

Ergotherapie bij COPD

Module Behandelen en begeleiden

Colofon ©2024

©2024 Ergotherapie Nederland

Ergotherapie Nederland

Orteliuslaan 750

3528 BB Utrecht

T 030-262 83 56

E en@ergotherapie.nl

W www.ergotherapie.nl

Landelijke overleggroep 'Ergotherapie en COPD'

Onder redactie van

Linda Vink – van Klooster, beleidsmedewerker Ergotherapie Nederland

Dr. Lucelle van de Ven-Stevens, manager inhoudelijk beleid en kwaliteit Ergotherapie Nederland

Alle rechten voorbehouden.

Na verkregen schriftelijke toestemming mogen teksten uit deze uitgave worden overgenomen, verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, onder strikte voorwaarde van bronvermelding. Toestemming voor gebruik van teksten kunt u uitsluitend schriftelijk of per e-mail vragen bij Ergotherapie Nederland.

Totstandkoming van de module

De 'Module behandelen en begeleiden' is tot stand gekomen door de inzet van actieve leden van Ergotherapie Nederland, uit de Landelijke overleggroep Ergotherapie en COPD. Er is gekozen om de huidige standaard 'Ergotherapie bij COPD' te herzien. In verband met de hoeveelheid werk en tijd dat het kost om een standaard volledig te herzien heeft de Landelijke overleggroep Ergotherapie en COPD er gezamenlijk voor gekozen om per hoofdstuk te herzien in een module. De module kunt u naast de huidige standaard leggen.

De leden van de Landelijke overleggroep Ergotherapie en COPD zijn allen werkzaam in de eerste en/of tweede lijn en hebben ruime ervaring en expertise op gebied van problemen aan het ademhalingsstelsel.

De werkgroepleden van de module 'Behandelen en begeleiden':

- Danielle Boelhouwer-Bouman
- Elvira Blanken
- Eveliene van Biemen
- Laura Bruil
- Mayke Sackman-Gerritsen
- Nienke Nakken
- Remco Blok

Aanleiding en ontwikkeling

Voor u ligt de handreiking Ergotherapie bij COPD, hoofdstuk 5, behandelen en begeleiden. Dit hoofdstuk is herzien en herschreven door de landelijke overleggroep Ergotherapie en COPD, nadat in 2016 de Standaard Ergotherapie bij COPD werd uitgebracht. Er is namelijk tot op heden nog steeds onvoldoende evidence based bewijs om een richtlijn te schrijven. Ergotherapie bij COPD is er op gericht om klachten te verminderen en de zelfstandigheid bij cliënten te vergroten en/of behouden. Ondanks dat het aantal mensen met COPD in Nederland jaarlijks groeit is er weinig bekend over de ergotherapeutische interventies van deze doelgroep. Het hoofddoel van de overleggroep is om de ergotherapiebehandeling bij cliënten met COPD en hun naasten op de kaart te zetten. Om tot de handreiking te komen is er gebruik gemaakt van nieuwe wetenschappelijke inzichten, professionele inzichten (best practice) en inzichten van cliënten. Er is besloten om niet de gehele standaard in een keer te herzien en uit te geven, maar op te leveren per hoofdstuk. Hoofdstuk 5 Behandelen en begeleiden is de tweede module in 2024 die herzien is. In de handreiking wordt er gesproken over de cliënt/cliënten en over het cliëntstelsel. In de handreiking is het cliëntstelsel niet herhaaldelijk genoemd in verband met de leesbaarheid. Onder het cliëntstelsel worden naastbetrokkenen zoals mantelzorgers, familie en begeleiders/verzorgers verstaan.

Doel en doelgroep

De handreiking is ontwikkeld voor alle ergotherapeuten die werkzaam zijn als ergotherapeut bij cliënten met COPD en hun cliëntstelsel. Voor nu is het hoofdstuk inventariseren en analyseren bijgewerkt. Deze fase kan doorlopen worden aan de hand van de handreiking, waarin praktische handvatten over de inrichting hiervan worden gegeven. Toepassing is mogelijk bij cliënten met COPD en aanverwante diagnoses, zoals astma en interstitiële longziekten (ILD) zoals longfibrose en astma, waarbij er problemen worden ervaren in hun participatie en/of bij het uitvoeren van hun dagelijkse handelingen. De handreiking is te gebruiken bij alle fases van de COPD en bij behandelingen in zowel de eerste als de tweede en de derde lijn, in zowel een monodisciplinaire setting en multidisciplinaire setting. Wij wensen u veel behandelplezier en succes met toepassen met het eerste deel van deze handreiking. Wanneer er vragen zijn, kunt u contact opnemen met Ergotherapie Nederland t.a.v. Landelijke overleggroep COPD.

Uitgangsvragen:

1. Wat is de rol als ergotherapeut in het vergroten van kennis over COPD bij de client en cliëntstelsel?
2. Met behulp van welke interventies en adviezen geeft de ergotherapeut vorm aan de behandeling van de cliënt met COPD? En kun je dit ook in groepsverband aanbieden?
3. Welke bijdrage kan de ergotherapeut leveren om het zelfmanagement te vergroten bij de client met COPD?
4. Op welke manier kan de ergotherapeut een bijdrage leveren in het omgaan met COPD gerelateerde angst en mentale gezondheid binnen de behandeling?

Hoofdstuk 5 Behandelen en begeleiden

5.1 Wat is de rol als ergotherapeut in het vergroten van kennis over COPD bij de cliënt en cliëntensysteem?

Aanbevelingen

Onderdeel van de ergotherapeutische behandeling is het geven van educatie over de ziekte COPD aan de cliënt en zijn naasten. Vraag bij alle cliënten met COPD het gebruik van medicatie uit, denk hierbij aan de soort medicatie, het juist gebruiken van de medicatie en therapietrouwheid.

Start met het invullen van het Longaanval Actieplan (LAP) en bespreek dit met de naasten van de cliënt. Het op de juiste manier gebruik maken van zuurstof is belangrijk, bespreek het voorschrift van het gebruik van de zuurstof. Geef adviezen over praktische vragen bij het gebruik van zuurstof, zoals op vakantie gaan en de zuurstofslang.

De overleggroep adviseert om de fysieke omgeving te bespreken en passend advies te geven over de fysieke omgeving. Items die hierbij besproken kunnen worden zijn; ventilatie, schoonmaakmiddelen en indeling van kasten. Het advies is om hiervoor op huisbezoek te gaan.

Geef inzicht in de meerwaarde van beweging en hoe dit te integreren in het dagelijks handelen, zorg daarbij voor een balans in belasting en belastbaarheid.

Inventariseer of de cliënt bekend is met een saturatiemeter en of deze op de juiste manier wordt ingezet en geïnterpreteerd. Geef daarbij advies over het wel/niet gebruiken van een saturatiemeter.

Maak stoppen met roken bespreekbaar en benoem hierbij de behandelmogelijkheden.

Overweeg de cliënt te verwijzen naar een fysiotherapeut of longverpleegkundige als er problemen zijn met het effectief ophoesten van sputum.

Overwegingen

Voor alle cliënten is educatie belangrijk. Wanneer een cliënt goed is voorgelicht over alle facetten die COPD met zich meebrengt, wordt hij in staat gesteld meer verantwoordelijkheid voor zijn ziekte te nemen en de kwaliteit van zijn leven zo optimaal mogelijk te houden.

Uit een studie van Nakken (2017) is gebleken dat zowel de cliënten als de naasten beperkte kennis hadden met betrekking tot het ziektebeeld. Bij de cliëntendoelgroep is er een hoger kennisniveau indien er sprake is van een jongere leeftijd, het gevolgd hebben van een revalidatieprogramma, hoe lang iemand COPD heeft en een hoger opleidingsniveau (Nakken 2017).

De meeste cliënten geven aan dat zij meer informatie willen over hoe ze hun leven aan moeten passen met betrekking tot COPD.

Naasten dienen nadrukkelijk meegenomen te worden in het proces van voorlichting. Naasten benoemen als belangrijke domeinen waar ze over voorgelicht willen worden: het begrijpen van kortademigheid; omgaan met angst en paniek; veilig fysiek inspanssen; kwaliteit van leven behouden; en informatie over de toekomst (Penfold 2015).

Over ziekte zelf

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronische obstructieve longaandoeningen), oftewel COPD, is een verzamelnaam voor de longaandoeningen longemfyseem en chronische bronchitis, die zich kenmerken door een niet of niet geheel omkeerbare luchtwegobstructie. De obstructie is gewoonlijk progressief en wordt meestal geassocieerd met een abnormale ontstekingsreactie van de longen op prikkels van buitenaf, zoals roken of kleine gasdeeltjes.

Cliënten met COPD en hun naasten hebben over het algemeen een beperkte kennis van gezondheid gerelateerde onderwerpen (Nakken 2017). Een gebrek aan kennis kan de eigen regie in de weg staan. Educatie wordt gezien als een integraal onderdeel van de therapie en het bewerkstelligen van gedragsverandering.

Afstemming van hoe de educatie wordt overgebracht aan de cliënt en zijn naaste is noodzakelijk. Op de website van het longfonds zijn animatiefilmpjes te vinden die je verbale uitleg visueel kunnen ondersteunen.

Medicatie (moment van inname)

Mensen met COPD komen in aanmerking voor een medicamenteuze behandeling met als primair doel het verminderen van de klachten en beperkingen, en het (zo mogelijk) voorkomen van het aantal exacerbaties. Op langere termijn is het doel het zo mogelijk voorkomen of vertragen van de achteruitgang van de longfunctie, uitstellen of voorkomen van complicaties en invaliditeit (incl. kwaliteit van leven). Voor cliënten is het belangrijk om zorgen en angsten met betrekking tot het (langdurig) gebruik van medicatie te bespreken met de zorgverlener om therapieontrouw te voorkómen (LAN, 2016).

Belangrijke aandachtspunten bij de medicamenteuze behandeling zijn:

- Juiste toedieningsvorm en uniformiteit van toedieningsvormen;
- Goede hanteerbaarheid/inhalatietechniek bij het gebruik van de medicatie en de inhalatiehulpmiddelen;
- Therapietrouw en correctie van onder- en overmatig gebruik;
- Bijwerkingen van de medicatie (LAN, 2016).

Bij gebruik van meerdere inhalatiemedicatie (puffer) is het van belang te starten met de luchtwegverwijder. Daarna inhaleert de cliënt de ontstekingsremmer. Tussen elke groep inhalatiemedicijnen zit 5-10 minuten. Op de website inhalatorgebruik.nl zijn animatiefilmpjes beschikbaar hoe deze inhalatiemedicijnen gebruikt moeten worden. Ook wordt geadviseerd om jaarlijks te controleren of de inhalator goed gebruikt wordt door longverpleegkundige, apotheker of POH (Jeroen Bosch Ziekenhuis, 2023).

Wij adviseren dat de ergotherapeut bij de cliënt nagaat op welk moment de eerste medicatie inname gedaan wordt. Aangeraden wordt om de luchtwegverwijder in te nemen direct op de rand van het bed, zodat de cliënt optimaal zijn dagelijkse handelingen kan uitvoeren.

Longaanval actieplan (LAP)

Een longaanval (exacerbatie) is een heftige en vaak nare ervaring voor cliënten met COPD en hun naasten. Bij een longaanval worden de klachten plotseling erger. De klachten zijn bij iedereen anders. Het is belangrijk dat de signalen herkend worden én hier op gereageerd wordt. Zo zorg je ervoor dat een aanval minder ernstig is en kan een opname in het ziekenhuis voorkomen worden (Longfonds, n.d.). Het Longaanval Actieplan, LAP, is een persoonlijk document waarin de cliënt klachten beschrijft waaraan gemerkt kan worden wanneer er sprake is van een longaanval. En wat er dan gedaan moet worden. Zo wordt een longaanval sneller herkent en kan de behandeling sneller starten.

In het longaanval -actieplan kunnen deze dingen worden opgeschreven:

- Wat normale klachten zijn.
- Waaraan er opgemerkt wordt dat klachten erger worden, bijv. hoesten.
- Welke zorgverleners betrokken zijn.

Voorbeelden van afspraken zijn:

- Als u meer gaat hoesten, neemt u 's ochtends en 's avonds een extra puf van uw luchtwegverwijder. Verdwijnen de klachten daarna niet en merkt u dat u benauwder wordt? Bel dan uw huisarts.
- Voelt u dat er een longaanval aankomt, bel dan altijd uw huisarts (Thuisarts, 2021).

Als ergotherapeut kan je het longaanval -actieplan samen met de cliënt invullen, of er een start mee maken. De cliënt kan het daarna eventueel meenemen naar de longverpleegkundige, huisarts of longarts om het verder in te vullen. Het is belangrijk dat de cliënt het longaanval-actieplan goed bewaart. Tevens is het verstandig om het longaanval -actieplan te bespreken met naasten en zorgverleners die betrokken zijn. Het longaanval -actieplan is te vinden op de website van het longfonds.

O2 gebruik

Het is goed om te weten of er zuurstof wordt gebruikt, met welk systeem, wat het gebruiksvoorschrift is, hoe therapietrouw de cliënt is, wanneer het wordt gebruikt en of het veilig wordt gebruikt.

Er bestaan verschillende soorten zuurstofsystemen, zoals de vaste concentrator, zuurstoffles, vloeibare zuurstofsysteem en mobiele zuurstofsystemen (Longfonds n.d.).

Vanuit de ergotherapie kan het zijn dat je cliënt en zijn naasten bewust moet maken van risico's op brandgevaar, zoals bijvoorbeeld (mee)roken, gasfornuis en vette zalf op de huid (LAN 2016). Het is van belang het (juist) gebruik van de zuurstof te bespreken, maar ook praktische zaken, bijvoorbeeld hoe het gaat als je zuurstof meeneemt op reis (Longfonds n.d.) en hoe je praktisch in een ruimte zo veilig mogelijk handelt met het gebruik van je zuurstofapparaat en accessoires, zoals de zuurstofslang.

Fysieke omgeving

De werkgroep adviseert om bij cliënten met COPD specifiek advies te geven over de fysieke omgeving, zoals:

- Stofferings van de woning; gordijnen, stoffen meubels, horren, kussen, kleden, zijn grote stofvangers. Stof kan bij cliënten met COPD irritatie van de luchtwegen veroorzaken.
- Ventilatie/ Airco; bij gebruik van de badkamer ervoor zorgen dat er voldoende geventileerd wordt om de luchtvochtigheid te verlagen. Bij gebruik van airco kan de luchtvochtigheid te laag worden wat ook weer van invloed is op het gevoel van benauwdheid.

- Schoonmaakmiddelen/verzorgingsproducten; denk hierbij aan middelen met een sterke geur (zoals bleek) of verstuivers.
- Plaats van de concentrator; deze moet op een plek staan waar voldoende wordt geventileerd en waarbij rekening wordt gehouden met geluidsoverlast.
- Indeling van opbergplekken; het is van belang dat spullen die veel gebruikt worden tussen heuphoogte en schouderhoogte geplaatst worden. Dit om de hulpademhalingsspieren van de armen niet te veel te belasten (zie paragraaf 5.2).

Beweging en voeding

Bij cliënten met COPD kan er sprake zijn van inactiviteit. Het is belangrijk dat zowel cliënt als zorgverleners hiervoor aandacht hebben vanwege de invloed die het kan hebben op de ernst van de klachten, de beperkingen, de kwaliteit van leven en het medisch zorggebruik. De eenvoudigste interventie is een persoonlijk beweegadvies voor bewegen in het dagelijks leven met als doel opbouw en onderhoud van de conditie (LAN, 2016). Als ergotherapeut geef je inzicht in de manier waarop inactiviteit ontstaat en wat de meerwaarde is van bewegen. Ook geeft de ergotherapeut advies omtrent het integreren van het advies in het dagelijks handelen en wordt er aandacht besteed aan het inpassen in een optimale dag- en weekplanning. Het betrekken van de naasten of sociale omgeving is belangrijk.

Saturatie meter

Het is van belang om na te gaan of je cliënt een saturatiemeter gebruikt en zo ja, of degene weet wat zijn waardes zijn in rust en bij inspanning, hoe hij moet meten, wanneer herhalen en wanneer hij aan de bel moet trekken. Soms kan het ook juist af te raden zijn zelf te meten, als het bijvoorbeeld paniek oplevert (Longfonds, n.d.).

De saturatiemeter kan inzicht geven tijdens je ergotherapeutische behandeling om te bepalen wat er gebeurt tijdens het uitvoeren van een activiteit. Maar de overleggroep is van mening dat het voor de cliënt het meest effectief is als hij lichaamssignalen herkent en leert luisteren naar zijn lichaam.

Stoppen met roken

Voor mensen met COPD, in elke fase van de aandoening, is stoppen met roken veruit de meest effectieve behandelingsoptie om een (versnelde) achteruitgang van de longfunctie en progressie van de ziekte te voorkomen. Hoe meer hierin geïnvesteerd wordt, hoe hoger uiteindelijk het rendement. Daarbij is het belangrijk ook de sociale omgeving van de cliënt te betrekken (LAN 2016).

Adviseren om te stoppen met roken geldt voor iedereen die rookt en elke zorgverlener die contact heeft met een roker. De zorgverlener geeft het advies om te stoppen met roken, toegespitst op de situatie van de cliënt, en geeft informatie over effectieve behandelmogelijkheden. De arts (of zijn ondersteuner) geeft de cliënt met een tabak-gerelateerde klacht of aandoening of een verhoogd risico daarop extra informatie over roken in relatie tot de klacht/aandoening (Partnership, 2022).

Voor cliënten met een tabak-gerelateerde klacht of aandoening wijst de zorgverlener tijdens het stopadvies erop dat roken een belangrijke rol speelt bij het ontstaan en de prognose van de klacht of aandoening.

De zorgverlener geeft voor de specifieke klacht of aandoening informatie over het positieve effect van stoppen met roken en er wordt benadrukt dat stoppen met roken een onmisbaar onderdeel is van de behandeling van de aandoening. - Voor cliënt met een verhoogd risico op een tabak-gerelateerde klacht of aandoening bespreekt de zorgverlener wat stoppen met roken oplevert en hoe (snel) het risico op klachten/aandoeningen afneemt na het stoppen. De zorgverlener besteedt extra zorg aan het dringend adviseren en motiveren van deze cliënten om te stoppen (Partnership, 2022).

Hoesten

Hoesten is een veel voorkomend symptoom en kan zeer belastend zijn. Voor de cliënt is het zinvol om te leren hoe het sputum op de meest effectieve manier kan worden losgemaakt en uit de luchtwegen verwijderd kan worden. Fysieke activiteit werkt ook hier stimulerend (LAN, 2016).

Verwijs een cliënt naar zijn fysiotherapeut voor oefeningen voor het effectief leren ophoesten van sputum. Als je bemerkt dat de cliënt in het dagelijks leven moeite heeft om met huftechnieken het slijm op te hoesten, dan adviseren wij als werkgroep om een aerobika PEP bij de longverpleegkundige op te vragen. Dit hulpmiddel helpt om het slijm los te trillen waardoor het ophuffen van het slijm makkelijker gaat.

5.2 Met behulp van welke interventies en adviezen geeft de ergotherapeut vorm aan de behandeling van de cliënt met COPD? En kun je dit ook in groepsverband aanbieden?

Methode

Consensus-based

Aanbevelingen

- Verminder de te leveren inspanning van betekenisvolle activiteiten die niet naar tevredenheid worden uitgevoerd middels toepassing van de el-vo-si-co regels.
- Interventies en adviezen (inclusief kennisoverdracht) gericht op het ontzien van de hulpademhalingsspieren bij de uitvoering van betekenisvolle activiteiten dient bij alle cliënten met COPD aan bod te komen.
- Laat alle cliënten met COPD ervaren hoe de toepassing van ergonomische principes en optimale houdingen de ademhaling positief kan beïnvloeden.
- Werk bij alle cliënten met COPD aan het optimaliseren van de ademhaling binnen betekenisvolle activiteiten, middels een techniek passend bij de cliënt.
- Interventies gericht op het verbeteren van het energiemangement dienen aan bod te komen bij alle cliënten met COPD, waarbij de gekozen methode passend moet zijn bij de cliënt en/of activiteit.
- Het cliëntensysteem moet betrokken worden in de ergotherapeutische behandeling. Afstemming dient waar mogelijk in overleg te gebeuren.
- Maak gebruik van de 'een bordje vol' methode om het cliëntensysteem stapsgewijs keuzes te laten maken in wat iemand zelf wil blijven doen.
- Groepsbehandeling voor cliënten met COPD en/of hun cliëntensysteem kan van meerwaarde zijn, indien voldaan aan de gestelde voorwaarden voor groepsbehandeling.

Overwegingen

Cliënten met COPD kunnen moeite hebben met de hoeveelheid energie die de uitvoering van betekenisvolle activiteiten kost. Daarom zijn nagenoeg al deze cliënten gebaat bij het leren toepassen van energiebesparende maatregelen. Deze hebben tot doel dat handelingen minder energie kosten waardoor ze minder klachten opleveren. Ook onderzoek toont aan dat het toepassen van ergonomische principes tijdens de uitvoering van activiteiten het zuurstofgebruik verlaagt (Velloso & Jardim, 2006). Het is daarom van belang om bij alle cliënten met COPD na te gaan hoe de inspanning van betekenisvolle activiteiten vermindert kan worden.

Ademregulatie houdt in dat de cliënt zelf de controle heeft over zijn ademhaling. Dit kan door middel van Pursed Lip Breathing (PLB), door middel van PLB in combinatie met actieve expiratie of door het ademen rondom een rechthoek. Ook is het van belang om een adequate ademhaling toe te passen tijdens het handelen. Door deze technieken toe te passen in het dagelijks leven krijgt de cliënt weer vertrouwen in zijn functioneren. Het is daarom belangrijk deze technieken in het dagelijks handelen toe te leren passen.

Binnen de ergotherapeutische behandeling is niet alleen de cliënt maar het hele cliëntensysteem belangrijk. Afstemming van de behandeling vindt zo mogelijk ook in overleg met het cliëntensysteem plaats. Het is belangrijk om het cliëntensysteem te betrekken omdat het systeem invloed kan hebben op

de mate waarin een cliënt in staat is zelfstandig en adequaat om te gaan met klachten. Daarnaast heeft de directe omgeving ook vaak direct te maken met de beperkingen en mogelijk verminderde kwaliteit van leven. Denk bijvoorbeeld aan beperkingen in het meedoen met sociale activiteiten buitenshuis of beperkingen in de ADL.

Vermindering inspanning

El-Vo-Si-Co regels

Naar aanleiding van een handelingsobservatie en/of activiteitenanalyse kan er gekozen worden om de activiteit aan te passen zodat deze energiezuiniger is. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de el-vo-si-co regels:

- EL: eliminatie – kunnen bepaalde onderdelen weggelaten worden? Bijv. vermijdt bukken/reiken waar mogelijk, trek een badjas aan i.p.v. afdrogen na het douchen.
- VO: volgorde – is het handig om het te doen zoals de cliënt gewend is? Bijv. douche in de avond i.p.v. in de ochtend, maak groente voor het avondeten al eerder schoon.
- SI: simplificeren – kunnen de handelingen of activiteit vereenvoudigd worden? Bijv. maak gebruik van de elektrische verstelling bij het opmaken van het bed, poets je tanden elektrisch.
- CO: combineren – levert het een voordeel op als handelingen worden samengevoegd? Bijv. bedenk wat er nodig is van boven om onnodig traplopen te voorkomen, kook voor twee keer en vries een deel in.

Ergonomische principes ten behoeve van de ademhaling:

Bij steunname kunnen de hulpademhalingsspieren adequater ingezet worden doordat in deze houding de schoudergordel (en het hoofd) gefixeerd worden. Er wordt dan een gesloten circuit gevormd ter ondersteuning van het ademen. Dit kan bijdragen aan het voorkomen en/of verminderen van kortademigheid (zie bijlage 5.1).

Voorbeelden van ergonomische principes ten behoeve van de ademhaling zijn:

- Éénhandig werken
- Steunen op beide handen of ellebogen (bijv. op knieën of armleningen)
- Gebruik maken van hulpmiddelen, zoals een rollator, winkelwagen of douchestoel
- Leunen tegen een muur
- Armen ontzien door meer vanuit de benen te werken
- Zittend handelen in plaats van staand

Verbetering ademhaling

Pursed Lip Breathing (PLB)

Tijdens PLB probeert men de expiratie (uitademing) te verbeteren en zo de (dynamische) hyperinflatie te verminderen. De cliënt ademt in door de neus en vervolgens actief en verlengd uit tegen een lichte weerstand, gevormd door losjes getuitede lippen. Op deze manier voorkomt de cliënt een luchtwegcollaps. PLB wordt vaak al spontaan uitgevoerd door cliënten. Dit kan het herstel na inspanning bevorderen. Ook in rust kan het een gunstige invloed hebben op de ademhaling en de zuurstofopname. Hoewel de overleggroep positieve ervaringen heeft met het verminderen van de kortademigheid door middel van PLB, is het beschikbare bewijs hiervoor niet eenduidig (Mayer et al, 2018) (Borge et al, 2014).



Figuur 5.1: Pursed Lip Breathing (PLB) (palliatievezorgcopd.nl)

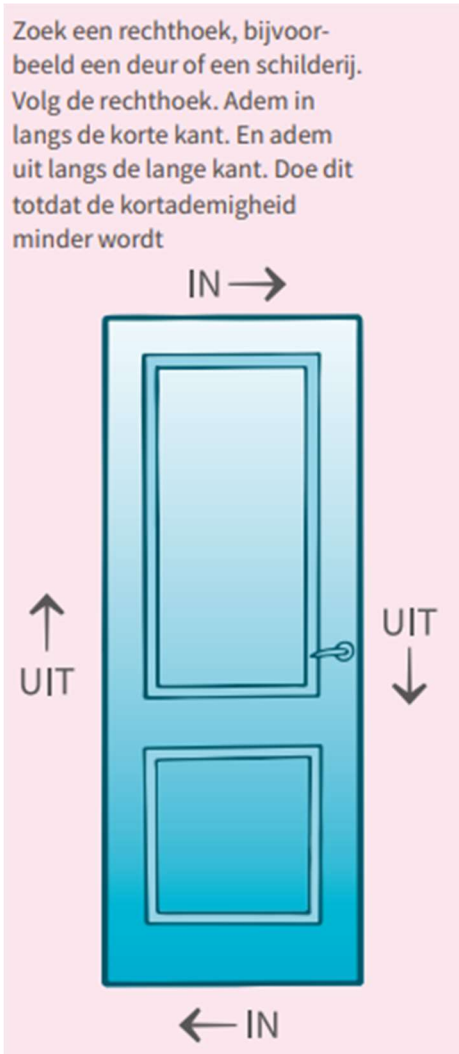
Actieve expiratie

Tijdens actieve expiratie gaan cliënten hun buikspieren beperkt activeren tijdens een (verlengde) uitademing. Deze strategie heeft als doel de hyperinflatie te verminderen en de positie van het diafragma te optimaliseren. De buikspieren worden tijdens de uitademing licht aangespannen (navel ingetrokken) zonder de borstholte richting inademingsstand te bewegen. Deze ademhalingstechniek wordt toegepast in rust en wordt in combinatie met PLB gebruikt (Gosselink et al, 2007.) Figuur 5.1: Pursed Lip Breathing (palliatievezorgcopd.nl).

Ademen rondom een rechthoek

Deze ademhalingstechniek kan gebruikt worden om de ademhaling in een meer ritmisch patroon te krijgen. Deze techniek kan het makkelijkste worden uitgevoerd door te focussen op een raam/deur of een rechthoekig voorwerp (Figuur 5.2, via palliatievezorgcopd.nl). Het is daarbij belangrijk dat de inademing iets korter is dan de uitademing.

- Start door langs de korte zijde te kijken en daarbij in te ademen.
- Wanneer je bij de lange zijde bent, wordt er uitgeademd, terwijl de ogen de lijn naar beneden volgen in dezelfde snelheid als de korte zijde.
- Vervolg met inademen langs de korte zijde en uitademen langs de lange zijde.
- Herhaal dit patroon totdat de ademhaling weer onder controle is en de client zich weer kalm en ontspannen voelt.



Figuur 5.2: Ademen rondom een rechthoek (palliatievezorgcopd.nl)

Toepassen van een adequate ademhaling tijdens het handelen

De ideale houding om te ademen is als volgt: de schouders zijn ontspannen, de buik is vrij en de armen worden ondersteund. Op deze manier kan het lichaam zo goed mogelijk ademen. Tijdens dagelijkse activiteiten is deze ideale houding vaak niet mogelijk. Hierdoor wordt het moeilijker om te ademen.

Tijdens het bukken, het aanspannen van de buikspieren, het reiken met de armen, kracht zetten met de borstspieren en bij druk op de buik/borst van buitenaf wordt de ademhaling gehinderd. Ook bij het draaien van de romp wordt de ademhaling belemmerd. Het inademen wordt moeilijker.

Onderzoek met de cliënt of deze handelingen of houdingen voorkomen kunnen worden en hoe de inzet van de hulpademhalingsspieren zoveel mogelijk ontzien kunnen worden. Indien het vermijden van deze handelingen niet mogelijk is, of wanneer dit onvoldoende werkt, leer de cliënt dan om uit te ademen tijdens de momenten dat de ademhaling belemmerd wordt. Zodra de spieren ontspannen zijn kan goed ingeademd worden. Dit betekent ook dat handelingen opgedeeld dienen te worden in meerdere kleine deelhandelingen (op het ritme van de ademhaling).

Gebruik handventilator

Het gebruik van een handventilator, gericht op het gezicht, ter vermindering van de ervaren mate van kortademigheid kan van meerwaarde zijn (palliatievezorgcopd.nl).

Energiemanagement

Pace, Plan and Prioritise (3 P's principe)

Het 3 P's principe gaat over tempo aanpassen, plannen en prioriteren van dagelijkse activiteiten met als doel energie besparen.

- Pacing (tempo aanpassen): De cliënt leert om in een rustig tempo de activiteit uit te voeren met daarbij regelmatig korte pauzes te nemen gedurende een activiteit. Met pacing raakt de cliënt ook niet overbelast tijdens het uitvoeren van zware activiteiten (Prieur et al, 2020). Bijv. rustig de trap oplopen en om de paar treden een korte (inademings-)pauze.
- Plan (plannen): De cliënt leert een planning van de activiteiten te maken die gewoonlijk in een dag of week worden uitgevoerd en verspreidt deze (anders) over de dag en/of week om energie gelijkmatiger te verdelen. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de soort (lichamelijk vs. mentaal) en intensiteit (licht vs. zwaar) van de activiteit. Het aanpassen van het tijdstip waarop de activiteit wordt uitgevoerd kan zinvol zijn. Belangrijk is om een activiteit goed voor te bereiden en eventueel om hulp te vragen. Bijv. krant lezen tussen stofzuigen en dweilen in.
- Prioritise (prioriteren): De cliënt leert de noodzaak en urgentie van taken te beoordelen en te bepalen wat er uitgesteld of verplaatst kan worden. Dit wordt vastgelegd in de planning, eventueel ondersteund met een prioriteitentabel (Royal College of Occupational Therapists, 2020). Bijv. prioriteren aan de hand van de regel 'moet ik dit nu doen?' (zie Figuur 5.3).

MOET IK DIT NU DOEN?
MOET IK DIT NU DOEN?
MOET IK DIT NU DOEN?
MOET IK DIT NU DOEN?
MOET IK DIT NU DOEN?

Figuur 5.3: "Moet ik dit nu doen?" (<https://www.vitality2improve.nl/2021/10/18/moet-ik-dit-nu-doen/>)

De Activiteitenweger

De Activiteitenweger kan gebruikt worden om de algemene belastbaarheid op te bouwen. De activiteitenweger is vooral ontwikkeld als interventie, maar delen ervan (bijv. de tijdschrijflijsten) kunnen ook inzicht gevend werken. Met behulp van een basisniveau van activiteiten wordt vastgesteld of de belastbaarheid opgebouwd kan worden of dat energiebesparende strategieën nodig zijn om activiteiten lichter te maken of minder (lang) uit te voeren (Hulstein & Ten Hove, 2008).

Niet Rennen Maar Plannen

Het behandelprogramma: “Niet Rennen Maar Plannen”, is ontwikkeld voor mensen met hersenletsel. Het omvat een trainingsmodule gericht op vermoeidheid (‘Vermoeidheid in balans’) die geschikt is voor cliënten met COPD (Veen van, C., et al. 2021).

Managing Fatigue

Dit is een educatie- en trainingsprogramma gericht op cliënten met ernstige vermoeidheidsklachten om weer regie te krijgen over dagelijkse activiteiten waarbij gebruik wordt gemaakt van energiebesparende strategieën. Het is zowel een groepsprogramma als een individueel programma. Het programma van 6 weken heeft tot doel eigen regie te bevorderen, keuzes te leren maken en de beschikbare energie efficiënt te gebruiken. De sessies zijn gebaseerd op principes van gedragsverandering. Door te leren en te ervaren hoe deze strategieën in de praktijk werken, krijgen deelnemers vertrouwen in eigen kunnen, wat helpt bij het toepassen van deze strategieën in het dagelijks leven (Packer et al, 1995).

Er is wel een scholing en licentie noodzakelijk om het programma te kunnen gebruiken.

Lepeltheorie

Met de Lepeltheorie is ernstige vermoeidheid eenvoudig uit te leggen. De lepeltheorie stelt de dagelijkse energievoorraad voor als een bepaalde hoeveelheid lepels. Elke activiteit kost één of meerdere lepels energie. Veel chronisch zieken beginnen de dag met minder lepels en hebben voor de dagelijkse activiteiten meer lepels nodig dan gezonde mensen (Miserandino, 2003). Het is een manier om inzicht te geven in de impact van vermoeidheid.

Stoplichtmethode

Om lichaamssignalen te herkennen en om te ervaren wat passende acties zijn en de activiteiten hierop af te stemmen kan de metafoor van een stoplicht of thermometer gebruikt worden. Het geeft inzicht in de opbouw van lichaamssignalen, gecategoriseerd in groen, oranje en rood. Het is belangrijk om ‘rood’ (grensoverschrijding) te leren voorkomen. Oranje vervult daarbij een belangrijke rol als waarschuwingsmiddel. Het is dan ook van belang om deze lichaamssignalen te leren herkennen. Deze methode is heel zinvol voorafgaande aan een activiteit, maar zeker ook gedurende een activiteit.

Belastbaarheid van het cliëntsysteem

Cliëntsysteem

De rol van het cliëntsysteem kan zowel een stimulerende als belemmerende invloed hebben. Het kan voor de cliënt stimulerend werken dat er begeleiding en ondersteuning is om bepaalde interventies wel of niet te doen. Ook het motiveren van de cliënt om interventies vol te houden ten behoeve van de participatie in het dagelijkse handelen is belangrijk. Het cliëntsysteem kan belemmerend zijn wanneer de cliënt te veel uit handen wordt genomen of wordt overvraagd.

Bordje vol

Een bordje vol is een praktische methode om inzichtelijk te maken wat er speelt en wat er eventueel anders kan. Het geeft een breed inzicht in zorg gerelateerde taken en alle andere dingen die deel uit maken van iemands leven. Naast wat er allemaal speelt wordt ook duidelijk wat iemand zelf wil blijven doen. Het bestaat uit een set werkbladen en speelkaarten. Stapsgewijs wordt er in kaart gebracht wat er speelt en het helpt de mantelzorger stapsgewijs keuzes te maken. De mantelzorger kan deze methode zelfstandig toepassen, als ergotherapeut kun je dit inzetten als onderdeel in je begeleidingsproces en om de mantelzorger inzicht te geven (Wijzelf, 2018).

Groepsbehandeling

Zowel voor de cliënt als voor het cliëntsysteem kan een groepsbehandeling worden overwogen. De in dit hoofdstuk besproken items kunnen hier onderdeel van uitmaken. De organisatie en vergoeding voor groepsbehandeling is wellicht in de eerstelijnszorg moeizamer vorm te geven dan in tweede en/of derdelijnszorg.

Overwegingen om een groepsbehandeling op te starten bij cliënten met COPD en/of cliëntsysteem kunnen zijn:

- Belang van herhaling (ook bij lage belastbaarheid)
- Coöperatief leren
- Leren van (de ervaringen van) lotgenoten
- Lotgenotencontact
- Tijdefficiëntie voor behandelaar

Voor overige werkzame factoren en voor het vormgeven van een groepsbehandeling verwijzen we naar de praktijkrichtlijn voor groepsbehandeling in de (geestelijke) gezondheidszorg (NVGP, 2019).

5.3 Welke bijdrage kan de ergotherapeut leveren om het zelfmanagement te vergroten bij de cliënt met COPD?

Methode

Consensus-based

Aanbevelingen

- Maak stapsgewijs gebruik van zelfmanagementinterventies, zodat het zelfmanagement van de cliënt met COPD centraal staat in de behandeling. Concrete instrumenten zijn bijvoorbeeld de 3 goede vragen methode, Zelfmanagement Web, de zelfredzaamheidsradar of de Wat-Er-Toe-Doet tool.
- Bij het gebruik van zelfmanagementinterventies zowel in het directe contact als bij contact op afstand is het belangrijk dat er per setting/zorgnetwerk gekeken wordt wat bruikbaar is.
- Gebruik technieken uit Motivational Interviewing, zodat de cliënt zijn gedrag in positieve zin verandert in het kader van het dagelijks leven.
- Maak gebruik van ondersteunde interventies die fysieke, emotionele en psychologische stress kunnen verminderen, zodat de cliënt met COPD beter met zijn situatie kan omgaan. Hierbij valt te denken aan relaxatieoefeningen, vergroten van veerkracht, aanpakken van belemmerende overtuigingen, ontwikkelen van een nieuw narratief en nieuwe keuzes maken of het bieden van praktische en emotionele ondersteuning ten behoeve van veiligheid en/of sociale verbinding (Peters et al. 2021).

Overwegingen

De richtlijn Zelfmanagementondersteuning van Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ, 2023) beschrijft zelfmanagement als het vermogen van mensen om met hun ziekte, aandoening of beperking optimaal in het leven in te passen. Hierbij gaat het over het omgaan met de symptomen, behandelingen, de lichamelijke, sociale en emotionele consequenties van hun ziekte of aandoening, al dan niet met leefstijlaanpassingen. Van belang is dat het altijd een dynamisch proces is. Wanneer er focus is op zelfmanagementinterventies benoemt de Federatie van Medisch Specialisten (2023) dat zelfmanagement onderdeel is van persoonsgerichte zorg. Onder persoonsgerichte zorg wordt gestructureerde zorg op maat bedoeld. Het doel ervan is het motiveren van de cliënt tot het ontwikkelen van kennis en vaardigheden, die hun gedrag beïnvloeden, zodat zij uiteindelijk beter met hun ziekte om kunnen gaan.

Zelfmanagement is gericht op het aanleren en bestendigen van nieuw gedrag waardoor mensen met COPD bewust beslissingen nemen op alle gebieden van hun dagelijkse leven. Zij nemen hierdoor een medeverantwoordelijkheid voor hun behandeling (Long Alliantie Nederland, 2016).

In de 'Zelfmanagementondersteuning' van SKILZ (2023) worden verschillende instrumenten aangedragen die kunnen helpen bij het vergroten ervan. Dit zijn:

- De interventies dragen bij aan een betere zorgbalans en minder zorgbehoefte van een cliënt;
- De cliënt leert beter om te gaan met de aandoening binnen de context van het eigen leven.

De stappen die kunnen bijdragen zijn een individueel zorgplan, ondersteuning vanuit het eigen netwerk, gelijkwaardige communicatie, open en eerlijke communicatie en het aanpassen van de gespreksvaardigheden op die van de cliënt.

Met betrekking tot de beschikbare interventies benoemt SKILZ (2023) diverse meetinstrumenten en handreikingen.

3 goede vragen methode

Het doel van de 3-goede-vragen methode is om het zelfmanagement bij de cliënt met COPD te geven. Het biedt hulp om meer diepgang te krijgen, dan wel een gesprek op gang te brengen. Zowel de cliënt met COPD kan deze gebruiken en de ergotherapeut kan de cliënt met COPD coachen deze te gebruiken. Het is toepasbaar in de eerste, tweede en derde lijn. Voor meer informatie verwijzen we naar de bijlage 5.2.

Zelfmanagement Web

Het doel van het Zelfmanagement Web is om de cliënt met COPD de agenda van het gesprek te bepalen. De eigen regie wordt hiermee versterkt en de zorgverlener kan hierdoor ook betere zorg verlenen. Het web is vrij verkrijgbaar en toepasbaar in de eerste, tweede en derde lijn. Tevens is het web verkrijgbaar in het Engels. Voor meer informatie verwijzen we naar de bijlage 5.3.

Zelfredzaamheidsradar

Het doel van het Zelfredzaamheidsradar is in eerste instantie zelfmanagement te inventariseren. Het resultaat hiervan biedt meteen een opstap voor een directe behandelinterventie. Er staan hierin 15 domeinen centraal en is toepasbaar in de eerste, tweede en derde lijn. De zelfredzaamheidsradar kan net als het Spinnenweb uit de positieve gezondheid online ingevuld worden. Het is hierbij van belang dat de cliënt met COPD beschikt over voldoende digitale vaardigheden, zodat hij/zij in staat is om deze vragenlijst in te vullen. Voor meer informatie verwijzen we naar de bijlage 5.4.

Wat Er Toe Doet-tool

Deze online tool biedt door 4 vragen in te vullen wat voor de cliënt belangrijk is. Het resultaat hiervan is dat een gesprek tussen de cliënt met COPD en de hulpverlener op gang kan komen. Het is toepasbaar in zowel de eerste, tweede als derde lijn.

Na het directe contact is het ook mogelijk om op afstand de ervaren klachten rondom COPD te monitoren. Hiervoor zijn diverse digitale platformen beschikbaar, die elk weer een eigen speerpunt heeft, waardoor het per setting/regionetwerk afhankelijk is wat bruikbaar is. De platformen PatientCoach, EmmaCOPD en Luchtpunt zijn geschikt voor paramedici.

Motivational interviewing

Cliënten met een chronische aandoening en in het belang van COPD staan al voor een enorme opgave om alle veranderingen in hun leven te realiseren.

Motivational Interviewing (MI) is een evidence based gesprekstechniek waarbij er gestuurd wordt om het eigen gedrag te veranderen. Deze gesprekstool wordt sinds de jaren '90 geïntroduceerd en heeft de afgelopen jaren een enorme toevlucht gemaakt in diverse settings waarbij de cliënt ondersteund wordt in het veranderen van zijn handelen. Het doel ervan is dat de motivatie en behandel-/therapietrouw zijn geactiveerd wordt. Om MI toe te passen zijn onderstaande uitgangspunten van belang.

- Onderdruk de reparatiereflex
- De beweegredenen van de cliënt begrijpen en onderzoeken
- Empathisch luisteren
- De cliënt positief bekrachtigen

Het toepassen van Motivational Interviewing is echter zonder gedegen scholing niet zomaar toepasbaar in de praktijk

Vanuit de richtlijn Palliatieve Zorg bij mensen met COPD worden zeer specifieke interventies beschreven, welke eerder worden aangegeven bij uitgangsvraag 2 en 3. Daarnaast staan in de "Handreiking Ergotherapie bij cliënten met het post-covidsyndroom" (2022) interventies die betrekking hebben op het omgaan met stress en stressreductie. Wanneer er sprake is van verhoogde fysieke, emotionele of psychologische stressfactoren kan dat een nadelige invloed zijn op het omgaan met een nieuwe/veranderde situatie. Door in je interventies hier dan ook aandacht aan te besteden, zal het een positieve invloed hebben om het zelfmanagement te vergroten. Naast de interventies welke eerder zijn beschreven is het van belang om binnen de ergotherapie ook aandacht te besteden aan:

- Welke maatregelen, leefregels en niet-medicamenteuze maatregelen hij zelf kan toepassen om symptomen te voorkomen of te verlichten
- Wanneer en hoe hulp te zoeken (inclusief de triggers die eraan voorafgaan), bijvoorbeeld bij een longaanval
- In hoeverre fysieke activiteit en mobiliteit ondersteund kunnen worden
- Hoe sociale contacten behouden kunnen worden
- De fysieke en emotionele balans, door bijvoorbeeld de natuur in te gaan of relaxatie-/ontspanningsoefeningen
- Veerkracht te versterken
- Belemmerende overtuigingen aan te pakken en volhouden van succesfactoren (dat wat heeft gewerkt)
- Een nieuw narratief ontwikkelen en nieuwe keuzes maken, door het in gang gezette plan van aanpak zelfstandig voort te zetten en op te bouwen.
- Emotionele en/of praktische ondersteuning zoeken ten behoeve van veiligheid en/of sociale verbinding (Peters et al. 2021)
- Factoren die het makkelijker maken van gedrag vol te houden (consolidatie)

5.4 Op welke manier kan de ergotherapeut een bijdrage leveren in het omgaan met COPD gerelateerde angst en mentale gezondheid binnen de behandeling?

Methode:

Consensus-based

Aanbevelingen

- Van belang is om angst of gevoelens rondom mentale gezondheid bespreekbaar te maken
 - Vraag actief naar angst om te stikken, geef voorlichting dat stikken door COPD niet voorkomt (IKNL, 2021);
 - Geef voorlichting over verergering van dyspneu door angst, zorgen en niet-helpende gedachten.
- Betrek de omgeving bij de anamnese en vraag hen naar aanwijzingen voor angst;
- Pas de omgeving zo aan om het gevoel van veiligheid in de thuissituatie te vergroten voor de cliënt;
- Geef adviezen voor de lighouding, om het gevoel van kortademigheid en hiermee de angst te verkleinen;
- Doorbreek de cirkel van bewegingsangst door voorlichting te geven en breidt iemands activiteitsniveau uit middels graded activity;
- Werk in geval van bewegingsangst nauw samen met een fysiotherapeut of oefentherapeut;
- Maak gebruik van de ACT om acceptatie te vergroten van de chronische ziekte;
- Maak gebruik van ervaringsgericht werken in een betekenisvolle activiteit om angst te reduceren.

Overwegingen

Angst is een normale menselijke emotie in reactie op een potentiële dreiging. Angst activeert het autonome zenuwstelsel, gaat derhalve gepaard met lichamelijke verschijnselen zoals een versnelde ademhaling en bereidt ons hiermee voor op een adequate reactie, zoals vechten, vluchten of bevriezen met als doel onze veiligheid weer te herstellen. Angstklachten zijn klachten waarbij iemand angstgevoelens ervaart. Deze gevoelens zijn vaak gerelateerd aan (dreigende) stressoren op belangrijke levensgebieden, bijvoorbeeld gezondheid. Angstklachten kunnen hinderlijk zijn en leiden tot belemmeringen in het dagelijks functioneren (IKNL, 2021).

Angst bij COPD manifesteert zich in uiteenlopende vormen, waarbij (ernstig) dyspneu een belangrijke bron van angst is (Wempe 2004). Cliënten rapporteren vaak angst om te stikken of angst voor controleverlies en toenemende afhankelijkheid in het verdere beloop van hun aandoening. Deze invoelbare angst kan ertoe leiden dat cliënten activiteiten gaan vermijden die zouden kunnen leiden tot een toename van dyspneu. Het gevolg hiervan is een verdere achteruitgang van conditie, maar ook verlies van sociale contacten, waarmee het risico op het tegelijkertijd ontwikkelen van een depressie op de loer ligt (Kapteijn 2010).

De angst bij acute dyspneu kan als dermate bedreigend worden ervaren dat een paniekaanval kan optreden. Dit is een plotseling ontstane intense angst, waarbij binnen tien minuten een aantal lichamelijke symptomen optreden, welke lijken op reeds aanwezige symptomen van COPD of deze kunnen versterken, zoals bijvoorbeeld acute ademnood, het gevoel te stikken en angst om dood te gaan (IKNL, 2021).

Angstpreventie

In hoofdstuk Angst van de richtlijn palliatieve zorg bij COPD (IKNL, 2021) staat beschreven hoe om te gaan met angst bij COPD. Het is van belang om binnen je ergotherapeutische behandeling aandacht te hebben voor angst en mentale gezondheid en dit bespreekbaar te maken. Het vergroten van kennis van de cliënt en diens naaste(n) over angst bij (gevorderde) COPD. Het is van belang om vaardigheden aan te leren om hiermee om te gaan en om het (door)ontwikkelen van angstsymptomen te voorkomen. Een adequate uitleg over angst om te stikken kan deze angst wegnemen. De werkgroep van de IKNL-richtlijn geeft aan dat dit behandeldoel kan worden uitgevoerd door alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met gevorderde COPD, de ergotherapeuten worden hier ook genoemd.

Risicominimalisatie en angstcontrole

Dit doel is gericht op het opstellen van maatregelen om hiermee het gevoel van controle over bijvoorbeeld dyspneu te vergroten en hiermee het risico op het (door)ontwikkelen van angstklachten te voorkomen. Cliënten geven bijvoorbeeld regelmatig aan dat zij zich in een ziekenhuissetting veiliger voelen dan in de thuissituatie, daar ze er vertrouwen in hebben dat in het ziekenhuis professionele hulp tijdig aanwezig is (IKNL,2021). Kleine aanpassingen in de omgeving, zoals een persoonsalarm, of het aanbrengen van kamerverlichting 's nachts, kan het gevoel veiligheid in de thuissituatie vergroten. Wij zijn van mening dat hier voor de ergotherapeut een grote rol ligt om dit met de cliënt te bespreken en naar oplossingen te zoeken.

Bewegingsangst

Ook is het wenselijk om voorlichting te geven over angst om te gaan bewegen, die veel cliënten met COPD ervaren, omdat ze hierbij al snel dyspneu ervaren. Het is aan te raden deze cirkel te doorbreken om verdere passiviteit te voorkomen en/of andere problemen te voorkomen die hiermee verband kunnen houden. Ook hier ligt een rol weggelegd voor de ergotherapeut in nauwe samenwerking met een fysiotherapeut.

Longrevalidatie heeft een significant effect op angst in vergelijking met gewone zorg bij mensen met COPD. In geval van vergevorderde COPD kan er een moment komen dat longrevalidatie niet meer haalbaar blijkt te zijn. Als bewegingsangst op de voorgrond staat zou een alternatieve optie bestaan uit oefentherapie in eerstelijnssetting onder begeleiding van een fysiotherapeut/oefentherapeut en ergotherapeut (IKNL 2021).

Graded activity

Alleen als cliënten door terugval (te) angstig zijn geworden om hun activiteitsniveau uit te breiden terwijl dit wel mogelijk is, kan het zinvol zijn gebruik worden gemaakt van Graded activity. Is er sprake van onderhoudende factoren, waardoor er geen vooruitgang geboekt wordt in de ergotherapiebehandeling dan wordt geadviseerd om in overleg met de verwijzer een andere zorgprofessional in te schakelen (EN, 2022).

Veerkracht

De Veerkrachtbenadering focust op factoren die een mens gezond houden en flexibiliteit te vinden die nodig is om op te staan en nieuwe wegen te bewandelen. Daarvoor kan de Mini-Activiteiten-Aanpak (Mini-Activity Approach, MAA) ingezet worden. De MAA is gebaseerd op de veerkrachtbenadering, door cliënten veerkrachtactiviteiten of veerkrachtvergroters te laten ervaren. Deze veerkrachtactiviteiten of -vergroters zijn in te delen in 3 categorieën: (1) prettige sociale activiteiten, (2) een positieve instelling, gedachten en gevoelens en (3) een goed lichaamsgevoel. Mini-activiteiten zijn zelfs voor mensen met weinig energie uitvoerbaar. Het kiezen van die activiteiten die hen helpen

hun regie te nemen kan een positieve boost geven (Aegler, Heigl & Zischek, 2019; Leenders & Van de Ven 2019).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Ergotherapeuten die een specifieke opleiding of training hebben gevolgd kunnen de ACT toepassen om de invloed van psychische klachten op het handelen te verminderen (A-Tjak 2015). De ACT is gericht op het flexibel omgaan met obstakels die cliënten op hun pad vinden (acceptance) zodat ze hun energie kunnen blijven of gaan gebruiken voor de dingen die ze écht belangrijk vinden (commitment) (Batink, et al., 2016). Acceptatie van het doormaken van een ernstige ziekte met mogelijk chronische klachten is ingewikkeld als er nog zoveel onduidelijk is over het ziekte- en herstelverloop. Het aanvaarden van de realiteit van de klachten is vaak essentieel om gedrag te veranderen (EN,2020).

Sterke-kanten-benadering

Gebaseerd op de positieve psychologie gaat de sterke-kanten-benadering uit van successen en persoonlijke kwaliteiten als basis voor verandering op lange termijn. Het legt de focus op het ontwikkelen, versterken en optimaliseren van sterke kanten en niet op het oplossen van problemen of tekortkomingen (Hiemstra & Bohlmeijer, 2013). De Sterke-kanten-benadering sluit vanwege deze focus goed aan bij de uitgangspunten van ergotherapie. Een korte scholing is nodig om deze benadering methodisch toe te passen (EN 2021).

De werkgroep is van mening dat zingeving en spiritualiteit van belang is indien dit verband houdt met voor de cliënt betekenisvolle activiteiten. We verwijzen je hiervoor naar het hoofdstuk zingeving en spiritualiteit, IKNL 2021, als je hier meer over wilt lezen.

Adviezen voor de lighouding

Vanuit de longrevalidatie is bekend dat cliënten met kortademigheidsklachten problemen ondervinden zodra zij (horizontaal) gaan liggen. Het is hierbij relevant te realiseren dat in de nacht en met name in de vroege ochtend, de longfunctie afneemt, waardoor het realistisch kan zijn dat de kortademigheid toeneemt.

Cliënten zijn vaak geneigd rechtop in bed of in een stoel te gaan slapen. Dit is geen wenselijke houding voor het lichaam, het is belangrijk dit bespreekbaar te maken. Maak onderscheid tussen kortademigheidsklachten ontstaan door ademhalingsproblematiek of door een verminderde hartfunctie. Als er sprake is van een verminderde hartfunctie dan is horizontaal liggen vaak niet mogelijk, vraag dit na bij de behandelend (huis)arts.

Kortademigheid neemt toe bij een volledig horizontale houding

Is er sprake van toegenomen kortademigheid in lig of speelde dit voornamelijk een rol vroeg in de ziekteperiode? Soms is er sprake van gewenning en kan het liggen langzaam steeds meer naar horizontaal gebracht worden. Dat kan door het hoofdeinde van het bed steeds lager te zetten of steeds minder kussens te gebruiken.

Kortademigheid neemt toe bij het snel veranderen van houding

Wanneer iemand kortademig wordt door een te snelle houdingswisseling dan kan geadviseerd worden het tempo aan te passen en eerst zittend op de rand van het bed de ademhaling weer onder controle te krijgen (zie paragraaf 5.2), met aandacht voor het uitademen, voordat men gaat liggen of opstaan.

Kortademigheid neemt toe door angst

Vaak hebben cliënten een negatieve ervaring meegemaakt waardoor zij zittend zijn gaan slapen en niet meer horizontaal durven te liggen. Bovengenoemde adviezen kunnen helpen om de angst af te laten nemen. Eventueel kan de cliënt ontspannings- of mindfulness oefeningen aangeleerd worden, die toegepast kunnen worden voordat men gaat slapen (EN, 2020).

Referentielijst

Baars-Elsinga, A., Geusgens, C., van Heugten, C., & Visser-Meily, J. (2013). Een poliklinisch cognitief behandelprogramma; niet rennen maar plannen. *Nederlands Tijdschrift Voor Revalidatiegeneeskunde*, 1, 29-31.

Banzett R, Topulos G, Lith DE, et al. Bracing arms increases the capacity for sustained hyperpnea. *Am Rev Respir Dis*. 1983;133:106-9.

Borge, C. R., Hagen, K. B., Mengshoel, A. M., Omenaas, E., Moum, T., & Wahl, A. K. (2014). Effects of controlled breathing exercises and respiratory muscle training in people with chronic obstructive pulmonary disease: results from evaluating the quality of evidence in systematic reviews. *BMC pulmonary medicine*, 14, 184.

Gosselink R. (2003). Controlled breathing and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Journal of rehabilitation research and development*, 40(5 Suppl 2), 25–33.

Gosselink R, Decramer M. (2003). *Revalidatie bij chronisch obstructieve longziekten*. 1^e dr. 2^e oplage Maarsse: Elsevier gezondheidszorg.

Ergotherapie Nederland (2021) Handreiking ergotherapie bij Covid-19 cliënten in de herstelfase. Utrecht: Ergotherapie Nederland

Ergotherapie Nederland (2022) Handreiking ergotherapie bij cliënten met het Post-Covid-Syndroom. Utrecht: Ergotherapie Nederland

Hiemstra, D., & Bohl Meijer, E. (2013) *De Sterke-kanten-benadering: Persoonlijke Kwaliteiten als Hefboom voor Verandering*.

E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof, & J. A. Walburg (Reds.), *Handboek Positieve Psychologie* (2e ed., pp. 123–138). Amsterdam: Boom.

Hulstein-van Gennep G, ten Hove-Moerdijk K. (2008). De activiteitenweger, Methodisch werken aan belasting en belastbaarheid. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie*, 22-25.

IKNL (2021). *Palliatieve zorg richtlijn COPD*. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland

Jeroen Bosch ziekenhuis (2023, 20 maart) *Inhalatiemedicijnen*, geraadpleegd op 2 juni 2024, van: <https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/behandelingen/inhalatiemedicijnen/pdf>

Kaptein AA (2010) Kaptein AA, Fischer MJ, & Scharloo M. (2010) Respiratoire aandoeningen en medische psychologie. In J. Jaspers (red.), *Psychosociale zorg bij chronische ziekten: klinische praktijk en effectiviteit* (pp 79-93). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

KNGF (2020), *Richtlijn COPD*, opgehaald van <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/copd-2020/product-remake/copd-2020-praktijkrichtlijn.pdf>

Koks, R.W., & P. Steures (2019). Praktijkrichtlijn voor groepsbehandeling in de (geestelijke) gezondheidszorg. Opgehaald van <https://www.groepspsychotherapie.nl/praktijkrichtlijnen/>. Geraadpleegd op 23 mei 2024.

LAN(2016), *zorgstandaard COPD*, opgehaald van https://www.longalliantie.nl/content/LAN_Zorgstandaard_COPD-2016-2.pdf

Long Alliantie Nederland. Omgaan met benauwdheid bij COPD. Opgehaald van <http://palliatievezorgcopd.nl/aanpak/symptoommanagement>. Geraadpleegd op 25 april 2024.

Longfonds (n.d.) *wat is het COPD*, geraadpleegd 12 februari 2024, <https://www.longfondnds.nl/longziekten/copd/wat-is-copd>

Longfonds (n.d.) *Longaanval*, geraadpleegd op 3 juli 2024, <https://www.longfonds.nl/longziekten/copd/leven-met-copd/longaanval>

Longfonds (n.d.), *Medicijnen bij COPD*, geraadpleegd op 21 januari 2024, <https://www.longfonds.nl/longziekten/copd/behandeling/medicijnen-bij-copd>

Longfonds (n.d.), *Brochure zuurstof*, geraadpleegd op 21 januari 2024, <https://www.longfonds.nl/sites/default/files/2021-03/Brochure%20zuurstof%20DEF%20PDF.pdf>

Mayer, A. F., Karloh, M., Dos Santos, K., de Araujo, C. L. P., & Gulart, A. A. (2018). Effects of acute use of pursed-lips breathing during exercise in patients with COPD: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy*, 104(1), 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2017.08.007>

Meerman, B. (2022, 10 februari). Zelfmanagement interventies bieden uitkomst voor mensen met COPD - Medisch Spectrum Twente. Medisch Spectrum Twente. geraadpleegd op 24 januari 2024. Via <https://www.mst.nl/p/zelfmanagement-interventies-bieden-uitkomst-voor-mensen-met-copd/>

Miserandino, C. (2003). The Spoon Theory. ButYouDon'tLookSick.com. Geraadpleegd op 25 april 2024.

Nakken, N. (2017). *Knowledge gaps in patients with COPD and their proxies*. BMC pulmonary journal. 17 (136), <https://doi.org/10.1186/s12890-017-0481-8>

Packer, T. L., Brink, N., & Sauriol, A. (1995). Managing fatigue: A sixweek course for energy conservation. Tucson, Arizona: Therapy Skill Builders.

Partnership Stoppen met roken (2022), *Zorgstandaard stoppen met roken 2022* Herziening en uitbreiding van de Zorgstandaard Tabaksverslaving 2019, mede op basis van de Zorgmodule Stoppen met Roken uit 2009. Geraadpleegd op 23 mei 2024 van https://www.partnershipstoppenmetroken.nl/wp-content/uploads/2023/10/Zorgstandaard-Tabaksverslaving-2022_DEF.pdf

Penfold C, Ewing G, Gilligan D, et al. What do informal CARERS want to learn about breathlessness in advanced disease and how do they want to learn it? *BMJ Support Palliat Care*. 2015;5(1):107.

Peters, E.M.J., Schedlowski, M., Watzl, C., & Gimsa, U. (2021). To stress or not to stress: brain-behavior-immune interaction may weaken or promote the immune response to SARS-CoV-2. *Neurobiol Stress*. 14:100296.

Prieur, G., Combret, Y., Medrinal, C., Arnol, N., Bonnevie, T., Gravier, F. E., Quieffin, J., Lamia, B., Reychler, G., & Borel, J. C. (2020). Energy conservation technique improves dyspnoea when patients with severe COPD climb stairs: a randomised crossover study. *Thorax*, 75(6), 510–512. Geraadpleegd 23 mei 2024 <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2019-214295>

Probst, V. S., Troosters, T., Coosemans, I., Spruit, M. A., Pitta, F.deO., Decramer, M., & Gosselink, R. (2004). Mechanisms of improvement in exercise capacity using a rollator in patients with COPD. *Chest*, 126(4), 1102–1107. Geraadpleegd in januari 2024 <https://doi.org/10.1378/chest.126.4.1102>

Redactie. (2015, 31 december). COPD-zelfmanagement gaat verder waar protocollen ophouden - TvPO. TvPO. <https://www.tvpo.nl/copd-zelfmanagement-gaat-verder-waar-protocollen-ophouden/> Ontleend op 24-1-2024

Richtlijn Palliatieve zorg bij mensen met COPD (2021, 2024). *Long Alliantie Nederland*. Geraadpleegd in januari 2024 via <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/copd>

Royal College of Occupational Therapists (RCOT). (2020) How to conserve your energy; practical advice for people during and after having COVID-19. Opgehaald van <https://www.rcot.co.uk/conserving-energy>. Geraadpleegd op 23 mei 2024.

SKILZ. (2023, 31 oktober). *Zelfmanagementondersteuning* - SKILZ. <https://skilz.nu/skilz-richtlijnen/zelfmanagementondersteuning/>

Thuisarts (2021), *Ik heb opeens heftige klachten bij COPD (longaanval)*, geraadpleegd in januari 2024 <https://www.thuisarts.nl/copd/ik-heb-opeens-heftige-klachten-bij-copd-longaanval>

Veen van, C., Strikwerda, T., Baars-Elsinga, van Heugten, C., & A., Visser-Meily, A. (2021). *Behandelprogramma niet rennen maar plannen*. Utrecht: Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde.

Velloso, M., & Jardim, J. R. (2006). Study of energy expenditure during activities of daily living using and not using body position recommended by energy conservation techniques in patients with COPD. *Chest*, 130(1), 126–132. <https://doi.org/10.1378/chest.130.1.126>

Vitality2improve (2021). Opgehaald van <https://www.vitality2improve.nl/2021/10/18/moet-ik-dit-nu-doen/>. Geraadpleegd op 29 februari 2024.

Wat er toe doet - Wat er toe doet. (2018,). Wat Er Toe Doet.
<https://watertoedoet.info/>. Geraadpleegd op 31 oktober 2024

Wempe J (2004) Wempe J, &Schlösser J.Luchtwegen en ademhaling: astma en COPD(2004). InG. Pool (red.),Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen (pp 478-488). Assen: Koninklijke vanGorcum.

Wijzelf (2018). BordjeVol. Opgehaald van <https://bordjevol.nl/bordjevol-mantelzorg-wat-houdt-de-methode-in/>. Geraadpleegd op 25 januari 2024.

Zelfmanagement bij COPD. (z.d.). Zorg van Nu.
<https://www.zorgvanu.nl/innovaties/zelfmanagement-bij-copd>
Ontleend op 24-1-2024

ZelfredzaamheidsRadar | Breng de zelfredzaamheid van je client in kaart. (z.d.).
<https://zelfredzaamheidsradar.nl/>

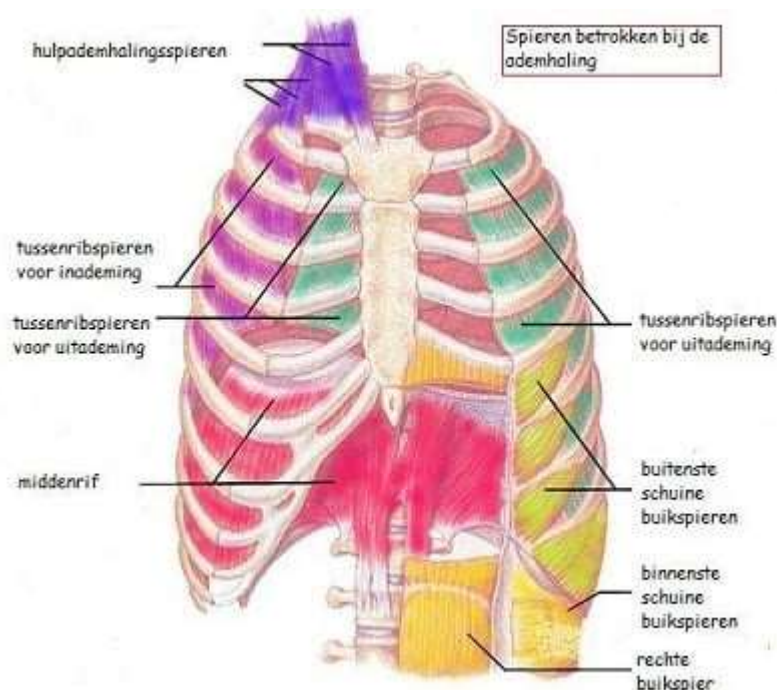
3 goede vragen. (z.d.). 3 Goede Vragen. <https://3goedevragen.nl/>

Aegler, B., Heigl, F., & Zischek, F. (2019). Das tut gut–Mini-AktivitätenAnsatz. *ergopraxis*, 12(09), 16-20.

Bijlagen

Bijlage 5.1: Aanvullende informatie ademhalingspijeren

We zouden niet kunnen ademen zonder hulp van de ademhalingspijeren (Figuur 5.3). Het aannemen van een specifieke voorovergebogen houding kan het diafragma in een verlengde positie brengen, zodat meer kracht kan worden gegenereerd en de hulpademhalingspijeren de kans krijgen om een grotere bijdrage te leveren aan de ademhaling. Op die manier is het mogelijk om de sensatie van kortademigheid te verminderen (Gosselink, 2003). Voorover buigen met ondersteuning van de armen laat bovendien zien dat de hulpademhalingspijeren een grote bijdrage leveren aan de elevatie van de ribbenboog. Banzett et al. (1983) toonden aan dat deze positie de ventilatoire capaciteit verhoogt bij gezonde personen, terwijl bij Probst et al. (2004) cliënten met COPD een significante verbetering van de maximale vrijwillige ventilatie herwonnen tijdens het voorover leunen op hun rollator. Deze observatie is van belang indien men de inspanningscapaciteit van ventilatoir gelimiteerde cliënten wil verbeteren (KNGF, 2020).



Figuur 5.3: Ademhalingspijeren

Bij steunname kunnen een aantal hulpademhalingspijeren, zoals de muscili pectorali, de musculus trapezius en de musculus sternocleidomastoideus adequater ingezet worden doordat in deze houding de schoudergordel (en het hoofd) gefixeerd worden. Er wordt dan een gesloten circuit gevormd ter ondersteuning van het ademen. Bij het ademen zonder ondersteuning (dus in een open circuit) wordt gebruik gemaakt van het diafragma, de muscili scaleni, de musculus trapezius pars descendens en de musculus sternocleidomastoideus (Gosselink & Decramer, 2003).

Ergonomische principes ten behoeve van de ademhaling leveren een positieve bijdrage in het voorkomen of herstellen van kortademigheid en het verlagen van het zuurstofverbruik tijdens dagelijkse activiteiten (Velosso & Jardim, 2006). Het is zinvol deze principes toe te passen tijdens het

uitvoeren van dagelijkse activiteiten, zodat de hulpademhalingsspieren tijdens de activiteit zo optimaal mogelijk voor de ademhaling ingezet kunnen worden.

Een voorbeeld van het toepassen van ergonomische principes om kortademigheid te verminderen is éénhandig werken. Door met één hand steun te nemen ontstaat aan die zijde een gesloten circuit waardoor de hulpademhalingsspieren zo optimaal mogelijk ingezet worden. De andere hand kan dan ingezet worden voor de activiteit.

Andere voorbeelden van deze ergonomische principes zijn:

Steunen op beide handen of ellebogen

Lopen met een rollator of winkelwagen

Leunen tegen een muur

Op de knieën steunen

Meer vanuit de benen werken

Zittend handelen in plaats van staand

Bijlage 5.2 3 goede vragen methode

De 3 goede vragen methode is een manier voor een cliënt om meer zelfmanagement te hebben in een behandelproces. Het behelst 3 vragen die de cliënt kan stellen aan de zorgverlener en die aanleiding geven voor een verdiepend gesprek. De antwoorden bieden de cliënt de mogelijkheid om zelf een afgewogen beslissing te nemen. In een ideale situatie is dat ook de oplossing die de behandelaar ook zo prefereren, maar mocht dat niet het geval zijn dan biedt het aanleiding tot gesprek.

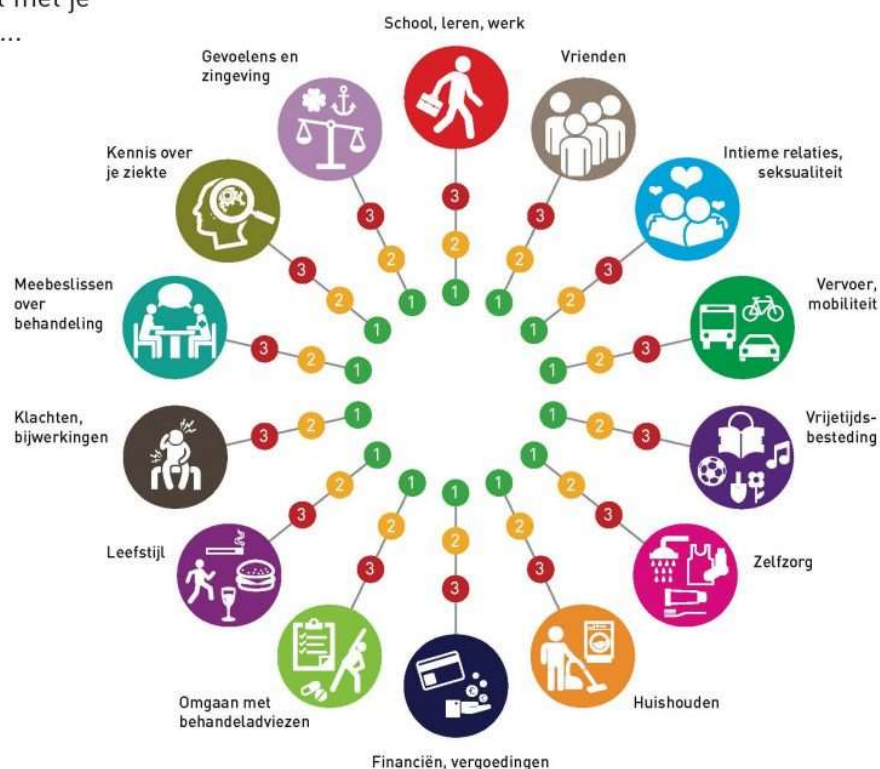
1. Wat zijn mijn mogelijkheden
2. Wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden
3. Wat betekent dat in mijn situatie.

Bijlage 5.3 Zelfmanagement Web

Wil je vertellen hoe het met je gaat op het gebied van...

Geef antwoord door aan te kruisen:

- 1 = goed
- 2 = niet goed, maar ook niet slecht
- 3 = niet goed



Het zelfmanagement Web is ontwikkeld door de Hogeschool van Rotterdam, het Erasmus MC en gefinancierd door ZonMw. Het geeft de cliënt de mogelijkheid om de agenda van het gesprek met een zorgverlener zelf meer te bepalen. Hiermee kan de eigen regie worden versterkt en kunnen zorgverleners betere zorg op maat verlenen.

Het Zelfmanagement Web is vrij te gebruiken zonder aanpassingen en is er tevens in een Engelstalige versie.

Bijlage 5.4 Zelfredzaamheidsradar

De Zelfredzaamheidsradar is een breed gebruikt instrument om de zelfredzaamheid in kaart te brengen en eventueel te bedenken hoe je die kunt verbeteren. Met elkaar, een handig trucje, een hulpmiddel of met slimme technologie. De Zelfredzaamheidsradar heeft 15 domeinen die met een cijfer beoordeeld worden en kan zowel online als op papier worden ingevuld.

Het grote pluspunt van de Zelfredzaamheidsradar is dat deze (net als de online tool van Positieve Gezondheid) door een cliënt zelf ingevuld kan worden en waarna die zelf ook vervolgstappen kan doen om te werken aan specifieke knelpunten.

Voor de inzet van hulpmiddelen heeft Scouters alle domeinen vertaald naar hulpmiddelen die passen bij die specifieke vraag.

<https://scouters.nl/>

<https://zelfredzaamheidsradar.nl/>

Bewijs en perspectief

Voor veel van de beschreven richtlijnen en instrumenten is nog onvoldoende bewijs. Er wordt nu veel onderzoek gedaan naar de zelfmanagementvaardigheden bij cliënten, maar tot nog toe is de conclusie dat er meer onderzoek nodig is. Wat uit de lopende onderzoeken wel al naar voren komt is dat grotere zelfmanagementvaardigheden bijdragen aan een betere zorgbalans en meer regie bij de cliënt.

De verschillende instrumenten bieden vooral een aanleiding voor een ander gesprek met een behandelaar en zijn niet direct meetbaar in de praktijk.

Studies over zelfmanagementinterventies zijn moeilijk met elkaar te vergelijken door verschillende in- en exclusiecriteria, outcome en interventies. Hierdoor zijn de resultaten niet consistent en is de bewijslast laag. Dat wil niet zeggen dat zelfmanagementinterventies bij patiënten met COPD niet zinvol zijn. Het voorkomen en/of verkorten van een longaanval, vooral als dit een ernstige longaanval betreft, bespaart kosten door het voorkomen van een ziekenhuisopname. In de systematische review van Lenferink, 2017 wordt zeker positieve bewijslast gevonden dat zelfmanagement een gemiddeld effect heeft op ziekenhuisopnames in het algemeen en ook als het gaat om alleen respiratoire opnames. Het is niet onderzocht wat het effect is van zelfmanagementinterventies op arbeidsparticipatie en de kostenaspecten daarvan.

Vanuit cliëntperspectief valt op dat hoe meer zij betrokken worden in het behandelproces en daarin meer regie krijgen om keuzes te maken voor verschillende behandelmogelijkheden het aantal opnames en opnameduur afneemt. Er worden klinisch relevante verschillen gevonden ten gunste van zelfmanagement op de uitkomsten 'ziekenhuisopname wegens een respiratoire aandoening' en 'ziekenhuisopname algemeen' naast een klein effect op de gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven. Wat uit de praktijk in het revalidatiecentrum blijkt is dat hoe meer een cliënt de regie heeft in de doelen en behandelrichting er meer eigenaarschap van het (long)probleem ontstaat en de beoogde verandering in gedrag en leefstijl groter en sneller zichtbaar wordt. Na een revalidatietraject gaan cliënten hierdoor met meer zelfvertrouwen en met een algeheel beter ervaren gezondheid naar huis. Op de COPM en de kwaliteit van leven zien we hier significante verbeteringen die groter lijken te zijn dan bij de groep die eerder gezien is waarbij minder focus heeft gelegen op de eigen regie en keuzes van de cliënt.

De aanname is nu dat het inzetten op grotere zelfmanagement een cliënt meer regie geeft in het proces, de uitkomsten groter is en de zorgbehoefte wordt verkleind. Een op de cliënt aangepaste behandeling en benadering maakt dat er meer ruimte ontstaat om focussen op het behoud van nieuw gedrag.

Borge, C. R., Hagen, K. B., Mengshoel, A. M., Omenaas, E., Moum, T., & Wahl, A. K. (2014). Effects of controlled breathing exercises and respiratory muscle training in people with chronic obstructive pulmonary disease: results from evaluating the quality of evidence in systematic reviews. *BMC Pulmonary Medicine*, 14(1), 184. <https://doi.org/10.1186/1471-2466-14-184>