

Resultaten van de pilot Ketenzorg Ontketend/ EMBOSS

Een nieuw model voor persoonsgerichte en integrale chronische zorg

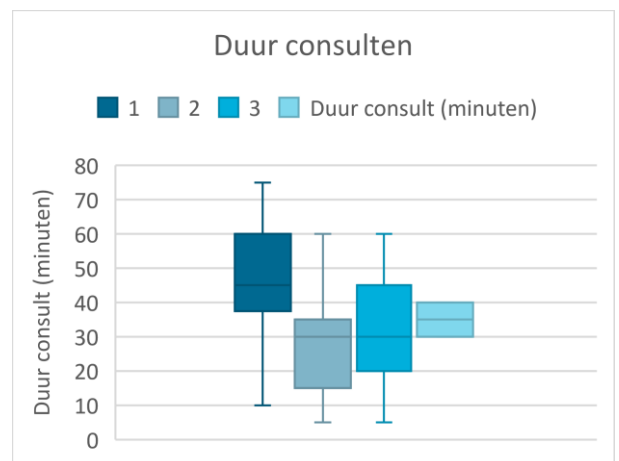
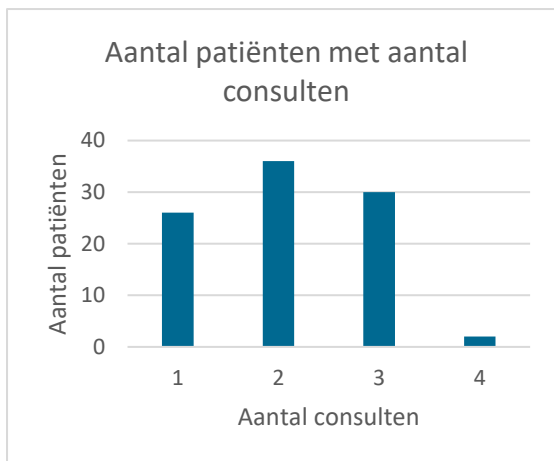
In 'Ketenzorg Ontketend' ontwikkelt het Radboudumc samen met NEO Huisartsenzorg Nijmegen, Onze Huisartsen Arnhem en Huisartsenzorg Oude IJssel Doetinchem een nieuw model voor persoonsgerichte en integrale zorg bij chronische aandoeningen. Ook de Erasmus Universiteit Rotterdam, de Hogeschool Arnhem Nijmegen en andere partners helpen mee. In het deelproject 'EMBOSS' onderzoekt het expertisecentrum voor gezondheidsverschillen Pharos hoe dit nieuwe model ook kan aansluiten bij mensen met een lage sociaaleconomische status (SES), omdat zij mogelijk andere problematiek en zorgbehoeftes hebben. In 2021 voerden wij een pilot uit in zeven huisartspraktijken die gedurende 6 maanden het zorgmodel testten in hun ketenzorgprogramma's. Wij verzamelden informatie over ervaringen en verbeterpunten door middel van vragenlijsten en interviews met zorgverleners en patiënten.

Wie nam deel?

Patiëntkenmerken	Aantal	%
Totaal	96	100
Geslacht: vrouw	60	62.5
Leeftijd ≥65 jaar	48	50.0
Lage SES, gedefinieerd als opleidingsniveau MBO1 of lager	36	38
Af en toe tot vaak hulp nodig bij lezen van medische folders	21	21.9
Met pensioen	39	40.6
COPD/astma	24	25.0
Diabetes Mellitus type 2	43	44.8
Hart- en vaatziekten	48	50.0

Hoe zag de nieuwe zorg er uit?





Bij 26 patiënten is geen tweede consult geweest door bijvoorbeeld geen veranderwens in behandeling of niet verschijnen op de afspraak. Gemiddeld hadden patiënten 2 consulten, waarvan het eerste consult een mediane duur had van 45 minuten, variërend van 10 tot 75 minuten. Consult 2 was korter, met een mediane duur 30 minuten, variërend van 5 tot 60 minuten. Twee praktijken planden aparte afspraken voor het meten van waarden, zoals bloeddruk. De mediane duur hiervan was 15 minuten.

Gebruik zorgplan en verwijzingen	Aantal	%
Individueel zorgplan aanwezig in VIPLive of in de P-regel	77	81.1
Aantal patiënten met 1 of meer verwijzingen	17	17.9
medisch specialist	3	3.1
POH GGZ/psycholoog	4	4.2
diëtiste/leefstijlcoach	4	4.2
fysiotherapie/PMT	4	4.2
sociale domein (welzijn op recept, SWT)	3	3.1

Wat vonden patiënten en zorgverleners van de nieuwe zorg?

We hielden 4 focusgroepinterviews en 23 diepte interviews met zorgverleners (8) en patiënten (15 met lage SES).

Model voor persoonsgerichte en integrale zorg

Het model bestaat uit zeven stappen. De tijdsduur van de pilot was te kort om met iedere patiënt alle zeven stappen goed te doorlopen. De resultaten gaan daarom met name over de eerste vijf onderdelen.

Thuis vragenlijst invullen

De patiënt kon zich thuis voorbereiden op het bespreken van de integrale gezondheidstoestand (d.w.z. de domeinen fysiologisch functioneren, lichamelijke klachten, functionele beperkingen en zelfredzaamheid, sociaal functioneren en kwaliteit van leven) met een vragenlijst. De meeste patiënten vulden deze zelf digitaal in. Bij de lager opgeleiden zien we dat het digitaal invullen voor een aantal patiënten lastig was. Zij vulden de lijst op papier in of samen met de POH. Eén praktijk heeft alles samen met de patiënten ingevuld. Samen invullen kostte meer tijd, maar leverde ook 'haakjes' op voor het gesprek waar doelen en behandeling op konden aansluiten. *'Samen invullen was goed, want dan kun je praten en komt er meer naar boven'* (POH). Daarnaast gaf samen invullen de mogelijkheid om lastige woorden of onderwerpen toe te lichten en uit te diepen. Patiënten met lage SES vonden het prettig als ze zelf een keuze kunnen maken over hoe zij de vragenlijst ontvangen en invullen. Eén patiënt gaf aan dat een vragenlijst veel angst en stress oproept als je niet goed kunt lezen. Het stelt gerust als de POH hierbij kan helpen. Sommige misten in de vragenlijst over Positieve Gezondheid vragen over hun specifieke aandoeningen.

Gesprek op de praktijk

De meeste respondenten, zowel zorgverleners als patiënten, waren erg tevreden over het 'brede' gesprek dat gevoerd werd tijdens het consult. Het gesprek omvatte verschillende domeinen (zoals die van het Positieve Gezondheidsmodel) en leverde de zorgverlener (veel) inzicht op in de (sociale) context, vaardigheden en mogelijkheden van de patiënt,

zelfs als die al langer in behandeling was. Het gaf input en handvatten voor het vaststellen van passende (gezondheids)doelen of vervolg in behandeling. Er was meer ruimte voor de eigen inbreng van de patiënt. Patiënten ervoeren het als erg prettig dat er verder werd gekeken dan alleen naar 'getallen' en hadden het gevoel meer als mens te worden gezien en meer serieus genomen te worden. Overigens was het nieuwe zorgmodel niet voor alle patiënten even duidelijk of voorzag het niet in hun behoeften. Een aantal wilde alleen de uitslagen of waardes weten. Het brede gesprek had ook een positieve invloed op de vertrouwensband tussen patiënt en zorgverlener. De zorgverleners ervoeren meer werkplezier. De gebruikte methodiek hielp de zorgverlener om met de patiënt gespreksonderwerpen te prioriteren en bood structuur. Zorgverleners kregen meer inzicht in motivatie van patiënten en kregen meer begrip voor de patiënt. Patiënten met een lage SES gaven ook aan dat het 'brede' gesprek een barrière wegnam om over bepaalde dingen in hun leven te praten. Het gebruikte spinnenweb van Positieve Gezondheid kan een goed gesprekshulpmiddel zijn, maar is niet voor alle patiënten geschikt. Zo is het voor lager opgeleiden vaak te abstract en zijn de termen in het model niet begrijpelijk (bijvoorbeeld zingeving, mentaal welbevinden). De eenvoudige versie van het spinnenweb is begrijpelijker voor hen, maar de verwachting is dat het nog steeds voor een aantal mensen te abstract is.

Doelen bepalen

Door thuis voor te bereiden (invullen van de vragenlijst) en het voeren van het 'brede' gesprek ervoeren patiënten meer motivatie om te werken aan hun gezondheid. Patiënten voelden zich meer betrokken. Het advies was wel om op de haalbaarheid en het stellen van realistische doelen te letten. De doelen moeten klein zijn en passen bij de persoonlijke situatie van de patiënt. Zeker bij lager opgeleide patiënten is dit belangrijk. Zorgverleners gaven ook aan dat er vaker complexe problematiek speelt bij lager opgeleide patiënten. Zorgverleners vonden het lastiger om samen met hen doelen op te stellen of gaven hier minder prioriteit aan. Het doorverwijzen naar het sociale domein stond bij hen ook minder op het netvlies. Waar het bij veel patiënten lukte om eerst bredere ambities voor de toekomst te bespreken en daarna doelen te stellen, was voor lager opgeleide patiënten vaak meer uitleg nodig. Daarbij vonden lager opgeleiden het wenselijk om een stok achter de deur te hebben en zouden ze graag meer (korte) contactmomenten willen.

Plan maken

Bij het bepalen van de behandeling dacht de zorgverlener meer vanuit de patiënt en minder vanuit alleen meetwaarden. Bij lager opgeleiden ervoeren de zorgverleners dat meer sturing nodig is in het kiezen van behandelopties. Het spinnenweb of andere visuele materialen zoals gesprekskaarten waren helpend. Als adviezen en/of behandelingen onvoldoende aansloten bij hun leefwereld, vaardigheden en mogelijkheden, bijvoorbeeld doordat de zorgverlener nog vaak te leidend was, volgden de patiënten de adviezen niet goed op. Dit was vooral het geval bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. *'Ik vind het fijn dat mijn POH mij situatie weet, nu weet ze waarom ik het lastig vind adviezen op te volgen, het is niet dat ik niet wil, maar ik ben te druk met andere dingen en snel afgeleid' (patiënt)*. Lager opgeleide patiënten vonden het belangrijk als één zorgverlener in de praktijk casemanager van de patiënt is. Ook vonden zij het belangrijk dat bij doorverwijzing de lijnen kort zijn, zodat de zorgverlener naar wie verwezen is al op de hoogte is van klachten of problemen. Zorgverleners gaven aan dat er nog weinig integratie van de ketens heeft plaatsgevonden, omdat een deel van de patiënten in de pilot maar één chronische aandoening heeft.

Vastleggen persoonlijk gezondheidsplan

Wanneer de doelen en behandeling zijn vastgesteld en afgesproken met de patiënt kan dit worden vastgelegd in VIPLive. In de pilotpraktijken wordt dit nog weinig gebruikt. Sommige zorgverleners wisten niet hoe een gezondheidsplan kan worden aangemaakt in het systeem. Andere vonden het geen meerwaarde, omdat het plan niet met andere zorgverleners kan worden gedeeld. Veel zorgverleners gebruikten de P-regel in het HIS om uitslagen en doelen vast te leggen. Patiënten hebben de mogelijkheid dit te bekijken wanneer ze inloggen in hun patiëntportaal, maar dit wordt nauwelijks gedaan. Voor patiënten met beperkte digitale vaardigheden is dit te moeilijk. Patiënten met lagere opleiding vinden het wenselijk om afspraken mee naar huis te krijgen, mits het begrijpelijk is opgeschreven. Zij gaven aan dat het hen thuis helpt om afgesproken doelen en behandelingen te herinneren. Sommige zorgverleners schreven het plan kort op papier, bijvoorbeeld bij het geprinte spinnenweb, en gaven dit mee aan de patiënt.

Randvoorwaarden

Scholing/training

Alle praktijken hebben voor de start van de pilot een scholing gevolgd. De meeste praktijken volgden scholing over Positieve Gezondheid (IPH), enkele praktijken de scholing over het GG/ZZ gespreksmodel (Bettery). Over de scholingen

waren de zorgverleners tevreden. Met name de onderdelen gespreksvaardigheden, zoals samen beslissen, coachen van patiënten en regie leggen bij de patiënt, brachten nieuwe informatie. Kanttekening hierbij is dat het voor veel POH's lastig was om af te kijken van het protocollair werken. Het vroeg voor hen meer om andere vaardigheden en focus dan voorheen. Casuïstiek besprekingen of intervisiebijeenkomsten zouden goede toevoegingen zijn. Een aantal zorgverleners miste in de scholing aandacht voor lager opgeleiden, beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid. Het herkennen van en/of begrijpelijke communiceren met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden was niet voor iedereen vanzelfsprekend of eenvoudig. Ook het omgaan met patiënten met complexe problematiek werd als aandachtspunt genoemd, met name het coachen en motiveren tot het formuleren en uitvoeren van passende doelen werd als een uitdaging gezien.

Tijd

Zorgverleners gaven aan dat het een tijd duurt om deze nieuwe methode onder de knie te krijgen. Ze wilden graag verder gaan met deze manier van werken. Daarnaast kostte het tijd om het nieuwe model uit te rollen in de praktijk. Zorgverleners gaven als voorkeur aan om eerst klein te beginnen en langzaam uit te rollen naar de rest van de praktijkmedewerkers en patiënten. Verder gaven bijna alle zorgverleners aan dat het model in het begin meer werk of taakverzwaring kost door langere consulten, de frequentie van het aantal consulten en meer administratie. Op de langere termijn werd de consultduur wel korter. Zorgverleners pasten meer maatwerk toe in de consultfrequentie. Sommige patiënten zagen ze wat vaker en andere juist minder vaak. Dit past ook bij persoonsgericht werken. De zorgverleners vonden het belangrijk om voldoende rust en tijd te hebben voor een 'breder' gesprek. De zorgverleners vertelden dat het invullen van de voorbereidende vragenlijst samen met lager opgeleide patiënten ten koste gaat van tijd voor het bespreken van doelen en standaardmetingen. Toch vonden zij dat het hen uiteindelijk tijdwinst zal opleveren doordat je meer inzicht krijgt in iemands sociale context, vaardigheden en mogelijkheden en daardoor de behandeling beter kan afstemmen.

Samenwerken

Zorgverleners gaven aan dat de duur van de pilot te kort was om duidelijke veranderingen te kunnen aanbrengen in de manier van samenwerken met andere zorgverleners in de eerste lijn of het sociale domein. Wel is genoemd dat de POH en huisarts nu op dezelfde manier werken en daardoor sneller kunnen overleggen. Opgemerkt werd dat de doktersassistente deze manier van werken nog niet heeft eigen gemaakt en mogelijk meegenomen moet worden in de scholing. Hierdoor ontwikkel je binnen de huisartsenpraktijk dezelfde visie en werkwijze. Samenwerken met andere domeinen of professionals buiten de praktijk kost tijd. Het is in bepaalde regio's lastiger om te verwijzen naar of samen te werken met het sociale domein dan in andere regio's. De RHO's kunnen ook ondersteunen bij het creëren van een netwerk met het sociale domein. Samenwerking verloopt het beste als er korte lijntjes zijn met andere zorgverleners, zoals het in beeld hebben van sociale kaart en gesprekken met sociale wijkteam, buurtcoaches etc. op regelmatige basis. Dit gebeurt soms al, soms ook niet. Een belemmerende factor was dat door COVID veel gesloten was.

Digitale infrastructuur

Zorgverleners gaven aan zo min mogelijk administratieve lasten te willen hebben, zodat ze meer tijd voor de patiënt hebben. Administratie kostte minder tijd bij een aantal praktijken doordat er geen verplichte 'afvinklijstjes' meer waren. ICT ondersteuning kan het samenwerken in een netwerk verbeteren, doordat ook andere zorgverleners zicht hebben op behandeling en doelen. De huidige ICT voorzieningen kennen nog beperkingen. In sommige praktijken was de toegang in VIPLive voor alle betrokken zorgverleners en de digitale doorverwijsmogelijkheid nog niet in orde. De link tussen het HIS en VIP werkte (nog) niet voldoende. Ook het versturen van de vragenlijst Positieve Gezondheid via VIPLive ging niet altijd goed, waardoor patiënten soms gedemotiveerd werden. Daarbij beschikte niet iedere patiënt over internet of was digitaal vaardig genoeg.

Continuïteit van zorg zorgverlener

Veel patiënten, vooral ook lager opgeleiden, gaven aan continuïteit van de zorgverlener heel belangrijk te vinden. Voor hen geeft het meer overzicht en is het duidelijk bij wie je moet zijn als er iets aan de hand is. Patiënten gaven aan dat het belangrijk is om je hart te kunnen luchten bij een zorgverlener die je al goed kent. Het opbouwen van een persoonlijke band met één zorgverlener hoort hier ook bij. Daarbij vonden veel patiënten het belangrijk om de huisarts te blijven zien naast het regelmatige contact met de POH. De POH consulten moeten de huisarts niet vervangen.