

COPD & ASTMA BULLETIN HUISARTSGENEESKUNDE

Nr. 1. 2014

Niels Chavannes CAHAG-vicevoorzitter



Sinds afgelopen juni ben ik benoemd tot vicevoorzitter van de CAHAG, een grote eer die ik kort even zal toelichten. Binnen de CAHAG was ik al voor mijn promotie op COPD Disease Management in 2005 actief, waarbij wetenschap en richtlijnontwikkeling altijd centraal hebben gestaan. Aan de Universiteit Maastricht had ik met veel plezier de gecombineerde opleiding tot huisarts-onderzoeker (AIOTHO) gevolgd, waarna ik betrokken raakte bij het opzetten

van een multidisciplinair gezondheidscentrum in een typisch Rotterdamse 'aandachtswijk'. De implementatie van teamwerk in zowel de eerste lijn als ook transmurale samenwerking, leefstijlbeïnvloeding door patiëntactivering, therapietrouw door toegesneden zelfmanagement en e-health als middel en niet als doel, zijn een paar onderling verbonden thema's die me sindsdien na aan het hart liggen. Na ruim vier jaar in de dynamische populatie van Rotterdam te hebben gewerkt, ben ik twee jaar geleden aan de slag gegaan als 'consultant family physician' in het United Family Hospital in Shanghai, een niet minder dynamische werk- en leefomgeving. De zorg betrof hier echter voornamelijk expats uit alle delen van de wereld, met een typisch hoogopgeleid klachtenpatroon. Ondertussen was ik bezig aanvragen te schrijven voor de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde aan het LUMC, wat vanuit China wonderwel lukte. Inmiddels begeleid ik elf promovendi op het gebied van COPD Disease Management, diagnostiek van astma en COPD, stoppen met roken interventies in de eerste lijn, en e-health implementatie strategieën. Binnen het CAHAG-bestuur bestaat mijn takenpakket uit wetenschap, de Long Alliantie Nederland (LAN) en internationalisering, wederom onderwerpen die in elkaars verlengde liggen. Met name het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten van de LAN, een doelmatig netwerkprogramma waar zowel VWS als Zorgverzekeraars Nederland zich inmiddels aan hebben gecommitteerd, vormt voor de CAHAG een belangrijke inhoudelijke kapstok in de komende vijf jaar. Gelukkig hebben wij als huisartsen een duidelijke stem in de vijf doelen van dit programma gehad, dat landelijk van grote invloed zal zijn. Maar ook de NHG-Standaarden astma en COPD, die momenteel in revisie zijn, vormen een invloedrijk uithangbord van de CAHAG. Last but not least denk ik dat we ook internationaal best trots mogen zijn op onze stevige eerstelijns positie in de longzorg, en de mate waarin we die toenemend wetenschappelijk weten te funderen. Vandaar dat ik al

een aantal jaren onze inbreng binnen de International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) probeer te vergroten, een snel groeiend wereldwijd netwerk van CAHAG-achtige organisaties, waar ik momenteel de president van ben. Het IPCRG World Congress vindt 21-24 mei 2014 plaats in Athene.

Bewegen en COPD

Gerrit van Roekel, kaderhuisarts 's-Hertogenbosch en docent huisartsopleiding Nijmegen

Volgende bewegen is een belangrijk leefstijladvies. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen behelst vijf keer per week dertig minuten wandelen/fietsen met een redelijk tempo. Het blijkt, dat bewegen volgens deze norm de kwaliteit van leven verbetert, de levensduur verlengt en mensen zich gezonder voelen.

Bewegen bij COPD

Patiënten met COPD hebben veelal een sedentair (zittend) leven en bewegen weinig. Op zich een logisch gevolg van hun aandoening. Hoe meer zij zich inspannen hoe benauwder zij worden. Uit diverse studies blijkt dat COPD-patiënten zich zeer bescheiden inspannen. Een van de belangrijke oorzaken van dyspnoe bij inspanning is het ontstaan van (dynamische) hyperinflatie. COPD-patiënten hebben meer tijd nodig voor hun expiratie en bij inspanning is de tijd te kort om voldoende uit te ademen, waardoor ze zich letterlijk opblazen en daarmee onvoldoende verse lucht kunnen inhaleren. COPD-patiënten met een zeer geringe fysieke activiteit (wandelen, fietsen, etcetera) hebben meer risico op exacerbaties, ziekenhuisopnames en sterfte. We weten dat als we COPD-patiënten kunnen motiveren om aan een beweegprogramma mee te gaan doen, ze zich zonder uitzondering aanzienlijk beter voelen (kwaliteit van leven) en hun prognose verbeteren. Hun actieradius is vergroot en ze kunnen weer zaken doen, die voorheen niet mogelijk waren.

Analyse beweeggedrag bij COPD/dagelijkse fysieke activiteit

Nu is het niet zo, dat alle COPD-patiënten per se een beweegprogramma moeten volgen. Het motiveren van COPD-ers om mee te doen aan een beweegprogramma kost nogal wat tijd en het lukt in de eerste lijn ook niet altijd om dat geregeld te krijgen. Bij diverse COPD-ers bestaat een hogere urgentie om te participeren in een programma. Het zou handig zijn om dit onderscheid in de eerste lijn te kunnen maken. In een Deense prospectieve studie bleek het onderscheid tussen een zeer lage fysieke activiteit (< 2 uur wandelen-fietsen/week ten opzichte lage/gemiddeld/hoge fysieke activiteit > 2 uur/week) een belangrijk afkappunt. Het risico van ziekenhuisopname, sterfte ten gevolge van een respiratoire ziekte, was aanzienlijk groter in de groep met een

zeer lage fysieke activiteit. Deze laatste groep bestond uit patiënten met licht tot ernstig COPD. Fysiotherapeuten zijn bereid om alle patiënten met COPD te screenen of deelname aan een beweegprogramma van belang kan zijn. Dit betekent dat we alle COPD-ers naar hen zouden moeten verwijzen en daar zit een bottleneck. Patiënten met COPD blijken niet gemakkelijk te verwijzen naar de fysiotherapie om te gaan oefenen. Veelal zijn ze er niet gerust op dat hun benauwdheid afneemt. Ze hebben de ervaring dat die bij inspanning juist toeneemt. Het kost nogal wat gespreksvaardigheden om hen daartoe te motiveren. Hiermee gaat een aanzienlijke hoeveelheid tijd gepaard, die niet altijd beschikbaar is. De huisarts/POH zouden op eenvoudige wijze moeten kunnen vaststellen welke patiënten veel baat bij een verwijzing zouden hebben. Kortom een stratificatie van COPD-ers, waarbij revalidatie van veel belang kan zijn. Patiënten met een geringere urgentie die graag fitter willen worden zouden zeker ook verwezen kunnen worden. Er zijn diverse instrumenten ontworpen om een beeld te krijgen van het beweeggedrag van COPD-patiënten. Vragenlijsten, die een indruk geven over de mate van fysieke activiteiten, maar ook eenvoudige apparaten die hiervan een indruk geven. Helaas zijn deze vragenlijsten niet altijd valide en betrouwbaar. Patiënten blijken nogal eens een verkeerde voorstelling van zaken te hebben met betrekking tot de mate van hun fysieke activiteiten. Ze doen dit op basis van hun herinnering en daar gaat het wel eens mis. Toch zijn er enkele vragenlijsten die een redelijke betrouwbaarheid hebben en die in de dagelijkse praktijk toepasbaar zijn:

- de MRC ter objectivering van de mate van dyspnoe geeft een goede indruk van de mate van beperkingen. Het blijkt dat patiënten met een $MRC > 3$ een lage fysieke activiteit hebben, ongeacht de mate van obstructie (FEV_1).
- de combinatie MRC en de PASE (Physical Activity Scaling in the Elderly) is nog accurater in het vaststellen van de ernstige fysieke inactiviteit.
- IPAQ (international Physical Activity Questionnaire) geeft een goede indruk van de mate van fysieke activiteit, tijdens werk, reizen en huishoudelijke activiteiten.

Apparaten, die beweging vastleggen bestaan uit twee typen, de pedometer en de accelerometrie, waarbij de pedometer de stappen vastlegt en de accelerometrie zowel beweging als acceleratie kan registreren. De laatste geeft een betere indruk van de fysieke activiteit dan de pedometer. Met name bij patiënten die weinig en langzaam bewegen. Dit treedt op bij bepaalde groepen van COPD-patiënten. Deze apparaten dienen drie tot zeven dagen permanent te worden gedragen (behalve bij baden, douchen en dergelijke). Deze geven een objectieve indruk van de fysieke activiteit van de drager en is hiermee een goede aanvulling op de vragenlijst.

Wie verwijzen naar fysiotherapie?

Patiënten met een MRC-score van drie of hoger worden dringend geadviseerd om aan een beweegprogramma deel te nemen. Ten einde nog accurater te kunnen verwijzen kunnen de gegevens van pedometer/accelerometrie worden meegestuurd. POH's die

nen te worden getraind om met de vragenlijst en deze bewegingssensoren om te gaan en ze juist te interpreteren. Patiënten die bepaalde cardiovasculaire problematiek hebben, zouden een inspanningstest moeten ondergaan om tijdig eventuele desaturaties met risico's voor het cardiovasculaire systeem te voorkomen. Deze groep zou moeten worden verwezen naar de longarts om ergometrisch onderzocht te worden en kunnen dan in een tweedelijns setting hun beweegprofiel verbeteren.

Financiering beweegprogramma

Sedert januari 2013 kunnen COPD-ers vanaf GOLD 2 in een chronisch beweegprogramma worden opgenomen. Hierbij betaalt de verzekeraar de kosten van de fysiotherapie. Patiënten met slechts een basisverzekering dienen de eerste twintig behandelingen zelf te betalen. Zij, die een aanvullende verzekering hebben waarin fysiotherapie is opgenomen, kunnen een vergoeding op de eerste twintig behandelingen tegemoet zien.

Gewenste ontwikkeling

Het zou een goede zaak zijn dat fysiotherapie binnen het ketenzorgprogramma zou worden opgenomen. Het is niet juist alleen de diëtetiek binnen de DBC te vergoeden. De combinatie training/bewegen en voedingsadviezen zijn noodzakelijk om patiënten met ondergewicht niet alleen vet te laten opslaan, maar ook via spiertraining en extra calorieën de kwaliteit van de musculatuur te laten verbeteren.

Conclusies voor de praktijk

- Stratificeer de COPD-patiënten in twee groepen, te weten: patiënten met een ernstige beperkte fysieke activiteit en patiënten die meer bewegen.
- Gebruik voor deze stratificatie de MRC en eventueel een bewegingssensor.
- Motiveer de patiënten met de laagste fysieke activiteit tot verwijzing naar de fysiotherapie.
- Patiënten die een beter bewegingsgedrag vertonen, maar dit willen verbeteren, dien je te verwijzen naar de fysiotherapie die gekwalificeerd is om COPD-patiënten te behandelen.

Prevalentie van COPD op het platteland in Uganda

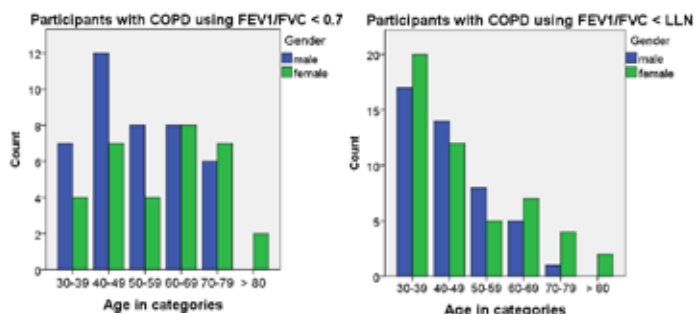
Frederik van Gemert, kaderhuisarts Harlingen en hoofdonderzoeker FRESH AIR Uganda

In ontwikkelingslanden wordt het gebruik van biomassa brandstof zoals hout, mest, oogstrestanten en houtskool gezien als een belangrijke oorzaak voor het ontwikkelen van COPD. Veel mensen zijn zich echter niet bewust van het schadelijk effect van dit gebruik. COPD is nagenoeg onbekend in Afrika en prevalentiecijfers zijn nauwelijks aanwezig.

FRESH AIR Uganda heeft in 2012 onderzoek gedaan naar de prevalentie en last van COPD met de bijbehorende risicofactoren. Het werd uitgevoerd in Masindi, een plattelandsdistrict in noordwest Uganda. Lokale gezondheidswerkers, die tevoren uitgebreid getraind waren, hebben willekeurig gekozen 588 volwas-

senen boven de 30 jaar in hun dorpen onderzocht. De gemiddelde leeftijd was 45 jaar (SD ± 14) en 51% van de deelnemers waren vrouwen. Meer dan 90% van de mensen werd blootgesteld aan rook door het binnenshuis koken met hout: 5½ uren/dag bij vrouwen en 3 uren/dag bij mannen. Bijna 42% van de mannen en 85% van de vrouwen hadden nooit gerookt; 35% mannen en 7% vrouwen waren rokers, en 23% mannen en 8% vrouwen waren ex-rokers.

Met een gefixeerd afkappunt van FEV₁/FVC ratio < 0,7, was de prevalentie van COPD 12,4% (n=73) en gebruikmakend van FEV₁/FVC ratio < lower limit of normal (LLN), was de prevalentie COPD verhoogd naar 16,2% (n=95).



Binnen de groep van 30-39 jarigen, nam het aantal mensen met COPD toe van 15% (17% mannen en 12% vrouwen) met gefixeerd ratio naar 39% (37% mannen en 40% vrouwen) met LLN.

De prevalentie van COPD in Uganda is hoog, vooral onder jonge mensen en vormt hoe dan ook een belangrijke bedreiging voor de gezondheid van alle mensen op het platteland. Behalve roken (met name jonge mannen) is biomassa brandstofgebruik waarschijnlijk de belangrijkste risicofactor. Kennisoverdracht is van vitaal belang zodat preventie- en interventieprogramma's kunnen worden opgezet.

Conclusie voor de praktijk

- In tegenstelling tot de lower limit of normal als criterium voor COPD, leidt een gefixeerd afkappunt tot overdiagnostiek bij ouderen en onderdiagnostiek bij jongeren.

Ondersteuning door een astma/COPD-dienst voor de dagelijkse praktijk. Samenvatting van een promotieonderzoek

Annelies Lucas, kaderhuisarts Astma/COPD, medisch directeur eerstelijns diagnostisch centrum Diagnostiek voor U, regio Eindhoven - 's Hertogenbosch-Panningen

In Nederland zijn er ongeveer 10 Astma/COPD-diensten (AC-diensten) verbonden aan eerstelijns diagnostische centra, die specialistische expertise beschikbaar stellen voor de diagnostiek van astma/COPD zonder dat verwijzing nodig is. Tijdens mijn promotieonderzoek *Support of an Asthma/COPD service for General Practitioners in daily care* heb ik de kwaliteit van zo'n Astma/COPD-dienst onderzocht. Het betrof de AC-dienst van

Diagnostiek voor U, het eerstelijns diagnostisch centrum te Eindhoven, waar jaarlijks elfduizend longfuncties beoordeeld worden.

Astma/COPD-dienst

De AC-dienst beoordeelt longfunctiegegevens samen met anamnestic gegevens. De longfunctiemetingen worden uitgevoerd door eigen biometristen of door de praktijkondersteuners in hun praktijk. Longartsen van regionale ziekenhuizen en kaderartsen zorgen voor de diagnostische interpretatie en geven zo nodig adviezen voor aanvullende diagnostiek en beleid. Het hele proces is geprotocolleerd (volgens de NHG-Standaard) en gedigitaliseerd.

Validiteit en betrouwbaarheid van 'papier' diagnostiek

Tachtig beoordelingen van longartsen bij de AC-dienst ('op papier') werden vergeleken met beoordelingen door dezelfde longartsen, bij dezelfde patiënten, in hun spreekkamer ('live' contact met de patiënt). De gestelde diagnoses kwamen in beide situaties goed overeen (Cohen's Kappa (κ): 0,82). De intra- en interbeoordelaar overeenkomst werd onderzocht bij 156 longfunctiemetingen die twee maal - met een tussenpauze van zes maanden - beoordeeld werden door vijf longartsen. Beiden voldeden aan de betrouwbaarheidseisen (κ : 0,68 resp. 0,63) en waren vergelijkbaar met de betrouwbaarheid bij ander complex diagnostisch onderzoek.

Diagnostische zekerheid

Werkhypothesen waarmee de huisartsen hun patiënten naar de AC-dienst verwezen bleken in bijna de helft van de gevallen niet bevestigd te worden. Dit was ook het geval als de werkhypothesen waren gebaseerd op gegevens uit een ontslagbrief van de longarts, hetgeen leek samen te hangen met niet eenduidige formuleringen en definities. Bij follow-up bleek dat diagnoses vaak opnieuw herzien of aangescherpt werden door de longartsen: COPD werd in 77% vanaf de eerste beoordeling gehandhaafd, bij astma was dat in 55%. De conclusie 'Dubbel diagnose AC' bleek erg instabiel en werd maar bij een kwart bij herhaling bevestigd.

Diagnostisch advies

In geval van discrepantie tussen anamnese en longfunctie kan de longarts bij de AC-dienst een advies geven voor aanvullende diagnostiek, veelal uit te voeren door de huisarts zelf (zoeken naar rhinosinusitis, reflux, cardiale problemen etcetera). Voor het bevestigen of verwerpen van de diagnose astma wordt geadviseerd om onderzoek te herhalen bij klachten, te verwijzen voor een histamedrempelbepaling of voor eenmalig consult bij de longarts. Huisartsen leken deze adviezen maar matig op te volgen, waardoor de diagnostische twijfel bij follow-up bleef bestaan.

Onterecht gebruik van ICS

Een van de adviezen voor aanvullende diagnostiek is: 'stop met inhalatiesteroïden (ICS) bij twijfel aan de diagnose astma en herhaal de diagnostiek na drie maanden of bij klachten'. Tijdens

het onderzoek werd expliciet aan de huisartsen gevraagd naar de reden voor ICS-gebruik als de beoordelend longarts de reden voor ICS onduidelijk vond (505 van 1177 ICS-gebruikers). Patiënten zonder expliciete diagnose astma (ooit aangetoonde reversibele obstructie) kregen het stopadvies en werden een jaar lang gevolgd. Resultaat: 15% van alle ICS-gebruikers bleek deze te kunnen missen zonder klachten te ontwikkelen of afwijkende longfuncties.

Conclusies voor de praktijk

- Astma/COPD-diensten leveren door het inzetten van specialistische expertise, efficiënte anderhalfdelijns zorg waarvoor geen verwijzing naar de tweede lijn nodig is en waarbij de huisarts de regie houdt.
- Behalve stellen van een betrouwbare diagnose kan de AC-dienst diagnostische twijfel signaleren en de huisarts adviseren bij het oplossen daarvan.
- Oneigenlijk gebruik van inhalatiesteroïden komt veel voor. Behalve een probleem op zich is dat ook een probleem voor de diagnostiek van astma. Een AC-dienst kan bevorderen dat huisartsen zich hiervan meer bewust zijn en eerst het diagnostisch traject afmaken alvorens ICS voor te schrijven.

CAHAG zaken

Cursus astma en COPD voor huisartsen en praktijkondersteuners 2014

In 2014 organiseert de CAHAG weer haar gerenommeerde een-daagse 'POH-cursus' voor praktijkondersteuners én huisartsen. En wel op donderdag 20 maart 2014 in Amsterdam en op dinsdag 15 april in Zwolle. In deze cursus staan nieuwe ontwikkelingen op het terrein van astma/COPD en het vertalen hiervan naar de dagelijkse praktijk centraal. In enkele plenaire presentaties wordt aandacht besteed aan belangrijke veranderingen (herziening NHG-Standaarden, Zorgstandaard COPD) en middels een workshopaanbod naar keuze van 15 praktijkgerichte workshops wordt stilgestaan bij diverse onderdelen van de astma/COPD-zorg. In deze workshops wordt gekeken hoe u het nu doet in de praktijk, wat er aan actuele kennis of 'best-practices' is ten aanzien van het onderwerp en wat u hiervan mee wilt nemen naar de eigen praktijk. Door als praktijkondersteuner en huisarts gezamenlijk de cursus te volgen, krijgt u inspiratie en praktische handvatten om tot gerichte verbeteringen in uw zorgaanbod te komen. Maar u kunt de cursus natuurlijk ook 'los' volgen. Met name als u zich aangesloten heeft bij een zorgprogramma astma/COPD of dit op korte termijn overweegt, kunt u zich middels deze cursus goed voorbereiden op wat er daarin van u verwacht wordt.

De cursus wordt gegeven door ervaren en inhoudsdeskundige docenten: kaderartsen astma/COPD, longartsen en praktijkverpleegkundigen.

U kunt zich aanmelden via de website www.cahag.nl; daar treft u ook de folder en meer uitgebreide informatie per workshop aan.

CASPIR online

CASPIR Online is een nieuwe mogelijkheid voor het volgen van de CASPIR module 6. Gewoon thuis achter je eigen computer, laptop of tablet. Maandelijks wordt een nieuwe casus klaargezet op de NHG-site. Per kalenderjaar dient u twaalf casussen te doorlopen, hiervoor ontvangt u drie accreditatiepunten. Tevens vervangt deelname aan CASPIR Online eenmaal een Module 6 avond voor de herregistratie. Het is noodzakelijk om de twaalf casussen van één kalenderjaar te doorlopen voordat accreditatie toegekend kan worden. Als u bijvoorbeeld in mei instroomt dan kunt u voor het jaar 2014 accreditatie krijgen als u de eerste vier casussen van dat jaar alsnog invult. De huisarts en de POH/PVK doorlopen dezelfde casussen, er wordt hierbij geen onderscheid gemaakt tussen uitvoerder en beoordelaar. De doorlopen casussen worden niet beoordeeld met voldoende / onvoldoende, u krijgt na het beantwoorden van de vraag direct terugkoppeling op het gegeven antwoord met onderbouwing. De casussen zijn opgezet om uw kennis van spirometrie te borgen en verbeteren. Het toetsmoment blijft het inleveren van het portfolio.

U kunt zich aanmelden voor CASPIR Online op www.cahag.nhg.org/actueel/nieuws/wat-caspir-online. Na aanmelding ontvangt u een factuur, na ontvangst van de betaling á € 60,- maken wij voor u een inlogcode aan. Maandelijks ontvangt u automatisch een bericht dat de nieuwe casus klaar staat. Na het doorlopen van alle twaalf casussen ontvangt u de drie accreditatiepunten. Dit zal dus medio januari 2015 zijn voor deelname in 2014.

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 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. Jiska Snoeck – Strobant, Thei Steenkamer, Gerrit van Roekel, Frank Oldenhof, allen (kader)huisarts, drs. Marjan Verschuur - Veltman, gezondheidswetenschapper.

Redactie-adres: 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 sponsoren Chiesi, Takeda, Novartis, Almirall en de hoofdsponsors:

AstraZeneca

gsk
GlaxoSmithKline

Boehringer
Ingelheim