Actieve opsporing van COPD in één huisartsenpraktijk

Kwaliteitsverbeterend praktijkproject

Dr. Tepaeva Joulia , UAntwerpen

Promotor: Prof. dr. Vandevoorde Jan, VUB
Co-promotor: dr. de Aguirre Zurine

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Studiejaar 2015-2016

Abstract

Actieve opsporing van COPD in één huisartsenpraktijk

HAIO: Tepaeva Joulia, UAntwerpen
Promotor: Prof. Dr. Vandevoorde Jan , VUB
Co-promotor en praktijkopleider: Dr. de Aguirre Zurine

Context.
COPD (Chronisch obstructief longlijden) is een ziekte waarvan de prevalentie en mortaliteit toenemen. Het vroege stadium van COPD wordt vaak gemist indien men er niet actief naar zoekt. Nochtans is het eenvoudig te detecteren met behulp van een vragenlijst en spirometrie. Spirometrie is een standaardprocedure (en "gouden standaard") voor de diagnose van COPD. Een algemene screening van rokers en ex-rokers zonder klachten wordt niet aangeraden, maar internationale richtlijnen en het KCE raden "active case finding" aan voor COPD.

Onderzoeksvraag.
We gaan op zoek naar implementatie van de richtlijnen rond "active case finding" voor het vroegtijdig detecteren van COPD bij rokers en ex-rokers ouder dan 40 jaar, met klachten die passen bij COPD, in één landelijke huisartsenpraktijk.

Methode.
Bij alle patiënten, ongeacht de reden van consult, die ouder dan 40 jaar zijn, werd gepeild naar rookgedrag. Daarna werd er bij rokers en ex-rokers gevraagd naar de aanwezigheid van klachten mbv een vragenlijst (mMRC). Bij patiënten met symptomen werd een spirometrie uitgevoerd om de diagnose van COPD te kunnen stellen en de graad van ernst te bepalen, in overeenkomst met de GOLD richtlijnen (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Tevens werden de barrières naar het vroegtijdig diagnosticeren van COPD in onze praktijk geeëvalueerd. Als basis van dit kwaliteitsverbeterend project werd het boek "Dokteren met kwaliteit' genomen. Op een vergadering met de deelnemende artsen werden de barrières en de resultaten besproken en genoteerd.

Resultaten.
Gedurende 2 maanden werden door de 5 artsen in totaal 2690 patientencontacten geregistreerd. Van 200 rokers en ex-rokers ouder dan 40 jaar, namen 80 patienten deel aan dit project. 29 patienten waren klachtenvrij (volgens hun antwoorden op de vragenlijst). Van 51 patienten mét klachten hadden 6 patienten al de diagnose COPD of astma. Bij de resterende 45 werd spirometrie uitgevoerd. Er werden 9 nieuwe gevallen COPD ontdekt. Ondanks dit resultaat werd beslist geen spirometrie uit te voeren in onze praktijk.

Conclusie.
Ons resultaat heeft aangetoond dat er toch een belangrijk aantal ondiagnosticeerde gevallen van COPD in onze praktijk zijn bij rokers en ex-rokers ouder dan 40 jaar met klachten passend bij COPD.
"Active case finding" blijft de belangrijke methode van vroegrijdig opsporen van COPD in een huisartsenpraktijk.
Daarnaast bestaan er toch zeer duidelijke barrières voor het uitvoeren van spirometrie in onze praktijk die active case finding niet mogelijk maken..

ICPC R 95

Contact: joulia.tepaeva@dag-en-raad.be

Inhoudstabel

Dankwoord ……..3

1. Inleiding en doel …………..4

2. Literatuuronderzoek ……5

3. Deel 1

A/ Methode ……..7

B/ Resultaten ……9

4. Deel 2

A/ De stappen van de kwaliteitsverbetering(FOCUS –procedure en PDCA-cyclus)……10

FOCUS
PDCA

B/ Resultaten …… …14

5. Bespreking ……..15

6. Beperkingen ……..17

7. Conclusie ……..17

8. Referenties ……..18

9. Bijlage ……19

- bijlage 1: Resultaten van de 45 patiënten opgenomen in het project (Tabel 1)

- bijlage 2: CAT (COPD Assessment Test)

- bijlage 3: mMRC-scorelijst

- bijlage 4: Protocol

- bijlage 5: Patiënteninformatie

- bijlage 6: Toestemmingsformulier

- bijlage 7: Ethische commissie

Dankwoord

Eerst en vooral wil ik mijn promotor Prof. Dr. Jan Vandevoorde bedanken voor de kans dat hij me gaf om dit onderwerp te mogen kiezen.

Dit is mijn allereerste masterproef en des te belangrijker voor me was dat hij altijd tijd vond, juiste kritische opmerkingen en aanmoedigend woorden gaf.

Tevens wil ik mijn praktijkopleider dr. de Aguirre Zurine bedanken voor haar enorme steun, inbreng en geduld, voor haar rol om de collega's artsen van onze praktijk te motiveren en mobiliseren om deel te nemen aan mijn/ons project.

Ik bedank in bijzonder mijn collega dr. Dullaert Liesbet voor haar grote hulp bij het verbeteren van mijn schrijfstijl en corrigeren van grammaticale fouten.

Dit eindwerk had nooit tot stand gekomen zonder morele steun van mijn zoon Artem en mijn goede vriend Frans. Dankzij hun luisterend oor en geduld kon ik volhouden in deze drukke periode van het werken en studeren.

1. Inleiding.

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is een chronische , ernstige progressieve longaandoening , waarbij het debiet doorheen de luchtwegen geleidelijk vermindert. De aandoening leidt ook tot hyperinflatie en tot stoornissen in de gasuitwisseling die uiteindelijk aanleiding kunnen geven tot respiratoire insufficiëntie.

Volgens GOLD-richtlijn 2015 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) wordt COPD gedefinieerd als een te voorkomen en te behandelen ziekte , gekenmerkt door aanhoudende luchtwegobstructie die meestal progressief is en geassocieerd gaat met chronische inflammatoire reacties in de luchtwegen en de longen op schadelijke partikels of gassen . Exacerbaties en individuele comorbiditeiten van patiënten dragen bij tot de algemene ernst .

COPD gaat gepaard met hoge mortaliteit en morbiditeit en zal naar verwachting in 2030 een wereldwijds probleem worden. Chapman en al.(2) voorspellen dat COPD tussen 1990 en 2020 van de zesde naar de derde meest voorkomende doodsoorzaak zal verschuiven, terwijl de morbiditeit ervan van de vierde naar de derde plaats zal stijgen. Ook de economische impact van COPD is groot, vanwege stijgende zorgkosten, maar ook vanwege indirecte kosten (werkverzuim en arbeidsongeschiktheid).

COPD komt vrijwel uitsluitend voor bij (ex-) rokers van 40 jaar en ouder. Vrouwen hebben vaak ernstiger COPD, die ook vaker op relatief jongere leeftijd ontstaat. In Nederland wordt de prevalentie van COPD in huisartsenpraktijk geschat op 2,4% bij mannen en op 1,7% bij vrouwen. Bij naar schatting 10 tot 15% van de rokers wordt de diagnose COPD gesteld. (NHG). De keuze van deze groep van patiënten was dus beslissend omwille van de grote prevalentie van COPD in de huisartsenpraktijk en dus ook de klinische relevantie ervan. Eveneens was dit belangrijk omwille van het probleem van onder-diagnose van COPD, niet alleen in een bepaalde huisartsenpraktijk, maar wereldwijd.

Doel van mijn project was implementatie van de richtlijnen rond “actieve case finding” voor het vroegtijdig detecteren van COPD bij rokers en ex-rokers ouder dan 40 jaar , met klachten die passen bij COPD , in één landelijke huisartsenpraktijk.

2. Literatuuronderzoek.

Vroegtijdig diagnosticeren van COPD kan op verschillende manieren gebeuren: via screening van hoog risico-populaties of via case-finding.

Met screening wordt bedoeld dat men aan de hand van een bepaalde test een gezondheidsprobleem tracht op te sporen in een grote populatie.

De andere mogelijkheid is "case-finding" of "selectief screenen". Hier gaat men meer gericht screenen naar een probleem in een subpopulatie met bepaalde klachten of karakteristieken.

In de literatuur wordt screening naar COPD van een gehele populatie , en dus ook van asymptomatische patiënten , afgeraden omwille van de hoge prijs, het grote tijdsbeslag en een gebrek aan bewijs voor een effectieve behandeling. Wel raadt men aan gericht op zoek te gaan bij vermoeden van COPD op basis van leeftijd, rookgeschiedenis en symptomen . Dit wordt aanbevolen omdat behandeling van klachten symptoomverlichting kan geven en op die manier de levenskwaliteit kan verbeteren (6)

Voor het literatuuronderzoek heb ik verschillende bronnen geraadpleegd:

1/ Het **Kenniscentrum** is een van de belangrijke bronnen die ik geraadpleegd heb , met name het rapport van "Longfunctietesten bij volwassenen" (3). Het is een Belgische klinische praktijkaanbeveling gebaseerd op een systemische evaluatie van de literatuur door de experten, huisartsen en pneumologen. Elke aanbeveling krijgt een graad van bewijskracht mee volgens GRADE. Deze richtlijn beveelt aan een spirometrie uit te voeren bij elke patiënt bij wie men COPD vermoedt op basis van klachten en symptomen (GRADE IA). Ondanks het ontbreken van gerandomiseerde studies die een positief effect aantonen op de outcome, raden ze toch case-finding aan (GRADE IB). Ze raden dit aan omdat op die manier de mogelijkheid ontstaat om COPD patiënten in een vroeg stadium van de ziekte te diagnosticeren en vroegtijdig een efficiënte behandeling op te starten .

Het betreft dus actief diagnosticeren van COPD bij symptomatische patiënten die echter niet consulteren omwille van deze klachten. Bijvoorbeeld door een vraaglijst of door het eenvoudig te bevragen van de symptomen passende bij COPD. Screening van asymptomatische personen wordt door de Kenniscentrum niet aanbevolen (GRADE IA), omdat het niet bevestigd werd door de studies .

Om de diagnose van COPD te stellen is spirometrie de gouden standaard (zie punt 2/ hieronder). Bovendien tonen meerdere studies aan dat een patiënt die geconfronteerd met de resultaten van zijn spirometrie een succesvollere poging tot rookstop kent. Niet enkel de resultaten van de spirometrie maar ook de klachten die de patiënt ervaart zijn de argumenten om te stopen met roken én ook voor case finding studie.

2/ De richtlijn van **the Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (** vernieuwde versie, 2015) leert ons dat spirometrie moet uitgevoerd worden om de diagnose COPD te kunnen stellen. Ook wordt het belang van vroegtijdige diagnose en behandeling benadrukt gezien dit de progressie van luchtwegobstructie kan vertragen . Om de diagnose zo vroeg mogelijk te kunnen stellen, moet de arts patiënten met een verhoogd risico op COPD herkennen en opvolgen. "Het herkennen en opvolgen van patiënten met een verhoogd risico" en " het uitvoeren van spirometrie bij een vermoeden van COPD op basis van leeftijd in combinatie met

een relevante rookgeschiedenis en/of symptomen" kunnen we beschouwen als case-finding . Wat "screening " betreft , concluderen ze dat er tot op heden onvoldoende evidence is om de populatie (of zelfs subpopulatie) te screenen. Er is geen bewijs dat screening aan de hand van spirometrie effectief is in het verbeteren van de outcome van COPD patiënten zonder symptomen.(1)

3/ De derde richtlijn , **NHG standaard "COPD"(** derde herziening 2015) (4) zegt het volgende: "COPD komt vrijwel uitsluitend voor bij rokers en ex-rokers van 40 jaar en ouder. Bij patiënten uit deze risicogroep die de huisarts bezoeken met langdurige of recidiverende (twee keer per jaar of vaker) luchtwegklachten wordt spirometrie aanbevolen."

De spirometrische parameters, zoals FEV_1, FVC en FEV_1/FVC-ratio, worden geïnterpreteerd met behulp van referentiewaarden (voorspelde waarden). In 2014 is in overleg met andere betrokken Nederlandse beroepsorganisaties besloten de voorspelde waarden van de *European Community for Steel and Coal* (ECSC 1983) te vervangen door actuelere voorspelde waarden van het *Global Lung Function Initiative*, zoals ook de *European Respiratory Society* adviseert (GLI 2012). Daarnaast is besloten voor het onderscheid tussen wel of geen luchtwegobstructie bij personen met een mogelijke longaandoening een statistisch correct en klinisch gevalideerd afkappunt te kiezen, namelijk een waarde kleiner dan het 5^e percentiel van de referentiepopulatie ('p5'; ook wel *lower limit of normal* 5%, LLN5%). Toepassen van de aanbevelingen van de GLI 2012 heeft onder andere tot gevolg, dat het belangrijkste nadeel van de gefixeerde FEV_1/FVC-ratio ($< 0,7$) als maat voor obstructie, namelijk over diagnostiek van obstructie bij personen ouder dan 50 jaar en onder diagnostiek onder die leeftijd, vermeden wordt.

Afhankelijk van de plaatselijke mogelijkheden en de deskundigheid in de huisartsenpraktijk om spirometrie te verrichten en de uitslagen daarvan te interpreteren, wordt gekozen voor spirometrie in de eigen praktijk of op aanvraag in een diagnostisch centrum of longfunctielaboratorium. Zo nodig kan de huisarts ook kiezen voor (tele-)consultatie van de kaderhuisarts of longarts, of een diagnostische verwijzing naar de longarts, met het verzoek om terug verwijzing na de diagnostische fase. Enkelvoudige FEV_1-meters – waarmee geen flowvolumecurve kan worden geproduceerd – worden niet aanbevolen voor diagnostische spirometrie.

Op basis van bovenvermeld literatuuronderzoek wordt het nut van case finding en spirometrie bij het vroegtijdig diagnosticeren van COPD absoluut erkend.

3. Deel 1

A/ Methode

Mijn kwaliteitsbevorderend project vond plaats in de groepspraktijk "dag-en-raad" te 9111 Belsele. Ik vroeg mijn praktijkopleider en de collega's om deel te nemen aan dit kleinschalig onderzoeksproject.

Bij alle patiënten, ongeacht de reden van consult, die ouder dan 40 jaar zijn, werd gepeild naar rookgedrag. Daarna werd er bij rokers en ex-rokers gevraagd naar de aanwezigheid van klachten (dyspnoe, chronisch hoesten en slijmen, inspanningsintolerantie) m.b.v. een vragenlijst mMRC (zie bijlage3). Bij patiënten met klachten werd een spirometrie uitgevoerd om de diagnose van COPD te kunnen stellen en de graad van ernst te bepalen, in overeenkomst met de GOLD richtlijnen (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease).

Patiënten met astma werden uit deze studie geweerd. Patiënten met gekende voorgeschiedenis van COPD(bevestigd door spirometrie in het verleden) ondergingen geen verdere tests, terwijl alle andere patiënten met klachten passend bij COPD uitgenodigd werden voor spirometrie.

Ik kreeg een spirometrieopleiding in UZ Antwerpen.

Spirometrie werd door mij uitgevoerd met het spirometrietoestel van onze praktijk (Spirobank II Smart) , volgens de richtlijnen van de European Respiratory Society (ERS) en GOLD 2015 . Er werd gebruik gemaakt van de volgende spirometrische parameters: het geforceerd expiratoir volume na één seconde (FEV1), de geforceerde vitale capaciteit (FVC), de ratio (Tiffeneau-index) FEV1/FVC . De gemeten waarden werden vergeleken met de referentiewaarden van de ERS (ERS 93) die gelden voor mannen en vrouwen tussen 18 en 70 jaar.

In het beoordelen van longwegobstructie heb ik het gefixeerde afkappunt voor obstructie gebruikt (FEV1/FVC –ratio < 0,7 na bronchusverwijding) . Hierbij werden de aanbevelingen van GOLD 2015 en ATS/ERS-richtlijnen gevolgd. (1,5)

Onderverdeling van COPD-patiënten:

Volgens de GOLD-richtlijnen van 2015 worden COPD-patiënten ingedeeld in 4 groepen, op basis van de **ernst van de luchtwegobstructie** (FEV_1), **de ernst van de klachten** (CAT of mMRC vragenlijst, zie bijlagen 2 en 3) en **het aantal en de ernst van exacerbaties** in de afgelopen 12 maanden.

1. Ernst van luchtwegobstructie
Ernst van spirometrische afwijkingen op basis van het geforceerd expiratoir volume in 1 sec (FEV1) na bronchodilatatie (graad van obstructie)

GOLD 1	MILD	FEV1> 80% voorspeld
GOLD 2	MATIG	50% ≤FEV1<80% voorspeld
GOLD 3	ERNSTIG	30% ≤FEV1<50% voorspeld
GOLD 4	ZEER ERNSTIG	FEV1< 30% voorspeld

2. Ernst van klachten:
De CAT pijlt naar verschillende klachten en symptomen die wijzen op COPD en de invloed daarvan op de dagelijkse leven.
De mMRC (modified Medical Research Council dyspnea scale) bevraagt de graad van kortademigheid bij de patient .

3. Exacerbaties:
Een exacerbatie wordt bepaald als een acute verslechtering van de respiratoire klachten wat leidt tot een aanpasing van de behandeling (1)

Gecombineerde evaluatie van COPD

Patient	Characteristiek	Spirometrische classificatie	Exacerbatie (/jr)	mMRC	CAT
A	Laag risico Weinig symptomen	GOLD 1-2	≤ 1 (geen hospitalisatie)	0-1	< 10
B	Laag risico Meer symptomen	GOLD 1-2	≤ 1 (geen hospitalisatie)	≥ 2	≥ 10
C	Hoog risico Weinig symptomen	GOLD 3-4	≥ 2 (of ≥ 1 met hospitalisatie)	0-1	< 10
D	Hoog risico Meer symptomen	GOLD 3-4	≥ 2 (of ≥ 1 met hospitalisatie)	≥ 2	≥ 10

Uitleg bij de tabel:

Symptomen:

Weinig symptomen (m MRC 0-1 of CAT < 10) Patient is (A) of (C)

Meer symptomen (m MRC ≥ 2 of CAT ≥ 10) Patient is (B) of (D)

Exacerbatierisisco:

- **Beperking van luchtdoorstroming:**

Laag risico (GOLD 1 of 2) Patient is (A) of (B)

Hoog risico (GOLD 3 of 4) Patient is (C) of (D)

En /of

- **Exacerbaties :**

Laag risico : < 1 /jaar en geen hospitalisaties door exacerbatie ; Patiënt is (A) of (B)

Hoog risico: ≥ 2 / jaar of ≥ 1 met hospitalisaties : patiënt is (C) of (D)

B/ Resultaten.

Gedurende twee maanden (februari en maart 2015) werden er in totaal 2690 patiëntencontacten waarvan 200 rokers en ex-rokers ouder dan 40 jaar geregistreerd. Van die 200 rokers en ex-rokers ouder dan 40 jaar, namen 80 patiënten deel aan dit project. 29 patiënten waren klachtenvrij (volgens hun antwoorden op de vragenlijst mMRC , bijlage 3). Van 51 patiënten mét klachten hadden 6 patiënten al de diagnose COPD en astma. Die werden dus niet geïncludeerd in het project.

Bij de resterende 45 werd spirometrie uitgevoerd. (Bijlage1 Tabel 1.)

Karakteristieken van de onderzoekspopulatie (Tabel 2)

	Totaal	COPD nieuwe gevallen	niet COPD
N (%)	45 (100%)	9 (20%)	36 (80%)
Man/vrouw (%)	64/36	55/45	67/33
Gem.leeftijd,j (SD)	57 (10,2)	60 (11,6)	58 (10,4)
Rokers (%)	30%	44 %	30%
Ex-rokers(%)	70%	55%	70%
Gem.pakjaren, j (SD)	27 (23,1)	33(42,2)	24,8 (30,2)
Gem FEV1%pred (SD)	95 (10)	83,2 (6,09)	99,2(6,7)
Gem FEV1/FVC (SD)	92,2 (15)	65,5 (4,3)	100,2 (6,3)

Van de 45 in dit project geïncludeerde personen, hadden 32 patiënten een normale spirometrie en 11 patiënten een afwijkende spirometrie. Van deze 11 werden 2 deelnemers met astma gediagnosticeerd en 9 met COPD.

Er namen meer mannen dan vrouwen deel aan het project. Bovendien namen er ook meer ex-rokers dan rokers deel aan het project.

Dus van de 45 in het project geïncludeerde patiënten werden 9 nieuwe COPD gevallen ontdekt.

Van de 9 nieuwe COPD gevallen waren er 5 mannen en 4 vrouwen. Van de 9 nieuwe COPD gevallen waren er 4 rokers en 5 ex-rokers.

Het gemiddelde aantal pakjaren van de deelnemende groep patiënten bedroeg 27 jaren, waarvan de groep nieuwe COPD gevallen een gemiddelde aantal pakjaren had van 33 en patiënten met gewone spirometrie een gemiddelde had van 24.8 pakjaren.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemende patiënten was 57 jaar. De groep van nieuwe COPD-patiënten had een gemiddelde leeftijd van 60 jaar en de gemiddelde leeftijd van de groep met normale spirometrie was 58 jaar.

4. Deel 2

Het doel van dit project is mede de kwaliteit van de zorg in onze praktijk te verbeteren.

Om de kwaliteit van de zorg te evalueren, is er nood aan een systematische manier om de kwaliteit te meten. Auteurs zoals Donabedian en Derose et al (9,10,11) meten de kwaliteit van de zorg aan de hand van "kwaliteitsindicatoren". Een indicator is een kwalitatieve maat voor de verschillende kwaliteitsdomeinen. Lawrence en Olesen (12) definieerden kwaliteitsindicatoren: " Indicatoren zijn meetbare elementen van het reële praktijk handelen waarvoor bewijs of consensus bestaat dat ze gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van zorg te meten en deze ook op te volgen"

Indicatoren worden ingedeeld in verschillende typen, namelijk structuur-, proces- of uitkomstindicatoren.

- **Structuurindicatoren** hebben betrekking op menselijke, fysieke en financiële middelen om goede zorg te verlenen zoals het aantal ingezette full time equivalenten, scholing van personeel, materiële voorzieningen, beschikbaar personeel, patiënten kenmerken etc.
- **Procesindicatoren** geven informatie over de daadwerkelijke zorgverlening zoals het functioneren van zorgverleners, het aantal keer dat een bepaalde interventie is ingezet, interactie tussen de zorgvrager en de zorgverlener: adequate communicatie, besliskunde, zorgmanagement , etc.
- **Uitkomst- of outcome indicatoren** geven inzicht in het effect of resultaat van de zorg, zoals bijvoorbeeld mortaliteits- en morbiditeitscijfers, effect op gezondheidstoestand, kennis, zelfzorg, tevredenheid met de zorg, kwaliteit van leven, etc.

Kwaliteit wordt bepaald door de relatie tussen structuur-, proces-, en outcome-indicatoren. Een aangepaste/verbeterde structuur verhoogt de kans op kwaliteitsvolle processen, die op hun beurt de kans op goede kwaliteit verhogen. Tevens zijn de regelgeving en de financiële sturing sterk bepalend voor de kwaliteit van zorg.

Hoewel er duidelijke richtlijnen zijn rond de actieve opsporing van COPD en gebruik van spirometrie, bestaan er nog steeds hindernissen die de huisarts ervan weerhouden om spirometrie op regelmatige basis te gebruiken in de praktijk (10) Opgegeven redenen zijn tijdsgebrek, educatieve noden, praktische en technische problematiek omtrent de aansluiting van een spirometer en implementatie van het resultaat in het elektronisch medisch dossier of gebrek aan motivatie (11-12)

Als de basis van dit kwaliteitsverbeterend project werd ook het boek "Dokteren met kwaliteit" van Danielle Grouwels, et al,(13) gebruikt.

A/ De stappen van de kwaliteitsverbetering(FOCUS –procedure en PDCA-cyclus)

FOCUS

Find a problem: Zoek een probleem en leg dit vast als onderwerp

Organise meeting: Organiseer een vergadering, stel dit onderwerp voor

Clarify probleem: Verduidelijk dit probleem, stel een probleemdefinitie op

Understand process, Uncover problems: Wat loopt er fout? Visgraatdiagram

Select a strategy, Start PDCA cyclus

PDCA

Plan: plan opstellen, hoe verbeteren

Do: voer uit wat gepland werd

Check: evalueer het project

Act: Wat zal er met dit project gebeuren? Aband/adjust/ adopt?

FOCUS.

- **Zoek een probleem.** De artsen van ons praktijk screenen de risico-populatie naar COPD niet. Er werd geen spirometrie uitgevoerd bij de rokers en ex-rokers ouder dan 40 jaar met klachten passend bij COPD. Waarom gebeurt het niet? Kunnen we toch spirometrie introduceren in ons praktijk?

Het is een relevante vraag volgens mijn literatuuronderzoek. Het is ook relevant in verband met diagnostiek, behandeling van COPD en terugbetaling van de medicatie.

- **Organiseer een vergadering.**

In januari 2015 hebben we een praktijk vergadering georganiseerd. Alle problemen en hindernissen bij de diagnostiek van COPD werden besproken. Alle artsen hebben een certificaat spirometrie en jaren geleden hebben ze de spirometrie toegepast. Maar nu niet meer.

- **Definiëren van het probleem**.

Er was geen screening naar COPD bij risicogroep met behulp van spirometrie ondanks nodige kennis en beschikbare spirometer. COPD werd meestal klinisch gediagnosticeerd.

- **Wat zijn de barrières?**

Voor onze praktijk kunnen we de volgende voornaamste barrières waarnemen:

Er is een spirometer beschikbaar in de praktijk en spirometrie kan worden uitgevoerd in elk lokaal , maar

- Zwakke kennis van de laatste richtlijnen met betrekking tot het diagnosticeren van COPD en de behandeling COPD

- Bij vermoeden van COPD wordt meestal onmiddellijk medicatie voorgeschreven of patiënt wordt doorverwezen naar pneumoloog in het nabijgelegen ziekenhuis

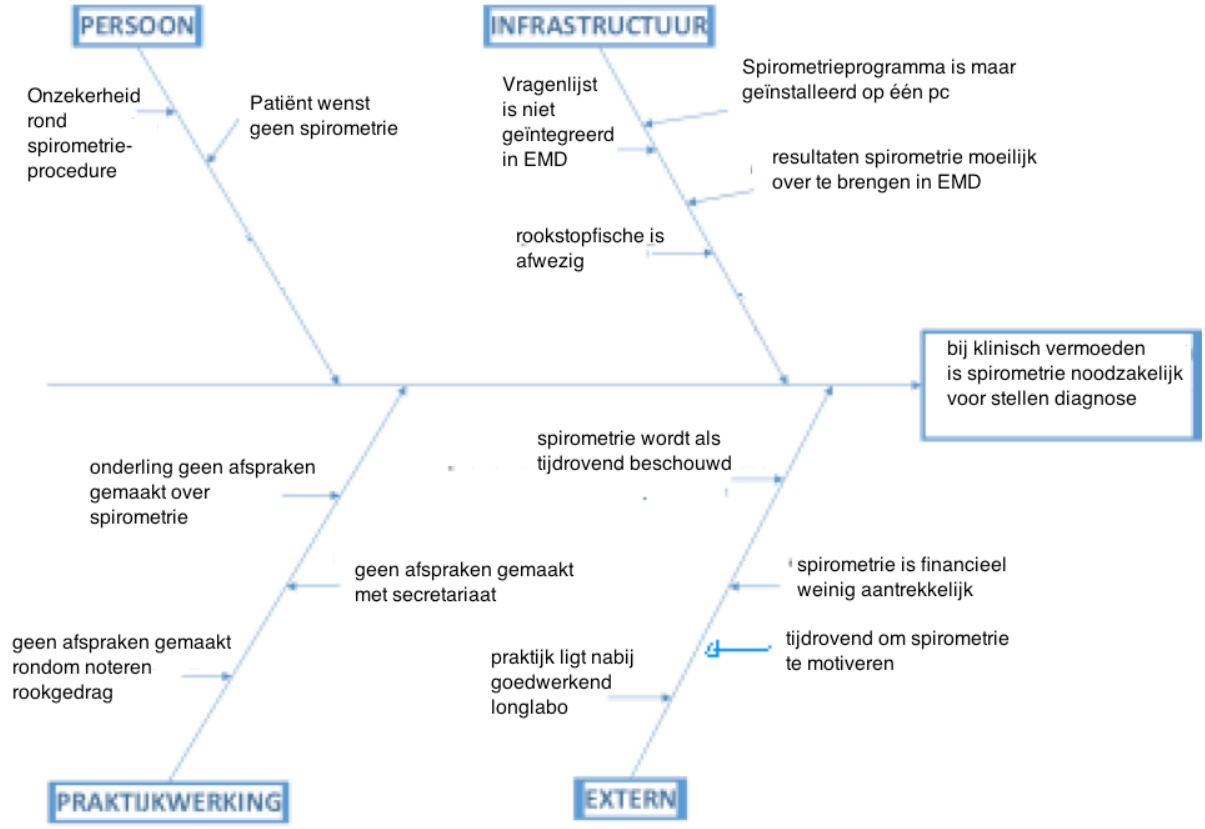
- Verslagen van pneumoloog met spirometrische gegevens werden in EMD bewaard in documenten (niet overzichtelijk)

- Er zijn geen afspraken met het secretariaat of tussen de artsen onderling over hoeveel tijd moet worden voorzien voor een spirometrie of over hoe deze gepland moet worden in de agenda

- Richtlijn of brochure met betrekking tot rookstop is afwezig (onrechtstreeks ook belangrijk in het kader van dit project)

- Er is geen afspraak tussen artsen hoe en waar in het EMD noteren van rookgedrag, het uitrekenen van het aantal van pakjaren is ook onmogelijk

We proberen alle barrières die ons beletten om actief te zoeken naar COPD , te systematiseren door middel van Ishikawa-visgraatanalyse (figuur 1). Die worden besproken op basis van vier factoren zoals hieronder beschreven.



(figuur 1)Barrières voor het vroegtijdig detecteren van COPD in onze praktijk

Er zijn **persoonsgebonden(arts/patiënt) factoren**, oorzaken die te maken hebben met de persoonlijke eigenschappen of acties van de betrokkenen. Voor ons project detecteren we de volgende persoonsgebonden barrières:

- De artsen binnen onze praktijk geven aan onzeker te zijn rond de uitvoering en interpretatie van spirometrie

- De patiënt wenst geen spirometrie uit te voeren of wenst het wel maar vergeet hiervoor een afspraak te maken

Verder zijn er de factoren betreffende **de infrastructuur**, bv het medisch materiaal, de software of de praktijkruimte.

- Er zijn problemen met computerprogramma. Het spirometrieprogramma is enkel geïnstalleerd op één laptop, niet op alle PC-s van de artsen.

- De resultaten van een spirometrie worden weergegeven op de laptop en moeten dan opgeslagen worden in de EMD op de server. Dit lijdt tot veel tijdverlies en is moeilijk uitvoerbaar.

- Vragenlijsten (CAT of mMRC) zijn niet geïntegreerd in EMD

- Rookstopfiche is afwezig op de praktijk

Veder zijn er nog de factoren die te maken hebben met **de werking van de praktijk.** Het gaat over de onderlinge afspraken , de communicatie binnen de praktijk en de procedures.

- er zijn geen duidelijke afspraken met het secretariaat en tussen de artsen onderling over het tijd dat voorzien dient te worden voor het uitvoeren van spirometrie en hoe dit in de agenda genoteerd dient te worden

- er zijn geen duidelijke afspraken over hoe en waar noteren van rookgewoonten van de patiënt

- er is geen procedure-fiche rond uitvoeren van een spirometrie en werking van de spirometer

En zijn nog de **externe oorzaken**. Deze factoren zijn moeilijk te beïnvloeden en hebben te maken met het milieu waarin de artsen werken en factoren eigen aan het gezondheidssysteem in het algemeen.

- Spirometrie wordt door de artsen als tijdrovend en weinig financieel vergoed beschouwd

- Behandeling van COPD en dan voornamelijk rookstopmotivatie vergt veel en vaak te vergeefse energie.

- De praktijk ligt nabij het ziekenhuis met een goede dienst pneumologie en longfunctielabo. Daarom werden patiënten met vermoeden van COPD gemakkelijk daarnaartoe gestuurd voor spirometrie, de diagnose stelling en de behandeling.

Om de resultaten van het project te evalueren hebben we een vergadering georganiseerd.

B/ Resultaten:

Concreet werd er samen gezeten met alle artsen van de praktijk en werden de resultaten besproken.

Een eerste punt dat aan bod kwam, was het noteren van rookgewoonten.
De consensus werd bereikt dat men de rookgewoonten actief ging bevragen en noteren. Ook werd afgesproken dit te doen met vermelding van roken en rookstop mét aantal pakjaren.

Er werd besloten dat spirometrie niet uitgevoerd ging worden in de praktijk bij vermoeden van COPD. De barrières zijn te groot, met name tijdsgebrek is een te groot probleem. Ook de praktische handeling van spirometrie vormt een groot struikelblok. Bij regelmatig spirometrie uitvoeren is dit niet van belang, maar wanneer dit maar sporadisch gebeurd, zal de uitvoering minder vlot verlopen.

Bij vermoeden van COPD stelden sommige artsen voor om de patiënt door te sturen naar de longarts of longfunctielabo, de andere stelden voor een toestel COPD - 6 te gebruiken om de bronchobstructie te meten . Dit toestel heeft enkele voordelen (bijvoorbeeld Vitalograph 16)

- is simpel en kosteneffectief, klein en draagbaar. Gemakkelijk te bedienen
- toont de 'longleeftijd' van de patiënt, wat een overtuigend argument kan zijn bij motiveren tot rookstop
- maakt een snelle meting van FEV1,FEV6 en VEV1/FEV6. Men kan op deze manier dus snel een idee krijgen over de longfunctie en luchtwegobstructie bij vermoeden van COPD

Het toestel heeft ook enkele nadelen:

- Als de COPD-6 meter een FEV1/FEV6 < 80% toont moet toch sowieso nog spirometrie uitgevoerd worden
- Wordt volgens de laatste versie van de NHG-richtlijn niet aanbevolen voor de diagnose van spirometrie

Alle artsen van de praktijk hebben de bijscholing gevolgd over de vernieuwde versie van GOLD en zijn dus in staat om op basis van een spirometrie de juiste diagnose te stellen. Bovendien kunnen zijn ook de meest recente aanbevolen behandeling opstellen. Blijvende bijscholing over COPD blijft noodzakelijk gezien het aantal nieuwe gevallen dat in dit onderzoek ook weer ontdekt zijn.

Er gaat nu meer aandacht besteed worden aan de preventieve maatregelen zoals vaccinatie en rookstopmotivatie bij vermoeden van COPD . Alle patiënten worden vanaf nu naar de tabacoloog in het nabij gelegen ziekenhuis gestuurd.

Over het algemeen werd het project wel als praktijk verbeterend beschouwd. Enkel de implementatie van de richtlijn, wat als hoofddoel van de masterproef werd opgesteld, kan niet gehaald worden door de vele barrières (voornamelijk tijdsgebrek, afwezigheid van consensus tussen de artsen en de moeilijkheid om een symptoomvragenlijst aan de patiënt te presenteren als hij/zij met andere klachten komt).

5. Bespreking.

Dit kwaliteitsverbeterend project met het doel als implementatie van de richtlijnen rond "actieve case finding" voor het vroegtijdig detecteren van COPD bij rokers en ex-rokers ouder dan 40 jaar , met klachten die passen bij COPD , toont aan dat met behulp van spirometrie toch 9 nieuwe gevallen COPD in onze praktijk werden ontdekt.

Van de 45 in dit project geïncludeerde personen(rokers en ex-rokers ouder dan 40 jaar met klachten passend bij COPD), hadden 32 patiënten een normale spirometrie en 11 patiënten een afwijkende spirometrie. Van deze 11 werden 2 deelnemers met astma gediagnosticeerd en 9 met COPD.

Gemiddelde leeftijd van deze nieuwe COPD patiënten was 60 jaar. Waarbij er ongeveer evenveel mannen als vrouwen in deze groep zaten.

Het uitgevoerde project bewijst dat er nog verborgen COPD gevallen in de praktijk zijn. De verschillende studies die bewijzen dat actieve case finding nuttig zijn, worden door ons project bevestigd.

De studie van Vandevoorde J et al betreffend case finding van COPD in huisartsenpraktijk toont aan dat de prevalentie van voorheen niet-gedetecteerde COPD bij de rokers met minstens 15 rookjaren gelijk is aan 29,5% (8). Ons cijfer van 9 op 45 leunt hier dicht bij aan.

Geijer R . analyseerde de resultaten van zes studies die uitgevoerd zijn tussen 1998 en 2003 in IJsselstein bij mannelijke rokers (al dan niet met COPD) tussen de 40 en 65 jaar. Toenemende leeftijd, roken voor de leeftijd van zestien jaar en luchtwegklachten zijn risicofactoren voor het ontwikkelen van 'matig ernstig COPD'. Met een bevolkingsonderzoek bij rokers van 45 tot 64 jaar zouden 195.000 nieuwe gevallen met overwegend licht COPD gevonden kunnen worden in één jaar, terwijl met actieve opsporing bij rokers die de huisarts bezoeken met luchtwegklachten circa 78.000 nieuwe personen met COPD opgespoord zouden worden.(20) Deze sprekende cijfers zouden extra moeten kunnen overtuigen om actieve case finding in de praktijk toe te passen.

Er zijn in de praktijk echter verschillende, zeer belemmerende hindernissen die er voor zorgen dat dit niet gebeurt.

In onze praktijk kwamen daar vooral bij aan bod tijdsgebrek. Het gaat over een landelijke praktijk, waarbij recent enkele collega's zijn weggevallen waardoor de praktijk nog drukker is dan vroeger. De balans tussen werk en privéleven is moeilijk en onze praktijk wil de grenzen van de individuen beschermen. Als hier nog spirometrie bij komt, is er onvoldoende tijd om 'dagdagelijkse' consultaties uit te voeren. De noodzaak om COPD in een vroeg stadium te ontdekken is zeker duidelijk. Als ze zelf spirometrie zouden uitvoeren, dan zou dit niet kunnen zoals het hoort. De consultaties en de spirometrie zouden niet volledig optimaal gebeuren. Daarom werd er voor gekozen om wel aandachtig te zijn naar rookgewoontes en klachten, maar bij vermoeden liever door te verwijzen. Op deze manier wordt spirometrie uitgevoerd, op de correcte manier, en wordt de workload van de artsen niet nog vergroot.

Andere hindernissen die aan bod kwamen waren de zwakke kennis van de spirometrieprocedure, de interpretatie van de resultaten en problemen met introductie van de spirometrieresultaten in EMD. Dit is normaal aangezien spirometrie maar zelden wordt uitgevoerd op dit moment. Moest dit dagelijks gebeuren, zou dit geen barrière vormen. Maar hier heb je een vicieuze cirkel. In praktijken waar spirometrie reeds frequent wordt uitgevoerd, is dit absoluut geen barrière. Het is eerder in de praktijken die er aan denken te starten met

spirometrie dat dit probleem zich gaat voor doen. Eens er voldoende tijd is en voldoende spirometriën ingepland worden, dan zal deze barrière vanzelfsprekend verdwijnen.

Dan stelt zich de vraag hoe we dit kunnen verbeteren. Er zijn verschillende mogelijkheden om spirometrie toegankelijker te maken.

Zo zou er bijvoorbeeld een praktijkassistent kunnen aangenomen worden om de spirometries uit te voeren. Dit heeft wel financiële gevolgen. De praktijk moet akkoord gaan met de meerprijs van een praktijkassistent. Bovendien moet er ook een ruimte beschikbaar zijn waar deze praktijkassistent dan werkt. Er is momenteel een net opgestarte opleiding bij verpleegkundigen voor praktijkassistent. Deze zijn dan opgeleid om verschillende taken in de huisartsenpraktijk uit te voeren en zo de werkdruk te verlichten bij de artsen. Het enige, reeds wederkomend probleem, is de financiële kant van de zaak. Een goed opgeleide verpleegkundige heeft ook een redelijk loon en dit moet dan gedragen worden door de artsen.

Een andere manier om COPD op te sporen is via de toepassing van de vragenlijst. Dan kan de patiënt, al dan niet in de eigen praktijk, een spirometrie krijgen als dat nodig blijkt. Vroeger kon dit via het GMD+. Deze nomenclatuurnummer is weggevallen en wordt gewoon geïntegreerd in het GMD. Artsen gaan nu minder geneigd zijn dit systematisch te doen omdat het weer in de dagdagelijkse consultatie zit en dan komt het probleem van tijdsgebrek weer aan bod. In de praktijken waar een HAIO is, zou deze HAIO (ook al veranderen deze) telkens een tijdsblok kunnen zetten voor uitvoeren van het vorige GMD+ consult. Als er dan telkens opnieuw een HAIO is, blijft deze 'dienst' continu uitgevoerd worden.

Een andere aanpak om de patiënt de vragenlijst te laten invullen, is om informatiebrochures in de wachtzaal te plaatsen. De verantwoordelijkheid om de vragenlijst in te vullen wordt dat gelegd bij de patiënt, wat zeker niet optimaal is, niet iedereen beschikt namelijk over de juiste achtergrond om in te schatten of ze hiervoor in aanmerking komen. Indien er een secretaresse is, is het ook absoluut noodzakelijk om met hen hierover te communiceren omdat zij vaak de eerste zijn die dan vragen gaan krijgen omtrent de vragenlijst. De patiënten die niet naar de praktijk komen vallen hierdoor ook uit de boot.

Indien men toch besluit van spirometrie in de praktijk uit te voeren, dan is er ook een eenvoudig software programma nodig. Waarbij men gemakkelijk de resultaten kan integreren in het EMD. Er is bij het zelf uitvoeren van spirometriën ook sowieso een protocol noodzakelijk over het gebruik van de spirometer.

Samengevat is spirometrie bij patiënten die hoog scoren op de vragenlijst zeker nuttig, maar in de praktijk moeilijk uit te voeren. Vooral tijdsgebrek is het voornaamste obstakel om dit niet te doen. Is de meest voor de hand liggende oplossing niet gewoon meer huisartsen?

6. Beperkingen.

Er zijn ook nog enkele beperkingen die zeker moeten vermeld worden.

Ten eerste werd er geen leeftijdsgrens gesteld ondanks de gebruikte spirometrische referentiewaarden. Dit kan beïnvloeding geven van de resultaten.

Er was een relatief klein aantal van deelnemers aan het project want niet alle genoteerde rokers en ex-rokers namen deel in dit project. Bij de keuze van de patiënt kan er ook op deze manier al een bias ontstaan.

Een laatste beperking is de uitvoering van de spirometrie. Ikzelf heb bij de patiënten de spirometrie uitgevoerd. Dit kan ook beïnvloeden of de patiënten tot het uiterste gingen.

7. Conclusie.

Spirometrie blijft de meest geschikte methode voor vroegtijdig opsporen van COPD bij de risico-populatie.

We hebben in ons project 9 nieuwe gevallen COPD ontdekt. Dit bewijst dat er nog "verborgen" COPD patiënten zijn tussen rokers en ex-rokers met klachten passend bij COPD.

Anderzijds heeft ons project aangetoond dat er verschillende barrières aanwezig zijn om de actieve opsporing van COPD te introduceren in onze praktijk. Ondanks de overtuigende resultaten van ons project blijven die barrières bestaan en vormen ze de hindernis om spirometrie in onze praktijk te introduceren.

Actieve opsporing van COPD in onze huisartsenpraktijk is suboptimaal.

Hoewel de reeds genomen beslissing bevestigd werd om geen spirometrie uit te voeren in onze praktijk, heeft dit project onze houding veranderd tegenover actieve opsporing van COPD bij rokers en ex-rokers met klachten passend bij COPD en het beter opvolgen van preventieve maatregelen bij COPD patiënten.

8. Referenties

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Beschikbaar via: www.goldcopd.com Date last update :2015

2. Chapman K R , D. M. Mannino et al., Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease DOI: 10.1183/09031936.06.00024505 , 2006

3. Longfunctietesten bij volwassenen. KCE reports 60A. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. 2007

4. Nederlands Huisartsen Genootschap. COPD : diagnostiek. Laatst geraadpleegd: maart 2016

5. American College of Chest Physicians. American College of Physicians, American Thoracic Society, European Respiratory Society. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. 2011. Beschikbaar via :www.guideline.gov. Geraadpleegd 2015 december.

6. Zielinski J, Bednarek M. Early Detection of COPD in a High-Risk Population Using Spirometric Screening. Chest 2001; 119(3):731-736.

7. Nelson SB, Thomashow BM, Enright P, Mannino DM, Nemenoff EK Economical Approach For COPD. Case-finding in the General Population. Am J Respir Crit Care Med 2010;181

8. Vandevoorde J,Verbanck S et al., Early detection of COPD: a case finding study in general practice. Respir Med 2007; 101:525-30

9. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press; 1980.

10. Derose SF, Schuster MA, Fielding JE, Asch SM. Public Health Quality measurement: concepts and challenges. Ann Rev Public Health. 2002; 23: 1-21.

11. Donabedian A. Quality assurance. Structure, process and outcome. Nurs Stand. 1992;7:2-8

12. Lauwrence, M., Olesen, F et al. Indicators of quality in health care. Eur J Gen Pract, 1997,3,103-108.

13. Enright P, Quantjer P, Spirometry for COPD is Both Underutilized and Overutilized. Chest 2007; 132(2):368-370

14. Thorn J, Tilling B, Lisspers K, Jorgensen L et al. Improved Prediction of COPD in At-risk patients Using Lung Function Pre-screening in Primary Care: a Real-Life Study and Cost-Effectiveness Analysis. Prim Care Respir J 2012; 21(2): 159-166

15. Gil-Guillén V, Orozco-Beltran D, Munuera CVC, Plaza-Sirvent P, Lorca-Amorrich P et al FUMEPOC: Early Detection of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Smokers. BMC Public Health 2011; 11:413

16. Grouwels D, Seuntjens L, Bussche P Vanden. Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard Uitgeverij nv; 2008.

17. Celli BR, MacNee W; ATS/ERS Task Force Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD : a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J. 2004 Jun;23(6):932-46.

18. Raghavan N, Iam YM, Webb KA, Guenette JA, Amornputtisathaporn N et al. Componentsof the COPD assessment Test Associated With a diagnosis of COPD in a Random Population Sample. COPD 2012; 9(2):175-183. (abstract)

19. Buysschaert R. Implementatie van de COPD-6 meter in de huisartsenpraktijk ter screening naar obstructief longlijden.(Proefschrift) VUB . www.icho.be.

20. Geijer RMM, Sachs APE et al . Prevalence of undetected persistent airflow obstruction in male smokers 40-65 years old. Family Practice 2005; 22:485-9

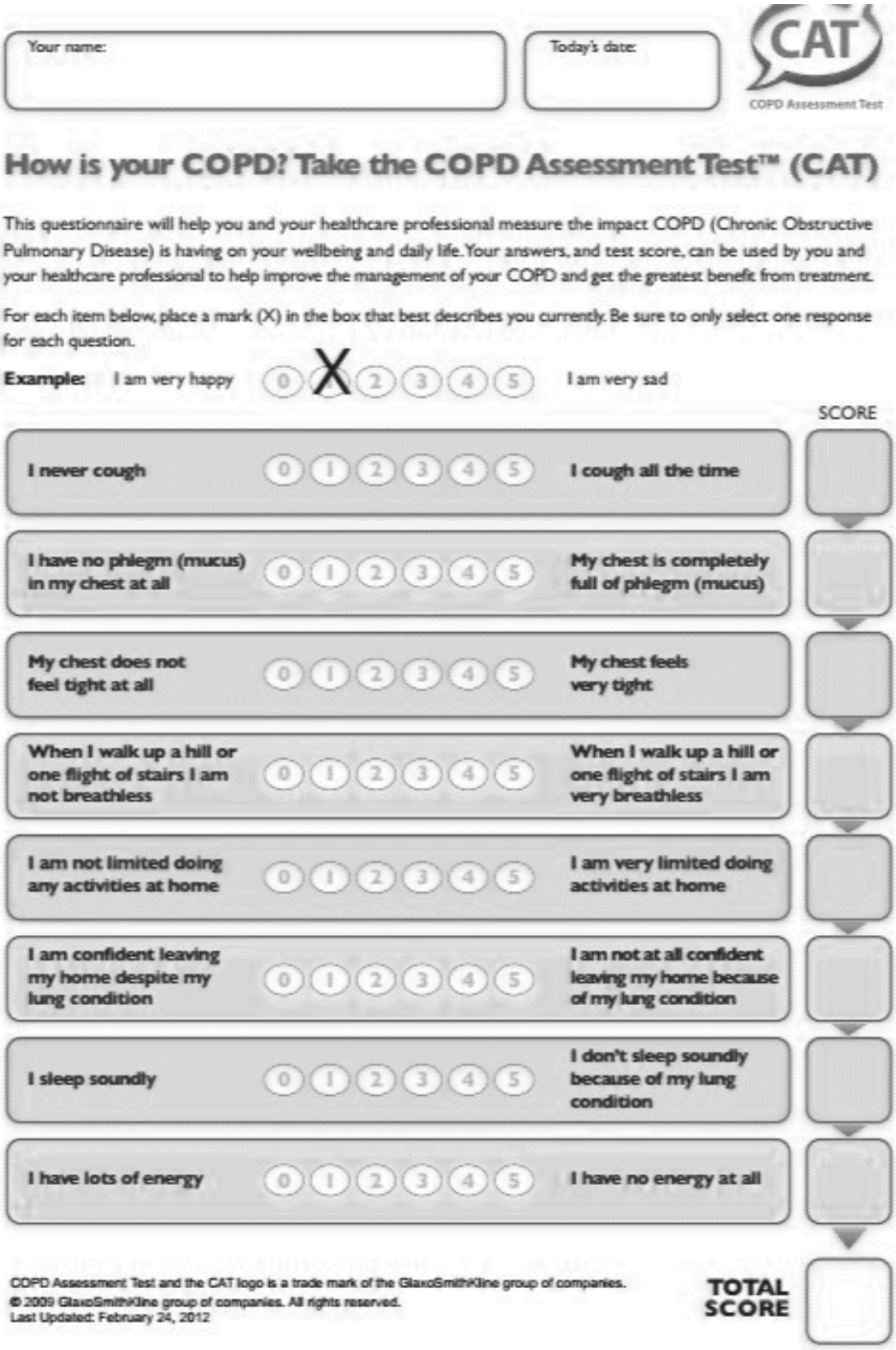
21. Aerts J. Kwaliteitsbevorderend praktijkproject. Vroegtijdige diagnose van COPD door middle van spirometry. (proefschrift). KULeuven. Beschikbaar via: www.icho.be. Laatst geraadpleegd : april 2016

9. Bijlagen

Bijlage 1 (Tabel 1) Resultaten van de 45 patiënten opgenomen in het project

N	rookgedrag	leeftijd	geslacht	#pakjaren	FEV1	GOLD	mMRC score	Exacer. / jaar	Class- COPD
1	Roker	44	V	1,35	76%	GOLD 2	2	0	B
2	Ex-roker	73	M	12	85%	GOLD 1	1	0	A
3	Ex-roker	64	M	7,5	90%	GOLD 1	2	1	B
4	Roker	57	V	40	76%	GOLD 2	0-1	2	B
5	Roker	48	M	15	88%	GOLD 1	1	0	A
6	Ex-roker	68	M	40	73%	astma			
7	Ex-roker	79	M	10,5	83%	GOLD 1	>2	1	B
8	Ex-roker	52	V	56	90%	GOLD 1	>2	1	B
9	Roker	68	M	135	86%	GOLD 1	>2	1	B
10	Ex-roker	62	V	16	75%	GOLD 2	1	0	A
11	Ex-roker	74	M	30	73%	astma			
12	Roker	68	V	19	nl				
13	Ex-roker	61	V	11	nl				
14	Ex-roker	72	v	15	nl				
15	Roker	42	v	46	nl				
16	Roker	51	m	52	nl				
17	Roker	55	m	30	nl				
18	Roker	40	m	20	nl				
19	Ex-roker	61	m	12	nl				
20	Ex-roker	43	v	15	nl				
21	Ex-roker	69	v	15	nl				
22	Ex-roker	53	m	46	nl				
23	Ex-roker	55	v	20	nl				
24	Ex-roker	43	m	8	nl				
25	Ex-roker	59	m	40	nl				
26	Roker	46	m	46	nl				
27	Roker	60	m	25	nl				
28	Ex-roker	42	v	20	nl				
29	Ex-roker	66	m	5	nl				
30	Roker	61	m	33	nl				
31	roker	51	m	30	nl				
32	Ex-roker	53	m	9	nl				
33	Ex-roker	69	v	40	nl				
34	Ex-roker	62	m	3	nl				
35	Ex-roker	57	m	1	nl				
36	Ex-roker	51	m	36	nl				
37	Ex-roker	61	m	47	nl				
38	Ex-roker	60	m	50	nl				
39	Ex-roker	42	v	1	nl				
40	Ex-roker	61	m	56	nl				
41	Ex-roker	56	m	26	nl				
42	Roker	45	m	12	nl				
43	Ex-roker	64	v	7	nl				
44	roker	42	v	15	nl				
45	Ex-roker	69	m	24	nl				

Bijlage 2. CAT (COPD Assessment Test)



Your name:

Today's date:

CAT
COPD Assessment Test

How is your COPD? Take the COPD Assessment Test™ (CAT)

This questionnaire will help you and your healthcare professional measure the impact COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) is having on your wellbeing and daily life. Your answers, and test score, can be used by you and your healthcare professional to help improve the management of your COPD and get the greatest benefit from treatment.

For each item below, place a mark (X) in the box that best describes you currently. Be sure to only select one response for each question.

Example: I am very happy 0 X 2 3 4 5 I am very sad

			SCORE
I never cough	0 1 2 3 4 5	I cough all the time	
I have no phlegm (mucus) in my chest at all	0 1 2 3 4 5	My chest is completely full of phlegm (mucus)	
My chest does not feel tight at all	0 1 2 3 4 5	My chest feels very tight	
When I walk up a hill or one flight of stairs I am not breathless	0 1 2 3 4 5	When I walk up a hill or one flight of stairs I am very breathless	
I am not limited doing any activities at home	0 1 2 3 4 5	I am very limited doing activities at home	
I am confident leaving my home despite my lung condition	0 1 2 3 4 5	I am not at all confident leaving my home because of my lung condition	
I sleep soundly	0 1 2 3 4 5	I don't sleep soundly because of my lung condition	
I have lots of energy	0 1 2 3 4 5	I have no energy at all	

COPD Assessment Test and the CAT logo is a trade mark of the GlaxoSmithKline group of companies.
© 2009 GlaxoSmithKline group of companies. All rights reserved.
Last Updated: February 24, 2012

TOTAL SCORE

Bijlage 3. mMRC

Naam

Geb. datum

Datum

mMRC-scorelijst

Welke van de onderstaande uitspraken is voor u het meest van toepassing?

- Ik heb geen last van kortademigheid 0

- Ik word alleen kortademig bij zware inspanning 1

- Ik word alleen kortademig als ik me moet haasten op vlak terrein of tegen een lichte helling oploop 2

- Door mijn kortademigheid loop ik op vlak terrein langzamer dan andere mensen van mijn leeftijd, of moet ik stoppen om op adem te komen als ik mijn eigen tempo loop 3

- Na ongeveer 100 meter lopen op vlak terrein moet ik na een paar minuut stoppen om op adem te komen 4

- Ik ben te kortademig om het huis uit te gaan, of ik ben kortademig tijdens het aan- of uitkleden 5

Protocol

Actieve opsporing van COPD in één huisartsenpraktijk.

Achtergrond: COPD (Chronisch obstructief longlijden) is een ziekte waarvan de prevalentie en mortaliteit toenemen. Het vroege stadium van COPD wordt vaak gemist indien men er niet actief naar zoekt. Nochtans is het eenvoudig te detecteren met behulp van een vragenlijst en spirometrie. Een algemene screening van rokers en ex-rokers zonder klachten wordt niet aangeraden, maar internationale richtlijnen en het KCE raden “active case finding” aan voor COPD.

Doel: implementatie van de richtlijnen rond “active case finding” voor het vroegtijdig detecteren van COPD bij rokers en ex-rokers ouder dan 40 jaar, met klachten die passen bij COPD, in één landelijke huisartsenpraktijk.

Methode: Bij alle patiënten, ongeacht de reden van consult, die ouder dan 40 jaar zijn, wordt gepeild naar rookgedrag. Daarna wordt er bij rokers en ex-rokers gevraagd naar de aanwezigheid van klachten (dyspnoe, chronisch hoesten en slijmen, inspanningsintolerantie) mbv een vragenlijst (zie bijlage 1). Bij patiënten met symptomen wordt een spirometrie uitgevoerd om de diagnose van COPD te kunnen stellen en de graad van ernst te bepalen, in overeenkomst met de GOLD richtlijnen (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Spirometrie is een standaardprocedure (en “gouden standaard”) voor de diagnose van COPD; er worden dus geen spirometrieën uitgevoerd enkel en alleen voor deze studie.

Volgens de GOLD-richtlijnen van 2015 kunnen COPD-patiënten ingedeeld worden in 4 groepen, op basis van de ernst van de luchtwegobstructie (FEV_1), de ernst van de klachten (CAT vragenlijst, zie bijlage 2) en het aantal en de ernst van exacerbaties in de afgelopen 12 maanden.

Classification of Severity of Airflow Limitation in COPD (Based on Post-Bronchodilatof FEV1)

In patients with FEV1/FCV < 0,70

GOLD 1	MILD	FEV1> 80% predicted
GOLD 2	MODERATED	50% ≤FEV1<80% predicted
GOLD 3	SEVERE	30% ≤FEV1<50% predicted
GOLD 4	VERY SEVERE	FEV1< 30% predicted

Combined assessement of COPD

Symptoms:

Less symptoms (m MRC 0-1 or CAT < 10) Patient is (A) or (C)

More symptoms (m MRC ≥ 2 or CAT ≥ 10) Patient is (B) or (D)

Risk of exacerbations

- **Airflow limitation:**

Low risk (GOLD 1or 2) Patient is (A) or (B)

High risk (GOLD 3 or 4) Patient is (C) or (D)

And/or

- **Exacerbations :**

Low risk : < 1 /year *and* no hospitalisation for exacerbation ; Patient is (A) or (B)

High risk: ≥ 2 /year or ≥ 1 with hospitalisation : patients is (C) or (D)

Patient	Characteristic	Spirometric classification	Exacerbation (/yr)	mMRC	CAT
A	Low risk Less symptoms	GOLD 1-2	≤ 1 (no hospitalisation)	0-1	< 10
B	Low risk More symptoms	GOLD 1-2	≤ 1 (no hospitalisation)	≥ 2	≥ 10
C	High risk Less symptoms	GOLD 3-4	≥ 2 (or ≥ 1 with hospitalisation)	0-1	< 10
D	High risk More symptoms	GOLD 3-4	≥ 2 (or ≥ 1 with hospitalisation)	≥ 2	≥ 10

Inclusiecriteria: alle patienten boven 40 jaar , rokers en ex-rokers, ongeacht aantal rookpakjaren, met klachten die passen bij COPD.
Exclusiecriteria: gekende COPD patienten, bevestigd door spirometrie; astma patienten; ACOS (asthma copd overlap syndrome) patienten.
De spirometrie wordt uitgevoerd in overeenstemming met de ATS/ERS criteria, door Dr. Tepaeva die hiervoor een opleiding heeft gevolgd.

Bijlage 5. Patiënteninformatie

Informatie voor de patiënt.

TITEL: Actieve opsporing van COPD in een huisartsenpraktijk.

Informatie voor de patiënt

Geachte mevrouw, Geachte heer,

In het kader van mijn master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde, doe ik een onderzoek naar de actieve opsporing van COPD (chronisch obstructief longlijden) bij rokers en ex-rokers in onze huisartsenpraktijk. Dit onderzoek loopt in de periode van april 2015 tot en met april 2016, onder toezicht van de Vrije Universiteit Brussel.

We willen nagaan bij patiënten die roken en / of vroeger gerookt hebben, én luchtwegklachten vertonen, of zij tekenen vertonen van COPD (chronisch obstructief longlijden). Het doel van deze studie is om COPD te detecteren in een vroeg stadium. Hiervoor dient uw longfunctie te worden onderzocht met behulp van een spirometrie. Deze spirometrie maakt geen deel uit van de eigenlijke studie, maar is een standaardonderzoek om de diagnose van COPD te stellen. Voor de studie worden de gegevens anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname gebeurt op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kan terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere relatie met uw huisarts.

Met het ondertekenen van een formulier voor “geïnformeerde toestemming” (informed consent), geeft u uw toestemming tot het deelnemen aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers of uw behandelende huisarts.

We stellen uw medewerking erg op prijs en alvast van harte dank!

Dr. Joulia Tepaeva, huisarts in opleiding, groepspraktijk “ Dag-en-raad”, Belsele

Bijlage 6

Toestemmingsformulier

Naam patiënt…….....

1. Ik bevestig dat Dr. ……(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie anoniem worden verwerkt. In overeenstemming met het Koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Brussel en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Brussel en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.
7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.
8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…….. Handtekening…… (patiënt)

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt.

Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum…….. Handtekening…….. (Informerende arts)

Bijlage 7: Ethische commissie

Universitair Ziekenhuis Brussel
Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

PROF. DR. J. VANDEVOORDE
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussel, 13-05-2015

Ons Kenmerk: **2015/139**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Actieve opsporing van COPD in een huisartsenpraktijk
B.U.N. 143201524401

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief de aangepaste informatie- en toestemmingsformulieren, ontvangen op 6 mei 2015, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van **13 mei 2015**

dat deze studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Meeting date: 13-05-2015

Ons Kenmerk : 2015/139

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB
(since 08-10-2014)

Name	Function	Gender
Prof. Dr. Em. A. Van Steirteghem, PhD	CHAIRMAN UZ BRUSSEL	M
Dr. J. Marchand, MD	VICE- CHAIRMAN Pediatrics UZ BRUSSEL	M
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Van Hoeystraat 7, Mechelen	M
Dr. K. Beeckman, PhD	Nursing and Midwifery research group UZ BRUSSEL	F
Dr. Apr. V. Caveliers, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. H. De Boeck, MD	Pediatric Orthopedics UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. De Grève, MD	Medical Oncology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. De Mey, MD	Radiology UZ BRUSSEL	M
Mrs. M. De Win	External Member	F
Mr. D. Danschutter	Head Nurse UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. Poelaert, MD	Anesthesiology UZ Brussel	M
Prof. Dr. C. Schotte, PhD	Clinical Psychology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. van der Werff ten Bosch, MD	Pediatrics UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. T. Vanhaecke, PhD	Toxicology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB	F
Dr. L. Wostyn, MD, Master of Laws	Master of Laws VUB External member	M

If member of the Ethics Committee, the investigator does not participate to the vote