

Innovatie Case Study
**Het implementatieproces van een COPD revalidatieprotocol in de eerstelijns
praktijk.**

Hogeschool Utrecht, Faculteit Gezondheidszorg

Professional Master Sportfysiotherapie

Student: Sharon Portegies

Studentnummer: 1232195

Naam projectbegeleider: Drs. J.J. Dronkers

Naam opdrachtgevers: B. de Vries & A. Bijman

Praktijk voor Fysiotherapie Molukkenstraat

Haarlem

Het implementatieproces van een COPD revalidatieprotocol in de eerstelijns praktijk.

S. Portegies

Fysiotherapeut, PM Sportfysiotherapeut i.o. Praktijk voor Fysiotherapie Molukkenstraat, Haarlem

SAMENVATTING

Inleiding

Als afsluiting van de opleiding Professional Master Sportfysiotherapie aan de Hogeschool Utrecht is een zorginnovatie geïmplementeerd in Praktijk voor Fysiotherapie Molukkenstraat te Haarlem. Sinds viereneenhalf jaar verzorgt deze eerstelijns praktijk een groepstraining voor COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) patiënten. De praktijk voor Fysiotherapie Molukkenstraat is een vrijgevestigde praktijk waarin een zevental parttime fysiotherapeuten werkzaam zijn, met ieder hun eigen specialisatie. De COPD patiëntenzorg binnen deze eerstelijnspraktijk valt onder de verantwoordelijkheid van twee van de zeven fysiotherapeuten. Een subdoel is het vinden van aansluiting bij het COPD ketenzorgprogramma regio Kennemerland.

Materiaal & Methode

Het doel is het bestaande COPD protocol te vernieuwen, waarin het intakeformulier, de CCQ vragenlijst en de 12 MWT centraal staan. Om de discrepantie tussen het huidige beleid en het nieuw uit te voeren beleid te analyseren is gebruik gemaakt van de IST en SOLL methode. Vervolgens zijn de bevorderende en belemmerende factoren van de medewerkers (potential adopters) en de werksetting (practice environment) in kaart gebracht om een goed beeld te krijgen van de huidige werksituatie. Een inventarisatie is gemaakt van betrokken fysiotherapeuten wat betreft ervaring, kennis, vaardigheden, werktijden/ dagen en bereidheid. Verder is gebruik gemaakt van de kleurenscaan van de Caluwé en van kwalitatief onderzoek. Dit om inzicht te krijgen in hoe collega's staan tegenover verandering.

Resultaten

Om de implementatie te kunnen evalueren zijn proces indicatoren opgesteld. Deze indicatoren werden gescoord op basis van de gegevens uit een evaluatieformulier.

De tevredenheid hierover zowel onder de fysiotherapeuten als patiënten was groot te noemen.

Conclusie

Op één na zijn alle opgestelde indicatoren behaald. Momenteel hebben drie nieuwe patiënten de intake volgens het nieuwe protocol ondergaan. Één van de opgestelde indicatoren was dat er tijdens de implementatieperiode minimaal vijf nieuwe patiënten de intake volgens nieuw protocol zouden hebben ondergaan. Inmiddels werken beide fysiotherapeuten volgens het nieuw opgestelde protocol.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, copd, pulmonary disease, chronic obstructive, physical therapy, rehabilitation, exercise, guideline, measurements

INLEIDING

Deze innovatie case study beschrijft het proces van de implementatie van de zorginnovatie in Praktijk voor Fysiotherapie Molukkenstraat te Haarlem. In augustus 2003 is de praktijk gestart met een zelf ontwikkeld COPD revalidatieprotocol. Inmiddels hebben onderzoeken (Lacasse et al 2007, Karrer 2005, Nici et al 2006, Greame et al 2006, Hill 2006, Puhan et al 2005) in de afgelopen vier jaar aangetoond, dat COPD patiënten gebaat zijn bij patiëntspecifieke trainingsprogramma's.

Aanleiding voor het project is het verbeteren van het bestaande COPD protocol naar de nieuwste inzichten. Het huidige COPD patiëntenbestand beslaat ongeveer 3,5% van het totale patiëntenbestand. Tijdens deze zorginnovatie staat de indeling van COPD patiënten met de GOLD classificatie (KNGF Richtlijn COPD) en het implementeren van de CCQ (Clinical COPD Questionnaire) (Powell, 2008) en de 12MWT (Minuten Wandel Test) (Takken, 2007) centraal.

De incidentie van COPD in de huisartsenpraktijk is, gerekend over alle leeftijden, ongeveer 2 per 1000 patiënten per jaar; de prevalentie is ongeveer 20 per 1000 patiënten (RIVM, 2006) Deze gemiddelde prevalentiecijfers uit de huisartsenregistraties komen overeen met de gemiddelde cijfers uit bevolkingsonderzoeken in Nederland. Bij naar schatting 10 tot 15% van de rokers wordt de diagnose COPD gesteld. Bij één op de drie rokers van middelbare leeftijd

komt COPD voor, maar is de diagnose (nog) niet gesteld; in dat geval gaat het meestal om een lichte vorm van de aandoening. In de eerste lijn worden vooral patiënten met licht en matig ernstig COPD begeleid. In negentienzevenennegentig bezocht 27% van de patiënten met COPD een fysiotherapeut (RIVM, 2006). COPD is volksziekte nummer drie en kent een hoge ziektelast, deze wordt uitgedrukt in Daly's en is gesteld op 145.446. (RIVM, 2003).

Uit de bestudeerde literatuur blijkt dat een COPD revalidatieprogramma een belangrijke bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van leven bij COPD patiënten (Lacasse et al 2007) . Daarnaast leidt het tot verbetering van de functionele capaciteit, de vermindering van dyspneu en de vermindering op kans op ziekenhuisopnames (Karrer 2005, Nici et al 2006, Greame et al 2006, Hill 2006). Een trainingsintensiteit van minimaal drie maal per week is noodzakelijk, waarvan minimaal tweemaal per week onder supervisie getraind dient te worden. Het programma moet minimaal zes weken worden uitgevoerd om effect te sorteren. De totale duur zal maximaal zes maanden moeten bestrijken, waarna patiënten zelfstandig hun trainingsactiviteiten dienen voort te zetten (Karrer 2005, Nici et al 2006,Hill 2006). De inhoud van het programma moet gericht worden op ADL (Algemeen Dagelijkse Activiteiten) activiteiten en participatie niveau, waarvan high-intensity training (Puhan et al 2005, Nici et al 2006), training van het uithoudingsvermogen en spierkrachttraining, bij afname van spiermassa, onderdeel dienen te zijn. Uit diverse onderzoeken blijkt een sterke mate van evidentie voor het effect van training op het inspanningsvermogen van COPD patiënten. Evidentie is gevonden voor COPD patiënten met cardiocirculatoire limitatie en ventilatoire limitatie. Duurbelasting, intervalbelasting en ademspiertraining blijken bij deze groepen gewenst als toepasbare trainingsvariabelen. Voor COPD patiënten met een zuurstoftransportlimitatie of de aanwezigheid van perifere spierzwakte zijn duurbelasting, intervalbelasting en krachttraining de aangewezen trainingsvariabelen. Er blijkt een matige evidentie voor het effect van geïsoleerde krachttraining en krachttraining van de bovenste extremiteiten bij COPD patiënten waarbij sprake is van perifere spierzwakte. Voor patiënten met GOLD classificatie I en II (KNGF, 2005) geldt dat zowel duur- als intervalbelasting goed kunnen worden toegepast. Voor patiënten met GOLD III en hoger behoeft intervaltraining (en krachttraining wanneer er sprake is van perifere spierzwakte) de voorkeur (Decramer et al 2004).

De CCQ is een vragenlijst die verbetering van de functionele status, preventie van verergering van klachten en minimalisering van symptomen in kaart brengt. Tot op heden is er geen gevalideerde vragenlijst beschikbaar om symptomen en functionele status in de dagelijkse praktijk te meten. Er is een onderzoek gedaan naar de validering van de CCQ vragenlijst (Powell, 2008).

De CCQ meet drie domeinen, symptoomstatus, functionele status en mentale status. Bij de uitkomst geldt 0 = goed en 6 = slecht. Significante correlaties zijn gevonden tussen de CCQ en domeinen van de SF-36 (0,48-0,69) en tussen de SGRDQ (0,67 – 0,72). De intra Class Coefficient is 0,94. Verder blijkt uit onderzoeksdata dat de validiteit, reabiliteit en responsiviteit ondersteund worden.

De 12MWT heeft als voordeel dat het een eenvoudig uit te voeren test is en aansluit bij de dagelijkse activiteiten. De test kent een goede reproduceerbaarheid. Een mindere bijkomstigheid is dat bij herhaald testen, er slechts een kleine progressie (ongeveer 3%) van het meetresultaat zichtbaar is. De 12-minuten looptest heeft een iets hogere sensitiviteit en betrouwbaarheid en discriminerend vermogen dan de 6MWT (Takken, 2007).

Doelmatigheid van de zorginnovatie

Bij het implementeren van een zorginnovatie is het belangrijk dat de kosten en baten in kaart worden gebracht. Met deze zorginnovatie gaan niet veel extra kosten gemoeid. (De baten staan centraal en is het doel om de kwaliteit van het COPD Protocol op een hoog niveau uit te voeren met daarbij rekeninghoudend de tijdsinvestering van zowel de patiënt als de fysiotherapeut). Wat betreft de tijdsinvestering gaat het voornamelijk om de tijdsduur, die zowel de patiënt als fysiotherapeut kwijt is aan het invullen of analyseren van de meetinstrumenten. De gemiddelde duur voor het invullen van de SRDQ (St. George Respiratory Disease Questionnaire) door de patient bedroeg vijftien minuten en de analyse door de fysiotherapeut bedroeg gemiddeld dertig minuten. Met het gebruik van de CCQ neemt de tijdsduur af voor de patiënt duurt het invullen ongeveer 5 minuten en de analyse door de fysiotherapeut 10 minuten. Aangezien de 6MWT niet voor iedere COPD patiënt toereikend is om zijn/haar voortgang te kunnen meten, omdat zij de drempel hebben bereikt van de maximaal te wandelen afstand, is gekozen om de 12MWT te gaan uitvoeren, zodat de voortgang zichtbaar blijft. Daarnaast is het

intakeformulier aangepast en beschikt deze over extra plusgegevens (KNGF Richtlijn Verslaglegging, 2005).

De trainingsvariabelen waren afgestemd op de groep en niet op het individu. De winst die door deze implementatie ontstaat is kostenreductie door een kortere tijdsinvestering voor de patiënt en de fysiotherapeut met het invullen en analyseren van de vragenlijsten. De 12MWT zorgt voor toename van motivatie van de patiënt, omdat zijn/ haar vorderingen zichtbaar blijven, daar staat tegenover dat de fysiotherapeut iets meer tijd moet investeren om deze test af te nemen. De fysiotherapeut beschikt over contactgegevens, waardoor snellere communicatie mogelijk is met andere betrokken disciplines. Door de limitatie en Gold classificatie (KNGF Richtlijn COPD 2005) in kaart te brengen is het mogelijk een patiëntenspecifiek trainingsprogramma op te zetten. Aan de batenkant is er een verbetering van de kwaliteit van de zorg voor de COPD patiënt.

Doel van de zorginnovatie

Het doel van deze zorginnovatie was de verbetering van de zorg voor de COPD patiënt met als subdoel aansluiting te krijgen op het COPD ketenzorgprogramma Regio Kennemerland.

Vraagstelling/doelstelling implementatie

De vraagstelling die uit de praktijk gekomen is, betrof het verbeteren van het huidige COPD protocol naar Evidence Based Practice (EBP).

Het implementatiedoel van deze zorginnovatie was dat in juni 2008 de twee fysiotherapeuten, met COPD aantekening, van Praktijk voor Fysiotherapie Molukkenstraat, de COPD groepstraining uitvoeren volgens het nieuw opgestelde protocol. Het vernieuwde protocol dat gehanteerd wordt bevat de CCQ vragenlijst en de 12 Minuten Wandeltest. Daarnaast zal voor iedere COPD patiënt een meer individueel gericht trainingsprogramma worden opgesteld.

MATERIAAL & METHODE

Discrepantieanalyse

Inmiddels draaien er binnen de praktijk vier COPD groepen met in totaal achtentwintig deelnemers. De training vindt plaats bij een nabij gelegen sportschool, waar de praktijk een kleine fitnessruimte huurt. De deelnemers trainen één of

tweemaal per week en om de drie maanden vindt een evaluatie plaats, hierbij wordt gebruik gemaakt van de SGRDQ (St George Respiratory Disease Questionnaire) en de 6 MWT. Tijdens de zorginnovatie zal contact worden onderhouden met de tweedelijns fysiotherapeuten van het Kennemer Gasthuis, aangezien deze zorginnovatie parallel loopt aan de ontwikkeling van het COPD ketenzorgprogramma regio Kennemerland. De eerstelijnspraktijk waar de zorginnovatie plaats vindt, acht het belangrijk deze af te stemmen op de werkgroepen van het COPD ketenzorg programma, aangezien ze daar graag aansluiting zou vinden.

Om de discrepantie tussen het huidige beleid en het nieuw uit te voeren beleid te analyseren is gebruik gemaakt van de IST en SOLL methode. Hierin wordt in de IST de huidige situatie beschreven en in de SOLL de gewenste situatie, waardoor de discrepantie tussen beide zichtbaar wordt. Zie tabel vier voor een voor een schematische overzicht.

	Huidige situatie	Gewenste situatie
COPD protocol		
- Meetinstrumenten	SGRDQ, 6MTW, Borg	CCQ, 6MWT, 12MWT, Borg
- Trainingsvariabelen	Voor iedereen gelijk	afgestemd op de individuele patiënt, rekening houdend met beperkende limitatie en GOLD classificatie
Intakeformulier	Aanwezig zonder plusgegevens*	Met plusgegevens
Tijd	Zowel voor patiënt als fysiotherapeut Is er sprake van een behoorlijke tijds-investering bij het invullen en analyseren van de vragenlijsten.	Vermindering van tijdsinvestering voor invullen en analyseren van vragenlijsten.

Tabel 4 Discrepantieanalyse

(*Bron: KNGF Richtlijn Verslaglegging, 2005)

Contextanalyse

De zorginnovatie heeft plaatsgevonden in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk Haarlem. Deze praktijk bestaat uit twee maten, vier fysiotherapeuten in loondienstverband en een waarnemer. Twee van de zeven fysiotherapeuten houden zich bezig met COPD groepstrainingen; beiden hebben hiervoor scholing gevolgd. De COPD patiëntenzorg binnen deze eerstelijnspraktijk valt onder de verantwoordelijkheid van twee van de zeven fysiotherapeuten. Inmiddels wordt er in de regio hard gewerkt om een COPD ketenzorgprogramma van de grond te krijgen, waarin deze praktijk graag zou participeren.

Analyse Potential Adopters

Om de zorginnovatie te laten slagen was het belangrijk dat de betrokken mensen hun medewerking zouden verlenen. Om niet tegen onverwachte problemen aan te lopen en te kunnen anticiperen op eventuele belemmerende factoren was het belangrijk om een goed beeld te krijgen van de huidige werksituatie. Een inventarisatie is gemaakt van de vier betrokken fysiotherapeuten wat betreft ervaring, kennis, vaardigheden, werktijden/ dagen en betrokkenheid en het volgen van studie en scholing (tabel 5). Om inzicht te krijgen in de manier waarop de fysiotherapeuten met veranderingsprocessen omgaan is gebruik gemaakt van de kleurentest van de Caluwé en van kwalitatief onderzoek. Uit de kleurenscaan kwam naar voren dat binnen de praktijk voornamelijk wit- en rooddruk denken centraal stond. Er is voor deze betrokkenen gekozen, omdat de opdrachtgevers van de implementatie belang hebben bij een goed draaiend COPD programma. Er zijn twee fysiotherapeuten verantwoordelijk voor het de intake en training van het COPD protocol. Door een semi-gestructureerd interview met vier betrokken fysiotherapeuten is een inventarisatie kunnen maken over hoe de betrokken professionals tegenover deze innovatie staan. Het interview was gericht op de innovatie, daarnaast kwam ook hun mening naar voren over innoveren en Evidence Based Practice (EBP). Hieruit bleek met name dat collega's nog weinig ervaring hebben met innoveren. De motivatie van de belemmerende en bevorderende factoren en het waarom zijn voortgekomen uit het interview. Tekst en uitleg over de mate en het waarom van de belemmerende- en bevorderende factoren wordt beschreven in tabel vijf.

	Fysio 1	Fysio 2	Maat 1	Maat 2
Aanwezigheid tijdens implementatie	++	++	++	0
Communicatie	+	+	+	+
Gezamenlijke werktijden	+	+	-	+
Betrokkenheid	+	+	+	+
Ervaring/kennis COPD	++	++	0	0
Ervaring CCQ	-	+	-	-
Ervaring 6MWT	0	++	-	-
Ervaring 12MWT	-	-	-	-
Ervaring EBP	-	+	-	-
Volgen studie/scholing	+	-	-	-
Kleurentest de Caluwe	Wit	Rood	Wit	Rood

Legenda: grote bevorderende factor is (++) , een bevorderende factor (+), een twijfelgeval (0), een belemmerende factor (-), of een grote belemmerende factor (--).

Tabel 5. Belemmerende- en bevorderende factoren

Analyse practice environment

De praktijk werkt volgens de KNGF richtlijnen en neemt onder andere deel aan Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie (IOF). Vijf van de zeven fysiotherapeuten zijn gespecialiseerd of volgen een studie voor specialisatie binnen het domein fysiotherapie. Een van de fysiotherapeuten volgt de Professional Master manuele therapie aan het SOMT en twee fysiotherapeuten volgen de opleiding psychosomatische fysiotherapie. Een van de fysiotherapeuten heeft de opleiding bekkenfysiotherapie voltooid en volgt hiervoor nog regelmatig bijscholing en participeert daarnaast in een multidisciplinair team. De innovator van dit zorginnovatieproject volgt de studie tot Professional Master sportfysiotherapie. Binnen de praktijk wordt veel aandacht besteed aan het volgen van scholing en studie met betrekking tot verbetering van kwaliteit van zorg binnen de diverse specialisaties. Het uitwisselen van elkaars kennis en expertise speelt in de praktijk een belangrijke rol. Om te kijken of de praktijk innovatiegericht is, heb ik de seven habits (Kreanova) in laten vullen. Hoe meer de praktijk voldoet aan de kenmerken, des te groter het innovatievermogen. Het is te gebruiken als meting van de context waarbinnen de innovatie wordt uitgevoerd. Uit deze meting is naar voren gekomen dat de praktijk zich bevindt in de "Pioniersfase". Dit betekent dat er al duidelijke stappen zijn gezet in de richting van een innovatieve organisatie. Er staan nog diverse opties open voor de verdere invulling van de bevordering van creativiteit en innovatie.

Factoren	++/+/0/-/--	Motivatie
Oefenruimte	+	De oefenruimte is goed ingericht en voldoet aan alle normen. Een nadeel is het feit dat de oefenruimte die gehuurd wordt op donderdag minder goed bereikbaar is ivm markt.
Nieuwe meetinstrumenten	0	De meetinstrumenten die geïmplementeerd gaan worden, zijn de CCQ vragenlijst en de 12MTW (12 Minuten Wandel Test)
Aantal COPD patiënten	-	Er is een onzekere hoeveelheid toestroom van nieuwe COPD patiënten.
Innovatief (7Habits)	+	Pioniersfase. Er zijn al duidelijke stappen gezet in de richting van een innovatieve organisatie. De organisatie heeft lopende initiatieven maar deze zijn waarschijnlijk nog niet afgerond en geëvalueerd. Er staan nog diverse opties open voor de verdere invulling van de bevordering van creativiteit en innovatie.
Sfeer	++	Er heerst een prettige werksfeer
Sturing	-	Er is weinig sturing van de maatschaphouders. Ik heb het gevoel dat zij deze innovatie zien als studie object en niet in de zin van een "win, win" situatie.
Enthousiasme	+	Mijn collega's reageren enthousiast om het COPD protocol te verbeteren, daarnaast heb ik een directe collega die goed meedenkt.
Andere projecten	0	Er lopen andere projecten in de praktijk, behalve de deelname in het ketenzorgprogramma COPD wat parallel loopt aan dit Zorg Innovatie Project (ZIP) is een van de manueeltherapeuten bezig met een onderzoek naar mobilisatie van de cervicale wervelkolom. Deze fysiotherapeut is niet direct betrokken bij dit implementatietraject.
Studie/scholing	0	Zes van de zeven fysiotherapeuten volgen een studie of hebben regelmatig bijscholing.

Legenda: grote bevorderende factor is (++), een bevorderende factor (+), een twijfelgeval (0), een belemmerende factor (-), of een grote belemmerende factor (--).

Tabel 6. Bevorderende- en belemmerende factoren practice environment

Implementatiestrategie

Aanpak & Fasering

De implementatie was onderverdeeld in drie fases, namelijk oriëntatiefase, implementatiefase en evaluatiefase. Zowel de oriëntatie- als implementatiefase bedroegen twaalf weken, de evaluatiefase bedroeg zeven weken.

De oriëntatiefase was voornamelijk gericht op het zoeken naar verbeterpunten in de levering van kwaliteit aan de COPD patiënt. Dit is met name tot stand gekomen door inventarisatie van de huidige werksituatie en vervolgd met een literatuuronderzoek naar EBP bij COPD.

Tijdens de implementatiefase stonden de volgende punten centraal: Ontwerpen van het nieuwe intake formulier. Overleggen met de werkgroep COPD ketenzorg over de toepassing van meetinstrumenten. Het geven van uitleg en instructie aan collega's over het gebruik van het intakeformulier en meetinstrumenten. Het differentiëren van het trainingsprotocol, door gebruik te maken van limiterende factoren (cardiorespiratoire limitatie, ventilatoire limitatie, zuurstoftransport limitatie, perifere spierzwakte) bij COPD patiënten. En vervolgens gebruik te maken van de GOLD classificatie en het testen van de meetinstrumenten in de praktijk, tijdens het drie maandelijks evaluatiemoment van de COPD groep.

Tijdens de evaluatiefase is de bruikbaarheid van het vernieuwde protocol geëvalueerd. Dit is gedaan met gebruikmaking van een vraaggesprek en middels een tussentijds evaluatiegesprek en een afrondend evaluatiegesprek met de betrokken fysiotherapeuten. Het doel hiervan was de belemmerende factoren tijdens de implementatie zichtbaar te krijgen. Daarnaast konden de betrokken fysiotherapeuten suggesties doen ter bevordering van de bruikbaarheid. Volgens de stappen van Grol en Wensing (2001) is stap 5 'behoud' niet gemaakt, vanwege een te korte implementatietijd.

Er is gekozen voor een implementatiestrategie die bestond uit een combinatie van verschillende interventies (Grol & Wensing, 2006) . De interventies die gericht waren op de zorgverlener bestonden uit moderne nascholing, waarbij individuele instructie centraal stond. Er is gebruik gemaakt van interactieve bijeenkomsten waarin het leren van elkaar centraal stond. Deze interactieve bijeenkomst vond plaats tijdens het wekelijks overleg. De betrokkenen hadden hier de mogelijkheid om feedback te geven op de te implementeren meetinstrumenten.

Ook werd er gebruik gemaakt van feedback en herinnering. Met name via e-mail werd de fysiotherapeut geattendeerd op het gebruiken van de nieuwe intakeformulieren met daarin de CCQ vragenlijst. Vervolgens werd er na de intake kort besproken hoe de toepassing van het intakeformulier en CCQ vragenlijst verliep. De interventies die gericht waren op de patiënt hadden te maken met het invullen van de CCQ vragenlijst om de fysiotherapeut te voorzien van informatie die tijdens een individueel gesprek op een later tijdstip aan de orde komt. Er was sprake van een top-downstrategie met een bottom-up aanpak. Top-down omdat de doelen van het project duidelijk gesteld zijn en bottom-up omdat iedere betrokkene de ruimte

moet krijgen om het proces te beïnvloeden. Om het resultaat van de zorginnovatie meetbaar te maken zijn er vooraf de volgende indicatoren opgesteld. Zie hiervoor tabel zeven.

Indicatoren
<i>Implementatie</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 nieuw aangemelde COPD patiënten, aangemeld vanaf 25 februari 2008, hebben de intake met het nieuwe intakeformulier ondergaan.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 90% van de huidige COPD deelnemers hebben in april 2008 tijdens de drie maandelijks evaluatie de CCQ vragenlijst ingevuld.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 90% van de COPD patiënten die de maximale score hebben bereikt tijdens de 6MTW in het afgelopen jaar, hebben in april 2008 tijdens de drie maandelijks evaluatie de 12 MWT ondergaan
<i>Tevredenheid Fysiotherapeuten</i>
60% is tevreden over het gebruik van
<ul style="list-style-type: none"> ▪ het nieuwe intakeformulier.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ de 12 MWT.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ de CCQ.
<i>Tevredenheid COPD patiënten</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 60% is tevreden over het invullen van de CCQ.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 60% kan het trainingsprogramma goed volbrengen

Tabel 7. Indicatoren

Resultaten

Het resultaat aan het einde van de implementatiefase was dat er een nieuw ontwerp gemaakt was voor een COPD protocol, waarvan het oude intakeformulier is vervangen door een nieuwe. De meetinstrumenten SRDQ vervangen door de CCQ, en de 12MTW is toegevoegd. Inmiddels werken beide fysiotherapeute volgens het nieuwe COPD protocol.

De twee fysiotherapeuten die nauw betrokken zijn bij de implementatie hebben een enquête ingevuld die de tevredenheid in kaart brengt. De enquête was opgezet met een vijfpunts Likert-schaal. De antwoordmogelijkheden liepen van zeer tevreden tot zeer ontevreden. Beide fysiotherapeuten vinden het vernieuwde intakeformulier zeer overzichtelijk. Één van de therapeuten vindt het intakeformulier zeer compleet en de ander vindt deze compleet.

De 12MWT vinden beide fysiotherapeuten goed toepasbaar binnen de COPD patiënten populatie. Ook vinden beide dat de 12MWT een goed beeld geeft over het

uithoudingsvermogen van de COPD patiënt. Beide fysiotherapeuten stonden neutraal tegenover de relevante informatie die uit het intakeformulier naar voren komt voor het instellen van de trainingsparameters voor de individuele patiënt. Dit heeft voornamelijk te maken dat de 12MTW een uitkomst geeft over het uithoudingsvermogen. Er wordt een vergelijking gemaakt met eerdere prestaties op de 12MTW. Tijdens de test moet er meer rekening gehouden worden met mogelijke desaturatie van de patiënt. De kans op desatureren wordt groter tijdens langdurige inspanning.

Ook is de tevredenheid onder de COPD patiënten gemeten met behulp van een korte enquête, eveneens is hier gebruik gemaakt van een vijfpunts Likert schaal, van zeer ontevreden tot zeer tevreden. In totaal hadden negentien patiënten de enquête ingevuld over de CCQ vragenlijst. Zestien patiënten vonden de CCQ vragenlijst zeer makkelijk in te vullen, drie patiënten vonden het invullen makkelijk.

In totaal hebben vijf patiënten de 12MWT uitgevoerd, drie patiënten vonden de 12MWT vermoeiend, maar goed vol te houden, twee patiënten vonden de test vermoeiend maar vol te houden. Een overzicht van de behaalde indicatoren staat in tabel 8. Een van de twaalf opgestelde indicatoren is niet behaald. In de implementatieperiode zijn twee nieuwe COPD patiënten aangemeld, wel hebben beide de intakeprocedure volgens het nieuwe protocol ondergaan.

Indicatoren	score	behaald
<i>Implementatie</i>		
▪ 5 nieuw aangemelde COPD patiënten, aangemeld vanaf 25 februari 2008, hebben de intake met het nieuwe intakeformulier ondergaan.	60%	-
▪ 90% van de huidige COPD deelnemers hebben in april 2008 tijdens de drie maandelijkse evaluatie de CCQ vragenlijst ingevuld.	100%	+
▪ 90% van de COPD patiënten die de maximale score hebben bereikt tijdens de 6MTW in het afgelopen jaar, hebben in april 2008 tijdens de drie maandelijkse evaluatie de 12 MWT ondergaan	100%	+
<i>Tevredenheid Fysiotherapeuten</i>		
60% is tevreden over het gebruik van		
▪ het nieuwe intakeformulier.	100%	+
▪ de 12 MWT.	100%	+
▪ de CCQ.	100%	+
<i>Tevredenheid COPD patiënten</i>		
▪ 60% is tevreden over het invullen van de CCQ.	100%	+
▪ 60% kan het trainingsprogramma goed volbrengen	100%	+

Tabel 8. Overzicht behaalde indicatoren

Discussie

Van de acht opgestelde indicatoren, zijn er zeven behaald. Een indicator is niet behaald. In de implementatieperiode hebben er zich drie nieuwe COPD patiënten aangemeld, alle hebben volgens het nieuwe protocol de intake ondergaan. De opgestelde indicator was gericht op minimaal vijf nieuwe COPD patiënten die de intake volgens het nieuwe protocol ondergaan zouden moeten hebben. Alle anderen indicatoren zijn ruimschoots behaald. Zo zijn de fysiotherapeuten zeer tevreden over de aanpassingen binnen het nieuwe COPD protocol. Ook is de tevredenheid van de COPD patiënten gemeten. Hieruit is gebleken dat zij zeer tevreden zijn over het invullen van de CCQ.

De sterke punten binnen deze implementatie waren de inzet van collega fysiotherapeuten en de bereidheid tijd te investeren om de nieuwe meetinstrumenten te leren kennen om deze zodanig in de praktijk toe te kunnen passen. De medewerking van COPD patiënten die actief hebben geparticipeerd bij het invullen van de CCQ vragenlijst en het ondergaan van de 12MWT.

Zwakke punten van implementatie zijn de korte tijd waarin er geïmplementeerd moest worden, waardoor een hoge tijdsdruk en belasting ontstond. Logistiek was het soms moeilijk om alle betrokkenen bij elkaar te krijgen voor overleg. Mede doordat de meeste fysiotherapeuten naast hun dagelijkse werkzaamheden druk zijn met studie, bijscholing of overleg.

De implementatiestrategieën die goed hebben gewerkt zijn de moderne nascholing, waarbij de individuele instructie centraal stond (grol, 2000). Het gebruik van feedback en herinnering, met name via e-mail, werkte goed. Uiteindelijk bleek tijdens deze implementatie dat er voornamelijk veel gecommuniceerd werd via de e-mail, dit is mogelijk een gevolg van het feit dat er weinig overlap in werkdagen en werktijden zat. De interactieve bijeenkomsten waarin het leren van elkaar centraal stond, zijn tijdens deze implementatie niet goed van de grond gekomen, mogelijk vanwege het feit dat het bij de implementatie maar twee fysiotherapeuten betrof. Een andere oorzaak was dat tijdens het wekelijkse werkoverleg, veel logistieke zaken besproken moeten worden en er weinig tot geen tijd overbleef om inhoudelijk in te gaan op de ontwikkeling van het COPD protocol. Deze innovatie heeft gezorgd voor vele leermomenten. Voor mij persoonlijk als innovator en het bekleden van de beroepsrol als professioneel leider (Beroepscompetentieprofiel Sportfysiotherapeut HU, 2005) is

gebleken hoe belangrijk het is te weten hoe de implementatieomgeving denkt over vernieuwing om zo een strategie te kunnen bepalen die een grote kans van slagen kent. Motivatie, inzet en betrokkenheid spelen een belangrijke rol bij het tot stand komen van een innovatie. Dit geldt zowel voor de innovator als de betrokkenen die met de innovatie moeten gaan werken. Tijdens deze implementatie ben ik mij bewust geworden dat wanneer je in een grotere werksetting met meerdere betrokkenen over behoorlijke overtuigingskracht moet beschikken. Tijdens deze implementatie is stap vijf "Behoud" (Grol, 2000) niet gemaakt vanwege een te korte implementatietijd, uiteindelijk is deze stap wel ontzettend belangrijk. Wanneer je deze stap niet maakt is de kans groot dat men terugvalt in oude gewoontes (Grol & Wensing, 2006).

Een aanbeveling zou zijn om een meetinstrument in het COPD protocol op te nemen dat gericht is op het individuele functioneren van de patiënt in het algemeen dagelijks leven (ADL). Een voorbeeld hiervan zou kunnen zijn de Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK). Verder onderzoek zal er gedaan moeten worden op de trainingsparameters die van toepassing zijn op de COPD patiënt. Gedacht moet worden aan omvang en intensiteit.

De zorginnovatie kan gezien worden als een geslaagd project.

De resultaten hebben geleid tot transparantie van de intake procedure van COPD patiënten binnen de praktijk. Vorming van een eenduidig beleid van evaluatietesten die ook in de tweedelijns worden toegepast, waardoor meetresultaten goed met elkaar vergelijkbaar zijn. Dit geeft inzicht in de prestaties van de COPD patiënt die gestart is in de tweedelijns gezondheidszorg tot en met de revalidatieperiode in de eerstelijns gezondheidszorg. Vervolgens is er goede aansluiting gevonden met het COPD ketenzorgprogramma regio Kennemerland, waarin dezelfde meetinstrumenten gehanteerd zullen worden.

Innovatie gaat niet over een nacht ijs!

Referenties

1. Decramer M, Gosselink R, Bartsch P, Lofdahl CG, Vincken W, Dekhuijzen R, et al. Effect of treatments on the progression of COPD: report of a workshop held in Leuven, 11-12 March 2004. *Thorax*. 2005 Apr;60(4):343-9.
2. Hill NS. Pulmonary rehabilitation. *Proc Am Thorac Soc*. 2006;3(1):66-74.
3. Karrer W. Pulmonary rehabilitation in Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2005 Feb 5;135(5-6):71-74.
4. Grol en Wensing, Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg, Elsevier, 2006

5. Kocks JW, Tuinenga MG, Uil SM, van den Berg JW, Stahl E, van der Molen T. Health status measurement in COPD: the minimal clinically important difference of the clinical COPD questionnaire. *Respir Res.* 2006;7:62.
6. Lacasse Y, Martin S, Lasserson TJ, Goldstein RS. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. A Cochrane systematic review. *Eura Medicophys.* 2007 Dec;43(4):475-85.
7. Lacasse Y, Wong E, Guyatt GH, King D, Cook DJ, Goldstein RS. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet.* 1996 Oct 26;348(9035):1115-9.
8. Nici L, Donner C, Wouters E, Zuwallack R, Ambrosino N, Bourbeau J, et al. American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2006 Jun 15;173(12):1390-413.
9. Puhan M, Koller M, Brandli O, Steurer J. [Pulmonary rehabilitation of COPD in Switzerland--an assessment of current status]. *Schweiz Rundsch Med Prax.* 2003 Jan 22;92(4):111-6.
10. Puhan MA, Busching G, Schunemann HJ, VanOort E, Zaugg C, Frey M. Interval versus continuous high-intensity exercise in chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2006 Dec 5;145(11):816-25.
11. Puhan MA, Scharplatz M, Troosters T, Steurer J. Respiratory rehabilitation after acute exacerbation of COPD may reduce risk for readmission and mortality -- a systematic review. *Respir Res.* 2005;6:54.
12. Puhan MA, Schunemann HJ, Buesching G, vanOort E, Spaar A, Frey M. COPD patients' ability to follow exercise influences short-term outcomes of rehabilitation. *Eur Respir J.* 2008 Feb;31(2):304-10.
13. Puhan MA, Schunemann HJ, Frey M, Scharplatz M, Bachmann LM. How should COPD patients exercise during respiratory rehabilitation? Comparison of exercise modalities and intensities to treat skeletal muscle dysfunction. *Thorax.* 2005 May;60(5):367-75.
14. Puhan MA, Vollenweider D, Latshang T, Steurer J, Steurer-Stey C. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: when are antibiotics indicated? A systematic review. *Respir Res.* 2007;8:30.
15. Puhan MA, Woolacott N, Kleijnen J, Steurer J. Observational studies on ultrasound screening for developmental dysplasia of the hip in newborns - a systematic review. *Ultraschall Med.* 2003 Dec;24(6):377-82.
16. Puhan MA, Zoller M, ter Riet G. COPD: more than respiratory. *Lancet.* 2008 Jan 5;371(9606):27-8; author reply 8.
17. Wouters EF. Approaches to improving health status in chronic obstructive pulmonary disease: one or several? *Proc Am Thorac Soc.* 2006 May;3(3):262-9.
18. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Sterfte, levensverwachting en DALY's\ Ziekte\last in DALY's, 26 oktober 2007.
19. Poos MJJC (RIVM), Gijsen R (RIVM). Achtergronden en details bij cijfers uit huisartsenregistraties. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Ademhalingswegen\ COPD, 10 maart 2006.
20. Duijn D van, Glind G van de, Methoden van implementatie voor zorgvernieuwingen (waaronder richtlijnen), Trimbos-instituut, Utrecht, 2004.
21. Grol e.a. Praktisch nieuw, Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg, 2000
22. KNGF-richtlijn COPD
23. NHG Standaard COPD
24. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Sterfte, levensverwachting en DALY's\ Ziekte\last in DALY's, 26 oktober 2007.
25. Powell H, Smart J, Wood LG, Grissell T, Shafren DR, Hensley MJ, et al. Validity of the common cold questionnaire (CCQ) in asthma exacerbations. *PLoS ONE.* 2008;3(3):e1802.
26. Takken, T. Inspanningstesten, Elsevier Gezondheidszorg, 2e druk, 2007

