

Astma en COPD in de huisartsenpraktijk

Drie CAHAG-leden, Lidewij Broekhuizen, Maret Zonneveld en Marjan Veltman hebben, het oude boek *Protocollaire astma en COPD-zorg* (2015) volledig herschreven. Het boek heeft een nieuwe titel gekregen: *Astma en COPD in de huisartsenpraktijk*. Protocollaire zorg past niet meer in de huidige tijd van persoonsgerichte zorg, samen beslissen, het andere gesprek en positieve gezondheidszorg.

Astma en COPD in de huisartsenpraktijk (2021) ondersteunt zowel de huisarts als de praktijkondersteuner bij het volledige spectrum van de zorg voor patiënten met astma en COPD, van de diagnostische tot aan de palliatieve fase. Het geeft praktische handvatten om de nieuwste inzichten uit de NHG-Standaarden Astma bij volwassenen (juni 2020) en COPD (april 2021) in de praktijk toe te passen. Er is aandacht voor persoonsgerichte zorg en de organisatie van de astma- en COPD-zorg, zowel binnen de praktijk als in het multidisciplinaire en transmurale speelveld. Informatie over enkele bijzondere situaties, zoals longproblemen op reis, uitgebreide achtergrondinformatie over spirometrie en medicatie, inhalatie-instructie, handige illustraties en de praktische bijlagen completeren het boek en maken het tot een onmisbaar naslagwerk in de huisartsenpraktijk. Het boek is ook zeer geschikt als lesboek bij de POH- en huisartsopleidingen.

De volledig inhoud van het boek is terug te vinden op:

www.astmacopdindehuisartsenpraktijk.nl

Het boek is een uitgave van Prelum, tot stand gekomen in nauwe samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de CAHAG. ISBN: 9789085621737.

Bestellen: www.geneeskundeboek.nl/nhg



Slimme digitale voorzetkamer maakt inhalatie-instructie op maat mogelijk

Boudewijn Dierick (huisarts-promovendus, Gezondheidscentrum Sûnhûs, Makkum & UMCG), Titia Klemmeier (longverpleegkundige, Martini Ziekenhuis) & Job van Boven (apotheker, universitair docent, UMCG)

Educatie middels een slimme, digitale voorzetkamer helpt mensen beter hun inhalatiemedicatie in te nemen. Dat blijkt uit de OUTERSPACE studie van het UMCG en het Martini Ziekenhuis. De digitale voorzetkamer bestaat uit een sensor voor de traditionele voorzetkamer en meet precies hoe vaak en hoe men inhaleert.

Mensen ondersteunen bij therapietrouw van inhalatiemedicatie is in veel (huisartsen)praktijken een uitdaging. Therapietrouw betekent: op het juiste moment de inhalator correct gebruiken. Verminderde therapietrouw betekent meer ziekenhuisopnames, een lagere kwaliteit van leven en een verminderde levensverwachting.^{1,2} De redenen voor therapie-ontrouw zijn echter per persoon verschillend. Denk aan vergeetachtigheid, het niet nemen als er geen klachten zijn, moeite met het correct innemen, angst voor bijwerkingen of hoge kosten.¹ Ondersteuning op maat is daarom cruciaal en een digitale voorzetkamer kan daarbij helpen.



De slimme digitale voorzetkamer bevordert de therapietrouw.

Digitale voorzetkamer bij mensen met COPD

De digitale voorzetkamer meet het moment van inhalatie, checkt fouten (snelheid en het volume van de ingeademde lucht, de duur van de inhalatie en het moment waarop het medicijn tijdens de inhalatie vrijkomt) en maakt persoonlijke instructies mogelijk. De data wordt opgeslagen op een SD-kaart die de zorgverlener op de PC of iPad kan uitlezen tijdens het consult. Het UMCG en het Martini ziekenhuis hebben de digitale voorzetkamer onderzocht bij 12 mensen met COPD die de voorzetkamer een maand lang gebruikten. Vervolgens keek de longarts of longverpleegkundige samen met de patiënt naar het gebruik en welk aspect beter kon. Men kreeg bijvoorbeeld het advies om minder krachtig in te ademen of juist langer de adem vast

te houden. Dit bleek succesvol: een maand na de persoonlijke instructie werden bij deze patiënten maar liefst 38% minder inhalatie-fouten gezien; met name het te krachtig inademen nam af. Titia Klemmeier, longverpleegkundige in het Martini ziekenhuis en betrokken bij de instructies: 'De digitale voorzetkamer was niet alleen voor ons als zorgverleners erg nuttig, ook de patiënten vonden het erg leuk om te zien hoe ze het deden en hoe zeer ze verbeterden een maand na de instructie.'

Van 'one-size-fits-all' naar persoonlijke instructie

Job van Boven, hoofdonderzoeker van de OUTERSPACE-studie: 'De meeste mensen met astma of COPD zien hun zorgverlener 2 tot 4 keer per jaar. We geven dan een "one-size-fits-all"-instructie over het gebruik van de inhalator. Het goed gebruiken van een inhalator is erg lastig, waardoor 70% van de mensen fouten maakt met inhaleren, dus een slimme oplossing om mensen beter te helpen is zeer welkom. Met de digitale voorzetkamer verkrijgen we digitale data die we gebruiken om persoonlijke feedback te geven, met als gewenst resultaat betere therapietrouw en daardoor betere astmacontrole en lagere ziektelast bij COPD.'

Vervolg studie bij mensen met astma in de eerste lijn

Eind november is een tweede studie met de voorzetkamer van start gegaan die gaat plaatsvinden in 4 huisartsenpraktijken in Friesland bij mensen met astma. 'In deze gerandomiseerde studie gebruikt iedereen de digitale voorzetkamer, maar de huisarts of POH gaat de ene helft persoonlijke educatie geven (op basis van de gebruiksdata) en de andere helft algemene educatie om de verschillen te testen. We kijken hierbij naar therapietrouw en de invloed van de digitale voorzetkamer op ontsteking in de longen, die we in de uitgeademde lucht (middels FeNO) gaan meten', aldus huisarts en UMCG-promovendus Boudewijn Dierick. De resultaten van deze studie worden halverwege 2022 verwacht.

Toekomst

Bij succesvolle studies gaat gekeken worden of de digitale voorzetkamer aan meer mensen kan worden aangeboden. Er moet nog wel worden bekeken voor wie de digitale voorzetkamer kosteneffectief is. Bijvoorbeeld bij patiënten met ernstig astma of COPD en/of om de patiënt bij de start van de behandeling een juist gebruik van de medicatie aan te leren. Of je zou met hulp van de digitale voorzetkamer patiënten eens per jaar kunnen controleren om te checken of de inhalatietechniek nog goed is.

Vaker een relatie tussen longklachten en werk dan gedacht

Heleen den Besten, Long Alliantie Nederland en Eveline Janse, Everlution

Werk kan een bepalende factor zijn bij het ontstaan en verergeren van longklachten. Toch vragen artsen en prak-

tijkondersteuners niet altijd naar blootstelling aan stoffen op het werk. De Long Alliantie Nederland (LAN) startte 2 pilots waarin tijdens consulten actief werd gevraagd naar een mogelijke relatie met werk.



Om de zorg voor patiënten met werkgerelateerde longklachten te verbeteren heeft de LAN, met subsidie van het Ministerie van SZW, 2 pilots 'signaleren beroepslongziekten' opgezet. In 1 pilot werkten 8 huisartsenpraktijken mee van zorggroep Cohesie in Noord-Limburg (eerstelijnszorg). De tweede pilot vond plaats in het Franciscus Gasthuis & Vlietland in Rotterdam (tweedelijnszorg).

In beide pilots werden signaleringsvragen gesteld aan de patiënt. Vrijwel alle betrokkenen waren het erover eens dat het een eye-opener was; de factor arbeid was voorheen een onderschat thema. Hoewel de pilot is afgelopen, bevragen ze hun patiënten nog steeds op arbeid.

Samenwerking leidt tot andere adviezen

Casuïstiek waarbij op basis van 4 signaleringsvragen een relatie met werk werd vermoed, werd door de huisarts ingebracht in een multidisciplinair overleg (MDO). Hier waren zowel een kaderhuisarts astma/COPD, longfunctie-analist, longarts als bedrijfsarts aanwezig. Soms werd een arbeidshygiënist geconsulteerd. Deze deed indien nodig werkplekonderzoek. Daarbij wordt gekeken naar blootstelling aan stoffen in relatie tot de klachten. Werkplekonderzoek wordt aangevraagd door de bedrijfsarts. Uit de pilots bleek dat de combinatie van specialistische kennis van de ARBO-deskundigen en de artsen van grote waarde kan zijn bij het geven van een gericht advies aan de patiënt. Zo werden goede resultaten behaald bij patiënten door het gebruik van andere schoonmaakmiddelen, het vervangen van een hoogpolige vloerbedekking of betere luchtventilatie. Door als huisarts of praktijkondersteuner patiënten bijtijds te informeren, kunnen op het werk, via de bedrijfsarts of werkgever, maatregelen worden genomen. Door vroegtijdig mogelijke risico's te signaleren, kan de mogelijke oorzaak van klachten worden ontdekt en verergering van klachten en het gebruik van extra medicijnen worden voorkomen.

Contact met de bedrijfsarts

Bij vermoedens van werkgerelateerde klachten is het zinvol om patiënten te adviseren contact op te nemen met de eigen bedrijfsarts. Deze kan meedenken met de patiënt, meer vertellen over de risico's van stoffen op de werkplek, helpen met maatregelen om blootstelling te voorkomen, maar ook adviseren over inzetbaarheid. Sommige patiënten zijn huiverig voor contact met de bedrijfsarts uit angst voor verlies van baan of inkomen. Toch is dit niet altijd nodig. De bedrijfsarts heeft een geheimhoudingsplicht en mag geen medische gegevens verstrekken aan de werkgever. Ook kan de patiënt zonder overleg met de werkgever, ook als er nog geen sprake is van verzuim, contact opnemen met de bedrijfsarts. Indien er maatregelen op de werkplek nodig zijn, is overleg met de werkgever zinvol. Dit kan pas na toestemming van de werknemer. Zzp'ers en zelfstandigen kunnen een bedrijfsarts vinden door contact op te nemen met een arbodienst. De zzp'er dient deze kosten zelf te betalen. In sommige gevallen biedt een arbeidsongeschiktheidsverzekering dekking.

Zorgpad werkgerelateerde longklachten

De Long Alliantie Nederland (LAN) ontwikkelt momenteel het zorgpad 'Werkgerelateerde longziekten'. Eind 2022 wordt hier meer over bekend. De resultaten uit de pilots zijn terug te lezen in het rapport 'Pilots signaleren beroepsziekten', waarin ook een managementsamenvatting is opgenomen: www.longalliantie.nl/beroepslongziekten.

Conclusies voor de praktijk

- Vraag bij alle volwassenen met nieuwe, opnieuw ontstane of toegenomen klachten van astma, COPD of rinitis naar het beroep, de stoffen waarmee zij in contact komen en of de klachten buiten het werk verbeteren.
- Verwijs bij het vermoeden van werkgerelateerde astma of COPD naar de bedrijfs- en longarts, omdat een kortere periode van klachten als gevolg van beroepsmatige blootstelling is geassocieerd met een gunstiger beloop en prognose.
- Beschouw medicamenteuze behandeling niet als een geschikt alternatief voor interventie op de werkplek.
- Samenvattingskaart voor huisarts en praktijkondersteuner www.longalliantie.nl/beroepslongziekten/werkenlongen
- Gratis e-learning 'Signaleren beroepsziekten' www.bsl.nl/beroepslongziekten
- Voor patiënten: Werkwijzer van Longfonds www.longfonds.nl/werkwijzer

Overmatig SABA-gebruik bij astmapatiënten

Ingrid Looijmans, kaderhuisarts Astma/COPD, Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra, Utrecht

Kortwerkende bèta2-sympathicomimetica (SABA's) worden veel gebruikt als eerste stap in de medicamenteuze behandeling van astma. Na inhalatie geven SABA's kortdurend verlichting van astmasymptomen, maar ze hebben geen

effect op de onderliggende inflammatie. Daarom wordt toevoeging van een inhalatiecorticosteroid (ICS) geadviseerd bij frequent gebruik van een SABA. In de recente NHG-Standaard Astma bij volwassenen wordt duidelijk aangegeven dat 'het meer dan 2 keer per week gebruiken van een SABA beschouwd moet worden als overmatig gebruik en een teken is van onvoldoende astmacontrole'.¹ Eerdere internationale studies hebben laten zien dat het frequent gebruik van SABA's geassocieerd is met het optreden van complicaties zoals bijvoorbeeld longaanvallen en ziekenhuisopnames.^{2,3} Het is dus belangrijk om patiënten bij wie sprake is van overmatig SABA-gebruik tijdig te herkennen. In eerdere studies hiernaar werden echter zeer wisselende definities voor overmatig gebruik gehanteerd. Daarom hebben wij binnen de Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra (LRJG) in Utrecht onderzoek gedaan naar het overgebruik van SABA's bij volwassenen met astma.

Voor onze studie⁴ hebben we gebruik gemaakt van prescriptiecijfers over de periode 1 juli 2018 tot 1 juli 2019, uit de HIS-en van onze 5 gezondheidscentra. Bij deze gezondheidscentra waren op dat moment in totaal ruim 47.000 patiënten ingeschreven. Alle patiënten met een ICPC-code R96 (astma) en ≥ 18 jaar zijn geïnccludeerd. Patiënten met een dubbele diagnose (astma en COPD) en patiënten die verneveling gebruikten werden geëxcludeerd. Aflevering van de voorgeschreven medicatie werd hierbij gecontroleerd in de database van de apotheken.

De primaire uitkomstmaat was overmatig SABA-gebruik. Alle prescriptiegegevens van verschillende types SABA hebben we gecorrigeerd voor verschillen in dosering en aantal inhalaties per inhalator. Op deze wijze zijn alle types SABA omgerekend naar Salbutamol dosis-aerosol (200 inhalaties per verpakking). Overmatig gebruik is in deze studie gedefinieerd als ≥ 400 inhalaties per jaar, hiermee nog wel ruimte latend voor een extra inhalator voor het gemak. Daarnaast is er ook geregistreerd of patiënten met overmatig SABA-gebruik een ICS-onderhoudsbehandeling gebruikten en of dit minimaal dagelijks gebruik betrof (> 360 inhalaties per jaar).

In totaal werden er 1957 patiënten met de diagnose astma geïnccludeerd van wie 1161 patiënten inhalatiemedicatie gebruikte. In tabel 1 is de gevonden mate van SABA-gebruik weergegeven. Hierbij bleek dat 193 patiënten (25%) ≥ 400 SABA-inhalaties per jaar gebruikte. Van deze patiënten gebruikten 28 patiënten (15%) helemaal geen ICS en 50 patiënten (26%) gebruikten hun ICS niet dagelijks. Bovendien bleek 10% van de patiënten zelfs ≥ 800 inhalaties per jaar te gebruiken.

Zie voor uitgebreidere informatie over deze studie het volledige artikel, gepubliceerd in *Family Practice*.⁴

<https://academic.oup.com/fampra/article-abstract>

Conclusies voor de praktijk

- Onze studie geeft een belangrijk inzicht in het gebruik van inhalatiemedicatie bij astmapatiënten.
- Overmatig SABA-gebruik komt veel voor onder volwassenen met astma en 41% gebruikt geen of onvoldoende ICS.
- Alertheid hierop is van belang, aangezien overmatig gebruik van SABA's een signaal is van slechte astmacontrole. Gedacht kan worden aan samenwerkingsafspraken tussen apotheek en huisarts of extra controle op herhaalrecepten binnen de huisartsenpraktijk. Waarna patiënten met overmatig SABA-gebruik opgeroepen worden voor controle bij de huisarts of POH.

Tabel 1

Aantal patiënten met SABA-gebruik op verschillende niveaus. Overgebruik gedefinieerd als > 400 inhalaties per jaar.

Aantal SABA	Totaal (n = 766)
< 400 inhalaties	573 (75%)
≥ 400 inhalaties	193 (25%)
Geen ICS	28 (15%)
Geen dagelijkse ICS*	50 (26%)
≥ 800 inhalaties	73 (10%)
≥ 1200 inhalaties	26 (3%)

* Gedefinieerd als ≤ 360 inhalaties per jaar.

CAHAG-zaken

Adembenemend 16 wordt gehouden op donderdag 2 en vrijdag 3 juni 2022 in de Heerlijkheid in Ermelo.

Adembenemend is een tweedaagse cursus voor de huisarts met zijn/haar praktijkondersteuner. Tijdens Adembenemend kan de huisarts met zijn/haar POH verschillende workshops volgen waar zij direct concrete afspraken met elkaar kunnen maken of bestaande afspraken kunnen herzien. Deze cursus biedt u adembenemend veel praktische en verdiepende informatie en vaardigheden, gericht op implementatie van uw COPD- en/of astmazorg. Voor meer informatie en opgave: www.cahag.nl

CAHAG actief op LinkedIn

CAHAG is zeer actief op LinkedIn. Iedere week worden interessante nieuwtjes gedeeld. Volg ons ook via www.linkedin.com/company/cahag



Wilt u de eerste zijn die zich kan inschrijven voor de online scholingen van 2022? Volg ons dan op LinkedIn!

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 3 keer per jaar met als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis in de huisartsenpraktijk. De beschreven standpunten zijn de verantwoordelijkheid van de auteur (tenzij anders vermeld) en niet het officiële standpunt van de CAHAG.

Redactie: Roel Wennekes, Irene van der Weerd, beiden (kader)huisarts, Esther Metting (hoofdredacteur), Cynthia Hallensleben en Yvonne Woudenberg, beiden praktijkverpleegkundige/researcher.

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 subsponsor GSK en de hoofdsponsors:

