

Zelfmanagement van astma

Bart Thoonen

Inleiding

Bij astma is het vaak moeilijk om tot een optimale aanpak te komen waarin patiënt en huisarts zich beiden kunnen vinden. Op grond van de pathofysiologie van astma is onderhoudsbehandeling met inhalatiecorticosteroiden de basis van de medicamenteuze behandeling. Patiënten daarentegen ervaren hun astma veelal als een ziekte met goede en slechte periodes. Tijdens de goede periodes gaan zij probleemloos door het leven en tijdens de slechte periodes bestrijden zij hun symptomen snel met bronchusverwijders. Dat deze verschillen in ziekte-inzicht en -beleving leiden tot verschillende opvattingen over de beste behandeling is evident. Ook bij niet-medicamenteuze adviezen kunnen verschillende opvattingen van artsen en patiënten over wat wenselijk en wat haalbaar is een barrière zijn om optimaal met astma om te gaan.

Zelfmanagement kan een geschikte methode zijn om patiënten beter met astma om te laten gaan.^{1,2} Een recent onderzoek naar de waarde van zelfmanagement in de Nederlandse huisartsenpraktijk toonde aan dat er over een periode van twee jaar geen verschil was in het beloop van de longfunctie en het gebruik van luchtwegverwijders tussen een zelfmanagementgroep en een groep astmapatiënten die de gebruikelijke zorg kreeg. Daarnaast bleek er een statistisch significante besparing in het totaal aantal gebruikte inhalatiecorticosteroiden te zijn van 217 inhalaties per patiënt ten gunste van de zelfmanagementgroep ($p < 0,05$). Aan het eind van het onderzoek waren er gemiddeld 81 weken met succesvolle behandeling per patiënt in de zelfmanagementgroep en 75 in de controlegroep die reguliere astmazorg ontving ($p < 0,05$). Een belangrijke bevinding bleek het verschil in het aantal dagen ziekteverzuim: gemiddeld 1,2 dagen per patiënt bij zelfmanagement tegen 3,9 dagen in de groep die reguliere zorg ontving ($p < 0,05$). Deze bevindingen worden weerspiegeld in de gemeten kwaliteit van leven in beide groepen. In de zelfmanage-

mentgroep was de toename van kwaliteit van leven groter dan in de groep die reguliere astmazorg ontving ($p = 0,055$).³ Een opvallende bevinding in dit onderzoek was dat de extra inspanning om patiënten zelfmanagement te leren, binnen 2 jaar was terugverdiend.⁴

Het loont dus de moeite om zelfmanagement toe te passen in de dagelijkse praktijk. In deze klinische les beschrijf ik aan de hand van het verhaal van mevrouw Post hoe en bij welke patiënten de huisarts zelfmanagement kan toepassen.

Casus

Mevrouw Post, 32 jaar, bezoekt het spreekuur voor controle van haar astma. Als onderhoudsbehandeling heb ik tweemaal daags 200 µg budesonide voorgeschreven. In periodes van toenemende kortademigheid gebruikt zij zo nodig 200 µg salbutamol per poederinhalator. Ze krijgt jaarlijks de griepriek. De afgelopen 5 jaar heeft ze tweemaal een prednisonstootkuur gehad vanwege een exacerbatie. Mevrouw Post is allergisch voor huisstofmijt, katten en grassen. Andere ziekten heeft zij niet. Ze werkt als postbode. Het laatste half jaar is naar haar eigen zeggen goed verlopen. Als ik doorvraag, blijkt ze 1 à 2 keer per week 's nachts wakker te worden vanwege kortademigheid of hoesten. Twee weken geleden is ze bij een kennis met katten op bezoek geweest. Daarna heeft ze enkele dagen veel gehoest. Ze merkte dat ze langer over haar postbestelling deed doordat ze minder snel kon fietsen. Met wat extra salbutamol was dit snel verholpen en ze zegt nu geen klachten meer te hebben.

Bij lichamenlijk onderzoek zijn er rustige, normale ademexcursies. Bij auscultatie van de longen hoor ik vesiculair ademgeruis en een normaal exspirium. Haar piekstroom bedraagt 300 l/min. Tien minuten na inhalatie van 400 µg salbutamol is haar piekstroom 360 l/min. Dit betekent een toename van >15% en dus is er sprake van reversibiliteit.

Omdat haar astma nog niet optimaal onder controle is, stel ik voor om de dosering inhalatiecorticosteroiden te verhogen. Hierop kijkt ze bezorgd en enigszins bedeesd zegt ze: 'Nou goed, ik zal het proberen.' Als ik doorvraag, blijkt dat ze 2 maanden geleden is gestopt met de budesonide.

Komt deze patiënt in aanmerking voor zelfmanagement?

Dit consult illustreert hoe de verschillende belangen van patiënt en huisarts met elkaar in conflict kunnen zijn. Volgens mevrouw Post gaat alles goed. Op grond van de piekstroomwaarden is de longfunctie nog niet optimaal en is mijn streefdoel niet volledig gehaald. In deze situatie kan een behandeling 'op maat' een gewenst alternatief zijn. Met behulp van zelfmanagement kunnen

Auteursgegevens

dr. B. Thoonen, huisarts, coördinator Kaderopleiding astma/COPD, Voortgezette Opleiding tot Huisarts, UMC St Radboud Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Correspondentie: b.thoonen@hag.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: BT heeft voor het uitvoeren en publiceren van wetenschappelijk onderzoek en onderwijs subsidies ontvangen van NWO, het Nederlands Astmafonds, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Pfizer, GSK en Novartis Pharma. De inhoud van deze publicatie is volledig onafhankelijk van elk van deze partijen tot stand gekomen.

de belangen van mevrouw Post en van mijzelf als huisarts weer dichterbij elkaar worden gebracht.¹

Een mogelijk struikelblok bij het aanbieden van een zelfbehandelplan is dat mevrouw Post gestopt is met de inhalatiecorticosteroïden. Juist patiënten met een slechte therapietrouw hebben weinig belangstelling voor zelfmanagement. Ook patiënten met relatief hoge doseringen inhalatiecorticosteroïden zijn minder geneigd met zelfmanagement te starten.⁵ Op grond van deze kennis kan de huisarts gerichter zelfmanagement aanbieden aan astmapatiënten. Aan patiënten die geen inhalatiecorticosteroïden gebruiken terwijl dit wel gewenst is, vraagt de huisarts bij voorkeur eerst of zij willen starten met een onderhoudsbehandeling. Bij patiënten met relatief hoge doseringen inhalatiecorticosteroïden kan de huisarts beter eerst samen met de patiënt de mogelijkheden voor dosisverlaging exploreren. Pas als patiënt en huisarts ervaren hebben dat dit niet gepaard gaat met ongewenst controleverlies, is de mogelijkheid om zelfstandig de onderhoudsbehandeling te variëren aan de orde.⁵ In het geval van mevrouw Post zal de huisarts dus eerst de bereidheid om de onderhoudsbehandeling weer te starten ter sprake moeten brengen voor met haar over zelfmanagement te gaan praten.

Zelfmanagement, stap voor stap naar een eigen programma

Zelfmanagement is niet in één consult aan te leren. Een stapsgewijze benadering, waarbij voorlichting over astma, instructie van vaardigheden en een geschreven richtlijn voor de patiënt in een samenhangend geheel worden aangeboden, heeft de meeste kans op resultaat.^{6,7} De uitvoering van dit stappenplan hoeft niet per se volledig bij de huisarts te liggen. Het vraagt niet alleen een forse tijdsinvestering, ook voelen niet alle huisartsen zich de aangewezen persoon om hun patiënten voor te lichten en te instrueren. Het zijn taken die een praktijkondersteuner of een hiervoor geschoolde doktersassistente heel goed kunnen oppakken. Deze mensen zijn in dit soort vaardigheden vaak meer bedreven en patiënten ervaren hun zorg vaak als meer laagdrempelig. Inzet van dergelijke hulpkrachten kan de efficiëntie van het zelfmanagementprogramma daarom verhogen.⁴

In *tabel 1* staat globaal beschreven hoe zelfmanagement stapsgewijs aan de patiënt kan worden uitgelegd. Een uitgebreide versie van deze tabel waarin een voorbeeld van een zelfmanagementprogramma is uitgeschreven, staat op de website (<http://nhg.artsenet.nl>). Het is een weergave van een programma dat getest is in de Nederlandse huisartsenpraktijk.^{3,4,8}

De eerste stap is het leren herkennen van ontregelingen met behulp van symptomen en de piekstroom. Uitgangspunt hierbij is dat de astma optimaal behandeld wordt. Als dit nog niet het geval is, zal kortdurende intensivering van inhalatiecorticosteroïden of een prednisonstootkuur soms nodig zijn.

Zelfmanagement heeft alleen kans van slagen als de patiënt zelfstandig het beloop van astma kan monitoren. Om dit aan te leren moet de patiënt allereerst inzicht krijgen in het karakteristieke

beloop van astma, de waarde van bepaalde alarmsymptomen en de vaardigheid om de piekstroom te meten. Zelfmanagement voor astmapatiënten rust op drie pijlers: instructie van vaardigheden, een geschreven zelfbehandelplan en voorlichting over astma.

Tabel 1 Voorlichting, vaardigheden en een zelfbehandelplan stapsgewijs geïntroduceerd

<i>Consult 1</i> duur: 20 minuten	De patiënt leert piekstroom en symptomen te meten en te registreren en krijgt informatie over de samenhang tussen prikkels en luchtwegvernauwing.
<i>Consult 2</i> 2 weken na consult 1 duur: 20 minuten	U controleert het monitoren van piekstroom en klachten. De patiënt leert de samenhang tussen veranderingen in het beloop van astma en de instructies in het zelfbehandelplan herkennen en krijgt voorlichting op maat over de verschillende medicamenteuze mogelijkheden.
<i>Consult 3</i> 2 weken na consult 2 duur: 10 minuten	De patiënt leert op welke manieren het beloop van astma beïnvloed wordt: door het vermijden van prikkels (de essentie van de niet-medicamenteuze maatregelen) en door zelfstandige aanpassing van de medicamenteuze behandeling. U geeft voorlichting over de rol van prikkels en het belang deze te vermijden. De nadruk ligt op de eigen keuzes die de patiënt zal moeten maken.
<i>Vervolgconsulten</i> eerste vervolgconsult na 2 maanden, daarna telkens na maximaal 6 maanden duur: 10 minuten	Een 'astmadagboek' met registratie van piekstroom, klachten, de behandelingen die de patiënt zelf heeft ingesteld en de gevolgen voor het dagelijks functioneren, geeft waardevolle informatie over de manier waarop patiënten zelfstandig met hun astma omgaan. Het is de basis voor systematische begeleiding gedurende controlebezoeken aan de praktijk.

Instructie van vaardigheden

Er zijn twee informatiebronnen waarmee patiënten zelfstandig het beloop van astma kunnen inschatten. Allereerst zijn er alarmsymptomen. Toenemend gebruik van bronchusverwijders en 's nachts wakker worden door hoesten of kortademigheid zijn hiervan de meest voorkomende en herkenbare voorbeelden. Bij meer ernstige ontregelingen zal de astmapatiënt ook kortademigheid bij inspanning of in rust als symptoom herkennen.⁹ Daarnaast is de piekstroom een bruikbare bron om het individuele beloop te kunnen inschatten. Uitgangswaarde voor optimaal gecontroleerd astma is dan de 'persoonlijk beste waarde'. De meest pragmatische methode om deze vast te stellen is om de patiënt gedurende een klachtenvrije periode en onder optimale behandeling gedurende twee weken dagelijks de piekstroom thuis te laten meten en opschrijven (ochtend- en avondwaarde). Dit is meteen een goede gelegenheid om het meten van de piekstroom te oefenen. De hoogste waarde die in deze periode is gemeten, kan worden gebruikt als de persoonlijk beste waarde. Indien de hoogste gemeten piekstroomwaarde meer dan 50 l/min boven de op één na hoogste piekstroomwaarde ligt, dan wordt de op één na hoogste piekstroomwaarde als persoonlijke beste waarde geteld.

Instructie van een goede inhalatietechniek hoort een regelmatig terugkerende activiteit te zijn. Ook bij een goed geïnstrueerde patiënt blijken na verloop van tijd weer fouten in de inhalatie-

techniek te sluiten. Vraag daarom de patiënt medicijnen en inhalatoren telkens bij de controles mee te nemen om eventuele fouten in de inhalatietechniek te corrigeren.¹⁰

Geschreven zelfbehandelplan

Met behulp van de zogenaamde 'stoplichtmethode' kan de patiënt de piekstroommeter gebruiken om zelfstandig het beloop van astma te vervolgen. Als afkappunten worden meestal respectievelijk 80, 60 en 40% van de persoonlijk beste waarde gebruikt (tabel 2).¹¹ Deze grenzen kunnen door middel van gekleurde schuifjes of stickers op de piekstroommeter worden aangegeven. De patiënt hoeft dan niet telkens de exacte waarden te weten, maar alleen maar te controleren binnen welke gekleurde zone de piekstroom valt.

Op grond van de huidige inzichten lijkt het in ieder geval zinvol om één keer in de week (op een vaste dag) de piekstroom te meten. Hierdoor kan een achteruitgang met weinig symptomen vroegtijdig worden waargenomen. Daarnaast helpt dit de onderhoudsmedicatie gecontroleerd af te bouwen en het verschaft patiënten feedback over het effect van medicatieveranderingen op de longfunctie. Wanneer de patiënt de in tabel 2 beschreven alarmsymptomen waarneemt, kan hij daarnaast dagelijks de piekstroommeter gebruiken om te beslissen de behandeling al dan niet aan te passen. Als de piekstroom gedurende 2 à 3 dagen onder de 80% van de persoonlijk beste waarde komt, is de astma zodanig verslechterd dat de behandeling aangepast moet worden. De dosering inhalatiecorticosteroiden kan dan worden verdubbeld of een langwerkend β_2 -sympaticomimeticum toegevoegd. Bij een meer ernstige ontregeling kan de patiënt de instructie krijgen



om zelfstandig een prednisonstootkuur te starten. Tabel 2 geeft een zelfbehandelplan met gedetailleerde instructies voor aanpassing van de behandeling.

Er is nog steeds verschil van mening wat de beste basis is voor zelfbehandeling: alleen piekstroommeting, alleen afgaan op symptomen of een combinatie. Van geen van deze methodes is de superioriteit aangetoond. De piekstroommeter is in ieder geval een bruikbaar instrument om individuele alarmsymptomen

te leren kennen. Als patiënten dus net met zelfbehandeling beginnen, verdient gebruik van de piekstroommeter zeker aanbeveling. Maar ook in een later stadium kan het zinvol zijn om in ieder geval periodiek de piekstroom te meten en op te schrijven.

Voorlichting over astma

Patiëntenvoorlichting is een belangrijke hulpbron om patiënten zelfredzamer te maken. Ook bij voorlichting over astma kan de patiënt een actieve en meer betrokken rol spelen. In tabel 3 op de website (<http://nhg.artsenet.nl>) staat een lijst met alle onderwerpen die voor astma relevant kunnen zijn.¹² Wanneer patiënten voor een consult met behulp van deze lijst zelf aangeven waarover ze willen praten,

Tabel 2 Richtlijnen voor het zelfstandig aanpassen van de onderhoudsbehandeling

Instructies bij ontregeling: zet de volgende stap als op 2 uit 3 opeenvolgende dagen een piekstroomdaling optreedt

Kleurcode	Symptomen	Piekstroom (ten opzichte van persoonlijk beste waarde)	Instructie
Geel	's nachts wakker worden	60%-80%	Verdubbel inhalatiecorticosteroiden; zo nodig na 3 weken herhalen tot maximale dosering.
Rood	>4 maal daags luchtwegverwijder nodig, of luchtwegverwijder geen effect	40%-60%	Verhoog inhalatiecorticosteroiden tot maximale dosering. Indien geen verbetering na 2 dagen: alsnog stootkuur starten.
Paars	kortademigheid in rust	<40%	Indien verbetering na luchtwegverwijder: start stootkuur. Indien niet beter na luchtwegverwijder: contact opnemen.

Instructies bij stabiel astma: minimaal 6 weken in de groene zone

Kleurcode	Symptomen	Piekstroom (ten opzichte van persoonlijk beste waarde)	Instructie
Groen	geen symptomen	≥80%	Halveer inhalatiecorticosteroiden. In stappen van telkens 6 weken afbouwen tot 0.

kan de voorlichting beter worden toegespitst op diens vragen. Deze aanpak blijkt de tevredenheid van patiënten over de astmazorg van de huisarts sterk te vergroten. Patiënten hebben het gevoel dat de huisarts beter haalbare adviezen geeft en meer rekening houdt met de individuele situatie.⁸ Huisartsen kunnen een dergelijke lijst als hulpmiddel gebruiken bij de vraagverheldering.¹³ Deze vorm van patiëntgeoriënteerde voorlichting sluit daarmee goed aan bij de doelstelling van zelfmanagement. Patiënten worden actiever bij de astmazorg betrokken. Zowel onderwerpen die voor de patiënt als voor de huisarts van belang zijn kunnen dan worden besproken.

De meerwaarde van zelfmanagement

Zoals ik al in de inleiding heb beschreven, heeft toepassing van zelfmanagement een aantal voordelen. Ook uit een recent gepubliceerd overzicht van een aantal belangrijke onderzoeken naar de effecten van zelfmanagement blijkt dat zelfmanagement winst oplevert voor zowel patiënten als hulpverleners.¹ Zelfmanagement leidt tot een reductie van ziekenhuisopnames, eerste-hulpbezoek en werkverzuim. Er zijn zelfs aanwijzingen dat in specifieke situaties het volgen van een zelfbehandelplan het risico op sterfte door astma verkleint. Vanuit maatschappelijk perspectief leidt zelfmanagement tot een verlaging van astmagerelateerde kosten.

Deze bevindingen schetsen een zeer positief beeld van de mogelijkheden van zelfmanagement, maar enige relativering is op zijn plaats. De meeste onderzoeken zijn gedaan bij patiënten die werden behandeld door de longarts, vaak de eerste-hulppost bezochten of bij patiënten die nog geen goed georganiseerde astmazorg ontvingen. De onderzoeken die in huisartspraktijken gedaan zijn, tonen aan dat aldaar behandelde astmapatiënten in veel gevallen goed tot redelijk onder controle zijn, waardoor er veel minder ruimte voor verbetering is. Daardoor kunnen de beschreven positieve bevindingen vaak niet of niet goed worden bevestigd. Dit laat echter onverlet dat een zelfmanagementprogramma dat bestaat uit patiëntgeoriënteerde voorlichting, training van noodzakelijke vaardigheden en een geschreven zelfbehandelplan een efficiënte oplossing kan zijn om de belangen van de patiënt en de huisarts in een samenhangend programma te verenigen. Onderzoeken die in de Nederlandse situatie zijn gedaan, bevestigen dit ook.^{3,4,14} Zelfmanagement onderscheidt zich hierbij niet zozeer door de inhoud van het programma, maar door de benadering van de patiënt. Het vraagt een andere houding van de arts ten opzichte van de patiënt. De arts moet (leren te) accepteren dat patiënten vanuit medisch oogpunt niet altijd de meest gewenste keuzes maken. De verantwoordelijkheid van de arts ligt in het creëren van de optimale omstandigheden voor zelfstandigheid van de patiënt. Zelfmanagement dient patiënten uit te dagen tot

onafhankelijkheid van de arts, tot de bereidheid om zelfbewust en weloverwogen keuzes te maken en tot het exploreren van de eigen mogelijkheden om met astma om te gaan. In dit proces van 'probleemgericht' leren kan de arts als coach optreden.

Laagdrempeligheid en continuïteit van zorg zijn typische kwaliteiten van de huisartsgeneeskunde. Met name deze kwaliteiten zijn belangrijke randvoorwaarden voor de typisch patiëntgeoriënteerde samenwerking die zelfmanagement kan zijn. Vanuit dit perspectief is er dan ook zeker een plaats voor zelfmanagement in de huisartsenpraktijk.

Literatuur

- 1 Thoonen BPA, Van Weel C. Role of family physicians in implementing asthma self-management programs. *Disease Management and Health Outcomes* 2002;10:141-6.
- 2 Thoonen B, Van Weel C. Self management in asthma care. Professionals must rethink their role if they are to guide patients successfully. *BMJ* 2000;321:1482-3.
- 3 Thoonen BPA, Schermer TRJ, Van den Boom G, Molema J, Folgering H, Akkermans RP, et al. Self-management of asthma in general practice, asthma control and quality of life: a randomised controlled trial. *Thorax* 2003;58:30-6.
- 4 Schermer TR, Thoonen BP, Van den Boom G, Akkermans RP, Grol RP, Folgering HT, et al. Randomized controlled economic evaluation of asthma self-management in primary health care. *Am J Resp Crit Care Me* 2002;166:1062-72.
- 5 Thoonen BPA, Schermer TRJ, Akkermans RP, Otter JJD, Grol RP, Van Schayck CP. Willingness of patients to perform self-management of asthma and the role of inhaled steroids. *Scan J Prim Health Care* 2002;20:60-4.
- 6 Gibson PG, Hensley MJ, Abramson M, Bauman A, Walters EH. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2001*. Oxford: Update Software.
- 7 Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Bauman A, Hensley MJ, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2000*. Oxford: Update Software.
- 8 Thoonen BPA, Schermer TRJ, Jansen M, Smeele I, Jacobse JE, Grol R, et al. Asthma education tailored to individual patient needs can optimise partnerships in asthma self-management. *Patient Educ Couns* 2002;47:355-60.
- 9 Global strategy for asthma management and prevention. NHLBI/WHO workshop report. 95-3659. Bethesda, Md: National Heart, Lung and Blood Institute, 1995.
- 10 Geijer RMM, Van Hensbergen W, Bottema BJAM, Van Schayck CP, Sachs APE, Smeele IJM, et al. NHG-Standaard Astma bij volwassenen: behandeling. *Huisarts Wet* 2001;44:153-64.
- 11 Gibson PG, Wlodarczyk J, Hensley MJ, Murree-Allen K, Olson LG, Salto N. Using quality-control analysis of peak expiratory flow recordings to guide therapy for asthma. *Ann Intern Med* 1995;123:488-92.
- 12 Jansen CCM, Grol R, Jacobs A. Voorlichting aan carapatiënten. Ontwikkeling en evaluatie van richtlijnen voor de huisarts. *Huisarts Wet* 1997;40:522-7.
- 13 Laurant M. Zelfbehandeling van astma, de mening en ervaring van huisartsen. Interne publicatie ZBA-project, 229 HSV, Nijmegen, 1999.
- 14 Klein JJ, Van der Palen J, Uil SM, Zielhuis GA, Seydel ER, Van Herwaarden CLA. Benefit from the inclusion of self-treatment guidelines to a self-management programme for adults with asthma. *Eur Respir J* 2001;17:386-94.