

Knelpunten in de zorg voor volwassen Cara-patiënten

I.J.M. SMEELE
R.P.T.M. GROL
W. VAN DEN BOSCH
ET AL.

Smeele IJM, Grol RPTM, Van den Bosch W, Van Schayck CP, Haverkort AFM, Molema J. Knelpunten in de zorg voor volwassen Cara-patiënten. Huisarts Wet 1996; 39(12): 548-53.

Samenvatting Eind 1992 – ten tijde van de publicatie van de Cara-standaarden voor volwassenen – werd de kwaliteit van de huisarts-geneeskundige zorg bij Cara onderzocht bij 60 huisartsen en hun patiënten. Op een aantal essentiele punten was deze zorg conform richtlijnen uit de standaarden, zoals longfunctiemeting bij 'nieuwe' Cara-patiënten, het voorschrijven van alleen inhalatiemedicatie, het voorschrijven van preventieve medicatie en het geven van een stoppen-met-roken-advies. Op andere punten kwamen afwijkingen van de richtlijnen naar voren; deze betroffen de praktijkorganisatie en praktijkvoering (onvoldoende taakdelegatie, uitrusting en follow-up-bewaking), de vaardigheden van de zorgverleners, en het proces van zorg (verrichten van longfunctiemetingen, periodieke controles, griepvaccinatie, saneringsadvies en medicamenteuze behandeling van exacerbaties). Op patiëntniveau was het belangrijkste knelpunt het grote aantal rokende Cara-patiënten (34 procent).

Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisarts-geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen/Rijksuniversiteit Limburg, 229 CEHM, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
I.J.M. Smeele, huisarts; prof.dr R.P.T.M. Grol, hoogleraar.
Vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuis-geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen. Dr. W van den Bosch, huisarts; Dr. C.P. van Schayck, epidemioloog.
A.F.M. Haverkort, huisarts te Beuningen;
Dr. J. Molema, longarts, Universitair Longcentrum Dekkerswald, Groesbeek.
Correspondentie: I.J.M. Smeele.

Inleiding

Cara is een chronische aandoening, die veel voorkomt in de huisartspraktijk. De afgelopen jaren zijn de diagnostische en therapeutische mogelijkheden veel groter geworden. Bovendien zijn er diverse standaarden en consensusrapporten over de diagnostiek en behandeling van astma en COPD gepubliceerd.¹⁻³ Het opstellen van dergelijke standaarden en rapporten betekent echter nog niet dat de zorg ook werkelijk verbetert.⁴ Het is slechts de eerste stap in een continu proces (de 'kwaliteits-cyclus');⁵ de volgende stap is het in kaart brengen van de actuele zorg en de knelpunten daarin.

Gegevens over hoe de Nederlandse huisarts werkt bij Cara-patiënten zijn schaars.⁶⁻¹⁰ Op basis van deze gegevens en van buitenlandse literatuur mag worden verwacht dat er knelpunten zullen zijn.¹¹⁻¹⁵ Deze liggen onder andere op het gebied van het verrichten van piekstroommeting, het voorschrijven van bronchusverwijders als monotherapie, het voorschrijfbeleid bij exacerbaties, het controlebeleid en het geven van adequate instructie voor inhalatietechniek.

Dit artikel gaat in op de vraag in hoeverre en in welke mate de genoemde knelpunten zich voordeden ten tijde van het verschijnen van de Cara-standaarden voor volwassenen, eind 1992. Inzicht hierin is van belang voor het bepalen van aandachtspunten en strategieën bij de verdere implementatie van de Cara-standaarden.

Methoden

Huisartsen en patiënten

Via waarneemgroepen en de Nijmeegse vakgroep huisartsgeneeskunde werden 76 huisartsen benaderd voor het onderzoek, waarbij werd gestreefd naar een evenwichtige verdeling over stad en platteland, en praktijkvormen. In totaal deden 60 huisartsen mee aan het onderzoek.

De Cara-patiënten van deze huisartsen werden betrokken bij de beoordeling van de kwaliteit van de geleverde zorg. Ge-

streefd werd naar een selectie van Cara-patiënten op wie de standaarden van toepassing zouden zijn, en van wie verwacht kon worden dat ze regelmatig contact zouden hebben met de huisartspraktijk voor hun Cara. In aanmerking kwamen patiënten van 25 jaar en ouder die het voorafgaande jaar Cara-specifieke medicatie hadden voorgeschreven gekregen en/of Cara op de probleemlijst hadden staan. Uitgesloten werden patiënten onder behandeling van een longarts, patiënten met ernstige lichamelijke of psychosociale problemen, en patiënten die volgens de huisarts geen Cara hadden. Uiteindelijk werden die patiënten in het onderzoek opgenomen die voldeden aan de volgende (via een gestandaardiseerde vragenlijst verzamelde) criteria: actueel gebruik van medicatie voor klachten van de luchtwegen en/of de aanwezigheid van een van de volgende Cara-symptomen:

- chronisch hoesten of slijm opgeven;
- minimaal één episode van hoesten en slijm opgeven van minstens drie weken in de afgelopen drie jaar;
- ooit astma gehad en afgelopen jaar klachten van kortademigheid;
- astma-aanval(len) in afgelopen jaar.

Meetpunten en meetinstrumenten

Vanuit de gesignaleerde knelpunten in de literatuur, gegevens uit de commentaarafas van de Cara-standaarden, de standaarden zelf en het hierbij ontwikkelde deskundigheidsbevorderingspakket zijn verschillende meetpunten vastgesteld (*tabel 1*). In navolging van *Donabedian* zijn de meetpunten als indicatoren voor de kwaliteit van zorg onderscheiden in structuur-, proces- en outcome-indicatoren.¹⁶

Tot structuur-indicatoren worden gerekend de wijze waarop de zorg georganiseerd is, en of wordt voldaan aan de voorwaarden om goede zorg te kunnen leveren. Daarbij gaat het om kennis en vaardigheden, een adequate praktijkorganisatie en de aanwezigheid van de benodigde uitrusting. Het proces van zorg betreft het feitelijk handelen van de huisarts aangaande een aantal centrale aanbevelingen uit de Cara-standaarden. Onder outcome van zorg wordt verstaan de doelen waarop het

handelen van de huisarts zich richt: het optimaliseren van de klinische en functionele toestand van de Cara-patiënten.

Aspecten van de *structuur* van de zorg werden in kaart gebracht door middel van een schriftelijke vragenlijst voor de huisartsen. Deze bevatte allereerst vragen over de kennis ten aanzien van diagnostiek en behandeling van exacerbaties en acute ernstige dyspneu (10 vragen) en inhalatietechniek (8 vragen), met als antwoordmogelijkheden goed/fout/weet niet. Deze vragen waren geselecteerd uit een kennis-toets (60 vragen) voor huisartsen in opleiding, waarbij lacunes in de kennis betreffende juist deze onderwerpen was geconstateerd.¹⁷ Daarnaast werd gevraagd naar de mening ten aanzien van kernpunten van de standaard (8 vragen: mee eens/me oneens), de noodzakelijke vaardigheden (5 vragen; beheersing goed/enigszins/nauwelijks-niet), en de voor goede Cara-zorg noodzakelijke uitrusting (8 vragen; uitrusting aanwezig/afwezig).

Met een vragenlijst voor de praktijkassistenten werd het delegeren van longfunctiemeting, inhalatie-instructie en patiën-

tenvoorlichting naar de praktijkassistente nagegaan (5-item taakdelegatielijstje; delegatie meestal/soms/nooit¹⁸). Tevens werd de mening van de assistentes nagegaan ten aanzien van deze taakdelegatie (4 vragen; ziet u voor u zelf een taak: ja/nee), en de eigen inschatting van de vaardigheid (5 vragen; beheersing goed/enigszins/nauwelijks-niet).

Het *proces* van zorg werd gemeten door middel van zelfregistratie door de huisarts van de consultvoering en receptuur bij Cara-patiënten gedurende drie maanden. De huisarts werd gevraagd om minimaal 15 achtereenvolgende arts-patiëntcontacten te registreren, en 10 herhaalrecepten ten behoeve van Cara-patiënten vanaf 25 jaar (huisartsdiagnose Cara en/of gebruik Cara-specifieke medicatie in het afgelopen jaar). Op het gestructureerde registratieformulier noteerde de huisarts al zijn diagnostische en therapeutische handelingen en daaruit voortvloeiende bevindingen die betrekking hadden op het huidige consult.

Sommige aspecten van het proces van zorg die meer episode- dan consultgebon-

den zijn, zoals advisering (stoppen met roken, sanering en griepvaccinatie) en schriftelijke voorlichting zijn daarnaast door middel van een schriftelijke vragenlijst aan de deelnemende patiënten in kaart gebracht. Van deze aspecten van zorg kon op consultniveau een onvoldoende betrouwbare indruk worden gekregen als gevolg van het beperkte aantal consulten met 'nieuwe' Cara-patiënten.

De *outcome* van zorg werd eveneens door middel van de patiëntenenquête gemeten. Gevraagd werd naar kortademigheidsklachten in het afgelopen jaar (MRC-vragenlijst),¹⁹ het aantal exacerbaties in de afgelopen drie maanden,²⁰ het rookgedrag, en het actuele gebruik van bronchusverwijders de afgelopen vier weken.

Resultaten

Representativiteit

In vergelijking met de totale populatie huisartsen in Nederland wijken de 60 deelnemende huisartsen af ten aanzien van praktijkvorm (29 procent solist versus 54 procent landelijk; Chi-kwadraattoets, $p < 0,01$)²¹ en het lidmaatschap van het Nederlands Huisarts Genootschap (78 procent lid versus 63 procent landelijk; Chi-kwadraattoets, $p < 0,01$).²² De leeftijdsverdeling verschilde niet significant.

Zes huisartsen registreerden niet in verband met ziekte (2), praktijkwisseling (2) of gebrek aan motivatie (2). De overige 54 huisartsen registreerden in totaal 891 contacten, variërend van 3 tot 33 per huisarts. Deze contacten hadden voor 48 procent betrekking op exacerbaties, voor 20 procent op controles van exacerbaties, en voor 14 procent op periodieke controles; 14 huisartsen registreerden geen periodieke controles. Daarnaast werden 349 herhaalrecepten geregistreerd, variërend van 1 tot 13 per huisarts. Het aantal geregistreerde exacerbaties bedroeg 94 procent van het verwachte aantal, en het aantal 'nieuwe' Cara-patiënten 96 procent.²³

In totaal 59 huisartsen benaderden 1522 patiënten voor deelname aan de patiëntenenquête; 1180 patiënten (78 procent) vulden een bruikbare vragenlijst in; 923 pa-

Tabel 1 Indicatoren(meetpunten) van 'kwaliteit van zorg bij Cara' onderverdeeld in structuur, proces en outcome.

Structuur

Praktijk-organisatorisch

- taakdelegatie naar assistente
- uitrusting voor longfunctiemeting, voorlichting en behandeling ernstige dyspneu
- follow-up bewaking

Huisarts/praktijkassistente

Kennis t.a.v.

- exacerbaties/acute ernstige dyspneu
- inhalatietechniek

Vaardigheden t.a.v.

- longfunctiemeting
- inhalatie-instructie

Mening t.a.v. kernpunten Cara-standaard

Proces

Technisch

Feitelijk handelen volgens standaard:

- nagaan klachten en beperkingen
- bepaling longfunctie

- bepaling allergiestatus

- stopproten advies

- voorschrift anti-inflammatoire medicatie bij continu >2 dd gebruik bronchusverwijders

- inhalatiemedicatie eerste keus/geen

- voorschrift xanthine-derivaten

- medicamenteuze behandeling

- exacerbaties anti-inflammatoir

- griepvaccinatie- en algemeen saneringsadvies

- periodieke controle

- controle klachten/beperkingen en longfunctie

Outcome

Klinisch

- kortademigheid

- exacerbaties

- rookgedrag

- gebruik >2 dd bronchusverwijder

tiënten (61 procent) voldeden aan de gestelde criteria voor de aanwezigheid van Cara. Per huisarts varieerde dit aantal patiënten van 5 tot 53. Dit is gemiddeld 7,8 per 1000 ingeschreven personen (bij een totale populatie van 117.825). Dit is 48 procent van het te verwachten aantal actief door de huisarts behandelde Cara-patiënten ≥ 25 jaar, uitgaande van ongeveer een derde behandeling door een specialist. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 55 jaar (SD 18), de duur van de klachten 17 jaar (SD 15); 34 procent rookte, 84 procent had de afgelopen vier weken inhalatiemedicatie gebruikt, en 41 procent nam preventieve medicatie (inhalatiecorticosteroiden en anti-allergica).

Structuur van zorg

Piekstroommeters voor thuisregistraties waren aanwezig bij 70 procent van de huisartsen (tabel 2); een voorzetkamer voor de behandeling van ernstige dyspneu was bij 50 procent van de huisartsen aanwezig in de visitetas of de auto; inhalatie-instructiemateriaal (zowel voor poederinhalatie als dosisaërosol) bleek bij 57 procent voldoende aanwezig.

Piekstroommeting, inhalatie-instructie en het geven van saneringsadviezen werden door een kleine minderheid van de huisartsen gedelegeerd aan de praktijkassistenten (gemiddeld bij 29 procent van de praktijken 'regelmatig of soms'). Ruim 85 procent van de assistentes beschouwde deze handelingen echter wel als een taak; gemiddeld minder dan 40 procent van de assistentes vond de eigen vaardigheid om deze taken uit te voeren 'goed'.

Op vier van de acht vragen over diagnostiek en behandeling van acute ernstige dyspneu werd een goed-min-foutscore van minder dan 60 procent gehaald; dat gold ook voor een van de twee vragen over de behandeling van exacerbaties, en voor vier van de acht vragen over de correcte inhalatietechniek. De vaardigheid in het meten van de reversibiliteit en de dag-nachtvariabiliteit was in een derde van de gevallen naar eigen zeggen 'goed'. Het geven van inhalatie-instructie werd door 58 procent 'goed' beheerst en door 42 procent 'enigszins'.

De huisartsen waren het in ruime meerderheid eens met de richtlijnen betreffende longfunctie- en allergiediagnostiek en het voorschrijven van preventieve medicatie (respectievelijk 82 en 68 procent); daarentegen was 62 procent het oneens met de richtlijn over de driemaandelijke frequentie van de periodieke controle.

Proces van zorg

Bij de diagnostiek werd in 79 procent van de gevallen gebruik gemaakt van een eenmalige piekstroom- en/of FEV₁-meting. Voor de bepaling van de reversibiliteit en van de (beperkte geïndiceerde) dag-nachtvariabiliteit waren die cijfers respectievelijk 52 en 7 procent. Er waren 51 consulten met 'nieuwe' patiënten bij wie nog geen allergiediagnostiek was gedaan; in 57 procent van deze gevallen gebeurde de allergiediagnostiek conform de richtlijnen (tabel 3).

De richtlijn ten aanzien van het voorschrijven van preventieve medicatie bij patiënten die continu meer dan tweemaal daags bronchusverwijders gebruikten,

werd in 68 procent van de gevallen gevolgd. Bij jongere patiënten (<45 jaar) bij wie de diagnose astma waarschijnlijker was, werd deze richtlijn toegepast in 73 procent van de gevallen.

Periodieke controles werden weinig verricht: slechts 14 procent van de geregistreerde consulten betrof een periodieke controle, en 14 huisartsen registreerden geen enkele periodieke controle. Indien verricht werd de piekstroom en/of FEV₁ in 50 procent van de gevallen gemeten.

Van de rokende patiënten zei 70 procent een stopadvies van de huisarts te hebben gekregen. Een griepvaccinatie-advies en een algemeen saneringsadvies was volgens de patiënten in respectievelijk 46 en 20 procent gegeven. Van de huisartsen had 86 procent de beschikking over schriftelijk voorlichtingsmateriaal; slechts 28 procent van de patiënten had dit naar eigen zeggen ooit ontvangen van de huisarts.

Bij de diagnostiek en controle van exacerbaties werd in respectievelijk 27 en 48 procent van de gevallen gebruik gemaakt van piekstroom en/of FEV₁-meting. Bij de

Tabel 2 Aanwezigheid van randvoorwaarden noodzakelijke voor diagnostiek, patiëntenvoorlichting, behandeling van acuut ernstig astma en bewaking van follow-up compliance (structuur van zorg). Gegevens van huisartsenvragenlijst (n=60)

Randvoorwaarden	Percentage huisartsen	Randvoorwaarden	Percentage huisartsen
Piekstroommeters		Hulpmiddelen voor follow-up bewaking	
– voor spreekuur	98	• ruitering/markering van Cara op patiëntenkaart/HIS	82
– uitleen	70	• afspraken voor bewaken controle-compliance	
Aanwezigheid demonstratiemateriaal voor inhalatie-instructie		– alleen noteren op kaart	10
– geen	16	– noteren en bij nieuw contact iets van zeggen	27
– alleen voor poederinhalatie of dosis-aerosol	27	– noteren en patiënt benaderen	10
– beide	57	– anders	10
Aanwezigheid schriftelijk voorlichtingsmateriaal over Cara	86		
Medicatie en hulpmiddelen ter behandeling van een acute ernstige dyspneu in visitetas of auto			
– dosis-aerosol B-mimeticum	87		
– voorzetkamer	50		
– B-mimeticum voor im toediening	81		
– corticosteroid voor im/iv	100		

behandeling werden de richtlijnen voor het voorschrijven van antibiotica (niet voorschrijven, tenzij) en orale steroïden (wél voorschrijven) niet gevolgd door respectievelijk 60 en 76 procent.

Outcome van zorg

Op patiëntniveau bleek dat 34 procent van de patiënten rookte (tabel 4). Een kwart de patiënten onder behandeling gaf aan de afgelopen drie maanden minstens één exacerbatie-episode te hebben gehad. Een tamelijk ernstige kortademigheid was aanwezig bij 15 procent; 22 procent was sterk afhankelijk van bronchusverwijders (>2 dd dagelijks).

Bij de groep patiënten met een ernstiger Cara (meer klachten van kortademigheid

of exacerbaties, of meer dan tweemaal daags gebruik van bronchusverwijders) werd in 42 procent van de gevallen geen preventieve medicatie voorgeschreven. Adviezen ten aanzien van griepvaccinatie en sanering waren in respectievelijk 45 en 80 procent achterwege gebleven. Hierbij bestond een aanzienlijke spreiding tussen de huisartsen.

Beschouwing

De belangrijkste conclusie van dit onderzoek is dat de huisartsenzorg voor Cara-patiënten ten tijde van het verschijnen van de standaarden – eind 1992 – op een aantal essentiële punten al conform de richtlijnen

in de standaarden was. Dit gold onder andere voor longfunctiemeting bij 'nieuwe' Cara-patiënten, het voorschrijven van alleen inhalatiemedicatie, het voorschrijven van preventieve medicatie en het geven van een stoppen-met-roken-advies. Daarnaast waren er echter belangrijke knelpunten ten aanzien van de praktijkorganisatie en praktijkvoering (onvoldoende taakdelegatie, uitrusting en follow-up-bewaking), de kennis en de vaardigheden van de zorgverleners, en het proces van zorg (longfunctiemetingen en periodieke controles, adviezen ten aanzien van griepvaccinatie en sanering, en de medicamenteuze behandeling van exacerbaties). Op patiëntniveau waren de belangrijkste knelpunten het grote aantal rokende Cara-patiënten, en de aanzienlijke groep patiënten bij wie het streefniveau, zoals gesteld in de Cara-standaard, niet werd gehaald (ruim 20 procent gebruikte continu meer dan tweemaal daags een bronchusverwijder).

Bij deze resultaten zijn enkele kritische kanttekeningen te maken. Ze geven mogelijk een iets positiever beeld dan bij de gemiddelde Nederlandse huisarts verwacht kan worden. Ten eerste is het aantal van 60 deelnemende huisartsen beperkt. Het gaat bovendien waarschijnlijk om de wat meer gemotiveerde huisartsen, die meer geneigd zijn standaarden te accepteren en na te volgen. In de tweede plaats geven de gebruikte meetinstrumenten, met name de schriftelijke vragenlijsten ingevuld door huisarts en assistente, de mogelijkheid de werkelijkheid wat positiever voor te stellen dan zij in feite is.²⁴

Overigens lijken de consultregistraties een betrouwbaar instrument om het feitelijk handelen te registreren.²⁵ Gezien het grote aantal consulten in dit onderzoek lijken deze registraties een goede doorsnee te geven van het handelen van deze huisartsen bij Cara-patiënten. Een mogelijke uitzondering hierop vormen de consultregistraties van 'nieuwe' Cara-patiënten (in totaal slechts 83 consulten). Ook de geselecteerde patiënten lijken een goede afspiegeling te zijn van Cara-patiënten die onder actieve behandeling van de huisarts zijn, en op wie de NHG-standaarden dus

Tabel 3 Proces van zorg: feitelijk handelen van huisartsen gedurende consulten/visites/herhaalrecepten. Percentage overeenstemming met de Cara-standaarden. Gegevens van consultregistraties

<i>Diagnostiek 'nieuwe' Cara-patiënten</i> (n=83 consulten)		<i>Exacerbaties</i> (n=425 exacerbaties)	
– nagaan klachten	100	– longfunctiemeting bij exacerbaties	27
– nagaan beperkingen	72	– longfunctiemeting bij controle van exacerbaties	48
– bepaling longfunctie	79	– medicamenteuze behandeling exacerbaties	
– bepaling reversibiliteit	52	– orale (im/iv) steroïden	24
– bepaling dag-nachtvariabiliteit	7	– inhalatie-steroïden	60
		– antibiotica	60
<i>Medicamenteuze behandeling</i> (alle consulten/herhaalrecepten)		<i>Periodieke controle</i> (n=120 periodieke controles)	
– inhalatiemedicatie % van alle bronchusverwijders	97	– nagaan klachten	97
– voorschrift theofylline preparaten	5	– nagaan beperkingen	58
– voorschrift preventieve medicatie bij >2 dd bronchusverwijders	68	– bepaling longfunctie	50
		– bespreking problemen met medicatiegebruik	34

Tabel 4 Outcome-aspecten van de kwaliteit van zorg op patiëntniveau wat betreft kortademigheidsklachten, exacerbaties afgelopen drie maanden, actueel roken en bronchusverwijdergebruik. Percentages (n=923 patiënten)

Dyspnoe bij wandelen in eigen tempo op vlak terrein of eerder (MRC graad 3 of meer)	15
Minstens één exacerbatie afgelopen 3 maanden	25
Rokende patiënten	34
Gebruik >2 dd een bronchusverwijder	22

betrekking hebben. Tegen de achtergrond van de vraagstelling van het onderzoek – wat zijn de knelpunten in de zorg – lijken de genoemde beperkingen niet onoverkomelijk.

In hoeverre de gegevens, die betrekking hebben op de situatie eind 1992, nu reeds gedateerd zijn, is niet zonder meer duidelijk. Enerzijds laat onderzoek naar de invoering van de Cara-standaarden zien dat de kwaliteit van de geleverde zorg niet noemenswaard verandert in de loop van één jaar, als geen speciale ondersteuning wordt gegeven in de zin van bijvoorbeeld een intensieve nascholing.²⁶ Anderzijds is er de laatste jaren een toenemende aandacht voor het onderwerp Cara bij nascholing en in de huisartsenopleiding, hetgeen de zorg positief beïnvloed kan hebben.

Ook een vergelijking met gegevens uit de literatuur^{6,7} suggereert dat er mogelijk in de jaren vóór het verschijnen van de standaarden al diverse verbeteringen in de Cara-zorg zijn opgetreden. Deze trend kan zich hebben voortgezet sedert het verschijnen van de standaarden. Zo werden functietests, waaronder piekstroommeting, in 1988 slechts zelden verricht, en is er een aanzienlijke toename te zien van het aantal verrichte piekstroom/FEV₁-metingen (gemiddeld 43 procent). Ook op het gebied van de voorgeschreven Cara-medicatie zijn er veranderingen in de gewenste richting. Het relatieve percentage voorgeschreven inhalatiesteroiden (op alle voorgeschreven medicatie) steeg van 11 naar 25 procent. Het aandeel van de inhalatiemedicatie bij de bronchusverwijders steeg van 83 naar 97 procent en het aantal voorgeschreven theofyllinepreparaten daalde van 12 naar 5 procent. Het aantal voorgeschreven antibiotica daalde van 22 naar 15 procent.²⁷

Een betere zorg lijkt haalbaar. Zo laat een Britse studie naar de diagnostiek en behandeling van exacerbaties zien dat bij de diagnostiek frequenter piekstroomregistratie haalbaar is (82 procent), en dat bij de behandeling minder antibiotica (32 procent) en meer orale (im/iv) steroiden (56 procent) voorgeschreven kunnen worden.¹³ De mogelijkheid tot vergelijking is echter beperkt door de andere leeftijdsver-

deling in de studiepopulatie; 50 procent van de exacerbaties in deze Britse studie werd geregistreerd bij personen onder de 20 jaar.

Wat betreft taakdelegatie naar praktijkassistenten laat een studie in 4327 Britse huisartspraktijken zien dat dit aldaar in de huisartspraktijk goed mogelijk is; 77 procent van de praktijken had enige vorm van een 'astmaspreekuur', en 49 procent van deze astmasprekuren werd gehouden door de 'practice nurse'. De Britse huisartsen hebben echter wel meer (deskundige) assistentie om naar te delegeren.

Wat zijn nu de consequenties van deze bevindingen voor de volgende stappen in de kwaliteitscyclus? De resultaten van dit onderzoek geven een aantal lacunes aan waarop de implementatie zich dient te richten. Aandacht verdienen onder meer de aanwezigheid van voldoende materialen om het beleid te kunnen uitvoeren, de noodzakelijke kennis en de vaardigheden van zowel huisarts als praktijkassistente. Bij de diagnostiek zal aandacht moeten worden besteed aan de belemmeringen om uitgebreidere piekstroommetingen te verrichten.

Huisartsen zijn het overigens met deze richtlijn eens, maar ze handelen er blijkbaar niet naar. Is het probleem alleen de vaardigheid, of zijn er nog andere drempels (tijd, interpretatie, mening over de relevantie/waarde van de meting)? Bij de behandeling van exacerbaties en het controlebeleid staat de NHG-standaard ver af van de dagelijkse praktijk en van de mening van de huisartsen hierover. Naast aandacht voor de meningsvorming behoeven mogelijk ook de richtlijnen zelf enige nuancerings, bijvoorbeeld het rekening houden met de ernstgraad van de aandoening. Dit geldt ook voor het beleid ten aanzien van griepvaccinatie, en het geven van saneringsadviezen.

De conclusies die aan de outcome-gegevens kunnen worden verbonden, liggen primair op het terrein van de doelstellingen van de zorgverlening. Een stoppen-met-roken-advies blijft essentieel, gelet op het grote aantal rokende Cara-patiënten, waarbij met name aandacht dient te wor-

den besteed aan effectieve strategieën voor de gewenste gedragsverandering.²⁸ Hoewel outcome van zorg op patiëntniveau slechts in beperkte mate wordt bepaald door het handelen van de huisarts zelf, dient toch de vraag gesteld te worden of de zorg voor de groep ernstiger patiënten optimaal is. Deze resultaten wijzen op lacunes in de zorg voor deze categorie.

De kwaliteitsmeting uitgevoerd in dit onderzoek heeft een aantal belangrijke aanknopingspunten opgeleverd voor het verbeteren van de door de huisarts geleverde Cara-zorg. Evaluatie van het verbeterproces zal leren op welke punten werkelijk verbetering mogelijk is en waar de NHG-standaarden voor Cara bijstelling behoeven.

Literatuur

- 1 Bottema BJAM, Fabels EJ, Van Grunsven PM, et al. NHG-standaard Cara bij volwassenen: diagnostiek. Huisarts Wet 1992; 35: 430-6.
- 2 Waart MAC, Dekker FW, Nijhoff S, Thia-dens HA, et al. NHG-standaard Cara bij volwassenen: behandeling. Huisarts Wet 1992; 35:437-43.
- 3 British Thoracic Society. Guidelines for management of asthma in adults: I chronic persistent asthma. BMJ 1990;301:651-3.
- 4 Grol R, Tielens V, Mokkink H, Zwaard A. Ideaal of werkelijkheid? Problemen bij de ontwikkeling en invoering van standaarden. Huisarts Wet 1988; 31: 392-7.
- 5 Grol R, Van Everdingen J, Casparie AF. Invoeren van richtlijnen en veranderingen. Utrecht: De Tijdstroom, 1994.
- 6 Van de Velden J, De Bakker DH, Cleassens AAMC, et al. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 7 Bottema BJAM. Diagnostiek van astma en COPD in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993.
- 8 Kaptein AA, Dekker FW, Van der Waart MAC, Gill K. Huisarts en Astma. Eindverslag NAF-project 83.22. Leiden: Universiteit van Leiden, 1993.
- 9 Hugenholtz M, Smulders M. Drie Cara-standaarden nader bekeken: wat hebben zij de huisarts te bieden? [Commentaar]. Huisarts Wet 1994;37(1):7-9.
- 10 Van Schayck CP, Van Weel C, Folgering

- H, Verbeek ALM, Van Herwaarden. Treatment of patients with airflow obstruction by general practitioners and chest physicians. *Scand J Prim Health Care* 1989;7:137-42.
- 11 Martys CR. Asthma care in Darley Dale: general practitioner audit. *BMJ* 1992; 304: 748-60.
 - 12 Barrit P, Davies R. Measuring success in asthma care. *Family Practice* 1986; 3: 229-34.
 - 13 Neville RG, Clark RC, Smith B. National asthma attack audit 1991-2. *BMJ* 1993; 306: 559-62.
 - 14 Hilton S. An audit of inhaler technique among asthma patients of 34 general practitioners. *British Journal of General Practice* 1990;40:505-6.
 - 15 Barnes G, Partridge MR. Community asthma clinics: 1993 survey of primary care by the National Asthma Task Force. *Quality in Health Care* 1994;3:133-136.
 - 16 Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring I. The definition and approaches to its assesment. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980.
 - 17 Molema J, Pieters HM, Rameckers EMAL, et al. Cursusmap Studie Conferentie 'Lun-teren'. Leusden; Astma Fonds, 1992.
 - 18 Nijland A, Meyboom-De Jong B, Groenier KH, Van der Velden J, De Haan J. Zelfstandige verrichtingen van de assistente in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1991; 34: 587-92.
 - 19 Van der Lende R, Orie NGM. The MRC-ECCS questionnaire on respiratory syptoms (use in epidemiology). *Scand J Resp Dis* 1972; 53:218-26.
 - 20 Kerstjens HAM, Brand LP, Hughes MD. et al. A comparison of bronchodilator therapy with or without inhaled corticosteroid therapy for obstructive airway disease. *N Engl J Med* 1992; 327: 1413-9.
 - 21 Hingstman L, Pool JB. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 1992. Samen-
 - vatting. Utrecht: Nivel, 1992.
 - 22 Jaarverslag NHG 1992. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.
 - 23 Lisdonk EH, Van den Bosch W, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
 - 24 Konings GPJM, Wijkkel D, Rutten GEHM. Lukt het werken volgens de NHG-standaard Diabetes Mellitus Type II? *Huisarts Wet* 1995; 38:10-14.
 - 25 Dalhuijsen J, Zwaard AM, Grol RPTM, Mookink HM. Het handelen van de huisartsen volgens de standaard otitis media acuta van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137: 2139-44.
 - 26 Smelee IJM, Grol RPTM, Van Schayck CP, Van de Bosch W. Kwaliteit van zorg bij CARA in de huisartspraktijk. Eindverslag NAF-project 90.71. Nijmegen: Universiteit van Nijmegen, 1995.
 - 27 Van de Velden J, Hutten J, Bijl D, Brandenburg B, Hofstra M, Grol R. NHG-standaarden en kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk. Eindrapport. Utrecht:NHG-WOK-NIVEL, 1993.
 - 28 Pieterse ME, Boekema AG, Mude AN, Seydel ER, De Vries H. Stoppen met roken via de huisartspraktijk. Uitvoerbaarheid en effectiviteit van een eenvoudig interventie-programma. *Huisarts Wet* 1992; 35: 338-41. ■

Abstract

Smelee IJM, Grol RPTM, Van den Bosch W, Van Schayck CP, Haverkort AFM, Molema J. Quality of care for adults asthma and COPD patients in general practice. *Huisarts Wet* 1996; 39(12): 548-53.

At the time of the publishing of the national guidelines on asthma and COPD for adults in

1992 this study was conducted with the aim to evaluate the actual Quality of Care for this condition in general practice. This was done in a prospective study with 60 General Practitioners and their patients. Data collection by written questionnaires (GP's, practice nurses and patients) and self recording of consultations by GP's.

The actual care was in accordance with the guidelines concerning lungfunction-assessment (done in 79 per cent of new patients), prescription of preventive medication (65 per cent done), stop-smoking advice (71 per cent given) and prescription of inhalation therapy only (97 per cent). Deficiencies concerned task-delegation to the practice-nurse (71 per cent not), presence of materials and skills (both GP and practice-nurse), measurement of reversibility (48 per cent not), diurnal variation (93 per cent not), flu-vaccination (54 per cent not), sanitation-advice (80 per cent not), and the treatment of exacerbations with oral steroids (24 per cent prescribed) and antibiotics (60 per cent prescribed). Regular follow-up was hardly performed (14 per cent). Concerning patient-outcome 15 per cent of the patients had moderate dyspnea; 22 per cent used more than 2 broncho-dilators daily; 25 per cent had an exacerbation in the past three months; 34 per cent smoked. Although care was more in accordance with the guidelines in patients with a poorer outcome, it was still not optimal.

It is concluded that compared with the national guidelines for asthma and COPD there are deficiencies in actual care. The results can be a starting point for the implementation of the guidelines.

Keywords Asthma; COPD; Family practice; Quality of care; Guidelines.

Correspondence I.J.M. Smelee MC, Centre for Research on Quality of Care, university Nijmegen, 229 CEHM, PO Box 9101, 6500 HB Nijmegen, The Netherlands.

E-mail i.smelee@.hsv.kun.nl.