



Eigen regie voor mensen met COPD

het individueel zorgplan als instrument

Samenvatting

Eigen regie voor mensen met COPD

het individueel zorgplan als instrument

Samenvatting

Auteur: Nicola Offergelt
Datum: oktober 2012

Inhoud Samenvatting

1	Inleiding	7
2	Bevorderen van eigen regie door individueel zorgplan en educatie	7
3	QuickScan: praktijk nu in de regio Waterland	7
4	Test met het Individueel Zorgplan door 20 patiënten en hun zorgverleners	8
5	Conclusies en aanbevelingen	10
5.1	Het Individueel Zorgplan: conclusies over inhoud en gebruik	10
5.2	Aanbevelingen: de randvoorwaarden, het zorgplan en educatie	12

1 Inleiding

Zorgbelang Noord-Holland stelt zich ten doel kwaliteit van zorg en welzijn vanuit patiëntenperspectief te verbeteren.

Het verbeteren van de kwaliteit van de zorg is uiteraard in eerste instantie een zaak van aanbieders van zorg en welzijn. Zorgbelang Noord-Holland ziet voor zichzelf de rol van het initiëren en stimuleren van verbeteringen vanuit patiëntenperspectief en wil door haar werkwijze bijdragen aan een zo groot mogelijke kans van slagen van de implementatie daarvan.

Bij het uitvoeren van kwaliteitstrajecten werkt Zorgbelang samen met zorgaanbieders. In het geval van onderhavig onderzoek is van de mogelijkheid gebruik gemaakt om aan te sluiten bij het project 'Netwerkzorg COPD Waterland'. Een project in de regio Waterland om de zorg aan COPD patiënten multidisciplinair aan te gaan bieden.

De doelgroep van het onderzoek zijn de COPD patiënten en vond plaats bij 4 huisartsenpraktijken en 1 verpleeghuispraktijk.

2 Bevorderen van eigen regie door individueel zorgplan en educatie

Bij de ketenzorgprojecten van Zorgbelang Noord-Holland staat het thema 'zelfmanagement' (eigen regie) centraal. Dit betekent voor ons dat de (chronisch zieke) patiënt de mogelijkheid krijgt om de regie te nemen in zijn of haar eigen zorgproces. De patiënt kan zelf doelen stellen voor zijn zorg. Hierbij wordt uitgegaan van de kracht van de patiënt en hij neemt een actieve rol waar hij dat wil én kan.

Aandacht voor patiënteneducatie en het werken met een Individueel Zorgplan (hierna: IZP) kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het vergroten van zelfmanagement van patiënten. Er worden op dit gebied veel tools ontwikkeld 'achter het bureau'. Belangrijk is om hier in de praktijk ook met patiënten onderzoek naar te doen.

De onderzoeksvragen in dit onderzoek zijn daarom:

1. Wat is een geschikt (papieren) Individueel Zorgplan voor COPD patiënten?
2. Hoe kan het gebruik van een (papieren) Individueel Zorgplan voor COPD patiënten gestimuleerd worden in de regio Waterland?
3. Hoe kan patiënten-educatie op een structurele manier vorm gegeven worden?

3 QuickScan: praktijk nu in de regio Waterland

Als voorbereiding van het onderzoek is eerst een aantal interviews gedaan onder zorgverleners uit de onderzoekspraktijken. De gesprekken gingen onder andere over het gebruik van de zorgstandaard COPD en welke rol zelfmanagement had.

Uit de interviews komt naar voren dat er nog niet altijd voldoende aandacht is voor het thema zelfmanagement en educatie.

Samenvattend zijn de conclusies:

- Niet bij alle zorgverleners is de COPD zorgstandaard bekend. Mede daardoor is er geen eenheid in protocollen en het werken daarmee.
- Samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners binnen de keten (zowel binnen de eerste lijn als tussen de eerste en tweede lijn) zijn onvoldoende helder. Niet alle zorgverleners kennen elkaar en de verwijsmogelijkheden zijn niet bij iedereen bekend. In de regio Waterland is er nog nauwelijks sprake van digitale overdracht van patiëntengegevens. Hierdoor is de overdracht tussen de zorgverleners soms gebrekkig
- Er is geen eenduidigheid als het gaat om het geven van informatie aan patiënten. Er worden verschillende folders gebruikt, hierover is geen overleg tussen de verschillende zorgverleners. Hierdoor kan het gemakkelijk gebeuren dat een patiënt een aantal keer dezelfde folder meekrijgt of verschillende informatie krijgt van zijn zorgverleners.
- Zorgverleners geven aan dat zelfmanagement voor veel patiënten met COPD lastig is. Er is een andere houding nodig van zowel patiënten als zorgverleners, er zal bewust aan gewerkt moeten worden.
- Er wordt maar weinig gewerkt met zorgplannen, en waar dat wel gebeurt is er geen eenduidigheid in het gebruik hiervan. Afspraken tussen de zorgverleners hierover ontbreken.

4 Test met het Individueel Zorgplan door 20 patiënten en hun zorgverleners

Voor de test met het IZP is gebruik gemaakt van een model dat samengesteld is uit bestaand materiaal. In een bijeenkomst met (bijna) alle disciplines die betrokken zijn bij COPD zorg is het testmodel qua vorm en inhoud vastgesteld: een losbladig boekje in een A5 ringband. Vervolgens zijn er vanuit de verschillende deelnemende praktijken 20 patiënten gezocht die bereid waren het zorgplan gedurende een half jaar te testen.

Voordat zij in januari van dit jaar daadwerkelijk aan de slag gingen met deze test zijn er startbijeenkomsten gehouden met deze patiënten. Tijdens deze bijeenkomsten is uitleg gegeven over het doel van het onderzoek en zijn de eerste indrukken van het zorgplan (vorm en inhoud) uitgewisseld.

Daarnaast wilden we inzicht krijgen in het zelfmanagementniveau van de patiënten. Daarom werd de PIH-NL (Public in Health Scale) vragenlijst afgenomen, een vragenlijst waarin patiënten op een schaal van 0 tot 8 stellingen invullen over de manier waarop zij met hun aandoening omgaan, hoeveel zij weten van de behandeling, medicatie etc. Dit kan zorgverleners helpen om te behandeling op de individuele patiënt af te stemmen.

Ervaringen van de patiënten en zorgverleners met het zorgplan

Gedurende een half jaar hebben patiënten een test gedaan met het Individueel Zorgplan. Ze konden het zorgplan meenemen naar hun zorgverleners, er zelf thuis in lezen, documenten toevoegen of documenten die ze kregen van hun zorgverleners toevoegen etc. Een belangrijk onderdeel in het boekje is ook het stellen van doelen en de manier waarop de patiënten dit wilden bereiken.

De evaluatie van deze test vond plaats doordat de patiënten elke maand een vragenlijst konden invullen. Daarnaast zijn aan het eind van de testperiode 6 patiënten thuis geïnterviewd.

Er is ook een evaluatie gedaan bij de zorgverleners. Zij hebben tussendoor eenmalig een vragenlijst in kunnen vullen en met drie zorgverleners is aan het eind van de periode een interview gehouden.

Samenvattend zijn de conclusies uit de vragenlijsten en interviews:

Vorm van het zorgplan

Zowel de patiënten als de zorgverleners geven aan het A5 formaat van het boekje te groot te vinden. Ze vinden het gemakkelijk dat het een losbladig systeem is. Hierdoor kun je de volgorde van de inhoud zelf wijzigen en gemakkelijk zelf documenten toevoegen.

Inhoud van het zorgplan (tekst)

De inhoud van het zorgplan zou op enkele plekken aangepast moeten worden. Niet alles is even duidelijk, bijvoorbeeld het herkennen van klachten, de afkortingen van meetwaarden. Ook het voorblad kan aangepast worden, het moet vooral een wervende tekst zijn, zodat patiënten zin krijgen om in het boekje te gaan lezen en ermee willen gaan werken.

Gebruik van het zorgplan in de praktijk

In de testperiode is het boekje slechts een enkele keer door de patiënten meegenomen naar hun zorgverleners. Dit had verschillende redenen.

Soms wilden patiënten het zelf niet meenemen, omdat ze daarvan niet de toegevoegde waarde zagen (vaak omdat ze weinig belemmeringen ondervinden van hun COPD). Er waren ook patiënten die het boekje eerst wel meenamen naar hun zorgverleners, maar merkten dat deze geen interesse hadden in het boekje, het niet kenden of niet wisten wat ze ermee aan moesten. Ook dachten veel patiënten dat de zorgverleners er toch geen tijd voor zouden hebben. Vervolgens lieten deze patiënten bij een volgende afspraak het boekje dan thuis.

De patiënten die het boekje soms wel meenamen naar een consult of er zelf in schreven of lazen, waren patiënten die meer belemmeringen ervaren in het dagelijks leven doordat zij COPD hebben.

De meeste patiënten hebben het boekje wel thuis gelezen. Ze vonden dat er wel nuttige informatie in stond, hoewel sommigen zeiden dat ze deze informatie ook elders wel konden lezen.

Op de vraag of het zorgplan hen ondersteunt bij het omgaan met de aandoening worden lage scores gegeven. Het gemiddelde cijfer was bij de start nog een 5,1 (ook al laag) maar liep zelfs terug naar een 2,9. De patiënten die het boekje vaker meenamen naar hun zorgverleners of er documenten in toevoegden gaven de hoogste scores.

De meeste patiënten geven aan dat zij door gesprekken met/adviezen van hun zorgverleners het best geholpen worden om goed om te gaan met COPD in het dagelijks leven.

Leefstijl aanpassing

COPD patiënten beseffen vaak wel dat het belangrijk is om hun leefstijl aan te passen. Dat is soms moeilijk. De vraag is of het gebruik van een IZP, waarin doelen opgeschreven kunnen worden en daarover het gesprek aangaan met de zorgverlener, de patiënten helpt bij het bereiken van deze doelen.

Slechts een enkeling heeft gebruik gemaakt van dit onderdeel in het zorgplan. Degenen die dit wel deden ervaren in het dagelijkse leven belemmeringen van hun ziekte. Door het opschrijven van een doel, zijn ze meer gemotiveerd om het doel ook daadwerkelijk na te streven. Ook hierbij geldt dat de patiënten aangeven dat zij veel waarde hechten aan het gesprek met hun zorgverlener. Het is belangrijk dat er een vertrouwensband opgebouwd wordt. De praktijkondersteuner of longverpleegkundige in het ziekenhuis heeft hierbij een cruciale rol (meer dan de huisarts).

5 Conclusies en aanbevelingen

Met dit onderzoek hebben we getracht een antwoord te vinden op de volgende vragen:

- Wat is een geschikt (papieren) Individueel zorgplan voor COPD patiënten en zorgverleners?
- Hoe kan het gebruik van een (papieren) Individueel Zorgplan voor COPD patiënten gestimuleerd worden in de regio Waterland?
- Hoe kan patiënten-educatie op een structurele manier vorm gegeven worden?

Met als uiteindelijke doel zelfmanagement (eigen regie) van COPD patiënten in deze regio te vergroten door het gebruik van een individueel zorgplan en het aanbieden van patiënten-educatie.

In het najaar van 2011 zijn alle betrokkenen, zorgverleners en patiënten, enthousiast begonnen met het project 'individueel zorgplan voor patiënten met COPD'. Na het vaststellen van een model zorgplan, hebben twintig patiënten met COPD het Zorgplan een half jaar in huis gehad en zijn er op heel verschillende manieren mee aan de slag gegaan.

Na deze test is in elk geval nog niet goed vast te stellen in hoeverre door het gebruik van een individueel zorgplan en het aanbieden van educatie de eigen regie van COPD patiënten daadwerkelijk is vergroot. Hiervoor is de testperiode van een half jaar te kort geweest en het aantal patiënten dat het boekje gebruikt heeft te klein.

Het is wel duidelijk dat zelfmanagement een omslag in cultuur en denken vereist bij zowel de betrokken zorgverleners als bij de patiënten zelf.

De aanbevelingen die in dit hoofdstuk worden gedaan richten zich vooral op de rol van de zorgverleners. Wat kunnen zij doen om zelfmanagement van hun patiënten te ondersteunen, en hoe kan het individueel zorgplan als instrument hier een bijdrage aan leveren.

Maar ook patiëntenorganisaties spelen een belangrijke rol in dit proces. Op welke manier kunnen zij patiënten stimuleren in het nemen en krijgen van hun eigen verantwoordelijkheid in het zorgproces ('empowerment')? Zorgbelang Noord-Holland pakt deze handschoen op en zal, in samenwerking met patiëntenorganisaties de komende jaren hier aandacht aan blijven besteden.

5.1 Het Individueel Zorgplan: conclusies over inhoud en gebruik

Kijken we naar de ervaringen die de patiënten en zorgverleners hadden gedurende de testperiode, dan vallen een aantal dingen specifiek op:

Vorm van het IZP

De meeste patiënten hebben aangegeven dat ze het formaat van het IZP te groot vonden (A5). Vooral mannen gaven aan dat ze het vervelend vonden en speciaal een tas mee moesten nemen.

De mensen die het formaat niet zo'n probleem vonden, waren nu juist de mensen die in de testperiode wél regelmatig gebruik hadden gemaakt van het boekje. Voor deze mensen was het formaat wel goed omdat zij vaak zelf documenten hadden toegevoegd aan het boekje, wat makkelijker is bij het een wat groter boekje.

Dit wordt ook gemakkelijker gemaakt doordat het een losbladig systeem is, met behulp van een perforator kan je daardoor zelf documenten en foldermateriaal toevoegen. Het losbladige systeem werd door de meesten wel als voordeel gezien. Niet alleen omdat je dan documenten kan toevoegen, maar ook omdat je dan de volgorde van de inhoud, naar eigen inzicht kan aanpassen.

De betrokken zorgverleners bevestigen deze ervaringen.

Inhoud van het IZP (tekstueel)

Over de inhoud (tekstueel) van het IZP zijn een aantal opmerkingen gemaakt, door zowel de patiënten als de zorgverleners. De belangrijkste per tabblad zijn:

- Voorblad kan wervender, direct persoonlijk maken.
- Wat is COPD: voor de meeste mensen was de informatie summier, maar wel duidelijk. Wel iets meer informatie over wat Astma, Longemfyseem, Astmatische Bronchitis is. Ook iets meer uitleg over de percentages longfunctie. Wat houdt dit precies in.
- Individueel Zorgplan: de inhoud op zich is duidelijk. Het knelpunt zit hem bij het gebruik van dit onderdeel, zie verderop.
- Verergering klachten:
Veel patiënten begrijpen het onderdeel 'herkennen van mijn klachten' niet. Niet iedereen weet wat een 'flutter' is.
Het onderdeel 'Gebruik van mijn medicijnen' en 'Contact in geval van nood' is op zich duidelijk.
- Medicatieoverzicht: is duidelijk.
- Mijn meetwaarden: voor de meeste patiënten is het onduidelijk wat de meetwaardes betekenen, dit moet uitgelegd.
- Informatiemateriaal: is duidelijk
- Afspraken zorgverleners: is duidelijk
- Meer weten? : is duidelijk

Gebruik van het IZP

Het is natuurlijk een open deur, maar wel waar: elke patiënt is anders en de zorg die nodig is, moet aangepast worden aan de behoeften en wensen van de patiënt.

De twintig patiënten die meededen aan de test waren ook heel verschillend. De meesten waren ouder dan 55, er waren slechts 4 personen die jonger waren dan 55 jaar, maar verder verschilde men in ernst van de ziektelast, opleiding, e.d.

Ook het zelfmanagementniveau van de patiënten verschilde behoorlijk, dit bleek uit een analyse van de PIH-NL vragenlijst.

Als het gaat over de verwachtingen die men vooraf had over het werken met het individuele zorgplan, waren deze over het algemeen (gematigd) positief. Een enkeling gaf vooraf al aan weinig ondersteuning te verwachten van het IZP.

Hoewel de betrokken zorgverleners in theorie zeker de voordelen zien van het Individuele Zorgplan als instrument om zelfmanagement te bevorderen, waren velen vooraf wel behoorlijk sceptisch gestemd over het gebruik van het zorgplan in de praktijk. Zij hadden moeite om patiënten te vinden die mee wilden doen aan de test en leidden daaruit af dat patiënten het boekje waarschijnlijk weinig gingen gebruiken. Ook de ervaring die ze hadden met eigen materiaal gaf aanleiding tot deze scepsis.

Als we kijken naar hoe het boekje in de praktijk nu gebruikt is door patiënten en wat men ervan vond vallen een aantal dingen op.

- Patiënten namen het boekje slechts een enkele keer mee naar hun zorgverleners.
- Het waren steeds dezelfde patiënten die het boekje (soms) meenamen en bespraken met hun zorgverleners (m.n. de poh).
- Het waren vooral de patiënten die belemmeringen ervaren in het dagelijks leven doordat ze COPD hebben, die het boekje meenamen naar hun zorgverleners. Deze patiënten voegden ook zelf informatie toe aan het boekje en schreven er zelf in. Zij maakten ook gebruik van het onderdeel waarin je aan kan geven aan welk gezondheidsdoel je wilt werken, hoe je dat wil bereiken en welke ondersteuning je daarbij nodig denkt te hebben.
- Sommige patiënten waren wel enthousiast begonnen met het gebruik van het boekje en namen het ook mee naar hun zorgverlener(s), maar toen ze merkten dat zij er geen interesse

in hadden, of niet wisten wat ze ermee aan moesten, zijn ze gestopt het mee te nemen. Dat leverde teleurstelling op.

- De meeste patiënten hadden het boekje wel een keer doorgelezen, maar grepen er in de loop van de testperiode niet meer naar terug.
- De waardering die men gaf aan het IZP (of men ondersteuning ondervond van het IZP) was erg laag en liep in de loop van de testperiode nog terug. Het gemiddelde cijfer was in het begin een 5,1 en liep terug naar een 2,9. De patiënten die het boekje vaker meenamen naar hun zorgverleners en er vaker in lazen of documenten toevoegden gaven de hoogste scores.

Aanpassing leefstijl en adviezen van zorgverleners

De meeste COPD patiënten beseffen terdege dat het belangrijk is om vanwege hun aandoening de leefstijl aan te passen. Ze komen direct met de onderwerpen 'stoppen met roken', 'meer bewegen', 'goede voeding'. De vraag in dit onderzoek was of het gebruik van een IZP patiënten zou kunnen helpen bij het bereiken van hun gezondheidsdoelen. Door het opschrijven van het doel, het gesprek met de zorgverlener en het evalueren van de resultaten zou het boekje in theorie behulpzaam kunnen zijn hierbij.

In de praktijk heeft maar een enkeling gebruik gemaakt van dit onderdeel. Sommigen schreven wel hun doelen op, de meesten niet. Dit had verschillende redenen. Sommige patiënten ervaren weinig belemmeringen van hun COPD en hebben niet direct een doel waaraan ze willen werken. En, als ze dat al wel hebben, zo zeggen anderen, dan weten ze dat doel wel uit hun hoofd, daar hebben ze zo'n boekje niet voor nodig.

De patiënten die dit onderdeel wel hebben gebruikt ervaren in de dagelijkse praktijk wel belemmeringen van hun ziekte. Zij worden door het opschrijven van een doel gemotiveerd om dit te bereiken, en zien ook dat het hen in de praktijk wat oplevert. Deze mensen hebben de neiging om ook de rest van het boekje vaker te bekijken en te gebruiken.

Wat verder opvalt, is dat de meeste mensen aangeven dat voor hen het gesprek met hun zorgverlener (veel) belangrijker is dan het gebruik van een boekje. Persoonlijke aandacht van een poh/nurse practitioner of huisarts wordt zeer gewaardeerd. Het is belangrijk dat de zorgverlener niet alleen luistert naar de patiënt maar hem ook daadwerkelijk hoort en hem serieus neemt. Van belang is dat de zorgverlener in kan voelen hoe een patiënt zich voelt en een band kan opbouwen waardoor het vertrouwen tussen patiënt en zorgverlener toeneemt.

Zorgverleners geven aan dat ze het vaak erg moeilijk vinden om hun patiënten te motiveren tot een ander leefstijlgedrag. Dit heeft volgens hen met meerdere factoren te maken. Sommige patiënten zijn niet gewend om zelf verantwoordelijkheid te krijgen in het stellen van leefstijldoelen, of zijn hier wellicht niet goed toe in staat. Soms ontbreekt de juiste informatie, kennis of vaardigheid bij de patiënt. Maar ook geven de zorgverleners aan dat zij zelf eraan moeten wennen patiënten een eigen verantwoordelijkheid te geven. De neiging bestaat om te 'betuttelen', *'wij weten wat goed voor u is'*.

5.2 Aanbevelingen: de randvoorwaarden, het zorgplan en educatie

Als je de resultaten van de test met het zorgplan bekijkt lijkt het op het eerste gezicht dat het weinig zin heeft om met een Individueel Zorgplan te gaan werken. Een nadere analyse van de resultaten, kan ook de conclusie rechtvaardigen dat er voldoende redenen zijn om aan te nemen dat het implementeren van een zorgplan wel degelijk zin heeft. Mits er aan een aantal randvoorwaarden voldaan wordt.

Overigens is het belangrijk om hierbij op te merken dat het gebruik van het Individueel Zorgplan slechts een middel is om eigen regie te kunnen bevorderen en zeker geen doel op zich. Het moet dan ook niet zo zijn dat zorgverzekeraars het gebruik van een Individueel Zorgplan als indicator voor

zelfmanagement gaan bestempelen, zodat zorgverleners die een vinkje hierbij kunnen zetten, automatisch goede zorg leveren. Want daar is veel meer voor nodig. Interactie tussen de patiënt en de zorgverlener blijft dé voorwaardelijke succesfactor.

In deze paragraaf een aantal aanbevelingen (randvoorwaarden) op een rijtje om het werken met een Individueel Zorgplan voor COPD patiënten in de regio Waterland tot een succes te maken.

A. Randvoorwaarden:

Formuleer een breed gedragen visie op zelfmanagement

Een eerste vereiste om een succes te maken van het Individueel Zorgplan als instrument voor COPD patiënten is een breed gedragen visie op zelfmanagementondersteuning binnen het team van zorgverleners. Dit begint bij de zorgverleners die binnen de huisartsenpraktijk werken (huisarts, praktijkondersteuner), maar moet zich ook uitstrekken tot alle andere zorgverleners binnen de keten (longarts, nurse practitioner, fysiotherapeut, diëtist, apotheker).

Verstaat iedereen wel hetzelfde onder zelfmanagement? En op welke manier kan zelfmanagement ingebed worden in de behandeling van de patiënten? Dit zijn vragen die door het team beantwoordt moeten worden.

Pas als dit duidelijk is kunnen verdere stappen in het proces genomen worden. Ook bij deze stappen zullen alle zorgverleners in de keten betrokken moeten worden, om zodoende draagvlak te hebben en ervoor te zorgen dat alle neuzen wat dit betreft dezelfde kant op staan.

Het organiseren van een regelmatig terugkerend Multi Disciplinair Overleg (MDO) is dan onontbeerlijk.

In dit overleg kunnen dan tevens afspraken gemaakt worden over de taakverdeling binnen het team en welke instrumenten er gebruikt zullen worden bij het ondersteunen van zelfmanagement.

Ter begeleiding van dit teamproces kan gebruik gemaakt worden van het stappenplan dat kenniscentrum Vilans heeft ontwikkeld: "*Ondersteun zelfmanagement van chronisch zieken*". Dit is te downloaden via www.vilans.nl.

Zorg voor scholing op het gebied van zelfmanagement

Het samen met patiënten werken aan zelfmanagement en het gebruik van een Individueel Zorgplan hierbij vergt dat zorgverleners een omslag maken in hun werkwijze (van een adviserende naar een coachende rol). Vooral de praktijkondersteuner, maar ook andere zorgverleners, krijgen hiermee te maken. Dit gaat vaak niet vanzelf en het is dus van belang dat zij hierin geschoold worden. De aanbeveling is dan ook dat in elk geval alle praktijkondersteuners deskundigheidsbevordering krijgen aangeboden. De zorgverzekeraar zou een rol kunnen spelen in de financiering hiervan. Via www.zelfmanagement.com is meer te vinden over scholing.

Zorg voor een digitaal keteninformatiesysteem

Het ontbreken van een goed keteninformatiesysteem werpt een extra drempel op in de samenwerking tussen zorgverleners. Het gevaar bestaat dat het Individueel Zorgplan vooral gebruikt gaat worden voor de uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners, i.p.v. dat het de patiënt kan ondersteunen in het bereiken van gezondheidsdoelen.

Bij het kiezen van een keteninformatiesysteem moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid om patiënten toegang te geven tot een digitaal zorgplan. Hierdoor kan nog beter aangesloten worden op de wensen en mogelijkheden van individuele patiënten.

B. Individueel Zorgplan

Gebruik het Individueel Zorgplan als instrument

Als het team (zorgverleners in de keten) een visie heeft ontwikkeld op zelfmanagement en ervoor gekozen wordt om met behulp van een Individueel Zorgplan zelfmanagement van patiënten te ondersteunen, kan besloten worden met welk zorgplan er gewerkt gaat worden. Ook is het van belang te weten wie welke rol heeft in het samenstellen en het bijhouden van het zorgplan. Dit dient in het MDO duidelijk te worden afgesproken en opgeschreven.

In Waterland wordt momenteel nog geen gebruik gemaakt van een digitaal systeem, zodat het inzetten van een digitaal zorgplan nog niet aan de orde is. Daarom is de aanbeveling om voorlopig te blijven werken met een papieren versie en het model Zorgplan dat in dit onderzoek is uitgetest verder te ontwikkelen. Voorwaarde is dat er financiering gevonden wordt om dit zorgplan te maken en te drukken.

De tips van zowel patiënten als zorgverleners meenemen in de definitieve versie:

- Tekstueel de inhoud aanpassen a.d.h.v. tips van zorgverleners en patiënten.
- Het kan een losbladig systeem blijven. Voordeel is dat er makkelijk documenten aan toegevoegd kunnen worden, patiënten kunnen de volgorde van de inhoud zelf wijzigen, het boekje kan uitgebreid worden informatie over mogelijke andere aandoeningen van de patiënt, zodat het een generiek zorgplan wordt.
- Keuze maken voor het formaat. Hoewel de meerderheid van de patiënten aangaf moeite te hebben met het formaat, moet hierbij ook rekening gehouden worden met de praktische kant. Als het een losbladig systeem blijft is een A5 formaat het meest praktisch. In een kleiner formaat kunnen lastig documenten (zelf) ingevoegd worden.
- Voorkant herkenbaar maken als boekje voor patiënten in de regio Waterland.

Mocht dit (financieel) niet haalbaar zijn, of het grote formaat blijkt toch een overkomelijk bezwaar te zijn, dan kan ook gekozen worden voor een bestaand zorgplan, zoals 'Mijn Longpas'. Belangrijk is in elk geval dat er overeenstemming komt over met welk zorgplan er in de regio Waterland gewerkt gaat worden.

Benoem de regierol van de praktijkondersteuner

De praktijkondersteuner COPD heeft een cruciale rol in het werken met het Individuele Zorgplan. De POH is de spil in het ondersteunen van de patiënt bij zelfmanagementactiviteiten.

Deze rol is soms, in het geval van COPD patiënten met een ernstigere ziektelast, ook (of in een later stadium) in handen van de nurse practitioner van het ziekenhuis. In deze gevallen moet duidelijk zijn wat de taakverdeling is tussen POH en nurse practitioner en er moet overeenstemming zijn over de behandeling van de betreffende patiënt. Dit kan in een MDO worden afgesproken. De patiënt moet hierover uiteraard worden geïnformeerd. Hij moet weten bij wie hij terecht kan met zijn vragen en problemen.

De praktijkondersteuner speelt in de volgende aanbevelingen een belangrijke rol:

1. Maak een inschatting van het zelfmanagementniveau van de patiënt

Om patiënten goede ondersteuning te kunnen geven en te begeleiden bij het omgaan met COPD is het van belang dat we onderkennen dat er verschillen zijn wat betreft waarden, behoeften en verwachtingen. Maar ook dat er verschillen zijn in zelfredzaamheid en de manier waarop men met zorginformatie omgaat.

Deze verschillen hangen sterk samen met de wijze waarop men in het leven staat. Het zichtbaar maken van de beleving van patiënten kan een goed hulpmiddel zijn in het bepalen van de manier waarop met de patiënt samen gewerkt kan worden aan het invullen van het zorgplan.

Een manier om dit zichtbaar maken is het gebruik van de PIH-NL vragenlijst. Deze vragenlijst omvat een aantal stellingen waarop patiënten in een schaal van 0 tot 8 aan kunnen geven hoe zij met hun aandoening in het dagelijks leven omgaan. Op basis hiervan kan het gesprek met patiënten aangegaan worden en samen met de patiënt het individuele zorgplan worden ingevuld. De PIH-NL vragenlijst kan gedownload worden via de site www.zelfmanagement.com

2. Introduceer het Individueel Zorgplan bij de patiënt

Het is raadzaam om snel na het scharnierconsult waarin de diagnose wordt gesteld te starten met de introductie van het Individuele Zorgplan bij alle COPD patiënten. De POH kan hiervoor een extra consult inplannen, waarin met de patiënt wordt besproken wat het werken met een Individueel Zorgplan inhoudt. Wat kan een patiënt van zijn zorgverleners verwachten en welke rol kan een patiënt zelf spelen.

Wanneer gewerkt gaat worden met het losbladige systeem kan goed ingespeeld worden op de wensen en behoeften van de individuele patiënt. Het boekje hoeft dan niet direct in zijn geheel aan de patiënt te worden gegeven, het is ook mogelijk om per consult tabbladen aan te vullen, al naar gelang de wensen en behoeften van de patiënt. Hierdoor kan voorkomen worden dat een patiënt direct overspoeld wordt met teveel informatie.

Om het boekje direct persoonlijk te maken, kunnen er door de POH alvast gegevens worden ingevuld.

In de loop van de tijd zal blijken of en op welke manier de patiënt wel of niet gebruik gaat maken van het Individuele Zorgplan. Dit verschilt per patiënt en de keuze hiervoor moet ook bij de patiënt blijven. De POH zal zich ook moeten oriënteren op andere instrumenten die voor de patiënt ondersteunend kunnen zijn, bijvoorbeeld eHealth toepassingen.

3. Zorg voor goede overdracht bij doorverwijzing naar andere zorgverleners

De POH moet de patiënt soms doorverwijzen naar andere zorgverleners. In het kader van zelfmanagement is het belangrijk dat er een goede overdracht is tussen alle zorgverleners en dat zij de patiënt op een eenduidige manier behandelen. Zolang er nog geen digitaal systeem beschikbaar is, kan het Individuele Zorgplan gebruikt worden om dit op te tekenen en in het MDO kunnen patiënten besproken worden.

Bij COPD patiënten blijkt vooral de fysiotherapeut een hele belangrijke rol te hebben. Een tijdige doorverwijzing naar de fysiotherapeut lijkt een goed effect te hebben. Mogelijk is een fitheidstest voor COPD patiënten snel na de diagnose aan te bevelen. Op die manier kan de behandeling tijdig starten en wordt de patiënt gemotiveerd om gericht te gaan bewegen.

Ook de diëtist dient betrokken te worden bij de behandeling van de COPD patiënten.

Het feit dat de zorgverzekeraar deze behandelingen steeds minder vergoed kan een drempel opwerpen voor patiënten om hier ook daadwerkelijk aan te beginnen.

C. Educatie

Maak een individueel educatieplan

Een educatieplan maken vormt een essentieel onderdeel van het Individuele Zorgplan. Het is belangrijk dat de informatie door de patiënt wordt begrepen en kan worden toegepast. Daarom moet educatie op maat verzorgd worden en afgestemd worden op de wensen, behoeften en mogelijkheden van de individuele patiënt. Het afnemen van de eerder genoemde PIH-NL vragenlijst kan hierbij een hulpmiddel zijn.

Er zijn verschillende hulpmiddelen beschikbaar om educatie vorm te geven (zie onder andere www.zelfmanagement.com).

Zorg voor eenduidige informatievoorziening

Het is daarnaast van belang dat er eenduidigheid komt in de informatievoorziening richting de patiënten. Welk materiaal is beschikbaar, en welke zorgverlener heeft welke taak in de voorlichting. Dit kan vervolgens aangetekend worden in het zorgplan.

Zorg voor andere vormen van educatie

Om tegemoet te komen aan de verschillende informatiebehoeften van patiënten is het te overwegen om groepsconsulten op te zetten.

Richt een Longpunt op

Daarnaast is het opzetten en vervolgens onderhouden van een maandelijks Longpunt in de regio Waterland een goede manier van informatievoorziening en lotgenotencontact voor patiënten met longziekten.

Zorgbelang Noord-Holland: bondgenoot van zorgvragers

Zorgbelang Noord-Holland is bondgenoot van iedereen die in onze provincie gebruik maakt van zorg. Wij maken ons sterk voor een betere kwaliteit van de zorg en zetten ons in voor meer zelfregie en inspraak van patiënten en cliënten. Hiervoor gebruiken wij de ervaringen van zorgvragers en werken wij samen met patiëntenvertegenwoordigers. Iedereen met een vraag, klacht of melding over de zorg kan gratis bij ons terecht. Wij zijn onafhankelijk van zorginstellingen en zorgverzekeraars en behartigen uitsluitend de belangen van de zorgvragers. Kijk voor meer informatie op onze website: www.zorgbelang-noordholland.nl.

Zorgbelang Noord-Holland

Schipholpoort 48
2034 MB Haarlem
(023) 530 00 00
info@zorgbelang-noordholland.nl
www.zorgbelang-noordholland.nl
Volg ons op Twitter: @ZorgbelangNH

Colofon

Uitgave: Zorgbelang Noord-Holland
Auteur: Nicola Offergelt
Datum uitgifte: oktober 2012

