

## COPD & ASTMA BULLETIN HUISARTSGENEESKUNDE

Nr. 1. 2011

### NIEUW!! CAHAG scholingsaanbod ketenzorg/DBC COPD en astma

*Barend van Duin, kaderhuisarts, coördinator scholing CAHAG, Margriet Zaagman, longverpleegkundige, CAHAG*



Overall in het land zijn zorggroepen van huisartsen druk doende met het opzetten van zorgprogramma's en DBC's voor COPD (soms ook al voor astma). In onderhandelingen met zorgverzekeraars en ketenzorgpartners worden afspraken gemaakt over inhoud en financiering. De basis voor deze zorgprogramma's

is doorgaans de nieuwe Zorgstandaard COPD (2010).

Het invoeren van een zorgprogramma betekent voor veel van de deelnemende praktijken dat werkwijzen rond diagnostiek, behandeling en controlebeleid geactualiseerd en aangepast moeten worden.

Per 1 maart 2011 biedt de CAHAG een scholingsaanbod speciaal gericht op zorggroepen. Deze scholing is voor huisartsen, praktijkverpleegkundigen/-ondersteuners, eventueel praktijk-assistenten en samenwerkingspartners (bijvoorbeeld fysiotherapeuten). Het aanbod is gericht op de zorg zoals die wordt verleend in de huisartsenpraktijken.

#### Onderwijsaanbod zorggroepen

De volgende modules zijn beschikbaar:

- het opzetten van een COPD-spreekuur (in kaart brengen en opsporen van de 'juiste' patiënten, omgang met 'no-shows' welke registraties zijn van belang);
- het stellen van de diagnose astma dan wel COPD (of de mengvorm) met behulp van anamnese en spirometrie (de combinatie van vragen en longfunctieonderzoek voor een goede diagnose);
- het instellen en verfijnen van de medicamenteuze therapie (wat bij wie, opbouw- en afbouwschema's, wanneer steroïden bij COPD, de plaats van nieuwere middelen etc.);
- inhalatietechniek en effectief bevorderen therapietrouw (welke inhalatievorm past bij welke patiënt, voorkomen van belangrijke fouten in de techniek van inhaleren, zorgen dat de patiënten de medicatie ook blijven gebruiken etc.);
- motiverende gespreksvoering (vooral van nut bij stoppen met roken, maar ook geschikt om de patiënt te gidsen in de richting van allerlei andere veranderingen in gedrag zoals meer gaan bewegen, anders gaan eten etc.);
- bewegen;
- zelfmanagement.

CASPIR Spirometrie scholing kan een onderdeel zijn van het aan-

bod. In overleg zijn modules op maat naar behoefte van de zorggroep mogelijk. In samenwerking met het NHG zal gewerkt worden aan verbinding met bestaande producten (zoals NHG-Standaarden, e-learning, PIN's, Boek Protocollaire COPD-zorg, etc.).

De scholingen zijn onafhankelijk, actueel en toegesneden op de werkwijze en mogelijkheden van zorggroepen. De scholingen zullen worden geaccrediteerd voor huisartsen en praktijkondersteuners/praktijkverpleegkundigen.

#### Docenten

U wordt in contact gebracht met expert-docenten, zoals (kader/CAHAG)huisartsen, ervaren POH-ers of anderen (longverpleegkundigen, longartsen, longfunctie-analisten, fysiotherapeuten). De zorggroep kan ook zelf de regionale docenten benaderen (zie ook [www.cahag.nl/voor-de-praktijk/cahag-in-uw-regio](http://www.cahag.nl/voor-de-praktijk/cahag-in-uw-regio)) en meldt dit bij de CAHAG.

#### Organisatie

De logistieke organisatie van de scholing ligt bij de zorggroep. Het cursusmateriaal (cursusmateriaal, docenthandleidingen, regeling accreditering) kan bij de CAHAG ingekocht worden.

#### Belangstelling?

Neem contact op met Margriet Zaagman:  
[cahagzorggroepscholing@nhg.org](mailto:cahagzorggroepscholing@nhg.org)  
 Marjan Verschuur-Veltman, coördinator CAHAG:  
[cahagcoordinator@nhg.org](mailto:cahagcoordinator@nhg.org)

### Roflumilast: een aanwinst bij COPD?

*Dr. Roeland Geijer, huisarts/senior wetenschappelijk medewerker NHG, Utrecht*

#### Bewijs

Roflumilast is een PDE<sub>4</sub>-inhibitor, een niet-steroïde, ontstekingsremmer, ontwikkeld voor de behandeling van COPD-specifieke inflammatie. Wat is er over bekend? In een drietal onderzoeken (Calverley 2007, Calverley 2009 [2 onderzoeken]) is de werkzaamheid van roflumilast vergeleken met placebo bij patiënten met ernstig COPD (FEV<sub>1</sub> < 50% van voorspeld). De frequentie van exacerbaties in de roflumilast-groep was lager (één onderzoek, verschil 0,23 exacerbatie/jaar) en de FEV<sub>1</sub> was hoger (drie onderzoeken, verschil 39-48 ml) dan in de placebogroep. In één van de onderzoeken (Calverley 2007) werd geen verschil in kwaliteit van leven gezien.

In twee andere onderzoeken met een identieke opzet werd de toevoeging van roflumilast aan salmeterol of tiotropium vergeleken met placebotoevoeging bij patiënten met matig ernstig

(65%) of ernstig COPD (35%) (Fabbri 2009). In de roflumilast-groep was een gunstig effect ten aanzien van de FEV<sub>1</sub> (49-80 ml) vergeleken met de placebogroep.

Uitval in alle onderzoeken was rond of boven de 20%. Uitval wegens bijwerkingen in de eerste weken van de behandeling was bij de roflumilast iets hoger dan bij placebobehandeling. Misselijkheid, diarree en gewichtsverlies (gemiddeld 2 kg na een jaar versus een toename van 0,08 kg in de placebogroep) traden vaker op in de roflumilast-groep (Calverley 2009).

### Overwegingen

Er is consistent bewijs van meerdere onderzoeken dat de orale toediening van roflumilast een gering effect heeft op de FEV<sub>1</sub> en op het aantal exacerbaties bij patiënten met ernstig COPD in vergelijking met placebo en op de FEV<sub>1</sub> bij patiënten met matig ernstig COPD indien toegevoegd aan salmeterol of tiotropium. De bewijskracht van de onderzoeken is wat verminderd door de hoge uitval (-20%). Het effect op de FEV<sub>1</sub> is klinisch weinig relevant (<100 ml). Het effect op de exacerbatiefrequentie is vergelijkbaar met dat van inhalatiecorticosteroiden bij COPD. Er zijn geen ernstige bijwerkingen gemeld in de onderzoeken. Gastroïntestinale bijwerkingen komen wat vaker voor bij roflumilast. Gewichtsverlies als bijwerking maakt het middel minder geschikt voor toepassing bij patiënten met een verminderde voedingstoestand. Er is nog geen vergelijkend onderzoek met inhalatiecorticosteroiden, langwerkende beta<sub>2</sub>sympathicomimetica of tiotropium bij de behandeling van patiënten met (matig) ernstig COPD en frequente exacerbaties. Langetermijn bijwerkingen zijn nog niet bekend.

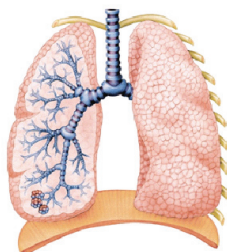
### Conclusie voor de praktijk

- Definitieve plaatsbepaling kan pas volgen na vergelijkend onderzoek met de bekende middelen die de exacerbatiefrequentie bij deze groep patiënten verminderen.
- Roflumilast is mogelijk zinvol bij de behandeling van patiënten met ernstig COPD en frequente exacerbaties, patiënten die veelal in de tweedelijns behandeld worden.

**Literatuur:** zie [www.cahag.nl/bulletin](http://www.cahag.nl/bulletin)

## Vroegdetectie van COPD in de huisartsenpraktijk. Wat levert het op en is het haalbaar?

*JOS Dirven, kaderhuisarts/onderzoeker, Instituut CAHPRI, Universiteit Maastricht*



Wereldwijd neemt de prevalentie van COPD toe. Ook lijken huisartsenpraktijken hun COPD-patiënten onvoldoende in beeld te hebben en wordt spirometrie te weinig verricht. Bronchitisklachten lijken vaak op COPD. De diagnosestelling van COPD is vrij lastig en vergt extra inzet, aandacht en kennis van zaken. Patiënten hebben vaak

onschuldige klachten en zijn zich dan niet bewust van deze mogelijke ziekte, ondanks het hoge percentage rokers. Het Astma Fonds heeft zich in najaar 2010 sterk gemaakt voor vroege opsporing van COPD, gericht op de risicopatiënten in de 'gezonde' populatie middels de Nationale COPD-test. NHG en CAHAG hebben dit initiatief ondersteund. Een recent Nederlands onderzoek uit 2010 betreffende telefonische screening in twee Nederlandse huisartsenpraktijken, is hierbij van doorslaggevende betekenis geweest. Daarbij bleek screening van COPD haalbaar in tegenstelling tot enkele publicaties rond 2005, waarin werd gesteld dat screening weinig opleverde, teveel werk en inspanning vergde en teveel zou kosten.

**Hoe werkt het?** Voordat gestart wordt moet duidelijk zijn dat een zekere follow-up aanwezig is. Indien georganiseerd vanuit de huisartsenpraktijk is wel sprake van follow-up. Aangezien het veel werk is bij iedereen boven de 40 jaar een spirometrie afnemen met een geringe opbrengst (2 op de 100 patiënten zouden dan een afwijkende spirometrie hebben), is het het beste om een vragenlijst te gebruiken. Deze lijst, de RHSQ (Respiratory Health Screening Questionnaire), is ontwikkeld in 2005 door C.P. van Schayck, en gevalideerd door D. Price in 2006 (voor de lijst zie [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl) → voor de praktijk → praktijkondersteuning). Deze vragenlijst is voor het eerst geïmplementeerd in de huisartsenpraktijk in het voorgenoemde onderzoek uit 2010. De vragenlijst werd persoonlijk en telefonisch afgenomen aan alle gezonde personen boven de 40 jaar. Dus niet aan mensen met bekende astma of COPD, bedlegerigheid, immobiliteit, ernstige comorbiditeit. De afname kost 6 minuten. Om alle personen in een normpraktijk (2.350) te bereiken (response circa 80%) zouden dagelijks 3 telefoontjes plaats moeten vinden (=60 uren) gedurende een jaar (= 40 weken).

**De vragenlijst** (Respiratory Health Screening Questionnaire) maakt een onderscheid in een lage, matige en hoge risicogroep. Circa 30% van de responders heeft een matig of hoog 'risico op COPD'. Deze personen worden tijdens het telefoontje direct uitgenodigd voor spirometrie. Deze extra spiro's vragen van de POH in een normpraktijk circa 60 uren extra tijd. Het blijkt dat er bij ongeveer 25% een afwijkende obstructieve spirometrie is (afkappunt FEV<sub>1</sub>/FVC < 0,7). Een gemiddelde huisartsenpraktijk in Nederland telt circa 40 COPD-patiënten (LINH 2010). Na deze screeningsprocedure komen er nog ongeveer 27 patiënten bij, het grootste deel COPD met een milde obstructie. Circa 30% van de gedetecteerde COPD-patiënten had al klachten. Van de nieuw ontdekte COPD-patiënten had 20% dusdanige klachten dat zij inhalatiemedicatie kregen voorgeschreven. Twee personen hadden een longcarcinoom en twee interstitiële longziekten. Het gehele traject kost de huisarts zelf ongeveer 30 uren aan coaching en consultaties en levert meer op dan het kost. Na spirometrie blijken bijna alle patiënten zeer tevreden. Nu loopt een nieuw project, screening in 15 praktijken, waarbij de onderzoeksresultaten bovenstaande gegevens mogelijk bevestigen. Opname van een dergelijke screening in het PreventieConsult is onderwerp van gesprek.

### Conclusie voor de praktijk

- Screening op COPD met behulp van de Respiratory Health Screening Questionnaire afgenomen met telefonische interviews of op de praktijk, levert in een normpraktijk ongeveer 27 nieuwe COPD-patiënten op.
- Verder onderzoek moet bevestigen of dit aantal te veralgemenen is.

**Literatuur:** zie [www.cahag.nl/bulletin](http://www.cahag.nl/bulletin)

## De beleving van mensen met COPD in de palliatieve fase, deel 3

Dr. Jolanda Habraken, onderzoeker bij AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde/Tranzo, Tilburg University

### Voorspellen van overlijden

Mensen met COPD die in de palliatieve fase van hun ziekte verkeren ervaren hun kwaliteit van leven als zeer slecht, zelfs nog slechter dan mensen in een vergelijkbaar stadium van longkanker.<sup>(1)</sup> Een belangrijke reden voor deze slechte kwaliteit van leven is – naast de fysieke en emotionele beperkingen die gepaard gaan met de ziekte – het onvoorspelbare beloop van de ziekte. Zoals eerder in dit bulletin werd beschreven door Dr. Marion Grol, is er tot op heden geen gevalideerd prognostisch instrument ontwikkeld dat het voorspellen van overlijden van mensen met COPD mogelijk maakt.

In een recente studie is een groep van mensen met COPD in stadium GOLD IV longitudinaal gevolgd.<sup>(2)</sup> Hun kwaliteit van leven en functionele status (gemeten met behulp van de vragenlijsten SGRQ en GARS) werd een jaar lang, elke drie maanden gemeten. Op basis van deze subjectieve uitkomstmaten bleek het evenmin mogelijk te zijn om het overlijden van deze patiënten te voorspellen. Het beloop van de kwaliteit van leven en van de functionele status liet een gestage afname zien na verloop van tijd, zonder plotselinge verslechtering vlak voor het overlijden. Op basis van deze gegevens krijgen behandelaars daarom geen additionele gegevens in handen om hen te helpen bij het bepalen van het eindstadium van hun patiënt met COPD.

Belangrijk om hieraan toe te voegen is dat het eindstadium van een ziekte niet verward moet worden met de palliatieve fase ervan. De palliatieve zorgbehoeften van mensen met COPD laten zich niet definiëren door het exacte moment van overlijden te voorspellen. Belangrijke principes uit de palliatieve zorg zoals het centraal stellen van de kwaliteit van leven van de patiënt, aandacht voor de naasten van de patiënt, voor diens psychosociale context en voor diens spirituele behoeften zijn essentieel voor een goede begeleiding van mensen met COPD en zouden al vroeg in het ziekteproces gestart moeten worden.

### Leven met de ziekte

Uit kwalitatief, verdiepend onderzoek blijkt dat het mensen met zeer ernstig COPD (GOLD IV) erg veel moeite kost om hun dagelijks leven vol te houden. Het leven met een progressieve ziekte

als COPD vergt enorm veel energie. De dagelijkse activiteiten moeten vooraf worden gepland, energie moet worden gedoseerd, grenzen moeten worden verlegd. Dit vraagt allerlei vaardigheden van mensen, zoals flexibiliteit, doorzettingsvermogen en creativiteit. Maar ook ziekte-inzicht is onontbeerlijk om met deze, almaar zwaarder wordende beperkingen te kunnen leven. Mensen moeten inzicht hebben in hun eigen lichaam, functioneren, beperkingen, en – het belangrijkste – in mogelijkheden ter verbetering. Om het dagelijks leven te kunnen blijven volhouden, kunnen de inspanningen van mensen met COPD in deze fase dan ook worden vergeleken met de inspanningen die topsporters leveren. Behandelaars zouden analoog aan deze vergelijking gezien kunnen worden als coaches die naast hun patiënt gaan staan om ze te ondersteunen in hun zware werk en ze te trainen in de vaardigheden die ze nodig hebben.<sup>(3)</sup>

### Conclusie voor de praktijk

- Het voorspellen van het overlijden van mensen met COPD op basis van kwaliteit van leven en functionele status is niet goed mogelijk.
- Principes uit de palliatieve zorg, zoals het centraal stellen van de kwaliteit van leven van de patiënt en van diens naasten, en aandacht voor overige dimensies (psychosociaal en spiritueel) zouden al vroeg in het ziekteproces betrokken moeten worden.
- Mensen met zeer ernstig COPD moeten veel moeite doen om hun dagelijks leven vol te houden, vergelijkbaar met de inspanningen die topsporters leveren. Behandelaars zouden zich daarbij als coach op kunnen stellen.

**Literatuur:** zie [www.cahag.nl/bulletin](http://www.cahag.nl/bulletin)

## Optimale consultondersteuning COPD in een nieuw boek en via een nieuwe website



Menig huisarts heeft het boek *Protocollaire diabeteszorg* op zijn bureau liggen, net als trouwens de praktijkverpleegkundige. Vanwege dit succes heeft de CAHAG/NHG samen met de opstellers van dat boek, volgens dezelfde opzet een boek gemaakt over de COPD-zorg, dat behulpzaam kan zijn bij het opzetten en uitvoeren van een COPD-spreekuur.

### Verschuivingen in de zorg

Bij het samenstellen van het boek is deels gebruik gemaakt van bestaande materialen uit de NHG-PraktijkWijzer Astma/COPD, maar er is ook veel nieuws toegevoegd. Een belangrijk uitgangspunt in het boek is dat de zorg voor patiënten met COPD op een verantwoorde wijze kan worden gedelegeerd aan de praktijkverpleegkundige, -ondersteuner, die steeds meer uitgroeit tot een zelfstandig werkende hulpverlener in de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen. Maar ook speelt het boek in op nieu-

we ontwikkelingen, zoals het verschijnen van zorgstandaarden. Hierin staat de patiënt centraal en de focus verschuift van een medische invalshoek naar de 'integrale gezondheidstoestand': er is niet alleen aandacht voor de fysiologische toestand van de patiënt, maar ook voor diens klachten en beperkingen in het dagelijks functioneren en de ervaren kwaliteit van leven. In het verlengde hiervan verschuift het doel van de behandeling naar het bevorderen van de integrale gezondheidstoestand.

#### **Gebruik van het boek**

Het boek bestaat uit vier delen:

- **Organisatie:** taakoverdracht, opzet van een astma/COPD-spreekuur en samenwerking.
- **Zorgproces:** de verschillende fasen in de begeleiding, van diagnostiek tot behandeling, het scharnierconsult en beleid bij exacerbaties.
- **Themahoofdstukken:** uitwerking van de diverse onderdelen van het vervolconsult.
- **Achtergronden:** aspecten van de COPD-zorg die meer inzicht bieden in de aandoening en de zorg.

In de bijlagen staan alle praktische hulpmiddelen die u nodig heeft bij de organisatie en uitvoering van een COPD-spreekuur. De hulpmiddelen kunt u ook downloaden via [www.astmacopdzorg.nl](http://www.astmacopdzorg.nl). Op deze nieuwe website van de CAHAG vindt u een interactief forum waarop u uw vragen over COPD (en astma) online kunt stellen. Deze vragen worden beantwoord door deskundige kaderhuisartsen, praktijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners en longartsen. Het is ook een plek voor het uitwisselen van praktische tips en tools. Op deze website vindt u alle informatie die van belang is voor de praktische uitvoering van de COPD-zorg en een forum waarop u uw vragen kunt stellen.

#### **Levend document**

Het is de bedoeling dat geregeld een nieuwe uitgave van *Protocolaire COPD-zorg* verschijnt waarin de jongste ontwikkelingen zijn verwerkt. De CAHAG nodigt u als gebruiker van harte uit om mee te werken aan die nieuwe uitgaven. Heeft u tips, handige protocollen of hulpmiddelen, deel deze dan via het forum op de website. Maar u kunt ook mailen naar [info@astmacopdzorg.nl](mailto:info@astmacopdzorg.nl). Nuttige tips en suggesties zullen vervolgens in een nieuwe druk worden verwerkt.

U kunt het boek online bestellen bij de winkel van het Nederlands Huisartsen Genootschap of kopen tijdens de CAHAG POH-cursussen, € 35,- voor niet-leden en € 24,50,- voor NHG-leden.

## **CAHAG-activiteiten: voor huisartsen, praktijkverpleegkundigen en -ondersteuners**

### **CASPIR, Praktische Spirometrie in de Eerstelij**

Voor meer informatie zie [www.cahag.nl/CASPIR](http://www.cahag.nl/CASPIR).

### **POH-cursussen 24 maart en 12 mei 2011**

In deze dagcursussen is aandacht voor nieuwe ontwikkelingen en actuele discussiepunten rond de zorg bij astma en COPD. Naast plenaire lezingen zijn er een groot aantal keuzeworkshops waarin problemen uit de dagelijkse praktijk centraal staan.

De kwaliteit wordt gegarandeerd door het inzetten van zeer ervaren docenten (vaak kaderhuisartsen of ervaren praktijkondersteuners) die ook in de praktijk werkzaam zijn, zodat ze weten wat daar speelt.

Meer info: [www.cahag.nl](http://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/](http://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 huisartsenpraktijk 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. Bart Thoonen, dr. Ivo Smeele, Thei Steenkamer, Gerrit van Roekel, allen (kader)huisarts, drs. Marjan Verschuur, gezondheidswetenschapper.

**Redactie-adres:** mevr. Mirjam Sijp, p/a CAHAG secretariaat Domus Medica, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht. E-mail: [cahagsecretariaat@nhg.org](mailto: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 subsponsors Chiesi, MSD, Tevapharma, Nycomed en de hoofdsponsors:

**AstraZeneca** 

RESPIRATOIR

 **Boehringer  
Ingelheim**

 **gsk**  
GlaxoSmithKline