

Proficiat! Tien nieuwe kaderhuisartsen afgestudeerd

Tien kersverse kaderhuisartsen staan klaar om uw vragen op het gebied van astma en COPD te beantwoorden. Op de site van CAHAG kunt u alle kaderhuisartsen per regio vinden ([Waar vind ik een kaderhuisarts Astma/ COPD | CAHAG.](#))

U kunt bij de kaderhuisarts terecht voor vragen over diagnostiek, behandeling en monitoring van astma en COPD en hoe dat te organiseren in uw praktijk. Ook wanneer u een activiteit op het gebied van de longzorg wilt opzetten of organiseren in uw regio, kunt u de kaderhuisarts om advies vragen. Denk bijvoorbeeld aan scholing of de implementatie van een astma aanvalsplan. Bij twijfel gewoon vragen. De kaderhuisarts adviseert op basis van recente NHG-richtlijnen, denkt mee vanuit de huisartsgeneeskundige optiek en is op de hoogte van wat er in de eerste lijn mogelijk is.

Heeft u zelf affiniteit met de longzorg dan kunt u zich nog aanmelden voor de opleiding die in juni 2023 begint. (Zie www.cahag.nl/kaderopleiding voor uitgebreide informatie.) Belangrijk om te weten is dat de opleiding niet alleen bedoeld is voor praktijkhoudende huisartsen, maar juist ook voor vaste waarnemers in een regio of huisartsen in dienstverband.



Klimaatvriendelijk voorschrijven

Judith Vermeulen, huisarts en kaderarts astma/COPD, Jolien Visser, longconsulent en verpleegkundige in opleiding tot specialist (VIOS)

Ook in de gezondheidszorg zijn we ons de laatste jaren meer bewust van het feit dat we beter voor de aarde moeten zorgen. Wereldwijd is de door de gezondheidszorg veroorzaakte uitstoot van CO₂ 4 procent.¹ In Nederland is dit 7 procent.² De helft van deze uitstoot wordt veroorzaakt door geneesmiddelen. Zorgverleners kunnen op een eenvoudige manier bijdragen aan dit groeiende klimaatprobleem door rekening te houden met de CO₂-voetprint bij de keuze van een type inhalator, indien de gezondheidstoestand van de patiënt dat toelaat.

Broeikasgassen en drijfgassen

De mens zorgt door zijn handelen voor de uitstoot van verschillende soorten broeikasgassen, waarvan CO₂ de bekendste is. Fluorgassen zijn de sterkste broeikasgassen op aarde.⁶ De bekendste hiervan zijn HFK's en PFK's in airco's, koelkasten en drijfgassen in spuitbussen. Ongeveer vier procent van de fluorgassen komt op het conto van de drijfgassen in dosisaerosolen (pMDI's).⁷

CFC 11 en CFC 12 waren de eerste drijfgassen en werden in 1987 verboden, omdat CFC de ozonlaag afbreekt. Pas 20 jaar later was de wereld CFC-vrij.^{3,8} De huidige drijfgassen breken de ozonlaag niet af, maar hebben wel een krachtig broeikaseffect.⁸

Voor patiënten met astma en COPD heeft de opwarming van de aarde nog meer gevolgen: langere seizoenen van allergieën en pollen, zomersmog en luchtvervuiling.^{3,9}

Momenteel wordt onderzocht of de huidige drijfgassen in dosisaerosolen kunnen worden vervangen door nieuwere drijfgassen (HFO 1234ze en HFA 152a), omdat deze een stuk minder opwarmingsvermogen hebben (tabel 1).^{5,8}

Tabel 1

Broeikaseffect van huidige en toekomstige drijfgassen afgezet tegen CO₂⁶

Name	Global warming potential
CO ₂ (carbon dioxide)	1
HFO 1234ze (potential new propellant in future MDLs)	<1
HFA152a (potential new propellant in future MDLs)	138
HFA-134a (used in most current MDLs)	1300
HFA-227ea (used in most current MDLs)	3350
CFC-11 (previously used in MDLs)	4660
CFC-12 (previously used in MDLs)	10200

De gemiddelde uitstoot per dosisaerosol is vergelijkbaar met de uitstoot van 18 kg CO₂. Tervergelijking: per poederinhalator is de uitstoot gemiddeld 0,7 kg CO₂. Daarmee ligt de uitstoot van de dosisaerosol gemiddeld 25 keer hoger dan van een poederinhalator! De uitstoot bij dosisaerosolen wordt voor 95% veroorzaakt door daadwerkelijk gebruik van de inhalator en door verspilling.¹⁰

Wat kunnen we doen in de klinische praktijk?

De impact van drijfgassen in combinatie met het feit dat de dosisaerosol wereldwijd de meest gebruikte inhalator is, draagt bij aan de grote CO₂-voetprint.^{5,11} De huidige NHG-standaarden Astma bij volwassenen¹² en COPD¹³ zeggen daarom: "een algemeen bezwaar tegen aerosolen is dat ze een sterk milieubelastend broeikasgas bevatten".

In 2020 gebruikten in Nederland 1,4 miljoen patiënten een dag-totaal van 460 miljoen inhalaties. De helft hiervan bestond uit dosisaerosolen. In Zweden gebruikt ruim 80% een poederinhalator.¹¹ Medisch gezien is het dus mogelijk om duurzamer voor te schrijven. Wanneer men kinderen jonger dan 7 jaar en de mensen met weinig inhalatiekracht uitsluit, kan zo'n 70% van de dosisaerosolen worden omgezet naar een poederinhalator. Dit zou ruim 80 miljoen kg CO₂ uitstoot per jaar kunnen besparen, wat overeenkomt met de uitstoot van 4000 huishoudens!¹⁴

Longpatiënten vinden de milieuvriendelijkheid van de behandeling een belangrijk criterium: 60% van de patiënten wil zijn inhalator omzetten naar een ander device vanwege milieuvriendelijke redenen, 20% zou dit overwegen.⁸

Naast de CO₂-voetprint van inhalatoren, draagt ook therapietrouw bij aan een kleinere CO₂-voetprint. Een goed ingestelde patiënt, die zijn inhalator effectief en op de juiste wijze gebruikt, heeft immers een lagere medische consumptie.⁸

Aanbevelingen voor de praktijk

- Betrek de patiënt bij de keuze van het device, benoem hierbij de milieuaspecten. Shared-decision-making bevordert de therapietrouw.¹⁵
- Wanneer het kan en mogelijk is, heeft een poederinhalator de voorkeur.
- Voorkom verspilling van inhalatiemedicatie door een dosisaerosol met teller voor te schrijven. Gebruik anders de Countair of een eenvoudiger maar effectieve breitteller rondom de dosisaerosol.

Voor de dagelijkse praktijkvoering geldt daarom het volgende advies: **Een poederinhalator als het kan; een dosisaerosol als het moet!**

Volwassenen met aangeboren longziekte blijven volgen

Lieke Kamphuis, Lidewij Visser, Arnold Duiniveld, allen longarts Afdeling Longgeneeskunde Erasmus MC

Kinderen met een aangeboren longziekte bereiken tegenwoordig steeds vaker de volwassen leeftijd door verbeterde behandelingen. Elke volwassene met een aangeboren longziekte zou gescreend moeten worden om te beslissen of langdurige follow-up noodzakelijk is. Door deze kinderen ook na hun 18^e jaar te blijven volgen, wordt gezondheidsschade voorkomen.

Longarts Lieke Kamphuis begon in 2019 met poliklinische zorg voor volwassenen met congenitale en perinatale longziekten, ook wel CPL-patiënten genoemd. Momenteel zorgt het Expertisecentrum CPL voor meer dan 450 patiënten uit binnen- en buitenland en bestaat het behandelteam uit drie longartsen.

Sinds het gebruik van hartlongmachines (zogenoemde ECMO) in de jaren '90 is de sterfte bij kinderen met aangeboren longziekten verminderd: zij worden vaker volwassen. Er bestond echter nog geen standaardcontrole voor volwassenen met deze longziekten. Het gevolg is dat zij vaak in een laat stadium bij een longarts komen, als de longen geregeld al onomkeerbare schade hebben. Het expertisecentrum CPL moet dit voorkomen. Door deze groep patiënten nauwkeuriger te blijven volgen, kan gezondheidsschade worden voorkomen.

De meest voorkomende ziektebeelden in het expertisecentrum zijn: bronchopulmonale dysplasie (BPD/onderontwikkeling van de longen door vroeggeboorte), congenitale hernia diafragmatica (aangeboren breuk in het middenrif), waardoor longhypoplasie (minder ontwikkelde longen) en slokdarmatresie (afgesloten slokdarm met verbinding met de luchtpijp).

Met enige regelmaat wordt er een ernstige luchtwegobstructie (FEV₁ van 30% is niet ongewoon), ernstige restrictief gestoorde longfunctie of een tracheomalacie (slappe luchtpijp) gezien. Afhankelijk van de ziektelast en de ernst van de aandoening wordt de patiënt laagfrequent dan wel hoogfrequent teruggezien en wordt er een behandeling opgestart. Door toename van de naamsbekendheid neemt de frequentie van verwijzingen uit andere (kinder)ziekenhuizen toe. Tevens weet de oudere CPL patiënt het expertisecentrum beter te vinden via de diverse patiëntenverenigingen en andere medisch specialisten. Idealiter gaat de eerste lijn een belangrijke rol spelen in het voorkomen van gezondheidsschade in het CPL cohort. Elke volwassene met een aangeboren longziekte zou gescreend moeten worden waarna besloten wordt of verdere follow-up noodzakelijk is. CPL patiënten herkennen met enige regelmaat hun eigen klachten niet en accepteren derhalve een verminderd uithoudingsvermogen of benauwdheidsklachten. Ze zijn immers met deze longen geboren. Een extra argument

voor een verwijzing naar het CPL centrum is de grote overlap van klachten tussen CPL aandoeningen en astma of COPD. Bij de screening is hier ruime aandacht voor en wordt eventueel de behandeling aangepast of opgestart.

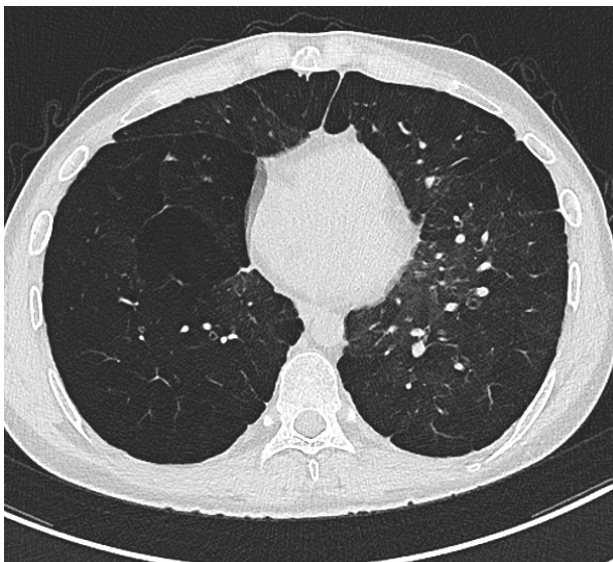
Het expertisecentrum is wereldwijd het enige centrum voor volwassen patiënten met een CPL. Vooralsnog zijn er over deze patiëntencategorie weinig wetenschappelijke data beschikbaar en zijn er geen internationale behandelrichtlijnen. Door iedere patiënt gestructureerd volgens zorgpaden te zien en te includeren in onze database hopen wij op termijn de opgedane praktische kennis te onderbouwen met harde wetenschappelijke data en internationale richtlijnen op te kunnen stellen voor de follow-up en behandeling.

Conclusies voor de praktijk

- Er bestaat een grote overlap van klachten tussen CPL ziekten en astma of COPD.
- CPL patiënten herkennen met enige regelmaat hun klachten niet.
- CPL patiënten staan regelmatig niet onder controle van een medisch specialist.
- Bespreek met iedere volwassen CPL patiënt een verwijzing voor verdere screening om zo gezondheidsschade te voorkomen.
- Verwijzen is mogelijk vanaf 17-jarige leeftijd via zorgdomein naar de polikliniek Longziekten in het Erasmus MC.

Figuur 1.

Een voorbeeld van een CT-scan van een patiënt met bronchopulmonale dysplasie (BPD), waarop de “emfysemateuze” gebieden duidelijk zichtbaar zijn.



AsthmaOptimiser: Online tool te gebruiken tijdens het astma spreekuur

Janwillem Kocks (professor, huisarts, GPRI) & Yoran Gerritsma (senior Onderzoeker, GPRI)

Het doel van de behandeling van astma is dat astma onder controle is en blijft. Of een patiënt zijn astma onder controle heeft, hangt van veel zaken af waaronder inhalatietechniek, therapietrouw, maar ook werkgerelateerde klachten en comorbiditeit, doorgemaakte longaanvallen en longfunctie. Deze diverse oorzaken bemoedigen het structureren van een astmaconsult en het bepalen wanneer iemand doorverwezen moet worden naar de tweede lijn. De AsthmaOptimiser, een e-health tool, ondersteunt bij het gestructureerd uitvoeren van het astma spreekuur. In het CAPTURE-praktijkproject, uitgevoerd door het General Practitioners Research Institute (GPRI), werd gebruik gemaakt van de online AsthmaOptimiser. Het doel van dit praktijkproject was tweeledig: enerzijds nagaan wat de tool oplevert aan adviezen op gebied van astma management en anderzijds om de ervaringen van de gebruikers in kaart te brengen.

De AsthmaOptimiser is een e-health tool die ingevuld wordt tijdens het consult. In de tool staan vragen over het aantal kuren systemische corticosteroïden dat is voorgeschreven in het afgelopen jaar, welke inhalatiemedicatie wordt gebruikt en hoeveel inhalatoren zijn opgehaald bij de apotheker in het afgelopen jaar (deze gegevens worden opgehaald vanuit het HIS). Door middel van een koppeling met inhalatorgebruik (<https://inhalatorgebruik.nl/nl/home>) wordt automatisch de juiste instructievideo voor de gekozen inhalator getoond. Daarnaast worden in de tool ook vragen gesteld over prikkels, comorbiditeit en sociaaleconomische omstandigheden. Na het invullen van deze vragen krijgt men direct een behandeladvies (figuur 1), zoals bijvoorbeeld “bespreek therapietrouw”, “overweeg verlaging van inhalatie corticosteroïd (ICS)” of “overweeg doorverwijzing naar een specialist”. Deze behandeladviezen zijn gebaseerd op de GINA richtlijnen¹ en de NHG standaard Astma bij volwassenen². De tool geeft een samenvatting van de antwoorden, welke in de vorm van een laboratoriumuitslag verstuurd wordt naar het HIS.

In de CAPTURE-studie zijn 220 patiënten met astma geïnccludeerd, waarvan 132 (60%) met ongecontroleerd astma (ACQ > 0,75). Binnen deze groep met ongecontroleerd astma werd er o.a. bij 32 (24%) mensen het advies gegeven om de therapietrouw te bespreken, bij 32 (24%) het advies om de inhalatie ICS-dosering te verhogen en bij 45 (34%) het advies om doorverwezen te worden naar een specialist. De voornaamste reden voor doorverwijzing was een combinatie van lage therapietrouw en toename van astmaklachten op het werk.

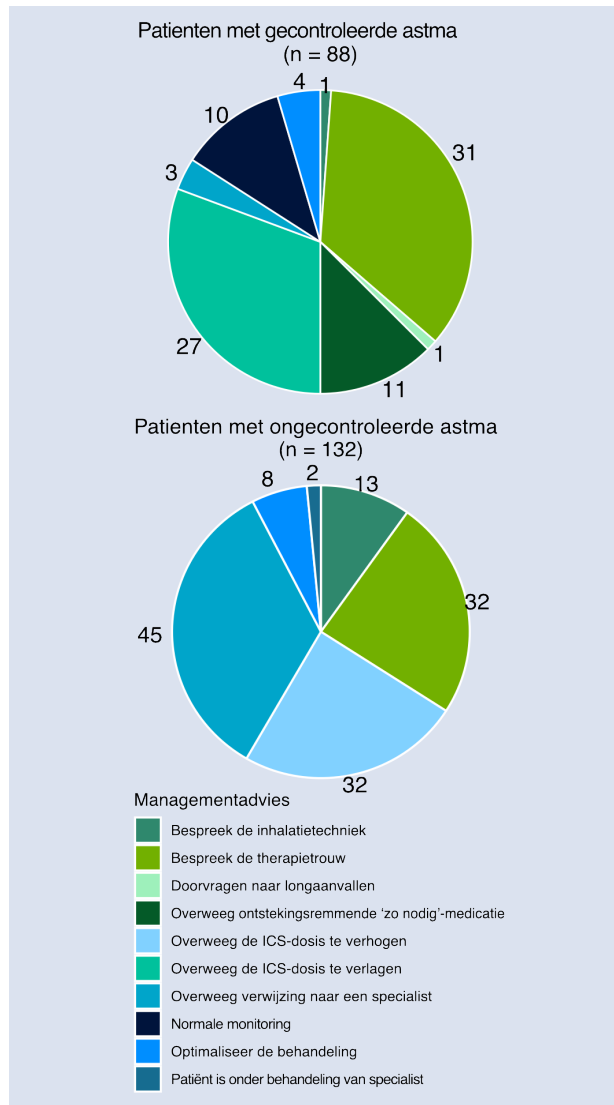
Naast dit kwantitatieve onderdeel zijn ook zorgprofessionals geïnterviewd over het gebruik van de AsthmaOptimiser. Zij gaven aan dat de tool gemakkelijk is in het gebruik door de koppeling met het HIS en door de duidelijke opzet van de tool. Hierdoor biedt deze tool structuur aan het astmaconsult.

Er werden ook een aantal tekortkomingen opgemerkt, zoals bijvoorbeeld het feit dat men de vragen in een vaste volgorde moest doorlopen. Deze feedback is meegenomen naar de ontwikkelaars van de tool en wordt gebruikt voor een verbeterde versie die in het eerste kwartaal van 2023 zal worden opgeleverd. GPRI is momenteel met zorggroepen in gesprek om de tool beschikbaar te maken voor huisartsenpraktijken. Er wordt momenteel nagedacht samen met het zorginstituut om een vergoeding hiervoor te organiseren.

Conclusies voor de praktijk

- De AsthmaOptimizer is gemakkelijk in het gebruik en biedt structuur aan het astma consult, waardoor de astmacontrole wordt geoptimaliseerd.
- De tool geeft direct een behandeladvies volgens de huidige richtlijnen, bijvoorbeeld advies wanneer je moet doorverwijzen naar een longarts.

Figuur 1: Astma managementadvies vanuit de tool.



CAHAG-zaken

20 juni 2023 CAHAG-cursusdag | De Eenhoorn te Amersfoort
 Meer info hierover is nog niet bekend maar verschijnt binnenkort op cahag.nl

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, Yvonne Woudenberg, praktijkverpleegkundige/researcher en Annemie Philipsen CAHAG-coördinator

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 hoofdsponsors:

