

Bijlage 10. Geanonimiseerd overzicht van reacties medische staven op uitvraag (juni/juli 2019) huidige praktijk ten aanzien van multimorbiditeit en regie in het ziekenhuis

	Soort ziekenhuis	Reactie
1	STZ ziekenhuis	Problematiek van patiënten met multimorbiditeit binnen ziekenhuis wordt herkend, organisatie van zorg hieromtrent thema van belang. Niet bereid om initiatieven te delen.
2	Algemeen ziekenhuis	Herkennen problematiek, toenemende vergrijzing duidelijk merkbaar, met name zorgproblematiek op SEH en bij uitplaatsing. Ook behandeldilemma's en doorlooptijden op SEH zijn gekoppeld aan patiënten met meervoudige problematiek. Zaken als regiebehandelaarschap/ hoofdbehandelaarschap keren nadrukkelijk terug op de agenda. Knelpunt is de overdracht in het netwerk met eerste en nulde lijn en de VVT-sector.
3	Algemeen ziekenhuis	Herkennen problematiek, toenemende vergrijzing en problematiek op meerdere vlakken hierbij. Het moet duidelijk zijn wie hoofdbehandelaar is bij deze patiënten, die zich verantwoordelijk voelt voor coördinatie van zorg. Werken met protocol hoofdbehandelaarschap en kwetsbare oudere. Initiatieven: Geriatrische trauma unit, nefrogeriatrisch zorgpad en overleg, cardiorenaal overleg.
4	STZ ziekenhuis	Herkennen problematiek en de organisatie van zorg en multimorbiditeit zijn thema's van belang. Hebben een uitgebreid samenwerkingsdocument met verantwoordelijkheidsverdeling van o.a. hoofdbehandelaar, zorgcoördinator, aanspreekpunt en aantal hoofdbehandelaars per patiënt en hoofdbehandelaarschap in verschillende settings
5	Algemeen ziekenhuis	Herkennen problematiek, met name t.a.v. wel/niet doen van diagnostiek en behandeling bij deze patiënten. Geen specifieke thema's binnen ziekenhuis, maar proberen wel de rol van hoofdbehandelaar/regievoerder beter vorm te geven, o.a. door een aangepast protocol. Hebben speciale werkafspraken gemaakt met huisartsen uit omgeving, waarin extra kwetsbare patiënten worden gesignaleerd en de medisch specialisten een pop-up krijgen, waarin verzocht wordt vaker contact op te nemen met de huisarts.
6	Academisch ziekenhuis	Herkenbaar en groeiende uitdaging door dubbele vergrijzing en selectiever opnamebeleid. Complexiteit van opgenomen patiënten neme daardoor toe. Verdere subspecialisatie binnen UMC vergroot de uitgaging om geïntegreerde (generalistische en subspecialistische) zorg te leveren. De wensen van patiënten veranderen door toenemende kennis en meer aandacht voor functie boven ziekte. Binnen UMC vanuit raad van bestuur project gestart waarbij zowel dilemma van generalistische versus subspecialistische zorg als integrale zorg voor multimorbide patiënten een onderdeel is. Belangrijke vragen: wat is een generalist? Hoe gaan we om met een patiënt die meerdere problemen heeft? Wie neemt daar regie voor? Er is gestart met een multidisciplinaire werkgroep en interviews om scenario's uit werken. Momenteel geen (andere) discipline-overstijgende initiatieven. Ook in opleiding zou meer aandacht voor generalisme moeten zijn. Er zijn ook meerdere initiatieven vanuit de afdeling geriatrie.
7	STZ ziekenhuis	Problematiek van patiënten met multimorbiditeit binnen ziekenhuis wordt herkend, organisatie van zorg hieromtrent thema van belang. Initiatief voor oudere patiënten, screening op kwetsbaarheid en leveren aangepaste zorg.
8	STZ ziekenhuis	Problematiek van patiënten met multimorbiditeit binnen ziekenhuis wordt herkend, organisatie van zorg hieromtrent thema van belang. Geen initiatieven ontvangen.
9	Academisch ziekenhuis	Multimorbiditeit en de betrokkenheid van de verschillende disciplines komt niet alleen voor bij geriatrie, maar in meerdere geledingen van ons academisch ziekenhuis. Het stafconvent brengt deze problematiek onder de aandacht van de raad van bestuur. Geen initiatieven verkregen.
10	Academisch ziekenhuis	Problematiek van patiënten met multimorbiditeit binnen ziekenhuis wordt herkend, organisatie van zorg hieromtrent thema van belang. Initiatief van reumatologie en interne geneeskunde ouderengeneeskunde: pilot met patiënten met reumatoïde artritis en complexe multimorbiditeit die gezamenlijk door reumatoloog en internist-ouderengeneeskunde werden gezien. Hiervoor is academische incentive ontvangen en er zijn reeds verschillende artikelen gepubliceerd. Verder is in het ziekenhuis informeel wel duidelijk wie wordt doorgestuurd, bijv. ernstig nier- of leverfalen, maar niet geformaliseerd.

11	STZ ziekenhuis	<p>Bij ouderen is er zeer vaak sprake van multimorbiditeit. Met de vergrijzing neemt het aantal ouderen sterk toe. De vakgroep geriatrie ziet alleen maar patiënten met multimorbiditeit. Onze zorg voor deze patiëntengroep is hier op ingesteld met het beschrijven van het ziektebeeld in assen en het multidisciplinair werken. De patiënt lijdt eigenlijk nooit aan slechts een aandoening. Zowel onze polikliniek als kliniek is ingesteld op patiënten met multimorbiditeit.</p> <p>Ook de vakgroep interne geneeskunde wordt in toenemende mate geconfronteerd met patiënten met multimorbiditeit.</p> <p>Om in het geriatrisch gedachtegoed te worden geschoold gaan de arts assistenten interne geneeskunde op korte termijn tijdens hun polistage geschoold worden door de vakgroep geriatrie in het denken in assen.</p>
12	Algemeen ziekenhuis	<p>Wij herkennen de geschetste problematiek. Hiervoor hebben wij verschillende initiatieven opgezet o.a. versterking van de samenwerking tussen de Geriatrie en de Ouderengeneeskunde, een ziekenhuisbrede AOA, verschillende MDO's (indien nodig op maatwerk van de patiënt), oprichting van de afdeling Ouderengeneeskunde, de inzet van eerstelijnsbedden en een verplichte e-learning 'kwetsbare ouderen' voor arts-assistenten.</p>
13	Academisch ziekenhuis	<p>Een universitair medisch centrum per definitie vaak te maken heeft met patiënten met multimorbiditeit. Bij initiatieven ten behoeve van de zorgverlening aan deze complexe patiënten kan bijvoorbeeld worden gedacht aan multidisciplinaire spreekuren, EHealth en regionale samenwerking.</p> <p>Klinisch: Steeds meer bezig met zorgen dat er een algemeen specialist zoals een internist / ouderen/geriater er actief bij wordt gevraagd de patiënt met multimorbiditeit in het ziekenhuis, met name bij opgenomen patiënten, bij de Medisch Psychiatrische Unit is het internist/psychiater samen. Bij orthopedie ook internisten erbij. Bij het dagbehandelcentrum is altijd een internist betrokken, niet per se behandelend maar beschikbaar voor vragen.</p> <p>Poliklinisch: multidisciplinaire poli's met geriater met vaatchirurg/cardioloog/thoraxchirurg (hartvaatcentrum), internist met gynaecoloog (zwangeren met multimorbiditeit) patiënt komt op een plek binnen en ziet achter elkaar of tegelijk alle specialisten, altijd een internist beschikbaar voor de gynaecoloog (dedicated internist).</p>
14	Academisch ziekenhuis	<p>Problematiek van patiënten met multimorbiditeit binnen ziekenhuis wordt herkend, organisatie van zorg hieromtrent thema van belang. Initiatieven vanuit chirurgie en afdeling ouderengeneeskunde: manier ontwikkeld om multimorbiditeit vroeg in kaart te krijgen, oudere patiënten (>70 jaar) voor chirurgische ingreep (nu met na me bij kanker en TAVIs. Kan bij chirurgisch (niet HPB). ook bij KNO / hoofdhalsgeneeskunde / TAVI's / Gynaecologie). krijgen gesprek met verpleegkundige en worden gescreend, uitdrukkelijk aandacht voor wensen en voorkeuren patiënt, daarna in MDO besproken. 30 % ander behandeladvies, 15% daarna nog verder in kaart door int-ouderengeneeskunde.</p> <p>Daarnaast is er een scholingsprogramma voor artsen en vpk, dit is op meerdere afdelingen in het ziekenhuis uitgevoerd, ook in de regio. Nu bezig met bredere implementatie daarvan. Leidende coalities, een daarvan kwetsbare ouderen, proberen zo compleet mogelijk overzicht te krijgen tav oudere patiënten binnen het ziekenhuis. Om het op aantal gebieden zo uniform mogelijk te krijgen, nu richten op besluitvorming, voeding en ICT. Binnen EPD aandacht voor hoe de ouderen in kaart gebracht.</p>
15	Algemeen ziekenhuis	<p>De problematiek wordt herkend en de zorg voor "patiënten met multimorbiditeit en een complexe zorgvraag" is al jaren een strategisch speerpunt van het ziekenhuis.</p> <p>Dit is georganiseerd in de vorm van een stuurgroep ouderen met daaronder hangende meerdere thema's ter verbetering van de zorg die in de organisatie worden beleg. Transmuraal is er een regionaal samenwerkingsverband met een kerngroep ouderen met bestuurders met daaronder een "projectgroep ouderenzorgteams" met diverse professionals uit ouderenzorg en de gemeenten en een "projectgroep ketenzorg dementie". De projectgroep ouderenzorgteams heeft een regionale werkwijze afgesproken voor de zorg voor ouderen met multimorbiditeit en een complexe zorgvraag en maakt gebruik van OZO verbindzorg (=tip voor andere regio's.) Ziekenhuisartsen in opleiding, hopen dat dat fundamenteel gaat bijdragen, voor opgenomen patiënten. Nu 2 in opleiding.</p> <p>Polikliniek ambitieuze plannen: maar barriere is tijd. OM de complexe patiënten MDO willen organiseren, dat er een stopmoment, kunnen we het makkelijker inrichten, geriater daar een rol ingeven, afstemmen. Tijd van mensen om te investeren, productiedruk. huisartsen hebben ouderen goed in beeld, huisartsen proberen een vinkje mee te geven, zodat er extra tijd kan worden ingepland. Maar loop je ook weer tegen productiedruk aan. Verder OZO Verbindzorg: ontwikkeld door wijkverpleegkundige omdat coördinatie ontbreekt, digitaal platform, patiënt is</p>

Bijlage 10. Geanonimiseerd overzicht van reacties medische staven op uitvraag huidige praktijk ten aanzien van multimorbiditeit en regio in het ziekenhuis

		eigenaar(meestal mantelzorger), sluit daar alle zorgverleners, dochter etc. op aan, verbeterd communicatie en afstemming.
16	STZ ziekenhuis	Herkennen de voorgestelde problematiek, maar spreken liever van kwetsbare ouderen als thema dan van multimorbiditeit. Ziekenhuisbrede commissie Ouderenzorg om op deze manier op verschillende afdelingen en bij diverse specialisten het belang hiervan aan te kaarten. Verder is er met enkele omringende organisaties in de buurt reeds gesproken over samenwerking. Initiatieven zijn bijvoorbeeld aanwezigheid van specialist ouderengeneeskunde op de SEH en de transmurale zorgbrug op de afdeling.
17	Algemeen ziekenhuis	We herkennen de problematiek van patiënten met multimorbiditeit, er zijn duidelijke afspraken met betrekking tot hoofdbehandelaarschap wat voor regievoering prettig is. Toch ontbreekt soms goede samenwerking binnen het ziekenhuis en met de eerste lijn en de gegevens in het systeem zijn niet altijd compleet. Multimorbiditeit is in de vorm van chronische zorg en ouderen zorg een van de speerpunten van het ziekenhuis, en staat als zodanig ook beschreven in visie-document. er zijn op dit moment geen initiatieven in het ziekenhuis over multimorbiditeit, vanuit de ouderengeneeskunde is al vanaf de start de afspraak dat de regievoering van multimorbide geriatrische patiënten bij de huisarts blijft voor poliklinische patiënten, en bij klinische patiënten zijn we in medebehandeling. Daarnaast is er in de regio een samenwerkingsovereenkomst met alle betrokken partners in zorg voor ouderen.
18	STZ ziekenhuis	Zowel klinisch, poliklinisch als op de SEH is deze problematiek herkenbaar. Op de SEH zijn regelmatig meerdere specialisten betrokken. Poliklinisch is niet altijd duidelijk wie de regie voert. Klinisch is veelal duidelijk wie hoofdbehandelaar is maar valt het soms niet mee de regie te voeren als advies/behandeling buiten het eigen expertisegebied nodig is. In ons nieuwe meerjarenbeleidsplan “de Veranderagenda voor de Toekomst” is dit een prominent thema. De zorg rond ouderen met een heupfractuur is (zoals op vele plekken in Nederland) multidisciplinair georganiseerd met betrokkenheid van geriater. Ook in de zorg rond kwetsbare ouderen die mogelijk voor een ingrijpende behandeling staan (TAVI, oncologische behandeling) wordt meer en meer vooraf gescreend op kwetsbaarheid en zo nodig een geriatrisch assessment verricht waarna afstemming met hoofdbehandelaar volgt (al dan niet in MDO).
19	STZ ziekenhuis	Problematiek herkend vanuit zowel interne geneeskunde, chirurgie en geriatrie. Interne heeft internist ouderengeneeskunde aangenomen en een studie opgezet die onderzoek hoe oudere patiënt met specifieke klachten het beste kan worden opgevangen op de SEH. De chirurgie heeft prehabilitatie programma’s en wetenschappelijk onderzoek hiernaar gedaan. Daarnaast ook interesse in complicatie van oudere chirurgische patiënt. Samenwerking hierbij met fysiotherapie, diëtetiek, geriatrie en medische psychologie. Houden zich bezig met kwaliteit van leven bij oudere patiënt. De geriatrie is vanuit het ziekenhuis een zwaartepunt, vanaf 1998 klinisch geriater. Er is nu pre-OK screening van ouderen, beoordeling 70+ heupfractuur patiënten, GTU, en de beoordeling bij TAVI, bewegingsplan, aandacht ouderen mishandeling, samenwerking met GGZ en dataset vastgesteld wat in de uitwisseling en transfers tussen huisartsen, ziekenhuis en verpleeghuizen gecommuniceerd moet kunnen worden, ook in anw uren. Transmuraal centrum. Daarnaast wordt in gezamenlijkheid met de verpleeghuizen met gesproken over de vorming van een transmuraal centrum, in pandig in het ziekenhuis, om handen en voeten te kunnen geven aan ziekenhuisverplaatste zorg.
20	Algemeen ziekenhuis	Problematiek wordt herkend, de kwetsbare ouderen is een speerpunt van het ziekenhuis. Naast Centrum voor Ouderen zijn er veel consultatieve diensten waarbij geriatrie betrokken is. Een van de kernprojecten is ontwikkeling van een wijkziekenhuis/hospital at home zorgverlening samen met de eerste lijn en de VVT. Bij de interne geneeskunde wordt gewerkt met een casemanager: bij complexe patienten kan door een van de behandelaars, al dan niet op verzoek van patient, een casemanager worden aangevraagd; de vakgroep is betrokken bij de coördinatie in de persoon van een verpleegkundig specialist en supervisie van deze. Daarnaast zijn er MDO’s en besprekingen rondom de complexe patient; bijvoorbeeld: cardiologie/nefrologie bespreking; vaatchirurgie/nefrologie bespreking; antibiotica-stewardship; Er wordt geriatrische screening verrocht bij alle oncologische patienten, al opgestart voor colorectale patienten en longcarcinoom patienten, wordt verder uitgerold over andere tumortypes. Huisarts in 1e schil palliatief team binnen ziekenhuis, welke ook consulten doet in het ziekenhuis.
21	STZ ziekenhuis	Problematiek wordt herkend, patiënten worden steeds ouder, krijgen steeds meer “superspecialisten” als behandelaars die het overzicht niet hebben over de verschillende andere aandoeningen die ze hebben met de daarbij gepaard gaande medicatielijsten. Huisartsen ontbreekt het vaak aan kennis en tijd om de regie te kunnen blijven voeren.

Bijlage 10. Geanonimiseerd overzicht van reacties medische staven op uitvraag huidige praktijk ten aanzien van multimorbiditeit en regie in het ziekenhuis

		<p>Binnen het ziekenhuis hadden we het strategieprogramma chronische zorg waar dit onderwerp in is belegd. Er zijn een aantal pilots gestart, zoals beeldbellen en hartfalen-connect. Helaas is er verder weinig van de grond gekomen. De moeilijkheid zit hem vooral in de detectie wie er baat zou kunnen hebben bij regie bij multimorbiditeit en wie niet. Is de huisarts in staat dit te doen? Moet dit wel in het ziekenhuis? En wie moet dit doen? Een internist, geriater, specialistisch verpleegkundige? Wel zijn er omtrent multimorbiditeit en samen beslissen projecten gaande, zoals gezamenlijke besluitvorming bij colorectale chirurgie, voorgenomen cardiale operaties, immunotherapie bij patiënten met longcarcinoom. Ook medebehandelingen bij kwetsbare ouderen in het ziekenhuis wordt door een geriatrieteam opgepakt.</p>
22	STZ ziekenhuis	<p>Er is in onze regio sprake van concentratie en spreiding van zorg. In ons ziekenhuis proberen wij 24/7 de acute multidisciplinaire zorg te leveren en electieve zorg af te houden. Dit lukt bij deze patiëntengroep maar zeer ten dele. Hoewel de multimorbide patiënt een “simpele” ingreep moet ondergaan wordt deze toch aan ons aangeboden gezien de benodigde multidisciplinaire benadering van de co-morbiditeit. Naast bovenstaande geen specifiek beleid voor deze groep patiënten, anders dan het optimaal faciliteren en ontzien bij reorganisaties van de vakgroep geriatrie die een centrale coördinerende rol speelt.</p> <p>Initiatieven die reeds in het ziekenhuis lopen zijn: spreekuur kwetsbaarheid in kaart op poli geriatrie, plek geriater in zorgpaden heupfractuur en oncologie, screening op kwetsbaarheid SEH, traject om samenwerking geriatrie-nefrologie bij nierfalen patiënten te versterken. Adequate overdracht van tweede naar eerste lijn: warme overdracht naar thuiszorg bij klinische patiënten. Versnelde doorstroom van geselecteerde patiëntengroepen naar GRZ</p>