

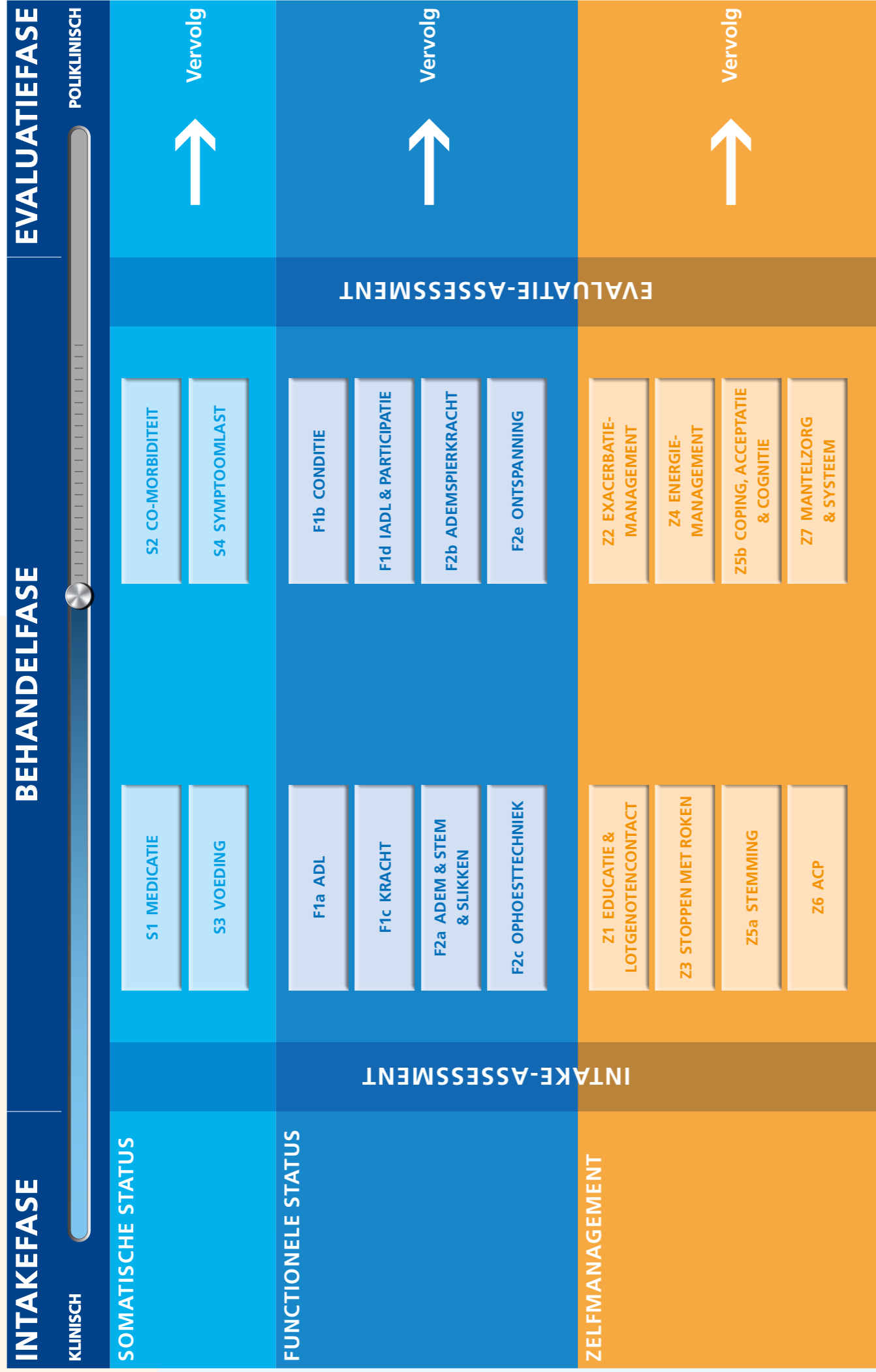


Universitair Netwerk
voor de Care sector
Zuid-Holland

BEHANDELPROGRAMMA

Geriatrische COPD Revalidatie





BEHANDELPROGRAMMA

Geriatrische COPD Revalidatie

Inhoud

Samenvatting	6
Inleiding en achtergrond	7
COPD exacerbaties	7
Postacute revalidatie bij COPD	7
Het behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie haalbaar en effectief	7
Doelstellingen behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie	8
Succesfactoren en aanbevelingen	8
Het behandelprogramma in de praktijk	9
Modulair programma	9
Triage en indicatiestelling	10
Intakefase	11
Behandelfase	11
Evaluatie en poliklinische fase	12
Nazorg	12
Schematisch overzicht behandelprogramma	13
BIJLAGE I: Meetinstrumenten en vragenlijsten	16
Algemeen	16
Overzicht basis-set	16
Medicatie	17
• STRIP	17
Voedingsstatus	17
• SNAQ	18
• BMI	18
• VVMI	18
Symptoomlast	19
• CCQ	19
• mMRC-dyspneuschaal	19
• VAS/NRS	20
Functionele status en Participatie	20
• BI	20
• USER	21
• 6MWT	22
• HHD	22
• MIP	23
• COPM	23
Psychische status en Coping	24
• HADS	24
• MoCA	24
• UCL	25
Mantelzorg en Systeem	25
• CSI	25

BIJLAGE 2: Uitwerking behandelmodules	26
Overzicht	26
• Module S1 MEDICATIE	27
• Module S2 CO-MORBIDITEIT	28
• Module S3 VOEDING	29
• Module S4 SYMPTOOMLAST	30
• Module F1a ADL	32
• Module F1b CONDITIE	33
• Module F1c KRACHT	34
• Module F1d IADL EN PARTICIPATIE	36
• Module F2a ADEM EN STEM	37
• Module F2b ADEMSPIERKRACHT	38
• Module F2c OPHOESTTECHNIEK	39
• Module F2d SLIKFUNCTIE	40
• Module F2e ONTSPANNING	41
• Module Z1 EDUCATIE EN LOTGENOTENCONTACT	42
• Module Z2 EXACERBATIEMANAGEMENT	44
• Module Z3 STOPPEN MET ROKEN	45
• Module Z4 ENERGIEMANAGEMENT	46
• Module Z5a STEMMING	47
• Module Z5b COPING, ACCEPTATIE EN COGNITIE	49
• Module Z6 ADVANCE CARE PLANNING	51
• Module Z7 MANTELZORG EN SYSTEEM	52

Leden Expertgroep	53
--------------------------	-----------

Lijst met gebruikte afkortingen	54
--	-----------

Literatuur en naslag	55
-----------------------------	-----------

Scholing	56
-----------------	-----------



Samenvatting

Het **behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie** is een bewezen effectief revalidatieprogramma dat de gezondheidsstatus van (overwegend oudere) patiënten met COPD verbetert en het aantal nieuwe exacerbaties vermindert. Om implementatie van dit behandelprogramma binnen de geriatrische revalidatie te ondersteunen, is de inhoud en structuur van het **behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie** in dit document beschreven.

Het **behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie** richt zich op een brede, patiëntgeoriënteerde, interdisciplinaire aanpak en een goede samenwerking tussen revalidant en zorgverleners uit de gehele keten. Op basis van een gestandaardiseerd assessment stelt het behandelteam, in samenspraak met de revalidant en diens naasten, een modulair ingericht behandelprogramma samen, dat voor iedere revalidant uniek is. Dit programma richt zich op persoonlijke doelen op het gebied van de lichamelijke en de functionele status met daarnaast veel aandacht voor het voeren van een optimaal zelfmanagement. In het programma wordt ook op maat aandacht gegeven aan palliatieve zorg aspecten, aangezien de prognose van deze patiënten in het algemeen beperkt is. Algemeen doel van het **behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie** is het verbeteren van algehele gezondheidsstatus en het voorkomen van complicaties, zoals heropnames en frequente exacerbaties.

Het **behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie** is tot stand gekomen door een samenwerkingsverband van het Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland (UNC-ZH), het Universitair Netwerk Ouderenzorg van Amsterdam UMC, locatie VUmc (UNO-VUmc) en de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg (AWO-ZL). Daarnaast hebben de COPD behandelteams van de volgende zorgorganisaties het behandelprogramma mede ontwikkeld en/of feedback op gegeven: Zorggroep Solis te Deventer, Axion Continu te Utrecht en Laurens te Rotterdam.

Inleiding en achtergrond

Wereldwijd neemt de vergrijzing toe en stijgt het aantal kwetsbare ouderen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit. Daardoor is er in toenemende mate behoefte aan revalidatieprogramma's die specifiek gericht zijn op deze groeiende groep ouderen met vaak complexe problematiek, lage belastbaarheid en beperkte prognose.

De geriatrische revalidatie heeft zich de laatste jaren sterk ontwikkeld en geprofessionaliseerd. Hierbinnen past het ontwikkelen, wetenschappelijk evalueren en implementeren van doelgroep specifieke revalidatieprogramma's.

Eén van de doelgroepen waarvoor dit zinvol is, is de groep oudere patiënten met chronisch obstructief longlijden, ofwel COPD. COPD is de afkorting van de Engelse term *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, en wordt gekenmerkt door een chronische, meestal progressieve luchtwegobstructie die niet volledig reversibel is. COPD is een wereldwijd groeiend probleem met stijgende prevalentie-, morbiditeits- en mortaliteitscijfers, met name onder ouderen, aangezien zowel de prevalentie als de ernst van COPD sterk gerelateerd zijn aan de leeftijd.

COPD exacerbaties

Ook in Nederland neemt het aantal patiënten met COPD nog steeds toe. Het beloop en de prognose van COPD worden voor een groot deel bepaald door acute exacerbaties, welke gedefinieerd zijn als een acute toename van de respiratoire symptomen waarvoor behandeling en/of ziekenhuisopname geïndiceerd is. Exacerbaties hebben belangrijke klinische gevolgen, waaronder een negatief effect op de kwaliteit van leven, de functionele status en de levensverwachting van patiënten. In Nederland worden jaarlijks 30.000 mensen met COPD opgenomen in het ziekenhuis vanwege een exacerbatie, waarvan de helft een heropname; 20% van deze patiënten wordt binnen datzelfde jaar drie of meer keer opgenomen.

Postacute revalidatie bij COPD

Onderzoek laat zien dat revalidatie direct na een ziekenhuisopname vanwege een acute exacerbatie COPD (postacute longrevalidatie) de negatieve effecten van een exacerbatie (deels) kan herstellen en heropnames kan voorkomen. Echter, voor de groep kwetsbare, laag belastbare, veelal oudere, patiënten met COPD en multimorbiditeit is postacute longrevalidatie vaak lastig te organiseren. Reden hiervoor is vaak diezelfde beperkte belastbaarheid en kwetsbaarheid. Hierdoor zijn deze patiënten niet in staat om deel te nemen aan poliklinische revalidatieprogramma's aangeboden door het ziekenhuis, of intensieve revalidatietrajecten aangeboden door tertiaire longrevalidatiecentra. Bovendien zijn deze laatst genoemde programma's vaak niet in de buurt van de eigen woonomgeving beschikbaar en is de capaciteit beperkt. Daar komt bij dat er bij deze kwetsbare, laag belastbare groep vaak ook sprake is van tijdelijke zorgafhankelijkheid.

Het behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie haalbaar en effectief

De afgelopen jaren is onderzoek gedaan naar de haalbaarheid en effectiviteit van het behandelprogramma. De resultaten zijn inmiddels gepubliceerd en laten zien dat voor deze specifieke groep patiënten het **behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie** haalbaar en effectief is. Van de totale groep revalidanten kon ruim 90% naar huis worden ontslagen na een mediane opname duur van 35 dagen. De uitval gedurende het programma was zeer beperkt en er traden geen 'adverse events' op. Daarnaast lieten de resultaten van het onderzoek een positief en klinisch relevant effect van het behandelprogramma op de ziekte-specifieke gezondheidsstatus en de exacerbatiefrequentie zien.

Deze resultaten impliceren dat het **behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie** beschikbaar zou moeten zijn voor alle patiënten binnen deze specifieke doelgroep. Om implementatie van het **behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie** bij zoveel mogelijk aanbieders van geriatrische revalidatie in Nederland te ondersteunen, is de inhoud en structuur van het behandelprogramma in dit document beschreven.

Doelstellingen behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie

Het **behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie** streeft de volgende doelstellingen na:

Op individueel niveau

- Het verbeteren van de integrale gezondheidsstatus van de revalidant
- Het voorkómen van complicaties, zoals verdere achteruitgang van de gezondheidsstatus, frequente exacerbaties en (her)opnames in het ziekenhuis.

Op overstijgend niveau:

- Het ondersteunen van aanbieders van geriatrische revalidatie bij het ontwikkelen en implementeren van het behandelprogramma.
- Informatie en eenduidigheid bieden aan organisaties en stakeholders over wat geriatrische COPD revalidatie inhoudt.

Succesfactoren en aanbevelingen

- 1 Start vanuit samenwerking in de keten: maak een gezamenlijk projectteam met daarin vertegenwoordiging van de verschillende ketenpartners, zoals VPK van de longafdeling, longarts, longverpleegkundige, 2^e (en 1^e) lijns-fysiotherapeut, transferbureau ziekenhuis, thuiszorg (longverpleegkundige) en huisartsen (kaderhuisarts COPD).
- 2 Start als pilot, maak een gezamenlijk projectplan met evaluaties in een cyclisch proces. Evalueer zowel inhoudelijk als procesmatig.
- 3 Maak de samenwerking in de keten zichtbaar voor de revalidant: zichtbaarheid over en weer is van belang. Voorbeelden daarvan zijn: de longarts en longverpleegkundige zijn 1x per maand (afwisselend iedere 2 weken) bij het MDO aanwezig en bezoeken dan ook de revalidanten. De SO of VPK bezoekt op indicatie patiënten in het ziekenhuis om uitleg te geven over het revalidatieprogramma. De SO of VPK neemt deel aan het MDO op de longafdeling.
- 4 Maak het interdisciplinaire behandelprogramma zichtbaar: een deel van het modulaire behandelprogramma is niet vanzelfsprekend goed zichtbaar voor de revalidant en de naasten. Benoem de verschillende onderdelen. Idealiter worden alle onderdelen van het behandelprogramma ingepland in de agenda van de revalidant. Op die manier worden ook momenten van coaching, en bijvoorbeeld controle van inhalatietechniek, veel meer expliciet benoemd en daardoor zichtbaarder en effectiever.
- 5 Investeer in scholing: maak hiervoor een multidisciplinair scholingsplan waar ook interdisciplinaire scholing een plek in heeft. Leer van elkaar, in de keten maar ook binnen het behandelteam. Maak dit scholingsplan onderdeel van het projectplan en van het cyclische evaluatie proces. Voorbeelden: klinische lessen door longarts en long-VPK organiseren over aandoening, medicatie etc.; meelopen VKP/VZ van de geriatrische revalidatie afdeling op longafdeling en vice versa; interdisciplinaire scholings-carrousel (bijvoorbeeld: logopedie geeft behandelteam les over ademhalingstechniek en coachen van revalidant op dit punt).

Het behandelprogramma in de praktijk

Het **behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie** beschrijft op een gestructureerde wijze:

- triage en indicatiestelling
- het intake-assessment
- de zorg en behandeling tijdens de revalidatiefase
- aan revalidanten (en hun naasten) die opgenomen zijn voor COPD revalidatie
- in de setting van de geriatrische revalidatie

Voor een goede implementatie en effectiviteit van het behandelprogramma is het van groot belang om aan te sluiten bij de behoefte van de revalidant en zijn/haar naasten, eigen regie voor de revalidant te behouden, interdisciplinair samen te werken en de zorg onderling goed af te stemmen. Tevens is het van belang om verwijzing en indicatiestelling regionaal af te stemmen in de keten.

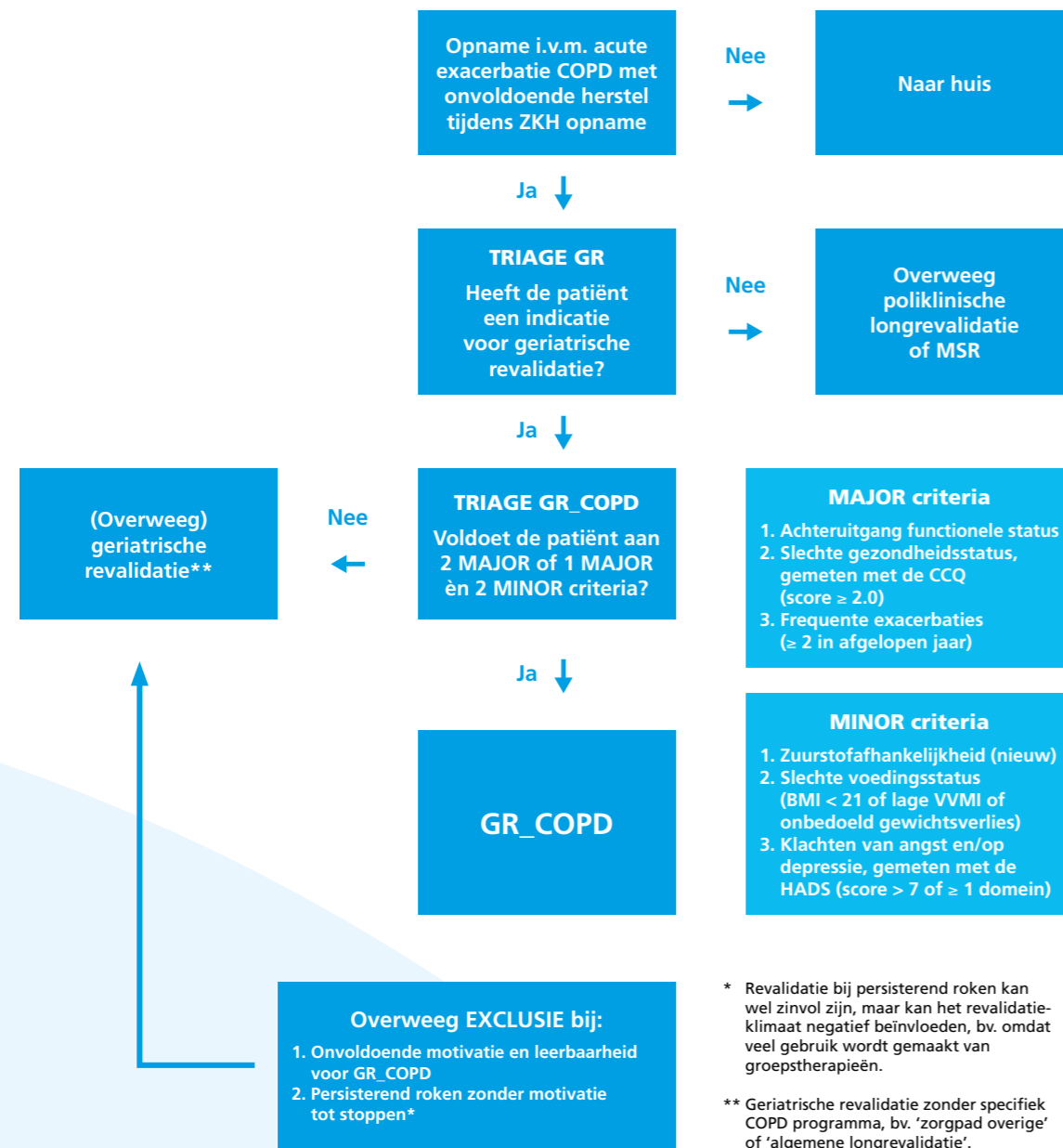
Modulair programma

Het **behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie** heeft een modulaire structuur. Op basis van het intake-assessment, en de daarbij vastgestelde doelen, wordt door het behandelteam een voorstel gedaan welke behandelmodules geïndiceerd zijn en ingezet kunnen gaan worden. In het behandelprogramma dient ook rekening gehouden te worden met belastbaarheid van de revalidant, logistieke haalbaarheid en financiële kaders. Dat betekent dat meestal niet alle modules (direct) ingezet worden, of dat deze in de tijd worden verspreid. Ook kan op basis van inhoudelijke redenen (wat kan en wil deze revalidant waar en wanneer het beste 'leren') besloten worden om bepaalde modules pas in de poliklinische fase in te zetten.

In bijlage II zijn de modules uitgewerkt. De uitgewerkte modules dienen als voorbeeld, niet als strikte richtlijn. Het behandelteam kan ervoor kiezen om de taken anders te verdelen. Het wordt aanbevolen om de behandelmodules gezamenlijk te bespreken en, indien gewenst, vanuit daar aan te passen. Het is belangrijk om met elkaar te bespreken wie wat doet, en waarom. Dat laatste is de reden dat er ook een deel achtergrond informatie in de modules is opgenomen. Dit gehele proces draagt bij aan het interdisciplinaire karakter van het behandelprogramma, en daarmee aan de kwaliteit van de revalidatie.

Triage en indicatiestelling

In onderstaand schema wordt het proces van triage en indicatiestelling voor het **behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie** schematisch weergegeven. Deze start met de triage voor de geriatrische revalidatie en wordt aangevuld met een aantal doelgroep-specifieke criteria. Bij exclusie op basis van onvoldoende motivatie, leerbaarheid en/of persistent roken kan alsnog voor geriatrische revalidatie zonder specifiek COPD behandelprogramma gekozen worden. Dit is met name aan de orde wanneer ontslag naar huis vanwege onvoldoende zelfstandig functioneren nog niet haalbaar is. Een andere mogelijkheid is om in deze situaties bepaalde behandelmodules, bijvoorbeeld modules gericht op stoppen met roken en verbeteren van zelfmanagement, niet in te zetten.



Intakefase

Het behandelplan wordt door het interdisciplinaire behandelteam patiënt-specifiek gemaakt op basis van een gestandaardiseerd integraal assessment bij opname. Dit intake-assessment is onderverdeeld in de volgende drie domeinen: 1) somatische status; 2) functionele status; 3) zelfmanagement. In feite wordt met behulp van het intake-assessment geïnventariseerd waar de belemmeringen, maar ook waar de facilitators of 'treatable traits' liggen; wat gaat er goed en op welke domeinen is verbetering haalbaar? Hierbij is het ook van belang om de revalidant uit te leggen dat COPD niet een ziekte is die alleen de longen aantast, maar dat de gevolgen in het hele lichaam optreden en dat juist daarom een brede, integrale aanpak goed effect kan hebben. In samenspraak met de revalidant worden vervolgens zo concreet mogelijk de doelen per domein bepaald.

Op basis van het intake-assessment, en de daarbij vastgestelde doelen, wordt door het behandelteam een voorstel gedaan welke behandelmodules binnen de drie domeinen ingezet worden. Het benoemen van de verwachte klinische opnameduur, inclusief een verwachte ontslagdatum, hoort hierbij. Hierbij dient ook gekeken te worden welke doelen kunnen passen in een poliklinisch traject. Daarbij wordt dan een onderscheid gemaakt tussen de verwachte duur van het gehele revalidatietraject (klinisch + poliklinisch) en de verwachte duur van het klinische traject. Het vaststellen van het behandelplan vindt plaats tijdens het eerste MDO (multidisciplinaire overleg), meestal binnen een week na opname. De ingezette modules, gekoppeld aan persoonlijke doelen, vormen samen met de verwachte ontslagdatum van de klinische fase, en de einddatum van het totale revalidatietraject, het definitieve behandelplan.

Behandelfase

Na het intake-assessment en het vaststellen van het definitieve behandelplan start de behandelfase. De behandelfase kan klinisch, maar ook (geheel of gedeeltelijk) poliklinisch plaatsvinden. Veelal wordt gestart met een klinisch behandeltraject, gevolgd door een poliklinisch traject. Voordeel van deze structuur is dat de revalidant de tijdens de klinische fase aangeleerde vaardigheden tijdens de poliklinische fase leert toepassen in de eigen woonomgeving en sociale structuur. Voor sommige revalidanten is het mogelijk om al snel over te schakelen op poliklinische revalidatie, of daar direct mee te starten. Gedurende de behandelfase wordt de voortgang in principe iedere twee weken (op indicatie vaker of juist minder frequent) aan de hand van het behandelplan geëvalueerd in het MDO. De revalidant is hierbij aanwezig, of ontvangt na afloop terugkoppeling van de uitkomsten in een persoonlijk gesprek. De voortgang van de revalidatie is ook een standaard onderwerp van gesprek tijdens de (wekelijkse) visite of het spreekuur met de arts en verpleging.

Naast fysiek herstel en het goed instellen van medicatie is het van het grootste belang de revalidant te leren hoe goed om te gaan met deze chronische aandoening. Het voeren van een optimaal zelfmanagement is cruciaal voor het voorkómen van een terugval en heropnames. Hierbij is het ook van belang om de partner/naasten te betrekken.

Educatie is een belangrijk onderdeel van het revalidatieprogramma. Goede kennis over de aandoening, medicatie, voeding en bewegen is een voorwaarde voor het kunnen voeren van optimaal zelfmanagement en kan deze ook positief beïnvloeden. Educatie is daarom een belangrijk onderdeel van het behandelprogramma. De educatiemodule bestaat in principe uit een x-aantal informatiebijeenkomsten (carrousel), waarbij de verschillende disciplines van het behandelteam afwisselend de inhoud kunnen verzorgen.

Evaluatie- en poliklinische fase

Het laatste deel van het klinische revalidatietraject richt zich op het ontslag naar huis en het voorbereiden/inrichten van het (eventuele) poliklinische traject. Tijdens de evaluatiefase worden de verschillende doelen geëvalueerd op basis van het evaluatie-assessment. In deze fase wordt geëvalueerd of er (nog steeds) een indicatie is voor poliklinische COPD revalidatie en welke behandelingen (modules) dan worden voortgezet of worden gestart. Dit is in principe het geval als er nog behandeldoelen zijn welke (deels) niet zijn behaald, waarbij het behandelteam inschat dat deze wel haalbaar zijn. Zo kan gekozen worden voor het poliklinisch voortzetten van het COPD behandelprogramma als een interdisciplinaire behandeling nog steeds geïndiceerd is. Hierbij worden dan opnieuw de doelen per domein bepaald en wordt de intensiteit van de behandeling evenals de einddatum bepaald of aangepast. Indien een interdisciplinaire poliklinische behandeling niet geïndiceerd of praktisch haalbaar is, kan uiteraard ook verwezen worden naar eerstelijns behandelingen.

Nazorg

Ongeveer twee weken na het afronden van zowel de klinische als de (eventueel) poliklinische fase van het revalidatietraject wordt contact opgenomen met de revalidant om na te gaan hoe het gaat en of alle gemaakte afspraken duidelijk zijn. Ook wordt besproken of alle praktische zaken goed georganiseerd zijn. Eventueel kan worden overwogen om dit contact middels een huisbezoek te organiseren. Dit heeft als voordeel dat in de eigen woonomgeving nogmaals ingegaan kan worden op alle gegeven adviezen (bv. aan de hand van het longaanval actieplan (LAP)) en kan bovendien een goede indruk verkregen worden over de gewoonten en het gedrag van de revalidant in de thuissituatie.

Een goede overdracht naar andere zorgverleners binnen de keten is van groot belang. Denk hierbij aan de overdracht naar huisarts, POH, longconsulent/VPK en longarts. Maak hierover heldere afspraken binnen de regionale samenwerkingsketen.

Schematisch overzicht behandelprogramma

SOMATISCHE STATUS				
INTAKEFASE Intake-assessment	Metingen	BEHANDELFASE Modules	Metingen	EVALUATIEFASE Evaluatie-assessment & vervolgtraject
KLINISCH		POLIKLINISCH		
Medicatie en Zuurstof <ul style="list-style-type: none"> • Beoordeel pulmonale medicatie • Beoordeel inhalatietechniek en hygiënetoepassingen • Op indicatie: maak plan op zuurstof suppletie 	STRIP	S1 MEDICATIE		<ul style="list-style-type: none"> • Controleer en bespreek pulmonale medicatie, ook in relatie tot LAP • Bepaal zn indicatie zuurstof na ontslag
Co-morbiditeit <ul style="list-style-type: none"> • Inventariseer (relevantie en ernst van) co-morbiditeit • Beoordeel de overige medicatie • Maak behandelplan op de co-morbiditeit 		S2 CO-MORBIDITEIT		<ul style="list-style-type: none"> • Evalueer (ernst van) co-morbiditeit • Maak plan op vervolg
Voeding <ul style="list-style-type: none"> • Screen bij opname op ondervoeding. • Meet bij opname gewicht en lengte. • Vul bij opname gedurende een aantal dagen (advies: 3 dagen) een voedingsdagboek in. • Breng in kaart hoe voeding en intake thuis verliepen • Beoordeel voedingsstatus op basis van metingen. 	SNAQ BMI VVMi	S3 VOEDING	BMI VVMi	<ul style="list-style-type: none"> • Evalueer voedingsstatus • Bespreek voedingsadviezen • Maak plan voor vervolgbehandeling, ook in relatie tot LAP
Symptoomlast <ul style="list-style-type: none"> • Inventariseer ziekte-specifieke symptoomlast • Inventariseer algemene symptoomlast: pijn, vermoeidheid, insomnia. • Maak behandelplan symptoomlast, zo nodig per symptoom 	CCQ mMRC USER/BI VAS/NRS	S4 SYMPTOOMLAST	CCQ mMRC USER/BI VAS/NRS	<ul style="list-style-type: none"> • Evalueer ziekte-specifieke symptoomlast • Evalueer algemene symptoomlast • Maak plan op vervolg
				Algemeen: <ul style="list-style-type: none"> • Poli controle longarts en/of longverpleegkundige • Overdracht huisarts/POH/longVPK/longarts • Poli controles overige specialisten i.v.m. co-morbiditeit

FUNCTIONELE STATUS EN PARTICIPATIE

INTAKEFASE Intake-assessment	Metingen	BEHANDELFASE Modules	Metingen	EVALUATIEFASE Evaluatie-assessment & vervolgtraject
KLINISCH		POLIKLINISCH		
ADL <ul style="list-style-type: none"> Bepaal de ADL status Voer een ADL observatie uit: beoordeel zelfstandigheid in combinatie met toepassen van leefregels. Beoordeel inzet hulpmiddelen Conditie <ul style="list-style-type: none"> Bepaal inspanningsvermogen Kracht <ul style="list-style-type: none"> Bepaal de functionele en specifieke spierkracht. Beoordeel de spierkracht met behulp van referentiewaarden IADL en Participatie <ul style="list-style-type: none"> Inventariseer IADL en participatie en bepaal doelen op participatieniveau Inventariseer thuishituatie Inventarisatie behoefte aan/noodzaak hulpmiddelen en aanpassingen 	USER/BI 6MWT HHD COPM	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">F1a ADL</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">F1b CONDITIE</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">F1c KRACHT</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">F1d IADL & PARTICIPATIE</div>	USER/BI 6MWT HHD COPM	<ul style="list-style-type: none"> Evalueer ADL/IADL status Inventariseer zorgbehoefte in thuishituatie Evalueer conditie en kracht en maak plan voor vervolgbehandeling Evalueer participatiedoelen, inzet hulpmiddelen, aanpassingen en maak plan voor vervolgbehandeling

ADEMHALING, OPHOESTEN, SLIKKEN EN STEM

Adem en Stem <ul style="list-style-type: none"> Beoordeel ademhalingstechniek Beoordeel stemvoering en ademverdeling Beoordeel stemkwaliteit Ademspierkracht <ul style="list-style-type: none"> Bepaal de maximale inspiratoire monddruk. Geef voorlichting over de functie van de inademiingspieren en trainingsmogelijkheden. Ophoesttechniek <ul style="list-style-type: none"> Beoordeel ophoesttechniek Slikfunctie <ul style="list-style-type: none"> Beoordeel slikfunctie Beoordeel mondverzorging Ontspanning <ul style="list-style-type: none"> Beoordeel behoefte en indicatie ontspanningsoefeningen 	MIP	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">F2a ADEM & STEM</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">F2b ADEMSPIERKRACHT</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">F2c OPHOESTTECHNIEK</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">F2d SLIKFUNCTIE</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">F2e ONTSPANNING</div>	MIP	<ul style="list-style-type: none"> Evalueer ophoesttechniek, ademhalingstechniek, stemvoering en ademverdeling en maak plan voor vervolg Bepaal opnieuw de maximale inspiratoire monddruk en maak plan voor vervolg Evalueer slikfunctie en maak plan op vervolg
Algemeen: <ul style="list-style-type: none"> Overweeg poliklinisch vervolgtraject Overweeg verwijzing 1^e lijns paramedici 				

ZELFMANAGEMENT, PSYCHISCHE STATUS EN COPING

INTAKEFASE Intake-assessment	Metingen	BEHANDELFASE Modules	Metingen	EVALUATIEFASE Evaluatie-assessment & vervolgtraject
KLINISCH		POLIKLINISCH		
Educatie en lotgenotencontact <ul style="list-style-type: none"> Geef informatie over belang educatie en nodig uit voor gespreksgroep (ook voor mantelzorger) Geef planning gespreksgroep Exacerbatie management <ul style="list-style-type: none"> Inventariseer bekendheid met exacerbatie management en/of LAP Inventariseer handelen bij verergering klachten Stoppen met roken <ul style="list-style-type: none"> Inventariseer rookgewoonte en motivatie rookstop Maak plan op rookstop Energiemanagement <ul style="list-style-type: none"> Inventariseer energieverdeling en temporegulatie Verricht ADL/IADL observatie gericht op temporegulatie Stemming <ul style="list-style-type: none"> Screen de stemming. Op indicatie: analyse stemming Coping, Acceptatie en Cognitie <ul style="list-style-type: none"> Inventariseer op indicatie coping en acceptatie Screen cognitie Advance care planning <ul style="list-style-type: none"> Inventariseer wensen en verwachtingen rondom ACP Mantelzorg en Systeem <ul style="list-style-type: none"> Inventariseer belasting mantelzorg en rol mantelzorg tijdens revalidatie en maak plan op voldoende ondersteuning en betrokkenheid mantelzorg 	HADS UCL MoCA CSI	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">Z1 EDUCATIE & LOTGENOTENCONTACT</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">Z2 EXACERBATION-MANAGEMENT</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">Z3 STOPPEN MET ROKEN</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">Z4 ENERGIE-MANAGEMENT</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">Z5a STEMMING</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">Z5b COPING, ACCEPTATIE & COGNITIE</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">Z6 ACP</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;">Z7 MANTELZORG EN SYSTEEM</div>	<ul style="list-style-type: none"> Evalueer behoefte aan informatie; alle informatiebijeenkomsten gehad? Maak plan op vervolg Bespreek LAP, vul in en personaliseer Check motivatie, aanspreekpunt, aanpak verergering klachten Geef LAP mee naar huis Actualiseer rookstatus en stopmotivatie Evalueer plan van aanpak Maak plan op vervolgbehandeling Evalueer energiemangement Bespreek adviezen voor thuishituatie Maak plan op vervolgbehandeling Evalueer stemming, acceptatie en coping Maak plan op vervolgbehandeling Evalueer wensen en verwachtingen rondom ACP Maak plan op vervolg Evalueer belasting mantelzorger Maak plan op vervolg 	
Algemeen: <ul style="list-style-type: none"> Overweeg ambulante vervolgtraject Overweeg verwijzing 1^e lijns paramedici 				

BIJLAGE I

Meetinstrumenten en vragenlijsten

Algemeen

De meetinstrumenten en vragenlijsten in dit behandelprogramma dienen de volgende doelen:

- 1 Als onderdeel van het intake-assessment voor het bepalen van de gezondheidsstatus bij de start van het revalidatietraject.
- 2 Het vervolgen van het beloop gedurende de revalidatie om zo het effect van het behandelprogramma op individueel niveau te kunnen evalueren.

Hieronder staan de meest gangbare en aanbevolen meetinstrumenten en vragenlijsten vermeld. Per item wordt een korte uitleg gegeven over de inhoud, het doel en de interpretatie van het meetinstrument of de vragenlijst, gevolgd door een beknopte verantwoording en een verwijzing en waar mogelijk een directe link naar het meetinstrument of de vragenlijst zelf, aanvullende informatie en de wetenschappelijke onderbouwing.

Het behandelprogramma geeft tevens advies over het gebruik van een standaard basis-set bij **Intake en Evaluatie** en metingen **Op indicatie**. De basis-set bestaat uit een aantal meetinstrumenten en vragenlijsten waarvan het advies is om deze standaard te (gaan) gebruiken. Zie hiervoor onderstaand overzicht.

Overzicht basis-set

	Instrument	Wie	Wanneer
Medicatie	Medicatiebeoordeling, bv. STRIP	SO/apotheker	Intake
Voedingsstatus	SNAQ BMI VVM	Zorg Zorg Diëtist	Intake Intake, daarna wekelijks Intake
Symptoomlast	CCQ mMRC VAS/NRS	Revalidant/Zorg Revalidant/Zorg Revalidant/Zorg	Intake en evaluatie fase (evt. tussendoor)
ADL	USER/BI*	Zorg	Intake en evaluatie fase (evt. tussendoor)
Inspanningsvermogen	6MWT	FT	Intake en evaluatie fase
Kracht	HHD MIP	FT	Intake en evaluatie fase
IADL en participatie	COPM	ET	Intake en evaluatie fase
Psychische status	HADS MoCA UCL	Revalidant/Zorg Psycholoog/ET Psycholoog	Intake Op indicatie Op indicatie
Mantelzorg	CSI	MW	Op indicatie

*Indien geen gebruik van USER: gebruik als alternatief de BI aangevuld met VAS/NRS voor pijn en vermoeidheid

Medicatie

STRIP

Inhoud

De STRIP (Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing) is een eenmalige systematische medicatie beoordeling met onder andere de START/STOPP criteria. Hiervan afgeleid is de 'verkorte STRIP' checklist gemaakt, die de belangrijkste aandachtspunten voor kwetsbare ouderen omvat. De farmacotherapeutische analyse wordt verricht op de volgende punten: 1) onderbehandeling; 2) overbehandeling; 3) effectiviteit van de medicatie; 4) (potentiële) bijwerkingen; 5) klinisch relevante contra-indicaties en interacties; 6) dosiscontrole; 7) gebruiksgemak.

Doel

Veilige en goed afgestemde farmacotherapeutische behandeling bij ouderen met complexe problematiek om zo de risico's van onbedoelde schade door polyfarmacie te reduceren.

Interpretatie

N.v.t.

Verantwoording en beschikbaarheid

De STRIP methode komt uit de multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen. www.nhg.org/themas/publicaties/multidisciplinaire-richtlijn-polyfarmacie-bij-ouderen

PDF ↓

Voedingsstatus

SNAQ

Inhoud

De SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire) is een instrument waarmee gescreend wordt op ondervoeding. Omdat de set van meest voorspellende vragen voor ondervoeding verschilt per zorgsector zijn er verschillende SNAQ's ontwikkeld: de SNAQ voor patiënten in het ziekenhuis; SNAQ^{rc} voor patiënten in verpleeg- en verzorgingshuis en de SNAQ⁵⁵⁺ voor thuiswonende ouderen en revalidatiezorg. Het invullen wordt uitgevoerd door de verpleegkundige of verzorgende en bij een afwijkende uitslag wordt in principe altijd de diëtist bij de behandeling betrokken.

Doel

Inventariseren van de voedingsstatus; screenen op ondervoeding.

Interpretatie

De SNAQ^{rc} en SNAQ⁵⁵⁺ werken met een kleurensysteem: groen: geen ondervoeding; oranje: risico op ondervoeding; rood: ondervoeding

Verantwoording en beschikbaarheid

www.stuurgroepondervoeding.nl/toolkits/overzicht-screeninginstrumenten-ondervoeding
www.meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/short-nutritional-assessment-questionnaire

PDF ↓

BMI

Inhoud

De BMI (Body Mass Index) wordt gebruikt om de mate van ondergewicht, overgewicht en obesitas te meten en wordt berekend door het gewicht (in kg) te delen door de lichaamslengte (in m) in het kwadraat. De index houdt hierbij geen rekening met lichaamsbouw of lichaamssamenstelling.

Doel

Diagnostisch en evaluatief (effect behandeling/revalidatie). De BMI kan gebruikt worden voor het bepalen en vervolgen van de mate van ondergewicht, overgewicht en obesitas.

Interpretatie

De uitkomsten zijn in te delen in verschillende categorieën voor volwassenen met COPD: ondergewicht (≤ 21.0 kg/m²), gezond gewicht (21.1-24.9 kg/m²), overgewicht (25.0-29.9 kg/m²), matige obesitas (30.0-34.9 kg/m²), ernstige obesitas (35.0-39.9 kg/m²) en morbide obesitas (≥ 40.0 kg/m²).

Verantwoording

www.meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/body-mass-index-quetelet-index

VVMI

Inhoud

De VVMI (Vetvrije Massa Index) is een nauwkeuriger bepaling dan de BMI. Een deel van de patiënten met een normaal gewicht blijkt namelijk toch een verminderde vetvrije (lees: spier) massa te hebben. De VVMI kan bepaald worden met behulp van een huidplooiemeting, maar beter is het om de VVMI te bepalen met behulp van bio-elektrische impedantie. Dit gebeurt vaak standaard in combinatie met longfunctieonderzoek in het ziekenhuis.

Doel

Diagnostisch en evaluatief (effect behandeling/revalidatie); het bepalen en vervolgen van de voedingsstatus.

Interpretatie

Van een verlaging van de VVMI is sprake indien VVMI ≤ 16.0 kg/m² bij mannen en ≤ 15.0 kg/m² bij vrouwen.

Verantwoording

www.artsenwijzer.info

Symptoomlast

CCQ

Inhoud

De CCQ (Clinical COPD Questionnaire) is een gevalideerd en betrouwbaar instrument om de ziekte-specifieke gezondheidsstatus van patiënten met COPD te meten. Er bestaat een 'dag' en een 'week' versie. De CCQ bestaat uit een zelfinvul vragenlijst van 10 items met 3 sub-domeinen: symptomen, functionele status en mentale status. De items worden gescoord op een Likertschaal van 0 tot 6.

Doel

De CCQ is een goed instrument om veranderingen in gezondheidsstatus te meten, bijvoorbeeld tussen aanvang en afronding van een revalidatietraject. Tevens kan de CCQ gebruikt worden voor het bepalen van de ernst van COPD volgens de GOLD indeling in de ABCD groepen.

Interpretatie

De totale score is de som van de 10 items gedeeld door 10. (range: 0.0-6.0) Hoe hoger de score, hoe slechter de gezondheidsstatus. Een score van ≥ 2.0 wijst op het bestaan van een ernstig beperkte gezondheidsstatus. De minimale klinisch relevante verandering is vastgesteld op ± 0.4 .

Verantwoording en beschikbaarheid

www.ccq.nl

PDF ↓

mMRC-dyspneuschaal

Inhoud

De mMRC (modified Medical Research Council) dyspneuschaal is een praktische, betrouwbare en valide maat om de mate van benauwdheid zoals de patiënt met COPD die zelf ervaart, te scoren. De vragenlijst bestaat uit 5 items waarin de patiënt zijn eigen niveau van beperking kan aangeven.

Doel

Bepalen en vervolgen van de mate van benauwdheid. Tevens kan de mMRC gebruikt worden voor het bepalen van de ernst van COPD volgens de GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) indeling in de ABCD groepen.

Interpretatie

Een score van ≥ 2 wordt gezien als een verhoogde score.

Verantwoording en beschikbaarheid

www.meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/modified-medical-research-council-dyspnoe-vragenlijst

PDF ↓

VAS/NRS

Inhoud

De Visual Analogue Scale (VAS) en de Numeric Rating Scale (NRS) zijn beide specifieke meetschalen die gebruikt kunnen worden voor het meten en vervolgen van verschillende klachten/symptomen, zoals pijn en vermoeidheid. De VAS bestaat uit een horizontale of verticale lijn of een schaal. Aan de linker of onderste kant staat de minimumscore, aan de rechter of bovenste kant staat de maximumscore. De revalidant dient loodrechts op de lijn aan te strepen in welke mate hij de gevraagde sensatie beleeft. De NRS bestaat uit 11 nummers (van 0 tot en met 10 of van 0 tot en met 100). Aan de linkerkant staat de minimumscore, aan de rechterkant de maximumscore. Doordat alleen een geheel punt kan worden toegekend aan de sensatie is de NRS minder gevoelig voor het meten van veranderingen dan de VAS.

Doel

Diagnostisch/inventariserend en evaluatief; het in kaart brengen en vervolgen van klachten/symptomen.

Interpretatie

De score varieert van 0 tot 10 of van 0 tot 100. Voor pijn wordt in de literatuur vaak een afkappunt van 3/30 gehanteerd.

Verantwoording en beschikbaarheid

www.meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/numeric-pain-rating-scale

PDF ↓

NB: de NRS-pijn en vermoeidheid zijn onderdeel van de USER, welke onderdeel is van het UNC-ZH Meetplan Geriatrische Revalidatie, zie ook: www.lumc.nl/sub/9600/att/HandleidingMeetinstrumentGRZ

Functionele status en Participatie

BI

Inhoud

De BI (Barthel Index) is een generiek instrument waarmee de mate van zelfstandigheid in activiteiten van het dagelijks leven (ADL) kan worden vastgesteld, ongeacht de onderliggende pathologie. Het is een betrouwbare maat, die veel wordt gebruikt, onder andere in de geriatrische revalidatie. De BI bestaat uit 10 items waarbij het daadwerkelijk uitvoeren van een handeling centraal staat en niet wat de patiënt zou kunnen. De items hebben betrekking op de afgelopen 24-48 uur. Een hoge score op de BI komt overeen met een hoge mate van onafhankelijkheid. De BI is gevoelig voor effecten van revalidatie, maar heeft ook een plafondeffect. De BI is gemakkelijk te implementeren en wordt doorgaans door het verplegend personeel ingevuld.

Doel

Diagnostisch en evaluatief: het bepalen en vervolgen van de ADL status.

Interpretatie

Er zijn veel verschillende versies van de BI, maar in de geriatrische revalidatie wordt meestal gewerkt met versie met 10 items (score van 0-20): 20: volledig zelfstandig in basale ADL en mobiliteit; 15-19: redelijk tot goed zelfstandig; 10-14: heeft wel hulp nodig maar doet ook veel zelf; 5-9: ernstig hulpbehoevend; 0-4: volledig hulpbehoevend. Het klinisch relevant verschil voor de geriatrische revalidatie is vastgesteld ± 4 .

Verantwoording en beschikbaarheid

www.meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/barthel-index/

PDF ↓

USER

Inhoud

De USER (Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie) is een meetinstrument om het resultaat van revalidatie te meten en biedt zo informatie over de voortgang van revalidatie aan de patiënt en het behandelteam. De USER meet hoe zelfredzaam iemand is op het gebied van mobiliteit, zelfverzorging en cognitie. Per handeling wordt aangegeven of iemand dit zelfstandig kan of met hulp en hoeveel moeite het kost. Daarnaast worden stemming, vermoeidheid en pijn gemeten. De USER voldoet aan psychometrische eisen van een meetinstrument. De betrouwbaarheid voor de verschillende doelgroep in de geriatrische revalidatie moet nog verder worden onderzocht.

Doel

Diagnostisch en evaluatief: het bepalen en vervolgen van de zelfredzaamheid op het gebied van mobiliteit, zelfverzorging en cognitie. Daarnaast worden stemming, vermoeidheid en pijn gemeten.

Interpretatie

De vragen van de USER worden gescoord op een schaal van 0 tot 5 of een schaal van 0-100. Indien gewenst is het mogelijk om de USER resultaten samen te vatten in drie scores. De scores op de domeinen mobiliteit en zelfverzorging worden dan opgeteld tot een domeinscore "lichamelijk functioneren", en de scores op de domeinen pijn, vermoeidheid en stemming worden dan opgeteld tot een domeinscore "subjectieve klachten". Bij dit laatste domein is de optelsom een groot getal (tussen 0 en 600), en om die reden wordt daarbij ook wel de gemiddelde score van de zes vragen in plaats van de optelsom gebruikt. Uit de USER kan eenvoudig de Barthelindex berekend worden.

Verantwoording en beschikbaarheid

www.kcrutrecht.nl/producten/user

PDF ↓

NB: de USER is onderdeel van het UNC-ZH Meetplan Geriatrische Revalidatie, zie ook: www.lumc.nl/sub/9600/att/HandleidingMeetinstrumentGRZ

6MWT

Inhoud

Met de 6-minutenwandelttest (6MWT) wordt het fysieke inspanningsvermogen uitgedrukt in het aantal meters dat een patiënt maximaal gedurende zes minuten wandelend kan afleggen. De test kan worden uitgevoerd in een oefenzaal waarvan de lengte bekend is, of die is afgezet. De patiënt wordt geïnstrueerd om binnen de aangegeven tijd zoveel mogelijk meters af te leggen. Tussendoor mag de patiënt rustpauzes nemen en van tempo wisselen. Na afloop geeft de patiënt zelf op de Borg-schaal aan hoe groot te belasting was.

Doel

Diagnostisch en evaluatief: het bepalen en vervolgen van het fysieke inspanningsvermogen.

Interpretatie

Voor de 6MWT zijn referentiewaarden (naar leeftijd en geslacht) beschikbaar. De uitvoering dient gestandaardiseerd plaats te vinden (bijvoorbeeld standaard wel of niet aanmoedigen). Een klinisch relevante verbetering van de 6MWT ligt rond de +50 meter. Voor patiënten met ernstig COPD wordt ook een klinisch relevante verbetering van +26 meter gerapporteerd.

Verantwoording

www.meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/6-minute-walk-test-zes-minuten-wandeltest

HHD

Inhoud

Met behulp van de handknijpkracht meter (handheld dynamometer (HHD)) kan de isometrische spierkracht gemeten worden. Het is een betrouwbaar en valide instrument. Met de statische handknijpkrachttest wordt de spierkracht van de onderarmen gemeten. De patiënt moet de knijpkracht relatief langzaam opvoeren tot een maximum en moet proberen om dit twee seconden vast te houden. De test moet zowel links als rechts driemaal uitgevoerd worden. De hoogst bereikte waarde van beide handen bepaalt de uitkomst en wordt vastgelegd.

Doel

Diagnostisch en evaluatief: het bepalen en vervolgen van de perifere spierkracht.

Interpretatie

Normaalwaarden zijn bekend en zijn afhankelijk van leeftijd en geslacht.

Verantwoording

www.meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/handknijpkrachtmeter-hand-held-dynamometer

MIP

Inhoud

Het meten van de maximale inspiratoire mondruk (MIP) is verreweg de meest gebruikte test voor het meten van de inspiratoire spierkracht. De MIP meting is een betrouwbare meting voor de mate van kracht van de inspiratiespiers. Het voordeel van de MIP meting is dat deze geen nadelige effecten heeft op de patiënt: het is een niet-invasieve techniek die eenvoudig is in gebruik. Normaalwaarden zijn beschikbaar.

Doel

Diagnostisch en evaluatief: het bepalen en vervolgen van de maximale inspiratoire en expiratoire mondrukken als maat voor de maximaal geleverde kracht door de ademhalingspiers.

Interpretatie

Een score onder de 65% van voorspeld toont een verminderde ademhalingspierskracht aan. Een sterk verminderde score kan een indicatie zijn voor threshold training. Voor de betrouwbaarheid van de test is het van belang om 3-5 herhalingen uit te voeren. De test wordt herhaald totdat er geen verbetering plaats vindt. Maximale aanmoediging is toegestaan.

Verantwoording

www.meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/maximale-inspiratoire-expiratoire-druk-meting

COPM

Inhoud

De Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is een cliëntgericht meetinstrument bestaande uit een semigestructureerd interview om de door de revalidant ervaren problemen in het dagelijks handelen te achterhalen en deze centraal te stellen in de behandeling. De COPM heeft twee doelen: 1) het identificeren van de belangrijkste problemen die de revalidant ervaart en 2) het meten van veranderingen in het beeld dat de revalidant heeft van zijn handelen gedurende het behandelproces. De COPM richt zich op drie gebieden: 1) zelfredzaamheid; 2) productiviteit; 3) ontspanning. Door de onderzoekstrajecten binnen de Nederlandse patiëntenzorg kunnen we inmiddels spreken van een valide en betrouwbaar instrument.

Doel

Diagnostisch en evaluatief: het bepalen en vervolgen van ergotherapeutische behandeldoelen op het gebied van zelfredzaamheid, productiviteit en ontspanning.

Interpretatie

Op individueel niveau.

Verantwoording

www.meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/canadian-occupational-performance-measure

NB: de USER is onderdeel van het UNC-ZH Meetplan Geriatrische Revalidatie, zie ook:

www.lumc.nl/sub/9600/att/HandleidingMeetinstrumentGRZ

Psychische status en Coping

HADS

Inhoud

De Hospital Anxiety and Depression Score (HADS) is een gevalideerde en betrouwbare screeningslijst voor symptomen van angst en depressie. De HADS bestaat uit 14 items, is zelfinvulbaar, en heeft 2 subschalen van 7 items: 1 voor angst (HADS-A) en 1 voor depressie (HADS-D). De items worden gescoord op een 4-punts Likert schaal (0-3)

Doel

Het inventariseren van klachten van angst en depressie.

Interpretatie

De maximale score voor iedere subschaal is 21. Hoe hoger de score, hoe meer klachten: 0-7: zeer waarschijnlijk geen depressie/angststoornis; 8-10: een mogelijke depressie/angststoornis, nadere analyse is gewenst; 11-21: vermoedelijke depressie/angststoornis, nadere analyse is geïndiceerd.

Verantwoording en beschikbaarheid

www.meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/hospital-anxiety-and-depression-scale

PDF ↓

MoCA

Inhoud

De Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is een beknopt screeningsinstrument voor het meten van cognitieve achteruitgang. De MoCA bevat 11 opdrachten verdeeld over de volgende 8 cognitieve domeinen: executieve functies, visuospatieële vaardigheden, aandacht, concentratie en werktempo, taal, korte termijn geheugen en oriëntatie. Oorspronkelijk is de MoCA ontwikkeld voor Mild Cognitive Impairment (MCI). De diagnose MCI betreft een lichte cognitieve achteruitgang die erger is dan men op basis van leeftijd mag verwachten maar die niet aan de diagnose dementie voldoet. De MoCA kan ook gebruikt worden bij ziektebeelden die gepaard kunnen gaan met cognitieve achteruitgang, zoals COPD.

Doel

Het inventariseren/screenen van de cognitie.

Interpretatie

Een score van 26 punten of hoger wordt beschouwd als normaal.

Verantwoording en beschikbaarheid

www.meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/montreal-cognitive-assessment

PDF ↓

UCL

Inhoud

De Utrechtse Coping Lijst (UCL) is een vragenlijst die de cognitieve en gedragsmatige strategieën die mensen gebruiken om met probleem situaties om te gaan (coping) in kaart brengt. Coping is de manier waarop iemand zowel gedragsmatig, cognitief als emotioneel op aanpassing vereisende omstandigheden reageert. De verschillende copingvormen beïnvloeden elkaar.

Doel

Het vaststellen van de het karakteristieke coping gedrag bij confrontatie met problemen of aanpassingsvereisende gebeurtenissen.

Interpretatie

De UCL bestaat uit 47 items verdeeld over 7 subschalen. Per item wordt gescoord op een 4-puntschaal (1-4). Scoring vindt plaats met behulp van een sleutel. Per subschaal worden ruwe scores omgezet in normscores, oplopend van 'zeer laag' tot 'zeer hoog'.

Verantwoording

www.meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/montreal-cognitive-assessment

Mantelzorg en Systeem

CSI

Inhoud

De Caregiver Strain Index (CSI) kan belasting in relatie tot zorgverlening bij de mantelzorgersnel in kaart brengen. Het heeft als doel snel een beeld te krijgen van mogelijke problemen bij de zorg voor een naaste. Nagegaan wordt wat de impact van het zorgen is voor werk, financiën, de fysieke, sociale en emotionele belasting en tijdsinvestering. Het geeft niet alleen de hulpverlener inzicht in de situatie van de mantelzorgers, maar geeft de mantelzorgers zelf ook inzicht in de (over)belasting. Het instrument meet zowel de objectieve impact van de zorgverlening (bijv. "we hebben onze plannen moeten wijzigen") als de subjectieve impact (bijv. "ik word geheel door deze situatie in beslag genomen").

Doel

Inventariserend: het in kaart brengen (en eventueel vervolgen) van de belasting van de mantelzorgers.

Interpretatie

De vragenlijst bestaat uit 13 items en per item wordt gescoord met 'ja' of 'nee'. De totaalscore betreft het aantal items waarop met 'ja' is geantwoord, waarbij geldt hoe hoger de score hoe groter de belasting van de mantelzorgers. Een score van 7 of hoger wijst op overbelasting. Een dergelijke score kan betekenen dat diepgaander assessment nodig is of een interventie door een maatschappelijk werker.

Verantwoording en beschikbaarheid

www.meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/caregiver-strain-index

PDF ↓

BIJLAGE 2

Uitwerking behandelmodules

Overzicht

• Module S1	MEDICATIE	27
• Module S2	CO-MORBIDITEIT	28
• Module S3	VOEDING	29
• Module S4	SYMPTOOMLAST	30
• Module F1a	ADL	32
• Module F1b	CONDITIE	33
• Module F1c	KRACHT	34
• Module F1d	IADL EN PARTICIPATIE	36
• Module F2a	ADEM EN STEM	37
• Module F2b	ADEMSPIERKRACHT	38
• Module F2c	OPHOESTTECHNIEK	39
• Module F2d	SLIKFUNCTIE	40
• Module F2e	ONTSPANNING	41
• Module Z1	EDUCATIE EN LOTGENOTENCONTACT	42
• Module Z2	EXACERBATIEMANAGEMENT	44
• Module Z3	STOPPEN MET ROKEN	45
• Module Z4	ENERGIEMANAGEMENT	46
• Module Z5a	STEMMING	47
• Module Z5b	COPING, ACCEPTATIE EN COGNITIE	49
• Module Z6	ADVANCE CARE PLANNING	51
• Module Z7	MANTELZORG EN SYSTEEM	52

MODULE S1 Medicatie

Doel	<p>Het goed instellen van de pulmonale medicatie.</p> <p>De revalidant weet wat het effect van de verschillende soorten inhalatiemedicatie is en is zich bewust van het belang van goede therapietrouw.</p> <p>De revalidant heeft geleerd wat de juiste techniek t.a.v. inhalatie-inname is en kan deze zelfstandig toepassen.</p>
Achtergrond	<p>Belangrijke aandachtspunten bij de medicamenteuze behandeling zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passende toedieningsvorm en uniformiteit van toedieningsvormen • Goede hanteerbaarheid/inhalatietechniek bij het gebruik van de medicatie en de inhalatiehulpmiddelen • Therapietrouw en correctie van onder- en overmatig gebruik • Bijwerkingen van de medicatie
Regie uitvoering	SO en (long)-VPK
Werkwijze	<p>Instellen pulmonale medicatie</p> <p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beoordeel pulmonale medicatie. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van de STRIP methode • Bepaal in overleg met de revalidant de behandeldoelen <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stel doel en plan op m.b.t onderhoudsmedicatie en 'zo nodig' medicatie. Belangrijke vragen daarbij zijn: Welke medicatie moet worden afgebouwd? Wat is de onderhoudsmedicatie, wat de zo nodig medicatie? Doe dit in samenhang met het exacerbatie-managementplan (zie ook module Z2 Exacerbatie-management) • Geef algemene uitleg over werking en belang van pulmonale medicatie. Dit kan bijvoorbeeld tijdens gespreksgroep (zie ook module Z1 Educatie en Lotgenotencontact) <p>Inhalatietechniek en therapietrouw</p> <p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beoordeel de inhalatietechniek • Beoordeel hygiënetoepassingen <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij onvoldoende beheersing inhalatietechniek: geef instructie en begeleiding bij inhalatie. Pas eventueel inhalatiemethode aan • Bouw instructie/begeleiding af tot zelfstandigheid in juiste inhalatietechniek • Bij medicatiewijziging opnieuw inhalatietechniek beoordelen • Bij onvoldoende hygiënetoepassingen: geef advies over onderhoud en schoonmaak: hoe het beste te bewaren, hoe te controleren of het middel nog geschikt is voor gebruik. Geef advies zo nodig ook aan mantelzorg • Geef algemene uitleg over belang van juiste inhalatietechniek en hygiënetoepassingen. Dit kan bijvoorbeeld tijdens gespreksgroep (zie ook module Z1 Educatie en Lotgenotencontact)
Therapievorm	Individueel en (eventueel) éénmalig via groepsbehandeling tijdens gespreksgroep (module Z1 Educatie en Lotgenotencontact)
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> • Scholing personeel m.b.t. inhalatietechniek en hygiënetoepassingen <p>Eventueel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bekend met werkwijze volgens STRIP methode • Afspraken met apotheker over gestructureerde medicatiebeoordeling

MODULE S2

Co-morbiditeit

Doel	Het optimaal behandelen, optimaliseren en/of stabiliseren van co-morbiditeit bij COPD
Achtergrond	Co-morbiditeit komt vaak voor bij patiënten met COPD; 70% van de patiënten met COPD heeft ≥ 1 andere (chronische) aandoeningen. Ook de prevalentie van multi-morbiditeit (≥ 2 chronische aandoeningen) is relatief hoog. Hart en vaatziekten, en met name hartfalen (prevalentie 20-70% afhankelijk van populatie) komt het meest frequent voor, gevolgd door osteoporose, diabetes mellitus (30%), angst en depressie. Osteoporose, angst en depressie worden vaak niet gediagnosticeerd, maar hebben wel een negatief effect op het beloop en de kwaliteit van leven. Identificatie en behandeling van co-morbiditeit bij COPD is dus van groot belang. In principe moeten deze aandoeningen ook bij patiënten met COPD volgens de geldende richtlijnen behandeld worden. Daarbij dient uiteraard aandacht te zijn voor polyfarmacie.
Regie uitvoering	SO
Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> Inventariseer (relevante) co-morbiditeit Beoordeel de medicatie. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van de STRIP methode Bepaal in overleg met de revalidant de behandeldoelen <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> Stel een behandelplan gericht op de co-morbiditeit op; welke co-morbiditeit is niet optimaal gereguleerd? Hoe dit te verbeteren? Stel doel en plan op m.b.t medicatie voor de co-morbiditeit. Dit kan bijvoorbeeld op basis van de STRIP beoordeling
Therapievorm	Individueel
Randvoorwaarden	<p>Eventueel</p> <ul style="list-style-type: none"> Bekend met werkwijze volgens STRIP methode Afspraken met apotheker over gestructureerde medicatiebeoordeling

terug naar overzicht ↩

MODULE S3

Voeding

Doel	Het optimaliseren van de voedingstoestand, spiermassa en gewicht
Achtergrond	<p>Een verminderde voedingstoestand komt veel voor bij patiënten met COPD, is negatief geassocieerd met het algeheel functioneren en de kwaliteit van leven, en geeft een verhoogd risico op exacerbaties, heropnames en overlijden. Verschillende factoren kunnen een verminderde voedingsstatus veroorzaken, zoals een verminderde voedselinname door de kortademigheid en vermoeidheid en een verhoogde energiebehoefte door een verhoging van de ruststofwisseling. Ook stemmings- en angstproblematiek spelen vaak een rol. Voor een adequate dieetinterventie dient eerst een uitgebreide analyse van het voedingspatroon plaats te vinden. Hierbij speelt (verandering van) het gedrag ook een grote rol. De dieetinterventie dient gericht te zijn op het herstellen van de energiebalans. Hierdoor wordt ondergewicht voorkomen of hersteld, wel rekening houdend met een (soms al wat lager) gebruikelijk gewicht van de revalidant. Voor het verbeteren van functionele parameters en de vetvrije massa moeten dieetinterventies gecombineerd worden met fysieke training.</p>
Regie uitvoering	Diëtist
Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> Screen bij opname op ondervoeding. Dit kan bijvoorbeeld met de SNAQ^{rc} of de SNAQ⁶⁵⁺ Meet gewicht en lengte en bepaal zo de BMI Bepaal, indien mogelijk, de VVMI Vul gedurende een aantal dagen (advies: 3 dagen) een voedingsdagboek in Breng in kaart hoe voeding en intake thuis verliepen Beoordeel voedingsstatus op basis van metingen Bepaal in overleg met de revalidant de behandeldoelen <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> Start voedingsinterventie indien er sprake is van tenminste 1 van onderstaande factoren: <ul style="list-style-type: none"> afwijkende SNAQ score BMI ≤ 21.0 kg/m² VVMI ≤ 16 kg/m² bij mannen en ≤ 15 kg/m² bij vrouwen BMI > 30 kg/m² Monitor het gewicht op vaste momenten op de dag (advies: in de ochtend) en in de week (advies: 3x/week) Start individuele behandeling en een op maat gemaakt voedingsadvies Geef algemene uitleg over het belang van voeding. Dit kan bijvoorbeeld tijdens gespreksgroep (zie ook module Z1 Educatie en Lotgenotencontact). Hierin kunnen ook praktische tips voor de thuissituatie aan bod komen waarbij de mantelzorgen ook nadrukkelijk betrokken dient te worden
Therapievorm	Individueel en éénmalig via groepsbehandeling tijdens gespreksgroep (module Z1 Educatie en Lotgenotencontact)
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> Gekalibreerde weegschaal Meetinstrument voor bepalen lengte <p>Eventueel</p> <ul style="list-style-type: none"> Meetinstrument voor bepalen VVMI. NB: in overleg kan de VVMI vaak tijdens de ZKH opname bij de longfunctie worden bepaald. Maak hier indien gewenst afspraken over binnen het ketenoverleg

terug naar overzicht ↩

MODULE S4 Symptoomlast

Doel	Het verbeteren van de (ziekte-specifieke) symptoomlast
Achtergrond	<p>Patiënten met COPD hebben last van veel symptomen, waarvan dyspneu, hoesten en sputumproductie het meest bekend zijn. Daarnaast blijken pijn, vermoeidheid en slecht slapen relevante, maar vaak niet herkende, onderschatte en daardoor vaak onder-behandelde symptomen te zijn. Bovendien zijn veel van deze symptomen aan elkaar gerelateerd en kunnen ze elkaar versterken. Dit fenomeen wordt de 'viciuze COPD-cirkel' genoemd. In dit concept bemoeilijkt bijvoorbeeld pijn de ademhaling, wat leidt tot meer kortademigheid, verkramping van spieren en daardoor nog meer pijn. Via deze weg kunnen pijn en dyspneu ook leiden tot inactiviteit, of angst voor bewegen, met een verdere achteruitgang van conditie en spierkracht tot gevolg. Pijn en dyspneu veroorzaken ook angst, depressie en slapeloosheid, of kunnen deze verergeren, en al deze symptomen hebben op zichzelf vaak weer een negatief effect op de kwaliteit van leven. Revalidatie kan bijdragen aan het verminderen van deze symptomen, mits hiervoor voldoende aandacht is. Het behandelen van veel van deze symptomen, zoals bijvoorbeeld pijn, gebeurt bij voorkeur vanuit een multi-domein-benadering: fysiek, medicamenteus, psychologisch en gedragsmatig.</p>
Regie uitvoering	SO en VPK/VZ
Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none">• Inventariseer ziekte-specifieke symptoomlast. Doe dit bij voorkeur met de CCQ en MRC-dyspneu schaal.• Inventariseer algemene symptoomlast: pijn, vermoeidheid, insomnie. Dit kan bijvoorbeeld met een VAS of NRS meetschaal. Hiervoor kan ook de USER gebruikt worden• Maak behandelplan op de symptoomlast, zo nodig per symptoom apart. Bekijk ook de aparte sub-scores van de CCQ en neem deze mee in het opstellen van de behandeldoelen en het behandelplan• Bepaal in overleg met de revalidant de behandeldoelen, zo nodig per symptoom <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none">• Verricht bij een verhoogde scores voor pijn en insomnie (voor VAS/NRS: > 3 of > 30) een uitgebreide pijn- en slaap-anamnese• Bespreek de uitkomsten hiervan in het MDO. Vanuit daar inzet FT en psycholoog gericht op behandelen van pijn en insomnie en omgaan met pijn (pijnbeleving)• Geef algemene uitleg over het belang van een goede herkenning en behandeling van pijn. Dit kan bijvoorbeeld tijdens gespreksgroep (zie ook module Z1 Educatie en Lotgenotencontact)• Vervolg het beloop van de symptoomlast op vaste momenten (advies: 1x/3 weken CCQ en MRC-dyspneu schaal; 1x/week middels VAS/NRS) en doorloop zo nodig bovenstaande stappen opnieuw
Therapievorm	Individueel en groepsbehandeling

terug naar
overzicht ↩

Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none">• CCQ, mMRC dyspneuschaal, VAS/NRS-pijn/vermoeidheid/insomnia, USER• Kennis van deze lijsten bij behandelteam (invullen, berekenen eindscore, interpretatie)• Kennis van pijn en insomnie (pijn- en slaap-anamnese en behandeling, slaaphygiëne) bij behandelteam, m.n. bij VPK-VZ, psycholoog en fysiotherapeut <p>Eventueel</p> <ul style="list-style-type: none">• CCQ, mMRC dyspneuschaal, VAS/NRS-pijn/vermoeidheid/insomnia, USER digitaal beschikbaar in ECD
------------------------	--

MODULE F1A ADL

Doel	Het zo zelfstandig mogelijk uitvoeren van de ADL, rekening houdend met de beperkte inspanningstolerantie en een goede energieverdeling
Achtergrond	ADL staat voor de activiteiten van het dagelijks leven. Hieronder wordt verstaan: baden/douchen; toiletgang; aan- en uitkleden; eten en drinken; zorg dragen voor eigen gezondheid (bijv. adequaat hulp vragen); slapen en rusten. De ergotherapeut kan ingeschakeld worden als er belemmeringen zijn of worden ervaren in het zelfstandig handelen ten gevolge van fysieke en/of cognitief functioneren
Regie uitvoering	VPK/VZ, ET
Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none">• Bepaal de ADL status, bijvoorbeeld met behulp van de BI of de USER• Voer een ADL observatie uit: beoordeel zelfstandigheid in combinatie met toepassen van leefregels• Beoordeel inzet hulpmiddelen• Bepaal in overleg met de revalidant de behandeldoelen <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none">• start ADL training door ET en/of VZ• organiseer juiste (inzet van) hulpmiddelen• geef ADL advies aan VZ/team/revalidant• geef advies ten aanzien van het goed toepassen van leefregels (zie ook module Z4 Energiemanagement)• onderzoek op indicatie cognitie (zie ook module Z5b Coping, Acceptatie en Cognitie)
Therapievorm	Individueel
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none">• BI of USER• Kennis van deze lijsten bij behandelteam (invullen, berekenen eindscore, interpretatie) <p>Eventueel</p> <ul style="list-style-type: none">• BI of USER digitaal beschikbaar in ECD

terug naar overzicht ↩

MODULE F1B Conditie

Doel	Het verbeteren van het uithoudingsvermogen en het verminderen van de ervaren dyspneu d'effort, waardoor de revalidant beter kan functioneren op activiteiten en participatieniveau
Achtergrond	<p>Het uithoudingsvermogen is grotendeels afhankelijk van het cardiorespiratoir (hart en longen) en cardiovasculair systeem (hart en bloedvaten) die verantwoordelijk zijn voor het zuurstoftransport naar de spieren. Er zijn verschillende trainingvormen te onderscheiden: duurtraining en intervaltraining.</p> <p>Duurtraining wordt aanbevolen bij patiënten met COPD in alle stadia van de aandoening, die inspannings-gerelateerde beperkingen op het vlak van participatie of van de dagelijkse fysieke activiteit ervaren. Het hoofddoel van duurtraining is het verbeteren van het aerobe inspanningsvermogen. Duurtraining zou het voor patiënten mogelijk moeten maken om veel dagelijkse taken uit te voeren op een lagere relatieve intensiteit. Intervaltraining wordt aanbevolen als alternatief voor duurtraining bij patiënten die niet in staat zijn om een continue inspanning met voldoende intensiteit vol te houden.</p> <p>Training is in principe gebaseerd op het principe van overload. Het moet een belasting zijn die hoger is dan het lichaam gewend is. High Intensity Interval Training (HIIT) is hier een onderdeel van. NLPE (non lineair periodized exercise) biedt een goed uitgangspunt om de diverse oorzaken van inspanningstolerantie binnen deze heterogene populatie, zoals depletie van de vetvrije massa, deconditionering, ventilatoire beperking, dyspneusensatie, desaturatie of angst, aan te pakken met individuele trainingsprotocollen. Bij NLPE worden intensiteit, duur en aantal herhalingen aangepast aan de respons van het lichaam. Steeds andere spieren en energiesystemen worden preferentieel gestimuleerd. Hoog intensieve (anaerobe) oefeningen, laag intensieve (aerobe) oefeningen en herstelperiodes wisselen elkaar af.</p>
Regie uitvoering	FT
Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none">• Verricht de 6MWT en vergelijk uitkomst met referentiewaarden• Bepaal aan de hand van de saturatie of er duur- of intervaltraining moet worden gegeven (interval bij saturatie <90 of saturatiedaling van meer dan 5%)• Bepaal in overleg met de revalidant de behandeldoelen <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none">• Start behandeling in overeengekomen frequentie• Stel (indien haalbaar) programma op voor zelfstandig oefenen• VZ ondersteunt de revalidant zo nodig bij het uitvoeren van oefeningen• Start indien geïndiceerd en in overleg met de arts met trainen met (extra) zuurstofsuppletie
Therapievorm	Groepstherapie en (semi)-individueel
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none">• Loopband, motomed, hometrainer, (oefen)trap, STEP, ADL-gerelateerde hulpmiddelen, saturatiemeter, (gemodificeerde) BORG schaal, stopwatch, 9 meter uitgezet, revalidatiekaart• Kennis en ruimte geschikt voor bepalen 6MWT

terug naar overzicht ↩

MODULE F1C Kracht

Doel	Het optimaliseren van de spierkracht, het spieruithoudingsvermogen en het verminderen van de ervaren dyspneu bij activiteiten ter verbetering van het verrichten van de ADL/IADL activiteiten en participatie
Achtergrond	<p>Vanaf het 50^{ste} levensjaar neemt de spierkracht af. Een verminderde spierkracht kan invloed hebben op de mate van zelfstandigheid en geeft een verhoogd valrisico. Spierkracht is bij oudere mensen goed te trainen, wat kan leiden tot een toename van 50%. Na vijf dagen minimale inspanning, vergelijkbaar met een gemiddelde ziekenhuis opname, of stil op bed liggen zoals bij griep, verlies je gemiddeld 10% spierkracht. Na twee weken loopt dit op naar 25%. Na vijf dagen kunnen oudere patiënten al onder de drempelwaarde komen om normale dagelijkse activiteiten uit te voeren.</p> <p>COPD is een systemische aandoening met extra-pulmonale effecten zoals o.a. deconditionering en spierzwakte. De inspanning die patiënten met COPD kunnen leveren wordt vooral begrensd door verlies van spierweefsel, afname van aerobe spierkarakteristieken en verminderde ventilatoire capaciteit.</p>
Regie uitvoering	FT
Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none">• Bepaal de functionele en specifieke spierkracht. Dit kan met de handknijpkracht meter (Hand Held Dynamometer (HHD))• Beoordeel de spierkracht met behulp van referentiewaarden• Bepaal in overleg met de revalidant de behandeldoelen <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none">• Start specifieke krachttraining voor de noodzakelijke spiergroepen volgens de trainingsleer algemene richtlijn voor krachttraining• Start functionele krachttraining gericht op ADL (bv opstaan uit een stoel en traplopen)• (aangepaste) BORG scores voor vermoeidheid en dyspneu kunnen worden gebruikt om de trainingsintensiteit aan te passen• Stel (indien haalbaar) programma op voor zelfstandig oefenen• Verzorging ondersteunt en coacht de revalidant bij toepassen opgedane vaardigheden en/of zelfstandig oefenen <p>Overige aanbevelingen</p> <ol style="list-style-type: none">1 Aanbevolen wordt om zowel weerstandstraining van de bovenste als de onderste extremiteiten aan te bieden2 Bij patiënten met ernstig COPD kan NLPE overwogen worden3 Indicaties voor gebruik NMES: *COPD patiënten met quadriceps spierzwakte en verlaagde 6MWT; *Patiënt komt niet tot optimale trainingsprikkel door ernstige dyspnoe. (borgscore zwaarte <5/6, borgscore dyspnoe >7; *Patiënt kan om andere redenen niet trainen op de optimale trainingsintensiteit op de krachtapparaten. Training: Hoog Frequent NMES (75Hz) is effectief voor verbetering van de maximaalkracht van de quadriceps en de 6MWT. NMES training is niet effectief voor verbeteren van de algemene VVMI, wel voor de VVMI van alleen de onderste extremiteit. Laag frequente NMES is niet effectief voor krachttraining bij COPD.

[terug naar overzicht](#)

Therapievorm	Groepstherapie en (semi)-individueel
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none">• Fitnessapparatuur, Gewichtjes, Dynaband,• Handknijpkrachtmeter (HHD)/JAMAR, 1RM, stoel 43 cm, stopwatch, (gemodificeerde) BORG schaal calculator, timer, (oefen)trap

MODULE F1D IADL en Participatie

Doel	Het optimaliseren van mogelijkheden van revalidant om na opname zo zelfstandig mogelijk te handelen op het gebied van alle dagelijkse activiteiten (IADL) en deel te nemen aan het gezins- en maatschappelijk leven (participatie)
Achtergrond	<p>ADL bestaat uit BADL (Basis Activiteiten van het Dagelijks Leven) en IADL. BADL zijn de zelfzorgtaken. IADL (Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven) of HDL (Huishoudelijke Dagelijkse Activiteiten) zijn complexer en doen een groter beroep op probleemoplossend vermogen, sociale vaardigheden en interacties tussen persoon en omgeving. De IADL omvat het zorgen voor anderen, zoals de zorg voor andere leden van het gezin, de zorg voor het huishouden (bv. het verzorgen van maaltijden, regelen van administratie), de zorg voor de huisdieren, en mobiliteit buitenshuis.</p> <p>Binnen de geriatrische revalidatie is het belangrijk dat de revalidant de IADL zo zelfstandig mogelijk uitvoert, zodat de revalidant zoveel mogelijk kan functioneren als voorheen, of beter.</p> <p>Het moment van de revalidatie kan vooraf zijn gegaan aan een situatie waarbij betrokkene minder goed in staat is geweest deel te nemen aan familie context en het maatschappelijk leven. Ook kan het zo zijn dat een veranderde situatie na revalidatie maakt dat participatie moeilijker geworden is.</p>
Regie uitvoering	ET
Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none">• Inventariseer IADL en participatie en bepaal doelen op participatieniveau. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van de COPM• Inventariseer thuissituatie• Inventarisatie behoefte aan/noodzaak hulpmiddelen en aanpassingen• Bepaal in overleg met de revalidant de behandeldoelen <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none">• De ET wordt ingeschakeld wanneer er twijfels bestaan over het zelfstandig en veilig handelen in de thuissituatie door bijv. gebruik van een loophulpmiddel, of een veranderd cognitief niveau• De ET observeert hoe de revalidant de dagelijkse activiteiten uitvoert en welke problemen er worden ervaren• Zo nodig kan de ergotherapeut de revalidant begeleiden, behandelen en adviseren <p>De ET geeft (onder andere) advies over: het vervolgtraject, over noodzakelijke hulp aan huis (verzorging, organisatie huishouden), inzet en aanvraag hulpmiddelen</p> <ul style="list-style-type: none">• Zie ook module Z7 Mantelzorg en Systeem
Therapievorm	Individueel
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none">• Keuken met hoog-laag aanrecht, (compleet met keuken inventaris) materialen die in het huishouden gebruikt worden• Aangepaste materialen, hulpmiddelen• Kennis sociale kaart• Kennis van wet en regelgeving op het terrein van welzijn, zorg en wonen• COPM en kennis van afname COPM

terug naar overzicht ↩

MODULE F2A Adem en stem

Doel	Het optimaliseren van de ademhalingstechniek en een goede ademverdeling en adem-stem koppeling
Achtergrond	<p>Communicatie met anderen is een essentieel element van het menselijk bestaan. Door longziekten kan ook de communicatie met anderen negatief beïnvloed worden. Problemen in het spreken bij COPD kunnen ontstaan doordat veel patiënten met COPD niet in staat zijn om tijdens het spreken de adem goed te verdelen. Hierdoor komt de patiënt adem te kort en raakt hij vermoeid door het spreken. Patiënten met COPD hebben soms ook problemen in het spreken door te weinig stemvolume of heesheid.</p>
Regie uitvoering	Logopedist
Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none">• Beoordeel ademhalingstechniek• Beoordeel stemvoering en ademverdeling• Beoordeel stemkwaliteit• Bepaal in overleg met de revalidant de behandeldoelen <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none">• Oefeningen basisvoorwaarden voor verbeteren van adem en stem: Advies rondom stemhygiëne; Houdingsgerichte oefeningen; Adembewustzijnsoefeningen• Adem en stemoefeningen: Ademstemkoppelingsoefeningen; Ademverdeling: opbouw van zinsniveau, tekstniveau en transfer naar spontaan spreken; Stemoefeningen t.b.v. stemkwaliteit• Geef educatie over adem en stem, zie ook module Z1 Educatie en Lotgenotencontact• Overweeg start zelfoefeningen door de revalidant: op geleide van een oefenschema oefent de revalidant meerdere keren per dag.• ZV/VPK observeert, begeleidt en coacht wekelijks de oefeningen
Therapievorm	Individueel en (eventueel) via groepsbehandeling tijdens gespreksgroep (module Z1 Educatie en Lotgenotencontact)
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none">• Voldoende kennis ZV/VPK voor observatie en begeleiding oefeningen door revalidant bij gelijk toepassen op de afdeling• Logopedisch oefenmateriaal aangepast op behoefte en interesse van de revalidant <p>Eventueel</p> <ul style="list-style-type: none">• Oefenmap logopedie

terug naar overzicht ↩

MODULE F2B Ademspierkracht

Doel	Het verbeteren van de kracht en het uithoudingsvermogen van de inspiratoire spieren, om op deze manier de kortademigheid te verminderen
Achtergrond	<p>Mensen met COPD hebben vaak een uitgesproken dyspneu en ventilatoire limitatie van het inspanningsvermogen en zwakke inspiratoire spieren. Inspiratoire weerstandstraining (IST) vergroot de kracht en het uithoudingsvermogen van inademingsspieren en vermindert de dyspneu zowel in rust als bij inspanning.</p> <p>Aanbevolen wordt om IST toe te voegen aan het revalidatieprogramma bij een selectie van patiënten met uitgesproken inspiratoire spierzwakte én kortademigheid in het dagelijks leven en vermoeidheid. Expiratoire spiertraining lijkt niets toe te voegen aan de effecten van inspiratoire spiertraining. Het toevoegen van IST aan een algemeen trainingsprogramma leidt mogelijk tot een verbeterd inspanningsvermogen bij patiënten met inspiratoire spierzwakte</p>
Regie uitvoering	FT
Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none">• Bepaal de MIP (maximale inspiratoire mondruk). Bij Pimax onder de normwaarde bestaat er in principe een indicatie om te starten met trainen van de inspiratoire spieren met behulp van de threshold• Geef voorlichting over de functie van de inademingsspieren en trainingsmogelijkheden• Bepaal in overleg met de revalidant de behandeldoelen <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none">• Start IST op 30% van Pimax. Opbouw in intensiteit en duur. Trainingsduur opbouwen naar 15 tot 30 min per dag gedurende minimaal 3 maanden
Therapievorm	Individueel en zelfstandig oefenen
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none">• Threshold van de revalidant; Micro RPM; alcohol; bacteriefilters; op ademspierkracht geschoolde fysiotherapeut

[terug naar overzicht](#)

MODULE F2C Ophoesttechniek

Doel	Het aanleren van de juiste hoest/huftechnieken, waardoor de revalidant in staat is zelfstandig en op een effectieve manier sputum uit de luchtwegen te verwijderen
Achtergrond	<p>Sputumretentie is een frequente oorzaak van luchtwegobstructie bij patiënten met COPD. Sputumretentie kan worden veroorzaakt door hypersecretie van sputum of door insufficiënt sputum. Een insufficiënt sputumtransport kan het gevolg zijn van een verminderde mucociliaire klaring, veranderingen in de visco-elastische eigenschappen van de sputum of een afgenomen expiratoire luchtstroom (hoest).</p> <p>Een adequaat zelfmanagement lijkt belangrijk om effecten op langer termijn te verkrijgen (minder exacerbaties, tragere achteruitgang van de longfunctie).</p> <p>Het gebruik van effectieve technieken voor sputumklaring moet tijdens of binnen 30 minuten na het beginnen van de behandeling leiden tot expectoratie van het sputum of verbetering van de ademgeluiden.</p>
Regie uitvoering	FT en Logopedist
Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none">• Beoordeel ophoesttechniek• Bepaal in overleg met de revalidant de behandeldoelen <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none">• Geef voorlichting over: aanmaak en negatieve gevolgen van overtollig sputum; het effect van medicatie en bewegen op het transport van sputum; therapietrouw en verbeteren van zelfmanagement• Geef oefeningen om het sputumtransport te stimuleren• aanleren van hoest- en huftechnieken• Instructie van gedoseerd hoesten indien patiënten langdurig achtereen hoesten zonder effectieve sputumevacuatie• Bij onvoldoende effect van een goede hoesttechniek kan sputum worden gemobiliseerd door huftechnieken. Dit zijn expiraties met open glottis• Aanleren van 'Active Cycle of Breathing Techniques' (ACBT), een afwisseling van rustig ademen, diep ademen en huftechnieken• Manuele ondersteuning tijdens expiratie• Ondersteuning en begeleiding door VPK/VZ bij bronchiaal toilet
Therapievorm	Individueel
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none">• Instructie VPK/VZ voor observatie en begeleiding ophoesttechnieken. <p>Eventueel</p> <ul style="list-style-type: none">• Schriftelijke/digitale instructie bronchiaal toilet

[terug naar overzicht](#)

MODULE F2D Slikfunctie

Doel	Het optimaliseren van een adequate kauw- en slikfunctie ter voorkoming van aspiratie en het bewerkstelligen van een optimale voedingstoestand
Achtergrond	<p>Patiënten met COPD lopen een groot risico op het ontwikkelen van slikstoornissen. Dit is te wijten aan de link tussen ademhaling en slikken. Beide activiteiten maken namelijk gebruik van dezelfde mechanismen: mond en keel. Veel patiënten met COPD hebben een afwijkend ademhalingspatroon, waardoor het soms heel moeilijk is de ademhaling stop te zetten tijdens het slikken. Ook het ophoesten van voedsel of vloeistoffen die in de luchtpijp terecht gekomen zijn, wordt minder efficiënt. Verschillende onderzoeken tonen aan dat ongeveer 32% van de patiënten met COPD chronische slikproblemen hebben. Tijdens en vlak na exacerbaties kan dit percentage oplopen tot ruim 80%. Daarom is het van groot belang slikstoornissen tijdig worden gediagnostiseerd en behandeld. Ook de normale veroudering zorgt voor toename van kauw- en slikproblemen</p> <p>Daarnaast vormt smaakvol en veilig eten een grote bijdrage aan het welbevinden.</p>
Regie uitvoering	Logopedist
Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none">• Beoordeel slikfunctie o.b.v. functioneel slikonderzoek en/of beoordeel het slikken middels een eetobservatie• Bepaal in overleg met de revalidant de behandeldoelen <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none">• Bepaal en bespreek slikadvies• Geef algemene adviezen m.b.t. houding, consistentie, compensatie, voldoende tijd nemen, bevochtiging van de mond• Start slikfunctietraining en evalueer regelmatig• Indien gewenst inzetten activiteiten ten behoeve van de mondzorg (zie richtlijn mondhygiëne)
Therapievorm	Individueel
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none">• Instructie VPK/VZ voor observatie en begeleiding oefeningen door revalidant bij gelijk toepassen op de afdeling <p>Eventueel</p> <ul style="list-style-type: none">• Logopedisch oefen- en onderzoeksmateriaal aangepast op behoefte en hulpvraag van de revalidant

[terug naar overzicht](#)

MODULE F2E Ontspanning

Doel	De revalidant heeft controle over de ademhaling, kan zich voldoende goed ontspannen en heeft ervaren dat ontspanningsoefeningen een positief effect kunnen hebben op de klachten van dyspneu en vermoeidheid
Achtergrond	<p>Het is niet wetenschappelijk bewezen dat ontspanningsoefeningen effectief zijn in het verminderen van dyspneu bij mensen met ernstig COPD. In de praktijk hebben angstige en benauwde en kortademige patiënten echter wel baat bij een op hen aangepast ontspanningsprogramma, al of niet in combinatie met massage van overbelaste spieren. Daarom kunnen ontspanningsoefeningen wel overwogen worden bij patiënten met COPD die zich angstig of gespannen voelen.</p> <p>Ademhalings- en ontspanningsoefeningen kunnen zinvol bijdragen aan o.a. de vermindering van de dynamische hyperinflatiestand van de thorax en de afname van dyspneu.</p> <p>Voor een ontspanningsprogramma komen in aanmerking:</p> <ul style="list-style-type: none">• patiënten die matig belastbaar zijn vanwege een hoge hartslag en/of een traag herstel na inspanning• patiënten die moeite hebben met het aanvoelen van hun grenzen• patiënten met cardiale ischemie• patiënten met een laag welbevinden, die zich onzeker voelen, weinig zelfvertrouwen• hebben en zich angstig, depressief of ernstig vermoeid voelen
Regie uitvoering	Fysiotherapeut
Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none">• Beoordeel behoefte en indicatie ontspanningsoefeningen• Bepaal in overleg met de revalidant de behandeldoelen <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none">• Geeft voorlichting over de mogelijke effecten van ontspanningsoefeningen• Start ontspanningsoefeningen met name volgens Jacobson en Schulz en Mindfulness. Advies is om dit als groepsbehandeling, bijvoorbeeld 1x per week, aan te bieden
Therapievorm	Groepsbehandeling en/of individueel
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none">• Fysiotherapeut met kennis van mindfulness en/of ontspanningsoefeningen• Rustige ruimte, waarin je niet gestoord wordt, voldoende relaxstoelen• Apparatuur waarmee rustgevende muziek kan worden afgespeeld

[terug naar overzicht](#)

MODULE Z1 Educatie en lotgenotencontact

Doel	De revalidant beschikt over voldoende kennis over (de gevolgen van) de ziekte COPD en de behandelmogelijkheden. De revalidant voelt zich bovendien gesteund, door de uitwisseling van ervaringen met andere COPD-revalidanten. Partner/mantelzorger wordt zo veel mogelijk betrokken.
Achtergrond	Voorlichting en educatie over de aandoening COPD, een gezonde levenswijze bij COPD en omgaan met de gevolgen van COPD zijn van essentieel belang voor alle patiënten met COPD en hun naasten. Een goed geïnformeerde revalidant en zijn naasten hebben kennis over en inzicht in de ziekte, de behandeling en de gevolgen voor het dagelijks leven. Lotgenotencontact kan daarbij voor revalidanten en naasten een belangrijke aanvulling op de bovengenoemde informatie zijn. Voorlichting en educatie hebben als doel zelfmanagement en coping gedrag van de revalidant te optimaliseren. Beide worden dus op de behoeften van de patiënt en diens naasten afgestemd. Bij het geven van voorlichting en educatie is het van belang dat informatie op diverse manieren en door alle betrokken zorgverleners wordt gegeven en eenduidig is. Voorlichting wordt bij voorkeur zowel auditief, visueel als praktisch aangeboden.
Regie uitvoering	Psycholoog en/of maatschappelijk werk
Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none">• Geef informatie aan de revalidant en familie/naasten over de inhoud en doelen van de gespreksgroep en de educatie-carrousel• Geef planning door <p>Behandeling</p> <p>Verschillende leden van het behandelteam geven ieder vanuit hun eigen vakgebied informatie en voorlichting, bijvoorbeeld in een cyclus van groepsgesprekken. Er wordt informatie verstrekt over (bijvoorbeeld) de volgende onderwerpen:</p> <ul style="list-style-type: none">• het ziektebeeld en de diagnostiek• het medicamenteuze beleid, waaronder de werking van medicatie en toedieningsvorm/dosis/soort en het exacerbatie management• het niet-medicamenteuze beleid en zelfmanagement• het belang van voeding bij COPD• acceptatie en coping bij COPD• angst en depressie bij COPD• temporegulatie bij COPD• slikken/ademhaling en stemgebruik bij COPD• de invloed van COPD op het dagelijks leven van revalidant te optimaliseren. en mantelzorger <p>De partner en/of naasten worden meestal nadrukkelijk verzocht om ook bij de gespreksgroep en educatie-carrousel aanwezig te zijn. Tijdens de bijeenkomsten kunnen de onderwerpen afgestemd worden op vragen en behoeften van de revalidant en de partner/naasten.</p> <p><i>Aanvullende mogelijkheden voor educatie:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• animatievideo's Longfonds (bijvoorbeeld op Ipad)• LAP, zie ook module Z4 Exacerbatie management
Therapievorm	Groepsbehandeling

terug naar
overzicht ↩

Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none">• gespreksruimte• koffie/thee/water• uitnodigingsbrief met het programma• LAP
	<p>Eventueel</p> <ul style="list-style-type: none">• ingerichte Ipad

MODULE Z2 Exacerbatie management

Doel	De revalidant is staat om exacerbaties vroegtijdig te herkennen en kan hierop adequaat reageren
Achtergrond	<p>Een longaanval kan onherstelbare schade aan de longen veroorzaken. Omdat voor een patiënt de impact van een exacerbatie groot is, is het belangrijk dat elke COPD patiënt tools krijgt aangereikt om de verschijnselen van een exacerbatie vroegtijdig te signaleren en de kans op het krijgen van een exacerbatie te verkleinen. Door een vroegtijdige herkenning verlopen exacerbaties in het algemeen minder ernstig, treedt sneller herstel op en heeft de exacerbatie minder impact op de gezondheidstoestand. Het Longfonds ontwikkelde hiervoor hulpmiddelen die zorgverleners en patiënten helpen bij het herkennen van een longaanval: het Longaanval Actieplan (LAP) en verschillende animatie video's.</p> <p>Het LAP is een persoonlijk actieplan voor de COPD patiënt. Het gaat van groen via geel en oranje naar rood. De kleuren staan voor hoe de patiënt zich voelt.</p> <p>Het LAP wordt samen met de revalidant ingevuld. In het LAP staat hoe de revalidant een longaanval kan herkennen en wat hij kan doen als de klachten toenemen. Bijvoorbeeld meer medicijnen innemen. Zo herstelt de revalidant sneller en kan een opname in het ziekenhuis mogelijk worden voorkomen. Het LAP helpt de revalidant zo bij voeren van een optimaal zelfmanagement van COPD. Het helpt de revalidant om meer verantwoordelijkheid te nemen over het eigen leven, gedrag en gezondheid.</p>
Regie uitvoering	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none">• Inventariseer bekendheid met exacerbatie management en/of LAP• Inventariseer het handelen bij verergering klachten <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none">• Geef voorlichting over het belang van het voeren van een goed exacerbatie management, zie ook module Z1 Educatie en lotgenotencontact• Geeft voorlichting over de algemene werkwijze van het LAP• Maak gedurende de opname het LAP patiënt-specifiek. Dit gaat in de volgende stappen: Vul het LAP samen met de revalidant in; Spreek alle fases rustig door en maak duidelijke afspraken; Bekijk vlak voor ontslag, samen met de revalidant, of het LAP compleet en actueel is• Controleer en bespreek de beschikbaarheid van 'nood' medicatie in de thuissituatie voor de behandeling van een exacerbatie• Overleg met diëtist, over specifieke adviezen t.a.v. voeding, welke kunnen worden opgenomen in het LAP• Overleg met FT, over specifieke adviezen t.a.v. bewegen, welke kunnen worden opgenomen in het LAP
Werkwijze	(long)VPK en/of ET
Therapievorm	Individueel en (eventueel) via groepsbehandeling tijdens gespreksgroep (module Z1 Educatie en Lotgenotencontact)
Randvoorwaarden	Afstemming met: <ul style="list-style-type: none">• longarts• longconsulent• (POH) huisarts Longaanval actieplan COPD Kennis over LAP bij gehele behandelteam

terug naar overzicht ↩

MODULE Z3 Stoppen met roken

Doel	De revalidant krijgt optimale ondersteuning bij het stoppen met roken zodat de kans op slagen zo groot mogelijk is
Achtergrond	<p>Stoppen met roken is voor patiënten met COPD van het grootste belang. Roken is de belangrijkste oorzaak van COPD en heeft bovendien een negatief effect op het beloop en de prognose. Stoppen met roken hangt direct samen met een minder snelle achteruitgang van de longfunctie en een vermindering van het aantal exacerbaties en ziekenhuisopnames. Deze samenhang is onafhankelijk van de leeftijd of de ernst van de COPD. Stoppen met roken is dus altijd en in iedere fase van de aandoening van belang en zinvol.</p> <p>Over de effectiviteit van stoppen-met-rokenprogramma's blijkt uit onderzoek dat psychosociale interventies gecombineerd met farmacotherapie het meest effectief zijn. Er zijn veel verschillende vormen van farmacotherapie en psychosociale interventies beschreven, maar het is onvoldoende duidelijk of de ene aanpak effectiever is dan de andere. In het algemeen kan gesteld worden dat nicotine vervangende middelen eerste keus zijn gezien het bijwerkingenprofiel en het feit dat deze middelen ongeveer even effectief zijn als andere farmacotherapie.</p>
Regie uitvoering	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none">• Verricht een uitgebreide rookanamnese. Inventariseer rookgewoontes en motivatie• Maak een plan op rookstop* <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none">• Gesprekken over vorderingen stoppen met roken• Motiverende gespreksvoering• Gesprekken over voorkomen van een terugval• Ondersteuning met farmacotherapeutische middelen <p>* Bepaal vooraf in het behandelteam of een rookstop voorwaarde is voor het stellen van de indicatie voor het behandelprogramma GR-COPD. Veel geriatrische revalidatie instellingen hanteren deze voorwaarde in het kader van het behouden van een gezond revalidatieklimaat. Zie ook het 'Proces Triage'</p>
Werkwijze	(long)VPK en/of Psycholoog
Therapievorm	Individueel en (eventueel) via groepsbehandeling tijdens gespreksgroep (module Z1 Educatie en Lotgenotencontact) Op indicatie: individuele begeleiding door psycholoog. Zie ook module Z5b Coping, Acceptatie en Cognitie
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none">• Specifieke scholing m.b.t. stoppen met roken VPK en/of psycholoog• Kennis bij SO over farmacologische ondersteuning bij stoppen met roken

terug naar overzicht ↩

MODULE Z4 Energiemanagement

Doel	Een goede balans tussen belasting en belastbaarheid. De revalidant is in staat om een adequate temporegulatie toe te passen tijdens betekenisvolle dagelijkse activiteiten
Achtergrond	<p>Het is misschien wel een van de moeilijkste dingen van het hebben van COPD: moe zijn en minder energie hebben. Niet meer kunnen doen wat men vroeger deed, of graag zou willen doen. Veel patiënten met COPD hebben hier last van. Bij COPD dient het handelen vaak aangepast te worden aan de beperkingen die men heeft. Vaak weet men wel dat er iets moet veranderen, maar niet hoe het handelen veranderd kan worden. Er zijn onderpresteerders en overpresteerders, beide dienen hun handelen aan te passen.</p> <p>Kleine dingen als douchen en aankleden kunnen al veel energie verbruiken. Er zijn slimme manieren om activiteiten zo in te richten, dat er voldoende energie overblijft voor leuke dingen. Daarbij gaat het vaak ook over het gebruiken van de juiste houding, volgorde en eventueel inzet van hulpmiddelen.</p> <p>Wie slimmer om gaat met zijn energie, houdt meer energie over. Niet over grenzen heengaan is daarbij ook van groot belang. Dit kan door heldere afspraken of een dagschema te maken.</p>
Regie uitvoering	ET
Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none">• Inventariseer energieverdeling en temporegulatie• Verricht ADL observatie gericht op temporegulatie• Bepaal in overleg met de revalidant de behandeldoelen, motivatie is hier ook van groot belang <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none">• Geef voorlichting over het belang van energieverdeling en temporegulatie, zie ook module Z1 Educatie en Lotgenotencontact• Belastende en ontlastende houdingen: advies en oefeningen• Het aanleren en toepassen van energiemanagement tijdens ADL en HDL, zie ook module F1a ADL en module F1d IADL en Participatie• Zelfstandig toepassen van de energiebesparende principes door revalidant gedurende de dag en de week• Integreren van fysieke inspanning in het dagelijks handelen, eventueel een dagschema of weekschema voor thuis• VPK/VZ observeert of dagschema gehanteerd wordt door de revalidant, maar ook dat hiermee in de planning van therapieën zoveel mogelijk rekening wordt gehouden, ook afhankelijk van de belastbaarheid van de revalidant• Motiveren tot activiteiten, dagschema ook op therapie vrije dagen aanhouden
Therapievorm	Individueel en (eventueel) via groepsbehandeling tijdens gespreksgroep (module Z1 Educatie en Lotgenotencontact)
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none">• Ergotherapeut dient kennis te hebben van Ergotherapie en COPD (bij voorkeur cursus Energiemanagement bij COPD)• Regelmatige instructie aan verpleegkundige/verzorgende door ergotherapeut ten aanzien van energiemanagement <p>Eventueel</p> <ul style="list-style-type: none">• activiteitenmeter Move Monitor, stappenteller

terug naar overzicht ↩

MODULE Z5A Stemming

Doel	Het verminderen van klachten van angst en somberheid en kwaliteit van leven verbeteren
Achtergrond	<p>In vergelijking tot gezonde mensen, maar ook tot bijvoorbeeld mensen met hartziekte, ontwikkelen patiënten met COPD relatief vaak stemmingsklachten. In de praktijk blijken deze stemmingsstoornissen bij patiënten met COPD vaak onder-gediagnosticeerd en onder behandeld te worden. COPD en klachten van angst en/of somberheid beïnvloeden elkaar vaak negatief. Ze hebben niet alleen een effect op het psychische welzijn (verminderde kwaliteit van leven), maar ook op het fysieke welzijn (verminderde therapietrouw en verslechterde lichamelijke conditie vanwege inactiviteit). Angst staat vaak niet in verhouding tot het daadwerkelijk aanwezige gevaar en werkt daarmee belemmerend. De angst voor toename van symptomen als kortademigheid, vermoeidheid en pijn, maar ook voor toename van de angst zelf (paniek), leidt tot voorzichtigheid, waardoor patiënten met COPD minder gaan bewegen. Dit kan juist leiden tot een achteruitgang van de conditie en een toename van de stemmingsklachten. Hierdoor kan een negatieve vicieuze cirkel ontstaan. Ten slotte kunnen patiënten in een isolement raken, wat op zijn beurt kan leiden tot neerslachtigheid en een verergering van de inactiviteit.</p>
Regie uitvoering	Psycholoog
Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none">• HADS laten invullen door revalidant en verwerken uitkomsten in behandelplan• Op basis van verhoogde scores (HADS-A en/of HADS-D ≥ 8) consult psycholoog aanvragen• Op consultvraag aanvullende diagnostiek met behulp van een intakegesprek en het maken van een functie/betekenisanalyse van angst en inventarisatie stemming <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none">• Wanneer er sprake is van een angst- en/of paniekstoornis en/of depressie evalueert/beoordeelt de SO de medicatie en overweegt voorschrijven van antidepressiva en/of anxiolytica• Op indicatie bij angst voor benauwdheid en stikken: overweeg ook inzet module F2a Adem en Stem• De psycholoog beïnvloedt door middel van Cognitieve Gedrags Therapie (CTG) de misinterpretaties van lichamelijke symptomen die tot paniek kunnen leiden en zoekt met de cliënt naar meer helpende gedachten en gedragingen om stemmingsstoornissen te verminderen. Ook de schaamtegevoelens, angsten betreffende de toekomst, etc. komen aan bod• Er is gerichte aandacht voor eventuele trauma/s (waaronder een eerste paniekaanval, angst voor de dood, IC opname. Hierdoor PTSS klachten (verhoogd arousal, slaapproblemen, continu onrustig en gespannen, herbelevingen) die nog van invloed zijn op de stemmingsstoornis en eventueel wordt dan EMDR als behandeling ingezet• Op indicatie opstellen van adviezen voor de verzorging, dit ter ondersteuning van de cognitieve gedragstherapie• Educatie over stemming in de gespreksgroep, zie module Z1 Educatie en Lotgenotencontact• Op indicatie educatie en begeleidende gesprekken met mantelzorgers

terug naar overzicht ↩

Therapievorm	Individueel en (eventueel) via groepsbehandeling tijdens gespreksgroep (module Z1 Educatie en Lotgenotencontact)
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> • HADS vragenlijsten beschikbaar op afdeling • Uitleg aan medewerkers over het herkennen van depressie, angst en paniek (hyperventilatie) het coachen van de ademhaling in geval van paniek • Psycholoog: CGT en EMDR geschoold/bevoegd <p><i>Eventueel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • HADS vragenlijst digitaal beschikbaar in ECD

terug naar overzicht ↩

MODULE Z5B Coping, acceptatie en cognitie

Doel	<p>Inzicht geven in de eigen voorkeuringstijl en zo nodig een andere coping stijl aanleren. De revalidant leert de invloed van de COPD op het dagelijks leven te beperken en medeverantwoordelijkheid te nemen voor de behandeling. De revalidant verkrijgt meer vertrouwen in eigen mogelijkheden om met COPD om te gaan.</p> <p>Inzicht geven en rekening houden met mogelijke cognitieve functiestoornissen in het kader van motivatie en zelfmanagement.</p>
Achtergrond	<p>Coping is de manier waarop iemand zowel gedragsmatig, cognitief als emotioneel op een aanpassing vereisende omstandigheid reageert. Mensen hebben een eigen coping stijl; een voorkeur voor bepaalde (combinaties van) coping vormen over verschillende situaties heen. In zijn algemeenheid kan niet worden gesteld dat één bepaalde coping vorm effectiever is dan de andere. De effecten van het toepassen en/of uitvoeren van een actief/instrumenteel coping gedrag hangen zowel af van de aard van het probleem als van de vaardigheden en kwaliteiten van de persoon in kwestie. Een juiste manier van coping bij een chronische ziekte kan leiden tot het beter hanteerbaar maken van de ziekte, het voorkomen van verergering van de ziekte als gevolg van stress en het bevorderen van herstel van de ziekte.</p> <p>Uit onderzoek blijkt bovendien dat er bij patiënten met COPD die gaan starten met longrevalidatie relatief vaak sprake is van cognitieve functiestoornissen. De precieze pathogenese is nog onduidelijk, maar waarschijnlijk spelen oxidatieve stress, hypoxemie, systemische inflammatie en co-morbiditeit hierbij een belangrijke rol. Het blijkt bij deze doelgroep met name om een verschil in executief functioneren en psychomotore snelheid, planning, verminderd werkgeheugen te gaan. Dit heeft belangrijke consequenties voor revalidatie, en met name ten aanzien van educatie en zelfmanagement. Patiënten met COPD en cognitieve functiestoornissen kunnen hierdoor bovendien ten onrechte gelabeld worden als ongemotiveerd en niet-coöperatief. Verder blijkt dat cognitie in deze doelgroep niet samenhangt met andere variabelen en dus lastig te voorspellen is. Cognitieve functiestoornissen kunnen wel een negatief effect hebben op resultaten van revalidatie door een hogere uitval. Bij voldoende aandacht voor de cognitie kan met revalidatie hetzelfde effect behaald worden als bij patiënten met COPD zonder cognitieve functiestoornissen.</p>
Regie uitvoering	Psycholoog

terug naar overzicht ↩

Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> Breng op indicatie de coping stijl in kaart, dit kan bijvoorbeeld met behulp van de UCL. Indien er gedacht wordt aan een ineffectieve coping stijl als oorzaak voor stagnatie in herstel of het niet naleven van nieuwe adequate adviezen voor de omgang met COPD wordt de psycholoog ingeschakeld die de scores van de van de UCL-lijst scoort, interpreteert en doorspreekt met de revalidant. Op basis daarvan wordt samen met de revalidant gezocht naar andere meer passende coping en wensen tot verandering en volgt er een behandeling screening van cognitie op indicatie bij matige motivatie, verminderd overzicht en planning geobserveerd door behandelteam. Dit kan bijvoorbeeld door middel van de MoCA <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> Begeleidende/motiverende gesprekken met maatschappelijk werk, of Cognitieve gedragstherapie door psycholoog Bieden van informatie over COPD en het waarom van de gegeven adviezen. Wanneer een revalidant weet waarom bepaalde adviezen van belang zijn, lukt het omgaan met de COPD beter Groepsgesprek voor algemene informatie over coping bij COPD, zie module Z1 Educatie en Lotgenotencontact Creatieve therapie en psychologie: leven met een chronische ziekte gebaseerd op protocol van Trimbos in combi met creatieve therapie. Nadere analyse van cognitie, eventueel met volledig NPO Breng mogelijke gevolgen van cognitieve functiestoornissen voor revalidatie en zelfmanagement in kaart en bespreek strategieën om hiermee om te gaan Zie ook modules Z2 Exacerbatie management en Z4 Energiemanagement
Therapievorm	Individueel en via groepsbehandeling tijdens gespreksgroep (module Z1 Educatie en Lotgenotencontact)
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> UCL vragenlijst Kennis interpretatie UCL lijst bij psycholoog Psycholoog CTG geschoold/bevoegd MoCA en kennis van gebruik en interpretatie van deze lijst

terug naar overzicht ↩

MODULE Z6 Advance care planning

Doel	Afspraken maken over medische behandelingen, het levenseinde, zorg en welzijn, waardoor tijdens de laatste levensfase en/of op acute momenten de zorg passend is bij de waarden en doelen van de revalidant.
Achtergrond	<p>Advance care planning (ACP) is een onderdeel van de voorbereiding op mogelijke vragen en beslissingen waarvoor de patiënt in zijn laatste levensfase komt te staan. Uit onderzoek blijkt dat palliatieve zorgverlening en ACP vaak niet wordt ingezet bij patiënten met COPD, terwijl de behoefte daaraan wel groot is. Als oorzaak wordt genoemd dat het grillige beloop van COPD met haar exacerbaties moeilijk te voorspellen is en daardoor ook het moment waarop ACP toegepast kan worden ('<i>prognostic paralysis</i>'). Andere oorzaken zijn dat zorgprofessionals te weinig tijd hebben om gesprekken hierover te voeren, zich onvoldoende capabel voelen, of bang zijn om hoop weg te nemen bij de patiënt. Door gesprekken te voeren over al dan niet mogelijke en wenselijke medische behandelingen, het levenseinde, zorg en welzijn, zijn patiënten met COPD, hun naasten en zorgverleners later, en ook op acute momenten, beter in staat te kiezen voor zorg die past bij de waarden en doelen van de patiënt. Hierdoor neemt de tevredenheid en de kwaliteit van leven en de kwaliteit van sterfte toe. Deze benadering past ook in de visie dat integratie van palliatieve zorg in revalidatie passend kan zijn bij patiënten met (zeer) ernstig COPD en veel meerwaarde kan bieden. Inzet van palliatieve zorg en ACP wordt ook aanbevolen in de GOLD richtlijnen.</p>
Regie uitvoering	SO
Werkwijze	<p>Intake-assessment en behandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> In kaart brengen: mogelijkheden, wensen en prioriteiten betreft behandeling en levenseinde, o.a.: diagnose, prognose en mogelijke complicaties; (niet)-behandelafspraken; ziekenhuisopnames / ic-opnames; crisissituaties (acute verstikking, refractaire symptomen); wilsverklaring; wettelijke vertegenwoordiging in de situatie van (acute) verslechtering en wilsonbekwaamheid; levenseindebeslissingen (onder meer vochttoediening, voeding, antibiotica, reanimatie, uitzetten van de ICD shockfunctie, morfine voor symptoomverlichting, dialyse, palliatieve sedatie, euthanasie, weefseldonatie, bewust stoppen met eten en drinken) In kaart brengen wensen en prioriteiten betreft zorg en welzijn: vragen, klachten en/of zorgen op lichamelijk, psychosociaal, zingevings- of spiritueel gebied; unfinished business: afronding van het leven; plaats van zorg en sterven; draaglast en draagkracht naasten en mantelzorgers; wensen met betrekking tot de uitvaart; nazorg Beleid (medicamenteus en niet-medicamenteus) bepalen met cliënt en naasten en vastleggen in zorgplan
Therapievorm	Individueel
Randvoorwaarden	Klinische les voor verzorging/verpleging

terug naar overzicht ↩

Doel	De naasten/het systeem van de revalidant zijn voldoende betrokken bij de revalidatie, voelen zich gesteund en draagkracht en draaglast van de naasten zijn zoveel mogelijk in balans
Achtergrond	COPD is van grote invloed op het leven van patiënten zelf, maar ook op dat van de sociale omgeving van de patiënt. Met de sociale omgeving wordt niet alleen de partner en andere familieleden bedoeld, maar ook burens, collega's of werkgever en artsen. De sociale omgeving van de patiënt heeft een belangrijke invloed op cognities en daarmee op emoties en gedrag van de patiënt. Anderzijds heeft de ziekte van de patiënt ook impact op de partner en andere gezinsleden. Gevoelens van angst, maar ook onmacht, kunnen een grote rol spelen. Ook (stoppen met) roken leidt vaak tot grote zorgen, bij patiënten en hun omgeving, maar ook bij hulpverleners. Dit kan leiden tot (veel) stress bij alle partijen. Oog hebben voor de partner, het gezin en bredere sociale context is dus van belang in het kader van het welzijn van zowel patiënt als de andere gezinsleden, maar ook gezien de nadelige effecten die de dynamiek binnen een gezin kan hebben op het goed adapteren aan de ziekte. Dat gaat ook over goede communicatie naar de buitenwereld met betrekking tot de specifieke beperkingen die men ervaart, bijv. dat er met de patiënt rekening gehouden wordt door niet te roken in zijn aanwezigheid.
Regie uitvoering	MW
Werkwijze	<p>Intake-assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> Algemeen intake gesprek, waarbij onderstaande aspecten worden uitgevraagd bij revalidant en mantelzorgers: Draagkracht-draaglast; Psychisch welbevinden; Wat is nodig voor zo goed mogelijke kwaliteit van leven; Praktische/materiele zaken (helpen) oplossen; Werk en terugkeer/aanpassing/stoppen met werk Breng belasting/belastbaarheid mantelzorgers in kaart, dit kan bijvoorbeeld met behulp van de CSI <p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> Voortgangsgesprekken over bovenstaande Informatiebijeenkomst betreffende impact COPD op patiënt en zijn systeem/mantelzorgers, zie module Z1 Educatie en Lotgenotencontact Probleem gerichte- en emotioneel gerichte coping Gesprekken samen met partner/mantelzorgers (s); is voor beide 'partijen' duidelijk wat nodig is voor een zo goed mogelijke situatie voor de COPD revalidant. Hoe kan hulp gevraagd en gegeven worden
Therapievorm	Individuele gesprekken, gesprekken samen met partner/mantelzorgers. Gesprekken in de groep
Randvoorwaarden	-

terug naar overzicht ↩

Leden Expertgroep

- Mevr. dr. E.F. (Leonor) van Dam van Isselt, specialist ouderengeneeskunde en senior onderzoeker, LUMC.
- Mevr. drs. A.M.G. (Anne-Marie) Donselaar, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts geriatrische revalidatie, stafdocent kaderopleiding GRZ, Gerion, Amsterdam-UMC.
- Dhr. A.J. (Arno) Doornebosch, coördinator geriatrische revalidatie, UNC-ZH, LUMC.
- Mevr. dr. M (Monica) van Eijk, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts geriatrische revalidatie, LUMC.
- Mevr. drs. H.J. (Jet) van Esch, specialist ouderengeneeskunde, Laurens.
- Mevr. dr. I.H.J. (Irma) Everink, senior onderzoeker, AWO-ZL, Universiteit Maastricht.
- Mevr. drs. A.J. (Aafke) de Groot, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts geriatrische revalidatie, junior onderzoeker Amsterdam-UMC.
- Mevr. dr. J.C.M. (Jolanda) van Haastregt, senior onderzoeker, AWO-ZL, Universiteit Maastricht.
- Mevr. J.J. (Janette) Tazmi, verpleegkundig specialist, Laurens.
- Mevr. drs. J.W.F.A. (Jisca) Vrancken, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts geriatrische revalidatie, Axion Continu.
- Mevr. Lizette Wattel, coördinator UNO-VUmc, coördinator onderzoekslijn geriatrische revalidatie UNO-VUmc, Amsterdam-UMC.

Lijst met gebruikte afkortingen

ACBT	Active Cycle of Breathing Techniques
ACP	Advance Care Planning
ADL	Activiteiten Dagelijks Leven
BI	Barthel Index
BMI	Body Mass Index
CCQ	Clinical COPD Questionnaire
CGT	Cognitieve Gedrags Therapie
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
CSI	Caregiver Strain Index
ECD	Elektronisch Client Dossier
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ET	Ergotherapeut
FT	Fysiotherapeut
GOLD	Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease
GR	Geriatrische Revalidatie
HADS	Hospital Anxiety and Depression Score
HDL	Huishoudelijke Dagelijkse Activiteiten
HHD	Hand-Held Dynamometer
HIIT	High Intensity Interval Training
IADL	Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven
IST	Inspiratoire weerstandstraining
LAP	Longaanval Actie Plan
MCI	Mild Cognitive Impairment
MDO	Multi-Disciplinair Overleg
MIP	Maximum Inspiratory Pressure
mMRC	modified Medical Research Council
MMSE	Minimal Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
NLPE	Non Lineair Periodized Exercise
NMES	Neuromuscular Electrical Stimulation
NPO	Neuro Psychologisch Onderzoek
NRS	Numeric Rating Scale
POH	Praktijk Ondersteuner Huisarts
PTSS	Post Traumatische Stress Stoornis
SNAQ	Short Nutritional Assessment Questionnaire
SO	Specialist Ouderengeneeskunde
STRIP	Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing
UCL	Utrechtse Coping Lijst
USER	Utrechtse Schaal voor Evaluatie van klinische Revalidatie
VAS	Visual Analogue Scale
VPK	Verpleegkundige
VZ	Verzorgende
VVMI	Vet Vrije Massa Index
6MWT	6 Minuten Wandel Test

Literatuur en naslag

1. Geriatric rehabilitation for older patients with COPD; integration of rehabilitation and palliative care. E.F. van Dam van Isselt, Thesis. https://www.lumc.nl/sub/9600/att/EFvDamvIsselt_Thesis2019
2. Puhan MA, Gimeno-Santos E, Cates CJ, et al. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2016; https://www.lumc.nl/sub/9600/att/Puhan_et_al-2016
3. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, 2020 report. Global initiative for chronic obstructive lung disease 2020. https://www.lumc.nl/sub/9600/att/GOLD_Guidelines_2020
4. Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname. Long Alliantie Nederland (LAN) 2019. https://www.lumc.nl/sub/9600/att/LAN_Zorgpad_COPD_longaanval_2019
5. Zorgstandaard COPD. Long Alliantie Nederland (LAN) 2013. https://www.lumc.nl/sub/9600/att/LAN_Zorgstandaard_COPD-2013
6. Richtlijn palliatieve zorg voor mensen met COPD. Long Alliantie Nederland (LAN) 2011. https://www.lumc.nl/sub/9600/att/LAN_Richtlijn_Palliatieve_Zorg_COPD_2011
7. Triage instrument voor geriatrische revalidatiezorg. Verenso 2013. https://www.lumc.nl/sub/9600/att/Verenso_triage_instrument_GRZ_2013

Scholing

1. Geriatrische COPD revalidatie. CME-Online 2019. <https://www.cme-online.nl/specialist-ouderengeneeskunde/course/2215/geriatrische-copd-revalidatie/nojs>
2. Interdisciplinaire patiëntbespreking GR_COPD. CME-Online 2020. <https://www.cme-online.nl/specialist-ouderengeneeskunde/course/2371/interdisciplinaire-patientbespreking-grz-copd/nojs>
3. Geriatrische COPD revalidatie. Scholing voor fysiotherapeuten. CME-online 2020. <https://www.cme-online.nl/fysiotherapeut/course/2262/geriatrische-copd-revalidatie/nojs>

