

COPD & ASTMA BULLETIN HUISARTSGENEESKUNDE**Nr. 2. 2009****Het gebruik van astma en COPD vragenlijsten in de huisartsenpraktijk***Roland Riemersma, huisarts te Appingedam.*

De diagnose astma of COPD wordt in de huisartsenpraktijk meestal gesteld door de combinatie anamnese en longfunctieonderzoek. Voor het mede bepalen van de ernst, de behandeling, het monitoren en het systematisch meten van beperkingen en symptomen bij patiënten met astma en COPD kunnen vragenlijsten een belangrijk aanvullend hulpmiddel zijn.

De Clinical COPD Questionnaire (CCQ, bij COPD patiënten).*

De CCQ bestaat uit tien vragen onderverdeeld in drie domeinen: de functionele beperkingen, de symptomen en de mentale toestand. Naast een totaal score (antwoorden bij elkaar op tellen en delen door 10) geeft de CCQ inzicht in de drie domeinen. Deze domeinscores kunnen bijvoorbeeld gebruikt worden bij het maken van een behandelplan. Stel dat bijvoorbeeld een COPD patiënt GOLD 2 slecht scoort in het domein functionele beperkingen, dan is voor deze patiënt wellicht een reactiveringprogramma het meest aangewezen. Stel echter dat een patiënt met dezelfde longfunctiewaarden voornamelijk slecht scoort op het domein symptomen, dan kan het aanpassen van de medicatie of stoppen met roken geadviseerd worden. Tenslotte kan de totale CCQ-score ook inzicht geven in het effect van een behandeling. Het is namelijk gebleken dat een verandering van 0,4 punten in de CCQ-score door de patiënt als klinisch relevant wordt ervaren.

De Asthma Control Questionnaire (ACQ, bij astmapatiënten).*

De vragen in deze gevalideerde vragenlijst zijn gericht op klachten die specifiek voorkomen bij astma. Ook bij deze vragenlijst geldt dat de totale score (0=prima, 6=zeer slecht) van de vragen wordt gedeeld door het aantal vragen. De ACQ kent alleen een totaal score en geen aparte domeinen. De ACQ meet niet zozeer de health status, maar geeft meer een indruk hoe een patiënt zijn astma onder controle heeft. Een gemiddelde totaalscore < 0.75 betekent dat de astma goed onder controle is, bij een score tussen de 0.75 en 1.5 is er een matige en boven de 1.5 een zeer slechte astma controle. Vooral die laatste groep is van belang, omdat uit onderzoek is gebleken dat juist in deze groep het risico op exacerbaties en ziekenhuisopnames het hoogst is. Aan deze groep kan in de huisartsenpraktijk, door de praktijkondersteuner, extra aandacht gegeven worden: het geven van inhalatie-instructie, vragen naar therapietrouw en eventueel aanpassen van de medicatie.

De Respiratory Illness Questionnaire Monitoring 10 (RIQ-MON10 bij astma of copd patiënten).*

De RIQ-MON10 bestaat uit 10 vragen verdeeld over 2 domeinen: 5 vragen over lichamelijke en emotionele klachten en 5

vragen over sociale en fysieke beperkingen. De RIQ-MON10 is een gevalideerde vragenlijst, ontworpen voor volwassen patiënten met respiratoire aandoeningen, dus zowel geschikt voor patiënten met astma als patiënten met COPD. De scores kunnen gebruikt worden om het effect van een ingestelde behandeling te evalueren en om dieper in te gaan op die vragen die slecht scoren.

De Medical Research Counsel-score (MRC-score)* is ontworpen om de mate van functionele beperking door kortademigheid bij patiënten te meten. Op de vraag: "Bent u wel eens kortademig?" kan de patiënt een 5-tal antwoorden in oplopende ernst aankruisen. Een beperking van deze korte lijst is dat de meeste patiënten in de eerstelijns een goede tot redelijke score hebben (bv. bij COPD heeft 70% een score < 2).

De ACT* is een zeer korte gevalideerde vragenlijst die de mate van controle van astma beoogt te meten.

Het gebruik van vragenlijsten in de huisartsenpraktijk moet gezien worden als een aanvulling op de anamnese en het longfunctieonderzoek en niet als alternatief voor een goede anamnese door de huisarts of praktijkondersteuner. Echter, met vragenlijsten kunnen symptomen en beperkingen systematisch worden gemeten, waardoor de kans op onderschatting door de huisarts van de mate van beperkingen en de klachten ernst kleiner wordt. Verder kunnen deze vragenlijsten ingezet worden voor het monitoren van de astma/COPD en om het effect van een behandeling te meten. Vooral dat laatste is erg waardevol omdat vragenlijsten zich richten op symptomen en het effect van symptomen op het lichamenlijk welzijn. Bij astma gaat de huidige GINA richtlijn bij de behandeling ook uit van de mate van symptoom controle door aan te bevelen de behandeling te intensiveren bij afnemende controle. Deze controle is met vragenlijsten als de ACQ en de ACT goed te meten, terwijl de INSPIRE studie goed liet zien dat het meten van de controle door middel van de vraag "hoe gaat het met uw astma" volstrekt onbetrouwbaar was. Ook bij COPD richt de behandeling zich uiteindelijk alleen op verbeteren van symptomen en beperkingen door COPD. Korte vragenlijsten zijn in de huisartsenpraktijk echter een eenvoudig en verrassend betrouwbaar instrument, dat qua herhaalbaarheid te vergelijken is met laboratoriumwaarden. De voorspellende waarde met betrekking tot toekomstige exacerbaties is zelfs beter dan bij longfunctietesten. Kortom, vragenlijsten zijn wellicht geen alternatief, maar wel een zeer waardevolle en goedkope aanvulling op testen als spirometrie. Initiatieven met betrekking tot ketenzorg bij astma en COPD hebben daarom vrijwel altijd vragenlijsten in het pakket.

Conclusie voor de praktijk

- Vragenlijsten zijn waardevol en een goede aanvulling op testen als spirometrie.
- Vragenlijsten ondersteunen de signalerende rol en zijn een hulpmiddel om nieuwe behandeldoelen vast te stellen.
- Vragenlijsten geven zicht op de veranderingen binnen het klachtenpatroon.
- Vragenlijsten maken de zorg transparant; zorgverleners gebruiken dezelfde instrumenten.

* vragenlijsten met de daarbij behorende instructies zijn beschikbaar in de NHG-PraktijkWijzer astma/COPD en te downloaden via www.cahag.nl/voor-de-praktijk/praktijkondersteuning.

De onderwijscoördinator van de CAHAG

Barend van Duin, huisarts te Amsterdam, onderwijscoördinator CAHAG en Huisartsopleiding van de Vrije Universiteit te Amsterdam geïnterviewd door Marjan Verschuur, coördinator CAHAG.

Wat houdt de functie onderwijscoördinator bij de CAHAG in?



Op basis van ontwikkelingen op het terrein van astma/COPD en vragen vanuit de praktijk organiseer ik landelijke nascholingscursussen voor praktijkondersteuners en soms ook voor huisartsopleiders. Daarnaast is er jaarlijks de door kaderhuisartsen astma/COPD ontwikkelde cursus Adembenemend, voor huisartsen én praktijkondersteuners. Daarbij beheer ik ook een 'onderwijsbank' waarin recent onderwijsmateriaal van CAHAG cursussen verzameld wordt ten behoeve van de CAHAG docenten.

Hoe worden de cursussen ontwikkeld?

De cursussen worden ontwikkeld door expertdocenten van de CAHAG, die op basis van hun expertise gericht benaderd worden. Meestal gaat het om kaderhuisartsen of andere CAHAG huisartsen; ook enkele praktijkondersteuners met bijzondere expertise zijn betrokken bij ontwikkeling en uitvoering. Middels telefonische vergaderingen stellen we in onderling overleg vast wat de onderwerpen van de eerstkomende cursus zullen worden. Daarbij spelen nieuwe ontwikkelingen een rol: wat willen we in ieder geval aan de orde hebben; maar nog belangrijker zijn de evaluaties en de aanbevelingen van de laatste groep cursisten: wat hebben ze in het aanbod gemist en wat kan beter?

Als het aanbod aan lezingen en workshops is vastgesteld worden concepten hiervoor ontwikkeld door de docenten. Nieuwe en bijgestelde onderwijsmaterialen worden vervolgens weer voorgelegd aan de collega-docenten en na intercollegiale consultatie (en ongevraagd advies) verbeterd.

We streven daarbij naar een rijk aanbod aan interactieve workshops, waarin vragen vanuit de praktijk een belangrijke plaats hebben en meerdere werkvormen worden toegepast. Een overzicht van de nieuwste ontwikkelingen wordt doorgaans middels plenaire presentaties aangeboden.

Hoe zijn de ervaringen?

Heel goed. Jaarlijks bedienen we vele honderden cursisten met ons aanbod en de evaluaties zijn doorgaans goed tot zeer goed. We gaan er dan ook zeker mee door om de komende jaren landelijke nascholingen aan te bieden. Daarnaast willen we ons ook meer gaan richten op kleinschalige nascholingen op maat in de regio. We hebben in het hele land onze expertdocenten, die we hiervoor in kunnen zetten.

Door de landelijke onderwijsbank kunnen we onze docenten voorzien van actueel onderwijsmateriaal (ongeveer 25 workshops over alle mogelijke onderwerpen en vele lezingen aanwezig).

Wat voor een mogelijkheden biedt de CAHAG nog meer?

Onze experts (zie www.cahag.nl/voor-de-praktijk/cahag in uw regio) zijn ook in te schakelen voor consultatie bij verbetertrajecten (b.v. in het kader van de praktijkaccreditatie) of bij het opzetten van zorgprogramma's en DBC's.

Geïnteresseerd in nascholing of andere ondersteuning?

Barend van Duin kunt u voor vragen bereiken via cahagsecretariaat@nhg.org of bj.van.duin@online.nl.

Risico's op en preventie van fracturen bij corticosteroiden voor astma en COPD

Thei Steenkamer, kaderhuisarts astma/COPD Gezondheidscentrum GEIN Amsterdam Zuidoost.



Corticosteroiden worden bij astma en COPD ingezet in de vorm van inhalaties (onderhoudsbehandeling) en als oraal middel (meestal als stookkuren).

Recent is meer duidelijk geworden over het fractuurrisico bij het geven van stookkuren steroïden. In dit artikel een overzicht van wat bekend is over de risico's bij de verschillende therapievormen en strategieën.

Wat is bekend?

Van het gebruik van **inhalatie corticosteroiden** is bekend dat voor het gebruik van normale doses géén consistent bewijs is dat dit leidt tot een verhoogd fractuurrisico bij zowel astma als COPD.

Bij het gebruik van **orale corticosteroiden** is bekend dat de ononderbroken behandeling met orale corticosteroiden leidt tot een verhoogd risico op fracturen, met name van heup en wervels.

1. Alle patiënten die desalniettemin over een langere periode oraal corticosteroïd krijgen worden voorgelicht over hun risico en de maatregelen ter preventie van osteoporose.
2. Alle patiënten die langer dan 3 maanden met >15mg behandeld gaan worden krijgen direct bifosfonaat.
3. Postmenopauzale vrouwen en mannen boven de 70 jaar die langer dan 3 maanden behandeld gaan worden met ≥ 7.5 mg krijgen ook direct bifosfonaat.
4. Alle overige patiënten (mannen onder de 70 jaar en vruchtbare vrouwen) die langer dan 3 maanden behandeld gaan worden, krijgen een botdichtheidmeting en indien de Z-score <-1 of een T-score van <-2.5 dan behandelen met bifosfonaat.
5. Na het stoppen van corticosteroiden kan de behandeling met bifosfonaat gestaakt worden tenzij er een verhoogd risicoprofiel is (zie ook NHG-Standaard osteoporose).

Wat is nieuwe kennis?

Wat gebeurt er met patiënten die **intermitterend orale corticosteroiden** gebruiken? Wat is het risico van de patiënt die een stootkuur krijgt bij een exacerbatie?

F. de Vries en M. Bracke hebben dit onderzocht bij 190.000 gebruikers van orale corticosteroiden van 40 jaar en ouder. Het begrip cumulatieve blootstelling staat hierbij centraal, dit is het aantal dagen orale prednison x het aantal milligram per dag, en hoe lang geleden die prednison is gegeven. Resultaten uit dit onderzoek:

1. Patiënten die intermitterend hoge dosis orale corticosteroiden (dagdosis ≥ 15 mg) kregen én die weinig of géén eerder gebruik van steroïden vertoonden (cumulatieve dosis < 1 gram prednison) hadden een gering verhoogd risico op een osteoporotische fractuur.
2. Het risico op osteoporotische fractuur stijgt wanneer de cumulatieve blootstelling hoger is.
3. Patiënten met een lage cumulatieve blootstelling (< 1000 milligram prednison) hebben een normaal risico vanaf 6 maanden na de laatste stootkuur.
4. Patiënten met een hoge cumulatieve blootstelling (>1000 milligram prednison) hebben een normaal risico vanaf 15 maanden na de laatste stootkuur.

Conclusie voor de praktijk

- Het is zinvol om de **cumulatieve blootstelling aan prednison** te berekenen. Bijvoorbeeld een patiënt krijgt 2 maal een stootkuur van telkens 10 dagen 30 mg prednison per dag. Zijn cumulatieve blootstelling is dan $2 \times 10 \times 30 = 600 \text{mg} = 0.6 \text{gram prednison}$.
- Het is zinvol om bij een stootkuur te beoordelen of er een lage dan wel hoge cumulatieve blootstelling is en hoe lang geleden de vorige stootkuur werd gegeven.
- Indien blijkt dat er sprake is van een verhoogd risico dan is preventie geïndiceerd, zoals in de NHG-Standaard osteoporose staat beschreven. Een mogelijkheid is om bifosfonaat voor te schrijven gedurende de periode dat het risico nog verhoogd zal zijn. Naar deze strategie is echter nog geen onderzoek gedaan.

F de Vries, M Bracke, e.a. fracture risc with intermittent high-dose oral glucocorticoid therapy; arthritis & rheumatism vol56 jan 2007 pp208-214

Vroegtijdig opsporen van COPD en de effecten op stoppen-met-roken

Dr. Daniel Kotz, epidemioloog Maastricht University Medical Centre, Maastricht. Contact: www.daniel-kotz.de

Vroeg opsporen van COPD is belangrijk, maar niet zonder problemen. Er bestaat een risico op misclassificatie[1] dat echter verminderd kan worden door een aantal maatregelen te treffen.[2] Het verdient aanbeveling zich te richten op een groep mensen met een hoge a-priori kans op COPD (= "case-finding" aanpak). Dit zijn patiënten boven de 40 jaar die roken of flink gerookt hebben (b.v. 15 pakjaren of meer) en die één of meer respiratoire klachten hebben; met name hoesten of slijm opgeven en kortademigheid. Er bestaan ook vragenlijsten die door patiënten ingevuld kunnen worden om het risico op COPD te bepalen.[3] Echter, niet alle vragenlijsten zijn in elke situatie doelmatig; de recent ontwikkelde vragenlijst van Price et al. bleek in Maastrichts onderzoek niet goed te discrimineren tussen wél/geen COPD in een groep mensen die uitsluitend uit rokers bestond.[4]



Als in de eerstelijns case-finding voor COPD wordt toegepast, worden vooral mensen gevonden met licht en matig COPD en mensen met een normale longfunctie. In het Maastrichtse onderzoek werd spirometrie verricht bij rokers die nog niet bekend waren met COPD, maar voldeden aan bovengenoemde risicocriteria.[5] Na spirometrie had ongeveer eenderde licht tot matig COPD en minder dan 3% ernstig of zeer ernstig COPD. De meerderheid, ongeveer tweederde, had een normale longfunctie. Helaas leverde het onderzoek geen bewijs dat een behandeling met confrontatie met de diagnose COPD leidt tot meer succesvolle stoppogingen dan een soortgelijke behandeling zonder confrontatie.[6] Gelukkig werden geen aanwijzingen gevonden dat spirometrie rokers met een normale longfunctie weerhield te stoppen met roken; een argument dat ook wel eens genoemd wordt in het kader van vroegdiagnostiek bij COPD.

Conclusie voor de praktijk

- Het advies uit de NHG-Standaard om bij de combinatie van roken en luchtwegklachten diagnostische spirometrie te verrichten blijft onverminderd van kracht.
- Stoppen met roken blijft de hoeksteen van de behandeling van COPD.
- De confrontatie met een afwijkende spirometrie lijkt niet te resulteren in vaker stoppen met roken.[7]

Literatuur, zie www.cahag.nl/richtlijnen-en-bulletin

Long Alliantie Nederland



Stand van zaken rond de ontwikkeling van de zorgstandaard COPD



Philippe Salomé, huisarts in IJsselstein is namens de LHV/NHG/CAHAG voorzitter, samen met Hans in 't Veen (NVALT), van de werkgroep die zich bezighoudt met de ontwikkeling van de definitieve Zorgstandaard COPD. De Zorgstandaard COPD zal het eerste aansprekende product zijn van de Long Alliantie Nederland (LAN), waaraan alle actoren binnen het "longenland" hun

medewerking verlenen. De Zorgstandaard is de basis waarvan –naar verwachting 1/1/2010– de functionele bekostiging bekrachtigd zal worden. De Zorgstandaard, waarbij de zorgvraag van de patiënt centraal staat, bevat een functionele omschrijving van de voorwaarden waaraan minimaal goede COPD zorg dient te voldoen. Dus niet wie wat doet of hoe, maar wat er moet gebeuren. In feite is dit een opening naar een kwalitatieve versterking van de integrale zorg binnen de eerste lijn of de verdere ontwikkeling van chronische zorggroepen met multidisciplinaire en interdisciplinaire samenwerking. Medio februari zijn de eerste besprekingen gestart met als opdracht de voorlopige Zorgstandaard COPD verder te ontwikkelen tot een definitieve standaard, gedragen en geaccordeerd door de verschillende achterbannen, met het najaar als einddatum. Net als bij het voortraject blijkt het ook nu lastig om met alle actoren, met een andere achtergrond, tot een consensus te komen. Moeizaam maar zeker niet onmogelijk en een ieder binnen de werkgroep is overtuigd dat deze opdracht, binnen deze korte tijdspanne, haalbaar is. In het volgende bulletin het vervolg.

CAHAG activiteiten: voor huisartsen, praktijkverpleegkundigen en -ondersteuners

CASPIR, Praktische Spirometrie in de Eerstelijns

Onder de naam CASPIR is een cursus ontwikkeld door vertegenwoordigers van de huisartsen (CAHAG/NHG), longfunctie-laboranten (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 10 koppels (huisarts en praktijkondersteuner) uit één regio interesse hebben, data in overleg. Voor meer informatie zie www.cahag.nl/scholing en CASPIR.

Netwerkdag: 3 november 2009

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

Locatie: Utrecht. Info: www.cahag.nl/agenda's/cahag

Adembenemend: 21 en 22 januari 2010

2-daagse nascholing voor koppel: huisarts en praktijkondersteuner. Aan bod komen bijna alle aspecten van de astma/COPD zorg. Geïnteresseerd? www.cahag.nl/agenda's/cahag

POH cursussen 2010

Ook in 2010 zal de CAHAG weer een eendaagse cursus astma/COPD voor praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners organiseren in het land. Info: www.cahag.nl/scholing en caspir

CAHAG Conferentie 2010: 11 november 2010

Nadere informatie volgt.

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


 gsk GlaxoSmithKline