



Ketenzorg: weet wat u meet

Smeele et al. hebben een primeur met hun artikel over de ervaringen met COPD-ketenzorg.¹ Gestandaardiseerde zorg en indicatoren bij COPD zijn controversieel en juist daarom is hun objectieve beschrijving, inclusief de ervaren knelpunten, zo interessant. Na implementatie van ketenzorg in een Zuidoost-Noord-Brabantse zorggroep leek het zorgproces tussen 2008 en 2010 flink te verbeteren. Dit is af te leiden uit de sterke toename van geregistreerde procesindicatoren, waaronder spirometrie, BMI en rookgedrag. Er was echter onvoldoende extraheerbare informatie om de effecten op de gezondheidstoestand te beoordelen. Zo waren ernstige exacerbaties en kwaliteit van leven onvoldoende geregistreerd. Helaas moeten we dus nog afwachten of ketenzorg brengt wat we hopen, namelijk meer levenskwaliteit en minder klachten dan bij de conventionele zorg.

GELOVIGEN

Het is de vraag of er een gezondheidseffect te verwachten is bij degenen voor wie die ketenzorg is bedoeld, dus patiënten met milde en matig ernstige COPD. Die vraag is eigenlijk niet te beantwoorden omdat er weinig bekend is over het behandel-effect bij deze groep. Toch bestaan er fervente voor- en tegenstanders van het opsporen en monitoren van vroege COPD.^{2,3} Voorstanders voeren aan dat adequate behandeling de klachten en exacerbaties vermindert, maar dit bewijs is vooral gebaseerd op tweedelijns onderzoeken bij ernstige COPD.⁴ Zij beroepen zich ook op onderzoeken die aantoonen dat een diagnose COPD helpt om te stoppen met roken.⁵ Deze onderzoeken beschreven echter alleen de effecten op korte termijn (een jaar).

Tegenstanders benadrukken de hoge kosten, gezien het grote aantal patiënten. Verder voeren zij ethische bezwaren aan over het 'labelen' van patiënten met een aandoening waarvan het beloop heterogeen en slecht voorspelbaar is.³ De meeste mensen met milde COPD ontwikkelen geen ernstige COPD, zelfs niet als zij blijven roken, en mogen wij hen dan medicaliseren?

Toch moet ketenzorg niet op basis van gevoel worden beoordeeld. Als zorggroepen hun resultaten blijven publiceren, kunnen we binnenkort een objectief oordeel vellen.

BEHOUD HET GOEDE

Wat nu te doen als de resultaten tegenvallen? Kunnen we het dan opbrengen om deze ketenzorg te stoppen? Op dit moment zijn veel zorggroepen bezig met implementatie en de ervaring leert dat het lastig is om eenmaal ingeburgerde zorg weer af te bouwen. Toch zou dat idealiter wel moeten.

Misschien volstaat het de onderdelen te behouden die werkelijk effect hadden. Die onderdelen kunnen we boven water halen door een gecombineerde analyse van gegevens van meerdere zorggroepen, wellicht door samenwerkende universiteiten.

DE GEMENE DELER

Tot slot is er veel overlap in de ketenzorg voor COPD en die voor cardiovasculair risicomanagement. Beide programma's zijn gericht op leefstijl (bewegen, voeding, alcohol), gewicht en inspanningstolerantie. Stoppen met roken verbetert niet alleen de prognose bij mensen met COPD maar bij iedereen, in het bijzonder bij mensen met een verhoogd cardiovasculair risico, inclusief diabetes.⁶ Bovendien gaat COPD samen met een hoger cardiovasculair risico.⁷

Het zou daarom misschien beter zijn deze ketens te integreren. Patiënten hoeven dan minder vaak naar de praktijkondersteuner te gaan en er wordt minder dubbel gemeten en geregistreerd. De probleemanalyse wordt natuurlijk wel ingewikkelder. Want komt die verminderde inspanningstolerantie nou door COPD, door overgewicht of door coronairlijden? En als de patiënt zich opeens fitter voelt, komt dat dan door de beter gereguleerde bloeddruk of speelt het starten van ipratropiumbromide een rol? Kijk, dat begint weer op huisartsgeneeskunde te lijken. ■

LITERATUUR

- 1 Smeele I, Meulepas M, Meulemans C, Reus I, Klomp M. Eerste ervaringen met COPD-ketenzorg. *Huisarts Wet* 2012;55:194-8.
- 2 Price D, Freeman D, Cleland J, Kaplan A, Cerasoli F. Earlier diagnosis and earlier treatment of COPD in primary care. *Prim Care Respir J* 2011;20:15-22.
- 3 Enright P, White P. Detecting mild COPD: don't waste resources. *Prim Care Respir J* 2011;20:6-8.
- 4 Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;176:532-55.
- 5 Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J, Czajkowska-Malinowska M, Regula J, Mieszko-Filipczyk G, et al. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking. *Thorax* 2006;61:869-73.
- 6 Haire-Joshu D, Glasgow RE, Tibbs TL. Smoking and diabetes. *Diabetes Care* 1999;22:1887-98.
- 7 Sin DD, Man SFP. Why are patients with chronic obstructive pulmonary disease at increased risk of cardiovascular diseases? *Circulation* 2003;107:1514-9.