



KEES VAN DE PLAS, COÖRDINATOR NETWERKZORG COPD

'Veel patiënten vinden zelfmanagement lastig'

Een groot deel van de 3000 COPD-patiënten in de gemeente Waterland heeft profijt van een nieuwe vorm van samenwerking tussen alle zorgverleners op het gebied van COPD-zorg. In alle stadia van COPD, dus ook de fase van ernstige ziekte en de palliatieve fase, wordt samengewerkt door de diverse zorgverleners. De huisartsen en praktijkondersteuners hebben een coachende rol.

In het kort

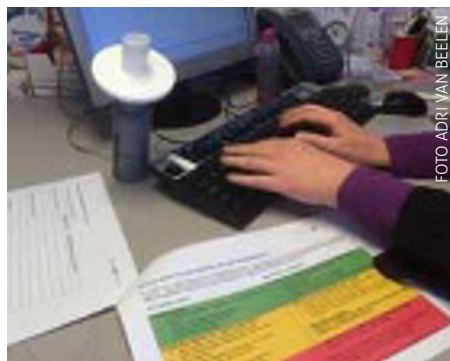
- Met Netwerkzorg COPD Waterland moet de COPD-zorg in de regio Waterland optimaal worden.
- De manier van werken in Waterland heeft een zeer brede multidisciplinaire samenwerking bij alle stadia van COPD, dus ook de fase met ernstige ziekte en de palliatieve fase.
- Vooral de huisartsen en hun praktijkondersteuners astma/COPD hebben een grote rol binnen deze zorg.
- Van de zorgverlener wordt een meer coachende rol verwacht en van de patiënt zelfmanagement.
- Het doel is de patiënt regelmatig bij de praktijkondersteuner onder controle te laten komen en eens in de twee jaar nog bij de huisarts, bijvoorbeeld om medicatie door te nemen.
- In de huisartsenpraktijken is het nu ook mogelijk om (betrouwbaar) longfunctie-onderzoek te doen, bijvoorbeeld spirometrie.

Patiënt Jansen met verdenking op COPD wordt verwezen naar de longarts. Die stelt de diagnose COPD en houdt de patiënt in behandeling om hem daarna te ontslaan. Dan valt Jansen tussen wal en schip en verdwijnt hij uit het vizier van artsen. De huisarts ziet hem drie jaar later op het spreekuur met andere klachten. De huisarts weet niet wat er de afgelopen jaren allemaal is gebeurd.

Dat gaat tegenwoordig wel anders, legt huisarts Kees van der Plas uit Monnickendam (onderdeel van Waterland) uit. Hij is coördinator van Netwerkzorg COPD Waterland, een ZonMw-project om de COPD-zorg in de regio Waterland zo goed mogelijk uit te voeren. Waar patiënten vroeger in het niets verdwenen, komen zij nu weer bij de huisarts in beeld. "In onze praktijk zorgt de assistente ervoor dat de brief van de longarts ook naar

de praktijkondersteuner gaat. Zij roept de patiënt daarna op voor een consult", vertelt Van der Plas. Deze manier van werken in Waterland onderscheidt zich volgens Van der Plas van andere vormen van COPD-zorg door de brede multidisciplinaire samenwerking bij alle stadia van COPD, dus ook in de fase van ernstige en zeer ernstige ziekte, zoals in de palliatieve fase. Elke denkbare discipline is bij de zorg betrokken. Allemaal werken ze mee aan deze nieuwe keten van COPD-zorg die twee doelen heeft: kwaliteit van zorg verbeteren en meer zelfmanagement van de patiënt. Er is vaak overleg, waarin casuïstiek en beleid besproken wordt.

Dat de patiëntenzorg is verbeterd, spreekt volgens Van der Plas voor zich. "Neem de zorg voor de patiënt met zeer ernstige COPD. Voor deze COPD-patiënten was nog veel onduidelijk over de aanpak van de zorg. Om deze patiënten te herkennen en vervolgens te behandelen en te begeleiden is specifieke deskundigheid vereist. Het gaat per huisartspraktijk maar over een kleine groep patiënten. In ons huisartsencentrum zijn drie praktijkondersteuners astma/COPD, mensen met veel specifieke deskundigheid. Maar dat is soms toch onvoldoende. Er is daarom een regionaal Kernteam zeer ernstige COPD opgericht dat adviezen geeft over het vaak gecompliceerde beleid dat nodig is. Eeven Thuiszorg coördineert dit. Een longverpleeg-





Huisarts Kees van der Plas test de longfunctie van een van zijn patiënten

kundige van de thuiszorg functioneert als casemanager. Een grote verbetering.”

Zelfmanagement

Een van de praktijkondersteuners in Monnickendam is Carla Hol. Zij is sinds 2005 nauw betrokken bij de ontwikkeling van het *Waterlandse model* dat eerst begon als disease management COPD binnen het eigen huisartsencentrum. Hol: “Ons project beoogt dat de zorg door verschillende behandelaars en instellingen beter op elkaar wordt afgestemd. We zijn blij dat het vervolgproject voor de hele regio Waterland wordt gebruikt.”

Hol richt zich op alle aspecten van astma/COPD en op meer zelfmanagement van patiënten. “Dat is nog steeds voor verbetering vatbaar. Het is heel moeilijk om de patiënt de regie te geven. Vooral oudere mensen laten de zorg nog erg hangen van wat de zorgverlener wil. Ook van de zorgverlener verwachten we een andere werkhouding; een meer coachende rol.” Hol benadrukt in dat verband dat multidisciplinaire samenwerking van onschatbare waarde is en dat de patiënt daarvan op de hoogte moet zijn. “De patiënt moet zich veilig en gesteund voelen; hij moet weten dat er een heel team van professionals voor hem klaarstaat; een team dat dezelfde boodschap uitdraagt.”

In Netwerkgroep COPD Waterland staat voorop dat de huisarts en de praktijkonder-

steuner de COPD-zorgverlening niet alleen doen. “Als er nog geen goede verbinding is of als er nog geen goede afspraken met andere zorgprofessionals zijn, is het zaak die wel te maken.”

Ondanks dat de meeste huisartsen tegenwoordig hun zorg voor de COPD-patiënt delegeren aan de praktijkondersteuner astma/COPD, moeten ze ook zelf ook contact houden met de patiënt. Daarom hebben patiënten in Monnickendam eens in de één à twee jaar een gesprek met de huisarts. Van der Plas: “Dat is een waardevolle ontmoeting, want we kunnen wel denken dat de praktijkondersteuner alles onder controle heeft, de huisarts moet toch even nagaan of de patiënt nog steeds begrijpt waarom bepaalde dingen gebeuren. Ook is het raadzaam de medicatie weer eens door te nemen. De huisarts is onmisbaar in deze stabiele fase van de begeleiding, want hij blijft verantwoordelijk voor de zorg in de eerste lijn.”

Idealisten

De huisartsen kregen extra geld voor deze nieuwe manier van werken. Maar de financiële prikkel is volgens Van der Plas niet bepalend geweest om te starten. “Wij waren al vroeg idealisten”, zegt hij. “In 2005 was er veel aandacht voor disease management bij diabetes, maar wij kozen ook voor astma/COPD. De belangrijkste trigger om de

Belang van HIS

In de huisartsenpraktijk in Monnickendam werken zeven huisartsen, een aios, acht praktijkondersteuners.

Dat de praktijk nu zo specifiek met COPD-zorg kan werken heeft volgens Van der Plas te maken met de geleidelijke introductie van een gezamenlijk huisartseninformatiesysteem van Medicom in 2000. “We hebben een huisartseninformatiesysteem dat al vanaf het begin met groepen werkt en ook met apothekers. Heel handig, want we kunnen bij waarneming bij elkaar in het dossier kijken. Daardoor nam de onderlinge drempelvrees voor samenwerking af en stond de deur open voor gezamenlijke COPD-zorg.”

COPD-zorg anders te organiseren is volgens Van der Plas nieuwsgierigheid. Een nieuwsgierigheid die ook Carla Hol deelt: “Wij hadden het idee dat er méér mogelijk moest zijn voor deze groep patiënten. We vroegen ons af: zijn de diagnoses juist gesteld? Het in kaart brengen van COPD bestaat niet alleen uit oppervlakkig kijken, Ventolin voorschrijven en dan kijken of er verbetering optreedt. We moeten kijken naar iemands voorgeschiedenis, medicatiegebruik, eventuele comorbiditeit, psychische toestand en zijn sociale situatie. Ik wilde daar alles van weten en volgde cursussen en bezocht symposia.” Met de intrede van de praktijkondersteuner kwam ook de mogelijkheid tot het verrichten van (betrouwbaar) longfunctieonderzoek in de huisartsenpraktijk. “Spirometrie is vrij ingewikkeld om goed te doen”, zegt Kees van der Plas. “De Praktijkondersteuner doet het vaak beter dan de huisarts. Het geeft veel beter inzicht in het wezen van longziekte.” Er zijn ook astmapatiënten die tegelijkertijd COPD hebben. “Zo is elke patiënt een nieuwe puzzel die we te klaren hebben.” Spirometrie is noodzakelijk als diagnose, het geeft een duidelijke afkapwaarde bij COPD. “Maar het zegt niets over de ziektelast die de patiënt ervaart. Juist daar moet meer de nadruk op worden gelegd tijdens het consult. Eigenlijk is spirometrie slechts 20 procent van het consult.” ■