

Nieuwe CAHAG-voorzitter

*Tijdens de Week van de Longen in Ermelo heeft Regien Kievits het voorzitterschap van de CAHAG overgedragen aan **Jiska Snoeck-Stroband**. Jiska is huisarts in Den Haag, zit vanaf 2013 in het CAHAG-bestuur en stelt zich hier voor.*

De zorg voor patiënten met astma en COPD ligt steeds sterker verankerd in de eerste lijn; de samenwerking tussen verschillende disciplines en zorgverleners groeit. Regien Kievits heeft de afgelopen jaren een zeer verbindende en actieve rol binnen de CAHAG vervuld. Ivo Smeele stelde in H&W van maart 2019 dat de visie op de positie van de kaderhuisarts meer duidelijkheid mag krijgen. Met veel plezier heb ik de laatste jaren het voorzitterschap van de wetenschapscommissie en het CAHAGbulletin mogen vervullen. Ik kijk ernaar uit om mij als voorzitter van de CAHAG de komende jaren samen met de leden sterk te maken voor verdere verbetering van de kwaliteit van zorg van onze astma- en COPD-patiënten en heldere positionering van de kaderhuisarts. Graag maak ik van deze gelegenheid gebruik Regien te danken voor haar grote inzet de afgelopen jaren.

De Ziektelastmeter wordt uitgebreid!

Esther Boudewijns, Promovendus; Danny Claessens, Promovendus; Annerika Slok, postdoc; Universiteit Maastricht, CAPHRI, Afdeling Huisartsgeneeskunde

De Ziektelastmeter is misschien al een bekend begrip voor u geworden. De Ziektelastmeter COPD meet, kwantificeert en visualiseert de ziektelast voor mensen met COPD. De tool faciliteert het gesprek tussen u en uw patiënten en helpt met het maken van persoonlijke behandeldoelen. Er wordt hard gewerkt om de Ziektelastmeter zo breed mogelijk te implementeren, zodat u als zorgverlener de Ziektelastmeter kunt gebruiken in het consult.

Uitbreiding Ziektelastmeter

Omdat we ervan overtuigd zijn dat ziektelast bij meerdere chronische aandoeningen een grote rol speelt, wordt de Ziektelastmeter uitgebreid. Daarom is een generieke module ontwikkeld, met vragen die relevant zijn voor elke chronische aandoening, zoals vermoeidheid, beperkingen bij activiteiten en seksualiteit. Daarnaast zijn ziekte-specifieke modules ontwikkeld voor COPD, astma en diabetes mellitus type 2. Momenteel wordt ook gewerkt aan een module voor hartfalen. Deze ziekte-specifieke modules worden automatisch samengevoegd met de generieke module. Op deze manier zien u en uw patiënt één vragenlijst en één plaatje, en staat de patiënt en hoe deze zich voelt centraal. De

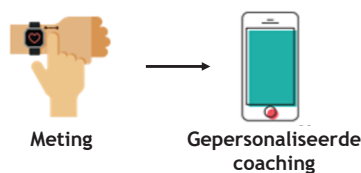
nieuwe Ziektelastmeter, ook wel de Assessment of Burden of Chronic Conditions (ABCC)-tool genoemd, is ontwikkeld aan de hand van interviews met zorgverleners en patiënten, een uitgebreid literatuuronderzoek en expertmeetings. De vragenlijst wordt momenteel gevalideerd.

De eSupporter

Maar er is meer! Het grootste deel van de tijd wordt niet in de spreekkamer besteed, maar thuis. Het gepersonaliseerde plan van de Ziektelastmeter geeft richting in het werken aan de gezondheid in de thuissituatie. Om de patiënt thuis zo optimaal mogelijk te ondersteunen bij gezond gedrag, wordt momenteel de zogenoemde eSupporter ontwikkeld.

De eSupporter, die idealiter gekoppeld is aan de Ziektelastmeter, wordt ontwikkeld als een platform waaraan (bestaande) apps (stappentellers, voedingsapps etc.) gekoppeld kunnen worden. Op basis van de metingen door de apps worden gepersonaliseerde en wetenschappelijk getoetste coachingsberichten naar de patiënt verstuurd. Afhankelijk van de patiënt kunnen dat bijvoorbeeld extra informatie, bemoediging of tips zijn. Op deze manier beogen we een continue ondersteuning te bieden aan de patiënt, waarvan de basis ligt in de spreekkamer. U kunt de informatie die is verzameld inzien, en dit ook weer benoemen in het volgend consult.

In september gaan we starten met een grote gerandomiseerde trial om het effect van de uitgebreide Ziektelastmeter in combinatie met de eSupporter op kwaliteit van leven en zorg te evalueren.

Doelen bepalen tijdens het consult**Aan de slag met de doelen in de thuissituatie**

Figuur 1: De interactie tussen de Ziektelastmeter en de eSupporter

Conclusies voor de praktijk

- De Ziektelastmeter voor COPD wordt uitgebreid naar een Ziektelastmeter voor COPD, astma, diabetes mellitus type 2 en hartfalen.
- Patiënten worden ook thuis ondersteund, middels apps en coaching, de zogenoemde eSupporter.
- In september start een grote studie naar de effectiviteit van de Ziektelastmeter en de eSupporter, misschien wel bij u in de praktijk!

Literatuur: Effectiveness of the Assessment of Burden of COPD (ABC) tool on health-related quality of life in patients with COPD: a cluster randomised controlled trial in primary and hospital care. Slok et al. BMJ Open. 2016;6(7):e011519

E-learning 'Signaleren beroepslongziekten'

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

Luchtweg- en longproblemen kunnen worden veroorzaakt of verergerd door blootstelling aan stoffen op het werk. Via de nieuwe e-learning 'Signaleren beroepslongziekten' worden artsen en zorgverleners bewust gemaakt van de rol die werken met stoffen speelt bij longziekten en het belang van vroegtijdige signalering.

Bij ongeveer 15% van de patiënten met astma en COPD en 25% van de patiënten met longkanker spelen werkgerelateerde factoren een rol. Een aantal interstitiële longaandoeningen (ILD) wordt vrijwel uitsluitend veroorzaakt door beroepsmatige blootstelling (pneumoconiose). Patiënten hebben zelf niet altijd door dat hun klachten veroorzaakt worden of verergeren door stoffen op het werk, en geven dit daarom ook niet aan. 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. Vroege signalering kan klachten of verergering van klachten voorkomen. Als zorgverlener speelt u hierin een belangrijk rol, door naar het werk van de patiënt te vragen.

In de e-learning 'Signaleren beroepslongziekten' wordt dieper ingegaan op vragen die kunnen worden gesteld om werkgerelateerde problematiek vast te stellen. Er wordt uitgelegd wat nodig is om patiënten hierbij op een goede manier te begeleiden en welke verwijsmogelijkheden er zijn. Verwezen wordt naar diverse richtlijnen, protocollen en bronnen waar informatie is te vinden over (werkgerelateerd) astma, COPD en beroepslongziekten. Daarnaast is bij de ontwikkeling gebruik gemaakt van ervaringen van artsen, zorgverleners en andere deskundigen. De e-learning is bedoeld voor huisartsen, longartsen, bedrijfsartsen, verpleegkundigen, longfunctieanalisten, praktijkverpleegkundigen en -ondersteuners, Arbo- verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Het maken van de e-learning duurt ca. 1 ½ uur en is geaccrediteerd voor twee punten. De e-learning is gratis te verkrijgen via de webshop van Bohn

Stafleu van Loghum (BSL): www.bsl.nl/beroepslongziekten

Bij risicovolle stoffen gaat het niet alleen om giftige dampen en stoffen; ook ogenschijnlijk onschuldige stoffen kunnen voor zeer ernstige klachten zorgen. Hierbij kan het gaan om allergenen, zoals pollen, schimmels en meelstof. Maar ook om enzymen en sterk irriterende stoffen zoals endotoxinen en desinfectantia. Tussen de één en vijf miljoen werknemers in Nederland maken kans op blootstelling aan gevaarlijke stoffen op de werkvloer en het ondervinden van gezondheidsschade. Met de 'Werk en longen check' (www.werklongencheck.nl) kunnen werknemers zelf aan de hand van zes vragen nagaan of ze op het werk worden blootgesteld aan (gevaarlijke) stoffen en of dit mogelijk effect heeft op de longen. De check geeft een eerste indicatie van risico's en het geeft handvatten voor maatregelen die helpen om blootstelling te voorkomen. De tool bevat factsheets met branche-specifieke informatie.



Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) heeft een overzicht over beroepsziekten in verschillende sectoren: www.beroepsziekten.nl/beroepenindex. Als u vermoedt dat er werk gerelateerde oorzaken zijn voor de klachten dan kunt u de patiënt doorverwijzen naar de bedrijfsarts (indien beschikbaar). Tegenwoordig is via de Arboret geregeld dat werknemers preventief, ook voordat sprake is van verzuim, de bedrijfsarts mogen consulteren. De longarts kan verder onderzoek doen, ook naar de relatie met werk. Voor vragen kunt u ook terecht bij de helpdesk van het Nederlands Kenniscentrum voor Arbeid en Longaandoeningen (NKAL): www.nkal.nl.

Conclusies voor de praktijk

- Vraag bij alle volwassenen met nieuwe, terugkerende 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.

Praktijkverpleegkundige over landsgrenzen heen

Cynthia Hallensleben, praktijkverpleegkundige/ researcher LUMC

Soms is het goed om even stil te staan bij het feit dat de zorg in Nederland, waar we met zijn allen zo hard aan werken, toch wel bijzonder rijk en goed georganiseerd is. Natuurlijk zijn er minpunten, we mopperen over zaken als het preferentiebeleid, het jaarlijkse eigen risico, het personeelstekort en alle registratieverplichtingen die de ketenzorg met zich mee brengt. En in de dagelijkse praktijk doe ik daar best af en toe aan mee, maar ik leer steeds meer hoe anders het kan zijn.

Sinds twee jaar ben ik verbonden aan de International Primary Care Respiratory Group (IPCRG). Dit is de internationale, overkoepelende, organisatie van huisartsen gespecialiseerd in longaandoeningen waar ook de COPD Astma Huisartsen Adviesgroep (CAHAG) partner van is. Een van de grote internationale projecten van de IPCRG waar ik bij betrokken ben geraakt is het FRESH AIR project. FRESH AIR is een drie jaar durend implementatie-onderzoeksproject ter verbetering van de preventie, diagnose en behandeling van niet-overdraagbare longziekten in landen met een laag en middeninkomen (LMICs). Uit onderzoek blijkt dat wereldwijd ongeveer 80 miljoen mensen COPD hebben en het is nu wereldwijd de derde doodsoorzaak¹. Astma treft naar schatting 300 miljoen mensen wereldwijd² en uit gegevens blijkt dat de grootste belasting van longaandoeningen optreedt in landen met lage inkomens en middelen. Volgens de WHO is meer dan 90% van de COPD-sterfgevallen en meer dan 80% van de astma-sterfgevallen in laag en middeninkomen landen³.

Het verband tussen longziekten en de blootstelling aan (tabaks-) rook en luchtverontreiniging (zowel binnens- als buitenshuis) is reeds vastgesteld door bestaand onderzoek. En juist in landen met een laag en middelinkomen zijn op dit gebied verschillende risicofactoren aanwezig. Denk daarbij, naast het roken, ook aan luchtvervuiling binnenshuis door het verbranden van brandstof voor koken en verwarmen met onvoldoende ventilatie.

Helaas zijn de klinisch- en kosteneffectieve preventie- en behandelingsmaatregelen op dit gebied, zoals de behandeling van tabaksafhankelijkheid, vooral verkrijgbaar in landen met een hoog inkomen. Maar daarnaast spelen in deze landen nog andere factoren zoals het gebrek aan publieke bewustwording van longziekten en de daarbij behorende risicofactoren. Vaak is sprake van gebrek aan kennis en betrokkenheid van beleidsmakers, maar ook van beperkte toegang tot gezondheidszorg en geneesmiddelen. In verschillende landen wordt het FRESH AIR onderzoek nu uitgevoerd en naast Griekenland, Vietnam, Uganda en Sri Lanka is ook de republiek van Kirgizië een van de deelnemende landen.

De Kirgizische Republiek heeft de hoogste respiratoire sterfte van alle landen van de European Respiratory Society. Het land kan grofweg in twee delen worden gescheiden. De laaglandbevolking van de Chui-regio die woont op 730 m boven de zeespiegel. Het gebied heeft een landklimaat met warme zomers en gematigd koude winters. Hier wonen en werken de meeste mensen op het platteland. Daarnaast is het hoogland van de regio Naryn. De bevolking van de Naryn-regio woont op 2.200-3.200 meter boven de zeespiegel en wordt voortdurend getroffen door negatieve extreme omstandigheden zoals exogene hypoxie, koude, sterke winden en lage luchtvochtigheid. De luchtverontreinigende stoffen binnenshuis worden veroorzaakt door het gebruik van biomassa-brandstoffen (zoals gedroogde mest) voor het verwarmen van huizen en koken, maar ook in hoge mate door het roken van tabak (47,4% van de mannen rookt). In de hooglanden leven de mensen gemiddeld 8 maanden per jaar binnenshuis in een yurt waarbij het ventilatie gat in de yurts gesloten wordt om de warmte binnen te houden.



Yurts in de zomer



In de afgelopen 3 jaar zijn veel studies in Kirgizië uitgevoerd en het land wil en is aan het veranderen. En deze wil om te veranderen speelt niet alleen bij de dokters. Kirgizië is een van de eerste landen in Azië waarbij de overheid de kennis en verantwoordelijkheden van de verpleegkundigen in de eerstelijnszorg verder wil verbeteren!

Van 18 tot en met 20 oktober 2018 heeft het eerste internationale Euro-Aziatische IPCRG congres in Kirgizië plaatsgevonden. Ik mocht daar als praktijkverpleegkundige verschillende presentaties geven aan artsen, maar in het bijzonder ook specifiek aan een groep van 100 verpleegkundigen. Dit eerste, deels verpleegkundige, congres was het formele startpunt voor de veranderende zorg in Kirgizië. Momenteel is de rol van de verpleegkundigen in Kirgizië nog vooral administratief ondersteunend aan de arts, maar sinds twee jaar zijn er verpleegkundige leiders aangesteld die stap voor stap, met steun van het ministerie van gezondheid, die rol moeten gaan veranderen. De nieuwe generatie verpleegkundigen en feldshers (een functie tussen arts en verpleegkundige in) moeten op termijn dezelfde zelfstandige professionals worden zoals we die in Nederland kennen. Dat is nog een lange weg, maar aan gedrevenheid en leergierigheid zal het zeker niet liggen. Dit was het eerste congres in de geschiedenis van het land dat ook een programma had specifiek voor de verpleegkundigen en feldshers. Dat heeft mij tegelijk weer met de voetjes op de grond gezet; hoezo protocollen, discussie over hoe vaak we een spirometrie zullen doen, keuze uit bijna ontelbaar veel verschillende inhalatie devices en medicatiecombinaties. Men beschikt daar over salbutamol, ipratropium, één soort combi en zeldzaam ook over ICS. En dan is de medicatie ook niet altijd beschikbaar of überhaupt betaalbaar voor de patiënten. Lang niet alle veldposten of klinieken hebben een spirometer en de voor ons standaard aanwezige saturatiemeter is daar voor de meeste artsen onbetaalbaar.

Maar in de behandeling en begeleiding doen we veel meer dan alleen de spiro's en de puffers. Een van de grote rollen is het geven van educatie en begeleiding aan onze patiënten. En juist dat maakte de kans om onze collega's les te geven over dit aspect van ons vak zo bijzonder. De meeste verpleegkundigen die ik daar gesproken heb zijn zo blij dat ze, ondanks de beperkte middelen, toch meer zorg aan de patiënten kunnen gaan geven. Het feit dat ze een belangrijke rol kunnen gaan spelen in het begeleiden van patiënten bij stoppen met roken en educatie het geven van over de ziektebeelden Astma en COPD bood een heel nieuw perspectief op het vak van verpleegkundige in de eerste lijn.

Conclusies voor de dagelijkse, Nederlandse, praktijk.

- Chronische longschade kunt u aantreffen bij patiënten die, via de immigratiestromen, op uw spreekuur kunnen komen, maar waarbij u mogelijk niet aan COPD zou denken. Bijvoorbeeld bij jonge vrouwen die niet roken.
- Bij kinderen met een immigratie achtergrond kan astma vaker voorkomen door eerdere blootstelling aan luchtvervuiling binnenshuis.
- Ook in Nederland, met alle beschikbare medicamenteuze mogelijkheden, blijft educatie van de patiënten met chronische longziekten een van de belangrijkste aspecten in de zorg (denk maar aan de begeleiding bij stoppen met roken, inhalatie instructie, het bespreken van het longaanvalsplan en de individuele zorgplannen).

CAHAG-zaken

Adembenemend 2020

De tweedaagse nascholing Adembenemend krijgt weer vorm! De voorbereidingscommissie: Bert van Bremen, Jeanet Scheper, Marjan Veltman en Judith Vermeulen zijn gestart om het programma voor de twee dagen samen te stellen.



Direct na de zomervakantie komt het programma online op de CAHAG website en wordt de inschrijving geopend. Wilt u hier persoonlijk een bericht over ontvangen stuur dan nu al een mailtje naar onderwijs@secretariaatcahag.nl. Adembenemend vindt in 2020 plaats op **donderdag 6 en vrijdag 7 februari** in **Hotel Papendal te Arnhem**. Er is maar plek voor 50 duo's (huisarts met POH) en vol = vol. Wees er dus snel bij.

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: Esther Metting (hoofdredacteur), Jiska Snoeck-Stroband, Gerrit van Roekel, Frank Oldenhof, Roel Wennekes, allen (kader)huisarts, Cynthia Hallensleben praktijkverpleegkundige/researcher en Marjan Veltman, gezondheidswetenschapper.

Redactie-adres: CAHAG secretariaat Domus Medica, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht cahagsecretariaat@nhg.org

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

