

# Inventarisatie medisch specialisten en verpleegkundig specialisten

## Enquête via wetenschappelijke verenigingen



Federatie  
**Medisch  
Specialisten**



nederlandse internisten vereniging

Nederlandse Vereniging  
voor **Klinische Geriatrie**



NEDERLANDSE VERENIGING  
VAN REVALIDATIEARTSEN



**Patiëntenfederatie  
Nederland**  
samen de zorg beter maken

**v&vn**

*Multimorbiditeit en Regie in de Tweede Lijn*

*Versie 1.1*

*Mei 2019*

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding en doel .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Methode.....</b>	<b>3</b>
2.1	Werkgroep en totstandkoming enquête .....	3
2.2	Doelgroep.....	4
2.3	Analyse .....	4
<b>3</b>	<b>Resultaten .....</b>	<b>4</b>
3.1	Karakteristieken .....	4
3.2	Geïdentificeerde thema's rondom de zorg voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis.....	6
3.2.1	Identificatie van patiënt.....	7
3.2.2	Hoofdbehandelaar versus regievoerder .....	8
3.2.3	Consulteren .....	10
3.2.4	Samenwerken .....	12
3.2.5	Organisatie van de zorg.....	14
3.2.6	Inhoud van de zorg.....	16
3.3	Wie moet de regie voeren over patiënten met multimorbiditeit (die bij meerdere specialisten in het ziekenhuis komen)? .....	17
3.4	Randvoorwaarden voor regievoering bij patiënten met multimorbiditeit.....	19
<b>4</b>	<b>Discussie .....</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>Referenties .....</b>	<b>24</b>

## 1 Inleiding en doel

Wereldwijd is er een toename van de prevalentie van chronische ziektes en multimorbiditeit (het gelijktijdig vóórkomen van twee of meer (chronische) aandoeningen). Met een toename van patiënten met multimorbiditeit zal de zorg hierdoor de komende jaren voor alle zorgverleners complexer worden. In het ziekenhuis verschilt momenteel de mate en wijze waarop de verschillende specialistische disciplines bij patiënten met multimorbiditeit de (poli)klinische zorg op elkaar afstemmen. In hoeverre er regie wordt gevoerd en door wie, is niet altijd duidelijk. Om regie rondom patiënten met multimorbiditeit in de tweede lijn te versterken, is de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), in nauwe samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, gestart met het ontwikkelen van een generieke module. Eén van de doelen van deze module was het inventariseren van de ervaringen, ideeën en behoeftes van verschillende medisch en verpleegkundig specialisten rondom deze onderwerpen. Een methode die gebruikt is om deze informatie te verzamelen is het rondsturen van een enquête via de wetenschappelijke verenigingen.

## 2 Methode

### 2.1 Werkgroep en totstandkoming enquête

In overleg met de voorzitters van de werkgroep van het SKMS-project is de vragenlijst opgesteld. De analyse en rapportage hiervan zijn uitgevoerd door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten en voorgelegd aan de werkgroep. De werkgroep staat onder leiding van prof. dr. B.C. van Munster, internist-geriater, en drs. O.M. Meijer-Smit, internist-ouderengeneeskunde. Het doel van dit project is het opleveren van een generiek module die kan ondersteuning bij het versterken van regie. De verwachting is dat het versterken van regie leidt tot betere uitkomsten bij de patiënt en de samenwerking tussen disciplines ten goede komt. Een van de doelen van dit project is het inventariseren van wat er in Nederland al gebeurt met betrekking tot regievoering in de tweede lijn en wat de wensen, behoeftes en/of verwachtingen van verschillende belanghebbenden hieromtrent zijn. Daarnaast wil de werkgroep in kaart brengen welke regiemethoden worden beschreven in de literatuur en vigerende richtlijnen. Op basis van de opgedane kennis wil de werkgroep tevens een pilot opzetten waarin de adviezen zullen worden toegepast en geëvalueerd.

De inventarisatie dient als basis voor dit ontwikkelingsproces. De belangrijkste vragen die aan bod kwamen in de enquête zijn:

- Waar moet mee doorgedaan/gestart/gestopt worden bij de zorg voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis?
- Wat gebeurt er al in het ziekenhuis met betrekking tot regievoering bij patiënten met multimorbiditeit?
- Wat zijn randvoorwaarden voor regievoering voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis?
- Welke zorgverlener zou regie moeten voeren voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis?

### *Algemene opmerkingen*

Bij de afname van de enquête was de term 'multimorbiditeit' niet gedefinieerd. De definitie zoals deze vaak in de literatuur wordt gebruikt is "het gelijktijdig optreden van twee of meerdere (chronische) ziektes bij één patiënt".

## 2.2 Doelgroep

De enquête werd gericht aan alle zorgverleners die werkzaam zijn als medisch specialist. Daarnaast werd de enquête gericht aan verpleegkundig specialisten en physician assistants. De 32 wetenschappelijke verenigingen, onderdeel van de Federatie Medisch Specialisten, plus de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen, de Verpleegkundigen & Verzorgende Nederland en de Nederlandse Associatie Physician Assistants, werden gevraagd om de weblink naar de enquête (SurveyMonkey) naar hun leden te verspreiden. De wetenschappelijke verenigingen hadden de keuze uit verspreiden middels een mailbericht, via hun nieuwsbrief of via hun verenigingswebsite. De enquête voor verpleegkundig specialisten en physician assistants stond open voor respons van augustus 2018 tot en met december 2019. De enquête voor medisch specialisten en physician assistants stond open voor respons van oktober 2018 tot en met januari 2019. De resultaten van medisch specialisten die rapporteerden werkzaam te zijn in het buitenland werden niet meegenomen in de analyse. De verzamelde reacties via SurveyMonkey waren anoniem: er werd geen respondentinformatie verzameld, behalve het door de respondent gerapporteerde ziekenhuis en specialisme waar hij/zij werkzaam was. Voor de leesbaarheid van dit document wordt hierna gesproken over 'specialisten', dit kunnen zowel verpleegkundig als medisch specialisten zijn. Indien van toepassing wordt gespecificeerd welke groep het betreft.

## 2.3 Analyse

Middels beschrijvende statistiek werden de deelnemerskarakteristieken beschreven. Met behulp van Atlas.ti (versie 8.0) werden de open vragen gecodeerd. Thematische analyse geschiedde door middel van drie iteratieve stappen. Er werd gestart met *open coderen*, waarbij alle antwoorden of specifieke tekstfragmenten werden gelabeld met een bijpassende code die dichtbij de originele tekst lag. Vervolgens werden door middel van *axiaal coderen*, waarbij de codes met elkaar werden vergeleken, overkoepelende codes gedefinieerd. Dit proces leverde uiteindelijk de belangrijke hoofdthema's op. Twee andere onafhankelijke beoordelaars werden betrokken om een willekeurige selectie van 10% van de enquêtes ook open te coderen. De resultaten werden vergeleken en eventuele discrepanties werden besproken totdat er consensus was bereikt over de hoofdthema's.

De antwoorden op de vraag over welke zorgverlener de regie zou moeten voeren voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis werd gekwantificeerd door te tellen hoe vaak bepaalde zorgverleners genoemd werden. Bovenstaand antwoord en de vragen over de deelnemerskarakteristieken werden geanalyseerd in SPSS, versie 25 (IBM Corp., Armonk, NY, VS).

# 3 Resultaten

## 3.1 Karakteristieken

Van de 35 wetenschappelijke verenigingen die het verzoek kregen om de enquête te verspreiden, hebben 21 verenigingen deze gedeeld via een e-mail, nieuwsbrief of websitebericht. Vijf wetenschappelijke verenigingen hebben middels een reactie laten weten de enquête niet te verspreiden met als belangrijkste reden dat de inhoud niet relevant werd geacht voor de achterban. Van de overige verenigingen werd geen reactie ontvangen. In totaal wordt het bereik van de enquête op 23506 medisch specialisten en 2676 verpleegkundig specialisten geschat. De enquête voor medisch specialisten is in totaal door 944 medisch specialisten bezocht die de vragen over het ziekenhuis en specialisme hebben ingevuld. Uiteindelijk hebben 516 medisch specialisten de enquête tot en met het eerste deel ingevuld, 433 medisch specialisten hebben de gehele enquête afgerond. Van de 516 medisch specialisten die de enquête (gedeeltelijk) hebben ingevuld, waren 221 (42,8%) werkzaam als internist. Tabel 1.1 geeft de respons per specialisme weer, tabel 2 geeft de respons per differentiatie binnen de interne geneeskunde weer. De enquête voor verpleegkundig specialisten is in

totaal 63 keer bezocht. 38 verpleegkundig specialisten hebben het eerste deel van de enquête ingevuld, 31 verpleegkundig specialisten hebben de gehele enquête afgerond.

**Tabel 1** Karakteristieken van de totale populatie, n (%)

	Medisch specialisten		Verpleegkundig specialisten	
	Eerste deel ingevuld (n=516)	Hele enquête ingevuld (n=433)	Eerste deel ingevuld (n= 38)	Hele enquête ingevuld (n=31)
<b>Type specialisme</b>				
Snijdend	121 (23,4)	101 (23,3)	1 (2,6)	1 (3,2)
Beschouwend	383 (74,2)	323 (74,6)	34 (89,5)	28 (90,3)
Ondersteunend	12 (2,3)	9 (2,1)	3 (7,9)	2 (6,5)
<b>Soort ziekenhuis</b>				
Academisch	121 (23,4)	101 (23,3)	9 (23,7)	6 (19,4)
STZ	188 (36,4)	156 (36,0)	18 (47,4)	15 (48,4)
Perifeer	144 (27,9)	126 (29,1)	10 (26,3)	9 (29,0)
Overige klinieken	59 (11,4)	50 (11,5)	-	-
Onbekend	4 (0,8)	-	1 (2,6)	1 (3,2)
<b>Medisch specialisme</b>				
Interne geneeskunde	221 (42,8)	192 (44,3)	1 (2,6)	1 (3,2)
Longgeneeskunde	57 (11,0)	43 (9,9)	7 (18,4)	6 (19,4)
Orthopedische chirurgie	46 (8,9)	38 (8,8)	-	-
Urologie	39 (7,6)	35 (8,1)	-	-
Psychiatrie	33 (6,4)	28 (6,5)	5 (13,2)	4 (12,9)
Reumatologie	23 (4,5)	21 (4,8)	6 (15,8)	4 (12,9)
Klinische geriatrie	25 (4,8)	17 (3,9)	5 (13,2)	5 (16,1)
Cardiologie	14 (2,7)	13 (3,0)	-	-
Keel-neus-oorheelkunde (KNO)	19 (3,7)	13 (3,0)	-	-
Chirurgie	7 (1,4)	7 (1,6)	-	-
Radiologie	6 (1,2)	6 (1,4)	-	-
Cardio-thoracale chirurgie	7 (1,4)	5 (1,2)	-	-
Intensive Care	5 (1,0)	4 (0,9)	-	-
Gynaecologie	2 (0,4)	2 (0,5)	-	-
Neurologie	2 (0,4)	2 (0,5)	8 (21,1)	7 (22,6)
Ziekenhuisfarmacie	5 (1,0)	2 (0,5)	-	-
Dermatologie	1 (0,2)	1 (0,2)	-	-
Maag-darm-leverziekten (MDL)	1 (0,2)	1 (0,2)	-	-
Oogheelkunde	1 (0,2)	1 (0,2)	-	-
Radiotherapie	1 (0,2)	1 (0,2)	-	-
Revalidatiegeneeskunde	1 (0,2)	1 (0,2)	2 (4,1)	1 (2,4)
Plastische chirurgie	-	-	1 (2,6)	1 (3,2)
Kindergeneeskunde	-	-	1 (2,6)	1 (3,2)
Wondgeneeskunde (VS)	-	-	1 (2,6)	1 (3,2)
Palliatief Advies Team (VS)	-	-	2 (5,3)	1 (3,2)

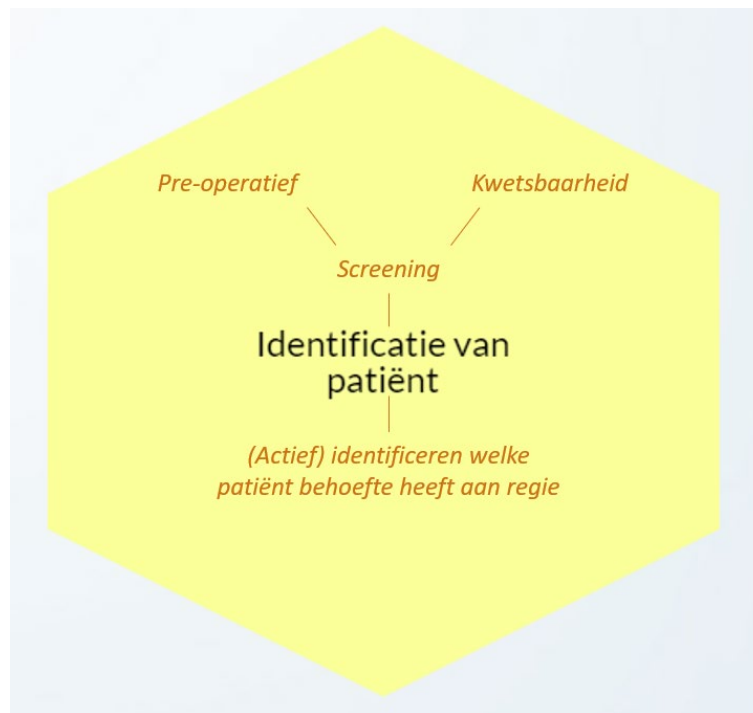
### 3.2 Geïdentificeerde thema's rondom de zorg voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis

Uit de open vragen kwamen zes thema's naar voren omtrent de zorg voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis (figuur 1). Elk van de onderstaande thema's zal kort worden toegelicht in de volgende hoofdstukken van dit document.



Figuur 1. Geïdentificeerde thema's rondom multimorbiditeit in het ziekenhuis

### 3.2.1 Identificatie van patiënt



Figuur 2. Subthema's rondom het thema 'identificatie van patiënt'

In totaal 58 respondenten (56 medisch specialisten en 2 verpleegkundig specialisten) benoemen dat er doorgedaan of gestart moet worden met een vorm van screening. Screenen op kwetsbaarheid, verhoogd functieverlies, regievaardigheid of polyfarmacie worden genoemd als mogelijkheden. Screening door middel van de VMS of preoperatieve geriatrische screening wordt het meest genoemd als iets wat reeds gebeurt. Ook de APOP screening wordt benoemd door een enkeling. Screening zou op de spoedeisende hulp, polikliniek of bij opname kunnen gebeuren, bijvoorbeeld door het “actief identificeren van deze patiënten bij opname” (beschouwend specialist, D159) of door “proactief af en toe de afdeling te screenen op multimorbiditeit/geriatrische complexiteit” (snijdend specialist, D388). Er wordt echter ook genoemd dat screening wel een (bewezen) doel moet hebben. Eén respondent zou daarom starten met een “analyse naar patiëntengroepen waar behoefte is aan regievoering” (beschouwend specialist, D320). Een andere zou starten met een “betere selectie van patiënten waarbij multidisciplinaire behandeling gewenst is” (snijdend specialist, D136). Eén verpleegkundig specialist (D1.51) benoemt ook het belang van: “koppelen screeningsresultaten aan acties: preventieve, medische en verpleegkundige interventies.

### 3.2.2 Hoofdbehandelaar versus regievoerder



**Figuur 3. Subthema's rondom het thema 'Hoofdbehandelaar versus regievoerder'**

75 respondenten noemen de/het “hoofdbehandelaar(schap)” in een antwoord op een van de drie vragen in het eerste deel. “Er moet een hoofdbehandelaar zijn” (beschouwend specialist, D490). Respondenten benoemen ook specifiek dat “de regie voeren” of “de regie houden” een taak is die een hoofdbehandelaar heeft of zou moeten hebben. Aan de andere kant wordt het aanstellen van een “regisseur”, een “regievoerder”, “regiehouderschap” of een “centrale regiehouder” ook los genoemd van de hoofdbehandelaar. Eén respondent oppert: “Wijs nadrukkelijker iemand aan die kan fungeren als spin in het web” (beschouwend specialist, D153).

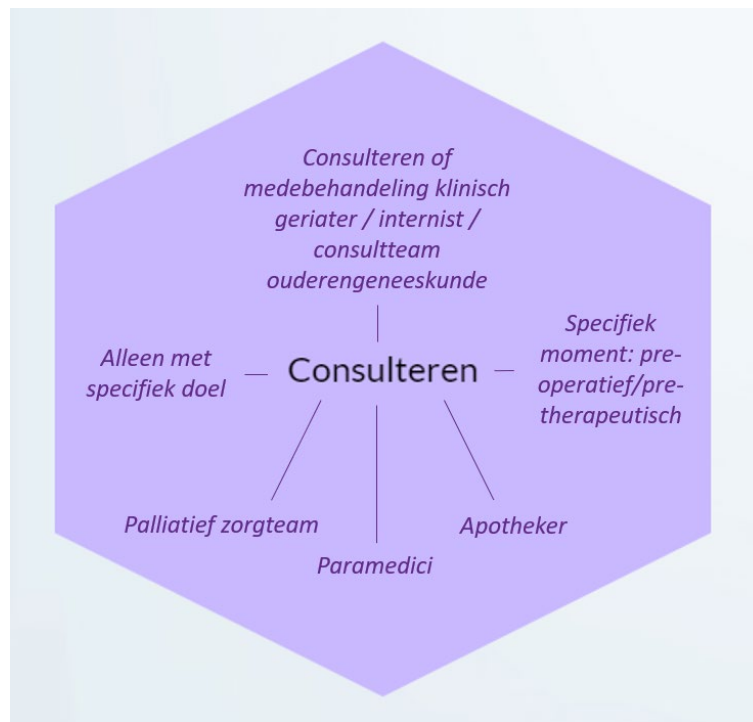
De verschillende respondenten benoemen dat het duidelijk zou moeten zijn wie deze rol (ongeacht de benaming) op zich neemt. Ze zouden bijvoorbeeld willen starten met “duidelijkere afspraken over wie de regiebehandelaar is”(beschouwend specialist, D94) of het “aanwijzen van een hoofdbehandelaar bij multimorbiditeit” (snijdend specialist, D134). Eén respondent stelt hierbij een vraag: “Duidelijkheid over hoofd- en medebehandelaarschap, dit blijft een lastig punt: waar liggen de verantwoordelijkheden precies? (beschouwend specialist, D18). Verschillende respondenten vinden dat er gestart moet worden met “de regiefunctie invullen in de tweede lijn” (beschouwend specialist, D159) maar anderen merken daarbij op dat dit wel gepaard moet gaan met “duidelijke afspraken over regievoering/eindverantwoordelijkheid” (beschouwend specialist, D97). Sommige respondenten geven aan dat er doorgedaan moet worden met “zo veel mogelijk zorg bij één specialist”, anderen geven aan dat er daar juist mee gestart moet worden. “Integrale zorg met één specialist als coördinator”, benoemt een beschouwend specialist (D75). Verscheidene respondenten benadrukken daarnaast dat er gestart zou moeten worden met centraal, vast en duidelijk aanspreekpunt voor patiënt. Dit hoeft niet altijd een arts te zijn. Eén beschouwend specialist(D189) geeft aan dat dat al goed geregeld is: “Bij multimorbiditeit is er in het algemeen wel een duidelijke hoofdbehandelaar en bij specifieke patiëntengroepen ook een verpleegkundig aanspreekpunt.”



Er zijn ook respondenten die meteen specifiek bepaalde zorgverleners noemen die de taak van regievoering of coördinatie op zich zou kunnen/moeten nemen. Verschillende respondenten geven aan dat de internist of geriater reeds als hoofdbehandelaar optreedt voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis. De “internist & geriater in the lead”, geeft een beschouwend specialist (D127) aan. Een snijdend specialist (D198) oppert juist dat er in de kliniek wellicht gestart zou moeten worden met “een hoofdbehandelaar met brede blik zoals internist of geriater”. Respondenten noemen bijvoorbeeld de “generalist”, de “internist” en de “geriater” als artsen die als regievoerder/hoofdbehandelaar zou moeten optreden. Daarnaast zijn er ook verschillende respondenten die aanvoeren dat er voor patiënten met multimorbiditeit gestart zou moeten worden met “casemanagers” of een “coach”: een “vaste begeleider die alles regelt” (beschouwend specialist, D463), “om regie te voeren, maar ook als vast aanspreekpunt voor patiënt (beschouwend specialist, D244). Verschillende respondenten zien hierbij ook een rol weggelegd voor een verpleegkundig specialist of physician assistant. Eén beschouwend specialist (D370) vat dit samen in het antwoord op de vraag waar in het ziekenhuis mee gestart moet worden: “Aanwijzen van een verpleegkundig specialist uit het vakgebied van de hoofdbehandelaar, die eerste aanspreekpunt is, regievoerder is, en de zorg vanuit de verschillende specialisten coördineert.” Een verpleegkundig specialist (D1.15) benoemt: “case manager die niet gekoppeld is aan een specialisme, maar die over de muren van de verschillende specialisten heen kijkt”. Een vijftal specialisten benoemt ook ziekenhuisartsen als mogelijke regievoerder, waarbij deze bijvoorbeeld kunnen worden ingezet voor “goede coördinatie in de kliniek” (beschouwend specialist, D39).

Waarmee gestopt moet worden volgens een aantal respondenten is de verantwoordelijkheid heen en weer schuiven of in het geheel bij de verkeerde dokter (bijvoorbeeld een deelspecialist) leggen.

### 3.2.3 Consulteren



**Figuur 4. Subthema's rondom het thema 'Consulteren'**

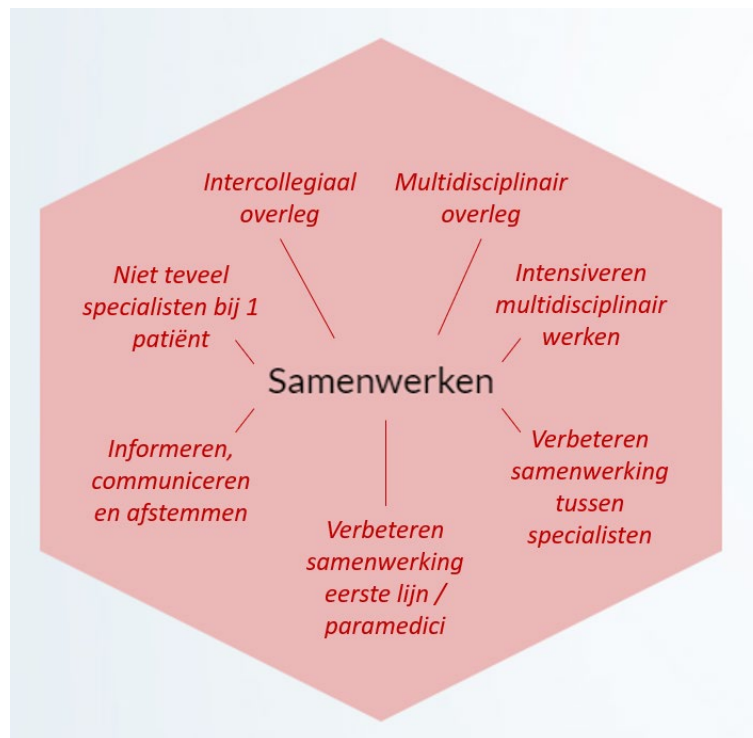
Consulteren is een veel terugkomend thema in de antwoorden van respondenten. Consulteren van andere specialisten is iets wat gecontinueerd moet worden: “Aandacht voor alle op dat moment relevante aandoeningen, eventueel door collega’s in consult te vragen.”(beschouwend specialist, D386) Met name het consulteren of in medebehandeling vragen van de geriater wordt door velen genoemd als iets waar men mee moet doorgaan. Anderen zeggen dat de geriater vaker in consult gevraagd zou moeten worden of standaard in medebehandeling zou moeten komen. In iets mindere mate wordt ook de internist genoemd als degene die reeds in consult wordt gevraagd of vaker in consult of medebehandeling gevraagd zou moeten worden. Een aantal respondenten noemt ook het consultteam ouderengeneeskunde (met bijvoorbeeld een internist-ouderengeneeskunde), dat vaker in consult gevraagd zou moeten worden bij oudere, kwetsbare patiënten. Enkele respondenten vinden ook dat de ziekenhuisapotheker of farmacoloog betrokken zou moeten worden, voor “de overkoepelende blik op het medicatiegebruik”(ondersteunend specialist, D467). Andere respondenten noemen ook het consulteren van paramedici of van het palliatieve zorgteam van belang.

Andere respondenten noemen juist het moment waarop of het doel waarmee er geconsulteerd wordt: voor “delierpreventie”, “kwetsbare ouderen”, “pre-operatief/pre-therapeutisch” of bij “trauma”. Een beschouwend specialist (D12) suggereert dat er gestart moet worden met “bij klinisch opgenomen patiënten op niet-interne afdeling in plaats van diverse consulten alleen een geriater of internist in consult te vragen”.

Consulteren wordt van belang geacht, maar enkele respondenten benoemen ook een aantal misstanden. Zo noemt een snijdend specialist (D377) dat er gestart moet worden met een “ervaren consulent in plaats van de jongste bediende”. Daarnaast zou een consulent “enkel op indicatie ingeschakeld moeten worden” (beschouwend specialist, D69) en bijvoorbeeld niet “bij klinische

opname de betrokken specialismen zonder actuele hulpvraag/consultvraag in consult vragen” (beschouwend specialist, D106). Een snijdend specialist (D482) benoemt dat er gestopt moet worden met “reflexmatige consulten, ook van bijvoorbeeld geriater. We moeten onze tijd stoppen in echt moeilijke zaken”. Consulteren zonder duidelijke reden of doel, maar uit automatisme, daar zou mee gestopt moeten worden volgens sommige respondenten.

### 3.2.4 Samenwerken



**Figuur 5. Subthema's rondom het thema 'Samenwerken'**

Naast consulteren, is samenwerken binnen het ziekenhuis maar ook met betrokkenen buiten het ziekenhuis een belangrijk thema bij de zorg voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis. Op welke manier, met wie en met welk doel zijn belangrijke onderdelen van dit thema. Respondenten rapporteren bijvoorbeeld dat laagdrempelig intercollegiaal overleg van belang is en gecontinueerd moet worden. Een aantal respondenten benoemen specifiek dat overleg per telefoon, e-mail of via het Elektronisch Patiëntendossier mogelijk moet blijven.

Daarnaast geven 75 respondenten aan dat multidisciplinair overleg(MDO), al dan niet voor specifieke patiëntengroepen of in een specifieke setting gecontinueerd moet worden. Een beschouwend specialist (D99) beschrijft: “Multidisciplinair bespreken van complexe casus. In specifieke (meestal) klinische situaties wordt op de afdeling echt een MDO geregeld met diverse betrokken specialismen”. Er zijn 29 respondenten die aangeven dat er gestart moet worden met multidisciplinair overleg, in het algemeen of voor specifieke patiënten of zorgverleners of met een specifiek doel. Zo noemt een beschouwend specialist (D27) dat er gestart moet worden met “meer betrekken van huisarts bij bijvoorbeeld MDO’s”. Een snijdend specialist (D377) suggereert dat er gestart moet worden met “direct een MDO bij een zieke patiënt met multimorbiditeit”. Meerdere respondenten opperen het starten met “een MDO voor deze patiëntengroepen met alle betrokken behandelaren” (beschouwend specialist, D320). Redenen om een MDO te organiseren die genoemd worden zijn bijvoorbeeld “preoperatief”(snijdend specialist, D322), “met betrekking tot behandelbeperking” (beschouwend specialist, D268), maar ook “om ‘kruisbestuiving’ van kennis te bewerkstelligen en goede punten qua benadering van elkaar over te nemen”(beschouwend specialist, D180). Echter, een tweetal plaatst een kanttekening bij MDO’s, en zegt juist “niet nóg een MDO”.

Acht respondenten beschrijven in ieder geval dat multidisciplinair samenwerken geïntensiveerd zou moeten worden, 22 respondenten geven aan dat dit gecontinueerd moet worden. De “samenwerking

met de eerste lijn” en “samenwerking tussen specialisten” zou gecontinueerd moeten worden volgens een aantal respondenten, maar de samenwerking zou ook nog verbeterd kunnen worden volgens andere respondenten. Als specifieke suggesties worden genoemd “meer terugkoppeling en verbeteren van samenwerking tussen eerste en tweede lijn”, “verbeteren van samenwerking psychiatrie en somatiek” en “betere afstemming paramedische zorg en wijkzorg”.

Coördinatie en afstemming van de zorg wordt ook genoemd als iets waarmee gestart moet worden of wat gecontinueerd moet worden. Binnen coördinatie en afstemming werden ook antwoorden geclassificeerd als “beter informeren”, “beter communiceren” en “samenwerking”. De ene respondent benoemt hierbij specifiek de samenwerking tussen medisch specialisten, de ander noemt hierbij juist de eerste lijn, paramedici of de hoofdbehandelaar. Er moet volgens verschillende respondenten gestopt worden met (te) veel medisch specialisten betrokken bij één patiënt, de patiënt maar blijven doorverwijzen of zelf afschuiven van patiënten naar collega’s.

### 3.2.5 Organisatie van de zorg



Figuur 6. Subthema's rondom het thema 'Organisatie van de zorg'

De belangrijkste elementen bij de organisatie van zorg waar mee doorgedaan moet worden volgens respondenten zijn de multidisciplinaire poliklinieken en afdelingen gericht op specifieke patiëntengroepen. De klinische geriatrie wordt 33 keer genoemd, maar ook specifieke multidisciplinaire poliklinieken worden als voorbeeld genoemd zoals bijvoorbeeld "OSAS/Allergie" (snijdend specialist, D238). Twee respondenten noemen een specifieke polikliniek uit de eigen praktijk voor patiënten met multimorbiditeit: "Multimorbiteitspolikliniek die we hebben voor bepaalde subgroepen oncologische patiënten, na selectie voor G8-score" (beschouwend specialist, D146); "multimorbiteitspoli bij onze reumatologie patiënten" (beschouwend specialist, D513). Ook zorgpaden en themasprekuren (zoals "polyfarmacie- spreekuur" (beschouwend specialist, D92) of "Behandeldilemmasprekuren"(beschouwend specialist, D46) worden benoemd als mogelijke organisatievormen die gecontinueerd of gestart moeten worden voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis. Ook benoemt een verpleegkundig specialist (D1.37): "Meer mogelijkheden tot carrousel - werken. Dus de aanwezigheid van diverse specialisten om in één bezoek meerdere specialisten te bezoeken."

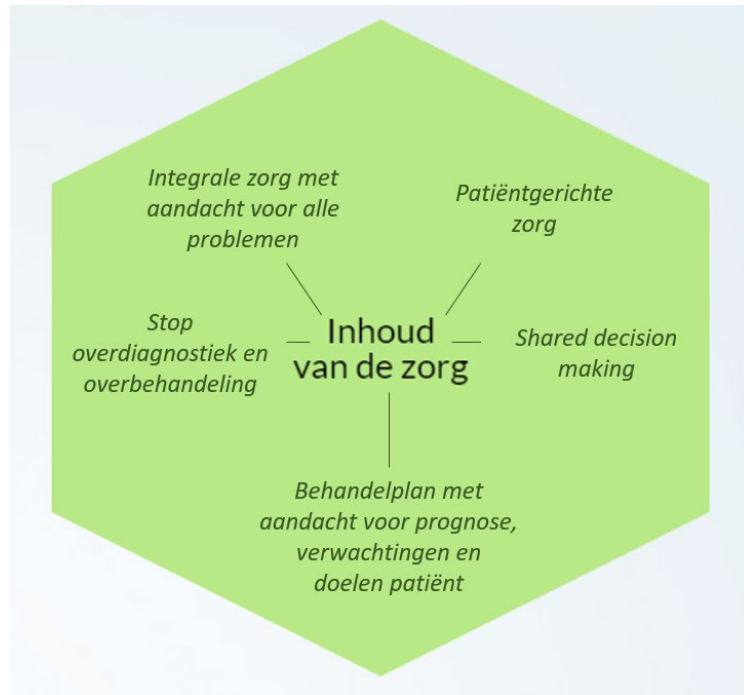
Door verschillende respondenten wordt ook gesuggereerd dat bij de zorg voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis specifieke zorgverleners ingezet moeten (blijven) worden. Een aantal noemt generalisten, anderen benoemen de huisarts, internist of geriater als zorgverleners die betrokken moeten worden. Ook ziekenhuisartsen worden door verschillende respondenten benoemd als zorgverlener om te betrekken: "Generalisten zoals bijvoorbeeld ziekenhuisartsen op gespecialiseerde afdelingen." (snijdend specialist, D203)

Een ander belangrijk thema en randvoorwaarde die 64 keer wordt benoemd is tijd. "Meer tijd inplannen om bij de patiënten ook multimorbiditeit te kunnen analyseren.", benoemt een beschouwend specialist (D184) als element waarmee gestart zou moeten worden. Daarnaast noemen respectievelijk 25 en 16 specialisten ook financiering en facilitering als randvoorwaarden van belang:

”Honorering voor de geleverde extra zorg. Extra tijd voor de regievoerder.” (beschouwend specialist, D320) Ook benoemen 38 medisch specialisten het Elektronisch Patiënten Dossier. Hierbij wordt bijvoorbeeld “inzien dossiers van andere specialismen” (beschouwend specialist, D463) benoemd als element wat gecontinueerd moet worden. Andere medisch specialisten benoemen juist “gedeelde dossiervoering met eerste lijn” (beschouwend specialist, D294) en “centraal EPD met toegang tot andere ziekenhuizen” (beschouwend specialist, D41) als element waarmee gestart zou moeten worden. Een goed bijgehouden dossier waar alle betrokken zorgverleners inzicht in hebben is de kern van de reacties van deze respondenten.

Daarnaast moet men in het ziekenhuis volgens 28 respondenten stoppen met ‘de patiënt op de verkeerde plek’. Het betreft hier reacties waar respondenten schrijven over bijvoorbeeld “opname door niet-dominant specialisme” (beschouwend specialist, D284), “patiënten op de verkeerd, zeg, niet voor de aandoening gespecialiseerde afdeling plaatsen” (snijdend specialist, D136), maar ook “controles voor chronische aandoeningen die ook in de eerste lijn kunnen worden gedaan” (beschouwend specialist, D429). Daarnaast wordt ook “versnipperde zorg op meerdere locaties” (beschouwend specialist, D287) en “patiënt heel vaak laten komen” (beschouwend specialist, D329) genoemd.

### 3.2.6 Inhoud van de zorg



**Figuur 7. Subthema's rondom het thema 'Inhoud van de zorg'**

Binnen het thema inhoud van zorg zijn er verschillende subthema's geïdentificeerd. Ten eerste konden veel antwoorden worden geclassificeerd binnen "integrale zorg", waar volgens respondenten mee gecontinueerd of gestart moet worden. Sommige respondenten noemen letterlijk "integrale zorg", anderen noemen dat er aandacht moet zijn voor mogelijke specifieke problemen, zoals valrisico, polyfarmacie of de mobilisatie of voor meer domeinen dan alleen somatisch. "Brede blik met oog voor verschillende deelproblemen van de patiënt" (beschouwend specialist, D124) of zoals een verpleegkundig specialist (D1.28): "[de] patiënt als totaal zien". Een tweede subthema was het opstellen van een behandelplan met aandacht voor prognose, verwachtingen en doelen van de patiënt. Eén respondent vat dit samen met "diagnostiek en therapie bij haalbare, wenselijke en zinnige behandeldoelen." (beschouwend specialist, D487). Negen medisch specialisten benoemen hierbij 'Advanced Care Planning' als mogelijke benadering. Het derde subthema was 'patiëntgerichte zorg': "patiënt centraal" (beschouwend specialist, D430) of "goede patiëntgerichte zorg met aandacht voor de gehele mens." (snijdend specialist, D207) of "zorg aangepast op vitaliteit en wensen van de patiënt" (beschouwend specialist, D47). Daarnaast wordt 'shared decision making' benoemd als subthema.

Overbehandeling/overdiagnostiek werd door 43 respondenten als een onderdeel wat gestopt moet worden. "Te lang doorbehandelen en soms zou niet eens gestart moeten worden met behandelen" zegt een snijdend specialist (D214). Een beschouwend specialist (D84) formuleert "Eindeloos door behandelen terwijl we weten dat het geen verbetering van de situatie zal geven." Een ander beschouwend specialist (D508) zegt: "Oneindig doorbehandelen zonder overleg tussen meerdere betrokken specialisten bij mensen met een beperkte levensverwachting".



### 3.3 Wie moet de regie voeren over patiënten met multimorbiditeit (die bij meerdere specialisten in het ziekenhuis komen)?

Van de 516 medisch specialisten hebben 432 medisch specialisten antwoord gegeven op de bovenstaande vraag. Meerdere antwoorden waren mogelijk. De meest voorkomende antwoorden (n>10) staan in de tabel hieronder.

**Tabel 2. Wie moet de regie voeren? (n=432 medisch specialisten)**

Antwoord	% (n)
Internist	37,5 (162)
Geriatr	36,8 (159)
Huisarts	13,0 (56)
Behandelaar van hoofdprobleem	11,1 (48)
Medisch specialist	8,8 (38)
Internist-ouderengeneeskunde	8,1 (35)
Hoofdbehandelaar	8,1 (35)
Afhankelijk van situatie/probleem	6,7 (29)
Ziekenhuisarts	6,5 (28)
Verpleegkundig specialist	6,3 (27)
Generalist	5,6 (24)
Arts met intensiefste contact	4,9 (21)
Casemanager	4,2 (18)

Vanwege de grote hoeveelheid internisten onder de respondenten, zijn de antwoorden ook nog uitgesplitst in 3 groepen: internisten, beschouwend specialisten (overig, dus zonder internisten), snijdend specialisten. De ondersteunende specialisten werden hierbij weggelaten vanwege het lage aantal (n=8)

**Tabel 3. Wie moet de regie voeren? (per soort specialist, n= 432 medisch specialisten)**

Antwoord	Internisten	Beschouwend	Snijdend
	(n= 192)	(overig) (n=132)	(n=100)
	% (n)	% (n)	% (n)
Internist	57,8 (111)	9,8 (13)	38,0 (38)
Geriatr	29,7 (57)	36,4 (48)	50,0 (50)
Huisarts	9,9 (19)	22,7 (30)	6,0 (6)
Behandelaar van hoofdprobleem	10,9 (21)	12,9 (17)	8,0 (8)
Medisch specialist	6,8 (13)	12,9 (17)	8,0 (8)
Internist-ouderengeneeskunde	11,5 (22)	6,8 (9)	4,0 (4)
Hoofdbehandelaar	5,7 (11)	8,3 (11)	11,0 (11)
Afhankelijk van situatie/probleem	6,8 (13)	9,8 (13)	3,0 (3)
Ziekenhuisarts	5,2 (10)	5,3 (7)	11,0 (11)
Verpleegkundig specialist	6,3 (12)	6,1 (8)	6,0 (6)
Generalist	4,2 (8)	7,6 (10)	6,0 (6)
Arts met intensiefste contact	4,7 (9)	7,6 (10)	2,0 (2)
Casemanager	2,6 (5)	6,8 (9)	3,0 (3)

Ook de 31 verpleegkundig specialisten die de volledige enquête hebben ingevuld hebben antwoord gegeven op de vraag, waarvan de resultaten zijn opgenomen in tabel 4.

***Tabel 4. Wie moet de regie voeren? (n=31 verpleegkundig specialisten)***

<b>Antwoord</b>	<b>% (n)</b>
Verpleegkundig specialist/physician assistant	48,4 (15)
Patiënt evt. met naaste	19,4 (6)
Hoofdbehandelaar	19,4 (6)
Geriatr	19,4 (6)
Huisarts	12,9 (4)
Casemanager	6,5 (2)
Internist	3,2 (1)
Internist-ouderengeneeskunde	3,2 (1)
Arts met intensiefste contact	3,2 (1)
Medisch specialist	3,2 (1)

### 3.4 Randvoorwaarden voor regievoering bij patiënten met multimorbiditeit

Er werden uiteenlopende randvoorwaarden benoemd door de respondenten. De vaakst genoemde zijn hieronder samengevat onder vijf verschillende thema's. Deze thema's overlopen voor een groot deel met de thema's uit de overige open vragen.

#### Competenties van de zorgverleners:

Brede blik, brede kennis en deskundigheid, betrokkenheid, verantwoordelijkheidsgevoel bij 1 discipline, organisatie- en samenwerkingsvermogen, grenzen van eigen kunnen erkennen.

#### Hoofdbehandelaar/regievoerder:

Eén aanspreekpunt, één regievoerder, een duidelijke hoofdbehandelaar, casemanager, generalist/geriater/internist betrekken.

#### Inhoud van zorg:

Overzicht, patiënt centraal en betrekken, goede arts-patiëntrelatie, aandacht voor andere domeinen.

#### Inrichting zorg:

Aanwezigheid van benodigde zorgverleners, bereikbaarheid, facilitering, financiering, een goed elektronisch patiëntendossier en ICT ondersteuning, voldoende tijd, goede logistiek/organisatie, multidisciplinaire werkvormen, medicatieoverzicht.

#### Samenwerken:

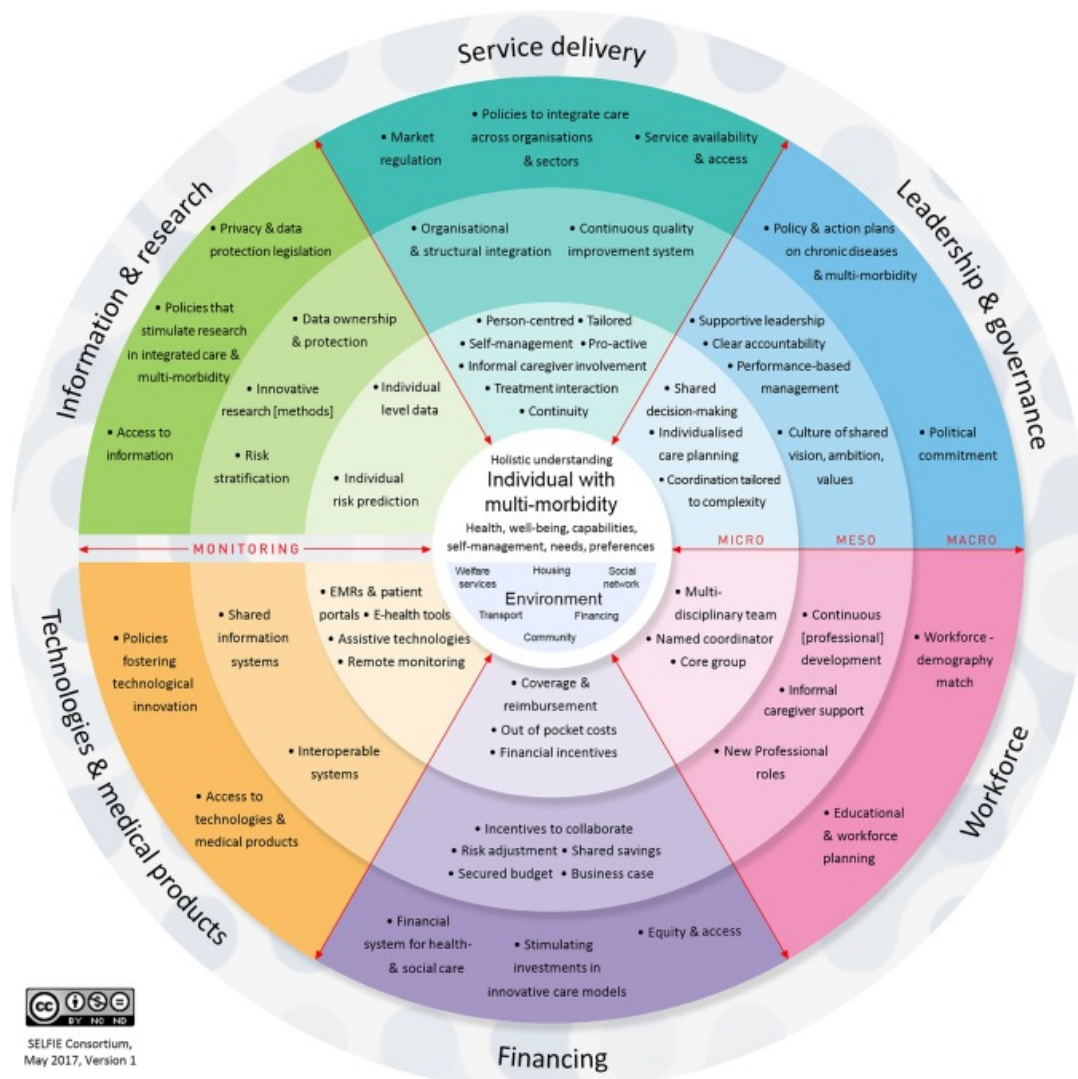
Samenwerken wordt genoemd als randvoorwaarde. Daarnaast noemen respondenten: heldere afspraken over verantwoordelijkheden, taakverdeling en regievoering, intercollegiaal overleg, duidelijke communicatie en samenwerking met de 1<sup>e</sup> lijn, duidelijke communicatie tussen specialisten, bereidheid tot samenwerken van betrokken zorgverleners, multidisciplinaire overleggen.

## 4 Discussie

Deze resultaten geven inzicht in de thema's met betrekking tot de ideeën, meningen en behoeftes van medisch en verpleegkundig specialisten ten aanzien van zorg voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis.

Thema's sluiten aan bij omschrijvingen en definitie van geïntegreerde zorg (integrated care)

Er werden zes overkoepelende thema's geïdentificeerd op basis van de antwoorden van de respondenten: identificatie van de patiënt, hoofdbehandelaar versus regievoerder, consulteren, samenwerken, organisatie en inhoud van zorg. Bovendien werden er verschillende randvoorwaarden benoemd voor regievoering. De geïdentificeerde thema's, subthema's en randvoorwaarden lijken aan te sluiten bij het 'framework for integrated care for multi-morbidity', ontwikkeld en beschreven door verschillende onderzoekers van het SELFIE consortium. (Leijten e.a., 2018) Het SELFIE project is een Horizon2020 gefinancierd EU project. Het raamwerk werd ontwikkeld op basis van een systematische review van 92 artikelen, waarvan de meeste beschrijvend van aard waren. De geïdentificeerde concepten zijn vervolgens ingedeeld op zes WHO componenten en gegroepeerd op micro-, meso- en macrolevel. De geïdentificeerde thema's en randvoorwaarden tonen veel gelijkenissen met de concepten die worden beschreven in het micro- en mesolevel van het SELFIE raamwerk. Zie figuur 8 op de volgende pagina voor een overzicht van het SELFIE raamwerk.



Figuur 8. SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity. Leijten et al 2018. Multimorbiditeit en Regie in de Tweede Lijn - Inventarisatie medisch en verpleegkundig specialisten

Dat de antwoorden van medisch en verpleegkundig specialisten zich met name laten classificeren op het micro- en mesolevel van dit raamwerk is niet zo vreemd, omdat het werk- en expertisegebied van deze specialisten zich met name op deze levels bevindt. De antwoorden van de respondenten lijken aan te sluiten bij de concepten uit internationale literatuur die geïdentificeerd zijn door de onderzoekers van het SELFIE-consortium. Overkoepelend lijkt het dus dat de thema's die worden geïdentificeerd uit de enquête resultaten ondergebracht zouden kunnen worden bij het begrip "geïntegreerde zorg" (of "integrated care" in het Engels).

Ook in de definitie van 'geïntegreerde zorg' van het Europese regionale kantoor van de World Health Organization zijn verschillende thema's en subthema's uit de enquête terug te vinden (*Integrated care models: An overview*, 2016):

*"Integrated health services delivery is defined as an approach to strengthen people-centred health systems through the promotion of the comprehensive delivery of quality services across the life-course, designed according to the multidimensional needs of the population and the individual and delivered by a coordinated multidisciplinary team of providers working across settings and levels of care. It should be effectively managed to ensure optimal outcomes and the appropriate use of resources based on the best available evidence, with feedback loops to continuously improve performance and to tackle upstream causes of ill health and to promote well-being through intersectoral and multisectoral actions".*

#### Inkijk in de ideeën en meningen wat betreft praktische uitvoering, vooral organisatorisch

De thema's, subthema's en randvoorwaarden lijken aan te sluiten bij het raamwerk en definitie van geïntegreerde zorg door grote internationale partijen. Maar de antwoorden van de respondenten geven ook een inkijk in ideeën en meningen wat betreft de praktische uitvoering van de globale concepten uit deze documenten. Veel geïntegreerde zorginitiatieven voor vertaling naar de praktijk worden getest in interventiestudies. De Cochrane Review door Smith et al. (2016) beschrijft interventies met als doel de zorg te verbeteren voor patiënten met multimorbiditeit in de eerste lijn en gemeenschapsetting. Om de verschillende interventies te classificeren gebruiken zij de Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC 2002), die 5 verschillende soorten interventies classificeert (Smith, Wallace, O'Dowd, & Fortin, 2016):

- Professional interventies: gericht op het veranderen van het gedrag van professionals door bijvoorbeeld educatie;
- Financiële interventies: het financieel aantrekkelijk of mogelijk maken voor professionals om bepaalde zorg te leveren (bijvoorbeeld een langer consult voor patiënten met multimorbiditeit)
- Organisatorische interventies: interventies die gericht zijn op het aanpassen van de organisatie van zorg, zodat bijvoorbeeld de zorg beter aansluit bij de behoeftes van de patiënt (zorgcoördinatie, medicatiemanagement of inzet van paramedici om andere domeinen te beoordelen en behandelen).
- Patiëntgeoriënteerde interventies: gericht op de patiënt, bijvoorbeeld educatie of ondersteuning bij zelfmanagement.
- Regelgevings-/beleidsinterventies: Aanpassingen aan lokale of nationale regelgeving om op die manier de zorg te veranderen en uitkomsten te verbeteren.

Het gros van de antwoorden uit de enquête betroffen ideeën en meningen ten aanzien van praktische uitvoering van organisatorische interventies. Zowel de subthema's van 'hoofdbehandelaar versus regievoerder', 'consulteren', 'samenwerken' en 'organisatie van zorg'

bevatten hoofdzakelijk ideeën en meningen ten aanzien van eventuele organisatorische interventies. De 'inhoud van de zorg' en 'identificatie van patiënt' laten zich iets minder goed vangen binnen één van de categorieën en zouden zowel als ideeën ten aanzien van een op de professional gerichte interventie als een organisatorische interventie kunnen zijn. Opvallend hierbij is dat met name bij de randvoorwaarden ook elementen van eventuele financiële en regelgevings-/beleidsinterventies worden genoemd (bij 'inrichting zorg'), als ook een duidelijk thema ten aanzien van de professional (bij 'competenties van de zorgverlener') worden benoemd.

#### Hoofdbehandelaar versus regievoerder: is dat hetzelfde?

Daarnaast valt in de antwoorden op dat er vaak gerefereerd wordt aan de 'hoofdbehandelaar'. Bijvoorbeeld dat de hoofdbehandelaar de regie moet voeren. Aan de andere kant noemen andere respondenten juist een aparte regievoerder, waarbij door sommigen nog verder gespecificeerd wordt welke zorgverlener dat mogelijk zou kunnen zijn. In de KNMG-handreiking "Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg" wordt hoofdbehandelaar nader toegelicht als "de zorgverlener op wie de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid rust". Veel ziekenhuizen werken met de begrippen hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent, die praktisch vooral gebruikt worden bij de klinische opname van een patiënt. Poliklinisch is iedere betrokken zorgverlener in principe inhoudelijk eindverantwoordelijk voor het stuk zorg dat hij/zij levert. De hoofdbehandelaar wordt vaak benoemd als degene die regie zou moeten voeren, maar ook andere zorgverleners globaal of specifiek worden benoemd als degene waarbij de regie voor patiënten met multimorbiditeit zou moeten worden belegd. De antwoorden op de vraag "wie moet de regie voeren voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis?" laat vooral zien dat er veel mogelijkheden en ideeën zijn wie deze taak op zich zou kunnen nemen. Er ligt een uitdaging voor de werkgroep om te beschrijven hoe regie, regievoering, hoofdbehandelaarschap en eventuele specifieke geschikte zorgverleners zich tot elkaar verhouden.

#### Respons en methodologische kanttekeningen

De respons op de enquête (2,2% voor medisch specialisten) is enigszins vergelijkbaar met de respons van andere enquêtes die met dezelfde methode door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch specialisten is uitgevoerd. Zo was de respons bij de enquête voor het SKMS-project "Samen beslissen geïmplementeerd" 3,3% onder medisch specialisten. (van Arkel et al., 2019) Onder de respondenten waren internisten ruim in de meerderheid. Ook kwamen er relatief veel reacties van de longartsen en orthopedisch chirurgen, in vergelijking met de andere medisch specialisten. Dit werd waarschijnlijk beïnvloedt door de keuze die de specifieke wetenschappelijke vereniging heeft gemaakt ten aanzien van het verspreiden van de enquête. Van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) was bekend dat zij de leden hadden benaderd met een separate mail met het verzoek de enquête in te vullen. Hoe persoonlijker de benadering, hoe beter de respons. (Bosnjak, Tuten, & Wittmann, 2005) Van overige verenigingen is dit of niet bekend, of zij hadden de keuze gemaakt om de link naar de enquête in hun nieuwsbrief of op hun website te plaatsen. Daarnaast is de NIV de initiërende vereniging van dit project en geniet het onderwerp ten tijde van de enquête veel aandacht vanwege opname in de strategische visie.

In deze enquête is bewust gekozen om gebruik te maken van open vragen. Het voordeel van open vragen via een enquête is dat de respondenten hun mening kunnen uiten zonder dat zij beïnvloed worden door de onderzoeker. (Foddy, 1993) Een nadeel van open vragen is dat het meer moeite en tijd kost om deze te beantwoorden. ("Open-Ended Question", 2008) Dat kan hebben meegespeeld bij de respondenten die de enquête wel hebben geopend, maar na de eerste twee gesloten vragen of na het eerste deel van de enquête zijn gestopt met deelname.

Bij het interpreteren van de resultaten van deze enquête dient rekening te worden gehouden met de invloed van deze methodologische aspecten. 'Non-response bias' is mogelijk doordat sommige medisch specialisten de enquête met open vragen te veel moeite vonden, de enquête vanwege de methode van verspreiding niet gezien hebben of gewoon minder intrinsieke motivatie of interesse voor dit onderwerp hadden. De wisselende respons tussen verenigingen zou hierdoor kunnen worden verklaard. Echter, voor het verzamelen van ideeën, meningen en behoeftes ten aanzien van dit onderwerp, is intrinsieke motivatie of interesse mogelijk ook van meerwaarde voor de antwoorden. Met name bij de generaliseerbaarheid moeten kanttekeningen worden gezet, want vanwege het hoge percentage internisten zijn de antwoorden mogelijk wel gekleurd en gestuurd door het internistische gedachtegoed ten aanzien van patiënten met multimorbiditeit. Ook kan met deze data geen uitspraak worden gedaan over draagvlak betreffende ideeën op basis van de geïdentificeerde thema's. De resultaten kunnen daarom vooral als exploratie en inspiratie worden gebruikt, maar bredere interpretatie vraagt om voorzichtigheid vanwege de kleine en scheve respondentengroep.



## 5 Referenties

- Bosnjak, M., Tuten, T. L., & Wittmann, W. W. (2005). Unit (non)response in Web-based access panel surveys: An extended planned-behavior approach. *Psychology and Marketing*, 22(6), 489–505. <https://doi.org/10.1002/mar.20070>
- Foddy, W. (Red.). (1993). The open vs. Closed questions debate. In *Constructing Questions for Interviews and Questionnaires: Theory and Practice in Social Research* (pp. 126–152). <https://doi.org/10.1017/CBO9780511518201.011>
- Integrated care models: An overview*. (2016, oktober). Geraadpleegd van [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf)
- Leijten, F. R. M., Struckmann, V., van Ginneken, E., Czypionka, T., Kraus, M., Reiss, M., ... Rutten-van Mölken, M. (2018). The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description. *Health Policy*, 122(1), 12–22. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.06.002>
- Open-Ended Question. (2008). In P. Lavrakas, *Encyclopedia of Survey Research Methods*. <https://doi.org/10.4135/9781412963947.n350>
- Smith, S. M., Wallace, E., O’Dowd, T., & Fortin, M. (2016). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006560.pub3>
- van Arkel, E. R. A., et al. (2019, mei). *Visiedocument Samen beslissen—Rapport Samen beslissen—Enquête medisch specialisten*. Federatie Medisch Specialisten.