

Grenzen van ziektespecifieke benadering zijn bereikt

Multimorbiditeit anders benaderen

drs. Ruth Pel-Littel,
verplegingswetenschapper bij
Vilans, kenniscentrum voor
langdurende zorg

dr. Hans Vlek,
medisch manager bij Eerste-
lijns Centrum Tiel en program-
mamanager bij Syntein, keten-
zorg Noordelijke Maasvallei

drs. Margje Mahler,
psycholoog bij Vilans

drs. Stannie Driessen,
programmaleider chronisch
zieken bij Vilans

Correspondentieadres:
r.pel@vilans.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De zorg voor mensen met een chronische aandoening is goed geregeld middels diseasemanagement. Voor 15 tot 20 procent van de chronisch zieken, bij wie sprake is van een 'spaghetti' van interfererende ziekten en beperkingen, volstaat deze benadering echter niet.

Van de 16 miljoen Nederlanders zijn er 47 miljoen ernstig ziek'.¹ Deze kop in dagblad De Pers geeft in één zin weer wat multimorbiditeit inhoudt (zie ook *kader*). Het RIVM berekende dat het aantal mensen met een chronische ziekte toeneemt tot maar liefst 4 à 6 miljoen in 2020.² Van hen heeft een derde meerdere chronische aandoeningen. De verwachting is dat 40 procent van de zorgconsumptie in de komende tien jaar voor rekening komt van mensen met multimorbiditeit.³⁻⁶ Voor zorgverleners vormen deze patiënten een ingewikkelde doelgroep. Verschillende disciplines zijn bij deze groep betrokken en het is lastig om een integraal beeld te krijgen van de situatie. Hoewel er grote ziektespecifieke deskundigheid is bij behandelaars, is er nog een grote slag te maken als het gaat om deskundigheid over de interactie tussen meerdere ziekten en de daarbij horende behandelingen.³⁻⁷

Kostbare groep

Maatschappelijk gezien vormen patiënten met multimorbiditeit een 'kostbare' groep. In een tijd van bezuinigingen en toenemende personeelsschaarste in de zorg is bezinning op de wijze waarop de zorg voor deze groep wordt vormgegeven daarom belangrijk. Een betere integratie en organisatie van de zorg bij multimorbiditeit leidt tot minder fragmentatie en minder zorgkosten.⁸⁻¹⁰ Daarnaast is een betere organisatie van de zorg ook van belang voor patiënten zelf. Zij verwachten zorg die naadloos aansluit bij hun behoeften en professionals die aandacht hebben voor preventie van progressie van hun ziektebeeld. De uitdaging is om tijdens de 'ziekte carrière' de vinger aan de pols te houden en te anticiperen op mogelijke veranderingen. Dat biedt kansen om complicaties en escalaties te voorkomen.

Diseasemanagement

In een ziekte carrière zijn verschillende transitieën waar te nemen die om aanpassing van de organisatie van de zorg vragen. Als iemand een chronische ziekte krijgt, past aanvankelijk een ziektespecifieke benadering – diseasemanagement – op basis van een zorgstandaard.¹¹ Alle kennis en inzichten zijn daarin samengevat, gericht op de zorg voor die specifieke ziekte. De zorgstandaard diabetes mellitus is hier een voorbeeld van. Nevenaandoeningen van de ziekte, zoals nierschade door diabetes, passen binnen dit diseasemanagement; er moet aan-

Co of multi

De termen comorbiditeit en multimorbiditeit worden door elkaar gebruikt, hoewel zij verschillend van betekenis zijn.

Comorbiditeit: er zijn meerdere aandoeningen gerelateerd aan een (chronische) ziekte, bijvoorbeeld depressie bij dementie.

Multimorbiditeit: er zijn meerdere aandoeningen/ziekten tegelijk aanwezig, bijvoorbeeld parkinson en incontinentie.

dacht aan worden besteed in diseasemanagementprogramma's.

Combinaties van chronische ziekten komen vaak voor, zoals diabetes en coronaire hartziekten, hartfalen en COPD, COPD en eczeem, diabetes en depressie.² Geïntegreerde zorg en behandeling voor deze veelvoorkomende combinaties kan nog passen binnen de ziektespecifieke benadering. We noemen dit 'diseasemanagement plus'.

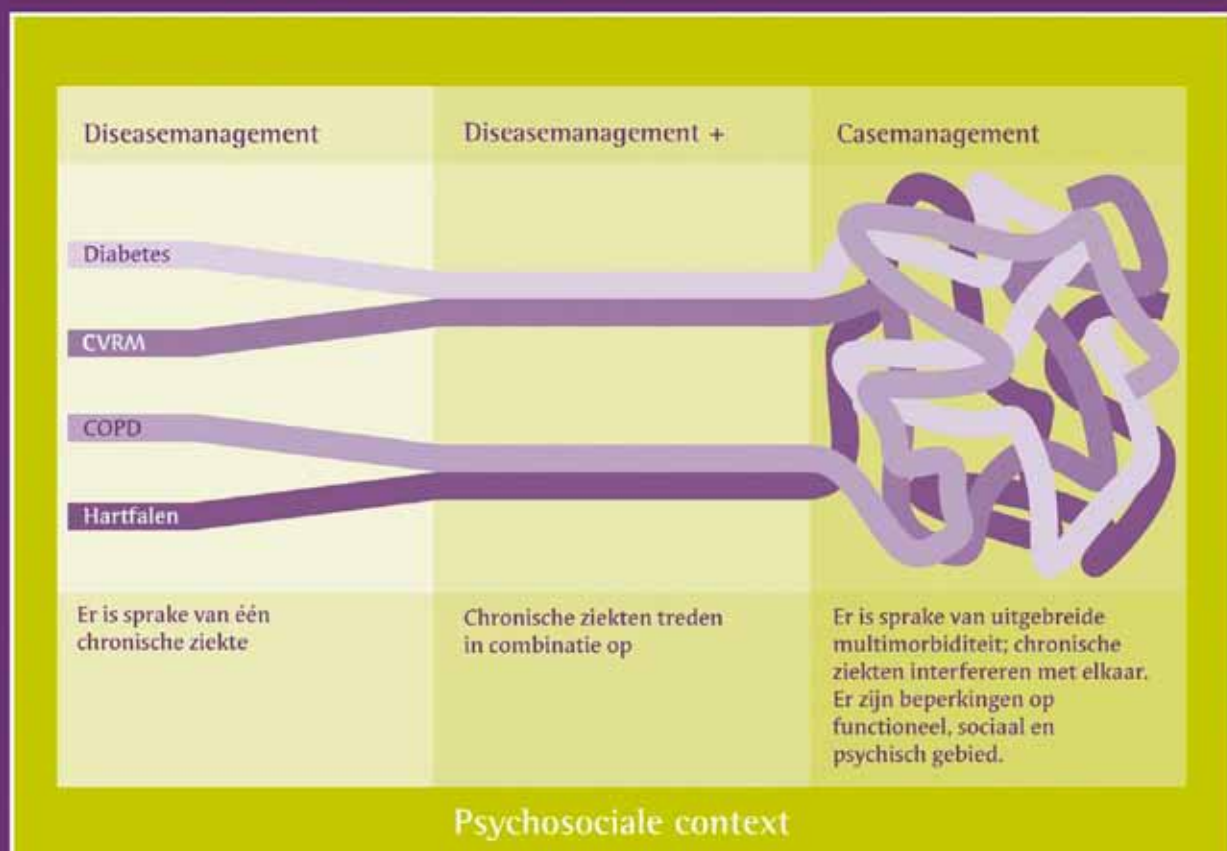
Casemanagement

Er kan zich echter een moment aandienen dat er in het leven van een chronische patiënt zoveel ziekten en/of beperkingen tegelijk optreden, dat de situatie onoverzichtelijk wordt. Op dat moment is een ziektespecifieke benadering niet langer toereikend. Er spelen dan zoveel factoren een rol, dat de zorg en behandeling er voor elk individu anders uit zullen zien. Het is zaak om deze groep patiënten casemanagement

aan te bieden. Hierbij wordt de zorg veel meer geleverd vanuit de vraag van de individuele patiënt. De behandelprioriteiten kunnen dan heel anders zijn dan wanneer ziektespecifieke protocollen worden toegepast. De regie van de patiënt wordt ondersteund of overgenomen.^{7 12} In de *figuur* worden de verschillende stadia zoals hierboven beschreven vereenvoudigd weergegeven: van een enkele chronische ziekte, naar toenemende comorbiditeit en ten slotte de 'spaghetti' van interfererende ziekten en beperkingen op functioneel, sociaal en psychisch gebied.

Er zijn nog geen heldere afkappunten, oftewel momenten waarop moet worden gewicht gegeven aan het ene type naar het andere. Een vitale persoon met diabetes en slechthorendheid kan prima geholpen zijn binnen een diabetesprogramma met een hoortoestel. Als dezelfde patiënt echter een progressief reumatoïde artritis zou hebben, kan een ander zorgmodel nodig zijn. Het

Spaghettimodel multimorbiditeit



Model voor het ontstaan en verloop van multimorbiditeit en bijbehorende zorgmodellen

bron: Vilans 2011; Mahler, M; Pel-Littel, R; Rebel, M.

zorgvuldig monitoren van de ziektecarrière van de patiënt om tijdig over te schakelen van diseasemanagement naar casemanagement is van belang. Hiervoor zijn nog geen eenvoudige instrumenten beschikbaar.

Uitdagingen

De verbetering van zorg bij multimorbiditeit vraagt om een gezamenlijke aanpak en strategische agenda. Daarbij staan we voor zes uitdagingen.

1. Instrumenten en modellen: Om de ziektecarrière van de patiënt te monitoren dient periodiek een eenvoudige screening plaats te vinden. Bij alarmsignalen vindt een uitgebreider assessment plaats. Vanuit de ouderenzorg kennen we instrumenten voor het signaleren

Een goede verbinding tussen de zorg voor mensen met chronische ziekten en de zorg voor kwetsbare ouderen is belangrijk.

beeld: Frank Muller, HH



van kwetsbaarheid die in een *stepped care*-benadering worden gebruikt. Mogelijk zijn deze instrumenten ook bruikbaar bij zich ontwikkelende multimorbiditeit. Een goede verbinding tussen de zorg voor mensen met chronische ziekten en de zorg voor kwetsbare ouderen is belangrijk. De chronisch zieke van nu is immers de kwetsbare oudere van later.

2. Meer aandacht voor multimorbiditeit in zorgprogramma's: Het is zinvol om bij de uitvoering van zorgprogramma's meer aandacht te besteden aan multimorbiditeit, bij voorkeur op vaste momenten in het zorgproces zoals bij inclusie, de jaarcontrole en transitie momenten. Tijdens de gebruikelijke jaarcontrole van een diabetespatiënt kan de zorgverlener bijvoorbeeld nagaan of er sprake is van andere ziekten, psychische klachten of kwetsbaarheid.
3. Nieuwe zorgmodellen: Voortbordurend op het *chronic care model* werd in de VS het *guided care model* ontwikkeld. Dit model organiseert zorg voor oudere chronisch zieken met multimorbiditeit binnen het *chronic care model* waarin zowel inhoudelijke als organisatorische aspecten worden geïntegreerd.¹³ Vilans wil in 2011 onderzoeken of het *guided care model* in de Nederlandse situatie toepasbaar is.
4. Regie en casemanagement, competenties en capaciteit: Overname van de zorgregie is van belang als de patiënt en/of de mantelzorger die zelf niet meer kan voeren. De huisarts lijkt de meest geschikte zorgverlener voor die rol, vanuit zijn generalistische en continue betrokkenheid bij de patiënt. Daarnaast dient de functie casemanager structureel beschikbaar te zijn. Die rol zou kunnen worden vervuld door de praktijkondersteuner, de wijkverpleegkundige of de ouderenverpleegkundige. Het is van belang om voor beide functies – regie en casemanagement – de benodigde competenties te formuleren en op basis daarvan geschikte opleidingsmodules te maken. De benodigde capaciteit om deze functies te vervullen is een belangrijk knelpunt.¹⁴
5. Wetenschappelijk onderzoek: Er is onvoldoende evidence met betrekking tot de zorg voor mensen met multimorbiditeit. Meer wetenschappelijk onderzoek is nodig. Er is behoefte aan instrumentarium met behulp waarvan de ernst van het complexe ziektebeeld kan worden gecategoriseerd en een prioritering naar urgentie kan worden aangebracht. Onderzoek naar de wijze waarop zorg beter kan worden gecoördineerd op basis van integratie van categorale richtlijnen is nodig. Daar waar geïntegreerde zorg bij

SAMENVATTING


- Voor een groeiende groep Nederlanders met chronische ziekten zijn de grenzen van de ziektespecifieke benadering bereikt.
- Doordat er steeds vaker en meer multimorbiditeit voorkomt, worden er aan de organisatie van de zorg andere eisen gesteld.
- Door multimorbiditeit vroegtijdig te signaleren heeft secundaire preventie meer effect. Onderzocht moet worden hoe dit het beste kan plaatsvinden.

Er is onvoldoende evidence over de zorg voor mensen met multimorbiditeit

multimorbiditeit wordt ontwikkeld, dient meteen onderzoek te worden gedaan.

6. Financiering: Als laatste constateren we dat de financiering van de zorg voor mensen met multimorbiditeit problematisch is. De huidige DBC-systematiek (integrale bekostiging) is toereikend voor patiënten die zorg krijgen volgens de zorgstandaard binnen een diseasesmanagementmodel. Diezelfde DBC-systematiek leidt in potentie tot fragmentatie voor de patiënt die meerdere ziekten heeft. Stapeling van zorgprogramma's en DBC's leidt tot dubbele kosten en moet dus voorkomen worden. Categorale keten-DBC's zijn niet het meest geëigende instrument om de zorg voor en samenwerking rond de patiënt met meerdere aandoeningen te financieren. Verkenning van de mogelijkheden om deze zorg beter te financieren is dan ook nodig.

Handschoen oppakken

Volgens schattingen is 15 tot 20 procent van de patiënten met een chronische aandoening wegens multimorbiditeit niet voldoende geholpen met diseasesmanagement. Casemanagement toegepast binnen de context van het *guided care model* lijkt voor hen een beter model. Of dat zo is wil Vilans de komende jaren onderzoeken, in nauwe samenwerking met medestanders in het veld. Met deze agendasetting sluit Vilans aan bij de Visienotitie van VWS over integrale zorg dicht bij huis, bij de behoefte aan een zorgstandaard waarin complexe problematiek integraal wordt benaderd, maar ook bij het besef dat de grenzen van de ziektespecifieke benadering bereikt lijken te zijn. Deze agenda is te complex om die bij één van de marktpartijen onder te brengen. Vilans biedt een platform om de partijen – praktijk, onderzoek, beleid en financiering – bijeen te brengen. Wie pakt de spreekwoordelijke handschoen samen met ons op? 



De voetnoten, meer MC-artikelen en achtergrondinformatie over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op onze website: www.medischcontact.nl.

GCP

Good clinical practice. Het klinkt sexy. Het klinkt professioneel. Het is een must als je wetenschappelijk onderzoek met mensen gaat doen. En dan met name onderzoek met geneesmiddelen. Na de probiotica-trial in Utrecht zijn zo'n beetje alle instanties aan de haal gegaan met de regelgeving omtrent geneeskundig onderzoek. Zoals wel vaker is het eindproduct van al die instanties een lijvige opsomming van 'regeltjes', 'richtsnoeren' en 'guidelines'. Uiteraard om de onderzoeker te steunen, maar ook om de veiligheid en kwaliteit te verhogen.

Een paar weken geleden deed ik de GCP-cursus in mijn ziekenhuis. Ik wil graag een onderzoek starten en ik dacht dat het goed was om me te verdiepen in de procedures die met het starten van een onderzoek met lokale verdoving gepaard gaan. We zaten met zo'n tien man in het zaaltje. Het was een dagvullend programma waarbij alle regels en procedures werden uitgelegd. Een voorbeeld: METC-toetsing, CCMO-plichtig, ICH-GCP, BCB, WMO en ABR, wilsbekwaam of niet, verklaring van Helsinki, het IP, de CA, de sponsor en natuurlijk de minister. Ik gebruik bewust afkortingen. Dan is het voor u net zo duidelijk als voor mij.

Een week later volgde een examen van de leerstof. Ik ben blij dat het erop zit. Intussen zit mijn onderzoek nog steeds in mijn hoofd en staat het niet op papier. Ik zie het maken van het vereiste zestig pagina's tellende onderzoeksprotocol helemaal niet zitten. Ik neig er erg naar om 'gewoon' een statusonderzoek te doen en het hele circus te laten schieten. Of ik onderzoek het effect van al deze regelgeving op de productie van artikelen. Een stuk minder papierwerk.

Bram Akkers,
aios

/veldwerk

Voetnoten:

1. Dagblad De Pers, 23 juli 2007, voorpagina.
2. RIVM, Chronische ziekten en multimorbiditeit, <http://www.naalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/>
3. Heijnders M. Iemand met overzicht die met me meedenkt - patiënten over organisatie van complexe zorg. CliëntenBelang Utrecht, 2008.
4. Bakker DH de, Polder JJ, Sluijs EM et al. Op één lijn. Toekomstverkenningen Eerstelijnszorg 2020. RIVM en Nivel, Bilthoven 2005.
5. KNMG-standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen', <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/knmgpublicaties/KNMGpublicatie/Sterke-medische-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-1.htm>
6. Fried LP et al. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004; 59 (3): 255-63.
7. Heijst S. van. Coördinatie van Complexe Zorg. Haalbaarheidsstudie. Rhijnhuysen - Zorg in Samenhang, 2007.
8. Gezondheidsraad. Multimorbiditeit bij ouderen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/20.
9. Voortgangsbrief 'programmatische aanpak van chronische ziekten'. Kamerstuk, 17-05-2010, Ministerie van VWS.
10. Berg M. Visiedocument: Integrale zorg in de eigen omgeving: de toekomst van de chronische zorg en de huidige eerste lijn, VWS Stuurgroep Chronische Zorg, 2010.
11. ZonMw. Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronisch zieken, Den Haag, februari 2010.
12. ZonMw. Diseasemanagement chronische ziekten. Programmatiekst.
13. Boyd CM, Boulton C et al. Guided care for multimorbid older adults. Gerontologist 2007; 47 (5), 697-704.
14. Vlek H, Bavel H van, Koning G de. Casemanager nodig. Medisch Contact 2010; 65 (31-32): 1551.