

Uitdagingen van stoppen met roken bij patiënten met COPD

Dr. Eva van Eerd, afdeling huisartsgeneeskunde, Maastricht UMC+

Uit een studie in de Engelse populatie blijkt dat van de patiënten met COPD 35 procent rookt, ten opzichte van 22 procent van de mensen die geen COPD heeft.¹ Het lijkt er dus op dat rokers met COPD meer moeite hebben te stoppen dan rokers zonder COPD.² Patiënten met COPD ervaren wellicht specifieke problemen en hebben mogelijk andere behoeftes rondom het stoppen-met-roken. Op dit moment zijn er geen stop-roken-behandelingen specifiek voor patiënten met COPD. In mijn proefschrift hebben we daarom getracht inzicht te krijgen in eventuele COPD-specifieke problemen en behoeftes van zowel patiënten als artsen rondom het stoppen-met-roken. Met als doel om stop-roken-behandelingen op maat te ontwikkelen voor rokers met COPD.

In twee studies^{3, 4} zagen we dat rokers met en zonder COPD veel overeenkomsten, maar ook een aantal verschillen vertoonden op bepaalde factoren die geassocieerd zijn met roken en stoppen-met-roken. Rokers met COPD rapporteerden meer depressieve symptomen, een hogere mate van nicotine afhankelijkheid en een lagere mate van zelfredzaamheid om niet te roken dan rokers zonder COPD⁴. Daarnaast leken rokers met COPD zich nog minder bewust van de gezondheidsrisico's van roken en gaven zij aan dat ze meer empathie verwachtten van hun arts.³ Ook bleken existentiële gedachten bij rokers met COPD van invloed te zijn op hun rookgedrag en hadden zij nog minder vertrouwen in de effectiviteit van hulpmiddelen bij het stoppen-met-roken.³

In een secundaire analyse keken we vervolgens naar voor- en nadelen van succesvol stoppen-met-roken bij patiënten met COPD.⁵ Drie kenmerken van rokers met COPD voorspelden succesvol stoppen; die kans was ruim 3 keer hoger bij rokers met een hoog opleidingsniveau dan bij rokers met een laag opleidingsniveau. Patiënten die hun eigen gezondheid hoger waardeerden hadden ook meer kans om te stoppen en patiënten zonder partner hadden bijna 4 keer meer kans om te stoppen in vergelijking met patiënten met een rokende partner.

Tot slot hebben we gekeken welke factoren interfereerden met de uitvoering van stop-roken-behandelingen door artsen⁶. Deze secundaire analyse voerden we uit op data van focusgroep discussies met huisartsen en longartsen, gehouden in 7 verschillende landen in Oost- en West-Europa en Azië. We identificeerden 3 thema's; allereerst zagen we frustratie bij artsen over patiënten met COPD die roken. Ten tweede zagen we dat er onder artsen beperkte kennis was en negatieve overtuigingen bestonden over stop-roken behandelingen. Tot slot viel op dat organisatorische factoren zoals gebrek aan tijd, financiële vergoeding en roken niet als verslavingsziekte beschouwen, de manier waarop artsen stop-roken-behandelingen uitvoerden, beïnvloedde.

Conclusies voor de praktijk

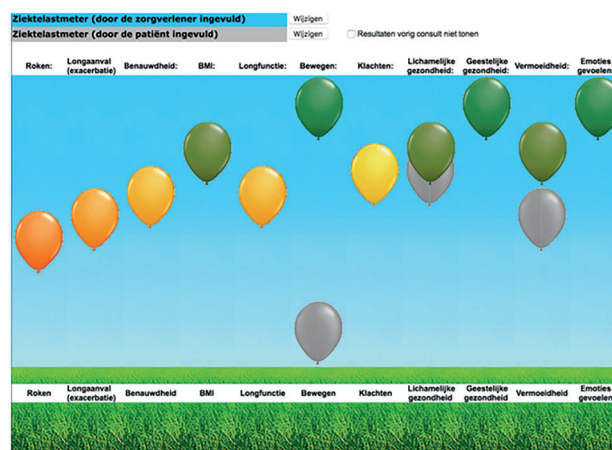
- Veel algemene roken-gerelateerde knelpunten en attitudes zijn bij zowel patiënten als artsen aanwezig.
- Specifieke problemen bij rokers met COPD; meer depressieve symptomen, een hogere mate van nicotine afhankelijkheid en een lagere mate van zelfredzaamheid om niet te roken.
- Volg de bestaande stop-roken-interventies ook voor COPD-patiënten en voeg daar COPD-specifieke elementen aan toe, zoals extra aandacht voor depressieve symptomen.
- Het is belangrijk dat artsen in hun communicatie met rokers met COPD meer aandacht besteden aan sociale interacties, gezondheidspercepties en morele agenda's omtrent roken en stoppen-met-roken.

De Ziektelastmeter in de dagelijkse praktijk: Een instrument voor 'Zorg op maat'

Lisa Kool, longverpleegkundige HAP de Kade, Maassluis en Zorggroep Eerste Lijn, afdeling chronische zorg/ Persoonsgerichte zorg, Naaldwijk

De Ziektelastmeter COPD zorgt voor een betere interactie tussen patiënt en zorgverleners en vooral voor een hogere kwaliteit van leven¹. Landelijk wordt de ziekteelastmeter ingevoerd.

Tijdens het onderzoek over de ziekteelastmeter heeft onze huisartsenpraktijk meegedraaid in de controlegroep. Toen het onderzoek was afgerond kregen we de mogelijkheid om met de ziekteelastmeter aan de slag te gaan. Hieronder beschrijf ik mijn ervaringen in de dagelijkse praktijk.



De weergave van een objectieve, visuele vertaling van de parameters met gekleurde ballonnetjes draagt bij aan een gericht gesprek over COPD. Samen met de patiënt sta ik stil bij de uitslagen, in plaats van de stap in mijn hoofd te doorlopen en informatie te geven vanuit mijn perspectief.

Ik verwonder mij iedere keer over de gedachten van de patiënt. Het verkennen hiervan levert veel informatie op. De behoefte naar informatie wordt beter afgestemd. De medische objectieve parameters dragen bij aan informatieverstrekking vanuit het perspectief als zorgverlener. De weergave van de ballonnen prikkelt de nieuwsgierigheid.

Mijn ervaring met het uitbreiden van de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) met vragen over emotionele ervaringen en vermoeidheid is zeer positief. Het brengt een groep patiënten in beeld die “zich niet beperkt voelt”, maar wel vermoeid is en piekert. Het geeft inzicht in de mogelijkheid tot gedragsverandering. Meerdere keren is voorgekomen dat een patiënt naar aanleiding van de ziektelastmeter, in samenspraak eerst naar de POH GGZ is verwezen, om een doel te kunnen bereiken.

Voorbeeld uit de praktijk

In het najaar van 2016 komt een man van middelbare leeftijd op het spreekuur. De patiënt heeft COPD, GOLD II. In de zomer verblijft hij op een camping in Hoek van Holland. Hij fietst altijd heen en weer tussen Hoek van Holland en Maassluis. Dit lukt niet meer. Hij wil een elektrische fiets kopen, zodat hij weer fietsend heen en weer kan. Door het gebruik van de ziektelastmeter wordt direct duidelijk waar winst te behalen is. De ballonnen “bewegen en benauwdheid” zijn oranje gekleurd. Door op de ballonnen te klikken verschijnen er verschillende opties waarvan we de voor- en nadelen bespreken, ook de optie van een elektrische fiets wordt besproken. De patiënt start met inhalatiemedicatie en gaat trainen bij een fysiotherapeut. Controlefrequentie wordt op maat afgesproken, naar behoefte van de patiënt. In de zomer van 2017 fietst hij weer wekelijks naar Hoek van Holland naar de camping. Bij het monitoren zijn de ballonnen groen gekleurd.

Conclusies voor de praktijk

- De weergave van de gezondheidstoestand van de COPD-patiënt draagt bij aan het vergroten van kennis en inzicht van de patiënt over zijn/haar ziekte.
- Als gesprekstool helpt het de zorgverlener beter af te stemmen op de informatie waar de patiënt voor open staat en bij het ondersteunen van het keuzeprocess.
- De betrokkenheid van de patiënt vergroot, de eigen regie verbetert en therapie is effectiever.

CAHAG heeft een praktische scholing ontwikkeld: Oefenen met de ziektelastmeter! Meer info op www.cahag.nl

Scholing: Diagnose COPD en dan...? De Film.

Margriet Zaagman, longverpleegkundige en lid onderwijscommissie CAHAG

‘Een goed begin is het halve werk’. Dit geldt voor scholing maar ook voor de praktijk. Hoe ziet het pad van diagnostiek naar begeleiding eruit en hoe wordt de begeleiding aantrekkelijk gemaakt voor de patiënt? Hoe werken we patiëntgericht en hoe zorgen we ervoor dat de patiënt zijn eigen regie voert? Eigenlijk weten we allemaal de antwoorden op

deze vragen. We hebben al een aantal jaren allerlei scholingen gevolgd, van medicatie tot begeleiding met ‘shared decision making’ en hulp van motivational interviewing, comorbiditeit, rode vlaggen, etcetera. We hebben toch protocollen en KISsen die ons helpen! Of toch niet? Ondanks dat we allemaal zo goed weten hoe het moet blijft het lastig in de dagelijkse praktijk om de patiënt in beweging te krijgen.

De CAHAG heeft daarom een scholing ontwikkeld voor praktijkondersteuners, waar naast het bekijken van een film, bestaande uit 3 consulten, de deelnemer ook zelf aan het werk wordt gezet. Na een promo wordt gestart met een opdracht waarmee de deelnemers met elkaar de kans krijgen te sparren en bevindingen te delen. Via een korte plenaire terugkoppeling komen bevindingen langs en elke groep geeft een reden aan waar men tegenaan loopt in de praktijk bij de begeleiding van de COPD-patiënt. Meestal is dat: te weinig tijd - veel no show- weinig resultaat.



Tijd om het eerste consult te starten. Hierbij zal de film 3-4 maal onderbroken worden, om reacties te peilen of vragen te stellen als: stellen jullie deze vraag standaard? Zo nee, waarom niet? Het tweede consult omvat veel verschillende onderwerpen, de patiënt moet hard werken en toch duurt het consult nog geen 18 minuten! In het derde consult wordt ziektelast toegelicht en een start gemaakt met het invullen van het herken- en actieplan bij een longaanval.

Ik heb deze scholing in 2017 vier keer gegeven waarbij met behulp van filmmateriaal al het geleerde van de afgelopen jaren toegepast wordt in drie consulten. In de film komen zoveel mogelijk onderwerpen aan de orde waarbij de wensen en behoeften van de patiënt bovenaan staan. In de praktijk zullen hier waarschijnlijk meer contactmomenten voor nodig zijn om tot een volwaardige begeleiding te komen. Via deze film krijgt de deelnemer praktische en toepasbare handvatten om morgen (opnieuw) geïnspireerd verder te gaan met de vaak ingewikkelde COPD-patiënt.

www.youtube.com/watch?v=EAD8XuhQO5k

Conclusies en leerpunten van een aantal deelnemers

- Niet alles in 1 consult willen, CCQ lijsten mee naar huis, longactieplan standaard invullen.
- Meer de patiënt laten nadenken over de te behalen doelen.
- Vooral in eerste jaar intensieve begeleiding en ook na een longaanval om patiënten beter te leren omgaan met klachten en beperkingen ten gevolge van COPD.
- Belang van een scharnierconsult en dit concretiseren bij ons in de huisartspraktijk.
- Niet zoveel 'zenden'. Minder naar het beeldscherm kijken.
- Meer aandacht CCQ, focus op betekenis van ziekte in het dagelijks leven van de patiënt. Tijd nemen in het traject.
- Inzicht geven bij de patiënt hoe CCQ kan helpen (ook thuis) bij het inschatten van verbetering/verslechtering klachten en beperkingen.

Meer info: onderwijs@secretariaatcahag.nl

(On)verantwoord gebruik van inhalatiecorticosteroïden bij patiënten met COPD

Prof. Dr. Onno C.P. van Schayck, e.a., Department of Family Medicine, CAPHRI, Maastricht University

Volgens de NHG-Standaard dienen alleen patiënten die vaak COPD exacerbaties hebben - ondanks goede luchtweegverwijding - te worden behandeld met inhalatiecorticosteroïden (ICS).¹ Veel COPD-patiënten die zelden exacerbaties hebben gebruiken echter ook ICS.² We zien daarom dat het daadwerkelijke gebruik van ICS aanmerkelijk hoger is dan het te verwachten gebruik op basis van de indicatie en richtlijnen. Het overmatig gebruik van ICS bij COPD-patiënten leidt tot onnodige bijwerkingen en kosten in de gezondheidszorg. Zo bleek uit een meta-analyse dat COPD-patiënten die ICS gebruiken een hogere kans hebben op pneumonie en op een ziekenhuisopname vanwege een pneumonie.³ Verschillende studies laten zien dat gebruik van ICS bij COPD naast pneumonie kan leiden tot gedereguleerd diabetes mellitus.^{4, 5}

Bij COPD-patiënten die geen baat hebben bij ICS is het belangrijk om deze medicatie zorgvuldig te stoppen. De eerste verkennende studie in Nederlandse huisartspraktijken die dit onderzocht, toonde aan dat ICS zonder problemen afgebouwd konden worden bij ruim 60% van de COPD-patiënten.⁶ Daarna zijn er meerdere studies in binnen- en buitenland gedaan die dit resultaat bevestigden. Een recente studie op dit gebied toonde opnieuw aan dat ICS veilig gestopt kan worden bij het grootste deel van de COPD-patiënten als deze patiënten adequaat behandeld worden met langwerkende luchtweegverwijders.⁷

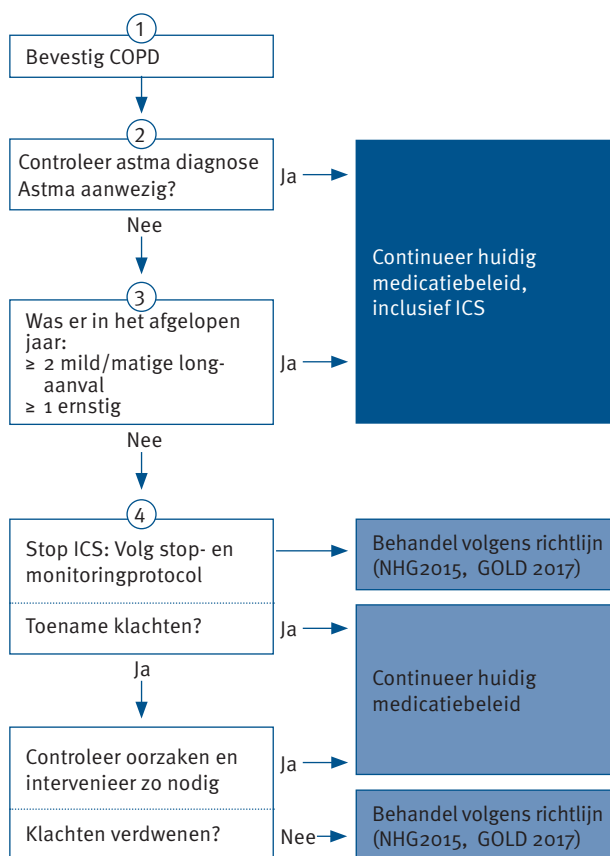
Er zijn verschillende redenen waarom ICS zo overmatig gebruikt worden bij patiënten met COPD. Allereerst stimuleerden de eerdere COPD-richtlijnen het gebruik van ICS meer dan de huidige COPD-richtlijnen.¹ Uit gesprekken met focusgroepen blijkt dat huisartsen de preventieve werking van ICS op COPD gerelateerde exacerbaties hoog inschatten. Zij zijn bezorgd dat het verminderen of stoppen van ICS kan leiden tot meer COPD-exacerbaties.

In de COPD NHG-Standaard wordt echter aangegeven dat bij patiënten waarbij zich gedurende een langere periode

(twee jaar) geen exacerbaties meer voordoen, de behandeling met ICS dient te worden gestopt.¹

IPCRG-desktop helper en de ICS-reductie tool

Op basis van de huidige internationale GOLD standaard⁸ werd door de International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) een richtlijn ontwikkeld waarmee ICS veilig gestopt kunnen worden. Deze richtlijn bestaat uit een stroomschema om de besluitvorming te ondersteunen voor het zorgvuldig stoppen van ICS, evenals een monitoring instructie over de follow-up van de patiënten die stoppen met ICS.⁹ Dit stroomschema is onder andere gebaseerd op de bepaling van het aantal eosinofiele cellen in het bloed. Er is echter nog veel discussie over eventuele afkapwaarden. Ook is deze bepaling in Nederland geen standaard praktijk. Door de auteurs is daarom een aangepast plan gemaakt om het stoppen van ICS te vergemakkelijken in de Nederlandse huisartspraktijk. Dit plan is conform de COPD NHG-Standaard¹ en eenvoudig toe te passen in de praktijk (zie figuur 1, ICS reductie tool):



figuur 1, ICS reductie tool

In onderstaande kaders wordt de ICS-reductie tool stapsgewijs uitgelegd:

1. Onderscheid astma COPD (diagnose)

Het is essentieel om de goede diagnose te stellen zodat de patiënt de juiste behandelmethode krijgt. De volgende vragen kunnen helpen bij het diagnosticeren van astma:

- Is er bij de patiënt ooit astma gediagnosticeerd in de afgelopen 40 jaar?
- Is er een familieanamnese van astma?
- Is er atopie of allergische rhinitis aanwezig?
- Is er geen persisterende luchtwegobstructie na bronchusverwijding bij patiënten ouder dan 40 jaar ($FEV_1/FVC < 5^e$ percentiel/ lower limit, Z-score $< -1,64$) met een reversibiliteit $FEV_1 > 12\%$ én > 200 ml ten opzichte van de waarde vóór de bronchusverwijding?

Wordt er op een of meer van deze vragen, ja geantwoord, dan lijkt astma waarschijnlijk en dienen niet afgebouwd te worden.

2. Stel vervolgens het aantal COPD-exacerbaties vast.

De volgende vragen kunnen helpen bij het diagnosticeren hiervan. Waren er in het afgelopen twee jaar:

- ≥ 1 ernstige exacerbatie resulterend in een ziekenhuisopname, of
- ≥ 2 matige exacerbaties waarvoor orale steroïden en/of antibiotica zijn voorgeschreven?

Is het antwoord op deze vraag één of meer keer ja, dan heeft u waarschijnlijk te maken met een COPD-patiënt met frequente exacerbaties waarbij ICS niet gestopt dienen te worden. Als het antwoord op beide vragen nee is, dan kan stoppen overwogen worden.

Zorgvuldig stoppen van ICS

Wanneer wordt besloten om ICS te stoppen dan is het belangrijk dat dit bij de juiste patiënt (zie bovenstaand schema) en door de huisarts in goed overleg met de patiënt gebeurt. Leg goed uit dat volgens recente inzichten het gebruik niet zinvol is en zelfs bijwerkingen kan geven. Uit focusgroepen blijkt dat sommige patiënten denken dat het om een bezuinigingsmaatregel gaat. Daarnaast vragen patiënten zich af waarom een medicijn dat in het verleden door de longarts is gestart nu door de huisarts gestopt gaat worden. Vertel dat de richtlijnen die door longartsen worden gehanteerd eveneens veranderd zijn⁹. Na het stoppen van de ICS is het belangrijk om te monitoren hoe het met de patiënt gaat. Het is raadzaam om na 4-6 weken een vervolgspraak in te plannen met de POH.

Uitgangspunt van iedere stap is dat er behandeld dient te worden volgens de COPD NHG-Standaard.¹

CAHAG-zaken

De CAHAG-dagen 2018 voor huisarts en POH worden gehouden op 20 maart in Amsterdam en op 19 april in Zwolle.

Bezoek ook de CAHAG-dagen! In één dag hoort u de laatste ontwikkelingen op astma/COPD-gebied en kiest u uw eigen workshops. Bijvoorbeeld: palliatieve zorg bij COPD, longgeluiden of seksualiteit bij COPD. Voor huisartsen en praktijkondersteuners/praktijkverpleegkundigen. U vindt het programma op de CAHAG-website, daar kunt u zich ook aanmelden.

CAHAG Conferentie 17 januari 2019

Schrijf deze datum nu alvast in uw agenda!

CAHAG scholingen

Lees op onze CAHAG-website hoe u als huisartsengroep, zorggroep of andere organisatie nascholingen (incl. docent) kunt inkopen. 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, 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 sub sponsors Chiesi, Astra Zeneca, TEVA Nederland en de hoofdsponsors:



**Boehringer
Ingelheim**