

University of Groningen

Astma en COPD in de huisartsenpraktijk

Molen, T. van der

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2006

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Molen, T. V. D. (2006). *Astma en COPD in de huisartsenpraktijk*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Astma en COPD in de huisartsenpraktijk

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van Hoogleraar in de huisartsgeneeskunde in het bijzonder de behandeling van astma en COPD in de huisartsgeneeskunde.

Mijnheer de Rector Magnificus, Leden van de raad van bestuur, Collegae, vrienden en familie

Een voltijds werkende huisarts in Nederland met een normpraktijk van 2350 patienten heeft volgens de gegevens van het NIVEL gemiddeld 8650 face to face contacten met patienten per jaar. Volgens de hoogleraar Lamberts uit Amsterdam, komt de patiënt per consult of visite met gemiddeld 2 verschillende vragen over ziekte of gezondheid. Bijvoorbeeld om mijn interesse gebied aan te halen een aanval van benauwdheid maar daarnaast ook sinds weken last van de linker enkel. Dingen die vaak niets met elkaar te maken hebben. Dit heet in registratie jargon “reason for encounter”. Face to face contacten alleen al leiden dus per jaar per gemiddelde huisarts tot meer dan 16.000 vragen over symptomen, ziekten en vermeende ziekten. 98 % hiervan wordt in de eerste lijn van de gezondheidszorg afgehandeld. Dit in samenwerking met fysiotherapeut, wijkverpleegkundige, huisartsenlaboratorium en in de laatste jaren tevens de praktijkondersteuner. 2 % van de reasons for encounter wordt doorverwezen voor diagnostiek en of behandeling naar de tweede lijn. Wij moeten goed beseffen dat dit wereldwijd vrijwel ongeëvenaard is. De huisarts in Nederland moet veel weten om de verantwoordelijkheid te durven nemen zo weinig te doen in de vorm van verwijzingen en onnodige behandelingen. Ondanks deze terughoudendheid in verwijzingen kan een patiënt die een afspraak wil maken vaak bij de huisarts terecht op dezelfde dag of anders in ieder geval binnen een tijdsbestek van 2 dagen. Als de patiënt echter wordt doorverwezen naar de tweede lijn is de wachttijd vaak langer, variërend tussen 1 week en 3 maanden. Ik schets u dit beeld niet alleen om aan te geven dat de huisarts het goed doet en een cruciale positie heeft in de Nederlandse gezondheidszorgstructuur maar ook om nog eens aan te geven hoe kwetsbaar deze structuur is. Op de dag dat maatschappelijke factoren zoals publieke opinie en politieke besluitvorming, of medische factoren zoals onverwacht hoge mortaliteit bij bijvoorbeeld een griep epidemie dit beeld verandert en de huisarts structureel geen twee maar drie procent van de hem aangeboden problematiek gaat verwijzen komt de tweede lijn al in grote problemen. Het aantal verwijzingen zal dan met 50% gaan stijgen. Het is daarom van essentieel belang voor de gezondheidszorg in Nederland om veranderingen in het systeem zeer goed te doordenken voor ze worden toegepast. Iets wat met de recente ingrijpende veranderingen in het zorgstelsel mijns inziens onvoldoende is gedaan. Verder is het van groot belang om onderling als professionals vertrouwen te hebben te houden in elkaar en dat ook naar buiten toe uit te stralen. De invoering van marktwerking in de zorg kan een splijtzwam worden in de huidige samenwerking tussen de eerste en tweedelijns zorg. Het leveren van kwaliteit in patiëntenzorg en verbetering in afstemming van taken middels transmurale samenwerkingsverbanden zijn belangrijk om deze splijtzwam niet tot wasdom te laten komen.. Juist in het bevorderen van die kwaliteit en dan in het bijzonder van zorg voor patienten met astma en COPD zie ik mijn leeropdracht. De chronische respiratoire aandoeningen astma en COPD zijn bij uitstek aandoeningen waarin zowel huisartsen met het eerstelijns team als specialisten met het tweede lijns team nauw met elkaar dienen samen te

werken.. De cijfers maken dat aannemelijk. In Nederland werken naast 7000 huisartsen ruim 300 longartsen en zeer gering aantal kinderlongartsen in de curatieve zorg. De huisartsen, longartsen en kinderartsen in samenwerking met verpleegkundigen en fysiotherapeuten geven zorg aan 1,2 miljoen astma en COPD patienten. Dat is geen geringe taak. In de komende 20 minuten wil ik u inzicht geven in hoe aan die zorg voor de patiënt gestalte wordt gegeven. Tevens wil ik ingaan op de uitdagingen op het gebied van zorg, wetenschappelijk onderzoek en educatie waar de huisartsgeneeskunde en in het bijzonder onze onderzoeksgroep een bijdrage leveren.

Luchtwegproblemen komen voor op alle leeftijden, van pasgeborene tot zeer oude mensen. Luchtwegklachten bij zeer jonge kinderen in de leeftijd tussen 0-5 jaar vormen een apart probleem voor zowel de huisarts als de kinderarts. Bijna 50 % van alle kinderen in de leeftijdsklasse van 0-5 maakt een min of meer langdurige periode met luchtwegklachten door. Deze kinderen worden in het algemeen eerst door de huisarts gezien. Het Registratie Netwerk Groningen die van 20 deels parttime werkende huisartsen in het Noorden van Nederland alle patiënt contacten met de klachten en diagnoses registreert laat dit ook duidelijk zien. Van de 6500 contacten met 0-4 jarigen in 2004 waren er 1780 dus maar liefst 27 % gerelateerd aan luchtwegklachten. Het merendeel van deze consulten betreft gelukkig klachten van voorbijgaande aard. Een deel van deze ziekte episoden is echter de voorbode van groter onheil. Enerzijds een snel verergerend beeld van bijvoorbeeld een [longontsteking](#), anderzijds kan de klacht zich ontwikkelen tot een meer chronisch persisterend beeld wat zou kunnen passen bij astma. Het probleem is dat de klachtenpresentatie van astma en luchtwegklachten van voorbijgaande aard vrijwel hetzelfde is. Welk kind ontwikkelt astma en welk kind heeft een onschuldige virusinfectie? Hoe kun je daar als (huis)arts met de weinige diagnostische middelen die je op die leeftijd ter beschikking staan achterkomen? Deze vragen zijn aandacht en onderzoek waard. Allereerst verdient het consult nadere beschouwing. Waarom komt de verzorger met haar kind?. Wat is de hulpvraag? Wat is de achtergrondkennis? Wat zijn de gedachten over het ziektebeeld en de medicatie die daarvoor gangbaar is?. Dan komen we aan bij de diagnose. Het RNG laat zien dat door de huisarts slechts bij 8% van de kinderen van 0-5 die met een [luchtwegklacht](#) komen de diagnose astma gesteld wordt. Dat laat zien dat de huisartsen goed op de hoogte zijn. Omdat de diagnose astma bij deze kleine kinderen zo moeilijk te stellen is heeft onze onderzoeksgroep in samenwerking met de afdeling kinderlongziekten van collega Eric Duiverman de afgelopen jaren hard aan gewerkt om een bijdrage te leveren aan de oplossing van dit probleem. Siebrig Schokker van de huisartsgeneeskunde en Elisabeth Kooi kinderarts in opleiding hebben samen 195 van astma verdachte kindertjes van 0-5 jaar die door de huisarts of door de specialist waren geselecteerd zeer uitvoerig onderzocht met experimenteel longfunctie onderzoek, uitgebreide vragenlijsten, en allergie onderzoek. De komende jaren zullen we deze kinderen die inmiddels boven de 5 jaar oud zijn blijven volgen Dit uitkomsten van dit onderzoek zullen samen met de gegevens uit andere onderzoekscentra , huisartsen maar zeker ook kinderartsen en kinderlongartsen meer inzicht geven welke van deze kinderen uiteindelijk astma zullen ontwikkelen. Vooralsnog is de uitkomst nog steeds dat we dit niet weten. De zich snel ontwikkelende longen van het kleine kind in samenhang met het zich ontwikkelende immuunapparaat en de omgeving lijken zich naar het zich voorlopig laat aanzien niet zo te gedragen als volwassen longen. Het onderzoek naar de juiste handelwijze van de huisarts in deze ingewikkelde keten; namelijk: de klacht – interpretatie van de klacht door de verzorger- vervolgens consult bij de huisarts- interpretatie van het consult en ten slotte diagnose en de behandeling zal onze afdeling in samenwerking met de afdeling kindergeneeskunde in de komende jaren voortzetten.

Het beeld bij volwassen patienten met astma is volledig anders. Er is zelfs een stroming die zegt het onderzoek naar deze groep patienten min of meer klaar is. Dankzij het baanbrekende

werk van een groot aantal onderzoeksgroepen in de wereld waar zeker het Groninger research Institute in Asthma and COPD (GRIAC) een grote bijdrage aan geleverd heeft lijkt het onderzoek naar de diagnostiek en behandeling van astma voorlopig rond te zijn. Astma is en dat zijn wij allen met elkaar eens een chronisch inflammatoire aandoening van de luchtwegen. De remedie is dus de toepassing van een anti inflammatoir middel, in Nederland zijn dit meestal inhalatiecorticosteroiden, al of niet in combinatie met een luchtwegverwijder. Met deze middelen is aangetoond dat 90 % van de patiënten met astma grotendeels klachtenvrij kan worden. U zult zeggen de strijd is althans voor de huisarts gestreden. De paar % die overblijft, is voor de longarts. De huisarts in samenwerking met de praktijk verpleegkundige verzorgt vervolgens de 90 % die goed behandelbaar is. De werkelijkheid zit echter weerbarstiger in elkaar. Onderzoek onder de algemene populatie laat zien dat in de westerse landen slechts een klein deel namelijk tussen de 5 en 35 % van de astma patiënten goed behandeld wordt en klachtenvrij is. Dus wederom gaat er iets mis in de keten klacht-interpretatie van die klacht door de patient- consult bij de huisarts- diagnose (eventueel na consult longarts) – behandeling – en ten slotte behandelingsresultaat. Wat er mis gaat is helaas nog grotendeels onduidelijk. Uiteraard kan de patiënt zijn klacht onvoldoende serieus nemen (en daar zijn veel aanwijzingen voor in de literatuur) en hoewel hij klachten heeft dit niet melden bij de huisarts. Vervolgens kan de huisarts als de klachten wel gemeld worden deze niet als astma herkennen en dus niet als zodanig behandelen. Ten slotte kan de klacht wel worden gemeld, juist gediagnosticeerd en behandeld maar besluit de patiënt op grond van diens eigen overwegingen de behandeling niet volgens voorschrift te gebruiken. De afgelopen jaren is onze onderzoeksgroep betrokken bij diverse deelonderzoeken naar de reden waarom de keten van klacht tot behandelingsresultaat niet altijd functioneert. Mandy Moffat die recent promoveerde in Aberdeen deed onderzoek naar patiënten met ernstig of moeilijk te behandelen astma. Met kwalitatief onderzoek toonde zij aan dat patiënten met moeilijk te behandelen astma ofwel “difficult asthma” vaak een communicatie probleem hebben met hun behandelend arts. Dus in het begin van de keten gaat het bij deze patiënten al fout. Het bijzondere is dat zowel de patiënt als de arts dit probleem herkenden maar daar niet iets mee konden. Wellicht moet deze groep patiënten meer dan nu het geval is multidisciplinair worden behandeld met speciale aandacht voor een meer op de persoon afgestemde communicatie. Communicatie is bij uitstek het instrument voor de huisarts, de anamnese, voorlichting over het ziektebeeld en het motiveren van de patient tot therapietrouw behoren tot zijn kerntaak. Communicatie problemen komen niet alleen voor bij patiënten met moeilijk te behandelen astma maar ook bij andere ziektebeelden. Dit leidt ertoe dat naar mijn mening kern voor een succesvolle behandeling ligt bij effectieve communicatie met de patiënt. Dit gaat verder dan de gebruikelijke Gezondheid Voorlichting en Opvoeding. Om deze communicatie tijdens het consult te bevorderen is in samenwerking met een aantal opinion leaders uit zowel de eerste lijn, de tweede lijn als de European Federation of Asthma patients de EFA een initiatief gestart waarbij wordt nagedacht over de communicatie met de patiënt. Dus een andere manier van omgaan met elkaar in het consult. Hierbij wordt de patiënt uitgenodigd zelf mede verantwoordelijkheid te nemen voor de communicatie en de behandeling Met gebruik van ideeën vanuit Neuro Linguïstisch Programmeren, NLP, wordt getracht actief en efficiënt te communiceren. Ik zie aan uw ogen dat nu het abstractie niveau te hoog wordt, ik zal dit daarom met een voorbeeld illustreren. Een van de veelgebruikte tips van NLP is het woordje waarom? in een consult weinig te gebruiken. Waarom leidt vaak tot het verzinnen van smoezen en uitvluchten. Beter is het woordje wat te gebruiken:

Als de 16 jarige Veronique bij de dokter komt met een verergering van haar astma kan de dokter natuurlijk vragen; waarom heb je je medicijnen niet gebruikt? Of waarom gaat het zo slecht? De kans is dan groot dat ze allerlei smoezen of bezwaren tegen de medicatie gaat verzinnen.

Als je vraagt wat heeft er nu voor gezorgd dat je zo achteruit bent gegaan krijgt ze meer ruimte om de werkelijke reden zelf te exploiteren. Daarna is het mogelijk om met misschien heel verhelderende inzichten te komen zoals: ik snap niet hoe die inhaler werkt of ik schaam me een beetje om die inhaler te gebruiken. Of erger nog ik ben begonnen met roken, dat had ik wellicht beter niet kunnen doen.

Wat ik u wilde voorhouden is dat inzichten verkregen uit wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de communicatie mede kunnen leiden tot in de praktijk toepasbare adviezen die de behandeling van een patient kunnen verbeteren. Een volgend aspect waar ik het met u over wil hebben is de toenemende autonomie van de patiënt bij de behandeling van zijn ziekte. Deze toenemende autonomie, of anders gezegd: de toename van de mondigheid van de patient is een interessante en belangwekkende ontwikkeling waar zorgverleners nu maar zeker in de nabije toekomst mee geconfronteerd zullen worden. Deze autonomie wordt door vele aspecten bevorderd en dat niet alleen, het wordt tevens noodzakelijk gemaakt. Maatschappelijk wordt het bevorderd door het steeds algemener gebruik van internet. Informatie over ziekte en gezondheid is makkelijk toegankelijk. Patienten met astma of met welke aandoening dan ook kunnen snel en gedetailleerd informatie krijgen over hun ziektebeeld en de behandelingsmogelijkheden daarvan. Voor astma bijvoorbeeld is veel informatie te vinden op de site van het astmafonds. Artsen zullen moeten leren omgaan met patienten die uitgebreid geïnformeerd op spreekuur verschijnen. Sociaal wordt de autonomie bevorderd door het hogere opleidingsniveau van de bevolking en de toenemende bereidheid om over ziekte en gezondheid na te denken. Maar misschien wel de belangrijkste ontwikkeling in de nabije toekomst is de toenemende vergrijzing. Door effectievere behandeling van chronische ziekten, waardoor fatale incidenten minder voorkomen, zullen steeds meer mensen moeten leren leven met een chronische ziekte en de daarbij behorende beperkingen. De huidige gezondheidszorg kan de daarmee gepaarde toename van hulpvragen niet aan en is dus wel gedwongen om de patiënt de mogelijkheden te geven zelf verantwoordelijkheid te nemen voor zijn/haar behandeling. Behandeling, behandelingsadviezen en self management protocollen zouden daarom moeten worden toegesneden op de individuele patient om op deze manier zijn/haar autonomie zo goed/lang mogelijk te bevorderen. Farmacotherapie verdient in dit kader bijzondere aandacht. Medicatie, en dit geldt in het bijzonder voor medicatie bij chronische aandoeningen die langdurig, soms zelfs levenslang gebruikt moet worden dient niet alleen effectief te zijn, zoals aangetoond wordt in Clinical trials, maar moet ook inpasbaar zijn in het dagelijkse leven van de patient. Gebeurt dit niet dan is de motivatie van de patient om medicatie chronisch te gebruiken vaak onvoldoende. Real Life studies die dit aspect van van het geneesmiddelen testen zijn bij uitstek geschikt om in een huisartsgeneeskundige setting uit te voeren. Collega Roland Riemersma huisarts in Appingedam onderzoekt momenteel, in een onderzoeksopzet die zo dicht mogelijk tegen real life aanligt, of het geven van meer autonomie aan de patiënt bij het gebruik van een inhalatie medicijn gevolgen heeft voor zijn astma in vergelijking tot die behandeld wordt volgens NHG richtlijnen of te wel usual care. Aan dit onderzoek hebben veel collega huisartsen, waarvan ook een aantal hier in de zaal aanwezig, hun bijdrage geleverd. Autonomie houdt echter niet in dat patienten verder aan hun lot worden overgelaten. Wel zou de manier van patientencontact in de nabije toekomst kunnen wijzigen. Dr. Hillory Pinnock tot voor kort collega in Aberdeen onderzocht de effectiviteit van het telefonisch consult.

Hierbij werden patiënten die bekend waren met astma niet in de praktijk gezien voor een vervolgconsult maar door de astma nurse gebeld. Deze methode bleek goedkoper en belangrijker net zo effectief. Vele initiatieven zijn ook gaande om interactieve controle consult systemen via internet te ontwerpen. De patiënt met een chronische aandoening kan dan zelf zijn status aanvullen en interactief advies krijgen via het Internet al of niet met tussenkomst van een arts. Integratie van richtlijnen, goede diagnostiek, goed ontworpen vragenlijsten en tot slot gedegen wetenschappelijk onderzoek zal er toe kunnen leiden dat ook hier autonomie van de patiënt uiteindelijk bevorderlijk kan zijn voor zijn gezondheid.

In de keten van klacht tot behandelingsresultaat bij astma speelt de patiënt een centrale rol, van communicatie tijdens het eerste consult tot compliance dus het willen gebruiken van het geneesmiddel op de lange duur. Collega Rob Horne van de universiteit van Southampton, deed veel onderzoek naar de gedachten en geloof in het Engels "beliefs" van patiënten over het gebruik van geneesmiddelen. Het generale beeld wat uit zijn onderzoek naar voeren komt is dat patiënten net als iedereen calculerende medeburgers zijn. Bij een ernstige ziekte zijn veel mensen bereid om de meest afschuwelijke bijwerkingen te accepteren. Vervaagt de dreiging van de naderende dood, of verminderen de symptomen, dan spelen bij de inname van medicijnen gedachten over mogelijke bijwerkingen enerzijds maar ook werkelijk ervaren bijwerkingen een grote rol. Dit fenomeen is onafhankelijk van het ziektebeeld. Vooral preventieve medicatie wordt daarom vaak niet volgens voorschrift ingenomen. Onderzoek laat dat duidelijk zien. Na 1 jaar gebruikt nog slechts 15 % van de patiënten die gestart zijn met inhalatiecorticosteroiden deze geneesmiddelen nog geheel volgens voorschrift. Wellicht is de reden voor deze slechte therapietrouw niet alleen de gedachte aan bijwerkingen maar ook het daadwerkelijk ervaren van de bijwerkingen. De afgelopen jaren heeft onze onderzoeksgroep daar aandacht aan besteed in samenwerking met de universiteit van Aberdeen en het GRIAC. In haar onderzoek liet Juliet Foster zien dat hoewel inhalatiecorticosteroiden bekend staan om hun klinisch milde bijwerkingen, deze bijwerkingen toch door veel patiënten wel worden opgemerkt en als hinderlijk worden ervaren. Uit haar onderzoek bleek dat 45% van de huidige gebruikers van inhalatiecorticosteroiden 10 of meer bijwerkingen ervoeren. De intensiteit van deze bijwerkingen lijkt volgens onderzoek van een van onze studenten Jolanda Kuyvenhoven samen te hangen met de cumulatieve dosis in de laatste 5 jaar. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of deze door de patiënt ervaren bijwerkingen van invloed zijn op de compliance en of inhalatiecorticosteroiden met mildere bijwerkingen dus compliance bevorderend zullen zijn. Daarnaast zal in samenwerking met het GRIAC worden onderzocht of er een relatie is tussen genetische variaties van het steroid receptor gen en door de patiënt ervaren bijwerkingen.

Ondanks uitgebreid onderzoek in de laatste decennia blijkt aan de ziekte astma vooral voor de huisarts nog zeer veel te onderzoeken. Vele uitdagingen liggen nog in het verschiet. Slechts door samenwerking met anderen en daarmee bedoel ik andere disciplines binnen het GRIAC en andere universiteiten is vooruitgang te boeken. Ik hoop dan ook met velen die samenwerking op het gebied van onderzoek bij astma aan te gaan of voort te zetten.

Het onderzoek op het gebied van COPD staat in vergelijking tot astma nog in de kinderschoenen. Voor de niet artsen onder u; COPD Chronic Obstructive Pulmonary Disease is de chronische luchtweg aandoening die u kunt krijgen na langdurige blootstelling aan toxische prikkels en dat betekent in Nederland vooral sigaretten rook. Na 20 tot 60 jaar roken ontwikkelt 15 % van de mensen COPD. Dit is opmerkelijk want als dieren worden blootgesteld aan sigarettenrook ontwikkelen die in veel kortere tijd een vorm van COPD. We moeten ons dus vooral verwonderen om het feit dat zo weinig mensen en pas na zo lang roken COPD krijgen. De mens is dus relatief goed bestand tegen rook. Wellicht heeft 100.000

jaar dus meer dan 4.000 generaties verblijf naast houtvuurtjes en in rokerige hollen zijn Darwiniaanse selectie werk gedaan. Deze selectie kan desondanks niet voorkomen dat vele rokers in de tweede helft van hun leven te maken krijgen met deze aandoening. Zelfs als nu vandaag alle rokers in Nederland zouden stoppen zullen we door de vergrijzing nog decennia lang te maken hebben met een zeer grote groep patiënten met COPD. In tegenstelling tot de situatie bij astma, is er echter nog grote verwarring over diagnose en behandeling bij COPD. Dit ondanks de ontwikkeling van richtlijnen voor diagnose en behandeling waardoor het lijkt dat we het allemaal met elkaar eens zijn. De Global Obstructive Lung Disease (GOLD) committee gebruikt longfunctie als centrale parameter voor het diagnosticeren en bepalen van de ernst van de ziekte. Hierdoor is de diagnose van de ziekte en indeling in de diverse ernst categorieën vrijwel geheel op deze longfunctie gaan berusten. Echter, hoewel de ziekte wordt gedefinieerd door de mate van luchtwegobstructie wordt slechts een zeer klein deel van het verminderen van het welbevinden verklaard door het verlies aan longfunctie. Met andere woorden veel patiënten met normale longfunctie kunnen door de COPD al een fors verlies van welbevinden of gezondheidstoestand ervaren. Daarnaast zijn er patiënten met een fors verlies van longfunctie die een vrijwel normale health status hebben. Naast de aandacht voor de longfunctie verdient naar mijn mening ook het bepalen van de health status in het kader van de diagnose en als hulpmiddel bij het starten van een behandeling of het meten van het effect van een behandeling aandacht. Met de ontwikkeling van de Clinical COPD Questionnaire (CCQ), heeft onze onderzoeksgroep voor de praktijk een instrument gemaakt voor het meten van de gezondheidstoestand bij COPD patiënten. Door zich min of meer eenzijdig te richten op longfunctie heeft de GOLD een keuze gemaakt die het mogelijk heeft gemaakt empirisch inzicht te krijgen over de behandeling van COPD, maar die naar mijn mening funest is voor ons begrip over de ziekte COPD. Het is daardoor nog volstrekt onduidelijk of COPD een ziektebeeld is met vele uitingsvormen. Of in het andere geval COPD: bestaat niet en is een verlegenheidsdiagnose van een aantal elkaar weliswaar vaak overlappende ziektebeelden. Als dit laatste het geval zou zijn zou het beter zijn om te spreken van een “Roken gerelateerd longfalen”. Vervolgens zouden de gevolgen hiervan kunnen worden benoemd naast eventueel bijkomende factoren. Een soort Dutch hypothesis – voor de niet ingewijden; dit is de door Groninger hoogleraar Orië in de 60er jaren voorgestelde hypothese dat astma en chronische bronchitis en emfyseem in elkaar overlopende ziekte beelden waren- maar dan alleen voor deze aan roken gerelateerde ziekte COPD. Deze laatste optie heeft een aantal voordelen; Allereerst door te stimuleren dat de aandacht in de diagnose verdeeld moet worden op meerdere gebieden ontstaat een helderder beeld van de patiënt. Op het gebied van wetenschappelijk onderzoek zouden patiënten vervolgens dan ook kunnen worden ingedeeld op grond van andere kenmerken dan alleen longfunctie, zoals symptomen en gezondheidstoestand. Effecten van interventies gericht op symptomen zullen dan beter kunnen worden gemeten.

Voor de klinische praktijk zou ik dat graag met een voorbeeld willen illustreren:

Dhr M is een makelaar van 54 jaar. Hij komt op het spreekuur met een wat hij noemt een bronchitis. Hij wil graag een kuurtje. U weet van hem dat hij overgewicht heeft, rookt, en volgens de longarts een milde vorm van COPD heeft GOLD klasse twee dus een longfunctie van tussen 50% en 70% van normaal. Geheel volgens GOLD richtlijnen gebruikt hij een luchtwegverwijder en daarnaast zo nu en dan een kuurtje voor de bronchitis. Trouw zegt u ook nu tegen hem dat hij moet stoppen met roken. Bij dit eventueel korte consult zou je de patiënt kunnen voorleggen en ik citeer mijn collega Sachs; gaan we voor zilver of gaan we voor goud.

Zilver is: een kuurtje voorschrijven een klopje op de rug, praten over het weer en klaar.

Gaan voor goud is: Een vervolg afspraak maken en dan diverse aspecten van de ziekte met de patiënt bespreken. Dan blijkt in het geval van meneer M. dat hij ook tijdens perioden dat hij geen bronchitis heeft wel veel klachten heeft. Traplopen in oude met klassieke ornamenten beklede huizen waar fortuinen kunnen worden verdiend, lukt hem niet goed meer. Hij hoest 's morgens een half uur achtereen en pas na zijn eerste koffie en sigaret bedaart het wat. Achter zijn bureau is hij nog de heer die hij is. Hij is niet kortademig in rust. Hoewel hij maar 2 maal per jaar komt voor een bronchitis heeft hij bijna elke maand wel een periode dat het wat minder gaat en hij maar met moeite zijn winkel kan runnen. Stoppen met roken heeft hij vaak overwogen maar door diverse oorzaken lukt het niet. Ook zijn overgewicht beseft hij goed en speelt een rol. Hij is allergisch voor stof en als kind had hij bronchitis. Een ECG wat u op het huisartsenlab laat maken laat een oud onderwand infarct zien. De CCQ laat zien dat hij een slechte functionele status heeft met veel symptomen maar met een normale emotionele status.

Met deze aftastende uitbreiding van de diagnostiek komt al een veel helderder beeld naar voren:

Een patiënt met mild COPD GOLD 2, 54 jaar:

Een ernstige vermindering van de gezondheidstoestand, health status waarbij de functionele status beperkt is –hij kan niet meer traplopen. Waarbij hij veel last van symptomen heeft vooral hoesten.

Vaak exacerbaties

Overgewicht

Allergie

Roken

En met een vraagteken, Hartfalen? Astma?

Als de dokter en de patiënt gaan voor goud is verdere diagnostiek en behandeling een schot voor open doel met vele mogelijkheden. Stoppen met roken, Overgewicht aanpakken, Diagnostiek hartfalen, revalidatie om de conditie te verbeteren, proefbehandeling met inhalatiecorticosteroiden wegens mogelijk astma. Die weg kan in theorie buitengewoon veel opleveren voor zowel de dokter als de patiënt.

Hoewel deze holistische benadering intuïtief in de praktijk een goede richting kan lijken moet een dergelijke deels op het meten van health status gebaseerde aanpak uiteraard getoetst worden. Toekomstig onderzoek binnen onze afdeling zal erop gericht zijn te verhelderen wat de rol van het meten van health status en de daarop gebaseerde uitbreiding van diagnose en behandeling moet zijn in de dagelijkse praktijkvoering van zowel huisarts als specialist. Vooralsnog wordt wereldwijd (, de vragenlijst is inmiddels vertaald in 34 talen) in vele centra met behulp van de CCQ de health status routinematig gemeten en wordt er gehandeld op grond van persoonlijk inzicht. Wellicht zijn richtlijnen effectiever als aan de hand van gegevens verkregen van het invullen van een eenvoudig vragenlijstje mede het beleid bepalen. In samenwerking met de hoogleraar longziekten in Groningen collega Huib Kerstjens en de huisarts in opleiding Janwillem Kocks proberen we antwoord op die vraag te vinden. Vergeleken zal worden of patienten die behandeld worden volgens een protocol aan de hand van de CCQ daadwerkelijk anders worden behandeld dan volgens een protocol zoals GOLD voorstelt en wat vervolgens het effect van die andere behandeling is op health status, prognose en exacerbaties.

In het voorafgaande heb ik u verteld waar ik me op dit moment op wetenschappelijk gebied mee bezig houdt en wat mijn plannen voor de toekomst zijn. Samen met de onderzoeksgroep en medewerkers van de vakgroep huisartsgeneeskunde en in nauwe samenwerking met het GRIAC hoop ik in de toekomst een verdere bijdrage te kunnen leveren aan het verkrijgen van meer inzicht in de opsporing en behandeling van astma en COPD in de huisartsenpraktijk. Veel van dit onderzoek raakt aan de deelgebieden van de communicatie over en weer tussen de arts en de patiënt. De diagnostiek en behandeling van peuters, de door patiënt ervaren maar zelden gemelde en zeker nooit besproken bijwerkingen, de autonomie van de patiënt en het helder en effectief noteren en toepassen van gegevens rondom health status. Ik heb het geluk dat deze hobby om na te denken over communicatie en aspecten van patiënten autonomie mij ook in het onderwijs zeer van pas komt. In het gloednieuwe bekwaamheidsgestuurde onderwijscurriculum G2010 mag ik mede gestalte geven aan het onderwijs in de professionele ontwikkeling of zoals de Engelsen dat veel mooier zeggen personal and professional development. Dit onderwijs draagt bij aan de vorming van de professionele identiteit van de basisarts. Dus de ontwikkeling van student met zijn gedrag tot basisarts met al zijn verantwoordelijkheden en afwegingen. Door middel van wekelijkse werkgroepbijeenkomsten in het eerste jaar van de masterfase dus het vierde jaar van de geneeskunde studie wordt veel aandacht besteed aan reflectie, medisch ethische dilemma's en communicatie. Het uiteindelijke doel hierbij is dat de student leert na te denken over de eisen van zijn toekomstige functie, hoe hij zich als persoon tot deze eisen verhoudt, en hoe hij zich kan ontwikkelen om aan deze eisen te voldoen. Samen met vele collega's uit verschillende disciplines zullen we hier in het komend jaar gestalte aan geven.

Dames en heren,

Na de periode als huisarts in de eigen praktijk in Hoogezand, en later bij collega's in Groningen, Haren en Appingedam en mijn hoogleraarschap in Aberdeen hoop ik nu via de functie van hoogleraar in Groningen een bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteit van onderwijs voor medici en kwaliteit van zorg voor patiënten met astma en COPD. Het moge duidelijk zijn dat ik erg gelukkig ben met deze functie. Ik ga absoluut elke morgen fluitend naar mijn werk. Dat komt mede door de plezierige samenwerking met velen en de voortdurende steun van medewerkers van de afdeling huisartsgeneeskunde en de afdeling longziekten wat ik uiteraard zeer waardeer. Ik hoop met allen de goede samenwerking te kunnen voortzetten. Tot slot hoop ik dat ik in de afgelopen jaren het geduld van mijn familie niet te veel op proef heb gesteld; ik ben mijn vrouw en kinderen zeer dankbaar voor hun vriendschap en steun in de afgelopen jaren en ik hoop dat zij mij net als voorheen laten doorgaan met de wat uit de hand gelopen hobby die ik u in het voorafgaande heb geschetst. Dank u voor uw aandacht.