



nederlandse internisten vereniging



Federatie
Medisch
Specialisten

Notulen invitational conference Multimorbiditeit en Regievoering in de Tweede Lijn

Datum : 13-12-2018
Tijd : 19.00 tot 21.00 uur
Locatie : Domus Medica, Mercatorlaan 1200, Utrecht (vergaderzaal 6, vijfde verdieping)
Aanwezig : drs. A.J. Arends (NVKG, werkgroepid), dr. A.M.J.S. Vervest (NOV) dr. B.C. van Munster (NIV, werkgroepid), prof. dr. C.H.J. Terhaard (NVRO), dr. C. van Durme (NVR), drs. E.A. Elbrecht (NVKG), H. Geelen (V&VN, afdeling diabeteszorg), dr. J.P. Ottervanger (NVvC), drs. J.P. Baars (NIV), dr. J. Buddeke (Kennisinstituut), drs. L. van den Borne (NOG), drs. L. Disselhorst (NVKG), drs. L. de Kleijn (JNIV), M. van den Oudenhoven (V&VN-VS), drs. M. Verhoeff (Kennisinstituut, werkgroepid), drs. O.M. Meijer-Smit (NIV, werkgroepid), drs. R.H.A. van den Broek (JNIV), Ir. T.A. van Barneveld (Kennisinstituut, werkgroepid), drs. T. ten Doesschate (JNIV), drs. L. de Kleijn (JNIV).

Genodigd maar niet aanwezig: NVvA, NVA, NVDV, NVvH, NVKNO, NVK, VKGN, NVALT, NVMDL, NVvN, NVN, NVOG, NVPC, NVvP, VRA, VSG, NVT, NAPA

1. Opening

De bijeenkomst werd geopend door de voorzitter, dr. B.C. van Munster.

2. Voorstelronde (naam, organisatie en functie)

3. Toelichting doel van de avond

Voor deze eerste invitational conference van dit project zijn medisch specialisten die patiënten met multimorbiditeit behandelen uitgenodigd. Het doel van de avond was het verzamelen van input voor het raamwerk, de knelpunten en doelen. Er zullen invitational conferences volgen voor patiëntenorganisaties en de overige stakeholders, zoals bijvoorbeeld ondersteunende medisch specialisten, eerste lijn zorgverleners, koepelorganisaties, IGJ, zorgverzekeraars).

4. Het probleem van multimorbiditeit in de tweede lijn

De voorzitter, B.C. van Munster, presenteerde een casus over een vrouw van 80 jaar met verschillende aandoeningen waarvoor meerdere medisch specialisten betrokken waren. De patiënt had het overzicht niet meer, had ondertussen vele functionele beperkingen en werd verwezen voor regievoering. Mw. van Munster nam de regie over en na afstemming met alle medisch specialisten bleken sommige follow-up consulten en behandelingen overbodig toen de medisch specialisten over de gehele situatie van de patiënte hoorde.

Veel afgevaardigden gaven aan de situatie te herkennen. De belangrijkste commentaren:

- **Overzicht krijgen en overleggen kost veel tijd:** Zowel mw. Elbrecht(NVKG) als dhr. Baars (NIV) gaven aan dat zij niet altijd de tijd hebben om alles uit te zoeken; er is soms een grote hoeveelheid correspondentie om door te nemen en het kost veel tijd om alles uit te zoeken. Overleg met de huisarts vindt wel plaats, mw. van Durme (NVR) gaf aan dat zij een netwerk heeft gecreeërd, en vaak overlegt met de huisarts, maar dhr. Baars benadrukte dat dat vooral "even tussendoor" gebeurt, met name door tijdgebrek. Als voorbeeld wordt genoemd dat een policonsult van 10 minuten, zoals dit bij meerdere specialisme momenteel standaard is, is niet voldoende om alles uit te zoeken of echt verbinding te



maken met een patiënt. Dhr. van Doesschate (JNIV) vertelde dat in Nijmegen het eerste consult een uur duurt in plaats van een half uur, daardoor kom je meer te weten over de situatie van de patiënt. Echter, voegde dhr. Baars (NIV) toe, in de huidige vergoedingssystematiek zijn geen stimuleringsmaatregelen (DOT/vergoeding) om dit systematisch te doen.

- **Afstemming van de behandelingen gebeurt niet vanzelf:** Dhr. van den Broek (JNIV) vroeg of je er niet van uit mag gaan dat iedere arts van de rest van de ziekten op de hoogte is en de behandeling daarop afstelt. Echter, de aanwezigen merkten op dat je daar in de praktijk niet (meer) vanuit kunt gaan en dat geeft mogelijk problemen. Dhr. Ottervanger (NVvC) geeft aan dat cardiologen ook veel patiënten voor langere tijd onder controle hebben, voor bijvoorbeeld een pacemaker. Sommige patiënten krijgen steeds meer aandoeningen, en dan wordt er wel eens een medicament gestopt terwijl dat niet de bedoeling is. Mw. van Durme (NVR) geeft aan dat ze zichzelf niet altijd geschikt voelt om te besluiten om medicatie te stoppen. Eigenlijk is daar dan overleg voor nodig, maar dat doet ze niet altijd.
- **Voor sommige patiëntengroepen is al ervaring met multidisciplinair overleg en consulteren van en/of samenwerken met bijvoorbeeld een geriater/internist-ouderengeneeskunde:** Dhr. Terhaard (NVRO) geeft aan dat vanuit oncologisch perspectief boven de 70 jaar de geriater in consult wordt gevraagd en in MDO wordt overlegd. Mw. van den Oudenhoven (V&VN-VS) voegt toe dat rondom de aandoening diabetische voet ook multidisciplinair overleg plaatsvindt. De ervaring daar is dat men van elkaar leert. Ze geeft bijvoorbeeld aan dat de chirurg niet gewend was om naar de situatie van de patiënt te kijken, maar dat dat verandert. Mw. van Durme (NVR) gaf aan dat ze in Maastricht gestart zijn met een consult multimorbiditeit met de reumatoloog in samenwerking met de internist-ouderengeneeskunde.
- **Voor de patiënt speelt er vaak meer dan alleen de multipale aandoeningen:** Mw. Elbrecht (NVKG) geeft aan dat haar ervaring is dat er naast regie soms ook behoefte is aan begeleiding en educatie. Mw. van Durme (NVR) benoemt dat bij de reumatoloog al veel aandacht is voor fysiek functioneren, wat bij multimorbiditeit ook een grote rol speelt.

5. Thema's

Tijdens de invitation is er input gegeven, dit is geordend in verschillende thema's.

Wat zou regievoering betekenen voor de praktijk?

Definitie regie(voering) in de tweede lijn: het afstemmen van de zorg (in de tweede lijn) op de algehele somatische, maar ook psychosociale en dagelijkse situatie, wensen en voorkeuren van de patiënt. Dat zou als gevolg kunnen hebben:

- *Meer overleg tussen medisch specialisten*

De oogarts zou bijvoorbeeld vaker gebeld zou kunnen gaan worden om te overleggen over de zin of onzin van bepaalde behandelingen. Mw. van den Borne (NOG) gaf aan dat dat in sommige gevallen handig zou zijn, en dat dat beide kanten op werkt: zij kan niet altijd het belang van een behandeling van een ander medisch specialist inschatten, maar andersom is overleg over of een ooginjectie per se vandaag moet (waardoor de patiënt in ambulance naar het ziekenhuis moet) erg nuttig (want dat hoeft soms helemaal niet). Tegelijkertijd kan een behandeling wel effect hebben op andere domeinen (een cataractextractie kan goede valpreventie zijn).



o *Afstemmen van behandeling*

Dat zou niet alleen minder medicatie of behandelingen kunnen betekenen, maar ook detecteren of onderbehandeling plaatsvindt en een bepaalde behandeling of controle juist weer initiëren. De meerwaarde van overleg en afstemming wordt dus zeker gezien. Lianne de Kleijn (JNIV) dacht dat het daarbij belangrijk is om klinisch en poliklinisch niet van elkaar los te koppelen.

Rol van de huisarts

De aanwezigen vroegen zich af wat de rol van de huisarts is in dit geheel. Marlies Verhoeff (Kennisinstituut) licht toe in een gesprek met Prof. dr. Jako Burgers (huisarts, senior adviseur bij NHG) naar voren kwam dat de huisarts inderdaad graag de regie wil houden. Er zijn echter situaties waarin dit voor de huisarts lastig wordt, bijvoorbeeld door vertraagde correspondentie. In beginsel is de huisarts de regievoerder, werd besproken door de aanwezigen, tenzij hierbij poliklinisch in de tweede lijn hulp bij nodig is. We willen samen met de huisarts tot duidelijke afstemming komen met betrekking tot regievoering. Mogelijke knelpunten die naar voren kwamen:

- o De huisarts haakt blijkbaar ergens af (Dhr. Baars, NIV), heeft zelf soms ook behoefte aan regievoerder in de tweede lijn (Dhr. Arends, NVKG)
- o De huisarts voelt mandaat niet altijd om regie te voeren (Dhr. Van den Broek, JNIV)
- o De huisarts heeft niet altijd de middelen/logistiek om regie te voeren (Dhr. Van den Broek, JNIV)
- o De huisarts heeft geen systeem om bijvoorbeeld jaarlijks controles op te volgen (Mw. van Durme (NVR), Dhr. Baars (NIV), Dhr. van den Broek (JNIV))
- o Patiënten volgen soms het advies van de huisarts niet wanneer deze het beleid dat door een specialist is ingezet wil aanpassen. De specialist staat bij de patiënt dan soms toch op een voetstuk

Wie zou de regie kunnen voeren of ondersteunen?

o *Een medisch specialist?*

Momenteel wordt er vaak aan de geriater gedacht. Ter sprake kwam dat dat zou kunnen komen doordat het beeld momenteel is dat de internist meer over diagnosticeren gaat en de geriater meer over functiebehoud. Daarnaast werd ook besproken dat er in eerder kwalitatief onderzoek naar voren kwam dat patiënten de letale diagnose (vaak het hart) leidend vinden in het aanwijzen van de belangrijkste betrokkene. Het is nu nog onduidelijk of het een nieuwe of bestaande zorgverlener in het netwerk rond de patiënt zou moeten worden.

o *Mogelijke rol voor verpleegkundig specialist/physician assistant*

Er is mogelijk ook een rol voor een verpleegkundig specialist/physician assistant weggelegd. Dhr. Terhaard (NVRO) vroeg of de regievoerder wel een specialist moet zijn, of dat dat bijvoorbeeld ook door een verpleegkundig specialist of physician assistant gedaan kan worden. Mw. van Munster (NIV) geeft aan dat verpleegkundigen soms niet altijd overwicht hebben over alle behandelaren, bijvoorbeeld in een overleg situatie. Mw. van den Oudenhoven (V&VN-VS) schat in dat een deel inderdaad opgepakt kan worden door een verpleegkundig specialist.

o *Verskil hoofdbehandelaar versus regievoerder*

Tijdens de bijeenkomst komt naar voren dat het van belang wordt geacht om het verschil te benadrukken tussen hoofdbehandelaar en regievoerder en hoe dat zich verhoudt tot het



KNMG document 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' uit 2008. Hierin wordt expliciet benoemd dat de hoofdbehandelaar ook als 'regievoerder' optreedt. Het gaat het in dit project verder dan alleen hoofdbehandelaar zijn.

Aandacht voor "aanpak" bij multimorbiditeit van andere betrokken medisch specialisten

Er kwam ter sprake dat multimorbiditeit en het aanpassen van de behandeling daaraan niet voor iedere medisch specialist een interessant onderwerp is.

- Dhr. Ottervanger (NVvC) gaf aan dat er bij zijn collega's over het algemeen weinig interesse is voor dit onderwerp
- Er wordt vooral opgeleid om te behandelen, geeft dhr. ten Doesschate (JNIV) aan. Dhr. Baars (NIV) geeft ook aan dat er vaak "voor de zekerheid" behandeld wordt, om zo klachten te voorkomen. Mw. van den Oudenhoven (V&VN-VS) ziet dat ook in de praktijk: de keuze van 'niet behandelen' is er zelden. Dhr. van den Broek (JNIV) voegde toe dat er ook geen financiële prikkel is voor een goed gesprek. Daarnaast is de patiënt ook veeleisender geworden en lijkt het alsof onzekerheid steeds minder geaccepteerd wordt in de maatschappij
- Dhr. Vervest (NOV) geeft aan dat orthopeden nauwelijks naar de rest van de patiënt kijken (mede vanwege tijdsgebrek op de polikliniek). Maar door samenwerking met de geriater gaat dat beter en zijn er minder complicaties

Doelen en uitkomstmaten van regie

Mogelijke uitkomstmaten:

- Kwantitatieve uitkomstmaten lijken niet het meest geschikt, mogelijk is kwalitatief analyseren beter
- Huidige zorg is productie gericht; praten met de patiënt wordt niet beloond (hoewel dit wel belangrijker wordt). Eigenlijk zou gedrag beloond moeten worden (bijvoorbeeld door stimuleringsmaatregel in DOT/zorgactiviteitensysteem), niet de uitkomstmaten
- Overzicht zou het middel moeten zijn, niet het doel op zich
- Wat patiënt belangrijk vindt, zou als basis moeten dienen voor uitkomstmaten.
- Tevredenheid van zorgverleners en/of andere partijen kan ook een belangrijke uitkomstmaat zijn

Mogelijke doelen:

- Verminderen hoeveelheid (onterechte) medicatie
- Verminderen complicaties
- Verminderen verwijzingen en beoordelen of patiënt nog wel in tweede lijn hoort
- Verminderen aanvullend onderzoek
- Gebundelde bezoeken
- Verbeteren van kwaliteit van leven (meer QALYs)
- Patiënt leren kennen/aandacht psychosociale situatie (daar is tijd voor nodig)
- Educatie van patiënt (voorbeeld: welke pijn hoort bij welke ziekte?)
- Eén aanspreekpunt voor zowel artsen als patiënt (wie moet je bellen bij vragen)
- Een geïntegreerd advies/behandelplan
- Opleiding voor artsen hoe om te gaan met multimorbiditeit
- Goede communicatie met huisarts (bijvoorbeeld door gebundelde brieven, hiervoor kan verwezen worden naar HASP 2.0)



nederlandse internisten vereniging



**Federatie
Medisch
Specialisten**

6. Vervolprocedure

De notulen van deze avond worden verspreid, en er is gelegenheid tot commentaar of aanvullingen hierop. De werkgroep zal alle besproken punten bespreken, en waar nodig zal het raamwerk voor de module aangepast. Het doel is om de module compact, concreet en praktisch te maken om de kans op uitvoerbaarheid en implementatie zo groot mogelijk te houden. Alle aanwezigen ontvangen het aangepaste raamwerk.

Er zullen nog meer invitational conferences volgen, voor patiënten en voor andere stakeholders.

7. Sluiting

De voorzitter heeft iedereen bedankt voor de komst en actieve participatie.