

Bijlage B Focusgroepen behandelaren tweede en derde lijn

1. Methode

1.1. Opzet focusgroep

Focusgroepen werden georganiseerd rondom een recente, lokale patiënten casus met multimorbiditeit. Om complexiteit te waarborgen, moest de casus voldoen aan de volgende criteria: ten minste drie chronische ziekten en drie betrokken behandelaren. Alle betrokken behandelaren, ook uit de eerste lijn, werden benaderd om deel te nemen. De oproep aan behandelaren om te participeren verliep via de werkgroepleden.

De discussiegids bestond uit drie hoofdvragen:

- a) Wat is de ervaring van behandelaren m.b.t. de onderlinge afstemming van zorg voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis?
- b) Wat zijn de gedachtes van behandelaren op de werkdefinitie van een MDB, en de criteria om de doelgroep te formuleren, zoals deze is vormgegeven door de werkgroep?
- c) Hoe zou je een multidisciplinaire beoordeling kunnen vormgeven in de praktijk?

Focusgroepen duurden 1.5 uur en vonden digitaal plaats (ZOOM of Teams). Focusgroepen werden geleid en geanalyseerd door E. Gans, U. de Ruijter en J. de Groot.

1.2. Participanten

Er werden 7 focusgroepen gehouden, waarvan 4 in academische ziekenhuizen en 3 in perifere ziekenhuizen. Gemiddeld waren er 3 behandelaren per focusgroep aanwezig.

In totaal spraken wij 20 behandelaren van patiënten met multimorbiditeit. Deze behandelaren waren: geriater (1), AIOS-geriatrie (1), hartfalenverpleegkundige (1), cardioloog (1), orthopedisch chirurg (1), traumachirurg (1), vaatchirurg (1), internist-hematoloog (2), internist-ouderengeneeskunde (2), internist-endocrinoloog (1), AIOS revalidatiegeneeskunde (1), psychiater (1), psycholoog (1), anesthesist (1), neuroloog (1), osteoporose verpleegkundige (1), tandarts gnatholoog (1) en specialist ouderengeneeskunde (1).

De huisartsen hadden wij ook uitgenodigd voor deelname maar dit bleek niet haalbaar i.v.m. conflicterende agenda's en dus werd er een aparte focusgroep met huisartsen gehouden (bijlage E).

1.3. Casuïstiek

Focusgroepen werden georganiseerd met behandelaren van patiënten met multimorbiditeit. Om de discussie dicht bij de dagelijkse praktijk te houden, werd er o.a. gereflecteerd op een recente patiënte casus.

De besproken casuïstiek betroffen 3 mannen en 4 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 69 jaar. Gemiddeld speelden er 5 chronische ziekten en waren er ook 5 behandelaren in het ziekenhuis betrokken. In het afgelopen jaar hadden er gemiddeld 2 opnames en 2 spoedeisende hulp presentaties plaatsgevonden, en waren er 30 polibezoeken of telefonische contacten geweest.

1.4. Analyse

Focusgroepen werden getranscribeerd en onafhankelijk gecodeerd door twee personen. De eerste vraag werd beantwoord volgens de methodiek *grounded theory*. De tweede vraag behoefde geen uitgebreide analyse maar een samenvatting. De derde vraag werd beantwoord aan de hand van een *framework analysis* waar de bouwstenen van een MDO werden gebruikt.

De bevindingen werden voorgelegd aan de werkgroep voor '*member checking*', een stap in kwalitatief onderzoek waarin je de bevindingen voorlegt aan een andere groep personen om te beoordelen of de bevindingen resoneren en of er nog zaken missen. De onderwerpen die nog aangevuld werden middels het '*member checking*' worden aangegeven met een *.

2. Procesmodel multidisciplinaire afstemming

Aan de hand van de discussies in de focusgroepen naar aanleiding van de casus, stelden wij een procesmodel op over multidisciplinaire afstemming rond de patiënt met multimorbiditeit (figuur 2 uit de leidraad).

De verschillende onderdelen worden verder toegelicht in de hier opvolgende hoofdstukken.

2.1. Aanleiding voor het zoeken van multidisciplinaire afstemming

Er zijn verschillende aanleidingen die deelnemers hebben beschreven om afstemming te zoeken met andere disciplines. Er tekenen zich grofweg vier categorieën af die we hieronder beschrijven. Vaak spelen meerdere redenen een rol om uiteindelijk ook tot overleg over te gaan.

Medisch inhoudelijk

Een van de redenen voor het zoeken van afstemming is op medisch inhoudelijk gebied. Enerzijds bestaan er regelmatig vragen buiten de eigen expertise, anderzijds heeft (toekomstig) handelen vaak invloed op andere lopende of geplande diagnostische processen of behandelingen.

'Als iemand signaleert van nou die patiënt gaat heel erg achteruit misschien moeten we toch overstappen naar een palliatief traject dat daar wel ook afstemming met dan in dit geval een regieondersteuner of in dit geval een medebehandelaar over is. Dus dat er toch een concreet moment is dat je dat afstemt.'

'Dat ik toch een beroep kan doen op collega om heel even mee te denken, omdat ik natuurlijk ook niet alles weet.'

Afstemmen op mogelijkheden patiënt

Een andere duidelijke reden voor het zoeken van overleg is het afstemmen van zorg op de patiënt. Iedere patiënt heeft zijn of haar eigen wensen, doelen en mogelijkheden en om deze goed te incorporeren in een behandelplan gaven deelnemers aan dat overleg daar vaak voor nodig is. Dit raakt ook aan proportionaliteit en wat iemand nog wil en kan. Daarbij zijn deelnemers wisselend in wie die wensen, doelen en mogelijkheden in kaart horen te brengen. Na een verwijzing met een

specifieke vraag gaan sommigen er bijvoorbeeld van uit dat dit in kaart brengen reeds gebeurd is, waardoor er geen reden voor overleg meer wordt ervaren.

'Je gaat eigenlijk pas in overleg met je medebehandelaars als je merkt dat de plannen haaks op elkaar staan of in elk geval niet met elkaar in overeenstemming zijn. Kijk als ik een patiënt krijg die ik noem maar wat ernstig coronair lijden heeft en een CABG moet ondergaan maar ondertussen heeft hij een oncologische ziekte dan kun je je voorstellen dat je even met elkaar moet overleggen van wat is de prognose voor de oncologische ziekte versus het beleid van de CABG of de klepoperatie. Dus dit overleg vindt veelal plaats wanneer je aanvoelt dat de plannen uit één gaan lopen.'

Rolverdeling behandelteam

Als er onduidelijkheid is omtrent het hoofdbehandelaarschap of vragen of wensen zijn in de rolverdeling onder de verschillende behandelaren kan dit een reden zijn om overleg te zoeken. Een ander reden is als er meerdere behandelaren zich ontfermen over hetzelfde probleem.

'En die was alweer, toen hij bij kwam, ook nog via de huisarts weer naar de pijnpoli verwezen. En ik dacht ja volgens mij helpt dat niet, want voor je het weet zit zo iemand aan de hoge pijnmedicatie en daar is iemand niet mee geholpen. Dus toen heb ik wel zelf echt intensief contact gezocht met de huisarts en met de pijnpoli, bij een MDO geweest.'

Signaal patiënt

Soms kan ook een signaal van de patiënt reden zijn tot het zoeken van overleg. Dit kan gaan om signalen over medisch inhoudelijke zaken, bejegening of (het ontbreken van) onderlinge afstemming. Maar er kan ook in de communicatie tussen behandelaar en patiënt iets gebeuren waardoor de behandelaar reden ziet afstemming of overleg met collega's te zoeken.

'En zo is ze uiteindelijk dan, hè, een complicatie van diabetes, weinig voorkomend. Is ze naar de neuroloog gegaan die heeft het uitgezocht. Die heeft gekeken meer naar het oorzakelijke stuk en 1 is toen ingeschakeld voor het pijnstuk, want ik kreeg dat, die pijnbehandeling, dat was zo ingewikkeld, dat ik behoefte had aan expertise die haar op dat stukje mee kon nemen. Het lukte mij niet om in mijn eentje al die dingen met haar steeds te bespreken, haar te overtuigen, het geheel te overzien, alle mogelijkheden te kunnen afwegen. Zij, zij is in haar communicatie zo bepalend dat, ik had gewoon voor mezelf de sparringpartner nodig. En voor haar natuurlijk de beste expertise. Maar had het ook voor mezelf nodig.'

2.2. Timing van multidisciplinaire afstemming

Er werden twee belangrijke kenmerken geïdentificeerd met betrekking tot de timing van multidisciplinaire afstemming.

Mate van urgentie

Afhankelijk van de timing van multidisciplinaire afstemming wordt het meer of mindere mate urgent. Vroegtijdig overleg kan betekenen dat er nog ruimte is voor het voorkomen van negatieve zorguitkomsten, zoals complicaties of interacties van geneesmiddelen. Naarmate er langer gewacht wordt met het onderling afstemmen van zorg, kunnen er zich reeds problemen hebben voorgedaan, of zijn de problemen van grotere aard. Daarnaast geven veel deelnemers aan dat het overgaan tot overleg vaak ook samenhangt met een collega tegen het lijf lopen of 'er' net aan denken. Andersom

kan dit ook leiden tot 'er' niet aan denken, omdat bepaalde processen of personen wellicht minder goed ingeregeld of bekend zijn.

'Het gaat erom dat je op het idee gebracht wordt en dat je het niet te vaak, het hoeft ook niet te vaak, daar ben ik erg van overtuigd. Maar als het nodig is, denk er dan op tijd aan. En dat initiatief kan zijn, omdat patiënt een signaal geeft, het is een allemaal warboel geworden, maar zorg ook dat je bij jezelf die antenne aan hebt staan.'

Eenmalig vs. cyclisch

Multidisciplinaire afstemming kan eenmalig in de tijd plaatsvinden, of gepland worden om periodiek/cyclisch plaats te vinden.

2.3. Manieren voor multidisciplinaire afstemming

Er zijn veel verschillende wegen genoemd via welke er in de huidige situatie multidisciplinair overleg plaats vindt. Sommigen vervangen elkaar, sommigen lopen parallel aan elkaar.

Brief

Deelnemers gaven aan dat er veel brieven worden geschreven met verschillende redenen. Sommigen schrijven een uitgebreide brief ter naslag voor zichzelf, anderen schrijven een brief om de ontvanger (veelal de huisarts of een andere instelling) te informeren. Brieven worden soms gezien ter vervanging van andere modi van overleg.

'We denken altijd, als ze een keer bij de revalidatie zijn geweest dan hebben we een hele mooie brief en hebben we een redelijk inzicht over hoe patiënten en hun thuissituatie in elkaar zitten. Om dat nou van alle patiënten op te bouwen dat is nogal wat.'

Email

Veel deelnemers gaven aan regelmatig te overleggen per mail. Dit gebeurt vaker als het onder twee behandelaren is of een specifieke vraag betreft. Voordelen die genoemd worden zijn de relatief kleine tijdsinvestering en het niet storen van de ander. Nadelen zijn dat overzicht houden over welke patiënten er nog vragen uitstaan soms lastig is en dat niet altijd iedereen even snel reageert.

EPD

Deelnemers gaven aan dat ze het EPD regelmatig gebruiken om te kijken wat collega's voor beleid voeren. Het EPD biedt op sommige punten uitkomst door antwoord te geven op vragen die anders wellicht reden zouden zijn geweest tot direct overleg. Anderzijds geven deelnemers aan dat ze daarom ook zaken specifiek opschrijven in het EPD, met als doel dat het terug te halen is voor collega's. Dit wordt binnen het EPD vaak in de vorm van een uitgebreide decursus gedaan. Vindbaarheid van informatie en de snelheid waarmee je iets gevonden hebt wordt niet altijd positief ervaren. Een ander nadeel dat genoemd wordt is dat het EPD niet altijd volledig is waardoor je soms ook zaken kunt missen. Het bredere gevoel leeft dat er meer mogelijk is middels het EPD dan dat er nu gebeurt.

'Wandelgangoverleg'

Nagenoeg alle deelnemers geven aan regelmatig fysiek te overleggen met een collega. Mensen gaan actief bij iemand langs, of lopen iemand per toeval tegen het lijf. Dit betreft nagenoeg alleen

informeel overleg, hoewel dit ook genoemd werd als optie aansluitend op een formeel MDO of een bespreking. Collega's die je daar ziet ook 'even aanschieten' over een andere patiënt.

'Nou, die spreek ik op de gang. Wij hebben nooit formeel multidisciplinair overleg over deze man gehad.'

MDO/ vaste bespreking

Binnen het ziekenhuis zijn er veel bestaande overlegstructuren zoals MDO's of andere vaste besprekingen. Vaak zijn deze MDO's ziektegericht ingericht, maar er zijn ook besprekingen waar meerdere soorten patiënten kunnen worden ingebracht.

Telefonisch overleg

Veel deelnemers geven aan bij een korte vraag even de telefoon te pakken om met een collega te overleggen. Telefonisch overleg beperkt zich tot overleg tussen twee behandelaren. Voordelen die genoemd worden zijn de relatief kleine tijdsinvestering en een direct en snel antwoord. Nadelen zijn dat je mensen stoort en het niet goed na te gaan is wanneer het uitkomt dat je belt.

'Wat ik buitengewoon handig en fijn vindt aan deze casus: ik zie een patiënte en dan zit ik met een paar vragen en dan is het buitengewoon prettig dat ik gewoon collega's kan benaderen om heel even mee te kijken zonder dat ik de patiënt alle kanten heen hoeft te sturen. Internisten zijn wat dat betreft laagdrempelig en goed bereikbaar. Ik mail of bel met cardiologen met neurologen, ook een neuroloog die ik dan even vraag om mee te kijken naar een MRI.'

Videoconferencing

Een steeds vaker voorkomende vorm van overleg is via videoconferencing. Er werd aangegeven dat dit tijdens de COVID-19 pandemie een vlucht heeft genomen en een aantal voordelen heeft ten opzichte van de meer traditionele manieren van overleg. Ten eerste hoeven deelnemers niet te reizen waardoor e.e.a. makkelijker in te passen is in hun dag en het transmuraal overleg vele malen makkelijker maakt ten opzichte van een fysiek MDO. Ten tweede wordt met beeld wordt als een grote toevoeging ervaren ten opzichte van bijvoorbeeld bellen. Ten derde maakt dit het ook mogelijk om de patiënt laagdrempeliger aan te laten sluiten.

"Nou ja, het betekende bij deze patiënt dat haar partner erbij kon zijn. (...) Ik heb soms ook de indruk, maar dat is echt een gevoel, nergens op gebaseerd misschien. Maar dat zoals wij nu naar elkaar kijken op een schermje, en de patiënt ook, dat toch anders voelt voor een patiënt, dan dat je daar ergens de dokters hebt zitten bij elkaar, dan moet je heel goed opletten, hoe zit je op een tafel, is de afstand niet te groot, voelen ze, voelen ze zich opgenomen in het geheel. En met het schermje gaat dat toch vrij gemakkelijk.'

Verwijzing

Deelnemers gaven aan dat (door)verwijzen soms een vervanging is voor andere modi van overleg. Weinigen die we gesproken hebben vinden dit wenselijk. Het verwijzen werd geweten aan ervaren belemmeringen in de factoren van invloed op zowel de reden voor overleg als de manier van overleg, bijvoorbeeld te weinig tijd of te weinig ervaring voor specifieke patiënten. Ook hebben sommigen misschien minder de neiging tot het bekleden van een regiefunctie en vinden een patiënt 'beter af' bij een andere specialist.

'Ik denk dat wij, ehm, in ons ziekenhuis, best vaak geneigd zijn om onderling naar elkaar door te verwijzen. Dus consult op consult te stapelen of verwijzing op verwijzing waarbij, wellicht, in het overleg met de huisarts, dit geleid had tot een ander besluit.'

'Maar ik denk wel dat dat het belangrijkste is, bij wie komt een patiënt als eerste binnen. Omdat de een het oplost zoals collega X het doet, en de ander die lost het op door vijf consulten te schrijven en de patiënten snel weg de wachtkamer uit te sturen anders loop je uit en heb je er geen tijd voor.'

Multidisciplinair Spreekuur*

Een ander manier van overleggen is het samendoen van een spreekuur. Voorbeelden zijn een internist-ouderengeneeskunde en een oncoloog die samen spreekuur doen, of een psychiater en een internist. Steeds vaker zie je deze modaliteit van overleg ook over de lijnen heen, denk aan een gecombineerd spreekuur van een internist en een huisarts, of cardioloog en huisarts. Soms wordt aan dit laatste gerefereerd als een 'meekijk-consult'.

2.4. Kenmerken van manieren voor multidisciplinaire afstemming

Bij het beschrijven van de manieren van afstemming kwam bij herhaling naar voren dat er verschillende kenmerken aangegeven werden door deelnemers. Dit zijn niet zozeer factoren die van invloed zijn op de keuze voor een manier van overleg, maar kenmerken van die manier van overleg.

Informeel vs. formeel overleg

Veel overleg vindt op een informele of niet structurele manier plaats. Dit werd bijvoorbeeld geduid als 'overleg in de wandelgangen', 'elkaar tegenkomen' of 'even binnenlopen'. Nagenoeg alle deelnemers ervaren deze vorm van overleg als prettig. Factoren die hierbij genoemd worden als bevorderend dan wel belemmerend zijn de cultuur van het ziekenhuis ten aanzien van overleg, hoe goed collega's elkaar kennen (bijv. wel of niet opgeleid in de regio), de bereikbaarheid en bereidheid tot overleg van collega's en de vraag of er transmuraal overleg nodig is. De tijdsinvestering die hiermee gemoeid is wisselt. Sommigen benoemen het als een stuk sneller dan meer formele vormen van overleg, anderen geven aan dat er juist ook veel tijd in kan gaan zitten.

Daarentegen zijn er ook veel vormen van formeel overleg zoals vaste MDO's of besprekingen. Voordelen die genoemd worden zijn dat je voor het wel of niet overleggen over patiënten minder afhankelijk bent van het initiatief van individuele zorgverleners, dat je collega's regelmatig spreekt en daardoor beter weet te vinden als je (informeel) wil overleggen.

Ad hoc vs. structureel

Het regelen van multidisciplinair overleg over de multimorbide patiënt vindt vaak ad hoc plaats. Als de wens tot overleg er eenmaal is, is er voor deze groep vaak geen structurele vorm van overleg waar de patiënt besproken kan worden (e.g. MDO, bespreking) maar wordt er ad hoc met de betrokkenen overleg gezocht.

'En hoe complexer hoe meer disciplines aan boord komen natuurlijk. Dan is het geen één tweetje meer, maar dan wordt het een groep. En dan ga je echt een MDO organiseren. Ik doe dat meestal inderdaad bij drie doe je dat officieel. Doe je ook een datumprikker uitsturen en dat soort zaken. Dat is een soort van praktisch ook van hoe organiseer je dat vaak hè. Als je het niet structureel zoals jullie hebben gepland. Wij doen dat heel veel ad hoc MDO's organiseren.'

Intra- vs. transmuraal overleg

Intramuraal vindt vaak plaats op andere manieren dan transmuraal overleg. Deelnemers gaven aan dat contact vanuit het ziekenhuis met huisartsen nagenoeg altijd telefonisch verloopt of via een brief. Daarentegen is overleg tussen behandelaren in het ziekenhuis vaak per mail, via het EPD of fysiek van aard, al dan niet bij een MDO of op de wandelgang.

Unilateraal vs. bilateraal

Sommige manieren van overleg zijn 'eenrichtingsverkeer', zoals het versturen van een brief van de ene behandelaar naar de andere behandelaar. Bij andere modaliteiten is er wel sprake van een onderlinge gedachtewisseling (zoals bij telefonisch overleg, of een MDO).

2.5. Uitkomst multidisciplinaire afstemming

Er worden veel verschillende voordelen maar ook potentiële nadelen van multidisciplinair overleg benoemd. Bij het beschrijven van de uitkomsten van het (ontbreken van) multidisciplinair overleg komen meerdere groepen naar voren. Al deze uitkomsten kunnen in negatieve en positieve zin worden beïnvloed. Daarnaast is door meerdere deelnemers benadrukt dat wat als positief bestempeld wordt nogal kan afhangen van het perspectief van de betrokken partijen. Ook hebben de uitkomsten onderling invloed op elkaar: een hogere patiënttevredenheid heeft wellicht een hoger zorggebruik tot gevolg, of het aanwijzen van een regieondersteuner leidt tot een verschuiving van zorg.

Tevredenheid van patiënt en naasten

Afstemming heeft zonder meer invloed op de (verwachte) patiënt tevredenheid en die van zijn/haar naasten. Alle deelnemers gaven aan te denken dat patiënten het prettig vinden als behandelaren onderling op de hoogte zijn van de verschillende trajecten. Tevredenheid heeft veelal met goede en open communicatie te maken, ontevredenheid vaak met het gebrek daaraan. Ontevredenheid van de patiënt, of moeilijkheden in de communicatie kunnen ook de aanleiding zijn voor de onderlinge afstemming waardoor dit in dit soort situaties ook een uitkomst is.

'Wat er beter had gegaan? Nou ja, voor de operatie uitvragen van goh hoe zie je het voor je hierna, en heel concreet van hè wat als je inderdaad niet meer kan lopen, hoe zie je het dan voor je? Wat zijn belangrijke waarden voor je, hoe ervaar je het hier in het ziekenhuis en wat kan hier beter? En ze heeft ook een voorgeschiedenis natuurlijk van PTSS en licht verstandelijke beperking. Wat betekent dat, wat houdt dat in voor haar, waar moeten we rekening mee houden? Achteraf zijn dat dingen die ik wel had willen weten.'

Zorgverlener tevredenheid

Veel deelnemers gaven aan dat betere afstemming zeker ook effect heeft op hoe tevreden zij zelf zijn met hun werk. Goede afstemming werd over het algemeen ervaren als prettig werken. Andersom kan het ook frustratie tot gevolg hebben als afstemming moeizaam verloopt.

Incorporeren doelen en mogelijkheden patiënt in behandelplan

Nagenoeg alle deelnemers gaven aan dat het beter incorporeren van patiëntdoelen, wensen en mogelijkheden in het behandelplan eigenlijk alleen lukt als er onderlinge afstemming is. Deelnemers waren niet eenduidig over wiens verantwoordelijkheid het is om de doelen van de patiënt in kaart te brengen. Dit maakt ook dat het zeker niet altijd gebeurt.

'Nou, ik moet zeggen ik had toen afgesproken nou we doen die beenmergpunctie en dat moet voor de aanvullende diagnostiek. Het is een beginnende assistent en die had mij verteld van ja een patiënt met hartfalen en weet ik het wat en nu ook trombopenie en eerder dit jaar een CVA en ondertussen komt hij weer lopend op de poli. Dus ik dacht dan doen wij gewoon de reguliere diagnostiek en toen zag ik die man anderhalve maand later op de poli en toen dacht ik wow zo kwetsbaar zie ik ze niet vaak op de poli. En dat maakt gewoon ook uit of je iemand zelf gezien hebt en niet alleen op papier.'

Minder vermijdbare zorg

Deelnemers zagen (potentiële) winst op het gebied van 'onnodige' of 'vermijdbare' zorg: door betere afstemming is er minder zorg nodig. Het gaat hierbij deels om (te) lang doorbehandelen, waarbij het raakt aan het proportionaliteitsvraagstuk. Anderzijds gaven deelnemers aan dat sommige handelingen misschien wel in een protocol staan, maar niet altijd even noodzakelijk zijn voor elke patiënt. Door beter op de hoogte te zijn van wat collega's doen gaven deelnemers aan dat sommige zorg voorkomen zou kunnen worden.

'Nee ik denk uiteindelijk, het hele fijne is dat we die ingreep aan dat naadaneurysma niet hebben gedaan. Hij is natuurlijk nog wel naar een anesthesist geweest en nog een keer extra naar de geriater, tussentijds naar de neuroloog, dus er zijn met name ziekenhuisbezoeken en aanvullende diagnostiek die je eventueel had kunnen besparen. Ik denk dat het belangrijkste is dat we niet die ingreep hebben gedaan en daar vervolgens op terug hebben gekeken met z'n allen en hebben gezegd 'goh hadden we dat überhaupt moeten doen'. Dus in die zin, invasief valt het mee, maar qua belasting, qua ziekenhuisbezoeken, qua aanvullende diagnostiek zijn dat denk ik met name de zaken die we hem hadden kunnen besparen als we dit misschien vroeger multidisciplinair hadden ingevlogen.'

'Wanneer houden we de diagnostiek beperkt dat we heel goed kijken wat kunnen we nog wel behandelen, maar wat ook niet meer. En ja dat daarmee een hele hoop onnodige dingen wordt voorkomen.'

Verwijzingen

Een specifieke vorm van zorggebruik die werd genoemd waar overleg een duidelijk effect op zou kunnen hebben is het aantal verwijzingen. Sommige verwijzingen worden als onnodig en negatief beschouwd. Factoren die hierbij genoemd worden zijn tijd, eigenaarschap, kennis en het ontbreken van een voorkeur voor regievoering. Deelnemers gaven aan dat verwijzingen niet altijd naar degene zijn die een zorgvraag het beste kan beantwoorden, wat bijvoorbeeld een volgende verwijzing tot gevolg heeft. Daarnaast geven deelnemers aan dat er op verschillende manieren gekeken zou kunnen worden of patiënten wel op de juiste plek terecht komen.

Andersom wordt gezien dat goede afstemming vaak een verwijzing kan schelen, wat deelnemers als zeer positief ervoeren.

'Ja ik was heel blij met het telefoontje in die zin het bespaart weer een in mijn ogen onzinnig consult op de spoedeisende poli. Dus ik denk dat dit voor deze patiënt het beste was dat inderdaad collega X heel even heeft gebeld heeft van hé, wat zou jij nou doen en dan kun je weer een loket in ieder geval afstrepen.'

'De chirurg had zelf kunnen bedenken, met een MRI van de enkel had ik kunnen uitsluiten dat het een osteomyelitis was, dan had hij een antwoord kunnen geven en dat had een specialisme gescheeld. Maar dat is iets wat we heel vaak zien. Zodra een voet en diabetes bij elkaar komt, hup verwijzen we naar de orthopedie.'

Passend medicatiebeleid*

De verwachting is ook dat door betere afstemming onderling, medicatie beter afgestemd wordt. Door interacties en bijwerkingen te voorkomen, zullen ook negatieve zorguitkomsten ten gevolge hiervan, afnemen.

Duidelijke rol- en taakverdeling

Regieondersteuner

Het aanwijzen van een regieondersteuner danwel hoofdbehandelaar is een concrete uitkomst van onderlinge afstemming die als verhelderend en prettig werd ervaren. Hierbij ging het om iemand die regie kreeg over de communicatie met alle betrokken behandelaren en vaak ook de communicatie naar de patiënt toe. Er werd door sommigen onderscheid gemaakt tussen een regieondersteuner voor binnen en buiten het ziekenhuis.

‘Waarbij we dan uiteindelijk hebben besloten, ook gezien dat zij wel vrij vaak contact met ons opnam, dan een hoofdbehandelaar in te stellen. Waarbij de huisarts, uh nou ja, hem een beetje boven de pet ging, dus hebben we uiteindelijk gekozen om daar de internist van te maken. Omdat de internist de patiënt ook al heel lang kende, nog veel contact had. En het pijnteam vond het ook heel prettig om dan één aanspreekpunt te hebben, omdat zij vonden dat ze wat overvraagd werden door patiënte.’

Aanspreekpunt

Er werd door de deelnemers onderscheid gemaakt tussen het aanwijzen van een regieondersteuner en het aanwijzen van een aanspreekpunt, hoewel dit vaak ook één en dezelfde persoon was. Toch kon iemand kan als aanspreekpunt fungeren voor bijvoorbeeld de patiënt of transmurale communicatie vanuit de huisarts, het verpleeghuis of een ander ziekenhuis, zonder de regieondersteuner te zijn.

‘Maar nou in deze situatie was het zeker bij de familie misschien ook wel lekker geweest als je iemand had die wat laagdrempeliger aanspreekpunt dan wij dan weer zijn voor die mensen denk ik.’ (ten aanzien van maatschappelijk werk)

Passende zorg

Het beïnvloeden van zorggebruik beperkt zich niet tot het volume van zorg, maar gaat ook om waar en door wie zorg wordt geleverd. Het kan dat er na onderlinge afstemming misschien geen verandering is in het volume van zorg maar wel in de plek. Zowel binnen het ziekenhuis (bijv. poli bezoeken van het ene naar het andere specialisme) als buiten het ziekenhuis (bijv. zorg die ‘teruggaat’ naar de huisarts; de juiste zorg op de juiste plek).

‘Wat dat had opgeleverd? Nou ja, dat was dan in dit geval, bijvoorbeeld een afspraak minder bij de MDL als wij vanuit de geriatrie het oppakken, of geen bezoek aan de geriatrie omdat de MDL-arts het op zou pakken. Dat zou helpen denk ik. En ook daarin is wat meer onderlinge afstemming nodig over wie aan welke medicijnen gaat sleutelen. Ik denk dat je daarmee ziekenhuis bezoeken mee kan voorkomen. Dat misschien, bepaalde specialismen meer gecombineerd worden of dat bepaalde bezoeken aan specialisten niet gaan plaats vinden.’

Inzichtelijkheid overwegingen en conclusies*

Voor zorgverleners is het niet altijd eenvoudig of mogelijk om te achterhalen wat de overwegingen en conclusies zijn van de andere betrokken zorgverleners bij een gezamenlijke patiënt. Dit niet kunnen achterhalen maakt de behandeling van patiënten met multimorbiditeit moeizaam. Het kan leiden tot interacterende behandelingen, maar ook tegenstrijdige communicatie met patiënt en naasten. Onderlinge afstemming van zorg, en dit duidelijk inzichtelijk maken in het EPD, wordt als een zeer positieve uitkomst gezien.

2.6. Factoren van invloed op multidisciplinaire afstemming

Interdisciplinair niveau

Er zijn een aantal factoren geïdentificeerd die spelen op interdisciplinair niveau die van invloed zijn op multidisciplinaire afstemming.

Interprofessionele identiteit

De interprofessionele identiteit van een behandelaar geeft inzicht in hoeverre men geïnteresseerd is in andere beroepsgroepen en hoe belangrijk iemand samenwerking vindt tussen disciplines. Hoe sterker deze identiteit, hoe meer de bereidheid is om samen te werken.

Neiging tot bekleden van regiefunctie

Rakend aan de interprofessionele identiteit is ook de neiging tot het bekleden van een regiefunctie. Van grote invloed op het wel of niet zoeken van afstemming en de manier waarop dat gebeurt is iemands neiging tot het bekleden regiefunctie. Sommigen voelen zich sneller geroepen of bekwaam om een regiefunctie te bekleden dan anderen. Hier hangt ook mee samen in hoeverre mensen druk ervaren over te gaan tot handelen naar aanleiding van de manier van afstemming die gezocht is. Voelt iemand zich geroepen om de regie te pakken voor een patiënt door bijvoorbeeld met argumenten van een richtlijn of proces af te wijken, of neigt iemand meer naar het volgen van die processen zoals ze ingeregeld zijn. Ook deze factor heeft sterk te maken met persoonlijk voorkeur, maar ook met tijd voor de patiënt en (ervaren) expertise.

‘Wat het kwetsbaar maakt is het hangt natuurlijk heel erg af bij wie deze patiënt als eerste op het loket verschijnt hè. Ik bedoel met alle respect, als deze patiënt ook nog een beetje oedeem in de enkels had en die was als eerste bij een cardioloog gekomen, ja dan denk ik dat de kans heel groot is dat zo een patiënt wel veel meer het ziekenhuis in wordt gestuurd met allerlei diverse consulten. Dus het heeft ermee te maken bij wie komt de patiënt als eerste binnen en heeft die vervolgens ook tijd en voelt hij zich er senang bij om een regiefunctie over te nemen. Ik denk dat dat bij heel veel verschillende specialismen, dat zij zich daar niet ja toegeroepen voelen of niet toe bevoegd voelen of dat daar te weinig tijd voor is.’

Ervaringsniveau behandelaar

Deelnemers gaven regelmatig aan dat het ervaringsniveau van de dokter een rol speelt in het wel of niet zoeken van overleg. Enerzijds is dit de structuur van verantwoordelijkheid binnen het ziekenhuis: arts-assistenten zijn niet eindverantwoordelijk en daarom wordt er meer overlegd. Anderzijds is dit ook medisch inhoudelijke ervaring: specialisten of AIOS die verder in de opleiding zijn hebben wellicht meer vertrouwen in het nemen van hun eigen beslissingen. Dit raakt ook aan het hebben van wisselende behandelaren omdat A(N)IOS niet langdurig eigen poliklinische spreekuren hebben. Aan het eind van een poliklinische stage worden patiënten in principe overgenomen door een medisch specialist, waardoor er maar één keer van behandelaar gewisseld zou horen te worden.

‘Die ziet bij de dermatologie bijvoorbeeld elke drie maanden een andere AIOS en dan weer een andere vaatchirurg en daar is ook heel veel wisseling in behandelaars. Daar heb je wel eens, met name in een situatie waarin het heel erg wisselt, dat je denkt maar wat is nou de overkoepelende richting. Met name als het versnipperd is dan zie ik wel meerwaarde en inderdaad als het complex is of als behandelingen elkaar raken zeg maar. Dan kan dat wel meerwaarde hebben maar niet per se voor iedereen denk ik.’

Holistische vs. (super)specialistische blik

Meerdere deelnemers zochten in het overleg input van anderen voor een brede(re), meer holistische blik op de patiënt. Zij achtten zichzelf te (sub)specialistisch om bredere besluiten alleen te nemen. Deelnemers gaven aan het hebben van een brede blik als vereiste te zien om een multimorbide patiënt goed te behandelen. Je kunt niet volstaan met de focus op alleen jouw stuk. Daarnaast speelt dit ook een rol bij patiënten. Meerdere deelnemers gaven aan bij sommigen patiënten wel mogelijkheden te zien om de regie centraler te houden door een generalist als regieondersteuner of hoofdbehandelaar in te stellen maar dat sommige patiënt juist de voorkeur geven aan een (sub)specialist voor iedere aandoening. Dit resulteert dan ook in meerdere behandelaren. Andersom geven sommige patiënten juist de voorkeur aan één vaste behandelaar die meerdere dingen overziet.

‘Dan nog denk ik niet dat je hoofdbehandelaar kan zijn voor alle verschillende onderdelen van het vak. Want iedereen is toch een beetje deelspecialist in ons ziekenhuis. Er zijn natuurlijk nog een paar algemene, meer generalistische specialismen, zoals internisten en de geriatrie of de klinische ouderengeneeskunde, maar dan heb je het wel een beetje gehad. Bijna alle specialismen werken heel erg vanuit hun specialisatie of subspecialisatie, dus ik herken wel het probleem van dat er eindeloos veel dingen gedaan worden, dingen parallel aan elkaar gedaan worden, terwijl misschien minder consulten effectiever was geweest met een duidelijke regieondersteuner.’

Opvattingen t.a.v. proportionaliteit

Hoe een deelnemer denkt over wat nog wel en wat niet meer medisch zinvol dan wel proportioneel is heeft invloed op de reden voor het zoeken van overleg. Voor sommigen is juist die twijfel reden tot overleg, voor sommigen is het feit dat iets in hun ogen evident wel of niet langer medisch zinvol juist een reden om niet te overleggen.

‘Wij zijn natuurlijk ook heel vaak betrokken bij patiënten met nierfalen en langdurige dialysetrajecten die vervolgens ook perifeer vaatlijden krijgen en polyneuropathie en uhm allerlei interne problematiek, uhm waarbij ik dan een patiënt krijg met soms Fontaine IV vaatlijden beiderzijds, met ernstige wonden, en dat ik denk ‘ja goh... moet ik dit nu nog gaan behandelen en ...waar-waarvoor behandel ik, doe ik het omdat het kan of doe ik het omdat ik die patiënt daar plezier mee doe.’

Voorkeur voor manier van overleg

Sommige behandelaren hebben een uitgesproken voorkeur voor telefonisch overleg, terwijl anderen dit tijdrovend vinden en kiezen voor een verwijzing.

Het ‘elkaar kennen’ en proximiteit

Nagenoeg alle deelnemers gaven aan dat het goed kennen van collega’s of juist het gebrek daaraan, niet alleen van grote invloed is op de manier van overleg maar ook op de manier waarop dit ervaren wordt. Hier worden zinnen bij gebruikt als ‘de weg kennen’ in je eigen ziekenhuis of regio of ‘weten

wie je moet hebben'. Zaken die genoemd worden als bevorderend voor het kennen van collega's zijn het opgeleid zijn in de regio, hoe lang je ergens werkt en de cultuur van een ziekenhuis.

'Maar ik ja, ik vind dat het in het ziekenhuis heel prettig gaat. Het is natuurlijk wel van belang dat je de mensen kent en dat ze jou ook kennen. Ja nogmaals ik vind het een, ik vind het een hele fijne werkwijze en ik heb twee of drie neurologen die ik altijd bel, ik heb een paar ritme cardiologen die ik altijd bel. Nou bij de internisten zijn er een paar die ik kan benaderen hè. Dus in principe probeer ik alles per mail te doen.'

Aantal betrokken behandelaren

Hoe meer behandelaren betrokken zijn, hoe complexer het is om met iedereen afstemming te zoeken. Dit kan soms een negatieve werking hebben, waarbij behandelaren afzien van multidisciplinaire afstemming omdat er te veel behandelaren betrokken zijn. Afstemmen met een behandelteam dat bestaat uit minder personen, wordt ervaren als makkelijker en laagdrempeliger.

Kennis over context van de patiënt

Wanneer een behandelaar op de hoogte is van de context van de patiënt (functioneel, sociaal) heeft dit een positieve uitwerking op het zoeken van afstemming. Behandelaren zijn geneigd om deze informatie te delen met andere behandelaren, om te borgen dat er een passende behandeling volgt.

Zorgverlener-patiënt relatie

Een langdurige zorgverlener-patiënt relatie kan ook de neiging om de verantwoordelijkheid te nemen om zorg af te stemmen ook vergroten.

Organisatieniveau

Er zijn een aantal factoren geïdentificeerd op organisatieniveau die van invloed is op het proces van multidisciplinaire afstemming.

Financiering van overleg

Een van de dingen die regelmatig genoemd werd in relatie tot de manier van overleg is of er financiering voor deze vorm bestaat of niet. Dit bevat ook of er tijd voor ingeruimd is voor de vorm van overleg. Informeel overleg werd over het algemeen gezien als onderdeel van de zorg en niet als aparte zorgactiviteit. Hier is geen aparte financiering voor, maar belangrijker volgens deelnemers: ook geen specifiek gealloceerde tijd. Dit in tegenstelling tot meer gestructureerde vormen van overleg als bijvoorbeeld een MDO.

Mate van integratie EPD

Meerdere deelnemers gaven aan dat het functioneren van hun EPD invloed heeft op hoe er overleg plaatsvindt. Sommige EPD's zijn dusdanig goed geïntegreerd in het zorgproces dat het werk, en daarmee ook overleg, uit handen neemt. Een goed ingevulde en up-to-date voorgeschiedenis en medicatielijst bijvoorbeeld, maar ook de verslaglegging van beweegredenen om iets wel of niet te doen. Van groot belang is ook het wel of niet terug kunnen vinden van zaken die door collega's gedaan zijn, hoe die met patiënt besproken zijn en wat bijvoorbeeld behandel- of patiëntdoelen zijn.

Mate van flexibiliteit van agenda

De mate van flexibiliteit in agendavoering heeft invloed op welke manier van overleg gekozen wordt. Bij het gebrek aan ruimte in een dag om telefonisch te overleggen, of een ad hoc MDO te organiseren, zal er sneller worden uitgeweken naar een verwijzing.

Cultuur rondom samenwerking

Hoe er gedacht wordt over samenwerking, elkaars taken eventueel overnemen, en de laagdrempeligheid van overleg is ook bepalend voor hoe en of de zorg wordt afgestemd.

‘Ja, een hoofdbehandelaarschap van de longarts dat is helemaal prima, maar die gaat zich niet met haar hartfalenmedicatie bemoeien. Daar heb je toch dan iemand anders voor nodig en ze is dan ook bij de cardiologie. Dat uit handen geven, dat is iets wat nou niet zo makkelijk gedaan wordt vanuit mijn specialisme. Zo van nou, we laten iemand anders met dat protocol los op een patiënt. Dat zouden we zeer zeker nooit doen. Dus dan is overleg juist extra belangrijk als jouw stukje zorg gevolgen heeft voor alle andere stukjes zorg die aan een patiënt gegeven worden. Dus dan vind ik het extra belangrijk dat er overlegmogelijkheden zijn.’

3. Wie zijn er betrokken bij multidisciplinaire afstemming

3.1. Patiënt

Het verbeteren van de zorg voor de patiënt in de breedste zin van het woord is voor veel deelnemers de reden van onderlinge afstemming. De patiënt pakt in sommige situaties zelf een actieve rol in bijvoorbeeld het initiëren van multidisciplinaire afstemming. Zoals eerder aangegeven zijn signalen van de patiënt voor veel deelnemers ook met regelmaat reden om afstemming te zoeken. Factoren die hierop van invloed zijn, zijn eerder uitgebreid beschreven. De wensen, doelen en mogelijkheden van de patiënt komen op veel punten terug in het proces van overleg.

3.2. Familie patiënt

Deelnemers waren het er over het algemeen over eens dat de familie en context van een patiënt relevant zijn, maar vaak wordt hier pas aandacht aan besteed op het moment dat er problemen spelen in dat domein. Problemen kunnen bestaan in de communicatie, de mogelijkheden voor thuis- en zelfzorg of de psychosociale context van een familie. Daarnaast gaven deelnemers aan dat mantelzorgers of familie vaak ondersteunend zijn aan de patiënt in het overzicht houden van de communicatie met verschillende behandelaren.

3.3. Regieondersteuner

De regieondersteuner wordt gezien als iemand die communiceert met alle betrokken behandelaren, het overzicht bewaart en beoordeelt of zorg nog in de overkoepelende behandeldoelen past. Vaak is een regieondersteuner ook degene die als aanspreekpunt voor de patiënt dient en signalen en vragen van de patiënt en/of zijn omgeving inventariseert en oppakt. Er werd door sommigen onderscheid gemaakt tussen een regieondersteuner voor binnen en buiten het ziekenhuis. Deelnemers gaven aan dat het voor een regieondersteuner van belang is de wensen, doelen en mogelijkheden van een patiënt scherp te hebben. Dit kan door uitgebreid met anderen te spreken (bijv. een huisarts), maar veelal door een langere behandelrelatie met de patiënt.

3.4. Huisarts

Over de rol van de huisarts in de zorg voor multimorbide patiënten is veel gesproken. Over het algemeen ervaren deelnemers de huisarts als een logische regieondersteuner voor de patiënt. Echter, deelnemers denken dat dit voor complexe patiënten die veel in het ziekenhuis zijn een lastige opgave is. Deelnemers gaven aan regelmatig afstemming te zoeken met de huisarts. Een van de belangrijkste redenen hiervoor was het afstemmen van behandelplannen op de wensen, doelen en mogelijkheden van de patiënt. Het beeld bestaat dat de huisarts beter zicht heeft op de patiënt en zijn of haar context, dan behandelaren in het ziekenhuis. Hier werd wel veelvuldig bij aangetekend dat door veranderingen van het huisartsen vak in de afgelopen jaren, deze 'band met patiënten' onder druk staat. Factoren die hierbij genoemd werden zijn de werkdruk bij huisartsen en het vaker wisselen van dokters doordat er bijvoorbeeld meer waarnemers in een praktijk werken.

Met betrekking tot verwijzingen vanuit de huisarts gaven sommigen aan dat ze er hierbij vanuit gaan dat die met de patiënt besproken heeft wat hoe de wensen, doelen en mogelijkheden van de patiënt hierin passen. Anderzijds gaven deelnemers aan dat ze vaak verwijzingen zien van waarnemers, poliklinisch danwel naar de SEH, waarbij ze twifelen of dit anders gegaan was als de patiënt door de 'eigen' huisarts gezien zou zijn.

Een veelgenoemd punt is dat de huisarts vaak de regiefunctie overneemt van het ziekenhuis bij het wisselen van curatie naar palliatie.

3.5. Verpleegkundig specialist

De rol van de verpleegkundig specialist is summier aan bod gekomen. Een vaker genoemd pluspunt is dat gespecialiseerde verpleegkundig specialisten in het ziekenhuis vaak wat meer tijd hebben voor de patiënt en, in sommige gevallen, langere betrokken zijn bij een patiënt. Hierdoor leren zij patiënten vaak goed kennen en zijn zij goed op de hoogte van wensen, doelen en mogelijkheden. Anderzijds gaven verpleegkundig specialisten aan regelmatig te willen afstemmen op medisch inhoudelijke gronden, wat weer raakt aan ervaringsniveau en kennis.

3.6. Paramedici

Er zijn verschillende paramedici aan bod gekomen: maatschappelijk werkers, geestelijke verzorging, medisch psychologen en fysiotherapeuten. Bij navraag werd er regelmatig aangegeven dat er niet aan gedacht is om specifieke paramedici te betrekken waar deelnemers in retrospect van dachten dat ze mogelijk wel van meerwaarde zouden zijn geweest. Daarnaast werd aangegeven dat het betrekken van paramedici steeds moeilijker wordt vanwege tekort aan mensen en budget, ook in gevallen waar dit wel van waarde zou zijn.

4. Feedback op werkdefinitie en doelgroep

De werkgroep stelden gedurende het proces van de leidraad ontwikkelen een werkdefinitie op om een MDB te duiden, en ook criteria om de doelgroep te definiëren. Beiden werden voorgelegd aan de deelnemers om te evalueren of en hoe dit aansloot bij de behandelaren in de praktijk. De volgende werkdefinitie en criteria werden voorgelegd:

Een multidisciplinaire beoordeling bij multimorbiditeit in het ziekenhuis is een zorgactiviteit waarin drie of meer medisch specialisten samen een overkoepelend plan voor de ziekenhuiszorg opstellen en afstemmen voor een patiënt met drie of meer ziektes/aandoeningen. Dit plan is gebaseerd op de algehele medische, functionele en psychosociale situatie, maar ook op de doelen, wensen en voorkeuren van de patiënt, die voorafgaand aan dit moment in kaart zijn gebracht.

Voor wie?

Patiënten met drie of meer chronische ziektes/aandoeningen waarbij drie of meer behandelaren in het ziekenhuis betrokken zijn en die minimaal voldoen aan 1 van onderstaande criteria

1. Behandelingen interfereren mogelijk met elkaar of met het biopsychosociaal functioneren
2. Er wordt onvoldoende coördinatie ervaren door patiënt, mantelzorg of behandelaar
3. Er is naar het oordeel van patiënt, mantelzorg of behandelaar, sprake van (te) veel acute, niet passende zorg of potentieel vermijdbare negatieve zorguitkomsten

4.1. Aantal behandelaren

Aantal behandelaren kan een goede methode zijn om de juiste doelgroep te identificeren. Hoe meer behandelaren betrokken zijn, hoe complexer het wordt, met name waar het gaat om behandelaren van verschillende specialismen. Er wordt ook genoemd dat bij slechts twee behandelaren het ook soms moeilijk kan zijn om elkaar te vinden, bijvoorbeeld wanneer het type specialisten normaliter weinig met elkaar in aanraking komt.

4.2. Aantal diagnoses

Het aantal diagnoses wordt niet beschouwd als een goede methode om de patiëntengroep te identificeren, vanwege meerdere redenen. Enerzijds sluit je een groep buiten die mogelijk wel baat heeft bij een MDB: bij een patiënt met één ziekte met meerdere behandelaren is er ook behoefte aan een globaal, groter plan. Anderzijds maak je weinig/geen onderscheid: meerdere behandelaren geven aan dat bijna de gehele poli ten minste drie aandoeningen heeft, terwijl misschien niet iedereen baat heeft bij een MDB. Je identificeert met het aantal diagnoses dus niet de juiste groep.

Het roept ook verwarring op: geldt het hebben van een jeugdtrauma ook als een aandoening? En daarnaast wordt gedacht dat niet elke aandoening hetzelfde gewicht heeft (CVA vs. simpele huidaandoening), en maakt het ook nog eens uit of het gaat om concordante of discordante problematiek.

Bij het definiëren van het aantal diagnoses ga je voorbij aan de holistische benadering van de patiënt.

'De definitie bestaat natuurlijk ook a priori erom dat we geneigd zijn de geneeskunde dan in hokjes te verdelen en toch drie verschillende specialisten, drie verschillende ziektes of aandoeningen terwijl ik denk ja. Maar dat is misschien meer mijn visie als ik naar patiënten kijk, veel meer het holistische, ja de somatiek, de psychologie, de sociale en ook de existentiële kant van een mens. Dus ik heb hier wel een beetje, dit is niet zo zoals ik meestal wil werken, snap je wat ik bedoel? Dus dat is wel comorbiditeit noem ik dan, ja er is natuurlijk vaak heel veel comorbiditeit. Maar is natuurlijk ook een

beetje een artificiële definitie omdat we alles zo in hokjes verdelen toch ik bedoel ja, dit is weer de andere kant ervan.'

4.3. Algemene reactie

Het formuleren van een discipline overstijgend plan betekent ook dat er een regieondersteuner moet zijn, iemand die het overzicht houdt en het aanspreekpunt is (*'die er eigenlijk al hoort te zijn natuurlijk'*).

Een multidisciplinaire beoordeling zou ook naast opstellen en afstemmen van een overkoepelend plan, ook kunnen evalueren hoe de samenwerking tot dat moment gaat.

Belangrijk is om het MDB op juiste wijze in te zetten: het moet niet leiden tot meer gefragmenteerde zorg door nog een afspraak, of nog een extra behandelaar die de regiefunctie gaat bekleden. Belangrijk is om te monitoren dat het inzetten van het MDB leidt tot het juiste effect.

Veel positieve reacties op het idee van een MDB:

'Ik vind het wel goed jullie het stroomlijnen hoor. Dat je zegt joh, maar als dit en dit, dan moet je gewoon een moment vinden om met elkaar te overleggen, wat nu vaak op onderbuik-gevoel gaat. Dus dat vind ik wel krachtig hoor, dat je dat formeler probeert te maken en dat je ook kan zeggen: waarom heb je geen MDB gedaan? Dus dat vind ik wel sterk.'

'Dit is echt wel heel veel toegevoegde waarde. Dat iedereen hetzelfde naar een patient communiceert, dat er gewoon duidelijkheid is: wat kan je verwachten, wat kun je ook niet verwachten. Wat moet je zelf doen, wat doen wij. Dat het ook duidelijk wordt genoteerd.'

'Ik denk dat het echt van toegevoegde waarde is op de basiszorg, maar dat niet iedereen het nodig heeft. Dus dat je echt gericht hiernaar pakt uit het repertoire.'

Ook een kritische noot:

'Ik weet dat het ambitieuze plan er moet zijn, maar het gevaar van te ambitieus zijn is dat het niet leidt tot het gewenste effect. (...) 'Het grootste gevaar van goed is beter.' Dat gevoel krijg ik hier ook een beetje met de ambitie. Als alternatief zou ik zeggen: kunnen we nou niet met een onsje minder misschien zelfs iets meer bereiken?'

4.4. Criteria

Het criterium *'behandeling interfereren mogelijk met elkaar of met het biopsychosociaal functioneren'* wordt ervaren als moeilijk te interpreteren. Niet iedereen begrijpt wat hiermee bedoeld wordt. Een deelnemer vraagt zich af of hiermee kwetsbare patiënten bedoeld worden, maar vindt het dan nog steeds onduidelijk: *'Als dat bedoeld wordt, ja, wat is dan kwetsbaar?'*

De criteria *'Er wordt onvoldoende coördinatie ervaren door patiënt, mantelzorg of behandelaar'*, en *'Er is naar het oordeel van patiënt, mantelzorg of behandelaar, sprake van (te) veel acute, niet passende zorg of potentieel vermijdbare negatieve zorguitkomsten'*, worden beiden gezien als sterke criteria om de doelgroep te identificeren. Het biedt ruimte voor een subjectief oordeel dat er iets niet goed gaat.

4.5. Doelen, wensen en mogelijkheden

Het toevoegen van ‘mogelijkheden’ wordt belangrijk geacht. Het gaat niet alleen om wat de patiënt en/of familie wil, maar ook wat de dokter denkt dat kan.

Het afstemmen van zorg op doelen, wensen en mogelijkheden moet altijd onafhankelijk van het aantal betrokken behandelaren (shared decision making). Op welk moment dit in kaart gebracht wordt (vooraf, of tijdens), wordt niet als heel relevant beschouwd.

4.6. Haalbaarheid

Een MDB wordt gezien als een heel waardevolle toevoeging aan de huidige zorg. Er worden wel vraagtekens gezet bij de hoeveelheid patiënten die hier, zoals de definitie nu geformuleerd is, onder vallen en of dit wel haalbare zorg is.

‘Als je naar de vaatchirurgische populatie gaat kijken, denk ik dat het best heel vaak zo is dat patiënten aan deze criteria voldoen. Als ik een MDB voor 25% van mijn poli moet doen, dat is niet haalbaar. Natuurlijk wil je het beste bieden voor een patiënt en de meest weloverwogen beslissing nemen om een invasieve ingreep te doen, maar dan hebben we twee extra vaatchirurgen nodig om te zorgen dat we de rest van de werkzaamheden kunnen doen. Ik denk het streven heel goed is, maar ik denk dat de praktische haalbaarheid echt wel lastig is.’

‘Er zijn op het ogenblik denk ik 70 MDO’s, ik denk niet dat ik overdrijf helaas. We moeten ook nog gewoon patiënten zien. Dus MDO erin betekent ook MDO eruit. Dus moet je ook zeggen welke eruit moet. Ik weet er wel een paar hoor trouwens. En dat komt onvoldoende tot uiting, de schaarste in de zorg. We moeten en we kunnen wel meer, meer, meer willen, maar ja, ten koste van wat? Misschien is de opbrengst hier dat je voorkomt dat mensen vervolgens langs 26 loketjes gaan. Maar ik vind het altijd heel ingewikkeld, het volgende MDO.’

4.7. Ziekenhuis-overstijgend plan

De definitie heeft betrekking op het opstellen en afstemmen van ziekenhuiszorg. Verschillende deelnemers geven aan dat om te komen tot een écht overkoepelend plan waarin ook afspraken gemaakt worden wie wat doet, communicatie over de lijnen heen belangrijk is.

4.8. Kosten

De deelnemers benoemen dat de zorg niet mag groeien. Dat betekent dat wanneer er een nieuwe zorgactiviteit wordt ontwikkeld, dit ergens anders weggehaald moet worden. Dit zou bijvoorbeeld de individuele beoordeling bij diverse behandelaren kunnen zijn.

Het zou de implementatie ten goede komen als dit declarabele zorg zou zijn, met name in de periferie.

Een deelnemer oppert dan een mogelijke concessie voor gecoördineerde zorg, minder top-specialistische zorg is.

4.9. Doelgroep

Deelnemers denken dat het MDB met name voor die patiëntengroep van meerwaarde is waar er sprake is van versnipperde zorg (fragmentatie van zorg). Of de definitie en de criteria voldoende discriminerend zijn om de echt complexe doelgroep te identificeren, daar wordt aan getwijfeld.

Er wordt ook geopperd of mensen met een licht verstandelijke beperking, een taalbarrière of anderszins lagere gezondheidsvaardigheden niet altijd binnen de definitie vallen, en zo niet, of dat niet zou moeten.

5. Hoe zou je een MDB kunnen vormgeven?

Op basis van de onderdelen van een MDO werd een framework opgesteld, om vervolgens te evalueren hoe deze onderdelen ingevuld kunnen worden om een MDB vorm te geven. De volgende onderdelen waren onderdeel van het framework: *aanleiding voor overleg, doelgroep, signalering/indicatiestelling/aanmelding, team, voorbereiding, vorm, inhoud, patientenperspectief, verslaglegging, afspraken, frequentie en randvoorwaarden*. In de discussie kwamen nog andere onderwerpen naar voren zoals belemmerende factoren, en consequenties voor de zorg.

5.1. Aanleiding voor een MDB

De belangrijkste aanleiding die naar voren komt is versnippering van zorg, waardoor plannen van behandelaren elkaar bijten, of een zorgverlener, patiënt of huisarts het overzicht kwijt is.

Een andere aanleiding kan zijn als de behandeling niet goed gaat, bijvoorbeeld: geen respons, veel bijwerkingen, veel polikliniek bezoeken, SEH bezoeken of opnames, óf dat de patiënt zelf vindt dat het niet goed gaat of het niet meer zelf kan coördineren. Er wordt ook genoemd dat je het MDB idealiter in het 'risicogebied' inzet; voordat er dingen niet goed gaan.

Een andere aanleiding kan zijn het uitwisselen van informatie zoals wat is de psychosociale situatie van de patiënt, wat is de prognose.

'Ik denk dat versnippering dat merk je in het gesprek met de patiënt. Je hebt je voelhoorns uit staan om te kijken of iemand tevreden is. Als zo'n patiënt bij het eerste contact al direct zegt van nou jullie praten allemaal langs elkaar heen, dan ligt daar een taak weggelegd.'

'Er zijn natuurlijk best wel patiënten waarbij nou niet zo zeer de medische context zo ingewikkeld is maar juist de psychische of de psychosociale context. Dus ik denk dat het ook maar net van de patiënt afhangt wie de relevante behandelaars zijn, en van de ziektes die hij heeft. Want soms heb je maar één ziekte, maar ben je verder zo'n complex persoon dat je daar wel een zorgactiviteit voor zou willen declareren zeg maar.'

'Als je denkt we het hier spelen een aantal chronische ziektes door elkaar, en de één bijt de ander. En met medicatie is het moeilijk, nou ja, zeg maar, echt de definitie van multimorbiditeit en polyfarmacie. Dan zou het best heel goed zijn om daar eens in de zoveel tijd eens even bij stil te staan. Misschien dat we dat wel veel te weinig, waar staan we nou eigenlijk, hè, in het geheel, ja. Daar zou ik me nog iets bij kunnen voorstellen. Dus ook in het scholingstraject en niet alleen maar omdat er vandaag of morgen iets naars gaat gebeuren.'

5.2. Doelgroep

Er is duidelijk veel behoefte aan criteria om de juiste groep patiënten te identificeren. De deelnemers onderstrepen de uitdaging om die criteria te formuleren. Termen die worden gebruikt om te verwijzen naar de patiënt die waarschijnlijk baat zou hebben bij de MDB zijn vaak 'complex' en soms 'kwetsbaar'.

Een belangrijke suggestie is om de doelgroep te identificeren, is afgaan op het gevoel van de behandelaar dat het een nuttige interventie zou zijn. Een andere suggestie is af te gaan op de indruk van de huisarts, die zou mogelijk een signaleringsfunctie kunnen bekleden.

'Dat zou best wel eens heel goed kunnen zijn als we daar wat steviger over na zouden denken. En nu wordt er over nagedacht als je zeventig-plus bent, hè, dan mag je naar de geriatrie poli voor zoiets. En dan ga je dus weer in een medisch circuit om dat dan te laten onderzoeken. Maar dat is toch eigenlijk raar, dat je daarvoor naar de geriater zou moeten. Er zijn ook genoeg veertigers, vijftigers die de nodige ziekten hebben, met behandelingen waar dit allemaal in elkaar in gaat.'

5.3. Signaleren MDB

Iedere behandelaar bekleed een signaleringsfunctie, inclusief de verpleegkundigen. De voorkeur heeft wel dat de andere behandelaren ten minste op de hoogte worden gebracht van de aanleiding, of misschien zelfs dat er toestemming gevraagd wordt, zodat mensen niet verrast worden met een uitnodiging.

De patiënt zelf zou ook moet kunnen aangeven behoefte te hebben voor een MDB.

De deelnemers zien ook een belangrijke signaleringsfunctie weggelegd voor de huisarts. Wanneer deze vele brieven ontvangt, of merkt dat er veel onderling wordt doorverwezen, of dat de patiënt bij de huisarts aangeeft het overzicht te verliezen, zou de huisarts moet kunnen aangeven dat er behoefte is aan een MDB.

5.4. Team

Het is van de patiënt afhankelijk wie de relevante behandelaren zijn. Soms is het niet zozeer de medische context die ingewikkeld is, maar de psychische of psychosociale context. Dan zou je juist de paramedici willen uitnodigen.

Het wordt belangrijk geacht dat degene die de patiënt kennen ook aanwezig zijn bij het MDB, en niet een andere vertegenwoordiger van de vakgroep. Dit geldt met name voor degene die de wensen en doelen in kaart heeft gebracht, waarbij een mondelinge toelichting soms genuanceerder is dan geschreven op papier. Er zijn verschillende suggesties wie dit moet zijn. Sommigen zijn van mening dat dit de hoofdbehandelaar moet zijn, anderen denken dat hier ook een rol weggelegd kan zijn voor een verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Een verpleegkundige of verpleegkundig specialist moet dat dan doen in nauwe samenwerking met een medisch specialist.

Huisarts: Met name wanneer er afspraken gemaakt die betrekking hebben op de eerste lijn, dan wordt het heel belangrijk geacht om de huisarts te betrekken bij de besluitvorming. Voorbeelden

hiervan zijn afspraken over wat wel en wat niet meer te doen, wanneer de huisarts bepaalde zorg overneemt, etc.

AIOS: Een MDB wordt als een potentieel leerzaam moment gezien voor de AIOS, en de deelnemers zouden AIOS aanmoedigen om daarbij aanwezig te zijn. De meesten denken dat zij zelfstandig zouden kunnen deelnemen tegen het einde van de opleiding, één deelnemer is overtuigd van niet omdat het expertise vraagt die discipline-overstijgend is en dus ervaring vereist.

5.5. Voorbereiding

Een belangrijke stap in de voorbereiding is het formuleren van het doel van de bespreking, en dit moet ook afgestemd zijn met de patiënt. Het formuleren van het doel is gelijktijdig ook de controle of een MDB wel het juiste middel is, en tot de gewenste uitkomst zal leiden. Als dat niet zo is, moet er gezocht worden naar een andere oplossing voor het probleem.

Het is belangrijk om een duidelijk beeld te hebben van de patiënt: wat zijn de wensen en doelen, wat zijn de waarden, wat betekenen de ziekte voor de patiënt en zijn/haar leven?

Iedere behandelaar moet medisch inhoudelijk voorbereid zijn: het ziektebeeld, de mogelijke behandelingen en de prognose.

‘Ik zat ook even nog te denken, het feit dat je goed probeert te verwoorden wat het doel is van de bespreking, maakt ook meteen de reflectie: is dit dan het goede instrument?’

5.6. Vorm

Omdat het de verwachting is dat er een aantal vaste spelers zijn die bij de comorbide patiënt betrokken zijn (zoals de internist en geriater), denken sommigen dat het daarmee wellicht mogelijk zou kunnen zijn om toch een structureel overlegmoment te creëren waarbij er anderen worden uitgenodigd: een vast team met een flexibele schil.

Het lijkt de deelnemers logisch om vast te houden aan een MDO structuur, zo hoeft je het wiel niet opnieuw uit te vinden, maar dan in digitale vorm zodat personen uit verschillende zorginstaties en ziekenhuizen aan kunnen sluiten als dat nodig is.

5.7. Inhoud

De behandelaren noemen verschillende elementen die aan bod zouden kunnen komen tijdens een MDB.

- De koers van de behandeling als geheel, en reflecteren of deze koers passend is
- Het afstemmen van de verschillende behandelingen op elkaar: de behandelaren dragen er zorg voor dat iedereen de voor de patiënt optimale behandeling inzet, die niet met elkaar interfereren
- Welke behandelaar verantwoordelijk is voor welk onderdeel van de zorg, en waar de patiënt zelf voor verantwoordelijk is
- Wie de regieondersteuner is voor de patiënt
- Welke deel van de zorg in het ziekenhuis hoort/past, en welk deel bij de eerste lijn

- Aandacht voor preventie, en behoud van gezondheid

5.8. Patiënten-perspectief

De deelnemers vinden het belangrijk om het patiënten-perspectief goed mee te nemen, en patiënten onderdeel te laten zijn van de besluitvorming. Idealiter zou er een moment vooraf zijn waarin de doelen, wensen en voorkeuren door een behandelaar in het ziekenhuis, of een huisarts, in kaart wordt gebracht. Eén deelnemer vraagt zich af of er wel tijd is om dit in kaart te brengen voor alle patiënten. Een ander noemt dat de doelen van de patiënt voor iedere behandelaar al bekend zou moeten zijn, als onderdeel van de standaardzorg.

Het wordt belangrijk geacht om voorafgaand met de patiënt te bespreken dat er een MDB zal plaatsvinden, wie er aanwezig zal zijn, en samen met de patiënt te besluiten wat het doel is van de bespreking.

Tijdens de bespreking kan degene die de doelen, wensen en voorkeuren in kaart heeft gebracht de belangenbehartiger zijn van de patiënt. Mocht de patiënt dit zelf goed kunnen, dan zou de patiënt dit eventueel zelf kunnen doen door aanwezig te zijn.

5.9. Aanwezigheid van patiënt

Er worden voor- en nadelen genoemd voor de aanwezigheid van de patiënt bij een MDB. Enerzijds vinden behandelaren het prettig om met elkaar te kunnen spreken zonder een blad voor de mond te nemen. Ook wordt gedacht dat het niet altijd zinvol is voor de patiënt om aanwezig te zijn, bijvoorbeeld bij het verdelen van medische taken (wie doet wat), of het bespreken van hypothetische behandelopties die later geen reële optie blijken. Het communiceren van de conclusie naar de patiënt zou dan voldoende zijn. Anderzijds wordt genoemd dat wanneer het de patiënt/familie zelf is die heeft aangegeven dat het in de behandeling niet naar wens gaat, het juist goed is om hen dan ook te laten aansluiten en onderdeel te maken van de oplossing. In dat geval geven de behandelaren de voorkeur aan een getrappt proces: eerst met behandelaren onderling, daarna met patiënt en/of familie.

5.10. Verslag

De deelnemers geven de voorkeur aan een bondig verslag, met duidelijke actiepunten en wie daar de verantwoordelijkheid voor draagt. Daarbij moet het duidelijk zijn wie het aanspreekpunt is over vragen t.a.v. afgestemde en overkoepelende plan, en wie de regieondersteuner is.

Het verslag moet in een brief komen, en verstuurd worden naar alle behandelaren, de huisarts, en de patiënt zelf.

5.11. Frequentie

Volgens de deelnemers hoeft er geen vaste frequentie afgesproken te worden. Het afspreken van een periodiek MDB brengt het risico met zich mee dat er te veel onnodige MDBs plaatsvinden. Wel kan een evaluatiemoment worden afgesproken, als de deelnemers van het MDB daar behoefte aan

hebben. Opnieuw een MDB lijkt pas nodig op het moment dat zich er opnieuw (risico voor) problematiek voordoet.

5.12. Belemmerende factoren

Er worden een aantal belemmerende factoren genoemd die de organisatie van een MDB in de weg kunnen staan. Er wordt veelvuldig genoemd dat het integreren van het MDB in standaard zorg veel tijd kost (1), die er volgens de deelnemers niet is. Dit komt o.a. door de omvang van het probleem (2), waarmee de deelnemers aangeven dat bijna alle patiënten in de derde lijn multi-problematiek hebben. Een andere belemmerende factor is dat het tot op heden onduidelijk is hoe de juiste patiëntencategorie te identificeren (3), waarvoor een MDB van meerwaarde is.

Ook is de samenstelling van betrokken behandelaren wisselend, en niet te voorspellen (4). Dit maakt het vinden van een agendamoment buitengewoon complex.

Het uitwisselen van gegevens uit verschillende ziekenhuizen/ zorginstanties wordt als zeer moeizaam ervaren (5), terwijl patiënten wel vaak behandelaren in verschillende ziekenhuizen en/of zorginstanties hebben.

Ook wordt de complexiteit (6) als een mogelijk belemmerende factor gezien, met het gevaar dat het niet een 'slagvaardig' MDO wordt en dat behandelaren geen beslissingen maken.

5.13. Positieve effecten MDB

De deelnemers noemen veel mogelijke positieve effecten van het integreren van een multidisciplinaire beoordeling in de zorg. Het is de verwachting dat het zal leiden tot duidelijke afspraken welke zorg waar plaatsvindt (1): binnen of buiten het ziekenhuis (juiste zorg op de juiste plek) en waarom daarvoor gekozen wordt. Communicatie over de lijnen heen zal beter verlopen (2), waardoor de huisarts beter geïnformeerd zal zijn over de ziekenhuiszorg en de achterliggende overwegingen. Een MDB zal leiden tot een duidelijke rolverdeling van taken (3), inclusief waar de patiënt zelf verantwoordelijk voor is. Met een MDB zitten alle behandelaren op één lijn, waardoor de communicatie naar de patiënt ook eenduidig is (4).

Het is de verwachting dat meer inzicht zal zijn in de patiënt als geheel, buiten het medisch inhoudelijke om (5). En dat dit inzicht in de patiënt latere negatieve uitkomsten kan voorkomen (7). Dat ook de ondersteunde zorg, zoals maatschappelijk werk of fysiotherapie, beter gecoördineerd zal zijn (8).

De verwachting is ook, dat door het afstemmen van de zorg op de behandeldoelen van de patiënt, dit zal lijden tot minder onderzoeken en behandelingen. Dit leidt tot een kosten- en tijdbesparing. Ook zal betere communicatie onderling, en met de huisarts, leiden tot minder doorverwijzingen en wederom tot een tijd- en kostenbesparing.

5.14. Randvoorwaarden

Een belangrijke randvoorwaarde voor het inzetten van het MDB is dat het uiteindelijk efficiënter is om het probleem multidisciplinair te benaderen, i.t.t. monodisciplinair. Dat wil zeggen, de

tijdsinvestering die het de behandelaren kost moet zich, op een manier, terugbetalen (1). Dit kan bijvoorbeeld zijn door minder polibezoeken en minder ingrepen.

Een andere randvoorwaarde is dat er tijd is voor behandelaren om te investeren in de MDB (2). Er zou ook een vergoedingsstructuur voor moeten komen (3).

Om een MDB te kunnen realiseren is er ondersteuning nodig, zowel in de vorm van ICT (4), als in de vorm van secretariële assistentie (5). Los van de tijdsinvestering van het MDB zelf, vragen ook de voorbereidende fase en in de afrondende fase (versturen van brieven, etc.) tijd. Er is een grote behoefte vanuit de behandelaren om de administratieve last zoveel mogelijk te beperken. De hoop is dat ontwikkelingen in de ICT (innovatie) hierbij kunnen helpen.

Een andere voorwaarde is goed voorzitterschap (6). Gezien de aard van het MDB (veel behandelaren die hun inbreng moeten doen, complexe problematiek, mogelijk veel agendapunten) is het noodzakelijk dat dit in goede banen geleid wordt, en de tijd bewaakt wordt.

5.15. Consequenties voor de zorg

De deelnemers geven aan een MDB zou kunnen leiden tot minder verwijzingen, minder ingrepen, minder opnames. Eén deelnemer benoemt hierbij een dilemma: het implementeren van een MDB leidt tot een mogelijke herverdeling van patiëntenzorg. Sommige ingrepen worden misschien minder gedaan, of verwijzingen nemen af. Op maatschappelijk niveau betekent dit een kostenbesparing, maar op maatschap niveau/ ziekenhuis niveau wordt er dan juist minder verdiend. Dit zou op weerstand kunnen stuiten.