

NCSI-methode geschikt voor meten ziektebeloop

Gepubliceerd 1 september 2016

Wij danken collega Broekhuizen voor haar commentaar op ons artikel over het nut van de NCSI-methode voor maatwerk in de COPD-ketenzorg.^{1 2} Helaas bevat haar commentaar een aantal onjuistheden.

Broekhuizen merkt ten onrechte op dat veelgebruikte instrumenten, zoals de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) of de 10-Item Respiratory Illness Questionnaire-monitoring 10 (RIQ-MON10), ook kunnen voldoen om de gezondheidstoestand van een COPD-patiënt te meten. De CCQ is een goed onderzochte, korte vragenlijst waar veel ervaring mee is opgedaan in de eerste lijn. De CCQ meet echter slechts drie subdomeinen van de integrale gezondheidstoestand en geeft daarmee een heel beperkt beeld van de gezondheidstoestand van een patiënt met COPD. De RIQ-MON10, die overigens in Nijmegen is ontwikkeld en niet in Leiden, zoals collega Broekhuizen aangeeft, kent dezelfde beperking. Onze beroepsgroep erkent dit. Niet voor niets schrijft de Long Alliantie Nederland in haar Zorgstandaard COPD dat de CCQ en de RIQ-MON10 slechts een globale indruk geven van de klachten, beperkingen en kwaliteit van leven.³

Zoals onze studie duidelijk laat zien, ervaren eerstelijns COPD-patiënten veel meer en ook ernstigere problemen, die met de CCQ of RIQ-MON10 niet in kaart kunnen worden gebracht. Dit rechtvaardigt in onze ogen een uitgebreidere inkaarting van de patiënt, zoals met de NCSI-methode wél mogelijk is.

De NCSI-methode is meer dan alleen een 'meetinstrument', zoals Broekhuizen schrijft. De patiëntenprofielkaart geeft direct een antwoord op de vraag welke onderliggende psychologische mechanismen de gevonden problemen mogelijk veroorzaken, bijvoorbeeld ontkenning van de ziekte of verkeerde copingstrategieën. Broekhuizen geeft aan dat de NCSI-methode ongeschikt zou zijn om het ziektebeloop te monitoren. Dit klopt echter niet: zoals in het artikel beschreven wordt, bevat de NCSI-methode ook een korte en volledig geautomatiseerde monitor, waarmee de patiënt gevolgd kan worden.

Broekhuizen schrijft dat COPD geen aandoening met eenduidige behandeltargets is. Daar zijn we het helemaal mee eens. De centrale behandelstrategie bij COPD richt zich op het bevorderen van adaptatie en die is bij uitstek individueel bepaald.³ Juist daarom is het van groot belang om op een zo eenvoudig mogelijke wijze zo veel mogelijk informatie te verzamelen over de manier waarop de patiënt met zijn COPD omgaat. Helaas volstaat de optie die Broekhuizen aandraagt in haar slotopmerking niet voor de dagelijkse praktijk: ‘Zolang wij de patiënt met COPD maar aandachtig vragen naar zijn of haar eigen prioriteiten, doet het meetinstrument er minder toe’. Patiënten met COPD vinden het juist erg lastig om problemen te herkennen en erkennen en prioriteiten te benoemen. Op hun beurt vinden veel zorgverleners het lastig om de juiste vragen te stellen.

Een hulpmiddel dat enerzijds de COPD-patiënt inzicht geeft in zijn problemen en anderzijds de zorgverlener ondersteunt in het gesprek is een wens van alle partijen. Bovendien is dit een vereiste om kwalitatief goede zorg te kunnen bieden die gericht is op het bevorderen van de integrale gezondheidstoestand.³ Naar onze mening voldoet de NCSI-methode ruimschoots aan deze behoefte.

Erik Bischoff, Jan Vercoulen, Laura Elbers, Robbert Behr, Tjard Schermer

antwoord

Hartelijk dank aan collega's Bischoff et al. voor hun reactie op mijn commentaar. Het is ongelukkig dat ik de RIQ-MON10 abusievelijk Leids noemde. Mijn doel was echter niet om de waarde van de NCSI-methode in twijfel te trekken, maar om de discussie te starten of deze werkelijk ingevoerd moet worden in de COPD-ketenzorg in de huisartsenpraktijk.

Het is zonneklaar dat de NCSI-methode veel meer informatie oplevert over de integrale gezondheidstoestand bij COPD dan de nu gebruikte instrumenten, waaronder de CCQ. Maar of het instrument ook tot betere gezondheidsuitkomsten leidt, is onbekend. Ook gezien de huidige registratiebelasting zouden huisartsen kritisch moeten zijn op het verzamelen van informatie en het invoeren van nieuwe instrumenten, ook al verhogen die de tevredenheid van de patiënt.

We hebben in de ouderenzorg gezien dat het systematisch inventariseren van behoeftes en gezondheidsproblemen bij ouderen weliswaar veel informatie oplevert en ook patiënttevredenheid, maar tot nu toe konden geen van de vergelijkende onderzoeken verbetering aantonen op kwaliteit van leven of zorgkosten. Een vergelijkbaar fenomeen zou kunnen spelen bij COPD. De COPD-zorg is veel te lang alleen gericht geweest op

spirometrie. De focus op individuele adaptatie is toe te juichen, maar hoe en of dat betere gezondheidsuitkomsten oplevert, is onduidelijk.

De auteurs benadrukken nog dat de NCSI-methode een geautomatiseerde monitor bevat en dus geschikt is om de patiënt te volgen. Mijn punt is dat onduidelijk is wat eventuele verschillen in score van de NCSI – of het ontbreken ervan – in de loop van de tijd binnen een individu betekenen, en wat de praktijkondersteuner hiermee moet en kan. Behalve in de directe patiëntenzorg zou deze onzekerheid ook voor terughoudendheid moeten zorgen wanneer huisartsen met zorgverzekeraars afspraken maken op het niveau van verbeteren van indicatoren bij een generiek instrument als de NCSI-methode.

Kortom: ik steun de stelling dat de NCSI-methode een mooi generiek instrument is voor wie de ziektelast bij COPD eens breed in kaart wil brengen. Voorafgaand aan grootschalige implementatie in de ketenzorg ligt er de uitdaging om de doelmatigheid ervan aannemelijk te maken.

Lidewij Broekhuizen

Literatuur

1. ↴ Broekhuizen L. COPD-zorg: wat zou u het liefst willen? Huisarts Wet 2016;59:253.
2. ↴ Bischoff EW, Vercoulen J, Elbers L, Behr RA, Schermer TR. De NCSI-methode: maatwerk voor COPD-zorg. Huisarts Wet 2016;59:242-7.
3. ↴ ↴ LAN. Zorgstandaard COPD (2013). Long Alliantie Nederland (LAN).
http://www.longalliantie.nl/files/5113/7994/2952/LAN_Zorgstandaard_COPD-2013-juni.pdf.