

De NHG-Kaderopleiding astma en COPD: klaar voor de toekomst?

Erik Bischoff, coördinator kaderopleiding



Het NHG leidt al meer dan 10 jaar huisartsen op tot experts op het gebied van astma en COPD door het aanbieden van een kaderopleiding. De huidige vijfde lichting cursisten ronden nu de tweejarige opleiding af. Meer dan 40 huisartsen gingen hen in de afgelopen 10 jaar voor. Tijd voor enige reflectie. Kaderhuisartsen astma en COPD spelen een belangrijke rol bij het verbeteren van de kwaliteit van

zorg en dragen zo bij aan een sterke eerstelijns organisatie. Momenteel bestaat een te kort aan kaderhuisartsen, met name in de regio's Noordoost en Zuidwest Nederland. Dit maakt dat veel 'getrokken' wordt aan de huidige generatie kaderhuisartsen. Daarbij is de zorg rondom astma en COPD voortdurend in ontwikkeling. Het bijhouden en implementeren van nieuwe inzichten op het gebied van preventie, diagnostiek en behandeling van astma en COPD vormen een grote uitdaging en leggen een zware druk op de eerste lijn. Denk aan actuele zaken als het invoeren van de Lower Limit of Normal (LLN) als nieuwe maat voor luchtwegobstructie bij COPD, het implementeren van de astma ketenzorg, substitutie van tweede naar eerste lijn, nauwe samenwerking met alle ketenpartners, het terugdringen van overbehandeling van COPD met inhalatiecorticosteroiden, het verbeteren van de zorg rondom longaanvallen en de wijze waarop patiënten zelf verantwoordelijkheid kunnen nemen voor eigen zorg en gezondheid. Dit alles vergt dat ook de opleiding zich moet blijven ontwikkelen en toekomstbestendig moet zijn. De kaderhuisarts astma en COPD vormt steeds meer de spin in het web van de multidisciplinaire organisatie van ketenzorg. Innoveren, samenwerken, presenteren, leiderschap, onderhandelen, evidence-based werken, consultatie bieden, netwerken: de kaderhuisarts moet van alle markten thuis zijn. Het trainen van deze vaardigheden en kwaliteiten komt naast het verdiepen in medisch inhoudelijke onderwerpen uitgebreid aan bod in de kaderopleiding.

In september 2017 start de zesde lichting met een volledig geactualiseerd en uitdagend programma.

Nieuwsgierig geworden? Bezoek de website:

www.nhg.org/scholing/kaderopleiding-astma-copd

To shake or not to shake, that's the question!

Esther Metting, PhD candidate, Department of General Practice, University Medical Center Groningen

Uit veel studies is gebleken dat de inhalatietechniek bij

70-80%^{1,2} van de patiënten onvoldoende is. Dit heeft een negatieve impact op het verloop van de ziekte en zorgt voor extra kosten. Het probleem is complex omdat verschillende partijen betrokken zijn bij het aanleren van inhalatietechniek. In 2014 werd in Groningen de Inhaler Research Workgroup (IRW) opgericht met als doel het ontwikkelen van een effectievere inhalatie-instructie methode. De IRW combineert kennis uit de geneeskunde, psychologie, onderwijskunde, bewegingswetenschappen, farmacie én van patiënten.

Om meer te weten te komen over de mening van de patiënt heeft de IRW interviews afgenomen bij astma patiënten (n=24, gemiddelde leeftijd 22 jaar, range 6-45) en COPD patiënten (n=12, gemiddelde leeftijd 58 jaar, range 48-65) uit Noord-Nederland. Alle patiënten die een inhalator gebruikten konden meedoen mits ze voldoende Nederlands konden spreken. Kinderen (n=8) werden geïnterviewd in bijzijn van hun vader of moeder. Het interview vond bij de patiënt thuis plaats. Gevraagd werd naar hun mening over hun pufje en de inhalatie-instructie die ze hebben ontvangen. Daarnaast werd gevraagd hoe hun ideale instructie methode eruit zou moeten zien. Ook werd de inhalatietechniek geëvalueerd. De resultaten in dit artikel zullen worden afgewisseld met uitspraken van patiënten.

De ontvangen instructie

Alle geïnterviewde patiënten hebben ooit een instructie ontvangen. Bij problemen nam niemand contact op met de zorgverleners. Astma patiënt, 23 jaar: "Ik weet niet zo goed meer of het (aerochamber) nu wel of geen geluid moest maken bij het inademen." Wel werd soms advies gevraagd aan burens of familieleden met een longziekte. Een astma patiënt van 19 jaar vroeg hulp aan zijn broer: "Hij had dezelfde diskus, ik vertelde hem dat de mijne niet goed werkte en hij legde het mij uit." eHealth tools werden niet gebruikt, wel zochten sommige COPD patiënten informatie over inhalatietechniek op internet. Vrijwel niemand had een follow-up instructie ontvangen, zelfs niet als de patiënt een ander device voorgeschreven kreeg.

Gewenste instructie

Op een enkeling na zag men het belang van een eenmalige instructie in. Voornamelijk COPD patiënten waren geïnteresseerd in een follow-up instructie. Over apothekers was men negatief, ze hebben vaak te weinig tijd en niet voldoende expertise. Opvallend was dat iedereen het idee had dat een goede inhalatietechniek makkelijk te leren was. Van onze patiënten vond 72% (astma) en 95% (COPD) dat ze een goede inhalatietechniek had terwijl slechts 25% (astma) en 19% (COPD) het goed deed. Met name astma patiënten zagen wat in eHealth applicaties voor smartphone of tablet. Een folder of instructieformulier leek iedereen wel handig mits er niet teveel tekst in stond. Verder moet een

instructie persoonlijk zijn, wilde men graag oefenen met een placebo en zou de instructeur moeten uitleggen waarom bepaalde handelingen verricht moeten worden. Dat kan bijvoorbeeld met een luchtwegmodel. Astma patiënte, 27 jaar: "Als iemand tegen mij zegt dat ik de inhaler moet schudden dan wil ik weten waarom. Anders kan ik het niet onthouden (...)."

Implicaties voor de praktijk

Het is belangrijk om aandacht te besteden aan inhalatietechniek. Uit onze interviews valt het volgende te leren:

- Leg uit dat het aanleren van de juiste techniek niet makkelijk is.
- Geef een nieuwe instructie bij het switchen van device.
- Patiënten onthouden de informatie beter als ze weten waarom een bepaalde handeling verricht moet worden.
- Laat de patiënt oefenen met het device tijdens de instructie en geef feedback.
- Zorg voor een "naslagwerk met weinig tekst" zodat thuis de informatie nogmaals herhaald kan worden (geen bijsluiter, die wordt niet gelezen).
- Leg uit waar de patiënt bij problemen naar toe kan.
- Fris als professional minimaal 1x in de 2 jaar de inhalatietechniek op!

(noot redactie: zie www.inhalatorgebruik.nl)

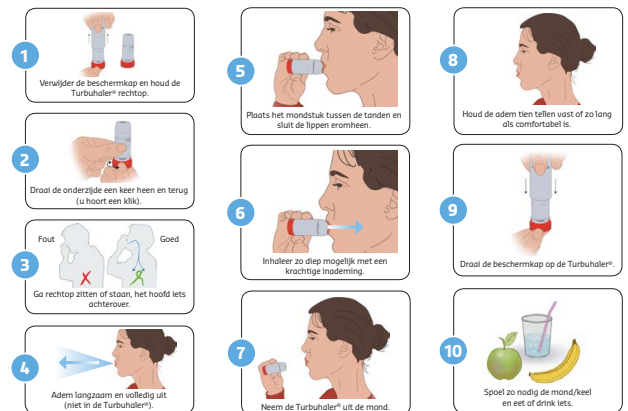
Het aanleren van inhalatietechniek bij patiënten met astma of COPD: de (meer) waarde van de patiëntenkaart

Titia Klemmeier-Boekhout, longverpleegkundige
Martini Ziekenhuis Groningen en coördinator Stichting IMIS

De werkzaamheid van inhalatiemedicatie bij patiënten met astma of COPD is onomstotelijk aangetoond in klinisch onderzoek en vormt dan ook een belangrijk onderdeel van de behandeling. Een adequate inhalatietechniek is hierbij van cruciaal belang. Een verkeerde inhalatietechniek zal de werkzaamheid van de medicatie negatief beïnvloeden. Hierdoor blijkt inhalatiemedicatie in de praktijk vaak minder effectief te zijn dan verwacht. Al redelijk snel na de introductie van inhalatiemedicatie -rond 1960- werd duidelijk dat het correct gebruik hiervan in de dagelijkse praktijk niet vanzelfsprekend is. Sinds die tijd zijn veel initiatieven genomen om het foutief gebruik van inhalatiemedicatie terug te dringen. Te denken valt hierbij aan de ontwikkeling van inhalatoren die eenvoudiger in gebruik zijn, feedbacksystemen, trainingen voor het aanleren van inhalatietechniek aan patiënten en zorgverleners en instructiemateriaal ter ondersteuning van de training. Een recent overzichtsartikel laat echter zien dat deze inspanningen in de afgelopen 40 jaar niet het gewenste resultaat hebben opgeleverd. In de loop van de tijd blijkt geen sprake van verbetering te zijn en een incorrect gebruik van inhalatiemedicatie blijkt nog steeds een vaak voorkomend probleem te zijn¹.

Het belang van inhalatietechniek en het aanleren hiervan

wordt in de praktijk nog onvoldoende (h)erkend. Hier is nog veel winst te behalen. In het kader van het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten - meer rendement van inhalatiemedicatie als een belangrijk speerpunt- zijn al belangrijke stappen gezet. De samenwerking tussen verschillende partijen heeft geresulteerd in een landelijke infrastructuur voor eenduidige inhalatie-instructie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van landelijke inhalatieprotocollen, patiëntenvoorlichtingsmateriaal en scholingen. Het geven van een juiste inhalatie-instructie is onontbeerlijk en zou door alle zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van patiënten met longaandoeningen op dezelfde correcte manier gegeven moeten worden. Het instrueren van de patiënt is een enorme uitdaging. Zo is bijvoorbeeld nog weinig bekend over de optimale manier van het geven van instructie aan patiënten. Hoe kunnen we zorgen dat de patiënt de juiste manier van inhaleren aanleert en behoudt? Te denken valt hierbij aan hulpmiddelen (zoals bijsluiter of video-opnames). Een andere mogelijkheid is om gebruik te maken van visuele ondersteuning. Dit heeft geresulteerd in de ontwikkeling van patiëntenkaarten. De stichting Inhalatie Medicatie Instructie School (IMIS) heeft voor elke inhalator een kaart ontwikkeld waarop stap voor stap (met duidelijke illustraties en weinig tekst) het gebruik van de inhalator is afgebeeld. Deze kaart kan worden gebruikt als hulpmiddel bij de inhalatie-instructie². Op deze manier krijgen patiënten een instructie gericht op hun eigen inhalator en hebben zij een eenvoudige handleiding die zij ook thuis kunnen gebruiken.



Deze patiëntenkaart is mogelijk een waardevol hulpmiddel bij het aanleren van een correcte inhalatietechniek. De vraag of deze patiëntenkaarten (meer)waarde hebben is vertaald naar een onderzoek, een prospectief gerandomiseerd onderzoek dat is uitgevoerd op de polikliniek Longziekten van het Martini Ziekenhuis te Groningen. De resultaten van dit onderzoek zijn gepresenteerd tijdens het congres van de European Respiratory Society (ERS, Londen, september 2016)³. In totaal hebben 100 patiënten (respectievelijk 50 met astma en 50 met COPD) deelgenomen. Deze patiënten kwamen twee keer naar het ziekenhuis, voor een baseline meting en een follow-up bezoek zes tot acht

weken later. Deze patiënten zijn bij het eerste bezoek gerandomiseerd naar reguliere inhalatie-instructie of inhalatie-instructie met behulp van de patiëntenkaart. Bij zowel baseline als follow-up werd de inhalatietechniek beoordeeld. De primaire uitkomstmaat was of patiënten foutloos inhaleerden. Het inhaleren is op een gestandaardiseerde manier, aan de hand van een checklist, gescoord. Daarnaast werd de patiënt bij beide bezoeken gevraagd naar ervaren klachten (mate van ziektecontrole middels de ACQ of CCQ), bijwerkingen en therapietrouw. Bij het tweede bezoek werd gevraagd naar het gebruik van de patiëntenkaart en de tevredenheid hiervan bij patiënten in de groep die deze kaart hadden ontvangen.

Uit de resultaten bij baseline bleek het merendeel van de patiënten onjuist te inhaleren: slechts 8 van de 100 patiënten inhaleerde foutloos. Opvallend was dat 92 patiënten zelf dachten correct te inhaleren.

Bij het tweede bezoek na zes tot acht weken bleek dat het aantal patiënten met een correcte inhalatietechniek was toegenomen tot 70%. De verbetering die in de patiëntenkaarten groep werd gevonden (van 4% naar 85%) was significant verschillend van de verbetering in de standaard inhalatie-instructie groep (van 12% naar 57%), in het voordeel van de patiëntenkaart groep.

De ziektecontrole liet ook een verbetering zien: de ziektecontrole bij patiënten met astma verbeterde in de patiëntenkaart groep significant meer dan in de standaard inhalatie-instructie groep. Bij COPD patiënten werd een tendens in het voordeel van de patiëntenkaart groep op de ziektecontrole gevonden. Andere uitkomstmaten zoals bijwerkingen en therapietrouw lieten positieve effecten van inhalatie-instructie (met of zonder patiëntenkaart) zien.

De patiënten waren (zeer) tevreden over de patiëntenkaart, waarbij vooral de duidelijke afbeeldingen met weinig tekst als positief werden beoordeeld.

De conclusie van dit onderzoek is dat incorrect gebruik van inhalatiemedicatie vaak voorkomt bij patiënten met astma of COPD. Monitoring van de inhalatietechniek en (herhaling van) inhalatie-instructie is dus noodzakelijk. Standaard inhalatie-instructie is goed, maar instructie met behulp van de patiëntenkaart is beter. Gezien de aangetoonde meerwaarde van de patiëntenkaart, wordt het gebruik hiervan als onderdeel van inhalatie-instructie aangeraden. Een relevante vraag is natuurlijk of deze kortetermijneffecten ook beklijven. Deze vraag staat centraal in een vervolgonderzoek naar de lange termijn (een jaar na baseline) effecten dat op dit moment wordt uitgevoerd.

Het hierboven beschreven onderzoek toont zowel de noodzaak als de waarde van inhalatie-instructie aan. Het kan worden gezien als een belangrijke stap in het optimaliseren van de inhalatietechniek en samen met het nastreven van een eenduidige inhalatie-instructie door alle betrokken zorgverleners een positieve bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorg voor patiënten met astma of COPD.

Aanbevelingen voor de praktijk:

- Realiseer je dat ondanks het merendeel van de patiënten

zelf denkt goed te inhaleren, de inhalatietechniek incorrect blijkt te zijn.

- Besteed meer aandacht aan het aanleren en monitoren van de inhalatietechniek.
- Laat patiënt gebruik van de inhalator voordoen (vragen hoe het gaat is niet voldoende).
- De patiëntenkaart blijkt een nuttig hulpmiddel bij de inhalatie-instructie.
- Inhalatie techniek als vast onderdeel van de zorg wordt aangeraden.
- Om op een eenduidige en adequate manier inhalatie-instructie te kunnen geven is regelmatige scholing noodzakelijk.

Individueel zorgplan in relatie tot de ziekte-lastmeter

Philippe Salomé, huisarts/CAHAG kerngroep lid

Recent is een NIVEL rapport verschenen met als titel: "Het gebruik van individuele zorgplannen in de zorg voor mensen met een chronische ziekte". Hierin wordt gesproken over de ontstaanswijze, de definitie, het doel, de huidige stand van zaken, de weerstanden tot gebruik bij de patiënt en de zorgverlener, de implementatie mogelijkheden en toekomst¹.

Bij de introductie van de Zorgstandaarden is een omslagpunt ontstaan van zorgaanbod gestuurde aanpak naar zorgvraag gestuurde begeleiding c.q. coaching. Met de patiënt als medeverantwoordelijke en een positieve gedragsverandering ten aanzien van de eigen chronische aandoening als doel. Dit alles moet leiden tot een betere kwaliteit van leven (QoL). Belangrijke begrippen, op patiënten niveau zijn coping, adaptatie, educatie en zelfmanagement. De behoeften aan ondersteuning en begeleiding verschilt echter:

- 30% van de chronisch zieken heeft behoefte aan begeleiding bij het omgaan met de gevolgen van de ziekte op sociaal, emotioneel of maatschappelijk vlak,
- 21% bij de omgang met zorgverleners en zorg verlenende instanties,
- 22% bij het opvolgen van leefstijladviezen,
- 16% bij het opvolgen van medische behandeladviezen.

Met andere woorden de geboden zorg/begeleiding moet persoonsgericht zijn en geen standaard zorg.

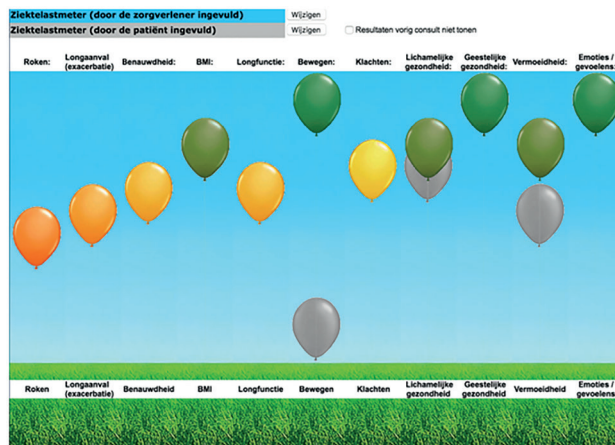
De spil van persoonsgerichte zorg is het Individueel Zorg Plan (IZP): een set van afspraken over zorg en zelfmanagement gebaseerd op individuele (streef) doelen, behoeften en de situatie van de patiënt. Deze afspraken worden in samenspraak met de patiënt vastgelegd (shared decision making). IZP is een hulpmiddel, geen doel op zich en heeft –ideaaliterbetrekking op de persoon en niet op de ziekte en zou dan ook niet aandoening specifiek moeten zijn maar generiek.

Niet alle patiënten hebben behoefte aan het werken met een IZP en ook zorgverleners vragen zich af of het wel geschikt is voor iedere patiënt. Maar als zorgverleners eenmaal met een IZP werken zien ze wel de voordelen en willen het IZP blijven gebruiken.

Bij de introductie van de Zorgstandaard COPD werd het begrip ziektebelasting geïntroduceerd, waarbij een indeling naar licht/matig/ernstige ziektebelasting naast de spirometrische GOLD indeling ontstond. De patiënt heeft geen last van een FEV₁ maar van beperkingen, beperkingen, klachten en symptomen. Het begrip ziektebelasting geeft meer inzicht in de ervaren last, de prognose en de kwaliteit van leven. Het was een pragmatische indeling en de exacte definiëring ontbrak. Evenals de evidence op o.a. Patient Reported Outcome ontbrak. In de beginfase werd er nog sceptisch naar gekeken. Inmiddels is het -zeker in de huisartsenwereld- een geaccepteerd en gebruikt begrip.

Aangezien de exacte definiëring, het gebruik en de meerwaarde niet duidelijk was werd op initiatief van PICASSO i.s.m. de LAN in 2010 gestart met het ontwikkelen van de ziektebelastingmeter COPD (Assessment of Burden of COPD, ABC scale en tool). De Ziektebelasting definitie luidt: "Ziektebelasting is een fysieke, emotionele, psychologische dan wel sociale ervaring van de patiënt met COPD. Deze ervaring beïnvloedt de mogelijkheden om met de gevolgen van de ziekte en de behandeling om te gaan (coping/adaptatie). De ziektebelastingmeter is nu ontwikkeld en bestaat uit een aantal onderdelen:

1. Vragenlijst t.a.v. alle domeinen van integrale gezondheidstoestand begrip ziektebelasting, ingevuld door de patiënt;
2. Vragenlijst t.a.v. behandelgegevens, ingevuld door zorgverlener;
3. Grafisch ballonnschema, wat een gevisualiseerde weergave is van bovenstaande totaal en de huidige stand van zaken weergeeft, inclusief de veranderingen;



4. Behandel algoritme voortkomend uit ballonnschema;
5. Het IZP bestaande uit het persoonlijk streefdoel en het behandelplan wat automatisch gevuld wordt vanuit het behandel algoritme.

Nu is er evidence dat de ziektebelastingmeter COPD de integrale gezondheidstoestand van de patiënt goed in kaart brengt en leidt m.b.v. het behandelalgoritme tot een tailormade individuele behandeling². De ziektebelastingmeter is behulpzaam -gewaardeerd door zowel patiënt als zorgverlener- bij een meer efficiënter assessment, monitoring en een uitermate geschikt communicatiemiddel zowel voor patiënt/zorgverlener als voor zorgverleners onderling en bovenal

bewezen effectief in verhoging van kwaliteit van leven van de patiënt.

Voor het implementeren van de ziektebelastingmeter is ICT onontbeerlijk en gelukkig is dit onderkend door de gezamenlijke HIS leveranciers en het NHG. De eerste HIS heeft het geïmplementeerd en de rest volgt.

De inhoud van een IZP komt dus nagenoeg overeen met de ziektebelastingmeter en kan op korte termijn geïntroduceerd worden. Een probleem blijft bestaan bij comorbiditeit, hiervoor kan alleen maar een generiek IZP dienen. In dit kader is het verheugend om te melden dat PICASSO het initiatief heeft genomen om de ziektebelastingmeter uit te breiden naar astma en diabetes en op langere termijn naar generiek.

CAHAG zaken

CAHAG CURSUS voor PVK/POH's en huisartsen

Amsterdam 28 maart 2017 en Zwolle 20 april 2017
Vertrouwd, bekend en ook 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.

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 en (tenzij anders vermeld) niet het officiële standpunt van de CAHAG.

Redactie: Dr. Jiska Snoeck-Stroband, Gerrit van Roekel, Frank Oldenhof, Roel Wennekes, allen (kader)huisarts, drs. Marjan Veltman, gezondheidswetenschapper.

Redactie-adres: Mirjam Sijp, p/a CAHAG secretariaat Domus Medica, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
E-mail: cahagsecretariaat@nhg.org

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door een unrestricted grant van de subsponsors Chiesi, Astra Zeneca, TEVA Nederland en de hoofdsponsors:

 **NOVARTIS**

 **gsk**

 **Boehringer
Ingelheim**