COPD & ASTMA BULLETIN HUISARTSGENEESKUNDE
Nr. 3. 2013

Nieuwe CAHAG-voorzitter

Per 1 juni jl. mag ik mij de nieuwe voorzitter van de CAHAG noemen, graag stel ik mij voor.

Ik ben sinds 1994 huisarts in Vught en deel de praktijk met mijn associé Ingeborg Bloemen. Vanaf de start kende onze praktijk een jonge populatie, ik zag veel kinderen met luchtwegklachten. Zo is vermoedelijk mijn belangstelling voor kinderen met astma geboren, nog steeds één van mijn stokpaardjes.

Zorggroep Chronos in 's-Hertogenbosch e.o. vroeg mij enkele jaren geleden om het COPD-zorgprogramma te gaan ontwikkelen, daartoe ben ik o.a. de kaderopleiding astma & COPD gaan volgen. Zo maakte ik kennis met de CAHAG en via de kerngroep werd ik vervolgens bestuurslid en nu dus voorzitter.
De afgelopen jaren is er binnen de eerste lijn veel aandacht geweest voor COPD. Hoewel op het gebied van COPD-zorg nog veel werk te doen valt, wil ik de komende jaren ook astma in de schijnwerpers zetten. Met het verschijnen van de Zorgstandaarden én de nabije komst van de nieuwe NHG-Standaarden Astma bij Volwassenen en Astma bij Kinderen kunnen we met de CAHAG aan de astma-zorg een flinke boost geven. Ik hoop daarbij de medewerking te ontmoeten van overige partners in het veld als zorgverzekeraars, de NVALT, VWS, etc.
Een ander speerpunt voor mij is het onderwijs. Als geen ander kan de CAHAG onderwijs ontwikkelen dat wordt gestoeld op kennis die relevant is voor de eerste lijn en daadwerkelijk wordt gericht op implementatie van die kennis; een goed voorbeeld daarvan is de spirometriecursus CASPIR. Nu wordt nog teveel onderwijs aan huisartsen aangeboden dat ontwikkeld is door longartsen, al dan niet in samenwerking met de farmaceutische industrie. De CAHAG wil actuele, onafhankelijke en hoogstaande nascholingen maken die voor alle partijen die zich bezighouden met de eerstelijnszorg voor astma/COPD-patiënten beschikbaar zijn. Dit vraagt een flinke inspanning van de CAHAG, maar met de 75 enthousiaste kaderartsen en wetenschappers gaat dat vast lukken!

Wat is een exacerbatie bij astma en COPD?

Lidewij Broekhuizen, huisarts te Borculo en verbonden aan het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde en medisch adviseur van de zorggroep Zutphen en Oost-Achterhoek.

De vraag 'heeft u nog een exacerbatie gehad?' is voor veel patiënten onduidelijk. Ook zorgverleners weten vaak niet of en hoeveel exacerbaties een patiënt heeft gehad. Dat komt deels omdat er meerdere definities voor een exacerbatie van astma of COPD worden gebruikt. Ook worden veel exacerbaties niet als zodanig in het medisch dossier geregistreerd. Voor de praktijk zijn er weinig praktische definities bekend betreffende een indeling van de exacerbatie op basis van luchtwegklachten en symptomen.

Definitie

Internationale richtlijnen definiëren een exacerbatie van COPD als een combinatie van acute toename van kortademigheid, hoesten en purulent (groen/geel) slijm. Maar de patiënt kan zich ook anders presenteren, bijvoorbeeld een hoogbejaarde patiënt met moeheid en verwardheid, die alleen bij expliciet uitvragen meer blijkt te hoesten en niet meer goed kan platliggen.

Het meest toepasbaar voor onze dagelijkse praktijk zijn daarom de definities van het NHG en de Zorgstandaarden. Die luiden: 'een exacerbatie van COPD is een verslechtering van de conditie van de patiënt binnen één of enkele dagen, die wordt gekenmerkt door een toename van kortademigheid en hoesten - al of niet met slijm opgeven - die groter is dan de normale dag-tot-dag-variabiliteit.' Voor astma hanteert het NHG een vergelijkbare definitie, al ligt de nadruk bij astma op de kortademigheid: 'een periode waarin de klachten van kortademigheid, al dan niet gepaard gaand met piepen, hoesten en slijm opgeven, verergeren'.

De trigger van een exacerbatie bij COPD is meestal een virale luchtweginfectie zoals een verkoudheid. Bij astma betreft het vaak een virale luchtweginfectie en/of blootstelling aan allergische prikkels (kat) of niet-allergische prikkels (rook).

De ernst van een exacerbatie

Over de classificatie van de ernst van de exacerbatie van astma of COPD bestaat ook discussie. Zo wijzen bepaalde kenmerken op een ernstige exacerbatie: kortademigheid in rust, geen hele zin kunnen spreken, niet plat kunnen liggen, of een ademhalingsfrequentie van meer dan 30/minuut.

De volgende indeling lijkt het best te hanteren. Bij een milde exacerbatie van astma of COPD volstaat behandeling met inhalatiemedicijnen zoals kortwerkende luchtwegverwijder, al dan niet na consultatie van een zorgverlener. Bij een matige exacerbatie is een orale kuur met prednisolon nodig, eventueel met antibiotica en bij een ernstige exacerbatie is ziekenhuisopname nodig. Deze indeling is gerelateerd aan het ingezette beleid en dus deels subjectief. Immers, de éne patiënt zal men bij gelijke klachten sneller prednisolon voorschrijven dan de ander, bijvoorbeeld vanwege ervaring met eerdere exacerbaties. Ook hangt het beleid af van comorbiditeit en sociale factoren. Een patiënt zonder mantelzorgers of met ernstig hartfalen zal men sneller insturen.

Overigens is het bij astma goed om onderscheid te maken tussen 'poor control' en een exacerbatie. Het eerste betekent dat er gedurende lange tijd (maanden) relatief vaak klachten zijn en er vaak behoefte is aan rescue medicatie. Vaak is dit een indicatie om inhalatie steroïden te starten of op te hogen. Een exacerbatie daarentegen houdt een min of meer acute verslechtering in, waarbij kortwerkende luchtwegverwijders en/of een orale prednisolonkuur geïndiceerd zijn.

Registratie

Het is lastig om snel uit het HIS te achterhalen hoeveel exacerbaties iemand heeft gehad. Er bestaan weliswaar risicoprofielen voor astma of COPD, maar tot voor kort bestond er geen NHG-labcode voor een exacerbatie. In de nieuwe versie van de NHG-COPD-indicatoren is een exacerbatie van astma of COPD toegevoegd als labcode 'COEX RQ'. Het is raadzaam alle exacerbaties te registeren, waarvoor een aanpassing van de inhalatiemedicatie (al dan niet na consultatie van een zorgverlener) of een orale prednisonkuur of ziekenhuisopname nodig waren.

Exacerbatieplan

Het is belangrijk om met patiënten met astma en COPD een 'exacerbatieplan' te bespreken. Dit houdt in dat de patiënt weet wat hij moet doen bij een exacerbatie. Dit kan zijn: zes keer daags kortwerkende luchtwegverwijder inhaleren en indien dit niet helpt binnen twee dagen contact opnemen met de huisarts. Bij mensen met zeer ernstige COPD kan het zijn dat de patiënt dezelfde dag de huisarts moet bellen, of in uitzonderlijke gevallen ook direct start met een prednisolonkuur die hij achter de hand heeft. Om de patiënt hierbij te kunnen coachen zijn verschillende papieren en digitale tools beschikbaar (www.cahag.nl).

Conclusies voor de praktijk

1. Bij een milde, matige en ernstige exacerbatie is respectievelijk (eigen) inhalatiemedicatie, oraal prednisolon of ziekenhuisopname geïndiceerd.
2. Registreer de exacerbaties in HIS of KIS.
3. Spreek een exacerbatieplan af en leg het vast.

literatuurverwijzing op www.cahag.nl/bulletin

Voorschrijven van inhalatiesteroïden aan kinderen: alleen bij recidiverend piepen!

Ted Klok, AIOS kindergeneeskunde UMCG en Paul Brand, kinderlongarts Zwolle.

De richtlijnen

Langdurig dagelijks gebruik van ICS is de hoeksteen van de behandeling van kinderen met peuterastma én astma, als behandeling met bronchusverwijders zo nodig, onvoldoende is. Recidiverende perioden met een piepende ademhaling is hét kernsymptoom bij deze kinderen. Er zijn geen andere indicaties voor het voorschrijven voor ICS.

NHG-Standaard

Tot 6 jaar: gezien de onzekere diagnose heeft starten van medicatie altijd het karakter van een proefbehandeling. Bij onvoldoende effect na 4-6 weken: verwijs. Bij voldoende effect: probeer dosis te verminderen in periodes van 2-4 weken.

Bij kinderen van 6 jaar en ouder kan de diagnose astma met redelijke mate van zekerheid gesteld worden en inhalatiecorticosteroïden zijn de hoeksteen van de onderhoudsbehandeling van astma.

De praktijk

In een onderzoek onder 19 huisartsen in de regio Zwolle zijn ouders benaderd van alle kinderen (2-12 jaar) die in het afgelopen jaar een recept voor ICS ontvingen van hun huisarts.[1]) Kinderen die regelmatig ICS gebruikten, werden gedurende een jaar gevolgd. Uit dit onderzoek blijkt dat:

- 52% van de kinderen ICS alleen krijgt gedurende een periode van klachten, huisartsen adviseren vaak de medicijnen te stoppen na 6 weken als de klachten over zijn.
- ICS wordt voorgeschreven aan kinderen zonder recidiverend piepen: vooral bij chronisch hoesten en bij een eerste periode van piepen.
- Van de kinderen die ICS gedurende langere periode gebruiken, 25% nooit een piepende ademhaling heeft gehad.

Deze uitkomsten zijn in overeenstemming met een grote Nederlandse eerstelijns survey.[2])

- 53% van kinderen met ICS krijgt maar eenmalig een recept.
- 51% van kinderen met ICS heeft geen diagnose astma.

Motivatie voor dit voorschrijfgedrag

De uitkomsten werden tijdens een groepsinterview besproken met deelnemende huisartsen. Het ruime voorschrijven van ICS is het gevolg van een pragmatische behandelstrategie van de grote groep kinderen met luchtwegklachten die de huisarts bezoekt. Een diagnose is meestal niet direct te stellen.

- Soms vooral als overbrugging van een periode van klachten, uitgelokt door ouders die aandringen op behandeling.
- Maar ook als middel om te komen tot een diagnose astma: bij terugkerende klachten leidt een serie 'proefbehandelingen' tot de diagnose astma. Evaluatie van het effect van een proefbehandeling vindt overigens vrijwel nooit plaats.
- Sommige huisartsen zien een kuur ICS als een effectieve behandeloptie van chronisch hoesten of intermitterend piepen, of zien deze klachten als een mogelijke uiting van (peuter)astma.

Aanbevelingen voor de praktijk
Huisartsen hebben kennelijk moeite om uit de groep hoestende en piepende kinderen, dié kinderen te selecteren bij wie ICS wél geïndiceerd is. Dit leidt tot een onvolledige behandeling van kinderen die ICS nodig hebben en tot onterechte behandeling van kinderen die geen ICS nodig hebben. Het opvolgen van de volgende aanbevelingen kan dit probleem aanzienlijk verbeteren.

- Alleen kinderen met een recidiverende piepende ademhaling komen in aanmerking voor een (proef)behandeling met ICS.
- Een proefbehandeling met ICS eindigt na 6 weken nooit met alleen stoppen van het ICS, maar vindt steeds zijn vervolg óf met voortzetten van het ICS in de laagste effectieve dosis óf met heroverwegen van de waarschijnlijkheidsdiagnose óf met verwijzing. (NHG-Standaard Astma bij kinderen).

Zelfmanagement bij COPD en exacerbaties. Bevindingen uit promotieonderzoek.

Erik Bischoff,huisarts en senior onderzoeker, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde Radboud UMC, Nijmegen.

Op 9 januari 2013 promoveerde huisarts Erik Bischoff cum laude op het onderwerp “Self-management of COPD and its exacerbations” aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Zijn proefschrift behandelt het belang en de effecten van zelfmanagementinterventies voor COPD en COPD-exacerbaties. Daarnaast beschrijft het hoe de impact van COPD op de huisartsenpraktijk in de laatste decennia is veranderd en het belang van het adequaat meten van COPD-exacerbaties in wetenschappelijke studies.

Veranderende impact van COPD
De veranderingen in de prevalentie van COPD en COPD-exacerbaties werden bestudeerd door gebruik te maken van registratiegegevens uit het databestand van de Continue Morbiditeit Registratie (CMR) Nijmegen over de periode 1980–2006. De prevalentie van COPD nam af van 72,7 tot 54,5 patiënten per 1.000 patiënten per jaar. De exacerbatiefrequentie nam af van 44,1 tot 31,5 exacerbaties per 100 patiënten per jaar en het percentage COPD-patiënten met exacerbaties daalde van 27,6% tot 21,0% per jaar. De prevalentie van COPD nam af bij mannen, maar steeg significant bij vrouwen, vooral met een leeftijd ≥ 65 jaar met een lage sociaaleconomische status. Deze resultaten suggereren een vermindering van de druk van COPD op de huisartsenpraktijk, maar houden geen rekening met COPD-onderdiagnostiek en onderrapportage van exacerbaties.

Meten van exacerbaties
Om exacerbaties goed te kunnen meten werd een geautomatiseerd belsysteem (TEXAS) ontwikkeld. De validiteit van bestaande methoden zoals papieren dagboekjes is twijfelachtig. Bovendien vergen zij veel tijd van onderzoekers en patiënten, wat ten koste gaat van de volledigheid van de verzamelde gegevens. TEXAS vraagt naar veranderingen in luchtwegklachten, het gebruik van medische zorg en het gebruik van medicatie in de twee weken voorafgaand aan het telefonisch contact. De vragen zijn gebaseerd op veel voorkomende definities van exacerbatie. TEXAS bleek een hoge validiteit te hebben. De gedetecteerde exacerbatiefrequenties en de volledigheid van de gegevens waren met TEXAS hoger dan met dagboekjes of patiëntendossiers. TEXAS is een betrouwbare methode om exacerbaties te meten voor wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast blijkt de gevonden exacerbatiefrequentie sterk beïnvloed te worden door de gekozen detectiemethode.

Zelfmanagementondersteuning
Zelfmanagement verwijst naar alle handelingen en gedragingen die een persoon toepast bij het omgaan met zijn chronische aandoening. Iedere chronische patiënt doet aan zelfmanagement. Een COPD-zelfmanagementprogramma richt zich op het ondersteunen van effectief zelfmanagementgedrag, zoals een gezonde leefstijl, medicatietrouw, ademhalingstechnieken, energie besparen en omgaan met exacerbaties. Succesvolle programma’s worden aangeboden door een casemanager (coach) ondersteund door een team van zorgverleners en maken deel uit van een gestructureerde organisatie gericht op optimale ziektecontrole en -monitoring. Zelfmanagementondersteuning van exacerbaties richt zich op het vroegtijdig herkennen en behandelen van exacerbaties om zo complicaties te voorkomen.

De langetermijneffecten van COPD-zelfmanagementondersteuning werden bestudeerd in een gerandomiseerd gecontroleerd experiment waarin patiënten met COPD via loting over (i) het zelfmanagementprogramma Living Well with COPD, (ii) geprotocolleerde routinematige controles, of (iii) de gebruikelijke zorg van dat moment, dat wil zeggen huisartscontact op initiatief van de patiënt zelf, werden ingedeeld. 24 maanden na de start werden geen statistisch significante verschillen gevonden tussen de drie groepen wat betreft kwaliteit van leven of self-efficacy. Patiënten in de zelfmanagementgroep konden wel beter omgaan met exacerbaties vergeleken met patiënten die gebruikelijke zorg ontvingen; bij statistisch significant meer exacerbaties verhoogden zij hun luchtwegverwijder (46,5% vs 26,5% exacerbaties) en werd prednisolon en/of antibiotica gestart (15,5% vs 4,9% exacerbaties). De studie had voldoende power, maakte gebruik van een langdurige follow-up en onderzocht ook self-efficacy en gedragsverandering. Toch werd niet het positieve effect van Living Well with COPD op kwaliteit van leven bevestigd, zoals

dat eerder in Canada was aangetoond. De deelnemers hadden gemiddeld al een hoge kwaliteit van leven wat weinig ruimte tot verbetering bood. Bovendien verschilden de praktijkondersteuners enorm in kennis, ervaring en attitude wat mogelijk de zelfmanagementondersteuning van patiënten beïnvloed heeft.

Actieplan voor exacerbaties
In een 1-jaar durend Canadees onderzoek werden 252 patiënten met COPD gevolgd en gegevens verzameld over exacerbaties. Alle patiënten ontvingen het Living Well with COPD papieren actieplan om exacerbaties tijdig te herkennen en adequaat te behandelen. 217 exacerbaties van 119 patiënten werden geanalyseerd. In 40,1% van de exacerbaties voerden de patiënten de instructies van het actieplan correct uit. Dit leidde tot een statistisch significante ($p<0.0001$) en klinisch relevante (-5.8 dagen) vermindering van de duur van een exacerbatie, maar zorgde niet voor een vermindering in het gebruik van zorg (OR 0.94, 95% CI 0.49-1.83). Factoren die geassocieerd zijn met een grotere kans op het correct uitvoeren van het actieplan waren het nemen van de griepprik, het hebben van een hartaandoening, een jongere leeftijd en een slechtere longfunctie.

Zelfmanagementondersteuning inclusief een papieren actieplan voor exacerbaties heeft de potentie om de impact van COPD te verminderen, maar dit promotieonderzoek laat zien dat onderzoek naar zelfmanagementondersteuning complex is. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op factoren die het succes van zelfmanagementondersteuning beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld de rol van de zorgverlener. De onderzoeksgroep heeft in de afgelopen jaren veel ervaring opgedaan met de implementatie van het Living Well with COPD programma. In de regio Arnhem vormt het de basis van het zorgprogramma COPD en gebruiken de praktijkondersteuners een digitale versie om het nog beter op maat te kunnen aanbieden (www.beterlevenmetCOPD.nl). Sinds de uitvoering van deze studies is het chronische zorgsysteem in de Nederlandse eerste lijn drastisch veranderd. Dit komt ten goede aan de kansen op succes. Bovendien is juist de huisartsenpraktijk waar wij de patiënt als individu en in zijn totaliteit kennen de ultieme plek om zelfmanagementondersteuning te laten slagen.

Conclusies voor de praktijk
- Het toenemende aantal vrouwen met COPD, in het bijzonder ≥ 65 jaar met een lage sociaaleconomische status, vraagt om een verschuiving van onze focus bij diagnostiek en behandeling.
- Ondersteuning van het zelfmanagementgedrag vormt een belangrijk onderdeel van de COPD-zorg in de huisartsenpraktijk. Met het zelfmanagementprogramma Living Well with COPD is in onderzoek en praktijk veel ervaring opgedaan om zelfmanagement bij de patiënt op een goede wijze te coachen.
- Kennis, ervaring en attitude van de hulpverlener beïnvloedt de effectiviteit van zelfmanagement bij patiënten.

literatuurverwijzing op www.cahag.nl/bulletin

Agenda

meer informatie zie www.cahag.nl/Scholing

CASPIR, Praktische Spirometrie in de Eerstelijn
Wordt doorlopend aangeboden.

Adembenemend, duo cursus huisarts-POH/PVK
Donderdag 6 en vrijdag 7 februari 2014, Papendal Arnhem.

POH-cursussen
Donderdag 20 maart 2014 Amsterdam en dinsdag 15 april 2014 Zwolle.

Onderwijs aan zorggroepen
De CAHAG biedt een scholingsaanbod speciaal gericht op zorggroepen. Deze scholing is voor huisartsen, praktijkverpleegkundigen/ondersteuners, eventueel praktijkassistentes 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.nlof 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/over de CAHAG. Het CAHAG-bulletin verschijnt 3x per jaar en heeft als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis van belang 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, Thei Steenkamer, Gerrit van Roekel, Frank Oldenhof, allen (kader)huisarts, drs. Marjan Verschuur - Veltman, gezondheidswetenschapper.

Redactie-adres: mevr. 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 subsponsoren Chiesi, Takeda, Novartis, Almirall en de hoofdsponsoren:

AstraZeneca
Boehringer Ingelheim
gsk GlaxoSmithKline