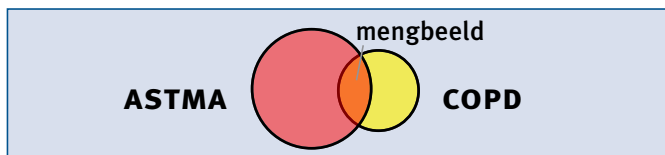


COPD & ASTMA BULLETIN HUISARTSGENEESKUNDE**Nr. 1. 2009****Hoe codeer ik een dubbeldiagnose astma en COPD als ICPC R96 (astma) of R95 (COPD)?***Dr. Ivo Smeele, kaderhuisarts astma/COPD, Eindhoven en Dr. Roeland Geijer, huisarts, stafid NHG, Utrecht.*

In de NHG-Standaard COPD (2007) is de diagnose 'astma met persisterende obstructie' vervangen door de dubbeldiagnose COPD én astma. In de praktijk rijst dan de vraag welke ICPC-codering wordt toegekend bij patiënten met kenmerken van beide aandoeningen. Door auteurs van de NHG-Standaarden Astma en COPD wordt een voorstel gedaan wanneer gekozen wordt voor *ICPC-code astma (R 96)* en wanneer voor *ICPC-code COPD (R 95)* en hoe de episode genoemd kan worden.



Uitgangspunt is een patiënt:

- ouder dan 40 jaar met hoesten, dyspnoe en/of piepen, én met reversibiliteit (toename FEV1 ten opzichte van de waarde voor bronchusverwijding met > 12% (of bij een kleiner longvolume > 200 ml)*, én
- met een herhaalde postbronchodilatoire obstructieve longfunctie (FEV1/FVC < 0.7).

Uitgaande van een patiënt die voldoet aan de bovenstaande criteria zijn er twee mogelijkheden:

1. Toekennen van *ICPC R96 (astma)* en het aanmaken van een *episode 'astma en COPD-component'* bij:
 - astma of allergische rhinitis in de voorgeschiedenis of bij een positieve test op inhalatieallergenen, of
 - het ontbreken van relevante rookhistorie (> 20 jaar roken of > 15 pakjaren). Overwegingen daarbij zijn dat de irreversibele obstructie mogelijk wordt verklaard door onder-rapportage of non-compliance van de patiënt dan wel onderdiagnostiek of onderbehandeling door de arts. De kern van de persisterende obstructie is echter de inflammatie, welke voortschrijdt en onvoldoende behandeld is. Vergeet echter niet dat bij sommige patiënten met ernstig astma ook bij maximale optimale behandeling ook irreversibele obstructie kan optreden!
2. Toekennen van *ICPC R95 (COPD)* en aanmaken van een *episode 'COPD en astmacomponent'* bij een relevante rookhistorie (> 20 jaar roken of > 15 pakjaren). De astmacomponent wordt eventueel ondersteund door de aanwezigheid van

astma en allergische rhinitis in de voorgeschiedenis en/of door een positieve test op inhalatieallergenen. Overwegingen hierbij zijn dat de irreversibele persisterende obstructie vooral wordt verklaard door de relevante rookhistorie (waarvoor een arbitrair afkappunt is gekozen van > 20 jaar roken of > 15 pakjaren), hetgeen het meest aansluit bij het pathofysiologisch profiel van COPD. Het beleid dient dan gericht te zijn op de aanpak van dit ziektebeeld. Daarnaast is behandeling met ICS bij een rokende astmapatiënt minder effectief en dient de behandeling zich primair te richten op stoppen met roken. Het verdient wel aanbeveling na verloop van tijd bij de boven beschreven patiënten met ICPC-code COPD en de episode omschrijving 'COPD en astmacomponent' die *gestopt* zijn met roken, de ICPC-code en de episode aan te passen in respectievelijk ICPC-code astma en episode 'astma met COPD-component' omdat bij hen de focus verschuift van stoppen met roken naar behandeling met ICS.

Conclusie voor de praktijk:

- Bij de dubbeldiagnose COPD en astma wordt gekozen voor die ICPC-code die het meest recht doet aan het pathofysiologisch profiel.
- Bij een relevante rookhistorie wordt gekozen voor *ICPC-code R95 (COPD)*, bij het ontbreken daarvan en de aanwezigheid van een astmavoorgeschiedenis (of allergie) voor *ICPC-code R96 (astma)*.

* Een toename van de FEV1 > 12 % van uitgangswaarde (of > 200 ml) kan bij een beperkt aantal patiënten met meer ernstig COPD ook voorkomen als gevolg van een vermindering van de hyperinflatie. Dit dient onderscheiden te worden van een astmacomponent.

Registratie van astma en COPD volgens ADEMD richtlijnen

Dr. Annelies Jacobs, senior-onderzoeker IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen en Dr. Bart Thoonen, huisarts, coördinator kaderopleiding astma/COPD.

In maart 2004 publiceerde het NHG de ADEMD-richtlijn waarin wordt aanbevolen op welke plaats welke inhoud zou moeten worden vastgelegd in het EMD. De ADEMD-richtlijn beveelt aan om gebruik te maken van de ICPC-codering en in episodes te registreren. Bij episodegericht registreren worden per patiënt alle deelcontacten en andere gegevens, zoals brieven van specialisten of laboratoriumuitslagen, gerangschikt onder één gezondheidsprobleem. De naam van de episode is de omschrijving van het gezondheidsprobleem. Een zestal soorten te registreren gegevens worden onderscheiden, die ieder een eigen plaats in het EMD hebben. Zie tabel 1.

TABEL 1 RELEVANTE GEGEVENS VOOR DE HUISARTSENPRAKTIJK IN HET EMD

Relevante gegevens	Plaats in het EMD
Klachten, ziekten en aandoeningen	Episode(lijst)
Contactgegevens voor nieuwe of bestaande klacht	Deelcontact
Voorschrijven en het voorschriftenoverzicht	Voorschriftenarchief
Aanvragen en resultaten van aanvullend onderzoek	Diagnostisch archief
Verwijzen en resultaten van verwijzingen	Correspondentiearchief
Contextuele informatie bijvoorbeeld psychosociale situatie, mantelzorg	Attentie/ kop/memo-regel

Het op deze wijze systematisch registreren biedt voordelen voor de *continuïteit* van de zorgverlening in geval van gedeelde zorgverlening, bijvoorbeeld met de praktijkondersteuner, die hetzelfde EMD gebruikt. Bij overdracht naar een andere discipline kunnen gemakkelijk de relevante gegevens worden geselecteerd en toegevoerd. Maar ook biedt het *consultondersteuning*. Door systematisch registreren ontstaat een overzicht van alle problemen bij een patiënt. Bij een probleem kan het beloop in de tijd worden gevolgd en de relevante gegevens voor dat gezondheidsprobleem kunnen worden opgeroepen. Bij het monitoren van patiënten, kan het EMD behulpzaam zijn. In de NHG-Praktijkwijzer Astma/COPD staan vragenlijsten genoemd die inzicht geven in de invloed van de obstructieve longaandoening op het dagelijks functioneren. Door deze gegevens op een vaste plek in het EMD vast te leggen, is makkelijk vast te stellen of relevante veranderingen in de gezondheids-toestand van de patiënt zijn opgetreden. Hetzelfde geldt ook voor het beloop van de longfunctie. Door de meetwaarden van een spirometrie op de juiste manier te bewaren, is snel inzicht te krijgen op de invloed van een anti-inflammatoire behandeling op de reversibiliteit van een patiënt met astma. Informatie die telkens op dezelfde plek en op dezelfde manier in het EMD staat geeft inzicht in de omvang en de kwaliteit van uw werk. Dan gaat het over het aantal mensen met COPD dat bij de huisarts in behandeling is en het aantal mensen met astma dat op een jaarcontrole is verschenen. Deze voorbeelden illustreren dat systematisch registreren van relevante medische gegevens in het EMD voordelen kan hebben.

Bij astma of COPD staat op de episodelijst de ICPC-code met daarbij een omschrijving. Zowel bij *astma (R96)* als bij *COPD (R95)* krijgt deze episode een 'bijzondere attentiewaarde', zodat deze als actueel probleem herkenbaar blijft. In het deelcontact legt u middels de SOEP-systematiek de inhoud van ieder contact vast. De voorgeschreven medicatie ligt vast in het voorschriftenarchief. Het diagnostisch archief is een belangrijke bron voor gegevens over het beloop van astma en COPD. In de labcodetabel en de tabel diagnostische bepalingen van het NHG staat een uitgebreide lijst van parameters die u gecodeerd kunt vastleggen. Voor astma en COPD zijn ruim 60 mogelijke parameters geformuleerd. Dat is veel, maar de belangrijkste voor astma en COPD zijn onder andere (zie ook www.cahag.nl → nieuws):

- de ICPC-code (in de episodelijst),
- de hoofdbehandelaar, allergiebepaling en piekstromvariabiliteit (bij kinderen),
- de ernst van de obstructieve aandoening (respectievelijk intermitterend versus persistent astma en het GOLD-stadium),

- de FEV en FVC (pre- en post-metingen),
- expositie aan tabaksrook, eigen rookstatus van de patiënt en de stop-roken-advisering,
- de medicatieprescripties,
- een beoordeling over het behalen van de streefdoelen per consult.

De keuze voor deze parameters zijn mede ingegeven door kwaliteits-indicatoren die op basis van de NHG-Standaarden door LHV/NHG en CAHAG zijn opgesteld (zie www.cahag.nl/nieuws → indicatoren).

Het is niet altijd makkelijk om alle informatie over astma en/of COPD eenduidig en op de juiste plek op te slaan (zie artikel van Smeele/Geijer over de dubbeldiagnose). Individuele huisartsen en groepen maken vaak hun eigen vuistregels, waardoor de eerdergenoemde voordelen van eenduidige registraties weer dreigen te verwateren.

Conclusie voor de praktijk:

- Registratie van gegevens in een elektronisch medisch dossier (EMD) is vooral bedoeld om de zorg voor patiënten te ondersteunen.
- Voordelen van systematische registratie zijn het reduceren van fouten, het monitoren van de patiënt en het ondersteunen van de kwaliteit van de zorgverlening.
- De ADEMD-richtlijnen bevelen aan om ICPC-codes te gebruiken en episodes te registreren.
- Astma en COPD zijn volgens de ADEMD-richtlijn episodes met een bijzondere attentiewaarde.
- Indicatoren die het LHV/NHG/CAHAG hebben ontwikkeld dienen gebruikt te worden.

Referenties: www.cahag.nl/bulletin

De rol van een expertgroep binnen het NHG.

Drs. Marjan Verschuur, CAHAG coördinator, interviewt drs. Kees in 't Veld, huisarts te Brielle en hoofd afdeling Implementatie van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en dr. Ivo Smeele, huisarts te Eindhoven en voorzitter van de CAHAG.

Wat is de functie van een expertgroep binnen het NHG?



Kees: 'Het NHG is met 10.000 leden een brede vereniging met als taak om praktijken breed te ondersteunen bij een wetenschappelijk verantwoorde uitoefening van de praktijk. Een expertgroep helpt het NHG om op deelterreinen die brede ondersteuning te verdiepen. Om die reden zijn er nauwe banden tussen het NHG en expertgroepen als CAHAG, DiHAG en huisarts-supervisors. Op

verschillende andere deelterreinen zoals GGZ, Urogynaecologie, Palliatieve zorg, Cardiovasculair Risicomanagement en Seksuele

gezondheid zijn collega's actief om zich in een expertgroep te organiseren. Experts geven richting aan de ontwikkeling van de zorg voor een bepaalde groep patiënten in de huisartsenpraktijk, verdiepen de kennis over die zorg en dragen er aan bij dat de kennis breed onder de collega's wordt verspreid en lopen daarmee voorop. Ook nemen zij initiatieven in de huisartsengroep of in de regio, zijn betrokken bij de opleiding tot huisarts, leveren een bijdrage aan de nascholing, zetten kennis om in richtlijnen voor het medisch handelen en de praktijkvoering en vertegenwoordigen NHG en LHV. Experts brengen enthousiasme en toewijding'.



Ivo: 'Expertgroepen en LHV/NHG dienen naar buiten toe één te zijn. De buitenwereld begrijpt er anders niets van (wie is nu aanspreekpunt?) en de huisartsgeneeskunde is niet gebaat bij een diversiteit aan standpunten en meningen. De expertgroep neemt de NHG-Standaarden daarom als uitgangspunt. Een expertgroep kan leren van LHV/NHG, want discussies over COPD-zorg zijn voorafgegaan door discussies over diabetes-zorg en LHV/NHG hebben daar ervaring mee. Zeker als het gaat om politiek gevoelige punten zoals zorgfinanciering. De expertgroep kan LHV en NHG ook goed vertegenwoordigen met name in platforms of bijeenkomsten waar veel specialistische zorgverleners verenigd zijn zoals bij de Longen Alliantie Nederland (het landelijke platform voor longziekten) of bij CBO richtlijnen of astma en COPD (bijvoorbeeld de ketenzorg-richtlijn). Door de bundeling van expertise wordt de CAHAG als volwaardige partner gezien. Huisartsvertegenwoordiging bij dergelijke platforms en organen is van groot belang voor de toekomst van de huisartsgeneeskunde en voor de patiënten. Ook binnen de discussie over de toekomstige financiering via DBC's is de CAHAG namens LHV/NHG actief. Allerlei zorgverleners willen in een DBC COPD opgenomen worden, vaak vanuit een tweede- of derdelijns perspectief, maar GOLD 1 en 2 patiënten hebben een ander ziekteprofiel en zorgbehoeften dan iemand met zeer ernstig COPD (GOLD stadium 4). Dat moet onderbouwd ingebracht worden en dat lukt met een groep huisartsgeneeskundige experts, die daar gezamenlijk aan werkt. Het feit, dat we bij de meeste relevante partijen een centrale positie innemen en serieus genomen worden als partner, laat zien dat het werkt!'

Is de opzet van een expertgroep een gewenste ontwikkeling, zorgt dit niet voor versnippering van zorg?

Kees: 'Ja, dat is een gewenste ontwikkeling, mits... de zorg ingebed blijft in de huisartsenpraktijk en de verdieping op een onderwerp niet leidt tot veronachtzaming van andere onderwerpen die net zo wezenlijk zijn voor het welbevinden van mensen. Een goed kennisniveau, een goede praktijkorganisatie en een goede werkverdeling in de praktijk zijn nodig voor zorg met goede uitkomsten. Dat vraagt veel van alle betrokkenen: bijblijven, uitwisselen, afspraken maken, resultaten beoordelen, bijsturen, borging'. Ivo vult aan: 'Inderdaad, het

grootste risico is het opdelen van de patiënt in organen en daar alleen op te focussen. Bij chronisch zieken gaat multimorbiditeit (d.w.z. een patiënt heeft meerdere chronische aandoeningen tegelijk) een toenemende rol spelen. De huisartseneeskunde is bij uitstek de discipline om dit generalistisch en integraal te benaderen. Maar wel met kennis van zaken, en daar kan de expertgroep weer aan bijdragen.

Hoe vindt afstemming plaats tussen de expertgroepen en het NHG?

Kees: 'Met de wat langer bestaande expertgroepen als CAHAG en DiHAG is regelmatig afstemming tussen het bureau van het NHG en leden van de expertgroep of coördinatoren van de kaderopleidingen. Het NHG biedt waar mogelijk faciliteiten en betreft de expertgroepen bij het NHG-werkprogramma. Het omgekeerde is ook het geval. Ook met de expertgroepen-in-richting is regelmatig contact'. Ivo: 'Die afstemming is van groot belang en de CAHAG hecht daar ook zeer aan. Omgekeerd is het ook goed dat het NHG geïnformeerd wordt door de expertgroepen over ontwikkelingen, en dat het thema van de expertgroep ook in het blikveld van LHV/NHG blijft. De huisartseneeskunde zal zich open moeten (blijven) stellen voor wat andere partijen denken en vinden en de expertgroep kan op haar onderwerp een goed doorgespeeld zijn en een signaalfunctie hebben voor belangrijke ontwikkelingen'.

Moet een expertgroep tijdelijk zijn?

Kees: 'Dat weet ik niet. Het zou wellicht kunnen (als het onderwerp breed is geborgd in de huisartsenpraktijk en er weinig ontwikkelingen zijn op het vakgebied), maar ik verwacht het niet. Wel zal de aard van expertgroepen in de tijd wellicht veranderen. De kracht van expertgroepen wordt immers bepaald door de kracht van de initiatiefnemers en de deelnemers. Het voortzetten van activiteiten is soms minder spannend of uitdagend dan het initiëren ervan. Dat vraagt de komende tijd zeker aandacht. Het is zaak dat meer schouders de 'last' gaan dragen. De kaderopleidingen leveren een waardevolle bijdrage aan het verbreden van het draagvlak van expertiseterreinen! Ivo: 'Het mooiste zou zijn als expertgroepen een structureel onderdeel zouden zijn van LHV/NHG en niet meer een aparte groep. Gezien de toenemende differentiatie en (super)specialisatie moeten we als huisartsen alle zeilen bijzetten om mee te blijven kunnen praten en de expertise in huis te hebben om alles op waarde te kunnen schatten. Daar moeten mensen en middelen beschikbaar voor zijn, en dat ontbreekt voorlopig nog bij LHV/NHG. Daarnaast bestaan expertgroepen ook uit mensen die misschien de vrijheid van de expertgroep nodig hebben om goed te kunnen werken. Een goed voorbeeld is het opzetten en uitzetten in het land van de gecertificeerde cursus 'Spirometrie in de huisartspraktijk (CASPIR)'. Het is belangrijk dat de kwaliteit van de spirometrie geborgd wordt. Er gaat veel geld in om en het cursusaanbod is te divers en te veel vanuit het perspectief van de tweede lijn. Als CASPIR gaat lopen kunnen LHV/NHG overwegen het op te nemen in de accreditering en kan het een rol spelen in discussies hoe je omgaat met kwaliteit van M & I verrichtingen'.

CAHAG activiteiten: voor huisartsen, praktijkverpleegkundigen en -ondersteuners.

CAHAG en het Astma Fonds

CAHAG en Astma Fonds ontwikkelen samen nieuw product voor huisartsen en praktijkondersteuners.

Patiënten die net de diagnose astma of COPD krijgen zitten vaak met veel vragen. Waarom ben ik benauwd? Wat gebeurt er in mijn lijf? Wat betekent dit voor mijn leven? Vragen waar de huisarts in het consult misschien niet genoeg tijd voor heeft. Toch is het voor patiënten belangrijk om de antwoorden op deze vragen te vinden. Het Astma Fonds heeft samen met de CAHAG een scheurblok ontwikkeld dat kan helpen antwoord te geven op deze vragen.

Aan de hand van dit scheurblok kan de huisarts de patiënt uitlegen hoe de longen werken en wat er gebeurt bij astma of COPD. Tevens kan de huisarts de patiënt attenderen op de patiëntenvereniging van het Astma Fonds voor meer informatie en het uitwisselen van ervaringen. De onzekerheid die mensen vaak voelen net na de diagnose kan hiermee voor een deel worden weggenomen.

Informatie over een patiëntenvereniging belangrijk

Uit onderzoek blijkt dat 85% van de huisartsen het als zijn rol ziet om patiënten te informeren over de patiëntenvereniging. Daar ligt een grote kans, want nu informeert maar 2-4% de patiënten regelmatig over de patiëntenvereniging. Met dit scheurblok wordt het makkelijker om mensen te informeren. De patiënten hebben baat bij een patiëntenvereniging, zij vinden meer informatie en kunnen hun ervaringen delen met andere patiënten. De meeste zorgverzekeraars vergoeden zelfs de kosten van het lidmaatschap. Zo kunnen we samen zorgen voor de beste zorg.



Astma Fonds vijftig jaar

De patiëntenvereniging van het Astma Fonds is begin 2009 opnieuw ingericht en gefuseerd met de Astmapatiëntenvereniging Vbba/LCP. Er staat nu een sterke beweging

die zich inzet voor één miljoen mensen met een chronische longziekte. Het Astma Fonds bestaat dit jaar vijftig jaar. We hebben de afgelopen jaren veel bereikt voor mensen met astma en COPD. Maar we zijn er nog niet.

Onze wens voor de toekomst? Iedereen gezonde longen!

Wilt u het scheurblok gratis ontvangen? Stuur een e-mail naar info@astmafonds.nl of bel 033-434 1295.

Agenda

CASPIR, Praktische Spirometrie in de Eerstelijns

Onder de naam CASPIR is een cursus ontwikkeld door vertegenwoordigers van de huisartsen (CAHAG/NHG), longfunctielaboranten (NVLA), longartsen (NVALT) en V&VN praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners. De cd-rom "Spirometry Fundamentals" maakt integraal onderdeel uit van deze cursus. Deze cursus kan uitgezet worden in uw regio, als

ongeveer tien koppels (huisarts en praktijkondersteuner) uit één regio interesse hebben, data in overleg. Voor meer informatie zie www.cahag.nl/caspir.

POH cursussen 2009

Eendaagse cursus astma/COPD voor praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners. Data: 12 maart 2009 te Rotterdam en 23 april 2009 te Zwolle. Info: www.cahag.nl

Kaderopleiding astma/COPD 'Lucht via lijnen'

Op 30 september 2009 start de derde ronde van de kaderopleiding. Meer info: <http://tinyurl.com/luchtviaalijnen>

Netwerkdag: 3 november 2009

De netwerkdag staat open voor CAHAG-leden en huisartsen met een meer dan gemiddelde betrokkenheid bij het onderwerp astma en COPD in de huisartspraktijk.

Locatie: Utrecht. Info: 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/Over de CAHAG. Het CAHAG bulletin, verschijnt minimaal twee keer 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, Ilonka Godschalk, Thei Steenkamer, allen (kader)huisarts, drs. Marjan Verschuur, 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 58 / Fax: 030 - 282 35 01

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door een unrestricted grant van:



AstraZeneca
life inspiring ideas



Boehringer
Ingelheim

GlaxoWellcome