

ZORG

Werken met de Zorgstandaard COPD

HET 'NIJMEGEN CLINICAL SCREENING INSTRUMENT' ALS HULPMIDDEL

Jan H.M.M. Vercoulen, Erik W.M.A. Bischoff en Yvonne F. Heijdra

- In de Zorgstandaard COPD staat niet meer de ziekte centraal, maar de patiënt.
- Daarbij is de luchtwegobstructie niet langer richtinggevend voor de zorg die de patiënt dient te ontvangen, maar de ziektelast (aangeduid als 'integrale gezondheidstoestand').
- Dit maakt dat de zorg veel intensiever en complexer wordt.
- De 'Nijmegen Clinical Screening Instrument' (NCSI)-methode biedt de hulpverlener en de patiënt een handvat om de zorgstandaard effectief en doelmatig uit te voeren.
- Met deze methode wordt de ziektelast gedetailleerd in kaart gebracht.
- Een bijbehorende interventie helpt om de behandeldoelen te formuleren (zorg op maat) en motiveert de patiënt om daadwerkelijk met deze doelen aan de slag te gaan.
- Een speciale, korte variant van het NCSI is geschikt om de patiënt te monitoren.
- De methode is webbased, wat het in kaart brengen en monitoren van de patiënt vergemakkelijkt.

In 2010 is de Zorgstandaard COPD geaccordeerd.¹ In vergelijking met voorgaande standaarden, waarin de aan-doening centraal stond, brengt de nieuwe zorgstandaard ingrijpende veranderingen met zich mee: de patiënt en zijn zorgproces staan centraal. De meest ingrijpende verandering is dat de stadiëring volgens de 'Global initiative for chronic obstructive lung disease' (GOLD)-werkgroep niet meer exclusief richtinggevend is voor de zorg die de patiënt ontvangt. In plaats daarvan introduceert de zorgstandaard het veel bredere concept 'ziektelast'. Dit maakt dat de zorg voor COPD-patiënten nu veel meer op maat kan worden aangeboden. Die zorg wordt hierdoor wel intensiever en complexer.

Omdat de meeste patiënten met COPD in de eerste lijn worden behandeld, zullen vooral de huisartsenpraktijken dit merken. Er is daarom behoefte aan praktische instrumenten waarmee deze zorg zo efficiënt en zo goed mogelijk kan worden uitgevoerd.

In dit artikel beschrijven wij de belangrijkste punten uit de Zorgstandaard COPD. Vervolgens beschrijven wij de 'Nijmegen Clinical Screening Instrument' (NCSI)-methode, die de huisarts en andere hulpverleners in staat stelt deze zorgstandaard op efficiënte, doelmatige en kwalitatief hoogwaardige wijze uit te voeren.

ZORGSTANDAARD COPD 2010: DE BELANGRIJKSTE PUNTEN

INTEGRALE GEZONDHEIDSTOESTAND

Traditioneel had de COPD-zorg een medische focus. Diagnostiek en behandeling waren vooral gericht op de luchtwegobstructie. Een patiënt met COPD heeft echter

*Universitair Medisch Centrum St. Radboud,
Nijmegen.*

Afd. Medische Psychologie:

*dr. J.H.M.M. Vercoulen, klinisch psycholoog en
psychotherapeut (tevens: afd. Longziekten).*

Afd. Eerstelijngeneeskunde:

drs. E.W.M.A. Bischoff, huisarts

(tevens: Universitair Gezondheidscentrum

Heyendaal, Nijmegen).

Afd. Longziekten: dr. Y.F. Heijdra, longarts.

Contactpersoon: dr. J.H.M.M. Vercoulen

(j.vercoulen@mps.umcn.nl).

niet alleen een fysiologische stoornis, maar ervaart ook klachten, beperkingen in het dagelijks functioneren en problemen in de kwaliteit van leven. Deze 4 aspecten, hier aangeduid als ‘hoofddomeinen’, vormen samen de integrale gezondheidstoestand.^{2,3} Binnen de hoofddomeinen zijn veel subdomeinen te onderscheiden die concreter zijn en relatief onafhankelijk van elkaar zijn.^{4,5} Dit betekent dat elk subdomein een uniek aspect van de integrale gezondheidstoestand van de individuele patiënt representeert. Het hoofddoel van alle zorginspanningen is het bevorderen van de integrale gezondheidstoestand.

CENTRALE BEHANDELSTRATEGIEËN

De ernst van de luchtwegobstructie bij COPD is slechts in beperkte mate gerelateerd aan klachten, beperkingen en kwaliteit van leven.^{6,7} Dit betekent dat diagnostiek die alleen gericht is op deze fysiologische stoornis slechts zeer beperkte informatie oplevert over de problemen die een patiënt ervaart op de andere 3 hoofddomeinen van de integrale gezondheidstoestand. Behandelingen die uitsluitend gericht zijn op de fysiologische stoornis zullen dan ook beperkt effect hebben op de andere 3 hoofddomeinen.

Patiënten met COPD worden geconfronteerd met het feit dat hun normale leven in toenemende mate verandert. De patiënt staat dus voor de taak zich aan deze nieuwe situatie aan te passen. Klachten, beperkingen en kwaliteit van leven worden mede bepaald door de mate waarin dit lukt. Dit proces heet adaptatie.⁸ Voorbeelden van adaptatie zijn: inhalatietechniek, therapietrouw, exacerbatie-management, gezonde leefstijl (voeding, stoppen met roken, regelmatige lichamelijke inspanning), energiebesparende technieken, ademregulatie, adequate ziekte-cognities, communicatie met de omgeving over ziekte en aanpassingen op het werk. Cruciaal is het besef dat bij adaptatie het gedrag van de patiënt zelf centraal staat. De centrale behandelstrategieën zijn dan ook (a) optimaliseren van de fysieke toestand en (b) optimaliseren van de adaptatie aan de ziekte.

ZORG OP MAAT

Zorg dient niet aanbodgestuurd te zijn, maar vraaggestuurd. ‘Vraaggestuurd’ wil zeggen dat de patiënt geen standaardbehandeling krijgt, maar een behandeling die is afgestemd op de specifieke aard en ernst van zijn problemen in de integrale gezondheidstoestand en zijn adaptatie. Dit vereist een gedetailleerde meting van de integrale gezondheidstoestand en adaptatie als de diagnose ‘COPD’ gesteld is.

REGELMATIGE MONITORING

Aangezien COPD een chronische en progressieve aandoening is, die bovendien een zeer grillig beloop kan

hebben, zal het zorgaanbod flexibel aangepast moeten worden aan de zorgvraag van dat moment; we noemen dit het ‘dynamisch ketenzorgmodel’. Dit betekent dat de patiënt met COPD, die doorgaans in de eerste lijn adequaat behandeld kan worden, op andere momenten tweedelijns of zelfs derdelijns zorg nodig kan hebben; dit vereist regelmatige monitoring.

NIJMEGEN CLINICAL SCREENING INSTRUMENT-METHODE

Om de hulpverlener houvast te bieden bij het signaleren en analyseren van problemen in de integrale gezondheidstoestand en om een individueel behandelplan op te stellen is de NCSI-methode ontworpen. Deze methode is ontwikkeld in een jarenlang traject van diverse wetenschappelijke onderzoeken en uitvoerige klinische toetsing in de praktijk en bestaat uit 3 aparte maar volledig geïntegreerde componenten:

- (a) meten van de integrale gezondheidstoestand met het NCSI-instrument;
- (b) interventie gericht op het vaststellen van de individuele behandeldoelen en op het motiveren van de patiënt tot gedragsverandering; deze interventie wordt uitgevoerd door een praktijkondersteuner in de huisartspraktijk (POH) of een gespecialiseerde verpleegkundige;
- (c) regelmatige monitoring met de NCSI-monitor.

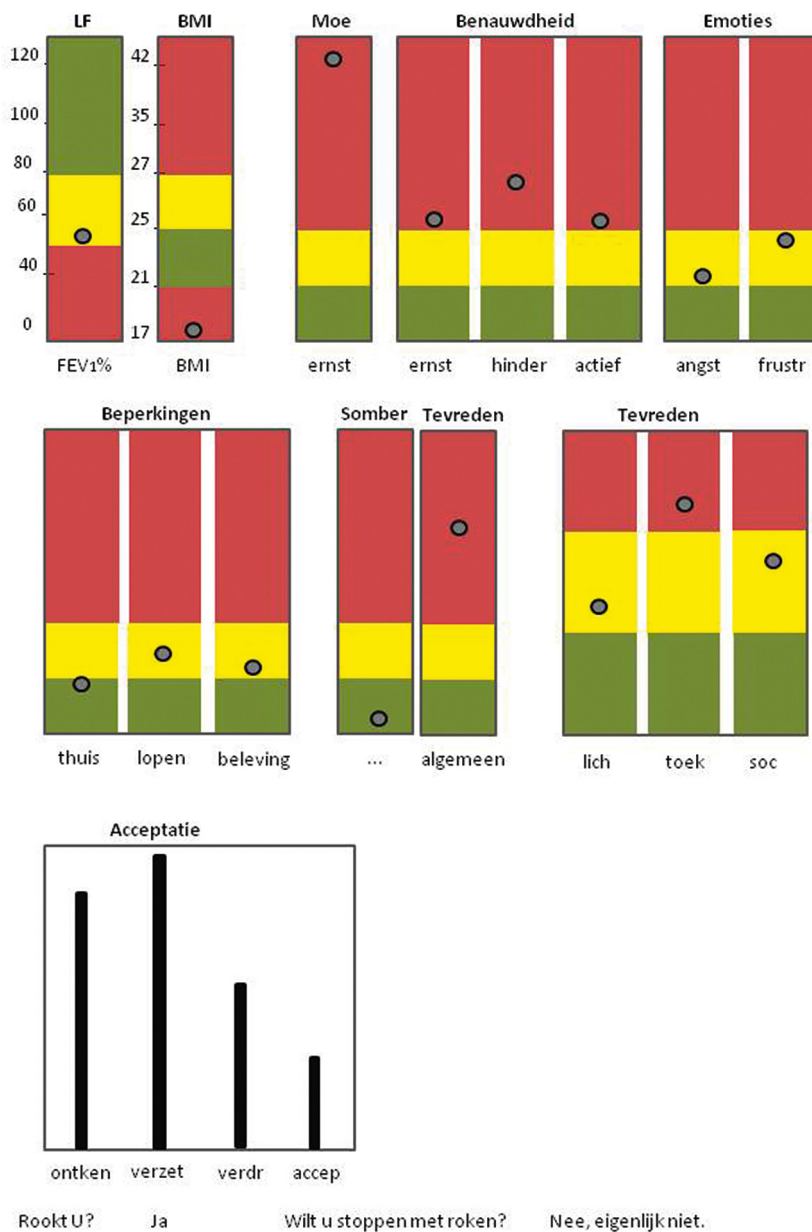
Hier geven wij een toelichting op elk van deze 3 componenten.

STAP 1: ASSESSMENT INTEGRALE GEZONDHEIDSTOESTAND

Het NCSI is een korte vragenlijst (15-20 min invultijd) om de integrale gezondheidstoestand gedetailleerd in kaart te brengen.⁹ In dat kader wordt het NCSI in de zorgstandaard genoemd. De vragenlijst wordt afgenomen op een computer via internet (RadQuest); dit kan in de huisartspraktijk, poliklinisch en zelfs bij de patiënt thuis. Dit laatste is vooral een voordeel bij de regelmatige monitoring (stap 3). Additionele gegevens zoals longfunctieparameters en het aantal exacerbaties zijn via de webapplicatie eenvoudig toe te voegen.

Direct na het invullen van het instrument worden de resultaten grafisch zichtbaar gemaakt in de patiëntenprofielkaart (figuur). Voor elk subdomein van de integrale gezondheidstoestand is de score van de patiënt zichtbaar door een bolletje in de kolommen, die onderverdeeld zijn in de kleuren groen (normaal functioneren), geel (geringe problemen) en rood (ernstige problemen).⁸ Door de kleuren is de patiëntenprofielkaart zeer eenvoudig te interpreteren, door de hulpverlener én door de patiënt zelf. Voor beiden wordt zo duidelijk welke problemen en zorgvragen de patiënt ervaart en hoe ernstig deze problemen zijn.

Nijmegen Clinical Screening Instrument (NCSI)



FIGUUR Voorbeeld van een ingevulde patiëntenprofielkaart. De kolommen zijn onderverdeeld in de kleuren groen (normaal functioneren), geel (geringe problemen) en rood (ernstige problemen). De stippen in de gekleurde staven representeren de scores van een willekeurige patiënt tijdens het 1e gesprek met de praktijkondersteuner in de huisartspraktijk.

STAP 2: VASTSTELLEN BEHANDELDOELLEN EN MOTIVERING PATIËNT

Deze interventie bestaat simpelweg uit het bespreken van de patiëntenprofielkaart met de patiënt en diens partner door de praktijkondersteuner of longverpleegkundige. Dit duurt ongeveer 30 min en heeft 2 belangrijke effecten.

Ten eerste komen de onderliggende oorzaken boven tafel van de problemen die op de patiëntenprofielkaart letterlijk zichtbaar zijn. Vooral adaptatieproblemen worden op deze manier helder, niet alleen voor de hulpverlener, maar ook voor de patiënt. Dit is essentieel voor het opstellen van een individueel behandelplan volgens het

'zorg op maat'-principe. Een voorbeeld: een patiënt met een hoge score op het subdomein 'somberheid' die veroorzaakt wordt door het niet kunnen accepteren van zijn aandoening (zie het zwarte staafdiagram in de figuur), heeft een geheel andere behandeling nodig dan een patiënt met een hoge score voor somberheid omdat hij relatieproblemen heeft. Er worden dus problemen zichtbaar die via een anamnese vaak moeilijker boven water komen.

Ten tweede is deze interventie effectief gebleken bij het motiveren van de patiënt tot adequate adaptatie of het volgen van aanvullende behandeling. Dit effect op de motivatie ontstaat doordat in de ogenschijnlijk simpele interventie een aantal psychotherapeutische mechanismen zijn ingebouwd (tabel).

STAP 3: MONITORING

Het NCSI kan regelmatig worden afgenomen om de integrale gezondheidstoestand van de patiënt te monitoren. Om de doelmatigheid van de methode te verhogen is onlangs de NCSI-monitor ontwikkeld. Hiermee kan men door het beantwoorden van slechts 8 vragen via een internet-applicatie achterhalen of een individuele patiënt wel of geen problemen in de integrale gezondheidstoestand ervaart; de uitkomst van dit vragenlijstje is het oordeel 'pluis' of 'niet pluis'. Alleen als de NCSI-monitor 'niet pluis' aangeeft, wordt vervolgens een volledige NCSI afgenomen. In een recent pilot-onderzoek in huisartsengroepspraktijken in Venlo, Tegelen en Tiel bleek dat de NCSI-monitor in 91% van de gevallen het juiste oordeel 'pluis' of 'niet pluis' gaf.

HET NUT VAN DE NCSI-METHODE

DYNAMISCH KETENZORGMODEL

De NCSI-methode is in de afgelopen 6 jaar klinische toegepast in de tweede lijn (Universitair Centrum voor Chronische Ziekten Dekkerswald). Het gebruik bleek waardevol te zijn voor de longverpleegkundige om patiënten met problemen in de integrale gezondheidstoestand vroegtijdig te identificeren, zorg op maat te indiceren en de patiënt te motiveren voor aanvullende behandelopties en voor betere adaptatie aan de ziekte.

De geïndiceerde behandelopties betroffen behandelingen in de eerste, tweede en derde lijn. De NCSI-methode helpt dus ook om de patiënt op de juiste plek in de zorgketen te krijgen en het handelen van de diverse zorgverleners op elkaar af te stemmen. Opvallend was dat de meeste behandelindicaties verwijzingen naar de eerste lijn betroffen, bijvoorbeeld naar een fysiotherapeut of diëtist. Dit is te verklaren door het feit dat het NCSI-meetinstrument problemen in de integrale gezondheidstoestand relatief vroeg signaleert, voordat escalatie is opgetreden. Op dat moment kan de patiënt met relatief eenvoudige interventies geholpen worden. Zo helpt het NCSI om tweede- en vooral derdelijns behandeling te voorkómen of uit te stellen.

HUISARTSENPRAKTIJK

Vaak wordt aangenomen dat patiënten met COPD die worden behandeld door de huisarts niet veel problemen ervaren, aangezien zij 'slechts GOLD-stadium I of II hebben' (dat is lichte of matige luchtwegobstructie). In de eerder genoemde pilot in de huisartsengroepspraktijken bleek uit het NCSI dat 50% van de patiënten met COPD

TABEL Psychotherapeutische mechanismen, ingebouwd in de 'Nijmegen clinical screening instrument'-interventie om patiënten met COPD te motiveren tot adaptatie

kenmerken interventie	effect
de resultaten worden grafisch aangeboden	verhoogt de bewustwording, doordat de visuele weergave een veel sterkere impact heeft dan woorden alleen
de resultaten die zichtbaar zijn op de PatiëntenProfielKaart zijn gebaseerd op de antwoorden van de patiënt zelf, dus niet op de mening van de hulpverlener	verhoogt met name het commitment van de patiënt en voorkomt discussies
de patiënt wordt zelf een actieve participant gemaakt van het interpreteren van de PatiëntenProfielKaart, met name door te vragen of de patiënt zich herkent in elk onderdeel van deze kaart	verhoogt het commitment van de patiënt
de partner wordt gebruikt als co-therapeut	maakt partner tot aanvullende informatiebron en verhoogt begrip van partner voor problematiek en gewenste aanpassingen in het dagelijks leven
de patiënt krijgt de PatiëntenProfielKaart mee naar huis en wordt aangemoedigd deze thuis nogmaals te bespreken	voorkomt vermijdingsgedrag
door de specifieke wijze van bespreken wordt onderliggende adaptatieproblematiek helder voor de hulpverlener	maakt indiceren van zorg op maat mogelijk
door de specifieke wijze van bespreken wordt onderliggende adaptatieproblematiek helder voor de patiënt	verhoogt de motivatie om aan behandelplan mee te werken, doordat de behandeldoelen logischerwijs uit de adaptatieproblematiek volgen

problemen in de integrale gezondheidstoestand had. Dit percentage is zo hoog dat aandacht voor problemen in de integrale gezondheidstoestand zeker óók voor de huisartsenpraktijk relevant is.

CONCLUSIE

De nieuwe Zorgstandaard COPD maakt de zorg voor patiënten met COPD complexer en intensiever, vooral in de huisartsenpraktijk. Implementatie van de zorgstandaard vereist nauwe samenwerking tussen diverse disciplines om de patiënt zorg op maat te kunnen bieden. De in dit artikel besproken NCSI-methode is speciaal ontworpen om de hulpverlener houvast te bieden bij het signaleren en analyseren van problemen in de integrale gezondheidstoestand en om een individueel behandelplan op te stellen. Tevens zorgt deze methode dat patiënten gemotiveerder zijn voor behandeling en overgaan tot gedragsverandering.

De NCSI-methode is grotendeels geautomatiseerd en helpt bij de afstemming van de zorg tussen verschillende

zorgverleners. De methode is na korte scholing goed toe te passen en vraagt niet méér tijd dan praktijkondersteuners of longverpleegkundigen nu al besteden aan patiënten met COPD.

Dit artikel werd gepubliceerd mede namens Tjard L. Schermer (afd. Eerstelijngeneeskunde), Jeannette B. Peters (afd. Medische Psychologie, tevens afd. Longziekten), P.N. Richard Dekhuijzen (afd. Longziekten) en Johan Molema (afd. Longziekten), allen Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen, die commentaar gaven op een eerdere versie van dit artikel.

Belangenconflict: er zijn belangen gemeld door Y.F. Heijdra (zie www.ntvg.nl, zoeken op A4919; klik op 'Belangenverstrengeling'). Financiële ondersteuning voor dit artikel: geen gemeld.

Aanvaard op 16 augustus 2012

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A4919

[➤ Meer op \[www.ntvg.nl/perspectief\]\(http://www.ntvg.nl/perspectief\)](http://www.ntvg.nl/perspectief)

LITERATUUR

- Zorgstandaard voor COPD. Amersfoort. Long Alliantie Nederland; 2010.
- Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995;273:59-65.
- Taillefer M, Dupuis G, Roberge M, Le May S. Health-related quality of life models: Systematic review of the literature. *Soc Indic Res*. 2003;64:293-323.
- Vercoulen JH, Daudey L, Molema J, et al. An Integral assessment framework of health status in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Int J Behav Med*. 2008;15:263-79.
- Peters JB, Heijdra YF, Daudey L, et al. Course of normal and abnormal fatigue in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Diseases and its relationship with domains of Health Status. *Patient Educ Couns*. 2011;85:281-5.
- ZuWallack RL, Haggerty MC, Jones P. Clinically meaningful outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Med*. 2004;117(Suppl 12A):49S-59S.
- González E, Herrejon A, Inchaurrega I, Blanquer R. Determinants of health-related quality of life in patients with pulmonary emphysema. *Respir Med*. 2005;99:638-44.
- Vercoulen J, Joke Kalkman en Petra Servaes. Longziekten: een complexe interactie tussen de fysiologische stoornis en gedragsfactoren. *Gedragstherapie*. 2008;41:51-63.
- 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.