

Comorbiditeit

Het onderwerp

Comorbiditeit is het bestaan van één of meer (chronische) aandoeningen naast de zogenoemde indexziekte/hoofddiagnose waar de meeste aandacht naar uitgaat. Als iemand meerdere chronische aandoeningen heeft die even belangrijk zijn, spreekt men van multimorbiditeit. Co- en multimorbiditeit komen veel voor. Meer dan de helft van de mensen ouder dan 55 jaar met een chronische aandoening heeft één of meer andere aandoeningen. Van de mensen ouder dan 50 jaar met een depressie of angststoornis heeft 80% somatische comorbiditeit.

Patiëntenperspectief

Voor volwassen patiënten met chronische somatisch-psychische of psychiatrische co- of multimorbiditeit die met verschillende zorgverleners te maken hebben kan het moeilijk zijn om hun dagelijkse zorg goed te regelen. Kritische punten zijn vaak de overgangen in de zorg, bijvoorbeeld van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Andere knelpunten zijn bijvoorbeeld de kans op verminderde therapietrouw, juist ook vanwege de aandoeningen, en beperkte mogelijkheden voor zelfmanagement.

Aandachtspunten vanuit patiëntenperspectief

- Stel de kwaliteit van leven van de patiënt centraal en neem daarbij alle aandoeningen van de patiënt in ogenschouw.
- Betrek, in overleg met de patiënt, naastbetrokkenen bij de zorg.
- Stimuleer het nemen van verantwoordelijkheid en participatie van de patiënt.
- Informeer de patiënt zo goed mogelijk, zodat deze weloverwogen keuzes kan maken.

Kernelementen van goede zorg

- Voldoende beschikbare tijd om de aandoeningen en alle relevante problemen in samenhang te bespreken.
- Een multidisciplinaire benadering waarbij meerdere disciplines aan dezelfde problematiek en behandeldoelen werken gedurende een langere periode.
- Alle zorgverleners die bij de zorg voor een patiënt met co-/multimorbiditeit betrokken zijn en de patiënt zelf (en/of diens naaste) dienen ten minste te beschikken over een actueel overzicht van relevante delen van:
 - de probleemlijst, resp. lijst van aandoeningen;
 - een medicatielijst, inclusief zelfzorgmedicatie;
 - de betrokken zorgverleners en hun rollen/verantwoordelijkheden en interventies;
 - de behandeldoelen en beleid bij calamiteiten;
 - de inzet/mogelijkheden van patiënten (en naasten).

Voor een goede samenwerking en coördinatie van zorg is de registratie en uitwisseling van gegevens van cruciaal belang. Voorwaarde is dat de patiënt hier expliciet toestemming voor geeft en weet wat de implicaties zijn. Indien de patiënt dit niet kan beoordelen (bijvoorbeeld vanwege de aard of consequenties van zijn aandoeningen), hoort een geautoriseerde vertegenwoordiger van de patiënt geraadpleegd te worden.

- De zorgverlener die inzage heeft in alle zorgprocessen rondom de patiënt, bijvoorbeeld de hoofdbehandelaar / regiebehandelaar of casemanager, stelt het overzicht op samen met de patiënt (en/of naasten).

Vroege onderkenning en preventie

- Neem (nieuwe) klachten bij elke patiënt serieus, ook al zijn zij in eerste instantie moeilijk te duiden.
- Besef dat niet iedere patiënt met (nieuwe) klachten zich hiermee zal presenteren. Naastbetrokkenen en eerder betrokken hulpverleners kunnen informatie verschaffen.

Diagnostiek

- Start de diagnostiek met het samen met de patiënt inventariseren van de problemen en de hulpvraag.
- Wees bij patiënten met een sociaaleconomisch zwakke achtergrond en migranten extra bedacht op mogelijke bijkomende psychosociale problematiek.
- Ga na of de patiënt adequaat is geïnformeerd over zijn aandoeningen, en/of er mogelijk sprake is van verminderd inzicht en/of zorgmijndend gedrag.
- Schat het niveau van zelfmanagement in (evt. met naasten) en mogelijkheden tot verbetering hiervan.
- Wees alert op problemen die samenhangen met het medicatiegebruik.

Behandeling en begeleiding

- Stel in samenspraak met de patiënt (en indien gewenst diens naasten) de behandeldoelen en het behandelplan vast en bespreek hierbij de verwachtingen van de patiënt en die van u als zorgverlener.
- Prioriteer de behandel- en zorgdoelen met de patiënt en eventueel naastbetrokkenen. Houd daarbij rekening met de wens van de patiënt, de prognose en levensverwachting van de patiënt en de haalbaarheid om de doelen. Draag samen met de patiënt (en/of naasten) zorg voor de beschikbaarheid en het bijhouden van het medicatieoverzicht. Betrek de patiënt actief bij de besluitvorming over elke wijziging van de medicatie.
- Valueer de medicatie van de patiënt ten minste jaarlijks.
- Houd bij het voorschrijven van medicatie rekening met therapietrouw bevorderende maatregelen.

Monitoring

- Ga bij elk contact na in hoeverre de doelen zijn gerealiseerd en wat er nodig is om deze verder te realiseren. De doelen kunnen variëren in de tijd.

Herstel, participatie en re-integratie

- Bevorder het herstel in brede zin, met aandacht voor de functionele en persoonlijke doelen.

Organisatie van zorg

- Leg de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners helder vast. Hierbij kunnen drie verantwoordelijkheden worden onderscheiden:
 - het aanspreekpunt voor vragen van de patiënt of diens vertegenwoordiger (casemanager);
 - de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt;
 - de coördinatie en regie over de zorgverlening en het zorgproces.

Het verdient aanbeveling deze verantwoordelijkheden bij één persoon te beleggen.

- Realiseer dat u niet de enige zorgverlener bent voor deze patiënten en dat u een verantwoordelijkheid heeft voor wat betreft de communicatie en afstemming met andere bij de patiënt betrokken zorgverleners en de patiënt zelf (en/of diens naaste).
- Een efficiënte manier van uitwisseling en delen van informatie is een gedeeld elektronisch patiënten-dossier, eventueel met gebruikmaking van een individueel zorgplan. Hierbij moet een balans gevonden worden tussen volledigheid en privacy van de patiënt.
- Vermijd jargon en afkortingen zoveel mogelijk bij de registratie en verslaglegging zodat ook patiënten en naastbetrokkenen bij inzage in het dossier de informatie kunnen begrijpen.