

## Praktijkondersteuning bij COPD en astma

Doel van praktijkondersteuning is het ophogen en/of verdieping van kennis bij de patiënt en het daaraan verbonden zelfmanagement<sup>1</sup>.

De begeleiding richt zich in eerste instantie vooral op de niet medicamenteuze therapie zo nodig aangevuld met medicamenteuze therapie. De basis van de te volgen handelwijzen (en de aanbevolen medicijnen) zijn de NHG-standaarden (2007), van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Vijf gedragsthema's lopen als een rode draad door de begeleiding van de patiënt met astma/COPD:

- Stoppen met roken
- Verbeteren van de conditie
- Handhaven van een goede voedingstoestand
- Verminderen van klachten en voorkomen van exacerbaties
- Correct medicatiegebruik, goede inhalatietechniek en therapietrouw.

Voor het bereiken van de streefdoelen kan de hulp ingeroepen worden van andere disciplines zoals de fysiotherapeut, de diëtiste en de longverpleegkundige.

De organisatie van een astma en COPD spreekuur in huisartsenpraktijken kent vele punten van aandacht die per praktijk kunnen verschillen. De te volgen werkwijze en beleid worden uiteraard van te voren besproken en vallen onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.

Bij Cello leveren de aangesloten huisartsen de patiënten met een speciaal aanmeldingsformulier aan voor het longspreekuur of digitaal via Citokis<sup>2</sup>.

Meestal ziet de praktijkondersteuner eerst de al geregistreerde patiënten met astma en COPD. Nieuwe patiënten met een vermoeden op astma of COPD worden door de huisarts direct naar de praktijkondersteuner doorverwezen.

---

<sup>1</sup> zelfmanagement is de mate waarin de patiënt zelf verantwoordelijkheid neemt voor de behandeling en een gezonde leefstijl volgt.

<sup>2</sup> Citokis is een computerprogramma special ontwikkeld voor Ketenzorg. Het is nog in ontwikkeling maar al zeer werkbaar.

## Het eerste consult (met spirometrie)

Tijdens het eerste consult wordt door de praktijkondersteuner een vragenlijst met de patiënt doorgenomen. Voorgeschiedenis en klachten worden vastgelegd. Afhankelijk van eerdere onderzoeken en/of onduidelijkheid over diagnose, wordt bij de patiënt een spirometrie, een blaastest, afgenomen. Het hangt van de ingeplande tijdsduur af of er tijdens het eerste consult nog tijd overblijft voor meer informatie, zoals uitleg aandoening, medicatie etc.

Bij Cello worden de spirometriën, voordat ze doorgestuurd worden naar de huisarts van de patiënt, eerst beoordeeld door een in astma en COPD gespecialiseerde huisarts. Een longarts is beschikbaar voor aanvullend overleg/advies.

De huisarts van de patiënt koppelt na ontvangst van de uitslagen, het te volgen beleid aan de praktijkondersteuner terug.

De patiënt zal zelf een afspraak met de huisarts maken om de uitslagen te bespreken. Daarna volgt in de meeste gevallen weer een afspraak met de praktijkondersteuner.

## Het vervolgconsult

Op het vervolgconsult bij de praktijkondersteuner worden de uitslagen nogmaals uitgelegd, vindt klachtenregistratie plaats en wordt het beleid doorgenomen.

Het checken en uitleg geven van klachten, medicatie, inhalatietechniek, therapietrouw, (bespreken van) stoppen met roken, ziektebeeld(en) en meespelende (omgevings)factoren zullen steeds aan de orde komen. De frequentie van de vervolgconsulten en de inhoud daarvan zullen wel meer persoonsgebonden zijn.

Het checken van de inhalatietechnieken tijdens deze consulten blijft zeer belangrijk want een onjuiste inhalatietechniek verhindert dat het medicijn op de juiste plek komt. Goed voorlichtings- en oefenmateriaal kunnen extra verduidelijken *hoe* iets werkt en *waarom*.

Meestal zal er 1 x per jaar een spirometrie worden afgenomen. Soms vaker, bijvoorbeeld na verandering van medicatie om het effect van het veranderde beleid te toetsen.

De frequentie van vervolgcontroles is afhankelijk van de klachten van de patiënt en van de spirometrie-uitslag.

## COPD

COPD wordt wereldwijd ingedeeld in GOLD<sup>3</sup> criteria om de ernst van de ziekte in kaart te brengen. Bij COPD gaat het om een irreversibele, dus een niet te herstellen luchtwegobstructie (vernaauwing). Deze GOLD-indeling is gebaseerd op de uitkomsten van de spirometrie, op de meetwaarde FEV1<sup>4</sup> van de test. Bij een FEV1 onder de 50% treden meestal pas de voelbare beperkingen op.

Gold-indeling	FEV1 % voorspelde waarde
Gold I licht COPD	≥ 80
Gold II matig COPD	80-50
Gold III ernstig COPD	50-30
Gold IV zeer ernstig COPD	< 30%

Voor het vaststellen van COPD is naast de GOLD indeling ook de Tiffenauwaarde van belang. In de spirometers die in huisartsenpraktijken gebruikt worden, wordt daarmee de FER<sup>5</sup> bedoeld. Een uitkomst minder is dan 70% duidt een obstructie aan, een vernauwing.

Behalve de GOLD-indeling wordt de ernst ook bepaald door de klachten van de patiënt en de ervaren beperkingen. Deze klachten kunnen door speciale vragenlijsten duidelijk(er) in beeld worden gebracht. Het toetst de gevoelservaring van de patiënt op het gebied van (ernst van) benauwdheid en op de kwaliteit van leven. De ernst wordt ook bepaald door (het aantal) periodes van verergering van de ziekte, exacerbaties<sup>6</sup>. Exacerbaties hebben een blijvende negatieve invloed op de conditie en longfunctie en dienen zoveel mogelijk voorkomen te worden.

<sup>3</sup> Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.

<sup>4</sup> FEV1 (Forced Expiratory Volume per second): de hoeveelheid lucht die, na een rustige, volledig/maximale diepe inademing, in één seconde maximaal hard en krachtig wordt uitblazen. De FEV1 is normaal vanaf 80%.

<sup>5</sup> FER (Forced Expiratory Rate): de *verhouding*, de ratio tussen de FEV1 en de FVC in procenten. FVC (Forced Vital Capacity): de maximale hoeveelheid lucht (volume), die iemand na maximale inademing kan uitblazen. De verhouding tussen deze twee meetwaarden/getallen is bij *vernauwingen* in de luchtwegen afwijkend.

<sup>6</sup> Exacerbatie is een periode met toegenomen kortademigheid en hoesten al dan niet met slijm opgeven die behandeld wordt met orale corticosteroiden eventueel aangevuld met antibiotica.

COPD kan vooral verslechteren door (te blijven) roken of door het optreden van exacerbaties.

Bij een patiënt met COPD wordt geadviseerd om een spirometrie af te nemen in een meest optimale tijd; uitgangspunt wordt dan een 'personal-best-spirometrie'. Dit wordt de graadmeter, een goede uitgangswaarde, voor het monitoren van (behoud) van longfunctie. Een COPD-patiënt is in een stabiele fase wanneer hij geen exacerbatie heeft en weinig klachten.

Een effectief behandelplan omvat:

- vroegtijdige diagnostiek en monitoring
- reductie van risicofactoren
- behandeling van COPD in de stabiele fase
- behandeling van acute exacerbaties (verwijzen naar arts).

Behandeldoelen

- verhogen van kwaliteit van leven
- verminderen en voorkomen van exacerbaties (en opnames)
- verhogen van inspanningscapaciteit
- verminderen van kortademigheid(sgevoel)
- verbetering van longfunctie door therapiebewaking en stimuleren van een actieve levensstijl (revalidatie).

Doel van de begeleiding bij patiënten met COPD is gericht om maximale gezondheidswinst te behouden of, indien mogelijk, te verbeteren. Stoppen met roken is dus hierbij van cruciaal belang.

Behoud van, en streven naar een gezonde voedingstoestand en lichamelijke conditie vormen de hoekstenen van de niet-medicamenteuze therapie.

Doelen van medicamenteuze behandeling zijn:

- het verminderen van de (kortademigheid)klachten
- het voorkomen van exacerbaties.

Het verminderen van de (benauwdheids)klachten wordt bereikt door luchtwegverwijders. Voor het voorkomen van exacerbaties worden (inhalatie)corticosteroiden, ICS, ingezet. Bij een longfunctie van < 50% en twee of meer exacerbaties per jaar is ICS geïndiceerd.

COPD kan gepaard gaan met gewichtsverlies. De criteria voor verwijzing diëtiste zijn:

- Laag lichaamsgewicht, met een BMI, Body Mass Index, van  $\leq 21$
- Gewichtsverlies,  $\geq 5\%$  binnen 1 maand of  $\geq 10\%$  binnen 6 maanden
- lage vetvrije massa index (VVMI = spiermassa), bij mannen  $\leq 16$  en bij vrouwen  $\leq 15$

Naast ondergewicht zijn er de risico's van overgewicht. Het leidt tot minder gemakkelijk bewegen, inactiviteit en extra belasting voor het hart. Dit geldt dus evenzeer voor astmapatiënten.

Criteria voor verwijzing fysiotherapeut (ook i.v.m. vergoeding)

- Patiënten met classificatie Gold II (met een Tiffeneau of FER van minder dan 60 %).

Voor een revalidatie, goede hoesttechniek en ademhalings-/ontspanningsoefeningen kan de fysiotherapie ingeschakeld worden.

## ASTMA

Bij astma is de luchtwegobstructie, de vernauwing, volledig reversibel, dus te herstellen. In goede tijden kunnen patiënten met astma een normale spirometrie blazen. Voor het stellen van de diagnose stelt een normale spirometrie astma dus niet uit (dit in tegenstelling met het stellen van de diagnose COPD).

De diagnose astma wordt gesteld door een (huis)arts op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Dit wordt dan ondersteund door longfunctieonderzoek.

Centraal staat het bereiken van de behandeldoelen. In eerste instantie wordt dit geprobeerd met niet-medicamenteuze maatregelen, en zo nodig aangevuld met medicamenteuze behandeling. De aanbevelingen voor keuze van medicijnen zijn door de NHG in een stappenplan naar ernst van de ziekte ingedeeld van stap 1, mild astma, met niet meer dan twee x per week klachten van kortademigheid tot stap 4, ernstig astma met maximale dosis medicatie.

Voordat de bestaande medicatie wordt opgehoogd of uitgebreid, moeten eerst het vermijden van uitlokkende factoren, de therapietrouw en de inhalatietechniek gecontroleerd worden.

Bij een patiënt met (vermoeden op) astma wordt aanbevolen in iemands 'slechte' tijd een spirometrie af te nemen. Heeft een patiënt bijvoorbeeld vooral in het najaar klachten, dan spirometrie in het najaar plannen. Zo is te zien of de patiënt wel voldoende is ingesteld.

De twee peilers waar astmabehandeling op steunt, zijn het vermijden van prikkels en het goed inhaleren van de medicatie. Onder prikkels verstaat men allergische prikkels zoals huisstofmijt, hond en kat en niet allergische prikkels zoals rook, luchtverontreiniging en sterke geuren.

Algemene doelstelling bij astma is het verhogen van zelfmanagement. Dit betekent zodanig met de ziekte omgaan dat de volgende doelstellingen behaald worden:

- Het verminderen of verdwijnen van klachten waardoor normale dagelijkse activiteiten mogelijk zijn.
- Het voorkomen van verergering van de ziekte, van exacerbaties
- Het bereiken of behouden van een stabiele longfunctie met een zo laag mogelijke onderhoudsbehandeling aan medicijnen

Volgens de nieuwste NHG-Standaard (2007) betekent dit:

- Symptomen overdag (vrijwel) afwezig, minder dan 2 x per week
- Geen functionele beperkingen
- Geen nachtelijke klachten
- Gebruik van kortwerkende luchtwegverwijders (vrijwel) afwezig, minder dan 2 x per week
- Normale spirometrie-uitslag
- Astma exacerbatie (vrijwel) afwezig, minder dan 1 x per jaar

Andere disciplines kunnen zo nodig ingezet worden.

De fysiotherapeut is inzetbaar voor het aanleren van ademhalingstechniek en ontspanningsoefeningen. Hyperventilatie en astma kunnen bijvoorbeeld ingewikkeld in elkaar verweven zijn.

De diëtiste kan eventueel overgewicht aanpakken. Bij een BMI van >30 wordt de diëtiste vergoed door de ziektekostenverzekeraars.

De longverpleegkundige is expert in saneren.

Een astmapatiënt die ook tekenen van COPD heeft krijgt de diagnose *astma en COPD*, een dubbeldiagnose dus, maar wordt behandeld als astma. De doelstellingen zijn voor alle soorten astma hetzelfde, namelijk de patiënt klachtenvrij krijgen en houden.