

Persoonsgerichte integrale zorg voor oudere patiënten in ketenzorg

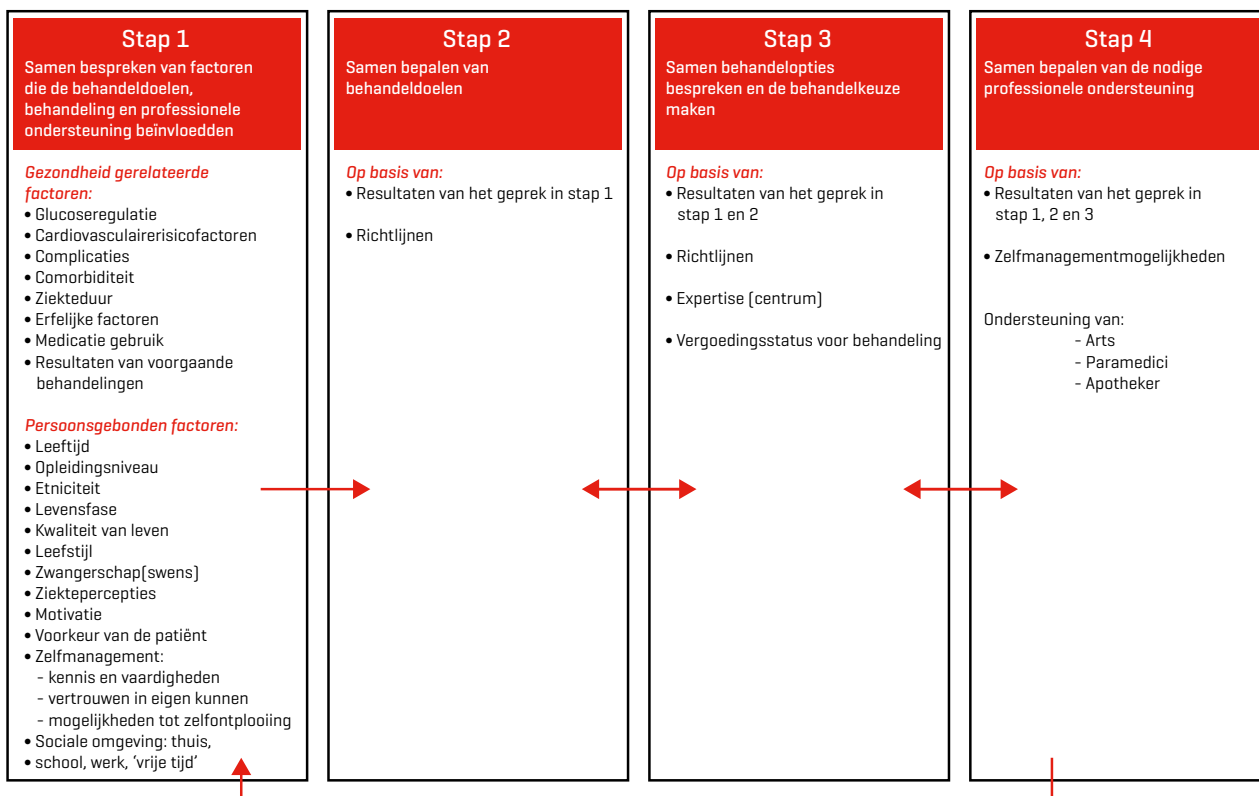
Bertien Hart, Anne Somers, Rimke Vos, Liesbeth Rozendaal, Brenda Baar, Ingrid Looijmans-van den Akker

Veel patiënten met chronische ziekten krijgen geprotocolleerde ketenzorg vanuit verschillende disciplines uit de eerste en tweede lijn. Daarbij staat vooral de ziekte centraal. Daardoor is de zorg voor deze patiënten gefragmenteerd geraakt: per patiënt richten meerdere zorgketens zich op bijvoorbeeld diabetes mellitus type 2, COPD en hart- en vaatziekten. Landelijk ontstond de behoefte om deze zorg meer te leveren vanuit het perspectief van de individuele patiënt. De patiënt geeft hierbij aan wat de problemen zijn, waarna deze samen met de huisarts doelen stelt en inventariseert wat nodig is om deze doelen te behalen. Ketenzorg wordt zo geïntegreerde, persoonsgerichte zorg.

Binnen de Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra (LRJG) bestond de wens om een stap te zetten naar meer integrale en persoonsgerichte zorg, met een actieve rol voor patiënt en huisarts. Van 1 april tot en met 31 december 2019 bood de praktijkondersteuner (POH) alle patiënten van ≥ 65 jaar in ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 (DM2), COPD, verhoogd vasculair risico (VVR) en/of hart- en vaatziekten (HVZ) een integraal jaargesprek met de huisarts aan. De patiënten kregen ter voorbereiding daarvan de gesprekskaart, die de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) heeft ontwikkeld (zie [gerelateerd] bij dit artikel op www.henw.org). Deze omvat 4 domeinen: lijf, leefstijl, welzijn en zelfzorg. De gesprekskaart was oorspronkelijk uitsluitend gericht op dia-

Figuur

De 4 fasen van het persoonsgerichte integrale jaargesprek



betes, maar is inmiddels aangepast en voor meer chronische ziekten bruikbaar. Patiënten kunnen op deze gesprekskaart per domein een rapportcijfer geven en aanvinken over welke items ze het willen hebben. Tijdens het jaargesprek stellen huisarts en patiënt samen doelen voor het komende jaar en ze kijken of hierbij (professionele) ondersteuning nodig is. Direct na afloop van het jaargesprek evalueerden de huisarts en patiënt het gesprek aan de hand van een vragenlijst. Het gesprek kwam bovenop de reguliere jaarcontrole bij de POH.

Drieëndertig huisartsen en 12 POH's kregen vooraf een scholing van 2 uur om te leren een jaargesprek te voeren aan de hand van de generieke gesprekskaart. Verder kregen ze informatie over het bijbehorende 4-stappenmodel, dat ook door de NDF is ontwikkeld [figuur]. De training werd gegeven door 2 huisartsen (een preventieconsulent en een kaderhuisarts diabetes). Ook andere persoonsgerichte gespreksmodellen passeerden de revue (zoals het 4 Domeinen-model), waarbij de meerwaarde van dergelijke modellen voor andere ziekten en aandoeningen aan de orde kwam. Met elkaar werd besloten om in deze pilot de NDF-gesprekskaart te gebruiken. Na afloop van het project vond een focusgroepgesprek plaats met POH's.

Daarnaast distilleerden we patiënt- en ziektekenmerken uit het HIS om een vergelijking te maken tussen het profiel van patiënten die aan dit jaargesprek bij de huisarts deelnamen en dat van patiënten die dat niet deden. Dit profiel betrof de aspecten leeftijd en geslacht van de patiënten, bloeddruk, LDL-cholesterol, nierfunctie en nuchtere glucose.

RESULTATEN

Zie voor de resultaten van de pilot binnen de LRJG de visuele weergave van de resultaten [infographic].

BESCHOUWING

In dit pilotonderzoek kregen patiënten van ≥ 65 jaar die ketenzorg ontvingen voor ≥ 1 chronische ziekten een persoonsgericht, integraal jaargesprek bij de huisarts aangeboden. De patiënten bereidden het gesprek voor met een gesprekskaart en bespraken items die waren verdeeld over de 4 domeinen lijf, leefstijl, welzijn en zelfzorg. De patiënt en de huisarts stelden voor het komende jaar samen doelen in 1 of meer van de domeinen. Huisartsen en patiënten waren positief over dit gesprek. Het geïntegreerde jaargesprek bij de huisarts lijkt hiermee een goede eerste stap om bij de zorg voor deze patiëntengroep niet de ziekte, maar de persoon centraal te stellen. Eerder is een dergelijk gespreksmodel met succes gebruikt bij patiënten die in ketenzorg zaten voor DM2, maar niet eerder werd het aangeboden aan patiënten in andere, en soms meer zorgketens.^{1,2}

Het generieke model uit ons pilotonderzoek lijkt geschikt voor patiënten van ≥ 65 jaar die zorg ontvangen in ≥ 1 zorgketens. We hebben patiënten niet gevraagd waarom ze niet aan het jaargesprek wilden deelnemen. Wel weten we dat het somatische profiel van deelnemende patiënten overeenkwam met dat van patiënten die niet deelnamen. Daarnaast behoorde het

nog niet tot de dagelijkse routine van de POH om de patiënt het jaargesprek bij de huisarts aan te bieden. Daarom heeft uiteindelijk slechts een derde van de populatie een uitnodiging gekregen.

Het ontbreken van een controlegroep en de hindernissen bij het bepalen van de patiënt-/huisartstevredenheid (*ceiling-effect*) vormen een beperking van ons onderzoek. Er zal vervolgonderzoek moeten plaatsvinden om te toetsen welke invloed het jaargesprek heeft op de ziektespecifieke uitkomsten en de kwaliteit van leven van de patiënten.

Het integrale jaargesprek zou een waardevolle eerste stap naar meer persoonsgerichte zorg kunnen vormen. De huisartsen, POH's en patiënten uit ons onderzoek waardeerden het als zeer positief. Zowel huisartsen als patiënten waren actief in het gezamenlijk doelen stellen rond de (gezondheids)problemen van de patiënt. Bij de ontwikkeling van de gebruikte gesprekskaart ter voorbereiding op het integrale jaargesprek (met pictogrammen) is rekening gehouden met lage gezondheidsvaardigheden van gebruikers. Wellicht is juist deze groep ondervertegenwoordigd in dit pilotonderzoek, wat kan samenhangen met de vragenlijsten die de deelnemers moesten invullen. Omdat juist deze groep gebaat kan zijn bij een meer persoonsgericht jaargesprek, adviseren we toekomstige onderzoeken expliciet op deze groep te richten. ■

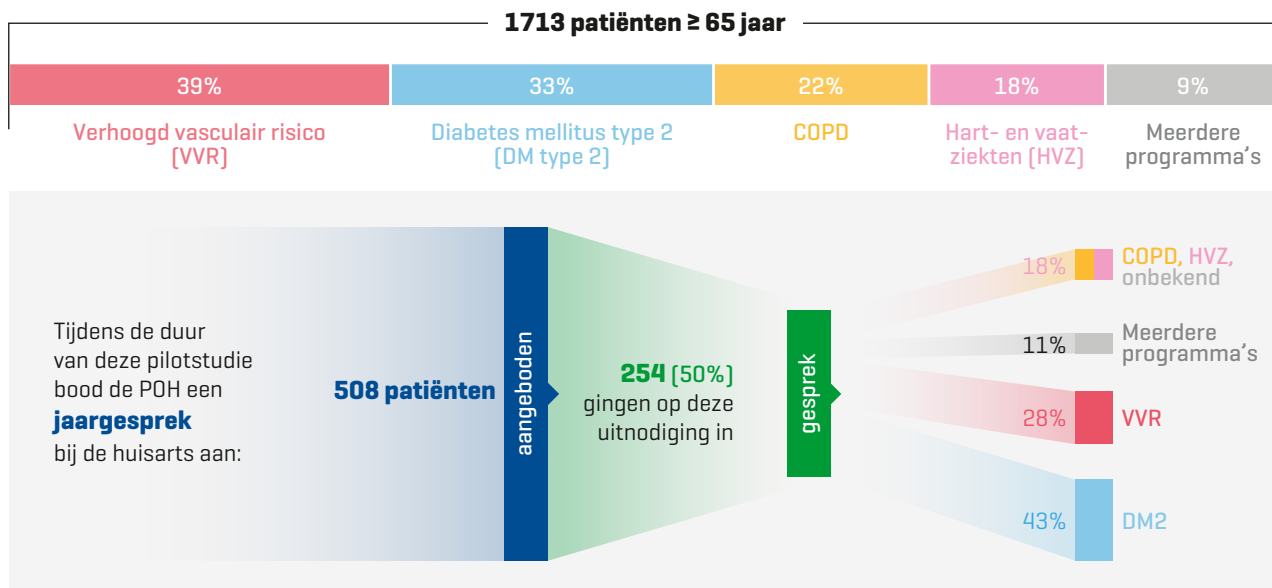
LITERATUUR

1. Rutten GEHM, Van Vugt H, De Koning. Person-centered diabetes care and patient activation in people with type 2 diabetes. *BMJ Open Diab Res Care* 2020;8:e001926.
2. Rutten GEHM, Van Vugt HA, De Weerd I, De Koning E. Implementation of a structured diabetes consultation model to facilitate a person centered approach; results from a nationwide study. *Diabetes Care* 2018;41:688-95.

Hart HE, Somers AGE, Vos RC, Rozendaal L, Baar BA, Looijmans-van den Akker I. Persoonsgerichte integrale zorg voor oudere patiënten in ketenzorg. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1361-2. Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra, Utrecht: dr. H.E. Hart, huisarts, kaderhuisarts diabetes, bhart@lrjg.nl; L. Rozendaal, huisarts, kaderhuisarts HVZ; B.A. Baar, MSc, praktijkverpleegkundige; dr. I. Looijmans-van den Akker, huisarts, kaderarts astma/COPD. Julius Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde, UMC Utrecht, Utrecht: A.G.E. Somers, destijds student geneeskunde, arts; dr. R.C. Vos, assistant professor; dr. H.E. Hart, coördinator NHG-Kaderopleiding diabetes. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Resultaten

Deelname binnen de Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra aan ≥ 1 van de ketenzorgprogramma's voor chronische ziekten



De deelnemers aan het gesprek **verschilden niet noemenswaardig** van niet-deelnemers wat betreft



leeftijd



geslacht



bloeddruk



LDL-cholesterol



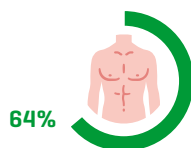
nierfunctie



nuchtere glucose

80% bereidde het gesprek voor

en vinkte op meerdere domeinen items aan om te bespreken:



lijf



welzijn



zelfzorg



leefstijl

Zowel patiënten als huisartsen gaven aan dat ze samen doelen stelden

9

gemiddelde cijfer dat de deelnemers aan het gesprek gaven

93%

wil jaarlijks een integraal jaargesprek bij de huisarts

56%

van de huisartsen gaf aan binnen de 20 minuten te blijven

76%

vond de gesprekken geschikt voor hun patiënten

Uit de focusgroep met POH's kwam naar voren dat



het aantal vragenlijsten de patiënten soms leek te weerhouden om deel te nemen.



dit jaargesprek werd gepland bovenop de reguliere zorgmomenten, wat voor sommige patiënten te veel leek.