Richtlijn zelfmanagement van patiënten met COPD
in de huisartspraktijk

nivel
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Martin te Lintel Hekkert
Jeroen Schumacher
Aart Pool
Joris IJzermans
Patrick Bindels

Richtlijn zelfmanagement van patiënten met COPD in de huisartspraktijk

NIZW

© 2003 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW
Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Deze publicatie is totstandgekomen in opdracht en met financiële steun van het Astmafonds.

Auteurs
Drs. M.P. te Lintel Hekkert, programma *Verpleging*, NIZW
Drs. J.N.M. Schumacher, programma *Verpleging*, NIZW
Dr. A. Pool, programma *Verpleging*, NIZW
Dr. C.J. IJzermans, afdeling Huisartsgeneeskunde, AMC/Universiteit van Amsterdam, gedetacheerd bij het NIVEL
Prof. dr. P.J.E.Bindels, afdeling Huisartsgeneeskunde, AMC/Universiteit van Amsterdam, divisie klinische methoden

Ontwerp omslag
Zeno

Drukwerk
Krips, Meppel

ISBN
90-5957-038-3

NIZW-bestelnummer
E 33336

NIZW Uitgeverij
Postbus 19152
3501 DD Utrecht
Telefoon (030) 230 66 07
Fax (030) 230 64 91
E-mail Bestel@nizw.nl
Website www.nizw.nl

VOORWOORD

Voor u ligt de *Richtlijn zelfmanagement van patiënten met COPD in de huisartspraktijk*. Deze richtlijn is een belangrijk hulpmiddel voor de begeleiding van patiënten met COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease). Klinische expertise ligt aan de basis van de *richtlijn zelfmanagement van patiënten met COPD*. Voor de wetenschappelijke onderbouwing is gezocht in de database *Medline* op de trefwoorden: 'self-management', 'COPD', 'stages of change' en 'motivational interviewing'. Dit resulteerde in vijftig bruikbare artikelen.
Bij de totstandkoming van deze publicatie hebben we tevens gebruikgemaakt van de kennis van een aantal deskundigen, die we hierbij dan ook nadrukkelijk willen danken voor hun bijdrage.
Als referenten traden op drs. C.M. Alders, programmamanager Autonomie, en drs. H.J.H. In den Bosch, programmamanager Zorg en Preventie, beiden verbonden aan het Astmafonds; E. van Leeuwen en K. de Haan, praktijkverpleegkundigen; M. Roumen en I. Reinalda, beiden zowel praktijk- als longverpleegkundigen; drs. J. de Jonge, klinisch psycholoog, deskundig op het gebied van motiverende gespreksvoering; dr. B. Thoonen, huisarts en gepromoveerd op het onderwerp zelfmanagement; drs. B. Ponsioen, huisarts, en drs. R.M.M. Geijer, huisarts, tevens betrokken geweest bij de ontwikkeling van de NHG-standaarden.
Overigens zij opgemerkt dat naamsvermelding als referent niet wil zeggen dat de betreffende referent de richtlijn op elk detail onderschrijft.
De wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van de richtlijn is zo goed mogelijk gewaarborgd. Desondanks is verder onderzoek gewenst om de waarde van deze richtlijn wetenschappelijk te toetsen.

Praktijkverpleegkundigen zullen naar verwachting in toenemende mate de begeleiding van patiënten met COPD op zich nemen. Wij verwachten dat ze vooral gebaat zijn bij een instrument om een consult communicatief te sturen. In dit boek draait het dan ook vooral om communicatie, op zo'n manier dat patiënten zich gehoord voelen, uitgenodigd, en soms zelfs uitgedaagd worden.
Dat gaat echter niet vanzelf. Deze richtlijn geeft daarom een aantal handvatten voor gesprekstechnieken die gebaseerd zijn op de uitgangspunten van motiverende gespreksvoering.
Daarbij is het belangrijk dat patiënten onvoorwaardelijk geaccepteerd worden en dat er naar hun verhaal geluisterd wordt.
Zelfmanagement betekent niet alleen meer grip hebben op de eigen situatie maar ook bewuster en gezonder gedrag, gebaseerd op een sterke motivatie en geloof in eigen kunnen.
Wij verwachten dat deze richtlijn bijdraagt aan deze ambitieuze, maar desondanks haalbare doelen.

De auteurs

INHOUD

Inleiding

1 De richtlijn zelfmanagement: ontstaan, doelgroep en methodiek 13
De richtlijn: achtergrond en ontstaansgeschiedenis 13
Zelfmanagement bij COPD: doelgroep en definities 14
Zelfmanagement: effecten en methodiek 16

2 Richtlijn zelfmanagement: opbouw en inhoud 19
De vijf kernbegrippen toegelicht 20

3 Samenwerking tussen praktijkverpleegkundige en patiënt 23
Het begin van een samenwerkingsrelatie 24
Gedeelde besluitvorming over de thema's 25
Weerstand in de samenwerking 27
Samenvatting 28

4 Ernst van COPD 29
Ernst en hinder van COPD 30
Differentiatie van de doelgroep 33
Samenvatting 36

5 Veranderingsbereidheid 39
Het begrip veranderingsbereidheid en het *stages of change*-model 39
Motivatie en self-efficacy 41
De vijf fasen van het *stages of change*-model 43
Het model toepassen 48
Samenvatting 50

6 **Begeleidingsmogelijkheden** **51**
Motiverende gespreksvoering: de achtergrond 51
Motiverende gespreksvoering: technieken 53
Begeleidingsmogelijkheden koppelen aan de fasen van verandering 55
Belemmeringen in de begeleiding 61
Begeleiding als onderdeel van psychosociale zorg 65
Samenvatting 68

7 **Competenties** **69**
Competenties van de verpleegkundige 69
Competenties in relatie tot ervaring 70
Competenties om te werken volgens de richtlijn zelfmanagement 73
Handelen volgens de richtlijn 74
Samenvatting 76

8 **De richtlijn zelfmanagement in vogelvlucht** **79**
Doel van de richtlijn 79
Essentie van de vijf kernbegrippen 79
Uitgangspunten van de kernbegrippen in hun onderlinge verband 83
De richtlijn zelfmanagement in de praktijk 85
Aanbevelingen 87

Literatuur **89**

Bijlage 1 Motiverende gespreksvoering **97**

Bijlage 2 Self-efficacy versterken **99**

Bijlage 3 Toepassing van de rijchtlijn zelfmanagement van patiënten met COPD **101**

INLEIDING

De *richtlijn zelfmanagement van patiënten met COPD* is ontwikkeld om zorgverleners binnen de huisartspraktijk te ondersteunen bij de begeleiding van patiënten met COPD, waarbij het gaat om bevordering van zelfmanagement. Wij gaan ervan uit dat steun bieden bij gedragsverandering niet is voorbehouden aan gedragstherapeuten, maar een integraal onderdeel vormt van verpleegkundige zorgverlening. Advies, Instructie en Voorlichting (AIV) is een erkend onderdeel van verpleegkundige zorgverlening aan chronisch zieken. Deze verstrekking is opgenomen in de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). Naast deze richtlijn is de NHG-praktijkhandleiding van het Nederlands Huisartsen Genootschap (Mout, Ten Boer en Gunst 2002) verschenen. Deze handleiding gaat vooral in op de taakverdeling tussen de diverse disciplines en behandelt praktische aspecten als piekstroommeting, spirometrie, (administratieve) praktijkvoering, (vroeg)diagnostiek en stoppen met roken. De *richtlijn zelfmanagement* kan worden gezien als een aanvulling op de NHG-praktijkhandleiding.

Het aantal patiënten met COPD neemt toe, en er is steeds meer aandacht voor zelfmanagementprogramma's. Met de introductie van de praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk zijn er bovendien nieuwe mogelijkheden geschapen voor monitoring en begeleiding van patiënten met COPD. Tegen deze achtergrond is de *richtlijn zelfmanagement* totstandgekomen.
De richtlijn is primair geschreven voor praktijkverpleegkundigen. Daarnaast kunnen ook huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en anderen gebruikmaken van de inzichten. Uit een eerdere studie blijkt dat de praktijkverpleegkundige bij uitstek geschikt is om de bevordering van zelfmanagement ter hand te nemen (Van Weelderen e.a. 2002). In de richtlijn zal daarom steeds gesproken

worden over de praktijkverpleegkundige. Bevordering van zelfmanagement is echter niet voorbehouden aan één beroepsgroep; reden om de uitvoering van de richtlijn te koppelen aan competenties en niet aan functies.
Het beoogde effect van de *richtlijn zelfmanagement van patiënten met COPD* is toename van zelfmanagement. Zelfmanagement van COPD betekent voor een aanzienlijk deel van de patiënten: inzien dat gedragsverandering belangrijk is. De gedragsverandering heeft betrekking op de leefstijl van de patiënt, waarbij we vijf gedragsthema's onderscheiden: stoppen met roken; conditieverbetering; een goede voedingstoestand handhaven; klachten verminderen en exacerbaties voorkomen; goed medicijngebruik. Wij gaan ervan uit dat bevordering van zelfmanagement ertoe kan bijdragen dat mensen hun leefstijl heroverwegen en hun medicijngebruik optimaliseren. Zelfmanagement heeft vooral tot doel om in de vroege stadia van COPD verandering van gedrag te bereiken, opdat progressie van de ziekte voorkomen wordt. Het effect van de *richtlijn zelfmanagement* op de situatie van de patiënt kan worden bereikt dankzij het feit dat de praktijkverpleegkundige, met behulp van de richtlijn, zicht krijgt op de mogelijkheden voor begeleiding. Met dit inzicht zal zij[1] beter in staat zijn de patiënt te ondersteunen.
In de richtlijn gaat het vooral om communicatie en de dialoog met de patiënt. Want kennis van COPD alleen is niet genoeg. Praktijkverpleegkundigen krijgen een aantal handvatten aangereikt waarmee zij hun begeleiding professioneel kunnen vormgeven. Zelfmanagement en gezonder gedrag staan daarbij centraal.
Bevordering van zelfmanagement van patiënten met COPD is geen gemakkelijke, maar wel een belangrijke opgave. Een richtlijn is daarom ook een hulpmiddel bij het nemen van die beslissingen (Grol en Wensing 2002) die bijdragen aan zelfmanagement. De praktijkverpleegkundige moet immers steeds weer de afweging maken welk gedragsthema voorrang verdient tegen de achtergrond van de ernst van COPD, de klachten en het verhaal van de patiënt. Maar dat niet alleen: als zij eenmaal besloten heeft wat aan de orde komt, gaat het om de vraag hoe ze de patiënt (communicatief) begeleidt.

[1] We verwijzen in de vrouwelijke persoon naar de praktijkverpleegkundige. We spreken daarmee de grootste groep praktijkverpleegkundigen aan. Het mag duidelijk zijn dat we mannelijke hulpverleners in de functie van praktijkverpleegkundige geenszins uitsluiten. Naar de patiënt verwijzen we in de mannelijke vorm. Hiervoor kan ook de vrouwelijke vorm worden gelezen.

In de richtlijn is veel aandacht voor patiënten die zich niet of niet genoeg bewust zijn van de ernst van COPD of weinig vertrouwen hebben in hun mogelijkheden om verandering te brengen in hun situatie.
De *Richtlijn zelfmanagement van patiënten met COPD in de huisartspraktijk* is opgebouwd aan de hand van vijf kernbegrippen: samenwerking; de ernst van COPD; veranderingsbereidheid; begeleidingsmogelijkheden; competenties. In hoofdstuk 1 en 2 belichten we de achtergrond en de opbouw van de richtlijn. In hoofdstuk 3 tot en met 7 worden de kernbegrippen elk in een apart hoofdstuk behandeld. Bij de uitwerking van de kernbegrippen geven we praktijkvoorbeelden. In hoofdstuk 3 komt de samenwerkingsrelatie tussen praktijkverpleegkundige en patiënt aan de orde. Hoofdstuk 4 behandelt de ernst van COPD, uitgaande van de indeling die het Nederlands Huisartsen Genootschap hanteert (Geijer e.a. 1997a). Hoofdstuk 5 gaat over veranderingsbereidheid. Met behulp van dit concept kan worden vastgesteld waar patiënten zich bevinden in het proces van gedragsverandering. In hoofdstuk 6 komen een aantal begeleidingsmogelijkheden aan de orde, gerelateerd aan de ernst van COPD en de veranderingsbereidheid. In hoofdstuk 7 beschrijven we de competenties waarover praktijkverpleegkundigen (of andere zorgverleners) dienen te beschikken. Hoofdstuk 8 biedt een overzicht van de richtlijn; we doen daar ook enkele aanbevelingen.
De eerste twee bijlagen aan het eind van het boek bevatten praktijkvoorbeelden met gespreksfragmenten. Bijlage 3 is een casus.
Op de losse inlegkaart treft u een samenvatting van de richtlijn aan.

1 DE RICHTLIJN ZELFMANAGEMENT: ONTSTAAN, DOELGROEP EN METHODIEK

De richtlijn: achtergrond en ontstaansgeschiedenis

Steeds meer mensen in Nederland kampen met een chronische aandoening. Ze hebben vaak langdurige en intensieve zorg nodig die grotendeels in de eerste lijn gegeven wordt. Huisartsen krijgen daardoor te maken met een hogere werkdruk en een veranderende inhoud van hun taken. Patiënten met COPD vormen een belangrijke doelgroep in de huisartspraktijk. Naar verwachting zal hun aantal in de nabije toekomst aanzienlijk toenemen (Rutten van Mölken e.a. 1999). Ondanks deze toename, streeft men ernaar COPD-patiënten zo veel mogelijk in de eerste lijn te behandelen. Een belangrijke vraag voor de huisarts is derhalve hoe deze stroom van patiënten de komende jaren het beste kan worden opgevangen, zowel in termen van diagnostiek als van prognose en therapie (Kruijff en Adema 2000).

In het licht van de geschetste ontwikkelingen startte in 1996 op initiatief van de huisartsenvereniging, de thuiszorg en een zorgverzekeraar in Amsterdam het project *Triozorg*. In zeven huisartsgroepen werden op experimentele basis veertien praktijkverpleegkundigen aangesteld om de huisarts te ondersteunen bij de uitvoering van een aantal standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Het betrof standaarden voor drie doelgroepen: cara (astma en COPD), diabetes mellitus type II en ulcus cruris. Om goede zorg te kunnen verlenen was het nodig de samenwerking te bevorderen tussen het trio huisarts, praktijkverpleegkundige en praktijkassistente. In de loop van 1997 is het project succesvol afgerond, waarbij er voor de doelgroep cara een aantal kanttekeningen werden geplaatst. Patiënten met COPD bleken namelijk slechts in bescheiden mate bij de diverse projecten betrokken te zijn geweest. Praktijkverpleegkundigen gaven aan dat een gestructureerde aanpak

van COPD moeilijk is. De opsporing en diagnostiek vragen veel inzet. Knelpunten in de zorg hebben betrekking op lacunes in kennis van patiënten over de eigen ziekte, op medicatiegebruik, gebruik van inhalatietechnieken en op het nakomen van afspraken voor spreekuur en controles (Van Weelderen e.a. 2002). Omdat daarnaast de meerwaarde van de praktijkverpleegkundige voor deze doelgroep onvoldoende uit de verf kwam, werd in een vervolgonderzoek verdieping aangebracht door middel van een specifieke analyse van de praktijkverpleegkundige zorg voor patiënten met COPD. De conclusie van dit kwalitatieve onderzoek is dat bevordering van zelfmanagement bij uitstek een taak van de praktijkverpleegkundige is. Zij is degene die de patiënt kan ondersteunen bij de bewustwording van zijn eigen mogelijkheden in het leven met de ziekte en de therapie.

De indruk bestaat dat patiënten met COPD zich in het begin van de ziekte weinig bewust zijn van de mate waarin de aandoening hun leven beïnvloedt. Bewustwording is dan ook een belangrijke begeleidingstaak voor zorgverleners (Van Weelderen e.a. 2002). Op basis van de bevindingen van met name het onderzoek van Van Weelderen e.a., heeft het Astmafonds opdracht gegeven de standaard voor cara uit te werken tot een richtlijn voor zelfmanagement, specifiek voor patiënten met COPD.
Hoewel er verder onderzoek nodig is naar het effect van zelfmanagementprogramma's voor patiënten met COPD, zal niemand bestrijden dat mensen beter af zijn als ze greep op hun situatie en op hun leven houden in plaats van zich hulpeloos en afhankelijk te voelen. Actief omgaan met COPD lijkt betere voorwaarden te scheppen voor leefstijlveranderingen dan een defensieve, minder verantwoordelijke houding. In dit licht bezien is de waarde van zelfmanagement ons inziens moeilijk te overschatten en kunnen COPD-patiënten veel baat hebben bij programma's die zelfmanagement bevorderen.

Zelfmanagement bij COPD: doelgroep en definities

COPD is een verzamelnaam voor de ziektebeelden chronische bronchitis en longemfyseem. Mensen met COPD hebben vaak te maken met kortademigheid (dyspneu), hoesten en slijmvorming (Geijer e.a.

1997a). Bij chronische bronchitis staat hoesten meer op de voorgrond, bij longemfyseem kortademigheid. Roken is de belangrijkste oorzaak van COPD en versnelt de achteruitgang van de longen bij mensen die daarvoor gevoelig zijn.
COPD-patiënten zijn meestal ouder dan vijftig jaar (Kaptein 1997) en vaak afkomstig uit de lagere sociaal-economische klasse. COPD onderscheidt zich van astma door het feit dat de achteruitgang van de longfunctie onomkeerbaar is. Een combinatie van astma en COPD is ook mogelijk. Hoewel COPD in strikte zin niet te genezen is, is een belangrijke gezondheidswinst (en/of verbetering van de kwaliteit van leven) te bereiken door inachtneming van een aantal leefregels. Stoppen met roken is de belangrijkste maatregel, maar winst is ook te bereiken door conditietraining en een goede voedingstoestand. Medicamenteuze behandeling van COPD is erop gericht de symptomen te bestrijden en verergering van de ziekte te voorkomen. COPD voltrekt zich in het algemeen zeer geleidelijk. Mede daardoor melden patiënten zich niet of pas in een (te) laat stadium met klachten (Van den Boom 2000). Mensen met COPD beoordelen in de beginfase hun ziekte veelal niet als ernstig. Wel rapporteren zij een slechtere ervaren kwaliteit van leven (Heijmans e.a. 2000). De aanwezigheid van comorbiditeit (de aanwezigheid van meerdere chronische ziekten tegelijk) speelt hierbij een rol en is een betere graadmeter voor de kwaliteit van leven dan longfunctieparameters (Van Manen 2001).

Het begrip zelfmanagement

Het begrip zelfmanagement is in de loop van de tijd verschillend gedefinieerd. Het accent lag in eerste instantie op het opvolgen van behandelingsvoorschriften van de arts. Hedendaagse inzichten definiëren zelfmanagement als de mate waarin de patiënt verantwoordelijkheid neemt voor de behandeling en een gezonde leefstijl volgt. Bij goed zelfmanagement neemt iemand bewust besluiten over de manier waarop hij met de ziekte omgaat en maakt hij keuzes met betrekking tot de behandeling. Cruciaal is dat de patiënt de behandeldoelen en de besluitvorming bepaalt (KITTZ 1998). Een andere definitie is van Colland; zij stelt dat het er bij zelfmanagement om gaat dat de patiënt zelf, in samenspraak met de behandelend arts, verantwoordelijkheid draagt voor het voorkomen van klachten of, zo mogelijk, voor vermindering van klachten. Het gaat er niet alleen om

dat patiënten volgens voorschrift hun medicijnen innemen, maar ook dat zij zo nodig de dosering van hun medicijnen en hun leefstijl aanpassen (Colland e.a. 2001). Het Astmafonds omschrijft zelfmanagement als het managen van de eigen aandoening met als doel: een optimale gezondheid en maatschappelijke participatie, en een minimale afhankelijkheid van professionele hulp (Astmafonds 2000). Voor Deenen houdt goed zelfmanagement een actieve manier van werken in, het behoud van een optimale klinische situatie, adequate coping in het dagelijks leven, compliance (therapietrouw) en een gezonde leefstijl (Deenen 1996).

Zelfmanagement: effecten en methodiek

Zelfmanagement heeft volgens Deenen effect op een aantal parameters: de hoeveelheid medische consumptie, de kwaliteit van leven, ervaren beperkingen door de ziekte in het dagelijks leven, en de fysieke en psychische constitutie van de patiënt (Deenen 1996). Een studie van Watson e.a. wijst uit dat een zelfmanagementbevorderend programma bij COPD-patiënten wel effect heeft op zelfmanagement en gedrag maar niet op de kwaliteit van leven of op longfunctieparameters (Watson e.a. 1997). Een onderzoek van Zimmerman e.a. onder COPD-patiënten toonde een niet significant effect aan van een zelfmanagementprogramma op self-efficacy (Zimmerman e.a. 1996). Self-efficacy is het vertrouwen in de eigen capaciteiten om tot bepaald gewenst gedrag te komen (Bandura 1986). De studie van Zimmerman toonde aan dat het programma evenmin effect had op kortademigheid. Van der Palen en Klein vonden voor de periode 1985-1996 vijftien studies naar de effectiviteit van zelfmanagementprogramma's bij volwassen astmapatiënten. In het algemeen konden op basis van deze studies geen conclusies getrokken worden over de effectiviteit van de programma's. In aansluiting op deze studies werd een zelfmanagementprogramma in groepsvorm aan volwassen astmapatiënten aangeboden. Dit programma resulteerde op lange termijn wel in verbeteringen van kwaliteit van leven, minder exacerbaties en een toename van symptoomvrije dagen (Van der Palen en Klein 1998). Ten slotte zijn er aanwijzingen dat beslissingen die genomen worden op basis van een gedeelde besluitvorming tussen arts en patiënt (*shared decision*) bij patiënten tot meer verantwoordelijkheidsgevoel en

een grotere therapietrouw leiden (Stevenson e.a. 2000; Elwyn e.a. 1999).

Modellen voor zelfmanagement

Mensen besluiten meestal niet uit zichzelf om hun ongezonde leefstijl te veranderen. Er zijn een aantal modellen die aangeven welke factoren leiden tot zelfmanagement. Deenen gebruikt het model van Ajzen en Fishbein om een aantal beïnvloedende factoren te onderzoeken (Deenen 1996). In dit model staat de intentie centraal: als de intentie voor bepaald gedrag er is, is de kans groot dat dit gedrag ook daadwerkelijk getoond wordt. De intentie wordt op haar beurt beïnvloed door iemands attitude ten opzichte van bepaald gedrag, de sociale norm met betrekking tot dat gedrag en door self-efficacy (Ajzen en Fishbein 1980). Prochaska en DiClemente (1983) introduceerden het *stages of change*-model en onderzochten de manier waarop mensen tot gedragsverandering komen (Prochaska e.a. 1992). Het uitgangspunt van dit op verslavingsproblematiek gebaseerde model is dat mensen vijf fasen doorlopen om te komen tot beslissingen met betrekking tot gedragsverandering in hun dagelijks leven. Het idee daarbij is dat niet iedereen 'klaar' is voor gedragsverandering. De essentie voor hulpverleners is dat zij hun wijze van begeleiden aanpassen aan de fase waarin iemand verkeert.
Rollnick e.a. baseren zich met hun 'motivational interviewing' in hun boek *Health Behavior Change* op het *stages of change*-model. Tegelijkertijd stellen zij dat de bereidheid (readiness) om te komen tot gedragsverandering afhangt van het belang dat iemand hecht aan het gedrag (motivatie) en van de mate van self-efficacy. Iemand acht zich misschien in staat om elke dag een half uur te bewegen, maar als hij de mening is toegedaan dat dit voor hem niet belangrijk is, zal hij toch niet bereid zijn het gewenste gedrag te gaan vertonen (Rollnick e.a. 1999).
Colland e.a. leggen in hun benadering van zelfmanagement het accent op stress en coping. Door middel van proactieve coping kan zelfmanagement worden bevorderd. Patiënten met intermitterende aandoeningen wordt geleerd om tijdig te anticiperen op ontregelende situaties. Zij stellen dat zelfmanagement toeneemt door patiënten niet alleen zelf hun doelen te laten bepalen, maar ook de manier waarop die doelen kunnen worden bereikt (Colland e.a. 2001).

Ten slotte vermelden we het model van Terra e.a. Dit model gaat uit van de stappen 'openstaan', 'begrijpen', 'willen', 'doen' en 'blijven doen'. Volgens dit model is gedragsverandering pas mogelijk als aan een aantal voorwaarden is voldaan. Iemand die bijvoorbeeld niet openstaat voor informatie, zal die informatie ook niet opnemen (Terra e.a. 2000).

Keuze voor de methodiek

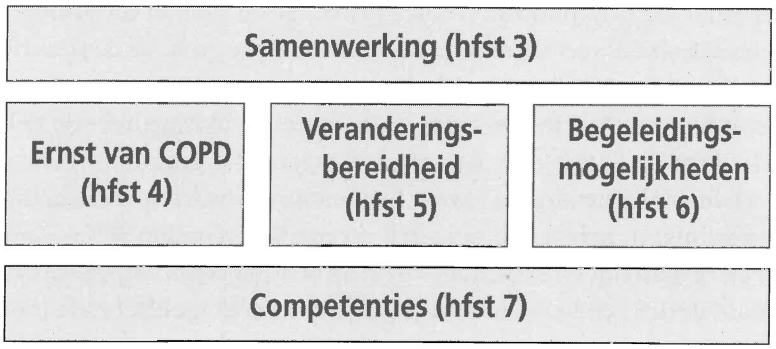
We hebben het al eerder gezegd: bij de *richtlijn zelfmanagement* gaat het bij een grote groep patiënten om steun bij gedragsverandering om tot een beter zelfmanagement te komen. In het begin van dit hoofdstuk haalden we definitie van het Astmafonds aan: het doel van zelfmanagement is een optimale gezondheid en maatschappelijke participatie, en een minimale afhankelijkheid van professionele hulp. Wij sluiten ons bij deze definitie aan.

Rookgedrag is de belangrijkste oorzaak van COPD. Omdat roken verslavingsgedrag is, ligt de keuze voor een model dat zich hierop richt voor de hand: het *stages of change*-model van Prochaska en DiClemente. Motiverende gespreksvoering als gesprekssstijl leent zich goed voor hulp in deze specifieke omstandigheden omdat motivatie en self-efficacy belangrijke factoren zijn als het gaat om gedragsverandering.

Motiverende gespreksvoering is gebaseerd op het *stages of change*-model en heeft tot doel de motivatie van patiënten te vergroten. Hulpverleners kiezen er in veel gevallen nog voor een patiënt te confronteren met de schadelijkheid van zijn gedrag. Ze doen dit in de veronderstelling dat deze aanpak tot gezonder gedrag leidt. Maar deze benadering blijkt in de praktijk niet te werken: het platweg voorhouden van de negatieve consequenties van bepaald gedrag, en de poging de betrokkene ervan te overtuigen dat dit gedrag schadelijk is, is ineffectief en brengt geen verandering teweeg (Miller e.a. 1995). Motiverende gespreksvoering stoelt op het principe van onvoorwaardelijke acceptatie van patiënten en legt veel nadruk op de interactie tussen patiënt en hulpverlener. Deze methodiek biedt daarmee goede aanknopingspunten voor de gesprekken over zelfmanagement, en voor de stimulering ervan.

2 RICHTLIJN ZELFMANAGEMENT: OPBOUW EN INHOUD

De *richtlijn zelfmanagement* is opgebouwd uit vijf kernbegrippen: samenwerking; de ernst van COPD; veranderingsbereidheid; begeleidingsmogelijkheden; competenties. In figuur 1 zijn ze schematisch weergegeven.
De kernbegrippen samenwerking en competenties kunnen gezien worden als factoren die tijdens het hele consult een rol spelen. Daarom worden ze in het schema horizontaal weergegeven. De andere drie factoren – de ernst van de aandoening, de veranderingsbereidheid en de begeleidingsmogelijkheden – vertegenwoordigen momenten in een consult.



Figuur 1: Schematische weergave van de vijf kernbegrippen

Vijf parameters, of gedragsthema's, lopen als een rode draad door de richtlijn heen. De parameters zijn afgeleid van de NHG-standaard COPD (Geijer e.a. 1997b). De vijf gedragsthema's vormen het aangrijpingspunt voor zelfmanagementbevordering:
- stoppen met roken;
- de conditie verbeteren;
- een goede voedingstoestand handhaven;

- klachten verminderen en exacerbaties voorkomen;
- goed medicijngebruik, een juiste inhalatietechniek en therapietrouw.

De vijf kernbegrippen toegelicht

Samenwerking

Dit kernbegrip heeft betrekking op de samenwerking tussen praktijkverpleegkundige en cliënt. Het begin van de samenwerking is erop gericht elkaar te leren kennen. De praktijkverpleegkundige krijgt in deze fase inzicht in de thema's die belangrijk zijn voor de patiënt. Belangrijke uitgangspunten zijn: het perspectief van de patiënt op de ziekte en zijn beleving ervan. Voor een goede samenwerkingsrelatie is het van groot belang dat de patiënt vertrouwen heeft in de (deskundigheid van de) praktijkverpleegkundige. Ook de mate waarin de praktijkverpleegkundige de patiënt gelegenheid geeft om voor hem belangrijke thema's aan de orde te stellen, is heel belangrijk. De kwaliteit van de samenwerking komt tot uiting in de manier waarop praktijkverpleegkundige en patiënt tot overeenstemming komen over de te behandelen onderwerpen. In de praktijk zullen zij onderling dikwijls van mening verschillen over de vraag wat belangrijke thema´s zijn. In de onderhandeling over de te behandelen thema´s krijgt de samenwerkingsrelatie gestalte. Als de praktijkverpleegkundige te zwaar haar stempel drukt op de inhoud van een consult, zal dit een negatief effect hebben op het zelfmanagement van de patiënt. In de samenwerking is de praktijkverpleegkundige erop gericht de verantwoordelijkheid waar mogelijk bij de patiënt te laten.

Ernst van COPD

Patiënten met COPD kunnen worden ingedeeld aan de hand van de NHG-standaard. Deze indeling gaat uit van drie categorieën patiënten: patiënten met een milde, matige of ernstige vorm van COPD. De diagnose wordt met behulp van longfunctieparameters gesteld. De NHG-indeling bepaalt onder meer welke prioriteiten hulpverleners stellen bij de begeleiding. Zo heeft stoppen met roken een hogere prioriteit bij de categorie patiënten met een milde vorm

van COPD dan bij de groep met een ernstige vorm van COPD. Naarmate de ernst toeneemt, verschuift de prioriteit van gedragsverandering naar het verlichten van lijden. Psychosociale zorg krijgt daarmee vooral in de laatste fase van COPD betekenis. De ernst van COPD heeft ook een subjectieve kant. Het gaat dan onder andere om de vraag hoeveel hinder de betrokkene van de ziekte ondervindt. De subjectieve kant van COPD is van invloed op het bewustzijn van de (objectieve) ernst van COPD en zal gevolgen hebben voor de prioriteiten die patiënten stellen. De NHG-standaard bepaalt verder op welk moment de begeleiding van een longarts aan de orde komt. Het gaat dan weliswaar om een besluit dat de huisarts in het algemeen neemt, maar dit stelt ten aanzien van afstemming van zorg ook eisen aan de andere betrokken hulpverleners.

Veranderingsbereidheid

In hoeverre zijn patiënten in staat hun gedrag te veranderen? Dat is de vraag waar het bij dit kernbegrip om gaat. Veranderingsbereidheid is geen eigenschap van mensen maar is gekoppeld aan bepaald gedrag. De bereidheid kan groeien en weer afnemen. Veranderingsbereidheid op het ene gebied is geen garantie dat de bereidheid er ook voor andere gebieden is. Iemand kan bijvoorbeeld een grote veranderingsbereidheid hebben op het gebied van conditieverbetering en tegelijkertijd een zeer geringe bereidheid om te stoppen met roken.
De vaststelling van de veranderingsbereidheid kan worden uitgedrukt in vijf fasen, oplopend van een zeer geringe veranderingsbereidheid tot de daadwerkelijke uitvoering van het gewenste gedrag en het vasthouden daarvan. Deze vaststelling is van belang om te bepalen in hoeverre het zinvol is een thema aan de orde te brengen en bepaalt tevens op welke manier de hulpverlener een thema bespreekt met een patiënt. De veranderingsbereidheid is daarmee cruciaal voor begeleidingsmogelijkheden die zich op gedragsverandering richten.

Begeleidingsmogelijkheden

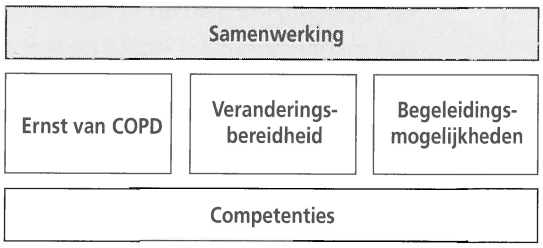
Begeleidingsmogelijkheden vloeien voort uit de veranderingsbereidheid van een patiënt. Als er nauwelijks veranderingsbereidheid is met betrekking tot een bepaald thema, moet de praktijkverpleegkundige zich serieus afvragen of zij er verstandig aan doet het betreffende thema aan de orde te stellen. In het algemeen zal de praktijkverpleeg-

kundige patiënten met een geringe veranderingsbereidheid proberen te motiveren door middel van motiverende gespreksvoering. Het doel is hen zover te krijgen dat ze zich bewust worden van een bepaald probleem, bijvoorbeeld hun eetgedrag, en dat ze tot een afweging komen van de voor- en nadelen van dit gedrag. Die afweging kan hen vervolgens motiveren tot verandering. Als de veranderingsbereidheid groter is, kan de hulpverlener op een andere manier begeleiding bieden. De aanpak zal praktischer van aard zijn en gericht op de uitvoering en consolidatie van het gewenste gedrag.

Competenties

Voor de uitvoering van de activiteiten in de richtlijn zijn competenties vereist. Om de discussie te vermijden wie welke activiteit mag uitvoeren, geven we de voorkeur aan een beschrijving van de specifieke deskundigheid waarover de hulpverlener moet beschikken om met de richtlijn te kunnen werken. De formulering is dus niet: de praktijkverpleegkundige versterkt met behulp van motiverende gespreksvoering de motivatie, maar eerder: voor het versterken van de motivatie is een van de vereisten dat de hulpverlener in staat is motiverende gespreksvoering als gesprekssstijl toe te passen.

3 SAMENWERKING TUSSEN PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE EN PATIËNT



In dit hoofdstuk beschrijven we hoe praktijkverpleegkundige en patiënt hun samenwerking vormgeven. We gaan eerst in op de samenwerkingsrelatie en staan vervolgens stil bij de manier waarop de verpleegkundige de inhoud van het consult kan bepalen. We sluiten het hoofdstuk af met het onderwerp weerstand bij de patiënt. In veel situaties maken patiënt en praktijkverpleegkundige elk een andere inschatting van de noodzaak om tot gedragsverandering te komen. De praktijkverpleegkundige vindt het bijvoorbeeld belangrijk dat een patiënt een goede inhalatietechniek heeft, terwijl de patiënt dat totaal onbelangrijk vindt. Dit verschil in perspectief vraagt veel van de attitude van de praktijkverpleegkundige en van de wijze waarop ze met patiënten samenwerkt. Binnen het project *Triozorg* is gebleken dat patiënten met COPD op lange termijn moeilijk te bewegen zijn om naar het spreekuur van een verpleegkundige te komen (De Kruijf-Jenster e.a. 1998). Wat de oorzaken daarvan ook mogen zijn, de verpleegkundige staat hoe dan ook voor de taak in te zoomen op de fysieke en psychosociale omstandigheden van patiënten, waarbij de eigen agenda van professionele doelstellingen beurtelings naar de voorgrond en naar de achtergrond verschuift. Samenwerking dient op basis van een gedeelde besluitvorming en uitwisseling van perspectieven plaats te vinden. Een te eenzijdige bepaling van gespreksonderwerpen door de hulpverlener zal op weerstand stuiten en sluit niet aan bij de uitgangspunten van zelfmanagement. Het gaat er bij zelfmanagement immers om dat patiënten zelf verantwoordelijkheid nemen voor beslissingen.

Het begin van een samenwerkingsrelatie

De omstandigheden waaronder praktijkverpleegkundige en patiënt elkaar ontmoeten wijken in de meeste gevallen op een essentieel punt af van de omstandigheden waaronder een huisarts patiënten ontmoet. Wanneer patiënten zich bij een huisarts melden hebben ze in het algemeen een probleem of een vraag waarop ze een antwoord verwachten. Patiënten die zich op een praktijkverpleegkundig spreekuur melden, doen dat soms op aanraden van een huisarts, soms op uitnodiging van de praktijkverpleegkundige. Meestal hebben ze zelf geen duidelijke vraag en weten ze niet precies wat ze kunnen verwachten.

In het begin van een samenwerkingsrelatie is onderzoek naar wat elk van de partners wil of niet wil essentieel. Dit is de fase waarin praktijkverpleegkundige en patiënt elkaar leren kennen. Daarbij hoort in de eerste plaats uitwisseling van perspectieven. Als de praktijkverpleegkundige zich tijdens de eerste ontmoeting voorstelt, legt ze uit op welke manier zij de patiënt kan ondersteunen. Zij zal iets over de tijdsduur van het gesprek zeggen en benadrukken dat de patiënt meebeslist over de inhoud van het consult. De praktijkverpleegkundige zal vanuit haar perspectief in een (groot) aantal ontmoetingen met de patiënt gedragsverandering nastreven. Het is van groot belang dat zij inzicht krijgt in het perspectief van een patiënt op zijn situatie. Ze verzamelt daartoe een hoeveelheid informatie. Wat zijn de verwachtingen van de patiënt? Zijn er misverstanden die moeten worden opgehelderd? Hoe beleeft de patiënt zijn situatie; is hij angstig of ongerust, of ontkent hij de ziekte in meer of mindere mate? Gaat hij ervan uit dat er verbetering zal komen in zijn situatie of is hij zich bewust van het feit dat hij een chronische (en dus onomkeerbare) ziekte heeft? Het is de taak van de verpleegkundige om goed te luisteren naar het verhaal van de patiënt. Een deel van het verhaal zal bepaald worden door de mate waarin hij hinder heeft van COPD, of van andere ziekten. De praktijkverpleegkundige zal daarom behalve over de beleving, ook informatie over de ziekte moeten inwinnen. Het gebruik van een anamneseformulier kan daarbij voor een minder ervaren verpleegkundige een hulpmiddel zijn.

Het zal duidelijk zijn dat het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie eisen stelt aan de attitude van de hulpverlener. Essentieel

zijn luistervaardigheden, open vragen stellen en de juiste toon vinden.
In de ideale situatie gaan hulpverlener en patiënt dus beiden aan het werk. De patiënt vertelt zijn verhaal, de hulpverlener luistert en brengt structuur aan om uit dat verhaal aangrijpingspunten of agendapunten te kunnen destilleren voor vervolgsessies.

Een voorbeeld:

P: *Ik moest bij u komen voor een longfunctiecontrole!*
Pv: *Ik zag het inderdaad al staan in de computer. Verleden week bent u bij de huisarts geweest met hoestklachten, klopt dat?*
P: *Ja, omdat ik zo ontzettend veel moet hoesten de laatste tijd, ik heb zelfs een paar dagen niet kunnen werken.*
Pv: *En toen dacht u: nu ga ik naar de dokter?*
P: *Ja inderdaad, en die zei dat ik een afspraak bij u moest maken, maar ik begrijp niet waarom dat nu allemaal nodig is want volgens mij mankeer ik verder niks.*
Pv: *U begrijpt niet waarom u nu juist naar mij verwezen bent?*
P: *Nee.*

De praktijkverpleegkundige structureert het gesprek door met de patiënt een agenda voor het consult door te nemen.

Pv: *Vindt u het dan een idee dat ik eerst iets vertel over mijzelf, wat ik zoal te bieden heb? Daarna laat ik u aan het woord, ik wil u dan ook nog graag enkele vragen stellen zodat ik wat meer weet over uw specifieke situatie, en daarna kunnen we de longfunctie controleren. Dat geeft de dokter meer duidelijkheid waar al dat hoesten vandaan komt.*
Ik stel voor om helemaal aan het eind samen na te gaan hoe het vervolg zal zijn.

Gedeelde besluitvorming over de thema's

Als praktijkverpleegkundige en patiënt elkaar leren kennen komen ze tot een beter inzicht in de problemen die er spelen. Ook zal er in de loop van de bijeenkomsten een globaal idee ontstaan over de thema's die beide partijen van belang achten. De gespreksonderwerpen

kunnen te maken hebben met (gezondheidsbevorderend) gedrag maar kunnen ook betrekking hebben op stressfactoren die iemands leven zodanig beheersen dat ze voorrang krijgen. De toon van de hulpverlener moet oprechte nieuwsgierigheid uitdrukken naar datgene wat de patiënt bezighoudt (Rollnick e.a. 1999). Een moraliserende en belerende houding komt de relatie niet ten goede.

Pv: *De vorige keer hebben we het gehad over het medicijngebruik. Mijn idee zou zijn om daar vandaag op terug te komen. Maar voordat we ingaan op de details: waar wilt u het graag over hebben? Over medicijngebruik, of is er iets wat u belangrijker vindt?*

P: *Nou, ik kan u nu al vertellen dat die medicijnen mij niet helpen en bovendien heb ik momenteel wel andere dingen aan mijn hoofd.*

Of:

Pv: *Misschien is het verstandig om er even bij stil te staan hoe u dit consult wilt benutten. We zouden het kunnen hebben over: medicijngebruik, rookgedrag, voeding of bewegen. Maar hoe kijkt u daartegen aan, welk van de genoemde thema's vindt u belangrijk?*

P: *Over het roken hoeft u niet te beginnen, maar ik zou wel iets meer willen weten over voeding want ik begrijp niet goed wat dat nu met mijn longen te maken heeft.*

Een goede werkwijze kenmerkt zich door de volgende punten. De praktijkverpleegkundige:

- benoemt een of meer gespreksonderwerpen voor het consult. Soms hebben verpleegkundige en patiënt in een voorgaand consult afgesproken om een specifiek onderwerp aan de orde te stellen. Meestal gaat het dan om een of meer van de vijf gedragsthema's, afgeleid uit de NHG-standaard;
- gaat na of andere onderwerpen (buiten de vijf gedragsthema's) prioriteit verdienen omdat ze een bespreking van het beoogde thema in de weg staan;
- stelt impliciet of expliciet vast hoe groot de bereidheid is om bepaald gedrag te bespreken en/of te veranderen.

In een vruchtbare samenwerking beslist de patiënt mee over de inhoud van een consult en is de houding van de praktijkverpleegkundige vooral een luisterende. Patiënt en praktijkverpleegkundige komen tot *shared decision making*: gedeelde besluitvorming met betrekking tot de inhoud van een consult.

Weerstand in de samenwerking

Pv: *Ik heb u opgeroepen om het nog eens over het roken te hebben. Er zijn goede nieuwe hulpmiddelen waar u veel aan kunt hebben. Ik heb wel even tijd om u daarover iets te vertellen.*

De praktijkverpleegkundige in dit voorbeeld stelt zich te dominant op. Ze geeft de patiënt geen gelegenheid uit te spreken waar hij het zelf over zou willen hebben. Ze kan daarom rekenen op weerstand van de patiënt. Het is duidelijk dat dit de samenwerking niet ten goede komt. Als de patiënt er weinig voor voelt om het roken ter discussie te stellen zal hij afwerend reageren en het een volgende keer, als het onderwerp weer wordt aangekaart, wellicht af laten weten. Hij wordt op deze manier bovendien niet uitgenodigd om een actieve rol te spelen en zal het gevoel krijgen dat de praktijkverpleegkundige de deskundige is en hij de passieve luisteraar. De praktijkverpleegkundige die op weerstand stuit, dient zich af te vragen of ze voldoende rekening heeft gehouden met de wensen van de patiënt. Met andere woorden: of er sprake was van gedeelde besluitvorming.

Gedragsthema's en weerstand

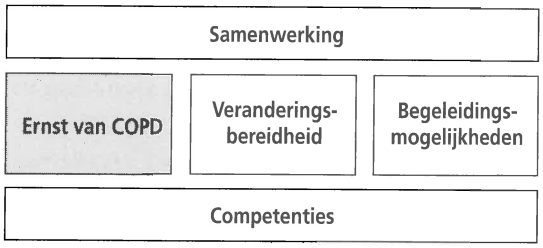
Tijdens een consult zal het ene gespreksonderwerp meer weerstand oproepen dan het andere. Mensen willen het meestal wel over hun klachten hebben, maar motivatie voor gedragsverandering is een heel ander verhaal. Bij een thema als 'stoppen met roken' liggen irritatie en schuldgevoel op de loer. Het is een gedragsthema dat gemakkelijk weerstand oproept omdat patiënten al snel het gevoel kunnen krijgen dat hun iets dierbaars ontnomen wordt. De praktijkverpleegkundige moet daar dus rekening mee houden. Bij het onderwerp 'afvallen' kan iets dergelijks spelen. Ook het thema 'conditieverbetering' kan moeilijk liggen omdat patiënten door te bewegen sterker geconfronteerd worden met hun beperkingen.

Waar het bespreken van bijvoorbeeld rookgedrag tot irritatie kan leiden bij de patiënt, zal bespreking van klachten nauwelijks weerstand oproepen. Patiënten zien minder duidelijk relatie tussen de klachten en hun gedrag. Als de verpleegkundig naar klachten vraagt – en dit is een punt dat elk consult terugkomt – wordt dat ervaren als aandacht of belangstelling. Bespreking van het medicijngebruik zal evenmin irritatie of weerstand wekken. De praktijkverpleegkundige zal met enige regelmaat de inhalatietechniek willen oefenen en zal dit regelmatig op de agenda willen hebben. Dit levert meestal geen problemen op.
Niet alleen een dominante houding van de hulpverlener kan dus weerstand oproepen, maar ook een gedragsthema. Om gevoelige onderwerpen aan de orde te kunnen brengen worden er hoge eisen gesteld aan de attitude van de praktijkverpleegkundige: zij moet evenwichtig en weloverwogen handelen.

Samenvatting

Het begin van de samenwerking tussen patiënt en praktijkverpleegkundige staat vooral in het teken van kennismaking. De praktijkverpleegkundige maakt duidelijk wat de patiënt van haar kan verwachten en luistert naar het verhaal van de patiënt. Daardoor krijgt ze inzicht in datgene wat belangrijk is voor de patiënt. Ze houdt daar vervolgens rekening mee. Een goede samenwerking wordt gekenmerkt door gedeelde besluitvorming, *shared decision*, met betrekking tot de inhoud van een consult. Een praktijkverpleegkundige die te veel zelf wil bepalen wat er tijdens een consult aan de orde komt, bevordert zelfmanagement niet en kan rekenen op weerstand.
Niet alle onderwerpen roepen weerstand op. Bij de inventarisatie van klachten en de bespreking van medicijngebruik is weerstand minder aan de orde dan bij onderwerpen als rookgedrag, conditieverbetering en afvallen.

4 ERNST VAN COPD



In hoofdstuk 3 bespraken we de samenwerking tussen patiënt en praktijkverpleegkundige. In dit hoofdstuk staan we uitgebreid stil bij datgene waarop die samenwerking betrekking heeft: de ziekte zelf en de betekenis daarvan voor de patiënt. COPD is de afkorting van Chronic Obstructive Pulmonary Disease. We hebben al gezien dat patiënt en praktijkverpleegkundige ieder hun eigen perspectief hebben op de ernst van de situatie en de noodzaak om het verloop van de ziekte gunstig te beïnvloeden door middel van gedragsverandering. In de beschrijving van de ernst van de aandoening, gaan we uit van de NGH-standaard COPD. Dit is de indeling van het Nederlands Huisartsen Genootschap, gebaseerd op longfunctieparameters (Geijer e.a. 1997a). We willen hier wel benadrukken dat het niet alleen longfunctieparameters zijn die de ernst bepalen maar ook de bijkomende klachten.
De objectieve ernst van de ziekte komt aan de orde, en de hinder die de patiënt ervaart. We bespreken in dat kader ook het probleem dat de ziekte lang niet altijd wordt onderkend door de patiënt, en daardoor onbekend blijft bij de huisarts. Dit is de oorzaak van onderdiagnostiek.
We besteden vervolgens uitgebreid aandacht aan de (potentiële) doelgroep van de *richtlijn zelfmanagement*. Met behulp van de NHG-indeling gaan we na welke groepen we binnen de doelgroep kunnen onderscheiden. We bekijken voor elk van de differentiaties welke prioriteiten van zorg nodig zijn, zowel vanuit het perspectief van de patiënt als van de praktijkverpleegkundige.

Ernst en hinder van COPD

De objectieve ernst van COPD is vast te stellen door middel van longfunctieonderzoek (spirometrie). Tot voor kort was het alleen mogelijk om dit onderzoek transmuraal of in een diagnostisch centrum te laten verrichten. Tegenwoordig zijn er ook handzame gebruiksvriendelijke apparaten die dit onderzoek in de huisartspraktijk mogelijk maken. De longfunctieparameters FEV1 (Forced Expiratory Volume = éénsecondewaarde) en (F)VC (Forced Vital Capacity)zijn, samen met de vorm van de *flow-volume curve* – zichtbaar in een grafiek – bepalend voor de diagnostiek van COPD.

Naast deze objectieve bepaling van de ernst van COPD, ervaren patiënten de aandoening afhankelijk van de hinder die wordt veroorzaakt door hoesten of kortademigheid. Een onderzoek onder 213 mensen met COPD (Heijmans e.a. 2000) toonde aan dat zij hun ziekte in het algemeen niet als ernstig beoordelen. Wanneer hun gevraagd wordt naar het wisselende verloop van de ziekte; pijn; vermoeidheid; zichtbare lichamelijke veranderingen; de aanwezigheid van beperkingen op lichamelijk, sociaal en mentaal vlak; en de mate waarin ze de ziekte als levensbedreigend ervaren geven zij aan dat deze kenmerken in het geheel niet of nauwelijks op hen van toepassing zijn. Bovendien beoordelen zij hun ziekte als redelijk tot goed controleerbaar, zowel door de medische zorg als door zelfzorg. Zij verschillen hierin niet van mensen met andere chronische aandoeningen, maar ze ervaren, in vergelijking met mensen uit de gezonde bevolkingsgroep, een slechtere kwaliteit van leven. Ook zijn zij minder tevreden en gelukkig met het leven als geheel.

Van alle COPD-patiënten uit het onderzoek geeft 55% aan geen lichamelijke beperkingen te ervaren. Ongeveer de helft van alle patiënten heeft betaald werk, terwijl dit percentage voor andere chronische aandoeningen rond de 40% ligt en voor de gehele bevolking rond de 65%. Dit onderzoek toont daarmee aan dat mensen aangeven weinig hinder te hebben van (de gevolgen van) COPD, maar wel een slechtere kwaliteit van leven rapporteren dan mensen uit de gezonde bevolkingsgroep. Dit sluit aan bij bevindingen van Van Manen, die constateert dat de invloed van COPD op de kwaliteit van leven waarschijnlijk overschat wordt en dat de aanwezigheid van co-morbiditeit een grotere invloed heeft op de kwaliteit van leven. Het onderzoek toont wel het effect aan van COPD op het fysieke functioneren en op

de algemene gezondheid van deze patiënten in vergelijking met een controlegroep zonder COPD (Van Manen 2001). Ook Van Weelderen e.a. (2002) constateren dat de ervaren ernst en hinder van COPD vaak niet in verhouding staan tot de gemeten longfunctieparameters (Van Weelderen e.a. 2002). In de literatuur wordt het sterk wisselende karakter van de ziekte genoemd, waardoor patiënten geneigd zouden zijn de aandoening te ontkennen en/of weigeren die te accepteren (Slagter 1998).
Kruijff en Adema voerden in opdracht van het Astmafonds een verkenning uit naar mogelijkheden van diseasemanagement[2] bij COPD en astma. Ze benadrukken daarin het belang van bewustwording (Kruijff en Adema 2000). Ander onderzoek toont aan dat de gevolgen voor het dagelijks leven duidelijker merkbaar worden naarmate de ernst van de ziekte toeneemt. Mensen belanden soms in de WAO en zijn fysiek tot steeds minder in staat. Exacerbaties leiden bovendien soms tot een ziekenhuisopname. Snel opeenvolgende exacerbaties zouden daarnaast tot gevolg kunnen hebben dat mensen de controle verliezen over de ziekte en het leven (Slagter 1998). Zij zijn daardoor steeds minder in staat het leven boven de ziekte uit te tillen (Grypdonck 1996).

Bewustwording van de ernst

We hebben eerder al opgemerkt dat de ernst van COPD door patiënt en praktijkverpleegkundige meestal verschillend wordt ingeschat. Zeker bij een milde en matige vorm van COPD kan het perspectief flink verschillen. Juist in zo'n situatie is het van belang om overeenstemming te bereiken over datgene wat tijdens een consult aan de orde komt. Een goede samenwerking is daarbij essentieel. Want bewustwording van de ernst is in de vroege fasen van COPD een belangrijk doel.

Onderdiagnostiek

De schatting van het aantal mensen met astma en COPD op basis van bevolkingsonderzoek (100-200 ziektegevallen op elke 1000 inwoners) wijkt nogal af van het aantal geregistreerde gevallen in de

[2] Diseasemanagement wil zeggen: verbetering van de doelmatigheid van de zorg van een bepaalde patiëntencategorie door een systematische aanpak en de toepassing van managementtechnieken op de gehele keten van zorg.

huisartspraktijk (25-33 ziektegevallen op elke 1000 huisartspatiënten). Het kan dus niet anders of er zijn nogal wat mensen met astma en COPD bij wie die diagnose niet is gesteld (Mout, Ten Boer en Gunst 2002). Welke consequentie dit heeft voor de morbiditeit en mortaliteit is niet bekend. Wel is bekend dat patiënten met COPD een aanzienlijke gezondheidswinst kunnen boeken door te stoppen met roken. Roken veroorzaakt een versnelde achteruitgang van (het functioneren van) de longen, met name bij mensen die daar gevoelig voor zijn. Complicerende factor hierbij is dat het proces van achteruitgang een zeer geleidelijk verloop kent. Mensen stellen zich steeds opnieuw in op deze achteruitgang waardoor ze zich onvoldoende bewust zijn van de ernst (Geijer e.a. 1997b).
Een deel van de groep mensen met COPD is bij de huisarts dus niet bekend. Dit betekent dat deze mensen ook niet kunnen worden ingelicht en gevolgd. Het kan daarom zinvol zijn ook deze risicogroep in kaart te brengen. Het gaat dan om personen bij wie de aandoening vermoed wordt en bij wie de diagnose niet officieel is gesteld. Personen van boven de veertig die roken en luchtwegklachten hebben, zouden voor een oproep in aanmerking komen. Mensen zouden periodiek kunnen worden uitgenodigd voor een (praktijkverpleegkundig) spreekuur. Gebeurt dit niet, dan kan COPD zich ongemerkt ontwikkelen tot een ernstige aandoening.
Enkele kanttekeningen zijn hier op zijn plaats. De waarde van spirometrie om tijdig vast te kunnen stellen of de longfunctie achteruitgaat (vroegdiagnostiek) staat ter discussie. Een betrouwbare uitspraak over de achteruitgang van de longfunctie kan pas na een aantal jaren en herhaaldelijk meten gedaan worden. Een tweede kanttekening betreft de vraag welke taken prioriteit verdienen. Huisartsen zijn gebaat bij een praktijkverpleegkundige die een aantal routinetaken van hen overneemt. In de praktijk betekent dit dat de zorg voor patiënten met gediagnosticeerd COPD (of de zorg voor andere groepen chronisch zieken) voorrang zal krijgen.
Dit laat echter onverlet dat het zinvol kan zijn om patiënten met luchtwegklachten, die ouder zijn dan veertig jaar en roken, maar nog geen COPD hebben, te volgen. De vraag is alleen hoe dit dient te gebeuren: op afstand of door hen periodiek uit te nodigen op een spreekuur. De mogelijkheid van spirometrie als hulpmiddel voor monitoring dient daarbij niet te worden overschat.

Differentiatie van de doelgroep

De totale doelgroep van de *richtlijn zelfmanagement* bestaat uit patiënten bij wie de diagnose COPD is gesteld en patiënten bij wie een vermoeden van COPD bestaat. Bij het differentiëren van de doelgroep is spirometrie het belangrijkste hulpmiddel. Met behulp van de longfunctieparameters wordt immers de diagnose gesteld. Maar de functionele status, de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) en ervaren klachten zijn minstens zo bepalend voor het beleid ten aanzien van de doelgroep.

Vermoeden van COPD

Niet-rokers en rokers boven de veertig die aanhoudend klachten hebben van kortademigheid (dyspneu) en/of hoesten komen in aanmerking voor een longfunctieonderzoek (spirometrie). Zij behoren tot de categorie bij wie COPD vermoed wordt.[3]
Het uitgangspunt van de NHG-praktijkhandleiding astma/COPD is actief beleid dat zich richt op stoppen met roken. Dit betekent dat rokers boven de veertig met recidiverende luchtweginfecties benaderd kunnen worden. De wijze waarop deze vroege opsporing gestalte kan krijgen hangt onder meer af van de mogelijkheden om een overzicht te maken van de patiënten die aan de bovengenoemde criteria voldoen. De NHG-praktijkhandleiding geeft de mogelijkheid aan om door middel van codering in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) patiënten te identificeren die:

- zich met drie of meer luchtweginfecties per jaar (R74 of R78) melden, al dan niet behandeld met antibiotica (ATC:J01);
- langer dan twee weken hoesten (R05);
- het afgelopen jaar gebruik hebben gemaakt van medicatie die voorgeschreven wordt bij astma en/of COPD (R03AC, R03BA, R03DA, R03BB);

[3] Om vast te stellen in hoeverre er sprake is van uitsluitend COPD zal voor en na toediening van een brochusverwijdend middel, bijvoorbeeld salbutamol, bepaald worden in hoeverre longfunctieparameters verbeteren. Als een substantiële verbetering optreedt, is er sprake van astma. Als verbetering uitblijft en de éénsecondewaarde FEV1 en de vitale capaciteit (F)VC ≤ 80% van de voorspelde waarde zijn, wordt de diagnose COPD gesteld. Strikt genomen mag de diagnose COPD volgens de NHG-standaard pas gesteld worden als na toediening van een orale prednisonkuur de longfunctie nog steeds ≤ 80% blijft. Er is sprake van een normale longfunctie als de FEV1 en de (F)VC ≥ 80% bedragen van de voorspelde waarde, rekening houdend met leeftijd, lengte, geslacht en land van herkomst (Geijer e.a 1997a). Dit longfunctieonderzoek kan in de huisartspraktijk of in een diagnostisch longfunctielaboratorium plaatsvinden.

- vaker dan driemaal per jaar een hoestmiddel (R05DA04, R06AD02) krijgen voorgeschreven.

Deze selectie zal in de praktijk niet altijd haalbaar zijn. Wel is het mogelijk om bij patiënten die zich melden met luchtwegklachten, ouder zijn dan veertig jaar en roken een diagnostisch longonderzoek uit te voeren.

Wel klachten, geen COPD

Als de genoemde waarden van FEV1 en (F)VC ≥ 80% zijn, kan niet gesproken worden van COPD. Er kan dan wel sprake zijn van astma. De mensen binnen deze subcategorie zijn ouder dan veertig jaar, hebben vaak al klachten (gehad) van kortademigheid en/of hoesten, of aanhoudende luchtweginfecties. In de meeste gevallen roken ze ook. Maar de diagnose COPD kan (nog) niet worden gesteld. Hoewel er altijd verschillen zijn van persoon tot persoon, hebben de klachten nog geen storende gevolgen voor het dagelijks leven. Gedragsverandering krijgt hier een hoge prioriteit. Het is niet duidelijk in hoeverre mensen uit deze groep gemotiveerd zijn om periodiek een spreekuur te bezoeken en hun gedrag te veranderen. Mensen zijn mogelijk opgelucht als hun longfunctie beter blijkt dan werd verwacht. Hun reactie is misschien dat 'het allemaal wel meevalt', zodat ze zich niet direct geroepen voelen om op een spreekuur te verschijnen en hun (rook)gedrag te veranderen. Maar het kan ook de andere kant op gaan: de betrokkene realiseert zich dat hij het tij nog kan keren, wat tot een grote veranderingsbereidheid kan leiden.

Mild COPD

Bij mild COPD is de uitslag van longfunctieonderzoek – na toediening van een bronchusverwijdend middel – een FEV1-waarde en (F)VC-waarde van 70-80%. Het komt voor dat mensen uit deze groep niet op de hoogte zijn van het feit dat ze aan een chronische ziekte lijden. Het wordt hun niet altijd expliciet meegedeeld. Het is ook mogelijk dat de patiënt wel is ingelicht, maar dat de boodschap (nog) niet is doorgedrongen.
Bij deze groep, met de diagnose COPD, moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat mensen gewend zijn geraakt aan hoesten en kortademigheid en zij daar verder weinig aandacht aan

schenken. Als de klachten daar aanleiding toe geven, komt het gebruik van inhalatiemedicatie aan de orde. De begeleiding bestaat dan uit voorlichting over de werking ervan en periodieke controle van de inhalatietechniek zoals die in de NHG-praktijkhandleiding is beschreven.

Matig COPD

Bij matig COPD is de FEV1-waarde 50-70%. Benauwdheid speelt een steeds grotere rol. Het effect van de klachten op het dagelijks leven wordt groter. Mensen van deze subcategorie zijn steeds minder in staat tot fysieke activiteit, ze zijn dikwijls moe, angstig, onzeker en soms depressief (Slagter 1998). Ook sociale isolatie speelt soms een rol (Cox e.a. 1991; Van der Schoot 1996). Het besef aan een chronische aandoening te lijden zal bij patiënten van deze groep meer doorgedrongen zijn, ofschoon zij hun situatie nog kunnen bagatelliseren. De kans op exacerbaties is groter dan bij de milde vorm, en ze worden vaak bestreden met prednisonstootkuren. Patiënten in deze subcategorie kunnen bovendien te maken krijgen met opname in het ziekenhuis. De begeleiding kan betrekking hebben op voorkoming van exacerbaties door adequaat medicatiegebruik en voorkoming van luchtweginfecties.

Ernstig COPD

In dit stadium, met een FEV1-waarde van < 50%, zijn de gevolgen van kortademigheid, hoesten en slijmvorming zodanig dat ze het dagelijks leven behoorlijk (kunnen) ontregelen. In het algemeen is het voor patiënten in deze subcategorie nauwelijks meer mogelijk om fysieke inspanning te leveren. Een trap oplopen of een stuk wandelen over vlak terrein is vaak al te veel. Het wordt ook steeds moeilijker om sociale contacten te onderhouden omdat de energie ervoor ontbreekt, hoewel dit van persoon tot persoon kan verschillen. In deze situatie gaan mensen meestal ook naar een longarts (conform de NHG-standaard dient verwijzing plaats te vinden). Ze zijn afhankelijk van (inhalatie)medicatie, soms via vernevelapparatuur, en ze krijgen soms zuurstof toegediend. Bij een kwart tot de helft van de COPD-patiënten in het eindstadium komt progressief gewichtsverlies voor (Geijer e.a. 1997b). Vaak zijn aanpassingen in huis nodig (bijvoorbeeld een traplift of aanpassing in de douche). Soms wordt de hulp

van thuiszorg ingeroepen, bijvoorbeeld als de lichamelijke verzorging zo veel inspanning kost dat de patiënt dit niet meer alleen kan. Ook de directe omgeving zal steeds meer merken van de ziekte. Relaties en rolpatronen veranderen, bijvoorbeeld omdat het seksuele leven wordt bemoeilijkt. Daarnaast wordt sociaal isolement steeds waarschijnlijker. De begeleiding – en prioriteit van zorg – verschuift van aandacht voor gedragsverandering naar verlichting van het lijden.

Ernst van COPD		
	Perspectief patiënt	**Perspectief professional**
Mild COPD	Weinig bewust Klachten gering	Stoppen met roken Bewustwording
Matig COPD	Toename klachten Gewenning klachten Toename ontregeling dagelijks leven	Stoppen met roken Bewustwording Medicijngebruik Klachten verminderen
Ernstig COPD	Ernstige ontregeling dagelijks leven Psychosociale problematiek	Afweging noodzaak gedragsverandering of verlichten lijden

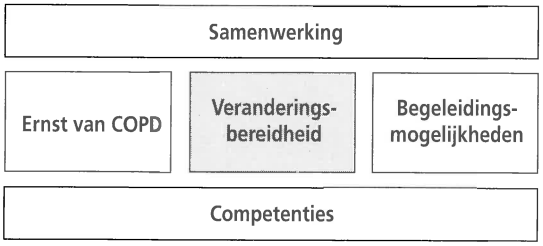
Figuur 2: Ernst van COPD vanuit het perspectief van de patiënt en vanuit professioneel perspectief

Samenvatting

Een groot aantal mensen met COPD is niet bekend bij een huisartspraktijk. Een van de oorzaken hiervan is waarschijnlijk dat mensen in veel gevallen relatief weinig klachten hebben, ook al zou longonderzoek wel degelijk (een milde vorm van) COPD uitwijzen. De fysieke beperkingen nemen uiteraard toe naarmate de longfunctie slechter wordt. Maar er zijn aanwijzingen dat mensen hun klachten in veel gevallen bagatelliseren of een manier gevonden hebben te leven met de situatie. Ze hebben hun leven aangepast aan de klachten (adaptatie). Pas als patiënten zich in het laatste stadium van COPD bevinden, kunnen fysieke, emotionele en sociale gevolgen van COPD de overhand nemen.

Het perspectief van patiënt en praktijkverpleegkundige zal dikwijls verschillen. In figuur 2 is het perspectief van de patiënt afgezet tegen dat van de verpleegkundige. In de praktijk is dit een veelvoorkomend beeld. De praktijkverpleegkundige zal, zeker in de vroege fasen van COPD, de noodzaak van gedragsverandering meestal hoger inschatten dan de patiënt. De objectieve (gemeten) ernst van COPD is toonaangevend voor de prioriteitstelling, maar ook functionele status, ADL en ervaren hinder leggen gewicht in de schaal. Stoppen met roken heeft in de vroege fasen van COPD de hoogste prioriteit. Omdat het leven pas in de eindfase van COPD ernstig ontregeld wordt, kan de praktijkverpleegkundigen relatief lang inzetten op gedragsverandering, zodat een optimale leefsituatie zo lang mogelijk gehandhaafd wordt. Het ligt in de rede om pas in een laat stadium te accepteren dat gedragsverandering geen prioriteit meer heeft. Het accent komt dan meer te liggen op verlichting van het lijden.

5 VERANDERINGSBEREIDHEID

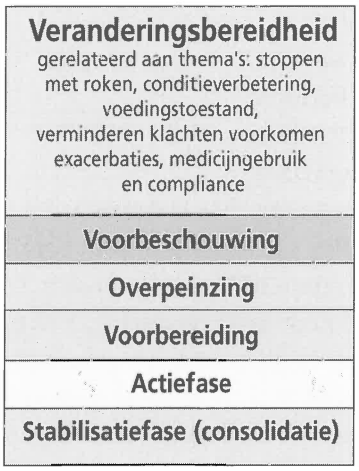


We hebben in hoofdstuk 3 al gezien dat praktijkverpleegkundige en patiënt vaak een verschillend perspectief hebben op de ernst van COPD en daarmee op de noodzaak van gedragsverandering. Het is daarom van groot belang dat patiënt en verpleegkundige overeenstemming bereiken over de gespreksonderwerpen tijdens een consult. Dit zal van invloed zijn op de bereidheid tot gedragsverandering. Een goede samenwerking is daarbij essentieel. In dit hoofdstuk staat het kernbegrip veranderingsbereidheid centraal. Veranderingsbereidheid is een sleutelbegrip als het gaat om bevordering van zelfmanagement. We lichten het begrip toe en staan stil bij het *stages of change*-model. We gaan ook in op twee variabelen die samen de veranderingsbereidheid bepalen: motivatie en self-efficacy, en daarna komen de vijf afzonderlijke fasen van het model uitgebreid aan bod. We besluiten dit hoofdstuk met de toepassingsmogelijkheden van het *stages of change*-model.

Het begrip veranderingsbereidheid en het *stages of change*-model

Veranderingsbereidheid is een voorwaarde voor gedragsverandering. Veranderingsbereidheid is geen eigenschap van mensen, maar is gekoppeld aan bepaald gedrag, zoals we in hoofdstuk 1 al hebben gezien. De bereidheid kan groeien en weer afnemen. Veranderingsbereidheid op het ene gebied is geen garantie dat de bereidheid er ook op andere gebieden is. Het is dus niet: patiënt Pieterse is veel of juist weinig veranderingsbereid, maar: patiënt Pieterse is weinig verande-

ringsbereid om de conditie te verbeteren, en heeft een grotere veranderingsbereidheid om te stoppen met roken.
Wij koppelen het begrip veranderingsbereidheid aan het *stages of change*-model van Prochaska en DiClemente. Het model bevat vijf fasen die mensen doorlopen voordat zij tot blijvende gedragsverandering komen. De fasen zijn: voorbeschouwing; overpeinzing; voorbereiding; actie; en consolidatie (Prochaska en DiClemente 1983). Gedragsverandering heeft betrekking op de vijf gedragsthema's die afgeleid zijn uit de NHG-standaard COPD (zie figuur 3).



Figuur 3: Veranderingsbereidheid en gedragsthema's

De eerste fase van het *stages of change*-model is: voorbeschouwing (*precontemplation*). Iemand is zich niet bewust van een probleem, of maakt zich er geen zorgen over. In de tweede fase van overpeinzing (*contemplation*) is de persoon zich inmiddels bewust van een probleem. Hij weegt voor- en nadelen van zijn gedrag tegen elkaar af en maakt een inschatting van zijn self-efficacy door de mogelijkheden te verkennen. In de derde fase, die van de voorbereiding (*preparation*), heeft iemand de voor- en nadelen van zijn gedrag afgewogen en een besluit genomen. De vierde fase is de actiefase (*action*): iemand zet actief stappen om verandering te brengen in zijn situatie. In de laatste fase van consolidatie (*maintenance*) gaat het erom dat iemand het nieuwe gedrag vasthoudt en niet terugvalt. De bereikte verande-

ringen worden dan geïntegreerd in het dagelijks leven.
De essentie van het model is dat elke fase een specifieke manier van begeleiding door hulpverleners vraagt (zie hoofdstuk 6). Om die reden is het voor de praktijkverpleegkundige belangrijk de veranderingsbereidheid regelmatig vast te stellen.

Gedeelde besluitvorming

Veranderingsbereidheid is indirect het gevolg van de manier waarop de inhoud van het consult totstandgekomen is. Naarmate de patiënt meer zelf bepaalt welke thema's in een consult aan de orde komen, zal de veranderingsbereid ten aanzien van die thema's groter zijn. Het omgekeerde is ook waar: als de praktijkverpleegkundige thema's aan de orde wil stellen die niet aansluiten bij de wensen van een patiënt, zal de veranderingsbereidheid geringer zijn.
Daarnaast speelt het perspectief van patiënt en praktijkverpleegkundige op de ernst van COPD een rol. Hoe groter het verschil in perspectief (en des te minder de patiënt van de ziekte merkt), des te moeilijker het is om op basis van een gedeelde besluitvorming onderwerpen als rookgedrag, medicijngebruik – en andere gedragsthema's – te behandelen.

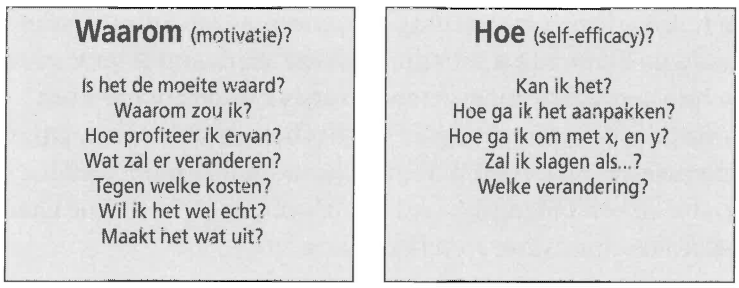
Motivatie en self-efficacy

Bij gedragsverandering gaat het er niet om dat mensen onder druk van hulpverleners hun gedrag aanpassen, maar dat ze worden aangemoedigd of verleid tot zelfmanagement, en daarmee tot verandering van hun gedrag. Gedragsverandering is niet iets wat je kunt opdringen; de patiënt moet er zelf het belang van inzien. Dit inzicht komt meestal niet vanzelf. In het *stages of change*-model spelen twee variabelen een belangrijke rol bij de overgang van de ene naar de andere fase: motivatie en self-efficacy.

Motivatie in relatie tot de fasen van veranderingsbereidheid

Bij motivatie gaat het vooral om het *waarom* van veranderen. Niet alleen voor- en tegenargumenten spelen daarbij een rol, maar ook iemands persoonlijke waarden en zijn verwachting van de effecten van bepaald gedrag. Als iemand nooit aan sport heeft gedaan of daar een hekel aan heeft, schort het aan motivatie. Als iemand er tegelij-

kertijd niet van overtuigd is dat conditieverbetering effectief is, wordt de motivatie aan twee kanten ondermijnd. We kunnen dit ook illustreren aan de hand van het thema rookgedrag. Roken wordt dikwijls geassocieerd met een gevoel van vrijheid, individualiteit en/of genieten. Iemand die zo tegen roken aan kijkt en tegelijkertijd van mening is dat het wel meevalt met de schadelijke effecten ervan, heeft een minimale motivatie. In een dergelijke situatie zal hij er niet over peinzen zijn gedrag te veranderen: hij bevindt zich in de fase van voorbeschouwing. In deze fase zal vaak sprake zijn van onverschilligheid of onwetendheid. Iemand is zich er dan niet van bewust dat er een probleem is. Als de persoon uit ons voorbeeld begrijpt dat conditieverbetering gunstig is in zijn situatie, wordt zijn motivatie groter. Toch vindt hij sporten misschien nog altijd vervelend. Hij zou nu kunnen gaan zoeken naar een vorm van conditieverbetering die hem minder tegenstaat dan sporten in clubverband. De fase van overpeinzing biedt daartoe de gelegenheid.
Het mag duidelijk zijn dat het in de eerste fasen van gedragsverandering vooral schort aan motivatie (zie figuur 4). Eenmaal aangekomen in de fase van voorbereiding is de motivatie sterk genoeg. Maar motivatie alleen is niet voldoende, iemand moet ook de overtuiging hebben dat hij in staat is te doen wat hij zich ten doel stelt. De vraagstelling verschuift van het *waarom* naar het *hoe*. Daarmee komt het accent te liggen op self-efficacy.



Figuur 4: Motivatie en self-efficacy: het waarom en het hoe van gedragsverandering

Self-efficacy in relatie tot de fasen van veranderingsbereidheid

Self-efficacy is het vertrouwen dat mensen hebben in hun capaciteiten om daadwerkelijk tot bepaald gedrag te komen (Bandura 1986). In de eerste fasen van veranderingsbereidheid ontbreekt het behalve aan motivatie vaak ook aan self-efficacy. Het accent van de begeleiding ligt in de eerste fasen weliswaar op vergroting van de motivatie, maar dit betekent niet dat er voor self-efficacy geen aandacht nodig is. In de actiefase is een patiënt voldoende gemotiveerd voor gedragsverandering. Maar heeft hij ook het vertrouwen dat hij daadwerkelijk successen zal behalen? Met andere woorden: hoe is het met de self-efficacy? Als de self-efficacy laag is, zal de patiënt niet snel tot actie overgaan.

Er zijn allerlei combinaties mogelijk van motivatie en self-efficacy. Een patiënt wil bijvoorbeeld graag afvallen, maar acht zichzelf daartoe niet in staat: de motivatie is hoog, de self-efficacy laag. De patiënt bevindt zich in de fase van overpeinzing. Andersom kan ook: iemand is van mening dat afvallen in zijn situatie zinloos is, maar denkt wel dat hij ertoe in staat zou zijn.

De vijf fasen van het *stages of change*-model

In de vorige paragrafen hebben we al laten zien dat bij elk van de fasen van het *stages of change*-model een ander niveau van motivatie en self-efficacy hoort. Vaststelling van de fase waarin de patiënt zich bevindt, is een belangrijk onderdeel van het consult. Want die vaststelling geeft de praktijkverpleegkundige houvast in haar poging de motivatie en/of self-efficacy bij de patiënt te vergroten.

Figuur 5 laat de relatie zien tussen de afzonderlijke fasen en de mate van self-efficacy en motivatie.

Figuur 5: Fasen van veranderingsbereidheid gerelateerd aan motivatie en self-efficacy

Uit de figuur is af te lezen aan welk van de variabelen in de verschillende fasen aandacht moet worden besteed om de patiënt in staat te stellen van de ene naar de andere fase over te gaan.

Fase van voorbeschouwing

In deze fase is de patiënt zich er niet of nauwelijks van bewust dat er een probleem is. Hij ziet dan ook geen reden om zijn gedrag te veranderen. De motivatie is laag en dit geldt meestal ook voor de mate van self-efficacy. Voorbeelden van uitlatingen van patiënten in de fase van voorbeschouwing:

Waarom is het nodig om aan mijn conditie te werken?

Mijn opa heeft ook tot zijn tachtigste gerookt, dus het zal wel een beetje meevallen.

Afvallen, wat heeft dat nu met mijn longen te maken?

Op grond van dergelijke uitspraken kan de praktijkverpleegkundige al een grove inschatting maken van de motivatie. De motivatie voor bijvoorbeeld verandering van rookgedrag is ook nauwkeuriger te 'meten'. De praktijkverpleegkundig kan het volgende tegen de patiënt zeggen:

Als ik u zou vragen een cijfer te geven aan het belang van stoppen met roken, waarbij 0 staat voor totaal onbelangrijk en 10 voor zeer belangrijk, welk cijfer zou dat dan zijn?

Het kan ook door middel van een open vraag:

Hoe belangrijk is het voor u om te stoppen met roken?

Dit soort vragen kunnen ook gesteld worden over self-efficacy; de praktijkverpleegkundige kan de veranderingsbereidheid aan de hand van de antwoorden nauwkeurig vaststellen. Als de patiënt uit het voorbeeld over roken een 4 geeft, heeft de verpleegkundige bovendien direct een aanknopingspunt voor vergroting van de motivatie. Ze kan de patiënt vragen:

Waarom een 4 en niet een 2?

Om daarna het gesprek te vervolgen met:

Wat is er nodig om van een 4 naar een 5 te gaan?

Het spreekt voor zich dat iemand die zich niet van een probleem bewust is, geen noodzaak ziet om gedragsthema's die verband houden met dit probleem op de agenda te zetten. Soms is dit gebrek aan bewustzijn het gevolg van ontkenning van het probleem, zodat de

patiënt geen reden ziet om iets in zijn gedrag te veranderen. Maar het kan ook een gebrek aan kennis zijn waardoor de motivatie ontbreekt. Een patiënt is bijvoorbeeld weinig gemotiveerd om meer te gaan bewegen omdat hij daardoor meer last krijgt van kortademigheid. In zijn optiek doet bewegen hem geen goed. Hij acht zich er misschien wel toe in staat, maar hij ziet alleen nadelen voor zijn gezondheid. De praktijkverpleegkundige zal in deze situatie voorlichting geven als de patiënt hiervoor openstaat. Ze zal uitleggen waarom bewegen een gunstig effect heeft op COPD. Misschien blijkt dan dat het de patiënt ontbreekt aan self-efficacy. In dat geval zoekt de praktijkverpleegkundige samen met de patiënt uit welke vorm van conditieverbetering haalbaar en uitvoerbaar is. In het algemeen zal tijdens deze fase verhoging van de motivatie een belangrijk doel zijn. Het accent ligt op kennisvermeerdering over de ziekte COPD, verhoging van het bewustzijn van de mate waarin COPD het leven beïnvloedt en inzicht in de rol van het eigen gedrag. Naast voorlichting kan de praktijkverpleegkundige in de consulten gebruikmaken van motiverende gespreksvoering, bij uitstek een methodiek om de motivatie te verhogen (zie hoofdstuk 6).

Fase van overpeinzing

Iemand die zich in de fase van overpeinzing bevindt, heeft wel eens overwogen zijn gedrag te veranderen. Er is bewustzijn van het feit dat er een probleem is. De motivatie voor nieuw en gezonder gedrag is alleen daarom al groter dan in de eerste fase.

Voorbeelden van uitlatingen van patiënten in de fase van overpeinzing:

> *Ik weet dat roken slecht is, maar ja, dan maar een paar jaartjes korter leven.*
>
> *Ik zou best graag afvallen, maar ik zou niet weten hoe ik het moet doen.*

Ook hier kan het zinvol zijn motivatie en self-efficacy nauwkeurig vast te stellen door de patiënt te vragen er een cijfer aan toe te kennen. Als iemand niet van plan is op korte termijn zijn gedrag te veranderen, heeft vergroting van de motivatie prioriteit. Ook hier zijn voorlichting en motiverende gespreksvoering belangrijke methoden. Pas

als de patiënt meer voordelen van gedragsverandering ziet dan nadelen, gaat hij zich voorbereiden op ander gedrag.

Fase van voorbereiding

In de voorbereidingsfase is de motivatie om te veranderen bij de patiënt aanwezig.
Voorbeelden van uitlatingen van patiënten in de voorbereidingsfase:

Kunt u me vertellen welke hulpmiddelen er zijn om te stoppen met roken?

Kunt u me verwijzen naar een diëtist, want ik wil graag 4 kilo afvallen.

Kunt u me uitleggen hoe ik deze medicijnen moet gebruiken?

Dergelijke vragen maken duidelijk dat de patiënt gemotiveerd is. Als de self-efficacy laag is, zal de aandacht van de praktijkverpleegkundige zich daarop richten. De vraag om een cijfer toe te kennen kan ook in deze fase zinvol zijn. Het komt er nu vooral op aan dat iemand de mogelijkheden aangereikt krijgt om nieuw gedrag in praktijk te brengen. Daarbij kan de verpleegkundige ingaan op te verwachten barrières. Bij rookgedrag gaat het dan voor de patiënt om vragen als: Hoe ga ik om met ontwenningsverschijnselen? Licht ik mijn omgeving in? Welke hulp vraag ik? Hoe ga ik om met het risico van gewichtstoename?
Het kan ook nodig zijn te anticiperen op moeilijkheden bij medicijngebruik. De patiënt is bijvoorbeeld wel gemotiveerd om de medicijnen te gebruiken, maar durft dat niet in het openbaar te doen vanuit een gevoel van gêne. Self-efficacy is in zo'n geval van belang. Want hoe groter de self-efficacy, hoe beter de patiënt zich toegerust voelt en hoe groter de kans dat het daadwerkelijk tot gedragverandering komt.

Actiefase

Iemand die zich in de actiefase bevindt, is sterk gemotiveerd en heeft er een zeker vertrouwen in dat het gaat lukken. Een patiënt bijvoorbeeld die wil stoppen met roken is in deze fase zover dat hij samen met de praktijkverpleegkundige een stopdatum vaststelt. Het komt er tijdens deze fase op aan dat de patiënt succes ervaart, het gevoel krijgt dat het hem echt gaat lukken en de verwachte voordelen aan den lijve ondervindt. De ideale situatie is dat hij voor het nieuwe gedrag wordt beloond. Self-efficacy krijgt bij succes een flinke impuls. Eventuele problemen met het *hoe* van veranderen moeten nu verholpen worden. Daarbij is het van belang dat de praktijkverpleegkundige een appèl doet op het probleemoplossende vermogen van de patiënt. In deze fase blijft de motivatie een aandachtspunt. De praktijkverpleegkundigen zal daarom alles in het werk moeten stellen om ervoor te zorgen dat stoppen met roken ook een uitdagende en plezierige kant houdt voor de patiënt.

Consolidatiefase

In de laatste fase gaat het erom het nieuwe gedrag te consolideren. Terugval in het oude gedrag ligt, zeker bij roken, op de loer. De nadruk van de begeleiding ligt op behoud van motivatie en self-efficacy. Bij rookgedrag kan het bijvoorbeeld gaan over de vraag hoe de patiënt omgaat met situaties waarin hij anderen ziet roken, of hoe hij in de toekomst om zal gaan met situaties van stress. In nazorggesprekken bekijkt de verpleegkundige samen met de patiënt of het hem lukt het nieuwe gedrag in zijn leven in te bedden en te consolideren.

Het model toepassen

De grote waarde van het *stages of change*-model is dat het de mogelijkheid biedt de begeleiding af te stemmen op de mate van motivatie en self-efficacy (zie hoofdstuk 6). Om het model goed te kunnen toepassen, moet de praktijkverpleegkundige een goed beeld hebben van de motivatie en self-efficacy van de patiënt. Het heeft bijvoorbeeld geen zin dat de praktijkverpleegkundige uitleg geeft over de manier waarop een inhalator moet worden gebruikt (het *hoe*), terwijl de patiënt juist worstelt met de vraag *waarom* hij dat hulpmiddel

gekregen heeft. Met andere woorden: een praktijkverpleegkundige die de self-efficacy versterkt terwijl er een motivatieprobleem is, bereikt niet het gewenste resultaat. Er dient daarom minimaal een globaal inzicht te bestaan in de mate van self-efficacy en motivatie. We hebben al gezien dat de mate van inzicht soms uit bepaalde uitspraken kan worden afgeleid, en dat de praktijkverpleegkundige de patiënt kan vragen een cijfer toe te kennen. Een schema met vragen kan ook een hulpmiddel zijn om motivatie en self-efficacy in te schatten. In ons voorbeeldschema gaan de vragen over afvallen, maar we hadden evengoed een van de andere gedragsthema's kunnen invullen.

Bent u van plan om op korte termijn af te vallen?

Zo nee, waar ligt dat volgens u aan? Is het voor u niet belangrijk, of twijfelt u eraan of u ertoe in staat bent?

Niet belangrijk (motivatie)

- *Wat zou er moeten gebeuren zodat het voor u veel belangrijker wordt om daadwerkelijk af te vallen?*
- *Wat moet er gebeuren voordat u serieus overweegt om af te vallen?*
- *Wat is er nodig zodat u het veel belangrijker gaat vinden om af te vallen?*
- *Wat zijn de goede kanten aan afvallen? En wat zijn de minder goede kanten?*
- *Hoe denkt u over afvallen?*
- *Als u zou afvallen, hoe denkt u dan dat het zal zijn?*

Niet in staat (self-efficacy)

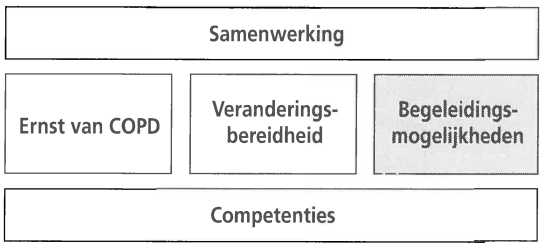
- *Wat zou er moeten gebeuren zodat u er meer vertrouwen in krijgt dat u ook daadwerkelijk kunt afvallen?*
- *Hoe kan ik u helpen om te slagen?*
- *Wat heeft u geholpen bij eerdere pogingen?*
- *Wat hebt u geleerd van datgene wat er fout ging?*
- *Als u zou besluiten af te vallen, welke opties zijn er dan? Zijn er manieren die bij andere mensen hebben gewerkt?*
- *Welke praktische zaken hebt u nodig om uw doel te bereiken? Kan dat gerealiseerd worden?*
- *Is er iets waardoor u meer vertrouwen krijgt?*

Bij het gebruik van het *stages of change*-model is een kanttekening op z'n plaats. Het model biedt niet voor alle patiënten de juiste benadering. Dit geldt met name voor patiënten in het eindstadium van COPD. Hun levensverwachting is drastisch afgenomen. Andere uitgangspunten voor de begeleiding bieden in zo'n geval een betere invalshoek, zoals een model met meer nadruk op verlichting van het lijden, waarbij het idee van gedragsverandering verlaten wordt. Toch kan een patiënt in de laatste fase van COPD er behoefte aan hebben enige controle over zijn situatie te behouden. Ook in de laatste fase kan bevordering van zelfmanagement een plaats krijgen. Het gaat dan niet meer om gezondheidswinst met thema's als rookgedrag en conditieverbetering, maar bijvoorbeeld om maatregelen die de patiënt kan nemen om de pijn te verlichten, zijn energie zo goed mogelijk over de dag te verdelen en vermoeidheid tegen te gaan, en om een optimale zuurstofregulering.

Samenvatting

Het *stages of change*-model bestaat uit vijf fasen en biedt een handvat voor de begeleiding van patiënten met COPD. De begeleiding zal zich, afhankelijk van de fase, richten op motivatie en/of self-efficacy. Essentieel in de toepassing van het *stages of change*-model is dat de praktijkverpleegkundige de begeleiding afstemt op de fase waarin de patiënt zich bevindt. Om dat te kunnen bereiken dient de verpleegkundige te weten hoe het bij de patiënt staat met de motivatie en de mate van self-efficacy.
Het *stages of change*-model is minder geschikt in situaties waarbij gedragsverandering een lagere prioriteit heeft.

6 BEGELEIDINGSMOGELIJKHEDEN



In de voorgaande hoofdstukken ging het om de vraag *wat* er in een consult aan de orde kan komen en over de veranderingsbereidheid van de patiënt. In dit hoofdstuk gaat het om de daadwerkelijke begeleiding, om de vraag *hoe* de praktijkverpleegkundige daarbij te werk kan gaan. De veranderingsbereidheid, uitgedrukt in motivatie en self-efficacy, is bepalend voor de begeleidingsmogelijkheden van de praktijkverpleegkundige. Motiverende gespreksvoering is voor de COPD-zorgverlening een relatief onbekende optie voor begeleiding door de praktijkverpleegkundige, passend bij een geringe veranderingsbereidheid. Het is een optie die perspectieven biedt.

We beginnen dit hoofdstuk met een toelichting op de achtergronden en technieken van motiverende gespreksvoering. Na deze introductie koppelen we de begeleidingsmogelijkheden aan de fasen van veranderingsbereidheid zoals we die gepresenteerd hebben in hoofdstuk 5. Zowel de mogelijkheden als de belemmeringen in de begeleiding – weerstand en ontkenning – krijgen aandacht. Ten slotte gaan we in op de begeleiding van patiënten in het eindstadium van COPD, waar gedragsverandering minder prioriteit heeft.

Motiverende gespreksvoering: de achtergrond

In 1991 publiceerde de Amerikaanse psycholoog Miller samen met zijn Britse collega Rollnick *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. Ze presenteerden theorie en praktijk van

motiverende gespreksvoering, een persoonsgerichte gesprekssstijl, bedoeld om verandering van gewoontegedrag te bevorderen. Hoewel motiverende gespreksvoering ontwikkeld is voor de omgang met mensen met verslavingsproblemen, vindt deze gesprekstechniek haar weg nu ook op andere terreinen van de gezondheidszorg.
Vaak wordt gedacht dat een harde, agressieve confrontatie met het gedrag en de consequenties ervan de beste benadering is. Dat deze aanpak weinig effect heeft blijkt uit een meta-analyse in de alcoholhulpverlening (Miller e.a. 1995). Het platweg voorhouden van de negatieve consequenties van bepaald gedrag, en de poging de betrokkene ervan te overtuigen dat dit gedrag schadelijk is, is ineffectief en brengt geen verandering teweeg. (Miller e.a. 1995). Patiënten zien het belang van gedragsverandering onvoldoende in, zijn te veel gehecht aan het ongezonde gedrag of achten zichzelf niet in staat tot gedragsverandering te komen.
Dat motiverende gespreksvoering een effectievere strategie is, blijkt uit een aantal studies. Saunders e.a. (1991) ontwierpen de *brief motivational interviewing:* een interventie waarbij in één uur tijd de voor- en nadelen van alcoholgebruik worden besproken en de toekomstplannen worden geëxploreerd, met aandacht voor de rol die het verslavingsgedrag daarin speelt. In Nederland ontwierpen Schippers e.a. de *Doorlichting Voorlichting Alcoholgebruik* (Schippers e.a. 1994). Het succes van motiverende gespreksvoering is overtuigend aangetoond in enkele overzichtsstudies (Bien e.a. 1993; Noonan en Moyers 1997). Motiverende gespreksvoering bij verslaving is onderzocht onder andere voor het roken van tabak, (DiClemente 1991; Colby e.a. 1998) cocaïnegebruik, (Daley e.a. 1998) en marihuanagebruik (Stephens e.a. 2000). Vanwege het succes beveelt een rapport van de WHO (Heather 1993) motiverende gespreksvoering aan als de belangrijkste benadering bij alcoholproblemen. In de verslavingszorg in Nederland is motiverende gespreksvoering de belangrijkste evidence-based standaard gesprekstechniek bij alle psychosociale interventies. Naast verslaving blijkt motiverende gespreksvoering ook effectief als voorbereiding op psychotherapie (Walitzer e.a. 1999) ter verhoging van therapietrouw bij adolescenten met psychotische verschijnselen (Kemp e.a. 1998) en op andere gedragsterreinen zoals HIV-riskant gedrag (Baker en Dixon 1991), seksueel deviant gedrag (Mann en Rollnick 1996), en eetstoornissen (Smith e.a. 1997). In de somatische

gezondheidszorg wordt motiverende gespreksvoering inmiddels ook steeds vaker toegepast. Enkele positieve resultaten zijn aangetoond in studies voor onder andere hypertensie (Woollard e.a. 1995) en diabetes (Stott e.a. 1996; Berg-Smith e.a. 1999).
Motiverende gespreksvoering richt zich niet alleen op het gedrag zelf, maar helpt ook voorwaarden te scheppen voor de hulpverlening en de kans op verandering te vergroten. De praktijkverpleegkundige kan de patiënt bijvoorbeeld motiveren voor een vervolggesprek, hem helpen bepaalde informatie te verwerken of hem aanmoedigen een belangrijke andere mee te nemen naar het consult (Schippers en De Jonge 2002).
Motiverende gespreksvoering is een veelbelovende gesprekstechniek. De toepassing op patiënten met COPD is weliswaar nog beperkt. Door motiverende gespreksvoering in de huisartspraktijk toe te passen zal duidelijk worden welke effecten dit heeft op het gedrag van COPD-patiënten. Nader onderzoek hiernaar achten wij wenselijk.

Motiverende gespreksvoering: technieken

Bij motiverende gespreksvoering gaat het erom de nieuwsgierigheid van de patiënt te wekken, hem te stimuleren vragen te stellen en hem te laten reflecteren op de betekenis van de gegeven informatie (Miller en Rollnick 1991). Miller en Rollnick benadrukken, net als Pool en Egtberts (2002), het belang van een onderscheid tussen feiten en de interpretatie daarvan. De methode beoogt een krachtig, positief effect op het besluitvormingsproces van patiënten. De twee basisprincipes van motiverende gespreksvoering zijn: onvoorwaardelijke acceptatie en constructieve zelfconfrontatie (Schippers en De Jonge 2002). Onvoorwaardelijke acceptatie houdt in dat de hulpverlener geen gedrag veroordeelt, ook al is dat gedrag zelfdestructief. Constructieve zelfconfrontatie verwijst naar het idee dat confrontatie nodig is voor gedragsverandering; dit moet echter geen confrontatie zijn met de wensen en opvattingen van anderen, maar met tegenstrijdigheden in de patiënt zelf. De patiënt moet worden geconfronteerd met zijn ambivalentie: hij wil bijvoorbeeld bepaalde medicijnen niet gebruiken omdat hij zich ervoor schaamt, maar tegelijkertijd wil hij niet gehinderd worden door benauwdheid.

Non-directieve technieken

Schippers en De Jonge (2002) noemen drie non-directieve technieken: open vragen stellen, reflectief luisteren en samenvattend ordenen. We geven voor elk van de technieken een gespreksfragment als voorbeeld.

Open vragen stellen:

Pv: *U hebt bij uw dieetadvies een dagboekje gekregen om bij te houden wat u eet. Lukt dat?*

P: *Nee, maar dat soort dingen werkt bij mij niet.*

Pv: *Geen goede ervaring begrijp ik. Wat zou u wel helpen, denkt u?*

Reflectief luisteren:

P: *Soms vraag ik me wel eens af of ik niet te veel rook.*

Pv: *Daar maak je je zorgen over?*

Samenvattend ordenen:

Pv: *Tot dusver hebt u gemeld dat u zich af en toe zorgen maakt over het roken, met name vanwege de toenemende benauwdheid. Maar u bent er nog niet helemaal zeker van of die benauwdheid nu alleen door het roken wordt veroorzaakt?*

Directieve technieken

In een *motivational interview* zal de hulpverlener de patiënt confronteren met zichzelf. Zij probeert hem te sturen in de richting van uitspraken die motiveren tot verandering. Daarbij kan zij gebruikmaken van provocatie; selectieve bekrachtiging; en van informatie en overtuiging.

Bij provocatie wordt de patiënt door de hulpverlener op de proef gesteld op het moment dat hij zijn voornemens kenbaar maakt. In het voorbeeld staan onder de uitspraak van de patiënt twee mogelijke reacties van de praktijkverpleegkundige:

P: *Misschien stop ik toch wel met roken volgende week.*

Pv: *Wacht even, voor ik je verkeerd begrijp, je gaat dus echt stoppen?*

Pv: *Gaan we nu niet te hard?*

De methode van provocatie is omstreden. Ze heeft ook enkele nadelen. Ten eerste is voor een correcte inzet ervan veel ervaring vereist, en ten tweede is er een risico dat patiënten de perspectiefwisseling van de hulpverlener niet kunnen volgen.
Selectieve bekrachtiging wil zeggen dat de hulpverlener bewust die uitspraken bekrachtigt die motiverend zijn voor een verandering. Bijvoorbeeld een uitspraak die wijst op herkenning van het probleem door de patiënt, op zijn bezorgdheid over de huidige situatie of over de toekomst, op de bereidheid om te veranderen of op self-efficacy.

Pv: *Je vertelt dat je vaak prednisonkuren nodig hebt als je een tijd lang je inhalatiemedicatie niet gebruikt hebt. Denk je dat het één met het ander te maken heeft?*

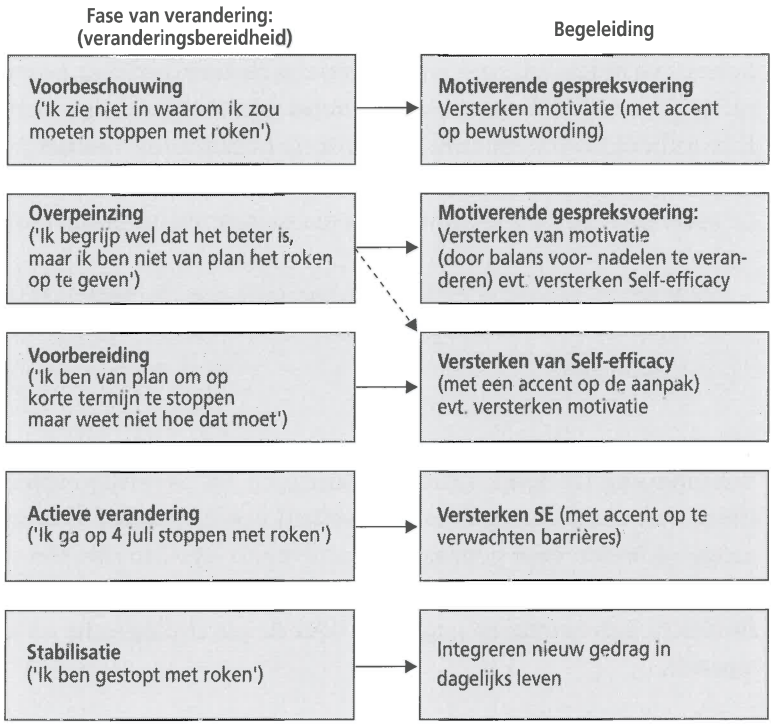
Informatie en overtuiging is de derde directieve techniek die Schippers en De Jonge (2002) beschrijven. De praktijkverpleegkundige geeft voorlichting over de toestand van de patiënt of over de mogelijkheden voor gedragsverandering in zijn situatie. Het moet wel gaan om objectieve informatie die voor de patiënt van belang is, zoals medische informatie en gegevens over de psychologische en sociale situatie.

Begeleidingsmogelijkheden koppelen aan de fasen van verandering

Figuur 6 laat de relatie zien tussen de verschillende fasen van verandering en de begeleidingsmogelijkheden die daaruit voortvloeien.

In de fasen *voorbeschouwing* en *overpeinzing* neemt vergroting van motivatie een grote plaats in. We hebben in hoofdstuk 5 al gezien dat motiverende gespreksvoering in deze fasen heel geschikt is als begeleidingsmogelijkheid. In de fase van voorbereiding en de actiefase ligt de nadruk van de begeleiding op vergroting van self-efficacy in plaats van op motivatie. Oefenen van nieuw gedrag, maar ook aandacht voor te verwachten problemen (barrières) staan daarbij op de voorgrond. In de consolidatiefase gaat het erom terugval in het oude gedrag te voorkomen; dit speelt met name bij verslavingsgedrag. In deze fase ligt de nadruk van de begeleiding op situaties die

het oude gedrag opnieuw kunnen uitlokken; hoe kan de patiënt daarmee omgaan?



Figuur 6: Fasen van verandering koppelen aan begeleiding

De fase van voorbeschouwing en motiverende gespreksvoering

In de fase van voorbeschouwing is er nauwelijks of geen bewustzijn van het feit dat er een probleem is. Er zijn verschillende mogelijkheden; misschien is iemand zich niet bewust van het feit dat hij aan een chronische ziekte lijdt, of misschien onderschat hij de ernst van de ziekte zelf.

De betrokkene is misschien van mening dat het allemaal wel meevalt, wellicht omdat hij weinig hinder van de ziekte ondervindt. Het gebrek aan bewustzijn kan ook betrekking hebben op de relatie met gedrag. In dat geval is iemand zich er wel van bewust dat hij COPD heeft, hij meent echter tegelijkertijd dat hij daar zelf niets aan kan doen.

In de fase van voorbeschouwing heeft motiveren te maken met bewustwording en met kennisoverdracht.

Het louter aanreiken van informatie is niet voldoende; het gaat er eerder om dat de praktijkverpleegkundige zorgvuldig nagaat wat de patiënt wil weten, rekening houdend met de behoefte van dat moment en met de hoeveelheid informatie die de patiënt aankan. Het is dan ook beter te spreken over informatie-uitwisseling. In de praktijk zullen de eerste contacten tussen praktijkverpleegkundige en patiënt in het teken staan van deze informatie-uitwisseling. De praktijkverpleegkundige verschaft de patiënt op een neutrale, niet veroordelende manier informatie en stimuleert hem met behulp van open vragen tot een persoonlijke interpretatie daarvan te komen. Een uitspraak waaruit de verpleegkundige kan opmaken dat haar aanpak werkt, is: 'Zo had ik het nog niet bekeken.' Of: 'Ik vraag me af of dit betekent dat...'
De methode van motiverende gespreksvoering verloopt steeds in drie stappen:
1 de behoefte aan informatie peilen;
2 informatie aanreiken;
3 integratie van informatie.

Bij het peilen van de behoefte aan informatie zijn de volgende vragen van belang:
- Wil een patiënt informatie?
- Waarover wil de patiënt informatie?
- Hoeveel weet iemand al?

De praktijkverpleegkundige kan op de volgende wijze de behoefte aan informatie peilen:

Zou u meer informatie willen over...?
of
Hoeveel weet u al van... Zou u daar meer over willen weten?

De informatie komt het beste binnen bij de patiënt als hij ook behoefte heeft aan die informatie; met andere woorden, als hij er zelf om vraagt.
Bij de tweede stap gaat het erom dat de verpleegkundige de patiënt op een neutrale, niet bedreigende manier informatie geeft, bij voorkeur zonder daarbij het woord u of jij vaak te gebruiken.

Wat er gebeurt met sommige mensen is dat...
of
Andere mensen doen soms...

Bij de derde stap gaat het erom dat de patiënt zelf ontdekt wat de verstrekte informatie voor hem betekent. Het onderscheid tussen feiten en interpretatie is hierbij van belang.
De praktijkverpleegkundige geeft informatie en nodigt de patiënt uit om zijn interpretatie te geven van de feiten, en onder woorden te brengen wat deze informatie voor hem betekent. De praktijkverpleegkundige kan dat bijvoorbeeld op deze manier doen:

Ik vraag me af, als ik dit zo aan u vertel, wat u daarvan vindt.
of
Ik vraag me af wat deze informatie die ik u zojuist gaf, met u doet.

Overdracht van kennis en bewustzijn in de fase van voorbeschouwing omvat dus meer dan het droog aanbieden van informatie. De hulpverlener gaat na wat de patiënt wil weten, biedt de informatie vervolgens gedoceerd en niet bedreigend aan en vraagt na wat deze informatie met de patiënt doet. Het gaat dan niet alleen om de vraag of de patiënt de informatie begrepen heeft, maar ook om de betekenis ervan voor zijn eigen situatie. Dit proces van integreren van informatie helpt de motivatie van de patiënt te versterken (zie ook het voorbeeld in bijlage 1).

De fase van overpeinzing en motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering in de fase van overpeinzing krijgt een ander accent. De patiënt is niet langer helemaal onverschillig of onwetend zoals in de fase van voorbeschouwing vaak het geval is. In de overpeinzingfase onderkent de patiënt inmiddels dat er een probleem is met betrekking tot zijn gedrag, maar de voor- en nadelen zijn nog in evenwicht zodat hij niet tot het besluit komt om te veranderen. Met andere woorden: de patiënt is ambivalent. Hoewel er ook in deze fase nog sprake kan zijn van informatie-uitwisseling volgens de drie stappen, gaat het er nu om cognitieve dissonantie op te roepen. Dit is in deze fase de inzet. Dat wil zeggen dat de praktijkverpleegkundige probeert te tornen aan de krachten die de gewoonte

continueren zodat er ruimte komt voor de overwegingen het gedrag te veranderen. De praktijkverpleegkundige doet dit door selectief te reflecteren op wat de patiënt vertelt. Zij zal bij voorkeur datgene uitlokken en reflecteren op dat wat op positieve verandering wijst. Ze maakt daarbij meer gebruik van directieve technieken, terwijl ze in de fase van voorbeschouwing een meer non-directieve benadering koos. De directieve aanpak past hier ook beter, want in de fase van overpeinzing wordt de patiënt gestimuleerd een beslissing te nemen, waarbij hij in staat is de voor- en nadelen van het te veranderen gedrag tegen elkaar af te wegen.

Pv: *Kun je me vertellen wat de voor- en nadelen zijn van meer bewegen?*

P: *Nou, ik word er ontzettend moe van en ik heb het nooit leuk gevonden.*

Pv: *Zijn er ook voordelen?*

P: *Misschien kom ik weer wat meer buiten.*

Pv: *Kun je nog meer voordelen benoemen?*

P: *Nou ja, ik weet nu dat mijn conditie erdoor verbetert. Dus ik hoop dat ik daardoor wat langer meega en misschien mijn kleinzoon weer eens mee kan nemen ergens naartoe.*

Pv: *Dus je vindt het belangrijk om je kleinzoon weer eens mee te kunnen nemen. Wat ik ook hoor is dat je door te werken aan je conditie investeert in je toekomst. Bovendien kan het een gelegenheid zijn om wat meer buiten te komen. Wat houdt je nog tegen?*

De voorbereidings- en actiefase en versterking van self-efficacy

Wanneer een patiënt zich voorbereidt op nieuw gedrag verandert het zwaartepunt van versterking van motivatie naar versterking van self-efficacy. De techniek van motiverende gespreksvoering verdwijnt dan naar de achtergrond. Wel blijft een basishouding van onvoorwaardelijke acceptatie belangrijk. Wanneer de patiënt zich op nieuw gedrag voorbereidt, mag verondersteld worden dat de motivatie sterk genoeg is, maar er kan zich nog het probleem voordoen dat hij moeilijkheden verwacht bij het in de praktijk brengen van het gedrag.

Voor het vergroten van self-efficacy zijn de volgende uitgangspunten van belang (Bandura 1986):

- Succeservaringen blijken een versterkend effect te hebben. Hulpverleners kunnen vooral refereren aan eventueel eerder behaald succes. (Bijvoorbeeld: *Toen was u in staat om 3 kilo af te vallen, waarom zou dat nu niet opnieuw lukken?*)
- Oefenen met nieuw gedrag heeft een versterkend effect. Hulpverleners kunnen patiënten laten ervaren dat ze in staat zijn om bijvoorbeeld te bewegen.
- Positieve feedback of aanmoediging heeft een versterkend effect. (Bijvoorbeeld: *Ik denk dat u gezien uw motivatie heel goed in staat bent om te stoppen met roken.*)
- Het succes zien van anderen (die als rolmodel fungeren) heeft een versterkend effect. (Bijvoorbeeld: *Ik ken mensen die net als u ook in staat bleken om te stoppen met roken, volgens mij kunt u het ook.*)
- Kleine haalbare doelen formuleren heeft een versterkend effect. (Bijvoorbeeld: de patiënt steunen in zijn besluit te stoppen met roken door hem op dag 1 van zijn stoppoging voor een gesprek uit te nodigen en niet na een week.)
- Sociale steun heeft een versterkend effect (Te Lintel Hekkert 2000). Expliciet aandacht geven aan de rol van de omgeving van de patiënt is belangrijk. De praktijkverpleegkundige moet nagaan of de omgeving de patiënt stimuleert of juist ontmoedigt. Ze bekijkt ook of de patiënt voldoende sociale contacten heeft en stimuleert hem zo nodig op dit gebied.

In de voorbereidings- en actiefase gaat het er ook om te anticiperen op te verwachten barrières. Iemand die af wil vallen vraagt zich bijvoorbeeld bezorgd af hoe hij de kerstdagen doorkomt zonder te veel aan te komen. De nadruk ligt in de meeste gevallen op de praktische aanpak. Naarmate iemand meer mogelijkheden heeft om moeilijke situaties het hoofd te bieden, neemt de self-efficacy toe (zie ook het voorbeeld in bijlage 2).
In de voorbereidings- en actiefase werkt de praktijkverpleegkundige met de patiënt ook aan vergroting van het arsenaal van mogelijkheden voor gedragsverandering. De praktijkverpleegkundige kan de patiënt in dit kader ook doorverwijzen naar andere zelfmanagementprogramma's We denken hierbij aan lotgenotencontacten, alternatieve

programma's om te stoppen met roken, en beweegprogramma's. Op deze manier verbreedt de patiënt zijn horizon, en dat draagt weer bij aan zijn motivatie en self-efficacy.

De consolidatiefasefase en het regelmatig oproepen van patiënten

Het komt voor dat patiënten hun medicijnen na verloop van tijd weer minder trouw gebruiken. Maar terugval in oud gedrag ligt vooral bij rokers op de loer, in veel gevallen gebeurt dat binnen een jaar. De praktijkverpleegkundige dient aan dit aspect aandacht te geven. De begeleiding moet zich richten op de lange termijn, en praktisch zijn. Het gaat erom dat de patiënt bedacht is op situaties waarin het moeilijk is het nieuwe gedrag vast te houden. De praktijkverpleegkundige moet de patiënt voorbereiden op 'beruchte' situaties als problemen op het werk, relatieproblemen, een sterfgeval. Zeker bij rookgedrag is het belangrijk dat patiënten het eerste jaar na een stoppoging regelmatig terugkomen op het spreekuur.
Daarbij willen we opmerken dat terugval niet per definitie negatief hoeft te zijn; het kan ook gezien worden als leermoment. Het schuldgevoel waarmee terugval gepaard kan gaan, dient tot een minimum beperkt te worden. De praktijkverpleegkundige doet er goed aan de patiënt voor te houden dat één sigaret niet betekent dat de hele stoppoging mislukt is.

Belemmeringen in de begeleiding

De begeleiding kan op belemmeringen stuiten, zoals weerstand en ontkenning. We lichten ze nader toe en gaan in op de vraag hoe de hulpverlener met deze belemmeringen om kan gaan.

Begeleiding en weerstand

In hoofdstuk 3 hebben we laten zien dat een hulpverlener die te veel zelf wil bepalen, kan rekenen op weerstand van de patiënt. Als de hulpverlener bijvoorbeeld uitleg geeft over hulpmiddelen bij stoppen met roken terwijl de patiënt niet gemotiveerd is voor dit thema, is de kans groot dat zij met weerstand te maken krijgt. Er is dan een kans dat de patiënt een volgende keer niet op het spreekuur verschijnt. Weerstand kan ten onrechte worden uitgelegd als een gebrek aan veranderingsbereidheid, terwijl de werkelijke oorzaak bij de

sturende hulpverlener ligt.
Weerstand bij patiënten kan verschillende gedaanten aannemen: van stille tegenzin tot regelrechte ontkenning, en alles daartussenin (Rollnick e.a. 1999). In hun boek *Health Behavior Change* presenteren Rollnick e.a. enkele strategieën die weerstanden kunnen helpen verminderen:

Eigen keuze en autonomie benadrukken
Dit idee sluit goed aan bij de uitgangspunten van zelfmanagement. De patiënt krijgt op deze manier zijn autonomie terug.

Pv: *Hoe gaat het met het afvallen?*
P: *Oh, goed hoor.*
Pv: *Vertelt u eens?*
P: *Nou, ik doe mijn best, maar het lukt me niet altijd hoor!*
Pv: *O nee?*
P: *Nee, zie je, ik ben zo druk geweest, ik kan er niet de hele dag rekening mee houden.*
Pv: *Dat kan ik me voorstellen. Misschien is het goed om er nog even bij stil te staan hoe u de tijd die we nu hebben wilt benutten. Misschien staat uw hoofd er helemaal niet naar om over diëten te praten en is het misschien beter om eens na te gaan waarom u steeds zo druk bent. Het gaat er vooral om wat u belangrijk vindt.*
P: *Nou, ziet u…*

De veranderingsbereidheid opnieuw inschatten door de mate van motivatie en self-efficacy vast te stellen
Deze strategie kan worden ingezet als de hulpverlener de veranderingsbereidheid niet goed getaxeerd heeft, met weerstand als resultaat. Stilstaan bij motivatie en self-efficacy kan de weerstand verminderen. Het kan ook zijn dat de patiënt door andere (stress)factoren in beslag genomen wordt, waardoor het beoogde thema op dat moment niet bespreekbaar is.

Pv: *Hoe kijkt u momenteel aan tegen het roken?*
P: *Oh, ik zou graag willen stoppen, dat heb ik je al eens gezegd.*
Pv: *Hebt u er na de laatste keer toen we erover spraken nog over nagedacht?*

P: *Nou, het lijkt me ontzettend moeilijk om in één keer te stoppen.*
Pv: *Zou minderen in plaats van helemaal stoppen voor u een optie zijn?*
P: *Dat houd ik ook niet lang vol.*
Pv: *En dat nieuwe medicijn waar we het over gehad hebben, zou dat kunnen helpen?*
P: *Dat kan ik momenteel niet betalen.*
Pv: (Kan besluiten om motivatie en self-efficacy in te schatten door te vragen daaraan een cijfer toe te kennen, maar het kan ook subtieler):
Ik ben er niet helemaal zeker van hoe u erover denkt. Misschien ziet u nu geen oplossing en zijn er op dit moment andere dingen belangrijker voor u dan stoppen met roken.

Naast de patiënt gaan staan

Reflectief luisteren vermindert de weerstand bij patiënten, meer dan argumenteren. Als de praktijkverpleegkundige aansluit bij het referentiekader en de gevoelens van de patiënt, kan het gesprek, nadat de weerstand is afgenomen, uiteindelijk in de gewenste richting bewegen.

Pv: *Ik vraag me af waar we het vandaag over kunnen hebben: over afvallen of over meer bewegen.*
P: *Ik ben de hele dag bezig met het huishouden, dus ik beweeg genoeg; en een dieet helpt bij mij altijd maar even. Zodra ik ermee stop, zit ik meteen weer op mijn oude gewicht.*
Pv: *U wilt niet iets gaan doen wat bij u niet werkt (reflectief luisteren).*
P: *Nee, natuurlijk niet, als ik iets zou weten wat mij zou helpen dan deed ik het heus wel.*
Pv: *U ziet momenteel geen mogelijkheden. (reflectief luisteren)*
P: *Nee, maar ik zie ook wel in dat het zo niet kan doorgaan.*

Begeleiding en ontkenning

Ontkennen van ziekte kan geduid worden als een copingstrategie die tot doel heeft bescherming te bieden tegen angst en andere negatieve gevoelens (Leventhal e.a. 1984). Met name kort na de diagnose blijken patiënten hun toevlucht te zoeken tot deze strategie; ontken-

ning helpt hen om beter overeind te blijven (Watson e.a. 1984). Maar op de lange duur zijn er vooral nadelen aan deze strategie verbonden, want het leidt tot uitstel van consultatie, niet in behandeling gaan of het negeren van medische voorschriften (Singer 1984). Pool en Egtberts spreken over adaptieve opgaven waarvoor mensen met een chronische ziekte zich gesteld zien. Adaptieve opgaven hebben onder andere te maken met omgaan met verliezen; iets waar iemand met een chronische ziekte niet aan ontkomt. Sommigen negeren hun gevoelens door ze te onderdrukken en niet of nauwelijks stil te staan bij wat hun is overkomen, aldus Pool en Egtberts. De verliezen die een chronische ziekte meebrengt, kunnen onderscheiden worden in verlies van lichamelijke functies en verlies van werk of sociale contacten. Omgaan met onzekerheid is een andere opgave waarvoor mensen met een chronische ziekte zich gesteld zien. Veel mensen reageren op onzekerheid door te proberen vast te houden aan hun oude situatie. Dit doen zij door tegen hun klachten te vechten, door klachten te ontkennen of als iets onbeduidends voor te stellen. Omgaan met gevoelens van schuld en schaamte is een adaptieve opgave waar patiënten met COPD mee te maken kunnen krijgen als het hun niet lukt om met roken te stoppen. De overige (persoonlijke) adaptieve opgaven waarover Pool en Egtberts spreken zijn: persoonlijke betekenisgeving herzien, hoop en gevoel van eigenwaarde behouden en omgaan met een andere beleving van tijd en ruimte (Pool en Egtberts 2002).

Als een patiënt niet op afspraken met de zorgverlener verschijnt, kan dat wijzen op de copingstrategie ontkenning. De praktijkverpleegkundige kan in dat geval kennis aanreiken over COPD en over de relatie tussen ongezond gedrag en het ontstaan van COPD, mits de patiënt daarvoor openstaat. Vergroting van het bewustzijn staat hierbij centraal. Ook oefenen met gezond gedrag kan helpen.

Als een patiënt niet verschijnt op afspraken, moet de oorzaak niet uitsluitend bij de patiënt worden gezocht. Want het is ook denkbaar dat de weerstand is opgeroepen door de houding van de praktijkverpleegkundige; zij is er misschien niet in geslaagd aan te sluiten bij de beleving van de patiënt.

Patiënten die niet op afspraken komen, kunnen bezocht worden. Alleen als zij duidelijk te kennen geven geen bemoeienis te wensen van een praktijkverpleegkundige, of niet te motiveren zijn, is investeren zinloos.

Begeleiding als onderdeel van psychosociale zorg

Weerstand en ontkenning zijn niet de enige belemmeringen in de begeleiding. Begeleiding van COPD-patiënten kan ook bemoeilijkt worden door ervaringen als verlies, schuldgevoelens en/of gevoelens van onzekerheid. Dit vraagt een andere manier van begeleiding, waarbij verliesverwerking en omgaan met eenzaamheid, rouw, schaamte of schuld centraal staan: psychosociale zorg.
Begeleiding als onderdeel van psychosociale zorg zal zich minder richten op gedragsverandering. Vooral in een verder gevorderd stadium van COPD is het leven veel meer ontregeld en staat verlichting van het lijden op de voorgrond. Dit vraagt een andere opstelling en benadering van hulpverleners. Pool en Egtberts stellen dat op vijf gebieden psychosociale problematiek kan ontstaan (Pool en Egtberts 2002):

- controleverlies en machteloosheid;
- angst en onzekerheid;
- eenzaamheid en sociaal isolement;
- rouw en verlies;
- schaamte en schuld.

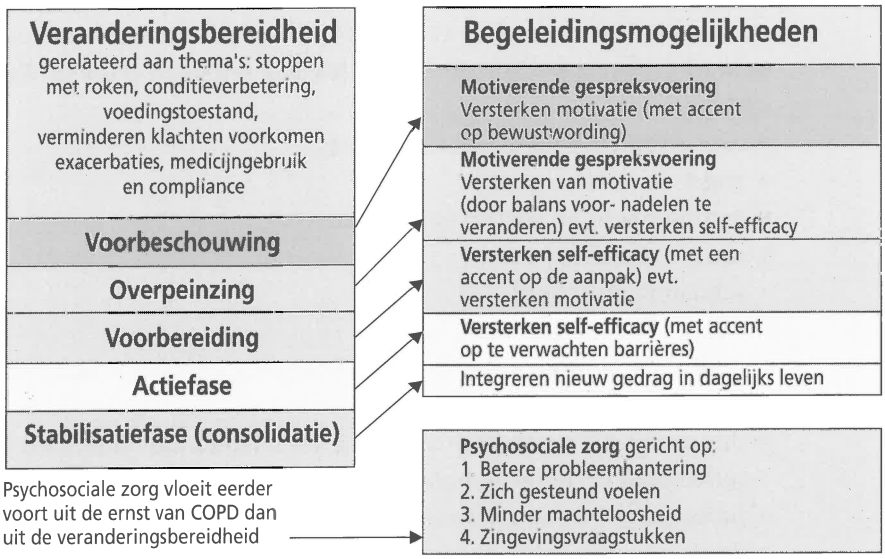
Vanuit deze gebieden formuleren zij uitgangspunten voor psychosociale zorg:

- de autonomie versterken, zodanig dat iemand kan anticiperen en reflecteren op hetgeen hem te wachten staat en daarin bewust persoonlijke keuzen kan maken, met gebruikmaking van individuele en externe hulpbronnen;
- het verhaal van de chronisch zieke als leidraad voor de zorg nemen;
- de zorg opvatten als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van verpleegkundige en chronisch zieke, met behulp van openheid, betrokkenheid en dialoog;
- de chronisch zieke troost bieden;
- rekening houden met de fase van de ziekte waarin iemand verkeert.

Psychosociale zorg in de praktijk

Het doel van psychosociale zorg is niet gedragsverandering maar een betere probleemhantering door de patiënt, zich meer gesteund voelen, zich minder machteloos voelen en meer samenhang in zingeving ervaren. Psychosociale zorg is met name bestemd voor

patiënten in het eindstadium van COPD. Toch kunnen patiënten ook in een eerder stadium van de ziekte behoefte hebben aan deze vorm van zorg.
Psychosociale zorg zoals Pool en Egtberts die omschrijven bevat een aantal kenmerken van de begeleidingsmogelijkheden die uit de veranderingsbereidheid voortvloeien. Psychosociale zorg haakt meer aan bij het lijden als gevolg van ziekte en is daardoor mogelijk passender in situaties waar gedragsverandering minder op de voorgrond staat. In figuur 7 staan de begeleidingsmogelijkheden, afgeleid van de veranderingsbereidheid, onder elkaar.



Figuur 7: Begeleidingsmogelijkheden afgeleid van de fasen van veranderingsbereidheid

Hulp bij ziektegerelateerde adaptieve opgaven

In een verder gevorderd stadium van COPD krijgen patiënten in toenemende mate te maken met benauwdheid, waarvoor zij medicijnen gebruiken. De praktijkverpleegkundign zal de patiënt zo goed mogelijk helpen om de symptomen te verlichten. Dit kan betekenen dat de praktijkverpleegkundige de patiënt helpt zijn energie over de dag te verdelen, of helpt bij het aanvragen van hulpmiddelen zoals een traplift of scootmobiel. Ook medicatiegebruik zal aandacht

krijgen, waarbij de verpleegkundige zo nodig bemiddelt tussen patiënt en specialist.

Hulp bij persoonlijke adaptieve opgaven
Patiënten met ernstig COPD kunnen te maken hebben met gevoelens van onzekerheid, verlies, schuld of schaamte. De praktijkverpleegkundige kan nadrukkelijker aandacht geven aan rouwreacties en verdriet. Het gaat er nu vooral om dat de praktijkverpleegkundige goed luistert en onderscheid maakt tussen normale (rouw)reacties en extreme uitingen van emoties.
Onzekerheid kan te maken hebben met de onvoorspelbaarheid van de symptomen van COPD, waardoor mensen het vertrouwen in het eigen lichaam verliezen. Het leren herkennen van signalen die wijzen op een verergering van COPD kan helpen het zelfvertrouwen te vergroten.
Schuld en schaamte kan gerelateerd zijn aan het bewustzijn dat de patiënt door zijn (rook)gedrag zelf bijgedragen heeft aan het ontstaan van COPD. De praktijkverpleegkundige zal in die situaties extra alert moeten zijn op haar attitude en de patiënt onvoorwaardelijk accepteren.

Hulp bij sociale adaptieve opgaven
Als patiënten minder mobiel zijn als gevolg van hun ziekte, hebben ze een kleinere actieradius. Het kan bovendien bezwaarlijk voor hen zijn om zich in een rokerige ruimte op te houden. De praktijkverpleegkundige kan met de patiënt zoeken naar een manier om sociaal isolement te voorkomen.
Soms kan een vervoermiddel uitkomst bieden, maar de praktijkverpleegkundige kan ook met de patiënt onderzoeken welke (rookvrije) uitgaansmogelijkheden er zijn. Als het dreigende isolement voortkomt uit onbegrip van de omgeving, kan de praktijkverpleegkundige zich richten op de naasten van de patiënt.

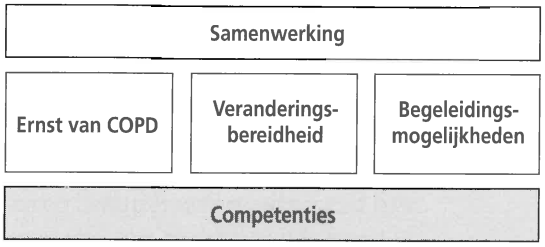
Hulp bij materiële adaptieve opgaven
Materiële opgaven kunnen te maken hebben met de aanvraag van hulpmiddelen, maar ook met de sociaal-economische situatie van een patiënt. Wanneer patiënten zich geen extra kosten kunnen permitteren kan de praktijkverpleegkundige bemiddelen bij bijvoorbeeld

het aanvragen van subsidies of tegemoetkomingen bij kosten. Soms kan zij ook de hulp van het maatschappelijk werk inroepen.

Samenvatting

Elke fase van veranderingsbereidheid kenmerkt zich door een verschillend niveau van motivatie en self-efficacy. De begeleiding dient afgestemd te zijn op de veranderingsbereidheid. Motiverende gespreksvoering is een methodiek die zinvol is in de fasen van voorbeschouwing en overpeinzing. Het schort in deze fasen met name aan de motivatie. In de volgende fasen is begeleiding meer gericht op self-efficacy. Gezond gedrag in praktijk brengen, daarmee oefenen en ingaan op te verwachten problemen staan bij de begeleiding in de laatste fase van consolidatie centraal.
Als hulpverleners te weinig rekening houden met de veranderingsbereidheid en wensen van patiënten kunnen zij geconfronteerd worden met weerstand. Het feit dat patiënten soms niet op vervolgafspraken verschijnen kan uitgelegd worden als een uiting van weerstand. Er zijn drie methoden om weerstand te verminderen: de eigen keuze en autonomie benadrukken, motivatie en self-efficacy opnieuw vaststellen, en naast de patiënt gaan staan. De hulpverlener moet ook nagaan of de weerstand voortkomt uit ontkenning als strategie voor omgaan met (dreigend) verlies. Als de praktijkverpleegkundige weet wat de oorzaak van de weerstand is, begrijpt zij wat de patiënt wil en nodig heeft.
Psychosociale zorg hoort meestal thuis in het eindstadium van COPD en is gericht op verlichting van lijden. Gedragsverandering verdwijnt naar de achtergrond. Pool en Egtberts beschrijven een aantal adaptieve taken van patiënten met een chronische ziekte. Hun uitgangspunten voor psychosociale zorg laten overeenkomsten zien met de begeleidingsmogelijkheden zoals die uit de fasen van verandering zijn afgeleid.

7 COMPETENTIES



In dit hoofdstuk omschrijven we de competenties die nodig zijn om COPD-patiënten te kunnen begeleiden. Er zijn veel verschillende definities van competenties in omloop. Ze hebben met elkaar gemeen dat ze de gedragseisen formuleren voor succesvol functioneren. (Platform Onderwijsontwikkeling 2002). De vraag waar het hier om gaat is: over welke specifieke deskundigheid moeten praktijkverpleegkundigen, of andere gezondheidswerkers, beschikken om de beschreven activiteiten te kunnen uitvoeren?

Competenties van de verpleegkundige

Wij gaan ervan uit dat de praktijkverpleegkundige op hbo-niveau functioneert. De hbo-verpleegkundige integreert *het hbo-niveau* en *de verpleegkundige standaard* in haar handelen. Het hbo-niveau is een centraal begrip binnen de hbo-standaard, zoals die is geformuleerd door de HBO-Raad. Het niveau geeft aan waardoor hogere beroepsopleidingen zich van andere onderwijssoorten onderscheiden: brede professionalisering; multidisciplinaire integratie; wetenschappelijke toepassing; transfer en brede inzetbaarheid; creativiteit en complexiteit in handelen; probleemgericht werken; methodisch en reflectief denken en handelen; sociaal-communicatieve bekwaamheid; basiskwalificering voor managementfuncties. Sommige onderdelen zijn ook van toepassing op andere vormen van onderwijs. Het hoger beroepsonderwijs onderscheidt zich van het middelbaar beroepsonderwijs of het universitair onderwijs door een gerichtheid op het

totaalpakket en niet door de realisatie van afzonderlijke onderdelen (HBO-Raad 1999). De praktijkverpleegkundige functioneert dus op hbo-niveau, en moet ook voldoen aan de standaarden voor het verpleegkundig beroep, in dit geval expliciet aan de standaarden voor goede zorg aan patiënten met COPD. De competenties die nodig zijn voor het werken volgens de *richtlijn zelfmanagement* zijn af te leiden van kerncompetenties en de meer specifieke competenties die zijn beschreven voor de uitvoering van de rol van zorgverlener op het gebied van Gezondheidsvoorlichting- en opvoeding (GVO) ten behoeve van chronisch zieken, zoals die door Pool e.a. zijn geformuleerd (Pool e.a 2001).

Kwalificaties van het individu

Wij beschrijven wat iemand moet kunnen en willen om een consult te geven volgens de *richtlijn zelfmanagement*. De eisen worden uitgedrukt in competenties. Het gaat om de kwaliteiten van de individuele zorgverlener. Door deze invalshoek te kiezen, is er een beroepsoverstijgende mogelijkheid ontstaan voor inzet van personeel. De kwalificaties van het individu zijn dan immers doorslaggevend, niet de beroepsgroep. Dit betekent dat wanneer de praktijkassistente aan dezelfde voorwaarden voldoet en over voldoende competentieniveau beschikt, zij deze rol ook kan (en mag) uitvoeren. Vaardigheden om een rol te kunnen uitvoeren zijn daarom in onze optiek belangrijker dan formele professionele status die exclusief gekoppeld wordt aan bepaalde functies of beroepsgroepen.

Competenties in relatie tot ervaring

In de eerste paragrafen van dit hoofdstuk hebben we laten zien over welke competenties een praktijkverpleegkundige dient te beschikken om volgens de *richtlijn zelfmanagement* te kunnen werken. De vraag die zich vervolgens aandient is: hoe kunnen hulpverleners deze competenties verwerven? Niet iedereen die van de HBO-V komt zal meteen over alle vaardigheden beschikken. Expertise komt met de jaren. Een beginnende praktijkverpleegkundige zal vooral steun zoeken in voorgeschreven handleidingen, protocollen en richtlijnen; een competente, ervaren verpleegkundige zal vaak in één oogopslag (klinische blik) de situatie taxeren, en achteraf toetsen of zij heeft

gehandeld conform de richtlijn of standaard. Haar taxatie is gebaseerd op stilzwijgende expertise. De expert zal zich niet alleen laten leiden door formele regels en voorschiften, maar door de herkenning en vergelijking met andere situaties waar hetzelfde type probleem zich voordeed. Benner (1982) heeft in haar inmiddels klassieke en richtinggevende studie in verpleging en verzorging veel onderzoek gedaan naar de verwerving van expertise bij verpleegkundigen. Ook de laatste onderzoeken bevestiging nog steeds haar bevindingen op basis van de theorie van Dreyfus en Dreyfus (1980). Zij onderscheidt de volgende fasen in expertiseverwerving:

- Ervaringsniveau 1 is de beginnersfase: de praktijkverpleegkundige als beginneling. De praktijkverpleegkundige leert nog feiten en regels. De regels worden nog geïnterpreteerd als absolute regels. De regels geven studenten en praktijkverpleegkundigen, nieuw in de rol, houvast.
- Ervaringsniveau 2 is de gevorderde beginnersfase: de praktijkverpleegkundige als gevorderde (long)verpleegkundige. Door te ervaren dat de praktijk van het leven grilliger is dan welke regel ook, gaat de praktijkverpleegkundige bepaalde patronen bij patiënten ontdekken, en ontdekt zij ook bepaalde patronen in het verloop van een consult. Zij is nu veel meer in staat de regels uit het protocol toe te passen op de praktijksituatie.
- Ervaringsniveau 3 is de competentiefase: de praktijkverpleegkundige als vaardige begeleider. De praktijkverpleegkundige weet situaties snel in te schatten. Zij heeft geleerd dat wat in theorie mooi klopt en samenhangt, in de praktijk heel wat ingewikkelder en minder eenduidig kan zijn. Zij is zich bewust van de invloed van de context op de vereiste vaardigheden. De absolute regels (van een protocol) zijn nu veronderstellingen geworden die zij telkens weer toetst aan de realiteit. Kenmerkend voor deze fase is dat zij in staat is belangrijke signalen te selecteren en zich daarop te richten, dankzij de stilzwijgende expertise waarover ze beschikt (*tacit knowledge*). Zij zal ook steeds meer oog krijgen voor co-morbiditeit, waardoor zij sommige belangrijke regels voor COPD kan relativeren in het perspectief van de andere klachten en symptomen.
- Ervaringsniveau 4 is de gevorderdenfase: de praktijkverpleegkundige als echte deskundige in het verlenen van consulten aan patiënten met COPD. Op dit niveau lijken berekening en rationele

aanpak te verdwijnen. De onbewuste, soepele en moeiteloze manier van optreden wordt manifest en geen enkel plan is meer heilig (Quinn e.a. 1996). De praktijkverpleegkundige beheerst de situatie intuïtief. De verschillende soorten vaardigheden die de praktijkverpleegkundige heeft ontwikkeld, lijken zich als vanzelf met elkaar verbonden te hebben. Het meest kenmerkende van professionals die op dit niveau functioneren is dat zij in zeer uitlopende situaties kunnen functioneren, en heel effectief met tegenstrijdige eisen kunnen omgaan. De praktijkverpleegkundige heeft op dit niveau van functioneren geen behoefte meer aan domeindiscussies met bijvoorbeeld huisartsen, praktijkassistenten of gespecialiseerde longverpleegkundigen.

- Ervaringsniveau 5 is de expertfase: de praktijkverpleegkundige als expert op het gebied van COPD. Consulten zijn voor de expert bijna een tweede natuur geworden. De verpleegkundige met ervaringsniveau 5 is bovendien zeer goed in staat, op basis van de vaardigheden die zij heeft ontwikkeld, andere professionals te trainen in het begeleiden van patiënten met COPD. Daarnaast slaagt ze erin deze vaardigheden aan te passen en in te zetten voor andere groepen patiënten, waarbij zij de inhoudelijke kennis over bepaalde ziekten in korte tijd weet te integreren.

Competenties en context

In de literatuur over het verwerven en managen van competenties wordt de contextgevoeligheid van competenties benadrukt. Voor de *richtlijn zelfmanagement* is de huisartspraktijk (in zijn vele gedaanten) de context, met daarin specifiek het consult door de praktijkverpleegkundige (of een in competenties gelijkwaardige hulpverlener). Behalve de context moet ook het domein beschreven worden waarop de competenties betrekking hebben. De praktijkverpleegkundigen die zich in een huisartspraktijk met COPD bezighoudt, is vooral actief op het gebied van Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO). Het leeuwendeel van de zorg heeft betrekking op deze zogeheten domeinspecificatie (Pool e.a. 2001). Om goed te kunnen werken met de *richtlijn zelfmanagement* is minimaal het derde ervaringsniveau (competentiefase) vereist. Want alleen dan beschikt de praktijkverpleegkundige over voldoende kennis, ervaring en vaardigheden om een gesprek inhoudelijk en communicatief te sturen volgens de

richtlijn. Dat wil echter nog niet zeggen dat praktijkverpleegkundigen die op het derde ervaringsniveau functioneren, over alle in de richtlijn beschreven competenties beschikken.

Competenties om te werken volgens de richtlijn zelfmanagement

In de vorige paragrafen hebben we gezien dat competenties betrekking hebben op een context (consult in de huisartspraktijk) en domein (gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, GVO); het handelen van de praktijkverpleegkundige; en het criterium voor de (in)effectiviteit van dat handelen.
Voor de competentiebeschrijving van de hulpverlener die met de richtlijn zelfmanagement voor COPD-patiënten werkt, gaan we uit van de beschrijvingen binnen de HBO-V en de managersopleiding in het midden- en kleinbedrijf.

De competentiebeschrijving luidt als volgt:

Om het zelfmanagement te bevorderen van patiënten met COPD, begeleidt de praktijkverpleegkundige de patiënt op een professionele en cliëntgerichte wijze.

In een consult aan een COPD-patiënt gaat het erom dat de praktijkverpleegkundige:
- een respectvolle samenwerkingsrelatie creëert;
- een afweging maakt tussen professioneel perspectief (afgeleid van de objectieve ernst van COPD) en het perspectief van de patiënt (afgeleid van zijn beleving van COPD);
- de inhoud van een consult vaststelt;
- de veranderingsbereidheid vaststelt;
- de motivatie (passend bij de veranderingsbereidheid) versterkt;
- self-efficacy (en motivatie passend bij de veranderingsbereidheid) versterkt;
- psychosociale begeleiding biedt;
- met andere disciplines samenwerkt;
- vaststelt wanneer gedragsverandering prioriteit heeft, en wanneer verlichting van lijden.

Het doel van de begeleiding is dat patiënten met COPD een gezondere leefstijl kiezen op basis van een grotere mate van zelfmanagement, dan wel verlichting van lijden ervaren.

De praktijkverpleegkundige handelt ineffectief als zij:
- in de samenwerkingsrelatie te veel zelf de regie neemt;
- het professioneel perspectief laat prevaleren;
- slechts doet wat de patiënt vraagt;
- inconsistent verpleegkundig en medisch beleid voert.

Handelen volgens de richtlijn

We lichten hier de afzonderlijke aspecten van het handelen van de praktijkverpleegkundige kort toe.

Een samenwerkingsrelatie creëren

Om een goede samenwerkingsrelatie tot stand te brengen, moet de praktijkverpleegkundige:
- interesse tonen in de patiënt, zijn omgeving en zijn functioneren;
- alert zijn op verschil tussen het eigen perspectief en het perspectief van de patiënt;
- vertrouwen wekken door een professionele houding;
- de patiënt ruimte geven voor het uiten van angst, pijn en ongemak;
- ervaringsdeskundigheid van de patiënt gebruiken en de regie daar waar mogelijk bij de patiënt laten.

Een afweging maken tussen professioneel perspectief en perspectief van de patiënt

Voor een goede afweging tussen professioneel perspectief (afgeleid van de objectieve ernst van COPD) en het perspectief van de patiënt (afgeleid van zijn beleving van COPD), moet de praktijkverpleegkundige:
- verschillen herkennen en erkennen tussen professionele normen en normen van de patiënt;
- de objectieve ernst van COPD aan de hand van spirometrie in samenspraak en samenwerking met de (huis)arts vaststellen;
- de beleving van de patiënt vaststellen door middel van open vragen, reflectief luisteren en samenvatten.

De inhoud van een consult vaststellen

Om de inhoud van een consult op een goede manier te bepalen, moet de praktijkverpleegkundige:

- op basis van een afweging tussen professioneel perspectief en perspectief van de patiënt in samenspraak met de patiënt tot vaststelling van de thema's komen;
- eigen rol en doelen (en beschikbare tijdsduur) expliciet maken;
- de patiënt laten meebeslissen over de keuze van thema's;
- zich bewust zijn van de veranderingsbereidheid ten aanzien van thema's.

Veranderingsbereidheid vaststellen

Om de veranderingsbereidheid bij de patiënt te kunnen vaststellen, moet de praktijkverpleegkundige:

- het verschil herkennen en onderkennen tussen motivatie(tekort) en (tekort aan) self-efficacy;
- vragen kunnen formuleren die motivatie en self-efficacy expliciteren;
- voorbereid zijn op weerstand bij geringe veranderingsbereidheid;
- onverschilligheid en onwetendheid (h)erkennen als oorzaak van een gebrek aan motivatie;
- een (bewuste) afweging van voor- en nadelen (h)erkennen als oorzaak van een gebrek aan motivatie;
- verschillen kunnen herkennen tussen fasen van veranderingsbereidheid.

De motivatie versterken

Om de motivatie (passend bij de veranderingsbereidheid) bij de patiënt te kunnen versterken, moet de praktijkverpleegkundige:

- motiverende gespreksvoering als gespreksstijl kunnen toepassen ;
- motiverende gespreksvoering verschillend kunnen toepassen, afhankelijk van de veranderingsbereidheid;
- weerstand kunnen pareren.

Self-efficacy versterken

Om de self-efficacy (en motivatie passend bij de veranderingsbereidheid) bij de patiënt te kunnen versterken, moet de praktijkverpleegkundige:

- interventies kunnen toepassen die self-efficacy verhogen;
- self-efficacy-verhogende interventies verschillend kunnen toepassen afhankelijk van de veranderingsbereidheid;

Psychosociale begeleiding bieden

Om psychosociale begeleiding te kunnen bieden, moet de praktijkverpleegkundige:

- op basis van een gezamenlijke afweging de noodzaak van gedragsverandering ter discussie kunnen stellen;
- binnen het kader van psychosociale zorg oog houden voor (bevordering van) zelfmanagement;
- binnen het kader van gedragsverandering oog houden voor psychosociale zorg;
- professioneel perspectief met de normen die daarbij horen op de achtergrond kunnen houden.

Samenwerken met andere disciplines

Een goede samenwerking met andere disciplines wil zeggen dat de praktijkverpleegkundige:

- met betrokken anderen overlegt over te behalen resultaten;
- de huisarts of behandelend arts raadpleegt bij twijfel of bij complicaties;
- mondeling en schriftelijk communiceert met betrokken anderen over eigen bevindingen;
- actief zoekt naar aanvullende informatie ter uitbreiding van eigen kennis.

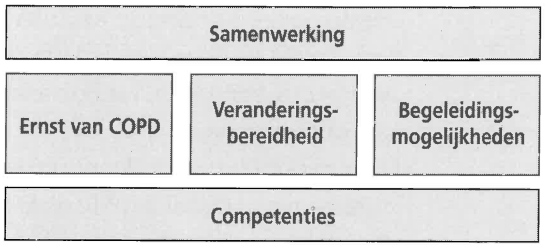
Samenvatting

Een indeling in competenties is een hulpmiddel om vast te stellen aan welke eisen de zorg voor COPD-patiënten volgens de *richtlijn zelfmanagement bij patiënten met COPD* moet voldoen. Het is daarbij in de eerste plaats van belang of de zorgverlener over de vereiste competenties beschikt; de functie komt op de tweede plaats. Het gaat erom dat de zorgverlener de vaardigheden heeft die nodig zijn. Voor de ontwikkeling van scholing en trainingsprogramma's zijn de beschreven competenties het uitgangspunt.

We onderscheiden vijf niveaus in expertiseverwerving. Een begin-

nende praktijkverpleegkundige zal een aantal competenties nog niet in huis hebben. Het derde ervaringsniveau sluit het beste aan bij de richtlijn COPD; dit niveau is minimaal vereist en fungeert als ijkpunt voor het formuleren van de competenties.

8 DE RICHTLIJN ZELFMANAGEMENT IN VOGELVLUCHT



In dit hoofdstuk laten we de kernbegrippen van de *richtlijn zelfmanagement* een voor een de revue passeren. We vatten doel en essentie kort samen en per kernbegrip laten we ook de mogelijke afwegingen van de praktijkverpleegkundige zien. Vervolgens zetten we de belangrijkste aandachtspunten voor toepassing van de richtlijn in de praktijk op een rij. We besluiten dit hoofdstuk met aanbevelingen voor verdere toetsing en implementatie van de *richtlijn zelfmanagement van patiënten met COPD*.

Doel van de richtlijn

Het doel van de richtlijn is: zelfmanagement bevorderen met het oog op gezonder gedrag. Vijf parameters, of gedragsthema's, lopen als een rode draad door de richtlijn heen. De parameters zijn afgeleid van de NHG-standaard COPD (Geijer e.a. 1997b). Ze vormen het aangrijpingspunt voor zelfmanagementbevordering:

- stoppen met roken;
- de conditie verbeteren;
- een goede voedingstoestand handhaven;
- klachten verminderen en exacerbaties voorkomen;
- goed medicijngebruik, een juiste inhalatietechniek en therapietrouw.

Essentie van de vijf kernbegrippen

Voor elk kernbegrip staan de uitgangspunten en de afwegingen onder elkaar. De afwegingen van de praktijkverpleegkundige tonen het

besluitvormingsproces waarvoor de *richtlijn zelfmanagement* een hulpmiddel is.

Uitgangspunten voor de samenwerking

- De samenwerking tussen patiënt en praktijkverpleegkundige dient zodanig te zijn dat de praktijkverpleegkundige de patiënt laat meebeslissen over de te behandelen thema's in een consult.
- De samenwerking krijgt gestalte door de uitwisseling van perspectieven en een gedeelde besluitvorming. Samenwerken is nagaan wat beide partijen van belang vinden en, naarmate die belangen sterker uiteenlopen, onderhandelen over de te behandelen gespreksthema's.
- Een praktijkverpleegkundige die te veel zelf wil bepalen wat er tijdens een consult aan de orde komt, kan rekenen op weerstand. Bepaalde gedragsthema's, bijvoorbeeld rookgedrag, kunnen ook gemakkelijk weerstand oproepen bij de patiënt.

Afwegingen

Vanuit haar deskundigheid weet de praktijkverpleegkundige dat het ene thema meer weerstand oproept dan het andere én dat het ene thema in een bepaalde fase van de ziekte belangrijker is dan het andere. Dit professionele perspectief wijkt meestal af van het perspectief van de patiënt als het gaat om behandeling en aanpak van gedrag. Het is aan de praktijkverpleegkundige om in samenspraak met de patiënt overeenstemming te bereiken over de vraag wat er tijdens een consult aan de orde zal komen. Hierbij gaat ze zorgvuldig te werk.

Uitgangspunten voor de ernst van COPD

- De ernst van COPD wordt objectief bepaald door de uitslag van longfunctieonderzoek en wordt ingedeeld in mild, matig en ernstig.
- In de vroege stadia van COPD ondervinden patiënten nog weinig hinder van de ziekte omdat ze zich aan hun klachten aanpassen. Zij zijn zich daarom weinig bewust van de (objectieve) ernst van de situatie, en mede daardoor zijn ze ook niet altijd als COPD-patiënt bekend bij de huisarts.
- De fysieke beperkingen nemen toe naarmate de longfunctie slechter wordt.

- In de laatste fase van COPD raakt het dagelijks leven ontregeld en heeft psychosociale problematiek de overhand.

Afwegingen

De praktijkverpleegkundige moet weten dat zij de ernst van COPD vaak anders inschat dan de patiënt. De objectieve ernst is voor de praktijkverpleegkundige belangrijk bij de keuze van gespreksthema's. Bij mild en matig COPD moet gedragsverandering veel aandacht krijgen. Bij ernstig COPD richt de praktijkverpleegkundige zich meer op verlichting van klachten en lijden dan op gedragsverandering.

Uitgangspunten voor de veranderingsbereidheid

- Veranderingsbereidheid is een sleutelbegrip als het gaat om bevordering van zelfmanagement.
- Motivatie en self-efficacy zijn twee variabelen die samen de veranderingsbereidheid bepalen. Motivatie heeft alles te maken met het *waarom* van gedrag, self-efficacy met het *hoe*.
- Veranderingsbereidheid wordt uitgedrukt in de vijf fasen van het *stages of change*-model. Elke fase kenmerkt zich door een bepaalde mate van motivatie en self-efficacy. In de eerste fasen schort het met name aan motivatie; in de latere fasen aan self-efficacy. In de laatste fase gaat het niet zozeer om motivatie of self-efficacy maar om behoud van nieuwverworven gedrag.
- De begeleiding van patiënten met COPD moet op de fasen van veranderingsbereidheid worden afgestemd. Om dat te kunnen bereiken dienen motivatie en self-efficacy goed te worden ingeschat, eventueel door de patiënt er expliciet naar te vragen.
- Het *stages of change*-model is minder geschikt in situaties waarin gedragsverandering een lage prioriteit heeft.

Afwegingen

De praktijkverpleegkundigen dient met enige regelmaat de veranderingsbereidheid vast te stellen om adequaat begeleiding te kunnen bieden. Ze kan dat doen door de patiënt er expliciet naar te vragen en door goed te luisteren naar impliciete uitlatingen van de patiënt. Als de praktijkverpleegkundige een zeer geringe motivatie en/of self-efficacy vaststelt, kan zij overwegen het betreffende (gedrags)thema niet te behandelen.

Uitgangspunten voor de begeleidingsmogelijkheden

- Begeleidingsmogelijkheden richten zich op vergroting van motivatie en/of self-efficacy en vloeien voort uit de veranderingsbereidheid.
- De gespreksstijl motiverende gespreksvoering is een relatief onbekende, maar belangrijke optie voor begeleiding van patiënten met COPD door de hulpverlener. Motiverende gespreksvoering kan worden ingezet bij een geringe veranderingsbereidheid.
- Voor de toepassing van motiverende gespreksvoering is training vereist.
- Motiverende gespreksvoering wordt toegepast om de motivatie te versterken. Voor versterking van self-efficacy beschikt de hulpverlener over andere interventiemogelijkheden.
- Als hulpverleners te weinig rekening houden met de veranderingsbereidheid en wensen van patiënten, kunnen zij geconfronteerd worden met weerstand.
- Er zijn drie methoden om weerstand te verminderen: de eigen keuze en autonomie benadrukken; motivatie en self-efficacy opnieuw vaststellen; en naast de patiënt gaan staan, dat wil zeggen dat de hulpverlener aansluit bij het referentiekader en de gevoelens van de patiënt.
- Als gedragsverandering geen prioriteit meer heeft, richt de begeleiding zich op verlichting van lijden. De uitgangspunten van psychosociale zorg komen dan nadrukkelijker op de voorgrond te staan.

Afwegingen

De begeleidingsmogelijkheid vloeit rechtstreeks voort uit de veranderingsbereidheid. Bij een geringe veranderingsbereidheid probeert de praktijkverpleegkundige de motivatie te verhogen door middel van motiverende gespreksvoering. Bij een grotere veranderingsbereidheid verschuift de nadruk naar vergroting van self-efficacy. Afhankelijk van de ernst van COPD maakt de praktijkverpleegkundige, in samenspraak met de patiënt, een afweging of gedragsverandering prioriteit krijgt boven het verlichten van lijden.

Uitgangspunten voor de competenties

- Een indeling in competenties biedt aangrijpingspunten om vast te

stellen waar de zorg volgens de *richtlijn zelfmanagement van patiënten met COPD* aan moet voldoen.

- De kwalificaties van het individu zijn doorslaggevend als het gaat om de vraag wie COPD-patiënten mag begeleiden. Vaardigheden zijn in dit verband belangrijker dan de formele professionele status. De vraag is altijd of de zorgverlener over de vereiste competenties beschikt; de functie komt op de tweede plaats.
- Voor de ontwikkeling van scholing en trainingsprogramma's zijn de beschreven competenties het uitgangspunt.
- Competenties dienen benaderd te worden tegen de achtergrond van vijf ervaringsniveau's, oplopend van beginner tot expert. Een beginnende praktijkverpleegkundige zal aan veel competenties nog niet kunnen voldoen.
- Het derde ervaringsniveau sluit het beste aan bij de richtlijn COPD; dit niveau is minimaal vereist en fungeert als ijkpunt voor het formuleren van de competenties.

Afwegingen

Motiverende gespreksvoering is een techniek die training vraagt. Een aantal vaardigheden zoals open vragen stellen en reflectief luisteren horen tot de basisuitrusting van verpleegkundigen en kunnen ook zonder training worden toegepast. Voor andere competenties is wel aanvullende training nodig.

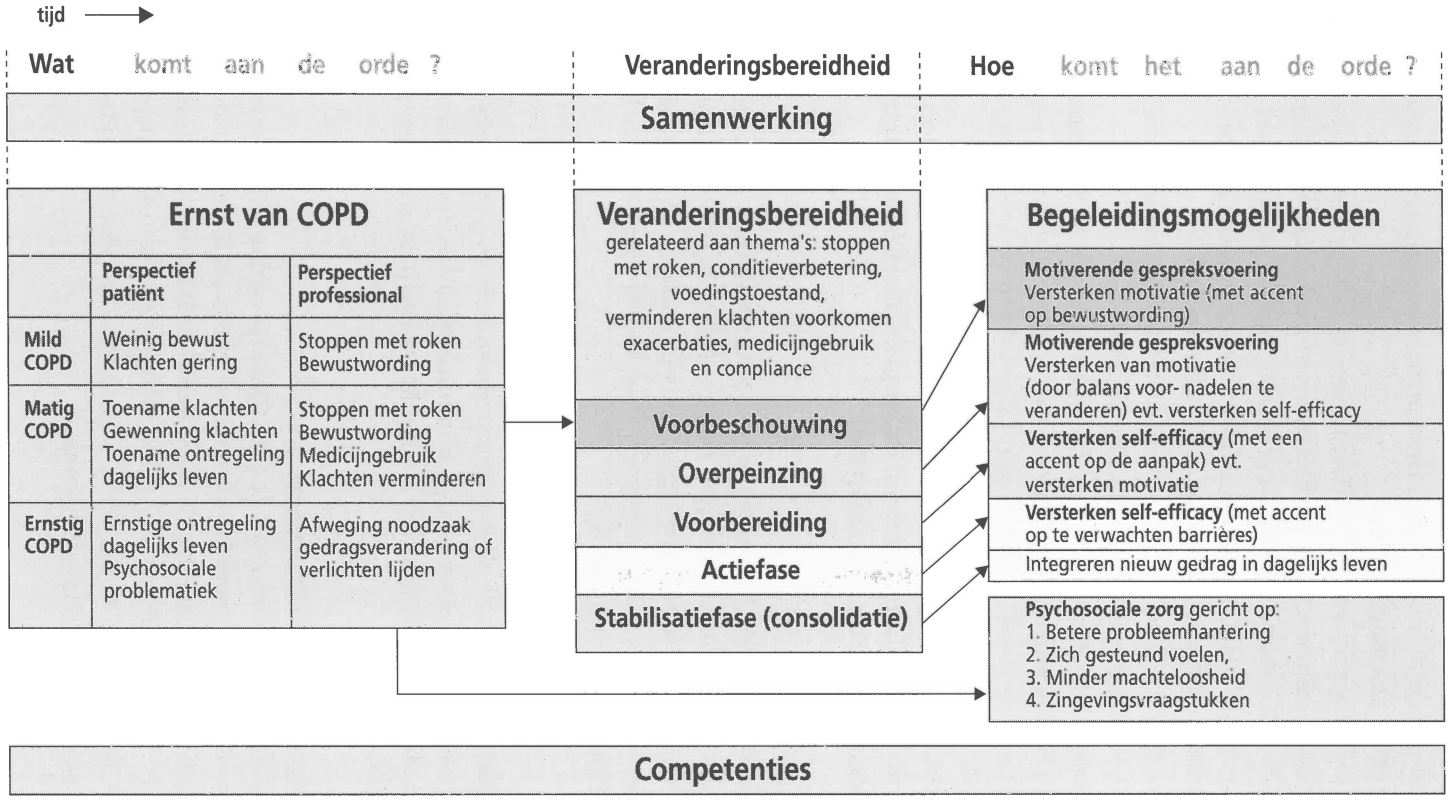
Uitgangspunten van de kernbegrippen in hun onderlinge verband

In figuur 8 zijn de kernbegrippen in hun onderlinge verband weergegeven. In dit overzicht vatten we per kernbegrip de uitgangspunten nog eens samen.

De uitgangspunten samengevat

- Het is de competentie van de praktijkverpleegkundige om zó samen te werken dat het verschil in perspectief tussen patiënt en verpleegkundige ten aanzien van de ernst van COPD boven tafel komt. Op basis daarvan komt de praktijkverpleegkundige in samenspraak met de patiënt tot een gedeeld besluit over datgene wat tijdens een consult aan de orde moet komen.

Figuur 8: Richtlijn zelfmanagement van patiënten met COPD in de huisartspraktijk



- Veranderingsbereidheid is een sleutelbegrip als het gaat om bevordering van zelfmanagement.
- De hulpverlener probeert de veranderingsbereidheid bij de patiënt te vergroten, met het oog op gezonder gedrag. De beïnvloeding van veranderingsbereidheid heeft gezonder gedrag tot doel, vertaald in vijf gedragsthema's.
- De fasen van veranderingsbereidheid zijn gekoppeld aan specifieke begeleidingsmogelijkheden, gericht op de variabelen motivatie en self-efficacy.
- Motiverende gespreksvoering is een relatief onbekende, maar belangrijke optie voor begeleiding door de praktijkverpleegkundige, passend bij een geringe veranderingsbereidheid.
- In het eindstadium van COPD verschuift het accent van gedragsverandering naar verlichting van lijden. De hulpverlener biedt in dat geval psychosociale hulp.

De richtlijn zelfmanagement in de praktijk

Bij de toepassing van de *richtlijn zelfmanagement* onderscheiden we allereerst drie fasen in het consult. Ze zijn in figuur 8 terug te vinden op de horizontale as.
In bijlage 3 lichten we het gebruik van de richtlijn aan de hand van een casus toe.

Fasen in het consult

In het consult van de praktijkverpleegkundige onderscheiden we drie fasen:
- De fase waarin de inhoud van een consult wordt bepaald, aan de hand van de vijf gedragsthema's (*wat* komt aan de orde?).
- De fase waarin de veranderingsbereidheid met betrekking tot het thema wordt vastgesteld (welk van de fasen uit het *stages of change*-model).
- De fase waarin wordt bepaald hoe het gedragsthema vervolgens worden behandeld (*hoe* komt het aan de orde?).

Niet alle stappen zullen steeds op dezelfde wijze en even uitvoerig doorlopen worden. Praktijkverpleegkundige en patiënt hebben vaak niet veel tijd nodig om tot overeenstemming te komen over de gespreksthema's, zodat de begeleiding snel van start kan gaan. Toch

doet de praktijkverpleegkundige er goed aan tijdens elk consult stil te staan bij de vraag wat er aan de orde moet komen en na te gaan hoe het met de veranderingsbereidheid staat. De veranderingsbereidheid is immers altijd het uitgangspunt voor de begeleidingsstrategie.

Uitwisseling van perspectieven

In veel gevallen heeft de praktijkverpleegkundige aan het begin van het consult een beeld van datgene wat zij aan de orde wil stellen. Naarmate de verpleegkundige de patiënt beter kent, zal dat beeld duidelijker zijn. De patiënt kennen wil zeggen: op de hoogte zijn van zijn perspectief op COPD. Welke thema's de praktijkverpleegkundige zal aansnijden, hangt ook af van de afspraken die in een voorafgaand consult zijn gemaakt.
Als patiënt en praktijkverpleegkundige elkaar nog niet kennen zal de uitwisseling van de perspectieven een belangrijke plaats innemen. Het is duidelijk dat in die situatie onderzocht moet worden wat in het vervolg aan de orde zal komen.

Veranderingsbereidheid en begeleidingsmogelijkheden

Nadat is vastgesteld wat er in het consult aan de orde komt, besteedt de praktijkverpleegkundige aandacht aan de veranderingsbereidheid met betrekking tot dat thema. Soms kan zij uit de houding of de antwoorden van de patiënt afleiden hoe het met de veranderingsbereidheid staat. Zij kan er echter ook naar vragen:

Hoe belangrijk is het voor u om af te vallen?
Denkt u dat het u gaat lukken om af te vallen?

Of nog explicieter:

Als ik u zou vragen een cijfer te geven aan het belang van afvallen, waarbij 0 staat voor totaal onbelangrijk en 10 voor zeer belangrijk, welk cijfer zou dat dan zijn?

Begeleidingsmogelijkheden komen voort uit de veranderingsbereidheid. Als de patiënt bepaald gedrag onbelangrijk vindt, versterkt de praktijkverpleegkundige de motivatie door middel van motiverende gespreksvoering. Dit vereist wel de minimale bereidheid bij de

patiënt om het betreffende thema te bespreken. Als de self-efficacy laag is, staat versterking daarvan centraal.
Als gedragsverandering in het licht van de ernst van COPD geen prioriteit meer heeft, verschuift het accent naar psychosociale begeleiding.

Aanbevelingen

- Zelfmanagement is niet alleen van belang voor patiënten met COPD, maar ook voor de begeleiding van patiënten met een andere chronische ziekte. Onderdelen van de *richtlijn zelfmanagement van patiënten met COPD* zijn dan ook van toepassing op chronisch zieken in het algemeen. We denken dan vooral aan de vaststelling van de mate van veranderingsbereidheid en aan motiverende gespreksvoering als een van de begeleidingsmogelijkheden.
- Het verdient aanbeveling om de richtlijn te toetsen in de praktijk. Mede gezien de behoefte aan goed opgeleide praktijkondersteuners, is het een aantrekkelijke optie om de ontwikkeling en implementatie van een opleidingsmodule op hbo-niveau te combineren met implementatie van de richtlijn in de praktijk.
- Op het terrein van COPD én van praktijkondersteuning worden meerdere initiatieven ontwikkeld. Zo ontwikkelt de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) de *Handleiding praktijkondersteuning voor patiënten met COPD*. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO) is bezig met een transmurale richtlijn COPD. Het is voor het werkveld van belang om de verschillende initiatieven op elkaar af te stemmen.

LITERATUUR

Ajzen, I. en M. Fishbein
Understanding and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980

Astmafonds *Programma Zorg en Preventie,* ongepubliceerd rapport. Leusden: 2000

Baker, A. en J. Dixon
Motivational interviewing for HIV risk reduction. Miller, W.R. en S. Rollnick (eds.), *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guildford Press, p. 293-302, 1991

Bandura, A.
Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986

Benner, P.
From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice. California: Addison-Wesley Publishing Company Nursing Division, 1982

Berg-Smith, S.M., V.J. Stevens e.a.
A brief motivational intervention tot improve dietary adherence in adolescents. The Dietary Intervention Study in Children (DISC). Research Group. *Health Education Research,* jrg.14, nr. 3, p. 399-410, 1999

Bien, Th.H., W.R. Miller en J.S. Tonigan
Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction,* jrg. 88, nr. 3, p. 315-335, 1993

Boom, G. van den
Early detection and medical treatment of asthma and COPD in general practice. Proefschrift. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 2000 .

Colby, S.M., P.M. Monti e.a.
Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: A preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* jrg. 66, nr. 3, p. 574-578, 1998

Colland, V., K. Schreurs e.a.
Het bevorderen van self-management door proactieve coping. Een kortdurende interventie voor patiënten met chronische aandoeningen. *Gedrag & Gezondheid,* jrg. 29, nr. 3, p. 188-196, 2001

Cox, N.J.M., J. Hendriks e.a.
Gunstige effecten van revalidatie bij patiënten met CARA. *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde,* jrg.135, nr. 22, p. 987-991, 1991

Daley, D.C., I.M. Salloum e.a.
Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: results of a pilot study. *American Journal of Psychiatry,* jrg. 155, nr. 11, p. 1611-1613, 1998

Deenen, T.A.M.
Patient Health-Education and Self-Management, a medical-psychological intervention study on severe asthma and copd in a high altitude clinic. Proefschrift. Groningen: RUG, 1996

DiClemente, C.C.
Motivational interviewing and the stages of change. Miller, W.R. en S. Rollnick (eds.), *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior.* New York: Guildford Press, p. 191-202, 1991

Dreyfus, S.E. en H.L. Dreyfus
A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. Unpublished report supported by the Air Force Office of scientific research (AFSC), USAF (Contract F 49620-79-C-0063), University of California at Berkeley, 1980

Elwyn, G., A. Edwards en P. Kinnersley
Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *British Journal of General Practice,* jrg. 49, nr. 443, p. 477-482, 1999

Geijer, R.M.M., C.P. van Schayck e.a.
NHG-standaard COPD: Diagnostiek. *Huisarts en Wetenschap,* jrg. 40, nr. 9, p. 416-429, 1997a

Geijer, R.M.M., C.P. van Schayck e.a.
NHG-standaard COPD: Behandeling. *Huisarts en Wetenschap,* jrg. 40, nr. 9, p. 430-442, 1997b

Grol, R. en M. Wensing
Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg.
Maarsen: Elsevier gezondheidszorg, 2002

Grypdonck, M.
Het leven boven de ziekte uittillen. De opdracht van de Verpleegkunde en Verplegingswetenschap voor chronisch zieken. Inaugurele rede Utrecht, 4 juni 1996

HBO-Raad *Hoofdlijnen evaluatieplan proefaccreditering.* Den Haag: HBO-Raad, 1999

Heather, N.
Treatment approaches to alcohol problems. WHO Regional Publications European Series No. 65, 1993

Heijmans, M., M. Rijken en J. Dekker
Mensen met astma en COPD in Nederland. Een overzicht van de kwaliteit van leven, het zorggebruik en de maatschappelijke positie. Utrecht: NIVEL, 2000

Kaptein, A.A.
Cara en gezondheidspsychologie, een overzicht op uitnodiging.
Gedrag en Gezondheid, jrg. 25, nr. 2, p. 1-16, 1997

Kemp, R. en G. Kirov e.a.
Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow up. *British Journal of Psychiatry,* jrg. 36, nr. 144, p.172-179, 1998

KITTZ, Kwaliteits Instituut voor Toegepaste Thuiszorgvernieuwing
Transmuraal Zorgprogramma COPD. Groningen,1998

Kruijff, A.F. en I.F. Adema
Lucht via lijnen: een verkenning van disease management bij COPD en astma. Zoetermeer: Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 2000

Kruijf-Jenster, M.J.E. de, A. Pool e.a.
Triozorg onderzocht. Over samenwerking tussen huisarts, hun assistenten en praktijkverpleegkundigen. Utrecht: NIZW, 1998

Leventhal, H., D.R. Nerenz en D.J. Steele,
Illness representations and coping with health threats, Baum, A. en J. Singer (eds.), *A handbook of psychology and health.* Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates, p. 219-251, 1984

Lintel Hekkert, M.P. te
De invloed van psychosociale factoren op self-efficacy bij patiënten met niet insuline-afhankelijke diabetes mellitus. Doctoraalscriptie Verplegingswetenschap. Utrecht, 2000

Manen, J. van
Health-related quality of life and co-morbidity in COPD patients in general practice. Proefschrift, Amsterdam, 2001

Mann, R.E. en S. Rollnick
Motivational interviewing with a sex offender who believed he was innocent. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* jrg. 24, nr 2, p. 127-134, 1996

Miller, W. en S. Rollnick (eds.)
Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press, 1991

Miller, W.R., J.M. Brown e.a.
What works? Methodological analysis of the alcoholism treatment outcome literature. Hester, R.K. en W.R. Miller (eds.) *Handbook of alcoholism treatment approaches.* New York: Pergamon, p. 12-45, 1995

Mout, P., J. ten Boer en S.Gunst
NHG-Praktijkhandleiding Astma/COPD, Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2002

Noonan, W.C. en T.B. Moyers
Motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse,* jrg. 10, nr. 2, p. 8-16, 1997

Palen, J. van der, en J.J. Klein
Self-management of asthma by adults: development and evaluation of a program with an emphasis on self-management of exacerbations. Proefschrift. Enschede: Planeta Drukkerij, 1998

Platform Onderwijsontwikkeling
Competenties Centraal, over competenties, wat we ermee moeten, wat we ermee kunnen. Utrecht: ROC-Utrecht, 2002

Pool, A. en J. Egtberts
De steen de berg op rollen. Theorie en praktijk van verpleegkundige psychosociale zorg aan chronisch zieken. Utrecht: NIZW, 2002

Pool, A., C. Pool-Tromp e.a.
Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. Utrecht: NIZW, 2001

Prochaska, J.O. en C.C. DiClemente
Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* jrg. 51, nr. 3, p. 390-395, 1983

Prochaska, J.O., C.C. DiClemente en J.C. Norcross
In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist,* jrg. 47, nr. 9, p. 1102-1114, 1992

Quinn, R.E., S.R. Faerman e.a.
Becoming a master manager: a competency framework. New York: John Wiley en Sons Inc.,1996

Rollnick, S., P. Mason en C. Buttler
Health Behavior Change, a guide for practioners. Edinburgh: Churchill Livingston, 1999

Rutten van Mölken, M.P., M.J. Postma e.a.
Current and future medical costs of asthma and chronic obstructive pulmonary disease in the Netherlands. *Journal of Respiratory Medicine*, jrg. 11, nr. 93, p. 779-787, 1999

Saunders, B.C., C. Wilkinson en S. Allsop
Motivational interviewing with heroin users attending a methadonic clinic. Miller, W.R. en S. Rollnick. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior.* New York: Guildford Press, p. 279-292, 1991

Schippers, G.M., L.C. Brokken en J. Otten
Doorlichting Voorlichting Alcoholgebruik. Handleiding. Nijmegen: Bureau Beta, 1994

Schippers, G.M. en J. de Jonge
Motiverende gespreksvoering. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jrg. 3, nr. 57, p. 250-265, 2002

Schoot, T.A.W. van der
Kwaliteit van leven van CARA-patiënten in het Nederlands Astmacentrum Davos: beloop en determinanten. Maastricht: Universitaire Pers, 1996

Singer, J.E.
Methodology in behavior and psychosocial cancer research. Some issues in the study of coping. *Cancer*, jrg. 53, nr. 10, p. 2303-2315, 1984

Slagter, M.C.
Zelf-management. Een kwalitatief onderzoek naar de beleving van zelf-management bij COPD patiënten. Doctoraalscriptie Verplegingswetenschap. Groningen, 1998

Smith, D.E., C.M. Heckemeyer e.a.
Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weightcontrol program for elder obese women with NIDDM: A pilot study. *Diabetes Care,* jrg. 20, nr. 1, p. 52-54, 1997

Stephens, R.S., R.A. Roffmann en L. Curtin
Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* jrg. 68, nr. 5, p. 898-908, 2000

Stevenson, F.A., C.A. Barry e.a.
Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decicion making. *Social Science and Medicine,* jrg. 5, nr. 50, p. 829-840, 2000

Stott, N.C., M. Rees e.a.
Professional responses to innovation in clinical method: diabetes care and negotiation skills. *Patient Education and Counseling,* jrg. 29, nr. 1, p. 67-73, 1996

Terra B., E. van Mechelen en M. van der Burgt
Doen wat kan. Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000

Walitzer, K.S., K.H. Dermen en G.J. Connors
Strategies for preparing clients for treatment. A review. *Behavior modification* jrg. 23, nr. 1, p. 129-151, 1999

Watson, M., S. Greer e.a.
Reaction to a diagnosis of breast cancer. *Cancer,* jrg. 53, nr. 9, p. 2008-2012, 1984

Watson, P.B., G.I. Town e.a.
Evaluation of a self-management plan for chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Journal,* jrg. 10, nr. 6, p. 1267-1271, 1997

Weelderen, G.J. van, C.J. IJzermans en J.N.M. Schumacher
Praktijkverpleegkundige zorg voor patiënten met COPD. Triozorg in de praktijk. Utrecht: NIZW, 2002

Woollard, J., T. Beilin e.a.
A controlled trial of nurse counselling on lifestyle change for hypertensives treated in general practice: preliminary results. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, jrg. 22, nr. 6-7, p. 466-468, 1995

Zimmerman, B.W., S.T. Brown en J.M. Bowman
Chronic obstructive pulmonary disease: relationship to dyspnea and self-efficacy. *Rehabiliation Nursing,* jrg. 21, nr. 5, p. 253-257, 1996

BIJLAGE 1

Motiverende gespreksvoering

Pv: *De vorige keer dat u bij mij was hebben we het gehad over COPD. Mijn vraag aan u is of u daar nog meer over wilt weten.* (peilen van de behoefte aan informatie)

P: *Nee, het was allemaal wel duidelijk.*

Pv: *Goed. Vandaag kunnen we het hebben over medicijngebruik, over afvallen, over roken of over iets anders wat u belangrijk vindt.*

P: *Ik zou het niet precies weten hoor.*

Pv: *Het lijkt me dat het in uw situatie zinvol is om het onderwerp afvallen aan de orde te stellen. De vorige keer hebben we het daar even over gehad. Mijn vraag aan u is hoe u daar momenteel tegenaan kijkt.*

P: *Oh, ik heb al zo vaak geprobeerd af te vallen. Het zit bij mij in de familie. Wij zijn allemaal te dik.*

Pv: *Kunt u eens vertellen hoe een gewone dag in uw leven eruitziet met daarin de momenten waarop u aan eten denkt?*

De praktijkverpleegkundige peilt op deze manier waar de specifieke behoeften liggen. Als de patiënt zijn verhaal heeft verteld kan de praktijkverpleegkundige informatie geven:

Pv: *Het verhaal wat u vertelt hoor ik heel vaak. Veel mensen denken bijna de hele dag door aan eten. Daar komt nog eens bij dat…* (informatie aanreiken)

Nu de praktijkverpleegkundige informatie gegeven heeft, wordt de patiënt uitgenodigd om de betekenis ervan voor zijn eigen situatie weer te geven:

Pv: *Als ik u dit zo vertel, wat denkt u dan?* (integratie van informatie)

P: *Ik heb me nooit gerealiseerd dat afvallen in mijn situatie kan helpen mijn klachten te verminderen.*

BIJLAGE 2

Self-efficacy versterken

P: *Ik heb gehoord dat er een nieuw hulpmiddel is om te stoppen met roken, kunt u me daar iets over vertellen?*

Pv: *Ja dat klopt, ik kan u daar wel iets over vertellen. Maar wat hebt u precies gehoord?*

P: *Nou, ik heb een kennis en die is nu al drie maanden van het roken af en het hielp hem prima zei hij.*

Pv: *En toen dacht u: dat zou ik ook wel willen?*

P: *Ja, inderdaad, ik loop er al veel langer mee rond en toen ik dat hoorde dacht ik, daar wil ik meer over weten.*

Pv: *Maar betekent dat, dat u erover denkt om op korte termijn te stoppen met roken?*

P: *Ja, met dat nieuwe medicijn wil ik het wel eens proberen.*

De praktijkverpleegkundige kan nu tot de conclusie komen dat zij de veranderingsbereidheid voldoende in kaart heeft gebracht. Ze zal vervolgens een voorstel doen voor het verloop van het consult, want het is belangrijk dat er overeenstemming is over de inhoud ervan.

Pv: *Oké, mijn voorstel zou dan zijn dat ik eerst over dit nieuwe hulpmiddel vertel, daarna is er nog genoeg tijd over om te bepalen of u echt wilt*

stoppen met roken en kunnen we eventueel bezien hoe u dat kunt aanpakken.

De begeleiding zal in deze situatie bestaan uit voorlichting met een accent op de praktische aanpak van stoppen met roken (*hoe* te stoppen met roken). Dit zal de self-efficacy van de patiënt versterken.

BIJLAGE 3

Toepassing van de richtlijn zelfmanagement van patiënten met COPD; een casus

In deze casus gaat het om een patiënt met mild COPD. De praktijkverpleegkundige kent hem redelijk goed en eerder is al gebleken dat hij zijn inhalatiemedicatie niet goed gebruikt.
De patiënt rookt en heeft weinig klachten. De praktijkverpleegkundige vermoedt dat hij de ernst van COPD onderschat.
De casus is opgebouwd aan de hand van de vijf kernbegrippen van de *richtlijn zelfmanagement.*

Samenwerking
De vraag is hier: hoeveel inbreng geeft de praktijkverpleegkundige de patiënt bij het bepalen van de inhoud van het consult?

De praktijkverpleegkundige kan zonder omwegen ter zake komen, bijvoorbeeld op deze manier:

We hadden afgesproken het te gaan hebben over uw medicijngebruik en daar wil ik het de komende vijftien minuten (graag) over hebben.

Het kan ook minder direct:

We hadden afgesproken het te gaan hebben over uw medicijngebruik, vindt u het goed als we dat onderwerp gaan behandelen?

Nog minder direct:

We hadden afgesproken het te gaan hebben over het medicijngebruik, maar daar kunnen we best van afwijken. Mij gaat het er vooral om dat we een onderwerp behandelen dat u belangrijk vindt. Misschien zijn er onderwerpen die u belangrijker vindt of kunt u eerst eens vertellen hoe het met u is?

Elke optie heeft consequenties. In de eerste situatie geeft de praktijkverpleegkundige de patiënt geen ruimte. Mogelijk gaat de patiënt wel akkoord (omdat het immers was afgesproken) maar er bestaat een risico dat hij zich niet gehoord voelt en reageert met passief gedrag of met weerstand. Hij stelt zich wellicht het verdere consult afwachtend en zwijgzaam op. De instemming zegt in dit geval weinig over de veranderingsbereidheid.
De tweede optie geeft de patiënt meer ruimte. Maar ook in deze situatie kan het zo zijn dat de patiënt met een dringender onderwerp zit dat onopgemerkt blijft omdat hij zich onvoldoende uitgenodigd voelt dit thema naar voren te brengen.
In het derde gespreksfragment wordt echt een appèl gedaan op de patiënt om te vertellen wat hem op dat moment bezighoudt. De praktijkverpleegkundige uit dit voorbeeld is uit op een goede samenwerking en probeert zo veel mogelijk voorwaarden daarvoor te creëren. Ze komt ook meer te weten over de veranderingsbereidheid dan de verpleegkundige uit de eerste twee voorbeelden. Het is duidelijk dat de keuze voor een van de opties consequenties heeft voor weerstand en zelfmanagement.

Ernst COPD

De ernst van COPD is belangrijk bij de vaststelling van het onderwerp dat prioriteit moet krijgen. De patiënt heeft mild COPD en heeft daar nog weinig hinder van. Vanuit professioneel perspectief is stoppen met roken een belangrijk onderwerp. Ook nu weegt de praktijkverpleegkundige af of zij het onderwerp inbrengt. Als ze daartoe besluit, zou ze dat op deze manier kunnen doen:

We spraken de vorige keer af het over uw medicijngebruik te hebben. Als we daarmee klaar zijn, zou ik graag nog wat tijd uittrekken om van u te horen hoe het met het roken is, hoe u daar tegenaan kijkt en of ik daar misschien nog iets in kan betekenen.

De ernst van COPD bepaalt de prioriteit van het onderwerp stoppen met roken: het is een onderwerp dat van tijd tot tijd aan de orde komt. Ook de manier waarop de patiënt zijn situatie beleeft (patiëntperspectief) kan sturend zijn voor de prioriteiten van de praktijkverpleegkundige. Als blijkt dat de patiënt zich nauwelijks bewust is van het feit dat hij COPD heeft, zal de praktijkverpleegkundige ook hiermee aan de slag willen, door bijvoorbeeld te zeggen:

We spraken de vorige keer af het over uw medicijngebruik te hebben. Als we daarmee klaar zijn, zou ik graag nog wat tijd uittrekken om u het één en ander te vertellen over COPD. Wat zou u daarvan vinden?

De ernst van COPD bepaalt het prioriteitenlijstje van de praktijkverpleegkundige. In de samenwerking komt het aan op tact en gevoeligheid: de onderwerpen worden behoedzaam naar voren gebracht om de kans dat de patiënt met weerstand reageert zo klein mogelijk te maken. De praktijkverpleegkundige staat voor de uitdaging de patiënt nieuwsgierig te maken zodat hij in elk geval bereid is het onderwerp te bespreken.

Veranderingsbereidheid

Als de praktijkverpleegkundige een voorstel heeft gedaan voor de inhoud van het consult, komt het erop aan dat ze goed luistert naar de patiënt. Ze kan dan de veranderingsbereidheid inschatten. Nonverbale signalen bevatten vaak ook waardevolle informatie in dit verband. Soms kan (impliciet) van de uitspraken van de patiënt worden afgeleid hoe het met de veranderingsbereidheid is.
Aan de hand van de vraag over het medicijngebruik laten we drie mogelijke reacties zien van de patiënt.

Pv: *We spraken de vorige keer af het over uw medicijngebruik te hebben. Als we daarmee klaar zijn, zou ik graag nog wat tijd uittrekken om van u te horen hoe het met het roken is, hoe u daar tegenaan kijkt en of ik daar misschien nog iets in kan betekenen.*

P: *Oké, dat lijkt me een prima voorstel, want het blijft me bezighouden.*

In deze situatie is er meer veranderingsbereidheid dan bij het volgende antwoord:

P: *Nou stoppen met roken zie ik toch niet zitten.*

of:

P: *Over het roken hoef je niet te beginnen.*

De patiënt in het laatste voorbeeld reageert met weerstand. Het is duidelijk dat de veranderingsbereidheid hier zeer gering is. De praktijkverpleegkundige doet er waarschijnlijk verstandig aan haar plannen te wijzigen.
De veranderingsbereidheid kan ook veel explicieter worden vastgesteld door de vragen uit het kader op pagina 49 te stellen. Dit veronderstelt wel minimaal de bereidheid van de patiënt om een onderwerp te bespreken. Laten we aannemen dat patiënt en praktijkverpleegkundige het erover eens zijn dat het onderwerp roken aan de orde komt:

Pv: *Vorig jaar hebben we het over het roken gehad, weet u dat nog?*

P: *Ja, dat klopt.*

Pv: *Hebt u naar aanleiding van dat gesprek overwogen om iets aan het roken te veranderen, of misschien zelfs om te gaan stoppen?*

P: *Nou nee, niet echt.*

Pv: *Waar ligt dat aan, vindt u het niet belangrijk genoeg, of denkt u meer iets van: ik vind het veel te moeilijk om iets aan het roken te veranderen?*

Door deze vraag te stellen wordt duidelijk of de patiënt het niet belangrijk vindt of dat de patiënt onvoldoende vertrouwen in de eigen mogelijkheden heeft (self-efficacy). De veranderingsbereidheid is zodoende vrij nauwkeurig vast te stellen.

Het kan nog explicieter:

Pv: *Vorig jaar hebben we het over het roken gehad, weet u dat nog?*

P: *Ja, dat klopt.*

Pv: *Hebt u naar aanleiding van dat gesprek overwogen om iets aan het roken te veranderen, of misschien zelfs om te gaan stoppen?*

P: *Nou nee, niet echt.*

Pv: *Ik ga u een wat vreemde vraag stellen. Als ik u zou vragen een cijfer te geven aan het belang van stoppen met roken, waarbij 0 staat voor totaal onbelangrijk en 10 voor zeer belangrijk, welk cijfer zou dat dan zijn?*

Als de patiënt een getal noemt, krijgt de praktijkverpleegkundige heel precieze informatie over motivatie en veranderingsbereidheid. Ze kan de patiënt vervolgens ook vragen een cijfer te geven voor de mate van self-efficacy.

Begeleidingsmogelijkheden

Begeleidingsmogelijkheden vloeien voort uit de veranderingsbereidheid van de patiënt. Het onderstaande gespreksfragment laat dat zien. We pakken de draad op bij de vraag over het roken.

Pv: *Hebt u naar aanleiding van ons gesprek van vorig jaar overwogen om iets aan het roken te veranderen, of misschien zelfs om te gaan stoppen?*

P: *Ik heb het geprobeerd, maar ik hield het maar een dag vol.*

Pv: *Oké, u vindt het dus de moeite waard om te stoppen met roken, maar het lukte niet erg?*

P: *Nee, ik werd er gek van.*

De praktijkverpleegkundige weet nu dat de patiënt het belangrijk vindt om minder te gaan roken of helemaal te stoppen, maar dat het hem ontbreekt aan self-efficacy. Ze kan besluiten om motivatie en self-efficacy nog scherper vast te stellen door de patiënt naar een cijfer te vragen.

Als de patiënt een hoog cijfer noemt voor motivatie, ligt versterking van self-efficacy voor de hand. We willen hier benadrukken dat het belangrijk is de motivatie altijd goed vast te stellen, want alleen op

die manier kan de begeleiding aansluiten bij de veranderingsbereidheid van de patiënt. Als blijkt dat de patiënt inderdaad gemotiveerd is, dan kan de praktijkverpleegkundige bijvoorbeeld vragen:

Pv: *Wat hebt u nodig zodat u er meer vertrouwen in krijgt dat u ook daadwerkelijk kunt stoppen met roken?*

De praktijkverpleegkundige kan ook vragen welke barrières de patiënt ervaart of waardoor de stoppoging strandde. Misschien heeft de patiënt last gehad van ontwenningsverschijnselen. Self-efficacy versterken betekent in dat geval: de patiënt tips geven of hulpmiddelen adviseren zodat hij meer vertrouwen krijgt dat het hem een tweede keer wel zal lukken.

Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW

Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW is een onafhankelijke organisatie die zich door middel van informatie, innovatie en ondersteuning richt op vernieuwing en verbetering van de sector zorg en welzijn. In deze sector werken ruim 400.000 beroepskrachten en vele vrijwilligers op terreinen als kinderopvang, maatschappelijke dienstverlening, sociaal-cultureel werk, ouderendienstverlening, jeugdzorg, maatschappelijke opvang, verzorgings- en verpleeghuizen, thuiszorg en hulpverlening aan mensen met een handicap. Ook instellingen buiten de sector die zorg- en welzijnsactiviteiten ondernemen, zoals opleidingen, provincies, gemeenten en woningbouwcorporaties, doen regelmatig een beroep op het NIZW. De werkzaamheden van het NIZW zijn ondergebracht in centra die zich richten op de thema's *jeugd*, *zorg*, *sociaal beleid*, *professionalisering*, *internationale zaken* en *publieksinformatie*. Binnen deze kaders houden de medewerkers van het NIZW zich bezig met de ontwikkeling en implementatie van nieuwe methodieken en informatieproducten, met afstemmingsvraagstukken en expertiseontwikkeling. Dat resulteert onder meer in adviezen, veranderingstrajecten, trainingen, congressen, boeken, brochures, almanakken, websites, cd-rom's, video's en een informatielijn.