De drie Cara-standaarden nader bekeken: wat hebben zij de huisarts te bieden?

Hugenholtz M, Smulders M. Drie Cara-standaarden nader bekeken: wat hebben zij de huisarts te bieden? [Commentaar]. Huisarts Wet 1994; 37(1): 7-9.

Eind 1992 werden in *Huisarts en Wetenschap* de drie Cara-standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap gepubliceerd.[1-3] Voor menig huisarts zal het een hele klus zijn om deze drie standaarden goed door te nemen, zich eigen te maken, en vervolgens ook toe te passen in de dagelijkse praktijk. In dit commentaar willen wij de waarde van de drie standaarden belichten en tegelijkertijd enkele kritische kanttekeningen plaatsen.

De afgelopen decennia zijn de diagnostische en therapeutische mogelijkheden bij Cara veel groter geworden. Er is meer inzicht gekomen in het pathofysiologisch proces van Cara, zij het dat dit nog geenszins opgehelderd is. Hebben deze nieuwe ontwikkelingen ook het beloop van Cara en de kwaliteit van leven van Cara-patiënten beïnvloed?

Over de *kwaliteit van leven* van Cara-patiënten en de veranderingen daarin in de afgelopen jaren is weinig bekend.

De *morbiditeit*, afgeleid uit de opnamecijfers van het afgelopen decennium, laat in Nederland voor *astma* een dalende lijn zien voor alle leeftijden, behalve voor de 0-4-jarigen.[4] Daarnaast geeft een recente analyse van consulten en prescripties wegens Cara aanwijzingen voor een toename in de afgelopen tien jaar van de ernst van Cara op kinderleeftijd.[5]

Voor de *chronisch obstructieve* longziekten zijn de opnamecijfers significant gestegen. Deze stijging is vooral het gevolg van een beduidende toename van het aantal opnamen in de leeftijdcategorie boven de 65 jaar. Met het beleid dat wordt voorgesteld in de standaarden, wordt beoogd met name de prognose van deze categorie patiënten te verbeteren. Er is echter nog niet voldoende longitudinaal onderzoek verricht om die verbetering ook aan te tonen.

Winstpunten

De grote verdienste van de Cara-standaarden ligt in het feit dat de meest recente onderzoeksuitkomsten, voor een groot deel verworven in de huisartspraktijk, zijn geïntegreerd in het voorgestelde diagnostisch en therapeutisch beleid. De huisarts krijgt in kort bestek de nieuwste inzichten gepresenteerd en vertaald in de vorm van aanbevelingen voor concreet handelen.

Uit onderzoek blijkt dat huisartsen en longartsen identieke Cara-patiënten verschillend behandelen. Huisartsen geven minder medicatie, zonder dat dit een negatieve invloed heeft op de longfunctiewaarden.[6] Specialistenzorg voor Cara-patiënten is dus niet superieur aan huisartsenzorg. Er is dan ook alles voor te zeggen om de zorg voor de Cara-patiënt in de eerste lijn te houden; de huisarts kent de patiënt en zijn omgeving en omstandigheden.

De discussie over de frequentie van de controles is niet gesloten. De aanbevelingen in de standaard zijn ontstaan door consensus in de werkgroep; er zijn hierover geen wetenschappelijke onderzoeksgegevens beschikbaar. Een belangrijke overweging is dat de huisarts alleen door regelmatige controles zicht kan houden op het beloop van de aandoening, zodat de behandeling op geleide daarvan zo nodig kan worden aangepast. Vergeleken met twee andere chronische aandoeningen die de huisarts regelmatig controleert – hypertensie en diabetes – viel er voorheen bij Cara weinig te meten. Als de controle slechts een ritueel is – 'Hoe gaat het?', 'Oh goed, ik ben niet benauwd geweest' – en vervolgens medicatie wordt uitgeschreven, zullen patiënt noch dokter zich gestimuleerd voelen hiermee door te gaan.

De standaarden bieden voldoende aanknopingspunten om inhoud te geven aan deze controles. Een belangrijk onderdeel van de anamnese is steeds de medicatie: wat wordt hoe vaak gebruikt onder welke omstandigheden? Uitleg omtrent de medicatie en de inhalatietechniek moet regelmatig worden herhaald. Klachten worden exact geïnventariseerd, waarbij expliciet gelet wordt op aanpassing aan de situatie en gewenning aan minder 'lucht'. Daarbij moet er aandacht zijn voor alle consequenties die de ziekte heeft voor het dagelijks leven van de patiënt en zijn omgeving.

De huisarts is voorts bij uitstek in de positie om aandacht te besteden aan drie andere aspecten van de zorg voor Cara-patiënten: de griepvaccinatie, het stoppen-met-roken-advies en de medicatiebewaking (hoe is de verhouding tussen het gebruik van bronchusverwijders en preventieve medicatie in de vorm van cromoglicaten of inhalatiecorticosteroïden?). Voor al deze aspecten is een zorgvuldige registratie noodzakelijk.

Haalbaarheid

Zijn de Cara-standaarden uitvoerbaar voor praktizerende huisartsen?

Een belangrijke voorwaarde waaraan elke standaard moet voldoen, is dat de richtlijnen aansluiten bij de bestaande praktijkvoering. Al voordat de eerste standaard uitkwam, werd gesteld dat een te grote discrepantie tussen standaard en feitelijke gang van zaken ertoe kan leiden dat huisartsen niet met de standaard gaan werken.[7]

Bij een eerste kennismaking met de Cara-standaarden wordt al snel duidelijk dat de inhoud meer omvat dan een verantwoorde omschrijving van hoe de meeste huisartsen al handelen, zoals bij sommige andere standaarden het geval is. Het is waar dat standaarden in principe een

voortrekkersfunctie hebben, zodat er altijd een spanning zal bestaan tussen richtlijnen en gang van zaken in het veld. In dit geval is de kloof tussen standaard en dagelijkse praktijk echter veel groter dan anders.

De materie is lastig, doordat veel nieuwe elementen zijn geïntroduceerd. Niet alle stappen uit het diagnostisch plan sluiten aan bij de gebruikelijke gang van zaken bij Cara-patiënten: een gewoon bezoekje van tien minuten op het spreekuur. We doelen hiermee onder andere op de bepaling van de reversibiliteit van de bronchusobstructie door toediening van een β_2-mimeticum of ipratropium. Weinig huisartsen zullen dit al routinematig doen. In de standaard wordt niet uitgelegd hoe deze bepaling handig in de praktijkvoering kan worden opgenomen. Hetzelfde probleem doet zich voor bij het advies om een op Cara gerichte registratie te voeren. Ook het mee naar huis geven van piekstroommeters met de benodigde uitleg en het interpreteren van de teruggebrachte lijstjes zijn voor de meeste huisartsen nieuwe elementen.

Is er in de praktijk al ervaring opgedaan met het aanbevolen diagnostisch model?

In de literatuurlijst bij de wetenschappelijke verantwoording van de standaard Cara-diagnostiek hebben wij geen verwijzingen gevonden naar onderzoeken naar de toepasbaarheid van deze stapsgewijze diagnostiek in de huisartspraktijk. Begin 1994 komen de bijbehorende pakketten deskundigheidsbevordering uit. We zijn benieuwd in hoeverre de implementatie van de standaarden daarmee ook werkelijk van de grond zal komen.

Longfunctie

Was het voorheen alleszins acceptabel om bij diagnostiek en behandeling van Cara klachtgericht te werk te gaan, met de invoering van de Cara-standaarden wordt een klachtgerichte benadering niet meer voldoende geacht. Een van de redenen die hiervoor worden gegeven, is dat de ernst van de klachten niet altijd overeenkomt met die van de longfunctiestoornis. Cara-patiënten zouden hun leefwijze ongemerkt aanpassen aan hun verminderde mogelijkheden en daardoor minder klachten uiten. De mate van bronchusobstructie en de veranderingen daarin moeten daarom objectief worden vastgesteld door middel van longfunctie-onderzoek.

Wij vragen ons af of voldoende is aangetoond dat de anamnese niet genoeg informatie geeft over de toestand van de patiënt. Een gestandaardiseerde klachtenlijst – zoals de MRC-vragenlijst in het kader van een onderzoeksproject – kan andere uitkomsten geven dan een gerichte, op de persoon toegespitste anamnese.

De longfunctie kan met de piekstroommeter of door middel van spirometrie worden gemeten. Spirometrie geeft volgens de standaard een betrouwbaarder beeld van de bronchusobstructie dan de piekstroom, terwijl variaties van de bronchusobstructie bij dezelfde persoon heel goed met de peakflowmeter bepaald kunnen worden. In de standaard wordt aanbevolen om de longfunctie in eerste instantie met de piekstroommeter te bepalen. Bij discrepantie tussen de ernst van de klachten en de gemeten waarden zou spirometrie moeten volgen. Bij oudere patiënten die worden verdacht van chronische bronchitis of emfyseem, moeten FEV_1 en FEV_1/VC eerder bepaald worden.

Helemaal overtuigend zijn deze richtlijnen niet. Wat is 'eerder'? En wanneer is er sprake van een 'discrepantie'? Wanneer moeten we spreken van een slechte of alarmerende uitkomst van een piekstroommeting? Hiervoor worden in de standaard geen grenzen aangegeven. Hopelijk zullen de uitkomsten van lopend onderzoek hier de komende jaren meer zicht op geven.

Als een goede meting van de longfunctie zo belangrijk is, waarom wordt in deze standaard dan geen pleidooi gehouden voor spirometrie bij álle Cara-patiënten? We vermoeden dat hier haalbaarheidsargumenten in het geding zijn. Ook de wens om zoveel mogelijk Cara-patiënten in de eerste lijn te houden, zal een rol spelen. Spirometers zijn duur en zullen dus niet zo snel door individuele huisartsen worden aangeschaft. Longfunctie-onderzoek laten verrichten in eigen beheer is in veel plaatsen niet mogelijk. Een verwijzing naar de longarts voor longfunctie-onderzoek betekent in de praktijk nogal eens dat de patiënt in de tweede lijn blijft hangen. Deze overwegingen worden echter in de wetenschappelijke verantwoording van de standaard Cara-diagnostiek niet genoemd.

De diagnose astma bij kinderen

Het grote dilemma waar huisartsen voor staan bij kinderen met luchtwegproblemen, is op welk moment de diagnose Cara gesteld moet worden. Iedere huisarts weet hoe ouders kunnen schrikken als de term Cara of astma voor het eerst valt. Anderzijds is het voor sommige ouders geruststellend als de huisarts zegt rekening te houden met de mogelijkheid van Cara, maar het beloop op langere termijn nodig te hebben om meer zekerheid te kunnen geven.

Het probleem van de diagnostiek speelt zich vooral af bij de 0-4-jarigen; op de schoolleeftijd is de diagnose meestal al bekend. Bij kinderen die continu volzitten of regelmatig benauwd zijn en piepen, is de diagnose snel gesteld. Een groter probleem is het hoestende kind, aangezien hoesten ook bij niet-astmatische kinderen veelvuldig voorkomt.

In de standaard Astma bij Kinderen wordt gesteld dat er sprake is van astma '... bij perioden van hoesten, die tenminste vijf keer per jaar optreden en, indien niet adequaat behandeld, tenminste tien dagen duren'. Met deze omschrijving wordt het probleem echter niet opgelost.

Wat is overigens 'adequaat behandelen' van hoesten? Hoe maak je het onderscheid tussen een frequent verkouden kind en een astmatisch kind waarbij hoesten het enige symptoom is? Nadere diagnostiek is bij jonge kinderen niet mogelijk. De mate van hoesten van het kind kan zelden in de spreekkamer worden waargenomen. En als complicerende factor is er het feit dat bij kleine kinderen ook de perceptie van de ouders een grote rol speelt.

Een afwachtend beleid lijkt hier het meest logisch, ook al zal dit onvermijdelijk soms aanleiding geven tot onderdiagnostiek. Het is ons niet duidelijk geworden of het nadelig voor de desbetreffende kinderen is om te wachten met behandelen tot er andere Cara-symptomen zoals dyspnoe tevoorschijn komen.

Als de huisarts eenmaal besluit een kind met astma te gaan behandelen, dan biedt de standaard een goed overzicht van de diverse stappen. De behandeling van de meeste kinderen met astma kan zo in de eerste lijn plaatsvinden.

Conclusie

Wat zullen de drie Cara-standaarden voor effect hebben op het beleid bij Cara in de dagelijkse praktijk? Het zou jammer zijn als we over een aantal jaren moesten vaststellen dat de standaarden uitsluitend hebben geleid tot een enorme toename van de omzet aan inhalatiecorticosteroïden.

We denken niet dat deze standaarden in korte tijd volledig in de praktijk zullen worden toegepast. Vooral het diagnostisch stappenplan zal nog op praktische uitvoerbaarheid moeten worden bekeken. Praktijkvoeringsaspecten zoals de registratie moeten verder worden uitgewerkt. Misschien kan de praktijkassistente een rol spelen bij de uitvoering van diagnostiek en follow-up.

In elk geval kan iedere huisarts nu op de hoogte zijn van de huidige stand van zaken met betrekking tot de diagnostiek en behandeling van Cara. Deze kennis kan ertoe bijdragen dat de huisarts zijn Cara-patiënten vaker en beter zelf behandelt. Met meer kennis is ook een betere communicatie met de longarts mogelijk en kan gerichter worden verwezen, ook alleen voor longfunctie-onderzoek. En de huisarts kan met meer recht verlangen dat de patiënt wordt terugverwezen.

Overigens zullen ook de ziektekostenverzekeraars op de hoogte moeten worden gebracht van de kennis en vaardigheden van huisartsen op het gebied van Cara. Zo is het momenteel voor huisartsen niet mogelijk om vernevelingsapparaten voor te schrijven (één van de pijlers van de Cara-therapie bij jonge kinderen); deze apparatuur wordt alleen vergoed op voorschrift van een specialist.

Huisartsen zullen gaan nadenken over het invoeren van meer systematische Cara-controles. Met behulp van de standaarden is het mogelijk van de controles zinvolle consulten te maken. De zorg voor de Cara-patiënt vereist een specifieke attitude van de huisarts: actief volgend en ook sturend. Oplettendheid is geboden bij Cara-patiënten die te snel tevreden zijn. Een ander aandachtspunt is het gebruik van de β_2-sympaticomimetica, die door hun snelle resultaat eerder tevreden stellen dan de preventieve medicatie; sommige patiënten zullen hierdoor geneigd zijn deze medicatie te staken.

Tot slot moeten we bij de toepassing van de Cara-standaarden in het achterhoofd houden dat van veel maatregelen nog niet is aangetoond dat ze een gunstig effect hebben op de prognose op lange termijn. Lang niet alles is door wetenschappelijk onderzoek onderbouwd en de huidige inzichten kunnen in de loop der jaren veranderen. De veranderingen in het farmacotherapeutisch beleid bij Cara zijn hiervan een treffend voorbeeld. Op grond van recente onderzoeksresultaten wordt nu geadviseerd bronchusverwijdende middelen bij voorkeur op geleide van de klachten toe te dienen, terwijl tot voor kort een continue toediening werd aangeraden.

De Cara-standaarden vragen deels op grond van betrekkelijk jonge inzichten nogal wat van de huisarts: een forse tijdsinvestering en een vrij rigoureuze verandering van de praktische werkwijze. Voor de meeste huisartsen zal het echter de moeite waard zijn, als blijkt dat zij zo hun Cara-patiënten optimaal kunnen behandelen. Hopelijk zal de ontbrekende bewijsvoering voor de aanbevolen aanpak niet te lang meer op zich laten wachten.

Marjolijn Hugenholtz, huisarts te Huizen
Monneke Smulders, huisarts te Vreeland

1 Dirksen WJ, Geyer RMM, De Haan M, et al. NHG-Standaard Astma bij Kinderen. Huisarts Wet 1992; 35: 355-62.
2 Bottema BJAM, Fabels EJ, Van Grunsven PM, et al. NHG-Standaard CARA bij Volwassenen: Diagnostiek. Huisarts Wet 1992; 35: 430-6.
3 Van der Waart MAC, Dekker FW, Nijhoff S, et al. NHG-Standaard CARA bij Volwassenen: Behandeling. Huisarts Wet 1992; 35: 437-43.
4 Wever AMJ, Wever-Hess J. Trends in de frequentie van ziekenhuisopname wegens astma en chronisch obstructieve longziekte in Nederland, 1980-1988. Ned Tijdschr Geneeskd 1991; 135: 659-64.
5 Wever-Hess J, Kouwenberg JM, Wever AMJ. Trends in consulten en prescripties wegens CARA bij kinderen. Ned Tijdschr Geneeskd 1993; 137: 1246-51.
6 Van Schayck CP, Van Weel C, Folgering H, Van Herwaarden CLA. Verschillen tussen huisartsen en longartsen in de behandeling van CARA-patiënten. Ned Tijdschr Geneeskd 1993; 137: 183-8.
7 Rutten GEHM. Criteria en waarborgen voor de kwaliteit van NHG-standaarden. Huisarts Wet 1990; 33: 338-9. ■