



NASCHOLING

Zelfmanagement bij COPD

Individueel zorgplan en coachende zorgverlener



Met medewerking van:
Cynthia Hallensleben,
praktijkverpleegkundige / adviseur en
scholingsontwikkelaar NeLL



Esther Beemsterboer,
longverpleegkundige, OLVG



Bianca Hagnaars

Samenvatting

Een belangrijk onderdeel van het 'Landelijk Zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname' is dat patiënten zelf de regie nemen over hun aandoening en de behandeling. Op die manier kunnen patiënten zelf invulling geven aan hun leven met COPD en kunnen nieuwe opnames mogelijk voorkomen worden. Alle zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt dienen als team een patiënt te ondersteunen, waarbij een zorgcoördinator of casemanager een centrale rol inneemt. Het opstellen van een individueel zorgplan (IZP) is hierbij essentieel. Hierin staan concrete, haalbare en vooral voor de patiënt persoonlijke streefdoelen beschreven die bijvoorbeeld betrekking hebben op leefstijlfactoren als roken, bewegen en voeding. Dit plan kan helpen het zelfmanagement van patiënten te bevorderen.

Dit artikel is ook onderdeel van een online nascholing. Ga naar: www.mediamed.nl

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel weet u:

- Waarom zelfmanagement bij COPD-patiënten van belang is;
- Welke rol een individueel zorgplan heeft bij zelfmanagement;
- Hoe patiënten hun doelen voor het individueel zorgplan helder kunnen krijgen;
- Welke rol zorgverleners hebben bij het opstellen van het individueel zorgplan;
- Dat de rol van alle zorgverleners cruciaal is voor het slagen van zelfmanagement van patiënten;
- Hoe het individueel zorgplan gemonitord en geëvalueerd kan worden.

Belangrijk onderdeel van het 'Landelijk Zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname' is het samen met de patiënt opstellen van een individueel zorgplan (IZP), inclusief een Longaanval Actieplan (LAP). Hiermee worden patiënten in staat gesteld zelf de regie te nemen over hun aandoening en de behandeling ervan (zelfmanagement).

Zelfmanagement

Een opname wegens een longaanval is voor veel COPD-patiënten een angstige ervaring die ze liever niet meer meemaken. Maar COPD is een chronische ziekte, en bovendien een aandoening waarbij patiënten steeds verder achteruitgaan. De ervaring is dat patiënten bij verergering van hun klachten over het algemeen vrij lang wachten voor zij contact opnemen met een zorgverlener. Door niet direct te handelen bij verergering van klachten, kan er meer longschade ontstaan, hebben patiënten mogelijk meer en langduriger medicatie nodig, en kan hun herstel langer duren.[1,2,3] Als COPD-patiënten zelf regie nemen over hun aandoening en de behandeling (zelfmanagement), kan hun achteruitgang zo veel mogelijk geremd worden. COPD-patiënten kunnen dan zo lang mogelijk een relatief normaal leven leiden, en adequater handelen bij verergering van klachten.

Verskil tussen IZP en LAP

Bij het bevorderen van zelfmanagement kan een IZP meerwaarde hebben. Het IZP is een zorgplan dat specifiek geschreven is voor en met de betreffende patiënt. Vaak wordt het IZP in één adem genoemd met het Longaanval Actieplan (LAP). Ze zijn nauw met elkaar verweven, maar het zijn duidelijk twee verschillende plannen. In het IZP staan de doelen beschreven die een patiënt wil behalen en gaat in op de vraag hoe patiënten

hun chronische aandoening in kunnen passen in hun leven, en zo optimaal mogelijk kunnen blijven leven. Het LAP is een belangrijk onderdeel van het IZP en is gericht op hoe patiënten om moeten gaan met verergering van de klachten die kunnen leiden tot een longaanval. Aangezien de klachten van een beginnende longaanval zeer persoonlijk zijn, staat in het LAP beschreven welke klachten voor deze patiënt passen bij een longaanval, en hoe patiënten het beste kunnen handelen bij een longaanval. Voorbeelden van een LAP en een IZP zijn opgenomen in het 'Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname'.

Opstellen IZP na ontslag uit ziekenhuis

Het opstellen van een IZP, inclusief een LAP, zit verweven in het 'Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname'. Bij het ontslaggesprek wordt een start gemaakt met het invullen van een LAP, wat een belangrijk onderdeel is van het IZP. Ongeveer twee tot vier weken na de longaanval, staat het herstel van de patiënt centraal en kan de zorgverlener een start maken om samen met de patiënt een IZP op te stellen. Uit een pilot die met het 'Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname' is gedaan, bleek dat het niet haalbaar en zinvol was om het IZP vóór ontslag uit het ziekenhuis te bespreken. Patiënten en hun mantelzorgers konden de hoeveelheid aan informatie onvoldoende opnemen. Wel kunnen er tijdens opname (en het eventuele huisbezoek in week 1) belangrijke stappen worden gezet ter inventarisatie van het IZP. De zorgcoördinator kan de inzichten van de verschillende zorgverleners bundelen en deze in week twee tot vier meenemen wanneer samen met de patiënt het IZP wordt opgesteld. Tijdens dit contactmoment staat het verder invullen van het LAP centraal, evenals het beschrijven van de doelstellingen op korte termijn. De reden voor deze termijn is dat dit nog redelijk

Tips bij het opstellen van een IZP

- Laat patiënten zelf hun doelen formuleren en opschrijven;
- Laat patiënten hun doelen formuleren in de 'ik'-vorm;
- Maak het IZP niet te lang;
- Neem alle betrokken zorgverleners op in het IZP;
- Zorg in het IZP voor een vast aanspreekpunt voor patiënten (casemanager of zorgcoördinator);
- Neem de doelen op in de eigen dossiervorming, zodat bij ieder controlemoment met de patiënt het IZP besproken kan worden;
- Vorm een team met de betrokken zorgverleners.

kort op de longaanval en opname is. Patiënten kunnen zich dan over het algemeen nog goed herinneren wat de eerste signalen van verslechtering waren.

Naast een volledig ingevuld LAP en persoonlijke streefdoelen op korte termijn, staan in het IZP een beschrijving voor doelen op lange termijn, een actueel medicatieoverzicht, de betrokken zorgverleners en de zorgcoördinator, adviezen met betrekking tot stoppen met roken, voeding en bewegen, afspraken en wensen omtrent heropnames, zingeving, verlichting van het lijden en het levenseinde.

Concrete doelen

Het streven is om patiënten eigenaar te maken van het IZP. Hoe persoonlijker het IZP is, hoe groter de kans dat het aanslaat. Hiervoor is het belangrijk dat patiënten zelf hun doelen stellen en aangeven waar ze aan willen werken. De doelen dienen concreet te zijn en vooral niet te groot. Het is beter om meerdere subdoelen te stellen dan één groot doel. Ook is het van belang de doelen haalbaar te houden, zodat patiënten gemotiveerd blijven. Voorbeelden van doelen zijn: weer willen kunnen koken zonder de volgende dag uitgeput te zijn, met de kleinkinderen naar de speeltuin kunnen lopen, een rollator aanschaffen of een scootmobiel aanvragen, leren energie beter te verdelen over de dag, of een heel rondje met de hond te lopen, in plaats van een half rondje.

Rol zorgverlener

Om patiënten eigenaar te maken van het IZP dienen zij een actieve rol te hebben bij het opstellen en uitvoeren van het plan. Dit vergt een aanpassing in de relatie tussen zorgverlener en patiënt. De zorgverlener dient allereerst patiënten duidelijk uit te leggen dat zij een actieve rol kunnen spelen in hun behandeling, waarbij de zorgverlener de patiënt kan helpen bepaalde beslissingen te nemen. Om patiënten zelf hun doelen te laten formuleren, is het belangrijk dat de zorgverlener een meer coachende rol richting patiënten aanneemt, hen leert kennen, probeert te achterhalen wat belangrijk is voor die betreffende patiënten en wat hen motiveert. Motiverende gesprekstechnieken

kunnen hierbij van waarde zijn. Voorbeelden van motiverende vragen die helpen bij het helder krijgen van doelen, zijn:

- Wat vind je belangrijk in het leven of wat motiveert je?
- Wat zou je niet willen missen?
- Wat mis je nu wat je een jaar of twee geleden nog wel kon?
- Zou je daar iets aan willen doen?

Vervolgens kunnen zorgverleners de verschillende opties met patiënten bespreken. Specifieke onderdelen waar aan gewerkt kan worden, zijn bijvoorbeeld leefstijlfactoren als roken, bewegen en voeding. Dit betekent dat er andere zorgverleners betrokken moeten worden bij het IZP, zoals de huisarts, een wijklongverpleegkundige, fysiotherapeut of diëtist.

Monitoring

Het is belangrijk dat patiënt, mantelzorger en zorgverlener de in het IZP gestelde doelen geregeld bespreken, evalueren en actualiseren. Voor alle zorgverleners, en niet alleen de zorgverlener die samen met de patiënt het plan heeft opgesteld, is het belangrijk bij ieder gesprek terug te komen op het zorgplan en controleafspraken te maken, bijvoorbeeld na drie maanden, om de doelen te bespreken. Dit kost tijd en de rol van de zorgverleners onderling moet duidelijk zijn. Ook kan het voor zorgverleners wennen zijn om patiënten bij elk bezoek te vragen naar het IZP. Patiënten hebben bij de monitoring duidelijk ook een actieve rol. Van hen mag verwacht worden dat zij het IZP meenemen naar consulten en het ook bespreken met alle betrokken zorgverleners. Dit vergt vaak een verandering van mindset bij patiënten. Voor zorgverleners kan het handig zijn de doelen van patiënten op te nemen in de eigen dossiervoering zodat er bij ieder contactmoment op teruggekomen kan worden, mocht een patiënt zelf het IZP vergeten zijn mee te nemen. Het kan zo zelfs dienen als leidraad van het gesprek.

Dit alles zal voor zowel patiënten als zorgverleners wennen zijn. Het is belangrijk te realiseren dat een IZP niet een doel op zich is, maar dat het de bedoeling is dat er een momentum ontstaat waarin patiënten het eigenaarschap van het zorgplan/hun eigen gezondheid op zich nemen. Voor een goede implementatie van het IZP in de dagelijkse COPD-zorg is een vast aanspreekpunt



**Het IZP is erop gericht
patiënten zo optimaal
mogelijk te laten leven met
hun COPD.**



Hoe persoonlijker het IZP is, hoe groter de kans dat het aanslaat.

voor de patiënt dan ook van belang (een casemanager). Deze helpt de patiënt met het opstellen van het IZP, vervolgt de patiënt en evalueert op afgesproken momenten samen met de patiënt en mantelzorgers of de doelen bereikt zijn of bijgesteld moeten worden.

Hulpmiddelen

Of een IZP op papier staat of een digitale vorm heeft, maakt niet uit. Wel kunnen digitale zorgtoepassingen helpen bij het helder krijgen en monitoren van de doelen en het zorgplan op de radar krijgen van andere betrokken zorgverleners. Ook zijn er verschillende LAP's beschikbaar, waaronder Longaanval Actieplan COPD van het Longfonds, het Actieplan COPD van het Medisch Spectrum Twente en het REDUX herken-actieplan, ontwikkeld door de CAHAG. REDUX is een tool voor het vroegtijdig (h)erkennen van longaanvallen en biedt ondersteuning bij zelfmanagement van patiënten bij een naderende aanval. Met behulp van een vragenlijst krijgen zorgverleners een duidelijk beeld van wat er is gebeurd en hoe een longaanval bij deze betreffende patiënt te herkennen is. Hiermee wordt de vertraging tussen herkenning van de klachten en het in actie komen van de patiënt verminderd. Naast een meetmethode is REDUX ook een training voor zorgverleners. Deze training wordt voornamelijk door huisartsen en praktijkondersteuners als team gedaan. Hoewel REDUX in eerste instantie gericht is op de eerste lijn, is het zeker ook geschikt voor longartsen en longverpleegkundigen in de tweede lijn, omdat het vaak gemeenschappelijke patiënten betreft.

In opdracht van het ministerie van VWS is door het National eHealth Living Lab, in samenwerking met de Long Alliantie Nederland en het Franciscus Gasthuis & Vlietland een overzicht gemaakt met digitale zorgtoepassingen die beschikbaar zijn voor patiëntgerichte COPD-zorg. In verschillende fases van het zorgproces kunnen verschillende tools uitkomst bieden. In de handreiking (zie kader Meer lezen?) worden deze digitale zorgtoepassingen opgesomd per moment in het zorgproces. ●

Conclusie

Door patiënten de regie te geven over hun eigen ziekte en de behandeling daarvan, leren ze hier beter mee omgaan. Het IZP is een hulpmiddel om patiënten hierbij te begeleiden. Door concrete en haalbare doelen in dit plan op te nemen, evenals een LAP, leren zij de chronische aandoening beter in te passen in hun leven en adequaat te handelen bij verergering van klachten.

Referenties

1. Wilkinson TM, Donaldson GC, Hurst JR, Seemungal TA, Wedzicha JA. Early therapy improves outcomes of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;169(12):1298-303.
2. Seemungal TA, Donaldson GC, Bhowmik A, Jeffries DJ, Wedzicha JA. Time course and recovery of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161(5):1608-1613.
3. Yang IA, Clarke MS, Sim EHA, Fong KM. Inhaled corticosteroids for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(7):CD002991.

Bronnen

www.longaanval.nl

Handreiking Digitale Zorgtoepassingen voor patiëntgerichte COPD zorg. http://nell.eu/upload/HandreikingDigitaleZorgCOPD_V1.pdf. Geraadpleegd juli 2020.

Meer lezen?

- Handreiking Digitale Zorgtoepassingen voor patiëntgerichte COPD zorg
http://nell.eu/upload/HandreikingDigitaleZorgCOPD_V1.pdf
- Individueel Zorgplan in de behandel fase
<https://www.cahag.nl/index.php/kennisbank/copd/behandelfase-izp>
- REDUX
<https://www.cahag.nl/kennisbank/copd/behandelfase-izp/management-longaanvallen/redux>