

Groepssprekuren: meerwaarde voor de patiënt met pollenallergie?

Do group sessions have effects on patients with pollen allergy?

H.D.M. Smidt-Huizinga¹, dr. S. v.d. Heide², dr. G.J. Jonker³, dr. J.N.G. Oude Elberink³

Samenvatting

De prevalentie van allergische rinitis bij volwassenen is hoog (10-30%). Allergische rinitis kan gepaard gaan met comorbiditeit zoals astma, conjunctivitis en voedselallergie. In het UMCG worden sinds 2011 patiënten met atopisch syndroom gezien op een collectief spreekuur, wat geresulteerd heeft in reductie van de wachttijd. In deze studie werden de effecten van het groepssprekuren vergeleken met het individuele spreekuur met als belangrijkste parameters kwaliteit van leven en patiënttevredenheid. In deze prospectieve pilotstudie werden 52 patiënten geïncludeerd met pollenallergie. Patiënten die het groepssprekuren bezochten, kregen op één dag groepsvoorlichting, diagnostisch onderzoek, consult bij de arts en behandeladviezen. Patiënten die individueel gezien werden, hadden eerst een consult bij de arts en kwamen op een later tijdstip terug voor diagnostisch onderzoek en behandeladviezen. Vooraf en in het boom- en graspollenseizoenen werden door middel van vragenlijsten de kwaliteit van leven (RQLQ) en patiënttevredenheid geëvalueerd. De respons op de vragenlijsten was hoog (81%). Er werd een grote mate van comorbiditeit in de groep gezien: astma (56%) en 'oral allergy syndrome' (73%). De vooraf gemeten kwaliteit van leven (mediane RQLQ (interkwartielafstand)) was in beide groepen laag (3,4 (2,6-4,2)) en verbeterde sterk in zowel het boompollenseizoen (Δ 1,1 (0,4-2,7)) als het graspollenseizoen (Δ 1,1 (0,1-2,4)); tussen de twee groepen (groepssprekuren versus individueel spreekuren) werd geen verschil gevonden. De kwaliteit van leven van patiënten met pollenallergie was laag en verbeterde sterk na behandeling, ongeacht of patiënten het groepssprekuren dan wel het individueel spreekuren bezochten. De patiënttevredenheid was even groot in beide groepen. De invoering van groepssprekuren heeft de efficiëntie van de poliklinische zorg sterk verbeterd, terwijl de kwaliteit van leven en patiënttevredenheid vergelijkbaar waren in beide groepen.

(*Ned Tijdschr Allergie & Astma* 2015;15:55-61)

Summary

The most frequent kind of allergy in adults is allergic rhinitis, with a prevalence of 10-30%. Allergic rhinitis may involve comorbidity such as asthma, conjunctivitis and food allergy. Since 2011, patients with atopic syndrome are seen at a collective consultation meeting at the UMCG, which resulted in reductions of waiting time. The goal of this investigation is to test whether patients attending group consultation benefit more from their allergy treatment than patients attending individual consultation, measured by quality of life and patient satisfaction. Fifty two patients with a pollen allergy were included in this study. Patients attending group consultation had one appointment for group education, diagnostic examination, doctor's consultation and treatment discussion. Patients seen individually had an appointment with

¹ physician assistant, ² biochemicus, ³ internist-allergoloog, afdeling Allergologie, Universitair Medisch Centrum Groningen.

Correspondentie graag richten aan: mw. H.D.M. Smidt-Huizinga, physician assistant, Universitair Medisch Centrum Groningen, Allergologie, Kamer U3.141, huispostcode: AA 23, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen, e-mailadres: h.d.m.smidt@umcg.nl.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Trefwoorden: allergische rinitis, groepssprekuren, kwaliteit van leven, patiënttevredenheid, pollenallergie

Keywords: allergic rhinitis, group education, patient satisfaction, pollen allergy, quality of life

the doctor and a follow-up appointment for diagnostic examination and treatment discussion. The quality of life and patient satisfaction were evaluated beforehand and in both the tree and grass pollen season. The response to the questionnaires was high (81%). There is high comorbidity: asthma (56%) and oral allergy syndrome (73%). The quality of life (median RQLQ (interquartile range)) measured at baseline was very low (3.4 (2.6-4.2)) and showed an equally strong improvement in both groups in the tree (Δ 1.1 (0.4-2.7)) and grass pollen season (Δ 1.1 (0.1-2.4)); between the groups (group versus individual consultation) no difference was found in quality of life. Patient satisfaction was identical in both groups. The low quality of life experienced by patients with pollen allergy attending group consultation improved as strongly as those attending individual consultation. Patient satisfaction was equally high in both groups. The introduction of group consultation has considerably improved the efficiency of the out-patient treatment, whereas the quality of life and patient satisfaction remained comparable in both groups.

Inleiding

In de westerse wereld komen allergische aandoeningen steeds vaker voor. In Nederland heeft ruim een kwart van de bevolking een allergische aandoening.¹ Allergische rinitis is de meest voorkomende vorm van allergie met een prevalentie van 10-30% bij volwassenen en heeft voornamelijk een piekprevalentie tussen 5 en 45 jaar. Het aantal patiënten neemt toe; er treedt ongeveer iedere tien jaar een verdubbeling van de prevalentie op.^{1,2} Allergische rinitis gaat vaak gepaard met andere allergische ziekten, zoals astma, conjunctivitis en voedselgerelateerde klachten.^{3,4} Hoewel allergische rinitis geen ernstige (levensbedreigende) aandoening is, kan het de kwaliteit van leven van patiënten flink negatief beïnvloeden. Daarnaast leidt allergische rinitis tot hoge kosten door ziekteverzuim en slechtere prestaties op werk en school.^{2,3}

Sinds 2011 worden er op de afdeling Allergologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen collectieve spreekuren georganiseerd voor patiënten met het atopisch syndroom. Bij een collectief spreekuur worden patiënten gegroepeerd met eenzelfde klachtenpatroon, waarbij gezamenlijk voorlichting wordt gegeven over aard en oorzaak van de klachten en de voor- en nadelen van verschillende behandelvormen. Deze groepssprekuren worden op één dag georganiseerd voor vijftien tot twintig patiënten. Er wordt voorlichting gegeven over de aandoening; aansluitend wordt er diagnostiek verricht (individueel) en hebben de patiënten een consult bij de allergoloog. In bijna alle gevallen kan het behandelplan op deze dag met de patiënten besproken worden en kan er zo nodig direct met de behandeling volgens de geldende richtlijnen gestart worden.^{3,5} Voordat gestart werd met deze groepssprekuren werden patiënten individueel op de polikliniek gezien; patiënten kwamen op een later tijdstip terug voor diagnostisch onderzoek en het bespreken van het behandelplan.

De aanleiding voor het opzetten van de groepssprekuren was het verkorten van de wachttijd voor de patiënt.⁶ De wachttijd van ruim één jaar in 2011 verminderde tot twaalf weken in de eerste helft van 2013. Tevens blijken de groepssprekuren efficiënter te zijn voor de kliniek. De voorlichting die nu in groepsverband plaatsvindt, hoeft maar één keer gegeven te worden: dit scheelt tijd in de spreekkamer. Dit alles gaf aanleiding om te onderzoeken of de invoering van groepssprekuren ook van invloed was op de ervaren kwaliteit van leven en patiënttevredenheid.

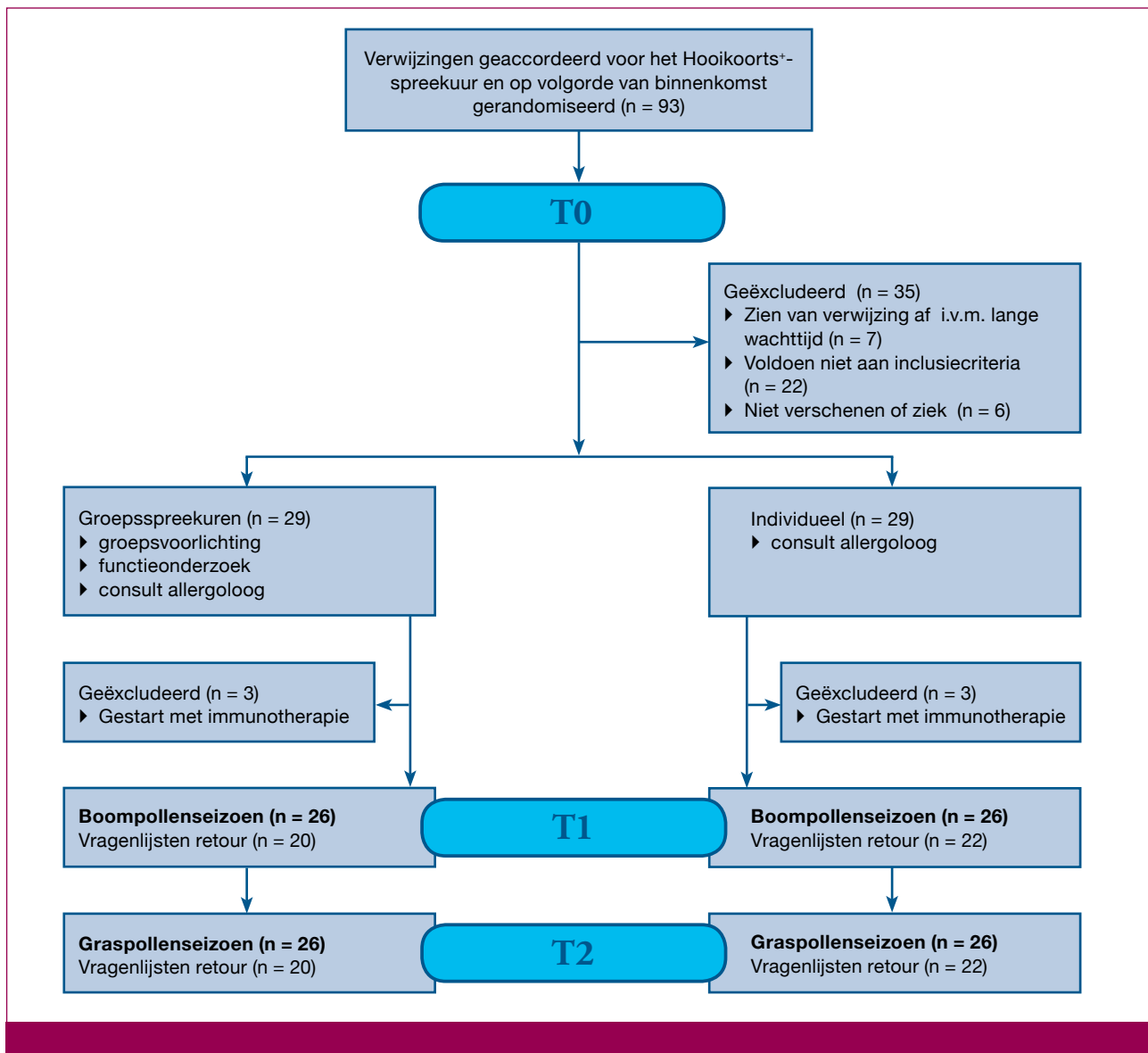
Methode

Onderzoeksdesign

In deze prospectieve pilotstudie werden patiënten van 17 tot 70 jaar geïncludeerd met klachten van de bovenste luchtwegen als gevolg van gras- en boompollen. Daarnaast hadden patiënten mogelijk klachten van de onderste luchtwegen, eczeem of voedselgerelateerde klachten. Patiënten die verwezen waren door de huisarts of medisch specialist werden op volgorde van binnenkomst gerandomiseerd naar het groepssprekkuur of het individueel spreekuur in de periode van juli 2013 tot en met januari 2014.

Meetinstrumenten

Data voor de beide onderzoeksgroepen werden verzameld door middel van vragenlijsten. Er werd gebruik gemaakt van de vragenlijst *Hooikoorts, voeding, eczeem en astma*. Deze vragenlijst is in 2011 ontwikkeld voor de standaardzorg voor patiënten met atopische klachten die gezien werden op het groepssprekkuur. Voor dit onderzoek werd deze vragenlijst aangepast. De patiëntkenmerken leeftijd, geslacht en daarnaast gegevens over voedselgerelateerde klachten en eczeem zijn met behulp van deze vragenlijst verkregen. Om de kwali-



Figuur 1. Verloop van de in- en exclusie van patiënten in de studie.

teit van leven in kaart te brengen is de volledige gevalideerde ziektespecifieke vragenlijst *Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire* (RQLQ) geïntegreerd.⁷⁻⁹ De RQLQ bestaat uit 28 vragen verdeeld over zeven domeinen: oogklachten, neusklachten, beperking van dagelijkse bezigheden, slaapproblemen, praktische problemen, gevoelens en algemene klachten. Naast de RQLQ is de vragenlijst aangevuld met vragen over klachten van de onderste luchtwegen uit de gevalideerde vragenlijsten *Asthma Quality of Life Questionnaire* (AQLQ) en *Asthma Control Questionnaire* (ACQ).^{10,11} Patiënttevredenheid is gemeten met behulp van de *CQ-index Poliklinische Ziekenhuiszorg*.^{12,13} De kwaliteit van leven is vervolgens vooraf (T0), in het boompollenseizoen (T1) en graspollenseizoen (T2) geëvalueerd. De patiënttevredenheid is gemeten op T1.

Statistische analyses

Statistische analyses werden gedaan met behulp van SPSS 22.0. Alle testen waren tweezijdig en er werd een significantieniveau aangehouden van $p < 0,05$. Voor het analyseren van verschillen in frequenties werd gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek (chikwadratoets). De uitkomsten van de kwaliteit van leven (RQLQ) werden per vraag per domein gescoord op een zevenpunts likertschaal. Een verandering van een halve punt betekent een geringe verandering (die al wel klinisch relevant is), een verandering van één punt betekent een matige verandering en een verandering van twee punten betekent een belangrijke verandering.¹⁴ Binnen de groepen werden de gegevens tussen T0, T1 en T2 geanalyseerd met behulp van de gepaarde rangtekeningtoets van Wilcoxon. Verschillen tussen groepen,

Tabel 1. Kenmerken van de onderzoekspopulatie op T0.

| | Totaal (n = 52) | Groepssprekuren (n = 26) | Individueel spreekuur (n = 26) | P-waarde |
|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------|
| Leeftijd in jaren mediaan (IQR) | 31,3 (23,4-41,5) | 32,1 (23,3-42) | 29,6 (23,1-41) | 0,435 |
| Geslacht (%) | | | | 0,510 |
| - man | 12 (23) | 5 (19) | 7 (27) | |
| - vrouw | 40 (77) | 21 (81) | 19 (73) | |
| Anamnestic ARC-klachten (%) | | | | 0,135 |
| - graspollen | 12 (23) | 5 (19) | 7 (27) | |
| - boompollen | 3 (6) | 0 (0) | 3 (12) | |
| - gras- en boompollen | 37 (71) | 21 (81) | 16 (61) | |
| Diagnose astma (%) | | | | 0,219 |
| - geen astma | 23 (44) | 13 (50) | 10 (38) | |
| - astma | 29 (56) | 13 (50) | 16 (62) | |
| Positieve huidtesten(%)* | | | | |
| - graspollen | 45 (87) | 23 (92) | 22 (88) | 0,637 |
| - boompollen | 40 (77) | 22 (88) | 18 (72) | 0,157 |
| - huisstofmijt | 33 (64) | 16 (64) | 17 (68) | 0,765 |
| - kat | 31 (60) | 17 (68) | 14 (56) | 0,382 |
| - hond | 27 (52) | 16 (64) | 11 (44) | 0,156 |
| Kat in huis (%)* | | | | 0,214 |
| - ja | 5 (10) | 3 (11) | 2 (8) | |
| - nee | 41 (79) | 22 (85) | 19 (73) | |
| - onbekend | 6 (11) | 1 (4) | 5 (19) | |
| Hond in huis (%)* | | | | 0,214 |
| - ja | 8 (15) | 4 (15) | 4 (15) | |
| - nee | 38 (73) | 21 (81) | 17 (66) | |
| - onbekend | 6 (12) | 1 (4) | 5 (19) | |
| Voedselgerelateerde klachten (%) | | | | 0,554 |
| - geen | 13 (25) | 6 (23) | 7 (27) | |
| - OAS | 38 (73) | 20 (77) | 18 (69) | |
| - OAS en primaire voedselallergie | 1 (2) | 0 (0) | 1 (4) | |

IQR = interkwartielafstand, ARC = allergische rinoconjunctivitis, OAS = oral allergy syndrome. *Berekend over n = 25 in beide groepen.

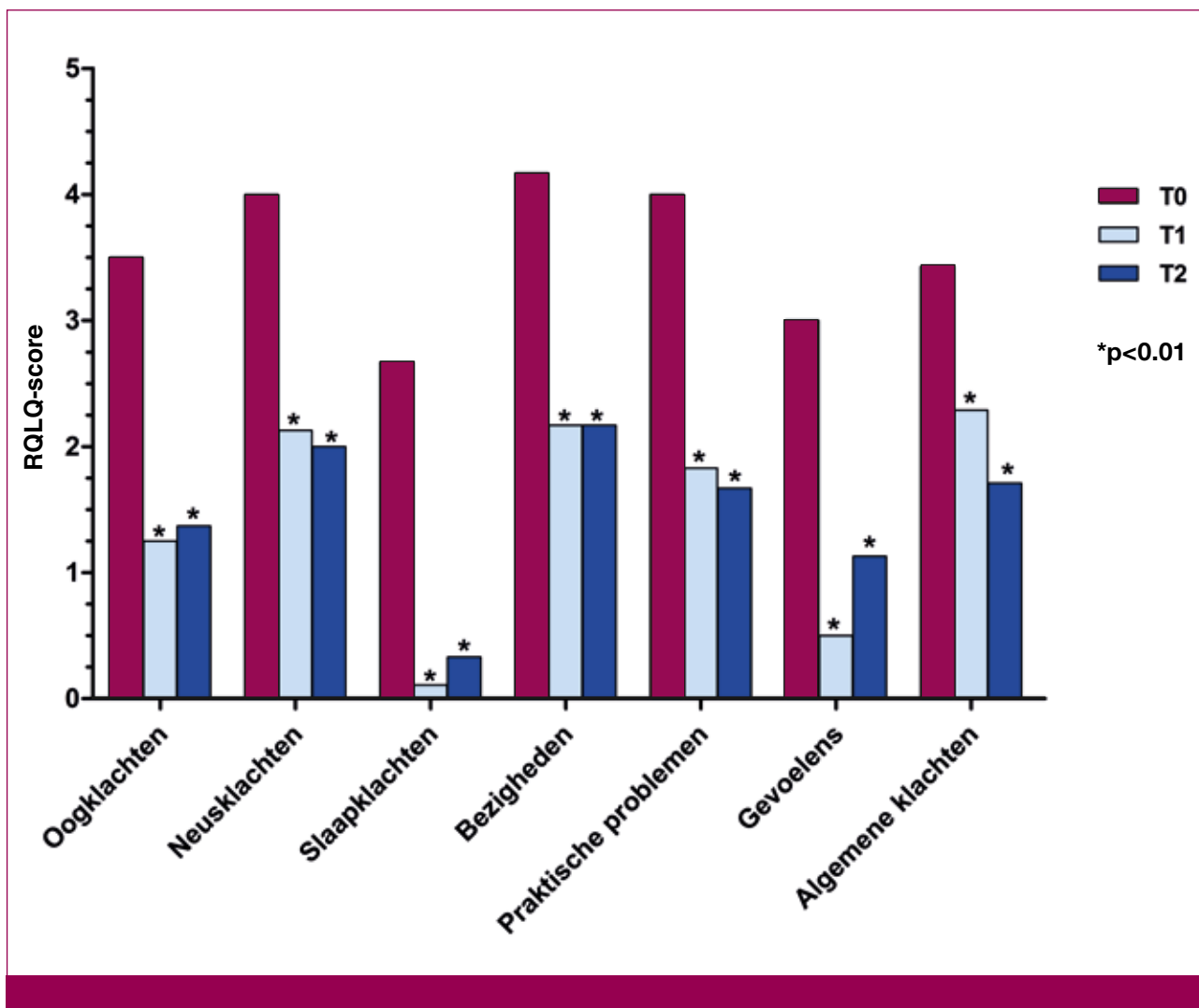
groepssprekuren versus individueel spreekuur, werden onderzocht met de mann-whitney-U-toets.

Resultaten

Op grond van verwijzing werden in eerste instantie 93 patiënten geschikt bevonden voor deelname aan de studie. Tijdens het onderzoek zijn er patiënten om verschillende redenen (*Figuur 1, pagina 57*) geëxcludeerd. Uiteindelijk zijn er 52 patiënten geïnccludeerd en benaderd door middel van een vragenlijst op T1 en T2.

De respons op de vragenlijsten was hoog (81%). Bij aanvang van de studie werd geen verschil gevonden in

patiëntkenmerken; de groepen waren bij aanvang zeer vergelijkbaar (*Tabel 1*). In de hele onderzoekspopulatie heeft het merendeel van de patiënten (71%) op grond van de anamnese klachten van boom- en/of graspollen. Er is vrijwel geen monosensibilisatie voor boompollen (6%) en maar 23% voor grassen. Meer dan de helft van de patiënten heeft naast allergische rinoconjunctivitis astma (56%) en 73% heeft het 'oral allergy syndrome'. Tevens had een grote groep patiënten een positieve huidtest op hond en kat (respectievelijk 52% en 60%); veel patiënten hadden echter geen huisdier in huis (respectievelijk 73% en 79%). Bij 64% van de patiënten werd een positieve huidtest voor huisstofmijt



Figuur 2. Kwaliteit van leven per domein van de totale onderzoekspopulatie op T0, T1 en T2. * $p < 0,01$ ten opzichte van T0. RQLQ-score: 0 is geen last, 6 is erg veel last. Een verandering van de RQLQ-score van 0,5 punt betekent een geringe klinisch relevante verandering; een verandering van 1 punt betekent een matige klinisch relevante verandering en een verandering van 2 punten betekent een belangrijke klinische relevante verandering.

gemeten. Deze uitkomsten waren vergelijkbaar voor de beide groepen.

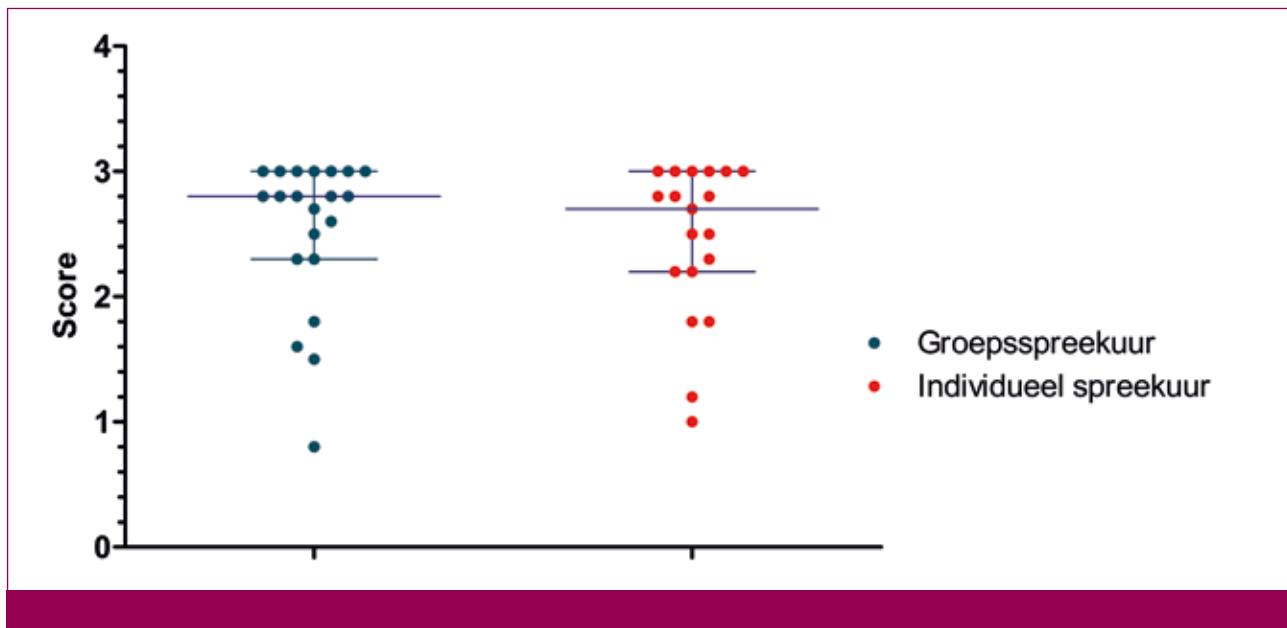
De vooraf gemeten kwaliteit van leven (mediane RQLQ (interkwartielafstand, IQR)) was in beide groepen laag (3,4 (2,6-4,2)). De RQLQ's verbeterden significant in zowel het boompollenseizoen (T1: Δ 1,1 (0,4-2,7)) als het graspollenseizoen (T2: Δ 1,1 (0,1-2,4)) (Figuur 2). Er werd geen statistisch significant verschil in verbetering van kwaliteit van leven gezien bij patiënten die individueel waren gezien in vergelijking met patiënten die het groepssprekuren bezochten.

De patiënttevredenheid was in beide groepen vergelijkbaar (Figuur 3, pagina 60). De patiënten kregen voldoende informatie over hun aandoening en waren even tevreden over de gegeven advie-

zen omtrent hun behandeling. Er werd geen verschil gevonden tussen patiënten van het individuele spreekuur en patiënten van het groepssprekuren ($p = 0,590$).

Discussie

Het doel van het introduceren van groepssprekuren voor patiënten met pollenallergie was een efficiëntere zorg: meer patiënten behandelen met een kortere wachttijd. Belangrijk was dat dit niet ten koste zou mogen gaan van de kwaliteit van de geleverde zorg. In een eerder onderzoek werd aangetoond dat het verlenen van zorg via groepssprekuren inderdaad leidt tot de gewenste verbetering van de efficiency en in het huidige onderzoek is aangetoond dat dit lukt zonder in te leveren op de kwaliteit van zorg.⁶



Figuur 3. Patiënttevredenheid op T1 in de beide onderzoeksgroepen. Individuele waarden en interkwartielafstand (IQR). Score 0 staat voor ontevreden, 3 voor zeer tevreden.

In de gehele onderzoekspopulatie hadden patiënten vaak al vele jaren ernstige klachten van de bovenste luchtwegen en werd in voorgaande jaren een slechte kwaliteit van leven gemeten in zowel het boom- als graspollenseizoen. Dit kwam waarschijnlijk mede door de grote mate van comorbiditeit die bij deze patiëntengroep werd waargenomen. Patiënten reageerden onvoldoende op medicamenteuze behandeling die was ingesteld volgens de richtlijnen^{3, 5} door de huisarts of specialist (kno-artsen, longartsen en dermatologen) waarna patiënten vervolgens doorgestuurd werden naar de afdeling Allergologie van het UMCG. Een belangrijke bevinding in dit onderzoek is dat bij alle patiënten met een pollenallergie na interventie de kwaliteit van leven zeer forse verbeterd, hetgeen mogelijk te verklaren is door de combinatie van behandelingen.

In de literatuur zijn geen artikelen gevonden waarbij gekeken werd naar de kwaliteit van leven in combinatie met groepseducatie bij pollenallergische patiënten. In verband met het ontbreken van deze bronnen is naar een bredere populatie gezocht, namelijk patiënten met chronische klachten. Wat opviel in deze onderzoeken is dat vele vormen van educatie op een andere manier werden uitgevoerd. In de meeste gevallen werd educatie individueel en in meerdere sessies gegeven.^{15,16} Er leek wel een effect op te treden ten aanzien van toename van kennis over de aandoening in de groepen waarin groepssprekuren werden gehouden, maar de kwaliteit van leven werd in deze studies niet gemeten. In het algemeen waren de onderzoeken verschillend in me-

thodologie waardoor geen overeenkomsten met andere studies gevonden konden worden.

Naast het meten van kwaliteit van leven is patiënttevredenheid een belangrijke maat voor kwaliteit van zorg. Veel meetinstrumenten voor het in kaart brengen van patiënttevredenheid zijn niet valide vanwege subjectiviteit en complexiteit.^{12,13} Er wordt in studies vaak gebruikgemaakt van een zelf ontwikkelde (niet-gevalideerde) vragenlijst. Dit betekent dat uitkomsten moeilijk te interpreteren en onderling te vergelijken zijn.

Conclusie

De kwaliteit van leven van patiënten met pollenallergie was laag en verbeterde sterk na behandeling, ongeacht of patiënten het groepsspreekuur dan wel het individueel spreekuur bezochten. Scores van de klachten namen in beide groepen, in zowel het gras- als het boom-pollenseizoen fors af. Dit betekent dat de patiënten in beide groepen een belangrijke positieve verandering in de kwaliteit van leven ervoeren. Tevens hebben de groepssprekuren een meerwaarde voor de patiënt gelet op de wachttijden: deze zijn sinds de invoering fors afgenomen. De patiënttevredenheid was vergelijkbaar in beide groepen. De patiënten kregen in beide groepen evenveel informatie en de patiënten waren even tevreden over de behandeling in onze kliniek. De invoering van groepssprekuren heeft de efficiency van de poliklinische zorg sterk verbeterd, terwijl de kwaliteit van leven en patiënttevredenheid vergelijkbaar waren in beide groepen.

Aanwijzingen voor de praktijk

1. Patiënten met allergische rinitis hebben duidelijk een verminderde kwaliteit van leven.
2. Na adequate behandeling van allergische rinitis verbetert de kwaliteit van leven sterk.
3. Groepssprekuren verbeteren de efficiency van de poliklinische zorg.

Referenties

1. Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, et al. The diagnosis and management of rhinitis: An updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol* 2008;122:S1-S84.
2. Bruijnzeel-Koomen CAFM, Gerth van Wijk R, Knulst AC, et al. *Handboek allergologie*. Utrecht: de Tijdstroom; 2008.
3. <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-allergische-en-niet-allergische-rhinitis>.
4. Spector SL. Overview of comorbid associations of allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1997;99:S773-80.
5. Bousquet J, Khaltaey N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and Allergen). *Allergy* 2008;63:8-160.
6. Smidt-Huizinga HDM. Groepssprekuren Allergologie, Coördinerend Medisch Beleid (taakherschikkingsproject). Master Physician Assistant, Hanzehogeschool Groningen, Academie voor gezondheidsstudies; 2013.
7. Juniper EF, Guyatt GH. Development and testing of a new measure of health status for clinical trials in rhinoconjunctivitis. *Clin Exp Allergy* 1991;21:77-83.
8. Juniper EF, Guyatt GH, Griffith LE, et al. Interpretation of rhinoconjunctivitis quality of life questionnaire data. *J Allergy Clin Immunol* 1996;98:843-84.
9. Gerth van Wijk R. Kwaliteit van leven bij allergische aandoeningen. *Ned Tijdschrift Allergie* 2003;232-40.
10. Juniper EF, Buist AS, Cox FM. Validation of a standardized version of the Asthma Quality of Life Questionnaire. *Chest* 1999;115:1265-70.
11. Juniper EF, O'Byrne PM, Guyatt GH, et al. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. *Eur Respir J* 1999;14:902-7.
12. www.centrumklantervaringzorg.nl.
13. Kleefstra SM, Kool RB, Veldkamp CMA, et al. A core questionnaire for the assessment of patient satisfaction in academic hospitals in The Netherlands: development and first results in a nationwide study. *Qual Saf Health Care* 2010;19:e24.
14. Juniper EF, Guyatt GH, Willan A, et al. Determining a minimal important change in a disease-specific Quality of Life Questionnaire. *J Clin Epidemiol* 1994;47:81-7.
15. Nielsen D, Ryg J, Nielsen W, et al. Patient education in groups increases knowledge of osteoporosis and adherence to treatment. *Patient Education Counseling* 2010;81:155-60.
16. Waters BM, Jensen L, Fedorak RN. Effects of formal education for patients with inflammatory bowel disease. *Can J Gastroenterol* 2005;19:235-44.

www.aries.nl/video/ntvaa/2015-2/video1.mpg



scan de QR code
en leer!



Hanneke Oude Elberink,
internist-allergoloog UMCG, over de
meerwaarde van een groepssprekuren

www.aries.nl/video/ntvaa/2015-2/video2.mpg



scan de QR code
en leer!



de praktijkervaringen van
Harriette Smidt-Huizinga,
Physician Assistant UMCG