

Integrale zorg

Citation for published version (APA):

Willemsen, R. T. A. (2020). Integrale zorg: een noodzakelijk goed. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 164(3), Article D5077. <https://www.ntvg.nl/artikelen/integrale-zorg-een-noodzakelijk-goed/icmje>

Document status and date:

Published: 23/11/2020

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Document license:

Taverne

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Integrale zorg: een noodzakelijk goed

Robert T.A. Willemsen

De sterfte onder oudere patiënten met atriumfibrilleren daalt door de zorg voor deze patiënten integraal vanuit de huisartspraktijk te leveren, zo luidde de conclusie van een Nederlandse studie. Daarmee lijkt de meerwaarde van een generalistische aanpak duidelijk aangetoond. Wellicht geldt deze meerwaarde voor veel meer patiënten dan alleen patiënten met atriumfibrilleren.

De organisatiestructuur bepaalt voor een groot deel de kwaliteit van de chronische zorg, en in Nederland is er veel expertise op dat vlak. Zo is er ook toenemend ervaring met integrale zorg voor patiënten met atriumfibrilleren (AF). Tijdens het afgelopen congres van de European Society of Cardiology werden de resultaten van 2 Nederlandse studies over dit thema gepresenteerd in de 'late breaking'-sessies. In de ene studie, de RACE 4-studie, werd de behandeling uitgevoerd door gespecialiseerde verpleegkundigen in het ziekenhuis, aan de hand van een beslismodel en in nauwe samenspraak met de cardioloog.¹ Vergeleken met reguliere zorg had deze behandeling alléén een meerwaarde in centra waar al langere tijd ervaring was met dergelijke aanvullende zorg. In de andere studie, de ALL-IN-studie, werd integrale zorg voor patiënten met AF in de huisartspraktijk georganiseerd.² De resultaten van de laatstgenoemde studie waren meer uitgesproken en staan elders in het NTVG beschreven.

ALL-IN-studie

De ALL-IN-studie betrof een 'non-inferiority'-onderzoek onder patiënten met AF met een mediane leeftijd van 77 jaar. In de interventiegroep kregen 527 patiënten integrale zorg. Zij kwamen ieder kwartaal ter controle bij een speciaal geschoolde praktijkondersteuner. Tijdens deze controles lag het accent op patiënteducatie, het opsporen van symptomen van AF en vroege tekenen van hartfalen of andere comorbiditeit, en het meten van relevante parameters, inclusief de INR-waarde bij patiënten die met een vitamine K-antagonist werden behandeld. Wanneer dat nodig was, kon de huisarts laagdrempelig de cardioloog of de trombosedienst consulteren. In de controlegroep kregen 713 patiënten met AF reguliere zorg aangeboden, die veelal bestond uit een jaarlijkse controle in het ziekenhuis óf – wanneer de patiënt ontslagen was van dergelijke controles – uit ad-hoczorg via de huisarts op het moment dat de patiënt klachten kreeg. Patiënten die vitamine K-antagonisten gebruikten stonden daarnaast onder periodieke controle van de trombosedienst.

De met vragenlijsten gemeten fysieke en mentale gezondheidsverandering verschilde niet tussen beide groepen, maar de algehele sterfte was lager in de interventiegroep (3,45 vs. 6,72%). Het 'number needed to treat' bedroeg 31, wat betekent dat er 31 patiënten gedurende 2 jaar integrale zorg moeten krijgen om 1 sterfgeval te voorkómen. De sterftereductie werd vooral gedreven door een statistisch significante afname van de sterfte door een niet-cardiovasculaire oorzaak; de afname in sterfte door een cardiovasculaire oorzaak was niet statistisch significant.

Omdat 41% van de patiënten in de interventiegroep tóch nog periodiek door de cardioloog werd gecontroleerd, is de sterftereductie niet met zekerheid alleen aan de integrale zorg toe te schrijven. In een vooraf geplande sensitiviteitsanalyse werd de interventiegroep uitgebreid met de 411 patiënten uit de interventiepraktijken die niet hadden ingestemd met het verzamelen van gepersonaliseerde gegevens, maar van wie op praktijkniveau wél sterftcijfers bekend waren. Daarmee verdween het statistisch significante verschil in sterfte tussen de patiënten die integrale zorg kregen en de patiënten die reguliere zorg kregen. Bijna de helft van deze 411 patiënten kreeg geen integrale zorg, waarmee de resultaten van de sensitiviteitsanalyse minder zeggen over de interventie, maar mogelijk wel een reëlere weergave zijn van de praktijk van alledag als het gaat om het effect op de sterfte.

Noodzakelijk goed

Integrale zorg voor patiënten met AF is een relevant thema vanwege de vergrijzing en de stijgende prevalentie van AF, die inmiddels is opgelopen tot 20% onder 80-plussers. AF is niet zozeer een ziekte op zich, als wel een onderdeel van veroudering van het hart enerzijds en cardiovasculaire morbiditeit anderzijds. Met andere woorden: hoe ouder en hoe zieker het hart, des te groter

is het risico op AF. Veel patiënten in de eerste lijn, zoals ouderen met of zonder hypertensie, hebben dus een verhoogd risico op AF, en meestal hebben deze patiënten meerdere chronische aandoeningen. Het lijkt daarmee een logische stap om de zorg voor patiënten met AF te integreren in cardiovasculaire ketenzorgprogramma's. In diverse regio's zijn initiatieven ontplooid om de zorg voor patiënten met AF in de bestaande ketenzorg voor cardiovasculair risicomanagement (CVRM) te integreren (<https://www.nvvcconnect.nl/Regionaal/connect-regios-af>). Praktijkondersteuners controleren patiënten met AF in deze regio's. Zo monitoren zij de klachten van de patiënt en zorgen ze voor een adequaat antistollingsbeleid en CVRM. Wanneer de leeftijd of de nierfunctie van de patiënt daartoe aanleiding geeft, wordt de antistollingsmedicatie aangepast. Bij klachten kijkt de huisarts mee en laagdrempelig wordt de patiënt ook door de cardioloog gezien als daar reden voor is. De toenemende zorgbehoefte van ouderen met multimorbiditeit – met en zonder AF – zal deze integrale zorg bij de huisarts steeds noodzakelijker maken. Gesteund door de huidige resultaten van de ALL-IN-studie, kunnen we van een 'noodzakelijk goed' spreken. Een mortaliteitsreductie door integrale zorg is immers een uitstekend resultaat.

Organisatie van ketenzorg

Gezien het sterk groeiende aantal patiënten is het onhoudbaar om bij een individuele patiënt met multimorbiditeit 'keten op keten' te stapelen. De vraag lijkt nu niet meer zozeer óf we dergelijke ketenzorg moeten leveren, maar vooral hóe we dat efficiënt blijven doen. Er is in Nederland uitgebreide ervaring met ketenzorg, zoals voor CVRM en voor patiënten met astma, COPD en diabetes mellitus type 2. De uitdaging voor de toekomst is om toe te werken naar een meer generieke zorgketen voor alle chronische patiënten, met de juiste ziektespecifieke accenten voor ieder individu. De effecten van een specifieke zorgketen, zoals die werden onderzocht in de ALL-IN-studie, moeten daarin behouden blijven. Maar de ALL-IN-studie liet vooral een effect zien op de sterfte door een niet-cardiovasculaire oorzaak en de RACE 4-studie liet zien dat integrale zorg alleen meerwaarde had in ziekenhuizen waar al langer chronische zorg geleverd werd. De motor van deze effecten is misschien voor een groot deel niet de ziektespecifieke zorg, maar meer het generieke aspect van de zorg, gecombineerd met de al eerder aangetoonde meerwaarde van eerstelijns geneeskunde.³ Met andere woorden: de effecten van integrale zorg kunnen voor een aanzienlijk deel berusten op het periodiek controleren van kwetsbare ouderen met (multi)morbiditeit, met de juiste aandacht en dicht bij huis. Daarbij staat een adequaat CVRM-beleid en vroege herkenning van ziekten in brede zin door getrainde praktijkondersteuners voorop en zien specialisten de patiënt niet periodiek, maar op momenten dat het nodig is.

Tot slot

In Nederland zijn we op de goede weg, maar we moeten in de ketenzorg meer en meer generiek gaan werken als het kan, en specifiek als het moet. Het zou goed zijn als we innovatie én wetenschappelijk onderzoek richten op de organisatie van integrale zorg, zodat we het aankomende decennium in Nederland ons hoge niveau van ketenzorg vasthouden.

- Online artikel en reageren op nvtg.nl/D5077
- Maastricht University, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: dr. R.T.A. Willemsen, huisarts.
- Contact: R.T.A. Willemsen (robert.willemsen@maastrichtuniversity.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 27 mei 2020
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D5077

Literatuur

1. Wijtvliet E, Tieleman RG, van Gelder IC, et al. Nurse-led vs. usual-care for atrial fibrillation. *Eur Heart J.* 2020;41:634-41. [doi:10.1093/eurheartj/ehz666](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz666). [Medline](#).
2. Van den Dries CJ, van Doorn S, Rutten FH, et al. Integrated management of atrial fibrillation in primary care: results of the ALL-IN cluster randomized trial. *Eur Heart J.* 2020;41:2836-44. [doi:10.1093/eurheartj/ehaa055](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa055). [Medline](#)
3. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502. [doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x). [Medline](#)