

KLAAR VOOR NIEUWE AANPAK

Met proefprojecten de weerstand tegen disease management overwinnen

Om ook in de toekomst nog hoogwaardige zorg aan chronisch zieken te kunnen leveren, kan systematische aanpak volgens de principes van disease management een oplossing zijn. Deze leidt tot een zorgverlening die patiënten in staat stelt op een verantwoorde wijze zelf verantwoordelijkheid te dragen voor hun ziekte en behandeling.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

HENK SMID
COR SPREEUWENBERG

De komende decennia worden gekenmerkt door een stijging van het aantal chronisch zieken.¹ De opgave die dit meebrengt voor de gezondheidszorg, maakt dat het zaak is aandacht te geven aan nieuwe ideeën voor de zorg. Disease management staat in dit verband in toenemende mate in de belangstelling.

Disease management onderscheidt zich van de individuele gezondheidszorg door de programmatische en systematische aanpak.² Kenmerken van het disease management zijn: de indentificatie van een welomschreven doelgroep; het hanteren van evidence-based richtlijnen; het bevorderen van de samenwerking tussen de betrokken hulpverleners; educatie en zelfmanagement van patiënten; management van proces, resultaten en evaluatie; routinematige rapportage en feedback; zorgcontinuüm en geïntegreerde benadering. Gezien deze kenmerken gaat disease management verder dan eerder gehanteerde begrippen als 'transmurale zorg' en 'ketenzorg', hoewel er wel elementen van deze zorgvormen in zitten. Vooral bij de vorming van ideeën over de toekomstige zorg aan mensen met hoogprevalente chronische ziekten verdient disease management aandacht. Aanvankelijk is dit dan ook toegepast >>

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

<< bij de aanpak van diabetes, astma, COPD, hartfalen en chronische rug- en gewrichtsaandoeningen. Thans vindt ook uitbreiding plaats naar de geestelijke gezondheidszorg, zoals bij de aanpak van depressie.

Naar het proces, de doelmatigheid en de gezondheidseffecten van disease management zijn tal van studies gedaan. Deze zijn wisselend van kwaliteit en lang niet altijd onderling vergelijkbaar vanwege de verschillen in opzet en de brede spreiding van de onderzochte aandoeningen.³⁻⁹ Desondanks zijn er sterke aanwijzingen dat disease management in de context van complexe chronische zorg leidt tot klinische verbetering (depressie en diabetes), verbetering van de kwaliteit van leven (astma en hartfalen), vermindering van risicofactoren (diabetes en hartfalen), taakherschikking tussen medici enerzijds en paramedici en verpleegkundigen anderzijds, grotere tevredenheid van patiënten en ten slotte tot hogere kosteneffectiviteit.

Veel dient nog te worden onderzocht, ook in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit neemt niet weg dat met disease management in ons land een start kan worden gemaakt. Voor diabetes is dat al het geval.¹⁰ Gezien de noodzaak om te innoveren, is het sterk aan te bevelen om naast proefprojecten voor diabetes gedegen studies op te zetten voor de aanpak van andere chronische aandoeningen. Op grond van de reeds opgedane ervaring kan in eerste instantie worden gedacht aan CVA (voortbordurend op de succesvolle CVA-ketenzorgprojecten), COPD, astma, depressie, schizofrenie en reumatoïde artritis.

GEEN GEMEENGOED

Het hanteren van de zeven kenmerken van disease management, impliceert de keuze voor een patiëntgerichte benadering op basis van epidemiologische uitgangspunten. Voor hulpverleners

die zich bezighouden met individuele gezondheidszorg is dit nog geen gemeengoed. Het vereist een bredere kijk op (oorzaken van) gezondheid en ziekte. Er moet rekening mee worden gehouden dat sommige hulpverleners zo'n bredere benadering als een extra belasting ervaren. Van een systematische terugkoppeling van het handelen gaat weliswaar een stimulerende werking uit, maar sommigen zullen daar in het begin tegenop zien.

De samenwerking tussen hulpverleners krijgt met disease management een nieuwe impuls. Goede afspraken over werken met richtlijnen leiden tot taakherschikking, van medisch specialist naar huisarts en van huisarts naar gespecialiseerde verpleegkundige. Uit onderzoek blijkt dat de nadelen van verschuiving van patiëntenstromen en van een minder centrale positie van medici worden gecompenseerd door het feit dat zorg wordt verleend op het passende competentieniveau.

De consequentie van deze ontwikkeling is dat de taakherschikking voor de paramedici en gespecialiseerde ver-

pleegkundigen gepaard moet gaan met het toedelen van extra bevoegdheden, zoals zelfstandig voorschrijven van een beperkt pakket van medicijnen en mogen doorverwijzen naar een andere hulpverlener. De uitspraak van minister Hoogervorst in het standpunt op het rapport over de diabeteszorg dat onderzocht moet worden of de Wet BIG moet worden aangepast is in dit verband bemoedigend.¹¹

Voor de hechtere samenwerking tussen professionals én voor de systematische werkwijze is extra coördinatie

nodig. Onvermijdelijk is dat er minder solistisch kan worden gehandeld en dat de zorg beter wordt geregisseerd. De functie van ketenzorgcoördinatie is onlangs in dit blad besproken.¹² Een professional die erop toeziet dat werkafspraken worden nagekomen, vervult die functie. In deze constructie houden hulpverleners allen hun eigen professionele verantwoordelijkheid.

PREVENTIE

Disease management is niet alleen gericht op de curatieve aspecten van de zorg voor chronisch zieken, maar ook op preventie. Daarvoor is de tijd ook rijp. Er is immers voldoende bewijs dat preventie bij een aantal chronische aandoeningen bijdraagt aan het bereiken van gezondheidswinst. Gedacht kan worden aan leefstijladvies bij diabetes en hartfalen, maatschappelijke activering bij psychische aandoeningen, bewegingstraining bij aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat, en begeleiding van stoppen met roken bij diabetes, hartziekten en COPD.

Deze vormen van preventie zijn ziektegerelateerd. Daarom zouden ze door de ziektekostenverzekering moeten worden vergoed.

ZELFMANAGEMENT

In zijn Chronic Care Model brengt Wagner de aanpak van chronische aandoeningen terug tot de essentie van het ontstaan van de productieve interactie tussen het bekwame, proactieve behandelteam enerzijds en de goed geïnformeerde en geactiveerde patiënt

Chronisch zieken zijn vaak experts op het gebied van hun aandoening

anderzijds.¹³ Vanuit het gedachtegoed van burgerschap is het de taak van de gezondheidszorg ervoor te zorgen dat patiënten goed worden geïnformeerd en bij hun ziekte en behandeling worden betrokken. Chronisch zieken zijn vaak experts op het gebied van hun aandoening en beschikken over medische ervaring en informatie.

Op grond hiervan zijn zij goed in staat tot zelfmanagement. Zelfmanagement is van waarde wanneer de behandeling van de aandoening leefstijladviezen behelst. Maar ook in de behandeling

kan zelfmanagement een belangrijke rol spelen. Gedacht kan worden aan de zelfcontrole op HbA_{1c} bij diabetes of zelftests voor luchtwegfunctie bij patiënten met chronische luchtwegproblematiek.

Zelfmanagement is vervolgens een opstapje naar een nog verdergaand model waarin de patiënt zelf zijn zorg initieert: *patient initiated care*. Dit kan het systeem van vaste periodieke controles vervangen door zorgverlening als de patiënt ergens zelf niet uitkomt of problemen ervaart. Technologische ondersteuning treedt dan op de voorgrond. Dit kan ertoe bijdragen dat de zorg doelmatiger en meer patiëntgericht wordt.

GEEN STRUIKELBLOK

Disease management leidt tot kosten die niet direct patiëntgebonden zijn, zoals coördinatie, monitoring en evaluatie. Deze activiteiten zijn echter onmisbaar en - zoals uit veel studies blijkt - dragen juist bij aan de doelmatigheid van disease management. Daarom mogen ze geen struikelblok zijn bij het invoeren ervan.

Een ander punt zijn de financieringsbronnen. Chronisch zieken maken gebruik van een gevarieerd aanbod aan zorg. Vanaf 1 januari is dit afkomstig van de basiszorgverzekering, de aanvullende verzekering, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) en in een later stadium de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Redenerend vanuit het beginsel dat de financiering de inhoud van de zorgprogramma's moet volgen, mag de verscheidenheid aan financieringsbronnen de uitvoering van disease management niet in de weg staan.

Tevens moet worden voorkomen dat patiënten die gebruikmaken van disease management, worden geconfronteerd met een overdaad aan regels voor het aanvragen van zorg. Het ligt voor de hand om te kiezen voor een 'zwaan kleef aan'-regeling. Als een van de financiers met een zorgprogramma's akkoord is, zou voor aanvragen in andere compartimenten dit eerder genomen besluit moeten worden gevolgd. Dit veronderstelt op regionaal niveau overeenstemming vooraf over de inhoud van de zorgprogramma's.

ONORTHODOX

Toekomstverwachtingen over de vraag naar zorg, maken onorthodoxe maatregelen noodzakelijk. Disease management voor chronisch zieken is zo'n

SAMENVATTING

- Om de komende decennia aan chronisch zieken kwalitatief hoogwaardige zorg te blijven leveren, zijn onorthodoxe oplossingen onontbeerlijk.
- De introductie van de programmatistische en systematische aanpak volgens de principes van *diseasemanagement* is daar één van.
- *Diseasemanagement* leidt tot substitutie, maar ook tot een zorgverlening die patiënten beter in staat stelt op een verantwoorde wijze zelf verantwoordelijkheid te dragen voor hun ziekte en behandeling.
- Zorgverleners hebben een belangrijke taak bij het informeren, activeren en ondersteunen van de patiënt.
- Invoering van *diseasemanagement* kan met weerstanden gepaard gaan; grootschalige proefprojecten kunnen dan een hulpmiddel zijn.
- De minister moet de proefprojecten opzetten op meer gebieden dan alleen bij diabetes.

De literatuurlijst bij dit artikel en het verslag van een rondetafelgesprek over *diseasemanagement* kunt u vinden via www.medischcontact.nl/dezeweek.



maatregel. Hoewel er nog veel moet worden onderzocht, is er aanleiding genoeg om nu op grote schaal met proefprojecten te beginnen. Vanwege alle veranderingen die disease management meebrengt, zal deze aanpak weerstand oproepen bij beroepsbeoefenaren, bestuurders en verzekeraars. De proefprojecten bieden de gelegenheid om hiervoor al werkend oplossingen te vinden. Minister Hoogervorst stuurt dit najaar zijn visie op het beleid van chronische ziekten naar het parlement. Het zou een goede zaak zijn als disease management als een van de beleidsvoornemens wordt aangemerkt. ■

drs. H.J. Smid
directeur ZonMw

prof. dr. C. Spreeuwenberg,
hoogleraar eerste- en tweedelijns zorg voor chronisch zieke patiënten, Universiteit Maastricht

Correspondentieadres: smid@zonmw.nl

VELDWERK

Huisarts quo vadis?



Het loopt tegen het einde van het jaar. Een tijd van afscheid nemen, bijvoorbeeld van de oude en ver-

trouwde huisarts. Want de warme levensloopdokter loopt op zijn laatste benen. En op termijn zullen we naar de binnenlanden van Nederland moeten gaan om zijn zegenrijke werk te kunnen aanschouwen. Nu was de huisarts al een aantal jaren niet meer wat hij geweest is, maar in 2006 wordt door de stelselwijziging de genadeklap uitgedeeld aan de kern van de huidige huisartsgeneeskunde. De kern die - nu als een Onze Vader klinkend - in 1956 op de beroemde Woudschotenconferentie werd gedefinieerd als: de aanvaarding door de huisarts van de verantwoordelijkheid voor persoonlijke, integrale en continue zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen.

Want hoe persoonlijk kan huisartsenzorg blijven als we een toekomst tegemoet gaan met veelal parttime werkende huisartsen, een steeds mobieler bevolking en verregaande taakdelegatie aan praktijkondersteuners? Hoe integraal is de zorg nog als de huisarts door de zorgverzekeraars vooral wordt afgerekend op harde uitkomstmaten? Hoe continu kan huisartsgeneeskunde blijven als de geëmancipeerde burger vindt dat hij op ieder zorgmoment vrij moet zijn om de zorgaanbieder te kiezen die hij wil en er dus serieus wordt gedacht aan het afschaffen van de inschrijving van de patiënt op naam van een huisarts?

Dat de oude en vertrouwde huisarts gaat verdwijnen is dus zeker. En wat voor type huisarts daarvoor precies in de plaats komt, staat nog niet vast. Maar als de voortekenen niet bedriegen, maakt de uit zijn as herrezen huisarts straks een sterke comeback als hoofdrolspeler in een moderne en sterke eerstelijnsgezondheidszorg. ■

Maarten Cox

de huisarts