



Ziektelast voorkomen

Regien Kievits, medisch directeur van Zorggroep Chronos, vindt het "niet meer dan logisch" dat ketenzorg wordt geboden aan astmapatiënten. Die zien de meerwaarde. Neem Patricia van den Besselaar. "Het helpt om therapietrouw te blijven", stelt zij.



Regien Kievits: 'Longartsen kunnen erop vertrouwen dat we patiënten niet loslaten als ze die terugverwijzen naar onze praktijken.'

TEKST: FRANK VAN WIJCK **BEELD:** GERD ALTMANN / PIXABAY

"Eigenlijk hadden we het altijd een beetje raar gevonden dat voor de chronische obstructieve longziekte COPD ketenzorg wel nuttig zou zijn en voor astma niet." Het antwoord van Regien Kievits op de vraag waarom Zorggroep Chronos met astma-ketenzorg wilde starten kan niet duidelijker zijn. "Als je wacht op klachten ben je te laat", vervolgt ze. "Effectief medicatiegebruik en compliance, goed ziektebegrip en prikkels vermijden, voorkomen veel ziektebelasting bij astma. Net als bij COPD. Bovendien was de opzet van het ketenzorgprogramma COPD grotendeels te kopiëren voor astma-ketenzorg, dus het was ook niet moeilijk op te zetten."

'Je kunt voor iedere patiënt een waardevolle bijdrage leveren in de eerste lijn'

De medisch specialisten stonden direct open voor de opzet van astma-ketenzorg in het werkgebied van Zorggroep Chronos ('s-Hertogenbosch en omstreken), stelt Kievits. "Dat was toen we een paar jaar eerder met COPD-ketenzorg begonnen ook al geen probleem. De >>

ÉCHT SAMEN BESLISSEN

Patricia van den Besselaar weet niet anders of de zorg die zij als astmapatiënt nodig heeft, is vormgegeven als astma-ketenzorg in de eerste lijn.

Ze kreeg al heel jong klachten en werd daarvoor in die tijd ook enkele malen opgenomen in een ziekenhuis, maar daarna hield haar astma zich jarenlang rustig. Pas een stevige griep in 2017 bracht daar verandering in en bezorgde haar ernstige luchtwegklachten. "Een longfunctieonderzoek wees uit dat de medicatie die ik gebruikte mijn longfunctie slechts met vijftien procent verbeterd had", vertelt ze. "Vanaf dat moment ging ik structureel puffers gebruiken."

De huisarts droeg haar zorg snel over aan de poh. Van den Besselaar ervoer dat als een goede stap. "De poh heeft alle tijd voor het consult", zegt ze. "Dit vindt plaats in een rustige setting en mag al snel een half uur duren. Naast de spirometrie en de controlevragen is er vooral veel tijd om te spreken over mijn medicatie en uitleg te geven – en te herhalen bij ieder volgend bezoek – over het correcte gebruik. Dat helpt mij heel erg om therapietrouw te blijven. Ze drukt mij op het hart die medicatie dagelijks te gebruiken en dan neem je het ook over. Maar ze legt de verantwoordelijkheid bij mezelf. In het voorjaar en de zomer ben je toch geneigd het minder te gebruiken, omdat je dan nergens last van hebt. Dan laat ze de beslissing ook aan mij, ze geeft me de ruimte om mee te denken. Het is echt samen beslissen en ook dat komt de therapietrouw ten goede."

In december 2020 kreeg Van den Besselaar de diagnose COVID-19, wat een flinke impact had op haar longen en immuunsysteem. "Dat heeft me nog eens extra met de neus op de feiten gedrukt om mijn puffers goed te gebruiken en daarmee mijn longen in goede conditie te houden", zegt ze. "Astma hebben heeft invloed op je dagelijkse leven, ook al ben je geneigd te denken dat dat wel meevalt."

samenwerking is goed en longartsen verwijzen patiënten op tijd terug. Op refereeravonden hebben we weleens uitgelegd hoe we te werk gaan en dat ze erop kunnen vertrouwen dat we patiënten niet loslaten als ze die naar onze praktijken terugverwijzen."

'De poh brengt de situatie in kaart'

Rol voor de poh

Wordt een patiënt verdacht van astma, dan verwijst de huisarts die naar de poh om de situatie in kaart te brengen. Die vraagt daarbij ook na hoelang de problemen al bestaan en of sprake is van astma, allergie of eczeem in de familie. Verder verricht de poh spirometrie. Is sprake van astma, dan stelt de poh in overleg met de huisarts een medicatieschema op en geeft instructie erover. Ook het eventuele rookgedrag en allergieën komen ter sprake. De patiënt komt na zes weken terug om te inventariseren of de medicatie goed aanslaat en of de patiënt die correct gebruikt. In het eerste jaar na diagnose wordt de patiënt regelmatig gezien, daarna in principe eenmaal per jaar, maar bij exacerbaties of andere klachten vaker.

Een verschil tussen COPD en astma is er wel. Waar voor COPD 26 procent van de patiënten in het ziekenhuis onder controle was voor de start van het ketenzorgprogramma, was dit bij astma elf procent. "De winst van ketenzorg in termen van vermindering van het aantal verwijzingen is dus beperkter", zegt Kievits. "Toch is de investering in astma-ketenzorg waardevol. Zo groot is die investering niet en je kunt voor iedere patiënt een waardevolle bijdrage leveren. Inhalatie-instructie bijvoorbeeld, therapietrouw bespreken en bevorderen. De meeste zorggroepen organiseren zelf de spirometrie-cursus en nascholing, vooral in de vorm van casuïstiek."

Actieve benadering

De zorggroepen benaderen patiënten actief voor de astma-ketenzorg. Zo'n vijftig tot zestig procent geeft hieraan gehoor. "Als je bedenkt dat sinds we met deze ketenzorg begonnen zijn nog maar negen procent primair in het ziekenhuis onder controle is, blijft dus een groep over die we niet bereiken", zegt Kievits. "Deels betreft dit patiënten met milde klachten voor wie het niet nodig is. Maar we zien ook wat meer patiënten dan bij COPD die er niet voor openstaan, vooral jonge mensen. Soms is online contact wel een optie voor hen. Maar de patiënten die er wel gebruik van maken, zijn positief. De poh heeft meer tijd voor ze dan de huisarts, patiënten kunnen hun vragen kwijt. Ze durven de poh ook makkelijker aan te spreken dan de huisarts, omdat ze toch bang zijn die te storen. En de jaarlijkse spirometrie waarderen ze eveneens. Het is een momentopname natuurlijk, maar een goede uitslag is toch geruststellend voor ze."

DE GESCHIEDENIS

De huisartsenfinanciering biedt sinds 2015 ruimte om astma-ketenzorg te contracteren. Zorggroepen hebben hiermee de ruimte gekregen om de zorg voor astmapatiënten landelijk breed op te pakken.

De CAHAG (COPD & Astma Huisartsen Advies Groep) heeft samen met de NVALT (Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose), het Longfonds en InEen inclusiecriteria opgesteld voor patiënten voor wie dit zinvol is. Oogmerk daarbij was dat alle astmapatiënten volledige controle over hun ziekte bereiken én behouden. Bij een deel van de patiënten (ruim dertig procent) is hiervan sprake zonder protocollaire ketenzorg. Bij een ander deel is sprake van ernstig astma, waardoor volledige controle in de eerste lijn niet te bereiken is. Zij moeten verwezen worden naar de longarts. Bij alle overige astmapatiënten kan integrale ketenzorg, gecoördineerd vanuit de eerste lijn, de patiënt helpen om volledige controle te bereiken.

Voorwaarden voor het includeren van patiënten in een astma-zorgprogramma waren bij de start van het programma:

- de diagnose astma is juist gesteld;
- de patiënt stemt in met ketenzorg;
- de patiënt gebruikt inhalatiesteroïden of heeft hiervoor een indicatie volgens de NHG-standaard Astma bij volwassenen;
- de patiënt rookt (actueel).

Voor dit laatste criterium werd gekozen omdat bij tabaksmisbruik de longfunctie versneld verslechtert, waardoor klachten in een eerder stadium kunnen optreden en de kans op een longaanval groter is dan bij niet-rokende astmapatiënten.

Bij de start van astma-ketenzorg in 2015 hadden zorggroepen al ervaring opgedaan met het uitvoeren van multidisciplinaire zorg bij chronische ziekten, waaronder COPD. Op basis van die praktijkervaring was astma-ketenzorg zonder veel problemen te implementeren voor ze, zoals ook blijkt uit de woorden van Regien Kievits.