

Dit standpunt is vastgesteld in de Algemene Ledenvergadering van 12 mei 2005.

Uitwerking NHG-Standpunt

Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn

voor de Zorg voor patiënten met astma/COPD

- a. Huidige situatie en resultaten
- b. Sterke en zwakke kanten
- c. Gewenste situatie

a. Huidige situatie en resultaten

Het merendeel (circa 60 tot 80 procent) van de zorg voor de patiënten met astma/COPD vindt plaats in de huisartsenpraktijk.¹ De huisarts is vaak degene die met de eerste symptomen geconfronteerd wordt en de diagnose stelt.² Vooral patiënten met milde tot matige ziekte-ernst (astma stap 1 en 2, deels stap 3, COPD GOLD 1 en 2) die een minder complexe behandeling nodig hebben, blijven geheel binnen de zorg van de huisartsenpraktijk. De zorg voor deze patiënten wordt naast de huisarts gegeven door de praktijkassistente en in toenemende mate door de praktijkverpleegkundige (in 30 tot 50 procent van de praktijken waar een praktijkverpleegkundige actief is).³ Deze patiënten zijn verdeeld over alle

¹Hoogendoorn-Lips M, Feenstra T, Hoogenveen R, Van Genugten M, Rutten-van Mólken M. Projections of the future burden of COPD in the Netherlands by disease severity using a dynamic population model of disease progression. Eur Resp J 2004; 4:701s.

²Gijzen R (RIVM), Poos MJJC (RIVM). Achtergronden en details bij cijfers over astma uit huisartsenregistraties. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte/Ziekten en aandoeningen/Ademhalingswegen/Astma en COPD, 14 mei 2003.

³ Waar in dit document wordt gesproken over 'praktijkverpleegkundige' wordt tevens bedoeld 'praktijkondersteuner'.

leeftijdscategorieën, met echter een toenemende prevalentie bij ouderen van met name COPD. Op regionaal niveau wordt hierbij samengewerkt met astma/COPD-diensten van huisartsenlaboratoria- of met ziekenhuislongfunctielaboratoria en in beperkte mate met andere disciplines in de eerste lijn, zoals de wijkverpleegkundige (voorlichting, sanering, begeleiding zeer ernstig COPD patiënt, stoppen met roken cursussen), fysiotherapie (reactivering) en apotheek (inhalatie-instructie)⁴. Verwezen wordt naar de tweede lijn (kinderarts, longarts) bij patiënten met diagnostische problemen, bij patiënten bij wie de streefdoelen niet worden gehaald ondanks optimale behandeling, bij exacerbaties die niet thuis behandeld kunnen worden en bij de vraagstelling longrevalidatie conform landelijk gemaakte samenwerkingsafspraken.⁵ In het algemeen blijven verwezen patiënten bij een therapeutische verwijzing onder controle van de tweede lijn. Bij een diagnostische verwijzing komt een deel van de patiënt weer terug onder behandeling van de huisarts. Gedeelde zorg vindt hoofdzakelijk plaats bij de behandeling van ernstige exacerbaties, bij astma met kinderen en in de terminale fase van COPD.

In een aantal regio's bestaat door lokale initiatieven de mogelijkheid om patiënten in de huisartsenpraktijk te laten begeleiden door een gespecialiseerde longverpleegkundige mede onder supervisie van een longarts of vanuit de thuiszorg.

Resultaten van astma/COPD-zorg zijn met name bekend wat betreft het proces van zorg en in mindere mate op patient outcomes, mede samenhangend met de complexiteit van de uitkomstmaten (FEV1, exacerbaties, kwaliteit van leven, dyspneu-score).

b. Sterke en zwakke kanten

Een belangrijke meerwaarde van astma/COPD-zorg door de huisarts is dat patiënten in de huisartsenzorg generalistisch worden benaderd, waarbij rekening wordt gehouden met hun totale functioneren en eventuele andere klachten en aandoeningen. Astma en COPD zijn aandoeningen waarvan het beloop sterk beïnvloed wordt door omgevingsfactoren (prikkelers). Ook heeft een groot deel van de patiënten (met COPD) co-morbiditeit. Deze ziektebeelden gaan daarom veelal gepaard met een complexe zorgverlening waar meerdere zorgverleners in onderlinge afstemming bij betrokken kunnen zijn. Dat betekent dat bij astma en COPD disease management als zorgmodel noodzakelijk is. Huisartsen zijn hierin een belangrijke partij, omdat ze als poortwachter in de zorg veelal als zorgcoördinator worden gezien.⁶ Tevens zijn er aanwijzingen dat de nabijheid van de huisartsenpraktijk in de woonomgeving van de patiënt bijdraagt aan een hogere compliance met de zorg versus versus een centrale opzet zoals bijvoorbeeld een ziekenhuis (*noot 3*). Deze generalistische aanpak is een belangrijke voorwaarde voor doelmatige zorg. Daarnaast hebben de overige algemene kenmerken van huisartsenzorg (zoals beschreven in paragraaf 2) een belangrijk voordeel voor de patiënt.

De astma/COPD-zorg zoals die op dit moment in de huisartsenpraktijk wordt verleend heeft ook zwakke kanten:

- Op basis van het aantal patiënten dat geregistreerd is in huisartsenregistraties komt men op een lagere schatting van het probleem dan op basis van het aantal personen dat klachten ondervindt volgens bevolkingsonderzoek. Daarvoor zijn drie verklaringen:

⁴ Smeele IJM. Organisatie van extramurale zorg voor de patiënt met COPD. In: Dekhuijzen PNR (red). COPD. Alphen a/d Rijn: Van Zuiden Communications, 2004.

⁵ Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's) Astma bij kinderen, Astma bij volwassenen, en COPD. Zie de NHG-website: <http://nhg.artsennet.nl>.

⁶ Kruijff AF, Adema I. Lucht via lijnen. Een verkenning van disease management bij COPD en astma. Zoetermeer: STG, 2000.

- in de ontstaansfase van astma en/of COPD kunnen de verschijnselen niet altijd direct als zodanig geïdentificeerd worden;
 - niet alle patiënten met astma of COPD komen bij de huisarts;
 - niet alle gevallen van astma of COPD worden door de huisarts (meteen) onderkend.⁷
- In praktijken zonder praktijkverpleegkundige schiet de bezetting in toenemende mate te kort om volgens de huidige richtlijnen de zorg voor astma- en COPD-patiënten te kunnen verlenen, mede in het licht van de toegenomen prevalentie van astma/COPD.⁸
 - Er bestaat onvoldoende inzicht in het proces en de uitkomsten van de zorg als geheel; uit onderzoek blijkt dat een aanzienlijke variatie in geleverde zorg bestaat binnen en tussen praktijken zodat noodzakelijke zorg in onvoldoende mate aan **alle** astma/COPD-patiënten ten goede komt.
 - Systematische verantwoording, feedback of benchmarking vindt niet of onvoldoende plaats.
 - De financiering is onzeker/onduidelijk: zorgverzekeraars en patiënten weten niet of zij waar voor hun (premie)geld krijgen; huisartsen worden niet beloond naar werken.

c. Gewenste situatie

Onderstaand wordt de gewenste situatie beschreven voor hoogwaardige systematische astma/COPD-zorg in de huisartsenpraktijk met als invalshoeken: inhoud, organisatie en financiering.

Inhoud

Huisartsgeneeskundige zorg wordt voor alle ernstcategorieën van astma en COPD aangeboden. De zorg voor patiënten met mild tot matige ziekte-ernst (astma stap 1, 2 en deels 3, COPD GOLD stadia 1 en 2) en bij wie met een adequate behandeling volgens de richtlijnen de behandeldoelen kunnen worden bereikt en gehandhaafd, vindt grotendeels in de eerstelijnszorg plaats. Voor mensen met ernstigere vormen van astma of COPD is meer complexe zorg nodig. De zorg van de huisartsgeneeskunde voor deze mensen vormt dan een onderdeel in de ketenzorg voor deze groep patiënten en behelst vooral het her- en onderkennen van de ernst en het stellen van de indicatie tot verwijzing. Tenslotte heeft de huisarts een belangrijke taak bij exacerbaties en het voorkomen van terugval.

Voor wat betreft de huisartsgeneeskundige inhoud van de astma/COPD-zorg geldt als uitgangspunt het werken volgens de NHG-Standaarden Astma bij kinderen en Astma bij volwassenen en COPD. Dit impliceert dat alle patiënten worden behandeld en begeleid volgens een standaardprotocol ('confectie'), dat in overleg met de patiënt afhankelijk van de uitkomsten en de specifieke situatie wordt aangevuld met een individueel behandelplan ('maatwerk'). De zorg wordt op een samenhangende wijze verleend en waar nodig wordt samengewerkt met andere zorgverleners binnen de eerste lijn en indien geïndiceerd met de tweede lijn door middel van consultatie of verwijzing. Voor consultatie en verwijzing zijn samenwerkingsafspraken vastgelegd in Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's).⁹

⁷ Boezen HM (RUG), Postma DS (AZG), Smit HA (RIVM), Gijzen R (RIVM), Poos MJJC (RIVM). Hoe vaak komen astma en COPD voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte/Ziekten en aandoeningen\Ademhalingswegen\Astma en COPD, 15 september 2003.

⁸ Smeele IJM. Improving care for patients with asthma and COPD in general practice. [Thesis].

Nijmegen: University of Nijmegen, 1999.

⁹ Zie noot 5.

Organisatie

Systematische hoogwaardige astma/COPD-zorg in de huisartsenpraktijk stelt de volgende voorwaarden aan de organisatie van alle huisartsenpraktijken:

- Voortvloeiend uit het volgen van de NHG-Standaarden en beschikbare samenwerkingsafspraken:
 - (mogelijkheid tot) het verrichten van (aanvullend) spirometrisch onderzoek als eerstelijnsvoorziening (i.e. zonder verwijzing naar de longarts);
 - beschikbaarheid over materialen en hulpmiddelen zoals beschreven in de NHG-Standaarden en NHG-PraktijkWijzers;
 - adequate gegevensverzameling in het elektronisch medisch dossier (EMD);
 - het gebruik van een oproepsysteem;
 - gestructureerde samenwerking met kinder-/longarts;
 - jaarlijks overzicht (in jaarverslag) op populatieniveau van relevante medische uitkomsten met als doel verantwoording, feedback en benchmarking;¹⁰
 - goede afspraken over afstemming en samenwerking met disciplines in de tweede lijn.
- Voldoende praktijkondersteuning in het kader van het project Praktijk Ondersteuning Huisartsen (POH).
- De inzet van de huisarts, de praktijkassistente en de praktijkverpleegkundige vindt in samenhang en geprotocolleerd plaats waarbij de huisarts de zorginhoudelijke regie en medische eindverantwoordelijkheid heeft.

Voor het verkrijgen van organisatorische en inhoudelijke ondersteuning voor astma/COPD-zorg zoals genoemd kan de huisartsenpraktijk (solo of groep) een contract sluiten met een 'facilitaire organisatie'¹¹ waardoor een wederzijdse situatie van 'rechten en plichten' ontstaat. Een 'facilitaire organisatie' levert ondersteuning op maat, inhoudende:

- (ondersteuning bij) spirometrie en laboratoriumonderzoek;
- feedback (onder andere consultatieve besprekingen) en benchmarking;
- aanspreekpunt en onderhandelaar namens de deelnemende praktijken voor de regionale zorgverzekeraar.

Financiering

De financiering van astma/COPD-zorg kan worden benaderd volgens de DBC-systematiek. Hierin is naast de diagnose de kwaliteit van de behandeling omschreven.

Bij de financiering van de astma en COPD-zorg kan mogelijk worden aangesloten bij de te ontwikkelen Ketenzorg DBC.

Afrekening kan plaatsvinden door middel van bilaterale afspraken tussen (groepen of coöperaties van) huisarts(en) en verzekeraar of door een facilitaire dienst op basis van een lijst van patiënten die aantoonbaar de gewenste zorg hebben ontvangen en waarvoor de praktijk een inspanningsverplichting met de facilitaire dienst is aangegaan (vergelijk de afrekening bij griepvaccinaties).

¹⁰ Uitgezonderd laboratoriumgegevens, omdat deze al bij het laboratorium bekend zijn. Merk op dat momenteel (vrijwel) geen enkel HIS in staat is de in de loop van het jaar verzamelde gegevens op eenvoudige wijze te verzamelen en te presenteren.

¹¹ Met 'facilitaire organisatie' wordt een plaatselijke of regionale organisatie bedoeld die in opdracht van huisartsenpraktijken inhoudelijke expertise levert en ondersteuning biedt bij het kwaliteitsbeleid en de uitvoering van zorgtaken van de aangesloten huisartsenpraktijken.

Gangbare proces- en uitkomstindicatoren afgeleid van richtlijnen (de NHG-Standaarden, multidisciplinaire richtlijnen) maken deel uit van de DBC en duidelijk is omschreven wat wel en niet uit DBC wordt vergoed.

Bij de financiering wordt rekening gehouden met een casemix van patiënten (makkelijke versus bewerkelijke patiënten). Het tarief omvat honoraria en kosten.