

Goede COPD zorg in Midden-Holland

Colofon

De pilot als toets voor goede COPD-zorg in Midden-Holland is opgezet en uitgevoerd door de projectgroep bestaande uit:
Karin van Assen, longarts Groene Hart Ziekenhuis; Wilma Bijsterbosch, manager Transmuraal Centrum (projectleider); Lisette van Dingenen, programmaleider Zorgketens, Transmuraal Netwerk Midden-Holland; Bep van Leeuwen, praktijkverpleegkundige te Gouda; Birgitte Lempers, huisarts te Gouda; Hanneke Leroux, nurse practitioner longziekten Transmuraal Centrum Midden-Holland; Harold van Mechelen, lid regionaal Astmafonds; Jaap Melis, apotheker te Gouda; Tinky de Veld, fysiotherapeut Groene Hart Ziekenhuis.

Het is een uitgave van het Transmuraal Netwerk Midden-Holland. Postbus 1098, 2800 BB Gouda. 0182-505534. info@transmuraalnetwerk.nl
www.transmuraalnetwerk.nl

© 2007 Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.



Resultaten en conclusies van de pilot COPD 2006-2007



Inleiding

Uit landelijke onderzoeken en ontwikkelingen blijkt dat er veel “winst” te behalen is in de COPD zorg, door onder andere meer samenwerking. Daarom en gezien de goede regionale transmurale ervaringen met andere doelgroepen is in Midden-Holland gestart met het opzetten van een COPD-zorgketen. Als eerste stap is in 2004 een vooronderzoek verricht naar de knelpunten in de zorg voor COPD-patiënten en het draagvlak voor het opzetten van een COPD-zorgketen. Als belangrijkste knelpunten werd door de geïnterviewde zorgverleners genoemd:

- onvoldoende afstemming tussen eerste en tweede lijn,
- onvoldoende opsporing van COPD patiënten,
- het ontbreken van vervolcontacten,
- het ontbreken van een multidisciplinaire aanpak in de eerste lijn onvoldoende communicatie en educatie van zorgverleners richting patiënten.

Er was veel draagvlak voor een COPD zorgketen en zorgverleners dachten hiermee de meeste knelpunten op te kunnen lossen of te verbeteren.

Op basis van landelijke en regionale richtlijnen, protocollen en werkwijzen is door een projectgroep van het Transmuraal Netwerk Midden-Holland een opzet gemaakt voor goede COPD zorg. Met deze werkwijze is een pilot gestart voor de duur van een jaar. Hieraan hebben meegewerkt: drie huisartspraktijken, longartsen en longverpleegkundigen van het Transmuraal Centrum, fysiotherapiepraktijken, diëtisten, apotheken en vertegenwoordiging van de patiëntenvereniging. In september 2007 zijn de resultaten hiervan verzameld.



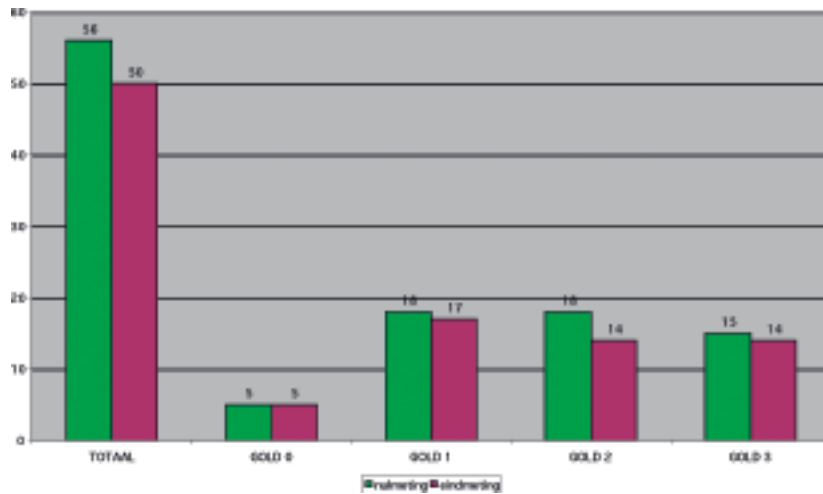
Resultaten

- Het ging om 85 patiënten; 37 (44%) mannen en 48 (56%) vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 59 jaar. De respons om mee te doen met de pilot was hoog, 40 tot 60%. Gedurende het programma van een jaar zijn slechts 3 patiënten uitgestroomd.
- Multidisciplinair samenwerken werd als plezierig en leerzaam ervaren. Het leidt tot inzicht, betere communicatie en uniforme wijze van handelen.
- Structurering van de zorg geeft de mogelijkheid tot taakherschikking.
- Het aantal exacerbaties is in vergelijking tot het jaar voor de pilot afgenomen van 56 (66%) naar 50 (59%).
- Het aantal opnames is in vergelijking tot het jaar voor de pilot toegenomen van 0 naar 10 (bij 5 patiënten). 3 maal i.v.m. een exacerbatie. Tijdens de opname in het ziekenhuis zijn alle patiënten geïncubeerd in het klinisch pad.
- De kwaliteit van leven (CCQ) is verbeterd van 1,4 naar 1,2. Dit geldt voor alle vier de Gold-stadia.
- De aandacht en extra begeleiding werd door patiënten als positief ervaren. Patiënten ervaren zelf een verbetering van hun zelfmanagement. Adviezen van zorgverleners waren welkom en hadden effect. De bereidheid van patiënten om hun leefwijze aan te passen nam in de loop van het programma toe. Ook was er meer aandacht voor gebruik van de medicatie.
- De longfunctie (FEV1%) is bij 84% gelijk gebleven of verbeterd.
- Het aantal kortwerkende en langwerkende 2 medicatie is gedurende de pilot afgenomen. Het aantal ICS, anticholinergica en de combinatie van die twee is toegenomen.
- De inhalatietechniek is gedurende de pilot bij 47% van de patiënten verbeterd.
- Het aantal rokers was: 44 (52%). Er zijn 22 (50%) mensen gestart met stoppen. 10 mensen zijn ook daadwerkelijk gestopt tijdens de duur van de pilot.



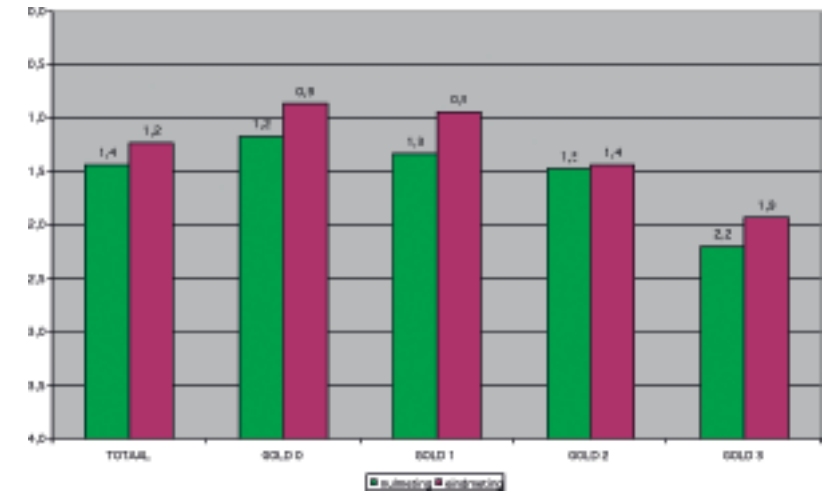
- De huisarts was in 82% van de gevallen de hoofdbehandelaar aan het begin van de pilot en bij 75% van de patiënten ook aan het eind. Het accent binnen de COPD-zorg kan op de zorg in de 1e lijn liggen.
- Er zijn 46 (54%) patiënten verwezen naar de fysiotherapeut. Bij 38% van deze groep patiënten was de kwaliteit van leven verbeterd. De korte behandeling fysiotherapie volstond.
- Er zijn 30 (35%) patiënten verwezen naar de diëtiste. Bij 73% van deze groep patiënten was de kwaliteit van leven verbeterd.
- Gedurende de pilot is bij 35% van de patiënten de BMI verbeterd (naar de normaalwaarde tussen 20-25). Bij 50% van deze groep was dit onder begeleiding van de diëtiste.
- Deskundigheidsbevordering voor zorgverleners in de COPD-zorg is een belangrijk aandachtspunt.

Exacerbaties



Het aantal exacerbaties is in vergelijking tot het jaar voor de pilot afgenomen van 56 (66%) naar 50 (59%). Er is bij alle GOLD-stadia een daling te zien.

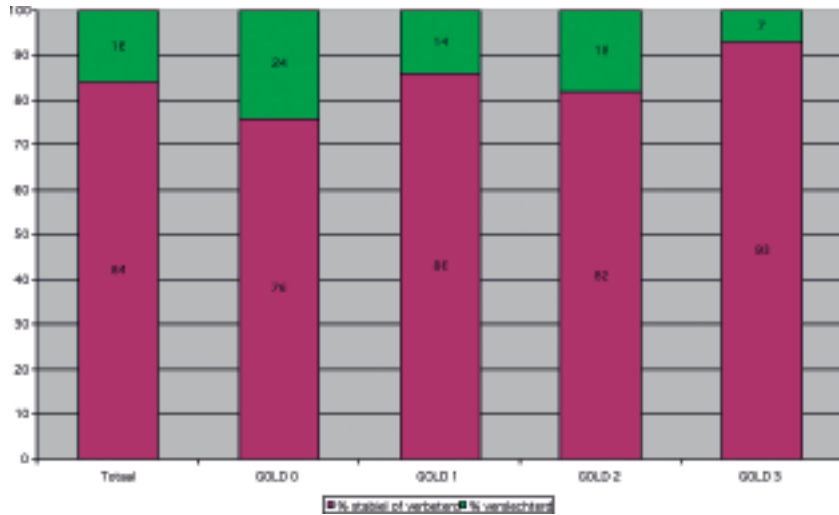
Kwaliteit van leven (CCQ)



De kwaliteit van leven is gemeten met de CCQ-scorelijst, waarbij de waarde ligt tussen de 6 en 0. Er zijn waarden gemeten tussen de 0,2 en 3,9. De score is verbeterd van 1,4 naar 1,2. De verbetering is te zien bij alle vier de Gold-stadia.



Longfunctie: FEV₁%



De FEV₁ (de uitademingskracht per seconde) is in de totale groep bij 84% gelijk gebleven of verbeterd. Hierbij is de nulmeting vergeleken met de eindmeting. Ieder verschil van min 5 tot 0 is als stabiel meegenomen.



Conclusies

Uit de gegevens blijkt dat de zorg voor COPD patiënten met deze werkwijze succes boekt.

Patiënt

De patiënt staat centraal in de behandeling. De patiënt met COPD moet het gevoel hebben invloed te kunnen uitoefenen op de ziekte en de behandeling ervan. Hij zal dan eerder de behandelingsadviezen opvolgen en verantwoordelijkheid nemen. De patiënt is immers medeverantwoordelijk voor het verlenen en ontvangen van goede zorg. De verantwoordelijkheden voor de patiënt liggen op het gebied van informatie verzamelen, informatie verstrekken, meebeslissen, meewerken, verantwoord gebruik maken van zorg en gedrag en bejegening.

Preventie

Stoppen met roken en vaccinatie. Hierbij is het doel zoveel mogelijk rokers definitief te laten stoppen met roken ter voorkoming en verergering van long-, hart- en vaatziekten. En het beschikbaar zijn van vaccinatie binnen het huidige vaccinatie-programma voor alle gediagnosticeerde COPD-patiënten conform de vaccinatieafspraken. Hierbij is het de verantwoordelijkheid van alle hulpverleners om de COPD-patiënt te stimuleren om met roken te stoppen. Patiënten die aangeven dat ze willen stoppen met roken maar hiervoor begeleiding nodig hebben, worden verwezen naar de longverpleegkundige of de praktijkverpleegkundige werkend in de huisartspraktijk, waarbij gebruik gemaakt wordt van de Minimale Interventie Strategie van Stivoro, nicotinevervangers en ondersteuning door middel van medicijnen.

Vroegsignalering

Gerichte opsporing en vergroten van de bewustwording van risicogroepen zijn taken die toebehoren aan de huisarts en verpleegkundigen werkend in de eerstelijns gezondheidszorg. Voor het definiëren van de risicogroepen zijn criteria opgesteld.

Diagnostiek

Diagnostiek vindt plaats volgens de landelijke NHG-standaard. Vervolgens wordt de waarschijnlijkheidsdiagnose COPD bevestigd door spirometrie. De huisarts heeft de mogelijkheid om de spirometrie door een medewerker uit de eigen praktijk te laten uitvoeren of in het ziekenhuis. Indien de uitvoering van spirometrie door een medewerker in de huisartspraktijk wordt verricht, worden hieraan eisen gesteld. De voorwaarden zijn voldoende training en ervaring met het meten en interpreteren van de uitslagen en het laten verrichten van perio-



dieke controlemetingen. De kwaliteit van de spirometrie in de huisartspraktijk kan eventueel verbeteren door scholing en toetsing binnen de COPD-keten. Er wordt zondig een begeleidingsprogramma aangeboden. Het longfunctie-onderzoek wordt beoordeeld door de huisarts of de longarts.

Diagnose

De diagnose wordt gesteld op basis van internationale normen: de GOLD-criteria. De ernst van COPD wordt echter behalve door de FEV1 bepaald door de ernst van de dyspnoe en andere klachten (hoesten, slijm opgeven), de ernst en de frequentie van de exacerbaties, de beperkingen van het inspanningsvermogen en de aanwezigheid van co-morbiditeit.

Behandeling door huisarts

De behandeling van COPD patiënten ligt in eerste instantie bij de huisarts. Deze kan doorverwijzen voor specifieke behandeling, zorg of begeleiding. De huisarts blijft tijdens het gehele traject hoofdbehandelaar van de COPD-patiënt. Gedurende een klinische opname neemt de longarts deze rol tijdelijk over.

Het doel op korte termijn is het optimaliseren van de therapie leidend tot het verminderen van klachten, het verbeteren van het inspanningsvermogen en het voorkomen van exacerbaties. Het doel op lange termijn is het voorkomen of vertragen van een versnelde achteruitgang van de longfunctie, het uitstellen of voorkomen van complicaties en invaliditeit en het verbeteren van de overleving. Voor de behandeling en verwijzing zijn beslisbomen opgesteld ingedeeld naar de GOLD-criteria.

Interventies door verpleegkundige

De longverpleegkundige/praktijkverpleegkundige speelt een belangrijke, coördinerende rol in de preventie en de zorg rondom de COPD-patiënt. De verpleegkundige kan de regiefunctie van de zorg voor de COPD-patiënt op zich nemen. Er zijn criteria opgesteld voor de verwijzing naar de longverpleegkundige. De verpleegkundige kan de volgende taken uitvoeren: zorgdiagnostiek, stoppen met roken advisering, voorlichting, ondersteunende informatie geven met behulp van foldermateriaal, het geven van leefstijladviezen, adviseren over goede voeding/ gewicht en bewegen, medicatiebegeleiding, inventariseren therapietrouw, voorlichting geven over werking en bijwerkingen van de inhalatiemedicatie, geven van inhalatie-instructies, checken van het inhalatiemateriaal en de techniek, signaleren van problemen op dit gebied, screenen van de voedingsstatus met behulp van de SNAQ-methode, geven van psychosociale ondersteuning, ondersteunen van zelfmanagement en adviseren voor doorverwijzing naar de diëtist, de fysiotherapeut, de ergotherapeut of het maatschappelijk werk.

Behandeling door longarts

Voor patiënten met COPD is van het begin af aan een multidisciplinaire aanpak de beste behandeling. De huisarts is hoofdbehandelaar. De huisarts kan de patiënt doorverwijzen naar de longarts. Hiervoor zijn criteria opgesteld. Als het beleid van de longarts tot een bevredigend resultaat heeft geleid, wordt de patiënt terugverwezen naar de huisarts. Bij deze terugverwijzing mag de longarts ervan uitgaan dat de huisarts de controle van de patiënt overneemt en patiënt volgens de COPD behandelafspraken controleert. Patiënten met GOLD 0, 1 en 2 kunnen van begin af aan door de huisarts gecontroleerd worden, daarbij geadviseerd door de longarts. Patiënten met GOLD 3 en 4 komen in aanmerking voor controle door de longarts. Indien er sprake is van een stabiele situatie worden zij terugverwezen naar de huisarts. Voor de behandeling en diagnostiek door de longarts is een globaal stroomschema opgesteld. De longarts speelt een centrale rol bij de multidisciplinaire aanpak van de longrevalidatie.

Behandeling door fysiotherapeut

Lichamelijke training, in aanvulling op de standaard (medicamenteuze) behandeling, leidt bij COPD-patiënten tot verbetering van het inspanningsvermogen, vermindering van dyspneuklachten en verbetering van kwaliteit van leven. Bij alle patiënten met inspanningsgerelateerde klachten ten gevolge van COPD is fysieke training, ongeacht de ernst, altijd zinvol. De therapie door de fysiotherapeut richt zich op twee probleemgebieden sputumretentie en problemen met het klaren van sputum en verminderde inspanningstolerantie. De eerste behandeling door de fysiotherapeut bestaat uit drie tot vijf korte behandelsessies voor bronchiaaltoilet en het in kaart brengen van de belasting / belastbaarheid. Patiënten dienen vervolgens behandeld te worden volgens de KNGF richtlijn COPD door deskundige fysiotherapeuten. Om de deskundigheid in de 1e lijn te bevorderen is een regionale training opgesteld welke zorgt voor de juiste deskundigheid volgens de afspraken in de COPD-zorgketen Midden-Holland.

Behandeling door diëtist

Voor de verwijzing van patiënten met ondervoeding bij COPD naar de diëtist is een verwijsschema opgesteld met een toelichting. Het is een hulpmiddel voor verwijzers om te bepalen welke patiënten naar de diëtist dienen te worden doorverwezen. Hierbij staat aangegeven welke verwijzgegevens de diëtist nodig heeft om de dieetbehandeling te starten. Het doel van de dieetbehandeling is het handhaven en/of verbeteren van de voedingstoestand en spiermassa en/of het bereiken/behouden van een gezond gewicht.



Begeleiding door de apotheek

Juist bij deze groep patiënten is medicatiebegeleiding en therapietrouw zeer essentieel. De apotheek heeft hierin een rol. Zo wordt bij een nieuw recept voor een nieuwe inhalator altijd instructies gegeven door de apotheek. Medicatiebegeleiding wordt gegeven apotheeke assistente. Over de inhoud van de instructie zijn afspraken gemaakt met alle disciplines. Met de longverpleegkundige en de praktijkverpleegkundige is de kennis afgestemd door scholing.

De drempel om vragen te stellen bij de apotheek is laag voor patiënten. Dit geeft een ingang voor voorlichting en begeleiding. Ook weet de apotheker / apothekersassistente bij het signaleren van problemen andere zorgverleners in de keten te vinden.

Behandeling met zuurstof thuis

Het bestrijden van de hypoxie om daarmee de overlevingsduur en de kwaliteit van leven te verhogen en/of het voorkomen of vertragen van problemen voor het lichaam door zuurstofgebrek. Het gaat meestal om de groep patiënten met GOLD 4 classificatie. De longarts besluit tot zuurstoftherapie. Er zijn hiervoor criteria opgesteld. Voor de begeleiding bij zuurstoftherapie kan de longverpleegkundige worden ingeschakeld.

Klinische opname

Een klinische opname kan noodzakelijk zijn bij een exacerbatie, voor evaluatie van een onvoldoende effectief beleid of voor het optimaliseren conditie van patiënt. De huisarts kan de patiënt verwijzen naar de longarts. De longarts besluit tot een klinische opname. Tijdens de opname is de longarts eindverantwoordelijke voor het medisch beleid.

Doel is weer te komen tot een zo optimaal mogelijk dagelijks functioneren. Hiervoor is een klinisch pad opgesteld voor patiënten met een ongecompliceerde exacerbatie COPD. Naast het medisch beleid is er tijdens de opname aandacht voor informatie en voorlichting, lichamelijke verzorging, medicatiebegeleiding, leefstijladviezen, psychosociale ondersteuning en monitoring van de lichamelijke conditie. Het ontslag wordt tijdig en zorgvuldig voorbereid zowel medisch als verpleegkundig.

Longrevalidatie

Longrevalidatie biedt een multidisciplinaire poliklinische behandeling door longarts, fysiotherapeut, maatschappelijke werker, diëtist, en longverpleegkundige. De longarts kan de patiënt via een dagopname voor de revalidatie opgeven. Er is multidisciplinair overleg één keer in de twee weken met alle bovengenoemde disciplines.

De revalidatie wordt gegeven in verschillende groepen. De patiënten worden ingedeeld in een hoog-, midden- en laagbelaste groep. De training vindt plaats

op de afdeling fysiotherapie en bestaat uit drie keer per week conditietraining en spierkrachttraining. De behandeling heeft als doel de conditie en spierkracht van de patiënt op te bouwen om zo mogelijk de kwaliteit van leven te verbeteren en biedt tevens ondersteuning bij acceptatie van en het leven met de ziekte COPD. De longverpleegkundige is coördinator en de longarts is eindverantwoordelijke.

Voorlichting en zelfmanagement

Goede instructie en voorlichting over het ziektebeeld, de behandeling en het effect wat ervan verwacht mag worden zijn belangrijke preventieve maatregelen. Daarnaast is het belangrijk dat de patiënt met COPD het gevoel heeft invloed uit te kunnen oefenen op de ziekte en de behandeling er van. Hij zal dan eerder de verantwoordelijkheid nemen en behandelingsadviezen opvolgen. Het bevorderen van zelfmanagement door de patiënt met COPD is te beschouwen als een preventieve actie. Alle disciplines betrokken bij de patiënt hebben een verantwoordelijkheid in het goed informeren en het stimuleren van het zelfmanagement. De longverpleegkundige en praktijkverpleegkundigen hebben hierin een coördinerende rol.

Leefstijladviezen

Leefstijladviezen spelen een belangrijke rol in de behandeling van COPD-patiënten. Dit levert een bijdrage aan het verbeteren van de kwaliteit van leven, de prognose en tot afname van het aantal exacerbaties. Onderwerpen zijn het stoppen met roken, bewegen, voeding en de analyse van de woon/werkomgeving. Alle disciplines betrokken bij de patiënt hebben een verantwoordelijkheid in het adviseren en stimuleren van een goede leefstijl. De longverpleegkundige/praktijkverpleegkundige heeft hierin een coördinerende rol.

Medicatiebegeleiding

De longarts of huisarts schrijft de medicatie voor volgens landelijke richtlijnen. Door het hanteren van een juiste inhalatietechniek kunnen de voorgeschreven medicijnen het beste resultaat bereiken. Wanneer patiënt voor het eerst een inhalator gebruikt dient de patiënt instructies te krijgen. Vernevelen thuis wordt ontmoedigd. De medicatiebegeleiding kan gegeven worden door de longverpleegkundige, de praktijkverpleegkundige van de huisarts, de verpleegkundige in het ziekenhuis, de wijkverpleegkundige of door de apotheeke assistente. Over de inhoud van de instructie zijn afspraken gemaakt met alle disciplines.



Psychosociale ondersteuning

Behalve functionele beperkingen in het dagelijkse leven hebben patiënten met ernstig COPD relatief veel last van depressie en angst. De kwaliteit van leven is bij hen duidelijk verminderd in vergelijking met de algemene populatie en in vergelijking met patiënten met andere chronische aandoeningen.

Alle disciplines betrokken bij de patiënt hebben hierin een signalerende functie. De longverpleegkundige en het maatschappelijk werk hebben hierin een uitgesproken rol. Zonodig kan worden doorverwezen voor ondersteuning, begeleiding of behandeling.

Palliatieve zorg

De zorg is gericht op de begeleiding van de patiënt met COPD in stadium GOLD 4 waarbij zijn/haar behoeften centraal staan. Hierbij staan waarden en normen van de patiënt en diens naasten centraal waarbij respect voor de patiënt en het zolang mogelijk behouden van de autonomie van de patiënt op de voorgrond staan. In de regio Midden-Holland is een regionale visie op palliatieve terminale zorg getekend door alle betrokken partijen. De huisarts is hoofdbehandelaar en waar nodig worden andere disciplines ingeschakeld (thuiszorg, diëtist, fysiotherapeut, overleg 2e lijn).

Monitoring

Het systematisch aandacht besteden aan follow-up consulten draagt bij aan het beheersen van de klachten door de patiënt. Een controle geeft de mogelijkheid het beloop van de aandoening te volgen, de effecten van de niet-medicamenteuze behandeling te evalueren, na te gaan of de medicamenteuze behandeling aanpassing behoeft en de inhalatietechniek te controleren.

Op basis van de GOLD-indeling zijn criteria opgesteld voor de monitoring van de COPD-patiënt. De huisarts of longarts is eindverantwoordelijke. Afhankelijk van de situatie kunnen onderdelen worden gedelegeerd aan de longverpleegkundige, de praktijkverpleegkundige of de praktijkassistente.

