

# idoctor

Nr 14 - 2022

## Nascholingsmagazine Longziekten

Onder redactie van:

**Drs. Jeroen van Exsel**  
**Drs. Saar van Nederveen-Bendien**

### In dit nummer:

De Haagse Luchtbrug | Transitie van zorg  
Efficiëntere astmazorg dankzij online tool | Horizontaal verwijzen



4

## Kansen en knelpunten voor transitie van zorg

Interview met:

Drs. Jeroen van Exsel

Drs. Saar van Nederveen-Bendien

8

## De Haagse Luchtbrug

Met medewerking van:

Drs. Rianne Pepping

12

## Transitie van zorg via de inzet van e-health

Met medewerking van:

Dr. Jürgen Hölters

17

## Efficiëntere astmazorg dankzij online tool (AsthmaOptimiser+)

Met medewerking van:

Prof. dr. Janwillem Kocks

Drs. Yoran Gerritsma

23

## Horizontaal verwijzen binnen de eerste lijn

Met medewerking van:

Dr. Jiska Snoeck-Stroband

# Hoofdreductie

Transitie van zorg, oftewel 'de juiste zorg op de juiste plek', wordt een steeds belangrijker concept binnen de chronische (long) zorg, zoals bijvoorbeeld bij astma- en COPD. Cruciaal hierbij is een passende uitvoering, zodat artsen en patiënten de zorg in samenspraak doelmatiger, goedkoper en beter kunnen maken.

Rianne Pepping vertelt over de Haagse Luchtbrug, een project waarin de zorg voor kwetsbare ouderen met een matig-ernstige luchtweginfectie of longontsteking wordt verplaatst van het ziekenhuis naar de thuissituatie. Dit interessante initiatief laat ook een mogelijk knelpunt zien in de vorm van uitdagingen rond de financiering. Jürgen Hölters bespreekt de rol die e-health en thuismonitoring kunnen spelen bij transitie van zorg. Een voorbeeld hiervan is een programma waarmee patiënten met COVID-19 eerder uit het ziekenhuis ontslagen kunnen worden. Janwillem Kocks en Yoran Gerritsma vertellen over een app waarmee het omgekeerde proces efficiënter wordt gemaakt: doorverwijzing van patiënten van de eerste naar de tweede lijn. Jiska Snoeck-Stroband laat tenslotte zien hoe horizontaal verwijzen ervoor zou kunnen zorgen dat astma- en COPD-patiënten (nog) meer in de eerste lijn worden opgevangen.

Alle bovenstaande concepten bevatten prikkelende ideeën om de zorg efficiënter en doelmatiger te organiseren met behoud van kwaliteit en patiënttevredenheid. Terugkerende belemmeringen hierbij zijn het ontbreken van adequate financiële ondersteuning en personele capaciteit. Deze randvoorwaarden zijn onmisbaar om dergelijke initiatieven ook werkelijk mogelijk te maken. We hopen dat dit magazine inspireert om over transitie van zorg na te denken en er zo mogelijk binnen uw eigen regio of zorgnetwerk samen mee aan de slag te gaan.



**Saar van Nederveen-Bendien en Jeroen van Exsel**  
Gasthoofdredacteuren

## Colofon

Jaargang 5, nummer 14.  
Het Nascholingsmagazine Longziekten is een onafhankelijke uitgave van iDoctor B.V. en wordt in Nederland verspreid onder longartsen (i.o) en verpleegkundig specialisten met BIG-registratie. Oplage 1000 exemplaren.

**Contact**  
iDoctor B.V.  
Sleepboot 9a  
3991 CN Houten  
+31 (0)30 7603620  
staff@idoctornet.com

**Uitgever**  
Carlo Nieuwlands

**Coördinatie en eindredactie**  
Michiel Hordijk,  
Sarah Syaranamual,  
Jacqueline Reit

**Ontwerp**  
IJzersterk, Rotterdam

**DTP**  
Michèle Duquesnoy

**Drukwerk en verspreiding**  
Drukkerij Badoux

**Adressen**  
IQVIA

**Beeld**  
iStock

© 2022

Het is niet toegestaan zonder voorafgaande toestemming van iDoctor B.V. artikelen of delen daarvan over te nemen en publiceren of verspreiden in de meest brede zin van het woord. De Algemene Voorwaarden van iDoctor B.V., gedeponneerd bij de KvK te Utrecht, zijn van toepassing. iDoctor heeft waar nodig, aan de auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Eenieder die meent aanspraken te moeten ontlenen aan in deze uitgave opgenomen teksten en afbeeldingen, dient zich in verbinding te stellen met de uitgever.





## INTERVIEW

**Drs. Jeroen van Exsel**  
longarts HagaZiekenhuis

**Drs. Saar van Nederveen-Bendien**  
longarts HagaZiekenhuis



dr. Els van den Brink

# Kansen en knelpunten voor transitie van zorg

**Vanwege een toenemend aantal patiënten met astma en COPD en de daarmee groeiende zorgkosten is het noodzakelijk om de zorg voor deze patiëntengroep anders in te richten. Longartsen Jeroen van Exsel en Saar van Nederveen-Bendien, gasthoofdredacteuren van dit nascholingsmagazine, zijn enthousiast over het concept 'transitie van zorg' ofwel 'de juiste zorg op de juiste plek', als het maar op een passende manier wordt uitgevoerd. "De kunst is om deze veranderingen in zorgklimaat door te voeren in samenspraak met de huisarts en patiënt, zodat de zorg niet alleen doelmatiger en goedkoper, maar ook beter wordt."**

Wereldwijd is er sprake van een toename van het aantal patiënten met chronische aandoeningen als astma en Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Deels heeft dat te maken met de vergrijzing, maar ook andere factoren zoals roken, leefstijl en luchtverontreiniging spelen hierbij een rol. Mede hierdoor zullen de kosten voor astma en COPD de komende jaren sterk stijgen. De afgelopen jaren is het aantal patiënten met astma sterk gegroeid. In 2020 waren er ruim 500.000 patiënten met astma. [1] Het RIVM verwacht dat de toename van patiënten de komende jaren zal doorzetten, en berekende dat het aantal astmapatiënten in 2032 met 28% zou zijn gestegen ten opzichte van 2013. [2] Na astma is COPD de meest voorkomende longaandoening in Nederland. Op basis van demografische ontwikkelingen, zoals onder andere vergrijzing en rookgedrag, wordt ook een toename verwacht van het aantal COPD-patiënten. De verwachting is een stijging van 36% in 2040 ten opzichte van 2015. [3] Dit zorgt vanzelfsprekend ook voor een stijging in de zorgkosten. Het RIVM voorspelde al in 2013 dat de kosten voor astma en COPD de daaropvolgende 20 jaar met respectievelijk 150% en 220% zouden stijgen, tot een totaalbedrag van ongeveer 2 miljard euro in 2032. [2] Daarbij zijn de regio's Rotterdam en Haaglanden nu al de regio's met het grootste aantal behandelde astma- en COPD-patiënten. [2] Het is een uitdaging hoe de komende jaren aan de zorgvraag van dit toenemend aantal patiënten moet worden voldaan.

## Noodzakelijk thema

Om de zorgkosten voor astma en COPD binnen de perken te houden, is een transitie in de zorg noodzakelijk, met enerzijds zorgverplaatsing en anderzijds concentratie van zorg. Saar van Nederveen-Bendien en Jeroen van Exsel, beiden longarts in het HagaZiekenhuis in Den Haag, zijn beide al enkele jaren lid van het transitieteam van het HagaZiekenhuis, waar ze samen met een aantal collega's nadenken over de vraag hoe ze die transitie kunnen vormgeven.

Beide longartsen benadrukken het belang van dit onderwerp. "Transitie in de zorg is een thema waar je niet aan ontkomt, deels

vanwege capaciteitsproblemen, maar meer nog omdat de zorg anders gewoon te duur wordt. Het probleem bij astma en COPD is dat het chronische aandoeningen zijn, waardoor er langdurige zorg nodig is. Dat maakt het gewoon duur", zegt Van Exsel. Hij vervolgt: "De kunst is om deze transitie te doen in samenspraak met huisarts en patiënt, zodat je de zorg niet alleen goedkoper, maar ook echt beter maakt. Daar zijn wel innovatieve concepten voor nodig, waar je als arts echt actief aan moet bijdragen om het tot een succes te maken." Dat beeld wordt bevestigd door zijn collega Van Nederveen: "Transitie is inderdaad een thema waar we niet omheen kunnen. Ik vind het leuk om daar creatief over na te denken. Als longartsen staan wij achter het idee van transitie, als je het maar op de juiste manier doet. Goede samenwerking binnen een regionaal netwerk is een voorwaarde om dit mogelijk te maken."

## Beter passende zorg

Beide longartsen hopen dat een dergelijke transitie de zorg niet alleen goedkoper, maar ook beter zal maken. Van Exsel legt uit: "Als bijvoorbeeld de laag complexe patiënten worden behandeld in de eerste lijn, en de iets complexere patiënten worden behandeld in een overlegstructuur met de tweede lijn, bijvoorbeeld via teleconsulten, dan is het resultaat dat er in de tweede lijn meer tijd is voor de echt complexe patiënten. Hierdoor komen er in de tweede lijn meer mogelijkheden tot passende zorg. Het is dus vooral belangrijk om die schifting goed te maken, zodat elke patiënt de best passende zorg krijgt."

## Inspirerende voorbeelden

Zelf zijn beide longartsen actief betrokken bij diverse projecten op dit gebied. Een belangrijke basisvoorwaarde daarbij is een nauwe samenwerking met de (kader)huisartsen uit de regio, benadrukken ze. Zelf doen ze dat in een samenwerkingsverband dat elk kwartaal overleg voert, de zogenaamde Haagse Longen (zie haagselongen.nl). Bij één van de projecten gaat het bijvoorbeeld om het verplaatsen van zorg vanuit het ziekenhuis naar thuis door de thuistoediening van een intraveneuze biological

	Doel	Voorbeelden
<b>Transitie binnen de 1<sup>e</sup> lijn</b>	Voorkomen van onnodige verwijzingen naar de 2 <sup>e</sup> lijn	<p>Horizontaal verwijzen naar een kaderhuisarts astma/COPD</p> <p>Teleconsultatie met kaderhuisarts</p> <p>Patiënten toegang verlenen tot het eigen dossier via een persoonlijke gezondheids-omgeving (PGO)</p>
<b>Transitie van 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn</b>	<p>De juiste zorg op de juiste plek</p> <p>Reduceren van zorgkosten</p> <p>Betaalbaar houden chronische zorg</p> <p>Zorg dichtbij huis</p>	<p>Regionale transmurale afspraken</p> <p>Anderhalvelijns-zorg/centra</p> <p>Telespirometrie, waarbij longfunctie wordt verricht in een anderhalve lijns-centrum, de resultaten worden in combinatie met een anamnese digitaal beoordeeld door een longarts en vervolgens naar de huisarts gestuurd, die het advies uitvoert en bespreekt met de patiënt</p> <p>Teleconsultatie met longarts via bv TCCN/ zorgdomein</p>
<b>Transitie van 1<sup>e</sup> naar 2<sup>e</sup> lijn</b>	Patiënten met ernstig en ongecontroleerd astma en ernstig COPD doorverwijzen naar 2 <sup>e</sup> lijn voor aanvullend onderzoek en fenotypering en mogelijk aanvullende behandeling	<p>Web-based e-health applicatie (Asthma Optimiser)</p> <p>Regionale Transmurale Afspraken (RTA) over verwijsbeleid obv oa NHG standaard astma</p>
<b>Transitie binnen de 2<sup>e</sup> lijn</b>	<p>Spreekuur longarts ontlasten, waardoor er meer tijd is voor nieuwe en hoog complexe patiënten</p> <p>Minder presentaties op spoedeisende hulp bij (milde)exacerbaties</p>	<p>Taakherschikking.</p> <p>Consulten longarts vervangen door verpleegkundig specialist (VS) of physician assistant (PA)</p> <p>Exacerbatie-spreekuur door PA, VS of LVPK</p>
<b>Verplaatsen van ziekenhuiszorg naar huis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinisch</li> <li>• Poliklinisch</li> </ul> <p>Ontlasten van druk op ziekenhuisbedden</p> <p>Minder bezoeken aan polikliniek</p> <p>Minder reistijd voor patiënt, minder belasting voor patiënt</p> <p>Vroegtijdig herkennen en verminderen van exacerbaties</p> <p>Bevorderen zelfmanagement en therapietrouw</p>	<p>Thuis toediening intraveneuze medicatie zoals reslizumab of antibiotica</p> <p>e-health</p> <p>Monitoren op afstand, spirometrie thuis</p> <p>Consult via videobellen</p>
<b>2<sup>e</sup> naar 3<sup>e</sup> lijn</b> <b>Concentratie van zorg</b>	Juiste zorg op juiste plek Concentratie van kennis in gespecialiseerde centra voor hoog complexe astma zorg/ ernstig astma	<p>Netwerkgeneeskunde ernstig astma b.v. STZ Topklinische zorg erkenning (ernstig astma HagaZiekenhuis)</p> <p>NVALT richtlijn ernstig astma, module organisatie van zorg</p>

Tabel 1. Overzicht van verschillende vormen van transitie van zorg voor astma en COPD

voor ernstig astma (reslizumab). Dit is niet alleen prettig voor de patiënt zelf, maar zorgt ook voor minder druk in het ziekenhuis. Maar volgens de beide artsen zijn er nog veel meer concrete mogelijkheden (zie tabel 1). Met dit nascholingsmagazine willen Van Exsel en Van Nederveen graag een aantal inspirerende voorbeelden uitlichten, om duidelijk te maken wat de mogelijkheden zijn voor transitie van zorg voor astma en COPD.

### Transitie voor acute zorg

Het eerste artikel van dit nascholingsmagazine zoomt in op het voorbeeld van de Haagse Luchtbrug, een project waarin de zorg voor kwetsbare ouderen met een matig-ernstige luchtweginfectie of longontsteking wordt verplaatst van het ziekenhuis naar de thuissituatie. "Het mooie is dat dit een voorbeeld is vanuit de acute zorg, waar een dergelijke transitie ook mogelijk is", vindt Van Exsel.

### De uitdaging van financiering

Het voorbeeld van de Haagse Luchtbrug maakt direct ook één van de knelpunten zichtbaar in dit soort transitieprojecten, namelijk de financiering. Van Nederveen bevestigt dat dit inderdaad nog te vaak een probleem is. "Zorgverzekeraars zouden hierin moeten bijspringen. Helaas is het huidige bekostigingssysteem nog niet passend voor dit soort initiatieven. Op zich zijn er wel verschillende subsidies beschikbaar vanuit bijvoorbeeld de overheid, verzekeraars en ziekenhuizen voor transitiegelden. Maar dit is geen oplossing voor op de lange termijn. Ik zou verzekeraars en politici dus graag willen oproepen om hier actiever en creatiever in mee te denken en bij te dragen aan blijvende oplossingen."

### Mogelijkheden van e-health

Het tweede artikel laat een mooi voorbeeld zien van het gebruik van e-health en thuismonitoring, namelijk in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) in Nijmegen. "Het is nog niet helemaal uitgekristalliseerd wat de beste vorm is van e-health", zegt Van Exsel. "Hierbij kun je je enerzijds vooral richten op monitoring, waardoor je bijvoorbeeld vroegtijdig exacerbaties kan opsporen. Anderzijds kan e-health ook gebruikt worden voor zelfmanagement, educatie en het stimuleren van therapietrouw, waardoor minder consulten nodig zijn en een patiënt wellicht ook minder medicatie hoeft te gebruiken." Waarschijnlijk is e-health niet voor alle patiënten even geschikt. Patiënten die digitaal minder vaardig zijn en/of laaggeletterd zijn, zullen hier meer moeite mee hebben. Bovendien kan het belastend worden als patiënten voor een andere aandoening ook al vragenlijsten moeten invullen via een app. "Nu is het vaak nog zo dat er voor verschillende aandoeningen aparte apps op de markt zijn, zoals een app voor allergie van de bovenste luchtwegen en een andere app voor astma. Dat draagt niet bij aan het gebruikersgemak en is voor patiënten natuurlijk niet motiverend. Idealiter zouden zowel patiënt als zorgverleners moeten kunnen werken vanuit één en dezelfde app. Als vakgroep longziekten zijn wij betrokken bij een pilot in het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer, waar gewerkt

wordt met één digitale omgeving, de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO), waarin alles samenkomt", vertelt Van Nederveen.

### Beter doorverwijzen

Het derde artikel belicht weer een heel ander aspect van de transitie. In dit geval gaat het om het verbeteren van de doorverwijzing van patiënten van de eerste naar de tweede lijn. "Nu is het zo dat patiënten soms onnodig worden doorverwezen, terwijl andere (hoog complexe) patiënten onnodig lang blijven hangen in de eerste lijn. Het lastige is dat de huidige richtlijnen hiervoor niet altijd even makkelijk in de praktijk zijn toe te passen. Vandaar dat er gewerkt wordt aan een app waarmee een huisarts of praktijkondersteuner met een patiënt een vragenlijst kan doornemen om daarmee automatisch tot de conclusie te komen welke zorg het meest passend is", vertelt Van Exsel. Van Nederveen wijst erop dat er wat dit betreft ook een alternatieve aanpak mogelijk is, zoals al langer wordt gedaan in het HagaZiekenhuis. Hierbij worden alle verwijzingen vanuit de eerste lijn getrieerd door een specialist, waaruit ook het advies kan komen om eerst nog aanvullende onderzoeken en/of behandeling in de eerste lijn te verrichten. Voorwaarde daarbij is wel dat de huisarts ook de ruimte heeft om dit te doen.

### Horizontaal doorverwijzen

In het vierde en laatste artikel wordt ingegaan op horizontaal doorverwijzen. Het idee daarbij is dat huisartsen patiënten kunnen doorverwijzen naar een kaderhuisarts die zich meer heeft gespecialiseerd op het gebied van astma en COPD. Lukt dat niet fysiek, dan zou een huisarts via een teleconsult nog advies kunnen vragen aan de kaderhuisarts of longarts. Hoewel Van Exsel en Van Nederveen enthousiast zijn over dit idee, beseffen ze ook goed dat hiermee een tweede knelpunt wordt belicht in de zorgtransitie, namelijk, zoals ook hierboven beschreven, het feit dat veel huisartsen nu al overbelast zijn. Huisartsen hebben hierdoor vaak geen tijd voor dit soort consulten en vaak ook niet voor een aanvullende opleiding tot kaderhuisarts. Het is goed om dit soort knelpunten eerlijk te benoemen, vinden Van Exsel en Van Nederveen. "Beleidsmakers komen soms met heel mooie ideeën om de zorg efficiënter te maken, maar er moet wel aandacht zijn voor voldoende financiële en personele ondersteuning om die initiatieven ook daadwerkelijk mogelijk te maken", benadrukt Van Nederveen. ●

### Referenties

1. <https://www.longcijfers.nl/#longziekten>
2. <https://www.rivm.nl/publicaties/maatschappelijke-kosten-voor-astma-copd-en-respiratoire-allergie> ; <https://www.ntvg.nl/artikelen/maatschappelijke-kosten-van-astma-copd-en-respiratoire-allergie>
3. <https://www.vzinfo.nl/astma#!node-trend-prevalentie-astma-naar-leeftijd>
4. Rapport taskforce De juiste zorg op de juiste plek. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/rapport-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>





NASCHOLING

# De Haagse Luchtbrug

## Inventarisatie van een transitieproject



**Met medewerking van:**

**Dr. Rianne Pepping,**

aios interne geneeskunde en promovendus transitie van zorg bij HagaZiekenhuis in Den Haag en de LUMC-Campus Den Haag.



Patrick Marx

## Samenvatting

*De Haagse Luchtbrug is een zorgpad waarmee ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen met een luchtweginfectie of longontsteking naar de thuissituatie wordt verplaatst. Een dergelijke transitie van zorg vergt samenwerking tussen zorglijnen en hokjesloos denken. De realisatie ervan vergt een lange adem mede omdat de financiering vaak een uitdaging blijkt.*

## Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel weet u:

- Dat transmurale zorgpaden starten met samenwerken;
- Dat u bij het overwegen van opname in het ziekenhuis eerst kunt afwegen of de zorg ook thuis kan;
- Dat u samen met de patiënt kunt beslissen waar deze de behandeling wil ontvangen;
- Dat u bij het bedenken van een pilot beter meteen de financiers aan boord kunt krijgen;
- Dat verzuiling van de zorg (denken in lijnen) de transitie van zorg in de weg staat.

**Transitie van zorg leidt tot verbetering van zorg. Aan de hand van het voorbeeld De Haagse Luchtbrug schetst internist in opleiding en onderzoeker Rianne Pepping haar visie op goede transitie van zorg. Het project stoelt op intensieve samenwerking tussen alle zorgpartijen, langs alle zorglijnen.**

Voor het begrip transitie van zorg bestaat geen strak omliggende definitie. Transitie is vooral een begrip waar veel zorgprofessionals zelf invulling aan geven. De transitie gaat over de manier waarop we de zorg in de toekomst willen inrichten. In het achterhoofd speelt bij de meeste zorgprofessionals een ander, zelf in te vullen idee mee: de juiste zorg op de juiste plek. Het gaat daarbij vaak om vervanging van zorg. Voorbeelden hiervan zijn teleconsulten in plaats van polibezoeken, het thuis geven van ziekenhuiszorg of strengere triage van patiënten voor de tweede lijn.

Momenteel verzorgt de tweede lijn veel zorg voor mensen met longziekten, ondanks het feit dat een goed geoutilleerde huisartsenpraktijk deze zorg regelmatig prima zelf kan leveren. Echter, voor bijvoorbeeld diagnostiek of een exacerbatie van hun ziekte komen patiënten in de tweede lijn terecht, waarna ze daar blijven. Transitie van zorg kan gaan om de zorg voor deze patiënten weer onder te brengen bij de huisarts. De transitie draait dus om het toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg door deze af te stemmen op de behoefte van de patiënt en niet per se op de hulpverleners.

## Luchtbrug

Een voorbeeld van een transitieproject dat ziekenhuiszorg thuis organiseert is De Haagse Luchtbrug.<sup>[1]</sup> Binnen het project verschuift de zorg voor kwetsbare ouderen met een matig-ernstige luchtweginfectie of longontsteking van het ziekenhuis naar de thuissituatie. Het project is een samenwer-

king van onder meer de internisten en longartsen uit het HagaZiekenhuis en het Haaglanden MC, Hadoks (een samenwerkingsverband tussen huisartsen in de regio Haaglanden) en thuiszorginstellingen. Hoewel er enige financieringsuitdagingen zijn, hopen de Haagse zorgverleners dit nieuwe zorgpad nog deze zomer op te kunnen starten.

Bij de Haagse Luchtbrug voert de huisarts de regie over de zorg voor kwetsbare ouderen met een luchtweginfectie of longontsteking. Doel van het project is het voorkómen van onnodige en/of onnodig lange ziekenhuisopnames. De uitkomst van de behandeling van een luchtweginfectie bij kwetsbare ouderen hangt niet af van de plek van de zorg, de kans op genezing blijft hetzelfde, net als de kans op overlijden. Ouderen geven vaak aan, dat als ze komen te overlijden, ze het liefste thuis willen zijn of op zijn minst niet op een IC terecht willen komen. Daarbij is de zorg thuis veiliger omdat ziekenhuiszorg onbedoeld schade kan aanrichten. Denk aan mensen die verward raken of vallen, juist omdat ze in een andere omgeving verkeren. Thuis, in hun vertrouwde omgeving, is de kans hierop kleiner en zijn patiënten doorgaans mobieler. Ze staan bijvoorbeeld meer op om naar het toilet te gaan.

Het transmurale ketenzorgpad De Haagse Luchtbrug biedt kwetsbare ouderen met een luchtweginfectie de keuze tussen opname in het ziekenhuis of thuisbehandeling onder regie van de huisarts en met adviezen van de longarts of internist. De huisarts initieert de behandeling en zet de diagnostiek thuis in gang. In plaats van een infuus met antibiotica, krijgt de patiënt intramusculaire injecties van het acute thuiszorgteam. De aan de Haagse ziekenhuizen gelieerde apotheken leveren de injecties direct bij de thuiszorg af. Daarnaast krijgt de patiënt en zijn/haar mantelzorger een eenvoudige monitoringskit die de zuurstofsaturatie en de lichaamstemperatuur in de gaten





houdt. Ook zuurstoftherapie is mogelijk, een therapie die voorheen in het ziekenhuis werd gestart. In het nieuwe zorgpad kan de huisarts zelf zuurstoftherapie voorschrijven.

Mocht de patiënt niet binnen 48 uur verbeteren, dan kan alsnog een ziekenhuisopname volgen, mits de patiënt dat wil. Bovendien kan de huisarts via een versnelde aangepaste beoordeling op de SEH aanvullende diagnostiek laten verrichten, bijvoorbeeld om andere oorzaken van de luchtwegklachten uit te laten sluiten. Desnoods kan de huisarts gebruik maken van een "gereserveerd Haagse Luchtbrug" spoedbed in een verpleeghuis.

### Financiering

Alle veldpartijen in de regio Haaglanden committeerden zich aan dit kant en klare zorgpad. In de praktijk is er echter nog geen patiënt mee geholpen. De initiatiefnemers ijveren om de financiering rond te krijgen. Volgens de gemaakte afspraken declareren huisarts en de thuiszorg zelf de thuisbezoeken, worden de antibiotica betaald uit een subsidie van ZonMw, en dekt een door een zorgverzekeraar gefinancierd transitieprogramma van het HagaZiekenhuis een deel van de kosten. Zorgverzekeraars staan vaak achter transitieprojecten, maar willen deze pas volledig financieren nadat de initiatiefnemers eerst zelf een pilot doorlopen om te laten zien dat het werkt. Dit is een probleem, als initiatiefnemer krijg je de indruk steeds weer tegen muren aan te lopen. Goede ideeën vallen soms af voor ze zich kunnen bewijzen. Toch hopen de initiatiefnemers deze zomer met het nieuwe zorgpad te kunnen starten. Zo is er voldoende tijd om voor het volgende winterseizoen ervaring met het zorgpad op te doen en kinderziektes te verhelpen.

### Overheid

Hoewel menigene zelf invulling geeft aan het begrip transitie van zorg, denkt de overheid mee over de mogelijke aanpak. De discussienota Zorg voor de Toekomst van het ministerie van VWS merkt op dat onze zorgkosten harder groeien dan onze economie en dat dit vooral geldt voor de kosten voor langdurige zorg: "De uitgaven aan curatieve zorg zijn gemiddeld of lager dan in de meeste andere Westerse landen."<sup>[2]</sup> Transitie van zorg zal dus de meeste winst opleveren als deze zich richt op chronische zorg, zoals die voor kwetsbare ouderen met multimorbiditeit.

Uit het rapport De Juiste Zorg op de Juiste Plek - Wie durft? van de taskforce Zorg op de Juiste Plek volgt een ander aandachtspunt: de verzuiling van de zorg in eerste, tweede en derde lijn.<sup>[3]</sup> Volgens de taskforce is de verzuiling teveel een cultuur geworden waarin zorgverleners langs elkaar heen werken en waarin het zorgaanbod niet aansluit bij de behoeften van de patiënt. Volgens de taskforce is de verzuiling één van de urgente redenen voor echte verandering waarbij we minder in hokjes van eerste, tweede en derde lijn denken en overgaan naar samenhangende zorg.

“

Momenteel verzorgt de tweede lijn veel zorg voor mensen met longziekten, ondanks het feit dat een goed geoutilleerde huisartsenpraktijk deze zorg prima zelf kan leveren.

## Samenwerking

Transitie van zorg vergt veel meer samenwerking tussen zorglijnen en zorgverleners. Om de juiste zorg door de juiste behandelaar op de juiste plek te laten geven, helpt hokjesdenken en het afschuiven van verantwoordelijkheden niet. Een patiënt is een totaal persoon en niet een verzameling onderdelen, behandeld door de longarts, cardioloog, uroloog, internist, orthopeed en/of vaatchirurg. De opties zijn om een patiënt met multimorbiditeit maandelijks naar het ziekenhuis te laten komen, of de zorg zo te organiseren dat de huisarts de regie houdt, waarbij deze laagdrempelig en multidisciplinair met specialisten kan overleggen.

Om samen te werken, hoef je als zorgprofessional overigens niet op een transmuraal zorgpad te wachten. Afspraken tussen zorgverleners zijn ook op ad hoc basis mogelijk. Te vaak krijgt de patiënt op bijvoorbeeld de SEH te horen: "We gaan u opnemen", zonder dat iemand de vraag stelt of de patiënt dat wel wil en of er wellicht toch een behandeling thuis kan plaatsvinden.

De Haagse zorgverleners sprongen met hun transmurale zorgpad De Haagse Luchtbrug in het diepe. Kant en klare antwoorden en oplossingen voor bijvoorbeeld de financiering hebben ze niet. Wel vonden ze elkaar en leidde hun samenwerking tot een nieuwe thuisbehandeling voor kwetsbare ouderen met een luchtweginfectie. Ze zijn echt overtuigd dat hun aanpak gaat werken. Inmiddels smaakt de Haagse Luchtbrug naar meer, en denken de initiatiefnemers na over de thuisbehandeling van bijvoorbeeld hardnekkige blaas- en huidinfecties waarvoor kwetsbare ouderen nu kortdurend in het ziekenhuis belanden. ●

### Conclusie

Wie aan de transitie van zorg wil werken start het beste met samenwerken, los van zorglijnen en met het belang van de patiënt in het achterhoofd. Ad hoc afspraken maken het verplaatsen van zorg van bijvoorbeeld het ziekenhuis naar thuis al mogelijk. Dit kan een opmaat zijn voor het ontwikkelen van transmurale zorgpaden die vooral chronische zorg makkelijker moeten maken, waarbij eerste en tweede lijn hun werk alleen doen waar en wanneer dat nodig is.

Voor meer informatie over het zorgpad en de implementatieplannen kunt u contact opnemen met Rianne Pepping: r.m.c.pepping@lumc.nl

## Referenties

1. Projectbeschrijving De Haagse Luchtbrug  
<https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/project-detail/juiste-zorg-op-de-juiste-plek/ouderen-met-luchtweginfectiepneumonie-terugdringen-en-voorkomen-van-onnodige-ziekenhuisopnamen/>
2. Discussienota Zorg voor de Toekomst. Ministerie van VWS. Nov. 31-12-2020  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/12/31/discussienota-zorg-voor-de-toekomst>
3. De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft? Taskforce Zorg op de Juiste Plek, 2018  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/rapport-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>

## Casus

### Nu

Vrijdagmiddag 16:00, de huisarts is bij een 87-jarige patiënt thuis, normaal redelijk fit, maar nu lijkt er sprake van een matig-ernstige pneumonie. NHG-standaarden worden gevolgd, maar orale medicatie lijkt geen optie gezien de ernst van ziekzijn. Een logisch vervolg is verwijzing naar de SEH. Na een aantal uur wachten volgt opname. In het weekend knapt de patiënt op, maar, al wachtend op nazorg duurt de opname een kleine week. De patiënt zelf wilde graag met mantelzorger thuisblijven.

### Binnenkort

De patiënt wordt behandeld volgens het zorgpad 'de Haagse Luchtbrug'. Na contact met het contactcentrum van Zorggroep Florence zal binnen 4 uur een verpleegkundige van het alarmteam de patiënt thuis ceftriaxon intramusculair, eenmaal daags geven (max 5 dagen).

Daarnaast maakt de huisarts samen met de patiënt en mantelzorger een plan ter monitoring van klachten en meetwaarden. Dezelfde verpleegkundige die antibiotica toedient, neemt een monitoringskit met saturatiemeter en thermometer mee en bespreekt alles nog eens rustig. Zij monitoren samen met de huisarts het ziektebeloop. Tijdens dit hele proces zijn de internist en longarts beschikbaar voor consultatie. Alles is in het werk gesteld om de kwetsbare oudere patiënt die dit wenst, thuis te behandelen.



NASCHOLING

# Transitie van zorg via de inzet van e-health



Met medewerking van:

**Dr. Jürgen Hölter,**

longarts en medisch manager transmurale zorg CWZ, Nijmegen



Dr. Jessica Brussee

## Samenvatting

*E-health biedt mogelijkheden om efficiënt om te gaan met de beschikbare middelen en capaciteit in de zorg. Het kan helpen om de regie over de zorg primair terug te leggen bij de patiënt. Bijvoorbeeld door patiënten thuismonitoring aan te bieden. Arts en patiënt bepalen samen wanneer een (medisch specialistisch) consult nodig is en wanneer niet. Naast thuismonitoring bij chronische (long)aandoeningen zoals astma, COPD of interstitiële longziekten, kan e-health ook een oplossing bieden bij andere ziektebeelden. Dit artikel belicht twee voorbeelden hiervan. Het eerste voorbeeld is een vervroegd ontslagprogramma voor patiënten met COVID-19. Het tweede voorbeeld betreft de inzet van e-health bij de diagnostiek en monitoring van slaapproblematiek.*

## Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- Weet u op welke manier e-health kan bijdragen aan een efficiëntere inzet van zorg;
- Kent u voordelen en aandachtspunten van e-health in de zorg;
- Kent u een voorbeeld van de toepassing van e-health bij vervroegd ontslag bij COVID-19;
- Kent u een voorbeeld van de toepassing van e-health bij de diagnostiek en monitoring van slaapproblematiek.

**E-health biedt mogelijkheden om zo efficiënt mogelijk om te gaan met de beschikbare middelen en capaciteit in de zorg. Bijvoorbeeld door een transitie mogelijk te maken van zorg in het ziekenhuis naar zorg in de thuissituatie. Hiermee kan het een belangrijke rol spelen bij het oplossen van het capaciteitsprobleem in de zorg. De laatste jaren zetten artsen e-health steeds vaker in bij patiënten met chronische (long)aandoeningen. Denk aan het thuismonitoren van patiënten met astma, COPD of interstitiële longziekten. Maar ook bij andere (long)ziekten kan e-health worden ingezet. Dit artikel belicht twee recent ontwikkelde voorbeelden: het gebruik van e-health bij patiënten met COVID-19 en bij patiënten met slaapproblematiek.**

Met e-health kan de gezondheid van een patiënt thuis gemonitord worden. Op verzoek van de patiënt, of naar aanleiding van (afwijkingen in) diens gezondheidsdata, kan een arts worden ingeschakeld. E-health helpt hiermee de arts en de patiënt om samen te bepalen wanneer (medisch specialistische) zorg noodzakelijk is en wanneer niet. Het kan zo transitie van zorg bevorderen.

## COVID-19

Een voorbeeld van de toepassing van e-health bij de transitie van zorg van het ziekenhuis naar thuis is het versneld ontslagprogramma voor patiënten met COVID-19. Dit programma maakt gebruik van telemonitoring en is ontwikkeld door het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein.[1] In samenwerking met het bedrijf Luscii is het programma ook beschikbaar gemaakt voor andere ziekenhuizen.[2] Twee Nederlandse studies laten zien dat het programma leidt tot een kortere ligduur en lagere kosten. Daarnaast is het veilig en patiëntvriendelijk.[3,4] Meer dan tien Nederlandse ziekenhuizen, waaronder het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) in Nijmegen, maken ondertussen gebruik van dit vervroegd ontslagprogramma. Bij het CWZ maakt het programma onderdeel uit van 'CWZ Thuis', een vorm

van thuismonitoring voor tal van aandoeningen. Het versnelde ontslagprogramma voor patiënten met COVID-19 heeft in het CWZ vorm gekregen in de app 'CWZ thuis - na corona'.[5]

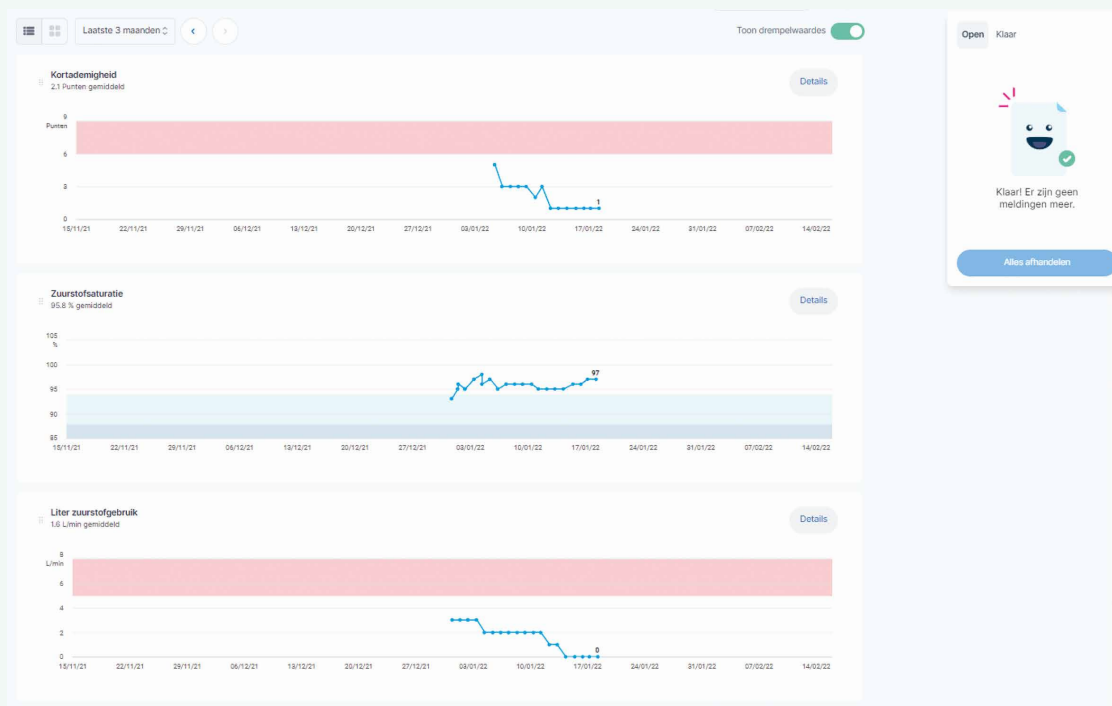
Patiënten met COVID-19 die zijn opgenomen op de verpleegafdeling in het CWZ én die digitaal vaardig zijn mogen in dit programma, zodra dat medisch gezien veilig is, thuis verder herstellen. De patiënt krijgt van het ziekenhuis een saturatiemeter te leen om thuis metingen te verrichten. Zo nodig krijgt de patiënt ook thuis zuurstof toegediend. Gegevens over het herstel geeft de patiënt aan het ziekenhuis door via een app. De zorgverleners in het ziekenhuis monitoren hoe het herstel verloopt. Dit gebeurt in een centraal regiecentrum. Zodra één van de meetwaarden buiten de normale range komt gaat er een alarm af en zoeken de zorgverleners telefonisch contact met de patiënt. Daarnaast kan de patiënt ook altijd zelf contact opnemen met het regiecentrum.

## Vragenlijsten en thuismonitoring

Gedurende de eerste tien dagen, de zogenaamde 'acute fase', vullen patiënten dagelijks vragenlijsten in over COVID-19-gerelateerde klachten als kortademigheid, hoesten en hun algemeen welzijn. Daarnaast meten zij meerdere keren per dag hun zuurstofsaturatie, hartslag, lichaamstemperatuur en indien van toepassing het zuurstofgebruik.

Na de eerste tien dagen volgt de zogenaamde vervolgfase. Hierin wordt vooral het risico op het ontwikkelen van long COVID gemonitord. De patiënt vult wekelijks of maandelijks vragenlijsten in over de lichamelijke en psychische gezondheid. Het betreft verschillende aspecten zoals bewegen, eten, afvallen, somberheid, angst en cognitieve functies. Als een patiënt het risico loopt om long COVID te ontwikkelen besteedt de arts daar gericht aandacht aan. Zo nodig wordt de patiënt doorverwezen naar een revalidatietraject of een vervolgtraject bij een medisch psycholoog in de eerste of tweede lijn.





Figuur 1. Dashboard van de app 'CWZ thuis - na corona'

“

**Leg de regie voor de zorg zoveel mogelijk bij de patiënt zelf, zonder de verantwoordelijkheid vanuit de tweede lijn over de schutting te gooien.**

Het thuismonitoringprogramma biedt zowel voor de arts als de patiënt voordelen. Voor de arts en de ziekenhuiszorg in bredere zin levert het programma meer tijd en ruimte op. Patiënten die goed herstellen hoeven niet langer te worden opgenomen en hebben geen consult meer nodig op de nazorgpoli. Hierdoor blijft er meer tijd over voor de patiënten die minder goed herstellen. De zorgverleners zijn zo in staat om niet alleen de juiste zorg op de juiste plaats te bieden, maar ook op het juiste moment en op de juiste manier.

Het voordeel voor patiënten is dat zij in hun vertrouwde omgeving op een veilige manier kunnen herstellen. Als het nodig is kunnen zij altijd contact opnemen met het ziekenhuis. Het regiecentrum beoordeelt dan welke zorgverlener het beste in staat is om de vraag te beantwoorden.

Doordat patiënten tijdens het herstel thuis in principe onder controle blijven van het ziekenhuis, wordt de huisarts nu ontzien. In de toekomst zouden huisartsen ook gebruik kunnen maken van het regiecentrum. Als een huisarts een patiënt met COVID-19 heeft die thuis zuurstof krijgt, maar die zij niet kan of wil insturen naar het ziekenhuis, zou deze patiënt ook via de app gemonitord kunnen worden. Bij een alarm neemt het regiecentrum dan in eerste instantie contact op met de betreffende huisarts.

Naast COVID-19 kan het programma voor versneld ontslag ook ingezet worden bij andere longziekten. Zo ontwikkelde Jürgen Hölters van het CWZ, wederom in samenwerking met Luscii, een soortgelijke app voor patiënten met influenza.[6]

### Aandachtspunten

Het is een aandachtspunt bij deze vorm van e-health om de zorg toegankelijk te houden voor alle patiënten. Voor patiënten met minder digitale vaardigheden en voor laaggeletterden kan het gebruik van e-healthtoepassingen een flinke uitdaging zijn. Het is dan ook belangrijk om ook hen niet te vergeten, bijvoorbeeld door mantelzorgers, de wijkverpleging of vrijwilligers uit het sociale domein erbij te betrekken.

Een tweede aandachtspunt bij zorg op afstand is het risico op lost-to-follow-up. Als de patiënt, eenmaal thuis, geen gebruik maakt van de app heeft de zorgverlener ook geen zicht op het herstel. Vooral in de acute fase is hier vanuit het ziekenhuis veel aandacht voor. Als een patiënt meer dan 24 uur niets van zich laat horen volgt automatisch een herinnering. Is er na 48 uur nog geen reactie dan volgt telefonisch contact. In de vervolgfase is het belangrijk om na te denken hoe groot het probleem is als iemand 'lost-to-follow-up' raakt. In die fase is het een kwestie van balanceren tussen een complete follow-up en het 'lastigvallen' van patiënten om vragenlijsten in te vullen terwijl het goed met hen gaat.

### Slaapproblematiek

Een ander domein waarin e-health een rol kan spelen is de slaapzorg. De toepassing van e-health in de slaapzorg staat nog in de kinderschoenen, maar kan in principe op twee manieren worden ingezet: enerzijds als hulp bij de triage van patiënten, anderzijds om patiënten met slaapproblematiek te monitoren. In het eerste geval beantwoorden patiënten via een app vragen over hun slaapproblematiek. De huisarts zet deze app in bij verdenking op slaapapneu. Op basis van de verzamelde gegevens bepaalt de longarts vervolgens in welke setting de diagnostiek voor een patiënt hoort plaats te vinden.

De tweede mogelijkheid is om e-health in te zetten om patiënten met slaapapneu te monitoren. Deze patiënten krijgen veelal een Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)-apparaat mee naar huis. Na het instellen van de CPAP tijdens de proefperiode worden patiënten niet meer, zoals voorheen, jaarlijks door de longarts gezien voor controle. Dit in de verwachting dat patiënten zich wel melden als er problemen zijn, maar dat gaat niet altijd goed. E-health kan helpen om de kwaliteit van de CPAP-zorg op een efficiënte manier weer te verbeteren. De arts kan via telemonitoring het CPAP-apparaat op afstand uitlezen. Dit geeft onder andere informatie over de compliance (hoe lang en hoe vaak gebruikt de patiënt het apparaat) en het optreden van ademstops tijdens gebruik van het apparaat. Aanvullend op deze informatie kan de patiënt met behulp van een app extra gemonitord worden. Zo kan de patiënt vragen beantwoorden over de slaapkwaliteit tijdens het gebruik van het CPAP-apparaat en over slaperigheidsklachten gedurende de dag. Als er problemen zijn krijgt de patiënt alsnog een controleafspraak. De medisch-specialistische zorg die eerder werd weggehaald wordt op deze manier weer toegevoegd voor de patiënten die dat nodig hebben en de schaarse plekken op de polikliniek worden hierbij zo goed mogelijk benut.

Bovenstaande voorbeelden van e-health in de slaapzorg worden bijvoorbeeld ingezet in het anderhalvelijnscentrum Uniezorg in Nijmegen. Dit centrum is opgericht door longartsen en KNO-artsen uit het CWZ en een huisarts. In het centrum worden patiënten met slaapproblematiek dicht bij huis onderzocht.[7] ●

### Conclusie

E-health kan bijdragen aan een efficiënte transitie van zorg. Dit geldt niet alleen voor de zorg bij chronische aandoeningen zoals astma of COPD, maar ook bij andere ziektebeelden zoals COVID-19 of slaapproblematiek. Door de regie voor de zorg zoveel mogelijk terug te leggen bij de patiënt en door de inzet van een transmuraal regiecentrum, kunnen de verschillende vormen van zorg niet alleen op de juiste plaats, maar ook op het juiste moment en op de juiste manier worden ingezet. Patiënten bij wie er geen (grote) problemen zijn bezoeken minder vaak het ziekenhuis. De zorg is voor hen zo dicht mogelijk bij huis georganiseerd. Zorgverleners houden zo meer ruimte voor de patiënten met wie het minder goed gaat. Een aandachtspunt is om de zorg toegankelijk te houden voor alle patiënten, dus ook voor mensen met minder digitale vaardigheden of laaggeletterden. Ook het risico van lost-to-follow-up behoeft aandacht.

### Referenties

1. Grutters LA, Majoor KI, Mattern ESK, Hardeman JA, van Swol CFP, Vorselaars ADM. Home telemonitoring makes early hospital discharge of COVID-19 patients possible. *J Am Med Inform Assoc.* 2020;27(11):1825-1827.
2. <https://vitals.lusci.com/nl/library/covid-vervroegd-ontslag>. Geraadpleegd op 08-feb-2022.
3. Van Herwerden MC, van Steenkiste J, el Moussaoui R, den Hollander JG, Helfrich G, Verberk IJAM. Thuisbehandeling van covid-19-patiënten met zuurstof en telemonitoring. Veiligheid, patiënttevredenheid en kosteneffectiviteit. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2021;165:D5740.
4. Grutters LA, Majoor KI, Pol-Mattern ESK, Hardeman JA, van Swol CFP, Vorselaars ADM. Home-monitoring reduces hospital stay for COVID-19 patients. *Eur Respir J.* 2021;58(5):2101871.
5. <https://www.cwz.nl/behandelingen/thuismonitoring-na-corona/>. Geraadpleegd op 08-feb-2022.
6. <https://vitals.lusci.com/nl/library/influenza-vervroegd-ontslag>. Geraadpleegd op 08-feb-2022
7. Uniezorg. <https://uniezorg.nl/>



NASCHOLING

# Efficiëntere astmazorg dankzij online tool (AsthmaOptimiser+)



Met medewerking van:

**Prof. dr. Janwillem Kocks,**  
huisarts, General Practitioners Research Institute, UMCG

**Drs. Yoran Gerritsma,**  
sr. onderzoeker, General Practitioners  
Research Institute



Drs. Bianca Hagens

## Samenvatting

*De AsthmaOptimiser+ maakt het voor huisartsen en praktijkondersteuners mogelijk hun astmaconsult te structureren en optimaliseren, en om patiënten die doorverwezen zouden moeten worden naar de tweede lijn, eerder te identificeren. Deze online tool bestaat onder andere uit vragenlijsten die zorgverleners samen met de patiënt kunnen doorlopen. Op basis van de ingevulde gegevens geeft de tool een advies, bijvoorbeeld tot aanpassing van de medicatie of doorverwijzing naar een specialist. Uit de resultaten van een prospectieve, observationele studie met de AsthmaOptimiser+ bleek de tool een stapsgewijze, gestructureerde en consistente manier te bieden om het consult met astmapatiënten te doorlopen. Daarmee is de tool niet alleen geschikt voor gebruik in de eerste lijn, maar zou deze volgens de ontwikkelaars ook in de tweede lijn niet misstaan.*

## Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel weet u:

- Wat het belang is van het herkennen en tijdig verwijzen van een subgroep van patiënten met ongecontroleerd, ernstig of moeilijk behandelbaar astma naar de 2e lijn;
- Wat de AsthmaOptimiser+ is;
- Hoe u deze tool kunt gebruiken;
- Wat de meerwaarde is van deze tool voor patiëntenzorg in de eerste en eventueel de tweede lijn.

**Bij ongeveer de helft van de astmapatiënten is sprake van ongecontroleerd astma.[1,2] Dit komt overeen met een Asthma Control Questionnaire (ACQ)-score van 0,75 of hoger.[3] Het beter implementeren van richtlijnen kan zorgen voor een betere behandeling van astma met – indien nodig – tijdige verwijzing naar de tweede of zelfs derde lijn. Met dit doel is de AsthmaOptimiser+ ontwikkeld. Deze online tool kan met name huisartsen en/of praktijkondersteuners bij de huisarts (POH's) meer structuur bieden bij het consult met astmapatiënten, en patiënten met ongecontroleerd astma identificeren.**

Aan de basis van de ontwikkeling van de AsthmaOptimiser+ stond een observatie van dr. David Jackson (Guy's and St Thomas' Hospital, Londen, Verenigd Koninkrijk), een expert op het gebied van ernstig astma. Hij constateerde dat veel patiënten in zijn regio meerdere kuren orale corticosteroïden ontvingen, zonder dat hij deze patiënten in zijn praktijk zag. Hij wilde vervolgens een tool ontwikkelen voor huisartsen waarmee zij astmapatiënten sneller konden doorverwijzen naar de specialist. Dit ontwikkelingstraject is drie jaar geleden gestart, in het kader van het PRECISION-programma van AstraZeneca, en in samenwerking met een global steering committee bestaande uit David Jackson zelf, prof. dr. Janwillem Kocks (General Practitioners Research Institute en het UMCG, Groningen), dr. Mona Al Ahmad (Universiteit van Koeweit, Koeweit) prof. dr. Ricardo del Olmo (Hospital de Rehabilitación Respiratoria 'María Ferrer', Argentinië) en dr. Tan Tze Lee (National University Health System, Singapore). [4]

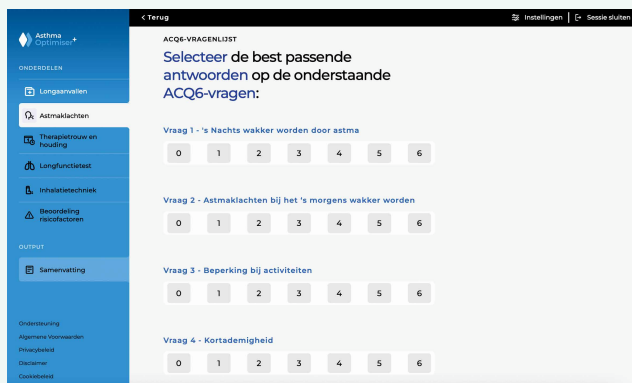
Waar de tool in eerste instantie vooral geënt was op de Britse situatie, is onder leiding van Kocks de tool inmiddels aangepast aan de Nederlandse situatie. In Nederland is de tool met name bedoeld om de behandeling van patiënten bij de huisarts te optimaliseren. Dat is een ander doel dan in het Verenigd Koninkrijk, waar de tool vooral gebruikt wordt om astmapatiënten met klachten of exacerbaties sneller door te verwijzen naar de specialist.

Om de tool zo geschikt mogelijk te maken voor de Nederlandse praktijk, is overleg gevoerd met huisartsen en POH's van verschillende zorggroepen. Aan de hand van deze gesprekken is onder andere de ACQ, die in het Verenigd Koninkrijk niet gebruikt wordt, opgenomen in de Nederlandse versie van de tool. Ook bleek een koppeling met het huisartseninformatiesysteem essentieel, dit is gerealiseerd door middel van een koppeling met een edifact-adres. Aan het einde van het consult kunnen de resultaten van het consult automatisch overgezet worden naar het elektronisch patiëntendossier. En omdat veel zorgverleners gezamenlijke besluitvorming toepassen bij het behandelen van patiënten met astma, is de tool zo opgezet dat zorgverleners deze eenvoudig samen met patiënten kunnen doorlopen. Inmiddels is de ontwikkeling van de AsthmaOptimiser+, zoals de tool genoemd is in Nederland, gereed en is er kwantitatief en kwalitatief onderzoek mee gedaan. Nu wordt gewerkt aan kleine verbeteringen van de tool en zal de tool onafhankelijk van de farmaceutische industrie op de markt gezet worden.

## Opzet AsthmaOptimiser+

De AsthmaOptimiser+ is een online tool die huisartsen en POH's, of mogelijk ook zorgverleners in de tweede lijn, samen met patiënten kunnen doorlopen. Het gebruik van de tool is met name gericht op patiënten die al een diagnose astma hebben. In de tool wordt gestructureerd langs alle onderdelen gelopen die van belang zijn voor goede astmazorg. Hierbij biedt de AsthmaOptimiser+ achtergrondinformatie en best practices op basis van de Global Initiative for Asthma (GINA) 2020 Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Zo zijn de vragen in de tool gericht op het identificeren van patiënten met een hoog risico op longaanvallen. Daarnaast maakt de AsthmaOptimiser+ het mogelijk om de astmacontrole uit te vragen via de GINA-vragenlijst of de ACQ6 (zie figuur 1). Vervolgens kijkt de tool naar de astmaklachten en therapietrouw van patiënten, kan de uitslag van een longfunctietest (met behulp van peakflow of spirometrie) ingevoerd worden, en kan de inhalatietechniek beoordeeld worden. Om dit laatste zo toegankelijk mogelijk te maken is de tool zo gebouwd dat bij het invullen van de inhalator die de





Figuur 1. Screenshot AsthmaOptimiser+ met ACQ.

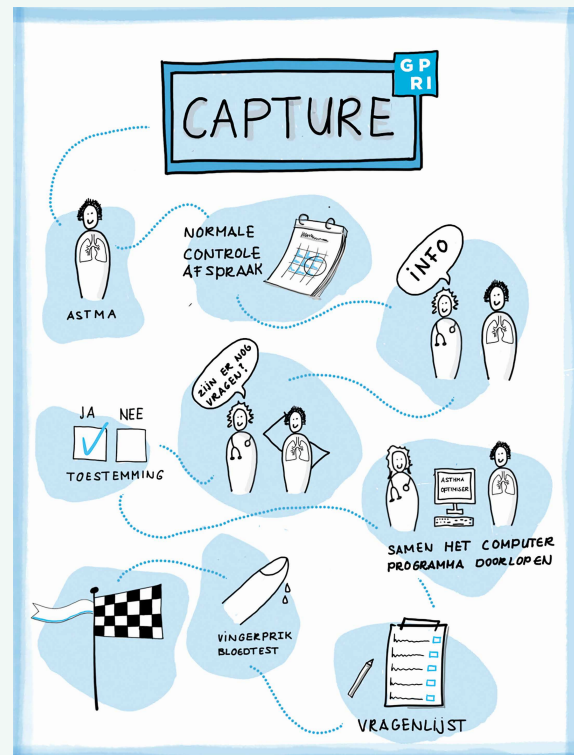
patiënt gebruikt, automatisch de juiste video voor de inhalatie-instructie geladen wordt. Wanneer de tool volledig doorlopen is, volgt een rapport met een samenvatting en advies. Het advies kan bijvoorbeeld zijn het monitoren conform NHG-standaard, het optimaliseren van de behandeling door aanpassing van de medicatie of het doorverwijzen van de patiënt naar een specialist.

### Kwantitatief en kwalitatief onderzoek

Na ontwikkeling van de AsthmaOptimiser+ is met behulp van kwantitatief en kwalitatief onderzoek geëvalueerd of de tool daadwerkelijk geschikt is voor toepassing in de eerste lijn. In totaal namen 25 huisartsenpraktijken met in totaal 32 huisartsen of POH's deel aan dit onderzoek. Voor het kwalitatieve onderzoek, de prospectieve observationele CAPTURE-studie, zijn in totaal 222 patiënten geïnccludeerd.[4] Patiënten kwamen hiervoor in aanmerking wanneer zij reeds een diagnose astma hadden (zie figuur 2). Primaire eindpunt van de studie was de verdeling van patiënten over de verschillende behandelbeslissingen die mogelijk zijn in de tool. Daarnaast was een bloedtest een onderdeel van het onderzoek. Aan de hand van de eosinofiele granulocytwaarden in het bloed zal geanalyseerd worden of deze waarden geassocieerd zijn met ongecontroleerd astma. Voor het kwalitatieve onderzoek zijn de gebruikers geïnterviewd over hun ervaringen met de tool.

### Studieresultaten

Van de 222 patiënten die in de studie geïnccludeerd waren, was voor 220 de ACQ-score beschikbaar. De resultaten hiervan lieten zien dat er bij 132 patiënten (60%) op basis van de ACQ-score sprake was van ongecontroleerd astma, met alle bijkomende klachten van dien (data nog niet gepubliceerd). Dit komt overeen met de bevinding in de internationale literatuur dat ongeveer 50% van de astmapatiënten nog dagelijks klachten ervaart. Ook bleek dat patiënten met ongecontroleerd astma meer klachten hadden op het werk en meer gehinderd werden in hun dagelijkse

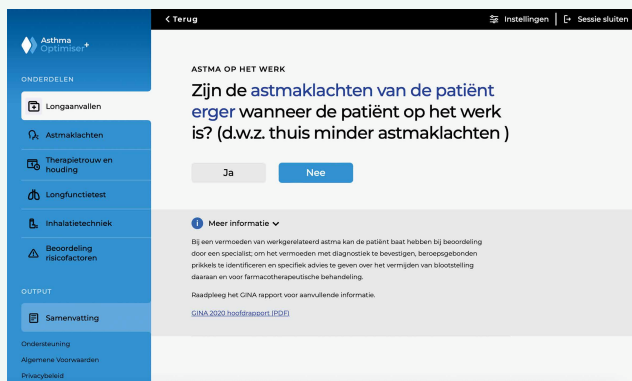


Figuur 2. Flow van het onderzoek met de AsthmaOptimiser+.

activiteiten ten opzichte van patiënten met gecontroleerd astma. Daarnaast gaf de tool bij 45 van deze 132 patiënten het advies tot doorverwijzing naar een specialist. Veel huisartsen en POH's gaven echter aan dat er nog mogelijkheden waren tot optimalisatie van de behandeling in de eerste lijn, bijvoorbeeld door verbeteren van de inhalatietechniek. Als gevolg hiervan zijn uiteindelijk 3 van de 45 patiënten doorverwezen naar de tweede lijn. Met vervolgonderzoek zal nog gekeken worden hoe de follow-up van deze patiënten is geweest. Is er bijvoorbeeld na 6 maanden opnieuw een consult geweest? Was bij dit consult de ACQ-score verbeterd? En is de patiënt na het initiële consult alsnog verwezen naar een specialist?

### Voordelen AsthmaOptimiser+

Het kwalitatieve onderzoek onder de gebruikers gaf de ontwikkelaars van de tool meer inzicht in de ervaringen met de tool, de positieve kanten ervan en eventuele verbeterpunten. Een belangrijk voordeel dat veel van de gebruikers noemden, was dat het toepassen van de AsthmaOptimiser+ meer structuur gaf aan het spreekuur. Het bleek een consistente manier om het consult met de patiënt uit te voeren. De koppeling met de inhalatie-instructievideo's ervaarden de gebruikers eveneens als zeer nuttig. Een aantal deelnemers gaf aan dat ze – voordat ze het consult uitvoerden met behulp van de AsthmaOptimiser+ – de inhalatie-instructie niet altijd bespraken met patiënten. Maar omdat de tool automatisch de juiste video toont voor de inhalator die de



Figuur 3. Screenshot uit de AsthmaOptimiser+ waarin gevraagd wordt naar werkgerelateerde klachten met bijbehorende uitleg.

komen. De hoop is dan dat zorgverleners de AsthmaOptimiser+ breed omarmen en zo de astmazorg in Nederland verbeterd kan worden door patiënten die meer zorg behoeven dan de eerste lijn kan bieden, tijdig door te verwijzen naar de tweede of derde lijn. ●

### Referenties

1. Price D, Fletcher M, van der Molen T. Asthma control and management in 8,000 European patients: the REcognise Asthma and LInk to Symptoms and Experience (REALISE) survey. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2014 Jun 12;24:14009.
2. Price D, David-Wang A, Cho S-H, et al. Time for a new language for asthma control: results from REALISE Asia. *J Asthma Allergy*. 2015;8:93-103.
3. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/astma-bij-volwassenen>. Geraadpleegd februari 2022.
4. Wouters H. Study Design for a qualitative assessment of the implementation of the Asthma Navigator (Refer ID) tool in a Dutch primary care setting. IPCRG 2021. <https://www.ipcr.org/11614>. Geraadpleegd februari 2022.

patiënt gebruikt, werd de drempel om de inhalatie-instructie met patiënten door te nemen weggenomen. Daarnaast vraagt de AsthmaOptimiser+ specifieke prikkels uit. Dit is met name bedoeld om het gesprek tussen huisarts of POH en de patiënt op gang te krijgen. Ook dit zagen de gebruikers als pluspunt, omdat de tool bepaalde vragen omvat die zij in de praktijk niet snel zouden stellen, bijvoorbeeld vragen naar verergerende prikkels op het werk. Tot slot vonden de gebruikers het waardevol dat bij de meeste vragen een toelichting staat (zie figuur 3).

### Verbeterpunten AsthmaOptimiser+

Het kwalitatieve onderzoek bracht naast bovengenoemde pluspunten ook een aantal verbeterpunten aan het licht. Zo was er in de tool in eerste instantie geen rekening gehouden met het feit dat sommige patiënten seizoensgebonden medicatie voorgeschreven krijgen, wat bij deze patiënten uiteindelijk leidde tot een onjuist beeld over de therapietrouw. Deze mogelijkheid wordt nog aan de tool toegevoegd. Ook misten de gebruikers vragen over roken, wat wel een belangrijk aspect is bij de behandeling van astma.

### Toekomst

De eerste reacties op de AsthmaOptimiser+ naar aanleiding van de studie waren erg positief. De volgende stap in het ontwikkeltraject is de tool los te koppelen van de farmaceutische industrie en over te zetten naar een onafhankelijk platform. Dit maakt het hopelijk mogelijk de tool breder bij zorggroepen geïmplementeerd te krijgen. Verder wordt er nationaal en internationaal, bijvoorbeeld op het Dutch Lung Congress (DLC) en het International Primary Care Respiratory Groep (IPCRG)-congres, aandacht besteed aan de tool. De verwachting is dat, na de betreffende aanpassingen, de tool rond de zomer van 2022 beschikbaar zal



NASCHOLING

# Horizontaal verwijzen binnen de eerste lijn

## Een oplossing voor de groeiende groep astma- en COPD-patiënten?



Met medewerking van:

**Dr. Jiska Snoeck-Stroband,**

huisarts en voorzitter van de COPD & Astma Huisartsen Adviesgroep  
(CAHAG), bestuur Long Alliantie Nederland (LAN)



Dr. Marijke van Oosten

## Samenvatting

*Het aantal astma- en COPD-patiënten neemt toe; de capaciteit in de zorg echter niet. Om goede zorg voor genoemde patiëntengroep te blijven leveren, is een andere inrichting van zorg nodig. Dat kan onder meer door slimmer en efficiënter te verwijzen. Horizontaal verwijzen binnen de eerste lijn maakt daar deel van uit. Andere mogelijkheden voor horizontaal verwijzen zijn (digitaal of fysiek) meekijken van de longarts in de eerste lijn, anderhalve lijns-centra of (meer) inzet van longverpleegkundigen. Noodzakelijke voorwaarden zijn adequate financiële ondersteuning en mogelijkheid tot digitale gegevensuitwisseling tussen de verschillende zorgverleners. Zorgverzekeraars kunnen hier een grote rol spelen. Kandidaten voor horizontaal verwijzen zijn schaars door de capaciteitsproblemen binnen de eerste lijn. Daarvoor zijn meer in chronische longziekten gespecialiseerde huisartsen en praktijkondersteuners nodig.*

## Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel weet u:

- Welke scenario's er zijn om astma- en COPD-patiënten (nog) meer in de eerste lijn op te kunnen vangen;
- Wat er nodig is voor horizontaal verwijzen en horizontale consulten in de eerste lijn;
- De knelpunten die er zijn voor diagnostiek en behandeling van COPD- en astmapatiënten in de eerste lijn.

**De groep astma- en COPD-patiënten groeit gestaag, maar het aantal zorgverleners die dit op kunnen vangen niet. Bezuinigingen in de zorg hebben geleid tot enorme tekorten van personeel en toename van taken. Het niet contracteren van astma ketenzorg in sommige regio's door de zorgverzekeraar maakt goede controle van longzorg praktisch onmogelijk. Om het groeiend aantal patiënten met een chronische longziekte op te kunnen vangen, is een andere inrichting van zorg noodzakelijk. De eerste lijn kan daar een belangrijke rol in spelen. De vraag is alleen: hoe en wat is daarvoor nodig?**

## Complexe problematiek

In de afgelopen decennia is de strikte scheiding tussen eerste- en tweedelijnszorg voor mensen met een chronische longziekte verminderd. Huisartsen en longartsen werken meer samen om patiënten met astma en COPD te begeleiden. Dit heeft geleid tot verschillende initiatieven, waardoor zorg voor astma- en COPD-patiënten die in het verleden enkel in de tweede lijn werd geleverd, deels bij de huisarts terecht is gekomen.

## Verskillende scenario's

Een in opmars zijnde ontwikkeling is de ketenzorg, waarbij praktijkondersteuners bij de huisartsen (POH's) astma- en COPD-patiënten in de eerste lijn begeleiden. Deze constructie biedt longartsen de mogelijkheid om patiënten (eerder) terug te verwijzen naar de eerste lijn zodat de tweede lijn wordt ontlast. Naast ketenzorg zijn er nog andere scenario's te bedenken waarin astma- en COPD-patiënten meer in de eerste lijn worden behandeld. Chronische longziekten zijn aandoeningen die voor een groot deel in de eerste lijn behandeld kunnen worden met behoud van kwaliteit van zorg. Een van die scenario's betreft horizontaal verwijzen, waarbij een huisarts een patiënt verwijst naar een collega-huisarts die gespecialiseerd is in chronische longziekten: de kaderhuisarts astma-COPD. De expert ziet de

patiënt eenmalig en geeft advies aan de verwijzend huisarts, zodat deze de patiënt verder kan begeleiden en/of behandelen. Een alternatief hiervoor vormt het horizontale consult, waarbij de patiënt niet wordt verwezen, maar een huisarts bij een kaderhuisarts terecht kan voor advies. In beide gevallen wordt directe verwijzing naar het ziekenhuis voorkomen. Alleen als het echt nodig is, gaat een patiënt naar de tweede lijn.

## Meerwaarde

Behandelen en begeleiden van de patiënt met astma of COPD in de eerste lijn heeft absoluut een meerwaarde. De huisarts ziet de patiënt regelmatig en kent de patiënt beter dan de specialist. Dat maakt het bij een chronische aandoening makkelijker om een vinger aan de pols te houden. Voor de patiënt zijn er ook voordelen. Deze hoeft minder vaak naar het ziekenhuis en neemt waarschijnlijk eerder contact op met de huisartsenpraktijk dan met het ziekenhuis als hij of zij een (zorg)vraag heeft. Het systeem van horizontaal verwijzen en horizontale consulten heeft nog een groot voordeel. Als dit goed is ingericht in een

“  
Het is absoluut  
noodzakelijk om  
de zorg anders  
te gaan inrichten.





regio en huisartsen met minder kennis van chronische longziekten bij een kaderarts terecht kunnen voor advies, raakt dit ook bekend bij een longarts in de betreffende regio. De longarts weet dan dat een patiënt die wordt terugverwezen naar de eerste lijn op goede controle en begeleiding kan rekenen, ook als de huisarts minder onderlegd is in astma en COPD. Omgekeerd is het ook wenselijk dat binnen een afdeling longziekten minimaal 1 in astma gespecialiseerde longarts als vast aanspreekpunt voor de 1e lijn bereikbaar is (zie ook: NHG standaard Astma, 2020).

### Expertise

Voor het horizontaal verwijzen of horizontale consulten is wel een groep huisartsexperts nodig met voldoende kennis van chronische longziekten om collega's van goed advies te kunnen voorzien en huisartsen op te kunnen leiden tot kaderhuisarts. Voor astma en COPD is dat de COPD en Astma Huisartsen Adviesgroep (CAHAG).[1] De CAHAG biedt huisartsen een tweejarige opleiding tot kaderarts COPD en astma aan. Is iemand eenmaal expert, dan kan diegene de verkregen expertise inzetten in dienst van de zorggroep in de regio voor bijvoorbeeld een dagdeel per week. In overleg met de zorggroep en longartsen in de regio kijkt de kaderhuisarts welke taken hij of zij op zich neemt. Bijvoorbeeld scholing verzorgen voor collega-huisartsen, vraagbaak zijn voor collega's, contact onderhouden met longartsen of patiëntconsulten. Voorwaarde is wel dat de zorggroep de inzet van een kaderhuisarts organiseert met de zorgverzekeraar.

Deze structuur zorgt ervoor dat er voldoende kennis in de eerste lijn is, zonder dat iedere huisarts zich te veel hoeft te verdiepen in longziekten. Huisartsen zijn ten slotte generalisten en het is niet reëel om te verwachten dat iedere huisarts de medisch specialist in kennis en expertise gaat evenaren.

### Capaciteit

Op papier is horizontaal verwijzen of advies geven weliswaar een mogelijkheid, maar in de praktijk gebeurt dat slechts mondjesmaat. Uitbreiden en opschalen van bestaande structuren lijkt logisch. Er is echter een grote kink in de kabel: het aantal kaderhuisartsen astma-COPD is beperkt. Daarnaast zijn er erg weinig huisartsen in opleiding tot kaderhuisarts astma-COPD. De CAHAG heeft 98 leden, waarvan er 61 kaderarts zijn en 10 in opleiding zijn. De huidige kaderartsen hebben over het algemeen te weinig tijd voor horizontale consulten naast hun praktijk en andere regionale taken, laat staan voor een spreekuur voor astma- en COPD-patiënten van andere huisartsen uit de regio. Er zijn ongetwijfeld meer huisartsen die affiniteit hebben met astma en COPD en daar meer uren aan willen besteden. Dat huisartsen zeer krap in hun tijd zitten, is onder meer het gevolg van bijkomende zorgvragen en van zorg die teruggelegd wordt vanuit de tweede lijn. Niet alleen longartsen zoeken naar substitutie van zorg, ook vanuit andere disciplines doen specialisten een beroep op huisartsen. Bij het rekruteren en opleiden van nieuwe experts dient daarnaast aandacht te zijn voor goede balans van werk en privé en financiële prikkels.

Met meer dan een miljoen longpatiënten in Nederland is het absoluut noodzakelijk de zorg anders te gaan inrichten. Het enthousiasme en de motivatie van de huidige kaderartsen kan hieraan bijdragen. Zorgverzekeraars zijn een belangrijke facilitator in het mogelijk maken van opleiden en aanstellen van nieuwe kaderartsen bij zorggroepen om zo horizontaal verwijzen en anderhalve lijns-centra op te kunnen zetten en uit te voeren.

## Alternatieven

Naast horizontaal verwijzen of horizontaal advies zijn er nog andere mogelijkheden om patiënten met chronische longziekten in de eerste lijn te houden of eerder terug te verwijzen. Een daarvan is het meekijken van de longarts in de eerste lijn, bijvoorbeeld bij de diagnostiek. Op het gebied van radiologie, keel-neus-oorheelkunde, dermatologie en gynaecologie is dat in sommige huisartsenpraktijken al gangbaar. De betreffende specialist kijkt eens in de zoveel tijd een paar uur mee in de huisartsenpraktijk en doet samen met de huisarts de diagnostiek. De patiënt kan daardoor in de eerste lijn blijven. Voor een dermatologische afwijking, waarbij vooral gekeken wordt naar plekken op de huid, is dat makkelijker te realiseren dan bij een aandoening als astma of COPD, waarbij verschillende onderzoeken nodig zijn om de diagnose te kunnen stellen. Toch is het een reële optie voor in de toekomst. Uiteraard vergt het tijd van longartsen om regelmatig naar een praktijk te gaan waar patiënten uit de regio samenkomen. Tegelijkertijd vermindert deze optie het aantal te verwijzen patiënten. Het is de moeite waard om te onderzoeken of het een opweegt tegen het ander. In plaats van een ervaren longarts kan ook een longarts die net de opleiding heeft afgerond of een verpleegkundig specialist longziekten de honneurs waarnemen.

Meekijken vanuit de tweede lijn kan ook via teleconsultatie. De huisarts laat dan op afstand de longarts meekijken naar de gegevens van een patiënt om tot een (aanpassing van een) behandelplan te komen.

Door uitbreiding van ketenzorg kan meer longzorg terug naar de eerste lijn. Daarvoor zijn echter wel meer POH's of consulenten nodig, meestal zijn dit verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten. In dit scenario komt hetzelfde euvel bovendien als bij horizontaal verwijzen: er is een tekort aan personeel. ●

## Conclusie

Nederland telt ruim één miljoen astma- en COPD-patiënten. [2] Dat aantal groeit nog steeds, terwijl de capaciteit van zorgverleners stagneert. Het lijkt dan een logische stap om patiënten met chronische longziekten meer in de eerste lijn te behandelen en te begeleiden. In theorie is dat voor genoemde aandoeningen waarschijnlijk goed te organiseren zonder verlies van kwaliteit van zorg. In de eerste lijn loopt men echter tegen hetzelfde probleem aan als in de tweede lijn: een tekort aan capaciteit. De inzet van verpleegkundig specialisten en praktijkondersteuners kan een deel van de zorg opvangen, maar ook daar is een capaciteitsprobleem.

Om het grote aantal astma- en COPD-patiënten goed te kunnen bedienen, zullen huisartsen en longartsen samen naar een oplossing moeten zoeken in samenwerking met longverpleegkundigen en praktijkondersteuners. Dat vergt van deze beroepsgroepen en partijen als de zorgverzekeraar een flinke tijdsinvestering. Andere invulling van zorg met financiële ondersteuning kan hier een grote rol in spelen. Horizontale verwijzing naar experts in de eerste lijn kan onnodige verwijzingen voorkomen.[3] Anderhalve lijns-centra, koppelingen van digitale EPD's en PGO's, het opleiden van praktijkondersteuners bieden veel mogelijkheden. Er is veel meer financiële ondersteuning nodig om de (digitale) praktijkvoering uit te kunnen voeren. Dit geldt voor het beter aan laten sluiten van digitale dossiers, opstarten van innovatieve projecten en het aanstellen van personeel. Dat neemt niet weg dat ook op kleine schaal gekeken kan worden hoe de zorg slimmer en efficiënter ingericht kan worden, bijvoorbeeld door de inzet van e-health. De patiënt kan meer de regie over zijn of haar aandoening nemen met behulp van thuismeetapparatuur en door toegang te krijgen tot het eigen dossier via een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) in combinatie met slimme apps. Andere invulling van zorg voor de groeiende groep astma- en COPD-patiënten zoals met horizontaal verwijzen biedt belangrijke kansen voor de toekomst om de zorg beheersbaar en interessant te houden.

## Referenties

1. [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl)
2. [www.longcijfers.nl](http://www.longcijfers.nl)
3. Muris D, Gerritsen A, Romans C, Vellekoop J. Horizontaal verwijzen leidt tot doelmatige zorg. Medisch Contact 06 | 6 febr. 2020