

Nieuwe coördinator kaderopleiding astma/COPD

door Dr. Erik Bischoff



Kaderhuisartsen astma/COPD zijn huisartsen met een bijzondere bekwaamheid. Hun belangrijkste doel: het bevorderen van de kwaliteit van astma en COPD-zorg in hun regio. Het werkveld van kaderhuisartsen astma/COPD is enorm breed. Zij ondersteunen zorggroepen en huisartsenpraktijken, bevorderen de samenwerking in de ketenzorg, organiseren nascholingen en leveren een belangrijke bijdrage aan het regionale zorgbeleid. De Kaderopleiding astma/COPD bestaat nu ruim 10 jaar en is een reactie op de nota 'Kwaliteit op koers' die het NHG en de LHV in 1999 presenteerden. De nota beschreef de behoefte aan huisartsenexperts, de noodzaak van ketenzorg en substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Nu, 16 jaar later, is dit nog steeds actueel. Met de kaderopleiding astma/COPD krijgt de kaderhuisarts expertise op veel gebieden: diagnosticeren en behandelen van astma en COPD, verbeteren van de praktijkvoering, adviseren, initiëren van verbeterprojecten, bijscholen, netwerken en ontwikkelen van eigen professionaliteit.

Sinds januari 2015 ben ik coördinator van de kaderopleiding. Ik heb het stokje overgenomen van Bart Thoonen die een sterke en goed geëvalueerde opleiding heeft neergezet. Ik werk als huisarts in een prachtige praktijk op de campus van het Radboudumc in Nijmegen. We zijn als praktijk voortdurend bezig met innovatie en transmurale samenwerking. Daarnaast ben ik als senior-onderzoeker astma/COPD verbonden aan de Afdeling Eerstelijngeneeskunde van het Radboudumc. In mijn onderzoeksprojecten richt ik mij met name op het verbeteren van de zorg rondom COPD en longaanvallen. Ook adviseer ik regionale zorggroepen en geef ik nascholingen. Deze ervaringen kan ik goed gebruiken als coördinator. Met mijn onderzoeks-expertise houd ik bovendien de opleiding up-to-date en breng ik de kaderhuisartsen een kritische blik bij.

Recent is de vijfde lichting cursisten gestart; een groep enthousiaste huisartsen uit alle delen van het land met een enorme diversiteit aan ervaringen. Maar allemaal met dezelfde ambitie: de kwaliteit van zorg voor mensen met astma en COPD in hun regio naar een hoger niveau brengen. Wie denkt dat met vijf lichtingen kaderhuisartsen de

markt verzadigd is, heeft het mis. In een groot deel van Nederland is dringende behoefte aan de expertise van een kaderhuisarts. Daarbij is het veld voortdurend in beweging. In de afgelopen 10 jaar zijn bijvoorbeeld flinke stappen gemaakt met het organiseren van geprotocolleerde COPD ketenzorg. De Zorgstandaarden astma en COPD zorgen daarbij voor een nieuwe wind door het introduceren van ziektelast, persoonsgerichte zorg, zelfmanagement en het individuele zorgplan. Maar hoe past dat in ons huidige geprotocolleerde registratieregime? En hoe meten we de kwaliteit van deze 'nieuwe' zorg? Inmiddels zijn onze NHG-Standaarden Astma en COPD vernieuwd met onder andere nieuwe inzichten over diagnostiek. Wetenschappelijk onderzoek leidt tot steeds meer kennis over astma en COPD. Juist deze dynamiek zorgt er voor dat de huisarts met speciale interesse in astma en COPD zich moet blijven ontwikkelen. En dat leer je in de kaderopleiding. Geïnteresseerd? De zesde lichting start in het najaar van 2017. Meer informatie via Erik.Bischoff@radboudumc.nl

Invloed van genetische verschillen op de effectiviteit van stoppen-met-roken behandelingen
Marieke Quaak, PhD en Onno van Schayck Universiteit Maastricht, Afdeling Huisartsgeneeskunde

Ondanks dat de meeste rokers zeer gemotiveerd zijn om te stoppen, lukt het slechts 15-30% om met behulp van de huidige behandelingen blijvend te stoppen¹. Recent onderzoek laat zien dat rokers verschillen in hun onderliggende genetische gevoeligheid om verslaafd te raken aan roken¹⁻⁶. Omdat de farmacologische stoppen-met-rokenbehandelingen gericht zijn op de processen die tabaksverslaving veroorzaken is het waarschijnlijk dat aangeboren verschillen in deze roken-gerelateerde genen ook invloed hebben op de werkzaamheid van deze behandelingen. Bovendien is het waarschijnlijk dat verschillen in genen die verantwoordelijk zijn voor de afbraak en/of eliminatie van de medicijnen (behandeling-gerelateerde genen) ook de effectiviteit van de behandeling beïnvloeden. Varianten in roken- en behandeling-gerelateerde genen lijken inderdaad de werkzaamheid van stoppen-met-rokenbehandelingen te beïnvloeden. Bovendien lijken de effecten vaak kenmerkend te zijn voor het type farmacotherapie, vooral wanneer deze een ander werkingsmechanisme hebben. Het genotyperen van rokers zal dus mogelijk kunnen helpen om vooraf te bepalen welke behandeling het meest effectief zal zijn voor een individuele roker. Rokers met genvarianten resulterend in een dopamine/serotoninedeficiëntie lijken meer baat te hebben bij antidepressiva als bupropion en nortriptyline, terwijl rokers met een verlaagd nicotine-metabolisme, een effectieve neurotransmit-

terrespons en functionele nicotine-receptoren, meer baat lijken te hebben bij behandeling met nicotinevervangers (NRTs)^{1, 3, 7}. Tot nu toe is er geen onderzoek gedaan naar de effecten van genetische verschillen op de effectiviteit van varenicline. Omdat dit een (gedeeltelijke) nicotine-receptor agonist is, valt varenicline waarschijnlijk in dezelfde categorie als de NRT's. Verschillen in metabolisme/eliminatie en het werkingsmechanisme kunnen zorgen dat het ene geneesmiddel binnen een groep effectiever is dan een ander of minder bijwerkingen geeft. Zo lijkt bupropion effectiever bij een hoog bupropion-metabolisme.^{1, 3, 8} Ook kan varenicline wellicht beter gebruikt worden bij rokers met een hoog nicotine-metabolisme omdat NRT dan minder effectief is, terwijl bij een verhoogde eliminatie van varenicline NRT beter is. Bovendien lijken rokers met een verminderde nicotine- (en wellicht ook dopamine-) receptor-activiteit meer baat te hebben bij de belonende effecten van een nicotinespray (NS), maar met actievare μ -opioïde receptoren bij de grotere nicotine-hoeveelheden die worden afgegeven door nicotinepleisters (TN).^{1, 3} Stoppercentages zullen hoogstwaarschijnlijk dus verhoogd kunnen worden door de behandeling af te stemmen op het genetische profiel van individuele rokers. Dit zal resulteren in een efficiënter gebruik van stoppen-met-rokenbehandelingen, hogere stoppercentages en uiteindelijk een vermindering in het aantal roken-gerelateerde ziekten en sterfgevallen. Echter, hoewel er veel vooruitgang is geboekt in het ontrafelen van het effect van genetische verschillen op rookgedrag en stoppen-met-rokenbehandelingen, moet nog veel onderzoek worden gedaan voordat gepersonaliseerde stoppen-met-rokenbehandelingen op basis van genetische gevoeligheid kunnen worden toegepast in de klinische praktijk. In toekomstige studies moet het effect van meerdere genen en hun onderlinge interacties op verschillende behandelingen worden onderzocht, in grote, vergelijkbare studies in groepen met verschillende etnische achtergronden en per geslacht. Bovendien moeten prospectieve studies worden opgezet om het effect van de varianten volledig te bevestigen.

Conclusies voor de praktijk

- Het aantal rokers dat in staat is om te stoppen met roken is met farmacologische ondersteuning en counseling slechts 15-30%.
 - De effectiviteit van de farmacologische ondersteuning lijkt beïnvloed te worden door de genetische achtergrond van de roker.
 - Rokers waarbij het dopamine en/of serotine gehalte van nature laag is reageren beter op antidepressiva zoals bupropion of nortriptyline.
 - Het is van belang om eenvoudige en snelle genetische testen te ontwikkelen die de effectiviteit van rokers op de farmacologische ondersteuning kunnen voorspellen.
- Noot redactie: Als de patiënt eerder een middel heeft geprobeerd dat niet heeft gewerkt, pak dan een middel uit de andere groep.

Literatuurverwijzingen zie www.cahag.nl/bulletin

Tobacco Use Prevention among Adolescents in primary Care, TUPAC

N. Ijkelenstam, huisarts en kaderhuisarts astma/COPD

Als je niet begint met roken hoef je ook niet te stoppen

Jaarlijks sterven in Nederland 19.000 mensen als gevolg van roken. Ongeveer honderdvijftig kinderen tussen de 10 en 19 jaar beginnen elke dag met roken. Honderd van hen gaan dat dagelijks doen en ongeveer de helft hiervan zal permanent verslaafd raken. De helft van deze verslaafden overlijdt aan hun rookverslaving. Dus elke dag opnieuw: 25 kinderen die later aan het roken zullen overlijden.

Eén van de vijf doelstellingen van het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten (NACL) is dan ook: 25% minder kinderen onder de 18 jaar die starten met roken. Omdat de huisarts veel adolescenten op zijn spreekuur ziet geeft dat de mogelijkheid om tijdens of na het consult aandacht te besteden aan het rookgedrag.

Het primaire doel van de pilot van het TUPAC (= Tobacco Use Prevention among Adolescents in primary Care) onderzoek in 2014 was nagaan wat de haalbaarheid en aanvaardbaarheid is van verschillende interventies in de huisartsenpraktijk om tabaksgebruik onder jongeren te ontmoedigen. Het secundaire doel was het nagaan welk effect deze interventies hadden op de attitude, gepercipieerde eigen-effectiviteit en intentie om te stoppen of beginnen met roken van de deelnemende jongeren. Dit onderzoek werd uitgevoerd door 15 huisartsen in 9 praktijken.

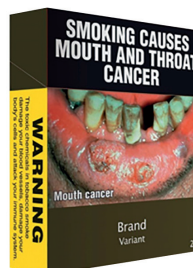
TUPAC; Het pilot onderzoek

Alle deelnemers werd gevraagd een vragenlijst in te vullen vlak voor en meteen na het consult. Twee weken later kregen ze nog een vragenlijst in te vullen. We vergeleken een minimale interventie, waarbij de jongeren gevraagd werden naar hun actuele rookgedrag met daarbij een kort advies van de huisarts om niet te beginnen met roken of om te stoppen met roken (groep 1, advies volgens NHG-Standaard Stoppen met roken, 2007), met 2 meer intensievere interventies.

In groep 2 werd naast de standaardinterventie ook nog informatie gegeven over de risico's van roken aan de hand van obductiefoto's van rokerslongen en angstaanjagende afbeeldingen op pakjes sigaretten.

In onderzoeksgroep 3 werd gebruik gemaakt van een meer psychologische aanpak. Hierbij kregen de deelnemende adolescenten informatie over manieren hoe ze weerstand konden bieden tegen een aanbod om te gaan roken. In deze laatste onderzoekconditie formuleerden jongeren o.a. zelf een actieplan wat ze zouden zeggen als ze in de toekomst een sigaret aangeboden zouden krijgen. Bijvoorbeeld: "nee, ik wil geen sigaret want ik wil geen longkanker krijgen zoals mijn opa".

De resultaten laten zien dat jongeren het advies van de huisarts duidelijk, nuttig en belangrijk vonden. Jongeren



die daarnaast angstaanjagende afbeeldingen te zien kregen van de risico's van roken vonden deze afbeeldingen ook nuttig en belangrijk. Wel gaven zij aan de afbeeldingen niet leuk en soms eng te vinden. Dit gold vooral voor de jongere patiënten (12 t/m 15 jaar). De informatie over het bieden van weerstand werd ook belangrijk gevonden, maar was niet altijd even vernieuwend voor de jongeren. De meeste huisartsen vonden het gemakkelijk om hun adolescenten te adviseren om te stoppen met roken of om niet te beginnen. Wel twijfelden ze soms aan de effectiviteit ervan, vooral aan de effectiviteit van het advies om niet te beginnen met roken. Sommigen huisartsen waren onzeker of ze deze interventie in de toekomst blijven gebruiken. Datzelfde gold voor het tonen van angstaanjagende afbeeldingen, wat enkele huisartsen lastig vonden. Ook twijfelden enkele huisartsen aan de effectiviteit van het gesprek over het bieden van weerstand tegen roken. Analyses van de korte-termijn effecten van de interventies lieten geen effecten zien op de attitude en eigen-effectiviteit van de jongeren ten aanzien van roken. Dat gold ook voor de intentie om te gaan starten met roken of om te stoppen met roken. Echter, na het gesprek met de huisarts over roken waren enkele rokende jongeren naar een volgend stadium van gedragsverandering doorgeschoven.

Conclusies voor de praktijk

- De huisartsenpraktijk is een setting waarbinnen adolescenten geïnformeerd kunnen worden over de risico's van roken en gemotiveerd worden om niet te gaan roken of om te stoppen met roken. Als rookgedrag eenmaal bekend is, geeft dat de unieke mogelijkheid er in latere consulten c.q. jaren op terug te komen.
- Jongeren vinden het advies van de huisarts duidelijk, nuttig en belangrijk.

Literatuurverwijzingen zie www.cahag.nl/bulletin
Het onderzoek werd uitgevoerd door dr. Marjolein Verbiest, afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde van het LUMC, Leiden.

Screening van COPD in de huisartsenpraktijk; effectiviteit en haalbaarheid

J.A.M. Dirven, kaderhuisarts/onderzoeker, Instituut CAPHRI, Universiteit Maastricht

Het aantal geregistreerde COPD-diagnosen in de huisartsenpraktijken blijft in Nederland achter bij de landelijke prevalentie.¹ De diagnose COPD wordt pas laat gediagnosticeerd, zelfs als al langere tijd sprake is van begeleidende respiratoire verschijnselen. Door symptomen en risicofactoren bij alle patiënten in de praktijk zonder COPD of astma en in de leeftijdsgroep van 40 tot 70 jaar persoonlijk na te vragen (targeted population-based screening) zouden we het risico op COPD kunnen bepalen. In 2013 zijn twee studies uitgevoerd:

1. in een effectstudie is de opbrengst van nieuwe COPD-diagnosen gemeten.²

2. in een implementatiestudie is de bijbehorende werklast voor de praktijk in kaart gebracht.³

De belangrijkste risicogroepen zoals lage sociaaleconomische status (SES)⁴ en rokers⁵ zijn meegenomen.

Effectstudie

In de effectstudie werden twee strategieën met elkaar vergeleken: een strategie waarbij de praktijk weinig inspanning hoeft te verrichten en waarbij het initiatief bij de patiënt zelf wordt gelegd. De praktijk doet een verzoek aan de patiënten om de vragenlijst zelf in te vullen en om zelf de risicoscore uit te rekenen. Bij een hoog risicoscore dient de patiënt vervolgens zelf het verzoek tot eventuele spirometrie en een eventueel consult bij de huisarts af te spreken. Deze reactieve houding van de praktijk is vergelijkbaar met de huidige COPD-zorg in de praktijk (patient managed strategy). In de andere strategie neemt de praktijk het initiatief om respondenten actief te ondersteunen met vragen, uitnodigingen en uitleg; rekent voor de patiënt het risico op COPD uit en nodigt alleen hoog-risico patiënten uit voor spirometrie. Deze proactieve houding van zorgverleners betekent meer werk voor de praktijk (practice managed strategy). In beide strategieën zijn praktijken van lage SES vergeleken met praktijken van matig-hoge SES signatuur.

Resultaten

De opkomst van respondenten was in de proactieve praktijken (50%) bijna tweemaal zo hoog als in de reactieve praktijken (27%) en het aantal nieuwe COPD-diagnosen was driemaal zo hoog (9 versus 3, respectievelijk) per normpraktijk van 2350 patiënten (in 2012). Dit betekende een gemiddelde stijging van 20% van het bekende aantal COPD-patiënten. Interessant was dat in de lage SES praktijken meer patiënten met een hoog risico voor COPD werden aangetroffen (16%) dan in praktijken met matig-hoge SES (9%). De meeste nieuw-gedetecteerde COPD-patiënten in deze studie waren actieve rokers. Omdat het stoppen met roken de meest effectieve manier is om de progressie van COPD te verminderen kan dit direct een aanknopingspunt voor de behandeling vormen.

Uit deze effectstudie bleek dat bij ongeveer 30% van de patiënten die zich meldden met een hoog-risico voor COPD op basis van de screeningstest ook feitelijk COPD door de huisarts werd vastgesteld na spirometrie. Dit onderzoek liet verder zien dat de effectiviteit van de vroege opsporing ongeveer drie maal zo hoog was als de huisarts de patiënt uitnodigt voor een consult met spirometrie in plaats van het initiatief bij de patiënt te laten. Het onderzoek liet ook zien dat het COPD vroeg-detectieprogramma beduidend effectiever was in lage SES praktijken dan in matig-hoge SES praktijken. Dit valt mogelijk te verklaren uit het feit dat er waarschijnlijk meer (onontdekte) COPD-patiënten in die praktijken waren. Hoopgevend was dat het aantal patiënten dat respondeerde op een verzoek van de huisarts in de lage SES praktijken niet lager maar zelfs iets hoger bleek te liggen dan in matig-hoge SES praktijken (52 versus 47%). Dit betekent dat vroegtijdige opsporing van COPD aan te bevelen is in lage SES praktijken.

In de proactieve praktijken waren de kosten van een nieuw ontdekte COPD-diagnose gemiddeld € 256 tegenover € 698 in de reactieve praktijken. Het laagste waren de kosten van € 224 per nieuwe COPD-diagnose in de proactieve praktijken met lage SES signatuur.

Implementatiestudie

In dit vroeg-detectieprogramma³ werd de opbrengst van nieuwe COPD-diagnosen bepaald en de bijbehorende werklust gemeten in praktijken van verschillende SES klassen. Het onderzoek liet zien dat de opkomst in lage SES praktijken (41%) hoger was dan in de matig tot hoge SES praktijken (31%). Per maand werd één leeftijdscohort opgeroepen en het kostte een gemiddelde praktijk voor drie (van de dertig) cohorten een tijdsinvestering van 18,5 uren (extra) werk. Daarbij bedroeg de tijdsinvestering in de matig- tot hoge SES praktijken 14,5 uren versus 26 in de lage SES praktijken. De zorgverleners gaven aan dat de extra werkbelasting aanvaardbaar was en dat de werkzaamheden goed uitvoerbaar waren wanneer de financiën zouden worden gecompenseerd. Er werden verder geen belemmeringen voor zorgverleners of voor patiënten geconstateerd.

Uit het implementatieonderzoek bleek dat de kosten relatief laag waren. Geen enkele praktijk heeft belangrijke bezwaren aangegeven ten aanzien van een mogelijke implementatie van het vroeg-detectie programma, mits de kosten vergoed worden. Wel werd geconstateerd dat het goed is om het project, weliswaar met enige extra belasting en extra hulp en vergoeding over een kortere periode af te werken. Bijvoorbeeld 1 cohort per maand duurt dan 30 maanden, hetgeen werd aangemerkt als een te langdurige werkbelasting. Echter, 30 cohorten per 3 maanden verdient veel meer hulpkrachten in een korte tijd die ook betaald dienen te worden. De meeste tijd werd gespendeerd aan de praktijkverpleegkundige die de spirometrie verrichtte. Het is van belang te weten dat de tijdsinvestering voor lage SES praktijken bijna tweemaal zoveel was als voor matig tot hoge SES praktijken. Sinds de recente invoering van de nieuwe GLI-waarden (Global Lung function Initiative) is het de vraag hoeveel nieuwe COPD-diagnosen daarmee ontdekt zouden worden. In de literatuur wordt gesproken over ca. 20% overdiagnostiek van COPD-diagnosen bij 55-plussers en ca. 24% onderdiagnostiek bij patiënten onder de 50 jaar.⁷ In een voorlopige inschatting zouden na invoering van de GLI-waarden circa 8% minder nieuwe COPD-diagnosen gesteld gaan worden. Echter een gedegen onderzoek hiernaar dient nog te worden verricht.

Conclusies voor de praktijk

- Vroeg detectie van COPD door middel van screening levert meer dan tweemaal zoveel nieuwe diagnosen op dan bij casefinding.⁶
- Het is aan te bevelen om het programma in eerste instantie te richten op rokers en lage SES, omdat er dan direct aanknopingspunten zijn voor de behandeling van deze patiënten.

Literatuurverwijzingen zie www.cahag.nl/bulletin

CAHAG zaken

• Adembenemend

Donderdag 4 en vrijdag 5 februari 2016

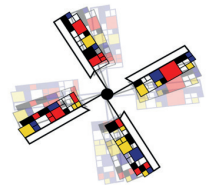
Tweedaagse nascholing voor duo huisarts en praktijkverpleegkundige/praktijkondersteuner te Papendal.

• Cursus COPD/astma voor PVK/POH's en huisartsen in Amsterdam 22 maart en Zwolle 14 april 2016

• 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 health-care 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) en 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: 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 sponsoren Chiesi, Takeda, Novartis, TEVA Nederland en de hoofdsponsors:

AstraZeneca 

gsk  GlaxoSmithKline

 **Boehringer Ingelheim**