

Bijlage Rondetafelgesprek

Notulen Rondetafel Leidraad *Behandeling van Patiënten met Multimorbiditeit*

Datum en tijd: 09-04-2024 1900-20.30

Locatie: ZOOM

Aanwezigen

Organisatie: Barbara van Munster (NIV, voorzitter van de werkgroep). Emma Gans (kennisinstituut)

Deelnemers: Allert Vos (NIV; deelspecialisme oncologie), Jozefien Regelink (NIV, deelspecialisme hematologie), Caroline van Durme (NVR), Mike Numohamed (NVR),

Henk Kramer (NVALT), Petra Flikweert (NOV), Myrthe van den Heuvel (NOV, beleidsadviseur), Steven Renes (NVA), Daphne Hoto (NVMDL), Esther Baptist (NVvP), Judith van Gaalen (NVN)

Introductie leidraad behandeling van patiënten met multimorbiditeit

Barbara van Munster geeft een introductie waarom deze leidraad ontwikkeld wordt. De gevolgen van multimorbiditeit voor de patiënt zijn o.a. polyfarmacie, bijkomende psychosociale en functionele problemen, slechtere prognose en lagere levensverwachting. Patiënten met multimorbiditeit hebben ook een hoger risico op complicaties. Dit vereist een andere aanpak in de spreekkamer. Nu ervaren patiënten vaak gefragmenteerde zorg.

Er worden meerdere kwaliteitsdocumenten ontwikkeld voor deze doelgroep, waarvan de leidraad *multidisciplinaire beoordeling bij multimorbiditeit* (MDB) net is afgerond. De leidraad MDB focust zich op de samenwerking tussen verschillende specialismen betrokken bij een patiënt, en op het afstemmen en coördineren van de verschillende behandelplannen. De leidraad die vanavond besproken zal worden focust zich op de behandeling in de spreekkamer.

Twee doelgroepen

De leidraad heeft twee doelgroepen voor ogen: de regieondersteuner/generalist (veelal de internist(-ouderengeneeskunde) en geriater) en de specialist. De regieondersteuner behandelt multimorbiditeit in zijn geheel en draagt ook verantwoording voor de voortgang en samenhang van zorg. De specialist ziet patiënten met een enkelvoudige hulpvraag, waarbij er ook sprake is van multimorbiditeit. De leidraad heeft als doel om concrete stappenplannen te ontwikkelen voor beide doelgroepen. De eerste vraag aan de aanwezigen is wat een juiste benaming zou zijn voor de doelgroep 'specialist': 'specialist' of 'niet-regiebehandelaar', of anders?

Er volgt een discussie tussen de aanwezigen: Ester vraagt zich af of niet elke specialist, als het zou moeten, het hele plaatje moet kunnen begeleiden? Ook gezien de ontwikkelingen in de opleiding (T-shaped specialisten). Als je dat gedachtengoed volgt, zou je de tweedeling niet moeten willen maken. Is dus geen voorstander om bepaalde zaken (zoals beoordeling van polyfarmacie) weg te halen bij bepaalde specialisten. Meerdere aanwezigen zijn het eens dat de mate van verantwoordelijkheid die je neemt afhangt van wat jouw aandeel is in het geheel, en dat is niet zwart/wit. Misschien dus ook de tweedeling niet zwart/wit maken. Henk: dit is inderdaad het gedroomde toekomstbeeld, zo zien we het graag, maar daar zijn we nog niet. Voor deze leidraad, als je wilt aansluiten bij de praktijk, misschien juist wel onderscheid maken in specialist en generalist-specialist. Dan kun je de specialist met deze leidraad aanmoedigen om ook verantwoordelijkheid te pakken over de zorg voor multimorbiditeit, maar we moeten er nog niet vanuit gaan dat die rol op dit moment al gepakt wordt. Carolien: wie is degene die de rol bepaald? Ben je dat zelf als specialist of is de patiënt die jou die rol geeft? In iedere vakgroep zitten er wel mensen die graag breder denken en mensen die heel nauw kijken. Wel voorstander van de term specialist. Mike: in theorie heel mooi dat we over de

grenzen heen kijken (T shaped specialist), maar maakt dagelijks mee dat iedereen langs elkaar heen werkt en dat geeft allerlei problemen. Petra: de specialist kan geen regie pakken over het geheel, daar is geen tijd voor en daar ben je ook geen specialist voor geworden. De specialist kan wel contact opnemen met bijvoorbeeld de huisarts en de zorg goed laten verlopen. Dus er is wel een rol, maar geen regierol.

Stappenplan

Er is een stappenplan ontwikkeld voor de regie-ondersteuner, onder andere o.b.v. de NICE guideline: *Multimorbidity clinical assessment and management* (2016). Tijdens de rondetafel wordt per stap bediscussieerd of de personen die aanwezig zijn vinden of zij (i.e. de specialist) deze stappen ook zouden moeten nemen tijdens een consult in de spreekkamer met een patiënt met multimorbiditeit. Met andere woorden, welke rol moet de specialist pakken?

Samen Beslissen

De aanwezigen zijn het eens dat deze aanbeveling ook geldt voor de specialist. Steven zou de term kwaliteit van leven graag in de aanbeveling opgenomen zien.

Beoordeling van patiënt als geheel:

Overzicht maken van alle ziekten en behandelingen. Jozefien: je moet op de hoogte zijn van wat er al speelt om een nieuwe behandeling te kunnen starten, en dus moet je een overzicht maken. Henk: dit is een soort ideale wereld waarin je eindeloos tijd hebt voor de patiënt, dit gaat niet lukken (ook niet als je twintig minuten hebt voor een nieuwe patiënt). Over meerdere consulten kan dat eventueel wel. Allert: dit zou centraal ingericht moeten zijn in het EPD, superbelangrijk dat je als specialist beschikt over dit overzicht, maar je kan het niet zelf opstellen. Steven: je kan niet vragen van een dermatoloog of oogarts die iemand zien voor een moedervlek of cataract, dat diegene dit helemaal gaan uitpluizen. Judith: de rol van de patiënt zelf is ook belangrijk, kan zelf ook een rol spelen om regie te voeren, en zelf een overzicht maken bijvoorbeeld. Carolien: als reumatoloog juist vaak te maken met oogartsen en dermatologen, die behandelen dus ook patiënten met systeemziekten en moeten daarvan op de hoogte zijn. Iedereen draagt verantwoordelijkheid om een overzicht te maken, zeker als je samenwerkt met elkaar. Petra: je moet er wel van op de hoogte zijn, maar is onmogelijk om dit zelf in kaart te brengen. Barbara: mag ik concluderen dat je er wel rekening mee moet houden, maar dat je (idealiter) niet degene bent die het in kaart brengt? Daar lijkt men het over eens.

Biopsychosociale situatie in kaart brengen. Steven: juist dit in kaart brengen is heel belangrijk, nog belangrijker dan welke medicijnen. Petra: eens, je moet er iets van af weten maar wie doet het? Jozefien: heel belangrijk dat het in kaart gebracht wordt, maar verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten kunnen dit beter dan wij (meer tijd, andere scholing). Ester: enorm belangrijk, dit goed in kaart brengen aan het begin van de behandeling helpt problemen voorkomen later in het traject. Vraag is wie het moet doen. Allert: weinig bewijs wat je moet doen nadat je dit in kaart hebt gebracht en wat dit oplevert voor de patiënt. Daar blijft een knelpunt.

Ziektelast. Lijkt iedereen belangrijk te vinden en vraagt er wel naar. Wordt wat geworsteld met de term ziektebelasting, ook 'in kaart brengen' – wat is dat dan? Steven: als iedereen apart de ziektebelasting in kaart brengt, dan wordt 5 keer door een specialist apart de ziektebelasting bepaald. Lijkt toch consensus dat het beter overkoepelend beschouwd kan worden, en dan dus door een regieondersteuner.

Interpretatie van bewijs en richtlijnen

De aanbeveling geldt ook voor de specialist. Algemene opmerkingen over de aanbeveling, Steven: stelt voor om 'uniek' weg te halen bij 'unieke situatie'; elke situatie is uniek. De laatste zin 'bedenk dat (preventieve) behandelingen uit ziekte-specifieke richtlijnen mogelijk een beperkt voordeel

opleveren voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen die een beperkte levensverwachting hebben of kwetsbaar zijn' roept ook vragen op. Steven stelt dat behandeling altijd gericht moet zijn om kwaliteit van leven, dus ook als mensen een beperkte levensverwachting hebben. Jozefien: beperkte levensverwachting ook heel interpretabel. Als het gaat om een levensverwachting <3 maanden is dan is het juist. Bij een beperkte levensverwachting, maar langer dan 3 maanden, zijn sommige behandeling juist goede palliatie binnen de hematologie. De aanwezigen vragen zich af of deze laatste zin veel toevoegt. Barbara: in de praktijk zien we veel overbehandeling in de laatste levensfase (bijvoorbeeld cardiovasculaire medicatie). Steven: 'ziekte-specifieke richtlijnen' schept ook verwarring, misschien weglaten. Geconcludeerd wordt om deze laatste zin opnieuw te evalueren.

Beoordeling van het behandelplan als geheel

De aanwezigen scoren de volgende aanbevelingen als het **meest** belangrijk voor de specialist:

Beoordeel kritisch of de behandelplannen als geheel aansluiten bij de doelen, voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt. Leg indien nodig alternatieve opties voor aan de patiënt. Evalueer hoe de verschillende aandoeningen en behandelingen invloed op elkaar hebben en voorkom interacties. Neem hierbij ook leefstijl-, voeding- en fysiotherapeutische adviezen mee.

Beoordeel de behandellast: hoe beïnvloedt het totaal aan behandelingen de kwaliteit van leven

De aanwezigen scoren de volgende aanbevelingen als **minst** belangrijk voor de specialist:

Beoordeel welke behandelingen en poliklinische controles gestopt kunnen worden en waar er juist ruimte is voor optimalisatie. Streef naar een eenvoudig plan met zo min mogelijk verschillende behandelaren en op elkaar afgestemde controles.

Streef naar optimale therapietrouw van de meest belangrijke behandelingen

Streef naar preventie ter voorkoming van progressie in bestaande aandoeningen en te voorkomen dat er nog nieuwe chronische ziekten bijkomen

Aanwezigen geven aan dat preventie soms ondergeschikt kan zijn, waardoor je afhankelijk waar je prioriteit aan geeft samen met de patiënt, andere zaken meer op zijn beloop laat (bijvoorbeeld combinatie overgewicht & chemotherapie). Soms weer juist heel belangrijk (bijvoorbeeld combinatie operatie & roken).

Streven naar optimale therapietrouw van de meest belangrijke behandelingen en beoordelen welke behandeling en poliklinische controles gestopt kunnen worden is moeilijk voor een specialist. Je kan natuurlijk wel kritisch kijken naar je eigen aandeel.

Optimaliseren van medicatie

Barbara: richtlijn polyfarmacie zegt dat iedereen medicatiereview moet doen. Aanwezigen zijn het eens met de aanbeveling zoals die voorgelegd wordt.

Proactieve zorgplanning

Of proactieve zorgplanning bij jou ligt, hangt ervan af of de ziekte die de specialist onder zijn/haar hoede heeft prognosebepalend is. Wie gaat over de 'ziekste ziekte' heeft de verantwoording over proactieve zorgplanning, en dat kan dus heel goed de specialist zijn.

Barbara: soms is het de combinatie en de optelsom, en niet 1 ziekte, dan ligt de taak wel bij de regieondersteuner.

Regieondersteuning en overzicht

Allert: Verwachtingsmanagement is heel belangrijk, moet door elke dokter gedaan worden. Patiënten en naasten hebben vaak hele hoge verwachtingen van wat wij kunnen, en dat valt in de praktijk tegen. Deels een reden waarom we overspoeld worden in het ziekenhuis met patiënten waar we soms niet veel voor kunnen betekenen, en soms zelfs slechter af zijn. Ook een rol in publieksvoorlichting. Judith: open bespreken en benoemen van kwetsbaarheid, verwachtingsmanagement, erg belangrijk.

De aanwezigen zijn het hier ook eens dat als je gaat over de 'ziekste ziekte' dan heb je ook een rol in de ondersteuning van regie en overzicht. Henk geeft het voorbeeld dat als hij een patiënt met sarcoïdose heeft, dan voert hij regie, maar voor een simpele astma, dan voelt het minder als zijn rol.

Afspraken

Stappenplan wordt gewijzigd naar aanleiding van waardevolle adviezen. Voorstel om het nog een keer voor te leggen voor schriftelijke input, aanwezigen daarmee akkoord.