

## Bijlage E Focusgroep huisartsen

*Een uitnodiging voor deelname werd verspreid via de NHG, LHV en LinkedIn. Drie personen waren aanwezig tijdens de focusgroep. Werkervaring als huisarts varieerde van 2-5 jaar. Andere werkervaring die zij hadden waren als ziekenhuisarts en specialist ouderengeneeskunde. Focusgroep werd geleid door E. Gans.*

### **Vertrekpunt rol van de huisarts m.b.t. regie voor de patiënt met meerdere chronische aandoeningen, én meerdere behandelaren in het ziekenhuis**

Het doel van het project wordt toegelicht, en daarbij een 'vertrekpunt' voorgelegd over de rol van de huisarts. Dit vertrekpunt is gebaseerd op het Adviesrapport Multimorbiditeit en Regie, waar de rol van de huisarts m.b.t. regie als volgt werd beschreven:

- De huisarts probeert het overzicht te bewaren en de regie te ondersteunen voor de patiënt
- Wanneer er meerdere medisch specialisten betrokken zijn vanwege multimorbiditeit in het ziekenhuis ontstaan er meerdere knelpunten:
  - De huisarts heeft niet altijd een overzicht over de huidige medicatie en problemen van patiënt;
  - De huisarts heeft niet altijd overzicht over betrokken zorgverleners en de indicatie voor follow-up afspraken;
  - De informatievoorziening uit het ziekenhuis is vaak vertraagd;
  - Er is geen duidelijke eerste contactpersoon bij problemen, met name bij zeer complexe patiënten zou een contactpersoon in het ziekenhuis mogelijk beter zijn;
  - Soms lastig om juiste adviezen te geven, met name als aandoeningen elkaar beïnvloeden;
  - Elektronische Patiënten Dossiers, naar zowel ziekenhuis als GGZ, zijn niet gekoppeld en meestal niet inzichtelijk.
- Goede afstemming binnen het ziekenhuis zou moeten opleveren:
  - Een overzicht van alle relevante gegevens/informatie voor de huisarts
  - Een goed geïnformeerde patiënt met een behandelplan gericht op dat wat de patiënt belangrijk vindt

De aanwezigen herkennen dit vertrekpunt en sluiten zich hierbij aan.

### **Discussie**

#### *Rol van de huisarts*

De aanwezigen geven aan dat het 'onmogelijk' is voor de huisarts om de regie te nemen voor het organiseren van een MDB, of op een andere manier *in the lead* te zijn. Als huisarts ga je niet een uur de diepte in met de patiënt, maar doe je tijdens elke consult een klein beetje. Een zorgvuldig, maar ook langzamer proces. Als huisarts heb je beperkt de tijd, en als je voor patiënten de zorg wil coördineren die in meerdere ziekenhuizen in behandeling zijn en meerdere behandelaren hebben, is het afbellen van alle betrokken zorgverleners niet haalbaar. Wens van de huisarts is vooral dat de zorg in het ziekenhuis goed op elkaar afgestemd is, zodat de huisarts de rol kan vervullen in de eerste lijn.

Zij zien wel een belangrijke rol voor het signaleren van patiënten die baat zouden kunnen hebben bij een MDB en het verwijzen hiervoor. Signalen die worden genoemd:

- Gebrekkige communicatie tussen zorgverleners of tussen ziekenhuizen
- Foutief herstarten van medicatie in het ziekenhuis, die in de eerste lijn met reden gestaakt is, door het werken met oude medicatielijsten
- Terugverwijzen naar de eerste lijn, of onderling doorverwijzen, van een patiënt met bepaalde problematiek waarvan behandelaren aangeven “niet op mijn vakgebied” en niemand probleem-eigenaar wil zijn of discipline-overstijgend wil denken

Zij geven een aantal patiëntgebonden factoren aan waarvan zij denken dat deze bijdragen aan de behoefte/noodzaak voor een MDB:

- Kwetsbaarheid, waarbij zij melden dat de meest kwetsbare het beste af zijn buiten het ziekenhuis maar dat het juist de matig kwetsbare en misschien de licht kwetsbare groep is die baat zou hebben bij een MDB
- Discordante multimorbiditeit, waarbij zij aangeven dat dat o.a. komt door gebrekkige communicatie door vakgroepen onderling. Zo weten snijdende specialismen en beschouwende specialismen elkaar vaak niet goed te vinden.
- Hoeveelheid aan chronische aandoeningen
- Hoeveelheid aan betrokken specialismen
- Bepaalde groepen patiënten vallen vaker tussen wal en schip: vaatpatiënten, patiënten met cardiopulmonale aandoeningen

De aanwezigen zien het ook als nuttig en haalbaar als de huisarts vooraf input aanlevert voor een MDB. Bijvoorbeeld via ZorgDomein waarbij waar je kan aangeven waar een patiënt tegen aanloopt, of via een vragenlijst vooraf. Een ander idee is een teleconsult vooraf met de regieondersteuner in het ziekenhuis om een bijdrage te kunnen leveren. Belangrijk om de drempel zo laag mogelijk te houden en te werken met structuren die al bestaan.

Input die zij graag aan zouden willen leveren vooraf aan het MDB:

- Een hulpvraag vanuit de patiënt, en eventueel vanuit de huisarts zelf
- Sociale kaart (is het huis vervuild, wie staan er om de patiënt heen, is mantelzorg mogelijk)
- Voorgeschiedenis
- Advance Care Planning (wat is er al afgesproken)
- De inschatting van de huisarts wat het hoofdprobleem is van de patiënt, waar diegene het meeste bij geholpen zou zijn, bij welk specialisme de patiënt ‘thuishoort’ en wie dus de ideale regieondersteuner zou zijn

*Verslaglegging naar de huisarts toe*

Belangrijke elementen m.b.t. verslaglegging:

- Kort en bondige verslaglegging. De brief van vijf kantjes die vaak geschreven wordt, wordt niet helemaal gelezen. Een brief opgesteld a.h.v. de geriatrische domeinen wordt wel op prijs gesteld maar dan graag de kernpunten per domein, met concrete adviezen voor de huisarts.
- Wie voor welk onderdeel van de zorg verantwoordelijk is met o.a. een aanspreekpunt voor de huisarts
- Beleidsveranderingen met idealiter een als/dan beleid voor de huisarts

- Plan in het geval van acute problematiek, ook in de avonduren (bijvoorbeeld, wanneer directe presentatie op de SEH zonder tussenstop op de HAP)
- Of iemand al een WLZ-indicatie heeft

#### *Wat levert een MDB op voor de huisarts*

De aanwezigen vinden het MDB een mooie stap voorwaarts, en steunen de implementatie hiervan. Zij hopen dat de implementatie van een MDB de volgende gevolgen heeft:

- Dat iemand zich in de tweede of derde lijn zich net zo verantwoordelijk voelt voor de patiënt als de eerste lijn
- Dat de patiënt beter in staat gesteld wordt om regie te behouden. Dit houdt o.a. in dat de patiënt ook weet wanneer hij/zij bij de huisarts moet zijn, en wanneer bij het ziekenhuis, én bij wie (aanspreekpunt)
- De mogelijkheid om even te overleggen als je je zorgen maakt of twijfelt over een patiënt, dat hangt nu heel erg af van je eigen netwerk (en soms van het netwerk van de patiënt). Op die manier draag het ook bij aan *health equity*.

#### *Taak- en rolverdeling van anderen*

De huisartsen zien een belangrijke rol in de signalering weggelegd voor verpleegkundigen in het ziekenhuis. Zij weten vaak hoe het écht met de patiënt gaat. Het mogen verwijzen naar een MDB als verpleegkundige zal als positief effect hebben dat de verpleegkundigen zich gehoord en serieus genomen voelen, en zal zelfs mogelijk bijdragen aan minder uitval bij verpleegkundigen.

Als aanspreekpunt in het ziekenhuis zien zij bij voorkeur een behandelend specialist. Op die manier waarborg je dat degene die je spreekt ook de beslissingen mag maken en er snel geschakeld kan worden. Deze persoon zou ook eventueel beschikbaar kunnen zijn voor overleg met een huisarts, wanneer de huisarts wil verwijzen naar een specialist. Samen overleggen of een nieuwe verwijzing echt noodzakelijk is, en wie dan de aangewezen persoon is.

De ziekenhuisarts wordt ook als een mogelijk belangrijke speler genoemd in de voorbereiding en uitvoering van het MDB.

Het betrekken van de apotheker bij een MDB wordt ook als essentieel gezien. Zou de huisarts veel tijd schelen als dit op orde was.

Om continuïteit over de keten te bewaken zien de huisartsen ook een rol voor de Kaderhuisarts ouderen. Diegene zou kunnen aansluiten bij een MDB, en de link kunnen zijn tussen de eerste en tweede lijn. Dan kan ook een beroep gedaan worden op ketenfinanciering.

#### *Doelen, wensen en mogelijkheden*

Het in kaart brengen van de doelen, wensen en mogelijkheden van de patiënt is mogelijk een gedeelde verantwoordelijkheid van de eerste en de tweede/derde lijn. De ervaring leert dat huisartsen vaak in kleine stukjes met de patiënten spreken over wat mensen belangrijk vinden. Uitgebreider met patiënten hierover praten is lastig, en soms worden patiënten hier ook in overschat. Reanimatiebeleid of kernwaarden is niet altijd met mensen te bespreken.

De aanwezigen vinden het ook belangrijk om realistisch te blijven over de haalbaarheid van sommige ambities. In theorie zou de Praktijkondersteuner (POH) ouderenzorg een belangrijke rol kunnen spelen in het vooraf in kaart brengen van de patiënt. In de praktijk blijkt het helaas dat het structureel bespreken van *Advance Care Planning* (ACP) en beleidsbeperkingen bijvoorbeeld nog niet

op orde is voor veel patiënten. Om de voorbereiding voor een MDB ook aan de POH-ouderenzorg toe te bedelen zal niet haalbaar zijn. Bovendien is de POH-ouderenzorg niet voor iedere praktijk hetzelfde geregeld.

Voor de huisarts zijn wel ACP-gesprekken en de vastlegging daarvan declarabel.

#### *Randvoorwaarden*

Sluiten zich aan bij de belangrijke randvoorwaarden die naar voren komen uit de focusgroepen met de medisch specialisten: tijd, financiering, en ook digitale innovatie. Als voorbeeld wordt de mogelijkheid om laboratoriumuitslagen in te kunnen zien van verschillende ziekenhuizen gegeven.