FTO-casuïstiek

COPD

3 Casus 1 Longaanval bij COPD
12 Casus 2 Beleid in palliatieve fase COPD

Wij hopen dat deze casuïstiek aan uw wensen voldoet. Wij horen het echter graag als u suggesties heeft voor verbetering. Zo kunnen wij onze materialen verbeteren en u de hoogste kwaliteit leveren. Mail uw reactie naar helpdeskfto@ivm.nl.

Colofon

Auteur
drs. Sjoukje van Beek-Dop, Instituut Verantwoord Medicijngebruik

Met medewerking van
dr. Jip de Jong, huisarts niet praktiserend, Nederlands Huisartsen Genootschap
Karen de Leest, apotheker, KNMP
dr. Marjorie Nelissen-Vrancken, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Marcel Stroo, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik

2021

Deze FTO-casuïstiek is ontwikkeld door het Instituut Verantwoord Medicijngebruik in samenwerking met KNMP en Nederlands Huisartsen Genootschap.

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut Verantwoord Medicijngebruik is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchilllaan 11, 3527 GV Utrecht
T 0888 800 400
info@ivm.nl
www.ivm.nl

02-04-2021

COPD

Casus 1 Longaanval bij COPD

Doel

De deelnemers:

- optimaliseren het medicamenteuze beleid bij een longaanval bij COPD-patiënten
- kunnen patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden voorlichten over COPD en het tijdig herkennen van een longaanval

Gebruikte bronnen

- Farmaceutisch Kompas. Zie www.farmacotherapeutischkompas.nl.
- Goede zorg voor iedereen met COPD. Zie www.longfonds.nl.
- Ik heb COPD, wat kan ik doen. Zie www.pharos.nl.
- KNMP Kennisbank. Zie www.kennisbank.knmp.nl (alleen voor abonnees).
- Landelijk kader regionale formularia inhalatiemedicatie. Amersfoort: LAN, 2018. Zie www.longalliantie.nl.
- MedicijnBalans. Utrecht: IVM, 2021. Zie www.medicijnbalans.nl.
- NHG-Werkgroep COPD. NHG-Standaard COPD. Utrecht: NHG, 2021. Zie www.nhg.org.
- NHG-Werkgroep COPD. NHG-Behandelrichtlijn Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties. Utrecht: NHG, 2020. Zie www.nhg.org.
- Zorgstandaard COPD. Amersfoort: LAN, 2016. Zie www.longalliantie.nl.

Instructie voor het invullen

a. Vul de casus individueel in.
b. Lees niet de gehele casus door voor u begint. Beantwoord eerst de vragen van pagina 1, daarna van pagina 2, enzovoort. Blader dus niet vooruit.
c. Beantwoord de vragen alsof zij zich werkelijk in uw praktijk of in uw apotheek hebben voorgedaan. Noteer dus wat u werkelijk zou doen, niet wat u denkt dat u zou moeten doen.
d. Aanwijzingen voor de bespreking van de casus in het FTO vindt u in de handleiding bij het casusboek (laatste pagina).

COPD

Werkblad 1: Beleid van de huisarts en apotheker

1A

De dochter van mevrouw Verstappen (69 jaar en laaggeletterd) belt u op. Ze vertelt dat haar moeder zich ziek voelt, koorts (38,5°C) heeft en veel hoest. Haar moeder heeft de afgelopen dagen wel tienmaal haar salbutamol inhalaties gebruikt. Mevrouw Verstappen heeft COPD en hartfalen. Twee jaar geleden is ze gestopt met roken. Ze gebruikt de volgende medicatie:

- furosemide 1 dd 20 mg
- lisinopril 1 dd 20 mg
- metoprolol met 1 dd 100 mg gereguleerde afgifte
- salbutamol 4 dd dosisaerosol 200 µg via voorzetkamer

De huisarts constateert dat er sprake is van een ernstige longaanval ABCDE stabiel.

Welke geneesmiddelen zitten er voor een ernstige longaanval COPD in de dokterstas?

Wat is het medicamenteuze beleid?

Wat is het medicamenteuze beleid van de huisarts als er sprake zou zijn van cyanose, bewustzijnsdaling of uitputting en de ambulance is gebeld?

COPD

Werkblad 1: Beleid van de huisarts en apotheker

1B

Er is sprake van een ernstige longaanval ABCDE stabiel. De huisarts is gestart met salbutamol via een dosisaerosol met voorzetkamer en heeft dit met tussenpozen van 15 minuten herhaald. Er treedt onvoldoende verbetering op.

Wat is nu het beleid?

COPD

Werkblad 1: Beleid van de huisarts en apotheker

1C

De huisarts geeft aanvullend ipratropium 20 µg via dosisaerosol met voorzetkamer. Na de tweede dosis ipratropium, neemt de kortademigheid af. Mevrouw Verstappen geeft zelf ook aan meer 'lucht' te krijgen. Haar situatie is voldoende verbeterd.

Wat is het verdere medicamenteuze beleid?

Wie zorgt voor de instructie en controle van de inhalatietechniek? Hoe kan de therapietrouw verbeteren?

Welke voorlichting geeft u over het verdere beleid? Hoe zorgt u dat de patiënt een longaanval eerder herkent? En hoe zorgt u ervoor dat patiënten die laaggeletterd zijn de informatie begrijpen?

COPD

Werkblad 1: Beleid van de huisarts en apotheker

1D

De huisarts heeft de salbutamol gewijzigd in formoterol dosisaerosol 12 µg tweemaal daags 1 inhalatie. Vijf maanden later belt de dochter van mevrouw Verstappen de huisarts opnieuw. Haar moeder is de afgelopen week regelmatig benauwd en sinds twee dagen hoest ze veel, is benauwd en erg moe. De huisarts gaat langs en constateert dat er sprake is van een minder ernstige longaanval.

Wat is nu het medicamenteuze beleid?

En als ondanks behandeling met formoterol dit de tweede ernstige longaanval met behandeling met prednis(ol)on was, wat zou dan het medicamenteuze beleid na controle en follow-up zijn? Welk middel en hoe lang?

COPD

Toelichting 1: Beleid van de huisarts en apotheker

1A
Welke geneesmiddelen zitten er voor een ernstige longaanval in de dokterstas?

De volgende geneesmiddelen staan genoemd in de NHG-Richtlijn *Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties* (2020):

Tabel 1.1 Geneesmiddelen in de dokterstas voor een longaanval

Geneesmiddel	Toedienvorm	Verpakkingsgrootte	Sterkte
salbutamol	dosisaërosol	200 doses	100 µg/dosis
	Inhalatievloeistof (facultatief)	2,5 ml	1 mg/ml 2mg/ml
ipratropiumbromide	dosisaërosol	200 doses	20 µg/dosis
	inhalatievloeistof (facultatief)	2 ml	250 µg/ml
prednisolon	tablet	n.v.t.	5 mg
	drank (op recept, facultatief)	variabel	5 mg/ml
dexamethason	injectievloeistof	1 ml	4 mg/ml
NaCl (facultatief)	infusievloeistof	500 ml	0,9%

Let op
- **Het NHG maakt onderscheid tussen middelen waarbij het raadzaam is dat de huisarts die in de meeste situaties bij zich heeft en facultatieve geneesmiddelen. Daarnaast hoeft u niet elk geneesmiddel uit de lijst in elke toedienvorm in de dokterstas op te nemen. Bespreek dus naar welk geneesmiddel en welke toedienvorm de voorkeur van de groep uit gaat. Raadpleeg de richtlijn voor meer toelichting over de inzet van de geadviseerde geneesmiddelen.**
- **Benodigdheden voor het toedienen van de geneesmiddelen, zoals materialen voor verneveling, voorzetkamers, naalden en spuiten zijn niet opgenomen in de tabel.**

Wat is het medicamenteuze beleid?

De huisarts geeft als luchtwegverwijder salbutamol via een dosisaerosol met voorzetkamer volgens onderstaande procedure:
- Salbutamol 100 µg in voorzetkamer verstuiven en vijf keer laten inademen. Deze procedure vier tot tien keer herhalen.
- Wacht het effect ter plaatse af en herhaal de inhalaties met salbutamol na 15 minuten.

COPD

Toelichting 1: Beleid van de huisarts en apotheker

Wat is het medicamenteuze beleid van de huisarts als er sprake zou zijn van cyanose, bewustzijnsdaling of uitputting en de ambulance is gebeld?

De huisarts:

- Geeft indien beschikbaar 10 tot 15 liter zuurstof/minuut via een non-rebreathing masker. Hij let daarbij op voldoende vulling van de zuurstofzak tijdens de inademing en verhoogt indien nodig de zuurstofflow. Hij zorg dat er geen sigaret, gaskachel of -fornuis brandt. Het NHG heeft (voor leden) op haar website www.nhg.org een instructiefilmpje over het toedienen van zuurstof.
- Stelt de patiënt gerust en plaatst de patiënt in een zittende houding en (bij afwezigheid van bijkomend hartfalen) in een voorovergebogen houding.
- Behandelt indien mogelijk de COPD. Hij geeft salbutamol en ipratropiumbromide met zuurstof en vernevelmasker of als er geen vernevelapparatuur beschikbaar is per dosisaerosol met voorzetkamer.
- Brengt een infuusnaald in en spuit door met ten minste 2 ml NaCl 0,9%.
- Alleen als er voldoende tijd is geeft hij prednisolon oraal of dexamethason intraveneus/intramusculair.
- Is alert op bijkomend hartfalen en geeft indien de systolische bloeddruk > 90 mmHg elke 5 minuten twee tot vier sprays nitroglycerinespray 0,4 mg/dosis sublinguaal tot de klachten voldoende verbeteren of de systolische bloeddruk daalt < 90 mmHg. Bij dyspneu door vochtretentie geeft hij furosemide 40 mg of bumetanide 1 tot 4 mg intraveneus.

Tip
Betrek bij de afweging om als huisartsenpraktijk of -post over zuurstof te beschikken:

- **De grootte van de huisartsenpraktijk.**
- **De responstijd van de ambulance of afstand tot het ziekenhuis.**
- **De expertise van de huisarts en overige zorgverleners.**

1B
Wat is nu het beleid?

De huisarts geeft aanvullend ipratropium als dosisaerosol volgens onderstaande procedure:

- Ipratropium 20 µg in een voorzetkamer verstuiven en vijf keer laten inademen. Deze procedure twee tot vier keer herhalen.

1C
Wat is het verdere medicamenteuze beleid? Is een antibioticum geïndiceerd? Zo ja, welk?

Omdat mevrouw Verstappen een ernstige longaanval had, krijgt ze een stootkuur orale corticosteroïden:

- Eenmaal daags prednis(ol)on 40 mg gedurende vijf dagen.
- Bij een adequate verbetering is staken na 5 dagen verantwoord, bij onvoldoende verbetering kan de huisarts de kuur verlengen tot totaal 7 tot 14 dagen.

COPD

Toelichting 1: Beleid van de huisarts en apotheker

Verder krijgt ze instructies van de huisarts voor het gebruik van de luchtwegverwijder voor de komende 24 uur (bijvoorbeeld een dubbele dosis of inhalatie via een voorzetkamer).

En mevrouw krijgt een antibioticumkuur. Een antibioticum is na een ernstige longaanval geïndiceerd in de volgende gevallen:
- Bij infectieverschijnselen (> 38 °C, algemeen ziek zijn, veranderd hoestpatroon, veranderd sputum).
- Aan kwetsbare patiënten, bijvoorbeeld met een reeds bekende ernstige bronchusobstructie.
- Bij een voorgeschiedenis van ernstige longaanvallen waarbij steeds antibiotica nodig waren.

De voorkeur gaat uit naar amoxicilline, de gebruikelijke kuurduur is 7 tot 10 dagen. Bij overgevoeligheid voor amoxicilline is doxycycline de eerste keus.

Wie zorgt voor de instructie en controle van de inhalatietechniek? Hoe kan de therapietrouw verbeteren?
Een onjuiste inhalatietechniek kan een mogelijke oorzaak van longaanvallen zijn. De instructie en controle van de inhalatietechniek kan door de huisarts, POH of apotheek plaatsvinden. Ter ondersteuning van de mondelinge uitleg zijn er voor de patiënt instructiefilmpjes op www.inhalatorgebruik.nl. Periodiek kan de apotheker controleren of de patiënt de inhalatiemedicatie juist gebruikt. Belangrijk is om de inhalatie-instructie af te stemmen met de POH. Om de therapietrouw te optimaliseren kan de apotheker adviseren om:
- het aantal verschillende inhalatoren te stroomlijnen
- gebruik te maken van combinatiepreparaten

Welke voorlichting geeft u over het verdere beleid? Hoe zorgt u dat de patiënt een longaanval eerder herkent? En hoe zorgt u ervoor dat patiënten die laaggeletterd zijn de informatie begrijpen?
U bespreekt:
- De mogelijkheden tot zelfmanagement bij longaanvallen en betrekt hierbij de dochter van mevrouw Verstappen.
- Het belang van vroege herkenning van een longaanval om schade te beperken.
- Dat een longaanval-actieplan COPD helpt om een longaanval tijdig te herkennen.

Met het longaanval-actieplan COPD herkent de patiënt een longaanval eerder, weet de patiënt wat hij moet doen en kan direct actie ondernemen. Hiermee kan soms opname in het ziekenhuis worden voorkomen. Met hulp van haar dochter kan mevrouw Verstappen op de website van het Longfonds www.longfonds.nl het longaanval-actieplan COPD bestellen. Het longaanval-actieplan COPD vult ze samen met haar dochter en de huisarts of POH in.

Zelfmanagement is bij longpatiënten met beperkte gezondheidsvaardigen vaak een probleem. Voor deze patiënten is het handboek ‘Ik heb COPD, wat kan ik doen?’ ontwikkeld. Dit handboek kunt u downloaden op de website www.pharos.nl. Het handboek geeft patiënten informatie en tips voor goede zelfzorg in eenvoudig Nederlands. Ook geeft het handboek uitleg over het longaanval-actieplan. Voor zorgverleners is er een gesprekskaart die hoort bij het handboek 'Ik heb COPD, wat kan ik doen?’ en hen ondersteunt bij het consult met de patiënt.

COPD

Toelichting 1: Beleid van de huisarts en apotheker

Tips
- **Maak de informatie beeldend met plaatjes en door de patiënt te vragen de lichaamsdelen bij zichzelf aan te wijzen.**
- **Stel open vragen en gebruik de terugvraagmethode. Vraag de patiënt om in zijn eigen woorden te vertellen wat je net hebt gezegd.**

De website www.huisarts-migrant.nl biedt informatie over COPD voor huisartsen, POH-ers en andere zorgverleners bij migranten, vluchtelingen en patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.

1D
Wat is nu het medicamenteuze beleid?

De huisarts verdubbelt de dosering van de luchtwegverwijder: mevrouw krijgt instructies om de komende 24 uur formoterol dosisaerosol 12 µg tweemaal daags 2 inhalaties te gebruiken.

En als ondanks behandeling met formoterol dit de tweede ernstige longaanval met behandeling met prednis(ol)on was, wat zou dan het medicamenteuze beleid na controle en follow-up zijn? Welk middel en hoe lang?

Als ondanks onderhoudsbehandeling met een langwerkende luchtwegverwijder frequent longaanvallen optreden (twee of meer prednis(ol)on of antibioticakuren of één ziekenhuisopname in verband met COPD per jaar) is het een overweging om een inhalatiecorticosteroïd (ICS) toe te voegen aan de langwerkende luchtwegverwijder gedurende één jaar. Bij een afname van het aantal longaanvallen blijft mevrouw de ICS gebruiken. Als het aantal longaanvallen in één jaar niet duidelijk afneemt of als er gedurende twee jaar geen longaanvallen meer zijn, stopt ze met het gebruik van ICS. Stoppen kan ineens.

COPD

Casus 2 Beleid in palliatieve fase COPD

Doel

De deelnemers:

- optimaliseren het medicamenteuze beleid bij de palliatieve zorg bij COPD
- stemmen de voorlichting over de palliatieve zorg bij COPD met elkaar af

Gebruikte bronnen

- Farmaceutisch Kompas. Zie www.farmacotherapeutischkompas.nl.
- Goede Goede zorg voor iedereen met COPD. Amersfoort: Longfonds, 2021. Zie www.longfonds.nl.
- Goede zorg voor mensen met ernstig COPD. Amersfoort: Longfonds, 2021. Zie www.longfonds.nl.
- Hosson de SM. Opioïden in de palliatieve fase bij COPD. MFM 2012, 2(4):13-17.
- KNMP Kennisbank. Zie www.kennisbank.knmp.nl (alleen voor abonnees).
- Lo-a-foe W. Arts te terughoudend met morfine bij COPD. Medisch Contact 2012;18:1104.
- MedicijnBalans. Utrecht: IVM, 2021. Zie www.medicijnbalans.nl.
- NHG-Werkgroep COPD. NHG-Standaard COPD. Utrecht: NHG, 2021. Zie www.nhg.org.
- Richtlijn palliatieve zorg voor mensen met COPD. Amersfoort: LAN, 2011. Zie www.longalliantie.nl.
- Zorgstandaard COPD. Amersfoort: LAN, 2016. Zie www.longalliantie.nl.

Instructie voor het invullen

a. Vul de casus individueel in.
b. Lees niet de gehele casus door voor u begint. Beantwoord eerst de vragen van pagina 1, daarna van pagina 2, enzovoort. Blader dus niet vooruit.
c. Beantwoord de vragen alsof zij zich werkelijk in uw praktijk of in uw apotheek hebben voorgedaan. Noteer dus wat u werkelijk zou doen, niet wat u denkt dat u zou moeten doen.
d. Aanwijzingen voor de bespreking van de casus in het FTO vindt u in de handleiding bij het casusboek (laatste pagina).

COPD

Werkblad 2: Beleid van de huisarts en apotheker

2A

Mevrouw Brandsma is 73 jaar. Ze heeft COPD sinds haar 43ste. De laatste jaren is haar gezondheid hard achteruitgegaan. Ze is blijven roken, ondanks herhaalde adviezen om te stoppen. In het afgelopen half jaar heeft ze tweemaal in het ziekenhuis gelegen vanwege een longaanval, de laatste keer is 1,5 maand geleden. Tijdens de laatste ziekenhuisopname is - gezien de ernst van de klachten - een niet-reanimeren besluit afgesproken. Mevrouw Brandsma gebruikt de volgende geneesmiddelen:

- salmeterol/fluticason 25/250 tweemaal daags 2 inhalaties (dosisaerosol via voorzetmaker)
- tiotropium 2,5 µg soft mist inhaler eenmaal daags 2 inhalaties
- acetylsalicylzuur 80 mg eenmaal daags 1 tablet
- enalapril 20 mg eenmaal daags 1 tablet
- hydrochloorthiazide 12,5 mg eenmaal daags 1 tablet
- simvastatine 40 mg eenmaal daags 1 tablet
- alendroninezuur 70 mg 1 x per week 1 tablet
- omeprazol 20 mg eenmaal daags 1 tablet
- calciumcarbonaat/colecalciferol 500/800 eenmaal daags 1 tablet

Hoe kunnen zorgverleners vaststellen of palliatief beleid bij mensen met COPD aangewezen is?

Welke onderwerpen bespreekt de huisarts met de patiënt in de laatste levensfase? Waarom is het belangrijk dat de huisarts de apotheek hierover informeert?

COPD

Werkblad 2: Beleid van de huisarts en apotheker

2B

De levensverwachting van mevrouw Brandsma is beperkt. In overleg met haar en haar man (71 jaar, relatief gezond) is besloten om over te gaan tot palliatieve zorg. De huisarts besluit ook te bespreken of de huidige medicatie gecontinueerd moet blijven.

Welke geneesmiddelen zou u stoppen? Welke aanvullende gegevens zijn nodig voor die besluitvorming?

COPD

Werkblad 2: Beleid van de huisarts en apotheker

2C

Alle medicatie, behalve de inhalatiemedicatie van mevrouw Brandsma is gestaakt. Twee maanden later spreekt u meneer Brandsma. Hij vertelt dat zijn vrouw erg slecht slaapt, omdat ze telkens 's nachts angstig is om te stikken.

Wat is het medicamenteuze beleid?

Komt mevrouw in aanmerking voor zuurstoftherapie?

Welke voorlichting geeft u over de voorgeschreven medicatie?

Stel dat er sprake is van een depressieve stoornis, wat is dan het beleid?

COPD

Werkblad 2: Beleid van de huisarts en apotheker

2D

Twee maanden later is mevrouw Brandsma lichamelijk verder achteruitgegaan. Haar dyspneu is ook verder verslechterd.

Wat is nu het medicamenteuze beleid?

Welke voorlichting geeft u?

Waar informeert de apotheker naar bij het tweede uitgiftegesprek bij aflevering van het herhaalrecept?

COPD

Toelichting 2: Beleid van de huisarts en apotheker

2A
Hoe kunnen zorgverleners vaststellen of palliatief beleid bij mensen met COPD aangewezen is?

Een praktische manier om in te schatten of mevrouw Brandsma zich in de palliatieve fase bevindt is door aan uzelf de vraag te stellen 'zou ik verbaasd zijn als deze patiënt binnen 12 maanden zou overlijden'. Als het antwoord daarop 'nee' is, kan dat aanleiding zijn om palliatieve zorg te bespreken.
Er is geen gevalideerd prognostisch instrument dat predictie van overlijden bij COPD <6 maanden mogelijk maakt. Of er sprake is van de palliatieve fase is, bepaalt u op grond van (verslechtering in) klinisch beeld, het ondergaan hebben van intensieve behandelingen zonder (blijvend) effect en de subjectieve wensen van patiënt en de inschatting van zorgverleners.

Hulpmiddelen bij het bepalen van de klinische ernst zijn:
- FEV_1 < 30 procent van voorspeld
- slechte bloedgassen
- cor pulmonale (met pulmonale hypertensie)
- Medical Research Council (MRC) dyspneu schaal van 5
- ondergewicht (BMI < 21 kg/m^2) of spiermassaverlies
- slechte kwaliteit van leven
- relevante comorbiditeit
- frequentie ziekenhuisopnames voor acute longaanvallen, steeds kortere intervallen tussen deze opnames en beperkte vooruitgang na opname

Op grond van de FEV_1, MRC van 5 (kortademig bij aan- en uitkleden), frequente ziekenhuis-opnames en klinisch beeld (dyspneu en vermoeidheid) kunt u vaststellen dat er waarschijnlijk sprake is van de palliatieve fase.

Welke onderwerpen bespreekt de huisarts met de patiënt in de laatste levensfase? Waarom is het belangrijk dat de huisarts de apotheek hierover informeert?

De huisarts gaat met de patiënt (en zijn naasten) in gesprek over wensen en verwachtingen in de laatste levensfase. Hij bespreekt naast omgaan met gevoelens en emoties, onderwerpen als geneesmiddelen, behandeling met zuurstof, reanimatie, benauwdheid, voeding en beweging. Op www.longfonds.nl kan de patiënt (of zijn naaste) het boekje Goede zorg voor mensen met ernstig COPD bestellen. Hierin staat beschreven welke zorg de patiënt mag verwachten als de palliatieve fase van COPD aanbreekt.

De huisarts informeert de apotheek als hij met de patiënt palliatief beleid heeft afgesproken. De apotheek kan dan de informatie tijdens het eerste uitgiftegesprek hierop afstemmen en de informatie over risico's van langdurig gebruik achterwege laten.

COPD

Toelichting 2: Beleid van de huisarts en apotheker

2B
Welke geneesmiddelen zou u stoppen? Welke aanvullende gegevens zijn nodig voor die besluitvorming?

Bij patiënten met een beperkte levensverwachting kan de huisarts medicatie die niet meer zinvol is in overleg met de patiënt en apotheker saneren. Er bestaan geen duidelijke richtlijnen voor welke medicatie u kunt staken in de palliatieve fase. Veel is daardoor afhankelijk van eigen inzicht en van de wensen van mevrouw Brandsma. In het algemeen geldt dat bij een korte levensverwachting alleen geneesmiddelen met een korte 'time until benefit' en weinig bijwerkingen zinvol zijn. De meeste geneesmiddelen zullen gericht zijn op kwaliteit van leven.

Mevrouw Brandsma kan in ieder geval stoppen met simvastatine en alendroninezuur, aangezien deze middelen een relatief lange 'time until benefit' hebben. De huisarts kan de bloeddruk bepalen om te besluiten over continuering van de antihypertensiva.

Het is onduidelijk of er een harde indicatie bestaat voor acetylsalicylzuur. U kunt nagaan wat de reden van starten met acetylsalicylzuur was, zodat u dit kunt meenemen in de besluitvorming. Als huisarts of apotheker bespreekt u de voor- en nadelen en de risico's van stoppen met acetylsalicylzuur met de patiënt.

Voor omeprazol gaat u na waarom mevrouw Brandsma het middel gebruikt. Als mevrouw omeprazol gebruikt als maagbescherming vanwege het gebruik van acetylsalicylzuur, dan kan zij hiermee stoppen als ze acetylsalicylzuur staakt. Als omeprazol is gestart vanwege reflux-klachten, dan heeft het gebruik ervan een duidelijke invloed op kwaliteit van leven. In hoeverre het zinvol is omeprazol te continueren is onder andere afhankelijk van de voedselinname. Bij patiënten in de palliatieve fase die weinig voedselinname meer hebben, zijn maagzuurremmers vaak niet meer zinvol.

Het gebruik van calciumcarbonaat/colecalciferol voor fractuurpreventie heeft waarschijnlijk beperkte meerwaarde vanwege de toenemende bedlegerigheid van mevrouw Brandsma.

2C
Wat is het medicamenteuze beleid?

Bij angst bij mensen met COPD in de palliatieve fase kan de huisarts overwegen een benzodiazepine voor te schrijven. Aangezien mevrouw Brandsma met name 's nachts angstig is, gaat de voorkeur uit naar een benzodiazepine met een relatief korte werkingsduur (oxazepam of temazepam), zodat ze overdag helder is.

Er zijn geen onderzoeken verricht naar de effecten en veiligheid van benzodiazepines bij mensen met ernstig COPD. Angststoornissen komen echter vaker voor bij mensen met COPD ten opzichte van de algemene bevolking en hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven, functionele status, forced vital capacity (FVC) en dyspneu. Benzodiazepines zijn effectief bij angstaanvallen. De geringe mogelijkheid van ademdepressie moet u afwegen tegen het palliatieve effect van de te verwachten angstreductie. Uiteraard bespreekt u deze potentiële bijwerking met de patiënt. De huisarts kan benzodiazepines ook voorschrijven voor de behandeling van insomnia.

COPD

Toelichting 2: Beleid van de huisarts en apotheker

Komt mevrouw in aanmerking voor zuurstoftherapie?

Nee, ze komt niet in aanmerking voor zuurstoftherapie, aangezien ze rookt. Van zuurstoftherapie is niet vastgesteld of dit bij mensen met COPD in de palliatieve fase effectief is voor de bestrijding van dyspneu. Toch kan een individuele patiënt er wel baat bij hebben. Het is echter met de huidige kennis niet aan te geven voor wie, wanneer en op welke wijze zuurstofbehandeling voor patiënten in de palliatieve fase is geïndiceerd. Of er een indicatie is voor zuurstoftherapie, dient u in samenspraak met de tweede lijn te bepalen op basis van specifieke klachten, conditie, wensen en omstandigheden van de patiënt.

Er bestaat geen relatie tussen de ervaren dyspneu en zuurstofsaturatie. Saturatiemetingen zijn daarom in ieder geval niet zinvol om te bepalen of iemand voor zuurstoftherapie in aanmerking komt.

Welke voorlichting geeft u over de voorgeschreven medicatie?

U geeft informatie over de verwachte werking van het middel. U legt uit dat het middel tegen de angst helpt en helpt om in te slapen. Als mevrouw Brandsma het middel 's avonds inneemt, zal ze er overdag weinig hinder van ondervinden. U legt uit dat ademhalingsdepressie een zeldzame bijwerking is van benzodiazepines, maar dat dit in de normale doseringen eigenlijk geen rol speelt. U legt uit dat ademdepressie niet hetzelfde is als stikken, omdat het lichaam niet het gevoel heeft dat het meer zuurstof nodig heeft (wat bij stikken wel het geval is). De apotheek kan tijdens het eerste uitgiftegesprek de informatie over risico's van langdurig gebruik van benzodiazepinen achterwege laten.

Stel dat er sprake was van een depressieve stoornis, wat is dan het beleid?

Bij de behandeling van depressie in de palliatieve fase bij COPD gaat de voorkeur uit naar een SSRI. Er is tegenstrijdig bewijs voor de effectiviteit van paroxetine. Het middel lijkt wel veilig te zijn. Een nadeel van SSRI's is dat de werking pas na enkele weken intreedt. Om die reden schrijven artsen soms (off-label) methylfenidaat voor bij depressie en/of vermoeidheid in de palliatieve fase. Methylfenidaat werkt in tegenstelling tot SSRI's wel direct. Het effect van methylfenidaat bij mensen met eindstadium COPD is echter niet onderzocht en daarom heeft dit niet de voorkeur.

2D
Wat is nu het medicamenteuze beleid?

De huisarts kan morfine starten bij patiënten in de palliatieve fase bij wie luchtwegverwijders en corticosteroïden in adequate dosering geen verlichting meer geven van de dyspneu. De startdosis (bij een opioïd-naïeve patiënt) is vier- tot zesmaal daags 5 mg oraal of vier- tot zesmaal daags 2,5 tot 5 mg subcutaan. Bij onvoldoende effect kan de huisarts de uitgangsdosis met 50 procent verhogen.

COPD

Toelichting 2: Beleid van de huisarts en apotheker

Welke voorlichting geeft u?

Als huisarts en apotheker legt u uit dat morfine is bedoeld voor de vermindering van de kortademigheid en niet als pijnstilling. U inventariseert hoe mevrouw Brandsma tegenover het gebruik van morfine staat en bespreekt eventuele angst voor verslaving en afhankelijkheid. U informeert haar over de meest voorkomende bijwerkingen (verstopping, misselijkheid, duizeligheid, droge mond, moeilijk kunnen plassen en jeuk). Morfine in de startdosering bij ernstig COPD leidt niet tot een toename van sufheid. De huisarts schrijft een laxans voor ter preventie van obstipatie.

De apotheker controleert of mevrouw Brandsma een laxans heeft voorgeschreven gekregen. Indien dat niet het geval is, geeft hij haar - afhankelijk van de gemaakte afspraken met de huisarts - alsnog een laxans mee, of neemt hij contact op met de huisarts.

Opiaten bij dyspneu
Uit Canadees onderzoek bleek dat er een kloof is tussen ervaringen van artsen en patiënten en de attitude van veel artsen met betrekking tot opiaten bij COPD. Veel artsen waren terughoudend met het voorschrijven van opiaten bij COPD (met name vanwege angst voor ademdepressie). Uit een ander onderzoek in Australië bleek echter dat er geen gevallen waren van respiratoire depressie onder 65 patiënten die opiaten gebruikten voor refractaire dyspneu. Het grootste deel van deze patiënten had COPD (Lo-A-Foe, 2012).

Tip
Voor het eerste-terhandstellingsgesprek in de apotheek is het van belang dat de apotheek op de hoogte is van de reden van voorschrijven van morfine in de palliatieve fase. Maak met elkaar afspraken over hoe u elkaar informeert.

Waar informeert de apotheker naar bij het tweede uitgiftegesprek bij aflevering van het herhaalrecept?

Als apotheker vraagt u naar de effectiviteit van de morfine, of de kortademigheid afneemt. Daarnaast informeert hij naar mogelijke bijwerkingen en vraagt na of ze last heeft van obstipatie en of het laxeermiddel hier voldoende tegen helpt.

Tip
Maak in de apotheek afspraken over hoe u omgaat met het eerste- en tweede uitgiftegesprek als patiënten hun medicatie niet zelf ophalen in de apotheek.

Handleiding voor het bespreken van een casus in het FTO

Doelstelling

- Inzichtelijk maken van verschillen en overeenkomsten in het huidige medicatiebeleid.
- Per casus zijn er verschillende subdoelen aangegeven.

Voorbereiding

- Neem de casuïstiek en de toelichting door.
- Zorg dat u zelf op de hoogte bent van de NHG-Standaarden van het betreffende onderwerp.
- Lees van tevoren de informatie over de betreffende indicatie op de website van het Farmacotherapeutisch Kompas en eventuele lokale formularia.
- Kopieer de casus voor alle deelnemers.
- Zorg voor een flapover of sheets en schrijfmateriaal.
- Maak een inventarisatieschema met eventueel een afgeplakt advies.

Uitvoering

Let op! De tijdsinvestering verschilt per casus. Het zwaartepunt ligt op de discussie. De genoemde tijden zijn een indicatie.

1. Presentatie casus *5 min.*

- Leg deelnemers uit wat het doel is van de werkvorm.
- Geef alle deelnemers een kopie van de werkbladen.
- Nodig de deelnemers uit de vragen individueel schriftelijk te beantwoorden.
  N.B. Voorkom in deze fase onderlinge uitwisseling van antwoorden.
  Bij de meeste casuïstiek gaan we uit van een vaststaande diagnose. Vermijd dan interpretatie en discussie over de diagnostiek.

2. Inventarisatie *10 min.*

- Nodig een deelnemer uit zijn/haar antwoord voor te lezen. Noteer deze op flapover. Vraag de andere deelnemers naar afwijkende meningen. Stop als er geen nieuwe informatie op tafel komt.
  N.B. Voorkom discussie. Het gaat alleen om een inventarisatie van verschillende handelwijzen.
- Laat het advies van de literatuur zien en wijs op overeenkomsten en verschillen.

3. Discussie *30 min.*

- Stel gezamenlijk vast wat, op grond van geconstateerde verschillen, de discussiepunten bij de casus zijn. Noteer deze op een flapover, stel prioriteiten en bepaal per punt de discussietijd.
- Stel telkens één discussiepunt aan de orde.
  - Geef gelegenheid tot inbreng van informatie uit de literatuur.
  - Zorg dat het gesprek gericht blijft op het discussiepunt dat aan de orde is.
  - Vermijd discussie over de diagnostiek als in de casus is uitgegaan van een vaststaande diagnose.
  - Vraag door naar argumenten.
  - Bewaak de tijd per discussiepunt.
  - Sluit elk discussiepunt af met een conclusie.
- Geef als afsluiting van de discussiefase een samenvatting van de conclusies.

4. Conclusie *10 min.*

- Ga na of er algemene conclusies getrokken kunnen worden die kunnen resulteren in consensus over de behandeling van een bepaald ziektebeeld. Noteer deze conclusies op een flapover. Noteer bij geen consensus expliciet de verschilpunten.
- Vraag de deelnemers wat zij in de praktijk gaan doen met de conclusies van de bespreking.
- Als de bespreking leidt tot voornemens tot gedragsverandering, stel dan vast wanneer erop teruggekomen wordt.
- Mochten er vragen zijn die nog moeten worden uitgezocht, spreek dan af wie dit doet en wanneer en hoe hierover wordt gerapporteerd.