



COPD

- 3 Casus 1 Exacerbatie bij COPD
- 21 Casus 2 Palliatieve zorg bij 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@medicijngebruik.nl.

Casus 1 Exacerbatie bij COPD

Doelen

- ▶ Maken van afspraken omtrent beleid bij exacerbaties bij COPD.
- ▶ Afstemmen van voorlichting tussen huisarts en apotheker.

Gebruikte bronnen

- ▶ Fraanje W, Giesen P, Knobbe K, et al. Farmacotherapeutische richtlijn Geneesmiddelen en zuurstoftoediening in spoedeisende situaties. Huisarts Wet 2012;55(5):210-20. Zie www.nhg.org.
- ▶ Horsen van LJ et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2. Huisarts Wet 2006;49(10):511-515.
- ▶ KNMP Kennisbank. Zie www.kennisbank.knmp.nl (alleen voor abonnees).
- ▶ KNMP-richtlijn COPD. Den Haag: KNMP, 2014. Zie www.knmp.nl.
- ▶ Samenvattingskaart Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties. Utrecht: NHG, 2012. Zie www.nhg.org.
- ▶ Snoeck-Stroband JB, Schermer TRJ, et al. NHG-Werkgroep Astma bij volwassenen en COPD. NHG-Standaard COPD (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58(4):198-211. Zie www.nhg.org.
- ▶ Verschuur-Veltman M, Honkoop P, Den Boer J. Protocolaire astma en COPD zorg. Utrecht: NHG, 2015.
- ▶ Yuen K, McDaniel PA, Riddle MC. Twenty-four-hour profiles of plasma glucose, insulin, C-peptide and free fatty acid in subjects with varying degrees of glucose tolerance following short-term, medium-dose prednisone (20 mg/day) treatment: evidence for differing effects on insulin secretion and action. Clin Endocrinol (Oxf) 2012;77(2):224-32.

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 zo 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. Bij deze casus zijn er aparte werkbladen voor de huisartsen en voor de apothekers. Bekijk steeds of u het juiste werkblad voor u hebt.
- e. Aanwijzingen voor bespreking van de casus in het FTO vindt u in de handleiding bij het casusboek (laatste pagina).

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) 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.

1A1

U maakt een visite bij de heer Kroon van 62 jaar. Zijn dochter heeft gebeld, omdat hij te ziek was om naar het spreekuur te komen. U ziet de heer Kroon regelmatig vanwege zijn COPD, waarvoor hij viermaal daags salbutamol inhalatiepoeder 400 µg gebruikt. Hij is twee jaar geleden gestopt met roken. Zijn dochter vertelde dat hij de afgelopen dagen wel tienmaal zijn salbutamol inhalaties heeft gebruikt. Naast COPD heeft de heer Kroon diabetes mellitus type 2 (DM2), waarvoor hij tweemaal daags 850 mg metformine gebruikt. DM2 is al een paar jaar goed onder controle. Een half jaar geleden is voor het laatst de forced expiratory volume in 1 seconde (FEV₁) bepaald, die was toen 56 procent.

De heer Kroon blijkt matig ziek. De afgelopen dagen was hij griepelig. Zijn temperatuur is nu 38°C. Hij is fors kortademig en heeft moeite met het uitspreken van hele zinnen. Hij hoest groen sputum op. Bij lichamelijk onderzoek vindt u een polsfrequentie van 122 slagen per minuut, een verlengd expirium en brommende rhonchi over alle longvelden. U hoort geen duidelijke crepitaties. U constateert dat er sprake is van een exacerbatie.

Hoe ernstig is de exacerbatie bij de heer Kroon? Aan de hand van welke criteria schat u dit in?

Wat heeft u voor een dergelijk geval in uw spoedkoffer?

COPD

Werkblad 1A: Beleid van de huisarts

1A2

U constateert dat er sprake is van een ernstige exacerbatie zonder alarmsymptomen.

Wat is uw beleid?

COPD

Werkblad 1A: Beleid van de huisarts

1A3

U bent gestart met salbutamol via een dosisaerosol met voorzetskamer en heeft dit met tussenpozen van enkele minuten 7 keer herhaald. U vindt echter dat er onvoldoende verbetering optreedt.

Wat is uw beleid?

1A4

U besluit aanvullend 20 µg ipratropium te geven, ook via dosisaerosol met voorzetkamer. Na de tweede dosis ipratropium, neemt de kortademigheid van de heer Kroon af. Hij geeft zelf ook aan meer 'lucht' te krijgen. U wilt daarom het bezoek beëindigen.

Wat is uw verdere beleid en welke informatie geeft u hierbij?

1A5

U heeft de heer Kroon een stootkuur prednisolon (eenmaal daags 30 mg gedurende 7 dagen) voorgeschreven en de salbutamol gewijzigd in het langwerkende salmeterol (dosisaerosol 25 µg, tweemaal daags 2 inhalaties). Een half jaar later heeft de heer Kroon opnieuw een ernstige exacerbatie, waarvoor hij twee dagen in het ziekenhuis is opgenomen. Hij wordt ontslagen uit het ziekenhuis met salmeterol/fluticason dosisaerosol 25/250 tweemaal daags 2 inhalaties. Na ontslag uit het ziekenhuis, heeft de longarts het beleid weer aan u overgedragen.

2,5 jaar later ziet u de heer Kroon op uw spreekuur voor jaarlijkse controle. Zijn COPD is goed onder controle en hij heeft geen exacerbaties meer gehad.

Wat is uw beleid?

1B1

U spreekt de dochter van de heer Kroon. De heer Kroon is 62 jaar. U ziet hem regelmatig vanwege zijn COPD, waarvoor hij viermaal daags salbutamol inhalatiepoeder 400 µg gebruikt. Verder gebruikt hij tweemaal daags 850 mg metformine. Hij is twee jaar geleden gestopt met roken. Zijn dochter vertelt dat haar vader zich ziek voelt en de afgelopen dagen wel tienmaal zijn salbutamol inhalaties gebruikt heeft. U adviseert de huisarts te bellen.

Wat zijn mogelijke oorzaken voor het veelvuldig gebruik van salbutamol de afgelopen dagen?

Wat dient de huisarts voor een dergelijk geval in zijn spoedkoffer te hebben?

COPD

Werkblad 1B: Beleid van de apotheker

1B2

De huisarts constateert dat er sprake is van een ernstige exacerbatie zonder alarmsymptomen.

Welke medicamenteuze behandeling zal de huisarts inzetten?

1B3

De huisarts start met salbutamol dosisaerosol 100 µg via een voorzetkamer en heeft dit met tussenpozen van enkele minuten 7 keer herhaald. Er treedt echter onvoldoende verbetering op.

Wat is nu het beleid?

1B4

De huisarts geeft aanvullend 20 µg ipratropium, ook via dosisaerosol met voorzetkamer. Na de tweede dosis ipratropium, neemt de kortademigheid van de heer Kroon af en beëindigt de huisarts het bezoek. Die middag komt de dochter van de heer Kroon in de apotheek met een recept.

Welk middel of welke middelen verwacht u? Welke informatie geeft u over de medicatie?

1B5

De huisarts heeft de heer Kroon omgezet naar salmeterol dosisaerosol 25 µg tweemaal daags 2 inhalaties. Daarnaast kreeg de heer Kroon een stootkuur prednisolon (eenmaal daags 30 mg gedurende 7 dagen). Een half jaar later komt zijn dochter in de apotheek met een recept voor haar vader. Ze vertelt dat haar vader twee dagen in het ziekenhuis heeft gelegen in verband met een exacerbatie. Hij heeft nu een recept gekregen voor salmeterol/fluticason dosisaerosol 25/250 tweemaal daags 2 inhalaties.

Welke aanvullende informatie geeft u?

1B6

Na ontslag uit het ziekenhuis is de behandeling weer overgedragen aan de huisarts. 2,5 jaar later komt de heer Kroon bij u in de apotheek voor controle van zijn inhalatietechniek. Hij gebruikt nu sinds twee jaar salmeterol/fluticason dosisaerosol 25/250 tweemaal daags 2 inhalaties. Sindsdien heeft hij geen exacerbaties meer gehad.

Welke advies - ten aanzien van de medicamenteuze behandeling - geeft u aan de huisarts?

Toelichting 1: Beleid van de huisarts/apotheker

1A1/1B1

Hoe ernstig is de exacerbatie bij de heer Kroon? Aan de hand van welke criteria schat u dit in? *huisarts*

Als huisarts bepaalt u of er sprake is van alarmsymptomen (uitputting, cyanose of bewustzijnsdaling). Bij aanwezigheid van minimaal één alarmsymptoom waarschuwt u een ambulance.

Bij afwezigheid van alarmsymptomen bepaalt u of er sprake is van een ernstige exacerbatie. Dit is het geval bij aanwezigheid van minimaal één van de volgende criteria

- ▶ (toename) dyspneu in rust, moeite met het uitspreken hele zin, niet plat kunnen liggen
- ▶ ademhalingsfrequentie > 30/minuut (bij zeer ernstige exacerbaties neemt dit af!)
- ▶ hartslag > 120/minuut
- ▶ gebruik hulpademhalingspijpen

Afgaande op de klachten van de heer Kroon (moeite moet uitspreken hele zin, hartslag > 120/minuut) is er sprake van een acute ernstige exacerbatie.

Wat zijn mogelijke oorzaken voor het veelvuldig gebruik van salbutamol de afgelopen dagen? *apotheker*

Mogelijke oorzaken zijn:

- ▶ een inadequade inhalatietechniek
- ▶ onvoldoende inhaleren van de medicatie door benauwdheid of te weinig inhalatiekracht
- ▶ toename symptomen (bijvoorbeeld veroorzaakt door voortschrijdende ziekte, comorbiditeit, gebruik NSAID's etc.)
- ▶ een exacerbatie

Wat heeft u voor een dergelijk geval in uw spoedkoffer? *huisarts*

Wat dient de huisarts voor een dergelijk geval in zijn spoedkoffer te hebben? *apotheker*

De volgende geneesmiddelen staan genoemd in de farmacotherapeutische richtlijn *Overzicht spoedeisende indicaties, geneesmiddelen en doseringsadvies* (2012):

- ▶ salbutamol dosisaerosol (100 µg/dosis)
- ▶ salbutamol inhalatievloeistof (1 mg/ml; 2,5 ml flacon; 2 mg/ml; 2,5 ml flacon)
- ▶ salbutamol injectievloeistof (0,5 mg/ml; 1 ml ampul)
- ▶ ipratropiumbromide dosisaerosol (20 µg/dosis)
- ▶ ipratropiumbromide inhalatievloeistof (250 µg/ml; 2 ml flacon)
- ▶ prednisolon tablet (30 mg)
- ▶ prednisolondrank (5 mg/ml)

Voor toediening van de dosisaerosolen is ook een voorzetskamer nodig.

1A2/1B2

Wat is uw beleid? *huisarts*

Welke medicamenteuze behandeling zal de huisarts inzetten? *apotheker*

De huisarts geeft salbutamol via een dosisaerosol met voorzetskamer volgens onderstaande procedure:

- ▶ Salbutamol (100 µg) in voorzetskamer verstuiven en vijfmaal laten inademen. Deze procedure vier- tot tienmaal herhalen.
- ▶ Wacht het effect ter plaatse af en herhaal de inhalaties met salbutamol na enkele minuten.

Toelichting 1: Beleid van de huisarts/apotheker

1A3/1B3

Wat is uw beleid? *huisarts*

Wat is nu het beleid? *apotheker*

Bij onvoldoende verbetering geeft de huisarts aanvullend ipratropium als dosisaerosol.

De huisarts geeft 20 µg ipratropium per keer in een voorzetkamer en laat de patiënt vijf keer inademen. Hij herhaalt deze procedure twee tot vier keer. De huisarts herhaalt de inhalaties na enkele minuten.

1A4/1B4

Wat is uw verdere beleid en welke informatie geeft u hierbij? *huisarts*

Welk middel of welke middelen verwacht u? Welke informatie geeft u over de medicatie? *apotheker*

Na verbetering van de situatie geeft de huisarts de patiënt instructies voor het gebruik van de bronchusverwijders gedurende de eerstvolgende 24 uur (bijvoorbeeld een dubbele dosis of inhalatie via een inhalatiekamer). U kunt overwegen de heer Kroon over te zetten naar een dosisaerosol met voorzetkamer, aangezien hij mogelijk te weinig inhalatiekracht heeft voor een poederinhalator. Bij aanhoudende klachten kunt u de heer Kroon overzetten op een langwerkend middel zoals salmeterol of tiotropium.

Bij een exacerbatie geeft de huisarts een stootkuur orale corticosteroïden: eenmaal daags 30 mg prednisolon gedurende 7 dagen of eenmaal daags prednisolon 40 mg gedurende vijf dagen. De huisarts controleert de heer Kroon na vijf dagen. Bij een adequate verbetering is staken verantwoord, bij onvoldoende verbetering kan de huisarts de kuur verlengen tot totaal 7 tot 14 dagen. Na afloop van de kuur kan de heer Kroon ineens stoppen met de corticosteroïden, afbouwen is niet nodig.

De huisarts en apotheker geven informatie over het doel, de werking en de bijwerkingen van de stootkuur orale corticosteroïden. U legt uit dat prednisolon de ontsteking en de ziekteverschijnselen vermindert, zodat het lichaam makkelijker kan herstellen. U legt uit dat het gebruik van prednisolon kan leiden tot een stijging van de bloedglucosespiegel en dat andere bijwerkingen meestal niet optreden bij kortdurend gebruik.

De huisarts bepaalt eenmalig de glucosewaarde tijdens de kuur prednisolon in verband met DM2.

TIP

De NHG-Standaard geeft geen directe richtlijn voor het moment waarop de huisarts de glucosewaarde moet bepalen. Een mogelijkheid is om het bloedglucose te bepalen op de tweede dag van de prednisolonkuur. U kunt de glucosewaarde het beste enkele uren na inname van prednisolon bepalen (bij ochtendinname prednisolon bijvoorbeeld rond 13 - 14 uur), omdat het effect van prednisolon op de glucosespiegel geen 24 uur aanhoudt (Yuen, 2012).

Of een patiënt in aanmerking komt voor een antibioticum is afhankelijk van zijn longfunctie en klinisch beeld. Een antibioticum na een exacerbatie is geïndiceerd in de volgende gevallen

- ▶ FEV₁ < 30 procent
- ▶ FEV₁ 30 tot 50 procent én klinische ziekteverschijnselen (temperatuur > 38 °C, algemeen ziekzijn)
- ▶ FEV₁ ≥ 50 procent én klinische ziekteverschijnselen (temperatuur > 38 °C, algemeen ziekzijn), én onvoldoende verbetering na twee tot vier dagen. Bij twijfel kunt u een CRP-bepaling doen (< 20 geen indicatie, 20 tot 100, indicatie afhankelijk van klinisch beeld, > 100 wel indicatie)

Toelichting 1: Beleid van de huisarts/apotheker

Aangezien de laatst gemeten FEV₁ 56 procent was, komt de heer Kroon nu nog niet in aanmerking voor een antibioticum. Bij onvoldoende verbetering na twee tot vier dagen, kan de huisarts alsnog overwegen een antibioticum voor te schrijven.

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

Voor de volgende dag spreekt de huisarts een controle af. Deze bestaat uit:

- ▶ evaluatie van de klachten en ervaren beperkingen
- ▶ onderzoek van de longen
- ▶ nagaan van de reden van de exacerbatie; let met name op therapietrouw, inhalatietechniek en luxerende factoren
- ▶ eventueel bijstellen beleid

1B5

Welke aanvullende informatie geeft u? apotheker

U legt uit dat de heer Kroon nu een combinatiepreparaat krijgt, waarin naast de salmeterol ook een inhalaticorticosteroid zit. U geeft informatie over het doel, de werking en de bijwerkingen van het inhalaticorticosteroid.

U legt uit dat het inhalaticorticosteroid is bedoeld om de kans te verkleinen dat de heer Kroon opnieuw een exacerbatie krijgt. Inhalaticorticosteroiden kunnen lokale bijwerkingen geven, zoals heesheid en orale candidiasis. Om lokale bijwerkingen te voorkomen is het van belang om na de inhalatie de mond te spoelen. Het advies is na het inhaleren de mond te spoelen met een slok water en dat vervolgens uit te spugen. Neem daarna nog een slok water, gorgel daarmee en slik dat door. Een andere optie is iets te eten of de tanden te poetsen na het inhaleren. U geeft daarnaast de inhalatie-instructie.

Eerste begeleidingsgesprek bij COPD

De KNMP-richtlijn *COPD* (2014) geeft aan dat de volgende aspecten aan bod kunnen komen bij het eerste begeleidingsgesprek bij COPD (aansluitend bij de informatiebehoefte van de patiënt en afhankelijk van welke kennis de patiënt al bij andere zorgverleners of uit informatiebronnen heeft opgedaan)

- ▶ Uitleg over het ziektebeeld.
- ▶ Uitleg over de behandeling, het doel en de werking van de voorgeschreven medicatie:
 - Duur/chroniciteit van de therapie.
 - Het verschil tussen lang- en kortwerkende luchtwegverwijders.
 - Snelheid van het effect na inhalatie.
 - Verschil tussen zo nodig en onderhoudsbehandeling.
 - Veel voorkomende en potentieel ernstige bijwerkingen van de COPD medicatie en in welke gevallen de patiënt contact op dient te nemen met de (huis)arts en/of longverpleegkundige.
 - Voorkómen van bijwerkingen.
- ▶ Uitleg over periodieke controles.
- ▶ Het inpassen van het medicatiegebruik in het dagelijkse leven van de patiënt.
- ▶ Navragen rookgedrag (uitgedrukt in aantal 'pack years') en actuele rookstatus. Indien van toepassing wordt het belang van stoppen met roken besproken en de mogelijkheden ter ondersteuning hiervan.

Toelichting 1: Beleid van de huisarts/apotheker

Uitleg over exacerbaties:

- Hoe de kans op het krijgen van een exacerbatie verkleind kan worden.
- Hoe de verschijnselen vroegtijdig herkend kunnen worden.
- Wat de patiënt zelf kan/mag doen en wanneer contact opgenomen moet worden met de behandelende arts (afgestemd op de afspraken met deze behandelaar).
- Of er noodmedicatie beschikbaar is in de thuissituatie.
- Dat alle - actuele - medicatie meegenomen moet worden bij een bezoek aan de spoedeisende hulp/ dokterspost.

Bijwerkingen van inhalatiemedicatie

Lokale bijwerkingen kunnen optreden bij alle inhalatiemedicatie. Heesheid en orale candidiasis zijn bekende bijwerkingen van inhalatiecorticosteroiden. Minder bekend is dat salbutamol geassocieerd is met een verhoogd risico op cariës. Adviseer uw patiënt na elke inhalatie - onafhankelijk van welke werkzame stof - de mond te spoelen of de tanden te poetsen om lokale bijwerkingen te voorkomen.

Inhalatiecorticosteroiden bij COPD

De NHG-Standaard *COPD* (2015) geeft aan dat inhalatiecorticosteroiden in aanmerking komen bij patiënten met frequente ernstige exacerbaties (twee of meer kuren prednisolon of een antibioticum of ziekenhuisopname in verband met COPD per jaar), ondanks onderhoudsbehandeling met een langwerkende luchtwegverwijder. De huisarts begint in het algemeen niet met een onderhoudsbehandeling van een combinatiepreparaat van een inhalatiecorticosteroid en een langwerkend bètasymphaticomimeticum, vanwege de beperkte indicatie van inhalatiecorticosteroiden bij COPD.

1A5/1B6

Wat is uw beleid? huisarts

Welk advies - ten aanzien van de medicamenteuze behandeling - geeft u aan de huisarts? apotheker

Als huisarts staakt u het inhalatiecorticosteroid, omdat de heer Kroon gedurende twee jaar geen exacerbaties heeft gehad. Behandeling met inhalatiecorticosteroiden geeft een verhoogd risico op pneumonie. Tegen het voorkómen van acht exacerbaties bij gebruik van inhalatiecorticosteroiden staat het optreden van één extra pneumonie. Daarom staakt u het inhalatiecorticosteroid in de volgende gevallen:

- na één jaar als er geen duidelijke afname is van het aantal exacerbaties
- na twee jaar als er in die periode geen exacerbaties zijn geweest

Als apotheker kunt u de huisarts adviseren het inhalatiecorticosteroid te staken als u merkt dat het aantal exacerbaties een jaar na de start niet duidelijk is afgenomen of als er twee jaar na de start geen exacerbaties meer zijn opgetreden. De huisarts evalueert drie maanden na staken van het inhalatiecorticosteroid.

TIP

Maak afspraken over hoe u evalueert of het gebruik van inhalatiecorticosteroiden nog geïndiceerd is. De apotheker kan hier ook een rol inspeulen bij de jaarlijkse controle van de inhalatietechniek.

Casus 2 Palliatieve zorg bij COPD

Doelen

- ▶ Maken van afspraken omtrent beleid bij palliatieve zorg bij COPD.
- ▶ Optimaliseren van het medicamenteuze beleid bij de palliatieve zorg bij COPD.
- ▶ Afstemmen van voorlichting tussen huisarts en apotheker.

Gebruikte bronnen

- ▶ Hosson de SM. Opioiden in de palliatieve fase bij COPD. MFM 2012, 2(4):13-17.
- ▶ KNMP Kennisbank. Zie www.kennisbank.knmp.nl (alleen voor abonnees).
- ▶ KNMP-richtlijn COPD. Den Haag: KNMP, 2014. Zie www.knmp.nl.
- ▶ LAN-richtlijn palliatieve zorg voor mensen met COPD. Amersfoort: Long Alliantie Nederland, 2011. Zie www.longalliantie.nl.
- ▶ Lo-A-Foe W. Arts te terughoudend met morfine bij COPD. Medisch Contact 2012;18:1104.
- ▶ Snoeck-Stroband JB, Schermer TRJ, et al. NHG-Werkgroep Astma bij volwassenen en COPD. NHG-Standaard COPD (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58(4):198-211. Zie www.nhg.org.
- ▶ Verschuur-Veltman M, Honkoop P, Den Boer J. Protocolaire astma en COPD zorg. Utrecht: NHG, 2015.

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 zo 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. Bij deze casus zijn er aparte werkbladen voor de huisartsen en voor de apothekers. Bekijk steeds of u het juiste werkblad voor u hebt.
- e. Aanwijzingen voor bespreking van de casus in het FTO vindt u in de handleiding bij het casusboek (laatste pagina).

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) 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.

2A1

Mevrouw Brandsma is 73 jaar. Ze heeft COPD sinds haar 43^{ste}. 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 exacerbatie, de laatste keer is 1,5 maand geleden. Na haar laatste ziekenhuisopname was haar forced expiratory volume in 1 seconde (FEV₁) 28 procent van voorspeld. Tijdens de laatste ziekenhuisopname is - gezien de ernst van de klachten - een niet-reanimeren besluit afgesproken.

Haar medische voorgeschiedenis vermeldt COPD, refluxklachten, essentiële hypertensie, hypercholesterolemie en osteoporose.

U bent bij mevrouw Brandsma op bezoek, aangezien ze vanwege dyspneu en vermoeidheid zelf nauwelijks meer het huis uitkomt. Ze slaapt veel, ook overdag. Bij alle dagelijkse bezigheden - zoals aankleden en koffiezetten - is ze kortademig. Ze krijgt ondersteuning van de thuiszorg voor persoonlijke verzorging.

Als u vraagt hoe het met haar gaat, geeft ze aan dat ze sinds de laatste ziekenhuisopname erg bang is om opnieuw een toename van de benauwdheid te krijgen en te stikken.

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 eenmaal per week 1 tablet
- omeprazol 20 mg eenmaal daags 1 tablet
- calciumcarbonaat/colecalciferol 500/800 eenmaal daags 1 tablet

Hoe stelt u vast of palliatief beleid aangewezen is?

2A2

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

Welke geneesmiddelen overweegt u te stoppen? Welke aanvullende gegevens heeft u nodig voor die besluitvorming?

2A3

Twee maanden later bent u weer op bezoek bij mevrouw Brandsma. Alle medicatie, behalve de inhalatiemedicatie, is inmiddels gestaakt. Mevrouw Brandsma vertelt dat ze de laatste weken slecht slaapt. Dit komt vooral doordat ze angstig is om in haar slaap een aanval te krijgen en te stikken. Overdag is de angst een stuk minder. Door het gebrek aan slaap is haar kwaliteit van leven verder achteruitgegaan. Ze vraagt u om een middel dat de angst vermindert.

Wat is uw beleid?

Welke informatie geeft u?

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

2A4

Twee maanden later belt meneer Brandsma naar uw praktijk. Lichamelijk is mevrouw Brandsma verder achteruitgegaan. Haar dyspneu is ook verder verslechterd en zij vraagt u of u deze kunt verminderen.

Wat is uw beleid?

2B1

Mevrouw Brandsma is 73 jaar. Ze heeft COPD sinds haar 43^{ste}. 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 exacerbatie, 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 gebruik 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 eenmaal per week 1 tablet
- ▶ omeprazol 20 mg eenmaal daags 1 tablet
- ▶ calciumcarbonaat/colecalciferol 500/800 eenmaal daags 1 tablet

Wat zijn kenmerken van de palliatieve fase van COPD?

Welke geneesmiddelen zou u staken bij palliatief beleid? Welke aanvullende gegevens heeft u nodig voor die besluitvorming?

2B2

Twee maanden later komt meneer Brandsma (71 jaar, relatief gezond) in de apotheek voor de inhalatiemedicatie van zijn vrouw. Alle overige medicatie van mevrouw Brandsma is gestaakt. Meneer Brandsma vertelt dat zijn vrouw erg slecht slaapt, omdat ze telkens 's nachts angstig is om te stikken. De huisarts heeft hier een recept voor uitgeschreven.

Welk middel verwacht u?

Welke informatie geeft u?

Stel dat er sprake is van een depressieve stoornis, welk beleid van de huisarts verwacht u dan?

2B3

Twee maanden later is meneer Brandsma weer in de apotheek. Hij vertelt dat de huisarts net bij zijn vrouw is geweest. Die heeft een recept voor morfine uitgeschreven. Meneer Brandsma spreekt in de apotheek zijn verbazing uit, hij dacht dat zijn vrouw een middel tegen kortademigheid zou krijgen en niet tegen de pijn.

Welke informatie geeft u?

2B4

Twee weken later komt meneer Brandsma weer in de apotheek met een herhalingsrecept voor de morfine.

Waar informeert u naar bij het tweede uitgiftegesprek?

2A1

Verwacht u dat mevrouw Brandsma zich in de palliatieve fase van haar ziekte bevindt? Hoe kunt u dit vaststellen? *huisarts*

Wat zijn kenmerken van de palliatieve fase van COPD? *apotheker*

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 binnen zes 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 ($BMI < 21 \text{ kg/m}^2$) of spiermassaverlies
- ▶ slechte kwaliteit van leven
- ▶ relevante comorbiditeit
- ▶ frequentie ziekenhuisopnames voor acute exacerbaties, steeds kortere intervallen tussen deze opnames en beperkte vooruitgang na opname

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

2A2/2B1

Welke geneesmiddelen overweegt u te stoppen? Welke aanvullende gegevens heeft u nodig voor die besluitvorming? *huisarts*

Welke geneesmiddelen zou u staken? Welke aanvullende gegevens heeft u nodig voor die besluitvorming? *apotheker*

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 uw 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' zinvol zijn. De meeste geneesmiddelen zullen gericht zijn op kwaliteit van leven.

Geneesmiddelen die u in ieder geval kunt stoppen zijn 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. U bespreekt met mevrouw Brandsma de beperkte verwachte meerwaarde van calciumcarbonaat/colecalciferol voor fractuurpreventie bij toenemende bedlegerigheid.

Toelichting 2: Beleid van de huisarts/apotheker

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.

Omeprazol is waarschijnlijk gestart vanwege refluxklachten en heeft daardoor een duidelijke invloed op kwaliteit van leven. Alleen indien de reflux volledig onder controle is (en acetylsalicylzuur daarnaast gestaakt is) kunt u overwegen deze te staken. Of het zinvol is omeprazol te continueren is daarnaast afhankelijk van de voedselinname. Bij patiënten in de palliatieve fase die weinig voedselinname meer hebben, zijn maagzuurremmers vaak niet meer zinvol.

2A3/2B2

Wat is uw beleid? *huisarts*

Welk middel verwacht u? *apotheker*

Als huisarts besteedt u aandacht aan niet-medicamenteuze behandeling van de angst. Cognitieve gedragstherapie (bij voorkeur in een eerdere fase van de ziekte als voorbereiding op de palliatieve fase) kan helpen om vaardigheden aan te leren die tot steun zijn in het verdere verloop van de ziekte. Verder besteedt u aandacht aan ondersteuning van de mantelzorger(s) en betreft u daarbij de psychosociale en existentiële context.

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. U kunt benzodiazepines ook voorschrijven voor de behandeling van insomnia, waarbij de voorkeur volgens de LAN-richtlijn *palliatieve zorg voor mensen met COPD* uitgaat naar temazepam en oxazepam.

Welke informatie geeft u? *huisarts/apotheker*

U geeft informatie over de verwachte werking van het middel. U legt uit dat het 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).

TIP

Informeer de apotheek als u met de patiënt palliatief beleid heeft afgesproken. De apotheek kan dan de informatie tijdens het eerste uitgiftegesprek hierop afstemmen en - in het geval van benzodiazepinen - de informatie over risico's van langdurig gebruik achterwege laten.

Toelichting 2: Beleid van de huisarts/apotheker

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

Stel dat er sprake was van een depressieve stoornis, welk beleid van de huisarts verwacht u dan? apotheker

Als huisarts besteedt u aandacht aan de niet-medicamenteuze behandeling van depressie (zie hiervoor ook het niet-medicamenteuze beleid bij angst). Bij de medicamenteuze 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.

2A4/2B3

Wat is uw beleid? huisarts

Welke informatie geeft u? apotheker

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.

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. Als huisarts schrijft u een laxans voor ter preventie van obstipatie.

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

Mevrouw Brandsma 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.

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)

COPD

Toelichting 2: Beleid van de huisarts/apotheker

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 u naar bij het tweede uitgiftegesprek? *apotheker*

U vraagt naar de effectiviteit van de morfine, of de kortademigheid afneemt. Daarnaast informeert u naar mogelijke bijwerkingen en vraagt u 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 het betreffende hoofdstuk in het 'Farmacotherapeutisch Kompas' en eventuele lokale formularia.
- ▶ Kopieer de casus voor alle deelnemers.
- ▶ Zorg voor een flapover of schoolbord 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 huisartsen een kopie van de werkbladen 'Beleid van de huisarts' en alle apothekers een kopie van de werkbladen 'Beleid van de apotheker'.
- ▶ Nodig de deelnemers uit de vragen individueel schriftelijk te beantwoorden.
*N.B. Voorkom in deze fase onderlinge uitwisseling van antwoorden.
Vermijd interpretatie en discussie over diagnostiek. Bij de beantwoording van de casus wordt uitgegaan van een vaststaande diagnose.*

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 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 diagnostiek
 - ✗ 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 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 er op teruggekomen wordt.
- ▶ Mochten er vragen zijn die nog moeten worden uitgezocht spreek dan af wie dit doet en wanneer en hoe hierover wordt gerapporteerd.