

Bijlage Implementatieplan

Dit implementatieplan is opgesteld ter bevordering van de implementatie van de aanbevelingen in de leidraad 'Behandeling van patiënten met multimorbiditeit op de polikliniek'. Dit plan is gebaseerd op alle inventarisaties en bijeenkomsten die de werkgroep heeft gehad waarin de mogelijk bevorderende en belemmerende factoren voor het naleven van de aanbevelingen ter sprake zijn gekomen. Daarbij heeft de werkgroep een advies uitgebracht over de randvoorwaarden voor implementatie en de acties die door zorgverleners en de NIV ondernomen dienen te worden. Dit implementatieplan komt voor een deel overeen met het [implementatieplan](#) van de leidraad Multidisciplinaire Beoordeling bij Multimorbiditeit en die van het Adviesrapport Multimorbiditeit en Regie in het Ziekenhuis ([Implementatieplan Adviesrapport Multimorbiditeit en Regie in het Ziekenhuis](#)), gezien deze documenten nauw samenhangen en dus de uitdagingen in het navolgen van de aanbevelingen grotendeels van gelijke aard zijn. Het implementatieplan en, in het bijzonder, het multidisciplinair behandelplan van deze leidraad zal met name focussen op de barrières en benodigde op het niveau van de individuele zorgverlener die zelfstandig een patiënt met meerdere chronische aandoeningen behandelt.

In de drie modules worden aanbevelingen gedaan die handvaten bevatten voor medische professionals ter identificatie van patiënten die baat kunnen hebben bij een overkoepelende, integrale behandeling op maat die rekening houdt met multimorbiditeit (module 1), het uitvoeren van een overkoepelende, integrale behandeling (module 2) en multidisciplinaire samenwerking (module 3). Uiteraard staan deze aanbevelingen niet op zichzelf, maar zijn zij in wisselende mate afhankelijk van andere actoren in de zorg en zijn er nog verschillende aanpassingen op het niveau van de professional, het ziekenhuis en daarbuiten nodig om de aanbevelingen succesvol te implementeren.

De werkgroep heeft per niveau de randvoorwaarden om de aanbevelingen te kunnen implementeren geïnventariseerd. De randvoorwaarden voor succesvolle implementatie worden in dit implementatieplan op drie verschillende niveaus onderscheiden: micro (niveau van de zorgprofessional), meso (niveau van het ziekenhuis) en macro (niveau van het systeem/zorgorganisatie buiten het ziekenhuis). De meeste randvoorwaarden vormen op dit moment nog een barrière voor implementatie. Grootschalige implementatie is pas mogelijk als er voldaan wordt aan de randvoorwaarden.

De verantwoordelijkheid om te bewegen naar passend zorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen is een gezamenlijke verantwoordelijkheid en wij moedigen dan ook elke partij aan om zelf te evalueren welke stappen zij kunnen zetten in de nabije toekomst om hiernaar toe te bewegen, en aan deze randvoorwaarden te voldoen. Het is in dit stadium niet mogelijk om een gedetailleerd plan te schrijven hoe we tot dit zorglandschap komen, aangezien daar nauwe samenwerking voor nodig is. Wel formuleert de werkgroep onder 'acties' wat de eerste belangrijke stappen zullen zijn voor de wetenschappelijke verenigingen en individuele zorgverleners. Hierbij wordt tevens aangegeven met welke actiepunten al een begin is gemaakt en met welke actiepunten nog gestart moet worden. Deze actielijst geldt voor de aankomende jaren, waarbij wordt geadviseerd op jaarlijks te evalueren welke stappen zijn gezet en hoe dit plan verder uit te breiden. Daarnaast blijft er altijd ruimte voor lokale invulling door ziekenhuizen en zorgprofessionals.

De implementatie zelf ligt buiten de scope van deze leidraad. De werkgroep heeft een presentatie beschikbaar gemaakt waarin de leidraad met het implementatieplan samengevat wordt (zie Bijlagen).

Randvoorwaarden

Microniveau: niveau van de zorgverlener/arts

- Tijd, overkoepelende methode van financiering en hulpmiddelen om kwalitatief goede interdisciplinaire zorg te leveren (dit geldt zowel voor de zorgverlener in het ziekenhuis als ook de huisarts). Hieronder kan verstaan worden:
 - Ruimere tijd op spreekuren.
 - Fysieke ruimte voor overleg met goede (beveiligde) internetverbinding om zo ook extramurale zorgverleners laagdrempelig te kunnen betrekken bij de integrale behandeling.
 - Financiering voor interdisciplinair overleg
- Kennis en kunde over de volgende onderwerpen (te bevorderen d.m.v. nascholing):
 - Het biopsychosociale model.
 - Het herkennen van patiënten die baat hebben bij een multidisciplinair behandelplan en daarnaast bekend zijn met (gebruiksvriendelijke) hulpmiddelen, zoals de aangeleverde screeningsvragen in module 1.
 - Bijscholingsmogelijkheden voor integrale behandeling volgens deze leidraad, met aandacht voor het expliciteren van doelen.
 - Communicatievaardigheden omtrent samen beslissen, proactieve zorgplanning, multidisciplinaire samenwerking en het bevorderen van zelfmanagement.
 - Op een gestandaardiseerde manier uitvoeren van medicatiebeoordelingen (MBO) bij risicopatiënten, zoals >10 medicijnen, kwetsbaarheid, farmacotherapeutische problemen (FTP's), voorschrijfcascades.
 - Screeningsmethoden voor kwetsbaarheid en cognitieve stoornissen en het herkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden.
- Heldere, lokale en transmurale afspraken over de rol van de regieondersteuner en aanspreekpunt, en hoe communicatie onderling tussen de zorgprofessionals verloopt om continuïteit van zorg te borgen.
- Gemakkelijk beschikbare en duidelijke kwaliteitsdocumenten met richtlijnen/leidraden die rekening houden met multimorbiditeit.

Mesoniveau: niveau van het ziekenhuis

- Inzicht in de mogelijke tijd- en kostenbesparing die gepaard gaat met behandeling op maat voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen (bijvoorbeeld: het voorkomen van onzinnige zorg, het voorkomen van complicaties (SEH-presentaties, opnames, ligduur, etc.)).
- Inzicht in de opbrengsten voor de kwaliteit van zorg op patiënten-niveau: bijvoorbeeld door kwaliteit van leven, ziektelast en tevredenheid over de geleverde zorg in kaart te brengen.
- Werkcultuur die interdisciplinaire samenwerking aanmoedigt en deze positief bekrachtigt.
- Prioriteren van financiële afspraken met zorgverzekeraars rondom integrale behandeling van patiënten met multimorbiditeit.
- Agendering van regieondersteuning bij multimorbiditeit in het algemeen, en binnen ziekenhuizen in het bijzonder het realiseren van een overkoepelende, afgestemde behandeling voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen, met erkenning van het belang om dit te prioriteren in kwaliteitsbeleid.
- Een gestroomlijnde, transmurale samenwerking om continuïteit van zorg te bewaken.
- Ondersteuning vanuit landelijke zorgpartijen bij het starten en ondersteunen van lokale initiatieven.
- Herstructurering van het EPD waarbij:

- De overkoepelende, integrale behandeling op maat, inclusief relevante medische gegevens zoals voorgeschiedenis en een overzicht van actuele lopende behandelingen, op een gestandaardiseerde wijze en op een centrale plek vindbaar is die inzichtelijk is voor alle betrokken zorgprofessionals.
- Een gestandaardiseerde brief beschikbaar is om deze informatie te delen.
- Ziekenhuis-brede (mogelijk AI-gestuurde) proactieve screeningsmogelijkheden beschikbaar zijn om patiënten te identificeren, naast de identificatie van patiënten in de spreekkamer.

Macroniveau: niveau van het systeem/zorgorganisatie buiten het ziekenhuis

- Erkenning van het probleem (fragmentatie) en het voelen van gezamenlijke urgentie om dit op te lossen door interdisciplinaire samenwerking (MDB) en integrale zorg te faciliteren
- Financiële vergoeding voor integrale behandeling om zo patiëntveiligheid te garanderen: een shift van '*disease-management model*' naar '*patiënt-management model*'.
 - DBC-overstijgende uitbetaling voor de regieondersteuner en andere zorgprofessionals voor tijdsinvesteringen tijdens consulten en multidisciplinair overleg.
- Erkennen van sociaaleconomische barrières tot toegang van goede (overkoepelende) zorg, én de relatie tussen sociaaleconomische omstandigheden en het ontwikkelen van multimorbiditeit:
 - Actieve rol van de overheid in het verminderen van risicofactoren door bijvoorbeeld focus te leggen op voorkomen van laaggeletterdheid, slechte woonomstandigheden, financiële problematiek.
- Ontwikkeling van een juridisch kader waarin de rol van een regieondersteuner/aanspreekpunt gedefinieerd wordt en daarna eventueel het aanstellen daarvan verplicht gesteld kan worden.
- Erkenning voor de noodzaak van afwijken van richtlijnen voor individuele ziekten bij patiënten met meerdere chronische aandoeningen bij instanties zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- Bevorderen van effectieve communicatie door een landelijk EPD/uitwisselingssysteem van benodigde informatie zonder daarbij privacyrechten te schenden. Dit is met name van belang om in acute situaties nog steeds zorg volgens de gemaakte afspraken te verlenen aan patiënten met meerdere chronische aandoeningen.
- Landelijk digitale persoonlijke omgeving met alle gegevens zodat patiënten een toegankelijk overzicht hebben voor hun afspraken, medicijnen en andere medische informatie.
- Gezamenlijke motivatie om tijd/geld te investeren in het verder ontwikkelen van kwaliteitsdocumenten, onderzoek, kosten-effectiviteitsanalyses, technologische ontwikkelingen (o.a. door gebruik van AI), om de zorg te innoveren voor deze groeiende groep patiënten.
- Internationale samenwerking om ontwikkelingen en best practices te delen.
- Herhaaldelijke aandacht voor multimorbiditeit in de medische curricula en vervolgopleidingen, niet beperkend tot de vakken over de ouderengeneeskunde om duidelijk te maken dat multimorbiditeit zich niet tot de oudere patiëntenpopulatie beperkt.

Actielijst voor de eerste fase:

Afhankelijk van de voortgang van deze mijlpalen kan een verder implementatieplan worden geschreven. De evaluatie en verdere implementatie zal vormgegeven worden door de NIV. Deze actielijst focust op de individuele zorgverlener aangezien de leidraad voor deze doelgroep bedoeld is.

Legenda:

Groen = goede voortgang.

Oranje = eerste initiatieven zijn genomen.

Rood = eerste acties vereist.

Actie	Categorie	Actiehouder	Termijn
Verspreiden van leidraad onder leden van wetenschappelijke beroepsverenigingen en patiëntenorganisaties	Promotie	Alle betrokken wetenschappelijke verenigingen/beroepsorganisatie/patiëntenorganisaties	<1 jaar
Presenteren van leidraad op congressen, wetenschappelijke publicaties	Promotie/wetenschap	Leden van betrokken wetenschappelijke beroepsverenigingen, primair verantwoordelijk NIV	<1 jaar
Ziekenhuizen en medische staf bekend laten worden met de leidraad middels vakgroepsvergaderingen, lezingen, nieuwsbrieven	Promotie	(Leden van) wetenschappelijke- en beroepsverenigingen	< 1 jaar
Lokale en transmurale invulling van leidraad	Concretiseren	Stafbestuur, vakgroepen binnen ziekenhuis, i.s.m. eerste lijn	1-3 jaar
Scholingen organiseren over overkoepelende, gecoördineerde behandelingen (inclusief herkennen van de doelgroep, benodigde communicatievaardigheden, etc)	Scholingen	Wetenschappelijke verenigingen landelijk niveau, medisch specialisten in de eigen organisatie	1-3 jaar
Herinrichting EPD en PGO met integraal en up-to-date behandelplan en zorgoverzicht, met een sjabloon voor verslaglegging	Hulpmiddelen	Verantwoordelijke ICT'ers binnen ziekenhuisorganisatie in samenspraak met EPD- en PGO- aanbieders. Voorkeur om dit nationaal te bespreken met de leading EPD-leveranciers.	1-3 jaar

(Inter)nationale uitwisseling van best practices en nieuwe kennis	Wetenschap	Academische centra, lokale voorloperziekenhuizen, wetenschappers, via symposia (zoals Multimorbiditeit Symposium) en het Nederlands Platform voor Multimorbiditeit	Doorlopend
Beschikbaar stellen van subsidies voor oproepen tot onderzoek binnen deze patiëntengroep	Wetenschap	ZonMW in samenwerking met NIV en <i>experts in the field</i> (bijvoorbeeld via het Nederlands Platform voor Multimorbiditeit, Patiëntenfederatie Nederland)	1-3 jaar
Juridisch kader voor definiëren van een regieondersteuner en zijn/haar rol	Concretiseren	NIV/VWS/KNMG/NFU	1-3 jaar
Bekostiging integrale behandeling vaststellen	Financiën	Initiatief vanuit NIV (waar mogelijk in samenwerking met andere stakeholders) in gesprek met NZA/ZIN/ZN	Initiatie <1 jaar, realisatie 1-3 jaar