



nederlandse internisten vereniging



Federatie
Medisch
Specialisten

Samenvatting Interview prof. dr. Burgers van het NHG

Onderwerp : SKMS project “Multimorbiditeit en Regievoering in de Tweede Lijn”

Datum : 26-11-2018

Tijd : 13.30 tot 15.00 uur

Locatie : Domus Medica, Mercatorlaan 1200, Utrecht

Aanwezig :

Prof. dr. Jako Burgers, Strategisch medisch adviseur Nederlands Huisartsen Genootschap

Marlies Verhoeff, Adviseur Kennisinstituut van Federatie Medisch Specialisten

Vooraf benoemde dhr. Burgers dat hij in dit interview geen uitspraken namens het NHG kon doen, maar dat uitspraken ofwel ‘in de geest van het NHG’ ofwel persoonlijke mening zijn. Waar mogelijk is toegevoegd dat bepaalde punten eigen mening zijn.

Knelpunten

Uitgangspunt (door dhr. Burgers genoemd):

De huisarts probeert het overzicht te bewaren en de regie te voeren/ondersteunen, al dan niet samen met de praktijkondersteuner. Dit lukt goed als patiënt bijvoorbeeld in de ketenzorg zit, met weinig consultaties bij medisch specialisten in het ziekenhuis.

Als er meerdere medisch specialisten betrokken zijn, wordt het voor de huisarts soms lastiger om het overzicht te bewaren. Dat is een glijdende schaal. Dhr. Burgers noemde de volgende knelpunten vanuit huisartsen bij patiënten met multimorbiditeit die bij meerdere specialisten in het ziekenhuis komen:

- De huisarts heeft niet altijd een overzicht over huidige medicatie en problemen van patiënt
- De huisarts heeft niet altijd overzicht over betrokken zorgverleners en de indicatie voor continueren van de controleafspraken
- Informatievoorziening vanuit het ziekenhuis is vaak vertraagd (draagt bij aan het niet hebben van overzicht)
- Geen duidelijke eerste contactpersoon bij problemen, waardoor patiënt bijvoorbeeld bij problemen weer eerst naar de huisarts terugverwezen wordt. Dat is vaak prima, maar bij zeer complexe patiënten zou het mogelijk beter zijn als er een contactpersoon in de 2^{de} lijn zou zijn.
- Soms is het lastig om de juiste adviezen te geven, met name als er sprake is discordante multimorbiditeit (meerdere chronische ziektes, in verschillende tractus, die elkaar beïnvloeden).
- EPD-koppeling met de 2^{de} lijn is momenteel nog lastig. Sommige huisartsen kunnen al wel sommige onderdelen zien, zoals laboratoriumuitslagen. Andersom is nog niet echt van de grond. *
- De koppeling met de GGZ is op meerdere vlakken moeilijk. Er is weinig EPD uitwisseling, het is moeilijk om patiënten binnen een korte tijd gezien te laten worden (sub-acuut) en er zijn weinig vaste contactpersonen beschikbaar.*

* Niet alle patiënten willen mogelijk dat de informatie zomaar wordt uitgewisseld. Privacy is hierbij een belangrijke kwestie. De meeste patiënten zullen dit waarschijnlijk wel willen, maar zeker bij GGZ zijn er mogelijk ook patiënten die niet willen dat gegevens uitgewisseld worden.



nederlandse internisten vereniging



Federatie
Medisch
Specialisten

Klinisch gaat het goed, maar poliklinisch wordt het soms lastiger

- Klinisch geeft de huisarts de regie uit handen. Zodra de patiënt thuis is, is het de bedoeling dat de huisarts dit weer oppakt. Meestal is dit goed geregeld (snelle ontslagbrief/warme overdracht).
- Er is onduidelijkheid over regievoering bij de patiënt die ook poliklinisch bij medisch specialisten komt: bij eenvoudige/laag frequente controlebezoeken in het ziekenhuis bij een redelijk stabiele patiënt kan de huisarts dat prima doen.
- Bij voorkeur houdt de patiënt zelf overzicht en voert zelf de regie. Niet alle patiënten kunnen dit, dat is een punt van aandacht. Patiënten zouden meer betrokken en beter voorgelicht moeten worden, ook door bijvoorbeeld een (medicatie)overzicht op papier.
- Er is mogelijk meer een overzichtsprobleem, dan een regieprobleem. Mogelijk zou een overzicht over de zorg in het ziekenhuis helpen. Dhr. Burgers gaf aan dat de huisarts, doordat hij/zij zich dicht bij de patiënt bevindt, makkelijk en in korte tijd een beeld krijgt van de hele patiënt. De vraag is of dat vanuit de 2^{de} lijn ook haalbaar zou zijn. Goede afstemming tussen de 1^e en 2^{de} lijn over welke domeinen beoordeeld moeten worden en door wie zou hierbij wenselijk zijn. Hierbij is het belangrijk dat men zich afvraagt: wat heeft de patiënt nou echt nodig?

Het begrip “regie”

- Het begrip “regie” is aan inflatie onderhevig. Vanuit de KNMG is het begrip “hoofdbehandelaar” geformuleerd maar dit kan afschuiven in de hand werken. Terwijl als er iets misgaat, dan is dat eigenlijk ieders verantwoordelijkheid is. Wellicht is regievoering niet de beste benaming, gezien verschillende associaties die ieder hierbij kan hebben. Dhr. Burgers vond regieondersteuning mooi bedacht, omdat rol van de patiënt hierbij meer centraal staat.
- Dhr. Burgers benoemt als mogelijke redenen waarom “regie” nu vaak een thema is: de problemen in de coördinatie, fragmentatie, steeds verdere specialisering, geen rekening houden met dat de patiënt soms bijna elke dag naar het ziekenhuis moet en dat afspraken niet op elkaar afgestemd worden. Of omdat financiering binnen het huidige systeem (Diagnose-Behandel Codes) geen betaalvorm omvat voor coördinatie en overleg, of regievoering.

Goede afstemming binnen de tweede lijn zou voor de huisarts moeten opleveren:

- Een overzicht van alle relevante gegevens / informatie
- Een goed geïnformeerde patiënt: daarbij hoort een behandelplan gericht op wat de patiënt belangrijk vindt.

Voor het behandelplan is relevant:

- Prioriteiten en doelen van patiënten kunnen veranderlijk zijn. Dus een overkoepelend behandelplan zou geen doel op zich moeten zijn en zo steeds het onderwerp van gesprek worden. Het gevaar is dan dat de patiënt wordt gedwongen om rationele keuzes te maken en het ‘verhaal’ van de patiënt minder aandacht krijgt.
- Een behandelplan (in de 2^e lijn) moet bij voorkeur voortkomen uit een MDO of met alle betrokken behandelaars zijn overlegd (zoals bijvoorbeeld in de oncologie gebeurd)



nederlandse internisten vereniging



**Federatie
Medisch
Specialisten**

- De sociale anamnese: iedere patiënt wil gehoord en begrepen worden. Iedere arts/specialist zou aandacht hiervoor moeten hebben in ieder consult, om op z'n minst een idee te krijgen wat de klachten voor invloed hebben op het leven van de patiënt.

Binnen het SKMS project wil de werkgroep graag met de 1^e lijn afstemmen over bijvoorbeeld de inhoud en doelen van regie/afstemming/behandelplan uit de 2^e lijn.

Rol van zorgverleners in de 2^e lijn bij regievoering

- Interne geneeskunde is een onderschat discipline. In de loop van 20-30 jaar zo gegroeid door o.a. superspecialisatie. De rol in de spoedzorg is helder, maar in de chronische zorg is hun expertise onvoldoende zichtbaar of duidelijk.
- De ziekenhuisarts, in Amerika ook wel de hospitalist genoemd. Marlies heeft toegelicht dat dit een erg nieuw specialisme is, die momenteel hoofdzakelijk klinisch werken. Zij zijn nog aan het profileren. Mogelijk is er in de toekomst, als de regierol verder is uitgewerkt, wel een rol weggelegd voor de ziekenhuisarts.
- De geriater brengt al alles in kaart voor oudere, kwetsbare patiënten, maar wie is de meest geschikte arts voor jongere, niet-kwetsbare patiënten?
- Casemanager of verpleegkundig specialist. Dhr. Burgers vroeg zich af of een regievoerder (in de tweede lijn) wel per se een dokter moet zijn. Het kan ook een gegeneraliseerd verpleegkundig specialist zijn die toegespitst is op het overzien van de problematiek, daar kan helpen en coördineren, ook met het maken van afspraken, kan schakelen met specialisten. Dhr. Burgers noemt als voorbeeld dat deze dan eventueel aangestuurd zou kunnen worden door de internist of door een behandelend specialist van de indexziekte. Zo'n verpleegkundig specialist zou dan eigenlijk generiek inzetbaar moeten zijn.

De werkgroep van het SKMS-project heeft momenteel in gedachte om factoren te beschrijven op basis waarvan de meest geschikte zorgverlener voor regie kan worden gevonden: bijvoorbeeld afhankelijk van de indexziekte, de competenties van de zorgverlener en de voorkeur/wens van de patiënt. Dhr. Burgers benadrukte ook dat de patiënt daar zelf ook een stem in zou kunnen hebben.

Rol van de huisarts of mogelijke rol van andere eerste lijn zorgverleners bij regievoering

- Dhr. Burgers geeft aan een voorstander te zijn van een strikte scheiding van 1^e en 2^e lijn (eigen mening). De huisarts voert de regie over de zorg thuis. Medisch specialisten geven advies voor zorg in de 1^e lijn, maar coördineren deze niet.
- De praktijkondersteuner (POH) heeft vaak het overzicht, werkt onder supervisie van de huisarts. Er zijn plannen dat dat in de toekomst wellicht altijd een verpleegkundige zal worden. De visie is dat deze verpleegkundige ook hoog-complexe zorg kan bieden, waarbij er dan ook gemotiveerd afgeweken zou kunnen worden van de richtlijnen. Dat zijn goede krachten.
- Specialist Ouderengeneeskunde: dhr. Burgers ziet dit specialisme als tussen 1^e en 2^e lijn in. Bekleedt een belangrijke consultatiefunctie voor de huisarts in de eerste lijn.
- Diëtist, podotherapeut en fysiotherapeut lijken niet geschikt voor een regierol.
- De wijkverpleegkundige zou korte lijnen met de 1^e en 2^e lijn kunnen onderhouden, maar momenteel is die zorg erg versnipperd, er zijn veel verschillende organisaties en binnen de organisaties ook vaak een continuïteitsprobleem.
- Verzorgenden hebben hiervoor niet het juiste opleidingsniveau.



nederlandse internisten vereniging



**Federatie
Medisch
Specialisten**

Wat moet er vooral niet gebeuren als men verbetering wil bereiken?

Dhr. Burgers is van mening dat er vooral geen ingewikkeld model moet worden verzonnen. “Hou complexe zorg simpel”. Probeer een model uit in een pilot.