

CAHAG verwelkomt 2500^e deelnemer CAHAG-scholingen



Naast de bekende spirometrie-cursus CASPIR organiseert de CAHAG tal van andere scholingen op het gebied van astma- en COPD-zorg. Deze scholingen zijn allen gebaseerd op de actuele NHG-Standaarden en speciaal gericht op de implementatie van de kennis in de huisartsenpraktijk; veel scholingen zijn ontwikkeld voor huisartsen mét hun praktijkondersteuners. De docenten zijn kaderartsen astma & COPD. Er is veel belangstelling voor de scholingen, onlangs mocht de CAHAG de 2500^e deelnemer (bij zorggroep Prevent Zorg) verwelkomen.

Optimale inhalatie-instructie bij patiënten met longaandoeningen: de rol van de stichting Inhalatie Medicatie Instructie School (IMIS)

T. Klemmeier-Boekhout, Longverpleegkundige/ coördinator stichting IMIS

De effectiviteit van inhalatiemedicatie bij de behandeling van patiënten met longaandoeningen is onomstotelijk aangetoond. Ondanks de vooruitgang in technologie en het beschikbaar komen van gebruiksvriendelijke inhalatoren, blijkt het foutief gebruik van inhalatoren een veelvoorkomend probleem in de dagelijkse praktijk. Dit komt o.a. omdat er veel verschillende inhalatoren op de markt zijn die elk een eigen inhalator specifieke techniek vereisen. Patiënten gebruiken soms meerdere inhalatoren. Dit kan dus tot verwarring leiden en de kans op foutief gebruik van inhalatiemedicatie vergroten. Uit onderzoek is gebleken dat ondanks uitleg en instructie door 30-70% van de patiënten die inhalatiemedicatie gebruiken fouten worden gemaakt¹. Bij het gebruik van dosis aerosolen (MDI's) worden meer fouten gemaakt dan bij het gebruik van poeder inhalatoren (DPI's). Bij multidose DPI's wordt minstens één essentiële fout gemaakt door ongeveer 20% van de patiënten, bij capsule inhalatoren is dat 45%, en bij MDI's zonder voorzetka-

mer is dat zelfs bij 80% van de patiënten het geval. Door het gebruik van een voorzetkamer kan het foutief gebruik van een MDI tot minder dan 50% worden gereduceerd.² Dat het incorrect gebruik van inhalatiemedicatie de werkzaamheid (en therapietrouw) negatief kan beïnvloeden, heeft geen uitleg.

Het belang van correcte inhalatietechniek wordt steeds meer onderkend. In Nederland wordt op dit moment door zorgverleners dan ook veel aandacht besteed aan het aanleren van inhalatietechniek aan patiënten. Echter, door gebrek aan eenduidigheid betreffende de inhoud van de inhalatie-instructie, wordt hierbij gebruik gemaakt van verschillende methoden, technieken en protocollen. Dit kan resulteren in onduidelijkheid – zowel bij de patiënt als bij de zorgverlener – en foutief gebruik van medicatie in de hand werken. Het belang van het leveren van de juiste informatie en adequate instructies aan zorgverleners dient dan ook niet te worden onderschat. Bij de behandeling van patiënten met een longaandoening zijn verschillende zorgverleners (huisarts, longarts, longverpleegkundige, praktijkverpleegkundige, praktijkondersteuner en apotheker) betrokken. Al deze zorgverleners houden zich bezig met inhalatie-instructie en educatie op het gebied van medicatie. Hierdoor ontstaat het risico dat het onduidelijk is wie wat (en op welke manier) doet en wie waar verantwoordelijk voor is. De patiënt is gebaat bij een betere (regionale) samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners.

Landelijke protocollen en infrastructuur eenduidige inhalatie-instructie

Verschillende partijen (CAHAG, IMIS, Longfonds, KNMP, V&VN Longverpleegkundigen en V&VN PVK/POH, NVALT, NVLA en de NVK) werken samen binnen de LAN en dragen de verantwoordelijkheid voor het beheer en het onderhoud van de landelijke infrastructuur. Deze infrastructuur bestaat uit eenduidige landelijke inhalatieprotocollen, die jaarlijks een update krijgen en door de vakgroep Farmaceutische Technologie en Biofarmacie (RuG) wetenschappelijk worden getoetst. Deze protocollen zijn te vinden op www.inhalatorgebruik.nl of www.stichtingimis.nl. Daarnaast bestaat de infrastructuur uit (het ontwikkelen en beschikbaar stellen van) patiënten voorlichtingsmaterialen en scholingen.

Rol van Inhalatie Medicatie Instructie School

De CAHAG biedt samen met de stichting Inhalatie Medicatie Instructie School (IMIS) scholingen op het gebied van inhalatie-instructie aan. IMIS staat garant voor kennis, kwaliteit en onafhankelijkheid en verzorgt scholingen (landelijke dekking) waarbij aandacht wordt besteed aan zowel theorie als praktijk.



Deze scholingen bestaan uit verschillende modules:

- A. Bouw, vertakkingen en oppervlakte van de luchtwegen, longen als doelgebied, receptoren van de verschillende medicatie, belang van snelheid.
- B. Ziektebeelden astma en COPD: uitleg ziektebeeld, indeling in ernst en risicofactoren.
- C. Behandeling, medicamenteuze en niet-medicamenteuze, van astma en COPD.
- D. Therapietrouw: wat is het? Oorzaken en gevolgen therapieontrouw.
- E. Bijwerkingen van de verschillende inhalatiemedicatie.
- F. Inhalatietechnologie, depositiemechanismen, deeltjesgrootte, weerstand van de verschillende inhalatoren en daarmee samenhangende verschillende manieren van inhaleren.
- G. Uitgebreide inhalator-specifieke inhalatie-instructie en daarbij behorende aandachtspunten per inhalator.
- H. Inhalatoren die recent op de markt zijn gekomen of die op korte termijn worden verwacht.
 - I. Praktisch: zelf oefenen en inhaleren.
 - J. Evaluatie aan de hand van gemaakte toets aan het begin: wat kan anders in de toekomst?

Deze scholingen worden lokaal (in apotheek, FTO of zorggroep) en dus aan ALLE betrokken zorgverleners aangeboden. IMIS biedt eveneens ondersteuning bij het maken van afspraken tussen de betrokken zorgverleners om tot optimale (regionale) samenwerking en afstemming te komen. Ook op het gebied van ontwikkeling van voorlichtingsmateriaal is IMIS actief. Een voorbeeld hiervan zijn de recent ontwikkelde patiëntenkaarten. Kortom, IMIS voorziet in de behoefte aan een kenniscentrum op het gebied van inhalatietechniek en inhalatietechnologie.

Conclusies voor de praktijk

- Het volgen van scholing op het gebied van inhalatie-instructie is eigenlijk een must voor alle betrokken zorgverleners, zodat alle zorgverleners beschikken over de juiste informatie en (onderbouwing van de) adequate instructies.
- Het gebruik van uniforme en eenduidige inhalator specifieke protocollen is van cruciaal belang.
- Het belang van (regionale) samenwerking en afstemming tussen de betrokken zorgverleners dient niet te worden onderschat.

Meer informatie over het scholingsaanbod is te vinden op www.CAHAG.nl of www.stichtingimis.nl.

COPD, gezondheidsstatus en klinisch relevante verandering

H. Alma, Student, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen

Casus

Een 46-jarige COPD-patiënt GOLD II heeft een FEV₁ van 2.2 liter en scores op diverse gezondheidsstatusvragenlijsten

van 2.1 (Clinical COPD Questionnaire (CCQ)), 17 (COPD Assessment Test (CAT)), en 42 (St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ)). Hij bezoekt uw spreekuur na het ondergaan van een behandeling. De resultaten zijn nu: FEV₁ = 2.2 liter, CCQ = 1.6, CAT = 12 en SGRQ = 37. Welke informatie halen we hieruit? Heeft de behandeling nut gehad?

Achtergrond

Uw eerste conclusie zou kunnen zijn dat de behandeling geen zin heeft gehad. Immers de FEV₁ is onveranderd. Echter, longfunctie alleen zegt niet alles. De FEV₁ correleert slechts in beperkte mate met het welbevinden van de patiënt.¹ Daarom is naast de resultaten van het spirometrie-onderzoek het concept gezondheidsstatus van belang. Dit omvat aspecten zoals impact van de ziekte, ervaren symptomen, beperkingen in activiteiten en mentaal welbevinden. In dit geval zijn alle drie de gezondheidsstatusvragenlijsten verbeterd. De vraag is nu wat zegt dat u als behandelaar?

Er bestaan diverse vragenlijsten om gezondheidsstatus bij patiënten met COPD te meten. De GOLD-richtlijn adviseert om de CCQ, de CAT of de dyspneu vragenlijst modified British Medical Research Council (mMRC) te gebruiken.² De NHG-Richtlijn COPD gebruikt de (m)MRC en de CCQ.³ Deze vragenlijsten kunnen om te beginnen een patiënt classificeren als symptomatisch dan wel asymptomatisch. Deze classificatie zegt echter niets over eventuele veranderingen in gezondheidsstatus naar aanleiding van uw behandeling. De kernvraag bij de beoordeling van gezondheidsstatus is dan ook in hoeverre gemeten verandering toeval is of daadwerkelijk een klinische betekenis heeft. De parameter Minimal Clinically Important Difference (MCID) is van belang om deze vraag te beantwoorden. De MCID kan worden gedefinieerd als de kleinste verandering in de score op een vragenlijst, welke klinisch relevant is voor de patiënt en daarmee de behandeling rechtvaardigt.⁴

De MCID is geen eenvoudig concept. Om een MCID te bepalen, zijn diverse methodes beschikbaar. Hierbij kan globaal onderscheid gemaakt worden tussen puur statistische methoden, alsmede technieken welke de MCID bepalen met behulp van klinische ankers, zoals exacerbaties of een goed gevalideerde vragenlijst met reeds bekende MCID. Geen van de besproken technieken om de MCID te bepalen is individueel de gouden standaard. Een combinatie van technieken en consensusvorming lijkt noodzakelijk.

Eerste publicaties schatten de MCID van de FEV₁, CCQ, CAT en SGRQ op respectievelijk 0,12 liter, 0,40, 2, en 4 punten.⁵⁻⁸ Dat betekent dat bijvoorbeeld voor de SGRQ gelijk of groter dan 4 punten een relevante verbetering betekent. Hierbij staat een negatieve verandering op de gezondheidsstatus-vragenlijsten voor verbetering. Ondanks dat nog veel te ontdekken valt op het gebied van de MCID, bieden deze indicaties een handvat om te bepalen in hoeverre uw patiënt klinisch relevante verandering heeft ondergaan na zijn of haar behandeling.

Hoewel de 46-jarige patiënt met COPD GOLD II niet klinisch verbeterde wat betreft longfunctie, zijn alle drie de scores

van de gezondheidsstatusvragenlijsten verbeterd met meer dan de bekende MCID. Dit is een indicatie dat de patiënt zich klinisch relevant beter voelt door deze behandeling.

Conclusie voor de praktijk

- Goed begrip van de mate van klinisch relevante veranderingen in gezondheidsstatus helpt om de behandeling te evalueren van COPD-patiënten.

COPD in de eerste lijn; voorspellen van kwaliteit van leven, een proefschriftbespreking

L. Siebeling, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam

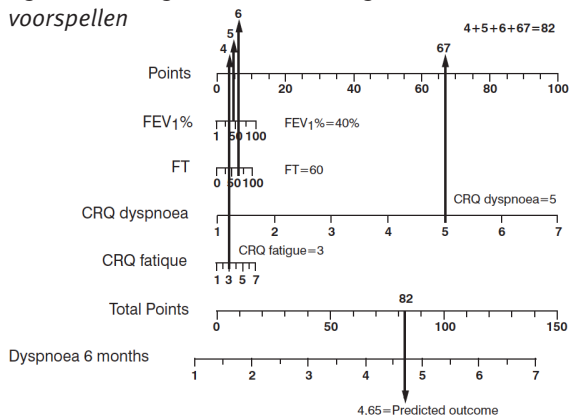
Bij COPD bestaan een aantal predictiemodellen om sterfte te voorspellen maar vanuit het perspectief van de patiënt is het voorspellen van kwaliteit van leven (KvL) waarschijnlijk belangrijker. Bestaande predictiemodellen werden veelal ontwikkeld in een andere setting dan de eerste lijn en bevatten vaak variabelen die niet toepasbaar zijn in de huisartsenpraktijk terwijl juist daar het merendeel van COPD-patiënten wordt behandeld.¹⁻⁴ Een voorbeeld hiervan is de 6-minuten-loop-test (6MWT) die wordt gebruikt in één van de meest bekende predictiemodellen voor sterfte, de BODE-index.^{5,6} Het primaire doel van onze studie (de ICE COLD ERIC studie) was het ontwikkelen van voor de huisarts toepasbare modellen die KvL voorspellen, om hierop vervolgens in de toekomst de behandeling te kunnen baseren.¹ Het studiecohort bestaat uit 409 eerstelijns COPD-patiënten en heeft follow-up van 5 jaar.² De primaire uitkomstmaat is ziekte-gerelateerde KvL, gemeten met de Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ).⁷⁻⁹ Deze vragenlijst geeft een domein-specifieke score van KvL (domeinen: kortademigheid, vermoeidheid, emotionele beperkingen en controle over de ziekte) op een schaal van 1 (zeer slecht) tot 7 (goed). Een belangrijke overweging om per domein een voorspelling te doen is dat dit ook per domein zou kunnen leiden tot verschillende therapeutische interventies. Bij de selectie van potentiële predictoren is gekozen alleen die predictoren mee te nemen die een huisarts zelf kan meten, zodat het model straks door iedere huisarts gebruikt kan worden. Zo hebben wij de 6MWT vervangen door een simpelere test, de sit-to-stand-test (STST).¹⁰⁻¹² Bij deze test moet de patiënt 1 minuut lang zo vaak mogelijk opstaan uit een stoel en weer gaan zitten.

Deze test bleek gerelateerd aan sterfte en KvL en een goed alternatief voor de ingewikkeldere maar bekendere 6MWT.¹³ Deze test zou in de huisartsenpraktijk gebruikt kunnen worden om bijvoorbeeld het effect van een behandeling te evalueren en om achteruitgang op het spoor te komen.

Bij het voorspellen van KvL geeft het informeren naar kortademigheid, vermoeidheid, emotionele beperkingen en controle over de ziekte belangrijke informatie over toekomstige KvL. Om domein kortademigheid over 6 maanden te voorspellen, zijn de volgende predictoren nodig: FEV₁%, score op de Feeling Thermometer (een schaal van 0-100 waarop patiënten aangeven hoe (on)gezond ze zich voe-

len), CRQ-score domein kortademigheid en CRQ-score domein vermoeidheid (zie Figuur 1).^{3,4} Ervan uitgaande dat huisartsen bijvoorbeeld jaarlijks een longfunctiemeting uitvoeren bij hun COPD-patiënten kost het ongeveer 10 minuten extra om bovenstaande informatie te verzamelen en vervolgens kortademigheid over 6 maanden te kunnen voorspellen. In de toekomst is het nog interessant om behandelingen en kosteneffectiviteit-analyses toe te voegen aan onze modellen.

Figuur 1: Nomogram om kortademigheid over 6 maanden te voorspellen



Elke voorspeller heeft een eigen schaal, lees de waarde van de voorspellers af op de schalen en trek vanaf elke schaal een verticale lijn naar boven naar de puntenschaal (points). Tel alle punten bij elkaar op en vul deze waarde in op de totale puntenschaal (total points), trek vanaf hier een verticale lijn naar beneden naar de uitkomst schaal (dyspnoea 6 months). Deze waarde is de voorspelde score voor kortademigheid over 6 maanden.

Zo worden predictiemodellen nog interessanter aangezien er een kosteneffectieve behandeling aan gekoppeld kan worden. Afhankelijk van de uitkomst per KvL-domein, kunnen huisartsen en patiënten het te verwachten beloop van de ziekte bespreken en hier eventueel op proberen in te spelen met therapeutische interventies zoals medicatie, conditietraining, emotionele ondersteuning en eventueel een verwijzing voor longrevalidatie. Wat betreft de behandeling van COPD-patiënten springt longrevalidatie eruit als we kijken naar het effect op KvL.¹⁴ Huisarts en patiënt kunnen samen kijken welke therapeutische interventies passend kunnen zijn, de zogenaamde “shared-decision-making-models”.

Conclusies voor de praktijk

1. De sit-to-stand-test bleek een nuttig hulpmiddel om de functionele status van de patiënt te bepalen.
2. Longrevalidatie kan een zinvolle aanvulling zijn op de therapie.
3. Een predictiemodel kan de communicatie met de patiënt ondersteunen.

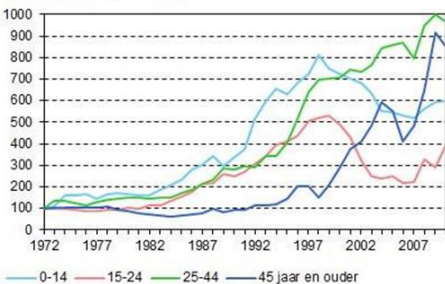
Toename van de astmaprevalentie in de laatste decennia

G. van Roekel, kaderhuisarts a/c, 's-Hertogenbosch

De laatste decennia neemt de prevalentie van astma wereldwijd toe en behoort tot de top 3 chronische ziekten

bij kinderen. Toch zijn er geluiden in Nederland, dat er de laatste jaren een daling van de prevalentie zou zijn ingezet. Het is de vraag of en hoe de registratie en het vaststellen van de diagnose astma van invloed is op de prevalentie.

jaarprevalentie (per 1.000)



Jaarprevalentie van astma periode 1971-2011 (3-jarig Voortschrijdend Gemiddelde) naar leeftijd. Nationaal Kompas

Bij de registratie van astma wordt veelal de diagnose vastgesteld op basis van een korte vragenlijst. Deze vragenlijsten worden aan populaties at random uitgereikt. Een van de veel gebruikte vragenlijsten is de vragenlijst, die de ISAAC studiegroep (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) heeft gebruikt. Belangrijke kernvragen gingen over "wheezing" een hoorbare piepende expiratie. Hierop werd de diagnose astma bij kinderen gesteld. In de NHG-Standaard Astma bij kinderen is wheezing (piepen) een kernsymptoom. Echter niet alle piepende kinderen ontwikkelen astma. Huisartsen stellen vaak de diagnose astma bij kinderen jonger dan 6 jaar op basis van piepen en dit wordt niet altijd gecorrigeerd, als de patiënt achteraf geen astma blijkt te hebben. Uit een recent Nederlands onderzoek in huisartsenpraktijken bleek dat de astma diagnose niet kon worden geverifieerd in 6 van de 10 patiënten in de leeftijdsgroep van 6-16 jaar. De prevalentie wordt hierbij dus overschat.

Een verklaring, waarbij de prevalentie in Nederland (schijnbaar) zou kunnen worden onderschat is op basis van registratie van bezoek aan spoedeisende hulp in ziekenhuizen en huisartsen i.v.m. exacerbaties van astma. Sinds het implementeren van astma richtlijnen en het adequaat gebruik van inhalatie corticosteroïden hebben patiënten hun astma beter onder controle en zijn er fors minder ernstige exacerbaties. Kortom, het hebben van astma heeft niet meer een dramatisch verloop. Hiermee is niet vastgesteld, dat er een feitelijke daling van astma in gang is gezet. Kortom, de last die astma kan veroorzaken is door betere diagnostiek en behandeling fors afgenomen en daardoor kunnen vragenlijsten aan ouders van kinderen, die vooral over klachten gaan, de suggestie wekken dat astma prevalentie is gedaald. Waarschijnlijker is het, dat astma wereldwijd qua prevalentie toeneemt, dan wel in sommige landen stabiel blijft. De prevalentie kan per land flink verschillen, bv in Vietnam is de prevalentie 2%, terwijl die in Australië 27% bedraagt.

De kennis over de prevalentie van astma is vooral gericht op het astma, dat op jonge leeftijd is ontstaan. Het berust veelal op atopie en allergie. Het astma, dat op volwassen-oudere leeftijd ontstaat (adult-onset astma) berust meestal

niet op atopie of allergie. De meeste astmapatiënten (95%) hebben hun astma voor het eerst op jonge leeftijd gekregen. Het adult-onset astma heeft een stijgende prevalentie, hoewel hier niet veel wetenschappelijk onderzoek naar is gedaan. Het adult-onset astma heeft een slechtere prognose en kent ook een dalende longfunctie en een matige reactie op steroïden. Dit astma kent verschillende fenotypen met verschillende prognoses.

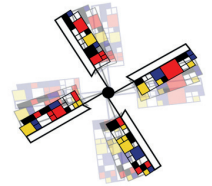
De verklaring voor de stijgende prevalentie van astma kent naast de invloed van diagnostiek en registratie nog vele theorieën. In de volgende 2 bulletins zal hierbij worden stilgestaan. De stijgende prevalentie treedt vooral op in West-Europese landen, Noord-Amerika en Australië.

CAHAG zaken

8th World Conference of the International Primary Care Respiratory Group (IPCRG)

Amsterdam 25 t/m 28 mei 2016!!

Teamwork: who cares? The value of multidisciplinary respiratory care for patients, clinicians and healthcare systems. Different primary care practitioners and other caretakers from over the whole world have a chance to meet and discuss their daily (respiratory) work in Amsterdam. Hot topics are: exacerbations, early-detection, children with asthma, advanced care, physical activity and ehealth. Aanmelden: www.ipcrg2016.org.



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 met als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis in de huisartsenpraktijk. 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, Gerrit van Roekel, Frank Oldenhof, 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 subsponsors Chiesi, Novartis, TEVA Nederland en de hoofdsponsors:



GlaxoSmithKline

AstraZeneca



Boehringer
Ingelheim