

Bijlage Invitational Conference

Notulen Invitational Conference *Behandeling van Patiënten met Multimorbiditeit op de Polikliniek*

Datum: 13-06-2022

Locatie: ZOOM

Aanwezigen:

Organisatie: Barbara van Munster (NIV, voorzitter van de werkgroep), Emma Gans (kennisinstituut), Geerte Hoeke (kennisinstituut), Liza van Mun (kennisinstituut)

Deelnemers: Marlieke de Jonge (patientenfederatie), Lilly-Ann van der Velden (Nederlandse Vereniging voor KNO), Jorien van Treeck (Pharos), Renske Labordus (Vereniging voor Ziekenhuisgeneeskunde), Annemarie Koopman (Vilans), Henk Kramer (NVALT), Esther Cornege (NVKG), Madelon Butterhoff (NVZA), Carlijn van der Steen (NVKG), Ronald Pauw (NVALT), Annette Ossewaarde (Nederlands Oogheelkundig Gezelschap), Marielle van Oort (Ouderenzorg), Kristel Koeijvoets (NIV)

1. Opening

Barbara heeft de vergadering om 17.06 uur geopend.

2. Introductie van alle deelnemers

Alle deelnemers stellen zich voor.

Barbara is hoogleraar klinische geriatrie en voorzitter van de werkgroep.

Emma is junior adviseur en projectleider bij het Kennisinstituut en promoveert op het onderwerp.

Liza is stagiaire bij het Kennisinstituut en notulist.

Geerte is junior adviseur bij het Kennisinstituut.

Marlieke is aangesloten als patiënt via de oogvereniging en Patiëntenfederatie.

Annemarie is adviseur bij Vilans en is aanwezig als vervanger van Ruth Pel. Houdt zich voornamelijk bezig met Samen Beslissen.

Carlijn is geriater en werkt in het Bernhoven ziekenhuis, onder andere op de ouderenpoli en sluit aan vanuit de NVKG.

Esther is geriater in het Jeroen Bosch ziekenhuis en voorzitter van NVKG met daarbij multimorbiditeit als portefeuille.

Henk is longarts in het Martini Ziekenhuis.

Lilly-Ann is hoofd-hals chirurg en ziet veel patiënten uit de doelgroep.

Jorien is projectleider en adviseur bij Pharos en zorgt voor aandacht voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Madelon is ziekenhuisapotheker en ziet veel ouderen met multimorbiditeit en polyfarmacie.

Renske is ziekenhuisarts en als generalist het aanspreekpunt van ouderen met multimorbiditeit.

Ronald is longarts-intensivist, sluit aan vanuit de NVALT en ziet steeds meer ouderen op de IC.

3. Introductie leidraad *Behandeling van patiënten met multimorbiditeit*

Barbara geeft achtergrondinformatie over multimorbiditeit. Daarnaast beschrijft ze de belangrijkste conclusies uit het adviesrapport multimorbiditeit en regie in het ziekenhuis. Hierna beschrijft ze de vervolgprojecten, waaronder het ontwikkelen van de leidraad waar deze invitational over gaat.

Vervolgens bespreekt ze het doel van de leidraad en de invitational conference.

Marlieke vraagt of er ook rekening mee wordt gehouden dat patiënten in verschillende zorgsystemen kunnen zitten, omdat ze als patiënt ervaart dat de informatiedeling tussen verschillende zorgverleners ingewikkeld is. Ronald geeft aan dat hij als arts ook informatie mist vanuit andere zorginstellingen en barrières ervaart bij het delen van dossiers.

Lilly-Ann geeft aan dat er een soort score zou moeten zijn om te zien of iemand kwetsbaar is of multimorbiditeit heeft. Barbara geeft aan dat kwetsbaarheid en multimorbiditeit overlappen maar niet hetzelfde zijn, aangezien patiënten met multimorbiditeit ook jongere, niet-kwetsbare, patiënten kunnen zijn met veel zorggebruik.

4. Afbakening doelgroep

Barbara geeft uitleg over de doelgroep in dit project. Een behandelaar kan een specialist zijn die een patiënt met een enkelvoudige hulpvraag ziet die daarnaast multimorbiditeit heeft. Daarnaast kan het ook een regiebehandelaar zijn die waakt over de voortgang en regie van de behandeling van een patiënt.

Hierna worden een aantal vragen besproken met de deelnemers.

*Vraag: Zijn er patiënten of bepaalde behandelingen waar de bijkomende ziekten (multimorbiditeit) **niet** van belang zijn?*

Lilly-Ann vraagt zich af hoe wordt omgegaan met mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking of psychische problemen. De groep is het eens dat de patiënten die niet in het ziekenhuis komen buiten de scope van deze leidraad vallen. Wel moet er aandacht zijn voor zowel de psychische als de somatische zorg.

De deelnemers zijn het eens dat er eigenlijk geen patiënten zijn waarbij multimorbiditeit niet van belang is. Ronald geeft aan dat daardoor ook alle wetenschappelijke verenigingen betrokken zijn en alle verenigingen de leidraad moeten tegenlezen. Barbara geeft aan dat het wel lastig is om de verenigingen te bereiken, en geeft als voorbeeld de opkomst van deze invitational conference. Ronald denkt dat een oplossing kan zijn om de leidraad gewoon op te sturen. Esther vraagt zich ook af waarom er geen vertegenwoordigers zijn van sommige verenigingen, gezien het zo'n belangrijk onderwerp is. De deelnemers zijn het eens dat multimorbiditeit voor iedereen belangrijk is, maar het moet wel duidelijk zijn wie de regie heeft (en kan nemen).

Vraag: Welke rol heeft u (of zou u willen hebben) bij de behandeling van een patiënt met multimorbiditeit?

Lilly-Ann geeft aan dat de generalisten de informatie krijgen van de orgaanspecialisten, en zij moeten dus gesprekspartner zijn in het multidisciplinaire gesprek en moeten multimorbiditeit bij patiënten signaleren. Echter denkt ze dat orgaanspecialisten het lastig vinden om multimorbiditeit te signaleren. Ronald denkt juist dat de orgaanspecialist goed is in het herkennen van multimorbiditeit, omdat deze specialist veel consultvragen ontvangt, maar dat het probleem juist bij de communicatie ligt en het lastig is om het bij elkaar te brengen in één behandelplan.

5. Taken doelgroep

Barbara geeft achtergrond over het afstemmen van de behandeling met de patiënt met multimorbiditeit, waarbij de drie elementen context, samen beslissen en wetenschappelijk bewijs belangrijk zijn.

Marlieke geeft aan dat bij het toepassen van de evidence ook de waarden en doelen van de patiënt moeten worden meegenomen.

Vraag: Mist u relevante onderdelen?

Ronald geeft aan dat er al een hoop initiatieven zijn, zoals de initiatieve rondom Advance Care Planning en dat het belangrijk is deze informatie op te halen.

Verder concluderen de deelnemers dat het stappenplan is ontwikkeld met de bril vanuit poliklinische electieve zorg. Echter zijn er verschillende scenario's waarmee rekening gehouden moet worden, zoals klinisch, poliklinisch, electief en niet-electief.

Jorien geeft aan dat in de verhouding in de grafiek aangepast zou kunnen worden: wetenschappelijk bewijs kleiner en context groter, want dat sluit aan bij het patiënten perspectief. Annemarie geeft ook aan dat er een nuance moet zitten in de afbeelding. Verder gaat het onderdeel 'samen beslissen' door in de andere onderdelen. Het is een continue proces. Marlieke denkt dat samen beslissen in het hele zorgproces plaats vindt en niet over één behandeling gaat maar over het hele traject.

Renske geeft aan dat de transmurale zorg ook belangrijk is en de overdracht van informatie en overkoepelend behandelplan tussen de lijnen lastig is.

6. Multidisciplinaire beoordeling

Barbara geeft uitleg over de indicatie voor multidisciplinaire beoordeling. Ze beschrijft de drie vragen die zijn opgesteld voor de patiënt en de behandelaar om te bepalen of iemand een multidisciplinaire beoordeling nodig heeft.

Vraag: Wat is een goede manier om patiënten te identificeren die baat kunnen hebben bij multidisciplinaire beoordeling?

Een groot deel van de deelnemers is het eens dat verpleegkundigen en casemanagers het beste kunnen zien of iemand afstemming van zorg nodig heeft. Hiervoor bestaan al initiatieven, bijvoorbeeld https://www.venvn.nl/media/jpif3nto/kadernotitie-samen-beslissen_def.pdf. Ze zijn het eens dat de patiënt met multimorbiditeit wel te onderscheiden is, maar dat het vooral lastig is om te bepalen welke patiënt baat heeft bij coördinatie van zorg. Hierbij speelt namelijk ook het sociale domein en de eerste lijnszorg mee. Dit verschilt ook per arts en ziekenhuis. Er is consensus dat niet van elke arts moet worden verwacht deze rol te kunnen vervullen, maar wel dat ze kunnen en moeten signaleren.

Daarnaast geeft Jorien aan dat deze vragen te moeilijk zijn en dat er niet aan een patiënt moet worden gevraagd of iemand kwetsbaar is. De vragen moeten dus herformuleerd worden, bijvoorbeeld 'u heeft meerdere ziektes, snapt u het nog, heeft u hulp nodig?'. Wanneer de vragen definitief zijn, denkt Pharos graag mee over de juiste formulering. Marlieke geeft ook aan dat te veel initiatieven en interventies vaak juist voor onduidelijkheid zorgt, dus dat het niet te veel en te ingewikkeld moet worden gemaakt.

7. Implementatie

Vraag: Hoe kunnen we uw achterban meenemen?

De deelnemers stellen voor om direct naar de wetenschappelijke verenigingen te gaan om ze te betrekken, hoewel tijdsintensief. Verder is het belangrijk dat de zorgverleners er het gemak of

voordeel van in zien, dus bijvoorbeeld door het gebruik van accreditatiepunten of door de nadruk te leggen op de voordelen. Een andere optie, alhoewel qua kosten niet haalbaar, is om het voorstel in een of twee ziekenhuizen volledig te implementeren en daardoor zorgverleners te enthousiasmeren en andere ziekenhuizen mee te krijgen.

8. Sluiting

Barbara geeft aan dat eventuele feedback en ideeën altijd welkom zijn. Ze bedankt de deelnemers en sluit de vergadering om 18.34 uur.