

Implementatie van de LTA Astma bij kinderen: De teloorgang van een goed initiatief?

In Zuidoost-Brabant maakten kinderartsen en huisartsen afspraken over een gestructureerde manier van samenwerking rond astma bij kinderen. Gedeelde zorg en gebruik van het zogeheten 'pufboekje' waren belangrijke onderdelen. Het draagvlak onder de afspraken was groot en de patiënten waren tevreden. Door het verdwijnen van de infrastructuur van de DHV'en is het project nooit afgerond. Toch zijn de bevindingen van de nulmeting nog steeds relevant.

In 1998 werd de Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) Astma bij kinderen vastgesteld. Datzelfde jaar nam de DHV Zuidoost-Brabant samen met de regionale kinderartsen en met ondersteuning van Meetpunt Kwaliteit de implementatie van de LTA ter hand. In 2000 volgde een subsidie voor drie jaar van ZorgOnderzoek Nederland om het traject te versnellen. Een jaar later, na de voormetingen, ging het project samen met de infrastructuur van de DHV'en ten onder. De LTA bevat richtlijnen voor een onderlinge taakverdeling tussen de diverse bij de zorg voor kinderen met astma betrokken hulpverleners, compleet met criteria voor verwijzing en terugverwijzing. Voor sommige patiëntjes wordt gedeelde zorg aanbevolen: zowel kinderarts als huisarts blijft dan verantwoordelijk.

Doelstellingen van het implementatietraject waren dat aan het eind van het project 50 procent van de huisartsen met de kinderarts samen zou werken en dat ook 50 procent van de huisartsen gebruik zou maken van het ontwikkelde 'pufboekje'. Per huisartsenpraktijk moest rond twee tot vijf patiëntjes de zorg worden gedeeld. Ook moest inzicht zijn verkregen in de tevredenheid van de ouders over deze vorm van zorg.

Meting via enquêtes

Bij wijze van 'voormeting' inventariseerden we de ervaren knelpunten via een enquête onder alle kinderartsen en bijna de helft van de driehonderd huisartsen in de regio. Ook vroegen we hun hoe ze aankeken tegen de richtlijnen uit de LTA en of zij deze in hun werkwijze zouden kunnen navolgen.

De meeste huisartsen waren van mening dat het werken volgens de LTA binnen het takenpakket van de huisarts thuishoort. Ook achtten zij zich voldoende deskundig voor deze taak. Een grote meerderheid gaf aan pas naar de kinderarts te verwijzen nadat een behandeling met inhalatiecorticosteroiden was gegeven, dus conform de aanbeveling van de LTA. Iets meer dan de helft van de huisartsen had al (positieve!) ervaringen met gedeelde zorg.

Het merendeel van de kinderartsen achtte gedeelde zorg een geschikte vorm van begeleiding van kinderen met astma. Zij vonden huisartsen bereid om deze taak op zich te nemen en constateerden voldoende vertrouwen onder de patiënten. Echter, slechts 62 procent achtte de deskundigheid van de huisartsen voldoende en 44 procent gaf aan dat de communicatie met de huisarts problematisch verliep.

Ongeveer de helft van de kinderartsen zag belemmeringen bij de gedeelde zorg, deels te wijten aan de huisartsen, maar ook (in mindere mate) aan de patiënten en de kinderartsen zelf.

Tevredenheid van de patiënt

In de oorspronkelijk voorgestelde werkwijze zouden huisartsen hun patiëntjes bij de verwijzing naar de kinderarts voordragen voor gedeelde zorg. In een van de ziekenhuizen namen echter de kinderartsen stelselmatig het initiatief door huisartsen uit te nodigen voor het verlenen van gedeelde zorg aan kinderen die in verband met astma de polikliniek bezochten. Twee jaar nadat deze afspraak was gemaakt, waren er in dit ziekenhuis vrijwel geen kinderen met astma meer die uitsluitend in de tweede lijn werden behandeld. Daarom was deze situatie bij uitstek geschikt om een patiëntentevredenheidsonderzoek te houden.¹ Ook dit gebeurde via een enquête, die een respons had van 53 procent. Van de betreffende kinderen ontving 68 procent gedeelde zorg, 22 procent stond alleen bij de huisarts onder controle en 10 procent stond niet meer onder controle. Belangrijke uitkomsten waren:

- ▶ over gedeelde zorg is 60 procent van de respondenten tevreden, 12 procent is dat niet (gemiddeld rapportcijfer 7,4);
- ▶ de kinderarts verschaft wat meer helderheid over het hoe en waarom van gedeelde zorg en over de rolverdeling;
- ▶ een kleine meerderheid van de patiënten vindt de huisarts voldoende deskundig;
- ▶ de betere toegankelijkheid van de huisarts wordt positief gewaardeerd;
- ▶ patiënten denken niet dat de hulpverleners goed met elkaar communiceren;
- ▶ het 'pufboekje' kan de communicatie tussen de hulpverleners verbeteren.

Dossieronderzoek onder huisartsen

Om kwantitatieve gegevens te kunnen vastleggen, benaderden we 28 huisartsen voor een dossieronderzoek. Zij waren geselecteerd op (verondersteld) enthousiasme voor kwaliteitsprojecten, maar uiteindelijk leverden slechts vijftien huisartsen bruikbare gegevens aan. Hun was gevraagd alle kinderen tot en met 16 jaar die in het afgelopen jaar minstens twee prescripties voor bètamimetica en/of inhalatiecorticosteroiden hadden gekregen, met behulp van door de apotheek gegenereerde prescriptiecijfers op te sporen en onder te brengen in een van de volgende categorieën:

- ▶ onder behandeling van de huisarts;
- ▶ onder behandeling van de kinderarts;
- ▶ in gedeelde zorg;
- ▶ van de kinderarts terugverwezen naar de huisarts;
- ▶ diagnose astma (nog) niet gesteld: proefbehandeling.

Van de gehele patiëntenpopulatie tot en met 16 jaar had 5,7 procent in het laatste jaar astmamedicatie gebruikt. De spreiding over de verschillende praktijken was echter zeer groot (1,2-13,2 procent). Het overgrote deel van de kinderen werd uitsluitend door de huisarts behandeld; per praktijk stonden slechts drie tot vijf kinderen onder controle van de kinderarts.

Roemloos einde?

De teloorgang van de (infrastructuur van de) DHV was er de oorzaak van dat het project niet verder is voortgezet. Toch blijken de bevindingen uit de voormetingen weinig aan actualiteit te hebben ingeboet. Patiënten waren destijds over het algemeen tevreden over de zorg door de huisarts (na terugverwijzing) of over de gedeelde zorg. Voor ons was vooral verassend dat:

- het overgrote deel van de zorg voor kinderen met astma al door de huisarts werd geleverd;

- de verschillen in terugverwijsgedrag tussen de ziekenhuizen erg groot waren;
- gedeelde zorg vrijwel uitsluitend op initiatief van de kinderarts totstandkwam;
- de aantallen kinderen met astma tussen de praktijken sterk varieerden;
- het aantal kinderen met astma kleiner was dan je op grond van de literatuur zou mogen verwachten.

Minder verrassend, maar wel opvallend was dat huisartsen veel moeite of weinig zin hadden om de gevraagde gegevens uit hun elektronisch medisch dossier te genereren, ondanks de geboden ondersteuning en (weliswaar bescheiden) financiële vergoeding.

Of blijvende waarde?

Astma is een chronische aandoening met een hoge prevalentie. Er is sprake van onderherkenning en eenmaal herkend astma wordt vaak onderbehandeld doordat onderhoudsmedicatie dikwijls niet goed wordt gebruikt. Ook structurele controles ontbreken vaak. De zorg zou dan ook beter gestructureerd moeten worden volgens de principes van disease-management, met een belangrijke plaats voor voorlichting gericht op een door de patiënt zelf te reguleren optimale instelling ('self-management'). Omdat de diagnose op jonge leeftijd erg moeilijk te stellen is – vooral het onderscheid met piepen als gevolg van virale luchtweginfecties kan zeer lastig zijn – vindt onder deze groep ook nogal eens overdiagnostiek en -behandeling plaats. Het tijdig inschakelen van de kinderarts kan juist ter voorkoming hiervan nuttig zijn.

Recente ontwikkelingen maken hernieuwde aandacht voor samenwerking tussen huisarts en kinderarts kansrijk. Zo biedt bijvoorbeeld praktijkondersteuning de huisarts volop kansen om vorm te geven aan een beter gestructureerde zorg. Binnen het nieuwe zorgstelsel wordt de zorg voor specifieke ziektebeelden gestimuleerd en gewaardeerd. Bovendien is het beleid er steeds meer op gericht dat de zorg die binnen de eerste lijn kán worden geleverd, daar ook wórdt geleverd. Anderzijds kan het inzetten van gespecialiseerde verpleegkundigen door kinderartsen er weer toe leiden dat minder kinderen worden terugverwezen, hetgeen in het licht van het bovenstaande juist ongewenst is.

Dit alles pleit voor nieuwe pogingen om de transmurale zorg voor kinderen met astma vorm te geven. Het is hierbij belangrijk om aan te sluiten bij de bestaande samenwerkingscultuur, en dus ook ruimte te laten voor lokale invulling van de afspraken. Wij zijn van mening dat de opzet van ons project daartoe nog steeds zeer geschikt is en dat onze bevindingen reden vormen om opnieuw een startschot te geven.

K. de Kock, huisarts te Deurne, R. van Gent, kinderarts, afdeling Kindergeneeskunde Maxima Medisch Centrum Veldhoven, M. Meulepas, manager Meetpunt Kwaliteit

1. Van de Loo M, Van Gent R, Tjon A Ten WE, Van Bentum S, Verstappen WHJM. Astma bij kinderen: de landelijke afspraak in de praktijk. Medisch Contact 2002;57(42):1515-8.



Gebruik van het 'pufboekje'

Omdat gedeelde zorg valt of staat met een goede communicatie, werd het 'pufboekje' ontwikkeld. In dit vrolijk geïllustreerde 'paspoort' noteren alle betrokken hulpverleners hun bevindingen en adviezen, zodat eenieder op de hoogte is van het gevoerde beleid. In het boekje is een onderverdeling aangebracht voor:

- ▶ bevindingen: anamnese, lichamelijk onderzoek (lengte, gewicht) en inhalatietechniek (peakflow);
- ▶ conclusie;
- ▶ vervolgbeleid (aanvullende diagnostiek, medicamenteuze therapie, toedieningsvorm en adviezen);
- ▶ eerstvolgende controle (op welke termijn en bij wie).

Ook de groeicurve was een belangrijk onderdeel van het pufboekje in verband met de zorgen die destijds bestonden over de afbuigende lengtegroei door behandeling met inhalatiecorticosteroiden.

De ouders nemen het pufboekje mee bij elk consult en bij iedere hulpverlener (huisarts, kinderarts, longverpleegkundige). Het invullen ervan is eenvoudig en weinig tijdrovend voor de behandelaars.