

# Meerdere ziektes, beter teamwerk

**Wat kunnen hulpverleners doen om tegemoet te komen aan de verwachtingen van patiënten met meerdere chronische aandoeningen over hun levenskwaliteit? Die vraag moet centraal staan. Niet hun ziektes, maar zichzelf zijn het uitgangspunt, zeggen Jan De Maeseneer, An De Sutter en Pauline Boeckxstaens.**



JAN DE MAESENEER, AN DE SUTTER EN PAULINE BOECKXSTAENS

---

**De meeste patiënten willen zelfstandig blijven functioneren en hun sociaal leven behouden. De zorg moet daarop**

**Wie?** Hoogleraar, hoofddocent en doctor-assistent huisarts-geneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg (UGent) en alle drie huisarts.

**Wat?** Huisartsen, kinesisten en andere zorgverleners zullen meer moeten samenwerken, willen ze de vele patiënten met verschillende chronische ziekten efficiënt behandelen. 1,8 miljoen Vlamingen (bijna 1 op de 3) lijden aan meer dan één chronische aandoening ([DS 8 oktober](#)). Aangezien onze bevolking veroudert, zal die multi-morbiditeit nog toenemen. Sommigen spreken zelfs van een tsunami van chronische ziekten die op ons afkomt. Bovendien zien we dat er in elke leeftijdsgroep meer mensen uit lagere sociale klassen ziek zijn: arm maakt niet

## **inspelen**

---

alleen ziek, arm maakt ook zieker.

Huisartsen ervaren die evolutie dagelijks in de praktijk. Voor elke aparte aandoening zijn wetenschappelijke richtlijnen ontwikkeld, maar die moeten in geval van multi-morbiditeit simultaan worden toegepast bij één patiënt. Dat kan tot problemen leiden: medicatie die goed is voor de ene ziekte, kan een andere negatief beïnvloeden. Als de patiënt veel verschillende medicatie moet nemen, bestaat het risico op foute inname en nevenwerkingen. Bovendien kunnen de correcte opvolging van de ziektes en de vereiste aanpassing van de levensstijl erg belastend en tijdrovend zijn voor patiënten, waardoor er niet veel leven meer is naast het ziek zijn. Het is dus niet gezegd dat de som van alle wetenschappelijke richtlijnen de patiënt met multi-morbiditeit ook effectief beter maakt.

Hoe kunnen we de zorg voor die patiënten dan wel zinvol organiseren? Wij kunnen het uitgangspunt van de zorg veranderen: niet de bloeddruk of de suikerspiegel meten moet primeren, maar de vraag: 'Wat kun je als hulpverlener doen om de behoeften van de patiënt wat de kwaliteit en de kwantiteit van zijn leven betreft, zo goed mogelijk te realiseren?' Onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat oudere mensen met chronische aandoeningen vaak anders aankijken tegen klassieke uitkomsten zoals langer leven en ziektepreventie en veel meer de afweging maken hoeveel ongemak ze daarvoor overhebben.

### **Jeanine**

Nemen we als voorbeeld Jeanine, een alleenwonende dame van tachtig jaar met diabetes, chronisch longlijden, gewrichtsproblemen en een verhoogde bloeddruk. De huisarts, de verpleegkundige en de kinesist komen geregeld langs en proberen elk de richtlijnen voor de aandoeningen waarin ze gespecialiseerd zijn in de praktijk te brengen. Dat lukt niet goed, want de inspanning en de discipline die ze van de patiënte vergen, is groot, en zij is ondertussen al die 'noodzakelijke' onderzoeken en therapieaanpassingen grondig beu. Wat ze wel belangrijk vindt, is om haar vriendinnen te ontvangen en wekelijks met haar dochter boodschappen te doen. Voorts wil ze graag zo lang mogelijk thuisblijven en met rust gelaten worden.

Samen met de patiënte zouden de huisarts en andere hulpverleners beter uitzoeken hoe haar wens het best kan worden gerealiseerd. Een ergotherapeut bekijkt de woning, er wordt overlegd over de zin en onzin van routinecontroles, over wat te doen als haar situatie verslechtert. Zo krijgt de patiënte zelf controle over haar zorg en weten ook de hulpverleners wat van hen verwacht wordt en wat niet.

Zulke doelgerichte zorg stelt dus de patiënt met zijn behoeften en doelstellingen centraal. Uit onderzoek blijkt dat de meeste patiënten twee doelen belangrijk vinden: functioneren (zichzelf kunnen aankleden, bijvoorbeeld) en sociale participatie (blijven deelnemen aan het maatschappelijke leven). Zorg moet er in de eerste plaats op gericht zijn om dat te bevorderen.

Dat zal niet langer kunnen worden georganiseerd vanuit één discipline (de arts). Een team van hulpverleners rond de patiënt zal aan de slag moeten, er zal geregeld overleg nodig zijn en bij voorkeur zal dat team beschikken over een gemeenschappelijk elektronisch dossier waarin de doelstellingen van de patiënt centraal staan en waarin de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) mee kan beslissen. Telkens opnieuw moet immers bij de patiënt getoetst

worden of een interventie zal bijdragen tot de realisatie van zijn levensdoelen. Doet de geboden zorg er voor de patiënt echt toe?

### **De mens, niet de ziekte**

Een dergelijke aanpak is niet gemakkelijk en vereist een omslag in het denken, bij zorgverstrekkers én bij patiënten. Zorgverstrekkers zullen nog beter moeten worden opgeleid in patiëntgerichte benadering en interdisciplinaire samenwerking. Patiënten zullen moeten leren om meer op te komen voor wat voor hen belangrijk is. Omdat hogeropgeleiden daar beter op voorbereid zullen zijn dan mensen met een lagere opleiding, moet ook worden ingezet op een aangepaste benadering van alle patiënten.

Mensen met (meerdere) chronische aandoeningen kunnen we niet meer genezen. We kunnen hen wel ondersteunen om hun maximale 'gezondheidspotentieel' te benutten. Maar alleen zichzelf kunnen ons zeggen wat dat voor hen betekent. Een extra argument dus om, zeker in complexe chronische zorg, de mens en niet de ziekte(s) centraal te stellen.