

DE ZORG VOOR CHRONISCH ZIEKEN

*Liever patiëntgerichte netwerkzorg
dan ziektegerichte ketenzorg*

Het is maar de vraag of ketenzorg de beste oplossing is voor oudere patiënten met meer dan één chronische ziekte. Het risico bestaat namelijk dat de aandoeningen die niet onder de deskundigheid van de behandelaar vallen, worden veronachtzaamd.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

A.C. NIEUWENHUIZEN KRUSEMAN
B.C.T. VAN BUSSEL
E. PIJPEERS

De komende jaren zullen steeds meer mensen last krijgen van één of meer chronische aandoeningen als diabetes mellitus, reuma, chronisch longlijden of hart- en vaatziekten. Als een patiënt een aantal chronische aandoeningen heeft, spreken we over co-, multi- of polymorbiditeit. Vaak worden deze begrippen door elkaar gebruikt. Aangezien ze echter verschillende betekenissen kunnen hebben, leidt dit soms tot verwarring. Comorbiditeit duidt vooral op een additionele (chronische) aandoening naast een bestaande aandoening, al dan niet als gevolg daarvan. Multi- of polymorbiditeit betekent het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer chronische of acute aandoeningen bij één persoon.¹

Om de verwarring tussen deze begrippen te vermijden, en om te benadrukken dat verschillende chronische ziekten bij één patiënt een samenhangende benadering behoeven, kan bij meer dan één chronische ziekte ook wor-

den gesproken over een meervoudige chronische aandoening. Gegeven het feit dat chronische aandoeningen vooral op oudere leeftijd ontstaan, is te verwachten dat door vergrijzing van de bevolking het aantal mensen met een meervoudige chronische aandoening de komende jaren toeneemt.

KWALITEIT VAN LEVEN

Chronische aandoeningen vergen een andere aanpak dan acute ziekten. Het gaat vaak niet meer om genezen, maar veeleer om het voorkomen van complicaties die de zelfbeschikking en de

waarin diverse zorgvormen op basis van een zorgstandaard goed op elkaar aansluiten.

Medio 2005 publiceerde de Taakgroep Programma Diabeteszorg in dit kader het rapport 'Diabetes Beter', waarin wordt voorgesteld een dekkend aantal multidisciplinaire diabeteszorggroepen in te richten die gestructureerde ketenzorg leveren conform de zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie. Minister Hoogervorst heeft dit rapport met open armen ontvangen. Hij acht diabetes uitermate geschikt voor de ketenzorgbenadering en bijbehorende

Oudere patiënt is niet altijd een 'zelfstandig beslissende klant'

kwiteit van leven doen afnemen. Om dat mogelijk te maken, moet de zorg volgens velen anders worden ingericht, met meer aandacht voor 'care' naast 'cure': *disability management* naast *disease management*. Daartoe is onder meer het begrip ketenzorg ontwikkeld, dat doelt op een multidisciplinaire benadering

keten-DBC's en ziet het als een belangrijke hoeksteen voor zijn chronisch-ziekenbeleid. De diabeteszorg dient hierbij niet alleen als model voor ketenzorg op maat voor chronisch zieken, maar ook als model om keten-DBC's als inkoopinstrument voor verzekeraars in de zorgmarkt uit te werken. >>

<< De voorgestelde ketenzorg is een typisch voorbeeld van een ziektegerichte aanpak. Het is echter de vraag of een dergelijke benadering voor elke patiënt met een chronische aandoening geschikt is. In een ziektegericht ketenzorgmodel gaat de aandacht immers vooral uit naar de betreffende ziekte. Als er sprake is van een meervoudige chronische aandoening, bestaat bij een ziektegerichte benadering een reëel risico van veronachtzaming van die aandoeningen die niet onder de deskundigheid van de behandelaar of het behandelprotocol vallen. Of

standig beslissende en keuzes makende klant, die zijn weg moet en kan vinden in een veelheid van zorgverlenende instanties. Het valt te betwijfelen of een oudere patiënt daartoe in staat is, zeker wanneer deze vanwege een aantal chronische aandoeningen is aangewezen op meer dan één zorgketen.

DIABETES

Om een indruk te krijgen in welke mate deze problemen zich voordoen bij patiënten met diabetes, onderzochten wij recentelijk in het centrum Diabetes-

werden het polikliniekdossier en het elektronische informatiebestand van het DZM geanalyseerd naar het voorkomen van meervoudige chronische aandoeningen, het aantal polikliniekbezoeken en het medicatiegebruik. Voor de beoordeling of er al dan niet sprake was van een chronische aandoening werd de door het ministerie van VWS gehanteerde definitie gebruikt: een onomkeerbare aandoening, zonder uitzicht op volledig herstel en gemiddeld lange ziekte duur. De naast diabetes aangetroffen chronische aandoeningen, werden ingedeeld in causale, complicerende en concurrente comorbiditeit.⁴ Bij de beoordeling van de onderzoeksresultaten werden de causale en complicerende comorbiditeit samengevoegd, omdat bij diabetes een onderscheid daartussen soms niet goed mogelijk is. Een chronische aandoening werd concurrent geacht wanneer geen sprake was van een bekende causale relatie met diabetes.

COMORBIDITEIT

Alle patiënten bleken naast diabetes één of een aantal chronische aandoeningen te hebben, gemiddeld 8,9. Van deze aandoeningen waren er gemiddeld 6,7 causaal of complicerend (zie *figuur 1*) en gemiddeld 2,2 concurrent. Van de concurrente comorbiditeit was 35 procent van internistische aard. Bij 26 procent

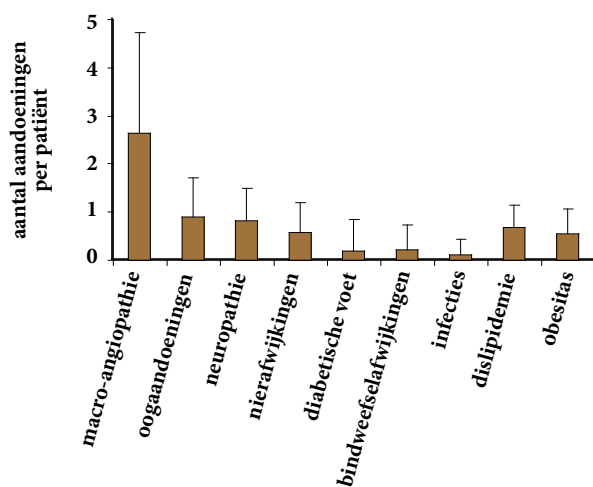
Huisartsen en geriaters zijn bij uitstek uitgerust voor een patiëntgerichte benadering

de patiënt wordt voor de behandeling van elke afzonderlijke chronische aandoening afhankelijk van verschillende ketenzorggroepen. Nadelen hiervan zijn fragmentatie, verkleining van de individuele verantwoordelijkheid van de betrokken behandelaars en onduidelijkheid voor de patiënt.²

Bovendien bestaat de neiging om in een ziektegericht ketenzorgmodel de individuele patiënt te zien als een zelf-

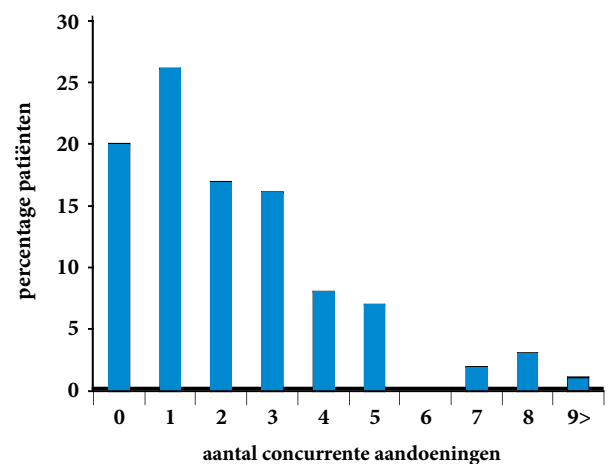
zorg Maastricht (DZM) van het academisch ziekenhuis Maastricht bij honderd patiënten met diabetes het voorkomen van additionele chronische aandoeningen. Patiënten ouder dan 60 jaar (gemiddelde leeftijd 70,5 jaar, 58% vrouwen, 94% diabetes type II) werden in dit onderzoek betrokken, omdat uit onderzoek is gebleken dat juist boven deze leeftijd meervoudige chronische aandoeningen vaak voorkomen.³ Van deze patiënten

1. COMPLICERENDE AANDOENINGEN



Aard en aantal complicerende aandoeningen (gemiddelde waarde + spreiding) bij patiënten ouder dan 60 jaar, met diabetes (n=100).

2. CONCURRENTE AANDOENINGEN



Aantal concurrente aandoeningen per patiënt ouder dan 60 jaar, met diabetes (n=100).

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

Van honderd diabetespatiënten boven de zestig jaar gebruikt 90 procent vier of meer medicamenten.

was sprake van één concurrente aandoening en bij 54 procent van twee of meer (zie *figuur 2*). Merendeels betrof het hierbij musculoskeletale (29%), keel-, neus- en oor- (29%, waarvan tweederde presbycusis), long- (26%), neurologische (26%) en/of psychologische (21%) aandoeningen. Vanwege deze comorbide aandoeningen raadpleegden de patiënten naast de huisarts en de behandelaar van de diabetes, gemiddeld 4,2 medisch specialisten. Veelvuldig geraadpleegde specialisten waren de oogarts (93%), de cardioloog (48%), de chirurg (35%), de neuroloog (27%), de orthopeed (27%) en de KNO-arts (22%). Daartoe bezochten de patiënten gemiddeld 13,4 maal per jaar het ziekenhuis voor een poliklinisch consult aan een specialist of specialistisch verpleegkundige. Daarvan waren gemiddeld 4,2 bezoeken vanwege concurrente morbiditeit. Dit is exclusief de bezoeken voor bijvoorbeeld bloedafnamen en functieonderzoeken, en ook exclusief de bezoeken aan de huisarts. Van de patiënten gebruikte 90 procent vier of meer medicamenten, gemiddeld 6,8. Het merendeel daarvan was vanwege de diabetes, cardiovasculaire complicaties en dislipidemie.

MORTALITEIT

Om zicht te krijgen op het mortaliteitsrisico van patiënten met diabetes en meervoudige chronische aandoeningen

is met behulp van de Charlson-index een gemiddelde leeftijd-comorbiditeitscore berekend.⁵ Op basis daarvan is de schatting dat bij deze patiënten een relatieve risicoverhoging van 4,65 op overlijden per jaar bestaat op basis van de meervoudige chronische aandoening, wat aanzienlijk meer is dan het mortaliteitsrisico op basis van diabetes alleen.⁶

Deze complicerende en concurrente comorbiditeit bij patiënten met diabetes en de bijbehorende ziektelast is hoog. Veel hoger dan in verschillende onderzoeken is gerapporteerd. Een mogelijke verklaring is dat onze waarneming is gedaan in een tweedelijnspraktijk, waar doorgaans complexe patiënten worden behandeld. Hoewel onderzoek naar comorbide aandoeningen in de tweede lijn uiterst schaars is, gaat het waarschijnlijk om een omvangrijk probleem. In een onderzoek bij patiënten met astma werd bij 80 procent van de patiënten ouder dan 55 jaar één of een aantal concurrente chronische aandoeningen gevonden.⁷ De gepubliceerde onderzoeken over het voorkomen van chronische meervoudige aandoeningen zijn vooral in de eerste lijn uitgevoerd.^{8,9} Ook daar is de prevalentie van een meervoudige chronische aandoening bij ouderen een relevant probleem. Verder hebben verschillende onderzoeken aangetoond dat multi-morbiditeit de ziektelast extra vergroot. In een studie bij

oudere mannen bleek multimorbiditeit het relatieve mortaliteitsrisico te verdubbelen.¹⁰

PATIËNTGERICHT

Naarmate het aantal chronische aandoeningen bij een patiënt toeneemt, neemt de toepasbaarheid van ziektegerichte standaarden voor behandeling en begeleiding af, vooral als het concurrente comorbiditeit betreft.^{4,11} Bij een patiënt met COPD heeft behandeling met corticosteroiden nadelige gevolgen voor eveneens aanwezige diabetes. Een advies aan patiënten met diabetes en overgewicht meer te bewegen, is niet goed uitvoerbaar als tevens sprake is van hartfalen, COPD en/of osteoartritis. Met de veroudering van de bevolking en de stijging van chronische meervoudige aandoeningen neemt het probleem van passende en evidence-based therapeutische interventies eerder toe dan af. Als gevolg daarvan neemt het aantal patiënten met een chronische ziekte dat baat heeft bij ziektegerichte ketenzorg eerder af dan toe, en dekt een keten-DBC de werkelijke kosten niet.

Tegenover een ziektegerichte benadering kan een patiëntgerichte benadering worden geplaatst.² Daarin staat de patiënt centraal en worden alle aandoeningen die de patiënt heeft op samenhangende wijze en bij voorkeur door één persoon of een multidisciplinair >>

<< team van beperkte omvang behandeld. Dit vraagt van de behandelaars een brede en generalistische oriëntatie met een holistische en integrale visie op de zorg voor chronisch zieken. Huisartsen en geriaters zijn hiertoe bij uitstek uitgerust. Gezien de aard van de meeste chronische meervoudige aandoeningen bij ouderen, zouden in de toekomst ook andere medisch-specialistische disciplines, zoals cardiologie, interne geneeskunde, longziekten, neurologie en reumatologie, over deze expertise moeten beschikken. De opleiding en nascholing dient daarmee rekening te houden: naast aandacht voor specialisatie ook aandacht voor generalisatie. De huidige trend in medisch-specialistische opleidingen is overigens een andere.

TWIJFELS

Het is dus de vraag of de door de minister van VWS voorgestelde ketenzorgbenadering wel de beste oplossing is. Wij twijfelen daaraan, en vooral als het gaat om de zorg voor oudere patiënten met meer dan één chronische aandoening. Er lijkt eerder behoefte aan een meer patiëntgerichte benadering, waarbij in een multidisciplinair netwerk de verschillende zorgstandaarden voor chronische aandoeningen op samenhangende wijze worden toegepast. De effectiviteit

van een dergelijk geïntegreerd zorgnetwerk is ook gebleken.^{1,2} Deze benadering bevordert niet alleen de kwaliteit van zorg, het voorkomt ongewenste interacties van medicijnen en niet uit te voeren leefstijladviezen, maar beperkt ook het aantal keren dat een patiënt voor behandeling naar een zorgcentrum moet. In ons onderzoek bezochten de patiënten gemiddeld meer dan eenmaal per maand het ziekenhuis of het diabeteszorgcentrum; voor oudere patiënten bepaald geen sinecure.

Het ligt voor de hand om patiëntgerichte netwerkzorggroepen in de eerste lijn te positioneren. Voor complexe chronisch zieken zouden ze echter eerder in de nabijheid van een ziekenhuis moeten zijn, gezien de bereikbaarheid van faciliteiten voor nader onderzoek en deelspecialistische expertise. Ook dan dient het te gaan om een patiëntgerichte benadering. Met een holistische en integrale aanpak van chronische aandoeningen, een goede logistiek in de begeleiding, en zo min mogelijk fragmentatie van de behandeling. Een daarop toegesneden opleidings- en organisatiestructuur en een kostendekkende netwerk-DBC zullen de realisatie hiervan bevorderen. Het voorkomt bovendien de ongemakken van ziektegerichte ketenzorggroepen. ■

SAMENVATTING

- Oudere patiënten met een chronische ziekte hebben vaak meerdere chronische aandoeningen.
- Naarmate het aantal chronische ziekten bij een patiënt toeneemt, neemt de toepasbaarheid van ziektegerichte standaarden voor ketenzorg en bijbehorende keten-DBC's af.
- Bij meer dan één chronische ziekte is een integrale benadering in patiëntgerichte netwerkzorg te verkiezen boven ziektegerichte ketenzorg.

prof. dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman,
internist-endocrinoloog

B.C.T. van Bussel,
student geneeskunde

drs. E. Pijpers,
internist-geriater

academisch ziekenhuis Maastricht

Correspondentieadres: a.kruseman@intmed.unimaas.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst en meer MC-artikelen
over de zorg voor chronisch zieken vindt
u via www.medischcontact.nl/dezeweek.



PRAKTIJKPERIKEL

Mijn schoonmoeder van tachtig



Mijn schoonmoeder hoorde het CDA-fractievoorzitter Verhagen zeggen: 'de wachttijden in de zorg zijn opgelost'.

Voor een klein knobbelkje in de hals ging zij 22 mei naar een waarnemend huisarts.

Op 8 juni volgt een echo. De uitslag is 13 juni bekend. In verband met de groei van de klier heeft ze 14 juni een spoedafspraken met een internist. Hij verwijst haar door naar de afdeling KNO: 20 juni. De internist adviseert een punctie te laten nemen. Daarvoor wordt met 'spoed' op 11 juli een afspraak met een radioloog gemaakt. Op 20 juli heeft de ver-

vangend internist de uitslag. Dan volgt een verwijzing voor het maken van een scan en een gastroscopie op 27 juli. De uitslag daarvan is 3 augustus bekend en mijn schoonmoeder wordt doorverwezen naar de afdeling KNO van een academisch ziekenhuis. Daar kan ze 8 augustus terecht. Drie weken later, op 30 augustus, wordt zij geopereerd aan de tumor van drie bij negen centimeter die uit het kleine knobbelkje is gegroeid.

Mijn schoonmoeder heeft een heel andere mening over 'wachttijden' en volgens haar kan er ook nog wel wat aan de logistiek worden verbeterd. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.