

COPD & ASTMA BULLETIN HUISARTSGENEESKUNDE

Nr. 2. 2010

Online astmabehandeling

Dr. Victor van der Meer, huisarts-epidemioloog

Dr. Jaap Sont, epidemioloog, associate professor Medische Besliskunde, LUMC

Astma is een aandoening die wordt gekenmerkt door periodieke en variabele klachten van kortademigheid, hoesten en een piepende ademhaling. Dit klachtenpatroon vraagt om frequente monitoring om (medicamenteus) beleid te kunnen afstemmen. Via zelfmanagement heeft de patiënt met astma de mogelijkheid om op basis van zelfcontroles en een tussen arts en patiënt overeengekomen actieplan beslissingen te nemen over zijn eigen behandeling: neem ik (tijdelijk) extra pufjes? Zo ja, hoeveel dan? En wanneer kan ik mijn medicatie verantwoord verlagen?

Vanuit deze gedachten ontwikkelden wij een astma zelfmanagementprogramma via internet. Dit programma bestond naast 2 groepseducatiesessies uit het wekelijks monitoren van klachten en longfunctie met behulp van een webversie van de Asthma Control Questionnaire (ACQ) en een elektronische spirometer. Op basis van de score van de ACQ volgde een zelfbehandeladvies: medicatie verlagen, verhogen, gelijk houden of neem contact op met uw behandelend arts of verpleegkundige. Ook bestond de mogelijkheid voor een e-consult met een aan het programma verbonden longverpleegkundige. We evalueerden het programma in een gerandomiseerd onderzoek waarbij 101 patiënten gebruik maakten van zelfmanagement via internet en 99 patiënten van gebruikelijke zorg (1,2). Na één jaar hadden de internetdeelnemers een significant betere astmacontrole, longfunctie en een hogere kwaliteit van leven. De webvragenlijst werd gemiddeld op 38 weken ingevuld en er waren ongeveer 6 elektronische consulten per patiënt met de longverpleegkundige. Patiënten hadden gemiddeld 2 contacten per jaar minder met de eigen huisartspraktijk.

De aangetoonde effectiviteit van het zelfmanagementprogramma via internet is veelbelovend, maar implementatie in de Nederlandse huisartspraktijk vergt nog de nodige stappen. Ondersteuning van zelfmanagement dient te worden ingepast in een veranderende werkwijze van huisarts en praktijkondersteuner (o.a. meer online, minder face-to-face contact) en de ICT moet verder worden ontwikkeld en geïntegreerd in bestaande systemen. Momenteel doet onze groep onderzoek naar de randvoorwaarden voor succesvolle implementatie van zelfmanagement via internet.

Conclusie voor de praktijk:

- Zelfmanagement bij astma via internet leidt tot een verbetering van kwaliteit van leven, astmacontrole en longfunctie.
- Met online zelfmanagement wordt face-to-face contact deels vervangen door elektronische communicatie.

- Nader onderzoek geeft zicht op de randvoorwaarden voor succesvolle implementatie in de eerste lijn.

Literatuur: www.cahag.nl/bulletin

Ketenzorg COPD-ervaringen: stap 1 diagnostiek

Annelies Lucas, kaderhuisarts astma/COPD, Eindhoven

Vanaf 1 juli kunnen alle zorggroepen, die daar klaar voor zijn, in aanmerking komen voor integrale bekostiging voor de ketenzorg COPD. Inmiddels hebben een aantal zorggroepen al enige tijd ervaring met ketenzorg en wordt duidelijk waarmee rekening gehouden moet worden om ketenzorgprogramma's tot een succes te maken. Als het zorgprogramma is geschreven, samenwerkingspartners elkaar hebben gevonden en in de zorggroep een structuur is opgezet om de implementatie te gaan begeleiden, is het allerbelangrijkste aandachtspunt de instroom van de juiste patiënten. Dit lijkt een open deur, maar is in de praktijk lastiger - en vooral veel tijdrovender - dan gedacht.

Drie zorggroepen in Zuidoost Brabant hebben dat ervaren. 125 resp. 40 en 50 huisartsen in deze zorggroepen (totale populatie 450.000 patiënten) nemen deel aan een ketenzorgprogramma voor COPD. Bij een eerste zoekactie in de HIS werd een groot percentage patiënten gevonden met ICPC-code R95 en/of inhalatiemedicatie (ATC-code R03). Ter opschoning moest de status van elke patiënt worden bekeken, waarbij vooral veel patiënten van de lijst werden geschrapt en het voor anderen lang niet altijd duidelijk was of de patiënt voldeed aan de criteria voor de diagnose astma of COPD. Patiënten uit deze laatste groep moesten, zoals ook nieuwe patiënten, eerst een diagnostisch traject inclusief spirometrie doorlopen om te beoordelen of ze in het ketenzorgprogramma thuis hoorden. De uiteindelijke populatie voor de start van het ketenzorgprogramma was inmiddels behoorlijk aangepast, zie tabel.

Resultaten van opschonen van de COPD-populatie in drie zorggroepen: % van de totale praktijkpopulatie gevonden bij zoekacties in het HIS, vervolgens bij controle van patiëntendossiers en tenslotte de opname in het ketenzorgprogramma

totale praktijkpopulatie zorggroep	zoekactie in HIS ICPC/ATC	→	opschoning patiëntdossier			→	opname in ketenzorg Programma
	totaal "COPD"		COPD longarts	?--> inkaarten	COPD 1 ^e lijn		Totaal COPD 1 ^e lijn
300.000	3,5% (jan. 2008)	→	1,0%	1,0%	0,4%	→	0,8% (dec. 2009)
60.000	3,2% (jan. 2009)	→	1,1%	1,0%	0,5%	→	1,0% (juli 2010)
90.000	3,1%	→	0,9%	1,4%	-	→	1,0%

Voor de huisartspraktijk en voor de zorggroep is het belangrijk om zicht te hebben op de omvang van de COPD-populatie zodat daar de organisatie van de zorg op kan worden afgestemd: bv. hoeveel praktijkondersteuning is nodig en hoeveel werk is er voor fysiotherapeuten? De ervaring leert dat dit aantal wordt overschat. Daarbij worstelen patiënt en hulpverlener in het begin met de indicatie en duurt het even voordat verwijzingen op gang komen.

Nog een paar categorieën patiënten vragen aandacht: de “no-show”, die nu zichtbaar wordt en misschien te stimuleren is (bij één zorggroep geregistreerd als geen geregelde zorg, ruim 10 % van de patiënten in het zorgprogramma!). De ouderen die niet “automatisch” naar aanleiding van een spirometrie voor jaarlijkse controle komen en waar een andere zorg op maat voor nodig is. En de patiënten in de tweede lijn (oplopend tot 40-50 % van de prevalentie COPDers). Een deel van deze patiënten zal, in elk geval in deze drie zorggroepen, in de eerste lijn onder controle kunnen komen. Met de nieuwe zorgstandaard als onderlegger, en het criterium “ervaren ziekte-last”, is dat een mooi onderwerp voor de consultatiebesprekingen tussen huisartsen en longartsen, die in de ketenzorg-DBC structureel zijn vastgelegd.

Conclusie voor de praktijk:

- Het opschonen van de COPD-populatie neemt veel tijd in beslag, maar de winst aan kwaliteit is groot, zowel voor het ketenzorgproject als voor de zorg aan de individuele patiënt.
- Het is reëel om een prevalentie van 1 % COPD-patiënten op te nemen in een zorgprogramma.
- Houd daarbij rekening met patiënten die vooralsnog geen zorg willen (10-20 %) en in de 2e lijn in zorg zijn (vooralsnog tot 40 %).

Literatuur: www.cahag.nl/bulletin

De conceptrichtlijn palliatieve zorg voor mensen met COPD wordt op internet gepubliceerd (www.cahag.nl). Belangrijke onderdelen voor de praktijk worden nu en in volgende bulletins besproken. In dit bulletin wordt het onderwerp psychologische zorg voor mensen met COPD behandeld.

Psychologische zorg voor mensen met COPD in de palliatieve fase (deel 2)

Dr. Marion Grol, huisarts

Angst, depressie en sociaal isolement komen vaak voor bij mensen met COPD en hebben een grote invloed op niet alleen het leven van de patiënt maar ook op diens naasten en het beloop van COPD[1]. Zo verminderen angst en depressie de kwaliteit van leven en hebben ze een negatief effect op het aantal ziekenhuisopnamen[2]. Mensen die in het eindstadium van hun COPD verkeren, vragen dikwijls geen expliciete hulp,

hoewel de kwaliteit van leven vaak slecht is. Dat maakt het moeilijk om bijvoorbeeld symptomen van angst en depressie te herkennen.

In een prospectief kwalitatief Nederlands onderzoek werden de oorzaken hiervan geëxploreerd. Patiënten bleken zichzelf alleen tijdens een acute exacerbatie als ziek te beschouwen. Buiten de exacerbaties zag men het alledaags functioneren als ‘normaal’ en gaat men er vanuit dat ze toch niet meer geholpen kunnen worden. De auteurs stellen dat zorg aan mensen in het eindstadium van hun COPD met name gericht moet zijn op het zoveel mogelijk in stand houden van de dagelijkse activiteiten en niet slechts op verbetering van de longfunctie[3]. Ook moet met regelmaat actief door de zorgaanbieder nagegaan worden aan welke vorm van ondersteuning behoefte is.

In gerandomiseerd onderzoek onder 238 COPD-patiënten (FEV₁/FVC < 70% en FEV₁ < 70% van voorspeld) met angst en depressie werden de effecten van cognitieve gedragstherapie vergeleken met COPD-educatie. In beide groepen verbeterde de kwaliteit van leven, angst en depressieve symptomen[4].

In een ander gerandomiseerde klinische trial (n=56) bleek dat cognitieve gedragstherapie (ontspanningsoefeningen, cognitieve interventies) angst en depressieve klachten reduceerde, hetgeen niet het geval was in de controlegroep die COPD-educatie kreeg. De verbetering werd vastgesteld aan de hand van de SF-36, Geriatric Depression Scale, en Beck Anxiety Inventory[5].

Het is een grote opgave voor mensen met COPD en hun partners om de psychische en fysieke effecten van de ziekte en de verslechtering van de kwaliteit van leven te hanteren. Steun van een longverpleegkundige aan familieleden die een ernstig zieke COPD-patiënt thuis verzorgen kan bijdragen aan een beter management van de problemen en reduceert de behoefte van de patiënt aan een ziekenhuisopname[6]. De verpleegkundige kan er aan bijdragen dat de COPD-patiënt de thuissituatie ervaart als een veilig alternatief voor het ziekenhuis[7].

Kwalitatief onderzoek in Zweden wees uit dat het in de verzorging van de COPD-patiënt, die in de laatste fase van zijn leven verkeert, van groot belang is dat aandacht wordt geschonken aan sociale en existentiële aspecten die betekenisvol zijn, zodat de patiënt nog ‘leeft’ en niet slechts existeert totdat hij overlijdt. Familie en verzorgers spelen hierbij een belangrijke rol[8].

In een gerandomiseerde trial bij 82 terminale patiënten (niet alleen COPD-patiënten) werd een controlegroep vergeleken met een interventiegroep. Patiënten in de interventiegroep kregen gesprekken aangeboden waarin werd terug gekeken op het leven en waarin zingevingsvragen aan bod kwamen; de controlegroep kreeg een ontspannings cd-rom, een tweede controlegroep kreeg geen interventie[9]. Patiënten in de interventiegroep scoorden beter wat betreft vermindering van angst en depressie en voelden zich beter voorbereid op de naderende dood. Dit is gemeten met verschillende kwaliteit van leven vra-

genlijsten zoals: Memorial Symptom Assessment Scale, QUAL-E, Rosow-Breslau ADL Scale, Profile of Mood States anxiety subscale, CESD short version en de Daily Spiritual Experience Scale.

Conclusie voor de praktijk:

- Angst, depressie en sociaal isolement komen vaak voor bij mensen met COPD.
- Ga regelmatig ongevraagd na of en zo ja aan welke vorm van ondersteuning behoefte is, aangezien mensen met COPD zelden actief om hulp vragen.
- Cognitieve gedragstherapie, gericht op het reactiveren van eerder aangeleerde vaardigheden ter voorkoming van angst of depressie, kan in de palliatieve fase zinvol zijn.
- Het verdient overweging - als voorbereiding op de palliatieve fase - cognitieve gedragstherapie in een eerdere fase van de ziekte COPD aan te bieden om vaardigheden aan te leren die tot steun kunnen zijn in het verdere beloop van de ziekte.
- Ondersteuning van de mantelzorg waarbij voor de longverpleegkundige een belangrijke rol is weggelegd, draagt bij aan een betere kwaliteit van leven van de COPD-patiënt. Daarbij is het van belang dat aandacht besteed wordt aan de psychosociale context van de patiënt.
- Voorts dient bij de verzorging van de COPD-patiënt in de palliatieve fase aandacht te worden besteed aan diens spirituele behoeften.

Literatuur: www.cahag.nl/bulletin

Zorgstandaarden eerst evalueren

Anika Corpeleijn, Nederlands Huisartsen Genootschap en Marjan Verschuur, CAHAG

CAHAG volgt het standpunt van het NHG om voorlopig pas op de plaats te maken bij de ontwikkeling van nieuwe zorgstandaarden, een standpunt dat onderschreven wordt door de LHV. CAHAG participeert namens NHG en LHV in de LAN (Long Alliantie Nederland). De LAN was eerder penvoerder van de zorgstandaard COPD waaraan de CAHAG een grote inhoudelijke bijdrage heeft geleverd. Nu is de LAN door VWS benaderd om twee nieuwe zorgstandaarden te ontwikkelen, namelijk astma en astma bij kinderen. Als vertegenwoordiger van NHG en LHV in de LAN heeft CAHAG aangegeven hier vooralsnog niet aan mee te werken.

Voor de zorg aan patiënten met chronische aandoeningen zijn richtlijnen en samenwerkingsafspraken beschikbaar. De meerwaarde van zorgstandaarden ten opzichte van de bestaande richtlijnen is vooralsnog onvoldoende aangetoond. Zorgstandaarden worden daarnaast veelal direct in verband gebracht met integrale of functionele bekostiging. Op dit moment is onvoldoende bekend over het proces van de ontwikkeling van zorgstandaarden (initiatief, doel, financiering, proces, eigenaarschap) en de implementatie (bruikbaarheid,

meerwaarde, consequenties voor samenwerking en financiering, invloed op integrale persoonsgerichte zorg, benchmarking). Het NHG heeft de minister van VWS herhaaldelijk vragen gesteld over dit traject. Daarbij is voorgesteld ervaring op te doen met de bestaande zorgstandaarden en is aangedrongen op een deugdelijke evaluatie van de ontwikkeling, de implementatie en de consequenties van de bestaande zorgstandaarden. Ook een analyse van de (kosten)effectiviteit van de zorgstandaard, de ontwikkeling van de zorgmodellen en zorggroepen en de overhead die dit met zich meebrengt, de koppeling van de zorgstandaard aan de financiering van de chronische zorg en de ontwikkeling van prestatie-indicatoren zouden onderdeel uit moeten maken van een dergelijke evaluatie. Vooralnog is wat ons betreft niet vastgesteld dat de toegevoegde waarde van zorgstandaarden opweegt tegen de inspanningen en de kosten die de ontwikkeling en implementatie met zich meebrengen. Het NHG ziet uit naar de uitkomsten van de evaluatie.

Ondertussen werkt de beroepsgroep graag mee aan de verdere ontwikkeling van samenwerking en ketenafspraken op lokaal/regionaal niveau. Daarnaast wordt met patiëntenorganisaties en wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en andere eerstelijns hulpverleners gewerkt aan de ontwikkeling van samenwerkingsafspraken en netwerkrichtlijnen.

Huisartsen schrijven vaker de vaste combinatie ICS + LABA voor en controleren minder vaak dan de kinderarts

Ben Ponsioen t, zie In Memoriam

De NHG-Standaard astma bij kinderen (2007) stelt dat de combinatie inhalatiesteroïden (ICS) + langwerkende bèta-2-sympaticomimetica (long-acting β 2-agonists, LABA) slechts bij uitzondering, en na overleg met de kinderarts, gepast is bij kinderen. Controles vinden in de instelfase van medicatie (inhalatiesteroïden) om de twee tot vier weken plaats en vervolgens ‘tenminste 1x per 3 maanden’ in de eerste periode van de behandeling. Hoe kan het er in de praktijk uitzien?

De kinderarts Maarten Kuethe deed verslag van de baseline gegevens van een geplande vergelijkende studie naar het astmabeleid bij kinderen bij de kinderarts resp. bij huisartsen. De astmaeigenmerken (FEV₁, reversibiliteit, hyperreactiviteit en FeNO) van de resp. 45 en 62 kinderen met astma met ICS kwamen vrijwel overeen.

Wel was er verschil in de mate van astma ‘onder controle’ (volgens de Asthma Controle Questionnaire ACQ), namelijk 51 % bij de huisartsen - versus 61 % bij de kinderartsbehandeling, echter dit was niet significant (p=0.24). De mediane ACQ was bij kinderen in de huisartspraktijk echter wel significant lager (‘astma minder onder controle’) dan die bij de kinderarts (p=0.043): dus iets om naar te kijken.

De vaste combinatie ICS + LABA was voorgeschreven aan 29 % van de kinderen met astma bij de huisartsen en aan slechts 6 % van de kinderen bij de kinderarts ($p=0.003$). Een controleafspraak in het voorgaande half jaar had 22 % van de kinderen bij de huisarts, tegen vrijwel 100 % (61/62) van de kinderen bij de kinderarts. Deze gegevens ondersteunen de notie dat follow-up van (kinderen met) astma de manier is om de zorg te stroomlijnen.

Het frequent door huisartsen voorschrijven van de vaste combinatie ICS + LABA bij kinderen roept de vraag op of het niet alleen met ICS zou kunnen. Als huisarts kun je je blik op deze kwestie verruimen door in je eigen praktijk die kinderen te selecteren in je HIS die ICS + LABA gebruiken (selecteer op ATC-code R03AK). Maak in het journaal bij deze kinderen een aantekening hierover. Kritisch nagaan van de indicatie en de mate waarin de astma onder controle is (bijvoorbeeld bij de follow-up), bij het kind met astma en deze onderhoudsbehandeling met ICS + LABA, kan vervolgens de reden van dit voorschrift aan het licht brengen of aanleiding zijn tot aanpassen hiervan. Dit is geen 'bemoeizorg'. Want, hoewel de vaste combinatie van ICS + LABA zich intussen ook bij kinderen met astma een plaats heeft verworven als stap 3 in de behandeling, blijft het streven erop gericht het astma onder controle te krijgen met zo weinig mogelijk medicatie[2].

Conclusie voor de praktijk:

- Huisartsen lijken de vaste combinatie ICS + LABA vaker voor te schrijven aan kinderen met astma en deze kinderen vervolgens minder vaak te controleren dan de NHG-Standaard adviseert.
- Huisartsen zouden zich kunnen aanwennen om kinderen, aan wie ze medicatie voor astma voorschrijven, met zekere regelmaat te controleren, zodat ze beter ingesteld zijn.

Literatuur: www.cahag.nl/bulletin

In Memoriam Ben Ponsioen

De CAHAG is geschokt door het plotseling overlijden van Ben Ponsioen. Ben was een actief lid van de CAHAG, sterk betrokken bij onderwijs voor huisartsen en POH, zowel landelijk als regionaal. Hij was jarenlang betrokken bij de Sluytercursus voor haio's, de POH cursussen van de CAHAG en CASPIR. Hij sprak regelmatig op de netwerkdagen en leverde bijdragen aan dit CAHAGbulletin. Wij verliezen met Ben niet alleen een belangrijke steunpilaar van de CAHAG, maar ook een bijzonder en markant mens. Positief, betrokken, energiek en met een duidelijk eigen geluid.

Wij wensen zijn familie en naasten veel sterkte toe.

CAHAG-activiteiten: voor huisartsen, praktijkverpleegkundigen en -ondersteuners

CAHAG-Netwerkdag 10 november 2010 Amersfoort

De netwerkdag staat open voor CAHAG-leden en huisartsen met een meer dan gemiddelde betrokkenheid bij het onderwerp astma & COPD in de huisartspraktijk. Deze netwerkdag heeft als onderwerp Kinderen en astma; medicatie en controle en casefinding bij COPD met de vraag: is er onderdiagnostiek? Meer info en aanmelding: www.cahag.nl

Adembenemend 3 en 4 februari 2011 Papendal

2-Daagse nascholing voor koppel: huisarts en praktijkondersteuner. Aan bod komen bijna alle aspecten van de astma/COPD zorg. Geïnteresseerd? www.cahag.nl

CAHAG-Conferentie 10 februari 2011 Utrecht

Centraal op deze 6^e conferentie staan de fenotypering en verdere verfijning van de diagnostiek van astma en COPD, het nuanceren van de COPD-GOLD-indeling met het begrip ziekte-last, introductie en implementatie van zorgstandaarden via o.a. de integrale bekostiging.

Buiten dit thema zijn sessies van actuele (wetenschappelijke) ontwikkelingen en resultaten van recent onderzoek.

Meer info: www.cahag.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/over de CAHAG. Het CAHAGbulletin, verschijnt 3x per jaar en heeft als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis van belang voor de praktijkvoering in de huisartspraktijk 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. Bart Thoonen, dr. Ivo Smeele, Thei Steenkamer, Gerrit van Roekel, allen (kader)huisarts, drs. Marjan Verschuur, gezondheidswetenschapper.

Redactie-adres: mev. Mirjam Sijp, p/a CAHAG-secretariaat Domus Medica, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht. E-mail: cahagsecretariaat@nhg.org
Tel. 030 - 282 35 00 / Fax: 030 - 282 35 01

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door een unrestricted grant van de subsponsors Chiesi, MSD, Tevapharma en de hoofdsponsors:

AstraZeneca
RESPIRATOIR

Boehringer
Ingelheim

gsk
GlaxoSmithKline