

COPD & ASTMA BULLETIN HUISARTSGENEESKUNDE**Nr. 3. 2008****Huisarts kaderopleiding Lucht via Lijnen.**

Interview met Drs. Ilonka Godschalk en Dr. Bart Thoonen over de huisarts kaderopleiding astma/COPD door Drs. Marjan Verschuur, CAHAGcoördinator.



Bart Thoonen is huisarts coördinator kaderopleiding astma/COPD 'Lucht via lijnen' te Nijmegen.

Ilonka Godschalk is kaderhuisarts astma/COPD en werkt in Prinsengebreek.

Waarom raden jullie een huisarts aan de kaderopleiding astma/COPD "Lucht via lijnen" te gaan volgen?

Bart: "De kaderopleiding astma/COPD is een mogelijkheid om je vak als huisarts uit te breiden met aanvullende taken en inhoudelijke kennis. Als je als huisarts de ambitie en interesse hebt om een actieve bijdrage te leveren aan het optimaliseren van de zorg voor mensen met astma/COPD in je regio, dan is deze kaderopleiding een aanrader".

Ilonka: "Door de kaderopleiding doe ik momenteel ander werk naast de praktijkvoering. Het biedt je meer kennis op medisch inhoudelijk gebied, maar nog meer op het gebied van management, organisatie en kwaliteit. Hierdoor kun je makkelijker en sneller een verbeterslag maken in de eigen praktijk, maar het biedt ook de mogelijkheid om ander werk te doen".

Zijn er instroomcriteria?

Bart: "Deelnemers aan de kaderopleiding astma/COPD zijn: werkzaam als huisarts, inhoudelijk geïnteresseerd in astma/COPD en bereid/in staat om na voltooiing van de opleiding een centrale rol te vervullen in handhaving en verbetering van de kwaliteit van astma/COPD zorg in de regio, gedurende 0,5 – 1 dag per week".

Hoe lang duurt de opleiding, hoeveel tijdsinvestering vraagt de opleiding? Is de opleiding te doen naast je eigen praktijkvoering, Ilonka?

Bart: "De opleiding duurt twee jaar en vraagt een tijdsinvestering van gemiddeld één dag per week. Deze tijd bestaat grotendeels uit het doen van opdrachten in de eigen praktijk en regio. Daarnaast is er één keer per maand een terugkomdag".

Ilonka: "De gemiddelde tijdsinvestering van één dag per week is echter niet altijd zo mooi gespreid. Sommige perioden vragen meer tijd, andere zijn juist wat rustiger. Ik denk dat het als fulltime huisarts moeilijk te doen is naast de praktijkvoering. Je zult er zeker tijd voor moeten vrij maken. De meeste collega kaderhuisartsen zijn toch één dag per week minder gaan werken. Zelf ben ik parttime werkend waardoor de combinatie goed te doen is. Het vraagt wel enige discipline".

Wat is de inhoud van de opleiding? Is het een theorie- of praktijkgerichte opleiding? Wat is de meerwaarde, Ilonka?

Bart: "Centraal in de kaderopleiding astma/COPD staan opdrachten die de kaderhuisarts in en om de eigen praktijk uitvoert. De specifieke activiteiten die daaruit voortkomen kunnen worden ondersteund door zelfstudie en stages. Een integraal onderdeel van de opleiding is deelname aan een regionaal ketenzorgproject. Daardoor start de kaderhuisarts al tijdens de opleiding met de kaderfunctie en wordt het noodzakelijke netwerk opgebouwd. Naast zelfstudie en het uitvoeren van opdrachten kent de kaderopleiding ook contactonderwijs. Dit zijn de maandelijkse terugkomdagen. Tijdens deze terugkomdagen worden uitgevoerde opdrachten gerapporteerd, wordt cursorisch onderwijs gegeven in de vorm van lezingen en workshops en worden nieuwe opdrachten gestart. Het doel van de terugkomdagen is met name uitwisseling van ervaringen en voortgangsbewaking. Tenslotte heeft iedere kaderhuisarts tijdens de opleiding een persoonlijke coach. Aan de hand van een studieportfolio begeleidt de coach de voortgang van de opleiding".

Ilonka: "Je leert om te kijken naar kwaliteit. Je begint in de opleiding met kwaliteitsverbetering in de eigen praktijk. Als die slag gemaakt is voor astma/COPD merk je dat dit ook toepasbaar is op andere chronische ziekten, waardoor je meer gaat werken aan een best practice. De opleiding is praktijkgericht met ondersteuning vanuit de theorie. Verder in de opleiding ga je meer in de regio rondkijken waardoor je een netwerk opbouwt van waaruit je later ook je werk als kaderhuisarts vindt".

Waarom is het noodzakelijk de kwaliteit en inhoud van de huisartsgeneeskundige zorgverlening bij astma en COPD te versterken?

Bart: "In de uitwerking over astma en COPD* van het NHG-Standpunt chronisch zieken heeft de CAHAG een probleem-analyse gedaan van de astma/COPD zorg. Ook staat daarin de gewenste situatie met betrekking tot deze zorg. Veel van de zwakke kanten van de huidige zorg hebben te maken met niet optimale toepassing van standaarden en samenwerkingsafspraken. Versterking van de kwaliteit van de huidige zorg is nodig om tot de gewenste situatie te kunnen komen. NHG en LHV hebben bedacht dat het opleiden van een laagdrempelig ondersteuningsnetwerk van kaderhuisartsen hieraan bijdraagt. Dat staat in de notitie 'Kwaliteit op koers' uit 1999".

Ilonka: "Astma en COPD krijgen eigenlijk pas de laatste jaren meer aandacht als chronische ziekte. Met de nieuwe standaarden maar ook de huidige inzichten over deze ziektebeelden blijkt dat nog veel te verbeteren valt, ook in de samenwerking naar tweede en derde lijn".

Wat is het specifieke takenpakket van een kaderhuisarts astma/COPD.

Bart: “De kaderhuisarts draagt bij aan het traject van praktijkaccreditering en de implementatie van richtlijnen. Ook geeft de kaderhuisarts een regionale impuls aan de kwaliteit van zorg en de samenwerking in de ketenzorg. Ook aan het maken van goede regionale DBC-afspraken met betrekking tot astma /COPD levert de kaderhuisarts een belangrijke bijdrage. Na de opleiding kan de kaderhuisarts:

1. patiënten met astma of COPD optimaal diagnostiseren, behandelen, begeleiden, en controleren middels een georganiseerde follow-up;
2. collega-huisartsen helpen met ontwikkelen en verbeteren van astma- en COPD-zorg;
3. de kwaliteit van een lokaal of regionaal vernieuwingsproject doorgronden en waar nodig ondersteunen en verbeteren;
4. op lokaal niveau (hagro) en regionaal niveau gewenste veranderingen op het gebied van patiëntenzorg herkennen en doorvoeren;
5. een bijdrage leveren aan het opzetten en in stand houden van regionale samenwerkingsverbanden op gebied van astma- en COPD-zorg;
6. een bijdrage leveren aan het in stand houden van een landelijk netwerk van deskundigen op het gebied van astma en COPD;
7. de deskundigheid van collega's en medewerkers op het gebied van astma en COPD bevorderen door te helpen bij het organiseren van nascholing;
8. de eigen deskundigheid op peil houden en nieuwe ontwikkelingen zelfstandig bijhouden”.

Ilonka: “Waar het uiteindelijk op neer komt, komt naar voren vanuit het logo waar wij voor gekozen hebben: kaderhuisarts, schakel tussen wetenschap en praktijk. Onze taak is om de kennis en inzichten die er zijn en ontstaan over astma/ COPD te implementeren in de eerste lijn”.

Wat raden jullie huisartsen aan die de kwaliteit van de zorg voor de astma en COPD-patiënt binnen hun praktijk/ regio willen vergroten?

Bart: “Dat hangt er van af. Als het gaat om verbeteringen in de eigen praktijk, dan raad ik huisartsen aan om ondersteuning en advies bij een kaderhuisarts te zoeken. Als het gaat om verbeteringen op lokaal of regionaal niveau, dan komt er vaak meer bij kijken. Dan kan de kaderopleiding een goed hulpmiddel zijn om veranderingen en verbeteringen aan te jagen. Veel van de opdrachten tijdens de opleiding richten zich al op het veranderen van lokale en regionale (keten-) zorg. Tegelijkertijd krijg je als kaderhuisarts in opleiding ondersteuning en coaching om hierin een zinvolle rol te kunnen spelen. Verschillende kaderhuisartsen hebben (een deel van) hun opleiding zelfs in de context van een regionaal verbeterproject kunnen financieren”.

Ilonka: “Zorg dat je goed weet wat je wilt en probeer niet meteen alles heel groot op te zetten. Denk aan de knelpunten en valkuilen. Met andere woorden zet het eerst op papier in een DART

formulering alvorens wat te gaan doen. Kortom, ga eens praten met een kaderhuisarts, deze kan je verder op weg helpen”.

Ilonka, je bent al enkele jaren een kaderhuisarts astma/COPD, merken jouw collega's of andere disciplines in de regio hier wat van?

Ilonka: “In het begin moet je vooral zelf aan de weg timmeren. Het fenomeen kaderhuisarts zegt de meeste mensen nog niet zoveel. Het is vooral veel PR-werk. Sinds een klein jaar weten de meeste mensen me wel te vinden. Ik geef nu regelmatig nascholing voor zowel huisartsen als POH, voor zowel de WDH-en, ziekenhuis als industrie. Daarnaast ben ik betrokken bij een ketenzorgproject. Hierin merk je dat je inderdaad de schakel bent tussen eerste en tweede lijn. Samen met collega kaderhuisartsen organiseren we jaarlijks een eigen nascholingsprogramma voor huisarts-POH koppel. Ik ben zelf ook actief voor de tweede kaderopleiding en binnen de CAHAG (als kaderhuisarts astma/COPD ben je automatisch lid van de CAHAG). Zoals je merkt kan het redelijk druk worden. Voor mij heeft dit werk duidelijk meerwaarde naast mijn werk als huisarts. Je kunt de werkzaamheden zo groot en klein maken als je zelf wilt. Dit is ook een van de voordelen. Mijn collega's op de praktijk maken dankbaar gebruik van de kennis, maar zijn gelukkig inschikkelijk als ik weer eens een dag nascholing ga geven of andere activiteiten heb”.

Meer weten?

Informatie over de kaderopleiding ‘Lucht via lijnen’
Bart Thoonen, B.Thoonen@hag.umcn.nl
* www.cahag.nl/cahagbulletin

Hoe dienen turbine spirometers onderhouden, schoongemaakt en gecontroleerd te worden?

Dr. Ivo Smeele, kaderhuisarts astma/COPD, Eindhoven

De turbine spirometer is de meest gebruikte spirometer in de huisartspraktijk, en te herkennen aan de sensor met daarin een vaantje dat ronddraait bij blazen. Over schoonmaken, onderhoud en controle bestaat onduidelijkheid. Waar is op basis van literatuur en meningen van deskundigen consensus over en waarover niet? Uitgangspunt daarbij is het gebruik van de spirometrie van tussen de vijf tot tien metingen per week. Bij vaker meten dient controle naar rato vaker te geschieden.

Periodieke controle nauwkeurigheid

Geadviseerd wordt om één keer per week een biologische ijking te doen. Dit kan heel praktisch door de POH zelf, bijvoorbeeld bij een eerste patiënt die week bij het voordoen. Biologische ijking: het gemiddelde van de FEV1 en FVC berekenen van bijvoorbeeld de tien beste metingen. Daar een

range van 5% van nemen en daar binnen moeten de waarden vallen; zo niet, dan turbine controleren met de ijkspuit. Het voordeel van een biologische ijk is dat hierbij ook de flow wordt gecontroleerd. Dat gebeurt niet met een ijkspuit. Controle met een 3 liter ijkspuit dient minimaal één maal per zes maanden te geschieden, mits de biologische ijk stabiel is. Een afwijking tot 3% voor de (F)VC is acceptabel. De 3 liter spuit heeft de voorkeur omdat deze meer in het volumegebied zit van de patiënten in de huisartspraktijk dan de 1 liter spuit. Een 3 liter spuit kan goed in hagro-verband worden aangeschaft. Kalibratie, het opnieuw instellen van het nulpunt, kan met de turbine spirometers niet goed door de gebruiker zelf worden gedaan. Hier is alleen aanleiding voor bij afwijkingen bij de ijking. De turbine spirometers blijken in de praktijk gelukkig zeer stabiel. Onderhoud bij de leverancier, mits ijking normaal, kan op pragmatische gronden gedaan worden na de eerste twee jaar en dan bijvoorbeeld jaarlijks.

Bijhouden van een logboek.

De resultaten van onderhoud, ijkcontroles en kalibraties worden - met datumvermelding - vastgelegd in een logboek. Indien, naar aanleiding van concrete metingen bij patiënten, twijfels rijzen over de betrouwbaarheid van de meter, wordt dit eveneens in het logboek genoteerd. Zo is achteraf altijd te reconstrueren in welke periode sprake geweest kan zijn van onbetrouwbare testuitslagen. Een tip is om een “ijkpatiënt” aan te maken, het apparaat slaat dan zelf deze gegevens op onder “ijkpatiënt”.

Hygiëne/schoonmaken

In ieder geval bij elke patiënt handen wassen en een schoon disposable mondstuk gebruiken. Over het gebruik van een bacteriefilter zijn de meningen verdeeld. Tegen filters pleit dat uit een studie (1) blijkt dat vijf minuten na blazen geen pathogene micro-organisme meer konden worden gekweekt uit de sensor. Echter, dat betreft een andere sensor verder weg van de mond van de patiënt. Meer literatuur is niet beschikbaar. De mening van de longfunctie analisten is, dat bij iedere patiënt een bacterie filter gebruikt dient te worden. Deze kost € 1,25 per stuk. Omdat eigenlijk nooit melding gemaakt wordt van besmetting via het mondstuk, adviseren huisarts richtlijnen na iedere patiënt minimaal vijf minuten tijd te laten zitten (2). Bij twijfel (een nieuwe patiënt met onbekende diagnose en zeer purulente hoest) is het aan te bevelen om de sensor te desinfecteren volgens de aanwijzingen van de fabrikant of om een filter te gebruiken. Alhoewel menigeen bang is voor verspreiding van TBC via de spirometer leert de ervaring dat dit in de praktijk nooit voorkomt.

Schoonmaken dient minimaal één maal per week volgens de aanwijzingen van de fabrikant te geschieden. Dit bestaat uit:

- verwijder de sensor uit de meetunit en desinfecteer de turbine gedurende 10 minuten in een hiervoor geschikte vloeistof (perasafe, descogen o.i.d.)
- naspoelen met gedemineraliseerd water, om te voorkomen dat kalkresten na droging achterblijven
- laten drogen aan de lucht
- desinfecteren overige delen met 70% alcohol (gaasje)

Conclusie voor de praktijk

- Biologische ijk één maal per week, controle met ijkspuit (3 l) minimaal één maal per zes maanden.
- Logboek bijhouden over onderhoud, ijkcontroles en kalibraties.
- Altijd schoon mondstuk en minimaal één maal per week schoonmaken.
- Gebruik bacteriefilters is onderwerp van discussie.

Literatuur → www.cahag.nl

Prednisolon-test bij de diagnostiek van COPD en/of astma?

Dr. Roeland Geijer, huisarts in Utrecht

Het begrip CARA is de laatste jaren geleidelijk aan vervangen door de begrippen astma en COPD. Om bij volwassenen ouder dan 40 jaar astma en COPD te onderscheiden werd destijds een prednisolon-test nodig geacht. In de laatste versie van de NHG-Standaard is deze test komen te vervallen door veranderende inzichten in de afgelopen jaren. In dit artikel wordt het verdwijnen van de prednisolon-test toegelicht.

Let op! De prednisolon-test mag niet verward worden met de stootkuurprednisolon bij een exacerbatie van COPD.

Doel prednisolon-test

Het doel van de prednisolon belasting-test was om, onder andere, de maximaal haalbare longfunctie (FEV1) vast te stellen. De groep mensen die voor de test in aanmerking kwamen waren personen ouder dan 40 jaar, die in een stabiele fase van de klachtbeleving bij spirometrie luchtwegobstructie hadden en géén reversibiliteit op bronchusverwijding. De test bestond uit spirometrie vóór en ná een prednisolonkuur van 30 mg per dag gedurende twee weken. Ná deze prednisolonkuur werd dan opnieuw spirometrie afgenomen: vóór en ná bronchusverwijding om een aanwezige verbetering van het obstructieve beeld vast te stellen. Men hoopte op deze manier een maximale FEV1 waarde te vinden die zou kunnen dienen als uitgangswaarde voor het verdere beloop en die de diagnose COPD of astma zou onderbouwen.

De diagnose COPD werd –in de 2001 versie van de standaard- gesteld bij patiënten die (1) vrijwel voortdurend dezelfde klachten hebben van dyspnoe en/of hoesten en al dan niet slijm opgeven gecombineerd met (2) afwezigheid van reversibiliteit op bronchusverwijders én (3) het niet bereiken van een normale longfunctie; óók niet ná prednisolon-test. Bij (gedeeltelijke) verbetering van de longfunctie na de prednisolon-test zouden patiënten wellicht gebaat zijn met behandeling met inhalatiecorticosteroiden vanwege het aanwezig zijn van een ‘astma’component.

Nieuwe inzichten

Nieuw onderzoek heeft aangetoond dat er géén verband is tussen de “korte-termijn-respons” op de prednisolon-test en het

“lange-termijn-effect” van de inhalatiocorticosteroiden op de kwaliteit van leven én evenmin op de achteruitgang in longfunctie bij COPD. Daarnaast is de diagnostische waarde van de prednisolon-test niet aangetoond. Tot op heden is de vraag niet beantwoord of de prednisolon-test wat toevoegt aan de gegevens uit de anamnese (beginleeftijd van de luchtwegklachten, roken, aanwijzingen voor allergie). Met deze gegevens plus herhaalde spirometrie blijken we in de dagelijkse praktijk (ook zonder prednisolon-test) bij het merendeel van de patiënten het onderscheid tussen astma en COPD goed te kunnen maken. Bij een minderheid; namelijk (ex) rokers boven 40 jaar met anamnestiche aanwijzingen voor astma of allergie blijft het lastig te bepalen of ze alleen COPD of de dubbel diagnose hebben.

Slot

De twee overwegingen waarom men dacht dat de prednisolon-test zinvol zou kunnen zijn is door later onderzoek niet bevestigd. Om deze reden wordt de test in de versie 2007 van de standaard COPD niet meer aanbevolen.

Conclusie voor de praktijk

- Prednisolon-test als diagnosticum is komen te vervallen in de NHG-Standaard.
- Behandel bij een vermoedelijk nieuwe patiënt eerst de eventueel aanwezige exacerbatie.
- Voer diagnostische spirometrie uit in de rustige fase van de klachten.
- Aangetoonde COPD met een astma of allergie verleden betekent de dubbel diagnose; astma + COPD.

CAHAG activiteiten: Astma & COPD voor en door huisartsen, praktijkverpleegkundigen en ondersteuners.

Cursus Praktische Spirometrie in de Eerstelij (CASPIR)

Onder de naam CASPIR is een cursus ontwikkeld door vertegenwoordigers van de huisartsen (CAHAG/NHG), V&VN praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners, longfunctielaboranten (NVLA) en longartsen (NVALT). De Cd-rom “Spirometry Fundamentals” maakt integraal onderdeel uit van deze cursus. Deze cursus kan uitgezet worden in uw regio. Voor meer informatie zie www.cahag.nl/praktijkondersteuning.

Agenda

CAHAG conferentie: 22 januari 2009

Centraal op deze 5e conferentie staat het gebruik van ICT, computer en internet bij de begeleiding van astma/COPD in de 1e lijn/huisartsgeneeskunde. Aangezien stoppen met roken een van de belangrijkste aandachtspunten is bij deze zorg zal ook dit thema speciale aandacht krijgen. Buiten dit thema om is ruimte voor het presenteren van actuele (wetenschappelij-

ke) ontwikkelingen en resultaten van recent onderzoek. Locatie: Maarssen, meer info: www.cahag.nl

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

Adembenemend: 29 en 30 januari 2009

Tweedaagse nascholing voor koppel huisarts en praktijkondersteuner. Aan bod komen bijna alle aspecten van de astma/COPD zorg. Geïnteresseerd? www.cahag.nl/agenda.

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](http://www.cahag.nl/Over%20de%20CAHAG). Het CAHAG Bulletin, verschijnt minimaal twee keer per jaar en heeft als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis van belang 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, mevr. Ilonka Godschalk, Thei Steenkamer, allen (kader)huisarts.

Eindredactie:

drs. Marjan Verschuur, coördinator.

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:

AstraZeneca
life inspiring ideas

**Boehringer
Ingelheim**

GlaxoWellcome