

CAHAG zet 10.000^{ste} deelnemer CASPIR in het zonnetje

Op dinsdag 4 december 2018 is de 10.000^{ste} deelnemer van CASPIR gehuldigd. In Leeuwarden werd de groep overvallen door de CAHAG coördinator, Marjan Veltman met een kar vol bossen bloemen. Marjan vertelde dat in 2008 op initiatief van de CAHAG een groepje mensen bij elkaar is gaan zitten met als doel de kwaliteit van het afnemen en beoordelen van longfuncties in de huisartsenpraktijk te verbeteren. Vanuit deze groep is de scholing CASPIR ontwikkeld en geïmplementeerd. In 2009 is de eerste groep gestart en nu zijn we zo'n 550 groepen verder en hebben meer dan 10.000 mensen Module 1 t/m 5 gevolgd. Dat was voor de CAHAG reden voor een feestje en de hele groep inclusief de drie docenten Frederik van Gemert, Loes Fokkema en Jolanda Kuijvenhoven ontvingen een prachtige bos bloemen.



De 10.000^{ste} deelnemer is Dientje Wallinga, zij ontving van de CAHAG naast de bloemen een vrijkaart voor de CAHAG cursus 2019.



Exacerbaties van astma: definitie, predictie en preventie

Dr. Rik Loijmans, huisarts, afdeling huisartsgeneeskunde, Amsterdam UMC locatie AMC.

Op 19 oktober 2018 promoveerde Rik Loijmans aan de Universiteit van Amsterdam op het proefschrift getiteld: "Exacerbations of asthma: definition, prediction and pre-

vention". Het onderzoek werd verricht op de afdelingen longgeneeskunde en huisartsgeneeskunde van het Amsterdam UMC, locatie AMC en werd begeleid door prof. dr. Peter Sterk en associate prof. dr. Gerben ter Riet. De belangrijkste bevindingen van dit onderzoek staan hieronder beschreven.

Exacerbaties van astma zijn episoden van plotselinge verergering van symptomen en afname van longfunctie die voor patiënten vaak aanleiding zijn om medische hulp te zoeken. Deze episoden zijn een belangrijke uitkomstmaat in onderzoek naar astma, omdat zij aanzienlijke hinder geven bij patiënten, hoge medische kosten veroorzaken en vaak leiden tot afwezigheid van werk of school.

Dit proefschrift probeert een aantal vragen te beantwoorden, die gerelateerd zijn aan de definitie, het voorspellen en het voorkomen van exacerbaties:

Hoe worden de definities van astma exacerbaties gebruikt in klinisch onderzoek?

In de literatuur worden uiteenlopende definities voor astma exacerbaties gebruikt. In diverse onderzoeken naar de beste behandeling van astma worden exacerbaties bijvoorbeeld gedefinieerd als stootkuren prednison, spoedeisende hulpbezoek of ziekenhuisopname in verband met toegenomen astma klachten. De in 2009 voorgestelde consensus-definitie (een patiënt heeft een ernstige exacerbatie wanneer hij/zij voor 3 of meer dagen wordt behandeld met systemische corticosteroïden) wordt dus niet algemeen toegepast. Het verschillend gebruik van definities belemmert de onderlinge vergelijking van studieresultaten.

Tot op welke hoogte zijn we in staat om astma exacerbaties te voorspellen in individuele patiënten?

De ontwikkeling van een voorspellingsmodel voor astma exacerbaties wordt in het proefschrift beschreven. Dit model bevat de volgende elementen: astma symptoomscore, het hebben van rhinitis klachten, al dan niet roken, een opname voor astma en een recent doorgemaakte astma exacerbatie, aangevuld met de FEV₁ % van voorspeld. In een (tweedelijs) populatie met ernstig astma presteerde dit model redelijk, maar bij voorkeur zou dit model gevalideerd moeten worden in een andere eerstelijs populatie. Ook moet bekeken worden of het model exacerbaties daadwerkelijk beter voorspelt dan de huisarts dat doet op basis van zijn/haar klinische blik.

In een volgend onderzoek verzamelden we alle voorspellingsmodellen voor exacerbaties astma uit de literatuur en bekeken we hoe ze het deden in een eerstelijs- en een tweedelijs patiëntenpopulatie. De resultaten van deze validatiestudie vielen enigszins tegen. De gevonden modellen presteerden in het algemeen matig in een andere populatie dan waarin ze ontwikkeld waren en zijn dus nog niet

geschikt voor toepassing in de praktijk. De meest gebruikte voorspellers waren astma symptoomscore, een exacerbatie in het afgelopen jaar en spirometrie waarden; deze drie lijken daarmee de belangrijkste voorspellers te zijn.

Welk niveau van astma symptoom controle zou moeten worden nagestreefd om astma exacerbaties te voorkomen, en welke onderhoudsbehandeling is daarvoor het meest geschikt?

De ACCURATE studie liet zien dat er geen verschil was in het aantal doorgemaakte astma exacerbaties tussen mensen die behandeld werden tot ze voldoende symptoom controle hadden (Asthma Control Questionnaire Score (ACQ) tussen de 0,75 en 1,50) en mensen die behandeld werden tot ze strikte symptoom controle (ACQ < 0,75) hadden.

In een netwerk meta-analyse waarin alle toegepaste onderhoudsbehandelingen voor astma met elkaar werden vergeleken, stelden we vast dat patiënten die behandeld worden met gecombineerde inhalers met langwerkende bèta-agonisten en corticosteroiden het minste astma exacerbaties laten zien.

Conclusie voor de praktijk:

- Astma symptoomcontrole, longfunctiewaarden en recente exacerbaties zijn de belangrijkste voorspellers voor astma exacerbaties.
- Om het risico op astma exacerbaties te verminderen is het niet nodig om een patiënt door te behandelen tot deze nagenoeg klachtenvrij is (strikte controle, ACQ < 0,75); het streven naar voldoende controle (ACQ < 1,50) volstaat.
- Om het risico op astma exacerbaties te reduceren blijkt, uit deze netwerkmeta-analyse, onderhoudsbehandelingen met langwerkende bèta-agonisten en corticosteroiden in een enkele inhaler de meest aangegeven strategie.

MonitAir: een slimme zelftest om de impact van longaanvallen te verminderen

Dr. Erik Boschoff, kaderhuisarts Astma en COPD, Senior-onderzoeker afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboudumc

De aandacht voor longaanvallen (voorheen exacerbaties genoemd) bij COPD is de laatste jaren fors toegenomen. En dat is niet voor niets. Nederland telt ongeveer 600.000 mensen met COPD. Ongeveer een kwart bezoekt een of meerdere malen per jaar de huisarts vanwege een verergering van luchtwegklachten. Jaarlijks belandt ongeveer een op de vijf door een longaanval in het ziekenhuis¹. Meer dan 50% van alle COPD gerelateerde zorgkosten is een gevolg van ziekenhuisopnames. De impact van een longaanval op de ziektelast en ziekteprogressie is enorm. Vroegtijdige herkenning en snelle actie vermindert de ernst en de duur van de longaanval, verbetert de kwaliteit van leven, voorkomt complicaties en verlaagt zorgkosten². De Zorgstandaard COPD van de Long Alliantie Nederland³ en de

NHG-Standaard COPD⁴ adviseren het gebruik van een papieren actieplan bij het herkennen van longaanvallen en het nemen van actie. Nederlands en internationaal onderzoek laat zien dat een papieren actieplan de duur van de longaanval kan verkorten⁵, de negatieve impact van de longaanval op kwaliteit van leven kan verminderen⁶, en ziekenhuisopnames kan voorkomen⁷. Patiënten gebruiken hun actieplan echter lang niet altijd goed; uit onderzoek blijkt dat de instructies in de helft van de longaanvallen niet juist of helemaal niet worden opgevolgd⁵. Patiënten die hun longaanval actieplan niet goed gebruikten, gaven aan dat het papieren plan onvoldoende ondersteuning bood, omdat longaanvallen zich nog al eens verschillend kunnen uiten en daardoor moeilijk te herkennen zijn. Ook raakten zij het papieren plan kwijt. Deze patiënten gaven de voorkeur aan eenvoudige digitale hulpmiddelen die beter dan een papieren plan rekening kunnen houden met persoonlijke klachten.

Om mensen met COPD optimaal te ondersteunen ontwikkelden onderzoekers van het Radboudumc en de Radboud Universiteit samen met huisartsen, longartsen, patiënten en het bedrijfsleven de slimme zelftest MonitAir. Deze test is als app eenvoudig door de patiënt te gebruiken op de smartphone of tablet. MonitAir kent twee unieke en innovatieve eigenschappen:

1. De app herkent de longaanval in een zeer vroeg stadium door vragen over (luchtweg)klachten in combinatie met “biofeedback” (longfunctie, zuurstofverzadiging en lichaamstemperatuur) en door te leren van eerdere longaanvallen;
2. De app geeft vervolgens direct een persoonlijk behandeladvies zonder tussenkomst van een zorgverlener.

Bij de ontwikkeling van MonitAir bepaalden allereerst patiënten en artsen welke factoren een longaanval kenmerken. Vervolgens ontwikkelden de onderzoekers met behulp van kunstmatige intelligentie een wiskundig model dat met deze factoren het risico op een longaanval kan voorspellen. De betrouwbaarheid van deze voorspelling optimaliseerden de onderzoekers met eerder verzamelde gegevens van wetenschappelijke studies uit binnen- en buitenland én door samen met patiënten nieuwe gegevens van longaanvallen te verzamelen⁸. Het wiskundig voorspelmodel koppelden de onderzoekers daarna aan behandeladviezen die zijn bedacht door huisartsen, longartsen, verpleegkundigen en psychologen. De adviezen hebben betrekking op het ophogen van de luchtwegmedicatie, contact opnemen met de zorgverlener, energie besparen, ademhalingsoefeningen en het starten van prednisolon en/of antibioticum, indien van toepassing. Zorgverleners kunnen de adviezen afstemmen op de persoonlijke situatie van de patiënt. Vervolgens stelden de onderzoekers de betrouwbaarheid van MonitAir vast. Deze bleek erg hoog te zijn; de sensitiviteit was 97%, de specificiteit 66%, de positief voorspellende waarde 13% en de negatief voorspellende waarde 99%. Dit betekent dat MonitAir zelden een longaanval mist

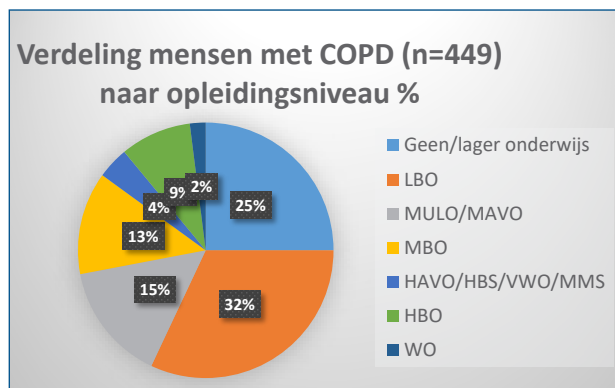
en nagenoeg altijd een juist advies geeft ten tijde van een longaanval, maar bij afwezigheid van een 'echte' longaanval toch genoeg signalen oppikt om de patiënten een behandeladvies te geven. Recent eindigde een gerandomiseerd, gecontroleerd experiment waarin de onderzoekers bij een kleine groep COPD patiënten met twee of meer longaanvallen per jaar het gebruik van MonitAir vergeleken met een papieren actieplan. Patiënten vonden MonitAir erg waardevol en gaven de voorkeur aan MonitAir boven het papieren actieplan. De overige resultaten worden binnenkort verwacht. De gebruiksvriendelijkheid is uitgebreid getest: het invullen van de vragenlijst en het meten van de FEV₁, de saturatie en de lichaamstemperatuur is aan te leren, ook bij (oudere) mensen die geen ervaring hebben met het gebruik van smartphones of tablets.

Binnenkort zal MonitAir beschikbaar zijn voor alle mensen met COPD in Nederland. MonitAir is inmiddels CE-gemarkeerd, zodat duidelijk is dat het product voldoet aan de Europese eisen op het gebied van veiligheid, gezondheid en milieu. Het doel is dat de zorgverzekeraars MonitAir zullen gaan vergoeden. In het komende jaar willen de onderzoekers in ziekenhuizen en huisartsenpraktijken meer informatie gaan verzamelen over het gebruik van de zelftest. Zo hopen zij nog meer inzicht te krijgen in het gebruik, de effecten en de kosten.

De ontwikkeling van MonitAir is tot stand gekomen dankzij subsidies van het Radboudumc, de technologiestichting STW, het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling en een donatie van Boehringer Ingelheim. In 2017 won MonitAir een geldprijs van ZonMw tijdens de verkiezing van de Medische Inspirator publieksprijs.

Hulpmiddelen voor begrijpelijke zorg aan mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en COPD

Naomi Coenraad (projectleider Longfonds) en Lydia Pars (senior projectleider, adviseur Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen)



29 Procent van alle Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden lukt het onvoldoende om informatie over

gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidgerelateerde beslissingen¹. In het algemeen maken mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden meer gebruik van gezondheidszorg, hebben slechtere gezondheidsuitkomsten en zijn minder therapietrouw².

De groep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden bestaat vooral uit mensen met een laag opleidingsniveau, lage sociaaleconomische status en groepen niet-westerse migranten (in het bijzonder uit de eerste generatie). Dit zijn ook de groepen waarbij een verhoogde kans is op een chronische aandoening, zoals COPD. Volgens onderzoek van Nivel³ heeft bijna driekwart van de mensen met COPD ten hoogste een mavodiploma.

Mensen met COPD en beperkte gezondheidsvaardigheden hebben moeite met het uitvoeren van COPD zelfzorg. Goede zelfzorg bij COPD is complex. Het aantal zelfmanagement-taken is groot: medicatie-inname, het in de gaten houden van het verloop van de klachten, het onderhouden van een sociaal netwerk, begrijpen van medische informatie, omgaan met een beperkte energie, stoppen met roken, voldoende bewegen en gezond eten. Uit onderzoek van het Nivel⁴ blijkt dat 24% van de mensen met COPD die langwerkende luchtwegverwijders gebruiken zelf aangeven het voorschrift van hun arts niet te volgen. Daarnaast blijkt dat meer dan 70% essentiële handelingen met een inhalator incidenteel dan wel frequent verkeerd uitvoert. Mensen met een longziekte én beperkte gezondheidsvaardigheden lopen een aantal risico's als het gaat om medicijngebruik: foutief medicijngebruik doordat bijsluiters te ingewikkeld zijn of medicijnen van uiterlijk veranderen, niet begrijpen van uitleg (voordoen en nadoen geeft een beter resultaat) en niet kunnen toepassen van doseerinstructies op het etiket. Als zorgverleners willen we goede en persoonlijke zorg leveren. Huidige zorg sluit niet altijd aan bij de behoeftes van een deze doelgroep. Zo bleek uit een pilot onderzoek dat de vragenlijst van de Ziektelastmeter in zijn huidige vorm nog niet voldoende aansluit bij de capaciteiten van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden⁵.



Hoe kunt u als zorgverlener zorg en zelfzorg bij deze kwetsbare groep verbeteren? Inzicht in de persoon die voor je zit en wederzijds begrip zijn essentieel voor de behandelrelatie. Goede zorg is zorg die is afgestemd op de behoeftes en mogelijkheden van de patiënt. Het Longfonds en Pharos hebben de handen ineen geslagen om tools te ontwikkelen die u hierbij kunnen ondersteunen.

Handboek en training 'ik heb COPD, wat kan ik doen?'

Dit handboek gericht op patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden kunt u inzetten bij de zorg voor mensen

met COPD. Het bevat eenvoudige taal en veel beeldmateriaal. Bij het handboek hoort een gesprekskaart met thema's. Het handboek wordt begeleid door een handleiding en training 'coachende vaardigheden voor bij mensen met COPD en beperkte gezondheidsvaardigheden' voor professionals. Wilt u leren werken met het handboek of het handboek bestellen? Kijk op www.pharos.nl/COPD voor meer informatie.

Het handboek en de trainingen zijn ontwikkeld met mensen met COPD én beperkte gezondheidsvaardigheden, CAHAG, NHG, V&VN en getest bij laaggeletterden.



Trainingen effectieve inhalatie instructie voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.

In samenwerking met mensen met een longziekte en beperkte gezondheidsvaardigheden, CAHAG, IMIS, LAN en V&VN is een training ontwikkeld van een halve dag. In deze training voor zorgverleners wordt met een acteur effectief communiceren over inhalatorgebruik geoefend. Heeft u interesse in deze training? Mail dan training@pharos.nl. Daarnaast komt vanaf 2019 in alle reguliere IMIS trainingen het thema beperkte gezondheidsvaardigheden aan bod.

Conclusie voor de praktijk

- Veel mensen met COPD hebben beperkte gezondheidsvaardigheden.
- Aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheden leidt tot betere zorg, gezondheidswinst voor de patiënt en een reductie van zorgkosten omdat bijvoorbeeld een ziekenhuisopname voorkomen wordt.
- Het Longfonds en Pharos ontwikkelen een handboek en trainingen om de zorgverlener te ondersteunen in de behandeling van mensen met een longziekte en beperkte gezondheidsvaardigheden.

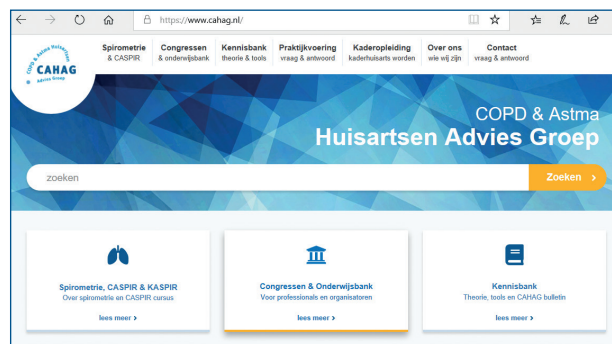
Longfonds: N. Coenraad – naomicoenraad@longfonds.nl

Pharos: L. Pars – l.pars@pharos.nl

Voorbeeld goed beeldmateriaal: www.begrijpjelichaam.nl

CAHAG-zaken

Nieuwe CAHAG-website www.cahag.nl



De CAHAG heeft haar website volledig vernieuwd en staat nu vol met praktische informatie ter ondersteuning van uw astma en/of COPD consulten. Een bezoekje is beslist de moeite waard!

CAHAG CURSUS voor PVK/POH's en huisartsen Amsterdam 21 maart 2019 en Zwolle 11 april 2019

Vertrouwd, bekend en altijd actueel!

In deze cursus ligt de focus zoals altijd op het gericht verbeteren van de geboden zorg bij astma en COPD in de huisartsenpraktijk. Door deze cursus als samenwerkend huisarts en praktijkverpleegkundige/praktijkondersteuner te volgen kunt u samen inspiratie krijgen en ideeën opdoen over waar verbeteringen mogelijk zijn. Afzonderlijk inschrijven kan natuurlijk ook!

Voor meer informatie en opgave: 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. Het CAHAG-bulletin verschijnt 3x per jaar met als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis in de huisartspraktijk. De beschreven standpunten zijn de verantwoordelijkheid van de auteur (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, Cynthia Hallensleben praktijkverpleegkundige/researcher en drs. Marjan Veltman, gezondheidswetenschapper.

Redactie-adres: CAHAG secretariaat Domus Medica, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht cahagsecretariaat@nhg.org

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door een unrestricted grant van de subspansoren Chiesi, Astra Zeneca en de hoofdspansoren:



**Boehringer
Ingelheim**