

# Ketenzorg voor astmapatiënten in

Per 1 oktober 2013 is in regio Maastricht-Heuvelland de ketenzorg astma van start gegaan. Gelijktijdig is een uitvoerige evaluatie gestart om zicht te krijgen op verandering in gezondheidstoestand van de patiënten, de kwaliteit van zorg vanuit patiënt- en zorgverlenersperspectief en in patiënttevredenheid. Hoe ziet ons ketenzorgprogramma astma er uit? Wat hebben wij geleerd uit onze evaluatie? En hoe luiden de adviezen voor andere zorggroepen?

Het ketenzorgprogramma astma in de regio Maastricht-Heuvelland is bedoeld voor mensen vanaf zestien jaar met de diagnose astma, die onder behandeling zijn van de huisarts. Patiënten met volledig stabiele astma (normale FEV1, één jaar lang geen inhalatiecorticosteroiden, exacerbaties en klachtenvrij en een goede astmacontrole) worden niet geïncordeerd omdat voor hen een multidisciplinair gestructureerd zorgaanbod niet geïndiceerd is.

De zorg binnen de keten wordt door praktijkondersteuners en huisartsen geleverd. Astmapatiënten worden gemiddeld tweemaal per jaar gezien door de praktijkondersteuner. Tijdens het consult wordt naar klachten (aan de hand van MRC en ACQ vragenlijst), leefstijl en (problemen met) medicatiegebruik gevraagd, de inhalatietechniek gecontroleerd, educatie gegeven en lichamelijk onderzoek verricht (bepalen lengte, gewicht en longfunctie door middel van spirometrie). Binnen de ketenzorg valt ook begeleiding bij stoppen met roken en consultatie van longarts en longverpleegkundige (via e-mail, telefoon, eenmalig consult op ketenpoli astma-COPD). Door alle betrokken zorgverleners wordt geregistreerd in het regionale Keten Informatie Systeem (KIS), dat voor uitwisseling van een deel van de gegevens is gekoppeld aan het huisartsinformatiesysteem.

Voorafgaand aan implementatie is door een regionale expertgroep een zorgprotocol opgesteld waarin het traject van diagnosestelling tot behandeling staat beschreven. Dit zorgprotocol is gebaseerd op de NHG-standaard[1] en de Zorgstandaard Astma bij volwassenen[2] en wordt continu gemonitord en geëvalueerd. Bij de start van de keten is een informatiebijeenkomst en inhoudelijke scholing over de keten georganiseerd voor huisartsen en praktijkondersteuners.

Op 1 januari 2016 hebben 46 (van de in totaal 55) huisartsenpraktijken in de regio een contract bij de zorggroep voor ketenzorg astma. In totaal zijn dan 829 patiënten in zorg binnen deze keten.

## Kwaliteitsverbetering

Sinds 2015 zijn ZIO, de regionale huisartsenpost en een aantal huisartsenpraktijken gecertificeerd voor de norm Zorg en Welzijn onder de noemer HaZo24[3]. Dit betekent dat jaarlijks interne audits over de uitvoering van ketenzorg worden uitgevoerd bij huisartsenpraktijken. Ook vindt monitoring en vergelijking van processen rondom onder andere de ketenzorg astma plaats door jaarrapportages (op regio- en praktijkniveau) en wordt met verbeterplannen in de huisartsenpraktijken gewerkt. Daarnaast is in het ketenzorgcontract vastgelegd dat huisartsen jaarlijks twee en praktijkondersteuners vier uur scholing volgen over keten-gerelateerde onderwerpen.

## Resultaten

Om veranderingen over de tijd te evalueren, zijn bij de start van de ketenzorg (okt '13 – juni '14) en één jaar later de gezondheidstoestand (mate van astmacontrole, longfunctie, exacerbaties, rookstatus, medicatie), de kwaliteit van astmazorg (elementen CCM<sup>1</sup>[4] vanuit zorgverleners- en patiëntenperspectief) en patiënttevredenheid in kaart gebracht.<sup>2</sup>

Uit het onderzoek blijkt dat ketenzorg voor astmapatiënten haalbaar is, tot verbeteringen in de gezondheidsstatus van astmapatiënten en, volgens zorgverle-



# Maastricht-Heuvelland

ners, tot positieve veranderingen in de kwaliteit van zorg leidt. Het organiseren van astmazorg in ketenverband leidt tot meer gestructureerde zorg ten aanzien van de verschillende elementen uit het CCM[4]. Er is echter nog variatie aanwezig tussen huisartsenpraktijken in de mate van implementatie van de keten.

Uit interviews met zorgverleners blijkt dat het onduidelijk is of een ketenzorgprogramma voor alle astmapatiënten waardevol is. Zorgverleners twijfelen door een relatief hoge no-show van astmapatiënten over de meerwaarde van astmazorg in ketenverband voor een bepaalde categorie astmapatiënten. Het selecteren van de juiste patiëntcategorie wordt erg belangrijk geacht. Enkel bij patiënten met een voldoende hoge ziektelast en onvoldoende zelfmanagement is ketenzorg zinvol volgens de zorgverleners. Organisatie van astmazorg in ketenverband leidt volgens de zorgverleners tot meer geprotocolleer-

de en gestructureerde zorg, ontlasting van huisartsen, het in beeld houden van patiënten, meer focus en alertheid op de astmapatiënt, verbeterde registratie (met meer mogelijkheid tot evaluatie), korte(re) lijnen met zorgverleners uit de tweede lijn en deskundigheidsbevordering.

**Longarts:**

“Er is beter nagedacht over wie wat kan en moet doen in de keten”

**POH:**

“Het is duidelijk over welke zaken ik de patiënt moet bevragen”

**Longverpleegkundige:**

“Ik denk toch dat het een systeem is waarbij mensen in beeld komen. Ook wanneer ze zich van zorg onttrekken.”

**Longarts:**

“Met de introductie van de keten hebben we een cyclus deskundigheid astma gestart”

Patiënten zelf ervaren echter gemiddeld geen verbetering in kwaliteit van zorg na één jaar. Met name het betrekken van patiënten (onder andere bij het opstellen van een zorgbehandelplan) is beperkt. Patiënten zijn gemiddeld tevreden over de zorg en blijven dat ook na één jaar ketenzorg (rapportcijfers: 7,9 op T<sub>0</sub>, 7,7 op T<sub>1</sub>). Volgens een meerderheid van de patiënten, heeft educatie door de zorgverleners plaatsgevonden. Voorlichting over omgaan met astma en instructie van inhalatietechniek bleef onderbelicht.

In de gezondheidsstatus van patiënten zien we na één jaar een betere controle over de astma (afname in ACQ score

*Astmapatiënten worden gemiddeld tweemaal per jaar gezien door de praktijkondersteuner.*

van 0,17, afname van 8,7 procent van patiënten met slechte controle en toename van 2,9 procent van patiënten met goede controle). Verder werd bij patiënten die voorafgaande aan de nulmeting een exacerbatie hadden doorgemaakt, een jaar later een afname van 0,91 exacerbaties gevonden. We constateerden geen (klinisch relevante) veranderingen in longfunctie, aantal exacerbaties in de totale populatie, rookstatus en medicatiegebruik.

**Aanbevelingen voor andere zorggroepen**

- *Ondersteun zorgverleners bij het leveren van persoonsgerichte astmazorg die aansluit bij de behoeften van de patiënt.*

Door differentiatie in het zorgaanbod aan te brengen, sluit de zorg beter aan bij de behoeften van patiënten. De controlefrequentie uit de herziene NHG-standaard Astma[5] kan hierbij leidend zijn. Zo hebben wij besloten per 1 januari 2017 een nieuwe module-indeling te hanteren, waarin patiënten met weinig klachten een minimale variant van ketenzorg ontvangen (éénmaal per jaar een controle, zonder spirometrie). Daarnaast zijn heldere inclusie- en exclusiecriteria voor het ketenzorgprogramma van belang. Voor wie is dit zorgaanbod een waardevolle aanvulling en voor wie is het reguliere aanbod voldoende? In het werkgebied van ZIO zullen volgend jaar de door InEen[6] voorgestelde criteria gehanteerd worden, waarbij het inclusiecriterium ‘(indicatie voor) gebruik ICS’ voorkomt dat mensen met een lage ziektelast (die enkel zo nodig een kortwerkende luchtwegverwijder behoeven) structurele geprotocolleerde zorg ontvangen. Tot slot zijn extra handvatten en/of materiaal voor het efficiënt ondersteunen van zelfmanagement en patiëntbetrokkenheid een mogelijkheid.



- *Registreer de uitgangssituatie van de patiënt en het beloop.*

Op die manier kan er met de gegevens van ketenzorgsystemen in de toekomst steeds beter gekeken worden welke patiënt wél en welke niet van ketenzorg profiteert.

- *Geef patiënten een actieve rol bij het managen van astma.*

Het eindresultaat van ketenzorg is mede afhankelijk van de inbreng van patiënten bij ketenzorg. Door hun behoeften in kaart te brengen, een individueel zorgplan op zinvolle wijze te gebruiken (met aandacht voor kennis, gedragsverandering en zelfmanagementondersteuning) en door hen een stem te geven in het verbeteren van ketenzorg, krijgt persoonsgerichte astmazorg waarde voor alle betrokkenen.

- *Begeleid de implementatie van een ketenzorgprogramma intensief en ondersteun op maat.*

Aandacht voor ongewenste variatie tussen huisartsenpraktijken bij de implementatie van ketenzorg astma is cruciaal. Alleen een plenaire startbijeenkomst is daarvoor onvoldoende. Het regelmatig aanbieden van spiegelinformatie op praktijkniveau en ondersteuning op maat wordt aanbevolen.

- *Garandeer dat patiënten voorlichting over omgaan met astma en instructie van de inhalatietechniek ontvangen.*

- *Vervolgonderzoek naar de effecten van ketenzorg astma in meerdere regio's en op langere termijn wordt aanbevolen.*

Omdat de implementatie van de astma keten zich ten tijde van de evaluatie nog in de opstartfase bevond, verwachten wij dat de uitvoering hiervan de komende jaren zal verbeteren.

Verschillen tussen de regionale ketenzorgprogramma's, de praktische uitvoering tussen verschillende huisartsenpraktijken en het vergelijken van de kwaliteit van zorg met regio's zonder een ketenzorgprogramma astma zijn punten die aandacht behoeven. <<

- 1 CCM = Chronic Care Model, een hulpmiddel voor de ontwikkeling en verbetering van chronische zorg, bestaande uit 6 elementen die van invloed zijn op het resultaat van de zorg.
- 2 Voor meer informatie over het onderzoek, kan contact worden opgenomen met de onderzoeker.

### Onderzoeksteam

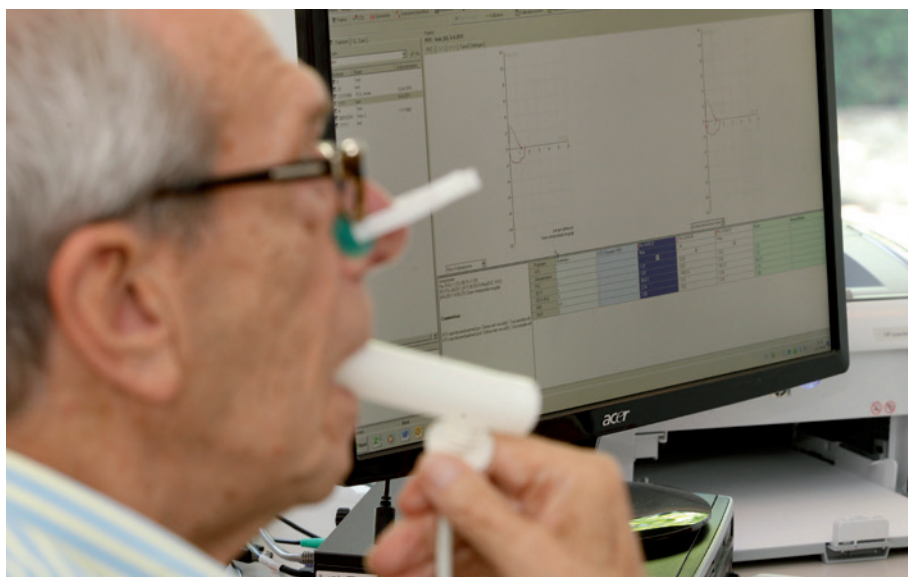
Drs. M.S. van Hoof (onderzoeker, ZIO), Drs. R. Simon (huisarts, huisartsenpraktijk Heugem, Maastricht), Prof. Dr. H.J.M. Vrijhoef (Maastricht UMC+, National University Singapore, Vrije Universiteit Brussel, Panaxea B.V.), Drs. R.T.A. Willemsen (kaderhuisarts Astma-COPD, huisartsenpraktijk Nazareth, Universiteit Maastricht), Dr. G. Schulpen (medisch directeur, ZIO), Dr. M. Maaskant (onderzoeker, Universiteit Maastricht), Prof. Dr. G.J. Wesseling (longarts academisch ziekenhuis Maastricht), Dr. A.R. Huizing (coördinator chronische zorg en onderzoek, ZIO, Universiteit Maastricht)

### Sponsor

Dit onderzoek is gefinancierd door AstraZeneca. AstraZeneca was niet inhoudelijk betrokken bij de opzet, uitvoer en afronding van het onderzoek.

### Literatuur

- [1] Geijer RMM, Chavannes NH, Muris JWM, Sachs APE, Schermer T, Smeele IJM, Thoonen B, Van der Molen T, Van Schayck CP, Van Weel C, Kolnaar BGM, Grol MH. *Huisarts Wet* 2007;50(11):537- 51.
- [2] Long Alliantie Nederland, *Zorgstandaard astma Volwassenen*. 2012, Long Alliantie Nederland: Amersfoort.
- [3] *Zorg en Welzijn (NEN 15224)*. HaZo24. Geraadpleegd op 27 september, 2016, van <http://www.hazo24.nl/>.
- [4] Wagner, E., Austin, B., & Von Korff, M. (1996). *Organizing Care for Patients with Chronic Illness*. *The Milbank Quarterly*, 74(4), 511-544.
- [5] Smeele I, Barnhoorn MJM, Broekhuizen BDL, Chavannes NH, In 't Veen JCCM, Van der Molen T, Muris JW, Van Schayck O, Schermer TRJ, SnoeckStroband JB, Geijer RMM, Tuut MK. *NHG-Werkgroep Astma bij volwassenen en COPD. NHG-Standaard Astma bij volwassenen (derde herziening)*. *Huisarts Wet* 2015;58(3):142-54.
- [6] InEen. *Handleiding voor inclusie en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's*. Geraadpleegd op 3 juli, 2016, van <http://lineen.nl/wp-content/uploads/2014/12/Handleiding-voor-inclusie-en-exclusie-van-patiënten-in-ketenzorgprogramma-141208.pdf>.



In de gezondheidsstatus van patiënten is na één jaar een betere controle over de astma te zien.