

Astma-ketenzorg: voor welke pati

Nu de nieuwe Huisartsenfinanciering 2015 ruimte biedt om astma-ketenzorg te contracteren, kunnen zorggroepen ook de zorg voor astmapatiënten landelijk breed oppakken. De CAHAG (COPD en 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.

Ons land kent ruim een half miljoen astmapatiënten, die in meer of mindere mate last hebben van hun ziekte (kortademigheid, hoesten, beperkingen bij inspanning, et cetera). Ten behoeve van deze groep heeft de Long Alliantie Nederland in 2012 de Zorgstandaard Astma bij Volwassenen uitgebracht waarin beschreven staat waaraan goede zorg voor astmapatiënten moet voldoen (ook de Zorgstandaard Astma bij Kinderen verscheen in 2012). Het doel van deze zorg is dat astmapatiënten hun ziekte volledig onder controle krijgen, dat wil zeggen niet

of nauwelijks klachten of beperkingen ervaren in hun leven. Wat precies onder volledige controle verstaan wordt is gedefinieerd volgens internationale richtlijnen (Global Initiative for Asthma, GINA).

Zorggroepen hebben in toenemende mate ervaring met het uitvoeren van multidisciplinaire zorg bij chronische ziekten, waaronder COPD. In 2013 boden zeker 68 zorggroepen hun COPD-patiënten ketenzorg aan, conform de Zorgstandaard COPD die in 2010 verscheen. Nu de nieuwe Huisartsenfinanciering 2015 ook ruimte biedt

aan zorggroepen om astma-ketenzorg te contracteren kan ook de zorg voor astmapatiënten landelijk breed opgepakt worden.

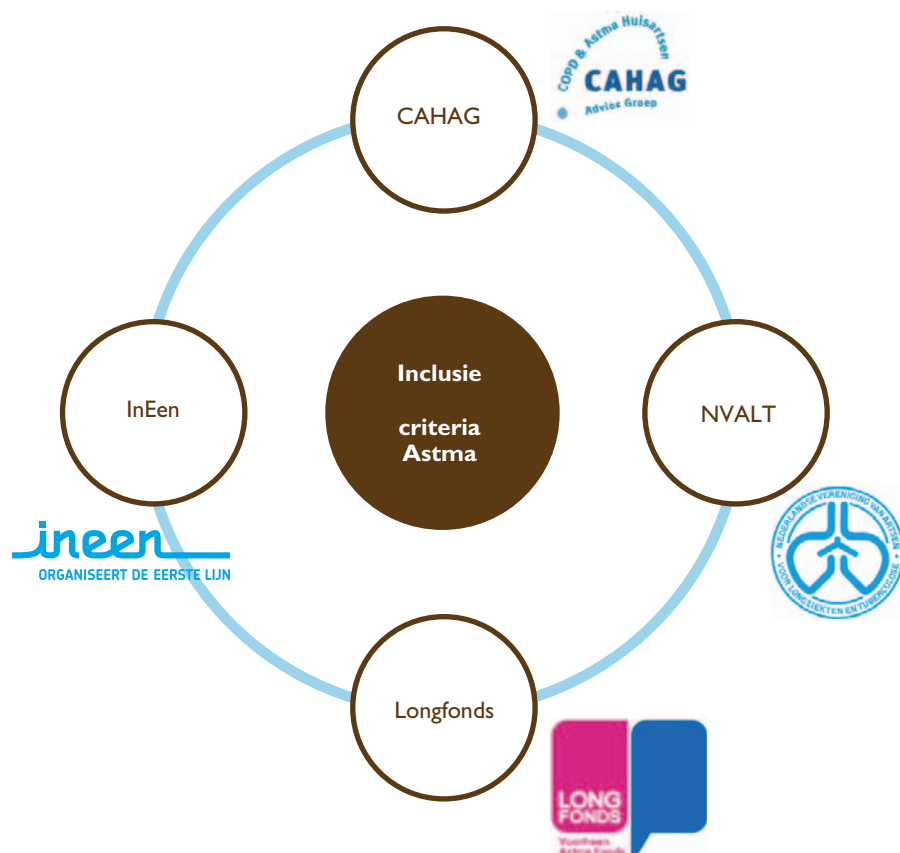
Moet iedere astmapatiënt in Nederland nu de (multidisciplinaire) zorg krijgen zoals die in de Zorgstandaard beschreven wordt?

De Zorgstandaard geeft zelf aan dat er een aanzienlijke groep patiënten is bij wie een jaarlijkse integrale beoordeling niet noodzakelijk geacht wordt. De CAHAG (COPD en Astma Huisartsen Advies Groep) heeft samen met de NVALT (Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose), het Longfonds en InEen daarom inclusiecriteria opgesteld voor patiënten voor wie een dergelijke monitoring wél 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.

Inclusiecriteria

Voorwaarden voor het includeren van patiënten in een astma-zorgprogramma zijn:

- de diagnose astma is juist gesteld (**)
- én
- de patiënt stemt in met ketenzorg én
- de patiënt gebruikt inhalatiesteroïden



CAHAG, NVALT, Longfonds en InEen hebben inclusiecriteria opgesteld voor patiënten voor wie astma-ketenzorg wél zinvol is.

ënten

of heeft hiervoor een indicatie volgens de NHG-Standaard Astma bij Volwassenen én/of

- de patiënt rookt (actueel).

Voor dit laatste criterium is 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.

Exclusiecriteria

Astmapatiënten die in de afgelopen twaalf maanden volledige controle over hun ziekte hadden (geen of sporadisch klachten, geen beperkingen, geen nachtelijk hoesten, normale longfunctie) zonder gebruik van inhalatiesteroïden

Het doel is dat astmapatiënten niet of nauwelijks klachten of beperkingen ervaren in hun leven

hoeven niet in de ketenzorg opgenomen te worden. Mocht in hun situatie verandering komen dan kan inclusie alsnog plaatsvinden.

Patiënten die niet (meer) willen deelnemen aan deze protocollaire zorg, evenals patiënten die onder behandeling zijn van de longarts zullen niet in het astma-zorgprogramma van de zorggroepen opgenomen worden.

Zorggroepen

Zorggroepen die astmazorg willen bieden kunnen van bovenstaande inclusiecriteria gebruik maken. De ervaring van het handjevol zorggroepen dat reeds astmazorg uitvoert leert dat op deze manier uiteindelijk zo'n anderhalf tot twee procent van de gehele patiëntenpopulatie in het zorgprogramma geïnccludeerd zal worden. Samen met de patiënten die lijden aan de andere obstructieve longziekte COPD zal dan een totale populatie van drieënhalve tot vier procent van ketenzorg astma/COPD gebruikmaken. Een belangrijke groep patiënten waarbij nog veel gezondheidswinst te behalen is.

* Na drie jaar ketenzorgervaring door zorggroep De Ondernemende Huisarts, Eindhoven

** Alvorens patiënten te includeren is daarom dossieronderzoek nodig om te controleren of de diagnose valide gesteld is

Drs. Regien Kievits-Smeets
Kaderhuisarts en voorzitter CAHAG

COLUMN



Diversiteitsarmoede

Veel Nederlandse steden hebben te maken met dit probleem. De kleine gezellige boetiekjes, de eigengereide winkeltjes, creatieve ondernemers met een wisselend aanbod, omdat de klant dat interessant vindt. De komst van grote winkelmalls en franchiseondernemers heeft het winkelaanbod verarmd, daar is vriend en vijand het over eens. We doen veel moeite om diversiteitsarmoede te doorbreken en dat oude stadsbeeld terug te halen. We koesteren de authentieke slager, bakker en groenteman, de smid of de horlogemaker.

De eerstelijnszorg dreigt de volgende sector te worden die door allerlei omstandigheden in een keurslijf wordt gedwongen. Kleine ondernemers krijgen geen contract of mogen alleen bij het kruisje tekenen. Iedereen moet aan dezelfde voorwaarden voldoen en prestatie-indicatoren opleveren. We willen overal maatwerk, maar de mogelijkheden om dat te leveren worden beperkt. De klant wordt vertegenwoordigd door de zorgverzekeraar, maar om de transactiekosten te beperken en de zorgaanbieders een bepaalde kwaliteitsfocus op te leggen, worden de contracten steeds grootschaliger en neemt de diversiteit in rap tempo af. Om de kwaliteit te verhogen en de kosten te verlagen. Steeds vaker wordt dit onderbouwd met de zogenaamde Triple Aim. Maar hierin staat echter nog een derde aspect: klanttevredenheid verhogen. De klant wil kunnen kiezen. Nu er door de coalitie met gedoogpartijen een akkoord is voor een 'vrijwillige' wurgpolis zijn er nog maar drie opties. Ten eerste de Eerste Kamer haalt dit onzalige plan onderuit door standvastige wijze senatoren, die naar de maatschappelijke effecten op lange termijn kijken. Ten tweede er komen minimaal twee nieuwerwetse echt op collectieve wijze aangestuurde zorgverzekeraars op de markt. Of ten derde in 2025 gaan we extra kosten maken om de diversiteit weer te stimuleren en dat noemen we dan een werkgelegenheidsproject om de hoge werkloosheid ten gevolge van de tweede Eurocrisis te beperken. Ik woon in Den Bosch, een favoriete winkelstad met heel veel kleinschaligheid en micro-ondernemerschap. Het is druk en gezellig, omdat dit is wat de winkelende klant wil... Was de invloed van de klant in de zorg ook maar zo groot, dan zou diversiteitsarmoede een stuk minder zijn.

Jan Erik de Wildt
Directeur De Eerstelijns