

Integrale en persoonsgerichte chr

Niet louter lijstjes afvinken, maar vooral ook de mens tegenover je zien en bevragen. Niet alleen ziektegericht zorg verlenen, maar kijken naar de hele persoon. Niet geprotocolleerd zorg geven per keten, maar integraal aan de slag gaan. De Amsterdamse zorggroep ROHA ontwikkelde een model voor integrale, persoonsgerichte zorg voor mensen met een chronische aandoening.

Tijdens een consult staan twee doelen met elkaar op gespannen voet. Aan de ene kant het professioneel handelen volgens de richtlijnen, waarbij de hulpverlener aan het stuur zit. Anderzijds versterking van 'zelfregie': de hulpvrager stuurt op basis van eigen behoeften en drijfveren.

Er bestaat een methodiek waarmee deze twee doelen en rollen elkaar versterken en praktisch toepasbaar zijn. Het gaat om de GG/ZZ methodiek, ontwikkeld door het Bettery Instituut. GG staat voor: gezondheid en gedrag, ZZ voor ziekte

en zorg. De grootste zorggroep voor vrijgevestigde huisartsen in Amsterdam – ROHA – experimenteert hiermee.

Over leven vertellen

'Mevrouw, vertelt u eens over uw leven? Wat vindt u ervan? Wat is voor u waardevol en belangrijk? Waar wilt u wat mee en wat is uw doel? Wat is uw volgende stap? Na dit te hebben besproken, zullen we uw HbA1c-waarde meten, over uw diabetes praten en zien waar ik u nog mee kan helpen.'

In grote lijnen kunnen dit de woor-

den zijn van een zorgverlener die met patiënten spreekt volgens de GG/ZZ-methode. Dit bestaat uit verschillende fasen: eerst het verhaal van de patiënt, vervolgens een coaching-deel voor gedrag en pas daarna een hulpverleners-deel voor de ziekte(n) en de klachten.

Bij deze aanpak kijkt de professional niet hoofdzakelijk door 'de bril van aandoeningsgerichtheid', maar is er aandacht voor de hele persoon. Misschien blijkt die wel depressief te zijn of schulden te hebben, waardoor de gezonde leefstijl niet van de grond komt. "Inmid-

SWOT: chronische zorg anno 2016

Sterkte

- Patiënten zijn in beeld
- Toegang tot maximale zorg voor alle patiënten
- Gestructureerde zorg en follow-up
- Kostenbesparing dankzij minder verwijzing naar tweede lijn
- Samenwerking rondom de patiënt met ketenpartners
- Sturing op kwaliteit: op niveau zorggroep (alle ketenpartners) en niveau individuele praktijk

Zwakte

- Onvoldoende zorg op maat door strakke protocollering
- Ervaren registratiedruk
- Aandoeningsgerichtheid ten koste van persoonsgerichtheid
- Verminderende betrokkenheid huisarts

- Sturende wijze van leefstijlbegeleiding leidt tot vitaliteitsverlies bij zorgverleners en beperkt regie patiënt.
- Diversiteit kwaliteitsniveau POH
- Onvoldoende samenwerking apotheek
- Kennis en samenwerking met andere domeinen

Kansen

- Integraal zorgmodel voor patiënten met chronische aandoeningen
- Integreren ouderenzorg
- Vitaliteitsverbetering patiënt en zorgverlener
- Met persoonsgerichtere aanpak de regie bij de patiënt leggen
- Samenwerking andere domeinen
- Inzet tools voor zelfregie
- Proces-ondersteunend ICT-systeem

Bedreigingen

- Vitaliteitsverlies POH's vanwege te veel registratie en te weinig persoonsgerichtheid
- Tekort aan beschikbare competente POH's
- Verlies betrokkenheid huisartsen bij de chronische zorg
- Beperkte gegevensuitwisseling ketenpartners
- Betaalbaar houden bij toenemende prevalentie
- Substitutie-eis zorgverzekeraar versus beperkte invloed op tweedelijnsactiviteiten door de eerste lijn

onische zorg

dels hebben vijftig van onze POH's en huisartsen de GG/ZZ-training gevolgd", vertelt algemeen directeur Marianne Bramson van ROHA.

Andere manier

"Elke zorggroep in ons land zal onderschrijven dat de chronische zorg verbeterd kan worden", aldus Bramson. "Hoewel de kwaliteit van de chronische zorg de laatste jaren is verbeterd, stelt men zich inmiddels overal de vraag: is er een andere manier dan strak geprotocolleerd werken in de keten? Zorgverleners van ROHA hebben daarom vorig jaar een SWOT-analyse chronische zorg gedaan (zie kader 'SWOT') en op basis daarvan het integrale persoonsgerichte model ontworpen."

Medisch manager Mascha Bevers duikt iets dieper in het verleden. "Tijdens onze jaarlijkse POH-dag zeiden de honderd aanwezige POH's in 2014 vrijwel unaniem dat de individuele zorgplannen tot weinig vooruitgang bij patiënten leidden en dat zij er daardoor als zorg-



Mascha Bevers (l) en Marianne Bramson (r) hopen dat hun aanpak resulteert in een beter geholpen en begrepen patiënt die in beweging komt én een zorgverlener die er energie van krijgt.

Is er een alternatief voor geprotocolleerd werken in de keten?

verleners weinig energie van kregen. De teneur was: we zouden vanuit het gezichtspunt van de patiënt naar de zaken moeten kijken en niet alleen vanuit het perspectief van diens ziekte. Wat kan en wil de patiënt veranderen? Wat vindt hij belangrijk? Dát zou de zorgverlener naar boven moeten weten te halen."

Vanuit de praktijk

"Een bijeenkomst voor alle geledingen binnen onze zorggroep bevestigde vorig jaar deze opvatting", vult Bramson aan. "Dat was mede te danken aan Machteld Huber, die we hadden uitgenodigd

om te spreken over Positieve Gezondheid. Binnen ROHA is vervolgens bottom-up het model voor integrale persoonsgerichte zorg tot stand gekomen (zie kader 'Integraal persoonsgericht zorgaanbod'). Natuurlijk, het management heeft dit proces gefaciliteerd en externe partijen als het Bettery Instituut hebben feedback gegeven. Maar het waren onze zorgverleners die vanuit ervaringen en behoeften uit de praktijk de bouwstenen hebben aangedragen voor een model dat het aandoeningsperspectief en het persoonsperspectief combineert. Het is geen wetenschappe-

lijk onderbouwd model, het is ontstaan vanuit de praktijk."

Vanaf dit jaar denken en onderzoeken ook patiënten mee, ondersteund door een onderzoeker van de Vrije Universiteit Amsterdam. Bramson: "We hopen dat dit resulteert in een beter geholpen en begrepen patiënt die in beweging komt én in een zorgverlener die er energie van krijgt."

Aanbod voor ieder individu

Kenmerkend voor het model is dat 'chronische zorg' geldt als grootste gemene deler. Bevers: "Of je nu een pa-

Integraal persoonsgericht zorgaanbod

Persoons-specifiek

Perspectief van de patiënt ten aanzien van ziekte, gezondheid en gedrag

Perspectief van de professional:

- plaats van de aandoening in het leven van de patiënt
- gezondheidsvaardigheden
- motivatie tot leefstijlaanpassing / gezondheid en gedrag
- psychische stabiliteit
- kwetsbaarheid

Ondersteuning bij regie over eigen gezondheid:

- kennis over aandoening en behandelingsmogelijkheden: mondeling, portaal, folder, groepsbijeenkomst.
- thuismetingen, eHealth-toepassingen
- begeleiding bij medicijngebruik: apps, contact. apotheek, baxters
- begeleiding bij verandering gedrag op gebied van bewegen, voeding en stoppen met roken
- follow-up

Verwijzing of kennis over andere domeinen: schuldhelpverlening, algemeen maatschappelijk werk, POH-GGZ, enzovoort.

Aandoening-specifiek

Diagnose diabetes mellitus:

instellen op medicatie, consultatie diabetesverpleegkundige/internist, specialist ouderengeneeskunde

Diagnose COPD:

instellen op medicatie, controle spirometrie, inhalatie-instrument, consultatie longarts, specialist ouderengeneeskunde

Diagnose cardiovasculair risicomanagement:

instellen op medicatie, consultatie cardioloog/neuroloog, vasculair internist, specialist ouderengeneeskunde.

tiënt treft met COPD of diabetes, de ziekte moet niet het vertrekpunt zijn. Het gaat om de chronische patiënt, om de persoon die met zijn aandoening moet leven. Hoe kun je die optimaal begeleiden? Die persoonsgerichte benadering levert maatwerk op. De ene patiënt is gebaat bij regelmatig bezoek aan de huisartsenpraktijk, de andere is beter af met blended care en weer een andere kan nóg zelfstandiger zijn met zijn ziekte. Persoonsgerichtheid impliceert dus dat je een aanbod nodig hebt dat aansluit op ieder specifiek individu. Daarom werken we als ROHA ook hard aan het aanpassen van ons aanbod aan de patiënt.”

Bramson: “Met ‘chronische ziekte’ als basis, hebben we gekeken naar overlap in de bestaande vormen van ketenzorg. ‘Meer beweging’, ‘een andere leefstijl’ en ‘leren omgaan met de ziekte’ zijn daar voorbeelden van. Daarvoor zijn geen aparte ketens nodig.”

Impliceert dit alles dat ROHA een integrale DBC bepleit voor persoonsgerichte zorg aan chronische patiënten? Bramson: “Zo’n DBC zou op den duur een logisch voortvloeijsel kunnen zijn, maar we geloven dat we vooralsnog met persoonsgerichte zorg kunnen experimenteren binnen de bestaande regelgeving. Voordat

je het weet zijn we patiënten weer aan het indelen in strakke protocollen.”

Andere domeinen

Samenwerking met andere domeinen heeft ook een prominente plek in het model. Bevers: “Je moet als zorgverlener je eigen grenzen kennen. Stel, dankzij de persoonsgerichte benadering kom je erachter dat een depressie of schuldproblematiek verandering van leefstijl in de weg staat. Dan is het zaak de andere domeinen in de wijk te kennen, zodat men daar kan ondersteunen. Pas dáárna kan die leefstijl wellicht weer aandacht krijgen.”

Indicator ervaren gezondheid

Bramson: “Naar verwachting zijn eind dit jaar de eerste resultaten van ons onderzoek naar de effecten voor de patiënt en de zorgverleners bekend. Ondertussen zijn we nog op zoek naar een goede indicator voor ervaren gezondheid. Zorgverleners zijn gewend effecten te meten. Maar wat we moeten voorkomen, is dat we weer belanden in een registratiecirkel dat ons afleidt van waar het om gaat: de unieke patiënt.” <<

Tekst: Gerben Stolk

Foto: Thinkstock



Het perspectief van de patiënt ten aanzien van zijn ziekte, gezondheid en gedrag speelt een belangrijke rol: is hij bijvoorbeeld gemotiveerd om gezonder te eten?