

De NCSI-methode: maatwerk voor COPD-zorg

Samenvatting

Bischoff EWMA, Vercoulen J, Elbers L, Behr RA, Schermer TRJ. De NCSI-methode: maatwerk voor COPD-zorg. *Huisarts Wet* 2016;59(6):242-7.

Achtergrond De integrale gezondheidstoestand ('ziektelast') vervangt de FEV₁ als voornaamste criterium voor de ernst van COPD en bepaalt de zorg die de patiënt zou moeten ontvangen. In ziekenhuizen wordt al enige jaren de NCSI-methode (Nijmegen Clinical Screening Instrument) gebruikt om de integrale gezondheidstoestand uitgebreid in kaart te brengen, maar in de huisartsenpraktijk is deze methode nog niet bekend. Wij onderzochten of de NCSI-methode ook bruikbaar is in de eerstelijns COPD-keten-zorg.

Methode In vijf huisartsenpraktijken trainden wij praktijkondersteuners en implementeerden wij de NCSI-methode. Wij bepaalden de integrale gezondheidstoestand van de deelnemende COPD-patiënten met behulp van het NCSI, een internetvragenlijst. Ook gingen we na, op basis van logboeken en digitale registratie, of de methode uitvoerbaar was binnen de kaders van de COPD-ketenzorg. Tot slot onderzochten we in focusgroepinterviews hoe de deelnemende patiënten en praktijkondersteuners de NCSI-methode waardeerden.

Resultaten In de vijf praktijken namen bij elkaar 180 patiënten deel aan het COPD-ketenzorgprogramma. Van hen vulden er 134 (74%) het NCSI in, overwegend thuis op de computer. Naar het oordeel van de praktijkondersteuners had 81% van de deelnemers een lichte ziektelast. Gemeten met het NCSI ondervond echter ruim de helft ernstige problemen in drie of meer domeinen van de integrale gezondheid. Onze interventie bleek goed inpasbaar in de COPD-ketenzorg en zowel patiënten als praktijkondersteuners vonden de methode waardevol voor het bieden van zorg op maat. Alle geïnterviewden wilden de methode na afloop van het onderzoek blijven gebruiken.

Conclusie COPD-patiënten in de eerste lijn hebben vaker ernstige gezondheidsproblemen dan men zou verwachten op grond van louter FEV₁-metingen. Er is behoefte aan gedetailleerdere inkaarting van de gezondheidstoestand van deze patiënten; het NCSI biedt een goed toepasbare mogelijkheid.

ACHTERGROND

De zorg voor mensen met chronisch obstructief longlijden (COPD) was van oudsher primair gericht op de ernst van de luchtwegobstructie, maar die blijkt slechts in beperkte mate gerelateerd aan de kwaliteit van leven.¹ De Zorgstandaard

COPD van Long Alliantie Nederland en de NHG-Standaard COPD nemen daarom tegenwoordig de 'integrale gezondheidstoestand' of 'ziektelast' als maat voor de ernst van de aandoening en voor de zorg die de patiënt ontvangt.^{2,3} Door rekening te houden met de integrale gezondheidstoestand, die naast longfunctie ook de ervaren klachten, beperkingen en kwaliteit van leven omvat, kunnen zorgverleners COPD-zorg op maat aanbieden. Dat maakt de inhoud en de organisatie van de COPD-zorg intensiever en complexer, en daarmee tijdrovender. Daarmee is ook de behoefte aan praktische instrumenten ter ondersteuning van de zorgverlener gegroeid.

Veelgebruikte vragenlijsten zoals de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) meten slechts enkele aspecten van de gezondheidstoestand.^{4,5} Sinds 2005 wordt in diverse Nederlandse ziekenhuizen het Nijmegen Clinical Screening Instrument (NCSI) gebruikt, dat dit nadeel niet heeft. De NCSI-methode voorziet in een eenvoudig meetinstrument, gekoppeld aan een geïntegreerde semi-gestructureerde interventie. Samen helpen zij de ziektelast uitgebreid in beeld te brengen, onderliggende problemen te verhelderen, een individueel behandelplan op te stellen en de patiënt te motiveren tot gedragsverandering.⁶⁻¹⁰ De NCSI-methode wordt nog niet gebruikt in huisartsenpraktijken, waar juist een grote behoefte bestaat aan praktische hulpmiddelen voor de COPD-zorg.

Doel van ons onderzoek was na te gaan of de NCSI-methode bruikbaar is in de huisartsenpraktijk. Daartoe bepaalden wij (1) in welke mate patiënten in de huisartsenpraktijk die COPD hebben problemen ervaren met hun integrale gezond-

Wat is bekend?

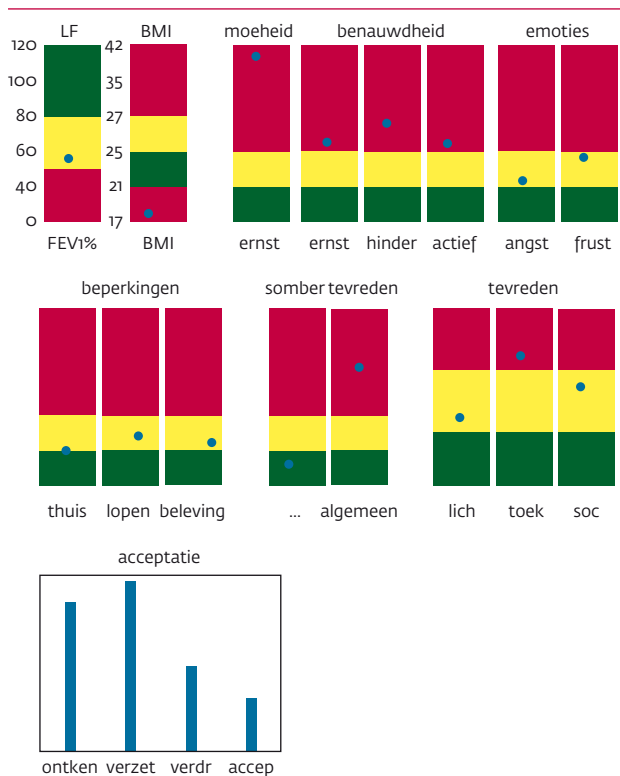
- Zowel de Zorgstandaard COPD als de NHG-Standaard COPD stellen de integrale gezondheidstoestand ('ziektelast') van de patiënt centraal in de behandeling.
- Veel Nederlandse ziekenhuizen gebruiken de NCSI-methode (Nijmegen Clinical Screening Instrument) om de integrale gezondheidstoestand van COPD-patiënten in te beeld brengen, een individueel zorgplan op te stellen en de patiënt te motiveren tot gedragsverandering.
- In huisartsenpraktijken wordt de NCSI-methode niet gebruikt.

Wat is nieuw?

- De NCSI-methode is goed inpasbaar binnen het ketenzorgprogramma COPD.
- Bij een aanzienlijk deel van de COPD-patiënten signaleert de NCSI-methode meer ernstige problemen dan vooraf door de praktijkondersteuners werd ingeschat.
- Patiënten en praktijkondersteuners vonden dat de NCSI-methode inzicht biedt in de ervaren problemen en de patiënt extra motiveert tot gedragsverandering.

Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. E.W.M.A. Bischoff, senior onderzoeker (tevens kaderhuisarts Universitair Gezondheidscentrum Heyendaal); dr. T.R.J. Schermer, senior onderzoeker. Afdeling Medische Psychologie en afdeling Longziekten: J. Vercoulen, klinisch psycholoog; L. Elbers, basispsycholoog. Organisatie voor Chronische Eerstelijnszorg, Nijmegen: R.A. Behr, kaderhuisarts • Correspondentie: erik.bischoff@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door de Organisatie voor Chronische Eerstelijnszorg (OCE) te Nijmegen.

Figuur 1 Patiëntenprofielkaart (PPK)

De kaart geeft een beeld van de integrale gezondheidstoestand aan de hand van 21 items. De 16 kolommen vertegenwoordigen elk een subdomein van de integrale gezondheidstoestand; de bolletjes geven de score van de patiënt weer. Een score in het groene segment betekent dat de patiënt in het betreffende subdomein normaal functioneert; in het gele segment heeft de patiënt een mild probleem, in het rode segment een ernstig probleem. Voor een uitgebreide beschrijving zie het [online supplement op www.henw.org, rubriek Onderzoek].

heidstoestand, (2) of de methode past binnen de kaders van COPD-ketenzorg en (3) hoeveel waarde COPD-patiënten en praktijkondersteuners aan de methode hechten.

METHODEN

Opzet

Onze onderzoeksopzet was niet-experimenteel met *mixed methods*. Van januari 2013 tot juli 2014 implementeerden we bij vijf huisartsengroepspraktijken in de regio Nijmegen de NCSI-methode door middel van een training voor praktijkondersteuners. Daarbij gebruikten we: (1) het NCSI om de ervaren problemen in de integrale gezondheidstoestand te meten; (2) een procesevaluatie om te bepalen of de methode past binnen de kaders van de COPD-ketenzorg; (3) focusgroepinterviews om vast te stellen welke waarde COPD-patiënten en praktijkondersteuners hechten aan de NCSI-methode.

Populatie

Wij includeerden patiënten die deelnamen aan de COPD-ketenzorg, bij wie de diagnose COPD gesteld was door middel van spirometrie (post-bronchodilatatoire $FEV_1/FVC < 0,70$) en

van wie de huisarts de hoofdbehandelaar was. We hanteerden geen exclusiecriteria. Patiënten kregen de NCSI-interventie aangeboden tijdens hun reguliere ketenzorgconsult.

Interventie

De NCSI-methode bestaat uit een gevalideerd meetinstrument, een bijbehorende interventie en een monitoringinstrument. Het meetinstrument is een digitale vragenlijst van circa 20 minuten die 21 aspecten van de integrale gezondheidstoestand meet, inclusief het verwerkingsproces, en de uitslagen grafisch weergeeft op een zogeheten patiëntenprofielkaart (PPK). Zie [figuur 1] en het [online supplement] op www.henw.org, rubriek Onderzoek.⁶⁻¹⁰

De patiënt ontvangt per e-mail een link naar de vragenlijst, die via een beveiligde server wordt aangeboden met het vragenlijstprogramma RadQuest. De zorgverlener ontvangt de PPK digitaal en bespreekt deze op semigestructureerde wijze met de patiënt en diens partner, waarna zij gezamenlijk een individueel zorgplan opstellen.

Na de interventie kan de praktijkondersteuner met het monitoringinstrument de gezondheid van de patiënt volgen; de monitoring viel echter buiten het bestek van dit onderzoek.

Het Nijmeegse COPD-ketenzorgprogramma bestaat uit een intensieve fase, gevolgd door een stabiele fase. De intensieve fase start met twee consulten van 30 minuten bij de praktijkondersteuner, waarin een individueel zorgplan wordt opgesteld. Extra consulten zijn mogelijk als dat nodig is. Voor ons onderzoek nodigde de praktijkondersteuner na het eerste

Abstract

Bischoff EWMA, Vercoulen J, Elbers L, Behr RA, Schermer TRJ. The NCSI-method: COPD management made to measure. *Huisarts Wet* 2016;59(6):242-7.

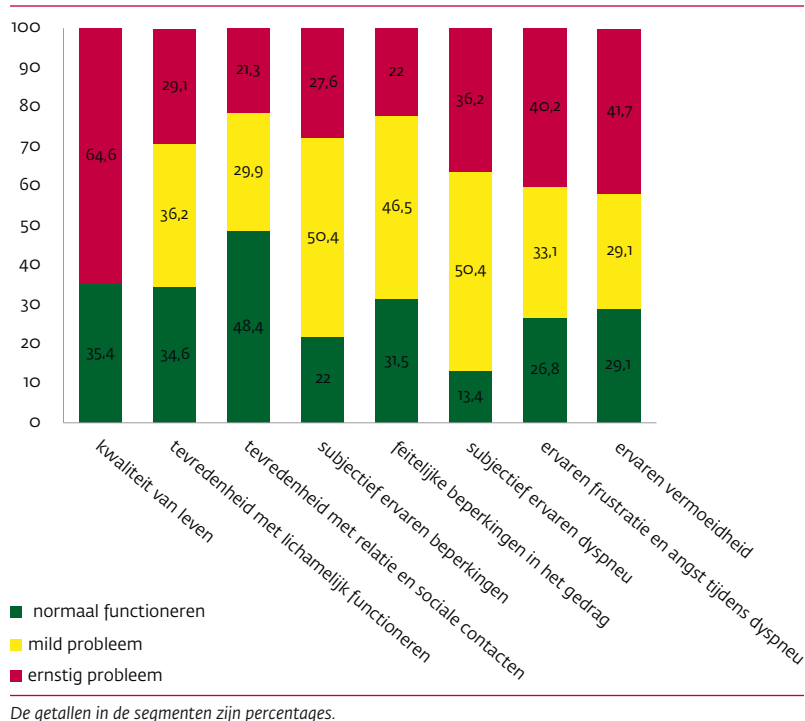
Background Integral health status is replacing forced expiratory volume in 1 second (FEV₁) as main indicator of the severity of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A method using the Nijmegen Clinical Screening Instrument (NCSI), an Internet questionnaire, has long been used in hospitals to obtain detailed information about the integral health status of patients, but it has not yet been used in primary care. The aim of this study was to assess whether the NCSI method can also be used in general practice.

Method The practice nurses of five general practices were trained in the use of the NCSI method, which was then implemented to evaluate the integral health status of patients with COPD. Instrument feasibility was evaluated by means of logbooks and digital registration; focus group meetings were held to assess the experiences of patients and practice nurses.

Results Of the 180 patients who received COPD care, 134 (74%) completed the NCSI, mostly by computer at home. According to the practice nurses, 81% of the patients had only mild impairment, whereas the NCSI scores indicated that more than half of the patients had severe problems in three or more of the eight NCSI subdomains. Use of the NCSI was feasible within the structure of the COPD care programme, and both patients and practice nurses found the instrument valuable. All participants would like to continue using the NCSI.

Conclusions Patients seen in primary care often have more serious health problems than can be expected on the basis of FEV₁ measurements. There is a need for detailed information about the health status of these patients, and the NCSI would seem to be an appropriate instrument for obtaining this information.

Figuur 2 Integrale gezondheidstoestand van 134 COPD-patiënten op acht subdomeinen, zo als gemeten met de NCSI



consult de patiënt per e-mail uit het NCSI-meetinstrument in te vullen en stond in het tweede consult het bespreken van de PPK centraal. In drie bijeenkomsten van drie uur schoolden we de praktijkondersteuners in de achtergronden van de NCSI-methode en de interpretatie van de PPK, oefenden we met rollenspellen de uitvoering van de interventie en bespraken wij meegebrachte casuïstiek.

Metingen en uitkomstmaten

Voorafgaand aan de meting stelden wij vast hoe ernstig de praktijkondersteuner de ziektelast van de betreffende patiënt inschatte (licht, matig of ernstig) op basis van de indicator ‘ziektelast COPD’ uit de Tabel Diagnostische Bepalingen van het NHG.¹¹

De praktijkondersteuners noteerden in een logboek eventuele redenen om de NCSI-methode niet te gebruiken, aantal en duur van de consulten, overleggen met de huisarts en vervolgacties. Met behulp van deze logboeken en gegevens uit RadQuest evalueerden wij of de methode paste binnen de kaders van de ketenzorg. Twaalf maanden na het begin van de implementatie organiseerden wij een focusgroepinterview met de praktijkondersteuners en aparte focusgroepinterviews met hun patiënten om de ervaren waarde van de NCSI-methode in kaart te brengen. Alle patiënten die de methode gebruikten, ontvingen daarvoor een uitnodiging. In totaal vonden er vier interviewsessies plaats, één met praktijkondersteuners en drie met patiënten, die werden geleid door een ervaren moderator (JV) in aanwezigheid van een observator (LE).

We gebruikten een script met de volgende thema’s: ervaringen met het versturen van het NCSI-meetinstrument (alleen praktijkondersteuners), het invullen van het NCSI-meetinstrument (alleen patiënten) en het bespreken van de PPK, de invloed van de PPK op het vervolgbeleid en de ervaren knelpunten. Wij maakten geluidsopnamen van alle interviews.

Analyses

We analyseerden alle NCSI-data van alle deelnemende patiënten en alle logboeken met behulp van beschrijvende statistiek. In een eerder onderzoek toonde factoranalyse aan dat de 21 aspecten van de integrale gezondheidstoestand van de individuele patiënt kunnen worden samengevat in totaalscores op acht subdomeinen.⁹ Voor elke patiënt bepaalden we de totaalscore per subdomein en categoriseerden deze als ‘normaal functioneren’, ‘mild probleem’ of ‘ernstig probleem’ op basis van eerder vastgestelde normen bij controlepersonen met en zonder COPD.⁶ Voor elk van de acht subdomeinen berekenden we op groepsniveau het percentage patiënten in iedere categorie.

De geluidsopnames van de interviews werden door een van de onderzoekers (EB) getranscribeerd en in een exploratieve analyse gecodeerd en geordend.¹²

RESULTATEN

Populatie

Gedurende ons onderzoek zagen de praktijkondersteuners 180 patiënten met COPD van wie er 134 (74%) het NCSI-meetinstrument invulden. Deze groep bestond vooral uit mannen (57%), had een gemiddelde leeftijd van 65,0 jaar (SD 10,7) en een post-bronchodilatatoire FEV₁ van 66,0% van de voorspelde waarde (SD 15,4).

Volgens de praktijkondersteuners had 81,3% van de patiënten bij aanvang van het onderzoek een lichte ziektelast, 17,6% een matige en 1,1% een ernstige.

Integrale gezondheidstoestand

[Figuur 2] geeft per subdomein het percentage deelnemers dat normaal functioneerde of een mild dan wel ernstig probleem ervoer. Het percentage patiënten met ernstige problemen varieerde van 21% (‘tevredenheid met relatie en sociale contacten’) tot 65% (‘algemene kwaliteit van leven’). [Figuur 3] beschrijft het percentage patiënten met ernstige problemen in meerdere domeinen. Meer dan de helft van de patiënten ervoer ernstige problemen in drie of meer van de acht subdomeinen.

Gebruik van de NCSI-methode

Van de 46 patiënten (26%) die de vragenlijst niet invulden, gaven er 25 (14%) als reden gebrek aan motivatie. Bij negen patiënten (5%) kwam het door ernstige comorbiditeit die een vervolgspraak buiten de praktijk nodig maakte, drie patiënten (2%) ondervonden technische problemen, drie patiënten beheersten de Nederlandse taal onvoldoende, drie patiënten waren er nog niet aan toegekomen en bij drie patiënten was de reden onbekend.

Van de 134 deelnemers die de vragenlijst wel invulden, deden 106 (79%) dat thuis op de computer; de overige 28 (21%) gebruikten een pc op de huisartsenpraktijk.

De praktijkondersteuners bespraken de PPK met 122 patiënten (91%). Bij de twaalf patiënten van wie de PPK niet besproken werd, kwam dat in drie gevallen door technische problemen, in zes gevallen doordat de patiënt afzag van verdere deelname en in drie gevallen was de reden onbekend.

Het consult waarin de PPK besproken werd, duurde gemiddeld 35,8 minuten (SD 9,9). Bij vijf patiënten (4%) was een tweede consult nodig, dat gemiddeld 23,0 minuten duurde (SD 6,7). Bij 84 patiënten (63%) besprak de praktijkondersteuner de PPK met de huisarts. Uiteindelijk werden 21 patiënten (16%) verwezen: acht naar een fysiotherapeut, zeven naar een longarts, drie naar een POH-ggz, een naar een diëtist, een naar een ergotherapeut en een naar een maatschappelijk werker.

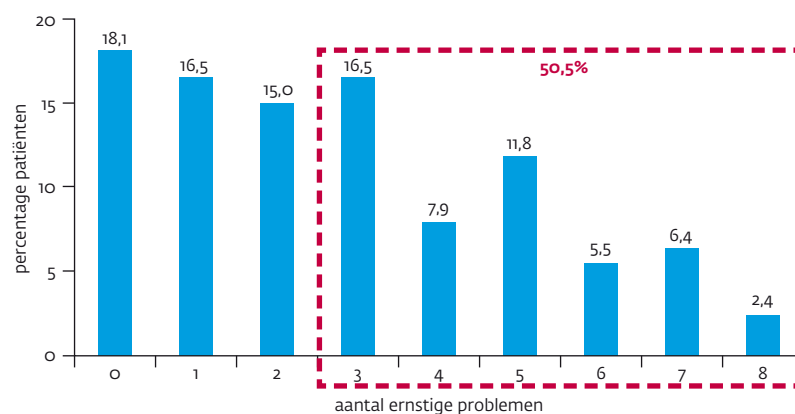
Ervaringen van patiënten

Aan de focusgroepinterviews namen negen patiënten deel uit drie praktijken, zeven mannen en twee vrouwen. De [tabel] bevat een aantal citaten uit deze interviews. De patiënten meldden dat het NCSI-meetinstrument eenvoudig in te vullen was en hen stimuleerde na te denken over hun aandoening (citaat 1). Het bespreken van de PPK ervoeren zij als erg prettig; het maakte problemen inzichtelijk en het motiveerde hen om deze aan te pakken (citaten 2 en 3).

De meeste patiënten waren voorheen niet gewend geweest hun partner mee te nemen naar de controleafspraken. Degenen die hun partner hadden meegenomen, vonden het een meerwaarde hebben: de partner kon hen aanvullen en er thuis met hen over praten (citaat 4).

Voor de meeste patiënten leverde het bespreken van de PPK iets op, bijvoorbeeld het besef dat ze de ernst van hun ziekte ontkenen, meer moesten bewegen of meer aandacht aan hun psychische klachten moesten besteden. Om deze redenen vonden de patiënten de NCSI-methode waardevol en hoopten ze dat hun huisartsenpraktijk de methode zou blijven gebruiken.

Figuur 3 Aantal ernstige problemen in de integrale gezondheidstoestand per patiënt voor de 134 COPD-patiënten



Ervaringen van praktijkondersteuners

Zes praktijkondersteuners namen deel aan het focusgroepinterview. Zij vonden de NCSI-methode waardevol voor het opsporen van problemen en het formuleren van doelen (citaat 5). Doordat de PPK de problemen visualiseerde, begreep de patiënt de problemen beter en was hij sterker bij de behandeling betrokken (citaat 6).

De meeste praktijkondersteuners vonden het waardevol dat patiënten hun partner meenamen, hoewel veel patiënten dit niet gewend waren.

De praktijkondersteuners gaven aan dat sommige patiënten de vragen 'raar' vonden en het onpersoonlijk vonden dat ze het instrument thuis moesten invullen. Het bespreken van de PPK maakte echter veel duidelijk (citaat 7). Alle praktijkondersteuners vonden het waardevol de PPK mee te geven om thuis na te bespreken.

Doordat niet alle patiënten thuis een computer hadden, vulde een aantal de vragenlijst in op de praktijk. Dit kostte extra tijd, en sommige patiënten vonden het bezwaarlijk dat ze moesten terugkomen voor het bespreken van de PPK (citaat 8).

Tabel Citaten uit de focusgroepinterviews met patiënten (n = 9) en praktijkondersteuners (n = 6)

Citaat	Persoon	Tekst
1	patiënt 5	'Prima lijst om in te vullen. Duurde ongeveer twintig minuten. De vragen zetten je aan om na te denken.'
2	patiënt 1	'Ik heb een hele tijd in een ontkeningsfase gezeten. Ik heb puffes gebruikt, daar was ik mee gestopt. Het was niets voor mij. Nu gaat het beter. Ik sta meer open.'
3	patiënt 3	'Het geeft inzicht in wat ik beter kan doen en wat ik beter kan laten, motiveert.'
4	patiënt 2	'Confronterend. Mijn vrouw moest er om huilen. Heftig. Je voelt je zo waardeloos op een gegeven moment. Ik vond het fijn dat er zo naar gevraagd werd.'
5	praktijkondersteuner 2	'Zonder [NCSI-methode] is het moeilijk om een doel te verzinnen, met [NCSI-methode] kom je makkelijker tot een formulering van een doel.'
6	praktijkondersteuner 3	'Je komt nieuwe dingen op het spoor. Als je direct vraagt, hoor je vaak: "Het gaat goed". Het visualiseert voor de patiënt wat belangrijk is.'
7	praktijkondersteuner 4	'Eerst vonden ze het maar gekke vragen. Als ze de PPK zien, is het opeens heel duidelijk. Dan worden ze heel echt, zonder omhulsel van "Het gaat goed met me".'
8	praktijkondersteuner 6	'Mensen vinden het soms een bezwaar om er extra voor terug te komen. Eerst spirometrie en dan nog een consult voor de PPK.'



Foto: Jose Antonio Sanchez/Flickr

De meeste praktijkondersteuners stonden weinig stil bij de mogelijkheden tot doorverwijzing. Alle praktijkondersteuners wilden de NCSI-methode ook na het onderzoek blijven gebruiken.

DISCUSSIE

Ons onderzoek laat zien dat de NCSI-methode bruikbaar is in de huisartsenpraktijk. Het instrument signaleerde bij ruim de helft van de COPD-patiënten drie of meer ernstige problemen in de integrale gezondheidstoestand, terwijl de praktijkondersteuners bij ruim viervijfde de ziektelast vooraf als licht hadden ingeschat. De NCSI-methode blijkt goed toepasbaar binnen de kaders van het bestaande COPD-ketenzorgprogramma; zowel patiënten als praktijkondersteuners vonden de methode waardevol voor het opsporen en inzichtelijk maken van problemen, het formuleren van doelen en het motiveren van patiënten om deze aan te pakken.

Dat praktijkondersteuners de ziektelast onderschatten, kan komen doordat zij nog uitgaan van de vroegere GOLD-classificatie, waarin de FEV₁ gold als belangrijkste criterium voor de ziektelast. Volgens dat criterium had inderdaad ruim 80% lichte tot matig ernstige COPD.¹³ Er zijn momenteel geen duidelijke en uniforme handvatten voor het in kaart brengen van de ziektelast bij COPD. Het meestgebruikte instrument in de COPD-ketenzorg voor het bepalen van de gezondheidstoestand is de CCQ, waarvan momenteel een aangepaste versie wordt ontwikkeld als ziektelastmeter.^{3,14} Dit instrument geeft

echter slechts een beperkt inzicht in de werkelijke, integrale gezondheidstoestand.

Met het NCSI vonden wij een grote heterogeniteit in de aard en ernst van ervaren problemen in de onderzochte patiëntengroep. Dit illustreert dat voor het in kaart brengen van de integrale gezondheidstoestand gedetailleerde meting op vele subdomeinen noodzakelijk is, óók in de huisartsenpraktijk. De NCSI-methode is goed uitvoerbaar binnen het ketenzorgprogramma, zowel wat betreft het aantal beschikbare sessies als wat betreft de tijd per sessie. Voor de patiënt heeft de methode het voordeel dat het bespreken van de PPK inzicht geeft in de ervaren problemen en de motivatie vergroot om deze ook aan te pakken.

Gezien de ernst van de ervaren problemen hadden we verwacht dat praktijkondersteuners meer gebruik zouden maken van aanvullende behandelingen of doorverwijzingen. Mogelijk waren ze onvoldoende op de hoogte van de verschillende mogelijkheden tot doorverwijzen en schatten ze de tijd die beschikbaar was voor extra consulten binnen het zorgprogramma te krap in. Verder (vergelijkend) onderzoek is nodig om te beoordelen of de NCSI-methode daadwerkelijk leidt tot betere kwaliteit van de COPD-zorg voor de individuele patiënt.

Door de bespreking van de PPK te verdelen over meerdere consulten kan de duur van het eerste consult, die nu gemiddeld 35 minuten is, worden verkort. We verwachten dat de bespreking ook korter zal duren naarmate de praktijkondersteuner meer ervaring krijgt met de methode. Ongeveer een

op de zeven patiënten bleek niet gemotiveerd om de vragenlijst in te vullen. Over de precieze redenen hebben we geen informatie, maar wellicht komt het doordat de methode nieuw voor ze was. In de ziekenhuizen waar de NCSI-methode al langere tijd gebruikt wordt, zijn nauwelijks weigeraars. Bijna 80% van de patiënten vulde de vragenlijst thuis in zodat dit geen belasting voor de huisartsenpraktijk opleverde. De 20% die de vragenlijst op de praktijk invulde, leverde natuurlijk wel een extra tijdbelasting op, maar we verwachten dat dit aantal in de komende jaren sterk zal kunnen afnemen doordat steeds meer ouderen overweg kunnen met het internet.³⁵

De deelnemende patiënten en praktijkondersteuners vonden de NCSI-methode waardevol en wilden haar ook na ons onderzoek blijven gebruiken. Inmiddels wordt de methode ook in andere Nijmeegse huisartsenpraktijken geïmplementeerd in de ketenzorg. Een mogelijke belemmering voor verdere implementatie is de scholingsduur voor praktijkondersteuners, die vooral kennis tekort blijken te komen over motiverende gespreksvoering en basale psychologische mechanismen. Deze kennis is ook bruikbaar bij andere chronische aandoeningen en kan ook worden opgedaan via andere cursussen. Ons scholingsprogramma is inmiddels ingekort tot drie uur en meer op maat gemaakt. De praktijkondersteuners waren niet gewend de partner of familie van de patiënt uit te nodigen voor het consult, terwijl zowel patiënten als praktijkondersteuners dit wel belangrijk vonden. We gaan dit in de scholingen meer benadrukken.

Een beperking van ons onderzoek is de generaliseerbaarheid van de resultaten. Ten eerste benaderden wij slechts vijf huisartsenpraktijken, die alle al ruime ervaring hadden met COPD-ketenzorg en met wetenschappelijke onderzoeksprojecten. Bij alle deelnemende praktijken was de NCSI-methode echter onbekend en er was geen selectie met betrekking tot de patiënten die de interventie ontvingen. Ten tweede was het aantal deelnemers aan de focusgroepinterviews beperkt, met slechts negen patiënten. Naar onze indruk was datasaturatie bereikt. Bovendien vroegen we ook de praktijkondersteuners hoe hun patiënten tijdens de consulten reageerden op de NCSI-methode. Deze informatie kwam overeen met de resultaten van de focusgroepgesprekken met de patiënten.

CONCLUSIE

De NCSI-methode is een bruikbaar instrument om de integrale gezondheidstoestand van patiënten in kaart te brengen in het kader van de COPD-ketenzorg door de huisartsenpraktijk. Ernstige problemen in de integrale gezondheidstoestand komen bij eerstelijns patiënten met COPD vaker voor dan men

zou verwachten op grond van de huidige inschatting door praktijkondersteuners. Dit pleit voor een gedetailleerde in kaarting van de integrale gezondheidstoestand van deze patiënten.

DANKBETUIGING

De auteurs danken de patiënten en de praktijkondersteuners van de deelnemende huisartsenpraktijken voor hun medewerking aan dit onderzoek. ■

LITERATUUR

- 1 Ferrer M, Alonso J, Morera J, Marrades RM, Khalaf A, Aguar MC, et al. Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life: The Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Study Group. *Ann Intern Med* 1997;127:1072-9.
- 2 Long Alliantie Nederland. Zorgstandaard COPD. Amersfoort: LAN, 2013.
- 3 Snoeck-Stroband JB, Schermer TRJ, Van Schayck CP, Muris JW, Van der Molen T, In 't Veen JCCM, et al. NHG-Standaard COPD. www.nhg.org.
- 4 Pommer AM, Pouwer F, Denollet J, Meijer JW, Pop VJ. Patient-reported outcomes in primary care patients with COPD: psychometric properties and usefulness of the Clinical COPD Questionnaire (CCQ): A cross-sectional study. *NPJ Prim Care Respir Med* 2014;24:14027.
- 5 Vercoulen JH, Donders AR, Peters JB. Measurable aspects of health status in clinical practice. *ERJ Monograph* 2015;69:256-68.
- 6 Peters JB, Daudey L, Heijdra YF, Molema J, Dekhuijzen PN, Vercoulen JH. Development of a battery of instruments for detailed measurement of health status in patients with COPD in routine care: the Nijmegen Clinical Screening Instrument. *Qual Life Res* 2009;18:901-12.
- 7 Vercoulen JH, Bischoff EW, Heijdra YF. Werken met de Zorgstandaard COPD: Het 'Nijmegen Clinical Screening Instrument' als hulpmiddel. *Ned Tijdschr Geneesk* 2012;156:A4919.
- 8 Vercoulen JH. A simple method to enable patient-tailored treatment and to motivate the patient to change behaviour. *Chron Respir Dis* 2012;9:259-68.
- 9 Vercoulen JH, Daudey L, Molema J, Vos PJ, Peters JB, Top M, et al. An integral assessment framework of health status in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Int J Behav Med* 2008;15:263-79.
- 10 Boer LM, Daudey L, Peters JB, Molema J, Prins JB, Vercoulen JH. Assessing the stages of the grieving process in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Validation of the Acceptance of Disease and Impairments Questionnaire (ADIQ). *Int J Behav Med* 2014;21:561-70.
- 11 Tabel diagnostische bepalingen versie 24 [internet]. Utrecht: NHG, 2015. <https://aut.nhg.org/labcodeviewer>, geraadpleegd december 2015.
- 12 Wester F. Analyse van kwalitatief onderzoeksmateriaal. *Huisarts Wet* 2004;12:565-70.
- 13 Hoogendoorn M, Feenstra TL, Schermer TR, Hesselink AE, Rutten-van Molken MP. Severity distribution of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Dutch general practice. *Respir Med* 2006;100:83-6.
- 14 Slok AH, In 't Veen JC, Chavannes NH, Van der Molen T, Rutten-van Molken MP, Kerstjens HA, et al. Development of the Assessment of Burden of COPD tool: An integrated tool to measure the burden of COPD. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2014;24:14021.
- 15 Akkermans M. Internetgebruik ouderen fors toegenomen [internet]. Voorburg: CBS.

Meer informatie over het Nijmegen Clinical Screening Instrument is te verkrijgen bij Radboudumc, afdeling Medische Psychologie.
E-mail: psychology&medicine@mps.umcn.nl.
Website: <http://psychologymedicine.nl>.