NIV 653 Ca

Praktijkverpleegkundige zorg voor patiënten met COPD

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

Guda van Weelderen
Joris IJzermans
Jeroen Schumacher

Praktijkverpleegkundige zorg voor patiënten met COPD

Triozorg in de praktijk

NIZW

© 2002 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

Auteurs
Drs. G.J. van Weelderen, programma *Verpleging*, NIZW
Dr. C.J. IJzermans, divisie Public Health, afdeling Huisartsgeneeskunde AMC / Universiteit van Amsterdam
Drs. J.N.M. Schumacher, programma *Verpleging*, NIZW

Totstandkomen van deze publicatie
De publicatie is een samenwerkingsverband tussen de afdeling Huisartsgeneeskunde van het AMC / Universiteit van Amsterdam, de divisie Verplegingswetenschap van de Universiteit Utrecht en het programma *Verpleging* van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

De publicatie is totstandgekomen in samenwerking met een wetenschappelijke begeleidingsteam, bestaande uit:
Dr. A. Pool, programma *Verpleging*, NIZW
Prof. dr. M.S.H. Duijnstee, divisie Verplegingswetenschap, Universiteit Utrecht
Prof. dr. E. Schadé, divisie Public Health, afdeling Huisartsgeneeskunde AMC / Universiteit van Amsterdam.

Vormgeving omslag en binnenwerk Zeno

Drukwerk Krips, Meppel

ISBN 90-5050-944-4

NIZW-bestelnummer E 321761

Deze publicatie is te bestellen bij
NIZW Uitgeverij
Postbus 19152
3501 DD Utrecht
Telefoon (030) 230 66 07
Fax (030) 230 64 91
E-mail Bestel@nizw.nl

VOORWOORD

Het voorliggende onderzoeksverslag over verpleegkundige zorg in de huisartspraktijk voor patiënten met COPD (chronic obstructive pulmonary disease) is totstandgekomen met behulp van subsidie van de Amsterdamse Huisartsen Vereniging (Stichting Regina). Het onderzoek (programmaleider Joris IJzermans) is uitgevoerd in een samenwerkingsverband tussen de afdeling Huisartsgeneeskunde AMC van de Universiteit van Amsterdam (Joris IJzermans, Bert Schadé), de divisie Verplegingswetenschap van de Universiteit Utrecht (Mia Duijnstee) en het programma *Verpleging* van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (Aart Pool, Guda van Weelderen en Jeroen Schumacher).

Het onderzoek is een vervolg op evaluatieonderzoek naar het project *Triozorg* en is een verdieping van het functioneren van de praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk, met als illustratie de zorg voor patiënten met COPD. In vervolg op dit onderzoek zal een richtlijn voor zelfmanagement van patiënten met COPD worden opgesteld, waarna een implementatie- en evaluatietraject van de richtlijn kan plaatsvinden.

Tot slot van dit voorwoord willen wij ieder die meegewerkt heeft aan het onderzoek bedanken. Dank aan de Stichting Regina voor het mogelijk maken van dit onderzoek en aan alle deelnemers van deze studie (bijlage 2), die vanuit hun praktijk de waardevolle informatie hebben aangedragen waarop dit verslag is gebaseerd.

De auteurs

INHOUD

Inleiding 9

1 Aanleiding, onderzoeksvragen en werkwijze 11
- 1.1 De aanleiding: het project *Triozorg* 11
- 1.2 Onderzoeksvragen 13
- 1.3 Werkwijze 14

2 Patiënten met COPD in de huisartspraktijk 17
- 2.1 De patiënt met COPD 17
- 2.2 Patiënten met COPD in de huisartspraktijk 18

3 Praktijkverpleegkundige zorg voor patiënten met COPD: ervaringen, opvattingen en wensen 25
- 3.1 De praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk 25
- 3.2 Opsporing en diagnostiek 28
- 3.3 Van 'waarschijnlijkheidsdiagnose' tot beleid 32
- 3.4 Therapeutische aspecten 36
- 3.5 Periodieke controles 40

4 Bevorderen van zelfmanagement van patiënten met COPD 43
- 4.1 Visies op zelfmanagement 43
- 4.2 Zelfmanagement bij COPD 45
- 4.3 Doelgroepen bij het bevorderen van zelfmanagement 46
- 4.4 Aandachtsgebieden bij het bevorderen van zelfmanagement 49
- 4.5 Groepsvoorlichting en -begeleiding 56

5 Samenwerking in de huisartspraktijk 59
5.1 Positionering praktijkverpleegkundige zorg 59
5.2 Verwijzen binnen de huisartspraktijk 63
5.3 Overleg in de huisartspraktijk 65
5.4 Rapportage in de huisartspraktijk 68

6 Competenties ten behoeve van patiënten met COPD in de huisartspraktijk 71
6.1 Competenties voor de zorg aan patiënten met COPD 71
6.2 Competenties voor samenwerking met huisartsen en praktijkassistentes 76
6.3 De deskundigheid van de praktijkverpleegkundige, huisarts en praktijkassistente 79

7 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen 83
7.1 Samenvatting en conclusies 83
7.2 Aanbevelingen 85

Literatuur 89

Bijlagen
Bijlage 1 Geraadpleegde projectplannen / evaluatieverslagen 95
Bijlage 2 Geïnterviewde personen 97

INLEIDING

De gezondheidstoestand van de bevolking verandert door demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. Een belangrijke ontwikkeling in de huisartspraktijk betreft de toename van het aantal chronisch zieken. Zowel zorginhoudelijk als organisatorisch vraagt de zorg voor chronisch zieken om een specifieke benadering. Huisartsen ervaren al geruime tijd een toenemende werkdruk. Met name preventieve taken, het monitoren van chronisch zieken en het (precies) uitvoeren van de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap en van kwaliteit van zorg in het algemeen komen door een groeiende werkdruk in het gedrang (Schuller-Punt en Delnoij 1998). Daarom is in een aantal huisartspraktijken de functie van praktijkverpleegkundige ingevoerd, zoals vanaf 1996 in Amsterdam met het project *Triozorg*. In dit project is nieuwe samenwerking ontwikkeld tussen huisarts, praktijkassistente en praktijkverpleegkundige (Marijnen en Hogervorst 1997 en Jenster, IJzermans e.a. 1998).

Het hier beschreven onderzoek is een vervolg op wetenschappelijk evaluatieonderzoek naar het project *Triozorg* en heeft betrekking op verpleegkundige zorg voor chronisch zieken in de huisartspraktijk, toegespitst op de zorg voor patiënten met COPD (chronic obstructive pulmonary disease). Het is een kwalitatief onderzoek waarbij is gekozen voor dataverzameling onder een beperkte groep goed geïnformeerde betrokkenen bij praktijkverpleegkundige zorg in de huisartspraktijk en/of de zorg voor patiënten met COPD. De keuze voor deze methode van onderzoek is ingegeven door de behoefte aan verdieping van het inzicht in verpleegkundige zorg in de huisartspraktijk, waarbij de onderzoekers zich bewust zijn van de beperkingen in de generaliseerbaarheid van de resultaten. Het doel van de publicatie is om een richtinggevende bijdrage te leveren aan het

functioneren van de praktijkverpleegkundige COPD in de huisartspraktijk, teneinde de zorg voor patiënten met COPD te verbeteren. De publicatie is gericht op betrokkenen bij verpleegkundige zorg in de huisartspraktijk en betrokkenen bij de zorg voor patiënten met COPD in de eerste en tweede lijn.

In hoofdstuk 1 worden de onderzoeksvragen en gehanteerde werkwijze verduidelijkt. Hoofdstuk 2 heeft de patiënt met COPD in de huisartspraktijk als onderwerp. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de interviews weergegeven en wordt ingegaan op de zienswijze en ervaringen van betrokkenen met de praktijkverpleegkundige COPD. De hoofdstukken 4, 5 en 6 betreffen achtereenvolgens mogelijkheden voor zelfmanagement door de patiënt met COPD, samenwerking in de huisartspraktijk en de benodigde competenties van de praktijkverpleegkundige COPD. In het laatste hoofdstuk zijn de samenvatting en conclusies opgenomen.

Omwille van de leesbaarheid gebruiken we in dit boek voor praktijkverpleegkundigen en praktijkassistentes de vrouwelijke vorm, en voor huisartsen en patiënten de mannelijke vorm.

1 AANLEIDING, ONDERZOEKSVRAGEN EN WERKWIJZE

Zoals gesteld in de inleiding is de directe aanleiding voor het onderzoek het project *Triozorg*. In dit hoofdstuk wordt eerst dit project toegelicht, bij wijze van opmaat tot de onderzoeksvragen. Na de beschrijving van de onderzoeksvragen wordt kort ingegaan op de werkwijze.

1.1 De aanleiding: het project *Triozorg*

Het project *Triozorg* is in 1996 gestart op initiatief van de Amsterdamse Huisartsenvereniging (AHV), (dan nog) de Stichting Amsterdams Kruiswerk (SAK), de Stichting Amstelland en Meerlanden (STAM) en ZAO zorgverzekeringen. In zeven huisartsgroepen (Hagro's) werden op experimentele basis 14 praktijkverpleegkundigen aangesteld. Beoogd werd om samenwerking te ontwikkelen tussen huisarts, praktijkassistente en praktijkverpleegkundige (= trio). De nieuwe samenwerking had als doel om de huisarts te ondersteunen bij het uitvoeren van enkele standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Hiertoe werden praktijkverpleegkundige spreekuren ingevoerd voor specifieke doelgroepen. De huisartsen kozen in 1996 voor drie veelvoorkomende aandoeningen, waarvoor standaarden zijn opgesteld, namelijk cara (astma en COPD), diabetes mellitus type II en ulcus cruris. Het uiteindelijke doel was om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg aan deze categorieën chronisch zieken te verbeteren.

1.1.1 *Het project* Triozorg *in de experimentele fase*

In de experimentele fase van het project (1996-1997) blijken bij de uitvoering van de gekozen standaarden grote verschillen te bestaan (Marijnen en Hogervorst 1997; Jenster, IJzermans e.a. 1998). Bij de zorg voor diabetes liep de samenwerking relatief vlot, terwijl de

samenwerking bij de – dan nog geldende – cara-NHG-standaard moeizaam verliep. Huisartsen meldden dat veel patiënten longmedicatie gebruiken, maar dat slechts bij een minderheid de ziekte goed in kaart is gebracht. Dit moest eerst gebeuren voordat een taakverdeling ten behoeve van *Triozorg* kon worden afgesproken. Daarbij is de diagnostische fase bij cara veel uitgebreider en ingewikkelder dan bijvoorbeeld bij diabetes. Doordat astma en COPD in feite verschillende ziektebeelden zijn, biedt de cara-standaard beperkt houvast. Over het ziektebeeld bestaat minder consensus en de relatie met de specialist is minder goed uitgewerkt, hetgeen de zorg bemoeilijkt. Het verwerven van de benodigde deskundigheid kost de praktijkverpleegkundige meer moeite dan bij diabetes. Praktijkverpleegkundigen die reeds gespecialiseerde kennis bezitten op het gebied van cara, lijken hierbij in het voordeel te zijn. Patiënten met het ziektebeeld cara reageerden in eerste instantie vaak niet op een oproep van de praktijkverpleegkundige. Dit kwam bij diabetespatiënten vrijwel niet voor. Door de seizoensgebondenheid van de klachten bij met name astma kan er sprake zijn van langdurige klachtenvrije periodes, waardoor zowel de patiënt als ook de arts het nut van frequente controle niet inzien. Volgens de projectrapportage was de uiteindelijke inclusie in het onderzoek naar *Triozorg* van patiënten met cara 20%, tegenover een percentage van 70% voor patiënten met diabetes. Daarnaast werden de gegeven adviezen door carapatiënten minder goed opgevolgd. Zo was het volgen van een advies om te stoppen met roken nogal eens problematisch. Ondanks bovengenoemde problemen bleven huisartsen ervan overtuigd dat het concept *Triozorg* bij uitstek geschikt is voor de patiënt met cara.

1.1.2 *Het project* Triozorg *na de experimentele fase*

De experimentele fase van het project *Triozorg* werd in de loop van 1997 succesvol afgerond. Hulpverleners en patiënten ervoeren over het algemeen een verbetering van de zorg: patiënten werden regelmatig gecontroleerd en kregen door voorlichting meer inzicht in hun ziekte. *Triozorg* werd vanaf die periode een structurele voorziening. Hoewel de nieuwe NHG-standaarden voor COPD en astma dan al twee jaar bestaan (daarvóór gold de standaard cara) blijkt het concept 'triozorg' ook in 1999 vooral succesvol voor diabetes. De

indruk bestaat dat waar gesproken wordt over cara het vooral om jongeren met astma gaat en dat patiënten met COPD slechts op bescheiden schaal in *Triozorg* betrokken zijn. In verkennende gesprekken gaven praktijkverpleegkundigen aan dat een gestructureerde aanpak van COPD in het algemeen moeilijk is en mede afhankelijk is van de motivatie en de inzet van de huisarts. De opsporing en diagnostiek vraagt veel inzet van huisartsen.
Bij de zorg voor deze patiënten zijn knelpunten met betrekking tot stoppen met roken nog steeds actueel. Dit geldt ook voor lacunes in de kennis over de eigen ziekte, het niet volgens voorschrift gebruiken van de medicatie en het onvoldoende beheersen van de inhalatietechniek. Daarnaast verschijnen patiënten met COPD vaak niet op afspraken voor het spreekuur van de praktijkverpleegkundigen en zien zij volgens hulpverleners het nut van regelmatige controles niet in. Tevens lijkt de meerwaarde van de praktijkverpleegkundigen bij de zorg voor patiënten met COPD onvoldoende duidelijk te zijn. Zo zijn er signalen over onduidelijkheid van de inhoud van hun functie en positie ten opzichte van die van de praktijkassistentes.

1.2 Onderzoeksvragen

In 1999 is het evaluatieonderzoek naar het project *Triozorg* in Amsterdam afgerond (Jenster, IJzermans e.a. 1998; Jenster, Pool en IJzermans 1999). Terwijl patiënten met COPD als een potentieel belangrijke doelgroep worden beschouwd, wekken de ervaringen de indruk dat het concept 'triozorg' bij de zorg voor deze groep patiënten nog onvoldoende is uitgekristalliseerd. Besloten wordt om een verdieping aan te brengen, toegespitst op praktijkverpleegkundige zorg voor patiënten met COPD. Voor het onderzoek worden de volgende vragen opgesteld:

1 Welke activiteiten die voortvloeien uit de NHG-standaarden over zorg voor patiënten met COPD kunnen worden uitgevoerd door praktijkverpleegkundigen?
2 Wat is de gewenste bijdrage van de praktijkverpleegkundige bij het bevorderen van therapietrouw en het zelfmanagement van de patiënt?

3 Wat zijn essentiële competenties (bekwaamheden) van de praktijkverpleegkundige bij de zorg voor patiënten met COPD?

1.2.1 *Uitgangspunten*

Uitgangspunt van het onderzoek is dat het medisch model, waarbij naar de ziekte in engere zin wordt gekeken, bij de behandeling van een chronische ziekte als COPD allang niet meer voldoet. Een tweede uitgangspunt is dat de zorg voor patiënten met COPD vanuit de huisartspraktijk kan worden verbeterd met een goede samenwerking tussen de huisarts, praktijkassistente en praktijkverpleegkundige. Belangrijke doelen die hierbij op basis van aanvullend literatuuronderzoek worden onderscheiden zijn 1) opsporing en (vroeg)diagnostiek, 2) het bevorderen van therapietrouw en het zelfmanagement van de patiënt en 3) samenwerking tussen het genoemde drietal die aansluit bij de omstandigheden in de huisartspraktijk.

Op basis van literatuuronderzoek is besloten tot opname van de tweede onderzoeksvraag. Ter toelichting: hoewel in de praktijk veel van het zelfmanagement van patiënten met COPD wordt verwacht, is dit uitgangspunt niet opgenomen in de NHG-standaarden. In dit onderzoek wordt verondersteld dat het bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt eraan kan bijdragen dat doelstellingen uit de NHG-standaarden beter kunnen worden bereikt.

1.3 Werkwijze

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode, waarin interviews met deskundigen een belangrijke bron van informatie zijn. Voorafgaand aan de interviews zijn plannen en verslagen verzameld van projecten die betrekking hebben op praktijkverpleegkundige zorg voor patiënten met COPD. Een overzicht hiervan is opgenomen in bijlage I. Op basis van deze plannen, verslagen en literatuur zijn de interviewvragen opgesteld.

Vervolgens heeft een serie interviews plaatsgevonden: semigestructureerde interviews met twee longartsen, een groepsinterview met huisartsen en verpleegkundigen gezamenlijk en drie groepsinterviews met respectievelijk praktijkverpleegkundigen,

huisartsen en praktijkassistentes afzonderlijk. Daarnaast is gebruikgemaakt van informatie uit bijeenkomsten van de NIZW-vakgroep voor praktijkverpleegkundigen. De geïnterviewden zijn betrokken bij verschillende projecten verspreid over het land waar met praktijkverpleegkundige zorg voor patiënten met COPD wordt geëxperimenteerd. Een aantal geïnterviewden is beleidsmatig betrokken bij ontwikkelingen met betrekking tot de (praktijkverpleegkundige) zorg voor patiënten met COPD in de huisartspraktijk. In bijlage 2 is de variëteit in de groep geïnterviewden gedetailleerder beschreven. De interviews zijn gehouden in de periode november 1999 tot juni 2000, duurden gemiddeld vier uur en stonden onder voorzitterschap van de programmaleider. De interviews werden kort schriftelijk vastgelegd en op band opgenomen. Vervolgens werd het materiaal uitgeschreven en met behulp van het programma Winmax geanalyseerd.

Op basis van de gegevens uit het eerste interview zijn de vragen voor het volgende interview bijgesteld en is na analyse van de gegevens uit het tweede interview de vragenlijst wederom aangepast. Aldus ontstond een cyclisch proces van data verzamelen, analyseren en op basis daarvan weer nieuwe data verzamelen. Met behulp van het op deze wijze verkregen materiaal kon tot verslaglegging worden overgegaan.

2 PATIËNTEN MET COPD IN DE HUISARTSPRAKTIJK

In dit hoofdstuk wordt de aandoening COPD en de huisartsgeneeskundige zorg voor de populatie patiënten met COPD beschreven.

2.1 De patiënt met COPD

2.1.1 Het ziektebeeld COPD

COPD (chronic obstructive pulmonary disease) is een samenvattende Engelse omschrijving voor met name de ziektebeelden chronische bronchitis en longemfyseem. COPD is een chronische aandoening waarbij de longfunctie versneld en onomkeerbaar achteruitgaat. De aandoening wordt gekenmerkt door chronische ademhalingsstoornissen zoals hoesten, sputumproductie en een chronische luchtwegobstructie. De symptomen zijn bij COPD vrijwel voortdurend aanwezig. Ondanks het inzetten van een behandeling wordt een normale longfunctie niet meer bereikt. Het roken van sigaretten is bij daarvoor gevoelige personen de belangrijkste oorzaak van COPD.
De ervaren klachten staan vaak niet in verhouding tot de ernst van de longfunctiestoornis (Geijer, Thiadens e.a. 1997). COPD is dan ook een complexe aandoening, die vaak gepaard gaat met een sluipend verloop. Geleidelijk ontstaan fysieke beperkingen die op termijn een zeer negatief effect kunnen hebben op de kwaliteit van leven.

2.1.2 Kenmerken van de populatie

COPD-patiënten zijn bijna altijd ouder dan 50 jaar (Kaptein 1997), in de meeste gevallen man en overwegend afkomstig uit de lagere sociaal-economische klassen. De verwachting is dat COPD zich in de nabije toekomst, vanwege het veranderende rookgedrag, in toenemende mate bij vrouwen zal voordoen.

COPD onderscheidt zich van astma doordat de achteruitgang van de longfunctie onomkeerbaar is. Bij patiënten met COPD komen de aandoeningen ook gecombineerd voor (een rokende astma-patiënt die op latere leeftijd COPD krijgt). Bij mensen met COPD is relatief vaak sprake van comorbiditeit (hartfalen, longkanker en diabetes). Naar verwachting zal het aantal mensen met COPD de komende jaren aanzienlijk toenemen (Rutten van Mölken, Postma e.a.1999). Behalve aan het rookgedrag is dit gerelateerd aan de vergrijzing in de samenleving en aan een grotere aandacht voor (vroeg)diagnostiek.

2.2 Patiënten met COPD in de huisartspraktijk

2.2.1 De zorg voor patiënten met COPD / NHG-standaarden

Vóór het verschijnen van de herziene NHG-standaarden in 1997, was het gebruikelijk om te spreken over cara. Cara is de verzamelnaam voor astma en COPD. Kaptein (1997) meldt dat de huisarts voor 80% van de patiënten met cara de eerste en enige zorgverlener is. Op grond van bevolkingsonderzoek wordt de gezamenlijke prevalentie van astma en COPD op 100 tot 200 per 1000 personen per jaar geschat. Huisartsenregistraties geven echter lagere cijfers: 13 per 1000 patiënten per jaar voor astma en 12 tot 20 per 1000 patiënten per jaar voor chronische bronchitis en emfyseem (Geijer, Thiadens e.a. 1997). Blijkbaar worden patiënten met COPD dikwijls niet als zodanig herkend. Hieraan kan worden toegevoegd dat veel patiënten hun klachten presenteren in de vorm van ogenschijnlijk kortdurende episoden van infectieuze aandoeningen (Geijer, Thiadens e.a. 1997).

Volgens de herziene NHG-standaard geeft spirometrie bij (vermoeden van) COPD de beste informatie over de aard en de mate van de longfunctiestoornis. Om patiënten tijdig te herkennen en hun te kunnen adviseren te stoppen met roken, wordt bij rokers boven de 40 jaar met recidiverende luchtweginfecties een actieve houding van zorgverleners geadviseerd (Geijer, Thiadens e.a. 1997). Spirometrieonderzoek en (stoppen-met-roken-) advies maken daar onderdeel van uit. Het doel van de behandeling van COPD op korte

termijn is het verminderen van de klachten, verbeteren van het inspanningsvermogen, verbeteren van de longfunctie en het voorkomen van exacerbaties. Het doel van de behandeling op langere termijn is het vertragen van een eventuele versnelde achteruitgang van de longfunctie en het uitstellen of voorkomen van complicaties en invaliditeit (Geijer, Van Schayk e.a. 1997).

Omdat volledige genezing van een chronische aandoening als COPD niet mogelijk is, krijgt de patiënt het advies om bepaalde leefregels in acht te nemen. Bij aanvang van de behandeling is uitleg over de ziekte en de schadelijke gevolgen van roken van groot belang. Stoppen met roken wordt beschouwd als de belangrijkste interventie. Een versnelde achteruitgang van de longfunctie kan hierdoor worden vertraagd. Ook het op juiste wijze gebruiken van de medicatie is een belangrijk aandachtspunt. Het vermijden van prikkels waarop de patiënt kan reageren met kortademigheid, het op peil houden van de conditie, het in acht nemen van een goede energieverdeling over de dag (het plannen van activiteiten, het nemen van rustpauzes en het bepalen van het eigen tempo), het onderhouden van relaties (voorkomen van een sociaal isolement) en het handhaven van een goede voedingstoestand zijn andere potentiële aandachtspunten.
Voor patiënten is het in acht nemen van deze leefregels geen eenvoudige opgave. Vanuit hulpverlenersperspectief wordt de zorg voor patiënten met COPD nogal eens belemmerd door therapieontrouw. Omdat patiënten met COPD vaak een langdurige rookgeschiedenis hebben en omdat roken voor veel mensen verslavend is, is het vaak zeer lastig om te stoppen. Andere bij patiënten met COPD vaak waargenomen problemen hebben betrekking op moeite met het omgaan met en de acceptatie van de ziekte, lacunes in de kennis over de eigen ziekte, het niet volgens voorschrift gebruiken van de medicatie, het onvoldoende beheersen van de inhalatietechniek, moeite met het opvolgen van niet-medicamenteuze adviezen, aanwijzingen van psychische problematiek en een als inadequaat beoordeeld ziektegedrag bij toename van de klachten (Van Keimpema 1998; KITTZ 1998).

De medicamenteuze behandeling van COPD is symptomatisch. Daarbij wordt gebruikgemaakt van (Geijer, Van Schayk e.a. 1997):

1) Een behandeling met luchtwegverwijders bij alle patiënten met COPD. Er zijn verschillende soorten luchtwegverwijders (kort- dan wel langwerkend).
2) Een preventieve proefbehandeling met inhalatiecorticosteroïden bij bepaalde subgroepen (bijvoorbeeld bij patiënten met astma in de voorgeschiedenis). Wanneer er sprake is van een verbetering kan deze behandeling op termijn worden voortgezet.

Bij excacerbaties wordt soms gebruikgemaakt van een stootkuur prednison in de vorm van capsules of tabletten en/of slijmoplossers. De aandoening COPD is een belangrijke indicatie voor een jaarlijkse 'griepprik'.

2.2.2 *Opsporing en diagnostiek*

Belangrijke doelstellingen van de huisartsgeneeskundige zorg voor patiënten met COPD zijn opsporing en (vroeg)diagnostiek. In dit opzicht kunnen drie subdoelen worden onderscheiden, namelijk 1) opsporen van risicogroepen, 2) diagnostiek in een vroegtijdig stadium van de ziekte en 3) het opsporen van een versneld longfunctieverlies na het stellen van de diagnose door middel van periodieke controles. Deze doelen worden hierna toegelicht.

Opsporen van risicogroepen

De prognose van COPD wordt onder meer bepaald door de ernst van de longfunctiestoornis op het moment dat de aandoening wordt vastgesteld. Wanneer de ziekte in een vroeg stadium wordt gediagnosticeerd kan tijdig met een gerichte interventie worden gestart. Dit geldt met name voor patiënten bij wie sprake is van risicofactoren op COPD (roken, passief roken, blootstelling aan luchtverontreiniging, erfelijke factoren zoals een proteasetekort en een geschiedenis van frequente luchtweginfecties als kind). Hoewel het begin van de benauwdheid meestal start bij een leeftijd van 45 à 50 jaar kunnen rokers vaak al eerder ademhalingsmoeilijkheden ervaren. Het belang van regelmatig testen tonen Ferguson en Petty (1998) aan met behulp van een casus. Bij een onderzochte patiënt wordt met drie verschillende metingen in de loop van de tijd zichtbaar dat er sprake is van een versnelde achteruitgang van de longfunctie

terwijl alle metingen afzonderlijk (nog) binnen de normaalwaarde vallen van de voor de leeftijd voorspelde waarde. Screening van de longfunctie kan er volgens Ferguson en Petty toe leiden dat de patiënt meer openstaat voor informatie over stoppen met roken. De waarde van de spirometrie kan dan zowel het testen van de longfunctie zijn als het bevorderen van de motivatie van patiënten om te stoppen met roken. Het risico dat zij de ziekte alsnog krijgen kan hierdoor worden beperkt.

Diagnostiek

Volgens de NHG-standaard geeft bij – vermoeden van – COPD spirometrie de beste informatie over de aard en de mate van de longfunctiestoornis (Geijer, Thiadens e.a. 1997). Bij vermoeden van COPD dient aanvullend onderzoek volgens de standaard te bestaan uit spirometrie ter bepaling van de FEV1 (ofwel één-seconde-waarde), bepaling van de vitale capaciteit, een reversibiliteitstest voor en na het toedienen van luchtwegverwijders en een flow-/volumecurve. Indien wenselijk kan daarnaast nog een diagnostische steroïdentest worden uitgevoerd, om het effect van corticosteroïden op de klachten vast te stellen (Geijer, Thiadens e.a. 1997).

Periodieke controles

Geijer, Thiadens e.a. (1997) adviseren om na het stellen van de diagnose COPD met behulp van spirometrie de longfunctie in ieder geval gedurende de eerste drie jaar halfjaarlijks te meten. Doel hiervan is om een snel longfunctieverlies zo spoedig mogelijk op te kunnen sporen. Met spirometrie kan daarbij zowel de ernst en aanwezigheid van de luchtwegobstructie worden vastgesteld als het effect van een therapeutisch beleid worden beoordeeld (Beijaart 1999). Periodieke controles worden bij patiënten met COPD nog weinig verricht (Smeele, Grol e.a. 1996).

2.2.3 *Therapietrouw en zelfmanagement*

COPD is een chronische progressieve aandoening. Omdat het ziektebeeld niet te genezen is, moet de patiënt leren om te leven met de beperkingen die door de ziekte worden veroorzaakt. Daarbij heeft het gedrag van de patiënt zelf een belangrijke invloed op zowel de kwaliteit van leven als op de prognose van het ziektebeeld. Hoewel

het inzicht groeit dat het gedrag van de patiënt belangrijk is voor het management van COPD (Jans 1999) wordt aan therapie(on)trouw, behalve in revalidatieprogramma's, nog weinig (wetenschappelijke) aandacht besteed.

Het bevorderen van therapietrouw en zelfmanagement

Bij het bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt kan aan de hulpverlening een aantal specifieke voorwaarden worden gesteld. Goed zelfmanagement vereist bijvoorbeeld dat de patiënt over het ziektebeeld, de prognose van de aandoening en de aard van de behandeling wordt geïnformeerd. Daarbij moet de informatie voor de patiënt begrijpelijk zijn, en aansluiten bij zijn behoefte.
Het bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt vereist tevens dat gebruik wordt gemaakt van een proactieve en systematische benadering waarbij gericht kan worden gewerkt aan het bieden van informatie, educatie, instructie en begeleiding die aansluit bij de beleving en de behoefte (attitude, kennis en vaardigheden) van de patiënt. Het opstellen van een behandelplan en het formuleren en evalueren van zorgdoelstellingen zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden. De begeleiding en/of behandeling kan hierdoor steeds opnieuw worden getoetst en zo nodig worden bijgesteld. Omdat het gedrag van de patiënt hierbij een cruciale rol speelt is het essentieel om het perspectief van de patiënt zelf bij de behandeling te betrekken en om daarover bij het vaststellen van zelfmanagementdoelen zo nodig met de patiënt te onderhandelen (Eakin en Glasgow 1997).
Volgens Sockrider en Wolle (1996) wordt het helpen van patiënten met COPD om bijvoorbeeld te stoppen met roken of om een oefeningenprogramma op te volgen, gefaciliteerd door het stellen van kleine, bereikbare doelen, het analyseren van factoren die het gewenste gedrag bekrachtigen en het gebruikmaken van gedragsmatige contracten. Sockrider en Wolle onderscheiden drie oorzaken waarom patiënten adviezen niet opvolgen, namelijk 1) inadequate kennis of begrip, 2) psychosociale weerstand (controlestrijd, ontkenning, vermijding) en 3) gemotiveerde therapieontrouw. Verschillende oorzaken van therapieontrouw vergen ieder een eigen benadering. Zo is bij inadequate kennis of begrip een individueel educatieplan gewenst, terwijl een gemotiveerde therapieontrouw

een benadering vergt waarin de patiënt wordt aangemoedigd om dit te bespreken. De patiënt heeft dan eerder behoefte aan overleg dan aan een (standaard)advies.
Ten slotte wordt het belang benadrukt van *self-efficacy* (Wigal e.a. 1991; Krall Scherer 1996): het geloof in eigen kunnen gekoppeld aan gedrag in een specifieke situatie. Patiënten met COPD hebben vaak een gebrek aan zelfvertrouwen over hun mogelijkheden om gewenst gedrag te vertonen. Een lage *self-efficacy* kan ertoe leiden dat iemand niet eens meer een poging doet om tot een bepaalde activiteit te komen. Kennisoverdracht en het aanleren van vaardigheden zijn dan vaak niet toereikend om tot beter zelfmanagement te komen. Bij educatieprogramma's kunnen dan interventies nodig zijn die het geloof in eigen kunnen versterken, zoals overtuiging door en observatie van anderen die succesgedrag vertonen en oefening van gewenst gedrag (Koopman en Van der Bijl 1999).

3 PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG VOOR PATIËNTEN MET COPD: ERVARINGEN, OPVATTINGEN EN WENSEN

Op basis van informatie uit de literatuur wordt in dit hoofdsstuk eerst een korte schets gegeven van de introductie van de praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk. Op basis van de informatie uit de interviews en de gegevens uit de verzamelde projectvoorstellen en evaluatieverslagen wordt vervolgens een overzicht gegeven van ervaringen, opvattingen en wensen met betrekking tot praktijkverpleegkundige zorg voor patiënten met COPD. De informatie wordt gepresenteerd aan de hand van verschillende fasen in de zorg voor deze doelgroep, te weten: opsporing en diagnostiek, van waarschijnlijkheidsdiagnose tot beleid, therapie en periodieke controles.

3.1 De praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk

In relatie tot een toenemende werkdruk bij huisartsen wordt in Nederland sinds het begin van de jaren negentig van de twintigste eeuw, naar Brits voorbeeld, op steeds meer plaatsen op experimentele basis de functie van praktijkverpleegkundige ingevoerd. De praktijkverpleegkundige werkt vanuit de huisartspraktijk voor patiënten van de betreffende huisarts. Bij de doelgroepen gaat het om zorgintensieve en meestal chronische patiënten.
Met deze nieuwe functie, die veelal nog als experiment wordt ingevoerd, wordt beoogd om de kwaliteit en doelmatigheid van zorg in de huisartspraktijk te verbeteren. Door samenwerking, gebaseerd op regelmatig overleg en een goede overdracht, kan de praktijkverpleegkundige taken van de huisarts overnemen die op verpleegkundig terrein kunnen liggen. Een voorbeeld is het verrichten van (een deel van de) periodieke controles bij chronisch zieken. Behalve dat deze nieuwe functie als doel heeft om de werkdruk van huisartsen te verlichten is een ander uitgangspunt

dat het medisch model, waarbij naar ziekte in engere zin wordt gekeken, bij de behandeling van chronisch zieken allang niet meer voldoet (Jenster, IJzermans e.a. 1998; Jenster, Pool en IJzermans 1999). De praktijkverpleegkundige wordt geacht in staat te zijn in dit opzicht een rol te vervullen door bijvoorbeeld het werken met zorgprogramma's te stimuleren, waarin ruimte is voor ervaringsdeskundigheid van de patiënt en de inbreng van expertise van meerdere disciplines. In hoofdstuk 1 is al ingegaan op de ervaringen met de praktijkverpleegkundige in het project *Triozorg*.

3.1.1 *Samenwerking tussen praktijkverpleegkundige, huisarts en praktijkassistente*

Bij de zorg voor patiënten met COPD in de huisartspraktijk kunnen enerzijds opsporing en (vroeg)diagnostiek en anderzijds het bevorderen van therapietrouw en het zelfmanagement van de patiënt als belangrijke doelstellingen worden beschouwd. Samenwerking en taakverdeling bij deze aspecten worden in deze paragraaf besproken, waarna tot slot kort wordt ingegaan op een aantal algemene samenwerkingsaspecten.

Taakverdeling en samenwerking bij spirometrieonderzoek

Bij opsporing en (vroeg)diagnostiek is spirometrieonderzoek essentieel. Het verrichten hiervan in of vanuit de huisartspraktijk vereist een goede samenwerking tussen huisarts, praktijkassistente en/of praktijkverpleegkundige. De NHG-standaard gaat ervan uit dat spirometrieonderzoek in de huisartspraktijk goed uitvoerbaar is (Geijer, Thiadens e.a. 1997; Beijaart 1999), waarbij voor de implementatie van spirometrieonderzoek een goede voorbereiding en tijdsplanning vereist zijn (Beijaart 1999). Bij de voorbereidingen is de vraag belangrijk met welke patiëntengroep de huisarts aan de slag wil. Een selectie kan bijvoorbeeld gebaseerd zijn op leeftijd en op rookgedrag, terwijl de overige patiënten dan (nog) naar een longfunctielaboratorium worden verwezen.
Voor de huisarts worden voldoende training en ervaring met het meten en interpreteren van de uitslagen als voorwaarden genoemd (Geijer, Thiadens e.a.1997). Beijaart (1999) gaat ervan uit dat een gediplomeerde praktijkassistente voldoende opleiding en ervaring heeft om op nauwgezette wijze geprotocolleerde taken uit te voeren.

Essentieel is volgens Beijaart dat de praktijkassistente afwijkingen moet leren herkennen, waarna niet alleen de longfunctieuitslag, maar ook de patiënt zelf onder de aandacht van de huisarts moet komen. Over de vraag wanneer patiënten naar de huisarts worden verwezen moeten dus afspraken worden gemaakt. Ook kan de praktijkassistente worden gecoacht door een (long)verpleegkundige met spirometrie in haar pakket.
Voor het invoeren van spirometrieonderzoek in de huisartspraktijk heeft Beijaart (1999) een uitgebreid stappenplan opgesteld. Belangrijke aandachtspunten zijn de kennis en vaardigheden van alle betrokkenen, de organisatie van het spirometrieonderzoek, het voorraadbeheer, de vraag of de spirometer geijkt is, de onderlinge communicatie tussen huisarts, praktijkassistente en praktijkverpleegkundige en de communicatie met de tweede lijn. Over het geheel genomen is het invoeren van spirometrieonderzoek in de huisartspraktijk geen eenvoudige opgave en moeten hierover goede afspraken worden gemaakt.

Samenwerking bij bevorderen van therapietrouw en het zelfmanagement
Ook bij het bevorderen van therapietrouw en het zelfmanagement van de patiënt kunnen aan de samenwerking tussen huisarts, praktijkassistente en praktijkverpleegkundige specifieke voorwaarden worden gesteld. Zo benadrukt Ross (1991) dat therapie(on)trouw niet alleen een individuele verantwoordelijkheid is van de patiënt. Met betrekking tot de rapportage geldt bijvoorbeeld dat het niet toereikend is wanneer de informatie (over bijvoorbeeld medicijngebruik) zich alleen in het hoofd van de hulpverlener bevindt. Dit geldt met name wanneer er meerdere hulpverleners bij de zorg voor de patiënt betrokken zijn en wanneer verschillende hulpverleners afhankelijk zijn van elkaars informatie. Om teamwork succesvol te laten zijn is het essentieel dat informatie door professionals effectief wordt gedeeld.
In de literatuur wordt benadrukt dat verpleegkundigen bij het vaststellen van gezondheidsgedrag en bij het bevorderen van gewenst gedrag kunnen worden betrokken en dat zij in dit opzicht een belangrijke rol kunnen hebben bij het uitvoeren van regelmatige controles van patiënten in de basisgezondheidszorg (Robertson, Osman en Douglas 1997).

Algemene samenwerkingsaspecten tussen disciplines

Om structuur aan de zorg te geven moeten er bij de samenwerking tussen verschillende disciplines volgens Schadé (1992) zorgprogramma's worden ontwikkeld. Beleidsmatig is de samenwerking en afstemming tussen verschillende disciplines binnen een zorgprogramma te regelen door middel van afspraken tussen autonome beroepsbeoefenaren en protocollen. Met betrekking tot de individuele patiënt wordt de zorg gebaseerd op zijn zorgbehoeften. Soms zal de medische zorgbehoefte domineren, maar dit kan ook de behoefte aan verpleging zijn. Als de zorgbehoeften zijn vastgesteld wordt het gewenste zorgaanbod vastgelegd. Continuïteit van zorg is daarbij zeer belangrijk. De taken (wat kan worden gedaan) en functies (wie doet wat) worden binnen een zorgprogramma vastgelegd op basis van de complementariteit. Het is van belang dat elke hulpverlener zijn taken nauwkeurig omschrijft. Ook is het van belang dat iemand de coördinatie op zich neemt. Volgens Schadé (1992) kan het beste die hulpverlener de coördinatie op zich nemen die het meeste contact heeft met de patiënt. Het gehele zorgprogramma, en de coördinatie daarvan, moet worden gedragen door een goede communicatie. Zowel voor de patiënt als voor de betrokken hulpverleners moet duidelijk zijn wie waarop kan worden aangesproken. Samengevat moet de samenwerking in de huisartspraktijk zowel beleidsmatig als op het niveau van de individuele patiënt goed op elkaar worden afgestemd.

3.2 Opsporing en diagnostiek

Tot voor kort werden patiënten bij vermoeden van COPD door de huisarts verwezen naar de longarts. Vervolgens werden patiënten dan ook vaak door de longarts behandeld. De laatste jaren wordt bevorderd dat spirometrieonderzoek in of vanuit de huisartspraktijk kan worden uitgevoerd: in de huisartspraktijk zelf, of met een directe verwijzing naar een diagnostisch centrum of het longfunctielaboratorium van een ziekenhuis. In de gezondheidscentra van één praktijkassistente en één huisarts uit de groepsinterviews is het inmiddels gebruikelijk dat een diagnostisch spirometrieonderzoek wordt verricht op het longfunctielaboratorium van een algemeen ziekenhuis. Hierover zijn plaatselijk transmurale samenwerkings-

afspraken gemaakt. In het gezondheidscentrum van de genoemde praktijkassistente streeft men ernaar het diagnostisch spirometrie-onderzoek in de nabije toekomst in het gezondheidscentrum zelf te verrichten. Bij vier van de zes praktiserende huisartsen uit de groepsinterviews is dat sinds enige tijd al gebruikelijk en bij één huisarts worden hiertoe voorbereidingen getroffen. Alle zes praktijkverpleegkundigen en twee van de drie praktijkassistentes uit de groepsinterviews zijn zelf betrokken bij de uitvoering van spirometrieonderzoek. Omdat de wensen ten aanzien van de praktijkverpleegkundige per huisarts verschillen, geldt dit bij de praktijkverpleegkundigen niet altijd voor álle huisartsen met wie zij samenwerken.

3.2.1 *Opsporing van COPD*

De opsporing van COPD is geen eenvoudige opgave. Meerdere geïnterviewden hebben de ervaring dat patiënten ook bij weinig klachten toch een (relatief) slechte longfunctie kunnen hebben. De indruk bestaat dat patiënten hun leefstijl geleidelijk en vaak min of meer onbewust aan hun beperkingen aanpassen. Van het ziektebeeld COPD is dan ook bekend dat de ervaren gezondheid van patiënten vaak slecht is gecorreleerd met de objectieve ernst van het ziektebeeld (zie ook hoofdstuk 2). Bovendien is 'benauwdheid' een klacht die voor huisartsen vaak moeilijk te objectiveren is. De mogelijkheid om spirometrieonderzoek in de huisartspraktijk zelf uit te voeren wordt door de geïnterviewde huisartsen als een diagnostische aanwinst beschouwd. Dit betreft zowel de mogelijkheid om – de ernst van – het ziektebeeld aan te tonen als de mogelijkheid om COPD uit te kunnen sluiten. Volgens de expert Beijaart (bron: telefonisch interview) blijkt dat van de patiënten die longmedicatie gebruiken minder dan 10% zuiver COPD zonder astma heeft.
Twee huisartsen melden dat zij tegenwoordig soms een 'indicatieve' spirometrie verrichten. Een van deze huisartsen heeft tegenwoordig een eenvoudige spirometer op zijn bureau liggen: 'Iemand die zegt dat hij toch wel benauwd is, die laat ik even blazen. De ernstigere vormen van COPD haal je er absoluut uit.' Een andere huisarts vertelt: 'Benauwdheid, wij weten als huisartsen vaak niet wat dat is. Soms denk ik: is dít nu COPD? Dan laat ik de patiënt tegenwoordig een keer blazen en dan schrik ík soms van de uitslag en schrikt de

patiënt van de uitslag en zijn we beiden méér gemotiveerd om er wat aan te doen.' Om een betrouwbare uitslag te krijgen laat de huisarts dan vervolgens een diagnostisch spirometrieonderzoek verrichten volgens de normale procedure (zie paragraaf 2.2.2).

In de praktijk wordt de opsporing van COPD verschillend vormgegeven. Eén praktijkassistente is betrokken bij een project waarbij een actief screeningstraject is opgezet. Bij het project is ook een praktijkverpleegkundige betrokken. Gestart is met het oproepen van alle patiënten van wie bekend was dat zij longmedicatie gebruiken. Deze patiënten zijn in de huisartspraktijk gescreend op de aanwezigheid van astma en COPD (zie bijlage 1: Projectvoorstel Beijaart, Van Bemmel e.a. 1998). In de nabije toekomst wil men dit initiatief vervolgen door alle rokende patiënten boven de 40 jaar én degenen die een of meer vragen van een toegestuurde vragenlijst met 'ja' beantwoorden, spirometrieonderzoek aan te bieden. Omdat het hierbij kan gaan om grote groepen potentiële patiënten is dit een arbeidsintensieve opsporing die veel inzet vraagt.

Het moment waarop en de vraagstelling waarmee de patiënt door de huisarts naar de praktijkverpleegkundige wordt verwezen kan verschillen. Een huisarts vertelt dat hij bij iedere patiënt rond de 40 jaar die met bronchitis komt en die rookt de mogelijkheid bespreekt om de longfunctie te bepalen en te kijken hoe het ervoor staat na behandeling. Wanneer de patiënt hiervoor openstaat wordt hij naar de praktijkverpleegkundige verwezen. Deze verricht spirometrieonderzoek en neemt dan ook een anamnese af waarbij onder meer aandacht wordt besteed aan de motivatie om te stoppen met roken. Praktijkverpleegkundigen – die met verschillende huisartsen samenwerken – hebben de ervaring dat de alertheid op COPD per huisarts kan verschillen. Ook moeten huisartsen er soms aan wennen dat zij een patiënt voor spirometrieonderzoek naar de praktijkverpleegkundige kunnen verwijzen. In sommige praktijken wordt het diagnostisch spirometrieonderzoek door een praktijkassistente verricht.

Eén huisarts heeft de intentie de patiënt pas naar de praktijkverpleegkundige te verwijzen nádat de diagnose COPD is gesteld en zij

dit ook met de patiënt heeft besproken. In het gezondheidscentrum waar gewerkt wordt met een longspreekuur wordt de patiënt door de huisartsen met een vraagstelling naar dit spreekuur verwezen. De huisarts die bij het longspreekuur betrokken is maakt dan een samenvatting van de voorgeschiedenis van de longproblematiek en draagt dit over aan de praktijkverpleegkundige, die bij de patiënt vervolgens eerst een ziektespecifieke anamnese afneemt. Naar aanleiding van deze anamnese wordt met de huisarts besproken of er een indicatie is voor een spirometrieonderzoek dat zowel door de praktijkverpleegkundige als door de praktijkassistente kan worden verricht. In dit gezondheidscentrum streeft de praktijkverpleegkundige ernaar om een van de praktijkassistentes in de nabije toekomst meer bij het spirometrieonderzoek te betrekken.

Volgens alle geïnterviewden is het een belangrijk uitgangspunt dat, wanneer de patiënt met een klacht bij de huisarts komt, de eerste zorg altijd door de huisarts zelf wordt verleend. De klachten bij COPD, zoals benauwdheid, kunnen in potentie ook door andere en veelal ernstige ziektebeelden (bijvoorbeeld hartfalen en longkanker) worden veroorzaakt. De beoordeling hiervan is een medische taak. Een longarts zegt hierover: 'Ik denk niet dat het al zo is dat als een patiënt zich aanmeldt met "Ik ben zo benauwd, ik wil een afspraak met de dokter" er dan een soort prescreening komt bij de praktijkverpleegkundige. Je mist vaak niet de klacht, maar de interpretatie ervan. Dus daarom moet het eerste consult altijd met de huisarts zijn. Dat kan volgens mij niet anders.'

Samengevat wordt de opsporing van patiënten met COPD verschillend vormgegeven en experimenteren de geïnterviewden met het hanteren van spirometrieonderzoek in de huisartspraktijk. Eén mogelijkheid is meer proactief screenen. Een andere, meer toegepaste, optie is het verrichten van nader onderzoek wanneer de patiënt zich met klachten bij de huisarts meldt. Bij vermoeden van COPD kan de huisarts de patiënt voor spirometrieonderzoek naar de praktijkassistente en/of praktijkverpleegkundige verwijzen. Een belangrijk uitgangspunt is dat wanneer de patiënt met een klacht bij de huisarts komt, de eerste zorg altijd door de huisarts zelf wordt verleend.

3.3 Van 'waarschijnlijkheidsdiagnose' tot beleid

In het contact met de patiënt met COPD zijn in de loop der tijd drie stappen te herkennen: 1) het stellen van de waarschijnlijkheidsdiagnose COPD, 2) het verifiëren hiervan met behulp van spirometrieonderzoek en 3) het uitzetten van beleid door de huisarts, met de verpleegkundige anamnese als een van de onderdelen. Op de diagnose COPD, de verpleegkundige anamnese en de samenwerking in deze fase wordt hier nader ingegaan.

De diagnose COPD / spirometrieonderzoek

Eerder is beschreven dat patiënten bij vermoeden van COPD tot voor kort door de huisarts naar de longarts werden verwezen. Met de nieuwe NHG-standaarden wordt bevorderd dat de diagnostiek in toenemende mate door de huisarts zelf kan worden uitgevoerd: een taakverschuiving van de longarts naar de huisarts.
Voor de diagnostiek van het ziektebeeld COPD is spirometrieonderzoek essentieel. Voor het interpreteren van de uitslag van het spirometrieonderzoek is de medicus eindverantwoordelijk; het onderzoek zelf wordt vaak door een praktijkverpleegkundige en/of praktijkassistente uitgevoerd.

Hoewel het verrichten en beoordelen van spirometrieonderzoek inmiddels in de opleiding is opgenomen hebben veel huisartsen op dit terrein weinig of geen werkervaring. Voorafgaand aan de implementatie van spirometrieonderzoek in de huisartspraktijk worden daarom eerst transmurale samenwerkingsafspraken gemaakt met de longartsen.
Daar waar huisartsen over het algemeen geen ervaring hebben met het interpreteren van de uitslag van het spirometrieonderzoek, hebben praktijkverpleegkundigen en/of praktijkassistentes geen ervaring met het uitvoeren ervan. Het is belangrijk dat de patiënt tijdens het onderzoek op de juiste wijze van advies en instructie wordt voorzien. In de interviews is aangegeven dat training en ervaring van de begeleider van het onderzoek hierbij essentieel zijn. Een aantal praktijkverpleegkundigen en praktijkassistentes heeft om deze reden stage gelopen op het longfunctielaboratorium van een ziekenhuis. Door huisartsen worden vaak bijscholingscursussen georganiseerd in samenwerking met de longartsen. Voor

praktijkverpleegkundigen en/of praktijkassistentes worden ten behoeve van bijscholing vaak medewerkers van een longfunctie-laboratorium uitgenodigd.

Wanneer het spirometrieonderzoek in de huisartspraktijk zelf wordt uitgevoerd is het de vraag of het wenselijk is dat dit onderzoek door een praktijkverpleegkundige wordt verricht. Omdat de uitvoering relatief veel tijd vergt, is opgemerkt dat de deskundigheid van de praktijkverpleegkundige mogelijk beter voor het bevorderen van zelf-management kan worden benut. Het onderzoek kan dan eventueel mede door de praktijkassistente worden verricht. In het algemeen is opgemerkt dat het verrichten van spirometrieonderzoek niet als hoofddoel van de verpleegkundige zorg kan worden beschouwd. Wanneer het spirometrieonderzoek in of vanuit de huisartspraktijk wordt uitgevoerd is opgemerkt dat de praktijkverpleegkundige in de toekomst – binnen bepaalde marges – mogelijk mede een taak kan hebben in het monitoren van de longfunctie. Met name afwijkende uitslagen van een controlespirometrie kunnen door haar dan onder de aandacht van de huisarts worden gebracht.

Voor het verwijzen van de patiënt naar de praktijkverpleegkundige of praktijkassistente maakt de huisarts gebruik van een verwijsformulier waarop de arts tevens vermeldt welke medicatie de patiënt gebruikt. Tijdens de afspraak bij de praktijkverpleegkundige of praktijkassistente wordt meestal ook een reversibiliteitstest afgenomen en de inhalatietechniek en het medicatiegebruik gecontroleerd. In dezelfde afspraak wordt soms een (deel van de) verpleegkundige anamnese afgenomen; soms wordt hiervoor een aparte afspraak gemaakt.

De verpleegkundige anamnese

Vanuit verpleegkundig oogpunt is de informatie die met behulp van de verpleegkundige anamnese wordt verkregen de basis om, in overleg met de huisarts en de patiënt, te kunnen bepalen welke zorg kan worden verleend. Aanvullend op het stellen van de medische diagnose COPD gaat het bij de verpleegkundige anamnese met name om de gevolgen van de ziekte voor het dagelijks leven van de patiënt. Daarbij kunnen verschillende aandachtsgebieden worden onderscheiden, zoals het rookgedrag van de patiënt, het medicatie-

gebruik en het handhaven van een goede conditie. Voor een deel moet de huisarts zich hierover zelf informeren, maar de verdieping hiervan kan voor een belangrijk deel bij het takenpakket van een praktijkverpleegkundige worden ondergebracht. Het inventariseren van de gevolgen van de ziekte voor het dagelijks leven van de patiënt is een proces dat veel tijd vraagt en waarvoor vaak meerdere consulten nodig zijn.
In relatie tot een gewenste werkdrukvermindering worden soms vragen uit de medische anamnese naar de praktijkverpleegkundige gedelegeerd.

In de praktijk wordt van diverse (verpleegkundige) anamnese-formulieren gebruikgemaakt. Voor het afnemen van een anamnese worden ook verschillende begrippen gehanteerd. Een huisarts vertelt dat de anamnese sinds kort wordt afgenomen door de praktijkverpleegkundige. Dit is volgens de betreffende huisarts geen verpleegkundige anamnese, maar 'de' anamnese. Het gaat dan om een anamnese die wordt afgenomen met behulp van een medische kaart die is ontwikkeld door de huisarts. Andere praktijkverpleegkundigen maken gebruik van een anamneselijst die is ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging van Longverpleegkundigen (NVL). De onbekendheid van huisartsen met de verpleegkundige anamnese draagt bij aan het 'mengen' van de verpleegkundige met de medische anamnese.

Ook praktijkassistentes nemen in combinatie met het spirometrie-onderzoek soms (een deel van) de medische anamnese af met een vragenlijst die is ontwikkeld door de huisarts. Eén praktijkassistente die is ingewerkt door een praktijkverpleegkundige neemt dezelfde anamnese af als deze verpleegkundige.

De beschikbare tijd voor de anamnese verschilt, afhankelijk van de invulling ervan. Terwijl praktijkverpleegkundigen voor het afnemen van een anamnese soms 45 minuten uittrekken, heeft één van de praktijkassistentes voor het afnemen van de anamnese, het verrichten van diagnostisch spirometrieonderzoek en het controleren van de inhalatietechniek gezamenlijk een half uur beschikbaar. Wanneer de patiënt vragen heeft of wanneer er bijvoorbeeld

problemen zijn bij de inhalatietechniek, is deze tijd volgens de praktijkassistente ontoereikend.

Samenwerking in deze fase
Het diagnostisch spirometrieonderzoek, het controleren van de inhalatietechniek en het afnemen van de verpleegkundige anamnese vindt in een apart spreekuur plaats. Er zijn huisartsen en huisartsengroepen die ervoor kiezen om dit spreekuur te laten verrichten door een praktijkassistente, die hiervoor één of twee dagdelen per week vrijgesteld wordt van andere werkzaamheden. Valt de keuze op een verpleegkundige, dan is dat vaak gebaseerd op het gegeven dat een verpleegkundige een (uitgebreider) deel van de begeleiding van de patiënt op zich kan nemen. Daarnaast speelt mee dat op termijn de verpleegkundige bijdrage kan worden uitgebreid met de zorg aan andere groepen chronisch zieken (zie bijlage 1: DHV Groot Gelre & Amicon Zorgverzekeraar 1999).

Het bezoek van de patiënt aan het spreekuur van de praktijkassistentes gaat meestal direct vooraf aan zijn bezoek aan de huisarts. Een praktijkassistente die een deel van de medische anamnese afneemt geeft aan de huisarts door wat naar haar inschatting aandachtspunten zijn. De patiënt wacht dan in de wachtkamer. Wanneer de patiënt bij de huisarts is geweest, deelt de huisarts aan de praktijkassistente mee wanneer de patiënt weer terug wordt verwacht. Een andere praktijkassistente heeft 60 minuten voor een eerste bezoek van de patiënt waarin spirometrieonderzoek, controle van de inhalatietechniek en het afnemen van een anamnese een plaats hebben. In de laatste 15 minuten is de huisarts hierbij aanwezig, waarbij de bevindingen gezamenlijk worden besproken. Ook wordt dan een vervolgafspraak gemaakt. Een derde praktijkassistente geeft haar bevindingen na het afnemen van de anamnese tijdens het eerste bezoek door aan de huisarts. De huisarts stelt dan een zorgplan op en geeft aan de praktijkassistente door welke doelen bij de patiënt worden nagestreefd.

Praktijkverpleegkundigen maken na een anamnesegesprek meestal zelfstandig een vervolgafspraak, waarbij het dan vooral gaat om de controle van de inhalatietechniek en een juist gebruik van de

medicatie. Ook worden vervolgafspraken benut om meer zicht te krijgen op de gevolgen van de ziekte voor het dagelijks leven van de patiënt. Wanneer hier aanleiding toe is maken praktijkverpleegkundigen soms een afspraak voor een huisbezoek.

In groepsinterviews is nagevraagd in hoeverre het gebruikelijk is dat er een plan wordt gemaakt waarbij ook doelen worden gesteld voor de periodieke controles en een systematische begeleiding. Hoewel meestal wel een vervolgafspraak bij de huisarts en/of praktijkverpleegkundige en/of praktijkassistente wordt gemaakt, is het werken met zorgplannen en het opstellen van behandel- en/of begeleidingsdoelen in de huisartspraktijk nog niet gebruikelijk. Vaak bevindt deze informatie zich wel in het hoofd van de hulpverleners, maar is dit niet op schrift gesteld.

3.4 Therapeutische aspecten

In het kader van de behandeling is de medicatie een van de eerste aandachtspunten. In deze paragraaf komen de taakverdeling en samenwerking, aandachtspunten bij het gebruik van medicatie, en niet-medicamenteuze behandeling aan de orde.

3.4.1 Taakverdeling en samenwerking bij medicamenteuze behandeling

Het instellen op medicatie is een medische taak waarvan de eindverantwoordelijkheid bij de huisarts en/of de longarts ligt. Praktijkverpleegkundigen kunnen een belangrijke taak hebben bij de voorlichting over de werking van de medicijnen en instructie omtrent een juist gebruik ervan. Bij problemen kunnen zij de patiënt begeleiden. Zo nodig wordt met de huisarts overlegd of de voorgeschreven medicatie en/of de gekozen toedieningsvorm het meest geschikt is. De eerste informatie aan de patiënt wordt gegeven door de huisarts. Patiënten hebben vaak tijd nodig om zich deze informatie eigen te maken. Daarom lijkt het voor de patiënt belangrijk dat de informatie regelmatig wordt herhaald. Praktijkverpleegkundigen en/of praktijkassistentes kunnen daar een belangrijke bijdrage aan leveren.

Soms wordt plaatselijk afgesproken dat de eerste instructie over de inhalatietechniek door de apotheek wordt verricht. De huisarts

schrijft dan op het recept: 'plus instructie'. Wanneer de patiënt de medicatie bij de apotheek ophaalt wordt hij tegelijkertijd over het gebruik geïnstrueerd. De controle wordt dan meestal door de praktijkverpleegkundige en/of de praktijkassistente verricht. Een praktijkassistente die een half uur de tijd heeft voor zowel het spirometrieonderzoek als een deel van het afnemen van de anamnese en het controleren van het medicatiegebruik en de inhalatietechniek verwijst patiënten bij problemen terug naar de apotheek voor een nieuwe instructie. Zij heeft daar zelf onvoldoende tijd voor en enkele apothekersassistentes zijn specifiek bij de inhalatieinstructie betrokken. Over controle van het medicatiegebruik door de apotheek wordt door de verschillende geïnterviewden wisselend gedacht. Men vindt het soms bezwaarlijk dat de apothekersassistentes niet bij de algehele zorg voor de patiënt betrokken zijn.

Wanneer geruime tijd met de nieuwe samenwerking is geëxperimenteerd, krijgt de praktijkverpleegkundige vaak het verzoek van de huisarts of zij uit wil zoeken welke toedieningsvorm bij een patiënt het meest geschikt is. Dit vraagt bij aanvang van de behandeling van de verpleegkundige meestal meerdere consulten en veel tijd. Vaak hebben patiënten gedurende meerdere jaren al verschillende soorten medicatie gebruikt. Bij een controle wordt meestal aan de patiënt gevraagd de medicatie mee te nemen, zodat de inhalatietechniek en het medicijngebruik daadwerkelijk kunnen worden gecheckt.

3.4.2 *Aandachtspunten bij het gebruik van medicatie*

Met het oog op een juist gebruik van medicatie zijn door praktijkverpleegkundigen en/of praktijkassistentes aandachtspunten genoemd. De aandachtspunten zijn gegroepeerd in vereiste kennisaspecten, weerstanden bij de patiënt het inpassen van de medicatie in het dagelijks leven en het bevorderen van de kwaliteit van leven.

Kennisaspecten

Voor een juist gebruik van de inhalatiemedicatie is het essentieel dat de aard van het ziektebeeld en de werking van de longen voor de patiënt duidelijk zijn. Vervolgens kan dan duidelijk worden wat het effect van de medicatie is, waarom de medicatie moet worden geïn-

haleerd en waarom het bijvoorbeeld belangrijk is dat bij gebruik van een dosis aërosol de adem 5 seconden wordt ingehouden.
Kennis over de werking van de verschillende soorten medicatie is van belang. In de praktijk is het patiënten vaak niet duidelijk wat het verschil is tussen een luchtwegverwijder en een luchtwegbeschermer (inhalatiecorticosteroïd). Terwijl het effect van een luchtwegverwijder voor de patiënt direct merkbaar is, gaat het bij luchtwegbeschermers om een langetermijneffect. Hierdoor komt het regelmatig voor dat patiënten het gebruik van 'luchtwegbeschermers' staken omdat zij denken dat dit geen effect heeft: hun benauwdheid gaat hierdoor niet weg. Wanneer de werking van de verschillende soorten medicatie duidelijk is, kan de motivatie voor een correct gebruik ervan toenemen.
Met name praktijkassistentes kunnen een belangrijke functie hebben bij het signaleren van dit probleem. Vaak valt het hun namelijk als eerste op dat patiënten bij een aanvraag voor herhalingsrecepten wel de luchtwegverwijders herhalen, maar niet de luchtwegbeschermers. In sommige huisartspraktijken is afgesproken dat alle praktijkassistentes hierop alert moeten zijn.

Weerstanden bij de patiënt

Bij het gebruik van inhalatiemiddelen luistert de toedieningsvorm nauw. Poederinhalatoren zijn bewerkelijk in het gebruiksklaar maken en bij de zogeheten dosis aërosolen is de coördinatie tussen het indrukken van de verstuiver en het inademen lastig. In de praktijk is het vaak een zoektocht naar wat bij een bepaalde patiënt de beste toedieningsvorm is en welke aandachtspunten hierbij een rol spelen.
Patiënten kunnen weerstand hebben tegen een regelmatig medicatiegebruik. Met name bij het gebruik van inhalatiecorticosteroïden komt dit regelmatig voor. Wanneer het iets beter gaat kunnen patiënten de neiging hebben om deze medicatie minder te gaan gebruiken. Volgens praktijkverpleegkundigen is een veelgehoorde klacht dat 'al die rotzooi toch nooit goed kan zijn'. Angst voor bijwerkingen kan hierbij een belangrijke rol spelen. Wanneer weerstanden worden besproken kan gezamenlijk naar oplossingen worden gezocht.
Een praktijkassistente heeft de ervaring dat patiënten soms een

'eigen logica' kunnen hebben. Als voorbeeld vertelt zij over een man die eerder regelmatig een 'kuurtje' (vermoedelijk antibiotica) heeft gehad van de huisarts en die van mening is dat dit eigenlijk veel beter werkt dan de medicatie die hij op dat moment krijgt. Zij heeft deze mijnheer vervolgens opnieuw uitleg gegeven over de werking van de verschillende soorten medicijnen.

Inpassen in het dagelijks leven

Bij COPD is de medicatie symptomatisch. Voor patiënten betekent dit dat zij de medicatie langdurig en vaak de rest van hun leven moeten gebruiken. Een belangrijk aandachtspunt is dan dat de patiënt de medicatie in het dagelijks leven kan inpassen. Samen met de patiënt kan worden nagegaan hoe de dagindeling eruitziet en op welk moment de medicatie het beste kan worden ingenomen. In de loop van de tijd komt het regelmatig voor dat patiënten hun medicatie vergeten. Bij de patiënt kan dan opnieuw worden nagevraagd hoe de dagindeling eruitziet en op welke momenten de patiënt de medicatie inneemt. Samen met de patiënt kan worden gezocht naar een tijdstip waarbij de kans op vergeten afneemt. Als oplossing is bijvoorbeeld de 'tandenborstelprocedure' genoemd. De medicatie kan dan gemakkelijk dagelijks op dezelfde tijdstippen worden gebruikt.
Patiënten met COPD schamen zich vaak om hun inhalatiemedicatie in het bijzijn van anderen te gebruiken, bijvoorbeeld op het werk. Ook dan kan in overleg met de patiënt gezamenlijk naar oplossingen worden gezocht, zoals het – al dan niet in overleg met de huisarts – overgaan van viermaal een kortwerkende luchtwegverwijder naar tweemaal een langwerkende.

Bevorderen van de kwaliteit van leven

Hoewel COPD niet kan worden genezen, kan de kwaliteit van leven van COPD- patiënten met behulp van – juist gebruik van de juiste – medicatie aanzienlijk worden bevorderd. Behalve dat de patiënt in staat moet zijn om het medicatiegebruik in het dagelijks leven in te passen, gaat het er ook om dat de patiënt in het dagelijks leven zo min mogelijk door de ziekte wordt beperkt. In dit opzicht kan het zowel om de soort medicatie, bijvoorbeeld kort- of langwerkende luchtwegverwijders, als om het gebruik gaan. Een goede afstem-

ming tussen patiënt, huisarts en praktijkassistente/praktijkverpleegkundige is daarbij essentieel.

Voorbeelden uit de interviews wat de kwaliteit van leven betreft: 'Een mevrouw bij wie ik altijd thuis kwam die altijd eerst wilde douchen, ontbijten en dan de medicatie innam, heb ik gezegd dat ze beter eerst de medicatie in kon nemen.' Het gevolg was dat deze mevrouw daarna voor het eerst sinds lange tijd weer zelfstandig naar het winkelcentrum is geweest. Een andere verpleegkundige heeft een soortgelijke ervaring bij een patiënte bij wie de poederinhalator in overleg met de huisarts is veranderd in een aërosol: 'Die mevrouw kon nog geen honderd meter lopen en stapt nu met haar boodschappentasje door alle winkels.'

In overleg met de huisarts kan worden bekeken of de nachtrust bijvoorbeeld kan worden bevorderd met een langwerkende luchtwegverwijder in plaats van een kortwerkende. Een praktijkverpleegkundige zegt hierover: 'Sommige patiënten vertellen dat niet zo gauw. Maar als je dan wat langer met ze praat blijkt soms dat ze 's nachts toch best wel benauwd zijn.'

3.4.3 Niet-medicamenteuze behandeling

Bij de niet-medicamenteuze behandeling zijn stoppen met roken en het op peil houden van de conditie belangrijke aandachtspunten. Andere aandachtspunten zijn het handhaven van een goede voedingstoestand, het in acht nemen van een goede energieverdeling over de dag en het voorkomen van sociaal isolement. Het zelfmanagementgedrag van de patiënt speelt hierbij een cruciale rol en wordt nader belicht in hoofdstuk 4.

3.5 Periodieke controles

Periodieke controles hebben als doel de kwaliteit van leven te bevorderen en de progressie van het ziektebeeld tegen te gaan en daarnaast de acute zorg – behandeling van klachten, exacerbaties en ziekenhuisopnames – te beperken. Toch worden deze periodieke controles bij patiënten met COPD nog weinig uitgevoerd (Smeele, Grol e.a. 1996). In het verleden waren patiënten met COPD veelal

ook onder controle bij de longarts. Naar verwachting zal het aantal patiënten met (ernstig) COPD in de nabije toekomst sterk toenemen. Een longarts merkt op dat dan in de tweede lijn capaciteitsproblemen ontstaan. Naar verwachting zal mild of matig COPD in de toekomst, waar mogelijk, door de huisarts worden behandeld: een extra belasting voor de huisarts. De indruk bestaat dat praktijkverpleegkundigen aan een deel van de periodieke controles een belangrijke bijdrage kunnen leveren en daardoor de belasting van de huisarts kunnen verminderen. Overigens blijkt uit de interviews dat de komst van de praktijkverpleegkundige vaak een aanleiding is om met periodieke controles te starten. Met andere woorden: er komt voor de aanpak van patiënten met COPD iets bij wat niet vanzelfsprekend tot werkdrukvermindering leidt.
In de praktijk is vaak nog onduidelijk hoe de periodieke controles het beste kunnen worden georganiseerd, wat hiervan de gewenste inhoud is en hoe de taakverdeling tussen huisarts en praktijkverpleegkundige eruit moet zien. De volgende aandachtspunten zijn op basis van de interviews te formuleren.

Frequentie
Omdat een frequentie van één keer per kwartaal bij een grote populatie een aanzienlijke belasting kan zijn, wordt er soms voor gekozen om de periodieke controles – veelal bij alle patiënten met COPD – tot één keer per jaar te beperken.

Differentiatie in doelgroepen
Huisartsen die al langere tijd ervaring hebben met periodieke controles, hebben de indruk dat een differentiatie nodig is. Voor een mogelijk onderscheid in subgroepen zijn de volgende criteria genoemd: 1) de objectieve ernst van het ziektebeeld, 2) de mate van klachten van de patiënt, 3) de stabiliteit: de snelheid waarmee de longfunctie achteruitgaat en/of het aantal excacerbaties per jaar en 4) comorbiditeit.

Periodieke controle of extra begeleiding?
Door huisartsen en verpleegkundigen is aangegeven dat differentiatie nodig is tussen standaard periodieke controles en het aanbieden van extra begeleiding. Bij standaard periodieke controles

gaat het om controlespirometrie, het controleren van de inhalatietechniek en het medicatiegebruik. Bij het aanbieden van extra begeleiding betreft het problemen in het medicatiegebruik of begeleiding bij het stoppen met roken.

Bijdrage praktijkverpleegkundige

Wanneer huisartsen zelf nog weinig ervaring hebben met periodieke controles bij patiënten met COPD is het lastig om te bedenken wat daarbij de gewenste bijdrage is van de praktijkverpleegkundige. Zo geeft één huisarts aan dat hij bij de periodieke controles betrokken wil zijn, omdat patiënten met COPD in het verleden meestal onder controle waren bij de longarts en hij de doelgroep zelf nog niet goed kent. Ook wordt verschillend gedacht over de vraag welke patiënten op welk moment door de huisarts dan wel door de praktijkverpleegkundige moeten worden gezien. Een algemene indruk van huisartsen is dat meer aan de praktijkverpleegkundige kan worden overgelaten bij een objectief minder ernstig ziektebeeld en bij patiënten die langere tijd stabiel zijn.

Delegatie van taken bij periodieke controles

Bij de vraag welke taken naar de praktijkverpleegkundige en/of praktijkassistente kunnen worden gedelegeerd is een aantal aandachtspunten genoemd, die overigens voor een deel ook gelden voor delegatie van taken bij medicamenteuze behandeling. De genoemde aandachtspunten zijn: 1) inventariseren van het verloop van de voorgaande periode: verkoudheden, veranderingen in het klachtenpatroon, ziekenhuisopnames, 2) het verrichten van een controlespirometrie, 3) controle van het medicatiegebruik en de inhalatietechniek, 4) inventariseren van – veranderingen in – het rookgedrag van de patiënt en van de motivatie om te stoppen met roken, 5) inventariseren van de conditie van de patiënt en van klachten bij activiteiten in het dagelijks leven en 6) inventariseren van de zorgbehoefte ten gevolge van een verminderde conditie: de behoefte aan hulp bij huishoudelijk werk of de behoefte aan aanpassingen zoals de aanschaf van een rollator. Deze aandachtspunten zijn mede afhankelijk van de ernst van het ziektebeeld en kunnen per ziektestadium verschillen.

4 BEVORDEREN VAN ZELFMANAGEMENT VAN PATIËNTEN MET COPD

In hoofdstuk 2 is het belang van zelfmanagement bij de patiënt met COPD reeds toegelicht. De patiënt kan zelf grote invloed uitoefenen op de kwaliteit van leven en de prognose van het ziektebeeld. In de groepsinterviews is nagegaan welke ervaringen, opvattingen en wensen de geïnterviewden hebben ten aanzien van de bijdrage van praktijkverpleegkundigen aan het bevorderen van therapietrouw en het zelfmanagement van de patiënt. Op basis hiervan wordt in dit hoofdstuk ingegaan op visies op zelfmanagement, zelfmanagement bij COPD, de doelgroepen bij het bevorderen van zelfmanagement, aandachtsgebieden bij het bevorderen van zelfmanagement en groepsvoorlichting en -begeleiding.

4.1 Visies op zelfmanagement

Uit de interviews blijkt dat opvattingen over het begrip zelfmanagement in de praktijk verschillen. Verpleegkundigen zijn met name gericht op de gevolgen van de ziekte voor het dagelijks leven van de patiënt. Het gaat dan om *het zelfmanagement van het leven met de ziekte*. Het begrip zelfmanagement heeft daarbij betrekking op besluitvorming over allerlei activiteiten in het dagelijks leven van de patiënt in relatie tot de ziekte.

De indruk bestaat dat huisartsen vooral denken aan *het zelfmanagement van de ziekte*. Het accent ligt dan op aspecten als een juist medicatiegebruik en de behandeling van excacerbaties, zodat een verergering van klachten door de patiënt tijdig wordt onderkend en een huisarts wordt ingeschakeld.

Voor een eenduidige visie op het bevorderen van het zelfmanagement is het belangrijk dat hulpverleners/disciplines het eens zijn over uitgangspunten met betrekking tot de behoefte aan zorg en het zorgaanbod voor patiënten met COPD. In de interviews wordt

hierbij een relatie gelegd met het uitgangspunt dat het medisch model in engere zin bij de behandeling van COPD is verlaten. Een longarts stelt: 'Als je er zo tegenaan zou kijken dan moet je vaststellen dat je als medicus, of je nu huisarts of longarts bent, je daar maar voor een déél antwoord op kunt geven.'

Voor een effectief zelfmanagement is het gewenst dat patiënten met COPD hun gedrag veranderen (stoppen met roken, verbeteren van de conditie). Dit vereist dat de patiënt zich ervan bewust is dat hij zelf medeverantwoordelijk is voor het te behalen behandelresultaat. Een belangrijke voorwaarde voor gedragsverandering is dat patiënten begrijpen waarom dit nodig is. Dit betekent dat zij kennis en inzicht moeten hebben in de aard en de prognose van de aandoening, hoe een verdere verslechtering van de longfunctie kan worden tegengegaan en wat daarbij hun eigen aandeel kan zijn. Een belangrijke voorwaarde voor effectief zelfmanagement is dan dat de patiënt de juiste kennis krijgt aangereikt en dat hij de benodigde vaardigheden kan ontwikkelen. Tevens moet de patiënt bereid en in staat zijn om zich hiervoor in te zetten.

In de interviews is opgemerkt dat het bevorderen van zelfmanagement een proces is dat geruime tijd vergt. Een verpleegkundige zegt hierover: 'Het is een proces dat tijd nodig heeft, voordat iemand zelf doorheeft wat er met hem aan de hand is en begrijpt dat hij dat zelf kan beïnvloeden en of hij dat wil of niet, inclusief het aandeel van alle huisgenoten.' Belangrijk is dat er dan een plan van aanpak komt dat de patiënt hierbij kan worden aangeboden. Een verpleegkundige: 'Wat vind je dat die patiënt dan in zijn rugzakje nodig heeft om inderdaad te komen tot iets beter omgaan met die ziekte? De uiteindelijke keuze hierover moet bij de patiënt zelf blijven. Vervolgens moet je de patiënt natuurlijk wel informeren en een aantal vaardigheden bijbrengen.' Ook de attitude van de patiënt, zoals zijn motivatie, kan bij de begeleiding worden besproken.

Het begrip zelfmanagement is in de NHG-standaarden niet opgenomen en een richtlijn voor het bevorderen van het zelfmanagement van patiënt met COPD ontbreekt. Deze zorg moet daarom als aanvulling op de gebruikelijke huisartsgeneeskundige zorg

worden beschouwd met het perspectief dat de zorg hierdoor kan worden verbeterd. Zo bestaat de indruk dat als onderdeel van periodieke controles informatie, instructie en begeleiding van patiënten gemiddeld onvoldoende aan bod komen in de huisartsgeneeskundige zorg.
Het begrip periodieke controle wordt overigens niet eenduidig gehanteerd. De *behandelcomponent* bestaat uit het monitoren van de objectieve gezondheid van de patiënt: diagnostiek van het ziektebeeld, het beoordelen van klachten, het management van comorbiditeit, medicatie en het zo nodig bijstellen van de medische behandeling. De *gedragscomponent* – meer van belang wat het bevorderen van het zelfmanagement betreft – omvat het monitoren van het gedrag van de patiënt betreffende stoppen met roken en het op peil houden van de conditie, en het aanbieden van aanvullende informatie, instructie en/of begeleiding. In de interviews lopen de genoemde invalshoeken vaak sterk door elkaar.

Het beoordelen en behandelen van de objectieve gezondheid van de patiënt is een specifieke deskundigheid van de huisarts. De deskundigheid van verpleegkundigen ligt eerder op het terrein van het bevorderen van de zorg waar de patiënt zelf in kan voorzien. Hoewel deze zorg ook door huisartsen kan worden aangeboden, is in de interviews aangegeven dat het bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt daarom, als aanvulling op de gebruikelijke huisartsgeneeskundige zorg, bij uitstek in het takenpakket van de praktijkverpleegkundige kan worden ondergebracht.

4.2 Zelfmanagement bij COPD

Het bevorderen van zelfmanagement door de patiënt met COPD heeft als doel om de kwaliteit van leven van de patiënt te bevorderen en daarnaast de medische consumptie – bijvoorbeeld ziekenhuisopnames – te voorkomen. Het stimuleren van zelfmanagement bij COPD is in verhouding tot aandoeningen als astma en diabetes complex, vanwege de onomkeerbaarheid van de aandoening.
Bij de behandeling van COPD wordt stoppen met roken beschouwd als de belangrijkste interventie. Omdat roken verslavend is en omdat mensen met COPD vaak een langdurige rookgeschiedenis

hebben, gaat het om een zeer lastige interventie waarbij bovendien de effecten pas op lange termijn merkbaar zijn. Daarnaast is het voor het stoppen met roken nodig dat de patiënt inzicht heeft in de mogelijke gevolgen van de ziekte (en roken) op lange termijn. Dit inzicht ontbreekt vaak. Verder komt het ziektebeeld COPD overwegend voor bij oudere patiënten. Benadrukt wordt dat deze patiënten nog vaak naar de huisarts gaan met de verwachting dat zij dan van de dokter medicatie krijgen waarmee het probleem wordt opgelost. Het is dan volgens de geïnterviewden van groot belang om deze verwachtingen met de patiënt te bespreken en uit te leggen dat het gedrag van de patiënt bij de behandeling essentieel is voor het resultaat. Een ander gegeven is dat bij patiënten met COPD nogal eens comorbiditeit voorkomt. Voor het zelfmanagement kan dit betekenen dat de patiënten tegelijkertijd ook leefregels van andere chronische aandoeningen in acht moeten nemen: bijvoorbeeld het regelmatig controleren van bloedsuikerwaarden bij patiënten die ook diabetes hebben.

4.3 Doelgroepen bij het bevorderen van zelfmanagement

Op basis van gegevens uit de groepsinterviews kan bij het bevorderen van het zelfmanagement van patiënten met COPD in de huisartspraktijk onderscheid worden gemaakt tussen twee doelgroepen:

1 het beginstadium van de aandoening, kort nadat de diagnose is gesteld: mild COPD;
2 patiënten die in meerdere mate fysiek beperkt zijn: matig en/of ernstig COPD.

De doelgroepen onderscheiden zich doordat bij mild COPD de prognose nog verbeterd kan worden door tegengaan van verergering van het ziektebeeld. Bij matig en/of ernstig COPD is er minder winst te behalen door aandacht voor het ziektebeeld en verschuift de aandacht naar het aanbieden van hulpmiddelen en ondersteuning van de mantelzorg. Meerdere hulpverleners zijn dan bij de patiënt betrokken, waardoor de behoefte aan coördinatie toeneemt. De praktijkverpleegkundige kan volgens de geïnterviewden een belangrijke bijdrage leveren aan de coördinatie van zorg.
Hierna wordt een toelichting gegeven op het zelfmanagement van de twee doelgroepen.

4.3.1 *In het beginstadium van de aandoening*

Kenmerkend voor het ziektebeeld COPD is dat de gepresenteerde klachten vaak niet in verhouding staan tot de ernst van de longfunctiestoornis. Huisartsen hebben de indruk dat patiënten met COPD over het algemeen niet snel klagen en dat zij zich vaak pas melden wanneer het water hun echt aan de lippen staat. Daarbij is benauwdheid een klacht die niet alleen voor huisartsen, maar ook voor patiënten zelf vaak moeilijk te interpreteren is. Ook wordt aangegeven dat patiënten hun benauwdheidsklachten vaak vertalen in de klacht dat zij minder kunnen, bijvoorbeeld fietsen en traplopen. Daarbij ontstaan de fysieke beperkingen zeer geleidelijk. Over het algemeen bestaat de indruk dat patiënten in de loop van de tijd aan hun klachten wennen en dat zij hun activiteitenpatroon hierop geleidelijk en vaak min of meer onbewust aanpassen.

Een verpleegkundige: 'Dat is het vervelende bij het ziektebeeld. Je kunt klachten hebben en een redelijk goede longfunctie en je kunt geen klachten hebben en een heel slechte longfunctie. Bij COPD zijn de klachten niet altijd een goede graadmeter voor de mate waarin de longfunctie achteruitgaat. En patiënten zijn natuurlijk ook heel erg gewend om met klachten te leven. Ze ervaren het piepen en hoesten en het even niet meer de trap opkomen niet meer als klacht.'

Een huisarts: 'Subjectieve klachten en objectieve bevindingen kunnen gigantisch uit elkaar lopen. Je hebt mensen die zich uitkleden en dan zeg je: "U bent wel benauwd, hè?" En dan zeggen ze: "Ik heb nergens last van. Ja, met de trap." En als je dan de flow-/volumemeting ziet sla je steil achterover dat die mensen nog een wandeling kunnen maken.'

Over het algemeen bestaat de indruk dat patiënten met COPD zich, in het begin van de ziekte en vlak nadat de diagnose is gesteld, vaak weinig bewust zijn van de mate waarin de ziekte hun leven beïnvloedt. Bij het bevorderen van zelfmanagement kan het bevorderen van bewustwording dan als een belangrijke hoofddoelstelling worden beschouwd. Kernelementen zijn dat de patiënt a) weet wat de aandoening COPD inhoudt, b) zich ervan bewust is in welke mate de aandoening zijn dagelijks leven beïnvloedt en c) inziet en

ervoor openstaat dat het eigen gedrag daarbij een belangrijke rol speelt.

4.3.2 *Patiënten die in meerdere mate fysiek beperkt zijn*

Bij patiënten die in meerdere mate fysiek beperkt zijn heeft de aandoening een grote invloed op de kwaliteit van het dagelijks leven. Doordat werk moeilijker wordt komen patiënten dan vaak in de WAO. Het handhaven van een goede conditie is bij deze groep een belangrijk aandachtspunt. In de interviews wordt aangegeven dat het zorgaanbod in dit opzicht nog beperkt is. Bij patiënten die veel klachten hebben en desondanks over een relatief goede longfunctie beschikken, is het nog niet mogelijk om aan een revalidatieprogramma deel te nemen. De indicatie hiervoor ontbreekt vaak. De indruk bestaat dat bij deze patiënten relatief vaak sprake is van isolement. In combinatie met comorbiditeit en excacerbaties zijn vaak meerdere hulpverleners bij de zorg voor de patiënt betrokken. Bij het bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt staan bij deze doelgroep andere aandachtspunten op de voorgrond dan bij de groep met mild COPD. Met name coördinatie en afstemming van de zorg van verschillende hulpverleners wordt belangrijker. Andere specifieke aandachtspunten betreffen bijvoorbeeld aanpassingen van de woning en instructie en begeleiding van de patiënt en/of mantelzorgers bij wat zij kunnen doen bij verergering van klachten. Bij deze doelgroep van de praktijkverpleegkundige kan het gaan om patiënten die onder behandeling zijn van de longarts. Wanneer in het ziekenhuis geen longverpleegkundige aanwezig is, wordt er in de praktijk soms voor gekozen om voor de begeleiding van deze patiënten en mantelzorgers een praktijkverpleegkundige in te schakelen. Bij patiënten die door hun fysieke beperkingen dermate in hun ADL (activiteiten dagelijks leven) worden belemmerd dat zij bijvoorbeeld hulp nodig hebben bij de dagelijkse wasbeurt, wordt deze zorg aan de wijkverpleegkundige overgedragen. Bij patiënten met COPD is dat vaak pas in een laat stadium van de aandoening noodzakelijk.

4.4 Aandachtsgebieden bij het bevorderen van zelfmanagement

Hier komen de aandachtsgebieden aan bod die van belang zijn bij het ondersteunen van zelfmanagement.

4.4.1 Gebruikmaken van zorgdoelstellingen

In de groepsinterviews is aangegeven dat het bevorderen van zelfmanagement een proces is dat geruime tijd vergt en dat het niet van de ene op de andere dag kan worden gerealiseerd. Omdat gedragsverandering vaak moeilijk te realiseren is, is het belangrijk prioriteiten te stellen en gebruik te maken van een stapsgewijze werkwijze. Met het opstellen en evalueren van zorgdoelen is het mogelijk om behandeling en begeleiding te toetsen en bij te stellen. Van belang is dat de doelen door de patiënt zelf als haalbaar worden beschouwd. In de praktijk onderkennen huisartsen het belang van het opstellen en evalueren van zorgdoelstellingen, maar is deze werkwijze nog niet gebruikelijk. Ook in praktijken waar praktijkverpleegkundigen werkzaam zijn worden zorgdoelstellingen meestal nog niet op schrift gesteld.

4.4.2 Communicatie hulpverlener–patiënt

Vanuit het uitgangspunt van zelfmanagement ligt de besluitvorming over wat wel of niet wenselijk of haalbaar is bij de patiënt. In het hulpverleningsproces moet de hulpverlener dan als adviseur annex coach worden beschouwd. Daarbij kan de patiënt stapsgewijs worden aangemoedigd om zelf tot effectiever zelfmanagement te komen en kan besproken worden welke objectieve en/of subjectieve belemmeringen daarbij een rol kunnen spelen.
Bij het bevorderen van zelfmanagement is de communicatie(stijl) tussen de hulpverlener en de patiënt essentieel. Een longarts spreekt hierbij over *healthcounseling*: een manier van communiceren die past bij het uitgangspunt dat de besluitvorming over het gewenste gedrag uiteindelijk bij de patiënt zelf moet blijven. In de groepsinterviews is het belang van *healthcounseling* onderschreven, maar over het uitgangspunt dat keuzes door de patiënt zelf worden gemaakt, werd verschillend gedacht. Daarbij is genoemd dat verwachtingen en keuzes van hulpverleners en patiënten sterk uiteen kunnen lopen. In het kader van de hulpverlening is benadrukt dat het belangrijk is om de wederzijdse verwachtingen te

bespreken en zo mogelijk op elkaar af te stemmen. Door sommige deelnemers aan de groepsinterviews werd benadrukt dat het besluit over zelfmanagement te allen tijde bij de patiënt moet blijven, maar anderen stelden daar hun vraagtekens bij.
Omdat de communicatie tussen de hulpverlener en de patiënt bij het bevorderen van zelfmanagement een centrale plaats inneemt en het hulpverleningsproces zich afspeelt over langere tijd, is door sommigen aangegeven dat het belangrijk is dat de patiënt hierbij zo veel mogelijk door dezelfde persoon wordt begeleid. Continuïteit van de persoon van de hulpverlener is voor hen een belangrijke voorwaarde voor het resultaat. Het belang van dit uitgangspunt werd in de groepsinterviews niet door iedereen onderschreven.

4.4.3 *Omgang met mantelzorgers*

Partners, familieleden en huisgenoten kunnen zowel een ondersteunde als een belemmerende invloed hebben op het zelfmanagement. Een voorbeeld is dat familieleden de patiënt kunnen stimuleren bij het stoppen met roken. Daarentegen kunnen familieleden die zelf roken een demotiverende invloed hebben. In de hulpverlening is het dan belangrijk om daar rekening mee te houden en familieleden, indien gewenst, in de begeleiding te betrekken. In de groepsinterviews wordt dit aandachtspunt relevant geacht, maar in de praktijk besteedt men er wisselend aandacht aan.

4.4.4 *Voorkomen van verergering van klachten*

Een belangrijk doel van het bevorderen van zelfmanagement is te voorkomen dat er exacerbatie en/of een toename van klachten optreedt. Wanneer dit desondanks gebeurt, is het in eerste instantie belangrijk dat de exacerbaties en/of klachten door de huisarts worden behandeld. In de interviews is aangegeven dat dit in tweede instantie ook een ingang kan zijn om het zelfmanagement met de patiënt te bespreken. Met de patiënt kan worden nagegaan of hij zelf een idee heeft wat bij de klachten een rol kan hebben gespeeld en welke aandachtspunten hierbij mogelijk van belang zijn. In dit opzicht kan de praktijkverpleegkundige ook navraag doen naar bijvoorbeeld (veranderingen in) het rookgedrag, het gebruik van de medicatie, de inhalatietechniek en de conditie.
Bij patiënten met COPD bij wie regelmatig exacerbaties optreden

waarvoor ziekenhuisopnames noodzakelijk zijn, wordt soms extra verpleegkundige begeleiding ingesteld om te inventariseren wat voor problemen daaraan ten grondslag liggen en welke interventies van nut kunnen zijn. Wanneer duidelijk is om welke aandachtsgebieden het gaat, kan worden geïnventariseerd wat de oorzaak is van bepaalde problemen. Behalve op het terrein van de kennis, vaardigheden en/of attitude van de patiënt is het ook belangrijk om na te gaan in hoeverre bepaalde leefregels in het dagelijks leven kunnen worden ingepast en op welke wijze de kwaliteit van leven zo goed mogelijk kan worden bevorderd. Wanneer de patiënt zich in verband met (een verergering van) klachten en/of exacerbaties bij de huisarts meldt, kan de praktijkverpleegkundige worden ingeschakeld om na te gaan of er problemen zijn met het zelfmanagement en of in dit kader extra voorlichting, instructie en/of begeleiding gewenst is. Ook kan dit een aanleiding zijn om met periodieke controles op het gebied van zelfmanagement te starten. In de praktijk wordt daar wisselend gebruik van gemaakt. Praktijkverpleegkundigen hebben de ervaring dat dit per huisarts verschilt.

4.4.5 Leefregels en aandachtspunten

Eerder is aangegeven dat bewustwording als een belangrijke doelstelling kan worden beschouwd. Kernelementen zijn dat de patiënt weet wat de aandoening COPD inhoudt, wat de prognose is van de aandoening, wat de werking is van de longen, in welke mate de aandoening zijn leven kan beïnvloeden, wat dit voor de patiënt zelf betekent en dat het gedrag van de patiënt zelf een cruciale rol speelt bij het behandelresultaat.

In het groepsinterview met de praktijkverpleegkundigen is benadrukt dat het bieden van informatie wel een belangrijke voorwaarde is om zelfmanagement te bevorderen, maar dat dit in de praktijk lang niet altijd toereikend is. Verondersteld werd dat het zelfmanagement bij sommige patiënten mogelijk ook door depressiviteit kan worden belemmerd. Benadrukt werd dat hier over het algemeen nog maar weinig aandacht aan wordt besteed en dat deze overweging in de praktijk meer aandacht verdient (Van Ede, IJzermans en Brouwer 1999). Praktijkverpleegkundigen voelen zich ook niet voldoende deskundig op dit terrein. Aangegeven is dat een meetinstrument voor het vaststellen van een eventuele depressie

een hulpmiddel kan zijn. Met het oog op zelfmanagement lijkt het belangrijk dat een eventuele depressie eerst door de huisarts en/of een psycholoog wordt behandeld. Voor het vaststellen van een depressie kunnen verpleegkundigen met name een signalerende functie hebben.
Omdat experimentele projecten met de functie praktijkverpleegkundige zich vaak in achterstands- en ondersteuningsgebieden bevinden, waar men toch al moeite heeft met zelfmanagement, is door huisartsen benadrukt dat 'kleine stapjes' de meest aangewezen manier is om zelfmanagement te bevorderen. Een praktijkverpleegkundige benadrukt dat het bevorderen van *self-efficacy* – het zelfvertrouwen om gewenst gedrag te vertonen – dan een belangrijk aandachtspunt lijkt. In de huisartspraktijk en de verpleging is het begrip *self-efficacy* wel bekend, maar krijgt het in de praktijk nog onvoldoende vorm.
Bij het bevorderen van zelfmanagement is een aantal ziektespecifieke leefregels en aandachtspunten te onderscheiden, die hierna worden toegelicht.

Stoppen met roken

Voor de begeleiding bij stoppen met roken wordt in de huisartspraktijk gebruikgemaakt van de minimale interventiestrategie (MIS): een specifieke methode voor een stapsgewijze begeleiding in meerdere consulten. Omdat voor stoppen met roken vaak verschillende stoppogingen nodig zijn, zijn de resultaten ogenschijnlijk niet spectaculair. De implementatie van de MIS wordt hierdoor belemmerd. In de groepsinterviews is aangegeven dat de MIS goed door praktijkverpleegkundigen kan worden uitgevoerd. Om teleurstelling van zowel patiënt als hulpverlener te voorkomen, is het belangrijk dat hierbij realistische verwachtingen worden gehanteerd. Benadrukt is dat roken een verslaving is. Belangrijk is dat patiënten weten dat roken een verslaving is en een gedragsverandering wenselijk is en dat ze de gedragsverandering moeten zien in het totaalbeeld van hun dagelijks functioneren. Belangrijk is dan dat mensen weten dat stoppen met roken veel energie en emoties kost zodat ze zelf kunnen besluiten wat een goed moment is om te stoppen. Een begripvolle houding, waarbij de patiënt ook wordt geaccepteerd als hij (nog) niet stopt, is dan belangrijk. De relatie

tussen de hulpverlener en de patiënt en de kwaliteit van de interactie tussen beiden zijn hierbij essentieel.
Praktijkverpleegkundigen hebben de ervaring dat sommige patiënten niet weten hoeveel ze roken. Om de bewustwording te bevorderen wordt dan bijvoorbeeld afgesproken dat de patiënt de frequentie gedurende een bepaalde periode bijhoudt in een dagboekje. Bij de keuze om daadwerkelijk te stoppen kan de patiënt met kleine stappen worden gestimuleerd. Een praktijkverpleegkundige licht toe: 'Sommige mensen moet je helpen. Dan zeg je: "Nou moet u echt een dag eens niet roken." Het is nodig om dit stap voor stap te bespreken en de resultaten te bevestigen.'
Met betrekking tot stoppen met roken is aangegeven dat zowel de attitude van de patiënt als de attitude van de hulpverlener een belemmering kan vormen. De hulpverlener moet met zijn attitude voorkomen dat een patiënt niet meer op de periodieke controles komt omdat deze er vanuit een moralistische houding steeds opnieuw aan wordt herinnerd dat hij eigenlijk met roken moet stoppen.

Medicatie
Hoewel de medicatie symptomatisch is, is dit voor de patiënt toch vaak een voorwaarde om iets meer te kunnen. Praktijkverpleegkundigen hebben de ervaring dat mensen er dan soms ook aan moeten wennen dat ze opeens weer dingen kunnen die daarvoor lange tijd niet meer mogelijk waren. In het kader van zelfmanagement kunnen mensen het advies krijgen om binnen bepaalde grenzen hun medicatie zelf aan te passen. Wanneer dergelijke afspraken met de patiënt zelf worden gemaakt kan de praktijkverpleegkundige de patiënt hierbij begeleiden.

Werk
Sommige praktijkverpleegkundigen vragen de patiënt hoe het op het werk gaat. Een praktijkverpleegkundige zegt hierover: 'Ja, ik bespreek dat met een patiënt. Ik heb bijvoorbeeld een patiënt die is lasser, die moet dan in die schepen in R. in kleine ruimtes lassen. Met COPD is dat niet echt gunstig. Er zijn afzuigmiddelen en nu heeft hij zichzelf er eentje toegeëigend. Ik heb hem geadviseerd om dit met de Arbo-deskundige te bespreken. Als hij dat niet bespreekt

met de bedrijfsarts kan ik vragen of ik contact met hem op mag nemen. Want vaak is het toch voor mensen weer een grote stap om dat te doen. Mogelijk kan de bedrijfsarts eens komen kijken op de werkplek.'
Aandachtspunten in relatie tot het werk zijn het gebruik van (inhalatie)medicatie op het werk en de omgang met rokende collega's. Ook het ziekteverzuim in relatie tot de aandoening kan een aandachtspunt zijn. Hoewel het aandachtsgebied werk in de praktijk niet altijd aan de orde komt, wordt het in de interviews wel relevant geacht. Een verpleegkundige: 'Als je in een eerste gesprek gewoon vraagt hoe het op het werk gaat, kom je er wel achter.'

(Niet-)allergische prikkels en saneren
Bij patiënten met COPD kan een verergering van klachten mede door niet-allergische prikkels zoals rook, koude lucht, mist of allerlei luchtjes worden veroorzaakt. Een algemene ervaring is dat patiënten zich daar vaak niet bewust van zijn. In de hulpverlening kan hierover informatie worden gegeven en kan worden nagegaan in hoeverre hiervan mogelijk sprake is bij de patiënt. Wanneer de patiënt zich hiervan bewust is, kan verergering van klachten door niet-allergische prikkels beter worden voorkomen.
Bij patiënten bij wie sprake is van een astmatische component spelen allergische reacties vaak een belangrijke rol. Saneringsadviezen voor de woning worden daarbij zowel door sommige praktijkverpleegkundigen als door longverpleegkundigen van de thuiszorgorganisatie gegeven.

Conditie
Het op peil houden van de conditie wordt bij het bevorderen van het zelfmanagement als een belangrijk verpleegkundig aandachtsgebied beschouwd. In de interviews is aangegeven dat de conditie van de patiënt nader kan worden geïnventariseerd met behulp van een aantal gerichte vragen betreffende de ADL, zoals hoe het gaat met traplopen, boodschappen doen en dergelijke. Bij het bevorderen van de conditie is het belangrijk dat daarbij geen onmogelijke dingen aan de patiënt worden gevraagd. Op basis van aanvullende diagnostiek kan de longarts adviseren wat het meest geïndiceerd is: zelf sporten, met behulp van het Astma Fonds; fysiotherapie; of

voedingssuppletie bij een patiënt die is afgevallen.
Hoewel sommige patiënten in de huisartspraktijk een beperkte conditie hebben, is er niet altijd een indicatie voor fysiotherapie, zijn er soms financiële beperkingen en ontbreekt aanbod. Meer samenwerking met fysiotherapie wordt door meerdere geïnterviewden belangrijk geacht, hoewel zij daar in de praktijk nog weinig ervaring mee hebben.
Bij een beperkte conditie kan de zorgbehoefte door praktijkverpleegkundigen worden geïnventariseerd. Het gaat dan bijvoorbeeld om de behoefte aan huishoudelijke hulp, aan woningaanpassingen en aan hulpmiddelen.
In de praktijk informeren praktijkverpleegkundigen patiënten wel over het belang van het handhaven en bevorderen van de conditie. Ook motiveren zij de patiënt om meer te bewegen. Een praktijkverpleegkundige zegt: 'Sommige patiënten vertellen bijvoorbeeld dat ze nog iedere week naar de markt gaan. En dan zeg je: "Dat is goed dat u dat doet." Aan het handhaven en bevorderen van de conditie lijkt over het geheel evenwel systematisch nog weinig aandacht te worden besteed.

Optimale energieverdeling
Door sommige praktijkverpleegkundigen wordt ook aandacht besteed aan de energieverdeling over de dag en over de week. Samen met de patiënt wordt bijvoorbeeld doorgenomen hoe de dag eruitziet en hoe de patiënt zich voelt. Door een analyse hiervan en vanuit de kennis van de ziekte en ervaring ermee en terugkoppeling van die ervaring, kan de patiënt worden geadviseerd om zijn energie anders te verdelen. De patiënt kan aldus inzicht krijgen in de energie die het kost om bepaalde handelingen te verrichten. Benadrukt wordt dat mensen vaak gehecht zijn aan hun dagelijkse gewoontes en dat het moeilijk kan zijn om deze gewoontes te veranderen. Een praktijkassistente heeft bijvoorbeeld de ervaring dat mensen het huishoudelijk werk vaak nog lang zelf willen blijven doen, ondanks dat hun dat eigenlijk veel moeite kost. Zij adviseert bijvoorbeeld om huishoudelijke hulp wel te overwegen, zodat iemand meer tijd overhoudt voor ontspanning en leuke activiteiten.

Voeding
Met betrekking tot de voeding worden soms afspraken gemaakt om het gewicht tijdens de periodieke controles standaard te controleren. Ook worden wel algemene voedingsadviezen gegeven zoals: gebruik vaak kleine hoeveelheden bij benauwdheidsklachten. In dit opzicht hebben de verpleegkundigen met name een signalerende functie. Bij overgewicht of sterk gewichtsverlies wordt de patiënt in overleg met de huisarts naar de diëtist(e) verwezen of kan de behandeling worden aangepast.

Wanneer de genoemde aandachtspunten in het hulpverleningsproces worden betrokken is het belangrijk dat deze met behulp van de verpleegkundige anamnese in beginsel globaal in beeld worden gebracht. Op basis hiervan kunnen zowel vanuit de opvatting van de patiënt als vanuit de opvatting van de verpleegkundige de knelpunten bepaald worden en welke zorg daarbij kan worden geboden. Per aandachtsgebied en afhankelijk van de prioriteiten die hierbij in overleg met de patiënt worden gesteld, kan dan een aanvullende inventarisatie worden verricht en een individueel informatie- en/of begeleidingsplan worden opgesteld.
In de praktijk wordt aan de genoemde aandachtsgebieden evenwel wisselend aandacht besteed. Voor de verpleegkundige anamnese wordt gemiddeld 45 minuten á 1 uur gereserveerd. In overleg met de huisarts wordt er soms ook voor gekozen om het anamnesegesprek tot bepaalde aandachtspunten te beperken, zoals het checken van de inhalatietechniek en van de motivatie om te stoppen met roken. In één project betekende deze insteek dat in eerste instantie voor de verpleegkundige anamnese slechts 15 minuten werd uitgetrokken.

4.5 Groepsvoorlichting en -begeleiding

Hoewel praktijkverpleegkundigen bij het bevorderen van zelfmanagement nog hoofdzakelijk gebruikmaken van een individuele benadering, is in de groepsinterviews aangegeven dat het een voordeel zou kunnen zijn wanneer de praktijkverpleegkundige ook groepsvoorlichting zou geven. Een aanvullend aanbod van groepsvoorlichting- en begeleiding kan voor de huisartspraktijk efficiënt

zijn. Met het oog hierop kunnen, op basis van de gegevens uit de groepsinterviews, drie doelgroepen worden onderscheiden:

1 Patiënten bij wie net de diagnose COPD is gesteld. Eerder is gesteld dat het belangrijk is dat deze patiënten goede basisinformatie krijgen over de aard van de ziekte, de prognose, aard van de behandeling en wat daarbij hun eigen aandeel kan zijn. Wanneer deze informatie in groepen wordt aangeboden kan dit doeltreffend zijn. Genoemd is dat onderscheid moet worden gemaakt tussen algemene voorlichtingsaspecten en voorlichting die aansluit bij de specifieke behoefte van de individuele patiënt. In combinatie met groepsvoorlichting kan in de individuele begeleiding met name aandacht worden besteed aan aspecten die voor die patiënt en op dat moment het meest relevant zijn en kan meer worden ingegaan op persoonlijke omstandigheden en afwegingen. Een combinatie van groepsvoorlichting en individuele voorlichting wordt door sommige geïnterviewden daarom het meest wenselijk geacht.
2 Patiënten die willen stoppen met roken. Hoewel cursussen stoppen met roken ook worden aangeboden door de GG&GD is in de interviews aangegeven dat hiervoor een matige belangstelling bestaat. Mogelijk is voor sommige patiënten de eigen bijdrage van € 70,- à € 90,- een belemmering. Feit is dat in sommige regio's de cursus niet meer wordt aangeboden. In het gezondheidscentrum van een van de geïnterviewde huisartsen wordt deze cursus nu aangeboden door een preventiemedewerker.
3 De derde doelgroep bestaat uit patiënten die in meerdere mate fysiek worden beperkt en mede daardoor vaak een min of meer geïsoleerde leefwijze hebben en die nog niet voor revalidatie in aanmerking komen.
Voor deze patiënten ontbreekt hiervoor tot op heden het zorgaanbod en de financiering . Uit de groepsinterviews blijkt dat wensen bestaan om het zorgaanbod voor deze doelgroep uit te breiden. De realisatie hiervan vereist een goede samenwerking met onder meer huisartsen, longartsen, fysiotherapeuten en de ziektekostenverzekeraar. In de praktijk kan het lastig zijn om aanbod te realiseren wanneer een van de genoemde partijen geen medewerking wil verlenen. In de groepsinterviews is

aangegeven dat de praktijkverpleegkundigen goed in staat zijn om in te schatten welke patiënten tot deze doelgroep behoren. Voordat een patiënt definitief voor een 'oefengroep' in aanmerking komt moet eerst aanvullend onderzoek door een longarts worden verricht om te beoordelen welke activiteiten bij die patiënt al dan niet verantwoord zijn. Praktijkverpleegkundigen kunnen in dergelijke groepen verder worden ingeschakeld voor voorlichting die is toegespitst op de voor deze doelgroep specifieke informatie.

5 SAMENWERKING IN DE HUISARTSPRAKTIJK

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op samenwerking bij de zorg voor patiënten met COPD. Op de eerste plaats wordt aandacht besteed aan de positionering van praktijkverpleegkundige zorg in relatie tot de zorg van de huisarts en de praktijkassistente. Het hoofdstuk vervolgt met de wijze waarop de zorgverleners patiënten naar elkaar verwijzen. Ten slotte komen overleg en rapportage aan de orde.

5.1 Positionering praktijkverpleegkundige zorg

Hier wordt de aard van het dienstverband van de praktijkverpleegkundige belicht en voor welke doelgroepen zij wordt ingezet. Verder komen aspecten van samenwerking met huisartsen en praktijkassistentes bij de zorg voor patiënten met COPD aan bod, waarbij we apart ingaan op de praktijkverpleegkundige in relatie tot de praktijkassistente. Ten slotte wordt stilgestaan bij algemene voorwaarden voor een goede samenwerking.

5.1.1 Dienstverband en doelgroepen van praktijkverpleegkundigen

De praktijkverpleegkundige werkt over het algemeen voor meerdere huisartsen, in de groepsinterviews voor maximaal zeven. Per huisarts of groepspraktijk is zij een of meer dagdelen per week beschikbaar. Voor de inzetbaarheid bij acute zorg is een aparte regeling: de praktijkverpleegkundige is in dat geval voor alle huisartsen bereikbaar via een mobiele telefoon en houdt hiervoor een bepaalde tijd per dag gereserveerd.
Eén praktijkverpleegkundige uit de groepsinterviews heeft een gecombineerde functie als wijkverpleegkundige/praktijkverpleegkundige. De andere vijf praktijkverpleegkundigen zijn voor hun volledige werktijd vanuit een thuiszorgorganisatie bij verschillende

huisartspraktijken gedetacheerd. In de NIZW-vakgroep zijn sommige praktijkverpleegkundigen in dienst bij een huisarts en/of districtshuisartsenvereniging (DHV). De praktijkverpleegkundigen zijn zowel in gezondheidscentra als in solopraktijken werkzaam. De zorg wordt verleend aan verschillende doelgroepen. De meest voorkomende doelgroepen zijn patiënten met diabetes, astma (bij kinderen en volwassenen), COPD en ouderen. Ook patiënten met dementie, ulcus cruris, oncologiepatiënten en bijvoorbeeld kinderen met enuresis worden van zorg voorzien. Daarnaast vindt wachtlijstbegeleiding plaats. De doelgroepen kunnen zowel per project als per huisarts verschillen. Deels wordt dit veroorzaakt door verschillen in de patiëntenpopulatie, maar bij de start van een project hebben huisartsen onderling vaak ook verschillende wensen. Een praktijkverpleegkundige: 'Bij de zorg voor patiënten met COPD wil één huisarts geen controlebeleid; in één praktijk ben ik daarin zeer actief en bij de andere ben ik bezig om het op te zetten.'

5.1.2 *Samenwerking praktijkverpleegkundige, huisarts en praktijkassistente*

Over het algemeen kan de samenwerking tussen huisarts, praktijkverpleegkundige en praktijkassistente bij de zorg voor patiënten met COPD als volgt worden beschreven. De huisarts is eindverantwoordelijk voor diagnostiek en behandeling van het ziektebeeld en de praktijkverpleegkundige zorg betreft met name het bevorderen van zelfmanagement. De bijdrage van de praktijkassistente heeft doorgaans betrekking op consultondersteuning: het maken van afspraken en waar mogelijk het verrichten van spirometrieonderzoek en controle van de inhalatietechniek. Wanneer de praktijkassistente wordt betrokken bij het verrichten van spirometrieonderzoek en het controleren van de inhalatietechniek, heeft zij hiervoor een eigen spreekuur. De praktijkassistente wordt hiervoor, afhankelijk van de benodigde tijd, voor bijvoorbeeld één dagdeel per week van haar gebruikelijke werkzaamheden vrijgesteld.

5.1.3 *Relatie praktijkverpleegkundige en praktijkassistente*

Terwijl praktijkverpleegkundigen aan meerdere doelgroepen zorg verlenen en in meerdere huisartspraktijken werkzaam zijn, is de

zorg van de praktijkassistente op één doelgroep geconcentreerd. De praktijkassistente wordt dan voor bijvoorbeeld een dagdeel per week van haar gebruikelijke werkzaamheden vrijgesteld. In sommige huisartspraktijken kan elke praktijkassistente één aandachtsgebied kiezen: astma en COPD, diabetes, of bijvoorbeeld het verrichten van cervixuitstrijkjes. Een voorwaarde voor het instellen van een spreekuur door de praktijkassistentes is dat zij hierbij niet wordt onderbroken door de gebruikelijke baliewerkzaamheden en het aannemen van telefoontjes, en dat waarneming is geregeld. Voor praktijkassistentes die werkzaam zijn in solopraktijken is dit meestal niet mogelijk. De geïnterviewde praktijkassistentes hadden allen een eigen spreekuur voor astmapatiënten en patiënten met COPD. In tegenstelling tot de praktijkverpleegkundigen leggen praktijkassistentes die inhoudelijk bij de zorg voor patiënten met COPD betrokken zijn, geen huisbezoeken af.

De geïnterviewde praktijkverpleegkundigen werken geen van allen inhoudelijk samen met een praktijkassistente. Sommige praktijkverpleegkundigen verzorgen ook de oproepen voor de periodieke controles zelf, omdat de praktijkassistentes hiervoor geen tijd hebben. Meerdere praktijkverpleegkundigen hebben de ervaring dat het gevoelig kan liggen wanneer praktijkassistentes er door de komst van de praktijkverpleegkundige administratieve taken bij krijgen. Praktijkassistentes wijzen er zelf op dat het argument dat zij geen tijd hebben enerzijds reëel is, maar anderzijds ook op weerstand berust. Bij de meeste praktijkverpleegkundigen levert de samenwerking met de praktijkassistente, soms na een onwennige beginperiode, geen problemen meer op. De praktijkassistente regelt meestal de afspraken voor de praktijkverpleegkundige en in de loop van de tijd wordt duidelijk dat de werkzaamheden van de praktijkverpleegkundige anders van aard zijn. Sommige verpleegkundigen hopen de praktijkassistente in de nabije toekomst meer bij hun werkzaamheden te betrekken. Behalve om administratieve taken gaat het dan ook om zorginhoudelijke taken: spirometrieonderzoek en het controleren van de inhalatietechniek.

Uitgaande van de motivatie voor werkdrukvermindering wordt door huisartsen het aanstellen van een extra praktijkassistente als

alternatieve optie voor de komst van de praktijkverpleegkundige voorgesteld. Praktijkassistentes zélf benadrukken dat hun takenpakket in de loop van de tijd steeds meer wordt uitgebreid en dat het om die reden ook belangrijk lijkt dat de formatie van de praktijkassistentes zo nodig wordt aangepast. Zij zijn bang dat hieraan voorbij wordt gegaan, terwijl de werkdruk ook bij hen toeneemt. Ook wanneer de komst van de praktijkverpleegkundige voor hen extra taken oplevert, bijvoorbeeld bij het oproepen van patiënten voor de spreekuren van de praktijkverpleegkundige, is het volgens hen belangrijk dat de formatie van de praktijkassistentes daarbij opnieuw wordt vastgesteld en zo nodig wordt aangepast.

De komst van de praktijkverpleegkundige wordt door praktijkassistentes soms als een bedreiging ervaren omdat zij bang zijn dat de praktijkverpleegkundige taken van hen overneemt die zij graag zelf willen verrichten, nu of in de nabije toekomst. Een en ander wordt versterkt doordat over het algemeen nog veel onduidelijkheid bestaat over het profiel van de praktijkverpleegkundige. Uit de groepsinterviews blijkt dat praktijkassistentes door huisartsen niet altijd bij de komst van de praktijkverpleegkundige worden betrokken. Met name voor praktijkassistentes die zelf inhoudelijk bij de zorg betrokken (willen) worden, kan het moeilijk zijn om de komst van de praktijkverpleegkundige te accepteren en om extra taken voor de praktijkverpleegkundige te gaan verrichten, zoals het maken van afspraken. De geïnterviewde praktijkassistentes denken dat zij qua deskundigheid grotendeels in staat zijn om dezelfde zorg te bieden als de praktijkverpleegkundige. In de groepsinterviews is benadrukt dat het belangrijk is om de komst van de praktijkverpleegkundige met de praktijkassistente af te stemmen en om ervoor te waken dat de praktijkverpleegkundige geen taken overneemt die al tot volle tevredenheid door de praktijkassistente worden verricht.

5.1.4 *Algemene voorwaarden voor een goede samenwerking*

Een belangrijk uitgangspunt bij de inzet van een praktijkverpleegkundige bij de zorg voor patiënten met COPD is dat de kwaliteit van zorg hiermee kan worden verbeterd. Essentieel voor een goede samenwerking is dat men het eens is over de benodigde zorg voor

de patiënt en over de potentiële bijdrage van de verschillende disciplines. De specifieke deskundigheden van de verschillende disciplines dienen hierbij optimaal te worden benut.
In de praktijk kan een goede samenwerking tussen huisarts, praktijkassistente en praktijkverpleegkundige worden belemmerd door verschillende opvattingen over de benodigde zorg. Verschil in opvatting over de inzet van de praktijkverpleegkundige – ten behoeve van werkdrukvermindering van de huisarts en/of ten behoeve van kwaliteitsverbetering – kan hierbij een rol spelen. Ook domeindenken door de afzonderlijke disciplines is niet bevorderlijk voor een goede samenwerking. In de groepsinterviews is aangegeven dat een realistisch beeld van de zorg die door de andere disciplines geboden wordt veel kan betekenen. Daarnaast is het afstemmen van de zorg van belang om hiaten, doublures en/of tegenstrijdigheden te voorkomen. In de praktijk is dit een proces dat tijd vraagt en regelmatig opnieuw moet worden geëvalueerd.

5.2 Verwijzen binnen de huisartspraktijk

Hier worden twee situaties behandeld: de verwijzing van huisarts naar praktijkverpleegkundige en vice versa. In sommige gevallen kan in plaats van praktijkverpleegkundige worden gelezen: speciaal opgeleide praktijkassistente.

5.2.1 Verwijzing van huisarts naar praktijkverpleegkundige

De huisarts kan de patiënt in de volgende situaties naar de praktijkverpleegkundige verwijzen:

1. In het kader van de diagnostiek van het ziektebeeld, voor het verrichten van spirometrieonderzoek en het controleren van de inhalatietechniek.
2. Voor het afnemen van de anamnese met het oog op het bevorderen van zelfmanagement. Dit om de zorgbehoefte in kaart te brengen en om in overleg met de patiënt en/of huisarts te bepalen welke zorg het beste kan worden geboden. Bij het bevorderen van zelfmanagement gaat het met name om het bieden van informatie, instructie en/of begeleiding.
3. Naar aanleiding van een toename van klachten en/of een exacerbatie. Wanneer de klachten en/of de exacerbatie behandeld zijn

kan de huisarts de patiënt in tweede instantie naar de praktijkverpleegkundige verwijzen. De praktijkverpleegkundige kan in overleg met de patiënt nagaan in hoeverre een verergering van klachten mogelijk mede is beïnvloed door problemen met het zelfmanagement. Aansluitend kan zo nodig extra informatie, instructie en/of begeleiding worden geboden. In het algemeen is in de interviews aangegeven dat klachten en/of een exacerbatie een goede ingang kunnen zijn om het zelfmanagement (opnieuw) met de patiënt te bespreken.

4 In de praktijk worden patiënten soms ook naar de praktijkverpleegkundige verwezen met bijvoorbeeld de vraag om uit te zoeken welke toedieningsvorm van de medicatie voor die patiënt het meest geschikt is. Wanneer dit verzoek is gericht aan de praktijkassistente wordt door sommige huisartsen ook wel gesproken over het geven van een opdracht. Verpleegkundigen benadrukken dat een dergelijk verzoek wel een ingang voor praktijkverpleegkundige zorg kan zijn, maar dat zij bij het verlenen van zorg ook een eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid hebben.

In de groepsinterviews is aangegeven dat er soms wensen zijn ten aanzien van een taakverschuiving van huisarts naar praktijkverpleegkundige. In sommige huisartspraktijken worden bijvoorbeeld afspraken gemaakt dat de praktijkverpleegkundige de medicatie binnen bepaalde marges zelf mag wijzigen. Het gaat dan bijvoorbeeld om het aanpassen van de dosering. Andere huisartsen en praktijkverpleegkundigen zijn in dit opzicht bang voor kwaliteitsverlies. Zij vinden dat dit een taak van de huisarts moet blijven. De algemene opinie is dat dergelijke taakverschuivingen binnen bepaalde marges moeten plaatsvinden en dat deze marges, inclusief de condities waaronder dit gebeuren kan, door artsen en verpleegkundigen breed moeten worden bediscussieerd.

5.2.2 *Verwijzing van praktijkverpleegkundige naar huisarts*

In de interviews is aangegeven dat de patiënt in de volgende situaties door de praktijkverpleegkundige naar de huisarts moet worden verwezen:

1 Wanneer het diagnostische spirometrieonderzoek naar de praktijkverpleegkundige is gedelegeerd, is het een taak van de huisarts om de diagnose met de patiënt te bespreken. Behalve om de medische diagnose gaat het tegelijkertijd om de eerste informatie over de aard en de prognose van de aandoening, de aard van de behandeling en leefregels die hierbij van belang zijn.
2 Door artsen is benadrukt dat het bij een verergering/verandering van klachten een taak is van de huisarts om deze klachten te beoordelen. Belangrijk is dat de verpleegkundige en de huisarts elkaar hierover snel en gemakkelijk kunnen raadplegen. Om die reden wordt het ook essentieel geacht dat de verpleegkundige vanuit de huisartspraktijk werkzaam is.
3 De praktijkverpleegkundige kan een signalerende functie hebben met het oog op een eventuele verwijzing naar andere disciplines, zoals de fysiotherapeut, diëtiste en/of psycholoog. De huisarts verricht de daadwerkelijke verwijzing.

De praktijkassistente kan een signalerende functie hebben bij het medicatiegebruik. Zo komt het in de praktijk voor dat zij als eerste signaleert dat patiënten met COPD bij een verzoek om een herhalingsrecept wel de bronchusverwijders herhalen, maar niet de corticosteroïden. In sommige praktijken zijn afspraken gemaakt over deze signalerende functie, zodat de huisarts of praktijkverpleegkundige een dergelijk signaal met de patiënt kan bespreken.

5.3 Overleg in de huisartspraktijk

Op basis van gegevens uit de groepsinterviews wordt hier nader ingegaan op de wijze waarop beleidsmatig overleg en patiëntenbesprekingen in de huisartspraktijk gestalte krijgen.

5.3.1 Beleidsmatig overleg over de zorg voor patiënten met COPD

In de (groeps)interviews is aangegeven dat beleidsmatig overleg over de zorg voor patiënten met COPD in de huisartspraktijk zelf over het algemeen door huisartsen onderling nog beperkt plaatsvindt. Wanneer bijvoorbeeld het plan bestaat om het spirometrieonderzoek in de nabije toekomst in of vanuit de huisartspraktijk te

verrichten, is het voor huisartsen op de eerste plaats relevant om hierover vanuit de huisartsgroep goede samenwerkingsafspraken te maken met de plaatselijke longartsen.
Afstemming tussen huisarts, praktijkassistente en praktijkverpleegkundige is soms problematisch. In de huisartspraktijk zelf is in beginsel vaak moeilijk vast te stellen welke zorg het beste door de huisarts, praktijkverpleegkundige en/of praktijkassistente kan worden geboden. De reden is dat met spirometrieonderzoek, periodieke controles én met de functie van praktijkverpleegkundige over het algemeen nog weinig ervaring is opgedaan. Mede hierdoor worden de taken soms op onduidelijke wijze op elkaar afgestemd. Het gaat bijvoorbeeld om de vraag of de praktijkassistente wel of niet bij het spirometrieonderzoek betrokken wordt. In de praktijk komt het voor dat de praktijkassistente daar aanvankelijk voor wordt benaderd terwijl dan naderhand eenzijdig wordt besloten om alsnog een praktijkverpleegkundige in te schakelen.
Over het algemeen wordt het beleid bij de zorg voor patiënten met COPD nog niet systematisch geëvalueerd. Door de geïnterviewden is opgemerkt dat voor beleidsmatig overleg eigenlijk meer tijd moet worden uitgetrokken. Over het geheel wordt daar nog weinig prioriteit aan gegeven en is onduidelijk door wie een dergelijk overleg moet worden georganiseerd. Aangegeven is dat het initiëren van beleidsmatig overleg kan worden bevorderd wanneer duidelijke afspraken worden gemaakt wie hiervoor verantwoordelijk is en welke taken daaraan verbonden zijn. Zo vereist een dergelijk overleg bijvoorbeeld dat er een agenda wordt opgesteld en dat het overleg inhoudelijk wordt voorbereid. Gezamenlijk overleg van huisartsen, praktijkverpleegkundigen en praktijkassistentes kan volgens geïnterviewden zowel door een huisarts als door een praktijkverpleegkundige worden geïnitieerd.

Op enkele plaatsen is voor iedere doelgroep een huisartscoördinator aangesteld. Wanneer praktijkverpleegkundigen vragen hebben over het medische beleid kunnen zij dit met de huisartscoördinator bespreken. Ook wanneer huisartsen bij de zorg voor patiënten met COPD een verschillend beleid voeren, kunnen praktijkverpleegkundigen dit aan de huisartscoördinator voorleggen. Deze signalen kunnen door de huisartsen onderling worden besproken, waarbij

hun werkwijze meer op elkaar kan worden afgestemd, wat de kwaliteit van de zorg ten goede komt.

Praktijkverpleegkundigen hebben op sommige plaatsen regionale vakgroepen opgericht, die bijvoorbeeld één keer per maand bij elkaar komen. Ook ervaringen met de zorg voor specifieke doelgroepen kunnen hier worden besproken: richtlijnen, vergelijkbaar met de NHG-standaarden, bestaan immers (nog) niet voor praktijkverpleegkundigen. Een uniforme werkwijze en de kwaliteit van de verpleegkundige zorg kunnen hiermee worden bevorderd. Bij de zorg voor patiënten met COPD worden sommige praktijkverpleegkundigen ook wel uitgenodigd voor bijeenkomsten van gespecialiseerde longverpleegkundigen die werkzaam zijn in de transmurale zorg. Deze bijeenkomsten hebben als doel om de deskundigheid te bevorderen, maar komen ook de samenwerking en de afstemming van de verpleegkundige zorg ten goede.

5.3.2 *Patiëntenbesprekingen*

Uit de interviews blijkt dat er een grote variatie is in de frequentie van de patiëntenbesprekingen. In de praktijk varieert dit van één keer per jaar tot één keer per week. In het laatste geval wordt na afloop van het spreekuur van de praktijkverpleegkundige wekelijks met de huisarts overlegd. Doordat huisartsen gewend zijn om solistisch te werken is de behoefte aan een patiëntenbespreking bij hen soms minder groot dan bij de praktijkverpleegkundige. Naast het feit dat de patiëntenbespreking een functie heeft in het afstemmen van de zorg op de individuele patiënt, is het ook een belangrijk middel om elkaars werkwijze te leren kennen. Huisarts en praktijkverpleegkundige kunnen zo een duidelijk beeld krijgen van de zorg die door de ander aan de patiënt wordt geboden.
Het is belangrijk gebleken dat de zorg voor de individuele patiënt gezamenlijk wordt opgepakt. Het gaat daarbij eerder om samenwerken dan om het delegeren van zorg. In de praktijk komt een patiëntenbespreking door tijdgebrek soms in het gedrang. Noodgedwongen wordt dan nogal eens gebruikgemaakt van schriftelijk overleg. Tevens is benadrukt dat regelmatig ad-hocoverleg dient plaats te vinden en dat het belangrijk is dat zo nodig met de huisarts kan worden overlegd als de patiënt nog bij de verpleegkundige is.

5.4 Rapportage in de huisartspraktijk

Op de NIZW-vakgroep voor praktijkverpleegkundigen is in juni 2000 een bijeenkomst aan dit thema gewijd. De onderhavige informatie is gebaseerd op informatie uit deze bijeenkomst (Boers 2000) en op informatie uit de groepsinterviews. Het accent ligt op de verpleegkundige rapportage.

5.4.1 Doel en onderwerpen van verpleegkundige rapportage

Vanuit professioneel oogpunt is het doel van de verpleegkundige verslaglegging:

1 het vastleggen en evalueren van de verleende zorg;
2 het zorgproces overdraagbaar maken (bij ziekte, vakantie);
3 het bevorderen van de samenwerking en afstemming met andere disciplines.

Behalve professionele doelen kunnen ook juridische doelen worden onderscheiden. In dit kader stellen de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) specifieke eisen aan de verpleegkundige verslaglegging. Volgens de WGBO zijn verpleegkundigen verplicht om een eigen dossier bij te houden, waardoor het mogelijk wordt om een reconstructie te maken van de totale verpleegkundige zorg die is verleend. De WGBO beschrijft ook hoe op een verantwoorde wijze met het dossier moet worden omgegaan. In het kader van de Wet BIG kan de verpleegkundige verslaglegging als bewijsvoering dienen bij tuchtrechtprocedures. In het algemeen vormen verpleegkundige dossiers dan een verantwoording van wat een verpleegkundige doet en met welk doel dit is gebeurd.

Onderwerpen die in het verpleegkundig dossier moeten worden vermeld zijn:

1 datum waarop de zorg is gestart;
2 medische diagnose;
3 reden voor de verpleegkundige zorg;
4 verpleegkundige anamnese en verpleegplan;
5 de gegeven informatie, instructie en begeleiding;
6 evaluatie van het hulpverleningsproces;
7 eventuele vervolgafspraken (datum en afspraak);
8 verslagen en verwijsbrieven.

5.4.2 *Knelpunten in de praktijkverpleegkundige rapportage*

Bij de verpleegkundige verslaglegging in de huisartspraktijk worden in de praktijk verschillende knelpunten gesignaleerd:

- Bij de zorg voor patiënten met COPD wordt door praktijkverpleegkundigen gebruikgemaakt van verschillende anamneseformulieren: formulieren van plaatselijke thuiszorgorganisaties, een formulier dat is ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging van Longverpleegkundigen, verschillende soorten 'medische kaarten' die plaatselijk door een huisarts zijn ontwikkeld en een longfunctiedagboek. Deze anamneseformulieren kennen ieder hun eigen, min of meer verschillende, aandachtsgebieden. Ook de wijze waarop en de mate waarin naar de verschillende aandachtsgebieden wordt gevraagd kunnen per anamneseformulier verschillen.
- In het rapportagesysteem van huisartsen is de beschikbare ruimte beperkt. Van zorgplannen wordt nog weinig gebruikgemaakt. Huisartsen rapporteren vaak in steekwoorden, terwijl verpleegkundigen meer het zorgproces beschrijven. Voor de verpleegkundige anamnese en het opstellen en evalueren van een verpleegplan is geen plaats. Over het algemeen kunnen verpleegkundigen hun informatie niet kwijt in het systeem van de huisarts.
- Doordat de rapportagesystemen van huisartsen en verpleegkundigen niet op elkaar zijn afgestemd, is vaak dubbele verslaglegging nodig. Verpleegkundigen registreren dan zowel in een eigen dossier als apart in het huisartsinformatiesysteem (dit laatste is meestal een samenvatting). In projecten waar naar onderzoek wordt verricht is vaak zelfs sprake van driedubbele verslaglegging. Dit kost onnodig veel tijd.
- In de praktijk komt het ook voor dat praktijkverpleegkundigen hun rapportage tot het systeem van de huisarts beperken. Dit gaat ten koste van de kwaliteit van de verpleegkundige verslaglegging. In een discussie met praktijkverpleegkundigen onderling in de NIZW-vakgroep is het belang van een methodische verpleegkundige verslaglegging benadrukt. Tevens is opgemerkt dat ook huisartsen het niet op prijs stellen wanneer de medische en de verpleegkundige rapportage door elkaar heen lopen. De verpleegkundige informatie wordt door huisartsen

dan vaak als overbodig beschouwd en niet geraadpleegd.

- Sommige verpleegkundigen hebben geen toegang tot de computer. Er zijn huisartsen die er moeite mee hebben wanneer de praktijkverpleegkundige inzage heeft in de medische rapportage. Omdat de patiënt tussen de bezoeken aan de praktijkverpleegkundige door altijd de huisarts kan consulteren, is het gewenst dat de praktijkverpleegkundige de rapportage van de huisarts kan raadplegen, zodat zij het verloop van de voorgaande periode en eventuele wijzigingen in het medische beleid te allen tijde na kan gaan, ten behoeve van de gewenste continuïteit van zorg.
- In de praktijk is de vraagstelling van de huisarts aan de praktijkverpleegkundige soms niet duidelijk. Dit probleem doet zich met name voor wanneer het overleg tussen huisarts en praktijkverpleegkundige in het gedrang komt. Wanneer de patiënt bij de praktijkverpleegkundige komt kan het onduidelijk zijn waarvoor de patiënt door de huisarts naar de praktijkverpleegkundige is verwezen. In de praktijk wordt dit opgelost met behulp van verwijsbrieven en formulieren voor terugrapportage.

Over het algemeen bestaat bij de geïnterviewden de wens om te komen tot één geautomatiseerd patiëntendossier waarin de medische en de verpleegkundige verslaglegging gescheiden kunnen worden opgenomen. Integratie van medische en verpleegkundige dossiers zou de kwaliteit en doelmatigheid van zorg in de huisartspraktijk kunnen bevorderen. Een aandachtspunt hierbij is dat (praktijk)verpleegkundigen soms te uitgebreid rapporteren. Dit komt het overzicht van de zorg niet ten goede en is niet efficiënt. Daarentegen kunnen huisartsen de neiging hebben om te beknopt te rapporteren, waardoor het medische beleid voor praktijkverpleegkundigen soms moeilijk te reconstrueren is. Voor een goede samenwerking is het gewenst dat praktijkverpleegkundigen hun rapportage kort en bondig houden en dat sommige huisartsen aan de rapportage meer aandacht besteden. De indruk bestaat dat met name huisartsen in solopraktijken eraan moeten wennen dat hun rapportage ook voor andere hulpverleners bruikbaar moet zijn.

6 COMPETENTIES TEN BEHOEVE VAN PATIËNTEN MET COPD IN DE HUISARTSPRAKTIJK

Dit hoofdstuk betreft de benodigde competenties voor de zorg voor patiënten met COPD in de huisartspraktijk, met het accent op competenties van de praktijkverpleegkundige. Er wordt in sommige gevallen verwezen naar benodigde competenties ten behoeve van zorg voor chronisch zieken in het algemeen, waarvan de (praktijk)verpleegkundige zorg voor patiënten met COPD een verbijzondering is. De opbouw van het hoofdstuk is als volgt. Op de eerste plaats wordt ingegaan op de benodigde competenties bij de zorg voor patiënten met COPD en bij de samenwerking met huisartsen en praktijkassistentes. Vervolgens wordt gekeken of de deskundigheid die nodig is om aan de benodigde competenties te voldoen volgens de geïnterviewden aanwezig is bij de praktijkverpleegkundige. In relatie tot de praktijkverpleegkundige zorg wordt daarnaast de volgens geïnterviewden aanwezige deskundigheid van huisarts en praktijkassistente in het kort behandeld. De informatie in dit hoofdstuk is gebaseerd op ervaringen, opvattingen en wensen van deelnemers aan de groepsinterviews. Ten behoeve van de duidelijkheid wordt een groot deel van de informatie, anders dan in andere hoofdstukken, puntsgewijs gepresenteerd.

6.1 Competenties voor de zorg aan patiënten met COPD

Bij aanvang van de beschrijving van competenties moet vermeld worden dat in de interviews benadrukt is dat het bij praktijkverpleegkundige zorg altijd om meerdere doelgroepen gaat. Met het oog op het profiel van de praktijkverpleegkundige bestaan wensen voor een generalistisch werkende praktijkverpleegkundige die georiënteerd is op de zorg voor chronisch zieken in brede zin.

6.1.1 *Competenties bij het bevorderen van zelfmanagement*

Bij het bevorderen van zelfmanagement wordt bij patiënten in feite een gedragsverandering nagestreefd. Omdat gedragsverandering vaak moeilijk is, is het belangrijk dat hierbij in overleg met de patiënt prioriteiten worden gesteld. Ook vereist dit dat gebruik wordt gemaakt van kleine stappen en dat deze stappen door de patiënt zelf als haalbaar worden beschouwd. Essentieel is dat de besluitvorming over de beoogde gedragsverandering in principe door de patiënt zelf genomen wordt. Het begeleidingsgesprek moet met name het karakter hebben van een adviesgesprek. Daarbij strekt de voorlichting, instructie en begeleiding aan chronisch zieken zoals patiënten met COPD zich in principe over meerdere jaren uit.

Bij het bevorderen van zelfmanagement gaat het eigenlijk om het voeren van adviesgesprekken en counseling over veranderingen in de leefstijl. Hiervoor benodigde competenties zijn in de interviews vaak samengevat als 'goede contactuele vaardigheden'. Op basis van gegevens uit de interviews wordt hier onderscheid gemaakt tussen de benodigde kennis, attitude en vaardigheden van de praktijkverpleegkundige.

Kennis voor het bevorderen van zelfmanagement

Bij het bevorderen van zelfmanagement is het een eerste vereiste dat de praktijkverpleegkundige kennis heeft van de algemene gevolgen van een chronische aandoening voor het dagelijks leven van de patiënt en van zijn naasten. Met betrekking tot de zorg voor specifieke doelgroepen, zoals patiënten met COPD, is het daarbij noodzakelijk dat de praktijkverpleegkundige goed op de hoogte is van het ziektebeeld en van de specifieke gevolgen van deze aandoening op lichamelijk, psychisch en sociaal niveau. Belangrijk is dat de praktijkverpleegkundige weet wat het voor de patiënt kan betekenen om met een ziekte als COPD te moeten leven en welke specifieke problemen de patiënt daarbij kan ervaren. Tevens is het essentieel dat de praktijkverpleegkundige op de hoogte is van de verschillende therapeutische opties, bijvoorbeeld aspecten die van belang zijn bij stoppen met roken, werking en gebruik van de medicatie, aandachtspunten bij het handhaven van een goede conditie en

aandachtspunten bij het handhaven van een goede energieverdeling over de dag. Het gaat daarbij zowel om de mogelijkheden als om de beperkingen. In de huisartspraktijk betekent dit onder meer dat de praktijkverpleegkundige de inhoud van de NHG-standaarden moet kennen en dat zij deze ook moet begrijpen.
Voor het bevorderen van effectief zelfmanagement is het bieden van informatie een wezenlijke voorwaarde. Wanneer de patiënt wordt geïnformeerd over de aard van de ziekte, de behandeling en de leefregels die hierbij van belang zijn, is het essentieel dat degene die deze voorlichting geeft daarvan zelf goed op de hoogte is.

Attitudeaspecten bij het bevorderen van zelfmanagement
Bij het bevorderen van zelfmanagement ligt de besluitvorming over de gedragsverandering bij de patiënt zelf. De praktijkverpleegkundige moet in dit opzicht vooral als adviseur worden beschouwd. In de interviews is benadrukt dat de houding van de praktijkverpleegkundige daarbij erg belangrijk is.

- Omdat een moralistische houding vermeden dient te worden, zijn de belangrijkste houdingsaspecten acceptatie en begrip voor weerstanden. In dit opzicht is benadrukt dat de houding van de praktijkverpleegkundige ten opzichte van het verslavingsgedrag – roken – erg belangrijk is, met name ook om ervoor te zorgen dat de patiënt voor de vervolgafspraken gemotiveerd blijft. Het is belangrijk om te onderkennen dat het roken voor de patiënt ook positieve effecten heeft en dat stoppen over het algemeen zeer moeilijk is. Belangrijk is dat de patiënt ook wordt geaccepteerd als hij besluit om (nog) niet te stoppen.
- De praktijkverpleegkundige moet in staat zijn om met kleine vorderingen genoegen te nemen en moet tegenslagen kunnen incalculeren. Bij het bevorderen van zelfmanagement van patiënten met COPD gaat het om langetermijneffecten.
- Een proactieve houding is een belangrijke voorwaarde voor het bevorderen van zelfmanagement. De praktijkverpleegkundige moet niet alleen reageren op wat er op een bepaald moment gebeurt, maar moet planmatig kunnen werken en goed kunnen anticiperen.
- Bij patiënten uit zogeheten achterstandsgebieden lijkt beschikbaarheid een belangrijk aspect. Wanneer deze patiënten niet

gemotiveerd zijn voor periodieke controles en/of begeleiding kan het eerst nodig zijn om weerstanden te overwinnen en vertrouwen op te bouwen.

Vaardigheden bij het bevorderen van zelfmanagement

- De praktijkverpleegkundige moet de patiënt kunnen informeren over de aard van de ziekte, de aard van de behandeling en de leefregels die hierbij van belang zijn, terwijl zij daarbij rekening moet kunnen houden met, en af moet kunnen stemmen op de vragen en de behoeften van de individuele patiënt.
- Het anamnesegesprek vereist dat de praktijkverpleegkundige de patiënt kan informeren over het doel van het gesprek en van de begeleiding. Zij moet actief kunnen luisteren, in staat zijn om door te vragen en de wederzijdse verwachtingen met de patiënt kunnen bespreken.
- Het bevorderen van zelfmanagement is een proces. Belangrijk is dat de praktijkverpleegkundige daarbij prioriteiten kan stellen en dat zij planmatig kan werken. Zij moet in staat zijn om in samenspraak met de patiënt en met de huisarts een zorgplan op te stellen, de geboden zorg regelmatig te evalueren en zo nodig bij te stellen. De praktijkverpleegkundige moet in staat zijn om de voorlichting, instructie en begeleiding op een systematische wijze aan de patiënt aan te bieden. Ieder gesprek moet zij kunnen afsluiten met een voorstel voor een nieuw gesprek en wat daarbij dan kan worden besproken.
- Bij het bevorderen van zelfmanagement is het belangrijk om de patiënt te informeren over de gevolgen van beslissingen die hij overweegt. De praktijkverpleegkundige moet de patiënt hierover feedback kunnen geven, zodat de patiënt in staat is om zelf de juiste beslissing te nemen en om hiervoor zelf het meest geschikte moment te bepalen.
- Bij het bevorderen van zelfmanagement moet de praktijkverpleegkundige de patiënt kunnen motiveren en rekening kunnen houden met weerstanden. Zo nodig moet zij de patiënt aanvullende informatie kunnen geven en bij weerstanden moet zij in staat zijn om dit met de patiënt te bespreken.
- Vanuit haar kennis over de ziekte en van de mogelijkheden en de beperkingen die dit met zich mee kan brengen, moet de prak-

tijkverpleegkundige in staat zijn om een advies te formuleren, rekening houdend met de wensen en de behoeften van de patiënt. Wanneer de patiënt besluit om dit advies – bijvoorbeeld een gedragsverandering – op te volgen, moet de praktijkverpleegkundige de door de patiënt opgedane ervaringen in een vervolggesprek kunnen bespreken. Op deze wijze kan de praktijkverpleegkundige ertoe bijdragen dat de patiënt zelf stapsgewijs zijn grenzen verlegt.

- De praktijkverpleegkundige moet samen met de patiënt na kunnen gaan op welke wijze de patiënt met moeilijke situaties omgaat. Wanneer een patiënt de inhalatiemedicatie op zijn werk niet durft te gebruiken, kan zij bijvoorbeeld samen met de patiënt nagaan welke oplossingen hierbij mogelijk zijn. De medicatie kan misschien beter op andere tijden worden ingenomen of de patiënt kan zich even afzonderen.
- Wanneer een gedragsverandering succesvol is, moet de praktijkverpleegkundige alert zijn op eventueel terugvalgedrag. Bij de medicatie is het bijvoorbeeld belangrijk dat de inhalatietechniek regelmatig wordt gecontroleerd. De praktijkverpleegkundige moet terugvalgedrag kunnen signaleren en in staat zijn om samen met de patiënt oorzaken en oplossingen na te gaan.

6.1.2 *Competenties voor het verrichten van spirometrieonderzoek*

Wanneer het verrichten van spirometrieonderzoek deel uitmaakt van het takenpakket van de praktijkverpleegkundige zijn hiervoor op basis van gegevens uit de groepsinterviews de volgende competenties vereist:

- De praktijkverpleegkundige moet kennis hebben van de aard en het potentiële doel van de verschillende vormen van spirometrieonderzoek (diagnostisch en/of controlespirometrie) en van de aspecten die hierbij relevant zijn.
- De praktijkverpleegkundige moet in staat zijn om de patiënt te informeren over de aard en het doel van het onderzoek.
- De praktijkverpleegkundige moet in staat zijn om de patiënt tijdens het onderzoek op de juiste wijze te coachen.
- De praktijkverpleegkundige moet in staat zijn om de kwaliteit van de meting te beoordelen. Het gaat er dan bijvoorbeeld om of de patiënt op de juiste wijze heeft geblazen.

6.1.3 *Competenties voor het signaleren van verergering van klachten en comorbiditeit*

- De praktijkverpleegkundige moet in staat zijn om signalen te herkennen die passen bij een verergering van klachten of die een indicatie kunnen zijn voor comorbiditeit.
- Op basis van deze signalen moet de praktijkverpleegkundige in staat zijn om tijdig de huisarts te raadplegen en/of de patiënt naar de huisarts te verwijzen.
- De praktijkverpleegkundige moet met de patiënt kunnen bespreken welke signalen een indicatie kunnen zijn voor een verergering van de klachten zodat de patiënt zich hier goed van bewust is. Tevens moet zij met de patiënt kunnen bespreken wat de patiënt zelf kan doen om een verergering van de klachten te voorkomen en op welke wijze de patiënt zelf tijdig een huisarts in kan schakelen.

6.1.4 *Competenties voor coördinatie en organisatie van zorg*

- De praktijkverpleegkundige moet in staat zijn om de verpleegkundige zorg met de huisarts en andere hulpverleners te bespreken en om deze zorg op elkaar af te stemmen. Waar nodig moet zij in staat zijn om andere hulpverleners te raadplegen en/of bij de zorg te betrekken.
- De praktijkverpleegkundige moet in staat zijn om de zorg op de juiste wijze te organiseren en om in overleg met de patiënt te bepalen welke vorm het meest in aanmerking komt: een afspraak op het spreekuur van de praktijkverpleegkundigen, een huisbezoek of bijvoorbeeld groepsvoorlichting.

6.2 Competenties voor samenwerking met huisartsen en praktijkassistentes

Op basis van de gegevens uit de groepsinterviews wordt hierna een aantal competenties onderscheiden die de praktijkverpleegkundige nodig heeft ten behoeve van de samenwerking met huisartsen en praktijkassistentes. Competenties van huisartsen en praktijkassistentes kunnen voorwaarden zijn voor het goed kunnen functioneren van de praktijkverpleegkundige. Waar nodig wordt daar apart aandacht aan besteed.

6.2.1 *Competenties van huisarts, praktijkverpleegkundige en praktijkassistente gezamenlijk*

- Voor een goede samenwerking is het in beginsel nodig dat huisartsen, praktijkverpleegkundigen en praktijkassistentes het eens zijn over de benodigde zorg voor patiënten met COPD in de huisartspraktijk. Zij moeten zich bij aanvang van een project een beeld kunnen vormen van de gebruikelijke zorg voor patiënten met COPD en de ontwikkeling daarvan en de op basis daarvan benodigde en beschikbare deskundigheden. Het gaat bijvoorbeeld om het verrichten van spirometrieonderzoek in of vanuit de huisartspraktijk, over het verrichten van periodieke controles, het bevorderen van zelfmanagement en samenwerking met de longartsen.
- Voor een goede samenwerking is het nodig dat praktijkverpleegkundigen, huisartsen en praktijkassistentes oog hebben voor de kwaliteiten anders dan die van de eigen discipline. Men moet elkaar daarin met respect kunnen benaderen en de verschillende kwaliteiten optimaal willen benutten om afspraken te maken over de vraag welke zorg het beste door welke hulpverlener geboden kan worden.

6.2.2 *Competenties van de praktijkverpleegkundige voor samenwerking*

- Voor een goede entree moet de praktijkverpleegkundige in staat zijn om rekening te houden met, en aan kunnen sluiten bij, de omstandigheden in de huisartspraktijk waarin zij terechtkomt.
- De praktijkverpleegkundige moet een stevige beroepsidentiteit hebben van waaruit zij een goede dialoog aan kan gaan met huisartsen en praktijkassistentes.
- Waar nodig moet de praktijkverpleegkundige over goede onderhandelingsvaardigheden beschikken, met name wanneer zij in een team werkt waarin zij vanuit haar eigen discipline de enige vertegenwoordiger is. De praktijkverpleegkundige moet haar positie ten opzichte van huisartsen, praktijkassistentes en ook ten opzichte van patiënten kunnen verwerven en in staat zijn om te blijven kijken vanuit een verpleegkundige optiek.
- Voor de samenwerking met huisartsen en praktijkassistentes moet de praktijkverpleegkundige in staat zijn om feedback te geven en te ontvangen.

- De praktijkverpleegkundige moet een ondernemende persoonlijkheid hebben, zo nodig creativiteit kunnen aanwenden en goed in staat zijn om alleen te werken.
- De praktijkverpleegkundige moet in staat zijn om haar eigen beroepsontwikkeling en haar kennis en vaardigheden op peil te houden. In dit opzicht moet zij kunnen netwerken. Zij moet bijvoorbeeld een bijdrage kunnen leveren aan regionale vakgroepen en aansluiting kunnen zoeken bij (regionale) bijeenkomsten van longverpleegkundigen.
- Indien gewenst moet de praktijkverpleegkundige de praktijkassistente kunnen coachen. Zij moet ervoor openstaan dat de praktijkassistente haar bij vragen kan raadplegen en een bijdrage kunnen leveren aan de deskundigheidsbevordering van de praktijkassistente, bijvoorbeeld in de vorm van casuïstiekbesprekingen.

6.2.3 Competenties van de huisarts voor samenwerking

- De huisarts moet in staat zijn om een deel van de zorg aan de praktijkverpleegkundige over te dragen (leren 'los te laten').
- De huisarts moet bereid zijn om de patiënt daadwerkelijk naar de praktijkverpleegkundige te verwijzen, inclusief het benodigde overleg en de noodzakelijke verslaglegging.

Praktijkverpleegkundigen hebben de ervaring dat de mate waarin huisartsen de praktijkverpleegkundige bij de zorg voor patiënten met COPD betrekken per huisarts sterk kan verschillen. Een praktijkverpleegkundige zegt hierover: 'Er zijn huisartsen bij wie je elke keer een nabespreking doet: heel zinvol. En waar het goed gaat daar zie je dat mensen veel beter hun medicatie gaan gebruiken, dat alles regelmatiger is en dat de huisartsen die mensen minder vaak zien. Maar bij sommige huisartsen is dat moeilijker. En die huisartsen werken in hetzelfde gebied. En waar dat nu aan ligt? Ik denk ook vaak aan de moeite die ze moeten doen. Er komen toch altijd weer dingen bij als overleg en het invullen van formulieren. Ze moeten er echt bij nadenken.'

6.3 De deskundigheid van de praktijkverpleegkundige, huisarts en praktijkassistente

Na de competenties werd in de interviews de aanwezige deskundigheid besproken, noodzakelijk om de praktijkverpleegkundige zorg goed vorm te geven.

6.3.1 De deskundigheid van de praktijkverpleegkundige

De geïnterviewde praktijkverpleegkundigen hebben allen een ruime ervaring als wijkverpleegkundige. Over hun deskundigheid met betrekking tot de zorg voor patiënten met COPD merken zij zelf op dat bij aanvang van een project het de praktijkverpleegkundigen (en huisarts en praktijkassistente) zelf vaak niet geheel duidelijk is wat de specifieke verpleegkundige bijdrage kan zijn. Daarnaast zijn zij vaak niet bekend met de NHG-standaarden en met het verrichten van spirometrieonderzoek. Zij hebben niet altijd voldoende kennis van de verschillende toedieningsvormen bij de inhalatiemedicatie en zij zijn vaak niet goed op de hoogte van de aspecten die van belang zijn bij het stoppen met roken en van specifieke methoden voor de begeleiding ervan (MIS). Evenmin weten zij altijd goed hoe een verpleegkundig spreekuur het beste kan worden opgezet.
Deze aspecten dragen ertoe bij dat er vaak enige tijd nodig is om de praktijkverpleegkundige zorg in de praktijk goed vorm te geven. In sommige projecten krijgen praktijkverpleegkundigen een inwerkprogramma aangeboden waarin dergelijke aspecten worden opgenomen. Andere praktijkverpleegkundigen worden bij aanvang van een project in de gelegenheid gesteld om de cara-opleiding te volgen van de Stichting Specifieke Scholing Verpleegkundigen. Dergelijk inwerkprogramma's en/of (na)scholing draagt ertoe bij dat de praktijkverpleegkundige beter op haar werkzaamheden is voorbereid. Verschillende hogere beroepsopleidingen zijn thans actief bezig om een opleidingsaanbod te creëren dat zo veel mogelijk is toegespitst op de specifieke eisen die aan de praktijkverpleegkundige worden gesteld.

6.3.2 De deskundigheid van de huisarts

In relatie tot praktijkverpleegkundige zorg bij patiënten met COPD kan worden opgemerkt dat praktijkverpleegkundigen de ervaring hebben dat de mate waarin huisartsen werken volgens de nieuwe

NHG-standaarden per huisarts sterk kan verschillen. Het gaat dan om de alertheid van huisartsen dat er mogelijk sprake kan zijn van COPD; de motivatie voor en deskundigheid van huisartsen met betrekking tot het verrichten van spirometrieonderzoek in de huisartspraktijk en de motivatie voor het verrichten van periodieke controles.
Uit de interviews blijkt dat huisartsen zich voor een deel ook differentiëren. Binnen een groep huisartsen is bijvoorbeeld één huisarts gespecialiseerd in de zorg voor patiënten met COPD. Deze huisartsen zijn dan tegelijkertijd betrokken bij praktijkverpleegkundige zorg voor deze patiënten.
Daarnaast is het de huisarts veelal niet geheel duidelijk wat de specifieke verpleegkundige bijdrage kan zijn bij de zorg voor patiënten met COPD en is in het verlengde daarvan voor de huisartsen niet duidelijk wat het verschil is tussen een praktijkassistente en een praktijkverpleegkundige. Verder zijn huisartsen veelal onbekend met de verpleegkundige anamnese. Huisartsen die hoofdzakelijk klachtgericht werken en voor wie de komst van de praktijkverpleegkundige een aanleiding is om te starten met periodieke controles, zijn over het algemeen weinig bekend met de methodische werkwijze van verpleegkundigen.

6.3.3 De deskundigheid van de praktijkassistente

De geïnterviewde praktijkassistentes zijn inhoudelijk bij de zorg voor patiënten met COPD betrokken. Zij hebben een eigen spreekuur en behoren tot de groep waarvan eerder is vermeld dat men soms voor een praktijkassistente kiest in plaats van voor een praktijkverpleegkundige.
De praktijkassistentes wijzen er zelf op dat hun beroepsgroep als geheel erg gevarieerd is, zowel wat opleidingsniveau betreft als wat de interesse en de bereidheid om zich inhoudelijk in de zorg te verdiepen betreft. Praktijkassistentes hebben hun deskundigheid over COPD niet verkregen via de opleiding tot praktijkassistente. Vaak hebben zij bijscholing ontvangen van huisartsen die actief bij de zorg voor deze patiënten betrokken zijn of van praktijkverpleegkundigen en/of longverpleegkundigen. Ook zijn er praktijkassistentes die bijvoorbeeld gedeeltelijk een opleiding tot verpleegkundige hebben gevolgd. Met betrekking tot het spirometrieonderzoek

hebben zij bijvoorbeeld stage gelopen op de longfunctieafdeling van een algemeen ziekenhuis. Verder is hun deskundigheid voor een groot deel gebaseerd op praktijkervaring.
Praktijkassistentes hebben de indruk dat zij grotendeels dezelfde zorg kunnen bieden als praktijkverpleegkundigen. Door huisartsen wordt daar bij aanvang van een project vaak verschillend over gedacht en praktijkverpleegkundigen zijn het over het algemeen niet eens met deze inschatting. Bij de zorg voor chronisch zieken gaat het in principe om complexe zorg. Bij huisartsen en praktijkverpleegkundigen bestaat de indruk dat aan praktijkassistentes die hiertoe bereid en in staat zijn wel enkelvoudige delen van de zorg kunnen worden gedelegeerd, maar dat voor het bieden van complexe zorg eerder een praktijkverpleegkundige gewenst is.

7 SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

7.1 Samenvatting en conclusies

Het onderzoek 'Praktijkverpleegkundige zorg voor patiënten met COPD. *Triozorg* in de praktijk' is een vervolg op wetenschappelijk evaluatieonderzoek naar het project *Triozorg* en heeft betrekking op verpleegkundige zorg voor chronisch zieken in de huisartspraktijk, toegespitst op de zorg voor patiënten met COPD.
Het is een kwalitatief onderzoek waarbij is gekozen voor dataverzameling en interviews onder een beperkte groep goed geïnformeerde betrokkenen bij praktijkverpleegkundige zorg in de huisartspraktijk en/of de zorg voor patiënten met COPD. Het onderzoek is uitgevoerd op basis van de volgende drie vragen:

1 Welke activiteiten die voortvloeien uit de NHG-standaarden over zorg voor patiënten met COPD kunnen worden uitgevoerd door praktijkverpleegkundigen?
2 Wat is de gewenste bijdrage van de praktijkverpleegkundige bij het bevorderen van therapietrouw en het zelfmanagement van de patiënt?
3 Wat zijn essentiële competenties (bekwaamheden) van de praktijkverpleegkundige bij de zorg voor patiënten met COPD?

In deze paragraaf geven we de antwoorden op deze vragen, en plaatsen daarnaast enkele concluderende opmerkingen over samenwerking in de huisartspraktijk.

Activiteiten praktijkverpleegkundige COPD, voortvloeiend uit de NHG-standaarden

De conclusie uit het onderzoek is dat het accent van de praktijkverpleegkundige zorg kan liggen op het bevorderen van zelfmanagement door de patiënt. Spirometrieonderzoek kan een taak van de praktijkverpleegkundige zijn, voor of na de diagnose COPD.

De NHG-standaarden bevorderen diagnostiek van COPD in de eerste lijn, wat een taakverzwaring voor de huisartspraktijk betekent. Uitgangspunt voor de zorg aan patiënten met COPD is dat de huisarts de patiënt eerst ziet, alvorens de patiënt voor nadere screening door te verwijzen naar de praktijkverpleegkundige.

Bijdrage praktijkverpleegkundige bij het bevorderen van therapietrouw en zelfmanagement van de patiënt met COPD

De conclusie is dat het bevorderen van zelfmanagement bij uitstek een taak is voor de praktijkverpleegkundige. Het bevorderen van zelfmanagement gaat in kleine stapjes waarbij, door de patiënt als haalbaar beschouwde, zorgdoelstellingen behulpzaam kunnen zijn. Stoppen met roken is de belangrijkste interventie.
De indruk bestaat dat patiënten met COPD zich in het begin van de ziekte weinig bewust zijn van de mate waarin de ziekte hun leven beïnvloedt. Bewustwording van de invloed van de ziekte op het dagelijks leven is een belangrijke begeleidingstaak voor zorgverleners en de praktijkverpleegkundige in het bijzonder. Voor de doelgroep patiënten met COPD is continuïteit van zorg van groot belang. Naast de zorg voor de individuele patiënt zijn voor groepsvoorlichting en -begeleiding drie doelgroepen te onderscheiden: patiënten bij wie net de diagnose COPD gesteld is, patiënten die willen stoppen met roken en patiënten die in meerdere mate fysiek beperkt zijn en daardoor in een isolement dreigen te geraken.

Competenties van de praktijkverpleegkundige COPD

De conclusie is dat bij het bevorderen van zelfmanagement de competenties met name gericht zijn op advies kunnen geven over en counseling met betrekking tot leefstijlveranderingen. Daarnaast zijn competenties nodig ten behoeve van preventie (signalering van klachten en comorbiditeit) en competenties ten behoeve van coördinatie en organisatie van zorg.
Als gevolg van de benodigde competenties met betrekking tot leefstijlveranderingen spelen attitudeaspecten van de praktijkverpleegkundige een hoofdrol bij het bevorderen van zelfmanagement. Kennis over de doelgroep is nodig : het ziektebeeld en de gevolgen daarvan, de therapeutische opties en de NHG-standaarden. Wat vaardigheden betreft worden met name eisen gesteld aan het

communicatievermogen van de praktijkverpleegkundige en het kunnen uitvoeren van spirometrieonderzoek.

Samenwerking in de huisartspraktijk
De conclusie is dat de introductie van de praktijkverpleegkundige op korte termijn niet tot werkdrukvermindering leidt. Omdat de functie in de huisartspraktijk nieuw is, vraagt het opbouwen van een goede samenwerking en het leren kennen van elkaars werkwijze in het begin extra tijd en inzet. In feite betreft het hier een nieuwe taak die tot op heden bleef liggen.
Bij praktijkverpleegkundige zorg voor patiënten met COPD gaat het in de huisartspraktijk om een dubbel implementatietraject. De implementatie heeft betrekking op een relatief nieuwe doelgroep en is daarnaast de implementatie van een nieuwe functie in de huisartspraktijk. Praktijkverpleegkundige en huisarts dienen de dossiervoering op elkaar af te stemmen. Minimale vereiste is dat beiden toegang tot elkaars dossiers hebben. De introductie van de praktijkverpleegkundige kan gevoeligheden oproepen bij de praktijkassistente: afstemming is van belang voor een efficiënte samenwerking in de huisartspraktijk en de collectieve inspanning om zorg te dragen voor de doelgroep.

7.2 Aanbevelingen

Introductie van de praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk
Bij de komst van de praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk rijzen er vele vragen. Het gaat dan om vragen als: hoe zet ik een spreekuur op; welke verpleegkundige zorg moet aan de patiënt worden verleend; welke patiënten nodig ik hiervoor uit; moet er alleen een spreekuur zijn of moeten er ook huisbezoeken mogelijk zijn, en zo ja, voor welk type patiënten; welke mogelijkheden zijn er om groepsvoorlichting in het gezondheidscentrum te organiseren en hoe kan ik dat zelf oppakken? Dat richtlijnen voor praktijkverpleegkundige zorg bij patiënten met COPD ontbreken en praktijkverpleegkundigen binnen de huisartspraktijk vaak een geïsoleerde positie innemen maakt het niet gemakkelijker. Daarnaast speelt mee

dat praktijkverpleegkundigen vaak in meerdere huisartspraktijken werkzaam zijn waarbij de huisartsen met betrekking tot eenzelfde doelgroep – in dit geval patiënten met COPD – bij de start van de functie vaak verschillende wensen hebben. Uit de reacties van de geïnterviewden is een aantal stappen te herleiden die de introductie van de praktijkverpleegkundige in de praktijk kunnen vergemakkelijken.

A Oriëntatie

In beginsel is het voor praktijkverpleegkundigen cruciaal om zich nader te oriënteren op de omstandigheden in de huisartspraktijk waarbinnen zij terechtgekomen zijn, op de zorg die op dat moment aan patiënten met COPD geboden wordt en om, met in achtneming van de eigen wensen, aan te sluiten bij wensen van huisartsen en praktijkassistentes.

B Protocol voor zorg aan de doelgroep

Sommige praktijkverpleegkundigen starten met zelf een protocol op te stellen voor verpleegkundige zorg aan patiënten met COPD. Een dergelijk protocol kan als basis dienen om de verpleegkundige zorg met huisartsen en praktijkassistentes te bespreken en om deze zorg in overleg periodiek bij te stellen.

C Toetsen van het protocol en expliciteren van verwachtingen

Vervolgens kan het protocol aan de huisarts(en) en praktijkassistente(s) voorgelegd worden. In de vakgroep voor praktijkverpleegkundigen van het NIZW is aangegeven dat verwachtingen van huisartsen en/of praktijkassistentes bij aanvang van een project soms in tegenspraak kunnen zijn met de professionele opvattingen van de verpleegkundige. Het protocol maakt het mogelijke de verschillende verwachtingen te expliciteren.

D Afstemming verwachtingen en omzetten in effectief functioneren

Het expliciet maken van de verschillende verwachtingen creëert de basis om het pakket van de praktijkverpleegkundige af te stemmen op de werkzaamheden van de collega's in de huisartspraktijk. De afspraken die naar aanleiding hiervan gemaakt worden over het functioneren van de praktijkverpleegkundige vormen de leidraad

voor de startperiode en geven een handvat om de functie na de beginperiode regelmatig te evalueren.

Introductie van spirometrieonderzoek
Introductie van spirometrieonderzoek in de huisartspraktijk vraagt de nodige scholing van alle betrokkenen. Het is raadzaam om hierin vroegtijdig te investeren.

Opbouw van netwerken
Regionale en landelijke netwerken kunnen uitstekend van dienst zijn voor de praktijkverpleegkundige om de nieuwe functie vorm te geven. In de regio is het aan te bevelen het netwerk op te bouwen met collega's uit de eerste en tweede lijn: enerzijds met andere praktijkverpleegkundigen en anderzijds met verpleegkundig specialisten uit de thuiszorg en verpleegkundig specialisten uit het ziekenhuis. Landelijk is het netwerk praktijkverpleegkundigen NIZW een goede optie.

LITERATUUR

Beijaart, R.P.H.
Spirometrie in de huisartspraktijk. NHG-bouwsteen voor de praktijkvoering. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1999

Boers, H.
Verslag vakgroep praktijkverpleegkundigen. Utrecht: NIZW, 2000

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

Bremer Schulte, M.A., G.P.M. ten Velde en A. Hasman
Zelfzorgondersteuning bij chronisch obstructieve longziekten: empowerment via duo-interventie. *Medisch contact,* jrg. 52, nr. 49, p. 1556-1558, 1997

Brooks, D., Y. Lacasse en R.S. Goldstein
Pulmonary rehabilitation programs in Canada: National Survey. *Canadian respiratory journal,* vol. 6, nr. 1, p. 55-63, 1999

Charlton, I.A.N., G. Charlton e.a.
Audit of the effect on a nurse run asthma clinic on workload and patient morbity in a general practice. *British journal of general practice,* vol. 41, nr. 347, p. 227-231, 1991

Douglas, D.
Huisarts en zorgvernieuwing. Utrecht: Nivel, 1997

Drenth, B.B., M.E.J.L. Hulscher e.a.
Preventieve zorg vraagt specifieke aanpak: een model voor de praktijkorganisatie. *Medisch contact,* jrg. 54, nr. 18, p. 646-649, 1999

Eakin, E.G. en R.E. Glasgow
The patients' perspective on the self-management of chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of health psychology,* vol. 2, nr. 2, p. 245-253, 1997

Ede, L. van, C.J. IJzermans en H.J. Brouwer
Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax*, jrg. 54, nr. 8, p. 688-692, 1999

Ferguson, G.T. en T.L. Petty
Screening and early intervention for COPD. *Hospital practice*, vol. 33, nr. 4, p. 67-84, 1998

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

Geijer, R.M.M., H.A. Thiadens e.a.
NHG-standaard COPD en astma bij volwassenen: Diagnostiek. *Huisarts en wet*, jrg. 40, nr. 9, p. 416-429, 1997

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

Jans, M.
Care for asthma and COPD in general practice. Proefschrift. Wageningen: Ponsen & Looijen, 1999

Jenster, M.J.E., C.J. IJzermans e.a.
Triozorg: experimentele samenwerking van huisarts, praktijkassistente en praktijkverpleegkundige onderzocht. Amsterdam [etc.]: Afdeling Huisartsgeneeskunde AMC / Universiteit van Amsterdam [etc.], 1998

Jenster, M.J.E., C.J. IJzermans en A. Pool
De meerwaarde van Triozorg voor hulpverleners en patiënten. *Medisch contact*, jrg. 53, nr. 48, p. 1541-1542, 1998

Jenster, M.J.E., A. Pool en C.J. IJzermans
Resultaten van Triozorg: veel pluspunten maar ook minpunten. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, nr 3, p. 78-79, 1999

Kaiser, U., F.A. Muthny en M. Schmitz
Psychosocial aspects of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Relevance and consequences for pulmonary rehabilitation. *Pneumonologie*, vol. 51, nr. 2, p. 120-128, 1997

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

Keimpema, A.R.J. van
Cara-verpleegkundige in de tweede lijn levert zinnige bijdrage aan behandeling: Proefproject Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit. *Medisch contact*, jrg. 53, nr. 22, p. 756-757, 1998

KITTZ
Transmuraal zorgprogramma COPD. Groningen: KITTZ, 1998

Koopman, D. en J. van der Bijl
Self-efficacy in diabeteseducatie. *Tijdschrift voor ziekenverpleging*, jrg. 109, nr. 20, p. 615-619, 1999

Krall Scherer, Y.
Using self-efficacy theory to educate patients with COPD. *Rehabilitation nursing*, vol. 21, nr. 5, p. 262-266, 1996

Kruijff, A.F. en I. Adema
Verkenning disease management en COPD. Zoetermeer: STG, 2000

Liang, M.H.
Compliance and quality of life: Confessions of a difficult patient. *Arthritis care & research*, vol. 2, nr. 3, p. 71-74, 1989

Marijnen, E.C. en V.W.G. Hogervorst
Eindrapportage Triozorg. Amsterdam: Amsterdamse Huisartsen Vereniging, Amsterdam [etc.], 1997

Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsen Vereniging
Chronisch zieken uw zorg? Onderwijsarrangement over de begeleiding door de huisarts van mensen met een chronische ziekte. Utrecht: NHG/LHV 1998

Playle, J.F. en P. Keeley
Non-compliance and professional power. *Journal of advanced nursing*, vol. 2, nr. 27, p. 304-311, 1998

Robertson, R., L.M. Osman en J.G. Douglas
Adult asthma review in general practice: Nurses' perception of their role. *Family practice*, vol. 14, nr. 3, p. 227-232, 1997

Ross, F.M.
Patient compliance-whose responsibility? *Social science & medicine*, vol. 32, nr. 1, p. 89-94, 1991

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

Schadé, E. (red.)
Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1992

Schayck, C.P., M.P.M.H. Rutten e.a.
Longfunctie en ervaren gezondheid bij patiënten met astma of chronisch obstructieve longziekten in longitudinaal onderzoek. *Huisarts en wet*, jrg. 38, nr. 3, p. 132-138, 1995

Schuller-Punt, R. en D.M.J. Delnoij
Is een praktijkverpleegkundige de oplossing voor de overbelaste huisarts? *Medisch contact*, jrg. 53, nr. 45, p. 1438-1441, 1998

Siafakas, N.M.
ERS Consensus Statement: Optimal assessment and management of chronic obstructieve pulmonary disease. *European respiratory review*, vol. 6, nr. 39, p. 270-275, 1996

Simons, M.R.
Interventions related to compliance. *Nursing clinics of North America*, vol. 27, nr. 2, p. 477-494, 1992

Smeele, I.J.M., R.P.T.M. Grol e.a.
Knelpunten in de zorg voor volwassen Cara-patiënten. *Huisarts en wet*, jrg. 39, nr. 12, p. 548-553, 1996

Sockrider, M.M. en J.M. Wolle
Helping patients better adhere to treatment regimes. *Journal of respiratory diseases*, vol. 17, nr. 3, p. 204-216, 1996

Spiegel, P. van
Rookverslaafde heeft recht op hulp. *Volkskrant*, 23 augustus 2000

Stuurgroep toekomstscenario's gezondheidszorg
Chronische ziekten in het jaar 2005. Deel 2: Scenario's over cara 1990-2005. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum, 1990

Tiep, B.L.
Disease management of COPD with pulmonary rehabilitation. *Chest*, vol. 112, nr. 6, december, p. 1630-1656, 1997

Watson, P.B., G.I. Town e.a.
Evaluation of a self-management plan for chronic obstructive pulmonary disease. *European respiratory journal*, vol. 6, 42.10, p. 1267-1271, 1997

Weelderen, G. van
Discrepanties tussen oordelen van verpleegkundigen en oordelen van chronisch psychiatrische patiënten. Doctoraalscriptie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994

Wigal, J.K. e.a.
The COPD self-efficacy scale. *Chest*, vol. 5, nr. 99, p. 1193-1196, 1991

Eerder verscheen bij NIZW Uitgeverij over het onderwerp *Triozorg* de volgende publicatie.

Triozorg onderzocht. Over samenwerking tussen huisarts, hun assistenten en praktijkverpleegkundigen
M.J.E. de Kruijff-Jenster, A. Pool, C.J. IJzermans, M. Duijnstee en E. Schadé

Triozorg onderzocht is geschreven op basis van een onderzoek – onder de naam *Triozorg* – naar de resultaten van een project met praktijkverpleegkundigen in de regio Amsterdam. Het onderzoek geeft niet alleen een beeld van de effecten van *Triozorg* op de zorg, maar ook inzicht in de samenwerking tussen de drie disciplines huisarts, praktijkverpleegkundige en praktijkassistente.

1998, ISBN 90-5050-626-7, NIZW-bestelnummer E 32176

BIJLAGE 1 Geraadpleegde projectplannen / evaluatieverslagen

Beijaart, R.P.H., M. van Bemmel e.a.
Chronisch obstructieve longziekten in de huisartspraktijk. Introduktie van een geïntegreerde eerstelijnsaanpak ten bate van de patiënt met COPD. Maarsenbroek: Zilverzorg Weidesticht, december 1998

DHV Groot Gelre & Amicon Zorgverzekeraar
Chronisch obstructief longlijden. (Beschrijving van een pilotproject in de huisartsengroep Groepspraktijk Rhenen.) Enschedé: Amicon Zorgverzekeraar, juli 1999

Dijk, C. van
Concept protocol COPD. Almere: Eerstelijnsvoorzieningen Almere, december 1999

Laurant, M. en J. Braspenning
De huisarts en de praktijkverpleegkundige in Midden-Brabant. Deel I: Beschrijving project en evaluatiestudie (tussentijdse procesrapportage). Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) Katholieke Universiteit Nijmegen, september 1999

Lucas, A.E.M.
De zorg voor de astma/patiënt met COPD: wat, door wie, hoe? Wegwijzer naar een model op maat: managementmodellen in de DHV-regio zuidoost-Brabant. Handout, uitgereikt op een studieconferentie over diseasemanagement bij astma en COPD te Nieuwegein, oktober 2000

Moerman, I.
Rapportage 'Pas op Zorg'. Project praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijken te IJsselstein. Rotterdam: STOEL, april 1998

Moerman, I.
Samen werken aan huisartsenzorg. Evaluatie experiment astma/COPD half juli 1998 t/m half januari 1999. Rotterdam: STOEL, maart 1999

Moerman, I.
Samen werken aan huisartsenzorg. Rotterdam: STOEL, december 1999

BIJLAGE 2 Geïnterviewde personen

Aan het groepsinterview met huisartsen en verpleegkundigen gezamenlijk is deelgenomen door twee praktiserend huisartsen en vijf verpleegkundigen met een beleidsondersteunde functie. Een achtste deelnemer is als docent verbonden aan de Stichting Specifieke Scholing Verpleegkundigen (SSSV)te Bunnik. De groepsinterviews per discipline zijn gehouden met respectievelijk zes praktijkverpleegkundigen, vijf huisartsen en drie praktijkassistentes.

Geïnterviewden met een beleidsondersteunende functie
Een aantal verpleegkundigen en alle huisartsen die aan de groepsinterviews hebben deelgenomen zijn beleidsmatig betrokken bij ontwikkelingen binnen huisartsgeneeskundige en/of (praktijk)verpleegkundige zorg voor patiënten met COPD.

Eén verpleegkundige is als projectleider astma/COPD verantwoordelijk voor het ontwikkelen en implementeren van een protocol voor beide ziektebeelden. Een tweede verpleegkundige is als projectleider bij het KITTZ betrokken bij het opzetten van transmurale projecten voor de zorg voor patiënten met COPD. Een derde verpleegkundige is bij het Nederlands Astma Fonds werkzaam als zorginnovator. Een vierde verpleegkundige is als stafverpleegkundige astma en COPD werkzaam bij een thuiszorgorganisatie. Daarnaast werkt zij bij een DHV (districtshuisartsenvereniging) als projectleider voor een project met betrekking tot de functie van praktijkverpleegkundige. Een vijfde verpleegkundige werkte ten tijde van het groepsinterview als zorgmanager bij een thuiszorgorganisatie en was eerder als inhoudelijk adviseur/praktijkverpleegkundige bij een project met de functie van praktijkverpleegkundige betrokken. Allevijf verpleegkundigen hebben een ruime ervaring met de zorg voor patiënten met COPD. Meerdere van deze verpleeg-

kundigen zijn actief betrokken bij de Nederlandse Vereniging van Longverpleegkundigen en/of de SSSV-opleiding op het terrein van astma en COPD.

Eén huisarts werkt bij de afdeling praktijkvoering van het NHG en is niet praktiserend. Hij houdt zich bezig met de ontwikkeling van een werkmap astma/COPD voor huisartsgeneeskundige zorg, met de praktijkverpleegkundige als actueel aandachtspunt. Een tweede project waar deze huisarts bij betrokken is betreft de registratie van de zorg voor chronisch zieken. Van de andere zes huisartsen heeft er één meegewerkt aan de nieuwe NHG-standaarden voor astma en COPD. Ten tijde van het groepsinterview was deze huisarts vanuit het NHG betrokken bij het opstellen van landelijke transmurale afspraken (LTA) met longartsen over de astma- en COPD-standaarden. Drie huisartsen zijn actief betrokken bij het opstellen van lokale samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en longartsen. Twee huisartsen, ten slotte, hebben in het gezondheidscentrum waar zij werken een beleidsondersteunende rol bij de zorg voor astmapatiënten en patiënten met COPD. Een van deze huisartsen houdt samen met een praktijkverpleegkundige en een praktijkassistente een longspreekuur. De andere huisarts vervult in het gezondheidscentrum een centrale rol bij gezamenlijk beleid met betrekking tot de zorg voor astmapatiënten en patiënten met COPD.

Praktiserende geïnterviewden
Twee medisch specialisten werkzaam als longarts zijn geïnterviewd in het kader van het onderzoek.

Eén praktijkverpleegkundige heeft een gecombineerde functie als wijkverpleegkundige/praktijkverpleegkundige. Zij werkt in een gezondheidscentrum voor vier huisartsen en bij één solohuisarts en heeft ten tijde van het groepsinterview drie jaar ervaring als praktijkverpleegkundige. De andere vijf praktijkverpleegkundigen zijn vanuit een thuiszorgorganisatie voor hun volledige werktijd gedetacheerd bij verschillende huisartspraktijken. Ten tijde van het groepsinterview hebben zij één à twee jaar ervaring in deze nieuwe functie. Alle praktijkverpleegkundigen werken voor meerdere huisartsen, met een maximum van zeven. Tevens werken de praktijkver-

pleegkundigen voor verschillende doelgroepen. De meest voorkomende doelgroepen zijn patiënten met diabetes, astma (bij kinderen en volwassenen) of COPD en ouderen.

Van de zes praktiserend huisartsen die hun medewerking verleenden hebben twee huisartsen ieder drie jaar ervaring met praktijkverpleegkundige zorg bij patiënten met COPD. Bij de andere vier huisartsen is dit één à twee jaar. Eén huisarts werkt in een solopraktijk. Hij werkt samen met verschillende disciplines: een psycholoog, een gespecialiseerd diabetesverpleegkundige en sinds 1,5 jaar ook met een praktijkverpleegkundige. De vijf overige huisartsen werken in een gezondheidscentrum.

Het groepsinterview met de praktijkassistentes werd met drie van hen gehouden, allen werkzaam in een gezondheidscentrum. Praktijkassistentes die werkzaam zijn in een solopraktijk ontbraken in deze groep. De eerste praktijkassistente houdt inmiddels drie jaar een eigen spreekuur voor patiënten met COPD en heeft haar kennis en ervaring door middel van de bijscholingen en in het project zelf opgedaan. Ze heeft geen opleiding tot praktijkassistente. Een tweede praktijkassistente werkt sinds 1985 in een gezondheidscentrum. Zij is voor één dagdeel per week betrokken bij de zorg voor patiënten met COPD en is ingewerkt door een praktijkverpleegkundige die op het gebied van cara de SSSV-opleiding heeft gevolgd. Daarnaast heeft zij stage gelopen op de longpolikliniek van een ziekenhuis om zelfstandig spirometrieonderzoek te kunnen verrichten. De praktijkassistente en de praktijkverpleegkundige hebben ieder hun eigen patiënten en hun eigen spreekuur. De derde praktijkassistente werkt ook in een gezondheidscentrum. Ze heeft in een ander gezondheidscentrum twee jaar ervaring opgedaan met een eigen spreekuur voor astmapatiënten en patiënten met COPD, dat zij ook op haar nieuwe werkplek aan het opzetten is.

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 geclusterd rond de thema's *informatie en infrastructuur, jeugdzorg en -welzijn, zorgen en verplegen, organisatie van zorg* en *lokaal sociaal beleid*. 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 congressen, trainingen, boeken, brochures, almanakken, databestanden, websites, cd-rom's, video's en een informatielijn.