

Is zelfmanagement en vroegdetectie van exacerbaties bij patiënten met COPD van belang?

Dr. Jaap Trappenburg, onderzoeker, UMC Utrecht.

Het natuurlijke beloop van COPD wordt ontregeld door exacerbaties, dat wil zeggen periodes van plotselinge toename in symptomen, variërend in ernst en frequentie. Deze exacerbaties zijn belangrijk en klinisch relevant zowel uit patiënt, behandelbaar als maatschappelijk perspectief. Hoewel er aanwijzingen zijn dat tijdige behandeling van COPD exacerbaties belangrijk is, wordt bijna de helft van deze episodes niet gemeld bij een zorgverlener en blijven deze vervolgens onbehandeld. Is dit erg? Hoe zou vroegdetectie kunnen worden bevorderd?

Er bestaat discussie over hoe een exacerbatie te definiëren. Een systematische review laat grote verschillen zien in gekozen exacerbatie definities, methoden en nauwkeurigheid in het meten en tellen van exacerbaties. In een bestaande groep patiënten werden de meest gebruikte definities getoetst. Hoe een exacerbatie werd gedefinieerd (bijvoorbeeld andere symptoom criteria) bleek een aanzienlijke invloed op het aantal en type exacerbaties te hebben.

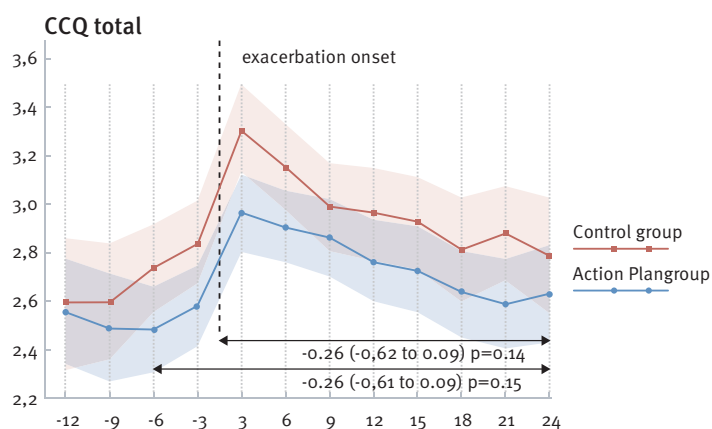
Wat patiënten doen die een exacerbatie doormaken, werd onderzocht bij een groep patiënten die minstens 1 exacerbatie doormaakten in een half jaar. Zij namen de volgende maatregelen: (type-A) energiebesparing, ademhalingstechnieken en/of sputumklaring en (type-B) ophoging gebruik luchtwegverwijders, maar gingen zelden naar een zorgverlener zoals huisarts, POH of longarts. Rokers namen minder vaak type-A en type-B maatregelen. Vooral patiënten met een slechtere longfunctie en een hoger aantal ziekenhuisopnames in het afgelopen jaar, namen vaker contact op met een zorgverlener in verband met het verergeren van hun klachten (type-C-acties).

Of een actieplan helpt werd onderzocht in een multicenter gerandomiseerde studie. Gekeken werd of bij een exacerbatie een actieplan in combinatie met minimaal case-management leidt tot sneller herstel van symptomen en de gezondheidstoestand. Tweehonderddrieëndertig COPD patiënten uit zowel de 1^e lijn als de 2^e lijn (FEV_1 $56 \pm 21\%$ voorspeld, aantal exacerbaties in het onderzoek van 2.7 per half jaar) werden gerandomiseerd en ontvingen ofwel een geïndividualiseerd actieplan of reguliere zorg. Het actieplan bestond uit een geïndividualiseerd overzicht van behandelafspraken (over onder andere medicijngebruik, voorlichting, griepvaccinatie, bewegen, voeding, stoppen met roken, wat te doen bij een exacerbatie etc.), zowel tijdens stabiele fases van de COPD als bij exacerbaties (actieplan met behulp van stoplichtkleuren), aangevuld met twee telefonische consulten met de patiënten na 1 en 4 maanden na de eerste uitleg. Het doel was om de patiënt te ondersteunen in het herkennen van exacerbaties en te stimuleren om adequaat te reageren. In deze 6-maan-

den durende studie werd aangetoond dat dit geïndividualiseerde actieplan, inclusief de twee telefonische contacten (stimulering gebruik/begrip actieplan) en minimaal case-management leidt tot:

1. Sneller herstel van exacerbaties, in zowel gezondheidstoestand (2,2 dagen) als symptomen (3.68 dagen).
2. Verminderde impact van exacerbaties op de fysieke gezondheidstoestand (figuur 1).
3. Minder symptomen ten tijde van exacerbaties.

Figuur 1. Beloop impact en herstel gezondheidstoestand (CCQ-totaal score) voor de controle en interventiegroep (gemiddelde en 95% betrouwbaarheidsinterval).



Uit onderzoek bij twee groepen patiënten in de 2^e lijn werd aangetoond dat exacerbaties bij meer ernstige patiënten die vaker exacerbaties hebben ook 'gevangen' kunnen worden door zorgverleners op afstand door bijvoorbeeld het wekelijks meten van de verandering in de (CCQ) Clinical COPD Questionnaire of telemonitoring (HealthBuddy). Het bleek mogelijk om een substantieel deel van de exacerbaties te detecteren met de mogelijkheid vroegtijdig te interveniëren. Of dit ook geldt voor patiënten in de 1^e lijn, dient gezien de lagere frequentie en ernst van exacerbaties, opnieuw te worden geëvalueerd.

Conclusie voor de praktijk:

- Er is onvoldoende bewijs om 'onschuldige' subtypen van exacerbaties te kunnen onderscheiden. In de dagelijkse praktijk dient tijdige herkenning en behandeling (door de patiënt zelf of zorgverlener) van *elke* exacerbatie te worden nagestreefd.
- Een geïndividualiseerd actieplan is een eenvoudige interventie, uitvoerbaar in de 1^e lijn en resulterend in een korter en milder beloop van exacerbaties met minder impact op de gezondheidstoestand.
- Interventies die vroegdetectie en tijdige behandeling van

exacerbaties nastreven, dienen op maat te worden aangeboden. De centrale doelstelling blijft gedragsverandering bewerkstelligen, een betere controle van de ziekte en adequate reactie op symptoomveranderingen tijdens exacerbatie.

Literatuur: *Jaap Trappenburg. 'Self-management and early detection of exacerbations in patients with COPD', Utrecht.*

Zuurstofsaturatie meten in de eerste lijn: overzicht van do's & don'ts in oximetry pocketguide

Dr. Niels Chavannes, Associate Professor Public Health & Primary Care, LUMC

Dr. Tjard Schermer, senior onderzoeker, afdeling Eerstelijngeneeskunde UMC St Radboud, Nijmegen

Op de website van de International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) is een mooi overzicht gepubliceerd van de toepassingen, maar óók de valkuilen bij het meten van de perifere zuurstofsaturatie (SpO₂) bij patiënten in de eerste lijn: http://www.theipcr.org/resources/oximetry_pocket_guide.pdf. Eerder werd al verslag gedaan van diverse onderzoeken,¹⁻⁴ maar nu is een lezenswaardige gids voorhanden, waarin niet alleen aanwijzingen voor hulpverleners, maar ook aanbevelingen voor gebruik door patiënten zijn verwerkt. De essentie van zuurstofsaturatiemeting is dat het een aanvullende handeling betreft op de normale anamnese en lichamelijk onderzoek, die deze zeker niet vervangt. De klinische blik blijft belangrijker dan de elektronische uitslag. Bij patiënten die al goed in kaart zijn gebracht, zoals patiënten met COPD die aan een trainingsprogramma meedoen, biedt het metertje additionele voordelen, zoals thuismonitoring bij inspanning en vroegdetectie van exacerbaties. Op deze wijze past de zuurstofsaturatiemeter in de toenemende vraag naar zelfmanagement door chronisch zieke patiënten. Een aantal eenvoudige uitgangspunten uit de gids op een rij:

1. Een saturatie >95% kan over het algemeen als normaal worden beschouwd;
2. Een saturatie van ≤92% suggereert hypoxemie;
3. Bij acuut dyspnoeïsche patiënten met een saturatie van ≤92%: overweeg zuurstofsuppletie; bij chronische patiënten verdient deze waarde verder onderzoek (arteriële bloedgasbepaling) naar de indicatie voor lange termijn zuurstoftherapie.
4. Bij astma, met name bij kinderen met acuut ernstig expiratoir piepen, kan saturatiemeting bijdragen aan de inschatting van de ernst en de monitoring van het beloop;
5. Bij respiratoire infecties kan het meten van de zuurstofsaturatie helpen bij triage voor arteriële bloedgasmeting, verwijzing en eventuele zuurstofsuppletie.

Daarnaast zijn duidelijke beperkingen aan het gebruik van de saturatiemeting, zoals een toenemend onbetrouwbare uitslag bij SpO₂ < 80%, met name bij een donker gepigmenteerde huid. Slechte doorbloeding door hypotensie, hypovolemische shock,

een koude omgeving of cardiaal falen kan een betrouwbare saturatiemeting in de weg staan (te laag gemeten waarden). Beweging, tremoren of aritmieën kunnen een meting beïnvloeden, evenals nagellak, kunstnagels en vuil. Sterke artificiële lichtbronnen, zoals een operatielamp, kunnen een vals-lage uitslag geven. Bij koolmonoxidevergiftiging worden vals-normale waarden afgelezen door de sterke CO-binding aan hemoglobine, terwijl bij (jonge) patiënten met sikkelcelanemie de meting onbetrouwbare uitslagen kan opleveren.

Recent onderzoek onder Australische huisartsen laat zien dat de benodigde kennis over de gaswisseling en de bovengenoemde 'valkuilen' bij saturatiemeting vaak tekortschiet.⁵

Conclusie voor de praktijk:

- Zuurstofsaturatiemeting is een aanvullende handeling op de normale anamnese en lichamelijk onderzoek, die deze zeker niet vervangt. De klinische blik blijft belangrijker dan de elektronische uitslag.
- Het beoordelen van een saturatiemeting is moeilijker dan het op het eerste gezicht lijkt.
- Gerichte scholing van huisartsen die met een saturatiemeter werken is gewenst.

Literatuur: *www.cahag.nl*

De patiënt van klager via lijder naar leider. Het scharnierconsult (2)

Thei Steenkamer, kaderhuisarts astma/COPD, Almere

Het scharnierconsult markeert de overgang van een persoon waarbij recent de diagnose COPD (of astma) is gesteld en die klachten heeft, naar een persoon met de diagnose "chronische aandoening". De klachten waarvoor de patiënt hulp zoekt hebben nu – na de *diagnostische fase* – een naam gekregen. Het vervolg op het scharnierconsult is de *intensieve behandel fase*. In de Zorgstandaard COPD wordt deze "scharnierende" overgang beschreven in het hoofdstuk Diagnostiek en assessment. De kernboodschappen daarbij zijn:

- Het zorgaanbod aan de individuele patiënt is op elk moment in zijn ziektecarrière afgestemd op de zorgbehoefte.
- De zorg binnen een persoon zal door de tijd heen wisselen (dynamiek).
- De zorgvraag tussen de verschillende COPD-patiënten verschilt in belangrijke mate (heterogeniteit).

De Zorgstandaard COPD bedoelt met het begrip assessment de inventarisatie van alle hoofddomeinen van de integrale gezondheidstoestand van de patiënt. Het scharnierconsult is het begin van het assessment en ook het begin van de DBC. Na het scharnierconsult begint de intensieve behandel fase. De geïndividualiseerde zorg middels een *persoonlijk behandelplan*, bestrijkt de vier hoofddomeinen *stoornis, klachten, beperkingen* en de *kwaliteit van leven*.

In het scharnierconsult bespreken de huisarts en de patiënt de mogelijkheden om een actieve rol te nemen in de toekomst. De basis voor betrokkenheid en samenwerking wordt gelegd. Het is verrassend hoe creatief patiënten reageren als ze uitgenodigd worden om na te denken over hoe ze hun gezondheidstoestand willen en kunnen veranderen. De samenwerking ontstaat niet “zomaar”. Alleen als de patiënt en de huisarts er bewust naar streven is er een kans van slagen. Ondertussen is ervaring opgedaan over hoe dit te bereiken. Allereerst moet de huisarts aangeven dat de inbreng van de patiënt heel belangrijk is (regierol van de huisarts). Beiden spannen zich in om met eigen deskundigheid, eigen inspanning en reikwijdte behandeldoelen te halen.

Punten die ter sprake komen:

- Genezing is niet mogelijk en samen moet gestreefd worden naar een zo normaal mogelijk leven (diagnose).
- De ernst kan globaal aangegeven worden.
- Obstructief longlijden heeft ook consequenties voor mogelijk andere chronische aandoeningen (comorbiditeit).
- Medicatie begeleiding zal herhaaldelijk plaatsvinden.
- De Gezondheidstoestand zal beoordeeld worden met spirometrie, vragenlijsten en testen (meten).
- De leefstijl (roken, schone omgeving, bewegen, voeding) is het voornaamste punt van aandacht en essentieel in de samenwerking.
- Er zal aandacht zijn voor acceptatie en adaptatie: de emotionele balans (psychosociaal).
- Zonder goed voorgelicht te zijn kan de patiënt geen eigenstandige keuzes maken (educatie).
- Achter de huisarts en de POH bevindt zich een team dat indien nodig ingezet kan worden (team).

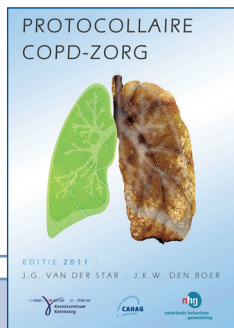
Het is bij uitstek een taak van de huisarts om de overgang van klachten naar diagnose, van klager naar lijder en van lijder-aan-een-aandoening naar leider-in-de-behandeling te begeleiden. Daarvoor is voldoende tijd noodzakelijk (minstens een dubbelconsult) en bovengenoemde punten zullen meestal aan de orde komen. De huisarts kondigt de intensieve behandelfase aan en bespreekt wat de patiënt van de huisartsvoorziening mag verwachten. Maar ook wat van de patiënt wordt verwacht. De huisarts nodigt de patiënt uit om een actieve rol op zich te nemen. Het proces van hulpverlening en rolinvulling moet helder worden.

Conclusie voor de praktijk:

- Integrale verbetering van de gezondheidstoestand kan alleen slagen als de patiënt die eigenstandige rol op zich neemt.
- In het scharnierconsult neemt de huisarts de regierol op zich en legt de basis voor een succesvolle samenwerking in het komende zorgproces waarbij de patiënt de regierol – naar vermogen – over kan nemen.

Literatuur: *PROTOCOLLAIRE COPD-ZORG 2011.*

<http://nhg.artsennet.nl/expertgroepen/cahag/Voor-de-praktijk/Protocolaire-COPD-zorg-1.htm>



De ontwikkeling van de ziektelastmeter COPD

Drs. Annerika Slok, onderzoeker en Prof. Dr. Onno van Schayck, Hoogleraar Preventieve Geneeskunde

In de Zorgstandaard COPD 2010 is een nieuwe indeling geïntroduceerd voor het bepalen van de ernst van COPD, namelijk de ervaren ziektelast. Een LAN-werkgroep, onder leiding van Onno van Schayck en Hans in 't Veen, longarts, is dit nieuwe concept handen en voeten aan het geven. De opdracht die de werkgroep heeft gekregen omvat het onderzoeken en ontwikkelen van parameters die de ziektelast op een eenvoudige, gebruiksvriendelijke en praktische manier kunnen aangeven ten behoeve van de diagnostiek en assessment, alsmede het monitoren van patiënten met COPD in eerste en tweede lijn.

Het project is opgedeeld in verschillende fasen. Fase 1, de inventarisatiefase, is 1 oktober 2011 afgerond. In deze fase zijn allereerst de doelen van de ziektelastmeter vastgesteld:

1. Inzicht te krijgen in de last die de patiënt ervaart;
2. Ziektelast van individuele patiënten te monitoren;
3. Tussen patiënten te differentiëren in ziektelast (inkaarten);
4. Patiënt en zorgverlener met elkaar in gesprek te brengen over de inhoud van de individuele zorg en de mogelijke interventies bij de betreffende patiënt.

Verder is een definitie geformuleerd van ziektelast, namelijk: “Ziektelast is een fysieke, emotionele, psychologische dan wel sociale ervaring van de patiënt met COPD. Deze ervaring beïnvloedt de mogelijkheden om met de gevolgen van de ziekte en behandeling om te gaan.”

Kwaliteit van leven is daarmee een belangrijk onderdeel van ziektelast en ziektelast kan consequenties hebben voor de patiënt, zijn omgeving, zorgverleners en/of de maatschappij. Ook varieert ziektelast doorgaans in de tijd. De conclusie van fase 1 was dat op dit moment geen instrument bestaat die de ervaren ziektelast van COPD meet. Daarom heeft de LAN het besluit genomen de ziektelastmeter verder te gaan ontwikkelen en is gestart met fase 2, de daadwerkelijke ontwikkeling van de ziektelastmeter. Parameters zullen worden vastgesteld en er zal een behandelingsalgoritme worden geschreven. In fase 3, de valideringsfase, zal het instrument in een randomized controlled trial (RCT) worden getest. Fase 4 is de afrondingsfase. De resultaten van de RCT zullen worden geanalyseerd en de ziektelastmeter zal eventueel worden aangepast en geschikt gemaakt voor landelijke inbedding in de zorg.

Conclusie voor de praktijk:

- Vanaf 1 oktober 2011 is gestart met de ontwikkeling van de ziektelastmeter COPD.
- De ervaren ziektelast zal mogelijk de huidige indeling van de ernst van COPD (GOLD) op termijn vervangen.

Noot redactie: *In afwachting van de definitieve resultaten wordt geadviseerd de definitie van de ziektelast te hanteren zoals beschreven in CAHAG Bulletin 3-2011. De meeste van de daarin*

beschreven parameters voor ziektelast zullen terugkomen in de uiteindelijke ziektelastmeter. Zie: <http://nhg.artsennet.nl/expert-groepen/cahag/Richtlijnen-en-Bulletin/CAHAG-Bulletin-en-publicaties-1.htm>

Agenda (zie: www.cahag.nl)

Adembenemend, jaarlijkse duo-cursus voor huisarts en praktijkondersteuner, 2 en 3 februari 2012 in Papendal.

Deze tweedaagse nascholing wordt georganiseerd door de kaderhuisartsen astma/COPD en is bedoeld voor de huisarts en praktijkondersteuner samen. In deze nascholing staat de implementatie van de astma en COPD zorg centraal. Aan het eind van deze nascholing gaat u naar huis met een verbeterplan voor uw praktijk.

POH cursussen 2012, 22 maart Amsterdam en 19 april Zwolle

Al vele jaren organiseren we elk voorjaar twee maal een landelijke cursus astma en COPD voor praktijkondersteuners. In deze ééndaagse cursussen besteden we aandacht aan nieuwe ontwikkelingen en actuele discussiepunten rond de zorg bij astma en COPD. Daarnaast bieden we een groot aantal keuzeworkshops aan waarin problemen uit de dagelijkse praktijk centraal staan.

CASPIR, Praktische Spirometrie in de Eerstelij

Voor meer informatie en inschrijven bovenstaande cursussen zie: <http://nhg.artsennet.nl/expertgroepen/cahag/Scholing-en-CASPIR.htm>

Onderwijs aan zorggroepen

De CAHAG biedt een scholingsaanbod speciaal gericht op zorggroepen. Deze scholing is voor huisartsen, praktijkverpleegkundigen/-ondersteuners, eventueel praktijkassistentes en samenwerkingpartners (bijvoorbeeld fysiotherapeuten).

Het aanbod is gericht op de zorg zoals die wordt verleend in de huisartspraktijken.

De scholing speciaal voor zorggroepen bestaat uit inhoudelijke (verdiepings-)modules over onderwerpen die van belang zijn bij de introductie van astma en COPD ketenzorg/DBC's. Het betreft modules die zowel te gebruiken zijn bij de opstart (bijvoorbeeld diagnostiek, controlebeleid, bewegen, medicatie, selfmanagement, etc.) als bij verdiepingmodules (inhalatietechniek, effectief bevorderen therapietrouw, verfijning medicamenteuze therapie, begeleiden bij COPD, werken met vragenlijsten, angst en depressie, comorbiditeit bij COPD, etc.). CASPIR Spirometrie-scholing kan een onderdeel zijn van het aanbod. 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/Scholing en CASPIR 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 CAHAG Bulletin, verschijnt 3x per jaar en heeft als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis die van belang is 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. 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 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, Nycomed, Teva Pharma, Novartis en de hoofdsponsors:

AstraZeneca
RESPIRATOIR

**Boehringer
Ingelheim**

gsk
GlaxoSmithKline