

Geïntegreerd ziektemanagement effectief bij COPD

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coördinatie is in handen van dr. F.A. van de Laar, Cochrane Primary Health Care Field, Radboudumc Nijmegen • Correspondentie: floris.vandelaar@radboudumc.nl.

Context De laatste jaren zijn er ziektemanagementprogramma's (ZMP's) geïntroduceerd om de kwaliteit en efficiëntie van zorg rondom COPD te verbeteren. De effectiviteit van deze diverse programma's is nog onduidelijk.

Klinische vraag Wat is het effect van geïntegreerde ZMP's op de kwaliteit van leven, de inspanningstolerantie en het aantal exacerbaties bij patiënten met COPD?

Conclusie auteurs De review includeerde 26 onderzoeken in de eerste en tweede lijn die 3 tot 24 maanden duurden met in totaal 2997 deelnemers.

Deelname aan een ZMP had een statistisch en klinisch relevant effect op kwaliteit van leven (dyspnoe, vermoeidheid, emoties, controle over ziekte) na 12 maanden. Ook vond men een klinisch relevante verbetering in 6-minutenloopafstand van 44 meter (95%-BI 22 tot 66). Verder werden patiënten gemiddeld vier dagen eerder ontslagen uit het ziekenhuis (MD -3,8 dagen; 95%-BI -5,9 tot -1,7; $p < 0,001$) en was er een significante reductie in luchtweggerelateerde ziekenhuisopnames (NNT = 15).

Er was geen verschil in het aantal exacerbaties (OR 1,2; 95%-BI 0,8 tot 1,91) en in mortaliteit (OR 0,96; 95%-BI 0,52 tot 1,74).

Beperkingen De definities van geïntegreerde ZMP's en de controle-interventies waren zeer heterogeen. Zo bleek het effect van een ZMP bijvoorbeeld minder sterk wanneer de patiënten uit de controlegroep één component van een ZMP aangeboden kregen.

Adequate blinding was meestal onmogelijk door de aard van de interventie. Verder zal de toepasbaarheid van de resultaten afhankelijk zijn van het aanbod binnen de setting waar het gebruikt wordt.

COMMENTAAR

Deze Cochrane-review toont aan dat een goed georganiseerd ZMP bij COPD effectief is en dat het zin heeft om zo'n programma aan te bieden. De precieze inhoud van een ZMP staat niet vast. Wel heeft elk ZMP hetzelfde doel: zelfmanagement bevorderen en de behandeling afstemmen op de individuele patiënt met een multidisciplinaire aanpak. Bijvoorbeeld een combinatie van voorlichting over de aandoening, fysiotherapie, voedingsadviezen en begeleiding bij het stoppen met roken. Niet alle vakgebieden hoeven aan de orde te komen, het inclusie criterium van de review was samenwerking op twee verschillende terreinen tussen twee verschillende disciplines.

De meeste ZMP's worden aangeboden in de tweede lijn. Zo adviseert de NHG-Standaard COPD patiënten met matig

ernstig COPD (Gold II) bij wie de behandeldoelen niet gehaald worden en patiënten met COPD Gold III en IV te verwijzen naar de longarts voor een longrevalidatieprogramma, waarbij de nadruk ligt op inspanningstraining. De Cochrane-review laat zien dat ook mensen met een milde COPD baat hebben bij een ZMP, en dus in de eerste lijn behandeld kunnen worden. De door de patiënt ervaren beperking moet dan bepalend zijn voor deelname aan een ZMP en niet de classificatie van de COPD.

De Cochrane-review concludeert dat er geen verschil in uitkomst bestaat tussen eerste- en tweedelijns ZMP's. Naar mijn idee kan de zorg dus gedeeltelijk naar de eerste lijn, met gebruikmaking van het bestaande netwerk binnen de COPD-ketenzorg. Goedkopere zorg, dichterbij de patiënt. De samenwerking tussen de verschillende disciplines kan uitgebreid worden, waarbij gewerkt wordt met dezelfde behandeldoelen. Door de zorg in de eerste lijn te coördineren is het bovendien mogelijk interventies binnen diverse ZMP's te combineren, zoals hartfalen en COPD. Een patiënt kan dan voor zijn hartfalen én COPD naar dezelfde fysiotherapeut.

Hoe lang een ZMP moet duren, blijft onduidelijk. Het gaat immers om leefstijlveranderingen bij chronisch zieke patiënten. Hoeveel tijd is er nodig om leefstijlveranderingen door te voeren? En voor hoe lang beklijven die veranderingen? De Cochrane-review includeerde onderzoeken van 3 tot 24 maanden, naar mijn mening een grote variatie. En wat gebeurt er na 2 jaar? COPD blijft immers chronisch aanwezig. De huidige programma's en de zorg voor COPD zijn toegespitst op de persoonlijke doelen van de patiënt. In de loop van de tijd kunnen nieuwe doelen gesteld worden en eventuele herhalingscursussen aangeboden worden, om te voorkomen dat al behaalde doelen verloren gaan.

Ik concludeer al met al dat, zeker nu er sprake is van toenemende vergrijzing en een toenemende prevalentie van chronische ziekten, deze review extra argumenten biedt om ziektemanagementprogramma's uit te breiden in de eerste lijn. ■

LITERATUUR

- 1 Kruis AL, Smidt N, Assendelft WJJ, Gussekloo J, Boland MRS, Rutten-van Mölken M, et al. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;10:CD009437.