

Bronchiale hyperreactiviteit en gewijzigde ICPC-codes

Maret Zonneveld, huisarts te Houten, kaderhuisarts astma/COPD

In maart is een nieuwe ICPC-codetabel gepubliceerd door het NHG. In overleg met de CAHAG is besloten ICPC-code R96.01 "bronchiale hyperreactiviteit" te laten vervallen en een nieuwe code R29.02 Prikkelbare luchtwegen te introduceren.

Wat was het probleem?

In eerdere versies van de ICPC-tabel werden allergisch en niet-allergisch astma onderscheiden. Voor de laatste groep was de subcode R96.01 "bronchiale hyperreactiviteit" gereserveerd. Een deel van de patiënten die inhalatiemedicatie gebruiken, voldoet echter niet aan de NHG-criteria voor de diagnose astma (of COPD).

Onze NHG-Standaard beschrijft het ideale beleid bij patiënten met bewezen astma. De praktijk is echter vaak weerbarstig: er zijn patiënten met klachten, bij wie niet altijd een keiharde diagnose gesteld kan worden. Niet altijd zijn de klachten zo ernstig dat uitgebreide diagnostiek nodig is. Soms is er comorbiditeit waardoor verdere diagnostiek niet wenselijk is. De CAHAG is van mening dat het nuttig is om een ICPC-code te hebben waarmee je deze patiënten met een diagnose "in progress" kunt classificeren.

Een belangrijke regel bij ICPC-codering is: maak diagnoses niet specifiekere dan gerechtvaardigd is (true level of understanding). Helaas heeft de groep patiënten met klachten, maar zonder aangetoond astma, vaak ten onrechte de diagnosecode R96.01 gekregen. Dit werd nog in de hand gewerkt doordat de zoekterm "hyperreactiviteit" in de meeste HIS-en automatisch naar deze subcode toe leidde. Onder de subcode R96.01 vinden we daarom op dit moment in onze HIS-en patiënten met echt niet-allergisch astma, maar ook patiënten die helemaal geen astma hebben (zoals kinderen die ooit piepten tijdens een luchtweginfectie) of bij wie nooit een officiële diagnose is gesteld.

Waarom was dit een probleem?

Het toekennen van een diagnosecode R96.01 aan een patiënt, had verschillende gevolgen. Het leidde bijvoorbeeld tot het activeren van medicatiebewaking en het in gang zetten van de griepselectie. Verder werd bij extracties voor ketenzorg astmaspiegelinformatie aangeleverd over patiënten die helemaal geen astma hebben.

Voor welke oplossing is gekozen?

De diagnose-code R96.01, die aanleiding gaf tot vervuiling van de astma-populatie, is vervallen. De subcode R96.02 Allergisch astma is gehandhaafd voor patiënten met daadwerkelijk allergisch astma. Patiënten met niet-allergisch astma krijgen voortaan de code R96.

Voor mensen, die aan sommige criteria van astma voldoen maar (nog) niet aan alle criteria, is een nieuwe klachtencode geïntroduceerd: R29.02 "prikkelbare luchtwegen". Deze kan indien gewenst attentiewaarde/probleemstatus krijgen. Hierdoor is bij het openen van het dossier duidelijk dat de patiënt in kwestie gevoelige luchtwegen heeft, en is het ook mogelijk om deze patiënten als groep in beeld te houden. De nieuwe klachtencode leidt niet tot het activeren van medicatiebewaking of tot inclusie voor de griepselectie.

Wanneer zijn de ICPC-wijzigingen terug te vinden in mijn HIS?

De actualisatie van de ICPC-tabel is op 12 maart 2018 online gepubliceerd en onder de aandacht gebracht van de systeemleveranciers. De leveranciers bepalen in samenspraak met de gebruikers het moment van implementatie. Dit verschilt dus per HIS.

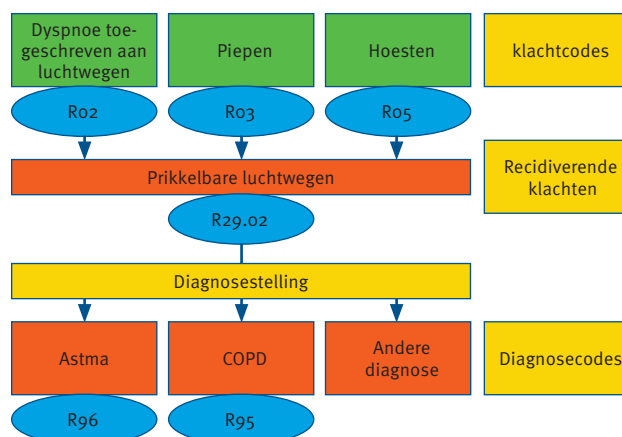
Wat moeten we doen met oude R96.01-codes in ons HIS?

De oude codes worden "bevroren". Dit betekent dat de patiënten met deze code nog wel terug te vinden zijn, maar dat we deze code niet meer aan patiënten kunnen toekennen. Het is nog wel van belang om de patiënten met R96.01 na te lopen en te beoordelen of zij inderdaad astma hebben. Zo niet, dan moeten zij anders geïnclassificeerd moeten worden. Het is helaas niet mogelijk om dit te automatiseren.

Kan ik patiënten met de code R29.02 onder astma DBC declareren?

Patiënten met Prikkelbare luchtwegen [R29.02] vallen buiten het bestek van ketenzorg en kwaliteitsindicatoren voor astma. Je mag hen ook niet onder een astma-DBC declareren, maar dat mocht bij R96.01 eigenlijk ook niet tenzij het niet allergisch astma betrof. De codewijziging helpt om scherper te definiëren wie nu astma heeft.

Stroomdiagram gebruik ICPC-codes luchtwegklachten



Effecten van de “Goed leven met COPD” interventie: een vergelijkend onderzoek in de eerste lijn

Gerben ter Riet, MD PhD Associate Professor Hon. Senior Lecturer, Queen Mary Univ London Dept. General Practice - Academic Medical Center Amsterdam

Het Canadese ziektemanagementprogramma, “Living well with COPD (LWWCOPD)” hier vertaald als “Goed leven met COPD” (www.livingwellwithcopd.com), is wellicht het meest vooraanstaande COPD zelfmanagementprogramma en gebaseerd op het Chronisch zorgmodel. LWWCOPD en andere zelfmanagementprogramma's zijn vaak getest in gerandomiseerde studies in voornamelijk ziekenhuizen of gespecialiseerde settings, maar zelden in de eerste lijn. Daarom hebben we het effect onderzocht van de LWWCOPD-interventie op gezondheids-gerelateerde kwaliteit van leven, op matige tot ernstige toename van symptomen en op andere uitkomsten. In een prospectieve gecontroleerde implementatiestudie zijn COPD patiënten, die aan de LWWCOPD zelfmanagementinterventie deelnamen, vergeleken met patiënten uit het ICE COLD ERIC cohort, dat startte met 258 Nederlandse en 151 Zwitserse patiënten, die geen zelfmanagementinterventie ontvingen. De Canadese LWWCOPD zelfmanagementinterventie is aangepast aan de Zwitserse eerstelijnszorg en bevat drie hoofddimensionen: kennis, vaardigheden en het vertrouwen en de motivatie om deze vaardigheden te gebruiken.

Het programma bevatte groeps- en individuele sessies en telefonische follow-ups door het zorgteam. De overtuigingen, verwachtingen en ervaringen van patiënten werden besproken in groepsverband, in een setting waar een luisterend oor en belangstelling nadrukkelijk aanwezig waren. Het doel was om vertrouwen te wekken, innerlijke motivatie voor een gezonde leefstijl te verhogen en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënten te stimuleren om het dagelijkse COPD zelfmanagement te verbeteren.

Naast groepssessies ontving elke patiënt twee tot drie individuele een-op-een coaching sessies om behoeften, doelen, belemmeringen en persoonlijke opvattingen en emoties te bepalen die van invloed kunnen zijn op het vermogen van de patiënt om te gaan met COPD in het dagelijkse leven. Extra nadruk werd gelegd op de vaardigheid om het persoonlijke en geschreven actieplan correct en veilig toe te passen. Vertrouwen werd ondersteund door rollenspellen in verschillende situaties.

Twee gezondheidsprofessionals in de groepspraktijk, een longarts en een ademhalingsfysiotherapeut, voerden het programma uit. Beiden waren getraind en ervaren in effectieve zelfmanagementondersteuning, motiverende gespreksvoering en het houden van interviews. Het primaire eindpunt was COPD-specifieke gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven na één jaar. Secundaire eindpunten waren exacerbaties, zelfdoeltreffendheid (“efficacy”) en het stoppen met roken. Voor de analyse gebruikten we verschillende gemengde regressiemodellen en propensity-scores om confounding tegen te gaan.

467 patiënten, 71 die de LWWCOPD-interventie ondergingen en 396 uit het gebruikelijke zorg cohort werden in de analyses opgenomen. Alle, behalve (zes), patiënten (92%) kregen alle zes modules aangeboden en 59 namen deel aan alle toegewezen modules, duidend op een hoge therapietrouw (90%). De gemiddelde, op de Chronic Respiratory Questionnaire gemeten, verschillen tussen de interventie- en de controlegroep na één jaar waren 0,54 (95%CI 0,13-0,94) op het domein “mastery”, 0,55 (95%CI 0,11-0,99) op “vermoeidheid”, 0,54 (95%CI 0,14-0,93) op “emotionele functie” en 0,64 (95%CI 0,14-1,14) op kortademigheid (CRQ's minimaal belangrijke verschil (MID): 0,5 punten). De interventie verminderde het risico op matige en ernstige exacerbaties aanzienlijk (relatief risico 0,36, 95%CI 0,25-0,52). Statistisch significante toenames, van de start van het onderzoek tot 2 jaar, werden waargenomen in het vertrouwen van de patiënt in het vroegtijdig herkennen van verslechtering ($p < 0,001$), het uitvoeren van de juiste inhalatietechniek ($p < 0,001$) en vertrouwen in het tijdig en juiste gebruik van het actieplan. Deze studie toonde aan dat de LWWCOPD-interventie in een eerstelijns zorgsetting de COPD-specifieke kwaliteit van leven verbeterde in klinisch relevante mate en het optreden van COPD-exacerbaties verminderde.

Conclusie voor de praktijk:

- Het LWWCOPD programma voor eerstelijns COPD patiënten verbetert hun competentie om met COPD om te gaan door verbeterde kennis, betere vaardigheden en toegenomen zelfvertrouwen om deze vaardigheden toe te passen.
- Implementatie in de eerste lijn vergt een toegewijd team dat eerst de interventie verzorgt maar vervolgens de patiënten op langere termijn verder begeleidt.
- De Canadese website www.livingwellwithcopd.com bevat informatie en materiaal dat continu verder wordt ontwikkeld, in het bijzonder voor de eerste lijn.



Living Well with COPD™
Chronic Obstructive Pulmonary Disease
A plan of action for life

Sign in

Literatuur: Steurer-Stey C, Dalla Lana K, Braun J, Ter Riet G, Puhan MA. Effects of the “Living well with COPD” intervention in primary care: a comparative study. *Eur Respir J*. 2018;51(1). pii: 1701375. doi: 10.1183/13993003.01375-2017.

Rol van de huisartsenpraktijk bij zuurstoftherapie in de thuissituatie.

Toy Broen, huisarts te Melick, kaderarts astma/COPD

Elke huisarts heeft (of had) wel een COPD'er in de praktijk met een onderhoudsbehandeling met zuurstof thuis (OZT). Deze therapie is vrijwel altijd geïnitieerd door de behandelend longarts. In dit artikel wordt ingegaan op de theorie achter de OZT en de rol die de huisarts hierbij heeft.

De bewijsvoering voor de OZT komt uit een tweetal vrijwel gelijktijdig uitgevoerde RCT's rond 1980.

De Medical Research Council uit Groot-Brittannië toonde aan dat onderhoudsbehandeling met zuurstof leidde tot significant gedaalde mortaliteit in een populatie COPD'ers met een zeer lage arteriële zuurstofspanning.¹

De Nocturnal Oxygen Therapy Trial uit de Verenigde Staten toonde aan dat bij ernstige COPD'ers de mortaliteit in een groep die continu zuurstof kreeg significant lager was dan in de groep met alleen nachtelijke zuurstof.²

Uit deze twee studies werd geconcludeerd dat de levensverwachting toeneemt bij OZT bij een COPD'er met ernstige hypoxemie. Tevens werd geconcludeerd dat zuurstof minimaal 15 uur/dag en in ieder geval nachtelijk gegeven dient te worden.

De Nederlandse richtlijn komt van de NVALT.³

Hierin wordt verwezen naar bovenstaande twee studies. De richtlijn luidt: OZT is geïndiceerd voor patiënten met een $\text{PaO}_2 < 8,0$ kPa overdag en in rust terwijl kamerlucht wordt ingeademd, tijdens een klinisch stabiele fase en bij herhaling gemeten.

Een $\text{PaO}_2 < 8,0$ kPa lijkt overeen te komen met een saturatie op onze saturatiemeter van 89%.

Er wordt gesproken van een toename van de levensverwachting met 5 jaar. Door pulmonale druckerlagening is er een afname van de rechtsbelasting en zal een cor pulmonale ontwikkeling uitblijven of vertraagd worden.

Omdat de indicatie voor OZT berust op bij herhaling gemeten arteriële zuurstofspanningen is dit in ieder geval voorlopig het gebied van de longarts. De huisarts kan deze diagnostiek niet uitvoeren. Wel kan de huisarts of POH tijdens controles bij een patiënt de saturatie meten en bij een herhaalde $\text{SO}_2 < 89\%$ buiten een exacerbatie periode om verwijzen naar de longarts met vraagstelling of er een indicatie voor OZT is.

Onderzoek van Gorencka (1997) en recent de LOTT studie (2016) bekeken of er ook een indicatie voor OZT bestaat bij milde hypoxemie. Beide studies toonden geen daling van de mortaliteit in deze indicatiegroep. De recente LOTT studie liet ook geen toegevoegde waarde op kwaliteit van leven, ZH-opnames en exacerbatie frequentie zien.⁴

Hiermee blijft de indicatie voor OZT voorbehouden aan patiënten met ernstige hypoxemie.

Andere indicaties voor zuurstof bij COPD'ers zijn er wel:

- Gebruik van zuurstof tijdens een exacerbatie zoals beschreven in de NHG-Standaard kan zeer zinvol zijn maar is feitelijk geen OZT.
- Gebruik bij nachtelijke hypoxemie en dan vooral in combinatie met OSAS kan zinvol zijn.
- Gebruik bij inspanning desaturatie kan in individuele gevallen zeker meerwaarde hebben. Dit is helaas vooraf niet goed in te schatten. Prescriptie van zuurstof in deze groep dient dan ook via longarts te gebeuren bij geselecteerde patiënt.

Conclusie voor de praktijk:

- OZT is alleen zinvol bij een kleine groep COPD'ers met ernstige hypoxemie.
- De huisarts/POH kan een belangrijke signalerende rol hebben door bij controles saturatiemetingen te verrichten.
- Bij verdenking desaturatie bij inspanning (bijv. tijdens fysiotherapie) is overleg met longarts over al dan niet gebruik zuurstof zinvol.
- Voor de zuurstof gebruiker is het belangrijk dat de huisarts/POH op hoogte is van praktische zaken rondom OZT.



Literatuur:

- 1 Long-term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. Report of the medical research council working party. *Lancet* 1981; 1: 681-6
- 2 Nocturnal oxygen therapy trial group. Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxaemic chronic obstructive lung disease. A clinical trial. *Ann Int Med* 1980; 93: 391-8
- 3 NVALT en kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Richtlijn zuurstofbehandeling thuis. Utrecht, 2000: 1-45
- 4 A randomized trial of long-term oxygen for COPD with moderate desaturation. The long-term oxygen treatment trial research group. *N Engl J Med* 2016; 17: 1617-27

CAHAG-zaken

CAHAG Conferentie 17 januari 2019

Shared Decision Making: van theorie naar praktijk

Op 17 januari 2019 wordt de 10^e nationale CAHAG conferentie gehouden. Ook nu weer een inspirerend en gevarieerd programma gericht op Eerstelijnszorg waar verschillende disciplines aanwezig zullen zijn. Shared Decision Making gaat over gezamenlijke besluitvorming. Patiënten en zorgverlener komen tot een beleid dat het beste bij de patiënt past.

Key-note sprekers zijn:

- Rob Horne, Professor of Behavioural Medicine at the University College London (UCL) School of Pharmacy.
- Sander de Hosson, Longarts in het Wilhelmina ziekenhuis Assen

De 10^e CAHAG conferentie vindt dit jaar plaats in het Hotel Theater FIGI in Zeist, <http://figi.nl>



Voor meer informatie en opgave: www.cahagconferentie.nl

Tweedaagse nascholing Adembenemend 31 januari en 1 februari 2019 bij Papendal te Arnhem

De afgelopen jaren zijn veel praktijken begonnen met de implementatie van gestructureerde COPD en/of astmazorg in de huisartsenpraktijk. Belangrijk hierbij is het maken van goede werkafspraken met de medewerkers binnen de praktijk en tevens met samenwerkingspartners buiten de praktijk. Afspraken waarbij de patiënt centraal staat. Tijdens de nascholing 'Adembenemend' kan de huisarts met zijn/haar POH/PVK verschillende workshops volgen waar direct concrete afspraken met elkaar gemaakt worden, of bestaande afspraken herzien. Wat zijn de laatste ontwikkelingen en hoe gaat u hiermee om in uw praktijk? Deze tweedaagse cursus biedt u adembenemend veel praktische en verdiepende informatie en vaardigheden, gericht op implementatie van uw COPD en/of astmazorg.

U kunt kiezen uit 20 workshops, enkele voorbeelden:

1. **Zuurstof in de huisartsenpraktijk** - Een theoretische onderbouwing voor de zuurstoftherapie bij de COPD-patiënt. Daarnaast wordt geoefend met de aansluiting, tussenstukken, mondkappen, slangen en vernevelen van medicatie met behulp van zuurstof.
2. **Het atopische kind** - De interactie tussen eczeem, voedselallergie, hooikoorts, astma en urticaria.
3. **Spirometrie voor experts** - Voor alle vervolgvragen na de CASPIR-cursus.
4. **Exacerbaties in verschillende kleuren** - Wanneer spreekt u van een exacerbatie? Hoe herkent u eerder symptomen bij patiënten? Behandelt u alleen medicamenteus of zijn er meer mogelijkheden?
5. **COPD & hartfalen** - Bij een benauwde patiënt denk je vaak: "Zijn het de longen, of is het toch het hart?" Welke diagnostiek is nodig? Wat is je rol als POH en huisarts?
6. **Arbeidsgerelateerde longziekten** - Het werk speelt een belangrijkere rol bij longziekten dan u vermoedelijk denkt. Weet u dat het arbeidsgebonden aandeel van de COPD prevalentie (populatie attributief risico) 15% bedraagt? Wanneer spreken we van werkgerelateerd astma en wat is immunologisch beroepsastma?

De nascholing start op 31 januari 2019 om 09.30 uur (ontvangst en inschrijving vanaf 09.00 uur) en eindigt op 1 februari 2019 om 15.30 uur. U kunt zich alleen als koppel huisarts – POH/PVK inschrijven.

Voor meer informatie en opgave: www.cahag.nl

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 (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, Cynthia Hallensleben, praktijkverpleegkundige/researcher en drs. Marjan Veltman, gezondheidswetenschapper.

Redactie-adres: 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 subsponsors Chiesi, Astra Zeneca, TEVA Nederland en de hoofdsponsors:

