

De Ziektelastmeter voor astma

Esther Boudewijns & Annerika Gidding-Slok (onderzoekers - Universiteit Maastricht)

De ballonnen mogen weer de lucht in, want de Ziektelastmeter is nu ook beschikbaar voor mensen met astma! De Ziektelastmeter helpt om patiënten meer te betrekken bij het consult, door ziektelast te meten en weer te geven middels ballonnen (figuur 1). Ook ondersteunt deze bij gezamenlijke besluitvorming en het maken van een individueel zorgplan dat past bij de patiënt.

Uitbreiding van de Ziektelastmeter

In 2014 is de Ziektelastmeter COPD ontwikkeld. Onderzoek liet zien dat gebruik van de Ziektelastmeter COPD leidt tot significant verbeterde kwaliteit van leven en ervaren kwaliteit van zorg [1]. Uit interviews met patiënten en zorgverleners bleek dat de Ziektelastmeter een waardevolle bijdrage levert in de dagelijkse praktijk [2]. Vanwege de positieve resultaten en vraag uit het veld is besloten de Ziektelastmeter uit te breiden naar een tool die ook toepasbaar is voor mensen met andere chronische aandoeningen: de Ziektelastmeter voor Chronische Aandoeningen [3]. Deze bestaat uit een generiek deel, met vragen die voor iedereen met een chronische aandoening relevant kunnen zijn, zoals vermoeidheid, fysieke beperkingen en seksualiteit. Ook zijn er vragen over leefstijl, zoals rookgedrag en beweeggedrag. Aan het generieke deel en het leefstijldeel worden één of meerdere ziektespecifieke delen toegevoegd. Er zijn nu modules voor COPD, astma, hartfalen en diabetes type 2. Tevens is er een open vraag toegevoegd, zodat de patiënt zelf nog andere relevante zaken kan inbrengen. Een deel van deze gegevens wordt geëxtraheerd uit het HIS en de rest wordt door de patiënt zelf thuis ingevuld. Het bespreken van de Ziektelastmeter is onderdeel van het consult.

Wat zit er in de astmamodule?

Een persoon met astma krijgt het generieke deel, het leefstijldeel en het ziektespecifieke deel voor astma. Deze worden samengevoegd tot een vragenlijst en een ballonnenfiguur. Het generieke deel bevat zeven domeinen: lichamelijke beperkingen, vermoeidheid, nachtrust, gevoelens, seksualiteit, relaties, werk en medicijnen. Het leefstijldeel bevat vier domeinen: gewicht (BMI), bewegen, alcohol en roken. Het astmadeel bevat drie domeinen: astmaklachten, neusklasten en longaanvallen.

Wat is er onderzocht?

De Ziektelastmeter voor Chronische Aandoeningen is ontwikkeld door middel van een literatuurstudie, interviews met zorgverleners en patiënten en meetings met een expertgroep [3]. Onderzoek liet zien dat de Ziektelastmeter voor Chronische Aandoeningen valide en betrouwbaar is [4]. Een onderzoek naar de effectiviteit van de Ziektelastmeter in de huisartsenpraktijk is recentelijk afgerond. Ook is een studie uitgevoerd naar de implementatie in de dagelijkse praktijk en zijn er interviews gehouden met

patiënten. De resultaten van deze onderzoeken worden binnenkort gepubliceerd in wetenschappelijke tijdschriften.

En nu?

Omdat er bewijs is voor de effectiviteit van de Ziektelastmeter voor Chronische Aandoeningen, is de volgende stap de Ziektelastmeter te implementeren in de dagelijkse praktijk. De Ziektelastmeter voor Chronische Aandoeningen is reeds beschikbaar om in te bouwen in de HISsen/KISsen. Of deze ook daadwerkelijk beschikbaar komt, is afhankelijk van de bedrijven achter de informatiesystemen. Hierbij is de vraag vanuit zorgverleners heel belangrijk. Oftewel, we zouden zorgverleners graag willen oproepen: als je de Ziektelastmeter wilt gebruiken, vraag er dan om bij je zorggroep of management.

Conclusies voor de praktijk

- De Ziektelastmeter is nu ook geschikt voor andere chronische aandoeningen, waaronder astma.
- De Ziektelastmeter is beschikbaar voor implementatie in HISsen en KISsen. Of dit gebeurt is afhankelijk van bedrijven van informatiesystemen en zorgverleners/zorggroepen.

Figuur 1 ziektelastmeter



Is het aantal circulerende eosinofielen in het bloed geschikt als biomarker om niet-geïndiceerd ICS gebruik terug te dringen bij COPD patiënten?

*J.M. van Koeveringe, MSc
Prof Dr O. van Schayck*

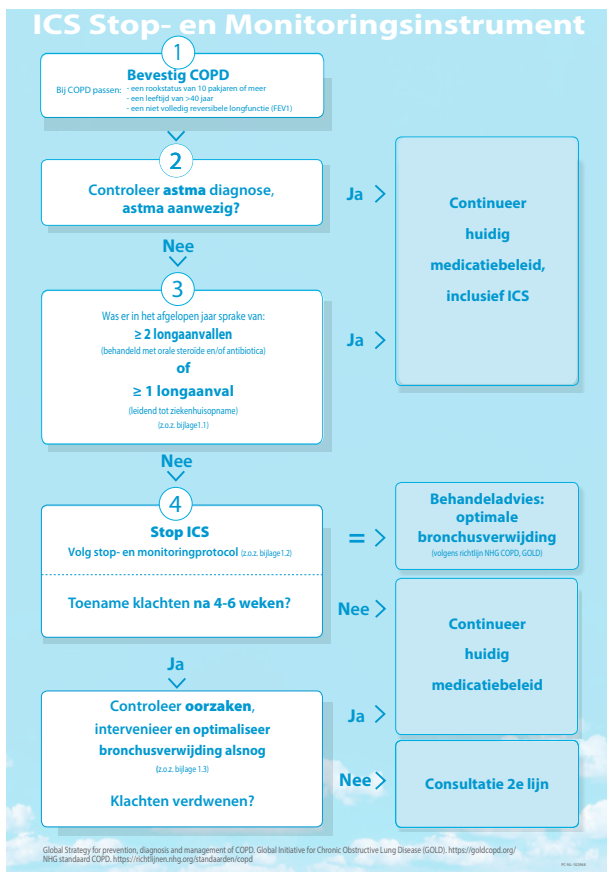
Veel COPD-patiënten gebruiken inhalatiecorticosteroiden (ICS) ondanks dat daar geen duidelijke indicatie voor is. De herziene NHG standaard COPD^[1] raadt aan om ICS beperkt voor te schrijven. Desalniettemin is er nog steeds sprake van overbehandeling en ontbreekt het de praktijk aan effectieve interventies om niet geïndiceerd ICS-gebruik terug te dringen. Bekend is dat overbehandeling van ICS leidt tot onnodige zorgkosten en een verhoogd risico op bijeffecten zoals

pneumonie en osteoporose. Het terugdringen van niet-geïndiceerd ICS-gebruik bij COPD-patiënten is noodzakelijk om de kwaliteit en efficiëntie van de individuele zorg te verbeteren.

ICS Stop- en Monitoringsprotocol

Het ICS Stop en Monitoringsprotocol begeleidt gepast gebruik van ICS zoals beschreven in de NHG standaard COPD [figuur]^[2]. Dit instrument bestaat uit een stroomschema met vragen over de symptoomlast van de patiënt. Een stoptraject wordt niet ingezet bij patiënten met een dubbele diagnose astma-COPD, bij twee of meer longaanvallen behandeld met antibiotica en/of orale steroïden of een longaanval leidend tot ziekenhuisopname in het afgelopen jaar. De POH of huisarts monitort vervolgens de klachten van de patiënt gedurende en na het stoptraject.

Figuur 2 ics stop en monitoringsinstrument



Metten van eosinofielen

Verschillende studies tonen aan dat het meten van circulerende eosinofielen in het bloed kan bijdragen aan het maken van de juiste afweging om ICS al dan niet te staken^{[3][4]}. Desondanks maakt deze meting geen deel uit van de reguliere zorg. De Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) houdt het afkappunt van 300 of meer eosinofiele/ μL aan om individuen te identificeren die baat hebben bij het gebruik van ICS^[5]. Dit afkappunt kan gebruikt worden als uitgangspunt en ondersteuning voor huisartsen en praktijkondersteuners (POH's) om ICS al dan

niet te staken. Het integreren van klinische informatie met een eosinofiele (Eos) meting biedt huisartsen en POH's houvast om een onderbouwde afweging te maken aangaande gepast ICS-gebruik.

Implementatieonderzoek

In 2021 startten onderzoekers aan de Universiteit van Maastricht een implementatieonderzoek onder zeven huisartsenpraktijken in Zuid-Limburg. In totaal werden 88 COPD-patiënten met ICS opgeroepen voor een regulier consult. Een dubbeldiagnose astma-COPD was de voornaamste reden voor continuering van ICS en uitsluiting van een verdere medicatiereview. Anderen waren onder behandeling bij de longarts of hadden recentelijk longaanvallen doorgemaakt leidend tot ziekenhuisopname. Uiteindelijk vond bij 48 patiënten een Eos meting plaats. Bij een meting van <math>< 300</math> Eos/ μL zette de POH in samenspraak met de patiënt een stoptraject in. 30 patiënten stakten ICS, waarvan 26 tijdens het vervolgconsult na vier tot zes weken besloten om blijvend te stoppen.

Implicaties voor de praktijk

1. Overmatig gebruik van ICS bij COPD-patiënten leidt tot onnodige bijwerkingen en hoge zorgkosten
2. Het meten van Eos in het bloed is mogelijk een goede voorspeller voor het vaststellen van al dan niet-geïndiceerd ICS-gebruik bij COPD.
3. Toevoeging van een Eos meting aan het ICS Stop- en Monitoringsinstrument ondersteunt huisartsen, POH's en patiënten in het beslisproces tot staken van ICS.
4. Een Eos meting is gemakkelijk en goedkoop uit te voeren in de huisartsenpraktijk met een eenvoudige vingerprik.

Website keuzehulp inhalatiemedicatie

Bert van Bremen, kaderhuisarts

Yvonne Woudenberg, MSc, POH-S, redactielid CAHAG bulletin



een samenwerkingsinitiatief van



Inhalatiemedicatie

Het inhaleren van medicatie is de meest gekozen toedieningsvorm voor mensen met astma en COPD. In de praktijk blijkt dat geen eenvoudige keuze, zoals bevestigd werd in onderzoek van Zorginstituut Nederland (ZIN) uit 2021. Longalliantie Nederland (LAN) ontwikkelde al in 2019 het Zorgpad Inhalatiemedicatie om het juiste gebruik van inhalatoren en de compliance van patiënten te optimaliseren. Inhaleren van medicatie vraagt om goede instructie en keuze voor een inhalator die past bij de patiënt. Deze keuzemogelijkheid wordt niet alleen bepaald door de diagnose en patiëntkenmerken, maar ook door de grote diversiteit in devices en niet in de laatste plaats door het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar.

Keuze

Om het selectieproces voor de meest geschikte inhalator te vereenvoudigen heeft menig zorggroep in samenwerking met lokale longartsen en apothekers een regionaal longformularium opgesteld. Deze longformularen zijn richtinggevend en niet verplichtend van aard. De Werkgroep Inhalatie Medicatie (WIM) van Huisartsenzorg Drenthe heeft echter gekozen voor een andere aanpak. Zij heeft een website met een keuzehulp ontwikkeld genaamd www.inhalatiemedicatie.nl. Door op eenvoudige wijze de diagnose, de daarbij passende medicatie, patiëntkenmerken en de zorgverzekeraar van de patiënt in te vullen, ontvouwt zich een overzichtelijke lijst met mogelijke inhalatoren. De website is voorgelegd aan voorschrijvers uit 1^e en 2^e lijn, apothekers, zorgverzekeraar Zilveren Kruis en farmaceuten. Zij hebben in groten getale feedback gegeven en dat heeft geleid tot verfijning en verbetering van de keuzehulp. Zo wordt de website nog aangevuld met informatie over voorzetkamers en geregistreerde devices voor kinderen. Het is een dynamisch proces waardoor de website te allen tijde actueel blijft.

Conclusies voor de praktijk

- www.inhalatiemedicatie.nl is een eenvoudig in te vullen online tool om de keuze voor de juiste inhalator voor de individuele patiënt te optimaliseren.
- De website houdt rekening met het preferentiebeleid van de verzekeraar van de patiënt, waardoor de voorgeschreven inhalator ook daadwerkelijk door de apotheker geleverd kan worden.
- De website blijft door feedback van gebruikers actueel.
- De website wordt nog aangevuld met informatie over voorzetkamers en devices voor kinderen.
- Website blijft ook up-to-date doordat de WIM wijzigingen in het preferentiebeleid van zorgverzekeraars continu doorvoert op de website.

Terugdringen van niet-gepast ICS-gebruik bij COPD: evaluatie van een regionale deïmplementatiestrategie in Drenthe

dr. Lisette van den Bemt¹, drs. Bert van Bremen², prof. Tijn Kool³, dr. Tjard Schermer¹

¹⁾ Afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboudumc,

²⁾ Dokter Drenthe,

³⁾ IQ HealthCare, Radboudumc.

Introductie

Inhalatiecorticosteroïden (ICS) zijn van beperkte therapeutische waarde voor de behandeling van COPD.⁽¹⁾ ICS zijn enkel geïndiceerd als er tevens sprake is van astma (astma COPD overlapsyndroom: ACOS) of bij frequente longaanvallen. Ongeveer 25% van de COPD-patiënten gebruikt waarschijnlijk ICS om een gepaste reden, terwijl bij zo'n 60% ICS voorgeschreven wordt.⁽²⁾ Er zijn veel initiatieven geweest om het niet-gepast ICS-gebruik te stoppen, zoals het initiatief van Koeveringe en van Schayck (zie verderop in dit bulletin). Naast stoppen van niet-gepast ICS-gebruik is het ook belangrijk om: 1) niet te starten met ICS bij patiënten zonder goede indicatie en 2) voorkomen dat gestaakt ICS-gebruik weer ongegrond

herstart wordt. Uit eerdere ICS stop-projecten bleek tot zo'n 61% van het ICS-gebruik herstart werd.^(3, 4) Voor het succes van een deïmplementatiestrategie is het van belang om stakeholders te betrekken en het plan toe te spitsen op regionale omstandigheden.⁽⁵⁾

Methoden

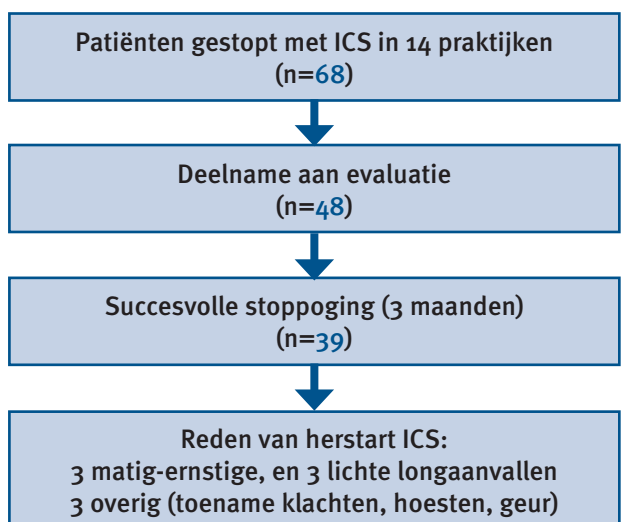
Wij hebben met stakeholders van huisartsenzorggroep Dokter Drenthe bepaald welke knelpunten en kansen er zijn in Drenthe om het niet-gepast ICS-gebruik te verminderen. Stakeholders waren COPD-patiënten, longartsen, praktijkondersteuners (POH-S), huisartsen, psychologen en apothekers. In samenspraak met de stakeholders is een communicatieplan, een scholing en een toolbox ontwikkeld om het niet-gepast ICS-gebruik te verminderen. Voor toolbox zie www.hzd.nu/terugdringen-ics-bij-copd. Huisartspraktijken die deelnamen aan het zorgprogramma COPD van Dokter Drenthe zijn via verschillende kanalen gevraagd om deel te nemen. Om het effect van de strategie te evalueren werd een 'mixed methods' evaluatiestudie opgezet.

Regionale kwartaalcijfers over ICS-voorschriften aan COPD-patiënten werden door de zorggroep verstrekt. Actueel ICS-gebruik is daarbij gedefinieerd als ICS-gebruik in de afgelopen 28 dagen. Daarnaast werden gegevens verzameld over het ICS-gebruik bij COPD in deelnemende praktijken, het stoppen hiervan, het aantal keren herstarten van ICS-gebruik en de redenen hiervoor. Tot slot hebben patiënten een digitale vragenlijst ingevuld en zijn zorgverleners en patiënten geïnterviewd.

Resultaten

Van de 115 huisartspraktijken die het zorgprogramma COPD van Dokter Drenthe geïmplementeerd hadden waren er 36 die aangaven het niet-gepast ICS-gebruik in de praktijk te gaan aanpakken. 14 van deze praktijken waren bereid extra informatie te verzamelen in het kader van de evaluatie.

Figuur 5: Succeskans stoppen ICS-gebruik bij COPD-patiënten in evaluatiepraktijken (groep 1)

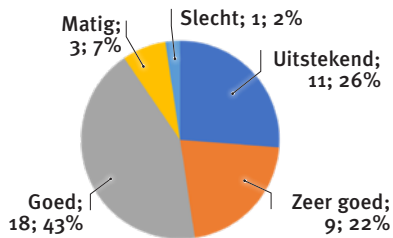


Het actueel ICS-gebruik bij COPD-patiënten in Drenthe was in het tijdsbestek van een jaar (2022) gedaald met 2,5% van 37,5% naar

35%. In praktijken die actief deelnamen aan de evaluatie (n=14) was de daling in actueel ICS-gebruik zelfs 4,7% naar 33%. In deze praktijken was bij 23% van de COPD-patiënten die ICS gebruikten het ICS-gebruik gestopt. Dit waren 68 COPD-patiënten in totaal waarvan 48 instemden met de evaluatie. De belangrijkste reden om ICS te continueren was astma. 91% van de patiënten die de vragenlijst hadden ingevuld (n=42) was (zeer) tevreden over de begeleiding vanuit de praktijk bij het stoppen. Het merendeel (81%) van de patiënten was na 3 maanden nog steeds gestopt. Bij 3 van de herstartpogingen was de reden van herstart mogelijk niet-gepast.

Zowel patiënten die gestopt waren met ICS als zorgverleners gaven aan tevreden te zijn over de gekozen deïmplementatiestrategie. De strategie was volgens POH-S eenvoudig, kostte minder tijd dan verwacht en was een succes (patiënten veelal succesvol gestopt). De bereidheid van patiënten om te stoppen met ICS was groot. Patiënten gaven aan bij voorkeur zo weinig mogelijk medicatie te gebruiken. De timing van het stoppen en geloven in eigen kunnen waren van belang voor een succesvolle stoppoging. Cruciaal voor een succesvolle stoppoging bleek de vertrouwensband tussen POH-S en patiënt en een goede begeleiding tijdens de stoppoging. Tot slot, hielp een goede communicatie over een tijdelijke toename van hoestklachten de onnodige herstart van ICS te voorkomen.

Figuur 6 Tevredenheid over begeleiding door huisartsenpraktijk bij het stoppen met ICS (n=42; per categorie is aantal; percentage weergegeven)



Conclusies:

De ontwikkelde deïmplementatiestrategie om het niet-gepast ICS-gebruik bij COPD terug te dringen sloot aan bij de behoeften van zorgverleners en patiënten en leidde tot een daling in ICS-gebruik door COPD-patiënten.

Aanbevelingen voor de praktijk:

- Deïmplementatie van niet-gepast ICS-gebruik bij COPD is haalbaar. Het aanpakken van niet-gepast ICS-gebruik in de huisartsenpraktijk was volgens deelnemende POH-S eenvoudig, kostte minder tijd dan verwacht en werd als succesvol ervaren.
- Realiseer dat patiënten een grote bereidheid hebben om ICS te stoppen. Veel mensen willen bij voorkeur zo weinig mogelijk medicatie gebruiken.
- Zorg voor heldere communicatie over wat de patiënt kan verwachten bij het stoppen met ICS, maak duidelijke afspraken en zorg voor een goede follow-up.

Ook de overbehandeling met ICS bij COPD binnen uw zorggroep aanpakken? ZonMw heeft de projectgroep een financiering toegezegd om ook voor andere zorggroepen soortgelijke op maat gemaakte strategieën te ontwikkelen en uit te rollen. Indien u hier interesse in heeft of meer wilt weten dan kunt u contact opnemen met lisette.vandenbemt@radboudumc.nl

Het project is gefinancierd door het Zorginstituut Nederland.

Nuttige sites op het gebied van inhalatiemedicatie

Het is moeilijk voor patiënten om de voorgeschreven inhalatiemedicatie op de goede manier te inhaleren. De LAN (Federatieve vereniging op het gebied van chronische longaan-doeningen) biedt zorgverleners en patiënten ondersteuning op het gebied van inhalatie instructie. Zo is er www.inhalatorgebruik.nl met alle informatie over het gebruik van inhalatoren, neusmedicatie en vernevelaars. Nieuw op deze site is de button om direct de informatie naar de patient te mailen. In het kader van het project zorgpad inhalatiemedicatie is er de toolbox www.goedinhaleren.nl met daarin o.a. de flyer inhalatie instructie van A tot Z.

Voor de keuze van een device zijn er de tabellen inhalatoren astma en COPD van het NHG en de digitale keuzehulp op www.inhalatiemedicatie.nl van WIM, Drentse werkgroep inhalatiemedicatie met daarin zorgverleners uit de huisartsenpraktijk én uit de 2e lijn (zie het artikel eerder in dit bulletin).

CAHAG-zaken

1 en 2 februari 2024 Adembenemend | Papendal in Arnhem

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 huisartseneeskundige 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 en Yvonne Woudenberg, praktijkondersteuner somatiek, MSc EBP, Anemie 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:

