

Herziene NHG- Standaard Astma bij kinderen, de wijzigingen op een rij

Dr. Lisette le Coq, kaderhuisarts Astma/COPD, hoofdredacteur CAHAG Bulletin



De NHG-Standaard Astma bij kinderen is na acht jaar volledig herzien. Deze standaard geeft richtlijnen voor de diagnostiek, behandeling en monitoring van (een vermoeden van) astma bij kinderen van 0 tot 16 à 18 jaar. In dit artikel worden de belangrijkste wijzigingen besproken.

Diagnostiek

De diagnose astma bij kinderen wordt gesteld op basis van het klinisch beeld. Er is geen gouden standaard. Bij kinderen < 6 jaar is de diagnose astma lastig te stellen. De eerdere adviezen blijven gehandhaafd om terughoudend te zijn met de diagnose. Bij ≥ 2 episodes met expiratoir piepen wordt de symptoomdiagnose “episodisch expiratoir piepen” gesteld, te registreren met ICPD-code R 29.02 (Prikkelbare luchtwegen). Gebruik de ICPD-code R96 (Astma) of R96.02 (Allergisch astma) niet zolang de diagnose niet bewezen is. Vanaf 6 jaar kan bij diagnostische twijfel een spirometrie worden uitgevoerd tijdens klachten. Het advies voor het inzetten van bloedonderzoek op inhalatie-allergenen is veranderd. Dit onderzoek wordt bij kinderen < 6 jaar alleen nog geadviseerd bij twijfel over het starten met een inhalatiecorticosteroid (ICS). Een positieve uitslag maakt de diagnose waarschijnlijker en de start met ICS daarmee legitiem. Bij kinderen vanaf 6 jaar heeft dit onderzoek in de diagnostische fase geen meerwaarde. In de beleidsfase kan dit onderzoek wel zinvol zijn bij onvoldoende duidelijkheid over een allergische oorzaak en bij onvoldoende astmacontrole ondanks gebruik van ICS.

Tweedeling goede en onvoldoende astmacontrole

De driedeling in “goede”, “gedeeltelijke” en “slechte” astmacontrole is vervangen door de tweedeling “goede” en “onvoldoende” astmacontrole. De mate van controle wordt bepaald aan de hand van een aantal kenmerken zoals klachten overdag, klachten tijdens slapen en ervaren beperkingen

tijdens activiteiten. Het gebruik van een speciale kindervanglijst, zoals de C-ACT (4-11 jaar) of vanaf 12 jaar de ACT of ACQ6 kan hierbij behulpzaam zijn.

Overmatig gebruik van kortwerkende luchtwegverwijders (SABA) bij sportende kinderen

De adviezen voor het gebruik van luchtwegverwijders bij kinderen die frequent sporten (geen fietsen of buiten spelen) zijn aangepast. Er wordt onderscheid gemaakt tussen “gepland” en “ongepland” SABA gebruik. Als klachten uitsluitend optreden bij intensieve inspanning (sportwedstrijd of training) en het kind hiervoor “gepland” een SABA gebruikt, dan is dit acceptabel (arbitrair maximum 5x per week) en is er nog steeds sprake van goede astmacontrole. Het starten van een ICS is dan niet nodig.

Afbouwen van Inhalatiecorticosteroiden

Er zijn adviezen toegevoegd om inhalatiecorticosteroiden af te bouwen. Bij goede astmacontrole gedurende tenminste een jaar (rekening houdend met mogelijke seizoensinvloeden) kan overwogen worden om de ICS af te bouwen en eventueel te stoppen. Wees hierbij terughoudend wanneer er sprake is van een ziekenhuisopname, longaanval of orale prednisonkuur in de afgelopen 3 jaar. Na een IC-opname geldt een periode van 5 jaar. Streef naar een stabiele situatie en voorkom herhaaldelijk stoppen en starten met ICS.

Beleid longaanval geactualiseerd

Het beleid bij een longaanval is gewijzigd. De standaard bevat duidelijke instructies voor het gebruik van SABA thuis na een longaanval. Het kind moet elke 3 tot 4 uur 4 inhalaties nemen tot aan de controle de volgende dag. Bij duidelijke afname van de klachten kan de dosering geleidelijk verminderd worden. Bij indicatie voor een orale prednisonkuur (1 mg/kg in 2 giften, max 40 mg/dag) is de duur verkort tot 3 dagen. Alleen bij kinderen met een opname, een longaanval of een eerdere prednisonkuur in de afgelopen 3 jaar blijft de aanbevolen duur 5 dagen.

Conclusies voor de praktijk

- Vraag bij kinderen < 6 jaar alleen nog bloedonderzoek naar inhalatie-allergenen aan bij twijfel over het starten met ICS.
- De eerdere driedeling is vervangen door een tweedeling, er wordt alleen nog onderscheid gemaakt in goede en onvoldoende astmacontrole.
- Als een kind alleen bij intensieve inspanning gepland gebruik maakt van een SABA, dan is het starten van een ICS niet nodig.
- Overweeg het afbouwen van een ICS als er bij een kind gedurende tenminste een jaar sprake is van een goede astmacontrole.
- De instructies voor het gebruik van een SABA thuis na een longaanval zijn verduidelijkt en de duur van een prednisonkuur is verkort tot 3 dagen.

Effectiviteit van telemonitoring bij astma en COPD-patiënten: een narratieve Review

Esther Metting (Data Science Center in Health, UMCG; afdeling huisartsgeneeskunde UMCG), Lizayra Dassen (Faculteit Economie en Bedrijfskunde, Rijksuniversiteit Groningen), Jiska Aardoom (National eHealth Living Lab, Universiteit Leiden; Leids Universitair Medisch Centrum), Anke Versluis (National eHealth Living Lab, Universiteit Leiden; Public Health en Eerstelijns-geneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum), Niels Chavannes (National eHealth Living Lab, Universiteit Leiden; Public Health en Eerstelijns-geneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum).

Er wordt steeds vaker gebruik gemaakt van digitalisering in de zorg. Een voorbeeld hiervan is telemonitoring waarbij op afstand gegevens van de patiënt worden verzameld die worden gebruikt bij de behandeling of diagnostiek. Hoewel telemonitoring veelbelovend is en steeds vaker wordt toegepast, blijft het onduidelijk of het daadwerkelijk leidt tot betere uitkomsten. Het is daarom belangrijk om regelmatig de toenemende publicaties over deze vorm van digitale zorg te vergelijken. Daarom hebben wij een narratieve review uitgevoerd naar de effectiviteit van telemonitoring bij astma- en COPD-patiënten. Hiervoor werden studies geïnccludeerd die maximaal vijf jaar oud waren, waren uitgevoerd bij volwassen patiënten met astma of COPD en waarbij de patiënt zelf een actieve rol speelde bij het verzamelen van de gegevens. Daarnaast hebben we ervoor gekozen om alleen Randomized Controlled Trials (RCTs) te analyseren omdat deze studies bij uitstek effectiviteit onderzoeken.

Uiteindelijk werden dertien artikelen geselecteerd voor deze review: twee astma-artikelen en elf COPD-artikelen. De interventieperiode varieerde van acht weken tot twaalf maanden. Opvallend was de grote variatie in uitkomstvariabelen: haalbaarheid, astmacontrole, inspanningstolerantie, ziekenhuisopname, kwaliteit van leven, exacerbaties, COPD-gezondheidsstatus, therapietrouw, fysieke activiteit, zorggebruik, QALYs, BODE index, stoppen met roken, benauwdheid, longfunctie of zorggerelateerde gebeurtenis (zoals bezoek aan de arts). Daarnaast varieerde de interventiemethode waardoor het vergelijken van deze dertien artikelen een uitdaging was.

We hebben gekeken naar interventies waarbij tenminste op één van de uitkomstparameters een positief effect was gemeten, dit betrof acht studies. Opvallend was dat bij al deze studies een educatieve component aan de telemonitoring interventie was toegevoegd in vergelijking met de vijf studies zonder effect. De gebruikte educatie bestond bijvoorbeeld uit uitleg over het gebruik van de apparatuur, wkelijks telefonisch contact met een verpleegkundige waarbij informatie werd gegeven of educatieve video's in het onlineprogramma.

De studies die haalbaarheid en veiligheid (n=5) hadden geëvalueerd lieten allen zien dat telemonitoring niet leidt tot grote bijwerkingen. Bovendien bleek de implementatie haalbaar.

Zorgverleners ontvingen een automatische waarschuwing als de meting door de patiënt een bepaalde grens overschreed of wanneer de dataverzameling stopte. Slechts in één onderzoek werd de integratie van telemonitoring in het elektronisch patiëntendossier (EPD) beschreven, in de andere studies werd dit niet genoemd, terwijl uit onderzoek is gebleken dat een goede integratie met het EPD een belangrijke voorwaarde is voor duurzame implementatie in de zorg. In twaalf onderzoeken werd ook de therapietrouw geëvalueerd en die liet een grote variatie zien van 52% (Liholt et al.) tot 6% (Vasilopoulou et al.). Het is onduidelijk waar dit verschil door wordt veroorzaakt.

Acht van de elf COPD-studies lieten een positief effect zien op minimaal één uitkomstparameter. Alle effectiviteit studies combineerden telemonitoring met zelfmanagement educatie. Van de vijf negatieve COPD-studies bood slechts één programma educatie. Er zijn kortom aanwijzingen dat de aanwezigheid van educatie de uitkomsten positief beïnvloedt. Er is meer onderzoek nodig om dit effect te kunnen bevestigen. Uit deze studies bleek dat telemonitoring haalbaar en veilig was, al ontbrak informatie over de integratie met het EPD. Deze narratieve review laat vooral zien hoe groot de verscheidenheid in onderzoeksoptzet en rapportage van telemonitoringstudies is. Hierdoor zijn deze onderzoeken moeilijk met elkaar te vergelijken waardoor het lastig blijft om conclusies te trekken betreffende de effectiviteit van telemonitoring in astma en COPD-patiënten op bijvoorbeeld kwaliteit van leven of ziektelast. Kortom: er zijn meer gedegen telemonitoringstudies nodig waarbij zowel klinische, gedragsmatige als organisatorische parameters gemeten worden om een betere vergelijking te kunnen maken.

Implicaties voor de huisartsenpraktijk

- In de studies die zijn gereviewd bleek telemonitoring veilig en haalbaar te zijn.
- Het is lastig om een uitspraak te doen over de klinische effectiviteit omdat de huidige studies zeer heterogeen zijn waardoor een goede vergelijking niet haalbaar is.
- Telemonitoring in combinatie met zelfmanagement educatie heeft de meeste kans van slagen.

Het gebruik van het astma actieplan bij de behandeling van volwassen astmapatiënten

Irene van der Weerd, kaderhuisarts Astma/COPD

Astmaklachten variëren en patiënten zijn niet altijd goed in staat de ernst van klachten op waarde te schatten. In een periode dat het minder gaat, is het extra belangrijk om te weten welke (medicamenteuze) actie patiënten zelf kunnen ondernemen om tijdens de klachten te vermindere-

ren. Hierdoor heeft de patiënt grip op zijn astma en wordt het risico op verslechtering van de astmacontrole verminderd en kan een ziekenhuisopname voorkomen worden. Het gebruik van een persoonlijk astma actieplan helpt hierbij.

In Nederland overlijden gemiddeld per week drie mensen aan astma [1]. Ruim de helft van de mensen met astma heeft zijn klachten onvoldoende onder controle [1]. Vroege herkenning en bewustwording van astmasymptomen kan helpen om beter met astma om te gaan en aldus de kwaliteit van leven te verbeteren.

Een astma actieplan is een individueel, op de patiënt toegesneden, zelfmanagementplan in een 'stoplichtformat'. Het doel is dat de patiënt zelf met hulp van dit plan de astma stabiel houdt, door concrete acties te koppelen aan klachten. Schommelingen in klachten zullen er altijd zijn, maar met tijdig en goed bijsturen is de 'fase rood' met longaanvallen en of een ziekenhuisopname mogelijk te voorkomen. Het is een handig hulpmiddel dat gebruikt kan worden in het contact met de huisarts/praktijkondersteuner en longarts/longverpleegkundige.

Aangezien astma bij iedereen anders verloopt, is het van belang om samen met de patiënt zijn persoonlijke symptomen in kaart te brengen. Wat voel ik, wat kan ik, wat zijn bij mij symptomen van een astmaverslechtering, wat bemerk ik dan, hoe herken ik dat het slechter gaat en wat kan ik dan zelf doen en wanneer schakel ik hulp in. Dit wordt door patiënt en zorgverlener samen vastgelegd in het astma actieplan. Ook is het van belang aandacht te hebben voor de valkuilen als te lang doorgaan, over grenzen gaan en geen nee kunnen zeggen. Deze valkuilen hebben een ongunstige invloed op het verslechteren van de astmacontrole.

De **GROENE** fase beschrijft de stabiele situatie die voor jou 'normaal' is.

De **GELE** fase is de situatie waarin de klachten iets toenemen. Dit is het moment waarop je actie moet ondernemen.

In de **ORANJE** fase zijn de klachten verergerd en houden ze meer dan twee dagen aan. Neem direct contact op met je zorgverlener.

De **RODE** fase beschrijft de situatie waarin je gezondheidssituatie ernstig verslechtert. Neem direct contact op met de huisartsenpost of **112**.

Universele AAP van VND, LAN en Longfonds

Belangrijk is dat de patiënt zich in het astma actieplan herkent en er werkelijk een handvat aan heeft.

Het astma actieplan is ontwikkeld door een multidisciplinaire werkgroep van de astmaVereniging Nederland en Davos (VND) en Long Alliantie Nederland (LAN) in samenwerking met het Longfonds. Met betrokkenheid van beroepsverenigingen CAHAG, NVALT, NVK-SKL, KNMP en V&VN. Het astma actieplan wordt gedragen door 0^e, 1^e, 2^e en 3^e lijn (redactie: met de 0^e lijn worden mantelzorgers/familie bedoeld).

Het persoonlijk astma actieplan is sinds mei 2022 gratis beschikbaar via de website van patiëntenorganisaties VND en Longfonds; <https://nederland-davos.nl/persoonlijk-astma-actie-plan/> en <https://bestellen.longfonds.nl/product/astma-actieplan/>. Er is zowel een printversie als een digitaal invulbare PDF-versie beschikbaar.

Conclusies voor de praktijk

- Astma is een ziektebeeld dat bij iedere patiënt anders verloopt en vraagt om een persoonlijke benadering.
- Vastleggen van persoonlijke symptomen die kunnen wijzen op verergering van astma is van belang om patiënten de regie te geven om op deze symptomen te reageren om de kans op een ernstig ziektebeloop te minimaliseren.
- Met een astma actieplan hebben patiënt en zorgverlener grip op de astma en is duidelijk hoe en op welk moment te handelen.
- Het astma actieplan wordt gebruikt in 0e, 1e, 2e en 3e lijn en ondersteunt de transmurale samenwerking.

COVID Box in de eerste lijn: thuismonitoring bij COVID-19 geïnfecteerde patiënten

Nicoline van Hattem (Arts-in-opleiding tot huisarts en onderzoeker LUMC Leiden) en Sofie Willems (Assistent Professor LUMC National eHealth Living Lab (NeLL) Leiden)

Tijdens het begin van de COVID pandemie nam de druk op de zorg in rap tempo toe. Reguliere zorg moest door overvolle ziekenhuisafdelingen en intensive care units worden afgeschaald. Om ziekenhuizen te ontlasten werd er daarom buiten de muren van het ziekenhuis gekeken naar het op afstand monitoren van patiënten in de thuis-situatie. Een dergelijk project betrof het gebruik van de COVID Box: deze box bevatte een thermometer, saturatiemeter, bloeddrukmeter en een smartphone. Met behulp van de COVID Box werden patiënten die zich op de eerste hulp hadden gepresenteerd met COVID, thuis in de gaten gehouden door middel van telemonitoring vanuit het ziekenhuis. Het gebruik van de COVID Box leidde tot een daling van 30 % in het aantal opnames in de eerste coronagolf (1).

Ook in de eerste lijn nam het gebruik van eHealth toe in de eerste periode van de pandemie (2). De combinatie van de positieve ervaringen met de COVID Box in de tweede lijn/ziekenhuis en de toename van het gebruik van e-health in de eerste lijn zorgde voor de ontwikkeling

van de COVID Box voor de eerste lijn. Patiënten met een bewezen COVID infectie die de huisarts beter wilde monitoren i.v.m. hoge leeftijd, een verhoogd risico op een gecompliceerd beloop en/of het klinisch beeld van de patiënt (verlaagde saturatie, lang aanhouden van koorts, tekenen van uitputting) kwamen voor de COVID Box in aanmerking.

In de regio Katwijk en Sassenheim werd hiermee een pilot uitgevoerd. Via ZorgDomein kon de huisarts een COVID patiënt verwijzen naar thuiszorgorganisatie Marente (Zuid-Holland). De volgende dag kreeg de patiënt de COVID Box thuis. De patiënt moest drie keer per dag bloeddruk, saturatie en temperatuur invoeren op een Ipad en er werd dagelijks contact opgenomen door een verpleegkundige via beeldbellen om de meetwaarden en de klachten te bespreken. Patiënten werden geïnstrueerd om bij toename van klachten dan wel bij afwijkende streefwaarde contact op te nemen met Marente en tijdens de nachten met de HAP. De verpleegkundige van Marente overlegde met de eigen huisarts van de patiënt bij een niet pluisgevoel of bij klinische achteruitgang. De thuismonitoring stopte als een patiënt werd opgenomen dan wel wanneer de patiënt hersteld was.

In de periode van december 2020 t/m juni 2021 werden 56 patiënten behandeld met de eerstelijns COVID Box. Van deze patiënten zijn er 17 alsnog ingestuurd naar het ziekenhuis en opgenomen in verband met complicaties ten gevolge van de COVID infectie. Tijdens deze pilot hebben 21 huisartsenpraktijken patiënten verwezen naar de thuiszorgorganisatie voor de COVID Box. Alle deelnemende huisartsen waren positief over de praktische inzetbaarheid van de COVID Box. Om te evalueren of de COVID Box daadwerkelijk de druk op de SEH kan verlichten door ervoor te zorgen dat de patiënt op de juiste plek gemonitord en indien nodig behandeld wordt, is er een nader wetenschappelijk onderzoek aan deze pilot gekoppeld. De resultaten hiervan worden dit najaar verwacht.

CAHAG-zaken

20 april 2023 | CAHAG-Conferentie | Hotel Theater Figi te Zeist.

SAVE THE DATE

12e CAHAG Conferentie

20 APRIL 2023
FIGI THEATER, ZEIST

Astma zorg onder controle:
van diagnostische zekerheid tot behandelbare kenmerken

Accreditatie wordt aangevraagd bij de volgende verenigingen

- CvAH
- NVVPO
- V&VN
- NVALT

Congresorganisatie door: TWO HANDS EVENTS

CAHAG

CAHAG actief op LinkedIn

CAHAG is zeer actief op LinkedIn. Iedere week worden interessante nieuwtjes gedeeld.

Volg ons ook via

<https://www.linkedin.com/company/cahag>



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:

Lisette le Coq (kader)huisarts en hoofdredacteur, Agnes Bruinsma praktijkverpleegkundige, Roel Wennekes (kader)huisarts, Irene van der Weerd (kader)huisarts en Yvonne Woudenberg, praktijkverpleegkundige/researcher

Redactie-adres:

CAHAG secretariaat Domus Medica,

Postbus 3231, 3502 GE Utrecht

E-mail: secretariaat@cahag.nl

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door een unrestricted grant van de subsponsor GSK en de hoofdsponsors:

AstraZeneca

Chiesi
People and Ideas for Innovation in Healthcare

Boehringer
Ingelheim