

Samenvatting Zorgstandaard astma

Hierbij een samenvatting van de Zorgstandaard astma voor volwassenen namens de COPD-werkgroep van de huisartsenkring Amsterdam. Wij hebben voor u geprobeerd de belangrijkste punten op een rijtje te zetten.

De Zorgstandaard Astma is ontwikkeld door de Long Alliantie Nederland (LAN) en heeft als doel vanuit het perspectief van de patiënt de kwaliteit van de zorg voor mensen met astma (verder) te verbeteren.

De zorgstandaard legt anders dan de NHG standaard veel nadruk op de organisatie van het zorgproces. Er worden handvatten gegeven voor de organisatie op praktijkniveau alsook op regionaal niveau. Dit kan gebruikt worden voor de eigen praktijk, maar ook om afspraken binnen de eerste, of met de tweede lijn te maken.

Een ander verschil met de NHG-standaard is de nadruk die wordt gelegd op de patiënt-participatie zoals dat de laatste jaren steeds meer gebruikelijk is.

Verder moet worden opgemerkt dat dit astma-zorg voor volwassenen betreft. Er is ook een zorgstandaard voor kinderen, deze komt grotendeels overeen met deze standaard, maar wordt hier verder niet besproken. Overigens komt er begin volgend jaar een nieuwe NHG standaard astma voor kinderen uit.

Aan het eind van de samenvatting hebben we aandachtspunten en adviezen geformuleerd. Natuurlijk zijn deze gekleurd en daarmee hopelijk relevant voor u als huisarts in Amsterdam.

De samenvatting is niet compleet, maar hopelijk wel functioneel voor huisarts en POH, zorggroep of regionaal overleg.

Uitgangspunt:

- Zorg op maat
 - Dit betekent dat de patiënt met zijn behoefte en zorgvraag centraal staat
- Er wordt gekeken naar de integrale gezondheidstoestand van de patiënt
 - Aspecten hiervan zijn de : fysieke stoornis, morbiditeit, klachten, beperkingen in het dagelijks functioneren en participatie, alsmede relevante externe en persoonlijke factoren.

Hoofddoel:

- Bevorderen van integrale gezondheidstoestand, gericht op het zo klachtenvrij mogelijk leven en een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Dit kan worden bereikt door twee centrale behandelstrategieën:
 1. optimaliseren dagelijks functioneren, participatie en ervaren kwaliteit van leven
 2. optimaliseren fysieke functioneren (mede om long- en luchtwegschade op termijn te voorkomen/beperken)

Voorwaarden:

- Goede zorg is aangetoond effectief (evidence based of practice based) veilig en efficiënt
- De beoordeling en behandeling is zo nodig multidisciplinair, met goede afstemming tussen disciplines
- De patiënt is partner in de zorg en ontvangt ondersteuning in zelfmanagement
- Aangeboden zorg is laagdrempelig, houdt rekening met wisselend beloop en patiënt kenmerken (zoals leeftijd en culturele achtergrond)

Diagnostiek en integrale beoordeling:

- Diagnose wordt gesteld aan de hand van anamnese, lichamelijk onderzoek en (herhaald) uitvoeren van spirometrie
- Integrale beoordeling, in drie trappen
 - Trap 1,(door huisarts/POH): integrale beoordeling a.d.h.v. anamnese, LO, spirometrie, ervaren klachten, beperkingen kwaliteit van leven (bijv. ACQ vragenlijst). Onderzoek naar allergie en bepaling van de zorgvraag/-behoefte van de patiënt
 - Trap 2: Gespecialiseerde integrale beoordeling, in principe via longarts
 - Trap 3: intensieve integrale analyse , voor moeilijk instelbare astma, multiproblematiek, multidisciplinaire aanpak

Indicaties voor een gespecialiseerde integrale beoordeling (verwijzing) kunnen zijn::

- diagnostische problemen - discrepantie klachten en longfunctieafwijkingen
- niet of onvoldoende bereiken behandeldoelen
- niet of onvoldoende kunnen beantwoorden zorgvraag van de patiënt

Classificatie Astma:

De classificatie is volgens de GINA richtlijn:

- Geheel onder controle
- Gedeeltelijk onder controle
- Niet of onvoldoende onder controle

Volledig onder controle, dit is de grootste groep, zorg door huisarts

- normale FEV1
- < 3x per week overdag symptomen
- geen nachtelijke symptomen
- < 3x per week rescuemedicatie
- geen beperkingen
- ACQ < 0,75

Gedeeltelijk onder controle, meestal door huisarts, soms monitoring longarts

- Behandeldoelen niet gehaald ondanks adequate therapie en therapietrouw
- minimaal één probleem, ACQ 0,75-1,5

Niet of onvoldoende onder controle, behandeling meestal longarts of multidisciplinair team. Soms gedeelde zorg met huisarts

- doelen niet behaald EN/OF diagnostische problemen
- 3 problemen, ACQ > 1,5

Monitoring:

De intensiteit van de monitoring wordt afgestemd met de patiënt als partner in zorg en vastgelegd in het individuele zorgplan. Hierbij wordt gekeken naar de mate van controle (GINA richtlijn) en het al dan niet bereiken van de geformuleerde behandeldoelen. Als richtlijn kan gelden:

- alleen seizoensgebonden, of 12mnd geen medicatie > geen controle nodig

- volledig onder controle 1x/jaar, spirometrie niet altijd nodig
- Gedeeltelijk onder controle/behandeldoelen wel bereikt: minstens 2x per jaar
- Gedeeltelijk onder controle/behandeldoelen niet bereikt: frequent tot behandeldoelen wel bereikt of bij optimale medicamenteuze behandeling. Wanneer behandeldoelen gedurende 3mnd bereikt zijn kan medicatie worden verminderd waarna de patiënt na enkele weken wordt gecontroleerd.
- Niet of onvoldoende onder controle: geregeld integrale beoordeling aan de hand van het individuele zorgplan en de ervaren klachten, minstens 1x per 3 maanden. Op indicatie gespecialiseerde integrale beoordeling.

Bij gedeelde zorg (1^e-2^e lijn):

- Wat zijn de regionale afspraken
- altijd afspreken wie eindverantwoordelijk is
- wie centrale zorgverlener (contact bij exacerbatie)
- noteer afspraken in individueel zorgplan (gezamenlijk dossier)

Doel van de behandeling:

- Bereiken van doelen individueel zorgplan
- geen of zo weinig mogelijk klachten zowel overdag als 's nachts
- geen of zo weinig mogelijk beperkingen in dagelijkse activiteiten
- een zo goed mogelijke longfunctie hebben en behouden
- zo min mogelijk astma-aanvallen hebben
- geen bijwerkingen van de medicatie ondervinden
- niet overlijden ten gevolge van astma

Individueel zorgplan, bevat idealiter:

- wie is de centrale zorgverlener
- overige betrokken zorgverleners en hun rol
- algemene en persoonlijke behandeldoelen
- medicatieoverzicht
- leefstijladviezen en afspraken (vermijden allergene prikkels, SMR, bewegen)
- behandeling per klacht
- persoonlijk stappenplan (bij verandering van klachten)
- exacerbatie management
- monitoring integrale gezondheidstoestand
- wijze van evaluatie
- sociale netwerk

Behandeling:

- Op basis van individueel zorgplan
- Informatie, voorlichting en educatie
- Medicatie (Astmamedicatie, allergiemedicatie, exacerbatie medicatie, influenzavaccinatie)
- Leefstijladvies
- Stoppen met roken
- Bewegen (vragenlijst van Marshall)

- Inspanningsadvies
- Advies bij inspanningsastma
- Eventueel LORNA therapeut
- Voeding en dieet
- Prikkelreductie
- Emoties
- Management van astma-aanvallen
- Alternatieve en complementaire geneeswijzen
 - Hoewel geen wetenschappelijk bewijs, wel baat op individueel niveau, kan belangrijk zijn in individueel zorgplan

Multidisciplinaire samenwerking (1^e lijn) mogelijk met:

- LORNA fysiotherapeut: beweegadvies, vermindering bewegingsangst, beweegprogramma (longreactivatie, longrevalidatie)
- Diëtist
- Psycholoog
- Apotheek (overdracht medicatie 2^e naar 1^e lijn? jaarlijkse beoordeling?)

Organisatiestructuur van zorgproces/Ketenzorg:

Astmazorg kan multidisciplinair worden georganiseerd als ketenzorg, ongeacht financiering. Dit vereist:

- “Integraal Dynamisch Ketenzorgmodel”
 - Vanuit het zorg-op-maat principe volgt dat de patiënt in de loop van de tijd verschillende behandelvormen nodig kan hebben
- Patiënt als partner in zorg
- Regelmatige monitoring
- Centrale zorgverlener: zorgverlening, continuïteit, coördinatie binnen zorgnetwerk
- Overdracht tijdens zorgproces (opname, verwijzing, terugverwijzing, beweegprogramma)
- Deskundigheidsbevordering
- ICT
- Registratie van uitkomsten, benchmarking
- Keuzevrijheid, een patiënt mag niet worden belemmerd in keuzevrijheid, dit vereist transparantie

Zorgstandaard astma – aandachtspunten en adviezen voor huisarts en POH (geformuleerd door COPD werkgroep van de huisartsenkring Amsterdam)

- Astma is een chronische ziekte, dissimulatie komt veel voor
- Een juiste diagnose/goede diagnostiek is belangrijk:
 - Neem de tijd
 - Anamnese is essentieel
 - Vraag naar de kindertijd
 - Durf spirometrie te herhalen
 - Heroverweeg bij niet halen doelen
- Therapietrouw is gemiddeld matig
 - Potente middelen! Met name ICS en LABA's, dus brand lijkt snel geblust
 - Begeleiding is dus een soort MIS, vooral gedragsbeïnvloeding
- Begeleiding door POH, moet met astma kunnen 'spelen', zorgstandaard zegt ook begeleiding individueel aanpassen
- Sturing door de huisarts, POH kan niet zonder!
- Probeer expertise dichtbij te regelen! Huisarts in HAGRO/wijkteam met speciale belangstelling en/of laagdrempelige consultatiemogelijkheid longarts of kaderarts
- Ook in de begeleidingsfase/behandelfase is TIJD NODIG! Dit wordt expliciet in zorgstandaard astma genoemd.
- MIS = motivatie testen en kansen pakken.

Concluderend:

- De juiste dingen doen bij gemotiveerde astmapatiënten
- Liever dan
- Standaarddingen doen bij alle patiënten

En stel je als huisarts de volgende vragen eer je aan een astmaspreekuur met de POH begint:

- Hoe sensitief ben ik voor (de noden en vragen) van mijn astmapatiënten?
- Hoe blijf ik bereikbaar voor mijn POH?
- Hoe regel ik voor mijn praktijk expertise dichtbij?