

Ketenzorg COPD in de startblokken

# Kwestie van lange adem

Sophie Broersen

Een update van de richtlijn COPD én een zorgstandaard zijn dit jaar verschenen. Ketenzorg is het toverwoord: de samenwerking tussen, maar ook binnen de eerste en de tweede lijn kan beter. En de patiënt moet ook zelf verantwoordelijkheid nemen.

**C**OPD staat in de belangstelling. Logisch, gezien de hoge prevalentie en de stijgende mortaliteit. Er ontstaan niet voor niets zorggroepen waarin steeds meer artsen en paramedici zich verenigen om ketenzorg aan patiënten met de longaandoening te verlenen. Voor ketenzorg is een zorgstandaard nodig, en die is er dit jaar gekomen. En voor een

zorgstandaard is een up-to-date richtlijn nodig. Ook die is recentelijk verschenen.

Huib Kerstjens, hoogleraar longziekten aan het UMCG, schreef mee aan de richtlijn: 'Die is vernieuwd, maar er staan geen schokkende aanpassingen in. Als er iets is binnen de COPD-zorg dat momenteel veel meer de gemoederen bezighoudt, dan is het de zorgstandaard.' Die is deels gebaseerd op de vernieuwde richtlijn, maar beschrijft meer in detail hoe de zorg moet worden georganiseerd. De zorgstandaard is ook een uitgangspunt voor ketenzorg, en daarmee integrale bekostiging.

## Emoties

Kerstjens: 'En dat punt levert veel discussie op. Want zodra het over financiën gaat, en partijen bang zijn dat ze buitenspel komen te staan, lopen de emoties hoog op.' Hij is zelf overigens blij met de zorgstandaard: 'Het is van belang om te benoemen waar goede zorg uit bestaat en hoe je die borgt. Maar de standaard is nog niet compleet. Want om te meten of zorg goed is, moeten er prestatie-indicatoren zijn. En daar is een commissie nog hard mee bezig.' Kerstjens vindt het van groot belang dat eerste en tweede lijn ook binnen de ketenzorg meer gaan samenwerken en randvoorwaarden zoals financiering goed vastleggen: 'Veel patiënten klagen over gebrek aan samenhang in de zorg, en ik geef ze groot gelijk. De patiënten die vanwege ernstige klachten bij de longarts onder controle zijn, daar moet de huisarts natuurlijk ook bij betrokken blijven. De grote bulk patiënten met relatief weinig klachten, hoeft niet onder controle te blijven bij de longarts, maar

Twee scènes uit de COPD-nascholing. Rechts: kaderhuisarts astma/COPD Ivo Smeele geeft uitleg over de luchtwegen; onder: fysiotherapeut Carel van Wetering bespreekt een looptest.



## Tien vragen over de richtlijn COPD

- 1** *Waarom is er een nieuwe richtlijn?*  
Om zorgverleners te ondersteunen bij het realiseren van goede COPD-ketenzorg. De richtlijn is onderdeel van een ketenkwaliteitssysteem.
- 2** *Welke beroepsgroepen hebben de richtlijn samengesteld?*  
Longartsen, huisartsen, bedrijfsartsen, fysiotherapeuten, apothekers, wijkverpleegkundigen, psychologen, revalidatieartsen, diëtisten en longverpleegkundigen.
- 3** *Zijn de patiënten vertegenwoordigd?*  
Ja, patiënten hebben knelpunten bij therapie geïnventariseerd en de concepttekst van commentaar voorzien.
- 4** *Voor welke beroepsgroepen is de richtlijn mede relevant?*  
Alle zorgverleners die met COPD-patiënten te maken hebben.
- 5** *Over welke patiënten gaat de richtlijn?*  
Patiënten met *chronic obstructive pulmonary disease* (COPD) in alle ernststadia.
- 6** *Wat is er nieuw aan de anamnese?*  
Ga met name bij ernstig COPD na of comorbiditeit aanwezig is.
- 7** *Wat is er nieuw aan de diagnostiek?*  
Referenties aan de herziene versie van de GOLD-richtlijn in 2008. Meer aandacht voor comorbiditeit en het nut van vroegtijdige diagnostiek. Aandacht voor osteoporose bij ernstige COPD.
- 8** *Wat is er nieuw aan de verwijzing?*  
Geen veranderingen.
- 9** *Wat is er nieuw aan de behandeling?*  
Veel nieuwe literatuur over medicamenteuze behandeling, maar geen grote inhoudelijke wijzigingen. De toepassing van dieetinterventies is aangescherpt.
- 10** *Wat is er nieuw aan follow-up en nazorg?*  
Geen veranderingen.

ook dan is het wél zinvol om de zorg voor deze patiënten af en toe gezamenlijk te bespreken. Dat is voor de patiënt beter en die samenwerking maakt de zorg ook leuker. Maar als een arts er geen cent mee verdient, is dat een grote demotivator.'

### Afwachten

Een van de zorgverzekeraars die enthousiast is over COPD ketenzorg en er ook al een tarief voor heeft, is CZ. Bestuursvoorzitter Wim van der Meeren: 'Door ketenzorg wordt samenwerking bevorderd. En dat is nodig, want veel chronische patiënten moeten hun eigen zorg bij elkaar sprokkelen. En uit de eerste ervaringen met ketenzorg bij diabetes blijkt dat het aandeel patiënten dat zorg volgens de standaard ontvangt, spectaculair is gegroeid.' Maar wat het verder oplevert, is afwachten, zegt Van der Meeren: 'Op de lange termijn hopen we complicaties te voorkomen, en daarmee kosten te verlagen. En belangrijker: veel leed te voorkomen en de kwaliteit van leven te verhogen. Wij geloven dat het zo werkt, maar het is een kwestie van lange adem om dit aan te tonen.'

### Minder ad hoc

Een aantal partijen is al aan de slag met COPD-ketenzorg, zoals de zorggroep waar kaderhuisarts astma/COPD Ivo Smeele uit Eindhoven aan deelneemt. Hij is enthousiast: 'Het kost moeite, er is meer administratie mee gemoeid, maar de zorg voor COPD'ers is minder ad hoc, en ik heb het gevoel dat we er meer grip op hebben.' De focus van de groep ligt op de eerste lijn: 'Huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en een diagnostisch centrum maken er deel van uit. We hebben wel contractuele afspraken met longartsen, over onder meer scholing. Dat zou idealiter wel uitgebreid kunnen worden, maar dat is lastig vanwege de verschillende financiering van eerste en tweede lijn. Eenmalige consultatie door de longarts bijvoorbeeld, waarna de patiënt weer terugkomt bij de huisarts voor de verdere begeleiding, dat zouden beide partijen graag willen, maar is moeilijk te bewerkstelligen.' Hiermee stipt Smeele twee knelpunten in de COPD-zorg aan: diagnostiek en verwijzing. Longarts Frank Smeenk, van het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven: 'De onderlinge samenwerking moet verbeteren. De longarts moet een patiënt niet te lang vasthouden, en de huisarts moet op tijd verwijzen. Bijvoorbeeld voor diagnostiek, want die moet echt beter. Niet bij iedereen bij wie een niet-reversibele luchtweg-obstructie wordt gevonden, berusten respira-

## SAMENVATTING

- De multidisciplinaire richtlijn over diagnostiek en behandeling van COPD is vernieuwd.
- Verbeterpunten zijn diagnostiek, voorlichting en zelfmanagement, indicatiestelling voor therapie en samenwerking tussen de verschillende zorgverleners.
- Dit jaar is ook een zorgstandaard COPD verschenen, die de basis moet vormen voor ketenzorginitiatieven.
- Samenwerking tussen eerste en tweede lijn verloopt niet altijd soepel; financiële obstakels spelen hierbij een rol.

# MC tv

live uitzending  
7 oktober 2010, 20.30 uur



## Tv-uitzending over COPD

De multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD staat donderdag 7 oktober centraal in een uitzending van MC-tv. Longarts Frank Smeenk, kaderhuisarts astma/COPD Ivo Smeele, bedrijfsarts Teake Pal, CZ-bestuursvoorzitter Wim van der Meeren en longverpleegkundige Walter van Litsenburg discussiëren over onder meer diagnostiek, zelfmanagement, ketenzorg en samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. De uitzending wordt gepresenteerd door Ben Crul, hoofdredacteur van Medisch Contact.

Kijk op [www.medischcontact.nl/mctv](http://www.medischcontact.nl/mctv) voor meer informatie. Met de uitzending verschijnt daar ook een verfilmde casus. De discussie over de richtlijn en de casus zijn twee onderdelen van de COPD-nascholing.



## ‘Er wordt veel te vaak dure medicatie voorgeschreven’


toire klachten ook werkelijk op COPD. Alleen een FEV<sub>1</sub>-meting is niet altijd voldoende. Als er sprake is van disproportionele klachten, bijvoorbeeld iemand die minder dan tweehonderd meter kan lopen, maar nog een vrij redelijke FEV<sub>1</sub> heeft, moet een andere diagnose worden overwogen. Voor dit soort gevallen zou het goed zijn als een longarts wordt geconsulteerd bij de diagnose COPD.’ Smeele is het in grote lijnen eens met Smeenk: ‘Maar de patiënten die longartsen zien en die huisartsen zien, verschillen nogal. Wij krijgen veel mensen op het spreekuur met lichte klachten. Moeten die allemaal door een longarts worden gezien?’

### Beweegprogramma's

Het is een voorbeeld van wat Smeele in het algemeen belangrijk vindt: zet de juiste zorg in voor de juiste mensen. Smeele: ‘Dat gaat om diagnostiek en controles: moet een patiënt daarvoor in de eerste of de tweede lijn zijn? Dat hangt af van de patiënt. Maar het gaat ook om behandeling: krijgt iemand de juiste medicatie? Mijns inziens wordt er veel te vaak dure medicatie voorgeschreven, zoals langwerkende bronchusverwijders en combinatiepreparaten. Terwijl veel van die middelen alleen bewezen effectief zijn bij ernstigere COPD. Voor hetzelfde geld kan je veel stoppen-met-roken- en beweegprogramma's financieren. Smeenk: ‘Maar ook over bewegingsprogramma's moeten we kritisch zijn. Ik heb er een broertje dood aan als mensen meer moeten

bewegen en dus maar levenslang naar de fysiotherapeut gaan. Zo medicaliseer je mensen. Het doel moet juist zijn dat deze mensen zelfstandig sport gaan beoefenen. Een fysiotherapeut kan iemand over een drempel helpen als er bijvoorbeeld sprake is van angst om te bewegen.’

### Zelfmanagement

Meer bewegen, stoppen met roken, het zijn voorbeelden van leefstijlinterventies die bij de chronische ziekte COPD van groot belang zijn. En moeilijk om te bereiken. Maar alle zorgverleners zijn het eens: de COPD-patiënten moeten beter worden geïnformeerd over hun ziekte, over hoe ze hun medicatie gebruiken en over wat ze zelf kunnen en moeten doen. Zelfmanagement en eigen verantwoordelijkheid zijn belangrijke elementen van succesvolle COPD-zorg. Praktijkondersteuners en longverpleegkundigen zijn vaak degenen die juist op dit gebied veel kunnen betekenen. Niet onbelangrijk, want zoals bekend is stoppen met roken één van de weinige dingen die de overleving van COPD'ers positief beïnvloedt. Daar moet dus veel aandacht voor zijn. Smeenk: ‘In de prioriteitenlijst bij voorlichting en leefstijlinterventie voor COPD'ers staat stoppen met roken op nummer 1 tot en met 5. Daarna komen medicatie en bewegen.’ Dat klinkt bijna fatalistisch, alsof er verder toch niets meer aan te doen is. Nee, zegt Smeenk, dat klopt niet: ‘Het feit dat je een ziekte niet kunt genezen, wil nog niet zeggen dat je niet kunt behandelen. Je kunt er wel voor zorgen dat een patiënt verder kan lopen, minder exacerbaties heeft, minder in het ziekenhuis komt. Ook een patiënt met COPD is nooit uitbehandeld.’ 



De MCtv-uitzending en het dossier COPD vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl/mctv](http://www.medischcontact.nl/mctv).