



nederlandse internisten vereniging



Federatie
Medisch
Specialisten

Notulen focusgroep Multimorbiditeit en Regie Multimorbiditeit en Regie in de Tweede Lijn

Datum : 18-7-2019

Tijd : 13.30 tot 16.00 uur

Locatie : UMCG, Hanzeplein 1, overlegruimte UCO 3^e verdieping

Aanwezig : Marlies Verhoeff (Kennisinstituut van Federatie Medisch Specialisten), prof. dr. Barbara van Munster (internist-geriater en voorzitter werkgroep Multimorbiditeit en Regie) en 6 ouderen (allen vrouw)

1. Opening

De bijeenkomst werd geopend door mw. Verhoeff, iedereen werd welkom geheten.

2. Voorstelronde (naam, organisatie en functie)

Iedere aanwezige heeft zich kort geïntroduceerd. Daarnaast is besproken wat de beweegredenen waren om aanwezig te zijn bij deze bijeenkomst. De deelnemers zijn allen actieve vrouwen van 60+. Zij zijn geworven via de Denktank 60+ Noord, en nemen vaker deel in focusgroepen en bijeenkomsten om de stem van ouderen te laten horen, zoals bij Ouderen & Onderwijs in samenwerking met de Hanze Hogeschool.

Deelnemer 1 (Vrouw, 68 jaar): Andragogiek gestudeerd en van daaruit gewerkt aan innovatie in samenwerkingsverbanden en teams, onder andere in plaatselijk ouderenwerk en welzijnswerk. Eigen ervaringen in het UMCG beperkt tot mondheekunde; meer ervaringen in andere ziekenhuizen. Ervaringen als mantelzorger in achteruitgang en multipale ziektes.

Deelnemer 2 (Vrouw, 74 jaar): Verpleegkundige en sociologe van origine, voorzitter van de Denktank 60+ Noord, voorzitter van een cliëntenraad van een verpleeghuis, lid van de Raad van Ouderen. Heeft zelf veel ziektes en is bij verschillende specialismen opgenomen geweest.

Deelnemer 3 (Vrouw, 69 jaar): ooit begonnen als A verpleegkundige, daarna specialisatie intensive care. De B opleiding en vervolgens opleiding sociaal psychisch verpleegkundige gedaan. Verder in mijn werkzame leven oa nog maatschappelijk werk en leraar opleiding gevolgd. Heb vervolgens jaren gewerkt als scholingsadviseur en trainer op een breed gebied in de verschillende velden van zorg en welzijn. Ervaring als mantelzorger en vrijwilliger in de ouderenzorg.

Deelnemer 4 (Vrouw, 64 jaar): Opleiding bij de Sociale Academie, antropologie gestudeerd en is tevens adviseur welzijn/zorg. Zelf mantelzorger, ervaring met het proces van een spoedpoli. Ze denkt graag kritisch mee over hoe dingen te verbeteren voor ouderen en hoe zaken te integreren in Friesland/Groningen en landelijk.

Deelnemer 5 (Vrouw, 71 jaar): Na bedrijfsleven gewerkt in uitvoerende zorg. Via vrouwenhulpverlening naar beleid en ondersteuning gegaan en was de 11 jaar voor haar pensionering directeur van Zorgbelang. Heeft ervaring als mantelzorger en werkt nu 8 jaar vrijwillig bij Groningen Plus. Een burgerinitiatief dat de eigen regie, eigen beslissing van burgers en hun



nederlandse internisten vereniging



Federatie
Medisch
Specialisten

initiatieven centraal stelt, faciliteert en verbindt. Ook intergenerationeel. Daarnaast betrokken bij onderwijs via o.a het Wenckenbach Instituut.

Deelnemer 6 (Vrouw, leeftijd: 70 jaar): Werkzaam in zorg en welzijn, directeur, gefocust op klantvriendelijkheid. Daarnaast lid van denktank 60+ Noord, participeert regelmatig in focusgroepen, want ze vindt het belangrijk dat mensen nadenken over “hoe wil je zelf oud worden?”. Ze is daarnaast adviseur bij senioren van nu. Heeft ervaring als mantelzorg en via kennissen ervaring op dit gebied.

3. Deel 1: Introductie van het project

Presentatie van patiëntencasus, het landelijke project Multimorbiditeit en Regie in de Tweede Lijn en de belangrijkste knelpunten vanuit patiëntenorganisaties.

Er werd een korte patiëntencasus gepresenteerd door mw. van Munster om te illustreren hoe er bij één patiënt in de loop van de tijd steeds meer medisch specialisten betrokken kunnen raken. Deelnemer 6 geeft aan dat dit volgens haar dagelijkse kost is. Patiënt denkt dat in het ziekenhuis alles samen bekeken wordt, heeft niet in de gaten dat dat niet zo is. Deelnemer 1 geeft aan, patiënt wil dat ook niet de hele tijd, want als je bij de oogarts alles verteld, dan wil je dat niet nog een keer helemaal doen bij een ander. Deelnemer 4 zegt dat het wel belangrijk is dat iedereen informatie heeft over wat er gebeurt, want als er medicatie voor het ene is kan dat effect hebben op het ander. Deelnemer 5 geeft aan dat er mooie (elektronische) patiëntendossiers zijn, je zou eigenlijk willen dat er een signaal zou zijn: “Als je dit doet, zou je ook even daaraan moeten denken”. Barbara geeft aan dat het risico is dat er een hele hoop signalen zouden komen, maar aan de andere kant zijn er zeker mogelijkheden. Deelnemer 1 vraagt zich af: het vergt een hele studie van de artsen? Barbara reageert dat ze aan de patiënt uit het voorbeeld inderdaad uren heeft besteed.

Het project ‘Multimorbiditeit en Regie in de Tweede Lijn’ van SKMS en de gebruikte definities van multimorbiditeit en regie werd toegelicht. De gebruikte definities werden toegelicht. Daarnaast werden de belangrijkste knelpunten gepresenteerd die tot nu toe zijn opgehaald vanuit patiëntenorganisaties. De deelnemers werd gevraagd of de knelpunten herkenbaar waren en of de deelnemers voorbeelden kennen waar het wel goed geregeld is qua regie/overzicht/afstemming/aanspreekpunt.

- ***Bij de oncologie is het aanspreekpunt goed geregeld, maar de regie houdt op bij de deur.***
Er werd een voorbeeld gegeven vanuit de persoonlijke sfeer, waarbij iemand behandeld werd voor darmkanker. Er was 1 aanspreekpunt, een verpleegkundige, die waren altijd bereikbaar voor vragen. Dat gaf veel rust. Als de verpleegkundige het antwoord niet wist, dan zorgde ze er wel voor dat de patiënt alsnog het antwoord kreeg, zodat deze er niet zelf achteraan hoefde. Deelnemer 1 gaf echter wel aan dat ze ook wel heeft gehoord dat iemand een aanspreekpunt had, maar dat diegene niet goed bereikbaar was. Dat zou er dan wel uitmoeten. Deelnemer 2 reflecteert dat het wel moet gaan over meerdere aandoeningen. Want vanuit ervaring met de regieverpleegkundige vanuit de mammapoli houdt de regie op bij de deur. Daarnaast wordt er binnen de oncologie al veel met ‘leven en dood’ gewerkt, dus wordt afstemming op de wensen van de patiënt veel vaker al ingezet.



- ***Iedere arts doet zijn best voor optimale behandeling op zijn gebied, maar er is niemand die het hele plaatje voor ogen houdt***

Maar ook bij een ziekenhuisopname is het lastig om een coördinator te vinden. De ene specialist is niet altijd op de hoogte van de behandeling van de ander, en wanneer je overgeplaatst wordt, komt soms de andere arts opeens niet meer langs voor de aandoening. Wanneer je als patiënt vraagt wie alles coördineert, wordt daar geen gehoor aan gegeven. De behandelend arts geeft aan dat ze hun best doen om het huidige probleem op te lossen, maar verder gebeurt er dan niks. Iedere arts werkt dus op zijn eigen vak en doet zijn uiterste best daarop, maar er is niemand die het hele plaatje voor ogen houdt en reflecteert op wat er belangrijk is voor jou als patiënt. Dan voel je je als patiënt erg ongelukkig en vraagt je af wat je er zelf aan kunt doen, hoe je eventueel zelf regie kunt voeren. Deelnemer 2 heeft het wel over de coördinatie gehad met de artsen. Later op de polikliniek nog een keer besproken, bij de orthopedie, maar het komt niet goed aan. Er worden problemen geconstateerd waar je zelf niks aan kunt doen, je vraagt je dan af wat kan ik eraan doen? Je krijgt het idee dat het niet om jou gaat. Deelnemer 4 reageert: “Je mist een coördinerend aanspreekpunt”. Het moet dan duidelijk zijn wie dat is. Valkuil is dat je vervolgens bij iedere behandelaar/afdeling een regieverpleegkundige hebt, maar wie is dan de ‘paraplu’? Was geriatrie dan niet betrokken werd nog gevraagd, maar als je een vitale oudere bent wordt er snel gezegd dat je daar niet voor in aanmerking komt.

- ***Om wie draait het eigenlijk in het ziekenhuis?***

Als patiënt mag je niet uit bed of moet je wachten op de dokter, je wordt ook niet geholpen om te bewegen. Dat geldt voor de medisch specialisten en de verpleging.

- ***Communicatie tussen de zorgverleners maar ook van zorgverlener naar patiënt is vaak summier***

Deelnemer 5 brengt in dat dat ook geldt voor de communicatie tussen academie en periferie. Ze kent iemand die met een dossier onder de arm van de ene dokter naar de andere ging, maar dan moet je dat wel kunnen als patiënt. Maar zelfs dan is de informatieoverdracht niet altijd volledig, omdat dit vaak weer wordt overgetypt in het eigen dossier.

Deelnemer 4 reflecteert op de ingebrachte verhalen: er wordt ook weinig uitleg aan de patiënt zelf gegeven, zodat de patiënt zelf kan volgen wat er gebeurt en waarom iets gebeurt. Die ervaring kent ze zelf ook, er wordt allerlei onderzoek gedaan, bloed, echo, maar je hoort er vervolgens niks van. Er komt alleen iemand vertellen wat de eindconclusie is. Misschien wil niet iedereen dat weten, maar er zou wel gevraagd kunnen worden of je geïnteresseerd bent in de uitslagen en dat dat dan ook uitgelegd wordt. Er wordt tevens ingebracht dat dit ook gaat over bejegening, je hebt als patiënt toch ook recht op uitleg?

- ***Bij de geriatrie komt alles bij elkaar is de ervaring***

Deelnemer 1 vertelt over haar ervaring met de poli geriatrie, en brengt in dat een patiënt zelf niet altijd in staat is om alles op een rijtje te zetten en alles naar waarde schatten. Er wordt gereflecteerd dat ziekteinzicht van de patiënt daarbij wel nodig is. Deelnemer 1 geeft aan dat het wel prettig is dat er één plek is waar alle dingen bij elkaar komen, waar er aan andere specialisten bijvoorbeeld gevraagd wordt “hoe gaan jullie met het hart om?”, dat er iemand is die het geheel overziet. Deelnemer 4 reflecteert dat er ook wat anders aan de orde is: de boodschap is namelijk dat de patiënt een aantal kwalen en handicaps heeft waarvan de



arts(en) zeggen daar kunnen we u niet meer van genezen, maar dat er dan gevraagd wordt: “is er iets waar u wel plezier aan zou beleven of wat u zin zou geven?” Als er op die manier meegedacht kan worden met de patiënt, dan voelt de patiënt zich ten minste gehoor.

- ***Tijd investeren op de korte termijn kan winst op de lange termijn opleveren***

Er werd uitgelegd door mw. Verhoeff dat specialisten het probleem van gebrekkige afstemming en overzicht herkennen, maar dat tijd/geld beperkende factoren zijn. Het systeem is er niet op ingericht. Deelnemer 5 reflecteert hierop dat men vaak gericht is op nu, snel resultaat of winst. Niet het dossier bekijken is dan op de korte termijn tijds winst, maar op de lange termijn niet. Er moet dus echt gekeken worden naar hoe je het systeem inricht. Ook zijn specialisten in de ervaring van mw. van Munster ook bereid tot overleg en afstemming, als je het initiatief neemt. Ook hierbij komt terug: wie vraagt wat de patiënt echt wil? Wat er belangrijk is voor de patiënt?

- ***Er is bij zowel artsen als patiënten een focus op behandelen***

Er wordt aangegeven dat er ook wel wordt gezien dat veel patiënten recht denken te hebben op behandeling. Het zit nog niet echt in de patiënten dat je ook mag zeggen “deze behandeling is niet wat ik wil”. Voorwaarde is wel dat er wordt uitgelegd wat de mogelijkheden en consequenties dan zijn. Er wordt vanuit de groep op gereflecteerd dat dit vaak ook niet wordt gedaan, ook omdat juist de patiënt ook zelf denkt “ik kom hier voor behandeling”. Bij ouderen wordt nog wel vaak gehoord, “zeg dat er een scan moet, daar heb je recht op”, maar waarom dat gedaan moet worden is niet altijd duidelijk. Er wordt wel over gereflecteerd in de groep dat de instelling wel jaren zo is geweest. Uitleg over het waarom zou heel veel kunnen helpen om de juiste afweging te maken.

Deelnemer 2 beaamt dat daar ook wel een punt van aandacht voor ouderenorganisaties in zou kunnen zitten, dat mensen zelf aan gaan nadenken over wat kwaliteit van leven voor hen is. In de groep wordt ook besproken dat keuzes soms bijvoorbeeld erg gericht zijn op snijden wanneer ze besproken worden door snijders. Mw. van Munster benoemt dat het inderdaad een extra vaardigheid is die artsen moeten hebben om dat soort keuzes helder uit te leggen. Mw. Verhoeff vertelt dat ook bijvoorbeeld de optie ‘niet behandelen’ ook niet altijd besproken wordt. Daarnaast licht mw. Verhoeff nog toe dat patiënten ook wel de keuze bij de dokter laten onder het mom van ‘de dokter zal het wel weten’, vooral bij controleafspraken. Zij stelt de groep de vraag: herkennen jullie dit? Deze vraag wordt door velen bevestigend beantwoord, en opnieuw wordt er benoemd dat daar voor ouderenorganisaties ook wel een taak ligt om ouderen hiertoe te motiveren. Het is belangrijk dat mensen ook weten dat ze zelf ook een afweging kunnen maken.

Er werd ook een goede ervaring besproken, waarin eerlijk en open de (sombere) prognose werd besproken door de arts. Daarnaast werd geadviseerd om met de huisarts in gesprek te gaan over de opties. Daar veel aan gehad, gaf veel steun, gaf regie in eigen hand. Het was daarbij wel van belang dat alle zorgverleners erg welwillend en behulpzaam waren, coördinatie was goed geregeld. Het had ook wel te maken met de eigen ervaring en kennis van zaken, maar het gaat ook om dat als je gehoord wordt er veel mogelijk is. Voor behandelaars is het ook een vaardigheid om het gesprek aan te gaan over kwaliteit van leven in relatie tot de aandoeningen.



- **Wie de regierol op zich moet nemen hangt af van wat diegene mankeert en van de relatie van de patiënt met de huisarts**

Het voorbeeld wordt besproken dat in een diagnostisch traject een specialist die het overzicht houdt een goed voorbeeld is. De relatie met de arts is ook belangrijk, wanneer je goed kunt verwoorden wat je wil heb je sneller een klik. Wat betreft de rol van de huisarts is er geen eenduidig antwoord. Er wordt aangegeven dat sommige mensen een hele goede band met de huisarts hebben, maar dat ze ook mensen kennen die een slechte band hebben, die bijvoorbeeld niet durven te bellen omdat ze vaak “afgepoeierd” worden. Het hangt er dus echt vanaf of er een goede relatie is, of de huisarts ook de regierol op zou kunnen pakken. De huisarts staat regelmatig buiten de problematiek, informeert ook niet altijd naar wat er is gebeurd in het ziekenhuis, maar daardoor voel je je ook niet altijd gemotiveerd om met de huisarts zaken te gaan bespreken. Aan de andere kant kan deelnemer 2 zich ook wel voorstellen dat er mensen zijn die wel zo’n band met hun huisarts hebben. Het lijkt toch echt maatwerk, waarbij deelnemer 5 denkt dat de rol in principe wel bij de huisarts hoort, maar dat dat niet altijd de meest ideale persoon is.

Men kan vragen aan de patiënt wie dat het beste kan doen. Soms kan het misschien ook de praktijkondersteuner zijn? Echter is het wel vereist dat er goede communicatie is. Er is ook vaak een internist betrokken denkt men, wellicht kan een internist ook regie voeren. Barbara benoemt dat er wordt gezegd dat vooral de kenmerken van de arts van belang zijn: kan het dan ook een andere arts zijn? Dat beaamt de groep, de vaardigheden zijn belangrijker dan de achtergrond van de specialist. Het is ook van belang dat ze vaardigheden hebben om zich te verhouden tot collegae, zodat ze kunnen overleggen. Een verpleegkundig specialist zou dat ook kunnen doen. Het is ook erg belangrijk dat je als patiënt weet wie het aanspreekpunt en de coördinator is.

Afspraken maken en afzeggen is bovendien ook lastig, zelfs als je een afspraak af wil zeggen omdat je geen probleem meer hebt. Als ernaar vraagt kunnen afspraken wel vaak op elkaar afgestemd worden, en soms wordt dat ook vanzelf aangeboden. Door veel parttime werkende dokters gaat dat niet altijd. De groep vindt ook wel dat een patiënt daar zelf ook wel actief in mag zijn.

4. Deel 2: Pilot multimorbiditeit en regie

De pilot die vanaf september in Gelre Apeldoorn zal gaan lopen werd gepresenteerd. De eerste indruk is dat het een goede opzet is, helder. Er werd toegelicht door mw. van Munster en mw. Verhoeff dat deze pilot is opgezet om een start te maken om dit uiteindelijk veel groter en in meer ziekenhuizen uit te gaan rollen, maar om ook financiering te verkrijgen er klein gestart wordt. De deelnemers werd gevraagd om vragen te stellen en commentaar gegeven op de gepresenteerde pilot.

Wordt er multidisciplinair gewerkt?

De deelnemers vroegen of ook andere disciplines, zoals de apotheek, fyio en diëtiste betrokken worden. Er werd toegelicht dat de apotheek ook in het regie-team plaatsneemt en de apothekersassistent zal een medicatiereview doen. Daarnaast werd er gevraagd of er in het ziekenhuis al veel wordt overlegd door medisch specialisten in een multidisciplinair overleg. Er werd uitgelegd dat er al verschillende samenwerkingsvormen zijn, bijvoorbeeld multidisciplinaire poli's.



nederlandse internisten vereniging



Federatie
Medisch
Specialisten

Maar dat er (nog) geen standaard multidisciplinair overleg is voor patiënten met multimorbiditeit waar de samenstelling van ziektes en specialisten kunnen verschillen. Dat is toch meer maatwerk. De deelnemers opperen dat er wellicht digitaal nog wel wat toe te voegen zou zijn aan de mogelijkheden.

Het is belangrijk om helder te maken voor deelnemende patiënten dat het draait om hun (zorg)doelen. Bespreek daarbij ook behandelbeperkingen.

De deelnemers bespraken dat het heel belangrijk is om ook te communiceren naar de patiënten dat het met name gaat om de doelen van de patiënt, in bijvoorbeeld de informatie die naar de deelnemers gaat. Het lijkt ook belangrijk om behandelbeperkingen duidelijk te bespreken, en haalbare doelen ten aanzien van de zorg en gezondheid en behandelbeperkingen moeten in het persoonlijk zorgoverzicht opgenomen worden. Het is van belang dat de patiënt en zorgverlener samen een haalbaar doel stellen, en dan heeft de patiënt daar ook een rol in (bijvoorbeeld door leefstijlverandering). De deelnemers herkennen daarin ook nog wel een flinke taak voor ouderen zelf. Het kan ook verschillen waaraan je de doelen koppelt, aan behandelen en genezen, of aan welbevinden/welzijn. Dat ligt waarschijnlijk aan de fase waarin de patiënt zich bevindt. Als doelen meer gekoppeld zijn aan welzijn maken mensen misschien andere keuzes. Daarbij moet ook gesproken worden over kwaliteit van sterven.

Overzicht creëren raakt de kern van het patiëntgericht werken: namelijk dat de patiënt goed wordt geïnformeerd, overzicht wordt geboden en kan meebeslissen binnen de beperkingen en mogelijkheden die de patiënt heeft (en zijn mantelzorger)

De deelnemers denken dat het dus nuttig is om een overzicht te creëren. Wat kan je van een patiënt verwachten vraagt mw. Verhoeff? Je kunt altijd vragen “Wat kun je zelf?” of “Wat kan je mantelzorger?”, die vraag wordt nu amper gesteld. “Wat kun je?” of “Wat wil je zelf?” zijn vragen waar mensen actiever op worden. De vraag die daaruit kan volgen is: wat heb je van ons nodig? Hoe kunnen we de patiënt ondersteunen bij het maken van keuzes? Soms legt de patiënt de keuze weer terug bij de arts. Er ligt volgens de groep ook een rol voor de ouderenorganisaties, over bewustwording rondom ouder worden en keuzes maken. Deelnemer 5 lichtte toe: waarom kom je bij een dokter? Om diens deskundigheid te vragen. Als een dokter tegen een patiënt zegt: “het maakt helemaal niet uit of u deze behandeling doet, het heeft eigenlijk helemaal geen nut”, dat is geen mening maar deskundigheid. Maar mw. van Munster geeft aan dat er soms gelijke alternatieven zijn, bijvoorbeeld verdere diagnostiek zijn om te weten wat er aan de hand is terwijl je weet dat je niet gaat behandelen. Maar niet alle patiënten zullen gehoor geven aan het zelf actief meedenken. Aan de andere kant past het wel in de voorbereiding op later, wat als... (ik geen partner meer heb, overal ver vandaan woon, wat betekent dat voor mijn gezondheid). Er wordt namelijk veel geroepen over zelfredzaamheid en autonomie, dus een zorgverlener zou ook dat kunnen vragen aan de patiënt, wat betekent zelfredzaamheid voor u? Maar de groep denkt ook dat mensen daar misschien helemaal niet over nagedacht hebben. Of sommige mensen willen helemaal niet, dat is hun recht, maar daar staat dan wel een gevolg tegenover. Je mag kiezen, als dat weloverwogen is. Waarbij mensen zich realiseren dat sommige keuzes bepaalde consequenties hebben, maar het blijft lastig om dat al vroeg te overzien.

Overbodige zorg moet geannuleerd worden, maar wel met goede uitleg en heldere doelen van de patiënt waar wel nog aan gewerkt wordt



De vraag is ook of iedereen recht heeft op alles? Stel we identificeren dat sommige zorg overbodig is, maar patiënten vinden die zorg prettig? Moeten mensen dan de keuze hebben om die zorg te behouden? De groep reageert unaniem met 'nee'. Er zal wel toelichting moeten komen. Doelen zijn van de patiënt en niet van de dokter, hoe voorkom je dat de patiënt verwacht dat de zorgverlener alles gaat oplossen. Daarbij is het van belang om de diepte in te gaan met de patiënt: wat wilt u nog in het leven? Iemand zal de doelen moeten uitvoeren, dus je moet ze echt samen met de patiënt opstellen, anders gaat de patiënt dit niet uitvoeren. Door de doelen van de patiënt te volgen, kan de patiënt zelf ook testen of het beter gaat. Je raakt mogelijk ook meer gemotiveerd. Belangrijk om de vraag te stellen: "Wat wilt u bereiken?". Ook informatief, dat wanneer een patiënt zou zeggen, ik wil genezen, dat je dan weet dat bijvoorbeeld de boodschap dat er geen genezing mogelijk is nog niet goed is aangekomen.

Niet meer kunnen genezen van een (chronische) ziekte is slecht nieuws

Neem de tijd, niet kunnen genezen is eigenlijk ook slecht nieuws, daar hoort soms ook een rouwproces/boosheid bij waardoor het moeilijk is om beslissingen te nemen of te bespreken wat er moet gebeuren. Soms is de wens dan ook niet redelijk, dat maakt het erg lastig. Het bespreken dat je misschien vanaf hier alleen nog maar achteruit kunt gaan of dat je nooit meer zo vitaal zal worden als je was. Wat hebben mensen nodig bij het bespreken van het slechte nieuws van de prognose bij multimorbiditeit? Wees zelf een mens, vraag "vindt u dit moeilijk?", erkenning van dat dat moeilijk kan zijn, dat je daar boos over kan zijn. Dat geeft ruimte. Je moet wel benoemen dat het gaat over de kwaliteit van leven en dat bepaalde dingen niet meer kunnen. Verwachtingen /prognose specialisten terugkoppelen aan patient, waardoor perspectief voor patient duidelijk is en deze weet wat hij/zij nog kan verwachten. En er vervolgens gesproken wordt over wat er nog kan, hoe het leven nog prettiger kan worden ondanks de beperking. Wat ga je dan zelf doen, dat heeft ook met eigen regie te maken.

Er is een verandering van het systeem nodig om deze zorg anders te regelen

De groep geeft aan dat het van belang is dat ook het systeem moet gaan inzien dat het anders geregeld moet worden waarschijnlijk. Aparte bekostiging van casemanagement zou bijvoorbeeld nodig kunnen zijn. Mw. van Munster geeft aan dat je dan wel moet bewijzen wat de meerwaarde is. Het is helaas niet morgen zomaar veranderd. Het lijkt alsof er nu bij de pilot de goede doelgroep is gekozen, want er moet gewoon ook nog gekeken worden of het misschien anders moet. Wellicht dat patiënten al vanaf 3 of 4 specialismen baat kunnen hebben hierbij. Het hangt er misschien ook vanaf of er veel overlap is tussen de specialismen. Ook de verhouding met alle protocollen/richtlijnen speelt mee, hoewel daar beargumenteerd vanafgeweken mag worden. Maar afwijken en argumenteren kost tijd.

5. Sluiting

Iedereen werd bedankt voor de komst en actieve participatie.