infrastructuur van de LAN wordt zoveel mogelijk benut voor de implementatie.

De Adviescommissie Individuele Preventie en Zorg krijgt een centrale rol bij het aansturen van de verschillende werkgroepen die met de witte vlekken aan de slag gaan. De Adviescommissie IPZ beoordeelt en toetst de adviezen en uitkomsten van de werkgroepen of deze voldoen aan de verwachtingen en adviseert het LAN bestuur. De adviescommissie IPZ ontvangt de volgende uitkomsten en adviezen:

- De werkgroep die de communicatiestrategie en het communicatieplan opstelt, adviseert aan IPZ
- De werkgroep die het individueel zorgplan COPD gaat ontwikkelen rapporteert aan IPZ.
- De jaarlijkse rapportages hoe het gaat met de implementatie van de Zorgstandaard COPD wordt in de Adviescommissie IPZ besproken.
- De werkgroep ziektelastmeter rapporteert ten behoeve van het go no go moment en het voorgestelde eindproduct aan IPZ (dit is al afgesproken).



Het is de bedoeling dat toekomstige werkgroepen ook op dezelfde manier aan de Adviescommissie IPZ rapporteren.