



PASCAL BORZÉE:

'Groepseducatie leidt tot hogere therapietrouw'

Cpap-therapie is de meest aangewezen behandeling voor matig tot ernstig slaapapneu. Een belangrijke beperking van de cpap-behandeling is echter de lagere therapietrouw, die de gunstige effecten ongedaan maakt.

Interview: Mark De Quidt

Doorheen de voorbije jaren veranderde het Leuvens Universitair Centrum voor Slaap- en waakstoornissen (LUCS) de manier waarop informatie verstrekt wordt bij aanvang van de behandeling. Ze stelden een verbetering vast van de therapietrouw door de veranderde aanpak... Maar is dit werkelijk zo? Kan dit geobjectiveerd worden? Met een studie - in 2016 gepubliceerd - wilden ze de verandering objectief becijferen.

We gaan op de koffie bij Pascal Borzée, coördinator van het slaapcentrum, die de gegevens verzamelde en ook voor de verschillende vormen van educatie zorgde. Dr. Isabelle Delanote analyseerde en schreef het paper. Professoren Dries Testelmans, Catharina Belge en Bertien Buyse, allen pneumologen en slaapartsen, begeleidden de wetenschappelijke studie. Allen maken ze deel uit van het team van het Multidisciplinair centrum voor slaapmonitoring van het Universitair Ziekenhuis van Leuven.

Pascal Borzée ontvangt ons in het lokaal waar de educatie gegeven wordt: 'Deze ruimte heeft een groot computerscherm aan de muur, waarop we een diapresentatie geven aan een kleine groep patiënten. De ochtend na de titratienacht (de nacht waarin de druk bepaald wordt die een cpap-gebruiker nodig zal hebben), na een eerste nachtervaring met cpap, zitten we hier in groep samen voor een gezamenlijke educatie in een open discussie.'

Dit is hoe jullie nu werken, maar zo hebben jullie het niet altijd aangepakt?

In de beginjaren gaven we enkel een individuele uitleg gedurende de namiddag voor de titratienacht. Die was wel goed voorbereid en goed gestructureerd, maar we zaten met de vraag: wie houdt vol, wie haakt af na enkele dagen, weken of maanden? Is er misschien een onderbreking in de behandeling geweest? En vooral, kunnen we daar iets aan doen? Kunnen we de therapietrouw verbeteren? Want we zien de cpap gebruikers pas een half jaar later, tijdens de verplichte controle. Je kan dan enkel tellen hoeveel personen volgehouden hebben en hoeveel afgehaakt.

Het afhaken gebeurt eerder in de beginperiode van de cpap-behandeling?

Precies, dat hoorden we van wie ons het toestel terugbracht. Daarom besloten we de nieuwe gebruikers telefonisch te contacteren, zo'n 7 tot 10 dagen na de titratienacht. We vroegen hoe de ervaring de eerste nachten was, hoeveel uren met cpap geslapen werd, of er geen problemen waren met het masker... We hadden immers gemerkt dat een aantal mensen nogal wat schroom hadden om ons zelf te contacteren: 'Dat probleem zal wel niet belangrijk genoeg zijn'. Er waren mensen die van bij het begin niet doorgezet hadden.

Dat telefonisch contact was een wat moeilijk verhaal. Nogal wat mensen hadden beroepsactiviteiten en dan is het niet altijd gemakkelijk een gepast moment te vinden. Wat is de persoon aan het doen als ik die bel? Kan hij of zij vrijuit spreken over de ervaring met de cpap? Verpleegkundigen konden bovendien goed inschatten wie ons uit eigen beweging zou contacteren bij problemen en wie korter opgevolgd moest worden. Telefoneren was niet voor iedereen nodig. Dus om praktische redenen hebben we dat telefoongesprek moeten laten vallen. We hadden de indruk dat de therapietrouw licht was toegenomen, maar we hadden er meer van verwacht.

En zo zijn jullie naar de huidige aanpak, de groepseducatie, geëvolueerd?

In juli 2013 hebben we het individueel gesprek op de tweede dag en de telefonische opvolging vervangen door een groepsgesprek met diapresentatie (zie tabel 1). In een groep zitten vier of vijf patiënten per dag. We hebben afzonderlijke presentaties voor beide toestellen die we vandaag in gebruik hebben, de Philips DreamStation en de Resmed Aircsense 10.

Die gezamenlijkheid speelt een grote rol. De mensen zitten niet enkel hier samen, maar volgen ook in de ochtend samen een aantal onderzoeken: bloedonderzoek,

Pascal Borzée:
 ‘In een groep zitten vier of vijf patiënten per dag. Die gezamenlijkheid speelt een grote rol. De mensen zitten niet enkel hier samen, maar volgen ook in de ochtend samen een aantal onderzoeken. Ze hebben op die manier informeel samen gezeten en de eerste ervaringen van de voorbije nacht kunnen uitwisselen.’



	Groep 1	Groep 2	Groep 3
Dag 1	Individuele educatie	Individuele educatie	Individuele educatie
Tijdens de dag	Oefenmoment en probleemplossing	Oefenmoment en probleemplossing	Oefenmoment en probleemplossing
Titratie nacht			
Dag 2	Individuele educatie	Individuele educatie	Groepseducatie met diapresentatie
		Telefoon na 7 tot 10 dagen	

Tabel 1. De drie onderzoeksgroepen

longfunctie, RX thorax (röntgenfoto van de longen)... Ze hebben op die manier informeel samen gezeten en de eerste ervaringen van de voorbije nacht kunnen uitwisselen. Rond 10 uur worden ze in dit lokaal ontvangen met een kop koffie voor de groepseducatie en maken ze kennis met hun definitief toestel. Ondertussen wordt door de slaapdeskundigen hard gewerkt aan de slaapanalyse van de titratienacht. Tegen de middag hebben de artsen deze ook doorgenomen en kan de patiënt ontslagen worden, meestal na de lunch.

Educatiedag 1	Educatiedag 2
Osas: definitie en gezondheidsrisico's	Osas: definitie en gezondheidsrisico's
Cpap-therapie: werking en te verwachten gezondheidsvoordelen	Cpap-therapie: werking en te verwachten gezondheidsvoordelen
	Gebruik cpap en onderhoud
	Gebruik bevochtiger en onderhoud
Masker aandoen en aanpassen	Masker aandoen en aanpassen
	Masker en slang onderhoud
Mogelijke masker- en huidproblemen	Mogelijke masker- en huidproblemen
Mogelijke neusproblemen	Mogelijke neusproblemen
	Reizen met cpap
	Hospitalisatie en heelkunde met cpap
Betaling behandeling via de conventie	Betaling behandeling via de conventie

Tabel 2. Herhaling en aanvulling van educatie op dag 2

Belangrijk in ons verhaal zijn die educatiemomenten. Mensen worden toch wel ernstig geconfronteerd met een nieuw gegeven in hun leven en tenzij ze zelf informatie opgezocht hebben, weten ze niet goed wat er zal gebeuren: voor de rest van je leven met een masker en toestel gaan slapen. Patiënten krijgen dan wel de uitleg, maar het dringt niet goed door. De belangrijke zaken worden de eerste dag uitgelegd, ze krijgen de hele uitleg op papier, kunnen die 's avonds nalezen en de volgende dag worden ze nog eens herhaald. Als ze naar huis gaan hebben ze die zaken dan drie keer opgenomen en eventueel informeel nog met een medepatiënt besproken.

De eerste dag en de titratienacht zijn gelijk voor de drie groepen, het verschil zit in de tweede dag. Qua inhoud is de educatie gelijk en er is ook een identiek verschil tussen de eerste dag en de tweede dag: de inhoud van de eerste dag wordt herhaald en aangevuld (zie tabel 2). Onze uitleg is uniform over het hele team met een gestructureerde inhoud. We herhalen bewust in de tweede dag en ook bij andere contacten, om de informatie goed te kunnen verwerken. Eénmaal uitleg geven is onvoldoende. De groepseducatie in de derde groep is inhoudelijk ook gelijk aan de individuele educatie in de eerste twee groepen, maar er worden afbeeldingen via een diapresentatie toegevoegd en er is de groepsbespreking met open vragen.

Het doel van jullie studie was het effect van deze drie educatieve benaderingen op de therapietrouw te analyseren. Hoe hebben jullie dit aangepakt?

We hebben niet de drie methodes opnieuw uitgetest. We hadden ruw cijfermateriaal van de voorbije jaren en we konden vrij eenvoudig bepalen wanneer die belangrijke wijzigingen in onze educatie gebeurden. We hebben teruggeblikt en drie historische groepen geïdentificeerd, telkens van 100 cpap-gebruikers met matig tot ernstig apneu. >

Na 24 weken, de eerste verplichte controle, werden de data uit de toestellen in de drie groepen vergeleken. De **therapietrouw** werd afgeleid van het gemiddeld aantal uren gebruik per nacht. Voor de berekening hiervan werden de afhakers niet meegerekend. Het percentage afhakers is wel de maatstaf voor de **aanvaarding** van de therapie. Tenslotte werd de **slaperigheid** gemeten aan de hand van de ESS, de Epworth SlaperigheidsSchaal (zie tabel 3).

	Groep 1	Groep 2	Groep 3
Epworth slaperigheid	5 ± 5	4 ± 6	4 ± 4
Afhaken	16%	12%	5%
Cpap-gebruik in uren/nacht	4,7 ± 1,8	5,2 ± 2,3	5,7 ± 2,1

Tabel 3. De resultaten van de studie

Of de verschillen significant zijn leiden we af uit de variatie. Dan blijken de verschillen in de slaperigheid niet betekenisvol te zijn, de variatie is te groot. Maar wel uitgesproken is de daling van het percentage dat afhaakt: van 16% naar 5%. Zelfs ten opzichte van de telefonische opvolging (12%) is de daling door de groepseducatie ook gevoelig. En de terapietrouw is met een uur per nacht toegenomen.

Met en is weten, maar wat betekenen deze cijfers nu voor de behandeling?

De terapietrouw van de cpap-behandeling verbeteren is een voortdurende uitdaging. Onze studie toonde dat een multimodale aanpak, een combinatie van individuele educatie, groepseducatie, diapresentatie, open discussie, leidde tot een hogere terapietrouw. Bovendien vraagt een groepsdiscussie minder inzet van personeel dan telefonische contacten.

Wat komt er aan bod in een educatie:

1. Kennis: wat moet ik doen?
2. Kundigheden: hoe moet ik het doen?
3. Motivatie: de gebruiker moet het willen doen
4. Probleemoplossend vermogen: het kunnen doen

We zien heel vaak en vroeger deden we het ook zo, voor we de educatie hervormd hebben, dat de kennis en de kunde op de voorgrond traden. We leggen je uit hoe het toestel werkt en hoe je het moet gebruiken, het functionele dus. Maar het cpap-toestel is uiteindelijk een eenvoudig toestel met twee knoppen (aan/uit en rampfunctie) en weinigen zetten het masker ondersteboven op. Je moet wat extra uitleg geven over het onderhoud van slang en masker, maar daar blijft het dan bij. Mensen hebben uiteindelijk weinig problemen met het gebruik.

Motivatie en probleemoplossend vermogen zijn het belangrijkste. Motivatie is meer dan 'ja, ik wil gezond leven'. Sommigen zijn niet echt overtuigd: 'Moet dat nu wel, want

eigenlijk heb ik niet veel hinder van apneu.' Belang en vertrouwen vormen samen de motivatie: het belang van de verandering inzien en vertrouwen, overtuigd zijn dat het gaat helpen. Ik zeg vaak tegen mijn verpleegkundigen: 'De patiënt zou na de educatie haast al in de auto zin moeten hebben om het te proberen.'

Hoe kan je het belang en vertrouwen beoordelen ten aanzien van aandoening en therapie?

Op het einde van de groepseducatie krijgen patiënten schriftelijk twee eenvoudige vragen, die ze beantwoorden op een 10-punten schaal van helemaal niet tot helemaal wel:

1. Belang-vraag: hoe belangrijk beschouwt u uw probleem?
2. Zelfvertrouwen-vraag: hoe groot is uw vertrouwen dat u het cpap-apparaat kunt gebruiken?

Als blijkt dat er nog een probleem is, dan wordt dit onmiddellijk besproken met een slaaparts.

Wat we voor ogen moeten houden is dat de samenleving, via de ziekteverzekering, een ernstige investering levert in de behandeling van slaapapneu. Daarom voel ik me verplicht veel aandacht te besteden aan terapietrouw. Ik meen dat educatie daarbij een belangrijker rol speelt dan technologische verbeteringen van de toestellen. Een functie als uitlezen kan wel nuttig zijn de eerste maanden, maar na de periode van gewenning hebben ze, volgens mij, weinig toegevoegde waarde. ■



Bron: De Leuvense studie is gepubliceerd als Adherence to cpap therapy: Comparing the effect of three educational approaches in patients with obstructive sleep apnoea. Delanote I, Borzée P, Belge C, Buyse B, Testelmans D. Clin Respir J. 2016

Voor Nederlandse lezers

Een conventie is een terugbetalingsregeling in Vlaanderen voor medische kosten door het RIZIV, de (verplichte) federale openbare ziekteverzekering. Voor de cpap-conventie is de voorwaarde een minimum van 20 ademstops per uur. De cpap moet gemiddeld minstens 3 uur per nacht gebruikt worden, wat na een half jaar (24 weken) en vervolgens jaarlijks, gecontroleerd wordt.