

De attitude van huisartsen ten aanzien van disease management bij COPD



Marjolein van den Berg 253216

Begeleider: Drs. K.M.M. Lemmens

Meelezer: Dr. I.N. Fabricotti

Master Zorgmanagement

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

Erasmus Universiteit Rotterdam

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven ter afronding van de Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. De scriptie is het resultaat van een onderzoek naar de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management bij COPD.

Hoewel het gehele traject van het afstudeerproject niet altijd even gemakkelijk en vlekkeloos is verlopen, was het toch zeker een interessante en leerzame periode. Ik heb het onderzoek zelf ervaren als een leerproces waarbij de ontwikkeling van mijzelf, het onderzoek en de afstudeerscriptie centraal stonden.

Tijdens dit proces hebben veel mensen mij ieder op hun eigen manier gesteund. Ik wil hierbij dan ook iedereen bedanken, die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van deze scriptie. In het bijzonder wil ik mijn afstudeerbegeleider drs. Karin Lemmens bedanken voor het delen van haar kennis en voor haar inzet tijdens dit proces. Ook wil ik mijn mee-lezer dr. Isabelle Fabbrocotti bedanken voor haar kritische blik op mijn projectvoorstel en de uiteindelijke scriptie. Daarnaast wil ik zeker ook de respondenten bedanken die hebben deelgenomen aan mijn onderzoek, ik heb onze gesprekken als stimulerend ervaren en zonder hun deelname had deze scriptie er niet gelegen!

Tenslotte had ik deze scriptie niet kunnen voltooien als ik hierbij niet de steun had gehad van mijn familie en vrienden.

Marjolein van den Berg
Vlissingen, augustus 2007

Samenvatting

COPD is een aandoening met een grote impact op het persoonlijk leven van de patiënt en vraagt om een goede organisatie van de zorg waarbij verschillende hulpverleners duidelijke afspraken hebben gemaakt omtrent taken en verantwoordelijkheden. Het aantal mensen met COPD neemt toe en daarmee ook de aanspraak die zij doen op de beschikbare zorg. Disease management omvat een scala aan interventies die zich richten op het verbeteren van de coördinatie en de afstemming van de zorgverlening tussen verschillende hulpverleners. Voor huisartsen is een belangrijke rol weggelegd in de uitvoering van disease management.

Juist deze belangrijke rol maakt het belangrijk de attitude van huisartsen te kennen. Attitude is een tijdelijke constructie die tot stand komt na een subjectieve analyse, de uitkomst van deze analyse is afhankelijk van beïnvloedende factoren, te weten: informatie, tijd, context en ervaring. Deze verschillende factoren beïnvloeden elkaar onderling in een proces dat niet waarneembaar is. De attitudes die huisartsen hebben met betrekking tot COPD zijn afhankelijk van verschillende invloeden en hebben hun weerslag in het handelen van de artsen.

Het doel van dit onderzoek is de attitude van huisartsen te onderzoeken ten aanzien van de toepassing van disease management bij COPD.

Om dit doel te bereiken is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Het onderzoek is exploratief van aard. Naast een literatuuronderzoek zijn 10 semi-gestructureerde interviews afgenomen bij verschillende huisartsen. Er is gestreefd naar een zo gevarieerd mogelijke respondentengroep, hierbij is met verschillende kenmerken rekening gehouden.

De resultaten laten zien dat de ideeën die de huisartsen hebben met betrekking tot disease management en wat dat concept volgens de huisartsen inhoudt niet altijd overeenkomen met de definitie en de kenmerken van disease management, zoals die in de theorie zijn teruggevonden.

Uit de resultaten blijkt dat informatie en ervaring inderdaad invloed hebben op het proces van attitudevorming. De gekozen onderzoeksmethode bleek niet geschikt om resultaten te genereren met betrekking tot het belang van tijd en context bij de totstandkoming van de attitude van huisartsen.

De respondenten geven te kennen de geschreven informatie over disease management die voorhanden is weinig te raadplegen. Mondelinge informatie in de vorm van ervaringen van collega's wordt daarentegen hoog gewaardeerd door de huisartsen.

Niet alle onderdelen van disease management worden positief ervaren door de huisartsen. Deze mening baseren zij op eerdere ervaringen met disease management, bijvoorbeeld bij de behandeling van mensen met diabetes. Maar ook op ervaringen met onderdelen van disease management zoals evidence based werken.

De huisartsen hebben op basis van de informatie die zij tot hun beschikking hebben en de eigen ervaringen bepaalde verwachtingen ten aanzien van disease management. Deze verwachtingen zijn mede bepalend voor de attitude van de huisartsen. Wanneer deze

gegevens worden gecombineerd met het conceptueel model lijken de verwachtingen die naar voren komen uit de resultaten, uitkomsten te zijn van de subjectieve evaluatie die vooraf gaat aan de attitudevorming.

De attitude die huisartsen uiten ten aanzien van de toepassing van disease management bij COPD laat zien dat zij open staan voor het concept. Structuur wordt door de huisartsen ervaren als belangrijke factor in de zorg voor chronisch zieken. Disease management biedt in de ogen van de respondenten deze structuur. Eigen ervaringen en de ervaringen van collega's met disease management zijn bepalend voor de attitude. Desondanks zetten de huisartsen toch enkele vraagtekens bij de toepasbaarheid van disease management in de zorg voor mensen met COPD. Met name de haalbaarheid van een intensieve samenwerking met andere hulpverleners en de investeringen die de invoering van disease management vergt is in hun ogen een mogelijk obstakel. Daarnaast zijn ook de ervaringen die de huisartsen hebben met de behandeling van COPD en de patiëntenpopulatie voor de huisartsen redenen om te twijfelen aan de haalbaarheid van de invoering van disease management.

Op basis van de resultaten is een positieve attitude ten aanzien van disease management niet altijd voor de hand liggend. Huisartsen die een positieve attitude verwoorden ten aanzien van disease management bij COPD hebben lang niet altijd een positieve mening over de verschillende onderdelen van disease management. Uit de resultaten komt duidelijk naar voren dat een positieve attitude zich niet altijd vertaalt in corresponderend gedrag. Wanneer de attitude van een persoon bekend is wil dat niet altijd zeggen dat ook het gedrag van de persoon op dit gebied kan worden voorspeld. Evengoed blijkt ook uit de resultaten dat eventuele twijfels die de huisartsen uiten ten aanzien van disease management bij COPD voor hen geen reden vormen om in de toekomst niet verder te willen gaan met disease management.

Summary

COPD is a disease which has a large impact on the personal life of patients. It calls for well organised care with clear tasks and responsibilities for all involved caregivers. The number of people that suffer from this chronic illness is increasing rapidly. All over the world people are searching for solutions in order to solve the problem of the growing demand on the healthcare system while maintaining a high level of quality of care. Disease management consist of a number of interventions aimed at improving the coordination of tasks between the different caregivers that are involved in the care for people with COPD. General practitioners play an important part in this process.

The importance of general practitioners in this process makes it necessary to understand their attitude towards disease management. Attitude is a hypothetical construct which is based on a subjective analysis, the outcome of this analysis is dependent on information, time, context and experiences. These different factors influence each other in an indistinguishable way. The attitudes of general practitioners with regards to the implementation of disease management in the care for people with COPD are subject to multiple factors and influence their behaviour.

The objective of this study is to gain insight in the attitude of general practitioners towards the implementation of disease management in the care for people with COPD.

In order to answer the research question a qualitative study has been carried out. Besides a literature study 10 general practitioners have been interviewed. It has been the aim to form a diverse group of respondents taking into account different characteristics.

The results show that the opinions of general practitioners with regard to disease management and what this concept embodies are not always consistent with the theoretical definition of disease management.

The results show that information and experience do influence the general practitioners' attitude towards disease management. The research methods used in this study were inadequate to generate results that can ascertain the effect of context and time on the attitude of general practitioners.

The written information which is available to general practitioners is rarely read by the respondents. Verbal information however, for instance experiences of colleagues, is highly regarded by general practitioners.

Not all aspects of disease management are looked upon as beneficial in the care for chronically ill. This opinion is based on past experiences, for instance in the care for people with diabetes. Past experiences for instance with evidence based medicine also influence the attitude of general practitioners.

By considering their experiences and the information that is available to them, general practitioners have formed certain expectations about disease management. These expectations are defining in the construct of the attitude of the respondents. When these outcomes are combined with the conceptual model, these expectations seem to be the result of subjective evaluation which precede the construct of a attitude.

The general attitudes of general practitioners towards the implementation of disease management in the care for people with COPD show that they are open to the concept. According to the general practitioners that have participated in this study, structuring the care for people with chronic illnesses is very important. Disease management enables the implementation of structure, according to the participants. Nevertheless the general practitioners have some doubts as to the applicability of the implementation of disease management in the care for people with COPD. Particularly the intensive work relations with other caregivers and the time and money that the implementation requires may pose a problem. Furthermore, the experiences that the general practitioners have had in the care for people with COPD on the characteristics of the population of people with COPD are reasons to question the attainability of the implementation of disease management.

Based on the results of this study a positive attitude towards disease management is not obvious. General practitioners who express a positive attitude towards the implementation of disease management in the care for people with COPD don't have positive opinions of aspects of disease management. For instance the experiences they have with patients or working together with other healthcare professionals.

The results show that attitude does not always predict behaviour. Knowing the attitude of an individual does not enable to predict their behaviour. The results also show that possible doubts towards the implementation of disease management aren't important enough to reject the idea of disease management altogether.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Summary	5
1 Inleiding	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Aanleiding	9
1.3 Relevantie	11
1.4 Doelstelling	12
1.5 Probleemstelling en deelvragen	12
1.6 Samenvatting	12
1.7 Leeswijzer	13
2 Theoretisch kader	14
2.1 Inleiding	14
2.2 COPD	14
2.3 Disease Management	15
2.4 Huisartsen en de organisatie van zorg	18
2.5 Huisarts en disease management	20
2.6 Attitude	22
3 Methoden van onderzoek	26
3.1 Inleiding	26
3.2 Onderzoeksopzet	26
3.2.1 <i>Literatuur</i>	26
3.2.2 <i>Respondenten</i>	27
3.2.3 <i>Interviews</i>	27
3.2.4 <i>Topiclijst</i>	28
3.2.5 <i>Analyse</i>	28
3.3 Validiteit en betrouwbaarheid	28
3.4 Samenvatting	29
4 Resultaten	30
4.1 Inleiding	30
4.2 Informatie	30
4.2.1 <i>Geschreven informatie</i>	31
4.2.2 <i>Mondelinge informatie</i>	32
4.3 Ervaringen	33
4.3.1 COPD	33
4.3.1.1 <i>Ziekteverloop</i>	33
4.3.1.2 <i>Behandeling</i>	33
4.3.1.3 <i>Patiëntenpopulatie</i>	34
4.3.2 <i>Structuur</i>	35
4.3.2.1 <i>Gestructureerd werken</i>	35
4.3.2.2 <i>Ongestructureerd werken</i>	36
4.3.2.3 <i>Diabetes</i>	37
4.3.3 <i>Huisartsenpraktijk</i>	37
4.3.3.1 <i>Organisatie van de praktijk</i>	37
4.3.3.2 <i>Aantal ingeschreven patiënten</i>	38
4.3.3.3 <i>POH</i>	38
4.3.4 <i>Samenwerking</i>	39
4.3.5 <i>Ondersteuning door externen</i>	41
4.4 Verwachtingen	42
4.4.1 <i>Kwaliteit</i>	42
4.4.2 <i>Centrale rol huisartsen</i>	42
4.4.3 <i>Investeringen</i>	43

4.4.4	<i>Haalbaarheid</i>	43
4.5	Attitude ten aanzien van disease management bij COPD	44
5	Analyse en Discussie	46
5.1	Informatie	46
5.1.1	<i>Informatiebronnen</i>	46
5.1.2	<i>Informatie en attitude</i>	47
5.2	Ervaring	47
5.2.1	<i>Disease management</i>	47
5.2.2	<i>COPD patiënten</i>	48
5.2.3	<i>Behandeling van COPD</i>	48
5.2.4	<i>Ervaringen en attitude</i>	49
5.3	Verwachtingen	49
5.3.1	<i>Kwaliteit van zorg</i>	49
5.3.2	<i>Eigen rol</i>	50
5.3.3	<i>Verwachtingen en attitude</i>	50
5.4	Attitude ten aanzien van disease management bij COPD	51
5.4.1	<i>Subjectieve evaluatie</i>	51
5.4.2	<i>Attitude en gedrag</i>	51
5.5	Bespreking conceptueel model en discussie onderzoeksopzet	52
5.5.1	<i>Conceptueel model</i>	52
5.5.2	<i>Discussie</i>	53
5.5.2.1	<i>Disease management</i>	53
5.5.2.2	<i>Respondenten</i>	54
5.5.2.3	<i>Tijd en context</i>	54
6	Conclusies en aanbevelingen	55
6.1	Conclusies	55
6.1.1	<i>Wat is disease management?</i>	55
6.1.2	<i>Welke rol kan disease management spelen bij de behandeling van COPD patiënten?</i>	56
6.1.3	<i>Wat is de rol van huisartsen binnen disease management (voor COPD)?</i>	56
6.1.4	<i>Welke aspecten bepalen de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management?</i>	56
6.1.5	<i>Op welke manier kan de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management worden beïnvloed?</i>	57
6.1.6	<i>Conclusie</i>	57
6.2	Aanbevelingen	58
6.2.1	<i>Aanbevelingen op basis van dit onderzoek</i>	58
6.2.2	<i>Toekomstig onderzoek</i>	59
	Literatuurlijst	60
	Bijlage 1 Kenmerken huisartsen	62
	Bijlage 2 Topiclijst interviews huisartsen	63

1 Inleiding

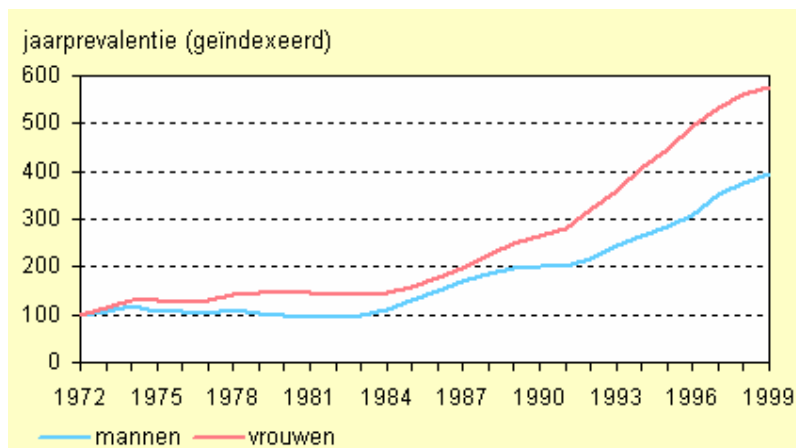
1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk vindt een eerste verkenning van het onderwerp van dit onderzoek plaats. Wat de achterliggende gedachte is bij de keuze voor het onderwerp en in welk kader wordt dit onderwerp geplaatst. Vervolgens komen in paragraaf 1.3 en 1.4 het doel van dit onderzoek en de relevantie ervan aan de orde. Ten slotte volgt de probleemstelling van dit onderzoek in paragraaf 1.5.

1.2 Aanleiding

Het aantal chronisch zieken in Nederland neemt toe, de zorgvraag van deze groep maakt een belangrijk deel uit van de gehele zorgvraag in ons land. De laatste jaren wordt meer en meer duidelijk dat de organisatie van de zorgsector zoals die altijd heeft bestaan niet langer afdoende is om in de vraag naar zorg te voorzien. Stijgende kosten, groeiende wachtlijsten, technische mogelijkheden, eisen aan de kwaliteit van de geleverde zorg en maatschappelijke verwachtingen maken dat de zorgsector zoekende is naar een manier om tijdig efficiëntere en effectievere zorg te leveren.

Een patiëntengroep waarvoor ook geldt dat de traditionele manier van organiseren niet langer voldoet om goede zorg te leveren zijn mensen met chronisch obstructive pulmonary disease (COPD). De populatie van mensen met COPD neemt toe. Eind jaren negentig heeft de WHO becijferd dat COPD van de zesde doodsoorzaak wereldwijd in 1990 naar de derde doodsoorzaak in 2010 zal stijgen (Richtlijn Ketenzorg COPD, 2005). Het aantal mensen met COPD groeit ook in Nederland, wanneer enkel rekening wordt gehouden met demografische ontwikkelingen zal het absoluut aantal personen met astma en COPD tussen 2000 en 2020 met 19,7% stijgen (Figuur 1) (RIVM, 2005).



Figuur 1 Prevalentie van COPD (RIVM, 2005)

De behandeling van mensen met COPD is niet gericht op genezing maar op het zoveel mogelijk voorkomen van perioden met klachten en het verminderen van de ernst van de klachten die toch ontstaan. De kosten van de zorg voor mensen met COPD in Nederland waren in 1994 ongeveer 639 miljoen gulden. Berekend is dat de kosten voor de behandeling

van mensen met astma en COPD tussen 1993 en 2015 zullen stijgen met ongeveer 60%, het grootste aandeel in die stijging ligt bij de groep mensen met COPD (Richtlijn Ketenzorg COPD, 2005).

Wereldwijd zoekt men naar manieren om de chronische zorg op een zo efficiënt mogelijke manier te organiseren zodat het aanbod van zorg optimaal kan worden benut, een betere afstemming tussen de verschillende betrokken hulpverleners tot stand komt en de zorg beter kan worden afgestemd op de behoeften van de patiënt. Een concept dat in de Verenigde Staten is ontwikkeld om de zorg anders in te richten om zo de kwaliteit te verbeteren en de kosten te beheersen is disease management. Disease management omvat een scala van interventies die zich richten op het verbeteren van de coördinatie en afstemming van de zorgverlening tussen verschillende betrokken hulpverleners. Het belangrijkste doel dat men tracht te realiseren door de invoering van disease management binnen de Nederlandse gezondheidszorg, is kwaliteitsverbetering; zorg die beter aansluit bij de behoeften van de patiënt, verbeterde gezondheidsuitkomsten en een grotere doelmatigheid omdat bijvoorbeeld dubbele handelingen worden voorkomen.

Op het gebied van disease management in Nederland komen steeds meer initiatieven tot stand. Er bestaan nog onzekerheden met betrekking tot de plaats en vorm die disease management binnen de Nederlandse gezondheidszorg kan krijgen. De organisatie verschilt per aanpak en de rollen die de betrokken hulpverleners krijgen lopen uiteen. Zo is ook voor de huisartsen nog niet duidelijk welke rol zij spelen, waar het de verschillende toepassingen van disease management betreft.

De reden dat dit onderzoek zich op de rol van de huisarts richt, ligt in het feit dat van oudsher de huisarts een centrale rol heeft binnen de organisatie van de zorg in Nederland. De huisarts vervult immers de taak van poortwachter, hij is de eerste die de patiënt opvangt, de zorgvraag beoordeelt en de behandeling start met als doel in de zorgvraag te voorzien. In perioden waarin de patiënt geen specialistische zorg nodig heeft komt de zorg terug bij de huisarts te liggen. De intensieve relatie tussen patiënt en huisarts zorgt ervoor dat de huisarts goed op de hoogte is van de gezondheidstoestand van de patiënt. Een vast aanspreekpunt maakt dat de drempel voor de patiënt minder hoog komt te liggen wanneer hij behoefte heeft aan zorg. In het geval van chronisch zieken is de relatie tussen patiënt en huisarts intensiever, chronisch zieken zijn genoodzaakt door de aard van hun aandoening vaker gebruik te maken van de zorg en zullen daardoor vaker contact hebben met de huisarts dan mensen die geen chronische aandoening hebben.

Bij zorgvernieuwingsprojecten in het verleden was vaak een centrale rol weggelegd voor huisartsen, gezien de centrale rol van de huisarts in de Nederlandse zorg ligt het in de lijn der verwachtingen dat dit binnen disease management niet anders zal zijn. Daarom is het interessant zijn om te kijken wat de attitude is van huisartsen, al dan niet met ervaring op het gebied van disease management, ten aanzien van de toepassing van disease management bij het ziektebeeld COPD.

De keuze voor COPD als ziektebeeld komt voort uit de eerder genoemde groei in aantal patiënten en de stijgende kosten die daarmee gepaard gaan. COPD is voor huisartsen geen makkelijk ziektebeeld om te behandelen. Mensen met COPD melden zich, over het algemeen pas in een later stadium van de ziekte met klachten bij de huisarts. Niet de

afgenomen longfunctie maar een beperking in hun dagelijkse leven beweegt patiënten ertoe hun huisarts te bezoeken (STG, 2000). Het feit dat mensen zich niet of pas laat met klachten bij hun huisarts melden betekent dat er sprake is van een grote onderdiagnostiek (Siafakis in Vrijhoef, 2005).

In de organisatie van zorg voor mensen met chronische aandoeningen vinden momenteel veel veranderingen plaats. Steeds wordt gewerkt aan een meer gestructureerde vorm van zorg leveren voor chronische ziekten, op het gebied van COPD is dit niet anders. Meer inzicht in de attitude van huisartsen ten aanzien van de toepassing van disease management bij COPD maakt het mogelijk bij het ontwikkelen en invoeren van projecten rekening te houden met de opvattingen en wensen van huisartsen.

In het onderzoek is samengewerkt met PICASSO voor COPD. PICASSO staat voor Partners In Care Solutions. PICASSO voor COPD heeft als doel het bevorderen van de kwaliteit en doelmatigheid van de COPD-zorg. Het delen van kennis en ervaring wordt vanuit PICASSO als noodzaak gezien in het kader van zorgoptimalisatie voor mensen met COPD. Samenwerking met PICASSO voor COPD heeft vooral plaatsgevonden waar het respondentenbenadering betreft.

1.3 Relevantie

Zorgvernieuwing is een actueel onderwerp binnen de gezondheidszorg. Binnen de Master Zorgmanagement heeft zorgvernieuwing dan ook veel aandacht gekregen. Zorgvernieuwing is een dynamisch en interessant onderzoeksgebied. Processen van zorgvernieuwing en het starten van projecten vergen veel tijd maar ook middelen, en er zijn verschillende fasen te onderscheiden binnen een dergelijk proces. Zeker wanneer verschillende groepen deelnemers betrokken zijn kan het lastig zijn om iedereen op één lijn te krijgen. De fase voorafgaand aan de daadwerkelijke start van een project is daarom ook belangrijk; de beweegredenen van deelnemers om te participeren en de opvattingen die daarbij een rol spelen. Deze fase kan bepalend zijn voor het slagen van het project.

Dit onderzoek kan inzicht bieden in de gedachtegang van huisartsen die voorafgaat aan de beslissing om wel of niet te participeren in een dergelijk project. In toekomstige projecten kan met deze overwegingen rekening worden gehouden en kan eventuele twijfel op bepaalde onderdelen (deels) worden weggenomen door informatievoorziening of ondersteuning. Over de beweegredenen van huisartsen om al dan niet deel te nemen aan disease management projecten is nog niet veel bekend. Het is echter belangrijk om inzicht te krijgen in de overwegingen die vooraf gaan aan een dergelijke keuze en welke ideeën en opvattingen daaraan ten grondslag liggen. Kennis van de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management bij COPD kan managers en hulpverleners aandachtspunten bieden om actief op in te spelen wanneer men een start maakt met de invoering van disease management in de behandeling van mensen met COPD. Onderzoek kan duidelijk maken of en aan welke informatie huisartsen behoefte hebben om een beslissing te nemen over deelname. Deze kennis biedt de mogelijkheid informatie aan te bieden die meer is toegesneden op de behoefte van de huisarts.

Het is belangrijk om te weten welke belemmeringen in de ogen van huisartsen de implementatie van disease management in de weg staan, zodat deze inzichten kunnen worden meegenomen bij de implementatie in de Nederlandse context.

Dit onderzoek heeft naast praktische relevantie ook wetenschappelijke relevantie. Er bestaat nog niet veel literatuur over de toepassing van disease management bij COPD in Nederland. Over de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management bij COPD is daarom ook nog niet veel bekend. De relevantie van dit onderzoek ligt in het vergroten van het inzicht op een gebied waar nog niet veel kennis beschikbaar is. Daarnaast kan dit onderzoek een handreiking zijn voor verder onderzoek op dit gebied.

1.4 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management bij COPD en de factoren die invloed hebben op de totstandkoming van die attitude. Naar aanleiding van de bevindingen worden aanbevelingen gedaan hoe huisartsen beter kunnen worden betrokken bij de totstandkoming en invoering van disease management initiatieven.

1.5 Probleemstelling en deelvragen

De probleemstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

Wat is de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management bij COPD en wat betekent dat voor de ontwikkeling hiervan?

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Wat is disease management?
2. Welke rol kan disease management spelen bij de behandeling van COPD patiënten?
3. Wat is de rol van huisartsen binnen disease management (voor COPD)?
4. Welke aspecten bepalen de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management?
5. Op welke manier kan de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management worden beïnvloed?
6. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan om huisartsen bij COPD disease management initiatieven te betrekken?

1.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk is de keuze voor het onderwerp van dit onderzoek aan de orde gekomen en is een kader geschetst waarin dit onderzoek moet worden geplaatst. Het groeiende aantal mensen met COPD en de betekenis hiervan voor de kosten en de organisatie van de zorg voor deze groep patiënten zijn toegelicht. De relevantie van dit onderzoek en het doel ervan zijn nader belicht. Vervolgens zijn de centrale probleemstelling en de deelvragen geformuleerd.

1.7 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 staat de theorie centraal, de beschikbare literatuur die betrekking heeft op het onderzoek wordt besproken en tegenover elkaar gezet. De onderwerpen die in dit hoofdstuk naar voren komen zijn achtereenvolgens: het ziektebeeld COPD, disease management, de organisatie van de huisartsenzorg zoals die nu is in Nederland, huisartsenzorg en disease management en ten slotte attitude en attitudevorming. Hoofdstuk 3 behandelt vervolgens de methoden van onderzoek . In dit hoofdstuk worden het literatuuronderzoek, de samenstelling van de respondentengroep en de respondentenwerving, de interviews, de topiclijst en de methode van analyse besproken. Daarnaast wordt in hoofdstuk 3 ook stilgestaan bij de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. In hoofdstuk 4 zijn de onderzoeksresultaten terug te vinden. In hoofdstuk 5 worden de onderzoeksresultaten geanalyseerd, tevens is in dit hoofdstuk een bespreking van het conceptueel model opgenomen. In hoofdstuk 6 zijn tenslotte de conclusies van dit onderzoek terug te vinden en de aanbevelingen die op basis van het onderzoek kunnen worden gedaan.

2 Theoretisch kader

2.1 Inleiding

Het theoretisch kader wordt gebruikt om te inventariseren welke kennis reeds voorhanden is over het onderwerp van dit onderzoek, welke vragen deels of geheel kunnen worden beantwoord maar juist ook welke onbeantwoord blijven door de theorie die met behulp van onderzoek wellicht beantwoord kunnen worden. Eerst wordt in paragraaf 2.2 gekeken wat COPD is en welke eisen de behandeling van deze ziekte stelt aan de zorg en zorgverleners. Vervolgens wordt gekeken wat disease management nu precies is en welke mogelijkheden dit biedt binnen de zorg voor mensen met COPD (paragraaf 2.3). In paragraaf 2.4 volgt een overzicht van de manier waarop binnen de huisartsenpraktijk, de zorg voor mensen met COPD georganiseerd is. In paragraaf 2.5 wordt bekeken wat de invoering van disease management betekent voor de manier waarop de huisartsenzorg voor mensen met COPD is georganiseerd. Paragraaf 2.6 ten slotte behandelt het begrip attitude en attitudevorming.

2.2 COPD

Chronic Obstructive Pulmonary Diseases (COPD) is de verzamelnaam voor chronische bronchitis en longemfyseem, dit zijn aandoeningen van de longen en luchtwegen. Een chronische ontsteking beschadigt de kleinste buisjes van de luchtwegen en de longblaasjes. De wanden van de luchtwegen worden slapper waardoor ze bij het uitademen gemakkelijk dichtvallen. De klachten variëren van kortademigheid tot volledige invaliditeit. De chronische ontsteking aan de luchtwegen, waar bij COPD sprake van is, wordt meestal veroorzaakt door roken (Astmafonds, 2005).

COPD is een chronische ziekte en de beschadiging is niet te herstellen. Doel van de behandeling is klachtenvermindering en voorkomen van ernstigere beschadiging. Het is belangrijk om de klachten serieus te nemen. De behandeling van een arts is een deel van de aanpak, daarnaast ligt een deel van de verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf. De meeste mensen met COPD gebruiken medicijnen. Deze kunnen de schade echter niet herstellen, deze is namelijk onomkeerbaar. Medicijnen kunnen wel zorgen dat mensen met COPD minder hoesten en minder kortademig worden en dat hun luchtwegen beter in conditie zijn. De huisarts of longarts schrijft de medicijnen voor en legt uit hoe het gebruik in zijn werk gaat. De gebruiker is zelf verantwoordelijk voor een juist gebruik van de medicijnen (RIVM, 2005). Het belangrijkste onderdeel van de behandeling van COPD is stoppen met roken om verdere beschadiging van de luchtwegen en longen te voorkomen. Daarnaast zijn ook andere, niet-medicamenteuze behandelmethoden van belang binnen de behandeling, zoals meer bewegen en andere eetgewoonten (STG, 2000). Het succes van de behandeling van COPD is mede afhankelijk van deze niet-medicamenteuze behandelmethoden. Juist hierbij is de bereidheid tot verandering en de inzet van de patiënt belangrijk, het is een wisselwerking tussen hulpverlener en patiënt. De hulpverlener wordt geacht de patiënt te informeren en te ondersteunen maar het is aan de patiënt om deze adviezen op te volgen. De patiënt draagt dus zelf ook verantwoording voor het slagen van de behandeling. Maar bijvoorbeeld een jaarlijkse griepvaccinatie kan ook onderdeel uitmaken van de behandeling van COPD (STG, 2000). Om de behandeling van mensen met COPD te doen

slagen hebben de arts en de patiënt een gedeelde verantwoordelijkheid voor het verloop van de behandeling en dienen zij intensief samen te werken.

Bij de behandeling van mensen met COPD zijn verschillende hulpverleners betrokken, onder andere de huisarts, longarts en gespecialiseerde verpleegkundige of Praktijk Ondersteuner Huisartsen (POH), maar ook de fysiotherapeut, diëtist en apotheker (STG, 2000). De organisatie van de zorg rond COPD en de verdeling van taken onder de verschillende hulpverleners verschilt per regio. Mensen met COPD zijn erbij gebaad wanneer de hulpverleners goed met elkaar samenwerken om de zorg optimaal te laten verlopen (Richtlijn Ketenzorg COPD, 2005).

In de praktijk blijkt echter dat de zorg voor mensen met COPD sterk is gefragmenteerd, de taken van de betrokken hulpverleners zijn niet goed afgestemd en niet duidelijk omschreven. Het gevolg hiervan is dat het risico bestaat dat behandelingen dubbel of helemaal niet uitgevoerd worden, daarnaast brengt het ook grote onduidelijkheid voor de patiënt met zich mee. Een groot deel van de mensen die COPD hebben zijn niet onder behandeling van een arts en een deel van de mensen is zich zelfs niet bewust van het feit dat ze COPD hebben (Richtlijn Ketenzorg COPD, 2005). Omdat disease management zich mede richt op preventie en opsporing kan eerder een start worden gemaakt met de behandeling. De verwachting is dat vroege opsporing en behandeling van COPD betekent dat de patiënt in de toekomst een betere kwaliteit van leven heeft (Steuten, 2006).

Uit het voorgaande blijkt dat COPD een ziekte is met een grote impact op het persoonlijk leven van de patiënt en een goede organisatie van zorg vraagt waarbij de verschillende hulpverleners duidelijke afspraken hebben over taken en verantwoordelijkheden. Zoals al eerder uit de probleemanalyse is gebleken, neemt de omvang van de patiëntenpopulatie van COPD in grootte toe. De groep van mensen met COPD doet daarmee een steeds groter beroep op de beschikbare zorg. Een andere manier van organiseren lijkt een oplossing te kunnen bieden voor een deel van de problemen die nu bestaan binnen de zorg voor COPD-patiënten.

2.3 Disease Management

Een andere inrichting van de zorg rond COPD lijkt een vereiste, maar in het grote aanbod van zorgvernieuwingen is het lastig een juiste manier van organiseren te vinden. Afhankelijk van het ziektebeeld en de hulpverleners zijn verschillende initiatieven in meer of mindere mate geschikt. Voor chronische ziekten wordt in de Verenigde Staten sinds enkele jaren met disease management gewerkt. Welke mogelijkheden biedt disease management voor COPD?

Disease management wil een antwoord bieden op de verschillende problemen zoals die in de huidige gezondheidszorg spelen, zoals perverse financiële pakkets voor zorgverleners en grote interdokter variatie en de schaarste van middelen. Daarnaast doet het een handreiking om de zorg voor chronisch zieken beter te organiseren. De sterke toename van het aantal chronisch zieken maakt de vraag hoe de zorg aan chronisch zieken effectiever kan worden georganiseerd steeds belangrijker (Spreeuwenberg, 2005).

Naast het zoeken van een oplossing voor de eerder genoemde problemen neemt ook de aandacht voor de kwaliteit van de geboden dienst een steeds belangrijkere plaats in binnen de organisatie van zorg.

Spreeuwenberg hanteert de volgende definitie:

'de programmatische en systematische aanpak van specifieke ziekten en gezondheidsproblemen door middel van het gebruik van managementinstrumenten met als doel de kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen' (Spreeuwenberg, 2005: 11)

Deze definitie is afgeleid van de definitie die gehanteerd wordt door de Disease Management Association of America (DMAA), deze definitie luidt als volgt (DMAA, 2006):

Disease management is a system of coordinated health care interventions and communications for populations with conditions in which patient self-care efforts are significant. Disease management:

- *Supports the physician or practitioner/patient relationship and plan of care;*
- *Emphasizes prevention of exacerbations and complications utilizing evidence-based practice guidelines and patient empowerment strategies; and*
- *Evaluates clinical, humanistic, and economic outcomes on an on-going basis with the goal of improving overall health.*

Uit de definitie van de DMAA is af te leiden dat disease management zich zowel op de hulpverlener als de patiënt richt en dat de organisatie daarop is afgestemd. Wat disease management onderscheidt van andere initiatieven is dat een belangrijk onderdeel van de behandeling zich richt op preventie en educatie van de patiënt en een sterke mate van protocollering en substitutie van artsen door verpleegkundigen. Het is juist die substitutie die door artsen als bedreigend kan worden ervaren, echter de verschuiving naar andere zorgverleners betekent dat zij zich meer kunnen richten op andere zaken en een meer begeleidende rol krijgen (Spreeuwenberg, 2005). Steuten et al. (2002) onderschrijven dit en stellen dat de rol van de huisarts zal verschuiven van poortwachter naar manager van het primaire zorgproces.

Van Leeuwen en Baggen (2001) geven in hun artikel aan dat disease management door de organisatievorm waardoor zij gekenmerkt wordt mogelijkheden biedt om door samenwerking en uitwisseling van kennis tot nieuwe kennis te komen. Zij zetten echter kanttekeningen bij de sterke protocollering die disease management kenmerkt, in hun ogen worden de mogelijkheden om af te wijken minder, dit in het nadeel van zowel de patiënt als de behandelaar. Ze stellen dat bij het gebruik van disease management initiatieven goed naar de wensen van de patiënt en de ervaringen van anderen moet worden geluisterd.

In Nederland staat disease management nog in de kinderschoenen en blijft het vaak beperkt tot de samenwerking tussen de betrokken hulpverleners. De oorzaak hiervan wordt veelal gezocht in het feit dat het doorvoeren van veranderingen investeringen van tijd en geld vraagt die niet altijd beschikbaar zijn.

De belangrijkste kenmerken van disease management zijn volgens Steuten et al. (2002):

- Geïntegreerde en gestandaardiseerde zorg
- Focus op het gehele continuüm van zorg voor chronische ziekten
- Aandacht voor preventie
- Screening en patiënt empowerment
- Monitoren en benchmarken van processen en uitkomsten

Spreeuwenberg (2005) noemt de volgende kernpunten voor disease management:

- Betrekking op één gezondheidsprobleem of gericht op een welomschreven (sub)populatie;
- Gericht op samenhang tussen onderdelen van het zorgproces;
- Sterk geprotocolleerde en op 'evidence' gebaseerde behandeling;
- Methodische educatie van patiënten en hun naasten ter bevordering van hun zelfmanagement;
- Grote mate van taakherschikking van artsen naar verpleegkundigen;
- Gebruik van moderne informatie- en communicatietechnologie en van andere moderne technologieën;
- Grootschaligheid en indeling van patiënten en behandelstromen op basis van subkenmerken;
- Focus op gebruik van een scala van managementinstrumentarium zoals op informatie gebaseerde benchmarking en feedback;
- Een samenhang bevorderende externe financiering;
- Een robuuste organisatiestructuur met centrale sturing door zorgaanbieders of zorgverzekeraars.

Vrijhoef et al. (2001) komen tot de conclusie dat voor een verdere verspreiding van disease management in Nederland juridische, ethische, organisatorische en sociale gevolgen in overweging moeten worden genomen naast de voordelen die eerder zijn genoemd. Kritische beoordeling van de resultaten van andere disease management initiatieven moet onderdeel uitmaken van de overweging om initiatieven te implementeren.

Het invoeren van disease management in het Nederlandse zorgsysteem betekent dat kritisch moet worden gekeken naar de manier van werken van en de taakverdeling tussen de betrokken hulpverleners. Dit betekent voor alle betrokken hulpverleners dat hun werkzaamheden vaker evidence based zullen zijn dat vaker wordt gewerkt met richtlijnen en dat afstemming en communicatie belangrijker worden.

In het verdere onderzoek wordt de definitie van Spreeuwenberg voor disease management gehanteerd:

'de programmatische en systematische aanpak van specifieke ziekten en gezondheidsproblemen door middel van het gebruik van managementinstrumenten met als doel de kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen' (Spreeuwenberg, 2005: 11)

In grote lijnen noemen Steuten et al. (2002) en Spreeuwenberg (2005) dezelfde kenmerken voor disease management. Echter Spreeuwenberg noemt ook 'evidence based' werken, taakherschikking, gebruik van nieuwe technologieën, gebruik maken van managementinformatie en de externe financiering. De 'extra' kenmerken die Spreeuwenberg noemt zijn meer praktisch van aard en hebben betrekking op de daadwerkelijke uitvoering van disease management. De kenmerken die Steuten et al. (2002) noemen geven voornamelijk de achterliggende gedachte van disease management weer zoals die ook uit de definitie van Spreeuwenberg naar voren komt. De combinatie van alle kenmerken in één nieuwe manier van organiseren en werken vergt van alle betrokkenen grote inspanningen. Elders in dit hoofdstuk is ook de definitie van de DMAA genoemd. De definitie van de DMAA en Spreeuwenberg ontlopen elkaar niet veel. Beide spreken van een systematische aanpak

van specifieke ziektebeelden. In de definitie van Spreeuwenberg wordt de rol van de patiënt niet specifiek genoemd in die van de DMAA wel. Spreeuwenberg noemt echter specifiek het verbeteren van de kwaliteit als reden voor de invoer van disease management. De invulling van disease management in de Nederlandse context is verschillend maar het verbeteren van de kwaliteit is vaak het hoofddoel. Dit laatste is de reden waarom in dit onderzoek de definitie van Spreeuwenberg wordt gehanteerd en niet die van de DMAA.

Het hanteren van een duidelijke definitie van disease management in dit onderzoek is noodzakelijk om duidelijkheid te scheppen voor zowel onderzoeker als voor deelnemers aan het onderzoek. Wanneer onderzoeker en respondent verschillende definities hanteren is een correcte interpretatie van de data onmogelijk.

2.4 Huisartsen en de organisatie van zorg

Disease management vraagt om een andere manier van organiseren. Dit betekent voor veel hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg voor chronisch zieken dat hun rol in het zorgproces en hun takenpakket een verandering zullen ondergaan. Om die verandering in werkzaamheden voor de huisarts nader te kunnen bekijken moet eerst worden gekeken hoe deze nu zijn.

Een groot deel van de zorg voor mensen met COPD vindt plaats in de huisartsenpraktijk, ongeveer 60 tot 80 procent (Hoogendoorn-Lips, 2004). In de huidige situatie is het zo dat de huisarts de patiënt met COPD pas ziet wanneer deze zich met klachten meldt in de praktijk, vaak is dit in een laat stadium (STG, 2000). Wanneer de huisarts de diagnose COPD heeft gesteld wordt afhankelijk van de aard en zwaarte van de klachten een behandeling gestart. Problematisch hierbij is dat het stellen van de diagnose COPD complex is en dat een spirometriemeting moet worden gedaan wat niet in elke huisartsenpraktijk mogelijk is (STG, 2000). Wanneer de huisarts na het stellen van de diagnose daar aanleiding toe ziet kan hij er voor kiezen door te verwijzen naar de longarts.

Idealiter ziet de huisarts de patiënt eens per drie tot zes maanden, minimaal één keer per jaar (Astmafonds, 2005). De patiënt staat onder controle van de huisarts of, zoals in een steeds meer huisartsenpraktijken het geval is, de praktijkverpleegkundige.

Huisartsen hebben als basis voor hun behandeling de NHG-standaarden tot hun beschikking. De behandeling is gericht op het tegengaan van een verdere progressie van de ziekte (STG, 2000). De huisarts is eindverantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt.

De centrale plaats van huisartsen in het Nederlandse systeem maakt dat bij het ontwikkelen van nieuwe initiatieven voor huisartsen veelal een centrale rol is weggelegd. De huisarts staat, door de structurering van de gezondheidszorg zoals die in Nederland bestaat, in normale omstandigheden dicht bij de patiënt dan andere hulpverleners. De huisarts is vaak de eerste die de patiënt ziet wanneer deze behoefte heeft aan zorg. Hij kan de patiënt zelf behandelen of, in zijn functie van poortwachter de patiënt doorverwijzen naar een andere hulpverlener. De organisatorische structuur van de huisartsgeneeskunde maakt de basis voor samenwerking echter wankel, de huisartsenzorg is immers sterk gefragmenteerd. Spreeuwenberg (1996) merkt op dat daarnaast huisartsen doorgaans tekort schieten in de benodigde kennis en vaardigheden waar het de zorg voor patiënten met een chronische aandoening betreft. Dit is vooral te wijten aan het ontbreken van routine, het aantal patiënten

met dezelfde chronische aandoening binnen een huisartsenpraktijk is vaak klein. Alleen met ondersteuning door het ziekenhuis, via instructie en bezoek aan huis door specialisten en/of transmurale verpleegkundigen, kunnen huisartsen hun verantwoordelijkheden realiseren.

In de afgelopen jaren zijn de taken en werkwijzen van huisartsen veranderd. Huisartsen spelen daarin zelf een actieve rol, voorbeelden hiervan zijn de diverse standaarden en richtlijnen die gebruikt worden door de Nederlandse huisartsenpopulatie en de implementatie van huisarts-informatiesystemen in de praktijkvoering van de huisartsen.

Voor een goede praktijkvoering is het noodzakelijk dat de huisarts zich met name met de complexe taken bezighoudt. Veel van de zorgvragen betreffen echter 'minor disease', ongecompliceerde, eenvoudige klachten. Deze klachten kunnen ook door een assistente of praktijkverpleegkundige behandeld worden (Ebbens, 2002).

In steeds meer huisartsenpraktijken neemt de praktijkverpleegkundige of praktijkondersteuner de meer routinematige activiteiten op zich, zoals periodieke controles maar bijvoorbeeld ook voorlichting (STG, 2000). Daarnaast worden vooral medisch administratieve en organisatorische zaken worden gedelegeerd (Braspenning et al., 2004). Met de inzet van een praktijkverpleegkundige wordt een taakontlasting van de taken van de huisarts beoogd maar met name een verbetering van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken. Deze ondersteuning is met het oog op de toenemende aanspraak van chronisch zieken op het zorgaanbod van grote waarde voor de huisartsen. Uit de literatuur komt echter naar voren dat de introductie van een praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk enkel in de zorg voor de groep chronisch zieken en ouderen een vermindering van de zorgtaken van de huisarts betekent (Lamkadem, 2004)

Het doel van disease management is dat de huisarts taken delegeert naar andere hulpverleners. De huisarts wordt ontlast en kan andere hulpvragen behandelen. De vraag is echter of deze delegatie van taken ook positieve effecten heeft op het verloop van de ziekte en de kwaliteit van de geboden zorg.

Uit onderzoek van Kanton et al. (2001) komt naar voren dat ondersteuning door een verpleegkundige weliswaar door patiënten wordt gewaardeerd maar dat uitkomsten van onderzoek niet altijd de opvatting onderschrijven dat ondersteuning door een verpleegkundige meerwaarde heeft boven de reguliere behandeling. Deze conclusie wordt onderschreven door Vrijhoef et al. (2003), zij komen tot de conclusie dat uit onderzoek niet blijkt dat de inzet van verpleegkundigen op het gebied van vroegdiagnostiek van COPD, betere resultaten tot gevolg heeft.

Uit onderzoek van Taylor et al. (2005) blijkt ook niet dat er bewijs is om te beweren dat disease management door verpleegkundigen positieve effecten heeft op het verloop van COPD. Het nut van een dergelijke handelswijze wordt niet uitgesloten maar er is geen bewijs voor. In het artikel van Taylor et al. wordt vermeld dat voor chronische ziekten als geheel genomen positieve effecten worden waargenomen als gevolg van de implementatie van disease management, echter uit de review blijkt dat deze positieve effecten voor COPD niet worden gevonden.

Steuten (2006) concludeert dat waar longfunctie en gezondheidstoestand niet worden beïnvloed door de invoering van disease management, op aspecten als kwaliteit van zorg en patiëntentevredenheid wel een verbetering is waar te nemen.

Het stellen van de diagnose COPD is een complex proces. Om de COPD vast te kunnen stellen is het noodzakelijk een spirometrie uit te voeren. Niet elke huisartsenpraktijk heeft de mogelijkheid om spirometrie uit te voeren. De zorg voor mensen met COPD vindt grotendeels plaats in de huisartsenpraktijk. Het voornaamste doel van de behandeling is het tegengegaan van de progressie van de ziekte (RIVM, 2005).

Historisch gezien heeft de huisarts altijd een centrale plaats ingenomen in de Nederlandse gezondheidszorg. De huisarts is vaak de eerste die de patiënt ziet wanneer deze een klacht heeft. De taken en werkwijzen van de huisarts zijn in de afgelopen jaren veranderd. De huisarts concentreert zich op de complexere zorg terwijl de 'minor disease' door een assistente of praktijkverpleegkundige wordt overgenomen.

Een van de kenmerken van disease management is dat de huisarts zijn zorgtaken voor chronisch zieken delegeert naar andere hulpverlener. Tot nu toe is er echter nog niet veel bewijs dat deze delegatie een verbetering van de resultaten en de kwaliteit van zorg tot gevolg heeft.

2.5 Huisarts en disease management

Wat betekent de invoering van een concept als disease management voor de manier waarop de huisarts een plaats krijgt in het zorgproces en wat de invulling van zijn taken en verantwoordelijkheden wordt?

Disease management veronderstelt een intensieve samenwerking en grote inzet van betrokken hulpverleners. Derhalve is de deelname van huisartsen aan disease management cruciaal voor de in- en uitvoering van disease management in Nederland. Uit onderzoek van Steuten et al. (2002) blijkt dat ten tijde van het onderzoek ongeveer 10,4% van de Nederlandse huisartsenpopulatie actief deelnam aan een disease management initiatief. Deze uitkomst is gebaseerd op de eigen definitie van disease management die huisartsen hanteren. Uit het onderzoek blijkt verder dat 54,8% van de projecten die artsen zelf noemen niet aan alle kenmerken van disease management voldoen.

Uit het onderzoek van Steuten et al. (2002) blijkt dat de grote tijdsinvestering die van de huisartsen wordt vereist, als grootste struikelblok wordt gezien. Daar tegenover geven de huisartsen als belangrijkste redenen om deel te nemen aan disease management initiatieven de mogelijkheid om de kwaliteit van zorg, de efficiëntie van de zorg en de kwaliteit van leven te verbeteren.

In de Verenigde Staten is gebleken dat organisaties waarin hulpverleners samenwerken bij de behandeling van patiënten een verrijking van de medisch praktijk kennen door de uitwisseling die plaatsvindt van informatie over patiënten en de beste behandelwijzen. Uit onderzoek van Waters et al. (2001) is naar voren gekomen dat de betrokkenheid van artsen in de implementatiefase een positieve invloed heeft op de deelname aan initiatieven, echter deelname bij de ontwikkeling van initiatieven heeft geen invloed en wellicht zelfs een negatief effect.

Voor een succesvolle implementatie van disease management in het Nederlandse stelsel is een goede afstemming van taken en verantwoordelijkheden tussen de betrokken hulpverleners noodzakelijk. De huidige structuur van de huisartsenzorg in Nederland is

gefragmenteerd, de invoering van disease management betekent een verandering in de manier van werken voor huisartsen. Ze krijgen andere taken en verantwoordelijkheden en zullen intensiever moeten gaan samenwerken en communiceren met andere betrokken hulpverleners, de rol van de huisarts in disease management zal vooral begeleidend zijn.

Over de implementatie van disease management in de Nederlandse zorg is nog niet veel bekend. Er zijn parallellen te vinden met de invoering van richtlijnen en standaarden in de Nederlandse huisartsenpraktijken. Het toepassen van richtlijnen en evidence based handelen zijn een onderdeel van disease management als geheel. Kanttekening hierbij is wel dat een positieve attitude van huisartsen over het gebruik van richtlijnen niet zondermeer betekent dat zij positief tegenover de toepassing van disease management staan. Disease management omvat meer dan enkel het toepassen van richtlijnen.

Voor de behandeling van mensen met COPD zijn de volgende NHG-standaarden beschikbaar voor huisartsen:

- Astma bij volwassenen en COPD: diagnostiek (2001)
- COPD: behandeling (2001)

De NHG publiceert richtlijnen sinds 1989. Inmiddels zijn de NHG-standaarden goed bekend onder huisartsen en er bestaat draagvlak voor de toepassing van standaarden in de praktijkvoering. De NHG standaarden worden op basis van evidence based medicine en consensus opgesteld, een vereiste dat ook geldt voor de toepassing van disease management.

De NHG heeft voor verschillende ziektebeelden standaarden opgesteld die voor de huisarts als ondersteuning kunnen dienen tijdens het proces van diagnose en behandeling (STG, 2000). Uit een nationale studie naar verrichtingen in de huisartsenpraktijk blijkt dat in de periode van 1997 tot 2001 gemiddeld genomen in 55% van de gevallen (zelfrapportage door huisartsen) het handelen van de huisarts overeenkomstig de richtlijn is maar dat er grote onderlinge variaties zijn (Braspenning et al., 2004).

In de standaarden wordt er van uit gegaan dat het stellen van een diagnose een rationeel beslistkundig proces is. Uit het artikel van De Jongh en Van Ruijven (2000) blijkt dat het diagnostisch proces veeleer steunt op de ervaring van de huisarts en niet zozeer op evidence based medicine.

Daarnaast, zo stelt De Haan (1998), zijn bepaalde instrumenten noodzakelijk willen standaarden succesvol worden toegepast in de huisartsenpraktijk. Vooral voor de kleinere huisartsenpraktijken geldt dat deze instrumenten niet altijd voorhanden zijn. Uit onderzoek van Grol et al. (2002) blijkt ook dat niet alle NHG-standaarden zondermeer toegepast worden in de huisartsenpraktijk. Uit het artikel blijkt dat de richtlijnen en standaarden als te theoretisch worden ervaren en onvoldoende geschikt voor individuele gevallen

Voor de toepassing van disease management in de huisartsenpraktijk betekent dit dat het voorhanden zijn van evidence based informatie over bijvoorbeeld diagnose en behandelwijze niet zondermeer leidt tot de toepassing van deze informatie.

Daarnaast is er op het gebied van COPD ook een Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) tot stand gekomen uit overleg tussen huisartsen en longartsen, om doelmatige zorg voor mensen met COPD te bevorderen. Niet alle hulpverleners die betrokken kunnen zijn bij de

zorg voor mensen met COPD zijn dus bij deze afspraken betrokken. De LTA is bedoeld als uitgangspunt voor verdere afspraken in de eerste en tweede lijn op regionaal niveau. In de LTA zijn wetenschappelijke inzichten en de reeds bestaande richtlijnen en standaarden verwerkt.

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO is actief op het gebied van kwaliteit in de patiëntenzorg. Zij ondersteunt en begeleidt professionals en zorginstellingen in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg die zij leveren. Door dit instituut is de Richtlijn Ketenzorg opgesteld, met daarin aanbevelingen en handelingsinstructies. De richtlijn is bedoeld ter ondersteuning van dagelijkse praktijkvoering van de verschillende hulpverleners (Richtlijn Ketenzorg COPD, 2005).

Disease management is betrekkelijk nieuw in de Nederlandse zorg, niet alle huisartsen zijn bekend met het concept of de inhoud ervan. Richtlijnen zijn inmiddels een bekend gegeven binnen de huisartsenzorg. Het gebruik van de richtlijn binnen de behandeling is niet vanzelfsprekend. De NHG-standaard is een hulpmiddel waar niet alle huisartsen gebruik van maken. Ook praktische beperkingen maken het voor de huisarts niet altijd mogelijk de richtlijn te volgen. Wanneer wordt gekeken naar de invoer van disease management in de Nederlandse context zijn wellicht parallellen te trekken. Praktische beperkingen maar ook weerstand op basis van inhoudelijke redenen kunnen factoren zijn die de invoer van disease management bemoeilijken.

2.6 Attitude

De invoering van disease management in de zorg voor mensen met COPD brengt de nodige veranderingen met zich mee voor alle betrokken hulpverleners en zoals is gebleken ook voor de huisartsen. Uit het voorgaande is gebleken dat huisartsen verschillende redenen hebben om al dan niet deel te nemen aan disease management projecten. De verklaring voor deze redenen ligt in de overweging die een huisarts maakt wanneer hij zich voor de vraag gesteld ziet mee te werken aan een project. De uitkomst van een dergelijke overweging wordt ook wel een attitude genoemd. Iedereen heeft ideeën en opvattingen, hoe komen ideeën tot stand en in hoeverre kunnen de ideeën die je hebt voorspellen wat voor gedrag je op een bepaald moment vertoont? In de volgende paragraaf wordt gekeken hoe attitude tot stand komt en of attitude gedragingen kan voorspellen.

Bohner en Wänke (2001) definiëren attitude als een uitkomst van een subjectieve evaluatie van een object of idee. Het object van een attitude kan concreet zijn of abstract, of levenloze zaken, personen of groepen betreffen. In het geval van disease management is sprake van een abstract object, het is immers niet tastbaar.

Ajzen en Fishbein (2000) hanteren de volgende definitie: "A persons degree of favourableness or unfavourableness with respect to a psychological object". In beide definities is het belangrijkste dat attitude een uitkomst is van een evaluatie, het individu maakt een afweging en komt zo tot zijn attitude.

Een belangrijk discussiepunt tussen wetenschappers die onderzoek doen naar attitude is of de uitkomsten van de eerder genoemde evaluaties gelijk moeten blijven over een langere

periode wil men van een attitude kunnen spreken. Het belangrijkste verschil tussen de twee stromingen die bestaan is dat de ene groep ervan uitgaat dat attitudes als het ware als mentale dossiers opgeroepen kunnen worden om een object te kunnen evalueren. De andere stroming stelt dat attitude ontstaat als tijdelijke constructie op het moment dat daar behoefte aan is. De tweede groep is van mening dat mensen geen attitude oproepen maar tot een evaluatie komen op basis van de informatie die op dat moment beschikbaar is (Bohner & Wänke, 2002). In dit onderzoek wordt uitgegaan van het idee dat mensen een attitude vormen op basis van informatie die op dat moment voor hen beschikbaar is. Dit betekent dat attitudes niet hetzelfde blijven maar aan verandering onderhevig zijn, onder invloed van nieuwe informatie kan een evaluatie een andere attitude als uitkomst hebben. De reden hiervoor is dat uit meerdere onderzoeken (Schwarz & Clore, 1983; Schuman & Rasinski, 1988; Schuman & Converse, 1971; Bohner & Wänke, 2002) is gebleken dat de context invloed heeft op de attitude die wordt gevormd. Onder context wordt hierbij verstaan de situatie waarin een persoon tot een subjectieve evaluatie komt, en hoe de persoon deze context ervaart. Onder andere kan worden gedacht aan een vertrouwde of nieuwe omgeving.

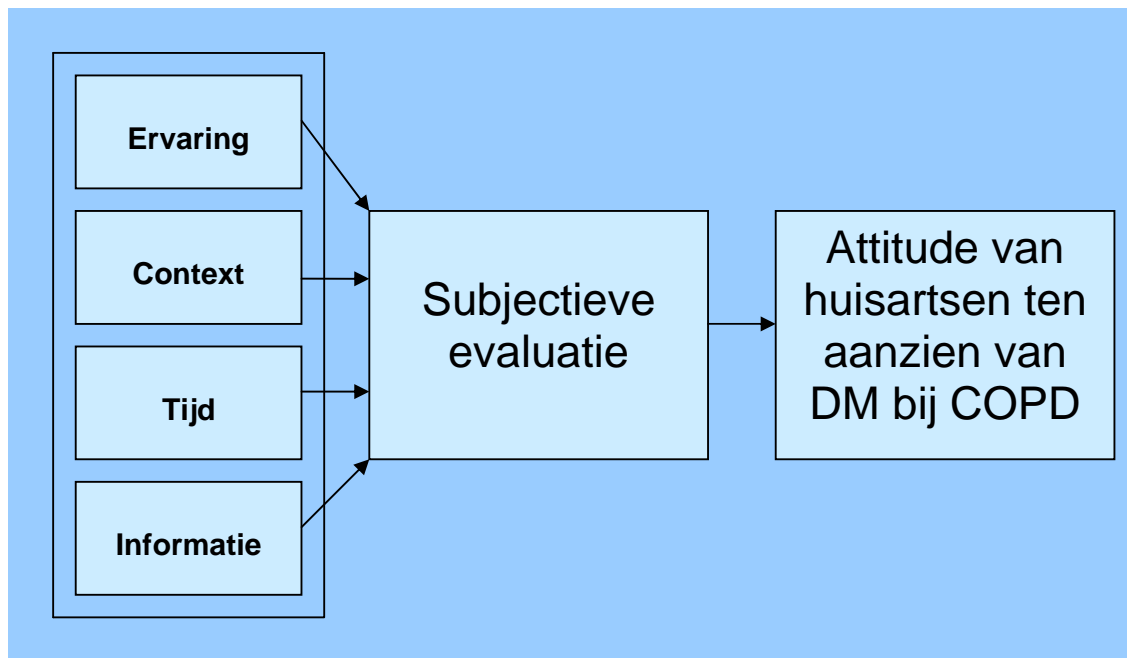
Fishbein en Ajzen (1980) gaan er van uit dat mensen rationeel handelen op basis van de informatie die voor hen beschikbaar is. Deze informatie heeft invloed op hun overtuigingen, attitude, intenties en gedrag (Fishbein en Ajzen 1980; Steuten et al, 2002). Het object waarover een attitude wordt gevormd beschikt over verschillende kenmerken waaraan door een persoon een positieve of negatieve waarde wordt toegedicht. Attitudes zijn een constructie van de verschillende opvattingen die een persoon heeft ten aanzien van de verschillende kenmerken van een object. De waarde die een persoon toekent aan de verschillende kenmerken bepalen de attitude die wordt gevormd, wanneer de kenmerken van het object in de ogen van de persoon overwegend positief zijn zal ook zijn attitude ten aanzien van het object positief zijn en andersom. De opvattingen die een persoon heeft over dergelijke kenmerken worden door de persoon in de tijd verzameld en kunnen uit verschillende bronnen afkomstig zijn. Veranderingen in opvattingen kunnen plaatsvinden wanneer zich een situatie voordoet waarin het individu met nieuwe informatie in aanraking komt, op basis daarvan kan een persoon zijn attitude wijzigen (Ajzen, 1988).

Uit het voorgaande blijkt dat om tot een evaluatie te kunnen komen, mensen beschikking moeten hebben over relevante informatie. Niet altijd maakt een individu gebruik van alle beschikbare informatie, dat is onder andere afhankelijk van het gemak waarmee deze informatie beschikbaar is in het geheugen van de persoon. Daarbij is bijvoorbeeld ook van invloed wanneer die informatie vergaard is, recent of langer geleden (Bohner & Wänke, 2002). Over een langere periode kunnen de opvattingen van een persoon constant blijven, wijzigen of afgezwakt worden. Tijd is dus een belangrijke bepalende factor bij het vormen van een attitude. Hoe meer mensen over zaken nadenken hoe meer informatie wordt vergaard en verwerkt. Mensen zijn eerder geneigd informatie tot zich te nemen die aansluit bij hun reeds bestaande attitude, daarentegen informatie die niet direct overeenkomt met hun attitude wordt niet actief gezocht. Wanneer men kennis heeft van de attitudes kunnen dergelijke selectieve effecten worden voorspeld (Bohner & Wänke, 2002). Met het oog hierop is het interessant te kijken welke bronnen huisartsen raadplegen om informatie te krijgen over disease management.

De belangrijkste reden voor wetenschappers om attitude te onderzoeken is het idee dat attitude gedrag beïnvloedt. Uit verschillende onderzoeken is echter gebleken dat attitude niet altijd een goede voorspeller van gedrag is (La Piere, 1934; Ajzen & Fishbein, 1970; Bohner & Wänke, 2002). Ajzen en Fishbein (2005) onderschrijven dit, ze stellen vast dat er een verschil bestaat tussen de attitude die mensen uiten wanneer daar naar gevraagd wordt en het gedrag dat zij daadwerkelijk vertonen. In andere gevallen kan sprake zijn van een algemene attitude die niet overeenkomt met specifiek gedrag. Dit betekent ook dat mensen die dezelfde attitude uiten niet altijd hetzelfde gedrag vertonen. Uit onderzoek is gebleken dat algemene attitudes geen gedrag in specifieke situaties kunnen voorspellen (Bohner & Wänke, 2002). In het kader van dit onderzoek wil dat zeggen dat de attitude van huisartsen ten aanzien van zorgvernieuwingen niets zegt over het gedrag van huisartsen in COPD disease management initiatieven. Uit het voorgaande blijkt dat om uitspraken te kunnen doen over verwacht gedrag van huisartsen bij COPD disease management initiatieven specifiek naar de attitude ten aanzien van disease management bij COPD moet worden gekeken. Het is lastig een specifiek gedrag te voorspellen aan de hand kennis van attitude van de persoon, wel kan attitude worden gebruikt om een inschatting te maken van gedrag over een geheel van verschillende situaties en contexten (Bohner & Wänke, 2002).

Uit het voorgaande blijkt dat de manier waarop attitudes tot stand komen en de rol die zij spelen in het gedrag van individuen, onder andere van beschikbare informatie, context en tijd afhankelijk is. Daarnaast wordt in dit onderzoek ervaring meegenomen als beïnvloedende factor, onder ervaring wordt verstaan: de reeds bestaande opvattingen, attitudes en de ervaringen die de persoon met deze opvattingen en attitudes in het verleden heeft gehad. Deze beïnvloedende factor wordt meegenomen omdat bestaande opvattingen en attitudes invloed hebben op welke informatie individuen tot zich nemen en de manier waarop informatie wordt verwerkt. Attitude is een tijdelijke constructie die afhankelijk is van de informatie die het individu tot zijn beschikking heeft en is afhankelijk van tijd, context en ervaring. Deze verschillende factoren beïnvloeden elkaar onderling in een proces dat niet waarneembaar is (Ajzen, 1988). De attitudes die huisartsen hebben met betrekking tot COPD zijn afhankelijk van verschillende invloeden en hebben hun weerslag in het handelen van de artsen.

Wanneer het voorgaande schematisch wordt weergegeven leidt dit tot het volgende model dat in dit onderzoek zal worden gehanteerd.



Figuur 2 Het proces van attitudevorming

3 Methoden van onderzoek

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt uitleg gegeven over de opzet van het onderzoek in paragraaf 3.2. In deze paragraaf komen tevens de literatuurstudie aan de orde (3.2.1) en de respondentenwerving (3.2.2), In paragraaf 3.2.3 en 3.2.4 komen de interviews en de topiclijst die is gehanteerd aan de orde. In paragraaf 3.2.5 is de analyse terug te vinden. In paragraaf 3.3 ten slotte, wordt ingegaan op de validiteit en betrouwbaarheid van het uitgevoerde onderzoek.

3.2 Onderzoeksopzet

Om antwoord te kunnen geven op de eerder genoemde probleemstelling en deelvragen heeft een empirisch onderzoek plaatsgevonden. Het betreft een kwalitatief onderzoek waarbij de opvattingen van de respondenten centraal staan. Over het onderwerp van dit onderzoek is nog weinig bekend, het onderzoek is daarom veelal exploratief van aard. Een belangrijk voordeel van kwalitatief onderzoek is dat de onderzoeksmethode ruimte laat voor nieuwe invalshoeken wanneer die in het onderzoek naar voren komen (Bowling, 2000). Daarom is in dit geval gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode.

In het licht van het proces van attitudevorming, en dan met name waar het de bepalende factor context betreft, is het belangrijk op te merken dat een onderzoekssituatie geen natuurlijke situatie is voor de respondent. Dit houdt in dat in een andere context tegenover een ander persoon een andere attitude tot stand kan komen.

Voor de uitkomsten van dit onderzoek betekent dit dat deze niet zomaar moeten worden aangenomen, maar dat ze in het licht van de context moeten worden gezien.

Een attitude die in de onderzoekssituatie is geuit hoeft op een ander moment niet herhaald te worden. Uit het theoretisch kader blijkt dat een attitude geen statisch gegeven is. Dit betekent dat wanneer de respondent nieuwe informatie krijgt of zoekt de attitude kan wijzigen. Evengoed geldt dat een andere onderzoeker in dezelfde situatie tot andere resultaten kan komen (Ajzen, 1988).

Dit houdt in dat dit onderzoek vooral tot doel heeft een eerste aanzet te zijn tot verder onderzoek of tot verdere discussie tussen betrokkenen bij een zorgvernieuwingproject.

3.2.1 Literatuur

In de eerste fase van het onderzoek is een literatuurstudie uitgevoerd om te achterhalen welke informatie reeds bekend is en tevens als oriëntatiefase om bekend te raken met het onderwerp. Literatuur is gezocht in PiCarta, Online Contents en op internet. Aan de hand van relevante steekwoorden is in verschillende databanken naar literatuur gezocht. De literatuurstudie is geen eenmalig proces geweest maar er is verschillende keren, op basis van gevonden literatuur en wat daar uit naar voren kwam, opnieuw naar literatuur gezocht. De zoektermen die zijn gebruikt zijn terug te voeren tot de volgende thema's:

- COPD
- Disease management
- Huisartsenzorg

- Zorgvernieuwing
- Attitude
- Richtlijnen en standaarden
- Praktijkondersteuning

(of combinaties van deze thema's)

De thema's zijn gekozen aan de hand van de deelvragen, handreikingen van anderen of zijn voortgekomen uit de reeds bestudeerde literatuur. De gevonden literatuur is vervolgens bestudeerd en vergeleken. Daarna is de gevonden informatie verwerkt tot een theoretisch kader.

3.2.2 Respondenten

Om een beeld te krijgen van de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management zijn verschillende huisartsen benaderd. De respondenten van dit onderzoek zijn 10 huisartsen uit verschillende regio's en verschillende praktijksamenstellingen (solo-, duo- of groepspraktijk) waar al dan niet een start is gemaakt met disease management projecten op het gebied van COPD, daarnaast zijn ook respondenten opgenomen in dit onderzoek die met onderzoek op het gebied van COPD bezig zijn. Om een zo volledig mogelijk beeld te geven wordt onderscheid gemaakt in huisartsen die een actieve rol hebben gespeeld bij de opzet en invoering van het project en huisartsen die enkel deelnemen aan het project. Deze manier van respondenten selecteren betekent dat de respondentengroep niet representatief is voor de landelijke huisartsenpopulatie. Het is erg lastig om een in een dergelijke kleine groep respondenten een representatieve afspiegeling te krijgen van de Nederlandse huisartsenpopulatie, voor het doel van dit onderzoek is dat ook niet noodzakelijk. Voor dit onderzoek betekent dit dat naar aanleiding van de resultaten zoals die naar voren komen, enkel conclusies kunnen worden getrokken voor deze groep respondenten en niet voor de gehele groep van huisartsen in Nederland. Met de respondenten is overeengekomen dat de resultaten anoniem zouden worden verwerkt, derhalve is ervoor gekozen om bij de citaten met nummers te werken. Omdat de kenmerken van de respondenten wel van belang kunnen zijn voor een juiste interpretatie van de uitkomsten is in bijlage 1 een overzicht opgenomen waarin de kenmerken van de betrokken respondenten zijn terug te vinden, zoals leeftijd, geslacht en praktijksamenstelling.

3.2.3 Interviews

Het kwalitatieve karakter van dit onderzoek komt tot uiting in de keuze voor semi-gestructureerde interviews. Semi-gestructureerd betekent dat een interview wordt gehouden aan de hand van een opgestelde topiclijst. De topiclijst is niet bedoeld als sturend instrument voor de interviews. De volgorde waarin de onderwerpen aan bod komen kan daarom verschillen en is afhankelijk van het verloop van het interview. De interviews zijn in 1 à 1½ uur afgenomen. De interviews zijn met toestemming van de respondenten op band opgenomen, hierdoor kan de verzamelde informatie op een later moment worden geanalyseerd. Een groot voordeel van het gebruik van een bandrecorder is dat de interviewer al zijn aandacht op de geïnterviewde kan richten (Bowling, 2000).

3.2.4 Topiclijst

Bij de interviews is gebruik gemaakt van een topiclijst. Deze is opgebouwd uit verschillende thema's, deze thema's zijn verwerkt in wat meer gerichte vragen om het gesprek gaande te houden. De gebruikte topiclijst is tot stand gekomen op basis van literatuuronderzoek. Voordat met de daadwerkelijke interviews is gestart, is eerst een pilot interview uitgevoerd om te inventariseren of de vragenlijst bruikbaar was en voldoende ruimte liet voor wederzijdse inbreng. Aan de hand van deze pilot zijn enkele veranderingen in de topiclijst aangebracht.

Het gebruik van een topiclijst geeft structuur aan een gesprek en maakt dat gedurende de gesprekken met de verschillende respondenten dezelfde onderwerpen aan de orde komen. Het gebruik van een dergelijke lijst maakt het mogelijk de informatie te vergaren die nodig is om de inhoud van het theoretisch kader en het conceptueel model te toetsten (Maso & Smaling, 1998). Daarnaast kunnen de uitkomsten van verschillende respondenten met elkaar worden vergeleken en tegen elkaar worden afgezet. De gebruikte topiclijst is terug te vinden in bijlage 2.

3.2.5 Analyse

Gedurende de interviewperiode is begonnen met transcriptie, de interviews die eerder op band op waren genomen zijn uitgewerkt. Een eerste analyse van de resultaten heeft geleid tot een ruwe indeling van het verzamelde materiaal in thema's en vervolgens in subthema's. De thema's zijn deels voortgekomen uit de deelvragen zoals die in paragraaf 1.4 zijn terug te vinden maar vooral ingegeven door het labelen van de verzamelde informatie. Op basis van de thema's zijn de resultaten gecodeerd, resultaten die onder hetzelfde thema konden worden geplaatst hebben dezelfde codering gekregen. Het doel hiervan is een hoger abstractieniveau te bereiken (Baarda et al, 2000).

In de analysefase zijn de uitkomsten van de interviews vergeleken met de literatuur en het op de literatuur gebaseerde conceptueel model waarna een koppeling plaats heeft gevonden met de probleemstelling. Op grond van de informatie die uit de interviews naar voren komt is het mogelijk de informatie uit de literatuur en het conceptueel model te bevestigen dan wel te ontkennen, aan te vullen of te veranderen (Maso & Smaling, 1998).

3.3 Validiteit en betrouwbaarheid

Validiteit handelt over de vraag of er ook echt gemeten wordt wat men zegt te meten. De validiteit van het onderzoek is gewaarborgd door gebruik te maken van de beschikbare literatuur, het uitvoeren van een pilot en gebruik te maken van bandopname.

De uitkomsten van dit onderzoek zijn bedoeld om inzicht te verkrijgen in de ideeën en opvattingen die leven onder huisartsen met betrekking tot disease management en waarop deze gebaseerd zijn. Uitkomsten zijn niet generaliseerbaar naar de Nederlandse huisartsenpopulatie in het algemeen omdat geen sprake is van een representatieve respondentengroep, maar geven wel een aandachtspunt voor het ontwerp en de invoering van projecten in de toekomst.

Betrouwbaarheid behandelt de vraag of bij herhaling van het onderzoek dezelfde resultaten worden gevonden. Betrouwbaarheid, in relatie tot het interview als onderzoeksmethode,

verwijst naar het niveau van consistentie dat het interview heeft voor de persoon of personen die worden geïnterviewd (Keats 2000:25). Betrouwbaarheid heeft te maken met toevalsfouten. Toevalsfouten kunnen te wijten zijn aan een veelheid van onbekende factoren. Open vragen zijn over het algemeen bijvoorbeeld meer van toeval afhankelijk dan gesloten vragen. Hierdoor kunnen antwoorden van de respondenten minder betrouwbaar zijn. Ook bestaat de kans dat mensen terughoudend zijn met kritiek en sociaal wenselijke antwoorden geven. Er wordt geprobeerd om toevalsfouten te minimaliseren door gestructureerd te werken (Baarda & de Goede 1995:98).

Er is gepoogd de betrouwbaarheid van dit onderzoek te verhogen door onder andere de interviews af te nemen aan de hand van een vooraf geconstrueerde topiclijst met voor alle respondenten dezelfde gespreksthema's waaraan zij pogen vanuit hun eigen ervaring antwoord te geven.

3.4 Samenvatting

Het is een kwalitatief onderzoek dat exploratief van aard is. Daarom is ervoor gekozen semi-gestructureerde interviews af te nemen. Als eerste is een literatuurstudie uitgevoerd. Uit deze literatuurstudie zijn de topics voor de interviews naar gehaald. Op basis van deze topics is een topiclijst samengesteld die het uitgangspunt vormt voor de interviews. Er is gestreefd naar een zo gevarieerd mogelijke respondentengroep, hierbij is met verschillende kenmerken rekening gehouden. Na de dataverzameling heeft een analyse van de resultaten plaatsgevonden. In deze analyse zijn de resultaten geïnterpreteerd en naast de gegevens gelegd die uit de literatuurstudie naar voren zijn gekomen.

4 Resultaten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven zoals die naar voren zijn gekomen uit de interviews die met de respondenten zijn gehouden. De resultaten zijn gecodeerd, op basis van deze codering zijn de resultaten onderverdeeld in thema's. De resultaten zijn terug te voeren op verschillende thema's. In paragraaf 4.2 komt het thema informatie aan de orde. De verschillende vormen van informatie en de mening van de huisartsen over de informatie. Daarnaast komt ook de bekendheid van disease management onder de respondenten aan bod. In paragraaf 4.3 komen de ervaringen aan bod die de huisartsen hebben met disease management en de verschillende onderdelen van disease management. In paragraaf 4.4 staan de verwachtingen centraal die de huisartsen hebben ten aanzien van de invoer van disease management maar ook de twijfels die zij hebben en welke rol zij voor zichzelf weggelegd zien. Dit komt samen in paragraaf 4.5 waarin de huisartsen zelf hun attitude verwoorden ten aanzien van disease management.

4.2 Informatie

Vrijwel alle huisartsen geven aan bekend te zijn met de term disease management, zoals die in het begin van het interview genoemd wordt. Bij de kernwoorden uit de definitie wordt begrijpend geknikt af en toe klinkt een "ja". De bekendheid met disease management komt bij de oudere huisartsen veelal voort uit het lezen van de beschikbare huisartsenliteratuur en contacten met collega's, de jongere huisartsen geven aan dat disease management en meer in het algemeen zorgvernieuwing in hun opleiding aan bod is gekomen. De drie huisartsen die niet bekend zijn met de term disease management leggen wel direct de link met zorgvernieuwing en ketenzorg. Over de informatie in de opleiding had een van de huisartsen het volgende te zeggen:

"...nou we hebben het dan niet direct over disease management, en met name dan bij de diabetes maar ook bij de COPD om dan toch, worden wij ook gestimuleerd om te kijken of zo'n plan opzetten of dat leuk is, of dat zinvol is, en wat dingen zijn die daar dan allemaal te maken mee zouden kunnen hebben. Dus je wordt wel gestimuleerd om daar over na te denken." (HA3)

Alleen de jongste twee huisartsen (HA3 en HA6) gaven aan met disease management in aanraking te zijn gekomen in hun opleiding. HA10 gaf aan dat het in zijn opleiding nog niet aan bod was gekomen omdat het toch om een betrekkelijk 'nieuw' concept gaat.

Uit het voorgaande blijkt dat de huisartsen verschillende bronnen noemen waar het informatie over disease management betreft. Uit de resultaten blijkt tevens dat de huisartsen twee soorten informatie tot hun beschikking hebben, geschreven informatie en mondelinge informatie. De geschreven informatie bestaat uit standaarden, richtlijnen, wetenschappelijke literatuur en vakliteratuur. Onder mondelinge informatie worden ervaringen van collega's verstaan.

4.2.1 Geschreven informatie

Uit de interviews komt naar voren dat huisartsen verschillende bronnen ter beschikking staan wanneer zij op zoek zijn naar informatie over disease management. Verder blijkt dat de meeste respondenten niet actief op zoek gaan naar informatie over disease management. De bekende Nederlandse huisartsenliteratuur wordt genoemd als eventuele bron van informatie die regelmatig door de respondenten wordt geraadpleegd (Huisarts & Wetenschap, Medisch Contact, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde). De huisartsen geven te kennen dat onderwerpen die interessant of belangrijk zijn daarin naar voren komen. Als bron om met disease management aan de slag te gaan binnen de praktijk worden vaak de NHG richtlijnen voor COPD genoemd. De respondenten geven te kennen dat zij in de standaard alle informatie hebben gevonden of denken te kunnen vinden die zij nodig hebben om met disease management te starten. Ze geven aan dat de standaarden evidence based zijn, en dat de standaard ook vermeld welke taken de verschillende hulpverleners kunnen hebben. Door de jongere huisartsen wordt de opleiding genoemd als één van de bronnen waar zij hun informatie over disease management vandaan halen.

“Nou ja uit de gewone vakliteratuur maar ook gewoon in gesprekken met verschillende partijen die zich daar mee bezig houden maar zeker ook verzekeraars absoluut. Kijk de NHG geeft natuurlijk ook al heel duidelijke voorzetten nu wat ze gewoon medisch inhoudelijk willen wat er onder valt, wat ze belangrijke informatie vinden.” (HA5)

“Die krijgen we heel vaak via de post, je leest er eens een artikel over, bijvoorbeeld in huisarts en wetenschap of in het blad huisartsgeneeskunde daar staat dan in dat er ervaring is opgedaan in een bepaalde huisartsenpraktijk of er is een programma opgezet waarbij je kunt aansluiten of de thuiszorg komt er mee of van de plaatselijke huisartsenvereniging is er een initiatief.” (HA1)

“Nou misschien dat dat ook best in dergelijke bladen staat. Maar we worden zo, ja helemaal stapels en stapels, een deel gaat bij het oud papier omdat je daar gewoon niet toe komt. [...] Nascholing en tijdschriften als Medisch Contact en Huisarts & Wetenschap lees ik dan wel en wat dan naar voren komt prima, en af en toe zie je door de bomen het bos niet meer.” (HA4)

Slechts twee huisartsen noemden de CBO Ketenzorg Richtlijn en in totaal drie wezen op de Landelijke Transmurale Afspraken als bron van informatie over disease management.

“Er zijn meerdere bronnen, ik denk een stukje opleiding, nascholing voor een deel zijn dat dingen die toch ook wel in de NHG-standaarden genoemd worden. Als je praat over samenwerking en dan specifiek bij COPD zijn ook belangrijk de landelijke transmurale afspraken. En de eerstelijns samenwerkingsafspraken die zijn in ontwikkeling rond COPD en wat een belangrijk instrument is maar wat maar heel beperkt bij huisartsen bekend is, is de CBO Ketenzorg richtlijn.” (HA2)

“Kijk ik ben wel heel erg geïnteresseerd in de uitkomsten wat er nou, wat het voor effect op de kosten en de kwaliteit heeft. Maar ja daarvoor zal het eerst hier, in de Nederlandse situatie moeten gaan draaien.” (HA5)

Een veel gehoord commentaar op de richtlijnen van de NHG en de nascholing is dat deze erg theoretisch is en niet altijd toepasbaar is binnen de praktijk, daarnaast geven zij aan dat de standaarden van de NHG nooit de meest recente informatie bevatten. Praktische

informatie over de organisatie van disease management en hoe dit binnen de praktijk vorm te geven is bij de artsen niet bekend. Waar het de informatie betreft die over disease management beschikbaar is, gaf een aantal huisartsen te kennen dat informatie natuurlijk wel een functie heeft maar dat je, zolang je de effecten van een andere manier van zorg organiseren niet zelf hebben ervaren, niet volledig in staat bent de resultaten te voorspellen.

“...kijk je moet natuurlijk eerst zien dat mensen daar van opknappen hè voordat je, als je leest is het veel te abstract dus je moet echt meemaken dat mensen daar van opknappen nou dat ja dat succes moet je eerst meemaken voordat je echt het nut er van inziet.” (HA6)

Veel van de huisartsen kunnen niet aangeven aan welke informatie over disease management zij behoefte hebben, de reden die zij hiervoor noemen is dat je weet wat je nodig hebt totdat je met een project bezig bent geweest. Een tweetal geeft aan in het geheel geen behoefte te hebben aan extra informatie over disease management.

“...dat weet je pas als je er echt helemaal in hebt verdiept en dat heb ik nog niet gedaan ik denk dat de NHG standaard voldoende informatie bevat.”(HA8)

4.2.2 Mondelinge informatie

Niet alleen geschreven informatie wordt door huisartsen genoemd als bron van informatie over disease management en aanverwante zaken als het werken met een praktijkondersteuner. De huisartsen geven aan dat zij veel waarde hechten aan de mondelinge informatie die zij via collega's (veelal in de eigen huisartsengroep) krijgen. De collega's vormen een belangrijke bron van informatie over disease management, en aanverwante zaken, omdat zij vanuit eenzelfde gezichtspunt naar dergelijke zaken kijken. Zij kennen de praktijk en zijn bekend met de problemen die een huisarts kan ervaren in zijn praktijkvoering. De informatie die zij van collega's krijgen is 'praktischer' van aard dan de informatie die zij in literatuur en standaarden terugvinden, zo menen zij.

“En ook collega's die zelf in projecten zitten of die wel de COPD zorg wat meer op touw hebben, is toch wel heel handig om even te babbelen. Kijk er zijn hier natuurlijk ook oudere huisartsen die meer ervaring in andere praktijken hebben en verder andere huisartsen die via via, ja daar kan je natuurlijk ook altijd contact mee leggen.” (HA3)

Ervaringen van andere artsen met disease management wegen in de beleving van de huisartsen zeker mee in de beslissing om al dan niet met disease management aan de slag te gaan.

“Dat soort informatie hoor ik dan van mijn collega's in de HAGRO, dat is toch ook altijd wel interessant.” (HA8)

Een van de huisartsen die reeds sinds langere tijd praktijkondersteuners in dienst heeft geeft te kennen dat collega's regelmatig langskomen in de praktijk om te kijken hoe dat daar in georganiseerd. De gang van zaken in een andere praktijk dient als voorbeeld voor sommige van de huisartsen.

“[...] dan zou ik dat met mijn collega’s in de HAGRO doen [...] dus de kunst af kijken.”(HA8)

4.3 Ervaringen

Uit de interviews blijkt dat de eigen ervaringen van huisartsen met disease management of met onderdelen van disease management invloed hebben op de attitude. Uit de resultaten zijn de subthema’s COPD, structuur, huisartsenpraktijk, samenwerking en ondersteuning door externen naar voren gekomen.

4.3.1 COPD

Het subthema COPD is onderverdeeld in *ziekte, behandeling* en *patiënten*.

4.3.1.1 Ziekteverloop

Het ziekteverloop van COPD kenmerkt zich door een geleidelijke verslechtering, mensen met COPD ‘wennen’ aan de klachten en komen daardoor pas in een later stadium met klachten bij hun huisarts zo geven de respondenten te kennen. Dit betekent dat pas in een later stadium met de behandeling kan worden begonnen en dat de resultaten die nog te behalen zijn niet altijd even groot zijn.

“Wat bij COPD ook vrij lastig is en waarom ik denk dat dingen ook niet altijd goed werken is op welk moment in het verloop van iemands ziekte wanneer je nu wel of niet actie moet ondernemen, meer of minder mensen moet inschakelen. Het is een geleidelijk patroon, het is niet altijd expliciet.” (HA2)

4.3.1.2 Behandeling

Kenmerken van het ziekteverloop bij COPD, het ontbreken van duidelijke meetbare indicatoren om de gezondheidstoestand van de patiënt in beeld te brengen, maken het lastig om beslissingen te nemen in de behandeling en om de kwaliteit van de geboden zorg te beoordelen, zo geven de respondenten te kennen.

Een spirometrie is noodzakelijk om vast te stellen of er daadwerkelijk sprake is van COPD bij een bepaalde patiënt, lang niet alle huisartsen hebben in hun praktijk de mogelijkheid om een spirometrie uit te voeren. Wat echter uit de interviews naar voren komt is dat een spirometrie een huisarts onvoldoende inzicht geeft in het functioneren van een patiënt. Zij geven te kennen dat een ‘slechte’ spirometrie niet altijd betekent dat een patiënt klachten ervaart en dat een patiënt met veel klachten een ‘goede’ spirometrie kan blazen. Bij de patiëntengroep met COPD bepaald een geheel van factoren de gezondheidstoestand. Deze factoren zijn lang niet altijd meetbaar en niet eenvoudig uit zijn te drukken in een getal zoals de bloedsuikerwaarde bij diabetes een goede indicator is om de gezondheidstoestand van een patiënt met diabetes te bepalen.

“...ik denk dat het ook wat arbeidsintensiever is waar meet je dat aan af. Ja exacerbaties van de longfunctie, hoe snel die achteruit gaat, maar dat is niet zomaar één getalletje waar je heel gemakkelijk achterkomt, wat al in het systeem zit. Dat is iets moeilijker.” (HA9)

4.3.1.3 Patiëntenpopulatie

Verschillende kenmerken van de patiëntenpopulatie met COPD worden door de huisartsen genoemd als eventuele belemmerende factor voor de implementatie van disease management. Dit kwam in acht van de tien interviews naar voren. Hierbij kwam specifiek het verschil met de diabetespopulatie naar voren. Verstek laten gaan van patiënten met COPD bij vervolcontacten, niet bewust zijn van ernst van de ziekte en gebrek aan enthousiasme voor een gestructureerde aanpak van zorg. Patiënten met COPD onderschatten in de ogen van de huisartsen de ernst van de aandoening en hebben onvoldoende kennis van de eigen ziekte. Deze factoren belemmeren de invoer van een gestructureerde vorm van zorg waarbij de patiënt een eigen verantwoordelijkheid heeft.

“De indruk bestaat, en dan trek ik het even breder wat ik ook van andere huisartsen hoor. Het lijkt wel zo te zijn dat mensen met COPD daar wat, hoe moet ik dat omschrijven, er minder problemen hebben, makkelijker accepteren dat ze beperkingen hebben dan dat je dat bij andere ziekten ziet. Een van de hardnekkige problemen met mensen met COPD is dat ze niet op vervolcontacten komen. Dat is een algemeen gevoel wat je heel veel hoort en wat er precies van waar is in maten en getallen kan ik je niet geven maar ik hoor wel van heel veel mensen, dat is waar we tegen aanlopen. En waarom krijg je dit nou niet georganiseerd en een diabetespreekuur wel? “ (HA2)

“Maar ik had toevallig iemand op de huisartsenpost dit weekend en die kwam voor een heel andere klacht en dan vraag je van gut gebruikt u medicijnen, nou hij noemde wel wat tabletjes die hij nam maar toen ging ik hem onderzoeken en toen piepte die man flink over zijn longen. Ik zeg goh, en ik rook natuurlijk dat die man rookte, want ja ik rook zelf niet, dus ik zeg bent u bekend dat u af en toe wat piept over de longen, ja want ik heb ook nog een inhalator, want dat vinden ze geen medicijnen hè. (HA4)”

“Ik vind dat zeker een uitdaging om net als in de diabeteszorg om te proberen ook de COPD zorg wat gestructureerder op te zetten. Al vraag ik me af of de motivatie bij patiënten net zo groot zal zijn als bij diabetes mellitus...” (HA5)

Huisartsen geven aan dat deze kenmerken, die zij associëren met de patiëntenpopulatie van COPD, voor hen een reden zijn om te twijfelen aan de positieve resultaten die de invoer van disease management voor de kwaliteit van de geboden zorg en de verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt tot gevolg kan hebben.

Slechts één van de respondenten gaf aan dat hij geen negatieve ervaringen had met de patiëntenpopulatie, in zijn praktijk wordt sinds ongeveer anderhalf jaar gewerkt met een praktijkondersteuner en hem waren geen geluiden ter ore gekomen over een mindere opkomst onder patiënten met COPD.

4.3.2 Structuur

Het subthema structuur is onderverdeeld in *gestructureerd werken*, *ongestructureerd werken* en *diabetes*.

4.3.2.1 **Gestructureerd werken**

Enkele huisartsen hebben, veelal in samenwerking met één of meerdere praktijkondersteuners, invulling gegeven aan een meer gestructureerde aanpak van de zorg voor mensen met COPD. In deze gevallen is gekozen voor een structuur waarbij de praktijkondersteuner de patiënten, wanneer deze door de huisarts gediagnosticeerd zijn, op vervolcontacten door de ondersteuner worden onderzocht, voorgelicht en waar nodig en mogelijk behandelt.

Een huisarts die sinds lange tijd bezig is met de structurering van de zorg voor mensen met COPD heeft hierover het volgende te zeggen:

“Ik denk dat de ideeën over organisatie op zich wel goed zijn als je kijkt naar het instrumentarium. De zorg voor mensen met COPD hebben we standaarden voor; hoe moet je diagnostiek doen, behandeling instellen, afhankelijk van de ernst wat hebben mensen voor behandeling nodig. Er zijn ook wat richtlijnen afgesproken over samenwerking met allerlei betrokkenen in dat veld, als je het hebt over meerdere zorgverleners. Maar het schort hem denk ik in de praktijk, in het naleven van die afspraken en het maken van een dusdanig statuut dat die afspraken ook makkelijk nageleefd kunnen worden. Wat je nu ziet is dat dat in verschillende kleine lokale initiatieven gebeurt en op de ene plaats gaat dat goed en op de andere minder. Maar er zit nog geen landelijke lijn is. Het is dus afhankelijk van de goede wil en initiatieven die toevallig ergens zitten of zoiets van de grond komt.” (HA2)

De huisartsen zijn zeer te spreken over de resultaten die zij zien als gevolg van een andere manier van zorg leveren. Vooral het overzicht en inzicht dat een meer gestructureerde manier van organiseren met zich meebrengt wordt als positief ervaren.

“Tot noch toe positief omdat je met name bij de wat meer georganiseerde zorgvormen, doordat je toch gestructureerder je patiënten bevraagd, wat meer achter de vordes zit om op vervolgspraken te komen, dat je beter zicht krijgt op wat er speelt, wat de problemen zijn. Dat resulteert overigens relatief vaak nog wel in het niet uitbreiden van het zorgaanbod omdat er niet veel ondersteuning of niet veel extra's nodig is. In een aantal gevallen geeft dat ook wel duidelijk aan waar hiaten zitten en waar je meer zorg zou moeten geven. Dan heb je ook wat te bieden en kun je makkelijker checken of dat tot verbeteringen leidt.” (HA2)

“Veel overzichtelijker, veel prettiger, het is veel minder ad hoc je hebt het idee dat je veel meer grip op de zaak hebt, het is overzichtelijker. Alleen al het in kaart brengen van je patiënten en ze goed een diagnose geven in het systeem is gewoon van grote waarde. Met een druk op de knop weet je wie COPD heeft [...] en als je goed geautomatiseerd bent en alles in kaart hebt, en dat hoort ook denk ik bij disease management, dan werkt dat veel efficiënter en prettiger.” (HA9)

De huisartsen zien hun inspanningen omgezet worden in gunstige uitkomsten voor hun patiënten, betere longfuncties, minder medicijngebruik en goed bezochte spreekuren van de praktijkondersteuner. Dit ervaren ze als positief en daarnaast ook motiverend om door te

gaan met deze manier van zorg leveren. Het werken met praktijkondersteuners ervaren zij als erg prettig, de praktijkondersteuners zijn in hun ogen veel beter in de follow up dan zij zelf zijn en kunnen meer tijd uittrekken voor hun activiteiten dan de 10 minuten die zij zelf per consult voorhanden hebben. De huisartsen geven te kennen dat er ook kennisuitwisseling plaatsvindt met de praktijkondersteuners, zij zien dit als een verrijking. Samenwerking met de praktijkondersteuners geeft de mogelijkheid overleg te plegen over de te volgen behandelmethode. De praktijkondersteuners kijken net even vanuit een andere hoek naar de patiënt.

Huisartsen die actief bezig zijn met het structureren van de zorg voor mensen met COPD, en het op een andere manier aanbieden van zorg, merken dat patiënten goed te spreken zijn over de nieuwe manier van werken.

“Ik merk als ik terugkijk naar het opstarten van het project, dat het voor patiënten ook een eye-opener is om niet op een niveau van longfunctie met ze te praten of welke puffjes ze nemen, maar over het functioneren te praten en aan mensen te vragen wat zou je willen, waar loop je tegen aan. Dat zijn andere manieren van met patiënten praten waarbij je patiënten veel meer laat nadenken over hun eigen problemen maar ook hun eigen wensen laat formuleren.” (HA2)

In één van de praktijken is men aan het nadenken over het uitvoeren van een enquête naar de patiëntentevredenheid over de nieuwe manier van werken. Geen van de respondenten heeft de tevredenheid van de patiënten met de nieuwe manier van zorgverlening op papier staan.

4.3.2.2 Ongestructureerd werken

De zorg voor mensen met COPD is in zes van de tien praktijken waarin de respondenten werkzaam zijn nog niet gestructureerd. Het ontbreken van gestructureerde zorg voor mensen met COPD binnen hun praktijk wordt door de artsen die hier nog geen invulling aan hebben gegeven als een gemis gezien.

“Zoals ik het nu ervaar is het wat los vast, er zijn niet echt duidelijk afspraken maar daar zijn we mee bezig, er zijn niet echt duidelijk afspraken over van hoe we met dat soort patiënten omgaan en welke behandelstrategie ontwikkeld bijvoorbeeld en welke mensen daar dan bij betrokken zijn dat is nog een beetje los vast de ene maakt bijvoorbeeld gebruik van de spirometrie van het ziekenhuis de andere gebruikt dan meer de spirometrie in de praktijk ligt er een beetje aan in welke praktijk je zit ligt een beetje aan de faciliteiten van de praktijken.” (HA6)

Deze respondenten geven te kennen dat het als huisarts noodzakelijk is om in de ontwikkelingen rond de structurering van zorg mee te gaan. Dat zorgverlening steeds meer een proces van interactie tussen hulpverlener en patiënt is en dat de huidige manier van organiseren die zij hanteren niet altijd de gewenste resultaten tot gevolg heeft. Als ongewenste gevolgen van de oude manier van zorgverlening wordt vooral genoemd dat mensen met COPD onopgemerkt blijven of “van de radar verdwijnen” en dat binnen het consult niet altijd voldoende tijd is om alles uit te vragen. Structurering heeft in de ogen van deze respondenten het gevolg dat patiënten beter ingesteld zijn, dat ze zicht houden over de

behandeling en weten hoe het met een patiënt gaat. Een duidelijke structuur maakt dat de volgende stap in de behandeling duidelijk is en dat er geen aspecten over worden geslagen.

Huisartsen die nog niet gestart zijn met het structureren van de zorg geven aan dat zij wel bij collega's in de buurt willen gaan kijken wat zij doen, maar dat ze toch vooral met de standaard in de hand zelf aan de slag willen gaan met het organiseren van disease management in hun praktijk.

De Landelijke Transmurale Afspraken worden hierbij echter door weinig van de andere respondenten naar voren gebracht als startpunt voor hun veranderingen, de Richtlijn Ketenzorg van het CBO wordt door geen van de huisartsen genoemd als uitgangspunt.

4.3.2.3 Diabetes

Veel huisartsen refereren aan de zorg voor diabetes in hun praktijk die in veel van de gevallen al gestructureerd is opgezet. De respondenten zijn goed te spreken over de resultaten die deze manier van werken heeft gegenereerd. Zij zien dat patiënten beter zijn ingesteld en dat de patiënten tevreden zijn over de hulpverlening. Wel voegen zij er aan toe dat diabetes een ander verloop van de ziekte kent, dat er een eenduidig criterium is om het succes van de behandeling aan af te meten, namelijk de HbA1c, en dat de patiëntenpopulatie van diabetes anders is dan die van COPD. De huisartsen geven aan dat zij niet weten waar dit verschil in populatie in zit of hoe het te verklaren is, feit is wel dat vrijwel alle respondenten dit verschil ervaren en van collega's gelijksoortige geluiden horen. Dit alles maakt dat zij er niet zeker van zijn of de successen die zij bij diabetes hebben gehad met een meer gestructureerde vorm van zorg even duidelijk zullen zijn bij COPD.

“...dat is wat de diabeteszorg betreft heel duidelijk één keer per drie maanden komt iemand op controle en één keer per jaar bij de huisarts en dat loopt meestal wel. Maar astma COPD is voor mij wat dat betreft wat moeilijker dus dat vond ik altijd al een groot nadeel en ik ben benieuwd hoe dat opgepakt gaat worden en of dat deze mensen voordelen gaat bieden en of de patiënten er beter van worden want dat is natuurlijk ook de vraag nog hè.”(HA10)

De verwachting van veel van de respondenten is dat de zorg voor mensen met COPD, net als die voor hart- en vaatziekten en andere chronische groepen, in hun praktijk uiteindelijk eenzelfde soort invulling zal krijgen als de zorg voor mensen met diabetes.

4.3.3 Huisartsenpraktijk

Het subthema huisartsenpraktijk is onderverdeeld in *organisatie van de praktijk, aantal ingeschreven patiënten en POH*.

4.3.3.1 Organisatie van de praktijk

De manier waarop de praktijk is georganiseerd wordt door de huisartsen als bevorderende of juist belemmerende factor ervaren. Drie van de huisartsen maken deel uit van een groot samenwerkingsverband waarin met name het organisatorische deel ondersteund wordt een ander is werkzaam in een groepspraktijk met 5 andere huisartsen. Één van de duopraktijken

heeft zich aangesloten bij een coöperatie van 13 huisartsen die ondersteund wordt door een manager juist om dergelijke projecten op te kunnen zetten. Deze respondenten geven aan dat dit het proces van zorgvernieuwing vergemakkelijkt. Een huisarts uit een solopraktijk en een ander uit een duopraktijk geven te kennen dat zij op dit moment geen tijd hebben om dit onderwerp de aandacht te schenken die het behoeft omdat zij druk bezig zijn met het organiseren van de diabeteszorg.

“Wij hebben binnen ons personeelsbestand natuurlijk daar ruimte voor dat we juist daarvoor mensen aannemen die met hun specifieke kwaliteiten ons toch een stukje verder kunnen helpen.” (HA5)

“...er zit ook een manager bij dus die stuurt ons heel veel aan wat nou belangrijk is en wat moet nu en wat moet straks.”(HA10)

4.3.3.2 Aantal ingeschreven patiënten

De omvang van de praktijk in ingeschreven patiënten weten veel huisartsen wel te noemen maar de groep van mensen met COPD is zeker nog niet in alle gevallen in kaart gebracht. Velen zien dat dan ook als een eerste stap in de richting van disease management; het in kaart brengen van de omvang van het probleem.

“...maar dat een van de dingen waar je mee zou kunnen beginnen, als je zegt ik wil dat disease management verbeteren, dat je zegt hoe groot is eigenlijk mijn groep COPD patiënten en moet die veranderen of niet, moet er eventueel iets van case-finding of screening worden ingezet.” (HA2)

“Ik denk voor de praktijk waar ik nu zit in kaart te brengen wie je patiënten zijn ik denk dat het nog een beetje te enthousiast is om echt disease management al te gaan doen ik denk dat we daar nog een beetje te ver vanaf zitten. Ik denk als je dat in kaart hebt, dat je dan weer een stapje verder kan gaan.” (HA3)

Een van de respondenten gaf aan ongeveer anderhalf jaar geleden een grootschalige inventarisatie van patiënten met COPD te hebben uitgevoerd en vervolgens structuur te hebben aangebracht in de zorg voor mensen met COPD. Een inventarisatie geeft de huisarts inzicht in de omvang van zijn patiëntengroep met COPD. De huisartsen geven aan dat het voor de behandeling noodzakelijk is deze te monitoren. Verschillende zaken dienen geregistreerd te worden, niet alleen waar het inhoudelijk de behandeling betreft maar bijvoorbeeld ook bij welke hulpverlener de patiënt op dit moment onder behandeling is. Registratie maakt het mogelijk eventuele problemen in de behandeling te signaleren en te verhelpen.

4.3.3.3 POH

Sinds 2006 is het voor huisartsen mogelijk om extra financiering van verzekeraars te ontvangen. Deze extra financiering is bedoeld om een POH, praktijkondersteuner, aan te stellen binnen de praktijk. Veel huisartsen hebben van deze mogelijkheid gebruik gemaakt om de zorg binnen hun praktijk te structureren, of zijn van plan dit te gaan doen.

“Ik denk dat de inzet van praktijkondersteuners zich in eerste instantie gericht heeft op de inzet bij diabeteszorg, cardio vasculair en dat veel praktijken nu aan astma COPD toe zijn en daar heeft nog een fase tussen gezeten dat er gewoon beperkt middelen voor praktijkondersteuning waren, daar stagneerde het ook maar ik denk dat die praktijkondersteuning wel een heel belangrijk element daarin is. Ook in de praktijk ook meer ja handen aan het bed is niet zo'n goede term maar in ieder geval dat in een praktijk meerdere medewerkers zich met een patiënt bemoeien maakt ook dat je meer kunt organiseren ook de contacten met de hulpverleners buiten de praktijk kunt organiseren.”(HA2)

Een van de huisartsen gaf ook te kennen dat zij eerder speelden met het idee van een praktijkondersteuner maar dat dit plan een tijdje in de koelkast is gezet omdat financiering door de verzekeraar niet meer mogelijk was en dat ze pas sinds korte tijd weer bezig zijn met praktijkondersteuners.

Het werken met een praktijkondersteuner betekent voor de huisartsen geen afname van hun werkdruk, zo geven zij te kennen, het biedt hen wel de mogelijkheid om zich met andere taken bezig te houden. De huisartsen geven aan dat hun kracht ligt in het diagnosticeren niet in de follow-up. Zij geven aan dat de inzet van een praktijkverpleegkundige voor de follow-up betekent dat dit grondiger en completer gebeurt dan wanneer zij dit zelf zouden doen. Dit betekent in hun ogen een verbetering van de zorg.

“Kijk het is op zich niet eens zozeer dat de werkdruk is afgenomen omdat je praktijkondersteuners nu hebt. Maar voordat je het georganiseerd en gestructureerd deed vielen er gewoon een heleboel controles volgens mij gewoon weg. Als patiënten niet kwamen verloor je ze uit het oog en nu hebben we daar veel meer zicht op het is gewoon gestructureerder. Ik denk dat als je gewoon geen ondersteuning daarin hebt dan heb je gewoon eigenlijk de tijd niet om het gewoon netjes te doen volgens de standaarden dat is gewoon redelijk intensief.” (HA9)

De mogelijkheid om door de inzet van een praktijkondersteuner de zorg aan mensen met COPD te structureren biedt volgens de huisartsen ook voordelen omdat de praktijkondersteuners beter zijn in het volgen van een protocol en meer tijd hebben per patiënt. De praktijkondersteuner geeft de patiënt een betere service en stelt de huisarts in staat de patiënt binnen de praktijk betere zorg te bieden.

4.3.4 Samenwerking

Wanneer de huisartsen refereren aan de toepassing van disease management in hun praktijk, noemen zij met name de inzet van een praktijkondersteuner binnen hun praktijk die de zorg voor de COPD patiënten voor een deel van de huisarts over kan nemen.

“Wij doen ook aan disease management, het aannemen van praktijkondersteuners voor de begeleiding van chronische ziekten is ook disease management lijkt me toch.” (HA9)

Uit de interviews blijkt dat de samenwerking met andere hulpverleners in de eerste en tweede lijn niet gestructureerd is. De samenwerking met de eerste en tweede lijn die door de huisartsen naar voren wordt gebracht in het kader van disease management beperkt zich tot

de inzet van praktijkondersteuners, samenwerking met de longarts en fysiotherapeut wordt slechts door enkelen genoemd.

Deze andere hulpverleners worden echter enkel genoemd als mogelijke partners voor samenwerking. Uit de interviews komt slechts in twee gevallen naar voren dat er structurele afspraken zijn met andere betrokken hulpverleners naast de praktijkondersteuner, en dat deze ook daadwerkelijk op papier zijn vastgelegd. De reden die gegeven wordt voor het ontbreken van structurele afspraken met andere hulpverleners is met name dat men daar nog niet aan heeft gedacht of nog niet aan toe is gekomen. Samenwerking en afspraken daarover worden wel door alle respondenten als reële optie gezien. De samenwerking met andere hulpverleners wordt, door de huisartsen die hier ervaring mee hebben, gewaardeerd. De verschillen in vaardigheden en de kennisuitwisseling die plaats kan vinden wordt door de huisartsen als verrijking van hun zorgverlening en werk ervaren.

“Maar als je kijkt naar met name de kant van gebrek aan organisatie daar zie je ook nog veel variatie, mensen die echt op eilandjes werken nog te weinig denk ik de omgeving inschakelen bij de zorg voor mensen met COPD, daar vindt ik dat toch niet gewenst. Ik denk wel dat er een bepaald niveau moet zijn dat nog niet overal gehaald is.” (HA2)

Een factor die in enkele van de interviews naar voren is gekomen met betrekking tot de samenwerking met andere hulpverleners is letterlijk de afstand tot de andere hulpverleners, één van de huisartsen is bijvoorbeeld gevestigd in een gezondheidscentrum waar onder andere ook een diëtist, fysiotherapeut en apotheek gevestigd zijn, een andere huisarts deelt het gebouw waarin zijn praktijk is gevestigd met een fysiotherapeut. Dit vergemakkelijkt de onderlinge contacten. Daarnaast wordt in de interviews ook het “persoonlijk kennen” van de andere hulpverleners genoemd. Vooral het aantal jaren dat men als huisarts is gevestigd, de plaats van vestiging (dorp/stad) en de functie die men vervult, bijvoorbeeld die van kaderhuisarts, komen naar voren als factoren die het contact met andere hulpverleners bevorderen. De hiervoor genoemde redenen maken het naar eigen zeggen voor de huisarts makkelijker om beroepsgenoten en andere hulpverleners te benaderen wanneer het gaat over het opzetten van een project en samenwerkingsverbanden.

“Op een dorp heb je natuurlijk een klein groepje dus dat scheelt natuurlijk wel, over het algemeen ik zit hier nu 25 jaar dus dan kun je toch de mensen er wat makkelijker op aan spreken.” (HA4)

Als middel om de betrokken hulpverleners samen te krijgen wordt door twee huisartsen het belang van een gezamenlijk doel en met name knelpunt genoemd. Een gezamenlijk knelpunt maakt dat de betrokkenen samen naar een oplossing hiervoor kunnen gaan zoeken en vergroot de bereidheid tot samenwerking.

Uit de interviews komt naar voren dat er grote verschillen zijn in de communicatie tussen de huisartsen en andere hulpverleners in de regio. In sommige gevallen is er sprake van gestructureerd overleg in andere gevallen is er enkel contact op de momenten dat er verwezen wordt naar een andere hulpverlener. In de gevallen waar overleg plaatsvindt betreft dit vooral overleg met de tweede lijn met name de longarts of de longverpleegkundige van het ziekenhuis. Hulpverleners uit de eerste lijn zoals een diëtist of fysiotherapeut werden niet genoemd. Wanneer specifiek naar deze groepen werd gevraagd gaven de meeste

respondenten te kennen dat deze hulpverleners inderdaad betrokken kunnen zijn bij de zorg voor mensen met COPD maar dat er geen structureel contact bestaat.

Enkele van de respondenten geven te kennen dat ze toch wat huiverig staan ten aanzien van het uithanden geven van taken, ze willen de zorg liever één op één houden, kleinschalig en persoonlijk.

“ja ik geloof niet zo in die samenwerking. En, daar bedoel ik mee samenwerken zou ik niet zo zeggen, ik kan wel voorstellen dat ik taken delegeer. Maar het samenwerken er is er toch een die uiteindelijk duidelijk het aanspreekpunt moet zijn. Kan best een praktijkondersteuner zijn, zou ook heel goed zijn, maar ik wil juist hebben dat je personificeert. Want zodra je iemand die ziek is in een diffuus diagnostisch centrum zit, of in de begeleiding zit dan gaat het volgens mij mis. Er moet altijd iemand zijn die de boel echt in handen heeft, die aanspreekpunt is. Samen met de patiënt, maar dat je wel personificeert, anders gaat het niet goed.” (HA1)

4.3.5 Ondersteuning door externen

Wanneer huisartsen de manier van werken in hun praktijk willen veranderen is ondersteuning door externen een optie. Niet alle huisartsen hebben ervaring met ingrijpende veranderingen in de manier van werken in hun praktijk. Ondersteuning door externen is derhalve niet in alle gevallen aan de orde. De huisartsen hebben wel een mening over ondersteuning in dergelijke processen en welke externen dergelijke ondersteuning zouden kunnen bieden.

De huisartsen die gestructureerd bezig zijn met de zorg aan mensen met COPD hebben lang niet altijd gebruik gemaakt van de mogelijkheden tot ondersteuning die beschikbaar zijn. Ondersteuning en het gebrek aan ondersteuning bij het opzetten van een project en het uitvoeren ervan komt veelvuldig naar voren in de interviews. De behoefte aan ondersteuning varieert, maar waar deze behoefte ervaren wordt ligt dat vooral op het organisatorische vlak. Wie die ondersteuning dan kan geven en welke vorm die ondersteuning heeft, daarover bestaan bij de meeste huisartsen geen mening.

“En dan is er in ieder geval een hoop ondersteuning en een hoop gedachtevorming op papier waardoor mensen die in een gebied iets willen ook vrij gemakkelijk wel op gang kunnen komen.” (HA2)

“...om vervolgens die problemen weer aan te pakken en vervolgens verder te komen dat is een stuk nazorg dat zit meestal niet in ons scholingsaanbod en dat is heel moeilijk vorm te geven.” (HA2)

Verschillende instanties worden genoemd wanneer het gaat om ondersteuning bij de opzet en uitvoering van een project

“Nee je moet het echt zelf doen. Dat is ook de kracht van de huisarts die doet al zoveel zelf, nou laat hem dat dan maar doen en laat hem ook verantwoording afleggen en controleren. Dat zou ik prachtig vinden, ik zou heel graag op mijn handelen worden gecontroleerd ik zou haast zeggen liever vandaag dan morgen. [...] niet door een verzekeraar maar wel door iemand die op inhoud deskundig is, zou heel goed zijn.” (HA1)

In twee van de interviews komt naar voren dat de Regionale Ondersteunings Structuur (ROS), die is opgericht ter vervanging van de district huisartsen verenigingen (DHV), in hun ogen een ondersteunende taak zouden moeten hebben juist ook op het gebied van zorgvernieuwing maar dat zij vanuit deze organisaties geen ondersteuning ontvangen en dat zij ook geen hoge verwachtingen hebben van deze instantie.

Een van de huisartsen gaf aan dat zij voor de invoer van een meer gestructureerde vorm van zorg juist hebben aangeklopt bij een ROS en dat deze een ondersteunende rol heeft gehad in de opzet van de zorg. Een belangrijke reden om bij deze instantie aan te kloppen is het feit dat de ondersteuning geen kosten met zich mee brengt.

“Er zijn andere organisaties wel ook via het NHG zijn er ook namen die je kan opvragen maar die zijn niet kosteloos. Zee-Bra zit hier regionaal en die heeft subsidies om dat kosteloos voor een aantal uren te ondersteunen...”(HA10)

4.4 Verwachtingen

Binnen de respondentengroep van dit onderzoek waren niet veel huisartsen die ervaring hadden met de toepassing van disease management bij COPD. Desondanks hebben veel van de ondervraagden wel verwachtingen met betrekking tot de toepassing van disease management bij COPD. Deze verwachtingen zijn terug te voeren tot de subthema's *kwaliteit, centrale rol van de huisarts, investeringen en haalbaarheid*.

4.4.1 Kwaliteit

Voor de meeste artsen geldt dat ze verwachten dat de invoering van disease management, of meer in het algemeen een meer gestructureerde vorm van zorg aanbieden, bij kan dragen aan een kwalitatief betere zorg voor mensen met COPD. Vooral het afremmen van de progressie van de ziekte en het verbeteren van de kwaliteit van zorg worden genoemd als redenen om disease management toe te gaan passen. Ook heeft meer structuur in hun ogen tot gevolg dat mensen met COPD niet meer van de radar vallen. Ook een mogelijke eerdere opsporing van COPD werd als mogelijk positief gevolg genoemd.

4.4.2 Centrale rol huisartsen

Alle respondenten in dit onderzoek zijn de mening toegedaan dat de huisarts een centrale rol kan krijgen wanneer disease management wordt ingevoerd. Wel verwachten ze dat hun eigen rol in het zorgproces gaat veranderen. Van vooral zaken zelf doen denken ze dat het accent van hun werkzaamheden binnen disease management zal liggen bij het diagnosticeren en verder vooral zal bestaan uit het delegeren van taken en ondersteuning achter de schermen. De redenen die zij geven voor die centrale rol is dat de huisarts de generalist is en ook dat zij met alle (mogelijke) betrokken partijen reeds contacten hebben.

“ja ik denk dat er je gaat toch wel van een wat van de rol van ik wacht wel tot iemand ziek is en die komt bij mij ga je toch meer een begeleidingscomponent uitvoeren, en een gestructureerde benadering voor bepaalde problematiek dat is iets heel anders en dat moet ook een beetje bij je passen. [...] Ik als huisarts ga ik toch wel zeggen dat de huisarts de aangewezen persoon zou kunnen zijn om de regie daarin te

kunnen voeren. Alleen ik geloof dus niet zozeer in één huisarts die dat in eigen beheer doet en zeggenschap heeft over heel veel anderen maar ik zou het veel liever ondergebracht zien in een organisatie waarbij de huisarts dan medisch inhoudelijk de regie voert en niet qua processen om het zo te zeggen. Die processen denk ik dat het beter iemand kan zijn die daarvoor geleerd heeft.” (HA5)

“Wat ik zou willen wat ik me wel kan voorstellen is dat ik delegeer, dat ik bijvoorbeeld bepaalde controles wel laat doen. Maar het primaire contact moet bij mij, moet bij de huisarts zijn, maar dat ik wat delegeer, maar wel met een duidelijke taak, zou ik zeker prettig vinden.” (HA1)

“Ik denk dat, en dan noem ik het even huisartsenpraktijk, want niet alleen de huisarts maar ik denk dat de huisartsenpraktijk een belangrijke rol speelt in disease management. Je zit in de fase van diagnosticeren sowieso, de huisarts is ook vaak degene die de initiële behandeling instelt en daar dus ook de goede inventarisatie voor moet doen. Bij heel veel mensen gaat dat goed dat ook in een vervolgtraject in die huisartspraktijk blijft.” (HA2)

“Ik hoop dat we die spin in het web kunnen blijven. Ik heb het gevoel dat we die tot nu toe geweest zijn, dat we eigenlijk de eerste lijn overzien onze routes kennen [...] het voordeel is dat we de patiënt totaal overzien, we hebben het dossier, we zien de familieverbanden” (HA10)

4.4.3 Investerings

De huisartsen die nog niet bezig zijn met disease management geven te kennen dat ze verwachten dat het invoeren van een dergelijke manier van werken toch een zekere investering vergt. Ze hebben het daarbij niet alleen over een financiële investering maar met name ook over een investering van tijd, tijd die in hun ogen niet altijd beschikbaar is. De respondenten geven aan dat zij dermate veel tijd kwijt zijn met hun dagelijkse werkzaamheden dat ze verwachten dat de tijd die het invoeren van een andere manier van werken met zich mee brengt inbreuk zal maken op de toch al beperkte privé tijd. Ook geven ze aan dat naast de groep mensen met COPD waarvoor structurele zorg ingevoerd zou kunnen worden zij binnen hun praktijk veel andere groep chronisch zieken hebben die hun aandacht moeten krijgen. Daarnaast zijn de huisartsen huiverig voor een overmaat aan overleg en vergadersituaties die, in hun ogen, onvermijdelijk voortvloeit uit de intensievere samenwerking met andere hulpverleners.

“...hoe meer disciplines er betrokken zijn des te moeilijker wordt het op elkaar afstemmen en zo, en overleg en alles. Op een gegeven moment ben je zo druk bezig met er allemaal over te praten...” (HA4)

4.4.4 Haalbaarheid

Ondanks de verwachte verbetering in de kwaliteit van de zorg die zij COPD patiënten kunnen bieden volg er na deze constatering van de kant van de respondenten vaak ook een “maar”. De redenen hiervoor lopen uiteen, financiën, meerwaarde voor grote groepen patiënten, tot nu toe ontbreken van bewezen meerwaarde en haalbaarheid zijn enkele van de aangedragen redenen.

“...al moet ik nog zien of het heel veel invloed zal hebben op de kosten van de gezondheidszorg of überhaupt de kwaliteit van leven van de patiënt. Dat zijn dingen waar ik niet al te pretentius over zou durven zijn als ik de beleidsmakers zou zijn.” (HA5)

“Kijk je begrijpt ik maak het onderscheid naar inzetten op informatievoorziening, zeker in het kader ook van eigen verantwoordelijkheid van daarvoor moet je informatie hebben om afwegingen te kunnen maken hè wat doe je met je levensstijl, maar of het zin heeft om mensen jarenlang op zo'n gestructureerde manier te volgen, daar ben ik dus heel nieuwsgierig naar voor welke patiënten dat nou een meerwaarde heeft.” (HA5)

“Doe het maar, maar doe het klein in een plaats, doe maar eens een keer net zoals bij een trial, voer het maar eens uit en laat maar een zien hoe het gaat. Je mag best experimenteren, dan zeg je bijvoorbeeld ik ga in plaats A gaan we dat bij die en die praktijk eerst doen, als de verzekeraar dat zou doen of hier in het ziekenhuis we gaan eens een keer in die vleugel zo handelen, nou prima. Maar als je blijft probeer het eerst uit.” (HA1)

“In hoeverre het allemaal zo haalbaar is want het is natuurlijk zo hoe meer disciplines er betrokken zijn des te moeilijker wordt het op elkaar afstemmen en zo, en overleg en alles op een gegeven moment ben je zo druk bezig met er allemaal over te praten en het heeft dan allemaal toch met een patiënt te maken en dan denk ik ja vroeger deed je als huisarts alles zelf en had je alles onder controle, ik zal niet zeggen dat het beter ging zeker niet maar dan was je wel zelf er verantwoordelijk voor en nu moet je afstemmen met die en die en daar heb ik soms wel een beetje ambivalente gevoelens bij.” (HA4)

Veel huisartsen geven te kennen dat hen eigenlijk geen resultaten bekend zijn over de succesvolle implementatie van disease management en dat hen geen daadwerkelijke positieve resultaten bekend zijn.

4.5 Attitude ten aanzien van disease management bij COPD

In deze paragraaf zijn de attitudes, zoals die door de huisartsen zijn geformuleerd, terug te vinden. In de analyse wordt gekeken hoe de attitude zoals huisartsen die zelf formuleren zich verhoudt tot de resultaten uit de voorgaande thema's. De meerderheid van de huisartsen die betrokken zijn bij dit onderzoek geeft aan een positieve attitude te hebben ten aanzien van disease management bij COPD. De reden die daar meestal voor gegeven wordt is de structuur die disease management biedt en de betere kwaliteit van zorg voor de patiënten die daaruit voort kan komen. Een enkeling geeft aan geen toegevoegde waarde te zien in de toepassing van disease management bij de behandeling van COPD.

“Het is een heel ruim begrip, maar het concept je hebt chronische ziekten en daar moet je in investeren en dat moet je begeleiden en anders doen dan alleen maar ad hoc reageren op bepaalde ontwikkelingen, dat vond ik van het begin af aan eigenlijk logisch.” (HA2)

Niet alle respondenten hebben een even positieve mening ten aanzien van disease management.

“Dat samenwerken dat doet me zo denken, dat geloof ik wel als er nu een tuberculose epidemie komt. Dan zou ik praten over disease management in de zin van samenwerken” (HA1)

Over de geschiktheid van COPD om disease management toe te passen heeft één van de huisartsen een heel duidelijke mening.

“Ik denk dat COPD wat dat betreft een soort van pilot zou kunnen zijn zelfs want als je dat eenmaal goed van de grond hebt er zijn heel veel ziektes waar je verschillende disciplines bij betrokken wil hebben maar de meeste van disciplines zijn ook betrokken bij de zorg voor COPD bijna alle eerstelijns zorg is betrokken bij COPD. Ja bijna alle maar je kan een heleboel dingen verzinnen in ieder geval die je daarbij kan betrekken in ieder geval.” (HA6)

De ervaringen in het werken met gestructureerde zorg betekenen voor veel huisartsen dat hun attitude ten aanzien van disease management bij COPD toch wel veranderd is. Ze hadden voorafgaand wel het idee dat het structureren van de zorg positieve resultaten tot gevolg zou hebben maar dat de uiteindelijke resultaten groter zijn dan ze hadden verwacht.

“Ehm, ja toch wel een beetje. Want in het begin heb je toch het idee van moet dat nou, ik doe het toch goed en moet dat nou werkelijk moet het een aparte naam zo hebben? Is het niet een beetje hoogdravend gedoe? Maar dat is nu wel veranderd dat ik denk dat het wel de manier is om chronische ziekten te begeleiden en te behandelen.” (HA9)

5 Analyse en Discussie

In het dit hoofdstuk worden de resultaten uit hoofdstuk 4 geanalyseerd en naast de theorie gelegd. Op basis van deze analyse wordt het conceptueel model kritisch bekeken.

De codering van de resultaten heeft de basis gevormd voor een indeling in verschillende thema's. In paragraaf 5.1, 5.2 en 5.3 wordt bekeken wat de resultaten betekenen met oog op de attitudevorming van huisartsen ten aanzien van disease management. In paragraaf 5.4 wordt gekeken hoe de attitude die de huisartsen zelf uiten zich verhoudt tot de gevonden resultaten. In paragraaf 5.5 volgt een kritische bespreking van het conceptueel model en de gehanteerde onderzoeksmethoden.

5.1 Informatie

Attitude is een constructie van de opvattingen die een persoon heeft ten aanzien van de verschillende kenmerken van een object. Die opvattingen zijn gebaseerd op verschillende bronnen. Uit het conceptueel model blijkt dat informatie invloed heeft op het proces van attitudevorming. De resultaten laten zien dat een onderscheid kan worden gemaakt tussen enerzijds geschreven informatie in de vorm van literatuur, standaarden en richtlijnen en anderzijds mondelinge informatie die de huisartsen van collega's krijgen. Uit de resultaten blijkt dat deze vormen van informatie door de huisartsen verschillend worden gewaardeerd en gebruikt.

5.1.1 Informatiebronnen

De geschreven bronnen die beschikbaar zijn worden slechts beperkt geraadpleegd. Mede ingegeven door tijdgebrek zien de huisartsen zich genoodzaakt een selectie te maken uit de grote hoeveelheid aangeboden informatie. Het doel van disease management is een zorgcontinuüm te creëren waarin de patiënt centraal staat. In de organisatie wordt naar het gehele zorgproces gekeken en niet enkel naar de activiteiten in de eigen praktijk. Uit de resultaten blijkt dat voor de huisartsen de NHG standaard de belangrijkste bron van informatie over disease management is. De NHG standaard is een instrument dat ontwikkeld wordt voor gebruik in de huisartsenpraktijk. In de standaard wordt een aanzet gegeven tot samenwerking met andere hulpverleners, echter met de inzet van disease management wordt beoogd het zorgproces boven de individuele praktijk te tillen en gezamenlijk tot een nieuwe inrichting van de zorg te komen. De huisartsen geven aan van plan te zijn om voor de herinrichting van hun zorgproces terug te grijpen op de NHG standaard. De opzet van de NHG standaard is een instrument te bieden waarop huisartsen kunnen terugvallen wanneer zij vragen hebben over behandelingstechnische onderwerpen. Waarschijnlijk bevat de huidige NHG standaard onvoldoende informatie om een correct beeld van disease management te geven en om de invoering van disease management mogelijk te maken.

De standaarden en richtlijnen worden door de respondenten vaak te theoretisch gevonden en zijn niet altijd toepasbaar in de praktijk. Dit komt overeen met het beeld dat uit de theorie naar voren komt (De Haan, 1998). Disease management leunt echter zwaar op de inzet van evidence based informatie en het werken volgens een gestructureerd behandelplan. Het feit dat het toepassen van standaarden in de praktijk niet altijd haalbaar is maakt duidelijk dat het

belangrijk is evidence based informatie te “vertalen”, zodat deze in de praktijk kan worden toegepast.

Informatie moet als een ruim begrip worden gezien. Informatie is niet enkel hetgeen dat terug te vinden is in literatuur en standaarden, bij informatie moet ook worden gedacht aan ervaringen van collega's die de huisartsen vernemen. Uit de resultaten komt naar voren dat met name de ervaringen van collega's een belangrijke bron van informatie vormen voor huisartsen in de overwegingen ten aanzien van disease management. De huisartsen zijn van mening dat de ervaringen die collega's hebben informatie bevat die inzicht kan geven in de gevolgen van disease management voor hun eigen praktijk. Het is belangrijk de waardering van huisartsen voor deze bron van informatie te onderkennen en een manier te vinden om huisartsen met en zonder ervaringen met disease management met elkaar in contact te laten komen.

5.1.2 Informatie en attitude

Uit de resultaten blijkt dat de ideeën die de huisartsen hebben met betrekking tot disease management en wat dat concept volgens de huisartsen inhoudt niet altijd overeenkomen met de definitie en de kenmerken van disease management, zoals die in de theorie zijn teruggevonden. Wanneer deze constatering naast de resultaten worden gelegd die betrekking hebben op de informatie over disease management vormt zich het idee dat de informatie en bronnen die huisartsen raadplegen een onvolledig beeld van disease management geven. Eerder is in de theorie gesteld dat mensen vooral informatie zoeken die aansluit bij hun bestaande attitude, en nieuwe informatie vanuit het bestaande denkkader interpreteren. De beschikbare bronnen worden door de huisartsen slechts beperkt geraadpleegd en er is nauwelijks sprake van een informatiebehoefte. Het is belangrijk dat huisartsen een goed beeld hebben van disease management, niet alleen om een beslissing te nemen over het al dan niet toepassen van disease management in de eigen praktijk maar ook om de toepassing goed te laten verlopen. Aan de beeldvorming ten aanzien van disease management kan in de (huisartsen)literatuur worden bijgedragen door aandacht te schenken aan ervaringen van huisartsen en andere hulpverleners.

Op basis van de resultaten lijkt het aanbieden van informatie niet voldoende te zijn om de attitudevorming van de huisartsen te beïnvloeden. Immers, het is onbekend aan welke informatie huisartsen behoefte hebben, de kans is groot dat de aangeboden informatie niet voldoet. Bovendien hebben de huisartsen geen tijd om de beschikbare informatie door te nemen. De kans dat de informatie in het geheel niet geraadpleegd wordt, is daarom groot.

5.2 Ervaring

Ervaring is één van de factoren die op basis van het conceptueel model invloed heeft op de subjectieve evaluatie waarvan een attitude de uitkomst is. Voor veel van de respondenten geldt dat zij geen ervaring hebben met de toepassing van disease management bij COPD.

5.2.1 Disease management

Slechts enkele van de respondenten hebben naar eigen zeggen ervaring met de toepassing van disease management in de behandeling van mensen met COPD. Deze huisartsen zien

positieve effecten: betere longfuncties, minder exacerbaties en een verminderd medicijngebruik. Met name dit verminderd medicijngebruik geeft aan dat de patiënten beter zijn ingesteld.

Hoewel huisartsen de positieve effecten merken na de invoering van disease management wordt uit de theorie duidelijk dat uit verschillende onderzoeken geen positieve resultaten naar voren zijn gekomen, een onderzoek waarin wel positieve effecten zijn gevonden als gevolg van de inzet van disease management is dat van Steuten (2004). Het is de vraag in hoeverre de resultaten die de huisartsen waarnemen toe zijn te schrijven aan disease management. Eerder is in dit hoofdstuk vastgesteld dat wat door de respondenten als disease management wordt ervaren niet altijd voldoet aan de definitie zoals die is terug te vinden in de theorie.

Ondanks het feit dat het merendeel van de respondenten weinig ervaring heeft met disease management bij COPD blijkt uit de resultaten dat deze huisartsen wel ervaring hebben met verschillende onderdelen die deel uit maken van disease management, zoals het werken met evidence based richtlijnen maar ook de samenwerking met andere hulpverleners. De positieve ervaringen die zij hebben met elementen van disease management, maken dat zij naar eigen zeggen positiever staan ten aanzien van disease management bij COPD, de theorie onderschrijft dit. Toch spreken de resultaten deze positieve ervaringen tot op zekere hoogte tegen. Het werken met standaarden en protocollen bijvoorbeeld, is volgens de huisartsen niet altijd mogelijk of gewenst. Daarnaast is de samenwerking van de respondenten met andere hulpverleners op het gebied van COPD in de meeste gevallen beperkt tot de POH, de longarts en de longverpleegkundige.

5.2.2 COPD patiënten

Ondanks de positieve ervaringen met onderdelen van disease management en ervaringen in de zorg voor mensen met diabetes, bestaan bij de respondenten toch twijfels ten aanzien van de toepasbaarheid van disease management op de zorg voor mensen met COPD.

De ervaringen die huisartsen hebben in de zorg voor mensen met COPD leiden ertoe dat de huisartsen opvattingen hebben over de patiëntengroep. De patiëntenpopulatie met COPD komt volgens de respondenten minder op vervolgspraken en de patiënten onderschatten, in de ogen van de huisartsen, de ernst van hun ziekte. Met het oog op disease management zijn dit punten om rekening mee te houden. Naast een actieve houding van de hulpverlener vergt disease management immers ook van de patiënt een actieve rol. Bij de opzet van een disease management initiatief is het derhalve minstens zo belangrijk de rol van de patiënt te onderkennen en te kijken hoe de patiënt gemotiveerd kan worden bewust met de behandeling van zijn of haar aandoening bezig te zijn.

5.2.3 Behandeling van COPD

Niet alleen de huisarts en de patiënt spelen een rol in de behandeling, ook de behandelingstechnische aspecten zijn belangrijk. Het uitvoeren van een longfunctietest maakt onderdeel uit van de diagnosestelling van COPD bij patiënten. Daarnaast is het regelmatig uitvoeren van een spirometrie een onderdeel van de behandeling van COPD. Het

uitvoeren van een spirometrie behoort echter lang niet in elke huisartsenpraktijk tot de mogelijkheden. Het ontbreken van de mogelijkheid tot spirometrie betekent voor de huisarts een beperking van de zorg die hij de patiënt kan bieden, en betekent dat een huisarts de patiënt door moet sturen naar een ziekenhuis of gebruik moet maken van de diensten van een huisartsenlaboratorium.

Daarnaast is de uitkomst van een spirometrie in de ogen van de respondenten geen geschikte indicator om de gezondheidstoestand van de patiënt in beeld te brengen. Het ontbreekt in hun ogen aan een goede indicator, de uitkomst van een spirometrie geeft enkel een weergave van de longfunctie en niet van de kwaliteit van leven van de patiënt. De longfunctiewaarde is derhalve voor de huisartsen geen behandelingsdoel, het voorkomen van exacerbaties bijvoorbeeld wel.

Het registreren van bepaalde gegevens en het gebruik van managementinformatie kan wellicht inzicht geven in het succes van de behandeling en meer inzicht verschaffen in de gezondheidstoestand van de patiënt.

Bij de meeste huisartsen is de omvang van de patiëntengroep met COPD niet bekend. Dit ervaren zij als een beperking, deze kennis is in de ogen van de respondenten noodzakelijk is om de invoer van disease management mogelijk te maken. Voor een start kan worden gemaakt met de invoering van disease management zal in veel huisartsenpraktijken een inhaalslag moeten worden gemaakt op het gebied van registratie. De toepassing en een juist gebruik van ICT zijn hiervoor noodzakelijk.

5.2.4 Ervaringen en attitude

De ervaringen die huisartsen hebben, blijken in belangrijke mate van invloed te zijn op het proces van attitudevorming. Vooral de ervaringen in de zorg voor mensen met diabetes en de resultaten die zij voor deze groep zien zijn voor de huisartsen van doorslaggevend belang in de keuze om disease management al dan niet toe te passen bij COPD. Niet alle onderdelen van disease management worden positief ervaren door de huisartsen. Het aanbrengen van structuur in de zorg ervaren zij als positief, echter de samenwerking met andere hulpverleners wordt niet altijd positief ervaren. Uit de reacties van de huisartsen komt naar voren dat zij in het algemeen een goed gevoel hebben over de gevolgen van het invoeren van disease management. Het lijkt zo te zijn dat de huisartsen de positieve ervaringen die zij hebben sterker laten wegen dan de negatieve.

5.3 Verwachtingen

Veel van de geïnterviewde huisartsen hebben nog geen ervaring in het werken met disease management bij COPD. De ervaringen die huisartsen hebben met disease management bij andere ziekten en de verschillende onderdelen van disease management leiden in combinatie met de informatie die de huisartsen tot hun beschikking hebben, tot bepaalde verwachtingen ten aanzien van de toepassing van disease management bij COPD.

5.3.1 Kwaliteit van zorg

De belangrijkste verwachting die deze groep respondenten heeft ten aanzien van de uitkomst van de toepassing van disease management bij COPD is een verbetering van de kwaliteit van de zorg als gevolg van de toepassing van disease management in de zorg voor

mensen met COPD. Zij verwachten dat structurering van zorg op langere termijn een betere kwaliteit van zorg met zich meebrengt en uiteindelijk een betere gezondheid voor mensen met COPD. Op korte termijn verwachten de huisartsen ook resultaten te zien. Ze verwachten meer inzicht te krijgen in de omvang van de populatie patiënten met COPD in hun praktijk, een vermindering van het aantal exacerbaties, een vroege opsporing van gevallen van COPD en ze menen dat disease management hen in staat zal stellen deze groep patiënten beter te kunnen monitoren dan nu het geval is.

De meerwaarde van disease management ten opzichte van de huidige manier van zorg organiseren is in hun ogen nog onvoldoende aangetoond door onderzoek.

5.3.2 Eigen rol

De respondenten verwachten in de organisatie en de uitvoering van disease management een belangrijke rol te kunnen spelen. De redenen die zij hiervoor geven is niet alleen het feit dat zij deze rol reeds lange tijd vervullen in de zorg maar vooral het feit dat zij regelmatig contact hebben met de meeste hulpverleners die bij de zorg voor mensen met COPD betrokken kunnen zijn. Dit onderschrijft het belang dat de respondenten hechten aan de persoonlijke relaties tussen de betrokken hulpverleners. In de opzet van disease management geven enkele respondenten aan dat zij ondersteuning willen hebben. Deze ondersteuning verwachten zij met name vanuit de ROS. Echter niet alle huisartsen hebben goede ervaringen met deze instanties. De ondersteuning van huisartsen die willen starten met disease management moet goed vorm worden gegeven en er moet ruchtbaarheid aan deze ondersteuning worden gegeven.

5.3.3 Verwachtingen en attitude

De huisartsen hebben op basis van de informatie die zij tot hun beschikking hebben en de eigen ervaringen bepaalde verwachtingen ten aanzien van disease management. Deze verwachtingen zijn mede bepalend voor de attitude van de huisartsen. Wanneer deze gegevens worden gecombineerd met het conceptueel model lijken de verwachtingen die naar voren komen uit de resultaten, uitkomsten te zijn van een subjectieve evaluatie. Ter illustratie:

“Daarnaast zijn de huisartsen huiverig voor een overmaat aan overleg en vergadersituaties die, in hun ogen, onvermijdelijk voortvloeit uit de intensievere samenwerking met andere hulpverleners.”

Het voorgaande is afkomstig uit de resultaten, en valt onder de investeringen die de huisartsen verwachten te moeten doen als gevolg van de invoering van disease management. De huisartsen hebben geen ervaring in het werken met disease management, ze hebben dus niet zelf vast kunnen stellen of werken met disease management inderdaad een om een tijdsinvestering vraagt. De huisartsen hebben echter wel ervaring in samenwerking met andere zorgverleners en in de meeste gevallen ook met andere vormen van zorgvernieuwing. Deze ervaringen nemen zij mee in hun overwegingen ten aanzien van disease management. Daarnaast hebben zij ook beschikking over verschillende bronnen van informatie over disease management. De ervaringen die de huisartsen zelf hebben en de

informatie waarover zij beschikking hebben worden naast elkaar gezet en in de subjectieve evaluatie gewogen. Deze subjectieve evaluatie leidt tot de bewuste verwachting op het gebied van investeringen als gevolg van de invoering van disease management. De factoren tijd en context hebben ook hun invloed op de subjectieve evaluatie en kunnen de uitkomst van de evaluatie beïnvloeden.

5.4 Attitude ten aanzien van disease management bij COPD

De meerderheid van de respondenten uit een positieve attitude ten aanzien van de toepassing van disease management bij COPD. Uit de resultaten blijkt echter dat lang niet alle onderdelen van disease management afzonderlijk positief worden beoordeeld door de huisartsen.

5.4.1 Subjectieve evaluatie

Uit de theorie blijkt dat attitude een subjectieve evaluatie is waarin attitudes ten aanzien van verschillende kenmerken tegen elkaar worden afgewogen. Een positieve attitude ten aanzien van disease management betekent dat de afweging van de verschillende kenmerken in dit geval positief is uitgevallen. De resultaten maken een kanttekening noodzakelijk, deze geven aanleiding te denken dat hetgeen de respondenten disease management noemen, niet altijd als zodanig kan worden beschouwd op basis van de theorie.

De resultaten maken duidelijk dat een attitude een afweging is van verschillende factoren, uit de resultaten komen vooral de ervaringen en verwachtingen van huisartsen naar voren als belangrijke beïnvloedende factoren en in mindere mate informatie. Op basis van deze resultaten is een positieve attitude ten aanzien van disease management niet altijd voor de hand liggend. Huisartsen die een positieve attitude verwoorden ten aanzien van disease management bij COPD hebben lang niet altijd een positieve mening over de verschillende onderdelen van disease management. Zo zijn de ervaringen met de zorg voor mensen met COPD zijn niet altijd positief en ook onderdelen als samenwerking en het gebruik van evidence based informatie worden niet altijd positief ervaren door de huisartsen. Toch uiten de respondenten een positieve attitude ten aanzien van disease management bij COPD. De weegschaal slaat dus uit in het voordeel van disease management.

5.4.2 Attitude en gedrag

Uit de resultaten komt duidelijk naar voren dat een positieve attitude zich niet altijd vertaalt in corresponderend gedrag. Ook onder de respondenten van dit onderzoek is het zo dat velen een positieve attitude hebben ten aanzien van disease management maar dat zij op dit moment geen mogelijkheid zien om daadwerkelijk te starten met disease management. De redenen hiervoor lopen uiteen van plannen om binnen afzienbare tijd te stoppen met werken tot het op dit moment voorrang geven aan de zorg voor mensen met diabetes. Ook uit de theorie komt naar voren dat attitude en gedrag niet altijd corresponderen (Bohner en Wänke, 2001).

Wanneer de attitude van een persoon bekend is wil dat niet altijd zeggen dat het gedrag van de persoon op dit gebied kan worden voorspeld. Evengoed blijkt ook uit de resultaten dat eventuele twijfels die de huisartsen uiten ten aanzien van disease management bij COPD

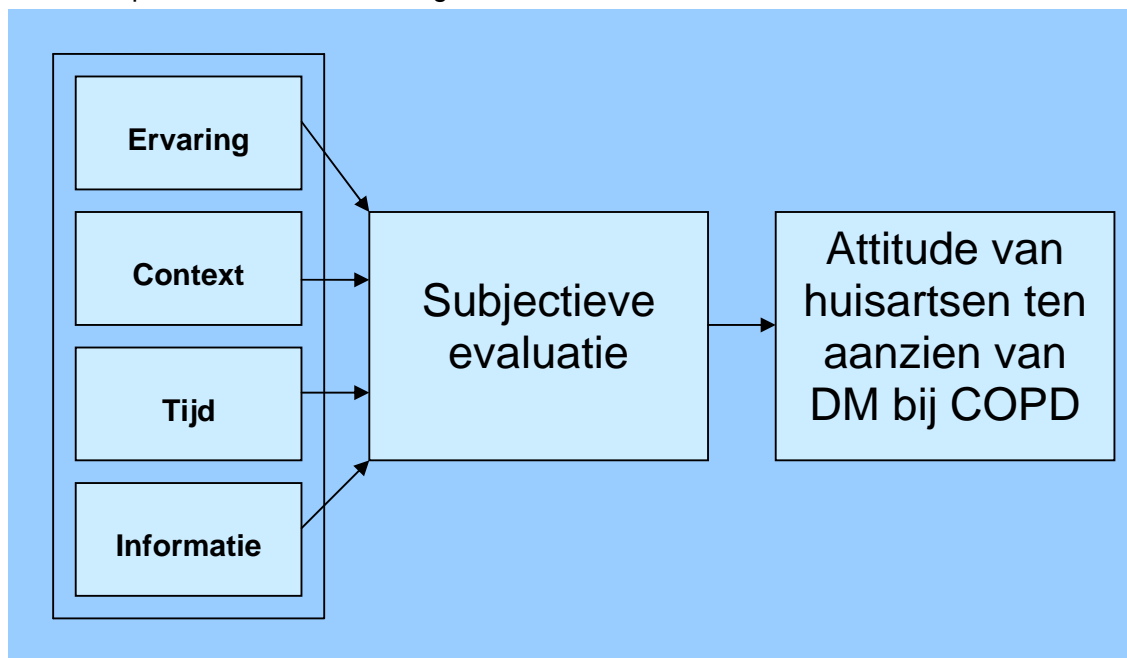
voor hen geen reden vormen om in de toekomst niet verder te willen gaan met disease management.

5.5 Bespreking conceptueel model en discussie onderzoeksopzet

In deze paragraaf wordt het conceptuele model geconfronteerd met de empirie. Op basis hiervan wordt beoordeeld hoe goed het conceptuele model in staat is het proces van attitudevorming van de huisartsen te verklaren en of het wellicht moet worden bijgesteld.

5.5.1 Conceptueel model

Het conceptueel model was als volgt:



Het empirische onderzoek dat is uitgevoerd heeft geresulteerd in de volgende aspecten die van invloed zijn op de subjectieve evaluatie: informatie, ervaring, verwachtingen, tijd en context.

Uit de resultaten blijkt dat de factor tijd lastig te operationaliseren is. Veel van de respondenten zijn niet in staat aan te geven hoe lang zij bekend zijn met disease management. Uit het onderzoek is gebleken dat de factor tijd lastig te bespreken is in een interview. Het ontbreken van resultaten die betrekking hebben op de factor tijd betekent dat de invloed van deze factor op het proces van attitudevorming niet kan worden achterhaald. Uit de analyse kan geen informatie worden verkregen omtrent deze factor. Achteraf gezien had de factor tijd wellicht anders geoperationaliseerd moeten worden en had meer rekening moeten worden gehouden met de problemen die op kunnen treden wanneer mensen gevraagd wordt naar gebeurtenissen in het verleden (re-call bias) (Bowling, 1997).

De context waarin het onderzoek plaats heeft gevonden is een gegeven. De invloed van de context is met dit onderzoek niet te achterhalen. Een herhaling van het onderzoek onder andere omstandigheden zou hierover meer inzicht kunnen geven. Hierbij moet bijvoorbeeld worden gedacht aan een onderzoeker met een medische achtergrond. Het is mogelijk dat in

dergelijke omstandigheden andere resultaten worden gegenereerd. Wanneer de andere factoren gelijk blijven kan beargumenteerd worden dat andere resultaten het gevolg zijn van een verandering van de factor context.

Informatie blijkt een belangrijke factor te zijn in het proces van attitudevorming. Dit onderzoek heeft inzicht verkregen in de verschillende aspecten die een rol spelen in het tot stand komen en het gebruik van informatie in het kader van het proces van attitudevorming. Met informatie wordt niet enkel de informatie bedoeld zoals deze in de literatuur is terug te vinden, maar vooral ook de informatie die de respondenten vergaren in de vorm van ervaringen van collega's. Informatie is een ruim begrip, daar komt bij dat de interpretatie van informatie van persoon tot persoon kan verschillen. Dit betekent dat aan dezelfde informatie door verschillende personen een andere waarde kan worden toegekend. De manier waarop informatie wordt geïnterpreteerd en het belang dat een persoon aan deze informatie toekent zijn van invloed op het proces van attitudevorming.

Ervaring is in het theoretisch kader omschreven als: *de reeds bestaande opvattingen, attitudes en de ervaringen die de persoon met deze opvattingen en attitudes in het verleden heeft gehad*. Deze factor lijkt erg belangrijk te zijn bij de vorming van een attitude ten aanzien van disease management bij COPD. De ervaringen van de respondenten met de verschillende onderdelen van disease management, de kenmerken van COPD en de patiëntenpopulatie en ervaringen met disease management bij diabetes zijn belangrijke factoren bij het vormen van een attitude ten aanzien van disease management bij COPD. Enkele van de respondenten benadrukken het belang van het 'zelf ervaren'. Zij geven aan dat zonder disease management zelf te hebben ervaren, het lastig is om bijvoorbeeld de behoefte aan ondersteuning of informatie te benoemen. Ervaring is een factor die niet van buitenaf te beïnvloeden is.

Uit de resultaten komt naar voren dat ook de factor "verwachtingen" belangrijk is in het proces van attitudevorming. Deze factor was niet opgenomen in het conceptueel model. Op basis van de analyse kan niet direct over een beïnvloedende factor worden gesproken, zoals dat bijvoorbeeld bij informatie en ervaring wel kan worden gesteld. De verwachtingen moeten worden gezien als de uitkomst van een subjectieve evaluatie zoals dat eerder in de analyse nader is toegelicht. Subjectieve analyse was reeds een onderdeel van het conceptueel model.

5.5.2 Discussie

De onderzoeksopzet en de uitvoer hiervan bepalen de uitkomsten van het onderzoek. In de volgende paragrafen wordt besproken welke gevolgen de onderzoeksopzet hebben gehad voor het onderzoek en wat wellicht anders had moeten zijn.

5.5.2.1 Disease management

In dit onderzoek is er van uitgegaan dat het noemen van de definitie van disease management aan het begin van het onderzoek voldoende was om te zorgen dat de onderzoeker en de respondent over hetzelfde spraken. Ondanks het verhelderen van de

definitie aan het begin van het interview is uit de resultaten gebleken dat de enkele van de respondenten andere ideeën hadden over disease management.

5.5.2.2 Respondenten

Bij de benadering van respondenten is getracht een samenstelling te bereiken die recht doet aan de samenstelling van de Nederlandse huisartsenpopulatie. Daarom is bij de samenstelling rekening gehouden met de leeftijd, geslacht, praktijkomvang, praktijksamenstelling, aantal jaren werkervaring en de functie van de huisartsen. Ondanks deze spreiding is de respondentengroep niet representatief voor de Nederlandse huisartsenpopulatie. De samenstelling van de respondentengroep geeft echter wel inzicht in de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management van een gedeelte van de huisartsenpopulatie. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat de uitkomsten van dit onderzoek voor een deel van de Nederlandse huisartsen de attitude weer geven die zij hebben ten aanzien van disease management bij COPD. Om een beter beeld te krijgen van de attitude hadden meer respondenten meegenomen moeten worden in het onderzoek die daadwerkelijk ervaringen hebben in het werken met disease management bij COPD. Desondanks is het een interessante respondentengroep, juist van de groep huisartsen die nog niet bezig is met disease management is het belangrijk te weten wat hun attitude is. De respondenten die bij dit onderzoek betrokken zijn gaven vrijwel allemaal aan een positieve attitude te hebben ten aanzien van disease management bij COPD. Een kanttekening is hier op zijn plaats. Het probleem is dat de groep huisartsen met een negatieve attitude wellicht niet bereid was mee te werken aan dit onderzoek. Het gevolg hiervan is dat het beeld van de attitude ten aanzien van disease management misschien te positief gekleurd is. Dit probleem is niet te voorkomen, mensen nemen op vrijwillige basis deel. Wel dient deze overweging mee te worden genomen in de conclusie, de resultaten kunnen immers te positief gekleurd zijn.

5.5.2.3 Tijd en context

Tijdens het onderzoek is gebleken dat de factoren tijd en context, zoals die op zijn genomen in het conceptueel model, problematisch te operationaliseren zijn. Hierdoor is de invloed van deze factoren met dit onderzoek niet te achterhalen. Dit betekent zeker niet dat deze factoren geen invloed hebben. Uit de literatuur komt naar voren dat het moment waarop de informatie is verzameld, hoe lang het geleden is dat de persoon de informatie tot zich is genomen, van belang is. Hoe meer tijd er verstrijkt tussen de kennismaking met het object en het moment dat de persoon naar zijn attitude wordt gevraagd, hoe meer een persoon na kan denken over het object. In die tijd kan een attitude constant blijven, wijzigen of afgezwakt worden. De factor context is op basis van de literatuur wel degelijk van belang voor de attitude die een persoon uit. De omstandigheden waarin naar een attitude wordt gevraagd, de persoon of instantie die naar een attitude informeert, dergelijke factoren hebben invloed (Bohner & Wänke, 2002).

6 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk vindt een terugkoppeling plaats naar de probleemstelling en de deelvragen.

6.1 Conclusies

De probleemstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

Wat is de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management bij COPD en wat betekent dat voor de ontwikkeling hiervan?

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden zijn in het begin van het onderzoek de volgende deelvragen geformuleerd:

1. *Wat is disease management?*
2. *Welke rol kan disease management spelen bij de behandeling van COPD patiënten?*
3. *Wat is de rol van huisartsen binnen disease management (voor COPD)?*
4. *Welke aspecten bepalen de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management?*
5. *Op welke manier kan de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management worden beïnvloed?*
6. *Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan om huisartsen bij COPD disease management initiatieven te betrekken?*

Allereerst zullen de deelvragen worden beantwoord, de beantwoording van deelvraag 6 komt terug in paragraaf 6.2. De antwoorden op de deelvragen zijn afkomstig uit de theorie, de resultaten en een combinatie hiervan.

6.1.1 Wat is disease management?

Disease management is een manier van zorg organiseren die in de Verenigde Staten is ontstaan. Het doel van disease management is de zorg voor specifieke groepen chronisch zieken op een andere manier te organiseren en de beschikbare middelen beter te benutten. Het bevorderen en vergroten van de kwaliteit van zorg zijn belangrijke doelen van disease management. Taakherschikking en een grote mate van protocollering spelen een belangrijke rol bij het realiseren van deze doelstelling. Disease management vereist dat een taakverdeling tot stand komt vanuit het beschouwen van het gehele zorgcontinuüm, waarbij met name de samenhang tussen de verschillende zorgonderdelen centraal staat. Binnen disease management wordt, waar mogelijk, gewerkt met evidence based standaarden en protocollen. Het verzamelen van zorginformatie en het gebruiken van deze informatie om het eigen handelen te beoordelen, te spiegelen aan de resultaten van anderen, is belangrijk binnen disease management.

6.1.2 Welke rol kan disease management spelen bij de behandeling van COPD patiënten?

Een efficiëntere en effectievere besteding van de beschikbare middelen is met het oog op de ontwikkelingen in de zorgvraag een vereiste en wordt in de toekomst naar alle waarschijnlijkheid steeds belangrijker, disease management kan bijdragen aan de oplossing van deze problematiek. De zorg voor mensen met COPD verloopt op dit moment in de meeste Nederlandse huisartsenpraktijken niet gestructureerd. Een belangrijk gevolg van het ontbreken van structuur is het ontbreken van overzicht. Disease management kan structuur brengen in de manier van zorg leveren. Gevolgen van die structuur die uit de resultaten naar voren komen zijn meer inzicht in aantallen patiënten, de behandeling en de resultaten die bij de patiënt worden geboekt.

6.1.3 Wat is de rol van huisartsen binnen disease management (voor COPD)?

Voor een succesvolle implementatie van disease management in het Nederlandse stelsel is een goede afstemming van taken en verantwoordelijkheden tussen de betrokken hulpverleners noodzakelijk. De huisartsen krijgen andere taken en verantwoordelijkheden en zullen intensiever moeten gaan samenwerken en communiceren met andere betrokken hulpverleners bovendien zal de rol van de huisarts in disease management vooral begeleidend zijn. De belangrijkste taak van de huisarts wordt het samen met de patiënt beheersen van het zorgverleningsproces.

Uit de resultaten blijkt ook dat de huisartsen voor zichzelf een centrale rol weggelegd zien. De vraag is of huisartsen over voldoende middelen en vaardigheden beschikken om deze rol goed uit te kunnen voeren. Huisartsen zijn gewend solistisch te werken. De opkomst van de groepspraktijk maakt dat huisartsen steeds meer onderdeel uitmaken van een team, echter binnen de eigen discipline. De persoon die een regiefunctie krijgt in het disease managementtraject wordt geacht met de verschillende betrokken hulpverleners overleg te voeren, afspraken te maken en werkzaamheden af te stemmen.

6.1.4 Welke aspecten bepalen de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management?

Bohner en Wänke (2001) definiëren attitude als een uitkomst van een subjectieve evaluatie van een object of idee. Attitudes zijn een constructie van de verschillende opvattingen die een persoon heeft ten aanzien van de verschillende kenmerken van een object. De waarde die een persoon toekent aan de verschillende kenmerken bepalen de attitude die wordt gevormd, wanneer de kenmerken van het object in de ogen van de persoon overwegend positief zijn zal ook zijn attitude ten aanzien van het object positief zijn en andersom. Uit het conceptueel model komt naar voren dat de factoren ervaring, informatie, tijd en context van invloed zijn op het proces van subjectieve evaluatie.

Uit de resultaten komt de invloed van de verschillende factoren niet altijd even duidelijk naar voren. Dit geldt met name voor de factoren tijd en context. De invloed van deze factoren wordt niet ontkend maar de gekozen onderzoeksmethoden waren onvoldoende om de invloed van deze factoren aan te tonen.

Voor de factoren ervaring en informatie geldt dit niet. Uit de resultaten blijkt dat deze invloed hebben op de subjectieve evaluatie van huisartsen ten aanzien van de toepassing van

disease management bij COPD. Voor wat betreft de factor informatie moet onderscheid worden gemaakt tussen geschreven en mondelinge informatie. Vooral mondelinge informatie van collega's wordt door huisartsen genoemd als een belangrijke factor bij hun proces van attitudevorming. Daarnaast wegen vooral de eigen ervaringen die de huisartsen hebben met disease management en onderdelen daarvan en kenmerken van COPD en de behandeling daarvan zwaar bij de vorming van een attitude ten aanzien van disease management bij COPD.

6.1.5 Op welke manier kan de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management worden beïnvloed?

Attitudevorming is een subjectief proces, dat beïnvloed wordt door verschillende factoren. Deze factoren beïnvloeden elkaar ook onderling op een manier die niet altijd duidelijk is. Ervaringen van mensen kunnen niet beïnvloed worden evenmin als de context en de tijd die verstrijkt. Hieruit kan de conclusie worden getrokken dat informatie de enige factor is die beïnvloed kan worden. Echter, mensen zijn eerder geneigd informatie tot zich te nemen die aansluit bij hun reeds bestaande attitude, daarentegen informatie die niet direct overeenkomt met hun attitude wordt niet actief gezocht (Bohner & Wänke, 2002). Het is dus ook niet mogelijk de informatie die mensen tot zich nemen te beïnvloeden. De informatie die beschikbaar is een factor die wel te beïnvloeden is. Gesteld kan worden dat het beïnvloeden van de attitude van een subject lastig is.

6.1.6 Conclusie

In dit onderzoek stond de volgende probleemstelling centraal:

“Wat is de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management bij COPD en wat betekent dat voor de ontwikkeling hiervan?”

Uit de attitude die door huisartsen wordt geuit ten aanzien van disease management bij COPD blijkt dat zij openstaan voor het concept disease management. Met name het aanbrengen van structuur in de zorg die zij leveren aan mensen met een chronische aandoening ervaren zij als positief, tevens zien zij in hun praktijk de positieve effecten die het doorvoeren van structuur heeft. De kanttekening die hierbij geplaatst moet worden, is dat de uit de resultaten blijkt dat de definitie van disease management niet altijd overeenkomt met de ideeën die huisartsen hebben over disease management. Veel onderdelen van disease management, en met name gestructureerd werken, worden door de huisartsen positief ervaren. Toch zijn er onderdelen van disease management, zoals de intensieve samenwerking, waar de huisartsen minder positief over denken. Het gaat daarbij met name over de praktische uitvoerbaarheid, de investeringen van tijd en geld die de invoer van disease management in de ogen van de huisartsen met zich mee zou brengen. Ook de ervaringen die de huisartsen hebben met de behandeling van COPD en de patiëntenpopulatie met COPD maken dat zij twijfelen aan de haalbaarheid van de toepassing van disease management bij COPD.

Voor de ontwikkeling van disease management bij COPD betekent dit dat hoewel de attitude van huisartsen over het algemeen positief te noemen is en zij een invoering van disease

management voor COPD niet van de hand wijzen, zeker niet voorbij moet worden gegaan aan de twijfels die zij uiten. Met name de twijfels over de populatie en het ontbreken van een goede indicator voor de gezondheidstoestand van de patiënt en het succes van de behandeling zijn onderwerpen die aandacht behoeven. Het feit dat huisartsen in beginsel open staan voor disease management is een belangrijke uitkomst.

6.2 Aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek zijn enkele aanbevelingen te doen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen aanbevelingen die direct betrekking hebben op de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

6.2.1 Aanbevelingen op basis van dit onderzoek

Uit de literatuur en de resultaten blijkt dat de redenen voor huisartsen om deel te nemen aan disease management meestal voort komen uit overwegingen van kwaliteit en continuïteit. Vooral de wens om de zorg voor mensen met COPD inhoudelijk beter vorm te geven zou voor veel van de huisartsen de belangrijkste reden zijn om deel te nemen aan disease management initiatieven.

De redenen waarom huisartsen op dit moment niet deelnemen aan disease management initiatieven zijn in de meeste gevallen met name praktisch van aard. De structurering van de zorg voor mensen met diabetes wordt op dit moment in veel van de praktijken eerst aangepakt. Daarnaast zijn met name (het ontbreken van) de tijd die een dergelijke verandering in het leveren van zorg met zich meebrengt en ook de financiële investering die een dergelijk stap vergt belangrijke factoren. Toepassing van disease management in de zorg voor chronisch zieken kan op termijn een grotere efficiëntie en daarmee een besparing op het totaal aan ziektekosten met zich mee kunnen brengen. Met het oog hierop is het belangrijk dat vanuit de overheid maar zeker ook vanuit de zorgverzekeraars gezocht wordt naar een manier om tegemoet te komen aan de kosten die huisartsen en andere zorgverleners, maken in het kader van disease management.

Uit de resultaten blijkt dat de huisartsen geïnteresseerd zijn in de medisch inhoudelijke kant van disease management: het verhogen van de kwaliteit van zorg voor hun patiënten. De organisatorische kant heeft vooral een negatieve bijmaak voor de respondenten: dat gedeelte kost tijd en geld. Het verdient daarom aanbeveling de huisartsen vooral de medisch inhoudelijke kant van disease management in te laten vullen voor de eigen situatie en ondersteuning te bieden voor het organisatorische deel van disease management.

Voortkomend uit dit onderzoek kunnen ook enkele aanbevelingen worden gedaan in het kader van het tot stand komen van de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management bij COPD. Uit de resultaten blijkt dat met name de eigen ervaringen van de huisartsen bepalend zijn voor de attitude van huisartsen ten aanzien van disease management. Ervaring is een factor die niet door anderen te beïnvloeden is. Wanneer getracht wordt huisartsen bij disease managementinitiatieven te betrekken is het belangrijk hier rekening mee te houden.

Een andere factor die van invloed is op de vorming van attitude is informatie, daarbij is in dit onderzoek onderscheid gemaakt tussen geschreven en mondelinge informatie. Hoe en of een persoon tot zich neemt kan niet worden beïnvloed, echter de vorm, het soort informatie en het gemak waarmee deze beschikbaar is kunnen wel worden beïnvloed.

De theorie achter disease management wordt door huisartsen niet genoemd als informatie die zij willen hebben. Wel bestaat behoefte aan informatie over positieve resultaten van disease management, maar vooral de ervaringen van collega's in het werken met disease management interesseren de respondenten.

Het valt, op basis van de theorie en de resultaten, aan te bevelen de informatie over disease management die bedoeld is voor huisartsen, met name te richten op de resultaten die worden behaald met disease management en ervaringen van collega's in het werken met disease management. Daarnaast lijkt het belangrijk aandacht te besteden aan de problemen die de huisartsen zien, zoals de kenmerken van de patiëntenpopulatie. Om dit mogelijk te maken, moet gezocht worden naar een vorm waarin huisartsen met en zonder ervaring met disease management, de informatie kunnen vinden waar zij behoefte aan hebben.

6.2.2 Toekomstig onderzoek

Voor toekomstig onderzoek op het gebied van huisartsen en disease management zijn op basis van dit onderzoek enkele aanbevelingen te doen. Gaandeweg dit onderzoek zijn andere vragen gerezen die met het oog op disease management en attitude interessant zijn.

De huisarts heeft een belangrijke rol in disease management in de Nederlandse context, uit de resultaten blijkt dat de meeste huisartsen bereid zijn deze rol op zich te nemen. Onduidelijk is echter nog of de huisarts de benodigde vaardigheden en kennis heeft om deze rol op zich te nemen. Voor toekomstig onderzoek is het interessant om te kijken of Nederlandse huisartsen de benodigde kennis en vaardigheden hebben om de rol te vervullen die disease management initiatieven van hen vragen. Een eventuele uitkomst van dergelijk onderzoek kan een set van ondersteunende activiteiten en informatie zijn om de positie van de huisarts binnen disease management initiatieven te versterken.

De voornaamste reden om onderzoek te doen naar attitude is het willen voorspellen van gedrag van personen. Attitude is echter lang niet altijd een goede voorspeller van gedrag. Daarom is het interessant om te kijken welke factoren bepalen of een positieve of negatieve attitude ten aanzien van disease management bij COPD wordt omgezet in overeenkomstig gedrag.

Niet alle informatie die beschikbaar is wordt door huisartsen geraadpleegd. Voor toekomstig onderzoek is het interessant om te onderzoeken aan welke informatie de huisartsen behoefte hebben, in welke vorm zij deze informatie aangeboden willen krijgen en vanuit welke instantie (bijvoorbeeld de NHG).

Literatuurlijst

Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (Vol. 11, pp. 1-33). Chichester, England: Wiley.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). Mahwah, NJ: Erlbaum.

2005. Wat is COPD? [Internet]. Astmafonds, 02-05-2005 [aangehaald 11-02-2006].

Bereikbaar op:

<http://www.astmafonds.nl/astmafonds/content.jsp?wid=2619&objectid=2621>

Baarda, D.B. & M.P.M. de Goede. 1994. *Basisboek methoden en technieken*. Leiden: Stenfert Kroese.

Baarda, D.B., M.P.M. de Goede & A.G.E. van der Meer-Middelburg. 2000. *Basisboek Open interviewen*. Houten: Stenfert Kroese.

Bowling, A. 2000. *Research Methods in Health – Investigating Health and Health Services*. Buckingham: Open University Press.

Braspenning, J.C.C., F.G. Schellevis en R.P.T.M. Grol. 2004. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht: NIVEL.

2006. DMAA Definition of Disease Management [internet]. DMAA. [aangehaald 25-02-2006].

Bereikbaar op: <http://www.dmaa.org/definition.html>

2005. COPD [internet] Gezondheidsplein. [aangehaald 11-02-2006]. Bereikbaar op:

<http://www.gezondheidsplein.nl/gp/gp.php?type=aandoeningen&actie=toon&id=1273>

Harris, J.M. 1996. 'Disease management: new wine in new bottles?'. *Annals of Internal Medicine* 124 (9): 838-842.

Hoogendoorn-Lips M, Feenstra T, Hoogenveen R, Van Genugten M, Rutten-van Mólken M. ? . *Projections of the future burden of COPD in the Netherlands by disease severity using a dynamic population model of disease progression*. Eur Resp J 2004; 4:701s. In: uitwerking NHG standpunt.

Kanton, W., M. von Korff, E. Lin, G. Simon. 2001. Rethinking practioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the pratice nurse. *General Hospital Psychiatry* (23): 138-144.

- Keats, D.M. 2000. *Interviewing: a practical guide for students and professionals*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Lamkadem, M., D. de Bakker, A. Nijland & J. de Haan. 2004. *De invloed van de praktijkondersteuner op de werklust van de huisartsen. Een analyse van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen*. NIVEL. Utrecht.
- Van Leeuwen, Y.D. & J.L. Baggen. 2001. Huisarts en ziekte of huisarts en patiënt. *Huisarts en Wetenschap* 44(13): 605-608.
- Maso, I. & A. Smaling. 1998. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Boom. Amsterdam.
2005. Nationaal kompas volksgezondheid. Astma en chronische obstructieve longziekten (COPD). versie 3.4, 15 december 2005 [internet]. *RIVM*. [aangehaald 09-02-2006]. Bereikbaar op: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1810n18082.html
- Spreeuwenberg, C. 1996. 'Tussen huisarts en specialist'. *Medisch Contact* 51 (42):1341.
- Spreeuwenberg C. Tien kenmerken voor een ideaal disease management programma. In: Schrijvers AJP, Spreeuwenberg C, Van der Laag J, Rutten GEHM, Nabarro G, Schene AH, et al., editors. *Disease Management in de Nederlandse Context*. Utrecht: Igitur; 2005.
- Steuten, L.M.G., H.J.M. Vrijhoef, C. Spreeuwenberg, G.G. van Merode. 2002. Participation of general practitioners in disease management: experiences from the Netherlands. *International Journal of Integrated Care* (2):1-7.
- Steuten, L.M.G. 2004. Thesis.
- Stichting Ketenkwaliteit COPD. 2005. Richtlijn Keten zorg COPD.
- Taylor, S.J.C., B. Candy, R.M. Bryar, J. Ramsay, H.J.M. Vrijhoef, G. Esmond, J.A. Wedzicha & C.J. Griffiths. 2005. Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *BMJ British Medical Journal*. doi:10.1136/bmj.38512.664167.8F (10 augustus 2005)
- Vrijhoef, H.J.M., Spreeuwenberg, C., Eijkelberg, I.M.J.G., Wolfenbuttel, B.H.R. & G.G. Van Merode. 2001. Adoption of disease management model for diabetes in region Maastricht, Education and debate. *BMJ British Medical Journal* 323 (7319): 983-986.
- Vrijhoef, H.J.M. et al. 2003. Undiagnosed patients and patients at risk for COPD in primary healthcare: early detection with the support of non-physicians. *Journal of clinical nursing* (12): 366-373.
- Waters, T.M., P.P. Budetti, K.S.E. Reynolds, R.R. Gillies, H.S. Zuckerman, J.A. Alexander, L.R. Burns, S.M. Shortell. 2001. Factors associated with physician involvement in care management. *Medical Care* 39 (7): I-79-I-91.

Bijlage 1 Kenmerken huisartsen

	geslacht m/v	leeftijd	aantal jaren werkzaam als huisarts	praktijk s/d/g	aantal huisartsen per praktijk	omvang praktijk	Functie
1.	M	-	23 jaar	S(HIDHA)*	2	±2300	huisarts, onderzoeker
2.	M	40 jaar	-	(HIDHA)*	2	±2400	huisarts, onderzoeker, docent kaderopleiding COPD
3.	V	32 jaar	1,5 jaar	G		±25.000	huisarts
4.	V	54 jaar	>25 jaar	D	2	±3800	huisarts
5.	M	39 jaar	6,5 jaar	G		±25.000	huisarts, medisch directeur praktijk
6.	M	32 jaar	1,5 jaar	G		±25.000	huisarts
7.	M	52 jaar	>20 jaar	D	2	±4200	huisarts, kaderhuisarts COPD
8.	V	49 jaar	14 jaar	S	1	±2000	huisarts
9.	M	38 jaar	7 jaar	G	6	±15.000	huisarts
10.	M	34 jaar	4 jaar	D	2	±5600	huisarts

* HIDHA huisarts in dienst van de huisarts

Bijlage 2 Topiclijst interviews huisartsen

Algemeen

Naam huisarts/nummer	
Geslacht	
Leeftijd	

Opnemen gesprek

Anoniem gegevens verwerken

Aanleiding onderzoek

Doel onderzoek

Mijn eigen definitie disease management

- Chronische ziekten
- Multi-disciplinaire aanpak
- Evidence based
- Intensieve samenwerking
- Verbeterde communicatie
- Kwaliteitsverbetering, uitkomsten management
- Patiëntempowerment

Context

Kunt u wat vertellen over uw huisartsenpraktijk en de zorg die u daarin verleent voor COPD-patiënten?

- Hoe lang bent u al huisarts? Altijd in dezelfde praktijk? (evt. Heeft u een expertisegebied?)
- Hoeveel patiënten met COPD hebt u in uw praktijk?
- Hoe vaak ziet u mensen met COPD per jaar?
- Denkt u dat de zorg voor COPD-patiënten anders ingericht moet worden?
 - Waarom?

Hoe bent u in aanraking gekomen met disease management?

Bent u betrokken bij een disease management initiatief in uw regio?

Hoe zou u uw rol daarin omschrijven?

- Wat betekent disease management voor uw manier van werken waar het COPD patiënten betreft?
- Hoe ervaart u dat?
- Kunt u zeggen wat in uw ogen de voor en nadelen van disease management zijn waar het de zorg voor COPD patiënten betreft?

Informatie

Wat weet u over disease management?

- Uit welke bronnen is uw informatie afkomstig?
- Is dat in uw ogen voldoende?
- Aan wat voor informatie over disease management heeft u behoefte?

Zoekt u zelf actief naar informatie over disease management?

Wordt u door beroepsverenigingen en regionale overlegorganen geïnformeerd over concepten als disease management?

- Heeft u daar behoefte aan? (Waarom?)

(bij deelname aan een initiatief)

Welke informatie had u voorafgaand aan het project tot uw beschikking?

- Uit welke bronnen was die informatie afkomstig?

Ervaring

Heeft u een actieve rol in uw regio waar het zorgvernieuwingen betreft?

Kunt u mij vertellen wat voor ervaringen u tot nu toe met disease management heeft gehad?

Welke ervaringen heeft u in de afstemming met andere hulpverleners?

Wat is uw mening over disease management als initiatief in de zorg voor COPD patiënten?

Welke kansen denkt u dat de introductie van disease management in de zorg voor COPD patiënten met zich mee brengt?

(bij deelname aan een initiatief)

Welk beeld had u voor deelname aan het project van disease management?

Hoe hebben uw ervaringen in de praktijk uw mening over disease management beïnvloed?

Heeft disease management uw rol in het zorgproces veranderd?

- Hoe komt dat denkt u?

Tijd

Wanneer bent u voor het eerst in aanraking gekomen met het begrip disease management?

Wat was uw eerste gedachte/ associatie ten aanzien van disease management?

Is uw mening over disease management in die periode gewijzigd?

- Hoe verklaart u dat?

(bij deelname aan een initiatief)

Wanneer is het initiatief waaraan u deelneemt gestart?

Afsluiting

Heeft u nog toevoegingen of vragen?