

# Guided Care bij multimorbiditeit: niet de ziekte maar de mens centraal!

De Nederlandse gezondheidszorg staat voor de uitdaging om ook voor mensen met complexe multimorbiditeit goede zorg te bieden. De diseasemanagementbenadering biedt deze groep onvoldoende aansluitende zorg. Het Guided Care Model, dat in de VS werd ontwikkeld, is een casemanagementmodel en omvat acht interventies om mensen met complexe multimorbiditeit vanuit de huisartsenpraktijk goede en geïntegreerde zorg te bieden. In Nederland onderzoekt Vilans in vijf huisartsenpraktijken of het Guided Care Model in onze context toepasbaar is en een meerwaarde heeft. De patiëntendoelgroep bestaat niet alleen uit kwetsbare ouderen, maar ook uit jongere patiënten met multimorbiditeit. Daarnaast wordt in een breed verband van professionals, beleidsmakers, verzekeraars en onderzoekers verkend wat de mogelijkheden zijn om het model in de toekomst op grote schaal te implementeren.

**Door: R. Pel-Littel, H. Vlek en S. Driessen**

**S**teeds meer Nederlanders hebben meerdere ziekten tegelijkertijd en hebben dus te maken met 'multimorbiditeit'. Dat kan gaan om meerdere somatische ziekten, maar ook om een combinatie van somatische en psychische ziekten en functionele en sociale beperkingen. Internationaal gezien gaat het om de volgende aantallen: 65 tot 75 procent van de COPD-patiënten heeft nog een of meer andere diagnoses, bij diabetes is dat 85 procent en bij dementie zelfs 90 tot 95 procent.<sup>1</sup>

De forse toename van het aantal patiënten met multimorbiditeit leidt tot een nieuw vraagstuk in de zorg waar een andere inrichting van het zorgproces voor nodig is.<sup>2</sup> Tot op zekere hoogte maakt multimorbiditeit het leven lastig en ingewikkeld, maar niet onmogelijk. Er is echter een groeiende groep mensen voor wie het leven met multimorbiditeit zo ingewikkeld en

zwaar wordt, dat de kwaliteit van leven in het geding komt.<sup>3</sup> Het gaat hierbij niet alleen om ouderen, maar ook om een groep mensen jonger dan 65 jaar. Hoe helpen we deze mensen hun kwaliteit van leven te optimaliseren?

## Knelpunten in de huidige zorg voor mensen met multimorbiditeit

Bezinning op de wijze waarop de zorg voor mensen met multimorbiditeit wordt vormgegeven is belangrijk. Voor zorgverleners vormt deze groep patiënten een ingewikkelde doelgroep. Omdat bij verschillende ziekten verschillende behandelaars betrokken zijn, wordt de situatie van de patiënt al snel onoverzichtelijk. Het risico van versnippering dreigt. Hoewel er grote ziektespecifieke deskundigheid is bij behandelaars, is er nog een grote slag te maken als het gaat om deskundigheid over de interac-

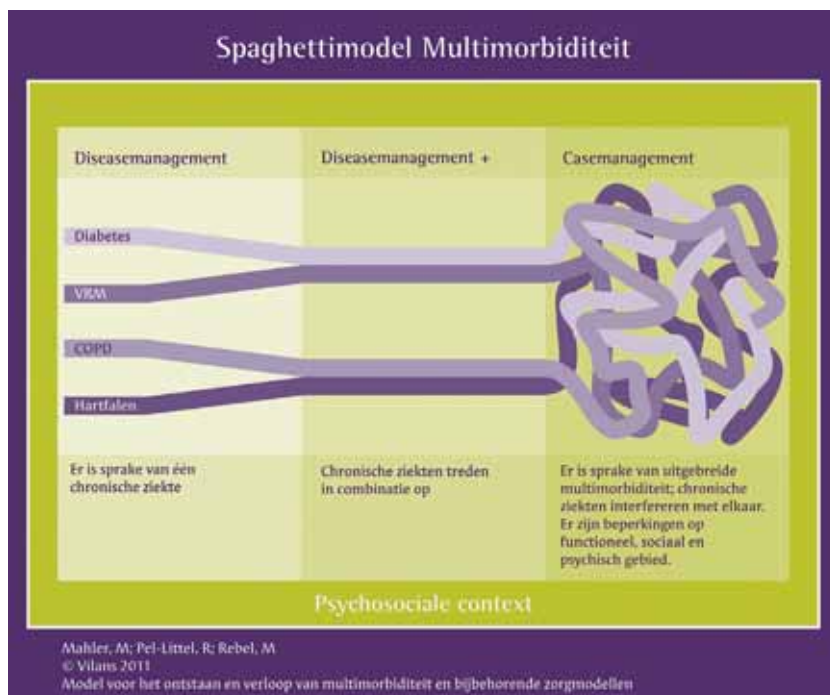
tie tussen meerdere ziekten en de daarbij horende behandelingen, om integrale zorg dus. Voor patiënten met multimorbiditeit is zorg op maat belangrijk. Zij verwachten zorg die naadloos aansluit bij hun behoeften. In mei 2011 introduceerde Vilans het Spaghettimodel.<sup>2</sup> Door multimorbiditeit ontstaat een verwevenheid van ziektegerelateerde problematiek (spaghetti) die niet opgevangen wordt door te focussen op de ziekte, zoals dat in een diseasemanagementmodel gebeurt. Bij complexe en uitgebreide multimorbiditeit, schiet de ziektespecifieke benadering in een diseasemanagementprogramma voor bijvoorbeeld diabetes of COPD veelal tekort. Casemanagement, waarbij er iemand is met integraal overzicht die met de patiënt meedenkt, is bij complexe multimorbiditeit een betere oplossing. Het is dus zaak om de zorg voor deze groep patiënten anders te gaan organiseren. In een tijd van financiële bezuinigingen en toenemende personeelsschaarste is het essentieel de zorg voor chronisch zieken betaalbaar te houden. Stapeling van ziektespecifieke zorgprogramma's is onwenselijk, ook vanuit financieel oogpunt. Er is nog onvoldoende ervaring met integratie van programmatische zorg rond meerdere aandoeningen. Geschikte ICT die aansluit bij de informatiesystemen die in de huisartsenpraktijken worden gebruikt, ontbreekt. Patiënt, zorgverlener én overheid zijn gebaat bij een betere integratie en organisatie van de zorg bij multimorbiditeit. Dit leidt tot minder fragmentatie, meer veiligheid en minder zorgkosten. In onze zoektocht naar nieuwe zorgmodellen om de zorg voor mensen met multimorbiditeit goed te organiseren sprak het Guided Care Model ons het meest aan.

### Guided Care Model

Het Guided Care Model, ontwikkeld in de Verenigde Staten, is een veelbelovend zorgmodel van casemanagement dat elementen beschrijft voor optimale 'zorg op maat' voor patiënten met multimorbiditeit en hun naasten (zie kader 1). Het model omvat wetenschappelijk bewezen interventies voor optimale chronische zorg zoals omschreven in het Chronic Care Model aangevuld met elementen voor een geïndividualiseerd zorgprogramma.<sup>4</sup> De eerste onderzoeksresultaten laten voorzichtig een verbetering van de kwaliteit van leven en een verlaging van de zorgkosten zien.<sup>5-9</sup>

### Toepassing in Nederland

De eerstelijnsgezondheidszorg in de Verenigde Staten verschilt sterk van Nederland. Bij ons is de eerstelijnsgezondheidszorg op veel



Figuur 1. Spaghettimodel (Vilans, 2011)

punten sterker ontwikkeld. Daarom zijn we in de zomer van 2011 op studiereis gegaan naar de Verenigde Staten om de meerwaarde van het model in de Nederlandse context te kunnen inschatten. Onze bevindingen zijn samengevat in kader 1 waarin we de voornaamste aanpassingen per onderdeel van het Guided Care Model naar de Nederlandse situatie beschrijven.

Het belangrijkste verschil tussen de VS en Nederland is de eerste *selectie* van mensen voor wie zorg volgens Guided Care een belangrijke meerwaarde heeft. In de VS worden patiënten geselecteerd op basis van zorgkosten in het voorgaande jaar. Het gaat daarbij vooral om de categorie patiënten die wij als kwetsbare ouderen betitelen. Voor Nederland onderzoeken wij andere selectiemogelijkheden. Een selectie op leeftijd is onwenselijk omdat het Guided Care Model ook voor mensen met multimorbiditeit die jonger dan 65 jaar zijn, veel mogelijkheden biedt.

Hoe de selectie het beste kan plaatsvinden is complex. Verschillende zoekstrategieën zijn mogelijk en een combinatie van die benaderingen lijkt het beste. Mensen met chronische ziekten gebruiken vaak veel medicijnen, maar bij een selectie op polyfarmacie (meer dan vijf medicijnen) alleen wordt een te grote groep geselecteerd. Deze strategie is daarom te grof. Een selectie alleen op meerdere diagnoses biedt geen garantie dat iemand veel profijt kan hebben van Guided Care; het gaat om meer dan alleen de optelsom van ziekten.

Het instrument waar de Nederlandse huisartsen mogelijk nog het meest mee uit de voeten kunnen is hun eigen klinische blik, hun bekendheid met de gehele situatie van de patiënt. Of een patiënt baat zal hebben bij zorg conform het Guided Care Model hangt namelijk vaak af van de context: sociale en psychische omstandigheden, de culturele achtergrond, opleiding en iemands maatschappelijk functioneren. De variabelen die bepalen of het Guided Care Model uitkomst kan bieden zijn: multimorbiditeit, het vermogen eigen regie te voeren, functionele beperkingen en de aanwezigheid van een adequaat ondersteunende leefomgeving.

### Een andere rol voor huisarts en praktijkverpleegkundige

Binnen het Guided Care Model vormen de praktijkverpleegkundige en de huisarts het aanspreekpunt voor de patiënt. Bij de rol van praktijkverpleegkundige past in dit model dat hij met een brede blik naar de patiënt leert kijken. Iets wat verpleegkundigen werkzaam in

de ouderenzorg vaak al gewend zijn, maar wat nieuw kan zijn voor praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners die nu vooral werken binnen het ziektespecifieke diseasemanagement. Voor de huisarts betekent dit model dat hij samen met de praktijkverpleegkundige een tandem vormt die proactief naar de patiënt toe acteert. Het is belangrijk dat er een korte lijn is tussen de huisarts en de verpleegkundige. Vaak zal de verpleegkundige daarom verbonden zijn aan de praktijk.

De rol van de huisarts als regisseur van de medische zorg zal verder vorm moeten krijgen. Hierbij past een snellere en betere communicatie met de specialisten in het ziekenhuis, maar ook een nauwere samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde. Een mooi voorbeeld hiervan werd onlangs beschreven door Ronald van Nordennen over het West-Brabantse samenwerkingsproject 'Handen ineen'.<sup>10</sup> Hierbij is er een nauwe samenwerking tussen de huisarts, verpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde. Het resultaat van deze samenwerking is een vroegtijdige signalering en een

#### Kader 1. De acht elementen van het Guided Care Model in hun Nederlandse toepassing

##### 1. Probleeminventarisatie

Het doel van de probleeminventarisatie is om inzicht te krijgen in de behoeften van de patiënt en informatie te krijgen om de zorg te verbeteren. Een verpleegkundige voert een uitgebreide inventarisatie uit bij de patiënt thuis. Deze inventarisatie heeft betrekking op medische aandoeningen, medicatie, functionele capaciteit, mentaal welbevinden, fysieke conditie, voedingsstatus, veiligheid in huis, mantelzorgers, andere aanbieders van zorg en verzekerings situatie. Daarnaast gebruikt de verpleegkundige het medisch dossier van de patiënt als aanvullende informatiebron. De probleeminventarisatie wordt door de verpleegkundige ingevoerd in het HIS of KIS van de betreffende huisartspraktijk. In de huisartsenpilot toetsen we of de Nederlandse instrumenten uit de ouderenzorg ook bruikbaar zijn voor mensen < 65 met complexe multimorbiditeit.

##### 2. Het individueel zorgplan (behandelplan) en 'mijn actieplan'

Op basis van de probleeminventarisatie en de evidence-based richtlijnen stellen de Guided Care verpleegkundige en de huisarts een individueel zorgplan (behandelplan) en een 'actieplan' op voor de patiënt. Het individueel zorgplan bestaat uit een verzameling van alle aanbevelingen voor het structureren en coördineren van de zorg voor de chronisch zieke patiënt. De verpleegkundige en de huisarts bespreken het zorgplan en maken deze op maat voor de patiënt (rekening houdend met zijn/haar achtergrond). De verpleegkundige bespreekt het individueel zorgplan met de patiënt en zijn/haar familie en past het aan zodat het voldoet aan hun voorkeuren. Het uiteindelijke resultaat is een op richtlijnen gebaseerd realistisch plan dat bestaat uit het medicijngebruik, voedingspatroon, lichamelijke activiteit, zelfmanagementdoelen en monitoring van streefdoelen. Het individueel zorgplan wordt geplaatst in het medisch dossier en wordt gedeeld met andere zorgverleners. Op basis van het individueel zorgplan stelt de verpleegkundige een patiëntvriendelijke versie van het individueel zorgplan op: 'Mijn Actieplan'. Dit actieplan is eigendom van de patiënt en wordt achtergelaten op een andere duidelijk zichtbare plaats in het huis (bijvoorbeeld de koelkast). De twee pagina's van 'Mijn Actieplan' herinneren de patiënt aan zelfmanagementactiviteiten zoals het innemen van geneesmiddelen, het voorgeschreven dieet, lichamelijke beweging en monitoren van gewicht en bloeddruk (zie [www.vilans.nl/onsaanbod/producten/mijnactieplan](http://www.vilans.nl/onsaanbod/producten/mijnactieplan)).

##### 3. Monitoren

De verpleegkundige monitort op proactieve wijze de patiënt. In plaats van te wachten tot een probleem ontstaat bekijkt de verpleegkundige het individueel zorgplan ten minste maandelijks samen met de patiënt. Deze contacten vinden telefonisch plaats, maar sommige zijn face-to-face in de huisartsenpraktijk, in het ziekenhuis of bij de patiënt thuis. Het doel hiervan is om problemen vroegtijdig op te sporen en te behandelen. De patiënt en zijn/haar mantelzorger(s) zijn op het hart gedrukt de verpleegkundige te bellen bij problemen. De telefonische bereikbaarheid is hierbij een belangrijke factor. Wanneer er gezondheidsproblemen ontstaan, overlegt de verpleegkundige met de huisarts over interventies. De frequentie van de contacten van verpleegkundige met elke patiënt fluctueert naar gelang de behoefte.

##### 4. Coaching

Tijdens de monitoringscontacten kijkt de verpleegkundige naar de mate van zelfmanagement. De zelfmanagementdoelen worden punt voor punt doorlo-

geïntegreerde aanpak bij multimorbiditeit die ervoor zorgt dat patiënten langer zelfstandig zijn en thuis kunnen blijven wonen.

### De toekomst van Guided Care in Nederland

Eind 2011 zijn vijf Nederlandse huisartsenpraktijken (zie kader 2) onder begeleiding van Vilans van start gegaan met de toepassing van Guided Care. Daarnaast doet ook het NIVEL onderzoek naar de toepassing van Guided Care bij diabetespatiënten met multimorbiditeit. In de huisartsenpilot van Vilans sluiten we aan bij de huidige instrumenten en praktijkvoering zoals die in Nederland gangbaar zijn. Binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg werken verschillende universitaire centra aan assessmentinstrumenten en zorgplannen om de groep kwetsbare ouderen, bij wie multimorbiditeit een van de belangrijkste kenmerken is, goede zorg te bieden. Wij denken dat het belangrijk is om na te gaan of de ontwikkelde instrumenten ook bruikbaar zijn voor een jongere groep mensen met multimorbiditeit, die ook deels kampt met andere problemen.

Het doel van de pilot Guided Care is om te beoordelen wat de haalbaarheid van het model is in de Nederlandse context. We werken een jaar lang samen met de huisartsenpraktijken aan een goede invulling van alle acht elementen van Guided Care, maar dan 'op zijn Nederlands' zoals toegelicht in kader 1.

Naast de haalbaarheid van het model is ook de *businesscase* belangrijk. In de VS heeft een Guided Care Verpleegkundige een caseload van 50-60 patiënten. We onderzoeken of deze caseload in Nederland haalbaar is. De geluiden hierover zijn kritisch. Dit roept immers een capaciteitsvraagstuk op: zijn er genoeg praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen die deze functie kunnen uitvoeren? Hoe groot is de groep patiënten die in aanmerking komt voor Guided Care en ook belangrijk, hoe wordt deze functie bekostigd? In Nederland is een kosteneffectiviteitsstudie noodzakelijk om de meerwaarde aan te tonen. Bij de inrichting van een dergelijke studie zijn twee zaken van belang:

1. De selectie van de patiëntenpopulatie wordt niet alleen gebaseerd op de mate

pen, waardoor men er zeker van is dat alle onderdelen van het individueel zorgplan worden gevolgd. De verpleegkundige maakt gebruik van motiverende gespreksvoeringstechnieken om de patiënt te helpen obstakels te overwinnen. De verpleegkundige overlegt indien nodig met artsen en maakt aanpassingen in het individueel zorgplan en het actieplan van de patiënt.

#### 5. Zelfmanagement

In de monitorings- en coachingsgesprekken komt zelfmanagement aan de orde. De praktijkverpleegkundige past motiverende gesprekstechnieken toe en ondersteunt de patiënt bij het realiseren van zijn persoonlijke doelen. Als gespreksvoering alleen ontoereikend is kan ook een zelfmanagementinterventie worden ingezet om doelen te kunnen realiseren. Een overzicht aan zelfmanagementinterventies is te vinden op [www.zelfmanagement.com](http://www.zelfmanagement.com). In de VS werden patiënten verwezen naar een lokale 'Chronic Disease Self-management'- cursus. Deze groepscursus is bedoeld om een proactieve en verantwoordelijke levenshouding bij de deelnemers te bevorderen, zodat ze meer eigenaar worden van hun persoonlijke situatie. De ervaring in de VS is dat weinig mensen deelnemen en daarom hebben wij deze interventie weggelaten in de pilot.

#### 6. Het opleiden en ondersteunen van mantelzorgers

De ondersteuning die de verpleegkundige aan mantelzorgers biedt, bestaat uit drie vormen: een hetero anamnese, informatie en advies over verzorging van de patiënt en telefonische consultatie indien nodig. De praktijkverpleegkundige heeft binnen het Guided Care Model ook een taak om mantelzorgers te ondersteunen. De LHV heeft samen met het Expertise Centrum Mantelzorg van Vilans en het MEZZO een toolkit ontwikkeld om mantelzorg in de huisartsenpraktijk vorm te geven. De ideeën en suggesties uit deze toolkit sluiten goed aan bij dit project.<sup>12</sup>

#### 7. Zorgcoördinatie

Om het coördineren van complexe zorg te ondersteunen, geeft de verpleegkundige een korte maar complete samenvatting van de gezondheid van de patiënt en het individueel zorgplan aan andere aanbieders van de patiënt (bijvoorbeeld ziekenhuizen, specialisten, revalidatietherapeuten, verpleegkundigen en thuiszorg). Een van de hoogste prioriteiten van de verpleegkundige is om overgangen (transities in zorg) soepel te laten verlopen, in het bijzonder bij opname in en ontslag uit het ziekenhuis. De verpleegkundige monitort de patiënt en zijn/haar familie gedurende het verblijf in het ziekenhuis en bereidt hen voor op het ontslag. Wanneer de patiënt naar huis gaat, bezoekt de verpleegkundige de patiënt op de eerste dag. De verpleegkundige zorgt ervoor dat de patiënt en de familie de benodigde informatie en materialen hebben en geeft uitleg over het medicijngebruik. Tevens zorgt de verpleegkundige ervoor dat de patiënt en de familie beschikken over noodzakelijke contactinformatie bij problemen of vragen.

#### 8. Toegang tot de gemeenschapsvoorzieningen

De verpleegkundige vergemakkelijkt de toegang van patiënten tot vele diensten die door gemeenten, welzijnsorganisaties, sociale voorzieningen of andere zorgverleners worden geleverd. Bijvoorbeeld maaltijdservice, transportdiensten, seniorencentra, dagbesteding en patiëntenverenigingen.

van multimorbiditeit en psychosociale problematiek. De wensen en behoeften van, en mate van zelfredzaamheid bij, de patiënt zijn net zo relevant.

2. Het is noodzakelijk meer rekening te houden met het zelfreguleringvermogen van patiënten.<sup>11</sup> Dit vraagt om een proactieve benadering van huisarts en praktijkverpleegkundige bij patiënten in de huidige disease management programma's die meerdere chronische aandoeningen hebben. Het tijdig inzetten op monitoren, bevorderen en versterken van zelfmanagement en de inzet van een actieplan zijn essentieel. Afhankelijk van het zelfreguleringvermogen van de patiënten wordt de praktijkverpleegkundige meer of minder intensief ingezet om hen te begeleiden als waren het communicerende vaten. Op deze wijze kan een 'teveel' aan zorg worden voorkomen. Dat impliceert echter wel dat ten behoeve van dergelijke studies een instrument beschikbaar moet zijn om de mate van zelfregie te kunnen meten.

**Besluit**

Vilans probeert om samen met de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) en met onderzoekers, beleidsmakers, verzekeraars, huisartsen en praktijkverpleegkundigen het onderwerp 'zorg voor mensen met multimorbiditeit' op de nationale agenda te krijgen. In november 2011 kwamen ruim tachtig van hen bijeen voor dit doel. Hieruit kwam naar voren dat het Guided Care Model veelbelovende elementen kent, maar zeker ook een aantal vraagtekens. Zo is een vertaling naar de Nederlandse context essentieel, waarbij de invulling van de acht elementen op punten anders zal zijn dan in de VS. Maar het model is een belangrijke basis om de zorg voor mensen met multimorbiditeit in de eerste lijn beter te organiseren. Eind 2012 zullen de uitkomsten van genoemde pilot uitwijzen of we met het Guided Care Model inderdaad op het goede spoor zitten.

**Literatuur**

1. Huijsman, R., 'In de reiskoffer na IHI-kwaliteitscongres', blog 12/12/2011, [www.skivr.nl](http://www.skivr.nl).
2. Pel-Littel, R., Vlek, H., Mahler, M. en S. Driessen, Multimorbiditeit anders benaderen, *Medisch Contact*, 66, 20, 2011, pp. 1250-1253.
3. Gijssen, R., Hoeymans, N., Schellevis, F.G., Ruwaard, D., Satariano, W.A. en G.A. van den Bos, Causes and consequences of comorbidity: a review, *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 7, 2001, pp. 661-74.
4. Boulton, C., Karm, L., Groves, L., Improving Chronic Care; The 'Guided Care' Model, *The Permanent Journal*, Winter, 12, 1, 2008, pp. 50-54.
5. Boyd, C.M., Shadmi, E., Conwell, L.J., Griswold, M., Leff, B., Brager, R., Sylvia, M. en C. Boulton, A Pilot Test of the Effect of Guided Care on the Quality of Primary Care, Experiences for Multi-Morbid Older Adults, *J Gen Intern Med*, 23, 5, 2008, pp. 536-42. PMID: PMC2324149.
6. Boyd, C.M., Reider, L., Frey, K., Scharfstein, D., Leff, B., Wolff, J.L., Groves, C., Karm, L., Wegener, S., Marsteller, J. en C. Boulton, The Effects of Guided Care on the Perceived Quality of Health Care for Multi-morbid Older Persons: 18-Month Outcomes from a Cluster-Randomized Controlled Trial, *J Gen Intern Med*, 25, 3, 2010, pp. 235-42. PMID: PMC2839336.
7. Boulton, C., Reider, L., Leff, B., Frick, K., Boyd, C.M., Wolff, J.L., Frey, K., Karm, L., Wegener, S.T., Mroz, T. en D.O. Scharfstein, The Effect of Guided Care Teams on the Use of Health Services: Results from a Cluster-Randomized Controlled Trial, *Arch Intern Med*, 171, 5, 2011, pp. 460-466.
8. Sylvia, M., Griswold, M., Dunbar, L., Boyd, C.M., Park, M. en C. Boulton, Guided Care: Cost and Utilization Outcomes in a Pilot Study, *Dis Manag*, 11, 1, 2008, pp. 29-36.
9. Leff, B., Reider, L., Frick, K.D., Scharfstein, D.O., Boyd, C.M., Frey, K., Karm, L. en C. Boulton, *Am J Manag Care*, 15, 8, 2009, pp. 555-559.
10. Nordennen, R., Brants, M., Vanneste, V. en R. Arnold, Kwetsbaar zegt meer dan oud, *Medisch Contact*, 66, 48, 2011, pp. 2991-2993.
11. Gercama, A., De ene oudere is de ander niet, *Medisch Contact*, 66, 47, 2011, pp. 2919-2921.
12. Toolkit Mantelzorg in de huisartsenpraktijk, *Vilans, LHV, Mezzo*, juli 2011.

**Informatie over de auteurs**

**Drs. Ruth Pel-Littel**, verplegingswetenschapper bij Vilans, kenniscentrum voor langdurende zorg ([r.pel@vilans.nl](mailto:r.pel@vilans.nl)).  
**Dr. Hans Vlek**, huisarts n.p., medisch manager bij Eerstelijns Centrum Tiel en programmamanager bij Syntein, ketenzorg Noordelijke Maasvallei.  
**Drs. Stannie Driessen**, programmaleider chronisch zieken bij Vilans, kenniscentrum voor langdurende zorg



Ruth Pel-Littel



Hans Vlek



Stannie Driessen

**Kader 2. De deelnemende huisartsenpraktijken aan de Guided Care Pilot**  
 Eerstelijns Centrum Tiel  
 Gezondheidscentrum Hoensbroek Noord  
 Gezondheidscentrum Terwindsen, Kerkrade  
 Huisartsenpraktijk Zaamslag  
 Huisartsenpraktijk Gennep