

COPD & ASTMA BULLETIN HUISARTSGENEESKUNDE**Nr. 1. 2010****De zorgstandaard-COPD: niet anders maar meer “fine-tuning”***Philippe Salomé, co-voorzitter werkgroep zorgstandaard-COPD, huisarts te Nieuwegein.*

Het voorstel voor de zorgstandaard-COPD is de informatie- en consultatiefase gepasseerd. Het is het LAN-bestuur aangeboden voor de accorderingsfase en zal volgens verwachting medio/eind april definitief geautoriseerd worden. Hierna volgt de fase van communicatie en implementatie.

De voorliggende standaard doet meer recht aan de COPD-patiënt, als centraal -mede verantwoordelijke- persoon (zorgvraag versus zorgaanbod) dynamisch in zijn ervaren ziektelast, waarvoor integrale benadering noodzakelijk.

De COPD-patiënt heeft meer dan alleen een fysiologische stoornis, is **niet alleen** in GOLD-stadia in te delen. Hij ervaart klachten (hoesten, opgeven van slijm, exacerbaties –wisselend in ernst en frequentie); beperkingen in het dagelijkse functioneren (dyspnoe, verminderde fysieke belastbaarheid/ inspanningsvermogen); de aanwezigheid van comorbiditeit en problemen in de kwaliteit van leven. Deze domeinen worden mede bepaald door de mate waarin de patiënt erin slaagt zich aan de stoornis aan te passen (adaptatie), waarbij zijn gedrag centraal staat. Naast uiteraard stoppen met roken is om die reden zelfmanagement, als adaptief gedrag, van het grootste belang. Zelfmanagement is meer dan alleen therapietrouw, juiste medicatiegebruik of exacerbatie-management. Het betreft dus o.a. ook acceptatie van het hebben van COPD; het aanpassen van het bewegingspatroon; het vergroten van zelfeffectiviteit door oefeningen; het mobiliseren en behouden van sociale contacten en het behouden van een emotionele balans.

Voor de diagnostiek is anamnese en spirometrie essentieel. Conform de definitie moet er sprake zijn van klachten met een niet of niet geheel omkeerbare luchtwegobstructie, waarbij de indeling hiervan geschiedt – na bronchusverwijding- volgens de GOLD-criteria. Dit is het begin van de inventarisatie van alle bovenbesproken hoofddomeinen (fysiologische stoornis, klachten, beperkingen, QoL) van de integrale gezondheidstoestand van de patiënt (assessment), inclusief de adaptatie en comorbiditeit. Het assessment vindt zowel kwalitatief als kwantitatief plaats (CCQ of RIQ-MON10, MRC, gewichtsverlies en BMI, FEV1, FER). Op basis van deze globale beoordeling van de fysiologische toestand en klachten en beperkingen (=basale assessment) kan een individueel (=maatwerk) behandelplan, samen met de patiënt als medeverantwoordelijke, worden opgesteld of voor nadere analyse doorverwezen worden. De indicaties voor nadere analyse komen nagenoeg overeen met de NHG-Standaard.

Zoals eerder gemeld, wordt in deze zorgstandaard de GOLD-

indeling niet als **leidend** gehanteerd, maar wordt gesproken over COPD-patiënten met een lichte, matige of ernstige ziektelast. Kijken we naar de betekenis van deze nieuwe indeling voor de plaats waar de zorg wordt verleend dan zal dit niet leiden tot grote verschuivingen. Dit mede omdat de criteria voor verder assessment overeenkomen met de eerdere criteria beschreven in de Landelijke Transmurale Afspraken COPD. Ook is bekend dat de oude GOLD-1-patiënt meestal slechts een lichte (tot geen) ziektelast ervaart, maar uitzonderingen hierop zijn wel mogelijk. Het merendeel van de oude GOLD-2-patiënten zal een lichte ziektelast ervaren, en bij een substantieel deel komt matige ziektelast voor. De oude GOLD-3-patiënt zal meestentijds matige tot ernstige ziektelast ervaren, maar de “stabiele” patiënt zal lichte ziektelast ervaren. De patiënt met lichte ziektelast blijft of keert terug in de eerste lijn, matige ziektelast verdient nader assessment waarna meestentijds terugverwijzing dan wel shared-care volgt. De patiënt met ernstige ziektelast zal blijvend intensieve zorg ontvangen in de tweede/derde lijn.

Naast bovenstaande inhoudelijke aspecten (diagnostiek, assessment, individueel zorgplan, begeleiding, participatie en re-integratie) spreekt de zorgstandaard-COPD zich o.a. uit over de organisatiestructuur van de keten. Twee belangrijke zaken, te weten preventie en prestatie-indicatoren, zijn hierin nog niet beschreven.

Concluderend:

- Patiënt centraal van aanbod gestuurd naar zorgvraag, met individueel en dynamisch behandelplan.
- Spirometrie naar aanleiding van klachten blijft noodzakelijk voor de diagnostiek, dus ook de GOLD-criteria.
- GOLD-criteria niet leidend maar onderdeel van totaal assessment met als resultaat indeling in ziektelast.
- Ziektelast wordt bepaald door 4 hoofddomeinen (fysiologische stoornis, klachten, beperkingen en kwaliteit van leven).

Na de autorisatiefase is de zorgstandaard-COPD te downloaden, www.cahag.nl.

Palliatieve zorg voor mensen met COPD. Wanneer start de palliatieve fase? (deel 1)

Dr. Marion Grol, CBO werkgroep Richtlijn Palliatieve zorg voor mensen met COPD, huisarts te Culemborg; dr. Ivo Smeele, (kader) huisarts astma/COPD te Eindhoven.



Recent is de conceptrichtlijn palliatieve zorg bij COPD op internet gepubliceerd (www.cahag.nl). Belangrijke onderdelen voor de praktijk worden nu en in volgende bulletins besproken. In dit bulletin de vraag wanneer de palliatieve fase start.

Door het onvoorspelbare beloop van de ziekte COPD is het lastig om deze vraag te beantwoorden. Bij palliatieve zorg is het van groot belang de levensprognose (mortaliteit) op redelijk korte termijn (bv. < 6 maanden) te kunnen voorspellen. Dit heeft belangrijke implicaties voor de behandeling en communicatie (bv. wanneer het gesprek hierover aan te gaan). Wat is hierover bekend?

Voorspelling van de lange termijn prognose wat betreft overlijden bij COPD is goed onderzocht in een groep met overwegend GOLD-III- en IV-COPD-patiënten (1). Relevante prognostische factoren bleken te zijn FEV₁, BMI, MRC dyspnoe score en 6-MWD (6 minuten wandeltest), samengevat in de zg. BODE-index. Daaruit bleek dat de 4,5-jaars overleving van alle COPD-patiënten 74% was. De groep met de hoogste BODE-index had een veel slechtere prognose, de overleving was na 4,5 jaar ongeveer 20%. Echter, na 12 maanden was > 95 % van alle patiënten nog in leven, ook die met de hoogste score op de BODE-index. Kortom de BODE-index is van weinig waarde voor het voorspellen van overlijden op korte termijn. Ander onderzoek naar de voorspelling van overlijden op korte termijn is beschreven in een review door Coventry (2). Als voorspellers worden de niet ziektespecifieke-ernst-kenmerken genoemd zoals heropname in het ziekenhuis binnen 2 maanden, thuiszorg na ontslag, afhankelijkheid met slechte ADL-score, gewichtsverlies > 12,3 kg binnen 2 maanden, albumine < 25 g/l. Ziektespecifieke-ernst-kenmerken waren daarbij: cor pulmonale, PO₂ < 55mmHg onder zuurstofbehandeling; ejectief fractie ≤ 20%, arrytmieën; cachexie; kreatinine > 153 mmol/l. Echter, ook in een groep patiënten met een of meer van deze kenmerken (n=2.607 patiënten) was > 75 % nog in leven 6 maanden na opname. Ook indien bij patiënten meerdere van bovengenoemde ziekte-ernst-kenmerken aanwezig waren (bv. 5) bleek dit niet te resulteren in een toepasbare set ziektekenmerken voor het voorspellen van overlijden (53% was nog in leven na 6 maanden!).

Uit de literatuur komen naast genoemd onderzoek een aantal niet-wetenschappelijk geteste ziektekenmerken naar voren op basis waarvan het moment bepaald zou kunnen worden om bv. het gesprek aan te gaan met de patiënt over de palliatieve fase. Deze kenmerken komen zowel uit de 1e als 2e lijn. Zo noemt de Lincshire-criterialijst voor eindstadium COPD als primaire ziekte-ernst-kenmerken de ernst van de COPD (FEV₁ < 30% van voorspeld) en het aantal/ernst van de exacerbaties (> 2 afgelopen jaar, frequente ziekenhuisopnames voor een acute exacerbatie, steeds kortere intervallen tussen deze opnames en beperkte vooruitgang na opnames). Als ondersteunende klinische kenmerken worden genoemd: maximale therapie, zuurstof afhankelijkheid, MRC score van 5, ernstige comorbiditeit (bijvoorbeeld hartfalen, diabetes) en gebonden aan huis (dat wil zeggen niet in staat zijn tot het uitvoeren van normale dagelijkse activiteiten en zelfzorg) (3). Ander reviews (4,5) noemen vergelijkbare kenmerken. Deze kenmerken lijken vooral bruikbaar voor de Engelse situatie waar een palliatief of care team wordt ingeschakeld. Als belangrijke aanvullende 'trigger' voor het aangaan van een gesprek over de pal-

liatieve fase wordt ook wel genoemd de vraag die zorgverleners zichzelf zouden moeten stellen, namelijk "zou ik verbaasd zijn als mijn patiënt zou overlijden in de komende 12 maanden?". Deze vraag zou overwogen kunnen worden zowel bij routinecontroles als bij het doorlopen van de patiëntenlijsten. Als het antwoord "nee" zou zijn, zou een benadering gericht op de palliatieve fase mogelijk geïndiceerd zijn.

Conclusie voor de praktijk:

- Er is geen gevalideerd prognostisch instrument dat predicatie van overlijden bij COPD < 6 maanden mogelijk maakt.
- Of een patiënt zich in de palliatieve fase bevindt, wordt bepaald door de verslechtering in het klinisch beeld, het ondergaan hebben van intensieve behandelingen zonder (blijvend) effect en de subjectieve inschatting en wensen van patiënt en de inschatting van zorgverleners.
- Hulpmiddelen bij het bepalen van de klinische ernst van de ziekte zijn de GOLD-stadia (stadium IV), FEV₁ < 30% van voorspeld, slechte bloedgasen, cor pulmonale (met pulmonale hypertensie), MRC dyspnoe schaal score van 5, lage spiermassa (BMI < 21 kg/m²) of spiermassaverlies, slechte kwaliteit van leven score (CCQ of SGRQ), relevante comorbiditeit (bijvoorbeeld hartfalen) en frequente ziekenhuisopnames voor een acute exacerbatie, steeds kortere intervallen tussen deze opnames en beperkte vooruitgang na opnames.
- De vraag; "zou ik verbaasd zijn als mijn patiënt zou overlijden in de komende 12 maanden?" kan een nuttig aanvullend instrument zijn.

Literatuur: www.cahag.nl/bulletin.

CASPIR: COPD/ASTMA Spirometrie cursus

Drs. Marjan Verschuur, CAHAG-coördinator interviewt kaderhuisarts astma/COPD Jan Rauws (midden), longarts Jeske Staal-vd Brekel (links) en longfunctieanalist Mark Kuiphuis (rechts op de foto). Samen geven zij de cursus CASPIR in Twente.



Wat is jullie rol binnen CASPIR?

Jan: Als kaderhuisarts was ik snel geïnteresseerd in de CASPIR-cursus, omdat ik vond dat de kwaliteit van de spirometrie in de eerste lijn verbeterd kon en moest worden. In onze DBC-afspraken hebben wij het halen van een certificaat als voorwaarde gesteld. Ondertussen heb ik al twaalf cursussen CASPIR geleid in Twente e.o. Sinds het begin is de cursus ook telkens verder verbeterd.

Jeske: Ik zie mijn rol als longarts door extra inzicht in de mogelijkheden en beperkingen van het spirometrie onderzoek te geven. Ik vind het bijzonder leuk dat deze cursus is ontwikkeld om op deze manier het kwaliteitsniveau van de spirometrie metingen in de huisartsenpraktijk te verbeteren. In de dagelijkse longartsenpraktijk zagen wij in het verleden dat er verbeteringen nodig waren, ik hoop dat dit met de hulp van deze cursus tot stand komt, daar helpen we graag aan mee met onze longafdeling. De cursisten, huisartsen en de praktijkondersteuners komen in koppels bij ons langs op het longfunctielaboratorium, zodat zij samen uitleg krijgen over de mogelijkheden van de spirometrie. Longfunctieanalist Mark vindt ook het inzicht geven en het mee laten kijken in de keuken belangrijk voor een goede uitvoering van spirometrie.

Hoe gaat de afstemming en de samenwerking?

Jan: De afstemming met longarts Jeske gaat eigenlijk vanaf het begin gemakkelijker dan gedacht. Van concurrentie tussen eerste en tweede lijn is geen sprake geweest, terwijl unaniem de longfunctieanalist het presenteren van hun kennis leuk blijken te vinden. Mark en Jeske knikken instemmend.

Wat vinden jullie van de cursus?

Jeske en Mark: de cursus is uitstekend opgezet, wij vinden het een zeer goed initiatief van de verschillende verenigingen (CAHAG, NVALT, NVLA, V&VN pvk & poh, Radboud Nijmegen, red). Jan: De cursus wordt telkens beter, waarbij nog meer gekeken moet worden naar wat iemand moet kunnen na de cursus.

Wat zijn jullie eigen leerpunten binnen CASPIR?

Jeske: Regionaal zijn we in Twente bezig om de ketenzorg verder uit te bouwen. De COPD-zorg staat in de belangstelling van de zorgverzekeraars en de minister met de ontwikkeling van de keten DBC. Er is sprake van variatie in kennis over COPD tussen de verschillende huisartsenpraktijken.

Jan: Ja, en dat betekent dat tijdens een cursus continue beginners en gevorderden in de zaal zitten, dit vereist het nodige van de docenten. Mark vindt het voor de longfunctieanalist een uitdaging om het praktijkexamen in module 5 in te delen, dit eist het nodige van de longfunctie analist!

Wat zijn de reacties van de deelnemers?

Mark: Iedereen is louter positief. Jan: Natuurlijk zijn er wel verbeterpunten, de rol van de longarts in Module 2 kan bijvoorbeeld nog meer aandacht krijgen.

Jeske: De deelnemers zijn inderdaad allen positief, zij hebben het bezoek aan het longfunctielaboratorium als positief ervaren, ook die deelnemers die al langer spirometrie in de eigen praktijk uitvoeren hebben gezien dat een opfriscursus van belang is.

Merken jullie een kwaliteitsverbetering in de praktijk na de cursus?

Jeske: De kwaliteitsverbetering is nog niet direct zichtbaar, het examen is net afgerond, we hopen natuurlijk op veel vragen zodat de huisartsen en praktijkondersteuners kritischer hun werk bekijken nu zij ook de valkuilen kennen van de spirometrie om zo de zorg voor COPD op een hoger niveau te krijgen. Mark beaamt dat de tijd nog te kort is, om hier al wat over te zeggen.

Waarom zou je anderen aanraden de cursus te volgen?

Jan: Systematisch werken en beoordelen doet de kwaliteit verhogen. Het maken van een persoonlijk portfolio (iedere cursist moet een map met longfuncties samenstellen en beoordelen/interpreteren, red.) is erg zinvol. Dit zou trouwens op meer terreinen goed zijn, denk aan; ECG, dopplers of gehoortesten.

Zowel longarts Jeske als longfunctieanalist Mark raden de cursus aan omdat ze van mening zijn dat je het spirometrie onderzoek goed moet uitvoeren, anders moet je het onderzoek niet doen. Als spirometrie in de eigen huisartsenpraktijk niet mogelijk is, moet je een patiënt naar het longfunctielaboratorium verwijzen, om zo een goede diagnose te krijgen. Spirometrie, die correct wordt uitgevoerd, kan bijdragen aan het tijdig opsporen van COPD, een vroege behandeling van COPD is gunstig voor de patiënt en de groep patiënten met een ernstig COPD zien we ook graag zo snel mogelijk in de longartsenpraktijk om verslechtering te beperken.

Als je CASPIR hebt afgerond, hoe gaat het dan verder (zowel in de praktijk als vervolgscholingen, kennis bijhouden)?

Jeske: De bedoeling is dat we in de toekomst opfriscursussen gaan houden. Jan: module 6 van CASPIR, we hopen dan nog dieper in te gaan op de stof en bekende zaken weer op te frissen.

Jeske: de huisartsen en de praktijkondersteuners weten nu de weg naar het longfunctielaboratorium en ik hoop dat zij hun vragen aan ons voorleggen voor hulp in de diagnostiek bij COPD. Daarnaast worden ook regelmatig nascholingen georganiseerd in de regio over COPD, die zetten we voort.

CASPIR wordt ondertussen in meer dan 80 regio's gegeven, voor meer informatie www.cahag.nl/caspir.

Pulse oximetrie (SpO₂): de vinger aan de pols bij COPD

Ben Ponsioen, huisarts.



Het gebruik van de percutane zuurstofsaturatiemeter in de dagelijkse praktijk en op de huisartsenpost (HAP) zijn beide evenmin meer weg te denken als de HAP zelf, met zijn diagnostische uitdagingen. Een SpO₂ < 92% wordt gezien als een maat voor hypoxaemie.

Schermer et al. onderzochten de gebruiksmogelijkheden door de Nederlandse huisarts van dit uiterst eenvoudige apparaatje,

dat tevens de polsfrequentie - aan de vinger - meet. Een forum van 11 huisartsen ('early adopters') wees op drie mogelijkheden voor gebruik: bij acute dyspnoe, bij respiratoir falen en bij patiënten met COPD. Dit komt overeen met de eerdere berichten van Ilonka Godschalk en Tjard Schermer in het CAHAG-bulletin 2008 nr 1. Nader onderzoek van Tjard Schermer et al. liet een SpO₂ van $\leq 92\%$ zien bij 6% van 207 stabiele patiënten met licht tot ernstig COPD. De afname in SpO₂ bij deze stabiele COPD-patiënten correleerde wel met hun MRC-dyspnoe-score (5 vragen) maar niet met hun longfunctie. Een SpO₂ $\leq 92\%$ kon worden aangetoond bij 19% van 79 huisartspatiënten met 'exacerbatie' of acute dyspnoe. Bij deze laatste groep patiënten was wel een correlatie tussen afname in SpO₂ en de longfunctie. De voorlopers bij het gebruik van SpO₂-meting hebben vermoedelijk gelijk: de op de HAP evident snelle acceptatie van dit instrument, is niet bij te benen voor wetenschappelijke onderbouwing. Ondanks het hoge pilotgehalte van de studie van Schermer et al. levert die voldoende reden voor verdere ontwikkeling van de klinische toepassing van SpO₂-meting door de huisarts. In de acute situatie is SpO₂-meting een aanvulling op de stethoscoop, die zo behulpzaam kon zijn en steeds is voor het ordenen van de gedachten van de 'attending physician' bij spoedgevallen.

Conclusie voor de praktijk

- Bij het beleid bij COPD in de huisartsenpraktijk is deze moderne vinger aan de pols niet meer weg te denken, mits ondergeschikt aan het klinische 'Fingerspitzengefühl' van de huisarts zelf.
- Op basis van gedegen anamnese en lichamelijk onderzoek heeft SpO₂-meting bij COPD eenzelfde aanvullende functie als spirometrie en eenvoudige dyspnoescores.
- Bij pneumonie is SpO₂-meting in gebruik voor het aantonen van (cardio)respiratoir falen.
- Bij acute situaties in de cardio-respiratoire sfeer, overdag of op de HAP, komt de SpO₂ altijd weer van pas.

Literatuur: www.cahag.nl/bulletin.

Boekbespreking

Thei Steenkamer, (kader)huisarts astma/COPD te Amsterdam.



Longziekten

Uit de reeks praktische huisartsgeneeskunde BSL, Houten, 2009, onder redactie van P.J.E. Bindels en J.W.J. Lammers
ISBN 9789031352333

Een goed boek verder verbeteren

Bij het actualiseren van het boek zijn de herziene NHG-Standaarden Astma en COPD, de Landelijke Transmurale Afspraken en de NHG-PraktijkWijzer Astma/COPD meegenomen. Dit komt terug in de hoofdstukken over "Stoppen met roken", over "Begeleiding van de patiënt - van voorlichting naar zelfmanagement" en "Longrevalidatie".

Het grote belang van dit boek voor de huisarts, de huisarts in opleiding en de POH is gelegen in de monografieën over de symptomen hoesten, hemoptoë, kortademigheid, pijn op de borst, piepen en snurken. De auteurs gaan uit van de ervaringswereld van de huisarts en bespreken de verschillende verschijningsvormen en de pathofysiologie van een symptoom. Stap voor stap en op overzichtelijke wijze beschrijven ze het proces van symptoom naar mogelijke diagnoses en behandeling en leggen de valkuilen bloot.

Op het gebied van de longaanandoeningen is deze benadering een goede aanvulling op de standaarden. Van harte aanbevolen.

CAHAG-activiteiten: voor huisartsen, praktijkverpleegkundigen en - ondersteuners

CASPIR, Praktische Spirometrie in de Eerstelij

Voor meer informatie zie www.cahag.nl/caspir.

CAHAG-Conferentie 10 februari 2011 Utrecht:

Centraal op deze 6e conferentie staan de fenotypering en verdere verfijning van de diagnostiek van astma en COPD, het nuanceren van de COPD-GOLD-indeling met het begrip ziekte-last, introductie en implementatie van zorgstandaarden via o.a. de integrale bekostiging.

Buiten dit thema zijn sessies van actuele (wetenschappelijke) ontwikkelingen en resultaten van recent onderzoek.

Meer 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 3x per jaar en heeft als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis van belang voor de praktijkvoering in de huisartsenpraktijk 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: 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 Chiesi en MSD (subsponsor) en de hoofdsponsors:

AstraZeneca

RESPIRATOIR

**Boehringer
Ingelheim**

gsk
GlaxoSmithKline