



## 'Huisartsen én patiënten denken niet aan COPD bij langdurige hoestklachten

Afgelopen winter promoveerde Lidewij Broekhuizen op haar proefschrift *Diagnostic strategies for chronic pulmonary disease*. Elders in dit nummer is haar beschouwing op het onderzoek te vinden (zie pagina 30). In een interview gaat ze in op de aspecten die voor het dagelijks werk van de huisarts van belang zijn.

### De aanloop naar het onderzoek

Broekhuizen wilde graag onderzoek doen en nam daartoe zelf het initiatief. 'Ik zocht contact met Carl Moons, hoogleraar klinische epidemiologie aan het Julius Centrum in Utrecht. Daar wilde ik graag mijn promotieonderzoek doen, omdat in Utrecht huisartsgeneeskunde en epidemiologie echt worden gecombineerd. Ik wilde namelijk het liefst

een diagnostisch onderwerp aanpakken, want ik vind de diagnostiek voor de huisarts altijd een beetje de sport. Een behandeling rolt er eigenlijk altijd wel uit als de diagnose eenmaal is gesteld. Maar wat is nou je gang naar die diagnose? Dat vind ik fascinerend. Overigens wilde ik zelf eigenlijk meedoen aan een groot Utrechts onderzoek naar diepveneuze trombose, maar mijn toekomstige begeleiders vonden mij geschikter voor een diagnostisch onderzoek naar COPD waar ze net subsidie voor hadden gekregen. En ze kregen nog gelijk ook!'

### Al te optimistisch

Het gesubsidieerde project was een samenwerkingsverband tussen de afdelingen epidemiologie en huisartsgeneeskunde, dus Broekhuizen kon aan de slag in de constructie die ze graag wilde. Maar zoals wel vaker verliep het includeren van patiënten niet zonder slag of stoot. 'De snelheid waarmee dat ging viel me tegen, vermoedelijk vanwege het bekende overoptimisme van de beginnende onderzoeker. Maar uiteindelijk hebben alle huisartsen die ik benaderde toch wel één of meer patiënten ingesloten. Ik snap achteraf wel waarom het wat moeizaam verliep, want de huisartsen moesten er aanvankelijk veel voor doen. Daarom heb ik later besloten om samen met twee andere onderzoeksartsen zelf alle patiënten te gaan opzoeken.'

### Niet aan gedacht...

Geincludeerd werden patiënten die langer dan veertien dagen hoestklachten hadden, ouder dan vijftig jaar zijn en bij wie nog geen COPD was gediagnosticeerd. 'We vroegen voorafgaand aan diagnostische tests de inschatting van de huisartsen. Die bleken vooral heel goed in het uitsluiten van de aandoening; als een huisarts zei dat het géén COPD was, had hij het bijna altijd bij het rechte eind. Maar wel was er een hoog percentage waarbij de huisarts twijfelde.'

Het viel Broekhuizen op dat huisartsen de inschatting heel goed maken als ze erom gevraagd worden, maar dat ze óngevraagd de diagnose COPD bij deze

patiënten niet snel zouden overwegen. 'Ik denk dat dit komt doordat COPD met ernstiger klachten wordt geassocieerd dan met alleen hoesten. De huisarts denkt er daarom gewoon niet aan. Maar het begin van de aandoening manifesteert zich vaak met hoesten. Het zou dus eigenlijk voor de hand moeten liggen om bij hoestklachten in deze leeftijdscategorie meteen COPD te overwegen. Maar kennelijk moet de huisarts daartoe eerst een *trigger* krijgen.'

### Bijdragende factoren

Er zijn nog wel meer factoren waarom een huisarts niet zo gauw aan COPD denkt bij aanhoudende hoestklachten bij vijftigplussers, denkt Broekhuizen. 'Misschien is het voor de huisarts min of meer een gewoonte om bij aanhoudend hoesten antibiotica en hoestremmende middelen voor te schrijven. Als een automatisme, dat heb ik zelf ook. Maar ook vraagt een patiënt er nooit naar. Die vraagt wel: "Dokter, ik heb het toch niet aan mijn hart?", maar nooit: "Dokter, ik heb toch geen COPD?" Het lijkt wel of COPD niet goed bekend raakt bij mensen. Die denken zelf als ze langdurig hoesten dat het misschien een longontsteking kan zijn, maar ze vragen zich nooit af of het misschien COPD is.'

### Lastige patiënten

Tijdens het NHG-Voorjaarscongres werd een workshop gegeven over COPD. Een van de stellingen daar was dat huisartsen hun COPD-patiënten de 'lastigste' van allemaal vinden, omdat je niets voor hen kunt doen en ze gewoon door blijven gaan met roken. Denkt Broekhuizen dat dit iets te maken kan hebben met het niet-diagnosticeren van de aandoening? 'Ja, huisartsen willen nu eenmaal graag iets dóén; die willen mensen beter maken. En bij COPD heb je als huisarts niet veel tot je beschikking. Bovendien is het lastig uit te leggen wat een milde COPD nu eigenlijk betekent voor de toekomst. Je voelt je machteloosheid meteen al hangen. Maar je kunt heus wel wat meer doen voor je patiënt dan dat eeuwige hameeren op het stoppen met roken. Al geef ik



toe dat je arsenaal beperkt is, zeker in de beginfase. Toch moet je niet te bang zijn om de diagnose te stellen. Ik heb ook wel eens bij mezelf gemerkt dat ik daar tegen opzag, maar het werkt ook voor de patiënt verhelderend als hij weet wat er aan de hand is. En het kan net een extra zetje geven om toch te stoppen met roken. Dus stuur iemand bij wie je COPD vermoedt naar je praktijkondersteuner. Patiënten vinden het heus niet erg om spirometrie te doen; in mijn onderzoek kwamen patiënten heel trouw naar alle onderzoeken toe. Sterker nog, ze leken die onderzoeken zelfs wel leuk te vinden.'

### Leuker leven?

De huisarts mag dan een beperkt arsenaal hebben om de patiënt te behandelen, toch meent Broekhuizen dus dat het wel degelijk belangrijk is om de diagnose in een vroeg stadium te stellen. Kan ze dat onderbouwen? 'Je hebt dan een beter beeld van wat er met je patiënt aan de hand is en kunt beter anticiperen op toekomstige problemen. Bovendien ben ik een voorstander van een heldere communicatie over zo'n diagnose.' Broekhuizen verzucht: 'Begrijp me goed, ik word zelf ook heel moe van dat eeuwige gezeur over wat een huisarts allemaal "mist" en waar die allemaal beslist aan moet denken. Maar ja, het is echt goed om de diagnose COPD te stellen. Er zijn geen dure geneesmiddelen nodig, we hebben prima goedkope generieke middelen, die de klachten echt verminderen.' Broekhuizen bedenkt zich ter plekke: 'Anderzijds heb ik niet onderzocht of het leven van de huisarts, maar vooral van de patiënt, nou wel leuker wordt met die diagnose. Dus tja...'

### Wel spirometrie...

De diagnose moet worden bevestigd door spirometrie in de eigen praktijk en vervolgens met een longfunctie-onderzoek. 'Dat is dus best een heel gedoe. Misschien is dat ook nog wel een reden waarom de diagnose vaak wat later wordt gesteld. Maar daarna kan de praktijkondersteuner de begeleiding overnemen; die pakt dat

allemaal heel systematisch aan en heeft ook meer tijd dan de huisarts. Maar de huisarts moet wel zelf de diagnose stellen, en ook is het goed om samen met de praktijkondersteuner de testuitslagen van de spirometrie te bekijken. Dan houd je een beetje het zicht op je patiënt.'

### ... of juist niet?

Opmerkelijk was dat het kosteneffectiviteitsonderzoek dat Broekhuizen heeft gedaan tot andere conclusies leidt. Waar zij steeds stelt dat het vermoeden van COPD moet worden bevestigd door spirometrie, bleek dat opeens niet wenselijk als je kijkt naar de kosten. Kan zij dit uitleggen? 'Ja, dat ziet er inderdaad grappig uit. Het blijkt nu eenmaal dat als je ingewikkelder diagnostische strategieën inzet, je wel een betere diagnostiek krijgt, maar niet een betere gezondheid. Dat komt doordat stoppen met roken het enige is wat écht helpt bij COPD. Als je slechte diagnostiek hebt, en er dus veel fout-positieven zijn, motiveer je meer mensen tot stoppen met roken. Dat is dus hartstikke goedkoop en geeft het beste resultaat als het gaat om de gezondheidswinst. Maar uiteraard betekent dit niet dat de huisarts geen spirometrie moet doen. En ook houdt deze conclusie geen rekening met de gevoelens van de patiënt; voor hem is de diagnose misschien dusdanig belastend dat de gezondheidswinst bij de fout-positieven weer verloren gaat.'

### Na het onderzoek

Broekhuizen werkt momenteel als post-doc bij het Julius Centrum en twee hele dagen in een huisartsenpraktijk in Borculo. Bovendien heeft ze twee kleine kinderen. Er zal dus vermoedelijk geen sprake zijn van het beruchte 'zwarte gat' na de promotie? 'Nee, ik kan dit allemaal alleen maar doen omdat mijn man docent is en dus na schooltijd en in de vakanties veel kan opvangen met de kinderen. Dat is heel fijn! Want ik zou niet minder in de praktijk willen werken en ik geniet ook volop van het werk bij het Julius Centrum. De afwisseling in al die rollen vind ik erg leuk.'

Zou Broekhuizen later nog onderzoek rond dit onderwerp willen doen? 'Ja, ik zou wel in beeld willen brengen wat het effect van vroegdiagnostiek van COPD is op de kosten op langere termijn. Ook zou ik het effect van de behandeling van *milde* COPD willen meten, want dat is alleen goed bekend bij ernstige COPD. En ik wil wel wat meer weten over de perceptie van de patiënt: wat vindt dié nou van een vroege diagnose COPD? Maar het is niet zo dat ik nu niet betrokken ben bij onderzoek. Het Julius Centrum heeft een grote lijn Infectieziekten en Afweer, dus daartoe behoren ook luchtwegaandoeningen. Ik doe momenteel mee met analyses van een groot Europees onderzoek naar luchtwegaandoeningen. Vermoedelijk zal ik nu wel levenslang vastzitten aan dit onderwerp. Gelukkig vind ik dat helemaal geen straf!' ■

*Ans Stalenhoef*