



Bijsluiter gebruik astma (kinderen) indicatoren in de huisartsenpraktijk

Fenna Schouten
f.schouten@nhg.org
09-02-2017
Versie 3

Inhoud

Overzicht van de indicatoren	2
Populatie	2
Monitoring	2
Beschrijving per indicator	3
Themaveld 1: Populatie	3
Themaveld 2: Monitoring.....	5

Overzicht van de indicatoren

Populatie

1. % patiënten met astma onder de 16 jaar (< 16) in de praktijk
2. % patiënten met astma onder de 16 jaar (< 16) onder behandeling in de eerste lijn (huisarts is ≥ 12 maanden hoofdbehandelaar) in de praktijkpopulatie
3. % patiënten met astma onder de 16 jaar (< 16) die in de eerste lijn worden behandeld en ≥ 12 maanden zijn ingeschreven in de praktijkpopulatie
4. % patiënten met astma onder de 6 jaar (< 6) die in de eerste lijn worden behandeld en ≥ 12 maanden zijn ingeschreven
5. % patiënten met astma tussen 6 en 16 jaar (≥ 6 jaar en ≤ 15 jaar) die in de eerste lijn worden behandeld en ≥ 12 maanden zijn ingeschreven

Monitoring

6. % patiënten met astma tussen de 12 en 15 jaar (≥ 12 jaar en ≤ 15 jaar) van wie het rookgedrag actueel en bekend is
7. % patiënten met astma tussen de 12 en 15 jaar (≥ 12 jaar en ≤ 15 jaar) die roken in de groep met bekend rookgedrag
8. % patiënten met astma onder de 16 jaar (< 16) en met ≥ 1 voorschrift(en) voor inhalatiemedicatie en controle inhalatietechniek
9. % patiënten met astma tussen 6 en 15 jaar (≥ 6 jaar en ≤ 15 jaar) en met ≥ 1 voorschrift(en) inhalatiecorticosteroiden (ICS) in de afgelopen 12 maanden met registratie mate van astmacontrole in de afgelopen 12 maanden
10. % patiënten met astma tussen 6 en 15 jaar (≥ 6 jaar en ≤ 15 jaar) en met ≥ 1 voorschrift(en) inhalatiecorticosteroiden (ICS) in de afgelopen 12 maanden bij wie de mate van therapietrouw is besproken en geregistreerd in de afgelopen 12 maanden

Beschrijving per indicator

Themaveld 1: Populatie

Indicator 1: % patiënten met astma onder de 16 jaar (< 16) in de praktijk

Type indicator: Niet van toepassing / populatie.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten (kinderen) met astma in de praktijkpopulatie.

Relatie tot kwaliteit: Niet van toepassing.

Wetenschappelijke onderbouwing: Niet van toepassing.

Interpretatie: Volgens de NHG-Standaard Astma bij Kinderen zijn in de algemene Nederlandse bevolking ongeveer 85.000 kinderen met astma. De prevalentie in de huisartsenpraktijk bij kinderen van 1 tot 4 jaar is 33,8 per 1000 patiënten; bij kinderen van 5 tot 14 jaar 35,9 per 1000 patiënten. Bij jonge kinderen komt astma ongeveer tweemaal zo vaak voor bij jongens als bij meisjes. Kinderen van Turkse en Marokkaanse oorsprong lijken minder vaak astma te hebben dan kinderen van Nederlandse, Surinaamse en Antilliaanse herkomst. Astma komt vaker voor bij te vroeg geboren kinderen. Kinderen die in grote steden wonen, hebben vaker luchtwegklachten en astma dan kinderen op het platteland.

De landelijke prevalentie kan sterk verschillen van de prevalentie in een specifieke praktijk. Dit is vrijwel altijd multifactorieel bepaald. Ten eerste gaat het om percentages die berekend zijn op kleine aantallen. Ten tweede is de case mix direct gerelateerd aan prevalentie. Een voorbeeld hiervan is de leeftijdsopbouw in de praktijk. Ten derde kan het percentage een weerspiegeling zijn van de mate waarin screening op astma wordt toegepast bij patiënten met luchtwegklachten. Als laatste is uniforme registratie een punt van aandacht.

Mogelijk zijn er verschillen tussen huisartsen wat betreft registratie. Bij met name jonge kinderen worden naast de diagnose astma, waarschijnlijk ook de diagnoses kortademigheid/benauwdheid; piepende ademhaling; hoesten; acute infectie bovenste luchtwegen; acute/chronische sinusitis; acute bronchitis; longontsteking gevoerd.

Indicator 2: % patiënten met astma onder de 16 jaar (< 16) onder behandeling in de eerste lijn (huisarts is ≥ 12 maanden hoofdbehandelaar) in de praktijkpopulatie

Type indicator: Niet van toepassing / populatie.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten (kinderen) met astma bij wie de huisarts hoofdbehandelaar is.

Relatie tot kwaliteit: Niet van toepassing.

Wetenschappelijke onderbouwing: Niet van toepassing.

Interpretatie: Zie indicator 1.

Indicator 3: % patiënten met astma onder de 16 jaar (< 16) die in de eerste lijn worden behandeld en ≥ 12 maanden zijn ingeschreven in de praktijkpopulatie

Type indicator: Niet van toepassing / populatie.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten (kinderen) met astma bij wie de huisarts hoofdbehandelaar is. Het verschil met indicator 2 is dat de patiënt minimaal 12 maanden staat ingeschreven bij de huisartsenpraktijk.

Relatie tot kwaliteit: Niet van toepassing.

Wetenschappelijke onderbouwing: Niet van toepassing.

Interpretatie: Zie indicator 1.

Indicator 4: % patiënten met astma onder de 6 jaar (< 6) die in de eerste lijn worden behandeld en ≥ 12 maanden zijn ingeschreven

Type indicator: Niet van toepassing / populatie.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten (jonge kinderen) met astma bij wie de huisarts hoofdbehandelaar is.

Relatie tot kwaliteit: Niet van toepassing.

Wetenschappelijke onderbouwing: Niet van toepassing.

Interpretatie: Zie indicator 1.

Indicator 5: % patiënten met astma tussen 6 en 16 jaar (≥ 6 jaar en ≤ 15 jaar) die in de eerste lijn worden behandeld en ≥ 12 maanden zijn ingeschreven

Type indicator: Niet van toepassing / populatie.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten (oudere kinderen) met astma bij wie de huisarts hoofdbehandelaar is.

Relatie tot kwaliteit: Niet van toepassing.

Wetenschappelijke onderbouwing: Niet van toepassing.

Interpretatie: Zie indicator 1.

Themaveld 2: Monitoring

Indicator 6: % patiënten met astma tussen de 12 en 15 jaar (≥ 12 jaar en ≤ 15 jaar) van wie het rookgedrag actueel en bekend is

Type indicator: Proces.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten (oudere kinderen) met astma van wie het rookgedrag is geïnventariseerd en vastgelegd.

Relatie tot kwaliteit: Roken geeft een toename van symptomen en zorgt voor versnelde afbraak van longweefsel. Om te achterhalen of iemand rookt en vervolgens te kunnen interveniëren, moet er actief naar geïnformeerd worden. Bij optimale zorg is bij alle patiënten met astma het actuele rookgedrag bekend.

Wetenschappelijke onderbouwing: De NHG-Standaard Astma bij kinderen geeft als kernboodschap: ontraad roken door ouders/verzorgers in de omgeving van kinderen en vanzelfsprekend het starten van roken door kinderen zelf. Het streven naar een rookvrije omgeving is de belangrijkste niet-medicamenteuze maatregel. De huisarts moet roken door het kind zelf, door ouders/verzorgers of door anderen in de omgeving van het kind dringend afraden.

Interpretatie: De streefwaarde is 100%. In principe zou van iedereen het rookgedrag bekend moeten zijn. Aangezien sommige patiënten zich onttrekken aan regelmatige controles zijn de uitkomsten van benchmarking relevanter dan de absolute uitkomsten.

Indicator 7: % patiënten met astma tussen de 12 en 15 jaar (≥ 12 jaar en ≤ 15 jaar) die roken in de groep met bekend rookgedrag

Type indicator: Descriptief.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten met astma dat rookt.

Relatie tot kwaliteit: Zie indicator 6.

Wetenschappelijke onderbouwing: Zie indicator 6.

Interpretatie: Een streefwaarde is vooralsnog onbekend. Volgens een enquête van het NIVEL in 2014 rookt in de algemene bevolking 23% en van de patiënten met astma 9% (BI 5,6-13,0%). Volgens het Trimbos Instituut heeft van alle leerlingen van 12 tot en met 16 jaar in het voortgezet onderwijs bijna een kwart (23%) ooit gerookt. Daarbij is geen significant verschil tussen jongens en meisjes gevonden. Van de 12- tot en met 16-jarige scholieren in het voortgezet onderwijs rookt 3% dagelijks een sigaret. De gemiddelde leeftijd waarop scholieren gaan roken is 12,9 jaar. Marokkaanse scholieren hebben in vergelijking met scholieren van Nederlandse of een andere etnische afkomst, het minst ervaring met het roken van een sigaret (5%).

Van Dorsselaer S, Tuithof M., Verdurmen JEE, Spit M., van Laar M., Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2015. Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.

Hoewel stoppen met roken ook bij astma erg belangrijk is, blijft de uitkomst lastig te interpreteren. Zelfs bij zeer uitgebreide programma's gericht op het stoppen met roken blijft het succespercentage ruim onder de 50%. Rekening houdend met de kleine aantallen per praktijk en de spreiding, zijn verschillen in de uitkomst vaak niet significant.

Indicator 8: % patiënten met astma onder de 16 jaar (< 16) en met ≥ 1 voorschrift(en) voor inhalatiemedicatie en controle inhalatietechniek

Type indicator: Proces.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage patiënten (kinderen) met astma dat inhalatiemedicatie gebruikt en met wie de inhalatietechniek besproken is.

Relatie tot kwaliteit: Een juiste inhalatietechniek is belangrijk om ervoor te zorgen dat de voorgeschreven medicatie werkt en zo min mogelijk bijwerkingen geeft. Een aanzienlijk deel van de patiënten heeft geen juiste techniek of verleert het in de loop van de tijd. Bij optimale zorg moet dit daarom regelmatig gecontroleerd worden.

Wetenschappelijke onderbouwing: Doel van de behandeling van alle kinderen met astma is een zo goed mogelijke astmacontrole. Volgens de NHG-Standaard Astma bij kinderen is het benadrukken van een goede inhalatietechniek van groot belang. De huisarts stemt met de apotheker af wie de inhalatie-instructie geeft en wie de inhalatietechniek periodiek controleert. Bij monitoring is inhalatietechniek en therapietrouw erg belangrijk; de huisarts of praktijkondersteuner vraagt ouders en kind medicijnen en inhalatoren bij elke controle mee te nemen om de inhalatietechniek te demonstreren.

Interpretatie: Streefwaarde is 100%.

Indicator 9: % patiënten met astma tussen 6 en 15 jaar (≥ 6 jaar en ≤ 15 jaar) en met ≥ 1 voorschrift(en) inhalatiecorticosteroïden (ICS) in de afgelopen 12 maanden met registratie mate van astmacontrole in de afgelopen 12 maanden

Type indicator: Proces.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage kinderen met astma bij wie de mate van astmacontrole adequaat is geïnventariseerd en vastgelegd.

Relatie tot kwaliteit: Bij optimale zorg is bij alle kinderen die in de afgelopen 12 maanden ICS hebben gebruikt de mate van astmacontrole geïnventariseerd en vastgelegd.

Wetenschappelijke onderbouwing: Volgens de NHG-Standaard Astma bij kinderen vormen inhalatiecorticosteroïden (ICS) de hoeksteen van de onderhoudsbehandeling van astma. Bij kinderen van 6 jaar en ouder is de effectiviteit van ICS aangetoond op longfunctie, symptomen, vermindering van exacerbaties, bronchiale hyperreactiviteit, inspanninggebonden bronchusobstructie en de kwaliteit van leven. De kinderen die in aanmerking komen voor ICS moeten minimaal elke 3-6 maanden gemonitord worden; bij elke controle wordt de mate van astmacontrole geëvalueerd.

Interpretatie: De streefwaarde is in principe 100%. Bij een indicator over de afgelopen 12 maanden is het altijd mogelijk dat een patiënt net iets langer dan een jaar geleden zijn laatste bezoek heeft gehad. Daarnaast is bekend dat astmapatiënten die weinig klachten hebben minder geneigd zijn voor controle te willen komen, zeker in de puberteit.

Soms wordt wel gevraagd naar de astmacontrole, maar is dit niet of niet op de juiste plaats genoteerd.

Indicator 10: % patiënten met astma tussen 6 en 15 jaar (≥ 6 jaar en ≤ 15 jaar) en met ≥ 1 voorschrift(en) inhalatiecorticosteroïden (ICS) in de afgelopen 12 maanden waarbij de mate van therapietrouw is besproken en geregistreerd in de afgelopen 12 maanden

Type indicator: Proces.

Doel indicator: Inzicht verkrijgen in het percentage kinderen met astma bij wie therapietrouw adequaat is besproken en geregistreerd.

Relatie tot kwaliteit: Bij optimale zorg wordt bij alle kinderen met astma die ICS gebruiken de therapietrouw bij elke controle besproken.

Wetenschappelijke onderbouwing: De NHG-Standaard Astma bij kinderen beveelt aan bij elke controle te vragen naar inhalatietechniek en therapietrouw. Therapie-ontrouw is een veelvoorkomend probleem bij astma bij kinderen. Hiervoor kunnen meerdere redenen zijn, zoals onvoldoende kennis over het nut van medicatie, onvoldoende ervaren nut, of het vergeten van medicatie. Regelmatige aandacht voor het nut van de medicatie en voor therapietrouw kan dit gunstig beïnvloeden.

Interpretatie: Er zijn geen referentiewaarden beschreven. Onttrekking uit controles speelt een rol.

Bij gebruik als benchmark bestaat het gevaar dat een afvinkindicator wordt gecreëerd. De diepgang van het gesprek over therapietrouw bepaalt echter het nut, niet zozeer of het überhaupt (heel even) is aangestipt.