

# RECHT OP INTEGRALE ZORG

*Complexe patiënten hebben meer nodig dan een strikt medische diagnose*

Patiënten met meerdere somatische klachten hebben vaak ook psychologische, psychiatrische of sociale problemen. In het bestaande zorgsysteem vallen deze 'complexe patiënten' buiten de boot. Psychiater Frits Huyse bedacht een methode om greep te krijgen op deze groep.

**HENK MAASSEN**

**E**en donderdagochtend in februari. Locatie: een zaaltje op de afdeling Interne Geneeskunde van het UMC Groningen. Verzameld zijn een internist, een aios interne, een coassistent, drie verpleegkundigen én een psychiater. Tijdens de patiëntenbespreking die onderdeel is van de 'grote

visite' worden twee 'moeilijke' patiënten besproken. De eerste, een vrouw van middelbare leeftijd, heeft levercirrose. In het verleden heeft ze gedronken, maar alcohol gebruikt ze naar eigen zeggen nu niet meer. De vraag is of haar uitspraken betrouwbaar zijn. Ze is opgenomen wegens ascites en gewichtsverlies. Diagnostisch wordt de patiënte als 'niet al te moeilijk' omschreven, maar wat haar geval gecompliceerd maakt, is de non-

compliance met de behandeling - ze kan niet stoppen met drinken - naast haar sociale omstandigheden: ze heeft al eens bemoeizorg gehad, verkeert in grote financiële problemen en beschikt niet over een sociaal netwerk van enige betekenis. Vraag: komt de patiënt in aanmerking voor een levertransplantatie? Besloten wordt dat dit in deze crisissituatie niet aan de orde is.

De tweede patiënte is bejaard en dementerend. Bij haar is een rectumcarcinoom geconstateerd. Ze is opgenomen wegens algehele malaise, is achterdochtig en wijst alle hulp af. Is in haar geval een resectie van de tumor te overwegen, wetend dat de vijfjaarsoverleving 30 procent is, de dementie een ernstig risico voor een goede uitkomst van de operatie vormt en dat het dementeringsproces wel eens veel eerder tot overlijden zou kunnen leiden? De risico's wegend besluiten artsen en verpleegkundigen tot een palliatieve behandeling. Het is zaak dit met haar en haar familie goed te bespreken.

Opvallend is dat artsen en verpleegkundigen veel oog hebben voor de persoonlijke en sociale omstandigheden van beide patiënten en die ook betrekken in hun besluitvorming over het voorstel voor de behandeling. Tijdens de bespreking is van elk van beide patiënten op een scherm een schematisch profiel te zien, met veel kleur, vooral veel rood en oranje. Ze hebben ook 'complexiteitscores' gekregen: respectievelijk 34 en 36. Qua ingewikkeldheid ontlopen >>

*Aan de hand van een schematisch profiel (op het scherm) worden complexe patiënten besproken.*



BEELD: DE BEELDREDACTIE RIEN LINTHOUT



Dr. Frits Huyse: 'Met de gebruikelijke ziekte-georiënteerde modellen kun je dit type patiënten niet goed helpen.'

<< ze elkaar dus kennelijk niet zoveel. Maar wat betekent dit allemaal?

#### VOORSPELLINGSKRACHT

Al ruim drie jaar werken ze in Groningen op de afdeling Algemene Interne Geneeskunde met een risicoscoresysteem dat dit soort overzichten en scores genereert. De Intermed-methode heet het, en dr. Frits Huyse, psychiater-consulent geïntegreerde zorg, is de bedenker. Hij kreeg er vorig jaar de Thomas Hackett Award voor, de hoogste onderscheiding van de Amerikaanse Academy of Psychosomatic Medicine. De methode werd met een internationale groep in de afgelopen tien jaar verder ontwikkeld. Huyse verklaart de noodzaak: 'Ongeveer 25 procent van de patiënten die hier op de afdeling worden opgenomen, heeft psychiatrische comorbiditeit. Bij chronische nierziekten is ongeveer een kwart van de patiënten depressief, bij hart- en vaatziekten en diabetes is dat 10 à 15 procent. In het algemeen geldt dat het zelden voorkomt dat een patiënt met meerdere somatische problemen niet ook psychologische, psychiatrische of sociale problemen heeft, die de uitkomst van de lichamelijke behandeling negatief kunnen beïnvloeden.'

Deze 'complexe patiënten', waarvan de vrouw met levercirrose en de vrouw met dementie voorbeelden zijn, stellen het bestaande zorgsysteem voor problemen. Huyse: 'Met de gebruikelijke ziektegeoriënteerde modellen kun je dit type patiënten niet goed helpen, je moet een biopsychosociaal model hanteren.'

Een oud idee, dat weet ik. Al in 1955 introduceerde de psychiater Querido de integrale geneeskunde. Hij ontdekte dat een zogenaamde integrale diagnose, een diagnose die ook rekening houdt met psychologische en sociale gegevens, veel meer voorspellingskracht heeft voor de uitkomst van de behandeling van patiënten dan een strikt medische diagnose.'

#### ZORGRISICO'S

De biopsychosociale benaderingswijze is de afgelopen decennia weliswaar steeds weer toegejuicht, maar daarna was het meestal business as usual. Huyse en collega's hebben het idee met behulp van de zogenaamde Intermed-methode echter concreet en meetbaar gemaakt. De door hen ontwikkelde methodiek (zie *kader 'Meetmethode'*) maakt een zeer gerichte intake van de patiënt mogelijk. Die wordt systematisch beoordeeld op vier domeinen: biologisch, psychologisch, sociaal en contacten met de gezondheidszorg. Elk van die domeinen levert zorgrisico's op die worden aangegeven met groene, gele, oranje of rode kleuren al naar gelang iets goed, matig of juist slecht gaat. Zo is in één oogopslag duidelijk welke risico's patiënten lopen.

Komen patiënten daarbij uit de bus als 'niet-complex', dan kunnen ze rekenen op standaard evidence-based zorg, zegt Huyse. 'De grens ligt rond de 20. Als mensen hoger scoren, hebben ze zoveel onregeligheden dat je tot multidisciplinaire zorg moet komen. Door het in kaart brengen van de complexiteit krijg je meer grip op deze groep, kan de complexiteit op den duur weer afnemen en kun je behandelplannen maken. Dankzij de analyse hebben we bovendien niet eerst een specifieke zorgvraag nodig.'

#### ANTICIPEREN

Prof. dr. Rijk Gans, hoogleraar algemene interne geneeskunde in het UMC Groningen, kwalificeert de Intermed-methode als 'een methode die je dwingt systematisch te kijken naar de psychologische, sociale en zorgcontext. Als iemand bijvoorbeeld negatieve ervaringen met dokters heeft, zet je dat als behandelaar al meteen op achterstand als je dat niet weet. Weet je dat van tevoren en maak je het bespreekbaar, dan heb je al een probleem opgelost dat je later op enig moment als dokter op het verkeerde been had gezet.'

Met de Intermed-methode valt kortom veel onheil te voorkomen, of

kunnen dokters en verpleging zich daar tenminste op voorbereiden. 'Als een patiënt eerder is behandeld voor een depressie en je neemt hem nu op voor een rectumcarcinoom, dan loopt hij/zij een groot risico opnieuw depressief te worden', licht Gans toe. 'Gebruikelijk is dat we dat niet weten en het de patiënt en ons overkomt. De Intermed-methode maakt het mogelijk daarop te anticiperen.' Hoofdverpleegkundige Mariëtte Nijholt van de afdeling Interne Geneeskunde beaamt dat: 'Bij ons schiet niemand nog onverwacht in een delier. Dat zien we aankomen. De verpleging herkent de risico's onmiddellijk bij opname en we voeren met de dienstdoende aios een preventief beleid uit.'

Haar collega Jolanda Nijkamp wijst erop dat Intermed staat voor een visie op de patiënt die verpleegkundigen 'met de paplepel is ingegoten'. 'Een belangrijke meerwaarde is dat deze kijk op de patiënt nu onderwerp van gesprek is tussen verpleegkundige en dokter, en wordt meegenomen in de overwegingen bij de keuze van de diagnostiek en behandeling.'

'Dokters', vult Gans aan, 'keken zelden naar wat verpleegkundigen opschre-

### MEETMETHODE

De Intermed-methode brengt de zorgrisico's van een patiënt op vier domeinen in kaart: biologisch, psychologisch, sociaal en contacten met de gezondheidszorg. Deze domeinen worden gescoord op een tijdsas: voorgeschiedenis en huidige toestand, waardoor er acht cellen ontstaan. Binnen deze cellen worden telkens twee gezondheidszorgrisico's gescoord op een schaal van 0 tot 3, resulterend in zestien scores. Zo ontstaat een checklist met risico's in kleur: groen (geen risico), geel (er is wat aan de hand, in de gaten houden), oranje (er is wat aan de hand, behandel), rood (er is veel aan de hand dat acuut of intensief ingrijpen nodig maakt). Bovendien wordt voor elk domein de prognose gemaakt, waardoor het totaal op twintig variabelen komt met een totaalscore die kan variëren van 0 tot 60. Een score van boven de 30 geldt als hoog.

ven, los van feitelijke gegevens als: hebben ze gepoept, wat is de bloeddruk en wat is de temperatuur. We leren nu dat er in de verpleegkundige anamnese heel veel gegevens zitten die van belang zijn om de context van het huidige probleem van de patiënt te begrijpen. Doordat de Intermed-methode die gegevens niet

niet alleen in, dat er een DBC Complexe zorg moet komen. Veel van dit soort patiënten hebben geïndividualiseerde zorg nodig, geen standaardzorg. Als je diabetespatiënten met veel comorbiditeit zomaar in een diseasemanagementprogramma stopt, doe je niets met de andere ontregelingen waarmee ze te maken heb-

Volgens Huyse is de ziekenhuispsychiatrie als enig specialisme altijd blijven uitgaan van het integrale model, waarin de psychiatrische stoornis een rol speelt, maar ook de andere aandoeningen van een patiënt en diens psychosociale context. Ontkenning van enige verantwoordelijkheid voor deze problematiek door de geestelijke gezondheidszorg en inadequate financiering hebben de ontwikkeling van de psychiatrie in de algemene gezondheidszorg sterk beperkt.

Hij voorziet de komst van steeds meer Psych-Med Units (PMU's), klinische afdelingen waar specialisten uit diverse disciplines gezamenlijk complexe patiënten beoordelen en behandelplannen opstellen. Hij zou ze overigens liever Units voor Geïntegreerde Zorg willen noemen en ze vooral ook een poliklinische functie willen geven.

## Het Nederlandse zorgsysteem is onvoldoende toegerust voor complexe patiënten

alleen vastlegt, maar ook dwingt de zwaarte ervan te wegen, worden zulke gegevens nu systematisch bij de klinische overwegingen betrokken.

### DBC COMPLEXE ZORG

Volgens Huyse is het Nederlandse zorgsysteem nog onvoldoende toegerust om complexe patiënten de zorg te bieden die ze nodig hebben. Door de komst van steeds meer ouderen met complexe problematiek en door de DBC-ontwikkeling wordt het probleem nu toenemend manifest. 'Ik vind daarom, en daar sta ik

ben. Ook in grote delen van mijn vak, de psychiatrie, heeft men de integrale zorg voor mensen geleidelijk aan losgelaten. Met de introductie van de DSM-systeematiek werd ervoor gekozen om specialist onder de andere medisch specialisten te zijn. Van een vakgebied dat zich bezighield met mensen en hun zorgbehoeften, is de psychiatrie ziekten gaan behandelen en ontstonden er specialisten in stemmingsstoornissen, angst, dissociatie, schizofrenie, noem maar op. De lichamelijke aspecten worden verwaarloosd; lees de rapporten van de inspectie.'

### PASTORAAL WERKER

Maar zover is het nog niet. Want de Intermed-methode mag dan soms een eyeopener voor collega's blijken, er bestaat toch ook heel veel weerstand tegen, zegt internist Gans. 'In de ogen van sommige collega's, ook van aios die hiermee niet zijn opgevoed, maakt >>

## SCHEMATISCH PROFIEL VAN EEN OUDERE PATIËNT MET DIARREE

score: 40	VOORGESCHIEDENIS		HUIDIGE TOESTAND		PROGNOSE	
BIOLOGISCH	chroniciteit		ernst van de verschijnselen		complicaties en levensbedreiging	
	diagnostisch dilemma		diagnostische uitdaging			
PSYCHOLOGISCH	beperking in coping		weerstand tegen behandeling		bedreiging van geestelijke gezondheid	
	psychiatrisch disfunctioneren		psychiatrische verschijnselen			
SOCIAAL	beperking van integratie		instabiliteit van de woonsituatie		sociale kwetsbaarheid	
	sociaal disfunctioneren		beperking van netwerk			
GEZONDHEIDSZORG	intensiteit van behandelingen		organisatie van zorg		coördinatie	
	ervaringen met behandelingen		juistheid van verwijzingen			

geen risico / geen actie

matig risico / behandelen

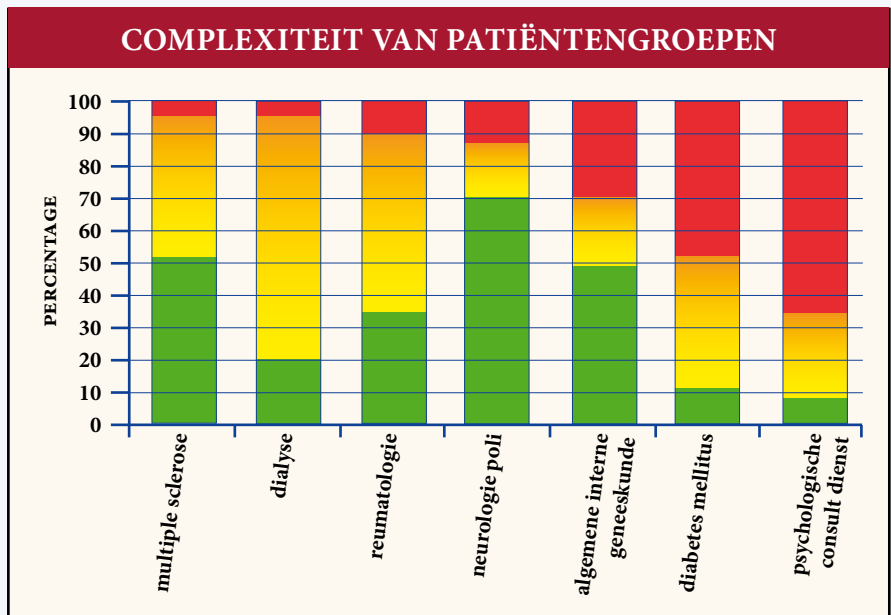
laag risico / monitoren

ernstig risico / directe of intensieve actie

## VARIATIE

In de staafdiagrammen zijn de niet-complexe patiënten (score rond 11) groen, de grensgevallen ofwel borderline (score 20) geel-oranje en de complexe patiënten (score 30) rood. De samenstelling van de verschillende groepen patiënten varieert sterk en daarmee ook de behoefte aan geïntegreerde multidisciplinaire zorg.

In alle onderzochte populaties hadden de complexe patiënten negatievere uitkomsten van zorg dan de niet-complexe patiënten.



<< het een soort pastoraal werker van de dokter. En wat ik ook wel hoor is: "Dit is niet het werk van een specialist, maar van een huisarts." Mijn weerwoord is: je kunt bij een patiënt niet goed een diagnostisch en therapeutisch plan opstellen zonder de psychosociale en zorgcontext van de patiënt te kennen."

In Groningen heeft de methode inmiddels een plaats gekregen in de opleiding interne geneeskunde en in de opleiding tot basisarts. En met de afdeling Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft Huyse het initiatief genomen om te komen tot een richt-

reden waarom men goed wil weten wie deze patiënten precies zijn, opdat ze passende zorg krijgen. Dat de ziekenhuispsychiaters daarin ook een rol spelen, is vervolgens nog wel punt van onderhandeling met de zorgverzekeraars."

### HERORIËNTATIE

Het verrast niet dat Huyse en Gans heroriëntatie van de gezondheidszorg voor complexe patiënten bepleiten. Uiteraard voor ouderen met multimorbiditeit, maar niet alleen voor hen. Gans: 'Ik zeg altijd: veroudering begint al in utero. Ik bedoel daarmee dat deze biopsychosociale wijze van denken in essentie niet

gangbare richtlijnen zijn gebaseerd. Voor hen geldt de bestaande evidence slechts voor zover de context dat toestaat.'

Zo'n heroriëntatie gaat niet zonder slag of stoot. Gans: 'Laat ik voorstellen: een internist moet zijn vak beheersen en daarom heel veel weten. Maar dat alleen maakt je nog niet tot een goede dokter. Dat wordt mede bepaald door de mate waarin je in staat bent aandacht te besteden aan die context.'

Maar het zal nooit zo zijn dat je alle dokters bereid vindt hierin volledig mee te gaan - dat weten Gans en Huyse ook wel. Huyse: 'Wij vinden dat elke arts complexe patiënten tijdig moet herkennen. Afhankelijk van zijn affiniteit en vaardigheden kan hij besluiten de problemen op gebieden die buiten zijn directe expertise vallen zelf te behandelen, of hij zorgt ervoor dat deze zorgbehoeften door een ander met wie hij afstemt, worden medebehandeld. Vergelijkbaar met de euthanasiepraktijk: als arts kun je bezwaren hebben, maar je kunt je niet aan je verantwoordelijkheden ten opzichte van patiënten onttrekken. Complexe patiënten hebben recht op geïntegreerde zorg.' ■

## 'Veroudering begint al in utero'

lijn Geïntegreerde zorg. Op te stellen in samenwerking met huisartsen, internisten, neurologen, verpleegkundigen en psychologen. 'Die richtlijn moet het organisatorisch kader scheppen voor het omgaan met moeilijke patiënten.'

Huyse constateert dat de weerstand geleidelijk afbrokkelt en de belangstelling voor zijn benadering toeneemt. Zo was hij kortgeleden in het Delftse Reinier de Graaf Gasthuis om de afdeling Oncologie te trainen in het werken met de Intermed-methode. 'Als indicatie voor complexiteit hanteerde men daar of patiënten al dan niet cytostaticatherapie krijgen. Dat is een zware behandeling,

anders is bij een negentigjarige, een zestigjarige of een twintigjarige.'

Bijgevolg moet dat wel leiden tot een forse relativering van het 'richtlijndenken' in de geneeskunde. Gans beaamt dat. 'Eind jaren tachtig', zegt hij, 'hebben we de evidence-based medicine omarmd. Geen misverstand: ook ik ben een groot adept. Terwijl de maatschappij, overheid en verzekeraars ondertussen ook vertrouwd zijn geraakt met evidence-based medicine en ons daarop willen afrekenen, zijn wij alweer een stap verder en onderkennen we de beperkingen ervan. Complexe patiënten hebben immers nooit in de studies gezeten waarop de

### Literatuur

- Huyse FJ, Stiefel FC. Integrated care for the complex medically ill. *Medical Clinics of North America* (vol. 90, nr. 4), juli 2006.
- Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie in de huisartspraktijk. In: Ree JW van, Vries MW de. *Psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
- Slaets JPJ, Huyse FJ, Gans. Onfortuinlijke gezondheidszorg. Zorg voor complexe patiënten kan efficiënter. *Medisch Contact* 2003; 58 (40): 1519-22.