

In memoriam Thei Steenkamer


In maart van dit jaar ontvingen wij het droeve bericht dat Thei Steenkamer was overleden.

Vanaf de start van het CAHAGbulletin heeft Thei in de redactie gezeten. Thei was een kritisch en wetenschappelijk zeer onderbouwd redactielid. Daarnaast was Thei een kaderhuisarts pur sang met een warm hart voor implementatie van goede astma- en COPD-zorg in de eerste lijn. Zo was hij de bedenker van het 'scharnierconsult' en maakte hij deel uit van de redactie van het boek 'Protocollaire astma en COPD-zorg'. Hij gaf enthousiast onderwijs aan huisartsen en praktijkondersteuners. Thei was daarnaast een bijzonder en authentiek mens, een markante CAHAG-collega. We verliezen een betrokken en enthousiaste collega.

Astma Ketenzorg

Regien Kievits, kaderhuisarts astma/COPD Vught

De meerderheid van de zorggroepen in ons land bieden hun COPD-patiënten zogenaamde ketenzorg aan, vaak gecontracteerd als een DBC. Dit behelst geprotocolleerde en integrale zorg, conform de Zorgstandaard COPD (LAN).

Is het nuttig om dit ook voor astmapatiënten op te zetten? Ons land kent ruim 500.000 astmapatiënten waarvan bekend is dat meer dan de helft hun ziekte niet goed onder controle heeft (Heijmans, NIVEL 2007). Deze mensen bezoeken vaker de huisartsenpost en worden ook vaker opgenomen dan mensen met matig tot goede astmacontrole. In Huisarts & Wetenschap van maart 2015 schrijven

van Dijk *e.a.* dat astmapatiënten in huisartsenpraktijken waarin veel contacten voor astma plaatsvinden minder vaak gebruikmaken van astma gerelateerde zorg in de tweede lijn. Er lijkt dus ruimte te zijn voor substitutie van tweedelijns – naar eerstelijnszorg bij een hogere contactfrequentie in de eerste lijn.

Het is te verwachten dat het organiseren van astma ketenzorg hieraan bijdraagt. De Zorgstandaard Astma bij volwassenen (LAN) beschrijft waaraan integrale astma-zorg moet voldoen en de vernieuwde NHG-Standaard (maart 2015) geeft duidelijke richtlijnen met betrekking tot diagnose, behandeling en monitoring voor huisartsen en praktijkondersteuners. Op basis van deze standaarden heeft de CAHAG het 'Format Astma Ketenzorg' ontwikkeld. Hierin is te lezen hoe zorggroepen astma ketenzorg kunnen organiseren, welke inclusiecriteria de CAHAG adviseert en welke afspraken met ketenzorgpartners gemaakt kunnen worden. Dit format is te vinden op www.cahag.nl.

Na het valide stellen van de diagnose astma kunnen patiënten die onderhoudsbehandeling met inhalatiecorticosteroiden (vanaf stap 2 in het medicamenteuze behandelplan, zie de NHG-Standaard) krijgen, dan wel hiervoor een indicatie hebben, in de DBC geïncludeerd worden. Dit geldt ook voor astmapatiënten die roken, immers hun longfunctie zal versneld achteruitgaan. Welke patiënten daadwerkelijk in de DBC opgenomen worden zal regionaal in overleg tussen zorggroep en zorgverzekeraar afgesproken moeten worden.

Afhankelijk van de mate van controle van hun astma worden patiënten ingedeeld in een 'stabiele' of in een 'instabiele fase'. Stabiel zijn de astmapatiënten die al meer dan een jaar bekend zijn met astma en bij wie sprake is van een matige tot goede astmacontrole. Instabiel zijn de 'nieuwe' astmapatiënten die in het eerste jaar meerdere consulten ter begeleiding krijgen en/of patiënten bij wie sprake is van slechte controle. In de begeleiding van deze patiënten zal de nadruk liggen op goede voorlichting, sanering, therapietrouw, controle van inhalatietechniek, kwaliteit van leven (ACQ), dyspneu (MRC), voldoende lichaamsbeweging en het gewicht.

Natuurlijk verdient het rookgedrag van de patiënt extra aandacht; hier is een aparte module binnen de DBC aangewezen. De praktijkondersteuner kan zelf stoppen-met-roken-begeleiding aanbieden of verwijzen voor groepsbegeleiding of coaching via internet of telefoon.

Het is aan te raden om ook een aparte module voor het diagnosticeren en behandelen van exacerbaties door de huisarts op te nemen in het zorgprogramma. Hierbij hoort ook een extra consult door de praktijkondersteuner om met

de patiënt het ontstaan en de herkenning van de exacerbatie te bespreken. Het hebben van een exacerbatie betekent dat sprake is van een slechte astmacontrole!

Ketenzorgpartners bij astma zijn de longarts, apotheker, eerstelijnslaboratorium, fysiotherapeut, longverpleegkundige thuiszorg (in verband met saneringsadvies) en de diëtist. Het is belangrijk om met hen goede afspraken te maken over de te bieden zorg en over verwijs- en terugverwijscriteria.

De prevalentie van astma in de huisartsenpraktijk bedraagt ruim 4%. Zorggroepen die al langer ervaring hebben met astma ketenzorg laten zien dat 1,5-2% van de praktijkpopulatie geïncludeerd is in de DBC astma; de overige astmapatiënten zijn onder behandeling bij de longarts of hebben geen indicatie voor onderhoudstherapie met inhalatiecorticosteroiden.

Conclusies voor de praktijk

- Meer dan de helft van de astmapatiënten heeft zijn ziekte niet goed onder controle.
- Astma ketenzorg is integrale zorg bedoeld voor astmapatiënten met een indicatie voor ICS-gebruik en voor astmapatiënten die roken.
- Op www.cahag.nl is het CAHAG-format voor het opzetten van astma ketenzorg te vinden.

De optimale behandelingsstrategie van astma in de huisartsenpraktijk

De Asthma Control Cost-Utility Randomized Trial Evaluation (ACCURATE) Studie

Persijn Honkoop (P.J. Honkoop), huisarts, wetenschappelijk medewerker NHG en promovendus Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Medische Besliskunde

Volgens de huidige richtlijnen is het doel van de behandeling van astma 'goed gecontroleerd astma', waarbij een patiënt weinig symptomen van zijn astma ondervindt¹⁻⁴. In de dagelijkse praktijk zijn patiënten niet altijd goed onder controle en kan er ook sprake zijn van 'gedeeltelijk gecontroleerd astma', waarbij enige symptomen optreden, en 'slecht gecontroleerd astma', waarbij veel symptomen optreden. Om goede controle van astma te bereiken en te behouden, is gebleken dat veel inhalatiemedicatie en soms zelfs dagelijks orale prednison nodig is⁵. Deze hoge doseringen medicatie geven een relatief hoog risico op bijwerkingen. In de dagelijkse praktijk blijkt daarnaast dat de meerderheid van de patiënten 'goed gecontroleerd astma' niet bereikt⁶. Het is daarmee de vraag of er altijd dient te worden gestreefd naar goede controle, of dat in sommige gevallen streven naar gedeeltelijke controle voldoende is om een goede balans te krijgen tussen symptomen, bijwerkingen van medicatie, exacerbaties, kosten, kwaliteit van leven en patiënten voorkeuren.

Daarnaast is er momenteel geen mogelijkheid om een op de individuele patiënt afgestemde keuze te maken tussen

de verschillende vormen van (inhalatie)medicatie. De NHG-Standaard geeft voor de behandeling van astma alleen een algemeen medicatie stappenplan. Een Fractional exhaled Nitric Oxide (FeNO)-meting geeft een indicatie over de ernst van de luchtwegontsteking. Het is de vraag of het inzetten van deze meting naast symptoomregistratie en spirometrie, richting kan geven welke patiënten vooral behoefte hebben aan ontstekingsremmers (bij tekenen van luchtwegontsteking) en welke patiënten meer behoefte hebben aan luchtwegverwijders (bij veel symptomen, maar weinig ontsteking). In mijn onderzoek zijn de volgende drie behandelingsstrategieën vergeleken⁷:

1. 'Gedeeltelijk gecontroleerd' astma
2. 'Goed gecontroleerd' astma
3. 'FeNO-geleide goed gecontroleerd' astma

Aan de studie namen 611 patiënten deel uit 131 huisartsenpraktijken. Zij werden gerandomiseerd en kwamen vervolgens gedurende een jaar, elke drie maanden, op de praktijk. Hier werd de mate van controle bepaald met de Asthma Control Questionnaire⁸, een spirometrie verricht en een FeNO-meting. De gegevens werden online ingevoerd en er volgde een geautomatiseerd behandeladvies voor de individuele patiënt. Tevens vulden deelnemers maandelijks online meerdere vragenlijsten in.

De belangrijkste resultaten

- Bij de behandeling van de patiënten met astma bleek streven naar 'Gedeeltelijk gecontroleerd' astma voor vergelijkbare astmacontrole te zorgen als streven naar 'Goed gecontroleerd' astma. Echter, er werd significant minder medicatie gebruikt en de kosten waren lager.
- Ook het streven naar 'FeNO-geleide goed gecontroleerd' astma gaf een vergelijkbare mate van astmacontrole, terwijl significant minder medicatie gebruikt werd en de kosten lager waren dan bij het streven naar 'Goed gecontroleerd astma (zonder FeNO)'.
• 'FeNO-geleide goed gecontroleerd' astma was de meest kosteneffectieve strategie en gaf een betere astmacontrole dan 'Gedeeltelijk gecontroleerd' astma.
- Er was geen verschil tussen de drie strategieën in kwaliteit van leven en exacerbatie-frequentie.

Conclusie

Streven naar goed gecontroleerd astma op FeNO geleide reduceert medicatiegebruik, waarbij de astmacontrole en kwaliteit van leven optimaal zijn. Dit suggereert dat astma-medicatie gericht wordt ingezet. Waar mogelijk zou daarom een aanvullende FeNO-meting moeten worden verricht.

Literatuur

1. The Dutch General Practice Society (NHG) guideline. Asthma in adults. Utrecht, The Netherlands: Dutch General Practice Society; 2015.
2. National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education and Prevention Program (NAEPP) Expert panel report 3. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Bethesda: National Heart, Lung, and Blood Institute; 2007.
3. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative

for Asthma (GINA) 2012. Available at: www.ginasthma.org. Accessed August 2, 2014.

4. British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British Thoracic Society on the management of asthma. A national clinical guideline. London: British Thoracic Society; 2008.
5. Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J, Busse WW, Clark TJH, Pauwels RA, et al. Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control study. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;170:836-44.
6. van den Nieuwenhof L, Schermer T, Eysink P, Halet E, van Weel C, Bindels P, et al. Can the Asthma Control Questionnaire be used to differentiate between patients with controlled and uncontrolled asthma symptoms? A pilot study. *Fam Pract* 8. 2006;23:674-81
7. Honkoop PJ1, Loijmans RJ2, Termeer EH3, Snoeck-Stroband JB4, van den Hout WB4, Bakker MJ4, Assendelft WJ5, ter Riet G2, Sterk PJ6, Schermer TR3, Sont JK4; Asthma Control Cost-Utility Randomized Trial Evaluation (ACCURATE) Study Group. Symptom- and fraction of exhaled nitric oxide-driven strategies for asthma control: A cluster-randomized trial in primary care. *J Allergy Clin Immunol*. 2015;135(3):682-8.e11
8. Juniper EF, O'Byrne PM, Guyatt GH, Ferrie PJ, King DR. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. *Eur Respir J* 1999;14:902-07

Stop-roken interventies op maat voor rokers met COPD?

Drs. E.A.M. van Eerd en dr. D. Kotz, afdeling huisartsgeneeskunde, Maastricht UMC



De huidige eerstelijns stop-roken-richtlijnen^{1,2} maken nauwelijks onderscheid tussen rokers mét en rokers zónder COPD. Uit de literatuur blijkt ook dat voor beide groepen rokers een behandeling met farmacotherapie in combinatie met een gedragsinterventie een superieur effect heeft^{3,4}.

Echter, er roken nog steeds zeer veel patiënten met COPD en het aantal rokers onder hen lijkt hoger te liggen dan onder mensen zonder COPD, zo blijkt ook uit een studie in de Engelse populatie⁵. Het lijkt er dus op dat rokers met COPD meer moeite hebben te stoppen met roken dan rokers zonder COPD⁶. Over de mogelijke verschillen en overeenkomsten op het gebied van roken en stoppen met roken tussen rokers mét en zónder COPD is echter nog weinig bekend. Met het oog op een stop-roken-interventie op maat voor rokers met COPD, vroegen wij ons af of er COPD-specifieke-factoren en ervaringen zijn met betrekking tot roken en stoppen met roken. Om deze vraag te beantwoorden werden van 10 eerstelijns gezondheidscentra in de regio Eindhoven alle patiënten met COPD en twee keer zoveel patiënten zonder COPD maar met hetzelfde geslacht en dezelfde leeftijd uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen. Bij een aantal respondenten uit beide groepen werden tevens diepte-interviews afgenomen.

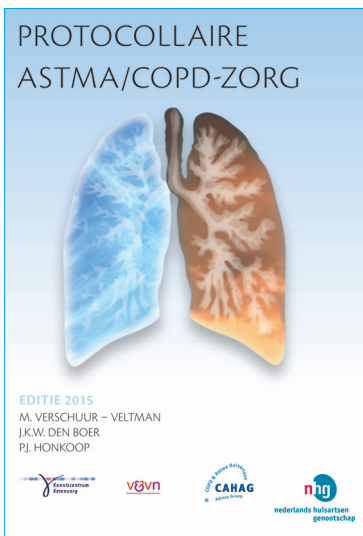
We zagen dat in beide groepen de motivatie om te stoppen met roken gelijk was en dat beide groepen ook eenzelfde aantal stoppogingen had ondernomen. Echter, er waren ook een aantal verschillen; rokers met COPD rapporteerden een hogere mate van depressie en nicotineverslaving, evenals een lagere eigen-effectiviteit ten aanzien van stoppen met roken. Hoewel meer rokers met COPD ooit stop-roken-behandelingen hadden gebruikt, had deze groep rokers nog minder vertrouwen in de effectiviteit van deze hulpmiddelen. Daarnaast leken rokers met COPD zich nog minder bewust van de gezondheidseffecten van roken. Tot slot gaven zij aan dat hun gedachten over het leven en de dood gerelateerd waren aan hun rookgedrag en benadrukten ze teleurgesteld te zijn over de manier waarop hun zorgprofessionals hen benaderden.

Conclusies voor de praktijk

1. Hulpverleners zouden er bij stil moeten staan dat rokers met COPD mogelijk net zo gemotiveerd zijn om te stoppen met roken en om hulpmiddelen te gebruiken, als rokers zonder COPD.
2. Hierbij is het van belang aandacht te hebben voor een aantal specifieke knelpunten die bij 'rokers met COPD' een rol spelen: meer depressieve symptomen, een hogere mate van nicotineafhankelijkheid, een lagere mate van eigen-effectiviteit en minder kennis.
 - a) Extra aandacht voor educatie ten aanzien van de gezondheidseffecten van roken en de beschikbaarheid van hulpmiddelen is gewenst.
 - b) Interventies voor depressieve symptomen, hogere nicotine afhankelijkheid en lagere eigen-effectiviteit zijn een belangrijk aandachtspunt.

Literatuur

1. M86 NHG-Standaard Stoppen met roken. Huisarts en Wetenschap 2007; 50:515-515
2. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving. Herziening 2009
3. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews* 2012
4. Van der Meer R, Wagena EJ, Ostelo R, et al. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; 1:CD002999
5. Shahab L, Jarvis MJ, Britton J, et al. Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample. *Thorax* 2006; 61:1043-1047
6. Tonnesen P, Carrozzi L, Fagerstrom KO, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *The European respiratory journal: official journal of the European Society for Clinical Respiratory Physiology* 2007; 29:390-417

NIEUW – NIEUW – NIEUW – NIEUW - NIEUW

Bestel nu het Protocolaire astma/COPD-zorg boek! Het Nederlands Huisartsen Genootschap, het Kenniscentrum Ketenzorg, de COPD & Astma Huisartsen Advies Groep (CAHAG) en V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners brengen met dit vernieuwde boek Protocolaire astma/COPD-zorg een herziening en uitbreiding uit van het eerder verschenen succesvolle boek Protocolaire COPD-zorg. Nieuw is dat ook de zorg voor patiënten met astma is uitgewerkt. Protocolaire astma/COPD-zorg is een praktisch boek specifiek gericht op de praktijkverpleegkundige, de praktijkondersteuner en de huisarts die de zorg voor astma/COPD-patiënten willen verbeteren. In vierentwintig hoofdstukken komen zowel de organisatie en het zorgproces aan de orde, maar natuurlijk ook de afzonderlijke interventies. Praktische protocollen en bijlagen bieden u ondersteuning bij de uitvoering. De inhoud is gebaseerd op de herziene NHG-Standaarden Astma bij volwassenen (2015) en COPD (2015).

Te bestellen via de webwinkel van het NHG:
www.nhg.org/winkel/producten/boek-protocolaire-astma-copd-zorg-nu-beschikbaar
 Kijk ook op www.astmacopdzorg.nl

Agenda**CASPIR Online**

CASPIR Online is een mogelijkheid voor het volgen van de CASPIR module 6. Gewoon thuis achter uw eigen computer, laptop of tablet. Maandelijks wordt een nieuwe casus klaar gezet op de NHG-site. Per kalenderjaar dient u twaalf casussen te doorlopen, hiervoor ontvangt u drie accreditatiepunten. Tevens vervangt deelname aan CASPIR Online één Module 6 avond voor de herregistratie. U kunt zich aanmelden voor CASPIR Online via www.cahag.nl.

Adembenemend, duo cursus huisarts-POH/PVK

Donderdag 4 en vrijdag 5 februari 2016, Papendal Arnhem.

POH-cursussen

Dinsdag 22 maart 2016 Amsterdam en donderdag 14 april 2016 Zwolle.

Onderwijs aan zorggroepen

De CAHAG biedt een scholingsaanbod speciaal gericht op zorggroepen. Deze scholing is voor huisartsen, praktijkverpleegkundigen/ondersteuners, eventueel praktijkassistenten en samenwerkingspartners. In overleg zijn modules op maat naar behoefte van de zorggroep mogelijk. De scholingen zijn onafhankelijk, actueel en toegesneden op de werkwijze en mogelijkheden van zorggroepen. De scholingen zullen worden geaccrediteerd voor huisartsen en POH-ers. Voor een overzicht van de scholingen:

www.cahag.nl of via onderwijs@secretariaatcahag.nl

Colofon

De CAHAG (COPD & Astma Huisartsen Advies Groep) is een onafhankelijke stichting, gevormd door huisartsgeneeskundige experts op het gebied van COPD en astma, zie www.cahag.nl. Het CAHAGbulletin verschijnt 3x per jaar en heeft als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis die van belang is voor de praktijkvoering in de huisartsenpraktijk op het gebied van astma en COPD. De beschreven standpunten zijn de verantwoordelijkheid van de auteur en (tenzij anders vermeld) niet het officiële standpunt van de CAHAG.

Redactie: dr. Jiska Snoeck-Stroband, drs. Gerrit van Roekel, drs. Frank Oldenhof, drs. Roel Wennekes, allen (kader)huisarts, drs. Marjan Verschuur-Veltman, gezondheidswetenschapper.

Redactie-adres: Mirjam Sijp, p/a CAHAG secretariaat Domus Medica, Postbus 3231, 3502 GE, Utrecht E-mail: cahagsecretariaat@nhg.org

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door een unrestricted grant van de subspansoren Chiesi, Takeda, Novartis, TEVA Nederland en de hoofdsponsors:

AstraZeneca 

gsk GlaxoSmithKline

 **Boehringer
Ingelheim**