

Longziekten op het werk

Eveline Jansen, Everlution en Heleen den Besten, projectleider Arbeid en Zorg, LAN

Jaarlijks sterven 3.700 mensen aan beroepsziekten. Meer dan de helft daarvan overlijdt aan de gevolgen van beroeps-longziekten⁽¹⁾. Jaarlijks komen daar 13.000 nieuwe slachtoffers van beroepsziekten bij⁽²⁾. In veel gevallen wordt de link met het werk pas in een zeer laat stadium gelegd, waardoor de juiste diagnose en maatregelen tegen verergering van de klachten lang op zich laten wachten.



Blootstelling aan bepaalde stoffen tijdens het werk kunnen mensen ziek maken en klachten verergeren. Denk hierbij aan astma, COPD, long(vlies)kanker, silicose en andere interstitiële longaandoeningen. Bij risicovolle

stoffen denkt men vaak aan giftige dampen en stoffen, maar ook ogenschijnlijk onschuldige stoffen kunnen voor zeer ernstige klachten zorgen. Hierbij kan het gaan om allergenen, zoals pollen, schimmels, meelstof en enzymen, maar ook om sterk irriterende stoffen zoals endotoxinen en desinfectantia. Geschat wordt dat bij ongeveer 15% van de gevallen bij zowel COPD als astma arbeid gerelateerde factoren een rol spelen bij de klachten⁽³⁾. Tussen één en vijf miljoen werknemers in Nederland maakt kans op blootstelling aan gevaarlijke stoffen op de werkvloer en het onderkennen van gezondheidsschade⁽⁴⁾.

Snelle diagnose en het nemen van maatregelen op de werkplek kunnen het verschil maken tussen aan het werk kunnen blijven of thuis komen te zitten. Mensen met klachten realiseren zich niet altijd dat deze veroorzaakt worden door stoffen op het werk. Bovendien proberen mensen klachten soms te verhullen uit angst om hun baan te verliezen⁽⁵⁾. In veel gevallen gaan ze niet naar de bedrijfsarts, maar in eerste instantie naar de huisarts. Daarom vervult de huisarts een belangrijke rol door te vragen naar werkomstandigheden. Belangrijke vragen zijn:

- Wat voor werk doet u?
- Legt u een relatie tussen uw klachten en het werk?
- Treden klachten op kort nadat u met bepaalde werkzaamheden bent gestart of na meerdere uren?
- Nemen de klachten af als u langer thuis bent, tijdens weekenden of vakanties?
- Wordt u beroepsmatige blootgesteld aan stoffen, gassen of dampen⁽⁶⁾?

Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) heeft een overzicht over beroepsziekten in verschillende sectoren: www.beroepsziekten.nl/beropenindex. Als u vermoedt dat er werk gerelateerde oorzaken zijn dan kunt u de patiënt doorverwijzen naar de bedrijfsarts (indien beschikbaar) of de longarts. Voor vragen kunt u ook terecht bij de

helpdesk van het Nederlands Kenniscentrum voor Arbeid en Longaandoeningen (NKAL): www.nkal.nl.

Veel patiënten willen blijven werken. Een longaandoening hoeft daar veelal geen belemmering voor te zijn. Hoewel ze wettelijk gezien niet verplicht zijn hun werkgever te vertellen dat ze een aandoening hebben, blijkt dat enige openheid bijdraagt aan het kunnen blijven werken. Werkgevers hebben de plicht om maatregelen te nemen om blootstelling aan schadelijke stoffen te voorkomen. Als iemand klachten ervaart op het werk probeer de patiënt dan te stimuleren om hulp te zoeken om te kijken wat de oorzaak is en of ondersteuning of aanpassingen nodig zijn. De regie hierop ligt bij de werknemer. Hij of zij kan het bespreken met de leidinggevende. De hulp van de bedrijfsarts kan worden ingeschakeld bij het zoeken naar passende oplossingen.

Conclusies voor de praktijk

- Vraag bij alle volwassenen met nieuwe, opnieuw ontstane of toegenomen klachten van astma, COPD of rhinitis naar het beroep, de stoffen waarmee zij in contact komen en of de klachten buiten het werk verbeteren.
- Verwijs bij het vermoeden van een werk gerelateerd astma naar de bedrijfsarts of de longarts, omdat een kortere periode van klachten als gevolg van beroepsmatige blootstelling is geassocieerd met een gunstiger beloop en prognose.
- Beschouw medicamenteuze behandeling niet als een geschikt alternatief voor interventie op de werkplek. Verwijs hiervoor naar de bedrijfsarts.

Literatuurlijst en meer info: www.cahag.nl/bulletin

Individuele COPD-zorg door de praktijkverpleegkundige

Dr. Saskia Weldam, Divisie Hart & Longen. Advanced Nursing Universitair Medisch Centrum Utrecht



Huisartsen, praktijkverpleegkundigen en eerstelijns longverpleegkundigen leveren een cruciale bijdrage aan de geïntegreerde, patiëntgerichte zorg voor mensen met COPD. De rol van de verpleegkundige is hierin steeds belangrijker geworden. Verpleegkundigen begeleiden mensen met COPD met de gevolgen van de ziekte. Hierbij richten zij zich op het verminderen van de impact van symptomen en het verbeteren van kwaliteit van leven. Dit is echter niet eenvoudig. Er is geen handleiding voor verpleegkundigen of praktijkondersteuners beschikbaar waarin beschreven staat hoe verpleegkundigen mensen met COPD kunnen begeleiden met de psychosociale gevolgen van hun ziekte en de kwaliteit van leven kunnen proberen te verbeteren. Met deze achtergrond richt het proefschrift, waar Saskia Weldam eind 2016 op promoveerde, zich op de onder-

zoeksvraag: “Op welke wijze kan de effectiviteit van verpleegkundige zorg in de eerste lijn verbeterd worden, gericht op het verminderen van de impact van COPD op mensen met deze ziekte en het verbeteren van hun kwaliteit van leven en dagelijkse activiteiten”.

Het onderzoek laat zien dat ziektepercepties, depressieve symptomen en kortademigheid gerelateerd zijn aan kwaliteit van leven^(1,2). Tevens laat dit onderzoek zien dat meer objectieve maten, zoals de beperkingen in de luchtstroom, niet bijdragen aan de individuele verschillen van kwaliteit van leven. Met name de specifieke rol van ziektepercepties in relatie tot kwaliteit van leven is van belang. De studies laten zien dat COPD-patiënten een betere kwaliteit van leven ervaren wanneer zij minder last hebben van de symptomen, de ziekte COPD beter begrijpen, meer controle over de behandeling ervaren en minder last hebben van negatieve emoties.



Gebaseerd op deze bevindingen en de bestaande onderzoeksliteratuur is een verpleegkundige interventie ontwikkeld: de COPD-GRIP interventie (COPD-Guidance, Research on Illness Perception interventie). Deze interventie vertaalt de theorie en het bewijs met betrekking tot ziektepercepties en kwaliteit van leven in een praktische handleiding voor verpleegkundigen om individuele COPD-zorg te geven⁽³⁾. In de

interventie staan alle stappen gedetailleerd beschreven. Deze en een animatiefilmpje met uitleg zijn te vinden op de website: www.umcutrecht.nl/nl/Subsites/Grip-1/Interventiegroep-COPD-GRIP

De interventie bestaat uit 3 consulten. De consulten duren ongeveer een half uur en worden verdeeld over 6 weken. Allereerst worden ziektepercepties geïdentificeerd. Dit wordt gedaan door samen met de patiënt een gevalideerde ziekteperceptie vragenlijst (de Brief-Illness Perception Questionnaire, B-IPQ) in te vullen. Deze vragenlijst vraagt heel specifiek naar de gedachten van de patiënt over zijn/haar ziekte. Daarna legt de verpleegkundige uit, zie interventie, dat de gedachten van de patiënt over zijn ziekte, zijn gedrag kunnen beïnvloeden. Daarna wordt de patiënt gevraagd om samen met de verpleegkundige te kijken aan welke gedachten hij iets zou willen veranderen en hoe dit kan. Een actieplan wordt gemaakt met doelen op korte en lange termijn. In het laatste gesprek worden de acties geëvalueerd en wordt bekeken welke vervolgstappen nodig zijn.

In een cluster gerandomiseerd trial in 35 huisartsenpraktijken en 204 patiënten met een follow-up van 6 weken, 3 en 9 maanden, is het effect van de COPD-GRIP interventie bestudeerd⁽⁴⁾. De interventiegroep bestond uit 17 praktijken en 103 patiënten. Zij zijn begeleid met de interventie. De controlegroep bestond uit 18 praktijken en 101 patiënten. Zij kregen de zorg zoals gebruikelijk. De interventie kon de gezondheidssituatie (gemeten met de CCQ), en de kwaliteit van leven (gemeten met de CRQ) niet verbeteren. De COPD-GRIP interventie had echter wel als effect dat mensen op de

korte termijn meer gevoel van controle over de ziekte hadden. Tevens zagen we dat patiënten uit de interventiegroep op korte termijn meer activiteiten ondernamen die hun gezondheid ten goede kwamen.

Naast de effectevaluatie in de gerandomiseerde trial zijn twee aanvullende studies gedaan om de ervaringen van zowel de verpleegkundigen als de patiënten te evalueren. De ervaring van de 24 verpleegkundigen die met de interventie gewerkt hebben is in 2 studies onderzocht⁽⁴⁾. De verpleegkundigen hebben tweemaal een vragenlijst ingevuld; voordat zij met de interventie gingen werken en na het werken met de interventie. Tevens hebben zij deelgenomen aan een focusgroep waarin ervaringen gedeeld zijn. De data zijn systematische geëvalueerd. Deze twee onderzoeken laten zien dat de interventie haalbaar, bruikbaar en gestructureerd is om patiëntgerichte zorg te geven. De verpleegkundigen gaven aan dat het voor het eerst was dat zij iets in handen hadden waarmee ze aandacht konden geven aan individuele verschillen in ziektebeleving. Het gebruik van de interventie nam minder tijd in beslag dan vooraf verwacht. De verpleegkundigen vonden het wel moeilijk om de interventie te gebruiken bij patiënten uit een lagere sociaal-economische klasse, lagere gezondheidsvaardigheden en bij een andere culturele achtergrond.

Om de ervaringen met de patiënten in kaart te brengen zijn 16 patiënten individueel geïnterviewd. De data zijn systematisch geanalyseerd. Uit deze evaluatie blijkt dat patiënten de gesprekken van de COPD-GRIP interventie erg waardeerden. Zij voelden zich gehoord en erkend. De interventie vergrootte het bewustzijn van het hebben van COPD en het hielp hen leefstijlveranderingen in gang te zetten.

Conclusies voor de praktijk

- Het bespreken van ziektepercepties op een gestructureerde manier is van belang in de zorg voor mensen met COPD. Hoewel geen effect op kwaliteit van leven is gevonden, laat het aanvullende onderzoek positieve gevolgen zien voor zowel de patiënten als de verpleegkundigen. Het is belangrijk dat verpleegkundigen de individuele verschillen bij patiënten herkennen door te vragen naar ziektepercepties.
- Onderzoek in de toekomst moet zich richten op interventies die langer ondersteuning geven. Zowel interventies als uitkomstmaten zullen afgestemd moeten zijn op de individuele patiënt in zijn of haar specifieke context.

Literatuurlijst en meer info: www.cahag.nl/bulletin

Pilotonderzoek naar het aanbieden van persoonlijke medische uitslagen aan longpatiënten

Esther Metting, PhD candidate, Department of General Practice, University Medical Center Groningen

De afdeling huisartsgeneeskunde van het UMCG heeft het afgelopen jaar onderzoek gedaan naar de haalbaarheid van het aanbieden van labuitslagen aan patiënten. Doel van dit onderzoek is om de zorg te verbeteren door de patiënten meer inzage te geven in hun astma of COPD. Dit kan de communicatie tussen zorgverlener en patiënt ten goede

komen⁽¹⁾. Dit sluit aan bij de doelstelling van de overheid om in 2019 een groot deel van de patiënten digitaal inzage te geven in zijn of haar medisch dossier⁽²⁾.

De onderzoeksvragen zijn:

1. Is het mogelijk om geautomatiseerde uitslagenbrieven voor patiënten te ontwikkelen?
2. Wat is de mening van patiënten over deze uitslagenbrieven?

Voor dit onderzoek werd de Astma/COPD-dienst van huisartslaboratorium Certe gebruikt (Organisatie voor integrale medische diagnostiek en advies voor de eerste- en Tweedelijnsgezondheidszorg). Binnen de AC-dienst werken huisartsen en longartsen samen bij het diagnosticeren en het behandelen van patiënten met een mogelijke obstructieve longaandoening⁽³⁾. Alle patiënten zijn door hun huisarts verwezen naar de dienst voor onderzoek en advies. Voorafgaand aan dit onderzoek vult de patiënt thuis een anamnese vragenlijst, de Asthma Control Questionnaire (ACQ) en de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) in. Bij Certe wordt vervolgens een longfunctieonderzoek uitgevoerd. Alle gegevens van de vragenlijsten en het longfunctieonderzoek worden via internet door een longarts beoordeeld. De huisarts bespreekt de uitslagen vervolgens met de patiënt. In Excel werd een algoritme ontwikkeld waarmee de uitkomsten automatisch werden omgezet naar een uitslagenbrief in 3 verschillende formats (zie tabel 1). Voor elk mogelijk advies van de longarts werd automatisch een omschrijving in "patiëntentaal" ontwikkeld. We includeerden 46 patiënten (20% man, gemiddelde leeftijd 61 jaar [range 20-86], 41% astma, 30% COPD). Aan de huisarts werd gevraagd om het advies van de longarts binnen drie weken met de patiënt te bespreken. Na drie weken werd onze uitslagenbrief per post naar de patiënten gestuurd samen met een evaluatievragenlijst.

Het bleek haalbaar om geautomatiseerde uitslagenbrieven te ontwikkelen. 33 patiënten retourneerden de evaluatievragenlijst. De uitslagenbrieven waren voor de meeste patiënten begrijpelijk, 91% (n=30/33) gaf aan alle informatie begrepen te hebben al kunnen we niet uitsluiten dat men op deze vraag sociaal wenselijk heeft geantwoord. De uitslagen met de ruwe longfunctiewaarden en vragenlijstuitkomsten vond men het lastigste te begrijpen (76% begreep format 2, 94% begreep format 1 en 91% vond format 3 begrijpelijk).

Over het algemeen waren patiënten positief over de aangeboden informatie: 97% (n=32/33) en 82% (n=27/33) zou de uitslagen vaker willen inzien. Opmerkelijk was dat patiënten graag alle drie formats ontvangen. In de evaluatievragenlijst werd ook gevraagd hoe de patiënt zich voelde na het lezen van de uitslag. Zoals "Welk(e) woord(en) omschrijven hoe u zich voelt door de informatie?" Patiënten konden meerdere opties omcirkelen: ongerust-verdrietig-ontevreden-neutraal-tevreden-blij-gerustgesteld. Een deel van de patiënten voelde zich angstig, ongerust of verdrietig bij het zien van de diagnose (18%, n=6/33) of de ernst van de ziekte (15%, n=5/33). Het is goed voor te stellen dat het lezen van een diagnose of ernst negatieve gevoelens oproept. Een deel van de huisartsen heeft de uitslag niet vooraf met de patiënt besproken (55%, n=18/33). Mogelijk heeft dit bijgedragen tot de negatieve gevoelens.

Van het Longfonds hebben we suggesties gekregen voor

het verbeteren van de uitslagen met de ruwe longfunctiewaarden en vragenlijst uitkomsten.

Conclusie voor de klinische praktijk

- Het is mogelijk om op een gestandaardiseerde manier medische uitslagen in patiëntentaal te ontwikkelen. Een deel van de patiënten werd angstig, ongerust of verdrietig na het lezen van de uitslag. Daarom is het belangrijk om de uitslagen pas te verstrekken nadat de huisarts deze met de patiënt heeft besproken.

Tabel 1: overzicht van de 3 formats

Format 1	Format 2 = Format 1 +	Format 3 = Format 2 +
Diagnose en advies	Spirometrie	Longfunctie curve
Diagnose	FVC, FEV ₁ , FEV ₁ /FVC	Voorspelde longfunctie curve
Ernst	Reversibiliteit	Door patiënt geblazen longfunctie curve
Medicatie-advies	Vragenlijsten	
Inhalatietechniek	Clinical COPD Questionnaire (CCQ) Alleen in COPD en ACOS patiënten	
Leefstijladvies	Asthma Control Questionnaire (ACQ) Alleen in astma en ACOS patiënten	
Link naar websites met informatie		

Literatuurlijst en meer info: www.cahag.nl/bulletin

Ziektebelasting van patiënten met COPD in de diverse zorglijnen in Nederland

Frits M.E. Franssen, CIRO, Afdeling voor Ontwikkeling en Educatie, Horn en Maastricht Universitair Medisch Centrum, Afdeling Longziekten

Chronisch obstructief longlijden (COPD) wordt gedefinieerd door de aanwezigheid van persisterende respiratoire symptomen en chronische vernauwing van de luchtwegen. De mate van luchtwegvernauwing is slechts in beperkte mate voorspellend voor de ziektebelasting die patiënten ervaren. De internationale GOLD standaard voor diagnostiek en behandeling van COPD stelt daarom voor om naast de mate van luchtwegobstructie ook de ervaren symptomen en het risico op exacerbaties in kaart te brengen⁽¹⁾. Deze aanpak is gebaseerd op eenvoud en toepasbaarheid, maar brengt een deel van de impact van de ziekte niet in kaart⁽²⁾. In Nederland worden de meeste COPD-patiënten behandeld in de huisartsenpraktijk (eerste lijn). De meeste inzichten in de heterogeniteit van de ziekte, de systemische consequenties (zoals verlaagde spiermassa, psychologische symptomen en beperkte functionaliteit) en de (determinanten van) ziektebelasting van COPD-patiënten zijn echter afkomstig van patiëntenpopulaties in de tweede of derde lijn. De mate van overlap in ziektebelasting van patiënten en zorgconsumptie in de diverse zorglijnen is onbekend.

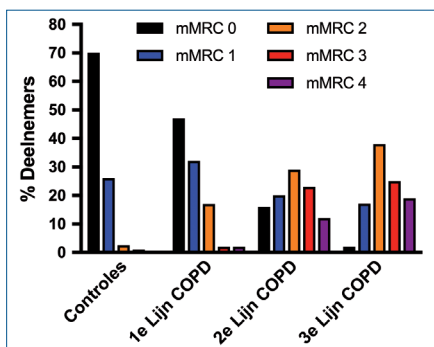
Om inzicht te krijgen in de mate van ziektebelasting van COPD-patiënten in de diverse zorglijnen in Nederland onderzochten Dionne Smid en collegae⁽³⁾ de klinische karakteristieken en zorgconsumptie van patiënten in de eerste, tweede en

derde lijn en van personen zonder COPD. Via het Registratie Net Huisartspraktijken (RNH) werden 100 patiënten en gezonde controles in Zuid-Limburg geworven. Eenzelfde aantal patiënten werd gerekruteerd op de polikliniek longziekten van het Maastricht UMC. Derdelijns COPD-patiënten werden geïncludeerd op moment van verwijzing van CIRO, een centrum voor gespecialiseerde longrevalidatie⁽⁴⁾.

Van de patiënten in de eerste lijn, had 68% een verlaagde kwaliteit van leven gemeten met de COPD Assessment Test (CAT) en dit percentage steeg tot >90% in 2^e en 3^e lijn⁽³⁾. Opvallend genoeg had bijna 1/3 van de personen zonder COPD een afwijkende CAT-score. Dit roept vraagtekens op over de validiteit van het door GOLD voorgestelde afkappunt van 10 punten⁽⁵⁾.

Meer dan 20% van de eerstelijns patiënten had een hoge mate van kortademigheid, gemeten als mMCR ≥ 2 , terwijl een vergelijkbaar percentage van patiënten in de 3^e lijn juist géén hoge mate van kortademigheid rapporteerde.

Figuur 1



Ondanks uitgebreide medicamenteuze behandeling in de tweede lijn had het merendeel van de COPD-patiënten daar een hoge mate van kortademigheid en had een derde frequente exacerbaties, hetgeen de beperkingen van de momenteel beschikbare middelen laat zien. Daarentegen was een aanzienlijk deel van de tweedelijns patiënten laag symptomatisch (Figuur 1) en had het merendeel geen frequente exacerbaties; de vraag rijst dus of deze groep specialistische zorg nodig had. Van de eerstelijns populatie daarentegen, had ongeveer 8% twee of meer exacerbaties in het afgelopen jaar gehad, hetgeen doet vermoeden dat ze baat zou kunnen hebben bij intensievere behandeling. Wel gebruikte 40% van de eerstelijns populatie inhalatiecorticosteroiden. Inzet van paramedische disciplines (fysiotherapie, diëtetiek, psychologie en ergotherapie), in de eerste en tweede lijn was gering, ondanks het frequent voorkomen van symptomen van angst, depressie en afwijkingen in lichaamssamenstelling, met name in de 2^e lijn.

Het huidige onderzoek bevestigt enerzijds de verwachte verschillen in ziektelast van patiënten tussen de diverse zorglijnen, maar toont ook mogelijkheden voor meer of juist minder intensieve zorg. De huidige NHG-Standaard benoemt een aantal criteria voor verwijzing naar de tweede lijn, waaronder een forced expiratory volume in the first second (FEV₁) < 50%, het optreden van 2 of meer exacerba-

ties per jaar, aanhoudende dyspnoe (mMRC ≥ 2), afwijkend gewicht of complicerende psychosociale factoren. In tabel 1 ziet u een overzicht van het percentage patiënten in de diverse zorglijnen dat aan deze criteria voldoet. Op grond hiervan mag geconcludeerd worden dat een aanzienlijk deel van de patiënten niet volgens deze criteria in eerste of tweede lijn gealloceerd is.

Een beter inzicht in de klinische karakteristieken en zorgconsumptie van COPD-patiënten in de diverse zorglijnen zal zorgverleners en beleidsmakers helpen met de ontwikkeling van instrumenten om de ziektelast op een geïntegreerde manier in kaart te brengen en keuzes te maken over de intensiteit van monitoring van COPD-patiënten en hun allocatie.

Tabel 1. Enkele karakteristieken van de onderzochte COPD-populaties in de verschillende zorglijnen.

Karakteristieken	Con-troles	1 ^e lijn COPD	2 ^e lijn COPD	3 ^e lijn COPD
Aantal	118	100	100	518
%Mannen	54	59	56	56
Leeftijd, jaren	63.1	64.2	69.7	64.1
FEV ₁ , %	111.5	81.5	61.0	46.0
<i>Verwijscriteria</i>				
FEV ₁ < 50%, %	0.0	11.0	37.0	76.8
≥ 2 exacerbaties per jaar, %	0.0	8.0	36.0	56.6
mMRC ≥ 2 , %	3.4	21.0	64.0	81.4
Abnormaal gewicht, %	22.9	14.0	22.0	29.9
Complicerende somberheid, %	1.7	7.0	17.0	33.4

Redactioneel commentaar: patiënten met een FEV₁ < 50% worden naar de tweede lijn verwezen, indien de interventie in de eerste lijn niet succesvol is. Indien een patiënt stabiel is geworden met een FEV₁ < 50%, dan kan die naar de eerste lijn worden terugverwezen, in overeenstemming met de lokale afspraken tussen huisartsen en longartsen.

Literatuurlijst en meer info: www.cahag.nl/bulletin

Colofon

De CAHAG (COPD & Astma Huisartsen Advies Groep) is een onafhankelijke stichting, gevormd door huisartsgeneeskundige experts op het gebied van COPD en astma, zie www.cahag.nl. Het CAHAG Bulletin verschijnt 3x per jaar met als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis in de huisartspraktijk. De beschreven standpunten zijn de verantwoordelijkheid van de auteur en (tenzij anders vermeld) en niet het officiële standpunt van de CAHAG.

Redactie: Dr. Jiska Snoeck-Stroband, Gerrit van Roekel, Frank Oldenhof, Roel Wennekes, allen (kader)huisarts, drs. Marjan Veltman, gezondheidswetenschapper.

Redactie-adres: Mirjam Sijp, p/a CAHAG secretariaat Domus Medica, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
E-mail: cahagsecretariaat@nhg.org

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door een unrestricted grant van de subspansoren Chiesi, Astra Zeneca, TEVA Nederland en de hoofdsponsors:

