

COPD & ASTMA BULLETIN HUISARTSGENEESKUNDE

Nr. 2. 2013

CAHAG voorzitter stopt.



Tot onze grote spijt gaat Ivo Smeele per 1 juni a.s. de CAHAG verlaten. Hij heeft zich ruim 12 jaar met groot enthousiasme ingezet voor onze expertgroep, eerst als coördinator, later als voorzitter. In die periode is hij het gezicht geworden van de huisartsen met bijzondere expertise op het gebied van longziekten. Hij inspireerde en ondersteunde vele activiteiten: van richtlijnontwikkeling tot innovaties in de ketenzorg. Als praktiserend huisarts bleef hij voeling houden met wat er in het veld gebeurde, maar hij durfde ook regionaal te experimenteren met vernieuwingen. Pas als er voldoende evidence voor was (hij is tenslotte een gepromoveerd huisarts) stimuleerde hij de geleidelijke uitrol via landelijke protocollen en standaarden. Hij vertegenwoordigde de CAHAG namens het NHG in de Long Alliantie Nederland en in diverse andere binnen en buitenlandse gremia. Daarnaast is Ivo een aimabel en toegankelijk mens, een goede communicator die vaak partijen met zeer uiteenlopende standpunten tot een of andere vorm van consensus wist te bewegen. Ivo heeft de CAHAG, die momenteel meer dan 75 actieve huisartsexperts telt, een solide basis gegeven. Kortom, een duizendpoot die we zeer zullen missen.

Wij hopen in de toekomst nog veel met hem samen te kunnen werken in zijn nieuwe rol als hoofd van de afdeling Implementatie van het NHG en wensen hem veel succes toe in zijn nieuwe baan. Na de zomer zal de CAHAG een passend afscheid voor hem organiseren.

Namens het Bestuur van de CAHAG,
 Annelies Jacobs, secretaris-penningmeester
 Marjan Verschuur - Veltman, coördinator.

Hoe gedeelde COPD-zorg dichter bij huis vorm te geven. Ervaringen van een zorggroep.

Frank Pepels, kaderhuisarts astma/COPD Zorggroep Cohesie, Venlo.

Voor goede COPD-ketenzorg is het belangrijk dat tweedelijns expertise laagdrempelig beschikbaar is, zeker als de behandeldoelen binnen de eerste lijn niet worden gehaald. In de praktijk levert dat vaak problemen op. COPD-patiënten ontvangen regelmatig zorg in zowel de eerste als de tweede lijn, hetgeen niet is toegestaan omdat dan gelijktijdig een eerste- en tweedelijns DBC is geopend. Ook kan het voor deze patiëntengroep belastend zijn regelmatig een ziekenhuispoli te bezoeken. Zorggroep Cohesie (Noord-Limburg, 108 huisartsen met 2.056 patiënten in de COPD DBC) maakte daarom samenwerkingsafspraken met de longartsen van het preferente ziekenhuis in de regio. Hierdoor kan de patiënt, na controle bij de specialist weer in de eerste lijn, dus dichterbij huis, worden behandeld. De financiering van deze samenwerking vindt plaats vanuit de eerstelijns DBC.

Werkwijze

Afhankelijk van de ziektelast bezoekt een DBC-COPD-patiënt minimaal eenmaal per jaar de huisartsenpraktijk voor controle. Bij problemen rond de diagnose, het behalen van behandeldoelen of als de patiënt er zelf om vraagt, kan het expertteam van Cohesie worden ingeschakeld. Dit team bestaat uit kaderhuisarts astma/COPD, longverpleegkundige, longfunctie-analist en longarts (op consultatieve basis). Het expertteam beoordeelt op aanvraag van de huisarts en met toestemming van de patiënt de casus. Dit gebeurt aan de hand van de gegevens uit het HIS. Alle praktijken aangesloten bij Cohesie werken met hetzelfde web-based HIS. Het expertteam is geautoriseerd om COPD gerelateerde gegevens zoals medicatie, MRC, CCQ, BMI, spirometrie en anamnese door huisarts en praktijkondersteuner in te zien in het kader van patiëntenzorg. Op basis hiervan kan het expertteam een advies geven. De kaderhuisarts noteert dit advies in het dossier van de patiënt. Het expertteam kan ook adviseren deze patiënt door te sturen naar de tweede lijn voor een assessment conform de zorgstandaard. In dit "one stop" assessment zijn een uitgebreid longfunctieonderzoek, röntgendiagnostiek, consult longverpleegkundige en een consult longarts opgenomen. De uitkomst van het assessment is altijd een advies en de patiënt wordt dus altijd terugverwezen naar de eerste lijn. Wel kan geadviseerd worden (afhankelijk van bv. ziektelast) deze patiënt voorlopig in de tweede lijn te vervolgen (waarbij de eerstelijns DBC wordt gesloten).

Resultaten

Van januari 2012 tot maart 2013 is het expertteam 61 keer gecon-

sulteed. Bij 51 patiënten (84 %) kon de behandeling in de eerste lijn worden voortgezet na advies van het expertteam, bij 10 patiënten (16 %) werd verwezen naar een assessment in de tweede lijn. Hiervan bleken 7 patiënten (11 %) na een advies van de longarts weer in de eerste lijn te kunnen worden behandeld. Uit het verloop van de aanvragen bij het expertteam blijkt dat huisartsen en POH vaker gericht om advies vragen en minder vaak rechtstreeks verzoeken om een tweedelijns assessment, mogelijk door toename van het vertrouwen onder de huisartsen in het fenomeen expertteam. De samenwerking is ook de longartsen goed bevallen, mede omdat de patiënten die in het assessment beoordeeld zijn sneller en efficiënter zijn te beoordelen.

Veel vragen worden gesteld over een mogelijke dubbeldiagnose astma/COPD. Vaak blijkt het hier te gaan om een bij spirometrie waargenomen volume effect ("airtrapping"). Verder gaan veel vragen over een discrepantie tussen spirometrie en ziektelast. Oorzaak kan dan vaak worden gevonden in hyperinflatie. Opvallend vaak kan hyperinflatie d.m.v. spirometrie en anamnese in de eerste lijn aannemelijk worden gemaakt. Advisering van logopedische en/of fysiotherapeutische hulp biedt vaak uitkomst.

Conclusies voor de praktijk

- Middels een expertteam in de eerste lijn blijkt een groot aantal vragen binnen de eerste lijn oplosbaar en zijn patiënten met COPD snel en efficiënt geholpen.
- Gedeelde zorg tussen eerste en tweede lijn is goed vorm te geven middels een expertteam en een (laagdrempelige) tweedelijns assessment binnen de eerstelijns COPD DBC.
- De terugkoppeling vanuit de longarts naar de huisarts na een assessment moet vooral praktische informatie (bv. stappenplan) bevatten.

Meer info? Mail: expertteamcopd@cohesie.org

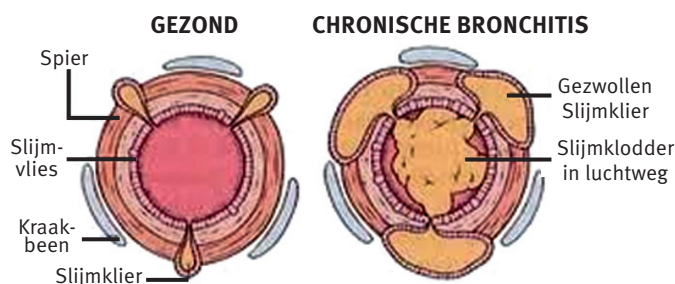
Klinische fenotypering bij matig ernstig COPD: effecten van inhalatiecorticosteroiden in de GLUCOLD-studie. Promotie-onderzoek.

Dr. Jiska Snoeck-Stroband, huisarts en onderzoeker UMC Leiden.

Chronisch Obstructieve Long Ziekte (COPD) wordt gekenmerkt door een verminderde functie van de longen, welke is geassocieerd met ontsteking van de luchtwegen. Patiënten met COPD kunnen zich verschillend presenteren in de praktijk. Er zijn patiënten die dagelijks hoesten en sputum opgeven, een deel heeft frequente exacerbaties en bij anderen staat de chronische dyspnoe op de voorgrond. Op het moment dat dergelijke specifieke kenmerken relevant zijn voor bv. effecten van behandeling, hanteren we de term "klinisch fenotype" (klinische verschijningsvorm).

Onderzoek

In het proefschrift getiteld 'Towards clinical phenotyping in COPD' (september 2012) wordt onderzoek beschreven naar gedetailleerde fenotypering van COPD en effecten van behandeling met inhalatiecorticosteroiden, al dan niet met langwerkende luchtwegverwijders. Het onderzoek is gebaseerd op analyses van de "Groningen Leiden Universities Corticosteroids in Obstructive Lung Disease" (GLUCOLD)-studie. Het proefschrift bevat een gedetailleerde beschrijving van health status, chronische bronchitis, luchtwegobstructie, hyperreactiviteit en ontsteking in de luchtwegen bij COPD. De mate en type ontstekingscellen in de luchtwegen zijn ook onderzocht in bronchus bipten en geïnduceerd sputum. De GLUCOLD-studie is de grootste biptenstudie ter wereld, waarbij ontsteking is onderzocht op 3 momenten gedurende 2,5 jaar bij patiënten met matig ernstig COPD (GOLD 2). Astma werd nauwkeurig uitgesloten.



Resultaten

Uit de studie bleek dat longfunctie, ontsteking en kenmerken als hyperreactiviteit aparte componenten van de ziekte COPD zijn. Dit suggereert dat het inderdaad mogelijk is klinische fenotypes te onderscheiden binnen de grote groep patiënten met COPD. Luchtwegklachten en beperkingen in het dagelijks leven veroorzaken bij deze patiënten een verminderde kwaliteit van leven en de resultaten lieten zien dat deze kwaliteit van leven weer gerelateerd was aan meer ontstekingscellen en slijm. Dit suggereert dat een speciaal onderliggend pathologisch fenotype van invloed kan zijn op de kwaliteit van leven bij patiënten met matig ernstig COPD. Ongeveer een derde van alle patiënten met COPD heeft klachten van dagelijks hoesten en sputum opgeven. Deze zo genoemde chronische bronchitis bleek gerelateerd te zijn aan een specifiek ontstekingspatroon van de luchtwegen. Echter, het was geen voorspeller voor effectiviteit van behandeling met inhalatiecorticosteroiden op de lange termijn.

Wel werden een aantal positieve klinische effecten gevonden van de behandeling met inhalatiecorticosteroiden al dan niet met langwerkende luchtwegverwijder. Bij patiënten die na 6 maanden doorbehandeld werden met ontstekingsremmers verminderde de achteruitgang van de longfunctie op de lange termijn. Dit werd begeleid door een aanhoudend effect op de hyperreactiviteit en vermindering van kortademigheid. Deze lange termijn-effecten waren geassocieerd met effecten op ontsteking, gemeten in bipten en slijm. Stoppen met ontstekingsremmers had een nadelig effect op de longfunctie, hyperreactiviteit, kortademigheid en kwaliteit van leven en de ontstekingscellen in de luchtwegen en het slijm. Toevoegen van een langwerkende lucht-

wegverwijder aan de ontstekingsremmer gaf een verbetering van de longfunctie en klachten op de korte termijn, echter doorgaan met behandelen gaf geen extra effecten ten opzichte van ontstekingsremmers alleen.

Een belangrijke vraag in de praktijk is welke patiënten met COPD het meeste baat hebben bij inhalatiecorticosteroiden. Op de lange termijn bleek dat in deze studie een beter effect was op de achteruitgang van de longfunctie bij patiënten die minder gerookt hadden, met longen die beter zuurstof op konden nemen, minder hyperinflatie (vergrootte luchthoudendheid) hadden en minder ontstekingscellen in slijm. Dit suggereert dat het beter werkt in een eerder stadium van de aandoening of bij patiënten die minder last hebben van emfyseem ('rek uit de longen'). Hierbij is het van belang om te weten dat dit gold voor patiënten uit deze studie met matig ernstig COPD waarvan de meesten nooit eerder inhalatiecorticosteroiden hadden gebruikt.

Wat betekent dit voor de praktijk?

- De huidige NHG -Richtlijnen raden inhalatiecorticosteroiden aan bij patiënten met frequente exacerbaties.
- Het is belangrijk dat de huisarts zijn patiënten zorgvuldig in kaart brengt, waarbij gezocht wordt naar specifieke fenotypes, oftewel groepen patiënten met een gezamenlijk kenmerk, die beter worden van een behandeling.
- Belangrijke fenotypes met betrekking tot behandeling zijn frequente exacerbaties of veel luchtwegklachten.

Samenwerking bij mensen met COPD in de palliatieve fase.

Folkert Allema, (kader)huisarts, Hardenberg.

Als een COPD-patiënt, met GOLD IV en (zeer) ernstige ziekte-last, thuis een zoveelste exacerbatie krijgt, dan rijst de vraag wat te doen? Thuis blijven met extra maatregelen en medicatie óf opname in het ziekenhuis, omdat patiënt zich daar zo "veilig" voelt? Op dat moment is er veelal niet de tijd en de plaats om het gesprek aan te gaan over wat de patiënt in zijn laatste levensfase wel of niet wil.

Richtlijn Palliatieve Zorg COPD



De Richtlijn Palliatieve Zorg voor mensen met COPD van de Long Alliantie Nederland (2011) kan de zorgverlener helpen het gesprek aan te gaan met de patiënt om af te stemmen hoe deze zijn laatste levensfase

zou willen laten verlopen. Hierin staat dat een patiënt zich in de palliatieve fase bevindt, wordt bepaald door de verslechtering in klinisch beeld, het ondergaan hebben van intensieve

behandelingen zonder blijvend effect, de subjectieve inschatting van de patiënt en die van zorgverleners.

Hulpmiddelen bij het bepalen van de klinische ernst van de ziekte zijn: FEV₁ < 30% van voorspeld, slechte bloedgasen, cor pulmonale (met pulmonale hypertensie), MRC dyspnoe schaal score van 5, ondergewicht (BMI <21 kg/m²) of spiermassaverlies, slechte kwaliteit van levensscore (CCQ), relevante comorbiditeit en frequente ziekenhuisopnames voor een acute exacerbatie.

Behandelaars dienen in overleg met de patiënt de palliatieve fase expliciet te markeren en de consequenties hiervan te communiceren. Daar ligt de uitdaging voor behandelaars en is een goede communicatie tussen de verschillende disciplines onontbeerlijk. Het blijkt dat minder dan 25% van de artsen over het einde van het leven en de verwachtingen rondom zorg met hun COPD-patiënten heeft gesproken.

Praktische tips

In een eerder CAHAG Bulletin is al besproken hoe moeilijk het is aan te geven op welk moment een COPD-patiënt terminaal wordt. In die fase is een casemanager zinvol en staat communicatie centraal. Wat wil de patiënt? Beademing? Niet-reanimeer beleid? Opname wel/niet? Hoe eventueel begeleiding bij het sterven? Denk ook aan spirituele en existentiële vragen. Dat gesprek, bijvoorbeeld na thuiskomst van een opname, in een rustiger fase is goed samen met de (ervaren) POH te doen, die een deel van de monitoring thuis op zich zou kunnen nemen. Van belang is om het gesprek niet alleen met de patiënt te voeren, maar om dit samen met de naasten te doen. Aandacht moet ook besteed worden aan de draagkracht van de mantelzorger. Deze draagkracht moet regelmatig geëvalueerd worden omdat COPD vaak een langdurig ziekteproces kent. Geef aan wat patiënten en hun naasten kunnen verwachten betreffende continuïteit van zorg en bereikbaarheid. Daarbij geldt: een mens lijdt nog het meest onder hetgeen hij vreest! Die vrees bespreekbaar maken door goede communicatie met elkaar kan daardoor het lijden verlichten.

Conclusies voor de praktijk

- Vanwege het onvoorspelbare beloop van COPD is het van belang om tijdig het gesprek over de palliatieve fase respectievelijk het einde van het leven aan te gaan. Tijdens het gesprek wordt nagegaan welke onderwerpen de patiënt en de naasten bezig houden, wat de wensen en verwachtingen betreffende zorg en behandeling zijn.
- Regionale samenwerkingsverbanden tussen eerste en tweede lijn dienen te worden ontwikkeld om palliatieve zorg voor patiënten met COPD op te zetten en te borgen.
- Bewustwording van mogelijkheden door multidisciplinaire samenwerking zijn essentieel voor mensen met COPD in de palliatieve fase en kunnen wellicht onwenselijke ziekenhuisopnames voorkomen.
- Maak afspraken over wie in de palliatieve fase de casemanager kan zijn ter bevordering van een goede communicatie en samenwerking.

THUISARTS.NL



Meerwaarde Thuisarts.nl binnen de voorlichting.

Bij het stellen van de diagnose van astma en/of COPD hoort op ieder moment zorgvuldige, liefst gefaseerde voorlichting. Bij beide obstructieve aandoeningen behoort direct vooraf al gedegen voorlichting over het diagnostisch traject (spirometrie, screening op allergie, checklists).

Voor een goed begrip en vervolgens een goede compliance zijn instructie en voorlichting op vele momenten in het begeleidingstraject van deze chronische patiënten zonder meer van belang. Beide complexe ziektebeelden behoeven meer dan alleen de uitleg van de huisarts of praktijkverpleegkundige tijdens een consult. Een goed begrip komt voort uit voorlichting via meerdere communicatiewegen: het gesprek met zorgverlener of medepatiënten, korte teksten over de vele facetten van de aandoeningen, afbeeldingen en instructiefilmpjes.

Thuisarts.nl combineert deze verschillende interactieve vormen het best als de zorgverlener de website tijdens het consult al inzet. De korte samenvattingen over astma of COPD kunnen samen met de patiënt worden doorgelopen. Afbeeldingen op de website kunnen als onderlegger worden gebruikt bij de uitleg over de aandoeningen. De patiënt kan thuis de door de zorgverlener gemarkeerde onderdelen nog eens nakijken op thuisarts.nl en (vooral voor slechte lezers) het filmpje bekijken om zo de tijdens het consult gepasseerde zaken nog eens in de herhaling te zien. Vanuit de website wordt ook gelinkt naar instructiepagina's van de website van het longfonds. Kortom bij een zorgvuldig begeleidingstraject voor de patiënt met astma of COPD kan thuisarts.nl een belangrijke ondersteuning vormen.

Agenda

CASPIR, Praktische Spirometrie in de Eerstelij

Voor meer informatie zie www.cahag.nl/Scholing en CASPIR.

Onderwijs aan zorggroepen

De CAHAG biedt een scholingsaanbod speciaal gericht op zorggroepen. Deze scholing is voor huisartsen, praktijkverpleegkundigen/ondersteuners, eventueel praktijkassistenten en samenwerkingspartners (bv. fysiotherapeuten). In overleg zijn modules op maat naar behoefte van de zorggroep mogelijk. De scholingen zijn onafhankelijk, actueel en toegesneden op de werkwijze en mogelijkheden van zorggroepen. De scholingen zullen worden geaccrediteerd voor huisartsen en POH-ers. Voor een overzicht van de scholingen:

www.cahag.nl of via onderwijs@secretariaatcahag.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 over de CAHAG. Het CAHAGbulletin, verschijnt 3x per jaar en heeft als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis van belang voor de praktijkvoering in de huisartspraktijk op het gebied van astma en COPD.

De beschreven standpunten zijn de verantwoordelijkheid van de auteur en (tenzij anders vermeld) niet het officiële standpunt van de CAHAG.

Redactie: dr. Jiska Snoeck – Stroband, dr. Ivo Smeele, Thei Steenkamer, Gerrit van Roekel, Frank Oldenhof, allen (kader)huisarts, drs. Marjan Verschuur - Veltman, gezondheidswetenschapper.

Redactie-adres: mevr. Mirjam Sijp, p/a CAHAG secretariaat, Domus Medica, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, e-mail: cahagsecretariaat@nhg.org
Tel. 030 - 282 35 00 / Fax: 030 - 282 35 01

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door een unrestricted grant van de subspansoren Chiesi, Takeda, Novartis, Almirall en de hoofdsponsors:

AstraZeneca 

Boehringer
Ingelheim

gsk
GlaxoSmithKline