

## Handreiking: Longzorg in de wijk

*De handreiking voor projectleiders: Samen bouwen aan sterke multidisciplinaire samenwerking in jouw wijk voor longzorg.*



Gepubliceerd: 1 januari 2025

Aanspreekpunt: Zorgprogrammacoördinator Astma/COPD

Ontwikkeld uit opdracht van: Huisartsen Eemland

## Inleiding

De multidisciplinaire, wijkgerichte aanpak van chronische aandoeningen heeft bewezen effectief te zijn in het verbeteren van de kwaliteit van zorg, het verlagen van de kosten en het verhogen van de tevredenheid van zowel patiënten als zorgverleners. COPD-patiënten zijn een uitdagende doelgroep binnen de chronische zorg. Patiënten hebben een relatief lage sociale economische status (SES) en het is voor zorgverleners soms lastig hen te motiveren voor (keten)zorg. Vaak komen ze pas in beeld als opname in het ziekenhuis noodzakelijk is.

Door gebruik te maken van wijksamenwerkingsverbanden (WSV) en innovatieve oplossingen kunnen we de zorg voor mensen met COPD verder optimaliseren.

Met het project Longzorg in de wijk wil Huisartsen Eemland bereiken dat de zorg efficiënter wordt ingericht binnen de WSV. In dit project beogen we zorgverleners intensiever samen te laten werken, hun aanbod meer op elkaar af te stemmen en meer gebruik te maken van elkaars kennis en expertise. Dit kan bijvoorbeeld door met elkaar werkafspraken te maken en gezamenlijk scholing te volgen rondom onderwerpen als medicatie-instructie of het vergroten van het zelfmanagement van patiënten. Deze handreiking is ontwikkeld om wijkcoördinatoren, projectleiders of andere beleidsmakers in de wijk te ondersteunen bij het implementeren van integrale longzorg in de wijk. Het beschrijft de verschillende stappen die gezet kunnen worden om tot meer samenwerking te komen en biedt een format voor invulling op maat. Elke wijk is immers anders en kent andere uitdagingen en kwaliteiten.

Deze handreiking helpt u een helder beeld te krijgen van de huidige stand van zaken met betrekking tot COPD-zorg binnen de WSV. Door middel van de expertisekaart wordt het WSV in kaart gebracht:

- Welke zorg wordt er geboden? Door wie en waar?
- Waar kan de zorg verbeterd worden? Wat zijn de knelpunten en uitdagingen?
- Welke behoeften zijn er? Is er behoefte aan extra kennis, middelen of samenwerking?

Door deze kaart samen met alle betrokken zorgverleners in te vullen, creëert u een gedeeld beeld van de huidige situatie. Dit inzicht vormt de basis voor optimale samenwerking en gerichte verbeteringen in de wijkgerichte COPD-zorg.

Met deze handreiking als leidraad werken we samen aan een toekomst waarin alle COPD-patiënten in uw wijk en onze regio de zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben om een gezond en actief leven te leiden, ondanks de COPD.

## Inhoudsopgave

<b>HANDREIKING: LONGZORG IN DE WIJK .....</b>	<b>1</b>
<b>INLEIDING .....</b>	<b>2</b>
<b>PROBLEMATIEK RONDOM COPD .....</b>	<b>4</b>
<b>MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING .....</b>	<b>5</b>
Multidisciplinaire disciplines .....	5
Effectieve manieren om multidisciplinaire samenwerking te bevorderen .....	6
<b>SAMENWERKINGSPARTNERS EN REGIONALE ONTWIKKELING .....</b>	<b>8</b>
Ondersteunende partijen .....	8
Regio programma's .....	8
Stoppen met roken .....	8
Longformulairum .....	8
Scholing .....	8
Scholingsaanbod binnen HE .....	8
Zelf scholing ontwikkelen en aanvragen .....	9
Regionale werkafspraken.....	9
<b>HET PROJECT .....</b>	<b>10</b>
Wijkprojectplan .....	10
Implementatie project .....	10
Stap 1: wijkproject starten.....	10
Stap 2: informatiebijeenkomst organiseren .....	10
Stap 3: werkgroep vormen .....	10
Stap 4: werkgroep bijeenkomst 1 – kennismaking & sterkte en zwakte analyse .....	11
Stap 5: werkgroep bijeenkomst 2 – netwerkanalyse .....	12
Stap 6: werkgroep bijeenkomst 3 – expertise kaart .....	13
Stap 7: werkgroep bijeenkomst 4 – Implementatie .....	14
Stap 8: evaluatie .....	15
Stap 9: afronden van project .....	15

## Problematiek rondom COPD

Door een geïntegreerde en patiëntgerichte benadering kunnen zorgverleners samen een aanzienlijke impact hebben op het leven van COPD-patiënten. Door preventie, vroege interventie, continue ondersteuning, en coördinatie van zorg kunnen ze de progressie van de ziekte vertragen en de kwaliteit van leven verbeteren. Bij COPD komt veel meer kijken dan alleen de fysieke gezondheid van de patiënt. Daarom is het belangrijk dat zorgverleners niet alleen naar de fysieke symptomen van een ziekte kijken, maar ook rekening houden met de emotionele, sociale, en mentale aspecten van de gezondheid van een patiënt. Veel van de problematieken hebben invloed op elkaar en dragen bij aan het algehele welzijn van de patiënt.

Elke regio en wijk loopt tegen verschillende problematieken aan waarmee rekening moet worden gehouden of op ingespeeld kan worden in het longzorg in de wijk project. In de wijk moet je samen op zoek naar wat er nodig is om de longzorg in de wijk te verbeteren. De problematieken kunnen heel gevarieerd en afhankelijk zijn van factoren zoals gezondheidszorginfrastructuur, milieuomstandigheden, en sociaaleconomische status. Hier zijn enkele belangrijke problematieken die vaak voorkomen in regio's met COPD-patiënten:

1. Milieufactoren:
  - Luchtvervuiling: hoge niveaus van luchtverontreiniging, zoals fijnstof (PM2.5) en stikstofoxiden, kunnen COPD-symptomen verergeren en de progressie van de ziekte versnellen.
  - Roken: tabaksrook is een belangrijke oorzaak van COPD en in regio's met hoge rookprevalentie is het aantal COPD-gevallen meestal hoger.
2. Toegang tot gezondheidszorg
  - Diagnose en Behandeling: in sommige regio's is de toegang tot gezondheidszorg beperkt, waardoor vroege diagnose en effectieve behandeling van COPD worden bemoeilijkt.
  - Medicatie en therapie: beschikbaarheid en betaalbaarheid van essentiële medicijnen en therapieën (zoals inhalatoren, zuurstoftherapie, en longrevalidatie) kunnen variëren.
3. Socio-economische factoren
  - Armoede: een lagere sociaaleconomische status is geassocieerd met een hogere COPD-prevalentie en slechtere gezondheidsuitkomsten. Mensen met beperkte financiële middelen hebben niet alle financiële middelen om optimale gezondheidszorg en gezonde leefomstandigheden te verkrijgen.
  - Opleiding en bewustzijn: gebrek aan bewustzijn en kennis over COPD kan leiden tot late diagnoses en suboptimale behandeling.
4. Levenskwaliteit
  - Fysieke beperkingen: COPD-patiënten ervaren vaak kortademigheid, vermoeidheid, en beperkte mobiliteit, wat hun dagelijkse activiteiten en kwaliteit van leven negatief beïnvloedt.
  - Psychosociale impact: angst en depressie komen vaak voor bij COPD-patiënten, wat hun algehele welzijn verder kan verslechteren.
5. Zorgondersteuning
  - Thuiszorg: toegang tot thuiszorgdiensten kan variëren, wat invloed heeft op het vermogen van patiënten om effectief met hun ziekte om te gaan.
  - Revalidatieprogramma's: longrevalidatieprogramma's kunnen de symptomen van COPD verlichten en de levenskwaliteit verbeteren, maar zijn niet overal beschikbaar.
6. Klimaatverandering
  - Extreme weersomstandigheden: hittegolven, koude periodes, en verhoogde luchtvervuiling door klimaatverandering kunnen COPD-symptomen verergeren en het aantal ziekenhuisopnames verhogen.

## Multidisciplinaire samenwerking

### Multidisciplinaire disciplines

Samenwerking tussen verschillende zorgdisciplines is essentieel voor de zorg van COPD-patiënten, omdat het een omvattende benadering mogelijk maakt die alle facetten van de ziekte behandelt. Dit is hoe verschillende zorgverleners kunnen bijdragen aan een multidisciplinaire samenwerking:

1. Huisartsen:
  - Coördinator van zorg: huisartsen kunnen de spil zijn in de coördinatie van zorg, waarbij ze als eerste aanspreekpunt dienen en patiënten doorverwijzen naar de nodige specialisten en diensten.
  - Diagnose en behandelplannen: het initiëren van de diagnose en het opstellen van een basisbehandelplan dat kan worden afgestemd met andere zorgverleners.
  - Follow-up: Regelmatige controles om de voortgang van de behandeling te evalueren en eventuele aanpassingen in het zorgplan door te voeren.
2. POH:
  - Coördinatie van zorg: fungeren als centraal aanspreekpunt en coördinator binnen de huisartsenpraktijk voor COPD-zorg, inclusief het organiseren van multidisciplinaire overleggen en afstemmen van behandelplannen.
  - Educatie en zelfmanagementondersteuning: educatie geven aan patiënten over hun COPD, medicatiegebruik, inhalatietechnieken en leefstijladviezen om zelfmanagement te bevorderen.
  - Monitor en vroegtijdige interventie: actief monitoren van COPD-patiënten, vroegtijdig detecteren van veranderingen in symptomen en initiëren van interventies zoals medicatieaanpassingen of doorverwijzingen.
3. Longartsen:
  - Specialistische Zorg: het uitvoeren van gedetailleerde onderzoeken, bevestigen van diagnoses, en het aanbieden van behandelingen; medicijnen en fysiotherapie. ([Meander Medisch Centrum](#))
  - Advies en Consultatie: samenwerken met huisartsen om gespecialiseerde medische adviezen te geven en complexe gevallen te beheren.
4. Verpleegkundigen:
  - Ondersteuning en educatie: patiënten en hun familie informatie en instructie geven over COPD, het gebruik van inhalatoren, en andere behandelingen.
  - Monitoring: regelmatige monitoring van patiënten om veranderingen in symptomen en effectiviteit van behandelingen te beoordelen.
  - Coördinatie: verpleegkundigen kunnen helpen bij het coördineren van afspraken en zorgactiviteiten tussen verschillende disciplines.
5. (Long)fysiotherapeuten en oefentherapeuten:
  - Longrevalidatie: ontwikkelen van oefenprogramma's om de longcapaciteit te verbeteren en de fysieke conditie te behouden.
  - Ademhalingsoefeningen: aanleren van technieken om de ademhaling te verbeteren en dyspneu te verminderen.
6. Ergotherapeuten:
  - Dagelijkse activiteiten: het aanreiken van technieken om je dagelijkse activiteiten zo uit te voeren dat ze minder energie kosten en minder klachten veroorzaken.
7. Diëtisten:
  - Voedingsadvies: het bieden van voedingsadvies om een gezond gewicht te behouden en voedingsdeficiënties te voorkomen die de ademhaling kunnen beïnvloeden.
  - Aanpassing van dieet: aanpassen van het dieet aan de specifieke behoeften van COPD-patiënten, zoals het verhogen van de eiwitname voor spierbehoud.

8. Psychologen en Psychotherapeuten:
  - Emotionele ondersteuning: behandelen van angst, depressie, en andere psychosociale problemen die vaak voorkomen bij COPD-patiënten.
  - Coping mechanismen: aanleren van technieken en strategieën om te gaan met de stress en uitdagingen van het leven met COPD.
9. Maatschappelijk werkers:
  - Sociale ondersteuning: helpen bij het vinden van sociale en financiële ondersteuning, zoals toegang tot huishulp en hulpmiddelen.
  - Belangenbehartiging: begeleiding bij het navigeren door het zorgsysteem en het verkrijgen van toegang tot benodigde zorg en ondersteuning.
10. Apothekers:
  - Medicatiebeheer: beoordelen van medicatiegebruik, voorlichting geven over bijwerkingen en interacties, en zorgen voor de naleving van medicatieregimes.
  - Educatie: Patiënten informeren over het juiste gebruik van inhalatoren en andere medicinale hulpmiddelen.
11. Longverpleegkundigen:
  - Gespecialiseerde zorg: specifieke zorg verlenen voor longziekten, inclusief het managen van exacerbaties en het educeren van patiënten over longgezondheid.
  - Revalidatiebegeleiding: begeleiden van patiënten door longrevalidatieprogramma's en het bieden van continue ondersteuning.
12. Wijkverpleegkundige:
  - Zorg: het verplegen van een patiënten en veranderingen in de situatie signaleren.
  - Andere taken: ondersteuning in de vorm van informatie, begeleiding, instructie, advies en praktische tips.
  - Educatie, monitoring en psychosociale ondersteuning bieden aan patiënten en hun families, om zelfmanagement te bevorderen en vroegtijdige interventies te vergemakkelijken.
13. Kaderhuisarts Astma/COPD
  - De kaderhuisarts is er om andere huisartsen te ondersteunen, de kwaliteit van de zorg te stimuleren, en de huisartsgeneeskunde verder te professionaliseren.
  - Daarbij heeft de kaderhuisarts een strategische functie in de ketenzorg.
14. Zorgprogrammacoördinator Astma/COPD HE:
  - Ontwikkelt en voert beleid uit op het gebied van multidisciplinaire longzorg
  - Ondersteunt praktijken bij het behalen van kwaliteitsdoelstellingen op het gebied van longzorg

## **Effectieve manieren om multidisciplinaire samenwerking te bevorderen**

Zorgverleners kunnen op verschillende manieren samenwerken om de multidisciplinaire zorg voor COPD-patiënten te verbeteren. Hier zijn enkele belangrijke strategieën en acties die de samenwerking kan bevorderen:

1. Effectieve Communicatie
  - Regelmatige overleggen: periodieke vergaderingen tussen huisartsen, longartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, diëtisten, psychologen, en andere betrokkenen om behandelplannen te bespreken en aan te passen.
  - Gebruik van het Netwerk Informatie Systeem (NIS): zorgen voor een up-to-date en gedeeld elektronisch dossier waarin alle zorgverleners toegang hebben tot de medische geschiedenis, behandelingen en aantekeningen van andere zorgverleners.
2. Gecoördineerde zorgplannen

- Multidisciplinaire behandelplannen: gezamenlijk ontwikkelen van uitgebreide behandelplannen die alle aspecten van de zorg van de patiënt bestrijken, van medicatie en therapieën tot leefstijlveranderingen en psychologische ondersteuning.
- Gestandaardiseerde protocollen: implementeren van gestandaardiseerde protocollen en richtlijnen voor de behandeling en management van COPD, zodat alle zorgverleners dezelfde benadering volgen.

### 3. Educatie en training

- Gezamenlijke trainingen: organiseren van gezamenlijke trainingssessies en workshops om de kennis over COPD te vergroten, op gelijkwaardig niveau te krijgen en vaardigheden te verbeteren, zoals het gebruik van inhalatoren of ademhalings technieken.
- Continu onderwijs: bevorderen van doorlopend professioneel onderwijs en bijscholing voor zorgverleners om op de hoogte te blijven van de nieuwste ontwikkelingen en best practices in COPD-zorg.

### 4. Patiëntgerichte aanpak

- Betrekken van patiënten: actief betrekken van patiënten bij hun eigen zorgplannen, inclusief het bespreken van hun voorkeuren, doelen en zorgen.
- Ondersteuning van zelfmanagement: educatie en hulpmiddelen bieden aan patiënten om zelf hun ziekte beter te beheren, zoals instructies voor het gebruik van inhalatoren en technieken voor het omgaan met exacerbaties. Uniforme pat info

### 5. Gebruik van technologie

- Telezorg en Telemonitoring: inzetten van telezorg en telemonitoring om patiënten op afstand te volgen, wat kan helpen bij het vroegtijdig opsporen van exacerbaties en het aanpassen van behandelingen in real-time.
- Gezondheidsapps: aanbevelen van gezondheidsapps en online platforms die patiënten kunnen helpen bij het monitoren van hun symptomen en het communiceren met hun zorgteam.

### 6. Ondersteunende netwerken

- Steungroepen: faciliteren van toegang tot lokale en online steungroepen waar patiënten ervaringen kunnen delen en emotionele steun kunnen krijgen, denk aan wandelgroepen voor mensen met chronische aandoeningen of SRO activiteiten.
- Betrekken van Familie: informatie en ondersteuning bieden aan familieleden en verzorgers om hen te helpen bij de zorg voor de patiënt.

## Samenwerkingspartners en regionale ontwikkeling

### Ondersteunende partijen

Er zijn verschillende personen binnen HE en organisaties die zich bezighouden met COPD. Wil je meer informatie, verhalen of verdieping in actuele onderwerpen? Neem dan contact op met de betrokken medewerkers binnen HE of raadpleeg een van de relevante websites.

- HE: Zorgprogrammacoördinator COPD/Astma
- HE: Kaderhuisarts COPD/Astma
- [Huisartsen Eemland | COPD](#)
- [NHG-Richtlijnen | COPD](#)
- [Meander Medisch Centrum | COPD](#)
- [Long Alliantie Nederland](#)
- [Longfonds.nl](#)
- [Paramedische Zorggroep Eemland \(PZE\)](#)

### Regio programma's

Binnen de regio bestaan er een aantal projecten en programma's die bij kunnen dragen aan de zorg van COPD-patiënten.

#### Stoppen met roken

Er zijn diverse materialen beschikbaar die kunnen helpen om stoppen met roken onder de aandacht te brengen en het onderwerp bespreekbaar te maken bij de patiënt. Voor de patiënt zijn er verschillende mogelijkheden voor begeleiding.

Je kunt o.a. het scheurblok bestellen bij HE dat dient als gesprekstool en keuzehulp. Maar je vindt hier ook handige links en materialen voor bijvoorbeeld 'rookvrije generatie' of een slide voor op je wachtkamerscherf.

Via de volgende site kan je het scheurblok bestellen: [Stoppen met roken | Huisartsen Eemland](#). Op de site vind je nog meer handige links

HE biedt jaarlijks een training aan voor zorgverleners die patiënten ondersteunen bij stoppen met roken: 'Stop roken training'. Zie [scholing](#).

#### Longformularium

Het longformularium is begin 2025 geactualiseerd. Zie link: [\[Toevoegen zodra gepost op HEweb\]](#).

### Scholing

#### Scholingsaanbod binnen HE

Binnen HE zijn de volgende scholingen vaste onderdelen voor de doelgroep COPD:

- Caspircursus Basis
- Caspircursus online
- E-learning opfriscursus spirometrie
- E-learning REDUX longaanvalactieplan
- IMIS-training

Daarnaast worden er jaarlijks verschillende scholingen aangeboden op het gebied van longzorg, gedragsverandering, zelfmanagement en leefstijl. Ook biedt HE jaarlijks een training stoppen-met-roken (hoe coach je de patiënt?) aan. Dit geeft recht op accreditatiepunten. Voor een certificering als gekwalificeerd stoprokencoach kun je een basiscursus "begeleiding bij stoppen met roken" volgen bij o.a. Visiom in Amersfoort.



Naar verwachting komen er komend jaar nieuwe scholingen aan. HE is bezig op het gebied van leefstijl en zelfmanagement, het bevorderen van therapietrouw en Positieve Gezondheid scholing te ontwikkelen. Ook wordt er gewerkt aan een scholing voor Vapen en over de nieuwe richtlijn COPD door de Kaderhuisarts astma/COPD.

Via de link kom je op de pagina voor het scholingsaanbod voor COPD: [Opleidingen - COPD](#). Sommige scholing zijn alleen aangeboden voor huisartspraktijken, maar steeds meer wordt ook multidisciplinair aangeboden vanuit HE.

### **Zelf scholing ontwikkelen en aanvragen**

Heb je in de wijk behoefte aan een scholing die hierboven niet is genoemd, of wil je ondersteuning bij het ontwikkelen van een scholing specifiek voor jouw wijk? Neem dan contact op met de zorgprogrammacoördinator Astma/COPD. Je kunt je ideeën en wensen daar indienen, waarna er contact met je wordt opgenomen om te bespreken wat er op korte termijn mogelijk is.

### **Regionale werkafspraken**

#### 1. Inhalatie instructies:

In de regio is afgesproken dat de apotheker de eerste instructie over het gebruik van inhalatiemedicatie verzorgt bij het afleveren van de medicatie. Tijdens de jaarlijkse controles in de huisartsenpraktijk controleert de praktijkondersteuner (POH) vervolgens het correcte gebruik.

In de toekomst volgen er nog meerdere afspraken.

## Het project

Nu je allerlei inspiratie hebt opgedaan, betekent het nog niet dat deze interventies daadwerkelijk nodig zijn of spelen in jouw wijk. Het is mogelijk dat er heel andere actuele problematieken en behoeften zijn. Aan de projectleider om deze informatie op te halen. Als wijkcoördinator heb je te horen gekregen dat er behoefte is aan de uitvoering van het project: Longzorg in de wijk. Aan de wijkcoördinator (of door hem/haar aangestelde projectleider) is het de taak om dit project op te stellen. Hieronder vind je hoe je dit in jouw wijk kunt opstarten!

### Wijkprojectplan

Het opzetten van een project begint met een wijkprojectplan waarin duidelijk wordt wat het doel is. Huisartsen Eemland (HE) heeft voor dit soort projecten een format gemaakt. Om te zorgen dat het project succesvol is, is er een wijkprojectplan ingevuld die ondersteunt bij het implementeren van het project. Dit is een conceptplan die het je makkelijker maakt om te starten met het project en bijdraagt aan wat het project van jou en jouw wijk vraagt. Voordat deze wordt ingeleverd bij het de manager wijk Samenwerkingsverband zal deze gespecificeerd moeten worden op jouw wijk. *Zie format "wijkprojectplan"*

### Implementatie project

#### Stap 1: wijkproject starten

Er zijn verschillende mensen en zorgverleners die betrokken kunnen worden bij dit project. Als eerst bespreek je het onderwerp binnen het kernteam van de wijk. Samen kom je er achter wat er speelt en waar de behoefte ligt binnen de wijk. (Dit is vaak al gedaan voordat het project in actieve fase komt).

#### Stap 2: informatiebijeenkomst organiseren

Het doel van dit bijeenkomst is om zorgverleners in de wijk bewust te maken van het belang van het project, draagvlak te creëren, informatie te verzamelen over de organisatie van longzorg in de wijk en een werkgroep te vormen. Zodat alle informatie meegenomen kan worden in het project.

Er zijn verschillende manieren om de informatiebijeenkomst vorm te geven. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een speciale bijeenkomst, een netwerkbijeenkomst, workshop of een andere aanpak die het beste aansluit bij wat werkt in jouw wijk.

Een aantal punten zijn belangrijk om het doel te bereiken ondanks de werkvorm die gekozen wordt.

1. Actuele status/ cijfers over COPD in de regio. Vraag de actuele gegevens op bij de Zorgprogrammacoördinator COPD/ Astma
2. Informatie verzamelen over je wijk vanuit de visie van de zorgverleners

*Zie format "informatiebijeenkomst", ter ondersteuning van de voorbereidingen.*

#### Stap 3: werkgroep vormen

Na de bijeenkomst stel je een werkgroep samen, waarbij het belangrijk is om zoveel mogelijk expertise binnen de groep te verzamelen. Hierop is het project ook begroot, *zie format wijkprojectplan.*

Houd bij het vormen van de werkgroep rekening met de volgende punten:

- Zorgverleners met een bijzondere interesse of specialisatie in longzorg.
- Zorgverleners die niet al in meerdere projecten zijn betrokken, om diversiteit en frisse perspectieven binnen de groep te waarborgen.
- Professionals uit verschillende vakgebieden (zoals huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers) om een multidisciplinair perspectief te creëren.

- Zorgverleners die actief betrokken zijn in de wijk en goed inzicht hebben in de behoeften en uitdagingen van de lokale gemeenschap.
- Zorgverleners die openstaan voor innovatie en bereid zijn tot samenwerking en kennisuitwisseling.

Mocht het niet lukken om voor enkele expertises een persoon te vinden, dan kun je de volgende opties overwegen om toch de benodigde kennis te verkrijgen:

- Reviewer: Vraag hen om als reviewer op te treden voor conceptdocumenten of plannen die door de werkgroep zijn opgesteld, zodat ze hun expertise kunnen delen zonder fysieke aanwezigheid.
- Adviseur op Afstand: Deze persoon kan input geven via e-mail, telefoon of andere digitale communicatiemiddelen. Ze kunnen documenten en plannen beoordelen en feedback geven op hun eigen tijd.
- Uitnodigen voor een eenmalig één-op-één gesprek waarin je als projectleider de belangrijkste vragen van het project met hen kunt bespreken.

Soms is niet alle benodigde expertise in elke wijk aanwezig. Tijdens de eerste bijeenkomst bespreek je met de werkgroep of dit een probleem vormt en of het nodig is om expertise uit een andere wijk in te schakelen.

#### **Stap 4: werkgroep bijeenkomst 1 – kennismaking & sterkte en zwakte analyse**

Tijdens de eerste werkgroep maak je kennis met de WG leden. (Het kan zijn dat ze elkaar al kennen. Dan kan je deze stap overslaan.) Daarna kom je er samen achter wat (niet-) goed gaat in de wijk en waar de kansen liggen om samen te verbeteren.

##### Vorbereiding:

- Vinden van een geschikte datum
- Stuur teamsmeeting uit
- Advies: Online meeting van een uur

##### Benodigdheden voor bijeenkomsten:

- Presentatie: *Zie format" kennismaking & sterkte en zwakte analyse"*

##### Agenda van de bijeenkomst:

- Kennismaken
- Samenvatting resultaten van behoefte uit informatiebijeenkomst kort bespreken
- Sterkte- en zwakte analyse maken
- Opdracht: netwerkanalyse maken
- Agenda

#### **Sterkte- en zwakte analyse**

Een sterkte-zwakteanalyse (SWOT-analyse) in de wijk is nuttig om een goed beeld te krijgen van de huidige situatie en de mogelijkheden voor verbetering. Hier zijn enkele redenen waarom je zo'n analyse zou uitvoeren:

1. Inzicht in de huidige situatie: het helpt om een duidelijk overzicht te krijgen van de sterke punten (bijv. inzetten van NIS) en zwakte punten (bijv. beperkte toegang tot bepaalde zorg) in de wijk. Dit inzicht is essentieel om de huidige zorgkwaliteit te begrijpen.
2. Gerichtte verbeteringen: door de sterke en zwakte punten te identificeren, kun je gerichte strategieën ontwikkelen om verbeteringen door te voeren. Je kunt inspelen op de sterke punten en plannen maken om de zwakte punten aan te pakken.

3. Bepalen van prioriteiten: een SWOT-analyse maakt het eenvoudiger om prioriteiten te stellen. Zo kun je bijvoorbeeld bepalen welke problemen het meest dringend zijn en waar direct actie nodig is.
4. Effectieve samenwerking: het helpt om duidelijk te communiceren met alle betrokken partijen. Het benadrukken van sterke punten kan de samenwerking stimuleren, terwijl het bespreekbaar maken van zwakke punten leidt tot een gezamenlijke aanpak.
5. Ondersteuning bij beleidsvorming: de analyse kan waardevolle informatie opleveren voor het opstellen van plannen en beleid. Dit kan variëren van het toewijzen van middelen tot het opzetten van nieuwe initiatieven die inspelen op de unieke behoeften van de wijk.
6. Monitoren van voortgang: door regelmatig een sterkte-zwakteanalyse te maken, kun je de voortgang meten en zien of eerder geïdentificeerde zwakke punten zijn aangepakt en waar zich nieuwe kansen of bedreigingen voordoen.

Een sterkte-zwakteanalyse biedt dus een strategisch hulpmiddel om de zorg in de wijk te verbeteren en de samenwerking tussen alle betrokkenen te optimaliseren.

Heb je nog nooit een sterkte- en zwakte analyse gemaakt, klik [hier](#) om de voorbeeld video van Randstad te zien.

#### Opdracht: netwerkanalyse

Maak een lijst van alle zorgverleners die je kent in je wijk (binnen jouw expertise) die met COPD werken of willen werken:

- Naam van zorgverlener/ praktijk
- Expertisefunctie
- Vorm van betrokkenheid bij COPD
- Let op! Hierin gaat het om het netwerk van één discipline, bv. Fysiotherapeuten.

In de volgende meeting worden alle expertises bij elkaar gebracht in de "netwerkanalyse".

#### Na de meeting:

- Plan nieuwe meeting in
- Uitwerken en delen van SWOT- analyse
- Deel opdracht met de WG

### **Stap 5: werkgroep bijeenkomst 2 – netwerkanalyse**

De bijeenkomst is gericht op het vormgeven van het netwerk, door iedereen zijn eigen discipline in kaart te laten brengen en visueel te maken wordt duidelijk waar de gaten liggen en kan je samen tot oplossingen komen.

#### Vorbereiding:

- Stuur teamsmeeting uit
- Reminder aan de opdracht
- Print netwerkkkaart op A0 (zie extra bestanden)
- Advies: 2 uur durende fysieke om samen analyse te maken

#### Benodigdheden voor bijeenkomsten:

- Presentatie: *Zie format "netwerkanalyse"*
- Netwerkkkaart A0
- Uitgewerkte opdracht per WG-lid

#### Agenda van de bijeenkomst:

- Netwerkanalyse invullen
- Opdracht: expertise kaart

### **Netwerkanalyse**

Een netwerkanalyse is een methode om het netwerk in kaart te brengen. Het geeft je inzichten over patronen en onzichtbare verbanden en het identificeert problemen.

Stap 1: Schrijf op de post-it's wie onderdeel zijn van jouw longzorg netwerk (binnen jouw expertise) Plak ze op netwerkkaart.

Stap 2: Teken de patiënte routes volgens het perspectief van je eigen expertise. Teken de route op netwerkkaart.

Stap 3: Analyseer allemaal de *netwerkkaart*. Schrijf op post-it's wat je opvalt aan de informatie op de netwerkkaart en wat je mist in jouw longzorg netwerk.

Wat valt je op?

- Kwaliteit goed genoeg?
- Wat missen we? En hoe kunnen we dat oplossen?
- Hoe is de verdeling?
- Juiste zorg op juiste plek?

Plak post-it op netwerkkaart.

### Opdracht: expertise kaart

In de expertise kaart wordt verder ingegaan op patiënt journey. Elke discipline wordt gevraagd het volgende uit te werken:

- Werk uit wie, wat doet, binnen de patiënt journey van jouw expertise
- Werk uit welke werkafspraken je belangrijk vindt

Na de meeting:

- Plan nieuwe meeting in
- Uitwerken van netwerkkaart in Visio, voor digitale versie.
- Deel opdracht met de WG

### **Stap 6: werkgroep bijeenkomst 3 – expertise kaart**

In deze werkgroep bijeenkomst ga je aan de slag met de expertise kaart. In de map extra bestanden vind je de lege expertise kaart. Deze ga je met ze alle invullen. Ter inspiratie zie [Multidisciplinaire disciplines](#)

Vorbereiding:

- Stuur teamsmeeting uit
- Reminder aan de opdracht
- Inlezen lege expertise kaart

Benodigdheden voor bijeenkomsten:

- Lege expertise kaart *Zie format "lege expertise kaart"*
- Presentatie: *Zie format "expertise kaart"*

Agenda van de bijeenkomst:

- Expertise kaart invullen

### **Expertise kaart**

Stap 1: Bespreken van expertises

Bespreek van iedereen de opdracht.

Stap 2: Expertise kaart personaliseren

Pak de lege expertise kaart erbij en ga op basis van de eerder getrokken conclusie de expertise kaart in de wijk personaliseren.

Opdracht: Implementatie

Ga nadenken over hoe je deze expertise kaart zou willen implementeren in de wijk.

Na de meeting:

- Plan nieuwe meeting in
- Expertise kaart maken
- Deel opdracht met de WG
- Deel ingevulde expertise kaart

### **Stap 7: werkgroep bijeenkomst 4 – Implementatie**

Tijdens de meeting bespreek je welke vorm van implementatie jullie gaan uitvoeren.

Werkgroep 4: Implementatie voorbereiden

- Werkafspraken
- Hoe te implementeren in de wijk?
- Implementeren van expertise kaart en oplossingen

Vorbereiding:

- Stuur teamsmeeting uit
- Reminder aan de opdracht

Benodigheden voor bijeenkomsten:

- Presentatie: *Zie format "implementatie"*
- Expertise kaart

Agenda van de bijeenkomst:

- Expertise kaart presenteren
- Opdracht: denk na over hoe je deze expertise kaart wil implementeren
- Optie: Behoeftte aan evaluatie in de wijk. Bv via enquête.
- Bespreken evaluatie moment

Opdracht: Expertise kaart delen met achterban

De expertisekaart is volgens de WG afgerond. Voor controle en aanvulling wordt deze gedeeld met de achterban.

- **WG:** Leden vragen collega's binnen hun eigen discipline om de expertisekaart te beoordelen.
- **PL/Wijkco:** Betrek zorgverleners met expertise die niet vertegenwoordigd is in de WG en vraag hen om mee te lezen en feedback te geven.

Opdracht: Implementatie bespreken

Tijdens de meeting bespreek je met elkaar hoe de implementatie eruit komt te zien en met welk termijn.

Aantal ideeën om te implementeren:

- Expertise kaart presenteren op netwerkbijeenkomst

- Uitgeprinte versies delen met alle praktijken
- Expertise kaart delen via de mail

#### Na de meeting:

- Implementeren volgens plan van WG
- Achterban meenemen in expertise kaart voor optimalisatie van expertise kaart
- Definitieve expertise kaart delen met WG volgens implementatieplan
- Definitieve expertise kaart delen met wijk volgens implementatieplan

### **Stap 8: evaluatie**

Na het afgesproken aantal maanden kom je bij elkaar als WG om de implementatie te bespreken.

#### Vorbereiding:

- Stuur teamsmeeting uit
- Vraag mensen vooraf na te denken over feedback
- Optie: evaluatie in de wijk. Bv via enquête.

#### Benodigheden voor bijeenkomsten:

- Optie: resultaten enquête

#### Agenda van de bijeenkomst:

- WG evaluatie
- Optie: resultaten van enquête
- Besprek de omzetten naar structureel overleg

#### Na de meeting:

- Overdracht PL aan wijkcoördinator
- Feedback bespreken met ZPC Astma/COPD
- Mogelijk aanpassen van expertise kaart

### **Stap 9: afronden van project**

Organiseer een structureel overleg, één tot twee keer per jaar, om de expertisekaart en de longzorgafspraken actueel te houden.

De projectleider deelt feedback over de inhoud van de handreiking en de expertisekaart met de ZPC Astma/COPD (en wijkcoördinator).

De projectleider draagt de verantwoordelijkheid over aan de wijkcoördinator. Na afronding van het project is de wijkcoördinator verantwoordelijk voor het up-to-date houden van de expertisekaart. Indien aanpassingen nodig zijn, kan dit in overleg met de ZPC Astma/COPD. Deze kan de benodigde rechten verlenen om de kaart in Visio aan te passen.