



Samenvattingsdocument Adviesrapport Multimorbiditeit en Regie in het Ziekenhuis



Nederlandse Vereniging
voor **Klinische Geriatrie**



Inhoud

Inleiding	4
1 Wat is de huidige stand van zaken omtrent zorgorganisatie en regie voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis?	7
2 Welke patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis zijn gebaat bij regieondersteuning?	15
3 Hoe bereik je een overkoepelende en afgestemde behandeling voor patiënten met multimorbiditeit die bij meerdere specialisten in het ziekenhuis komen?	23
Algemene overwegingen en aanbevelingen	34
Overzicht aanbevelingen	43
Referenties	47

Werkgroepleden:

Mw. prof. dr. B.C. van Munster, internist-geriater, voorzitter, namens de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), sectie ouderengeneeskunde

Mw. drs. O.M. Meijer-Smit, internist-ouderengeneeskunde, voorzitter, namens de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), sectie ouderengeneeskunde

Dhr. drs. A.J. Arends, klinisch geriater bij Havenue/Maasstadziekenhuis, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) namens de NVKG

Mw. W.M.E. Bil, MANP, verpleegkundig specialist AGZ, namens de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)

Mw. drs. A.M.J. Coremans, internist, namens de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)

Dhr. drs. C. van Daelen, adviseur Patiëntbelang, namens de Patiëntenfederatie Nederland (PFNL)

Mw. drs. M. Maas, revalidatiearts, namens de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)

Mw. drs. E.M. Meulenberg, klinisch geriater Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)

Met ondersteuning van:

Mw. M. Verhoeff, MSc., adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Dhr. Ir. T.A. van Barneveld, directeur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Bij het opstellen van dit document heeft de volgende persoon namens zijn partij meegelezen als agendalid:

Dhr. prof. dr. J.S. Burgers, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling & Wetenschap Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Bijzonder hoogleraar 'Promoting Personalised Care in Clinical Practice Guidelines' aan de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences (FHML) van de Universiteit Maastricht

Inleiding

De prevalentie van multimorbiditeit in 2016 varieerde in Nederland, afhankelijk van de leeftijdsgroep, van 9,2% (bij 0-24 jarigen) tot 82,1 % (bij 75-plussers). (NIVEL, 2017) Vanwege de stijgende prevalentie van chronische ziektes en multimorbiditeit, is er wereldwijd vraag naar organisatievormen om de kwaliteit van zorg voor deze patiëntengroepen te verbeteren. (WHO, 2018). De huidige zorg in het ziekenhuis is georganiseerd rondom medisch specialismen, is ziektegericht, en wordt meestal gestuurd door de acute problemen van een patiënt. Deze organisatievorm leidt ertoe dat patiënten met meerdere chronische ziektes die bij meerdere specialisten in het ziekenhuis komen én de betrokken zorgverleners gefragmenteerde zorg kunnen ervaren (Nolte, 2012; Wallace, 2015). Gefragmenteerde zorg kan leiden tot onnodig zorgverbruik, zoals over- of onder- diagnostiek en -behandeling, en potentieel vermijdbare uitkomsten, zoals spoedopnames in het ziekenhuis of medicatie-interacties. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren, zal daarom ingezet moeten worden in het aanpassen van de zorg en de manier waarop deze geleverd wordt om tegemoet te komen aan de zorgbehoeftes van patiënten met multimorbiditeit.

Als toekomstvisie voor de zorg voor patiënten met multimorbiditeit wordt geïntegreerde zorg ('integrated care') genoemd. Geïntegreerde zorg wordt onder andere gekenmerkt door afstemming, coördinatie en patiëntgerichtheid van de zorg, maar een uniforme definitie is er niet (WHO, 2018). Momenteel vraagt de huidige situatie in het ziekenhuis meestal dat een patiënt met zijn naasten zelf alle (behandel)adviezen en afspraken van verschillende medisch specialisten afstemt en coördineert. De huisarts is van oorsprong de spil in de zorg en ondersteunt de patiënt bij het voeren van de regie over zijn/haar gezondheid in de brede context vanuit de eerste lijn. Voor patiënten waarbij meerdere zorgverleners (binnen het ziekenhuis) betrokken zijn, kan de afstemming en coördinatie echter als veeleisend, tijdrovend en moeilijk worden ervaren (van der Aa, 2017; Verhoeff, 2018). Ook voor huisartsen kan het houden van overzicht en het bewaken van de overkoepelende en afgestemde behandeling voor patiënten met multimorbiditeit die voor langere tijd bij meerdere medisch specialisten in het ziekenhuis komen lastig zijn (Sinnott, 2013). Ondersteuning van regie, vanuit het ziekenhuis aangeboden, met als doel de ziekenhuiszorg af te stemmen op de algehele situaties, behoeftes en wensen van de patiënt, zou een eerste stap kunnen zijn richting geïntegreerde zorg en verdere kwaliteitsverbetering van zorg voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis.

Dit document heeft als doel een eerste stap te zetten in het beschrijven van een werkwijze voor het versterken van de regie van patiënten met multimorbiditeit die bij meerdere behandelaars komen in het ziekenhuis. Binnen dit project heeft de werkgroep verzameld welke knelpunten verschillende stakeholders ervaren in de huidige zorg voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis. Er is bovendien geïnventariseerd welke behoeftes, wensen en voorkeuren de verschillende stakeholders hebben bij de organisatie van zorg voor deze patiëntengroep. In dit document wordt weergegeven hoe multimorbiditeit en zorgcoördinatie, afstemming en regie reeds in Nederlandse richtlijnen is geïncorporeerd. Er wordt beschreven welke patiënten mogelijk gebaat zijn bij vanuit het ziekenhuis georganiseerde ondersteuning bij regie. Als laatste worden de in de literatuur beschreven organisatievormen en (geïntegreerde) zorgmodellen, met ten minste één element van een organisatorische interventie gericht op het verbeteren van geïntegreerde zorg, geëvalueerd. Deze stand van zaken wordt vervolgens in het perspectief geplaatst van de behoeftes, ervaringen en ideeën van uit de praktijk en vertaald naar praktische handvatten en aanbevelingen. Zo kunnen

zorgverleners, patiënten en zorgorganisaties een onderbouwde stap zetten in het versterken van regie van patiënten met multimorbiditeit die bij meerdere behandelaars komen in het ziekenhuis.

Uitgangsvragen

Om een eerste stap te zetten in het beschrijven van een werkwijze voor het versterken van de regie van patiënten met multimorbiditeit die bij meerdere behandelaars komen in het ziekenhuis werden de volgende uitgangsvragen geformuleerd:

1. Wat is de huidige stand van zaken omtrent zorgorganisatie en regie in het ziekenhuis?
2. Welke patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis zijn gebaat bij regieondersteuning?
3. Hoe bereik je een overkoepelende en afgestemde behandeling voor patiënten met multimorbiditeit die bij meerdere specialisten in het ziekenhuis komen?

Definities

Multimorbiditeit

Multimorbiditeit wordt gedefinieerd als ‘het optreden van twee of meer chronische aandoeningen in één individu tijdens een bepaalde periode. (NIVEL, 2016) De term multimorbiditeit wordt soms door elkaar gebruikt met de term comorbiditeit. NIVEL beschreef dit al in het rapport ‘Meer dan een ziekte’ in 2003: *“In het algemeen worden twee typen comorbiditeit onderscheiden. Bij het eerste type comorbiditeit ligt de nadruk op een specifieke ziekte - de indexziekte. Het gaat daarbij om comorbiditeit naast de indexziekte, of, volgens de originele definitie van Feinstein ‘een aparte, bijkomende entiteit die bestaat of optreedt bij een patiënt tijdens het klinisch beloop van de bestudeerde indexziekte’. Bij het tweede type comorbiditeit ligt de nadruk niet op een specifieke ziekte maar op het gelijktijdig voorkomen van twee of meer aandoeningen bij één persoon. In dit geval wordt ook wel gesproken van multimorbiditeit.”*

Regie in het ziekenhuis

Regie wordt door van Dale gedefinieerd als coördinatie, sturing of leiding. Het NIVEL schreef in 2014 dat negen van de tien chronisch zieken het liefst zelf (of met informele hulp van familie en vrienden) regie houden over hun ziekte en zorg (Heijmans, 2014). Er wordt ook vaak gesproken over ‘zelfmanagement’, een term waarover volgens Heijmans (2014) nog onduidelijkheid over bestaat, omdat hierbij vaak wordt gedacht aan het omgaan met de behandeling en leefregels, terwijl voor mensen met een chronische ziekte zelfmanagement een veel breder begrip is. Voor chronisch zieken gaat het vooral over het inpassen van (de gevolgen van) een chronische ziekte in je dagelijkse leven. *“Eigen regie heeft daarom als term sterk de voorkeur”* (Heijmans, 2014) In een kennisdossier van Movisie (Brink, 2013) werd beschreven dat zelfregie gaat om zelf beslissen over het leven. Het beslissen over zorg en behandelingen is hier dus slechts een onderdeel van. Dat geldt dus ook voor regie in het ziekenhuis. Regie in het ziekenhuis wordt gedefinieerd als het afstemmen van de zorg in het ziekenhuis op de algehele somatische situatie, maar ook de psychosociale en dagelijkse situatie, wensen en voorkeuren van de patiënt.

Geïntegreerde zorg

Internationaal wordt de term “integrated care” vaak gebruikt als koepelterm voor zorg die patiëntgericht, gecoördineerd en afgestemd is. (WHO, 2018) De World Health Organization Regional Office for Europe hanteert de volgende definitie (eigen vertaling vanuit het Engels):

“Geïntegreerde zorg wordt gedefinieerd als een aanpak om patiëntgerichte zorgsystemen te versterken door bevordering van een hoge kwaliteit van zorg gedurende de gehele levensloop, ontworpen op basis van de multidimensionale behoeftes van de populatie en het individu en geleverd

door een gecoördineerd multidisciplinair team van aanbieders die over de verschillende domeinen en niveaus van zorg heen werken. Dat moet effectief bestuurd worden om optimale uitkomsten en gepast gebruik van middelen gebaseerd op de beste beschikbare evidentie te verzekeren, met een terugkoppelingsproces om de prestaties continu te verbeteren, om oorzaken van een slechte gezondheid zoveel mogelijk bij de bron aan te pakken en welzijn te bevorderen door acties over de domeinen heen.”¹

Drie belangrijke elementen van geïntegreerde zorg die in deze definitie worden benoemd zijn het “hoge kwaliteit van zorg gedurende de gehele levensloop”, “ontworpen op basis van de multidimensionale behoeftes van de populatie en het individu”, die worden “geleverd door een gecoördineerd multidisciplinair team van aanbieders”. Deze elementen beschrijven hoofdzakelijk de organisatie van de zorg en daarom heeft de werkgroep besloten zich in eerste instantie te richten op organisatorische interventies die erop gericht zijn zorg voor patiënten met multimorbiditeit te verbeteren.

¹ Engelstalige versie definitie integrated care door World Health Organization Regional Office for Europe: “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”

1 Wat is de huidige stand van zaken omtrent zorgorganisatie en regie voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis?

Inleiding

De huidige zorgorganisatie in het ziekenhuis is vaak monodisciplinair en ziekte-specifiek georiënteerd. Er zijn steeds meer patiënten met multimorbiditeit waardoor zorgverleners ook in het ziekenhuis in toenemende mate te maken krijgen met deze patiëntenpopulatie. We hebben als eerste de huidige stand van zaken ten aanzien van zorgorganisatie en regie voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis in kaart gebracht.

Deelvragen:

A. Richtlijnen, Cochrane reviews en bekende internationale kwaliteitsdocumenten

Wat staat er in de Nederlandse medisch-specialistische richtlijnen en internationale richtlijnen over de volgende onderwerpen:

- Multimorbiditeit (en comorbiditeit) (Nederlandse medisch-specialistische richtlijnen);
- Regie, coördinatie en afstemming van zorg (Nederlandse medisch-specialistische richtlijnen);
- Multimorbiditeit en geïntegreerde zorg (internationale richtlijnen, Cochrane Reviews en bekende internationale kwaliteitsdocumenten).

B. Belanghebbende partijen

1. Wat zijn de wensen, behoeften en/of verwachting van patiënten, medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en physician assistants met betrekking tot regie in het ziekenhuis?
2. Hoe denken andere belanghebbende partijen over de zorgorganisatie en regie voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis?

C. Huidige praktijk

- Wat gebeurt er in Nederland al met betrekking tot regie voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis?

Conclusies

A. Richtlijnen, Cochrane reviews en bekende internationale kwaliteitsdocumenten

Multimorbiditeit wordt in de huidige medisch specialistische richtlijnen nauwelijks benoemd (4,1%); co-morbiditeit wordt in 30,4% van de richtlijnen benoemd in de literatuuranalyse, overwegingen en aanbevelingen. Er wordt vooral benadrukt dat het beleid (ingezette diagnostiek of behandeling) eventueel moet worden aangepast bij de aanwezigheid van multimorbiditeit of comorbiditeit of dat de aanwezigheid van multimorbiditeit/comorbiditeit symptomen kan uitlokken/compliceren en behandeluitkomsten kan beïnvloeden.

Afstemming/regie/coördinatie bij meerdere ziektes werd nauwelijks benoemd, het belang hiervan in het algemeen werd wel vaker benoemd. Slechts 12-17 (3,9-4,7%) medisch-specialistische richtlijnen benoemen welke acties een medische specialist kan ondernemen bij de aanwezigheid van multimorbiditeit/co-morbiditeit, namelijk afstemming/contact met collega's, multidisciplinaire behandeling of interne geneeskunde of geriatrie in consult vragen.

Twee landen (Duitsland en het Verenigd Koninkrijk) hebben reeds een richtlijn over de zorg voor patiënten met multimorbiditeit, waarin onderwerpen aan bod komen zoals identificatie van patiënten die mogelijk gebaat zijn bij een zorgaanpak gericht op multimorbiditeit of die een hoger risico hebben op slechte (zorg)uitkomsten, principes van een zorgaanpak gericht op multimorbiditeit en interventies om de zorg voor patiënten met multimorbiditeit te verbeteren. Aandachtspunten die benoemd werden zijn o.a. zowel probleem-specifiek als overkoepelend management, ziektecomplicaties, medicatie-interactie en regie en de verhouding tussen deze aandachtspunten.

De Cochrane Review van Smith (2016) evalueerde de effectiviteit van interventies voor patiënten met multimorbiditeit in de eerste lijn en maatschappij: de overkoepelende resultaten ten aanzien van de effectiviteit waren gemixt, ze vonden met name een indicatie dat interventies die zich richten op specifieke risicofactoren of klachten die mensen ervaren met dagelijks functioneren mogelijk effectiever zijn. De American Geriatrics Society publiceerde een werkwijze, geschreven door een expert-panel, met 5 hoofdprincipes voor de zorg voor oudere patiënten met multimorbiditeit.

B. Belanghebbenden

Medisch specialisten

Medisch specialisten herkennen dat multimorbiditeit in het ziekenhuis meer afstemming en coördinatie vereist. Zij geven aan dat afstemmen niet vanzelf gebeurt en dat overzicht krijgen en overleggen tijd kost. Het moet duidelijk zijn wie de regie voert hierover. De term hoofdbehandelaar wordt vaak gebruikt maar schiet eigenlijk tekort. Een generalist, zoals internist of klinisch geriater, zou de regie in het ziekenhuis op zich kunnen nemen, maar er kan ook een rol weggelegd zijn voor andere professionals, zoals verpleegkundig specialisten. Er zijn al multidisciplinaire samenwerkingsvormen, zoals multidisciplinaire overleggen of multidisciplinaire poliklinieken voor sommige patiëntengroepen.

Samenwerken is van belang bij patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis. Medisch specialisten zien dat de huisarts in beginsel de regie houdt, maar dat het bij sommige patiënten een uitdaging is om overzicht te houden. Ook is duidelijke communicatie van belang, met één aanspreekpunt voor zowel arts als patiënt. Overzicht is hierbij het middel. De patiënt moet centraal staan en worden betrokken, met aandacht voor alle domeinen van gezondheid. De zorgprofessionals moeten beschikken over de juiste competenties om deze zorg te bieden, of dragen verantwoordelijkheid voor hun rol in het geheel en zijn bereid tot samenwerking. Andere belangrijke randvoorwaarden om dit te realiseren zijn tijd/geld en het faciliteren van deze werkvormen.

Patiënten

De patiënt wil graag de regie over de eigen ziektes en behandelingen, maar heeft niet altijd overzicht en wordt hierin niet altijd geholpen vanuit het ziekenhuis. Bij bezoeken wordt (meestal) slechts naar één aandoening gekeken, is weinig aandacht voor bijvoorbeeld psychosociaal functioneren en zijn niet alle betrokken zorgverleners op de hoogte van de medische situatie. Dit kan leiden tot tegenstrijdige adviezen, die weer tot onzekerheid kunnen leiden. Overzicht houden en zorg organiseren kost veel tijd, terwijl de patiënt zich eigenlijk zo min mogelijk met deze organisatie bezig zou willen houden. De patiënt wil grip en regie, met een holistische benadering en afstemming tussen zorgverleners, met één aanspreekpunt dat je kunt bellen bij problemen. De uitkomst van geen regievoering is ook geen goede zorg. Qua terminologie klinkt regieondersteuning goed: de patiënt voert zelf de regie en wordt indien nodig en gewenst hierbij ondersteund.

Andere belanghebbenden: de huisarts

Het uitgangspunt is dat de huisarts het overzicht probeert te bewaren en de regie ondersteunt voor de patiënt. Wanneer er meerdere medisch specialisten betrokken zijn vanwege multimorbiditeit in het ziekenhuis ontstaan er meerdere knelpunten die het behouden van het overzicht, maar ook het adviseren over de verschillende behandelingen bemoeilijken. Goede afstemming binnen het ziekenhuis waarna afstemming over de totale ziekenhuiszorg met de huisarts, zou de huisarts een overzicht van alle relevante gegevens/informatie moeten opleveren en een goed geïnformeerde patiënt met een behandelplan gericht op dat wat de patiënt belangrijk vindt.

Andere belanghebbenden: koepelorganisaties ziekenhuizen

Koepelorganisaties van ziekenhuizen herkennen de problematiek van multimorbiditeit in het ziekenhuis en hebben hun eigen programma's waar dit onderwerp ook onder valt.

C. Huidige praktijk

De ziekenhuizen (31,9% van alle ziekenhuisorganisatie) die hebben gereageerd hebben op de uitvraag herkenden allen de problematiek van multimorbiditeit en zorgorganisatie binnen het ziekenhuis en gaven aan dat dit belangrijke thema's zijn binnen hun ziekenhuizen. De aangedragen initiatieven betreffen veel samenwerkingen met de geriatrie, vaak gericht op de kwetsbare oudere patiënt.

Er zijn ook verschillende multidisciplinaire besprekingen en poliklinieken, waarbij medisch specialisten die elkaar vaak tegenkomen samenwerken (vaak een medisch specialist met geriater/internist-ouderengeneeskunde t.b.v. kwetsbare ouderen, maar ook bijvoorbeeld de cardioloog/nefroloog, internist/gynaecoloog en vaatchirurg/cardioloog/thoraxchirurg).

Een enkel ziekenhuis noemde als initiatief bijv. de casemanager voor complexe patiënten of een digitaal platform voor integratie en communicatie van zorg(verleners). Meerdere ziekenhuizen zijn met het onderwerp bezig en praten hierover met verschillende partijen binnen en buiten het ziekenhuis. Eén ziekenhuis heeft een uitgebreid document opgesteld over verantwoordelijkheidsverdeling en de verschillende rollen, met specifieke aandacht voor patiënten met meerdere (hoofd)behandelaars. Twee ziekenhuizen gaven aan barrières (door tijdgebrek) te ervaren bij de praktische uitvoer van initiatieven en vragen te hebben over welke patiënt hulp nodig heeft en vanuit waar deze hulp het best georganiseerd kan worden.

Overwegingen

Onvoldoende concrete aanbevelingen in richtlijnen bij multimorbiditeit

In richtlijnen worden afstemming, regie en/of coördinatie bij de behandeling van ziektes in algemene termen benoemd, maar er wordt nauwelijks toegelicht dat dit van extra belang zou kunnen zijn wanneer een patiënt meerdere chronische ziektes tegelijkertijd heeft. Daarnaast wijzen de medisch-specialistische richtlijnen erop dat diagnostiek/behandeling zou moeten worden aangepast, dat symptomen kunnen worden uitgelokt of behandeluitkomsten kunnen worden beïnvloed door comorbiditeiten of multimorbiditeit, maar worden er geen praktische handvatten of concrete adviezen over aanpassingen of afstemming van de zorg geboden. Het gebrek aan aanbevelingen ten aanzien van het aanpassen van het behandelbeleid bij multimorbiditeit, inclusief de gevolgen ten aanzien van de behandellast, werden ook beschreven in andere studies (Nelson, 2016; Guthrie (2018). Beargumenteerd afwijken van een richtlijn is toegestaan, maar Guthrie (2018) beschrijft ook dat er druk heerst op medisch specialisten om aanbevelingen uit richtlijnen op te volgen, omdat het opvolgen van richtlijnen vaak een belangrijke indicator is bij kwaliteitsevaluaties. De gevolgen van zonder aanpassingen opvolgen van iedere ziekte-specifieke richtlijn bij patiënten met multimorbiditeit leidt in potentie tot forse polyfarmacie, een hoog zorgverbruik en hoge werkdruk, met risico op ongewenste zorguitkomsten en farmacotherapie gerelateerde problemen. (Buffel du Vaure, 2016; Huisjes, 2017) Ook in de inventarisaties met patiënten(organisaties) kwam naar voren dat patiënten soms tegenstrijdige behandeladviezen ervaren en veel tijd kwijt zijn aan het organiseren van de zorg. Tegenstrijdige adviezen maken onzeker, en patiënten merken op dat er onvoldoende bekendheid en herkenning bij specialisten is met betrekking tot verbinding/interacties die verschillende aandoeningen kunnen hebben. (Inventarisatie PFNL; Invitational Conference patiëntenorganisaties) Door de ziekte-specifieke benadering die in de opleiding, wetenschap en de praktijk tot nu toe de boventoon heeft gevoerd, zal er in alle facetten van de geneeskunde aandacht moeten komen voor onderwijs voor en ondersteuning van zorgprofessionals bij het leveren van zorg afgestemd op de stijgende prevalentie van multimorbiditeit. Meer aandacht voor specifieke aanbevelingen in ziekte-specifieke richtlijnen voor patiënten met multimorbiditeit zou medisch specialisten kunnen ondersteunen bij het evidence-based aanpassen van hun beleid voor deze populatie.

In 2015 heeft de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) samen met de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) een addendum 'Methodiek op Ouderen afgestemde Richtlijnontwikkeling' bij Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0' gepubliceerd, waarin o.a. wordt opgemerkt dat bij richtlijnontwikkeling specifiek voorafgaand aan de start van het richtlijnontwikkelingsproces moet worden nagedacht over het bestaan van eventuele verschillende categorieën binnen de populatie (P) van het richtlijnonderwerp. De methodiek laat door middel van een voorbeeld zien dat de aanbevelingen anders kunnen uitpakken wanneer de specifieke evidence met aandacht voor alle overwegingen ten aanzien van een specifieke categorie patiënten worden bekeken. Om medisch specialisten meer concrete aanbevelingen te geven voor de behandeling van patiënten met multimorbiditeit, beveelt de werkgroep aan dat er bij richtlijnontwikkeling meer aandacht is voor deze specifieke categorie binnen de populatie. Deze methodiek is nu opgenomen in de standaard routine voor richtlijnontwikkeling in Nederland.

Daarnaast zijn er in Groot-Brittannië en Duitsland reeds overkoepelende richtlijnen over organisatie van geïntegreerde zorg voor patiënten met multimorbiditeit. De Cochrane Review van Smith (2016) liet zien dat er alleen nog maar gemengd bewijs beschikbaar is voor de effectiviteit van complexe interventies. De American Geriatrics Society (AGS) publiceerde een werkwijze voor zorgprofessionals, met vijf belangrijk principes bij de klinische besluitvorming bij patiënten met multimorbiditeit. De internationale richtlijnen gaan zowel over de overkoepelende organisatie als mede de inhoud van de zorg die door de individuele zorgprofessional geleverd wordt aan de patiënt met multimorbiditeit. Gebaseerd op deze internationale voorbeelden, beveelt de werkgroep aan om

ook in Nederland discipline-overstijgende kwaliteitsdocumenten op te stellen die handvatten geven aan zorgprofessionals om de zorg passender te maken voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis.

Regieondersteuning: uitgangspunten en de drie belangrijkste elementen

Het uitgangspunt van de zorg zoals deze in Nederland georganiseerd is, is dat de huisarts naast behandelaar ook ‘poortwachter’ voor het ziekenhuis is: met een verwijzing van de huisarts kan een medisch specialist in het ziekenhuis geconsulteerd worden. (Schäfer, 2016) De huisarts probeert het overzicht te bewaren en te waarborgen dat het beleid aansluit bij de wensen, voorkeuren en behoeftes van de patiënt. De huisarts fungeert hierbij in principe ook als overkoepelend aanspreekpunt voor het geheel, eventueel geholpen door de praktijkondersteuner.

Er zijn ook situaties waarin patiënten (tijdelijk of voor langere tijd) vaak het ziekenhuis bezoeken, bij verschillende behandelaren, zoals bij oncologische behandeltrajecten, zeldzame ziektes of waar het in dit document om gaat: bij meerdere chronische ziektes. Op dat moment kan het voor de huisarts lastiger worden om het overzicht te bewaren en de overkoepelende en afgestemde behandeling te monitoren en daarvoor ook als aanspreekpunt te fungeren. (Interview prof. dr. Burgers van het NHG) Zowel patiënten als medisch specialisten gaven aan dat voor patiënten met multimorbiditeit een aanspreekpunt in het ziekenhuis en een overkoepelende en afgestemde behandeling de kwaliteit van zorg ten goede zou kunnen komen. (Invitational Conferences/enquête medisch specialisten/inventarisatie PFNL) In de oncologie, maar ook bijvoorbeeld bij zeldzame ziektes, is dit al gerealiseerd: door middel van een multidisciplinair overleg of multidisciplinaire polikliniek wordt een overkoepelende en afgestemde behandeling efficiënt bewerkstelligd en een aangewezen verpleegkundige/verpleegkundig specialist is het aanspreekpunt voor de patiënt. Hierbij staat echter het hoofdprobleem centraal, en als het hoofdprobleem voldoende behandeld is (zoals bij de oncologie) dan verdwijnt deze structuur en verliest de patiënt het aanspreekpunt binnen het ziekenhuis. (Focusgroep) Patiënten(organisaties) geven aan dat ondersteuning/hulp vanuit het ziekenhuis om zelf regie te voeren eigenlijk vaak ontbreekt.

Uit de verschillende inventarisaties en op basis van voorbeelden uit de praktijk destilleerde de werkgroep drie belangrijke elementen die van belang zijn bij de regie van een patiënt met multimorbiditeit en die indien nodig zouden moeten worden ondersteund: *een overkoepelende en afgestemde behandeling, een overkoepelend aanspreekpunt en organisatie en zelfmanagement.* (Invitational Conferences/enquête medisch specialisten/inventarisatie PFNL) Het overzicht over de verschillende ziektes, behandelingen en prognoses geeft patiënten grip en regie en duidelijkheid over de rol die de medisch specialisten hierbij spelen. Dit overzicht is hierbij het middel dat centraal staat en is de basis die nodig is om de verschillende elementen te kunnen realiseren.



Figuur 1 Drie elementen van regieondersteuning, waarbij het overzicht over de (zorg)situatie van de patiënt centraal staat

Onder een **overkoepelende en afgestemde behandeling** verstaat de werkgroep een tussen behandelaren afgestemd plan, waarin op basis van de situatie en wensen van de patiënt prioriteiten zijn gesteld en afspraken zijn gemaakt over de behandeling van de patiënt.

Het **overkoepelende aanspreekpunt** adviseert en waar nodig helpt bij de uitvoer van de overkoepelende en afgestemde behandeling. Het aanspreekpunt is ook beschikbaar voor vragen over de overkoepelende en afgestemde behandeling. Daarnaast volgt en monitort het aanspreekpunt de situatie van de patiënt om bij verandering eventueel actie te kunnen ondernemen.

Zorgprofessionals verstaan onder zelfmanagement vaak het thuis toepassen van de medische behandeling en het maken van leefstijlaanpassingen, maar voor patiënten met een chronische ziekte omvat zelfmanagement veel meer, beschrijft Heijmans (2014) van het NIVEL. Eigen regie over het leven als geheel en de wensen daaromtrent zijn ook een belangrijk onderdeel van zelfmanagement en “een chronische ziekte is daar slechts een onderdeel van”. **Organisatie en zelfmanagement** wordt gedefinieerd als: Eigen verantwoordelijkheid nemen voor gezondheid, ziekte en zorg en de organisatie hiervan.

Coördinatie en afstemming bij multimorbiditeit wordt niet gefaciliteerd

Medisch specialisten herkennen ook dat de zorg voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis meer afstemming en coördinatie vereist. De conventionele term hoofdbehandelaar dekt met name op de polikliniek niet de lading (of verantwoordelijkheid) voor deze overkoepelende taak. Er zijn in verschillende ziekenhuizen al meerdere multidisciplinaire werkvormen (multidisciplinaire overleggen, multidisciplinaire poliklinieken en samenwerkingen met internist-ouderengeneeskunde/klinisch geriater) en andere organisatievormen waarbij de drie elementen van regieondersteuning reeds geborgd worden. (inventarisatie praktijkvoorbeelden/focusgroep/enquête medisch specialisten)

De meeste patiënten met multimorbiditeit vallen niet onder één van deze samenwerkingsverbanden, of soms slechts een beperkte periode gedurende een specifiek behandeltraject, waardoor er patiënten met multimorbiditeit overblijven bij wie coördinatie en afstemming afhangt van de los van elkaar functionerende medisch specialisten. Gezamenlijk hebben veel medisch specialisten het over samenwerken, met zorgverleners met de juiste competenties en een aanpak waarin de patiënt centraal staat, met duidelijke communicatie en

verantwoordelijkheidsverdeling, en één aanspreekpunt. Echter geven medisch specialisten ook aan dat de huidige organisatie niet faciliterend werkt om dit voor elkaar te krijgen.

Afstemming en coördinatie kost tijd, maar de tijd voor een consult met een patiënt met een enkelvoudig probleem is hetzelfde als de tijd voor een consult met een patiënt met multimorbiditeit. Overleg in het ziekenhuis is bovendien afhankelijk van onder andere bereikbaarheid en beschikbaarheid van collega's en ondersteuning door ICT/EPD. Zolang afstemming en coördinatie een extra zorgactiviteit is die niet is geformaliseerd en niet wordt gefaciliteerd en georganiseerd zal dit blijven knellen in een omgeving van hoge werkdruk en strakke tijdsplanningen. Dat er een verandering van organisatie nodig is om dit te realiseren, beamen zowel patiënten(organisaties) als medisch specialisten (zie bijlage 6-9). Tegelijkertijd worstelen sommige ziekenhuizen met de vraag waar te beginnen voor deze heterogene, uitgebreide populatie patiënten (zie bijlage 10). De praktijk laat al verschillende werkvormen zien, waarin afstemming en coördinatie tussen verschillende disciplines is geformaliseerd en wordt gefaciliteerd, die als inspiratie gebruikt kunnen worden om een eerste stap te zetten in het beschrijven van een werkwijze voor het versterken van de regie van patiënten met multimorbiditeit.

Aanbevelingen

Heb aandacht voor het bestaan van multimorbiditeit bij het opstellen van ziekenhuisprotocollen en bij deelname aan een werkgroep voor ziekte-specifieke medisch-specialistische richtlijnen. Geef concrete aanbevelingen rondom aanpassing en afstemming van behandeling bij patiënten met multimorbiditeit met meerdere behandelaars in het ziekenhuis. Denk hierbij onder andere aan:

- Geneesmiddeleninteracties;
- Drug-disease interacties;
- Behandellast;
- Draagkracht van een patiënt;
- Prognose (resterende levensverwachting, functionele status, jaren die met beperkingen worden doorgebracht, kwaliteit van leven);
- Waarden en voorkeuren van patiënten.

Gebruik hiervoor het addendum 'Methodiek op Ouderen afgestemde Richtlijnontwikkeling' bij Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0'.

Maak Nederlandse discipline-overstijgende kwaliteitsdocumenten die medisch specialisten handvatten geven om een overkoepelende en afgestemde behandeling te bereiken met adviezen voor de individuele zorgverlener en adviezen gericht op de afstemming en samenwerking onderling

Organiseer de regie van de patiënt met multimorbiditeit in het ziekenhuis met aandacht voor de drie belangrijkste elementen* voor regieondersteuning:

- een overkoepelende en afgestemde behandeling
- een overkoepelend aanspreekpunt
- organisatie en zelfmanagement

Ga in overleg met uw organisatie/zorgverzekeraar over het faciliteren en formaliseren van coördinatie en afstemming voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis. Maak een platform waar reeds geïmplementeerde voorbeelden uit Nederlandse ziekenhuizen en internationale voorbeelden gevonden en gedeeld kunnen worden.

Bijlagen bij uitgangsvraag 1

- Bijlage 1. Definitief raamwerk multimorbiditeit en regie in het ziekenhuis
- Bijlage 2. Tabel 1. Overzicht van richtlijnen geïdentificeerd, geanalyseerd en gecategoriseerd met search 'multimorbiditeit' en 'comorbiditeit'
- Bijlage 3. Tabel 2. Overzicht van richtlijnen geïdentificeerd, geanalyseerd en gecategoriseerd met search 'regie', 'coördinatie' en 'afstemming'
- Bijlage 4. Oriënterende search richtlijnen en cochrane reviews multimorbiditeit
- Bijlage 5. Exclusietabel oriënterende search internationale richtlijnen en cochrane reviews
- Bijlage 6. Resultaten enquête multimorbiditeit specialisten MCC en regie
- Bijlage 7. Verslag Invitational Conference specialisten Multimorbiditeit en Regie 20181213
- Bijlage 8. Verslag Invitational Conference patiëntenorganisatie Multimorbiditeit en Regie 20190304
- Bijlage 9. Verslag Focusgroep multimorbiditeit en regie 20190718
- Bijlage 10. Samenvatting interview prof. dr. Burgers van het NHG 20181126
- Bijlage 11. Geanonimiseerd overzicht van reacties medische staven op uitvraag (juni/juli 2019) huidige praktijk ten aanzien van multimorbiditeit en regie in het ziekenhuis

2 Welke patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis zijn gebaat bij regieondersteuning?

Inleiding

Ondersteuning van regie voor patiënten met multimorbiditeit heeft als doel het afstemmen van de zorg op de algehele situatie en wensen van de patiënt nu en voor de toekomst. Gezien de brede onderliggende uitkomst en multifactoriële interventie bij een heterogene groep was de verwachting dat deze vraag niet rechtstreeks en eenduidig beantwoord zou kunnen worden met een passende literatuursearch. Het zorgverbruik van een patiënt met multimorbiditeit is één van de factoren die potentieel kan worden beïnvloed door betere afstemming (bijvoorbeeld door het voorkómen van potentieel vermijdbare ongewenste uitkomsten, zoals spoedopnames of (gevolgen van) interacties van medicatie). Daarnaast kan hoog zorgverbruik ook een aanwijzing zijn dat afstemming nodig zou kunnen zijn. Door te beschrijven welke patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken geassocieerd zijn met hoog zorgverbruik of met een lage patiënttevredenheid over de zorg voor chronische ziektes/continuïteit van zorg/zorgcoördinatie was de verwachting van de werkgroep een indruk te kunnen krijgen voor welke patiënten ondersteuning van regie mogelijk van meerwaarde kan zijn.

Zoekvraag

Welke patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken zijn geassocieerd met hoog zorgverbruik of lage patiënttevredenheid?

Conclusies

Aantal chronische ziektes

redelijk GRADE	Het aantal chronische ziektes is waarschijnlijk onafhankelijk geassocieerd met hoog zorgverbruik (ziekenhuisopnames, spoedeisende hulpbezoeken, aantal doktersbezoeken en zorgkosten), wanneer is gecorrigeerd voor andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken. <i>Bronnen: Abernathy, 2016; Agborsangaya, 2013; Bazargan, 2019; Bock, 2014; van den Bussche, 2011; Cunningham, 2017; Ensrud, 2018; Glynn, 2011; Hull, 2018; Ilinca, 2015; Kennedy, 2017; Lehnert, 2011; Milani, 2016; Nägga, 2012; Palladino, 2016; Teh, 2018; Wagner, 2019; Wammes, 2018</i>
---------------------------	--

Specifieke clusters van multimorbiditeit en acuut zorgverbruik/doktersbezoeken

zeer laag GRADE	Het is onduidelijk of er een onafhankelijke associatie is van specifieke clusters van multimorbiditeit met acuut zorgverbruik (ziekenhuisopnames en/of SEH-bezoeken) en met meer doktersbezoeken, wanneer is gecorrigeerd voor andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken. <i>Bronnen: Abernathy, 2016; Kennedy, 2017; Teh, 2018</i>
----------------------------	--

Geslacht en acuut zorgverbruik

laag GRADE	Mannelijk geslacht zou mogelijk onafhankelijk geassocieerd kunnen zijn met hoger acuut zorgverbruik (SEH-bezoeken en ziekenhuisopnames), wanneer is gecorrigeerd voor aantal chronische ziektes en andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken. <i>Bronnen: Abernathy, 2016; Bazargan, 2019; Hull, 2018; Ilinca, 2015</i>
-----------------------	---

Geslacht en aantal doktersbezoeken

zeer laag GRADE	Het is onduidelijk of er een onafhankelijke associatie is van geslacht met het aantal doktersbezoeken, wanneer is gecorrigeerd voor aantal chronische ziektes en andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken. <i>Bronnen: van den Bussche, 2011; Ilinca, 2015; Kennedy, 2017</i>
----------------------------	--

Geslacht en zorgkosten

zeer laag GRADE	Het is onduidelijk of er een onafhankelijke associatie is van geslacht met de zorgkosten, wanneer is gecorrigeerd voor aantal chronische ziektes en andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken. <i>Bronnen: Bock, 2014; Wammes, 2018</i>
----------------------------	---

Leeftijd

zeer laag GRADE	Het is onduidelijk of er een onafhankelijke associatie is van een hogere leeftijd met hoog zorgverbruik (ziekenhuisopnames, spoedeisende hulpbezoeken, aantal doktersbezoeken en zorgkosten), wanneer is gecorrigeerd voor aantal chronische ziektes en andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken. <i>Bronnen: Abernathy, 2016; Bazargan, 2019; Bock, 2014; van den Bussche, 2011; Cunningham, 2017; Hull, 2018; Ilinca, 2015; Wammes, 2018</i>
----------------------------	---

Etniciteit

zeer laag GRADE	Het is onduidelijk of er een onafhankelijke associatie is van etniciteit met hoog zorgverbruik (ziekenhuisopnames, spoedeisende hulpbezoeken, aantal doktersbezoeken en zorgkosten), wanneer is gecorrigeerd voor aantal chronische ziektes en andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken. <i>Bronnen: Abernathy, 2016; Cunningham, 2017; Hull, 2018; Wammes, 2018</i>
----------------------------	---

Dagelijks functioneren en ziekenhuisopnames/aantal doktersbezoeken

laag GRADE	Verminderd dagelijks functioneren (ADL beperkingen/zorgafhankelijkheid) zou mogelijk onafhankelijk geassocieerd kunnen zijn met een hoger aantal ziekenhuisopnames en hoger aantal doktersbezoeken wanneer is gecorrigeerd voor aantal chronische ziektes en andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken. <i>Bronnen: van den Bussche, 2011; Ilinca, 2015; Ensrud, 2018; Nägga, 2012</i>
-----------------------	--

Dagelijks functioneren en SEH-bezoeken/zorgkosten

zeer laag GRADE	Het is onduidelijk of er een onafhankelijke associatie is van verminderd dagelijks functioneren (ADL beperkingen/zorgafhankelijkheid) met SEH-bezoeken en zorgkosten, wanneer is gecorrigeerd voor aantal chronische ziektes en andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken. <i>Bronnen: van den Bussche, 2011; Ilinca, 2015; Ensrud, 2018; Nägga, 2012; Wammes, 2018</i>
----------------------------	---

Dagelijks functioneren en doktersbezoeken

zeer laag GRADE	Het is onduidelijk of er een onafhankelijke associatie is van polyfarmacie met een hoger aantal doktersbezoeken, wanneer is gecorrigeerd voor aantal chronische ziektes en andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken. <i>Bron: Kennedy, 2017</i>
----------------------------	--

Kwetsbaarheid en ziekenhuisopname/aantal doktersbezoeken

zeer laag GRADE	Het is onduidelijk of er een onafhankelijke associatie van kwetsbaarheid is met een hoger aantal ziekenhuisopnames en hoger aantal doktersbezoeken, wanneer is gecorrigeerd voor aantal chronische ziektes en andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken. <i>Bron: Ilinca, 2015</i>
----------------------------	--

Opleidingsniveau

zeer laag GRADE	Het is onduidelijk of er een onafhankelijke associatie is van opleidingsniveau met hoog zorgverbruik (ziekenhuisopnames, spoedeisende hulpbezoeken, aantal doktersbezoeken en zorgkosten), wanneer is gecorrigeerd voor aantal chronische ziektes en andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken. <i>Bron: Ilinca, 2015; Kennedy, 2017; Bazargan, 2019; Bock, 2014; Wammes, 2018</i>
----------------------------	--

Socio-economische status

zeer laag GRADE	Het is onduidelijk of er een onafhankelijke associatie is van socio-economische status met hoog zorgverbruik (ziekenhuisopnames, spoedeisende hulpbezoeken, aantal doktersbezoeken en zorgkosten), wanneer is gecorrigeerd voor aantal chronische ziektes en andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken. <i>Bron: Abernathy, 2016; Bazargan, 2019; Bock, 2014; Hull, 2015; Ilinca, 2015; Wammes, 2018</i>
------------------------	--

Burgerlijke staat

zeer laag GRADE	Het is onduidelijk of er een onafhankelijke associatie is van burgerlijke staat met hoog zorgverbruik (ziekenhuisopnames, spoedeisende hulpbezoeken, aantal doktersbezoeken en zorgkosten), wanneer is gecorrigeerd voor aantal chronische ziektes en andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken. <i>Bron: Abernathy, 2016; Bazargan, 2019; Bock, 2014; Ilinca, 2015</i>
------------------------	---

Verzekering en acuut zorgverbruik/aantal doktersbezoeken

zeer laag GRADE	Het is onduidelijk of er een onafhankelijke associatie is van het hebben van een zorgverzekering met acuut zorgverbruik (spoedeisende hulpbezoeken en ziekenhuisopnames) en doktersbezoeken wanneer is gecorrigeerd voor aantal chronische ziektes en andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken. <i>Bron: Abernathy, 2016; Kennedy, 2017; Wammes, 2018</i>
------------------------	--

Aantal doktersbezoeken en acuut zorgverbruik

zeer laag GRADE	Het is onduidelijk of er een onafhankelijke associatie is van aantal doktersbezoeken met acuut zorgverbruik (spoedeisende hulpbezoeken en ziekenhuisopnames) wanneer is gecorrigeerd voor aantal chronische ziektes en andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken. <i>Bron: Cunningham, 2017; Hull, 2018; Nägga, 2012</i>
------------------------	--

Overwegingen

Er zijn aanwijzingen dat het hebben van een (hogere) aantal chronische ziektes onafhankelijk geassocieerd is met veel zorgverbruik zoals ziekenhuisopname, spoedeisende hulp bezoeken, doktersafspraken en zorgkosten. Enkele geïncludeerde studies onderzochten ook de relatie tussen specifieke ziekteclusters en zorgverbruik (Abernathy, 2016; Kennedy, 2017; Teh 2018) en vonden daarbij hogere odds en rate ratios voor hoog zorgverbruik bij specifieke ziekteclusters. De kwaliteit van deze studies geeft echter onvoldoende bewijskracht om zeker te kunnen zijn van een onafhankelijke associatie. Ook voor verschillende andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken werden (iets) hogere odds en risk ratios gezien op hoog zorgverbruik, maar is ook hierbij de kwaliteit van deze studies vaak onvoldoende om vast te kunnen stellen dat iedere factor onafhankelijk geassocieerd is met hoog zorgverbruik.

Binnen de gekozen zoek- en selectiestrategie werden alleen studies geïnccludeerd die niet vanuit één specifieke ziekte de geassocieerde factoren voor hoog zorgverbruik onderzochten. Omdat veel medisch wetenschappelijk onderzoek vaak één ziekte of één probleem (hoge zorgkosten, veel gebruik) onderzoekt, vermoedt de werkgroep dat veel studies niet geïnccludeerd zijn door de huidige zoek- en selectiestrategie. Zo zijn bijvoorbeeld de individuele studies van de review van Wammes (2018) niet gevonden. De werkgroep is zich ervan bewust dat er waarschijnlijk nog veel extra informatie over onafhankelijk geassocieerde factoren voor hoog zorgverbruik, zoals ziekenhuisopnames, spoedeisende hulpbezoeken, doktersbezoeken en zorgkosten, te vinden is in de studies die vanuit één ziekte of probleem onderzoeken.

Er werden geen artikelen gevonden die patiënttevredenheid als uitkomstmaat hadden gedefinieerd. Bovendien had de werkgroep ook verwacht om patiëntkarakteristieken zoals gezondheidsstatus, gezondheidsvaardigheden, kwaliteit van leven en prognose maar ook andere zorgkarakteristieken zoals (eerdere) zorgverbruik (aantal betrokken medisch specialisten, aantal eerdere spoedeisende hulpbezoeken en aantal eerdere ziekenhuisopnames) te identificeren. De zoekstrategie heeft hier mogelijk aan bijgedragen (deze was zeer breed opgezet, met alleen generieke zoektermen als “healthcare utilization” en “patiënt satisfaction”). Daarnaast zullen mogelijk ook de selectiecriteria een rol hebben gespeeld: alleen wanneer er in het algemeen naar een populatie of multimorbiditeit werd gekeken, werd deze studie meegenomen. Omdat veel wetenschappelijk onderzoek zich vaak ook hoofdzakelijk op één ziekte concentreert, vielen veel studies hierdoor buiten de scope van deze zoekvraag.

Hoog zorgverbruik kan gezien worden als basiskenmerk van patiënten met multimorbiditeit, aangezien veel van deze patiënten routinematig meer zorgverleners zien. Hoog zorgverbruik door spoedeisende hulpbezoeken, ziekenhuisopnames, of veel doktersbezoeken wordt daarnaast waarschijnlijk beïnvloed door een complexe interactie van demografische, socio-economische, gedrags en fysieke factoren (Amerikaanse National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018). De werkgroep koos hoog zorgverbruik als uitkomstmaat omdat zowel acuut zorgverbruik als meer doktersbezoeken een hoger risico op fragmentatie van zorg kunnen geven. Deze patiënten zouden mogelijk baat kunnen hebben bij regieondersteuning om zorg beter af te stemmen en coördineren en zo potentieel vermijdbare zorg(uitkomsten) te voorkomen.

De hypothese is dat ook andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken bijdragen aan de behoefte aan ondersteuning bij regie. Niet iedere patiënt met multimorbiditeit heeft behoefte aan uitgebreide ondersteuning bij regie (wil daarin ook eigen regie/keuzes maken), terwijl er waarschijnlijk ook patiënten zijn met ‘slechts’ een paar chronische ziektes die toch regieondersteuning nodig hebben (zie ook bijlage 8. verslag Invitational Conference patiëntenorganisaties). De verwachting is dat in bepaalde specifieke populaties gemiddeld meer patiënten zijn die behoefte hebben aan regieondersteuning, afhankelijk van het aantal ziektes en de complexiteit van multimorbiditeit in combinatie met de complexiteit van de patiënten.

Complexiteit van multimorbiditeit

De waarschijnlijk onafhankelijke associatie van het aantal chronische ziektes met hoog zorgverbruik op al deze gebieden maakt dat starten met het identificeren van patiënten door middel van het aantal chronische ziektes een goede eerste stap zou kunnen zijn. Het aantal chronische ziektes van een patiënt is uit de voorgeschiedenis te halen. Een aantal studies onderzocht ook de associatie tussen specifieke clusters van meerdere ziektes en hoog zorgverbruik, maar de kwaliteit was

onvoldoende om daar een uitspraak over te doen. Dit betreft dus een kennislacune en zou verder uitgezocht moeten worden door middel van wetenschappelijk onderzoek.

Er zijn reeds meerdere studies gedaan naar clusters van ziektes bij patiënten met multimorbiditeit (Prados-Torres, 2014), waarin verschillende patronen van meerdere chronische ziektes werden herkend. Deze clusters van ziektes die vaak samen vóórkomen worden ook wel concordante multimorbiditeit (of co-morbiditeiten) genoemd: de aanwezigheid van ziektes die (waarschijnlijk) gedeelde pathofysiologische mechanismen hebben. In de systematische review van Valderas (2019) over kwaliteit van zorg voor patiënten met multimorbiditeit werden studies beschreven die vonden dat de kwaliteit van zorg beter is voor concordante multimorbiditeit (die vaker baat hebben bij dezelfde klinische behandelingen, zoals hypertensie, ischemische hartziekte en diabetes) dan voor discordante multimorbiditeit (aandoeningen die geen gedeelde pathofysiologische mechanismen hebben, zoals COPD en diabetes). Rondom sommige clusters zijn in de huidige medisch-specialistische praktijk reeds organisatievormen ontstaan, omdat medisch specialisten elkaar vaak tegenkwamen bij de zorg voor dezelfde patiënt. Zo zijn er bijvoorbeeld ziekenhuizen met een cardiorenaal overleg (met internist-nefroloog en cardioloog) of met een dyspneu-poli (met cardioloog en longarts). Voor oudere patiënten met discordante multimorbiditeit die heeft geleid tot of gelijktijdig samen voorkomt met kwetsbaarheid wordt in Nederland al vaak verwezen naar de klinisch geriater of internist-ouderengeneeskunde. (zie bijlage 6 resultaten enquête medisch specialisten en bijlage 10 geanonimiseerd overzicht van reactie medische staven huidige praktijk)

Niet alle patiënten zullen regieondersteuning vanuit het ziekenhuis nodig hebben of willen. Patiënten met één belangrijke ziekte, al dan niet met risicofactoren en/of een milde complicatie, die verder hoofdzakelijk in de eerste lijn worden behandeld, zullen zich over het algemeen redden met de huidige structuren, waarbij de huisarts waar nodig met hen het overzicht bewaart en ondersteunt. De redenering van de werkgroep is dat hoe complexer de multimorbiditeit (en de behandeling) in het ziekenhuis is, hoe complexer het wordt voor de patiënt om (al dan niet samen met de huisarts) tot een overkoepelende en afgestemde behandeling te komen waarin de interacties en gevolgen van alle ziektes en behandelingen worden gewogen in het licht van de wensen en de voorkeuren van de patiënt. De complexiteit van de multimorbiditeit heeft waarschijnlijke grote invloed op de behoefte aan regieondersteuning. Echter, ook de persoonlijke situatie en vaardigheden van een patiënt kunnen het behoud van regie meer of minder ‘complex’ maken.

Complexiteit van patiënten

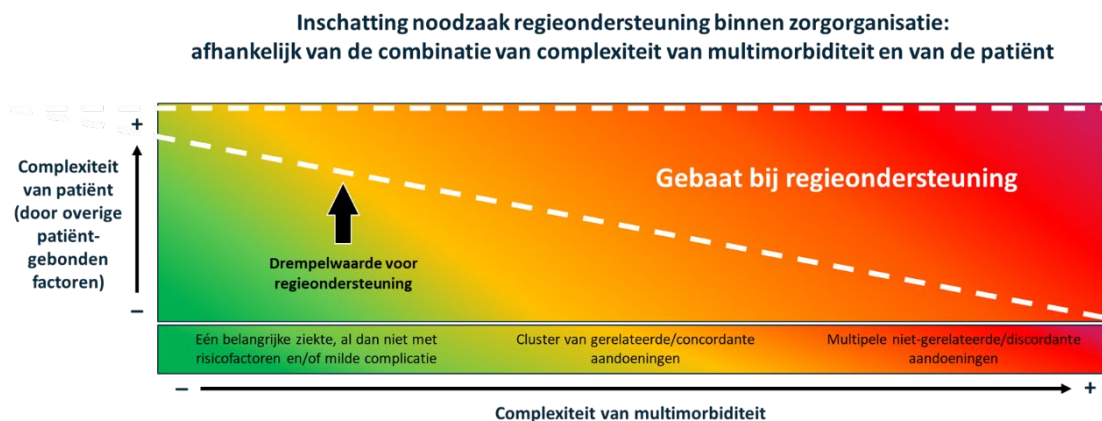
Patiënten(organisaties) gaven aan dat de behoefte aan ondersteuning ook afhankelijk is van in hoeverre de patiënt zelf overzicht heeft, wil en kan houden (evt. met de naasten), en hoe de band met de huisarts is. Kortom, de behoefte aan regieondersteuning vanuit het ziekenhuis is ook afhankelijk van of patiënten zich zelf voldoende vaardig voelen om de organisatie en zelfmanagement voor hun chronische ziektes uit te voeren (al dan niet met ondersteuning van naast(n) en/of huisarts). De werkgroep herkent uit de praktijk maar ook op grond van de interviews dat vooral mensen met cognitieve problemen, beperkte gezondheidsvaardigheden en/of een beperkt steunsysteem hier meer moeite mee hebben. Het NIVEL publiceerde in 2014 een rapport over het belang van gezondheidsvaardigheden voor zelfmanagement door patiënten met chronische ziektes. (Heijmans, 2014) Zij citeerden als definitie van gezondheidsvaardigheden *‘de vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen’*. De auteurs noemden ook voorbeelden van chronisch zieken die zich minder gezondheidsvaardig voelen: ouderen, chronisch zieken met een

lagere opleiding of lager inkomen en chronisch zieken met multimorbiditeit en/of lichamelijke beperkingen.

Gezondheidsvaardigheden werd in geen van de gevonden studies uit onze literatuuranalyse als variabele geïncludeerd. In een recente studie waarin tien onderzoeken uit Nederland werden samengevat, werd echter gerapporteerd dat patiënten met lagere gezondheidsvaardigheden over het algemeen slechtere uitkomsten hadden en minder actief waren in hun eigen zorgproces. (Sørensen, 2020) Om in de praktijk patiënten met multimorbiditeit te herkennen die mogelijk baat hebben bij regieondersteuning door niet-medische factoren, zal een zorgprofessional moeten achterhalen in hoeverre de patiënt overzicht heeft, wil en kan houden, door bijvoorbeeld ook gezondheidsvaardigheden mee te nemen in de beoordeling. De karakteristieken van de chronisch zieken die zich minder gezondheidsvaardig voelen, zijn ook karakteristieken die (gecombineerd) geassocieerd bleken met slechtere uitkomsten. (Leigh-Hunt, 2017; Marengoni, 2011) Ook al kwamen de 'losse' factoren niet uit onze literatuuranalyse naar voren, denkt de werkgroep dat hoe meer van deze factoren aanwezig zijn bij een patiënt, hoe 'complexer' de situatie van de patiënt is. Deze complexiteit kan er ook toe leiden dat er meer behoefte is aan regieondersteuning.

Behoefte aan regieondersteuning: combinatie complexiteit multimorbiditeit en patiënt

De interactie tussen alle verschillende factoren laat zich niet vangen in een éénduidige uitspraak over wie gebaat is bij regieondersteuning. De werkgroep concludeert dat de behoefte waarschijnlijk bepaald wordt door een combinatie van de complexiteit van de multimorbiditeit (die afhankelijk van het aantal wel of niet-gerelateerde aandoeningen toeneemt) en de complexiteit van de patiënt (die bepaalt in hoeverre een patiënt zelf overzicht heeft, wil en kan houden). In figuur 2 op de volgende pagina is deze fictieve drempelwaarde voor regieondersteuning schematisch weergegeven.



Figuur 2 Schematische weergave van de drempelwaarde voor ondersteuning bij regie, die waarschijnlijk afhankelijk is van een combinatie van complexiteit van multimorbiditeit (hoeveelheid chronische ziektes, cluster van gerelateerde/concordante aandoeningen of meerdere niet gerelateerde discordante aandoeningen) en complexiteit van patiënt (dagelijks functioneren, cognitie, gezondheidsvaardigheden, kwetsbaarheid, mantelzorg/steunsysteem). Wanneer een patiënt boven de witte stippellijn uitkomt, heeft hij/zij mogelijk baat bij ondersteuning van regie. Dit kan in deze schematische weergave dus wanneer de patiënt discordante multimorbiditeit (meerdere niet-gerelateerde aandoeningen) heeft zonder andere factoren die de patiënt complex maken. Maar de drempelwaarde kan ook al gepasseerd worden wanneer een patiënt één belangrijke ziekte heeft met risicofactoren en/of milde complicaties en een combinatie van veel factoren die de patiënt complex maken. De grenzen zijn niet heel duidelijk en zullen in de praktijk ook niet altijd even duidelijk zijn.

Aanbevelingen

Overweeg regieondersteuning aan te bieden bij patiënten met (een combinatie van):

Medische complexiteit door:

- een hoger aantal chronische ziektes (en/of veel betrokken medisch specialisten en/of polyfarmacie en/of zorg door verschillende ziekenhuizen);
- discordante multimorbiditeit;
- hoge zorgconsumptie;

EN

Complexiteit van de patiënt door overige patiëntgebonden factoren zoals:

- lagere gezondheidsvaardigheden
- hogere leeftijd
- functionele beperkingen
- kwetsbaarheid
- afwezig steunsysteem
- cognitieve stoornissen

Hoe meer risicofactoren, hoe sterker de behoefte aan regieondersteuning zou kunnen zijn.

Kennislacunes

- Bij welke patiënt is regieondersteuning het meest effectief?
- Welke clusters van gerelateerde/concordante aandoeningen die in het ziekenhuis behandeld worden geven een hoger risico op acuut zorgverbruik of veel doktersbezoeken?

Bijlagen bij uitgangsvraag 2

- Bijlage 12. Exclusietabel UV 2 Welke patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis zijn gebaat bij regieondersteuning?
- Bijlage 13. Zoekverantwoording UV 2 Welke patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis zijn gebaat bij regieondersteuning
- Bijlage 14. Evidencetabel UV 2 Welke patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis zijn gebaat bij regieondersteuning
- Bijlage 15. Samenvatting evidencetabel UV 2 Welke patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis zijn gebaat bij regieondersteuning (volledig)

3 Hoe bereik je een overkoepelende en afgestemde behandeling voor patiënten met multimorbiditeit die bij meerdere specialisten in het ziekenhuis komen?

Inleiding

Bij de zorg voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis zijn vaak meerdere behandelaars tegelijkertijd betrokken, maar over de disciplines heen prioriteren, afstemmen en doordachte keuzes maken (wat wel en wat niet) is niet altijd goed belegd. Dit kan leiden tot verlies van overzicht (voor zowel patiënt als zorgprofessionals), tegenstrijdige adviezen en ongewenste zorguitkomsten. Een overkoepelende en afgestemde behandeling houdt in dat er samen met de patiënt en zijn/haar naaste(n) prioriteiten zijn gesteld en keuzes zijn gemaakt over de zorg, waarbij haalbare doelen zijn geformuleerd en duidelijkheid is gecreëerd over welke rol iedere zorgprofessional, behandeling en afspraak speelt bij het behalen van deze doelen. Een overkoepelende en tussen de verschillende zorgverleners afgestemde behandeling is door de werkgroep benoemd als een belangrijk onderdeel om de regie te ondersteunen en de kwaliteit van zorg voor deze patiënten verbeteren, omdat het geïntegreerde zorg kan verbeteren.

Deze module omschrijft de effectiviteit van verschillende organisatorische interventies met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg voor patiënten met multimorbiditeit. Door de effectiviteit van deze interventies, maar ook de verschillende elementen van deze organisatorische interventies in kaart te brengen, hoopt de werkgroep aanbevelingen te kunnen opstellen hoe men een overkoepelende en afgestemde behandeling zou kunnen bewerkstelligen voor patiënten met multimorbiditeit die bij meerdere specialisten in het ziekenhuis komen.

Zoekvraag

Wat is de effectiviteit van organisatorische interventies met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg voor patiënten met multimorbiditeit?

Conclusies

Tevredenheid van patiënt, naaste(n) en/of zorgverlener

Laag GRADE	Een organisatorische interventie met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg voor patiënten met multimorbiditeit zou de patiënttevredenheid ten aanzien van de zorg kunnen verbeteren. Er werd geen literatuur gevonden die tevredenheid van de zorgverlener heeft meegenomen als uitkomstmaat. <i>Bronnen: Boulton, 2008; Coventry, 2015; Katon, 2010; Naylor, 2004; Salisbury, 2018</i>
-----------------------	--

Ervaren zorglast van patiënt/mantelzorger (inclusief continuïteit van zorg)

Zeer laag (zorglast) / laag (continuïteit) GRADE	Het is onduidelijk of een organisatorische interventie met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg voor patiënten met multimorbiditeit effect heeft op de zorglast van patiënten ten aanzien van hun ziektes. Er zijn aanwijzingen dat de interventie de continuïteit van de zorg zou kunnen verbeteren. <i>Bronnen: Barley, 2014; Boult, 2008; Coventry, 2015; Hogg, 2009; Salisbury, 2018; Wakefield, 2012</i>
---	--

Acuut zorgverbruik in specifieke populatie

laag GRADE	Een organisatorische interventie ondergaan met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg voor patiënten met multimorbiditeit zou een positief effect kunnen hebben op het risico op een spoed(her)opname in het ziekenhuis of een spoedeisende hulpbezoek, in een specifieke populatie (populatie opgenomen patiënten (3 studies) of met ADL-beperkingen (1 studie)). <i>Bronnen: Courtney, 2009; Legrain, 2011; Slaets, 1997; Sommers, 2000</i>
-------------------	---

Zorgverbruik in algemene populatie

laag GRADE	Een organisatorische interventie met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg voor patiënten met multimorbiditeit lijkt minimaal tot géén effect te hebben op het verminderen van zorgverbruik in een algemene populatie. Twee studies suggereren een toename van het zorgverbruik. <i>Bronnen: Beck, 1997; Bouman, 2008; Boult, 2008; Hogg, 2009; Katon, 2010; Morgan, 2013; Salisbury, 2018; Sandberg, 2015</i>
-------------------	---

Geneesmiddel gerelateerde schade

geen GRADE	Vanwege het lage aantal studies en vanwege de heterogeniteit is het helaas niet mogelijk een conclusie op te stellen over het effect van een organisatorische interventie met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg voor patiënten met multimorbiditeit op geneesmiddel gerelateerde schade.
-------------------	--

Kwaliteit van leven

laag GRADE	Een organisatorische interventie met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg voor patiënten met multimorbiditeit lijkt geen eenduidig effect te hebben op kwaliteit van leven. <i>Bronnen: Barley, 2014; Behm, 2014; Boult, 2008; Chow, 2014; Coventry, 2015; Ell, 2010; Hogg, 2009; Katon, 2010; Martin, 2013; Naylor, 2004; Salisbury, 2018</i>
-------------------	--

Dagelijks functioneren

Laag/zeer laag GRADE	Een organisatorische interventie met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg voor patiënten met multimorbiditeit lijkt het dagelijks functioneren niet te verbeteren. Het is onduidelijk of een organisatorische interventie met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg effect heeft op het dagelijks functioneren van patiënten van 80 jaar of ouder of 65 tot 79 jaar met ten minste één chronische ziekte en afhankelijk in tenminste één ADL domein. <i>Bronnen: Coventry, 2015; Ell, 2010; Eklund, 2013; Gitlin, 2006; Katon, 2010; Metzelthin, 2013; Morgan, 2013; Naylor, 2004</i>
-----------------------------	---

Mentale gezondheid

redelijk GRADE	Een organisatorische interventie met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg en verbeteren van depressieve symptomen zou de mentale gezondheid kunnen verbeteren van patiënten met multimorbiditeit bestaande uit depressie en tenminste één andere chronische ziekte. <i>Bronnen: Barley, 2014; Bogner 2008; Coventry, 2015; Martin, 2013; Morgan, 2013</i>
-----------------------	---

zeer laag GRADE	Het is onduidelijk of een organisatorische interventie met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg voor patiënten met multimorbiditeit effect heeft op mentale gezondheid. <i>Bronnen: Behm, 2014; Boulton, 2008; Chow, 2014; Ell, 2010; Hogg, 2009</i>
------------------------	--

Mortaliteit

Laag GRADE	Er is geen eenduidig bewijs dat een organisatorische interventie met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg voor patiënten met multimorbiditeit effect zou kunnen hebben op mortaliteit. <i>Bronnen: Alkema, 2007; Beck, 1997; Berglund, 2015; Bouman, 2008; Eklund, 2013; Hogg, 2009; Naylor, 2004; Sandberg, 2015; Slaets, 1997; Sommers, 2000; Boulton, 2008; Coburn, 2012; Gitlin, 2006; Legrain, 2011</i>
-------------------	--

Overwegingen

Uit de literatuur weten we dat patiënten met multimorbiditeit gemiddeld genomen een groter risico hebben op een lagere kwaliteit van leven, verminderd dagelijks functioneren en mortaliteit. (Makovski, 2019; Marengoni, 2011) De relatie tussen de kwaliteit van zorg en multimorbiditeit is echter complex, en lijkt afhankelijk van verschillende factoren, zoals onder andere het “soort” multimorbiditeit. (Valderas, 2019) Voor verschillende enkelvoudige chronische ziektes is de effectiviteit van geïntegreerde zorgprogramma's (in Nederland beter bekend als ketenzorg) reeds aangetoond (Kruis, 2013; Peytremann-Brideveaux, 2015; Pimouguet, 2011). Deze zorgprogramma's

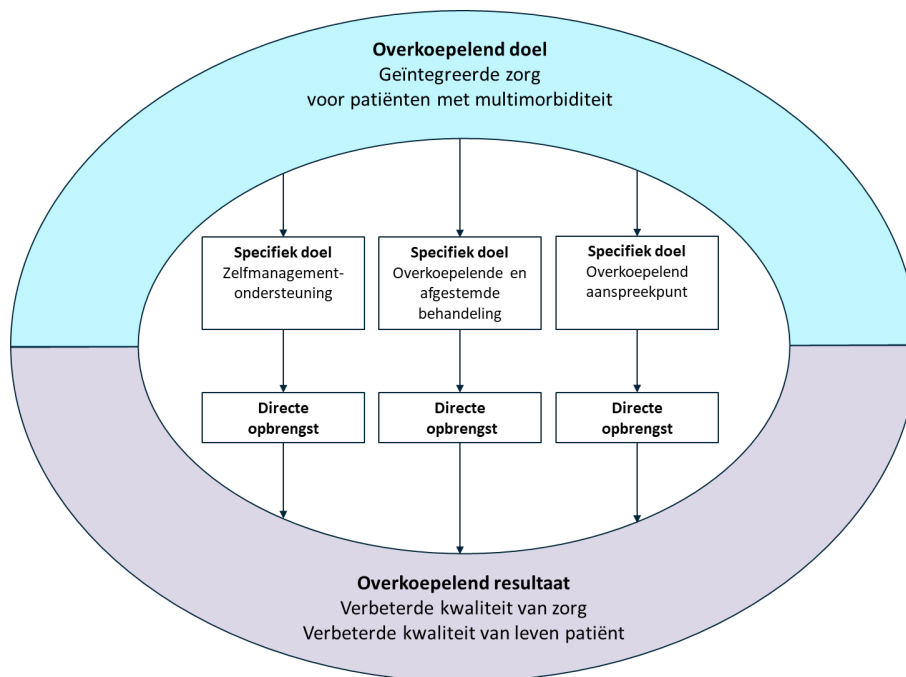
passen echter niet volledig bij de zorgbehoeftes van de patiënt met multimorbiditeit, omdat deze programma's nog steeds de focus leggen op slechts één ziekte. (Nolte, 2012) Geïntegreerde zorg voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis betekent onder andere dat er ook overkoepelend naar behandelingen gekeken zou moeten worden, naar mogelijke interacties tussen ziektes, medicijnen en behandelingen, en dat er prioriteiten gesteld worden op basis van op de patiënt afgestemde, haalbare doelen. (AGS, 2012)

Overkoepelende effectiviteit van organisatorische interventies met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg voor patiënten met multimorbiditeit

De NICE-richtlijn van Barnett (2016), de Cochrane review van Smith (2016) en de RCT van Salisbury (2018) onderzochten de effectiviteit van organisatorische interventies met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg maar laten geen eenduidig bewijs zien voor effectiviteit op alle uitkomstmaten. Alleen de onderzoeken naar patiënttevredenheid laten allen dezelfde positieve richting zien voor het effect van de interventies. Voor andere uitkomstmaten werden wisselende effecten gerapporteerd. Verbeterde uitkomstmaten werden met name gezien bij interventies die zich specifiek richtten op het verbeteren van deze uitkomstmaat (zoals depressieve symptomen bij co-morbide depressie) of bij interventies die zich specifiek richtten op een populatie met een verhoogd risico op een uitkomstmaat (zoals verminderd dagelijks functioneren bij ouderen van 80 jaar en ouder of van 65 jaar met ADL beperking in 1 domein).

In de door de werkgroep gevonden studies werd voor de belangrijke (ziekte-gerelateerde) uitkomstmaten als dagelijks functioneren, mentale gezondheid, kwaliteit van leven en mortaliteit weinig bewijs gevonden voor de effectiviteit van een organisatorische interventie met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg voor patiënten met multimorbiditeit. Het is echter de vraag of de verwachting juist is dat ziekte-gerelateerde uitkomstmaten en kwaliteit van leven voor de gehele groep patiënten met multimorbiditeit direct significant verbeterd kunnen worden door een enkele organisatorische interventie.

De denkstappen uit de Logical Framework Approach (Nancholas, 1998) helpen om het antwoord op deze vraag te formuleren. De Logical Framework wordt gebruikt voor projectplanning, om van het overkoepelende naar het specifieke toe te werken. Een belangrijk onderscheid dat hierbij gemaakt wordt is het onderscheid tussen het overkoepelende doel van het project en het specifieke doel/de specifieke doelen van het project, en daaraan gekoppeld de objectief meetbare indicatoren (Objectively Verifiable Indicators (OVI)). Het overkoepelende doel van de projecten rondom multimorbiditeit is 'geïntegreerde zorg', wat resulteert in verbeterde kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven voor deze patiënten. Een organisatorische interventie zoals een overkoepelende en afgestemde behandeling is één van de specifieke doelen die kunnen bijdragen aan het bereiken van dit overkoepelende doel. Maar volgens het Logical Framework moet voor een specifiek doel ook specifieke opbrengst (gemeten met eigen objectief meetbare indicatoren) worden geformuleerd om het succes van een project te evalueren. Het specifieke doel draagt bij aan het overkoepelende doel, maar het overkoepelende doel wordt niet altijd direct binnen het project behaald en gemeten aan de hand van indicatoren die voor het overkoepelende resultaat zijn geformuleerd. **Figuur 3** geeft de verhouding tussen het overkoepelende doel en resultaat en de verschillende specifieke doelen met hun eigen directe opbrengst, op basis van de Logical Framework Approach.



Figuur 3. Verhouding tussen het overkoepelend doel ‘Geïntegreerde zorg voor patiënten met multimorbiditeit’, de specifieke doelen met hun eigen directe opbrengst en het overkoepelend resultaat, gebaseerd op de Logical Framework Approach (Nancholas, 1998).

Een organisatorische interventie heeft primair als doel de zorgorganisatie te verbeteren. De aanname is dat een verbeterde zorgorganisatie voor patiënten met multimorbiditeit in eerste instantie zal leiden tot meer tevredenheid over de zorg, meer doelmatige zorg en meer passend zorgverbruik als specifieke opbrengst. Waarschijnlijk zal een verbeterde zorgorganisatie voor patiënten met multimorbiditeit ook leiden tot verbeterde ziekte-gerelateerde uitkomstmaten (kwaliteit van zorg) en verbeterde kwaliteit van leven, maar dit is een overkoepelend resultaat wat niet direct beïnvloedbaar is en van veel meer factoren afhankelijk is. Om een overkoepelend resultaat te bereiken, zijn waarschijnlijk nog vele andere specifieke doelen te stellen om andere factoren van invloed verder te verbeteren. Gebaseerd op bovenstaande gedachtegang concludeerde de werkgroep dat in de gevonden literatuur belangrijke informatie mist, namelijk wat de directe opbrengst is van een organisatorische interventie ten aanzien van de zorgorganisatie en geleverde zorg.

De organisatorische interventies uit de studies waren bovendien heterogeen: er werd door middel van een combinatie van verschillende onderdelen nagestreefd meer geïntegreerde zorg te leveren. De verschillende onderdelen van de interventies streefden volgens de werkgroep verschillende specifieke doelen na. De werkgroep deelde deze onderdelen in vier categorieën in, en concludeerde dat het ‘verbeteren of bevorderen van interdisciplinaire aanpak’ en het aanbieden van een ‘meer patiëntgerichte aanpak’ de twee categorieën waren die direct als doel hadden een overkoepelende en afgestemde behandeling te bereiken. De andere twee categorieën pasten volgens de werkgroep meer bij de andere twee elementen van regioondersteuning (bij case/care management is het primaire doel een (coördinerend) aanspreekpunt en bij zelfmanagement-ondersteuning en educatie is het doel het ondersteunen van organisatie en zelfmanagement).

De directe opbrengst van een overkoepelende en afgestemde behandeling

De werkgroep formuleerde dat een 'overkoepelende en afgestemde behandeling' bereiken één van de specifieke doelen kan zijn van een organisatorische interventie voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis. De werkgroep heeft op grond van bestaande literatuur in verschillende vergaderingen nagedacht over wat een overkoepelende en afgestemde behandeling behelst en kwam daarbij tot de volgende onderdelen:

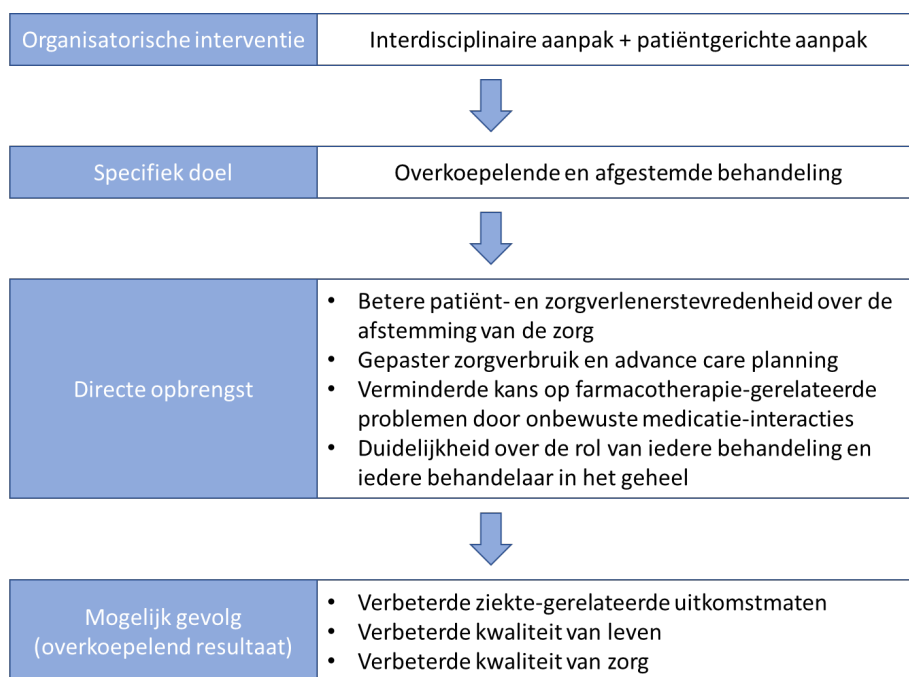
- Het duidelijk is welke haalbare doelen worden nagestreefd;
- Alle voor en tegens van de verschillende ingezette behandelingen (inclusief medicatie) zijn afgewogen in het licht van de doelen, voorkeuren, behoeften en omstandigheden van de patiënt (volgens het model van samen beslissen);
- Indien er potentiële interacties van ziektes, medicatie en/of leefstijladviezen zijn, duidelijk is welke dat zijn, deze zijn afgewogen en een helder besluit hierover is genomen;
- Er een duidelijk plan is voor de toekomstige, geplande zorg, inclusief reden (van bijvoorbeeld controle/follow-up of behandeling) en de nagestreefde doelen;
- Er onderlinge afstemming is geweest onder de diverse behandelaren.

Bij een overkoepelende en afgestemde behandeling is alle ingezette zorg afgestemd op de gehele situatie van de patiënt en met alle betrokken zorgprofessionals. De werkgroep denkt dat een overkoepelende en afgestemde behandeling in eerste instantie vier dingen zou kunnen opleveren:

- Patiënt- en zorgverlenerstevredenheid over de afstemming van de zorg;
- Gepaster zorgverbruik (bijv. door minder over-/onderbehandeling);
- Verminderde kans op farmacotherapie-gerelateerde problemen en de verandering in medicatie, aantal medicijnen en doseringen;
- Duidelijkheid over de rol van iedere behandeling en iedere behandelaar in het geheel.

Dit is de directe opbrengst van een overkoepelende en afgestemde behandeling. Vervolgens heeft deze opbrengst hopelijk voor sommige patiënten weer tot gevolg dat ook de ziekte-gerelateerde uitkomstmaten verbeteren.

In **Figuur 4** op de volgende pagina is bovenstaande nog eens schematisch weergegeven.



Figuur 4 Schematische weergave van doel, opbrengst en gevolg van een organisatorische interventie. In de gevonden literatuur werd dit onderscheid niet duidelijk gemaakt, waardoor de effectiviteit van een interventie hoofdzakelijk werd beoordeeld op basis van de patiëntuitkomsten, maar er geen informatie beschikbaar was over of de opbrengst wel voldoende werd gerealiseerd.

Betere patiënt- en zorgverlenerstevredenheid over de afstemming van de zorg

Tevredenheid met de zorg (van patiënt) is de enige cruciale uitkomstmaat waarop alle studies, die deze variabele meenamen, een positief effect zagen. De tevredenheid van artsen over de geleverde zorg werd in geen van de gevonden studies onderzocht. De studie van Rodriguez-Blazquez (2020), waarin de implementatie van een geïntegreerd zorgmodel voor verschillende groepen patiënten met multimorbiditeit uit meerdere Europese landen werd geëvalueerd liet ook significante toename van patiënt- maar ook zorgteamtevredenheid zien voor vrijwel alle implementatielocaties. Ook bij de evaluatie van de nieuwe ketenzorg voor patiënten met één chronische ziekte, werd een significante verbetering in patiënt- en zorgteamtevredenheid gezien (Cramm, 2013). Concluderend zijn er aanwijzingen dat een organisatorische interventie met ten minste één element dat zich richt op (het verbeteren van) geïntegreerde zorg in ieder geval de patiënt- en zorgteamtevredenheid met de zorg kan verbeteren. Dit is een kennislacune die verder onderzocht zou moeten worden, maar deze uitkomstmaat is, mede op basis van de inventarisaties die zijn gedaan in dit project, van toegevoegde waarde om mee te blijven nemen in evaluaties van nieuwe implementaties.

Gepaster zorgverbruik

Bij de cruciale uitkomstmaat zorgverbruik werden wisselende effecten van de interventies uit de literatuuranalyse gerapporteerd. Zorgverbruik werd slechts in enkele studies verminderd, en bleef in de meeste studies gelijk tussen interventie- en controlegroep. Bij een overkoepelende en afgestemde behandeling is het primaire doel niet om zorgverbruik te verminderen, maar om de zorg af te stemmen tussen zorgprofessionals en op de algehele situatie, wensen en behoeftes van de patiënt. Patiënten die meer gefragmenteerde zorg ontvangen, hebben namelijk een grotere kans op overbehandeling, overdiagnostiek en slechtere zorguitkomsten. (Hussey, 2014; Kern, 2017; Nyweide, 2013; Romano, 2015) Logischerwijs is de verwachting dat minder fragmentatie, bijvoorbeeld door te

zorgen voor een overkoepelende en afgestemde behandeling, leidt tot minder overbehandeling en overdiagnostiek. Ook zou minder fragmentatie in theorie tot betere zorguitkomsten kunnen leiden, zoals bijvoorbeeld minder medicatie-gerelateerde ziekenhuisopnames. Dit zorgverbruik had potentieel voorkómen kunnen worden.

De moeilijkheid zit in het onderscheid tussen zorgverbruik dat voorkomen had kunnen worden en zorgverbruik dat niet voorkomen had kunnen worden omdat het een gevolg is van bijvoorbeeld (verslechtering van) de ziektes zelf. Daarnaast speelt mee dat een overkoepelende en afgestemde behandeling niet altijd zorgverbruik op de korte termijn zal verminderen: er kan ook vastgesteld worden dat er sprake is van onderbehandeling, waardoor meer inzet van zorg het gevolg is. Dit was ook zichtbaar in één studie uit de literatuuranalyse. Deze studie rapporteerde dat patiënten (met depressie en diabetes en/of ischemische hartziekte) uit de interventiegroep veel vaker verwezen werden voor hun mentale gezondheid en voor bewegingsprogramma's. Daarnaast kan de interventie zelf ook leiden tot meer zorgverbruik. Zo rapporteerde één studie in de literatuuranalyse dat patiënten uit de interventiegroep significant meer afspraken hadden bij de verpleegkundige uit de huisartsenpraktijk dan de controlegroep. Enkel het effect meten op (verminderen van) zorgverbruik doet geen recht aan de opbrengst van de overkoepelende en afgestemde behandeling, namelijk dat het zorgverbruik gepaster is. Dit is een extra argument om bij de evaluatie van de effectiviteit van een overkoepelende en afgestemde behandeling ook de opbrengst in kaart te brengen.

Verminderde kans op farmacotherapie-gerelateerde problemen door medicatie-interacties

De cruciale uitkomstmaat geneesmiddel gerelateerde schade (adverse drug events) werd niet direct meegenomen in de studies, maar één studie rapporteerde een groot positief effect op het aantal farmacologische problemen in een geselecteerde populatie met minimaal vier medicamenten. Een andere studie, waarin de populatie niet geselecteerd werd op medicatiegebruik, vond geen significant verschil in het aantal hoog-risico medicamenten. Beide interventies bevatten o.a. een medicatiebeoordeling, uitgevoerd door een apotheker. Bij een overkoepelende en afgestemde behandeling is één van de doelen het verminderen van het risico op farmacotherapie-gerelateerde problemen (FTP) door onbewuste medicatie-interacties. Hoog-risico medicijnen en medicatie-interacties kunnen nog steeds aanwezig zijn, maar het verschil is dat zowel patiënt als betrokken zorgprofessionals zich hiervan bewust zijn en in afstemming keuzes hierover hebben gemaakt. Voor alle patiënten met multimorbiditeit en medicijnen is het belangrijk om overkoepelend en in afstemming met betrokken zorgprofessionals bewuste keuzes te maken over al dan niet starten/stoppen/continueren van (chronische) medicatie.

Echter zal niet iedere patiënt met multimorbiditeit hoog-risico medicijnen of medicijnen die interacteren gebruiken, dus alleen bij de groep patiënten waar dit wel zo is, zullen mogelijk farmacotherapie-gerelateerde problemen voorkómen kunnen worden door een medicatiebeoordeling. Een systematische review van Huiskes (2017) beschrijft het effect van een medicatiebeoordeling in 31 studies in populaties met een gemiddelde leeftijd van 51,4 tot 87,0 jaar en vier tot veertien medicijnen. Overkoepelend trekt Huiskes (2017) de conclusie dat een medicatiebeoordeling met name effect heeft op farmacotherapie-gerelateerde problemen (FTP), en verandering in medicatie, aantal medicijnen en doseringen bewerkstelligt. Dit effect is logischerwijs waarschijnlijk alleen aanwezig voor patiënten die een bepaald aantal medicijnen gebruiken. Ook ander Nederlands onderzoek dat wordt geciteerd in de NVKG richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen beschrijft dat het aantal potentiële FTP's en het aantal gebruikte geneesmiddelen veelal afneemt door een medicatiebeoordeling. Ze concludeerden echter ook dat een jaarlijkse

medicatiebeoordeling bij de volledige populatie ouderen met chronische polyfarmacie (gebruik van 5 of meer geneesmiddelen) en 1 risicofactor voor FTP binnen het huidige zorgsysteem niet effectief en niet haalbaar is. Polyfarmacie hangt sterk samen met multimorbiditeit. (Huiskes, 2017) Een medicatiebeoordeling als onderdeel van een overkoepelende en afgestemde behandeling zou bij patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie effect kunnen hebben op farmacotherapie-gerelateerde problemen (FTP), en verandering in medicatie, aantal medicijnen en doseringen bewerkstelligen. Medicatiebeoordeling en de te verwachten effecten werden echter zeer weinig geïncorporeerd en geëvalueerd in de door ons gevonden studies. Bij de evaluatie van de opbrengst van een overkoepelende en afgestemde behandeling zouden deze onderdelen ook in kaart gebracht moeten worden om een volledig overzicht van de effectiviteit te krijgen.

Duidelijkheid over de rol van iedere behandeling en iedere behandelaar in het geheel

Voor niet alle patiënten is het altijd (volledig) duidelijk wat het doel is van ieder medicijn, iedere behandeling en iedere afspraak bij een zorgprofessional. (Pérez-Jover, 2018; Verhoeff, 2018) De behoefte aan informatie hierover verschilt tussen patiënten. (Van Dijk, 2016) Desalniettemin is deze informatie van groot belang wanneer een zorgprofessional samen met een patiënt met multimorbiditeit moet beslissen over aanpassen, starten, stoppen of continueren van behandelingen en afspraken. Ook kan overleg tussen zorgprofessionals over indicaties en prioriteiten van behandelingen in het licht van de actuele situatie en doelen van de patiënt leiden tot andere besluiten, zoals het uitstellen van (intensieve) behandelingen die op dat moment geen prioriteit hebben. (Invitational Medisch Specialisten)

Een overzicht van alle zorg, inclusief de indicaties voor betrokken zorgprofessionals, medicijnen en behandelingen, is de basis die nodig is om tot een overkoepelende en afgestemde behandeling te komen. Uit een overzicht zou duidelijk moeten worden (voor zowel patiënt als andere betrokken zorgverleners) wat de actuele problemen zijn van een patiënt, wat het doel en plan is ten aanzien van iedere behandeling en welke rol iedere behandelaar hierin speelt. Dit vormt bij patiënten met multimorbiditeit de basis voor het gesprek en samen beslissen. Samen beslissen is het model dat uitgaat van “het principe dat als patiënten goed geïnformeerd worden door artsen, en zelf actief betrokken worden bij de besluitvorming rond hun behandeling ze samen de best passende behandeloptie kiezen”. Echter, veel samen beslissen modellen richten zich namelijk vooral op technische mogelijkheden bij enkelvoudige aandoeningen. (van de Pol, 2017) Van de Pol (2017) beschreef naar aanleiding van hun Delphi-studie een dynamisch model voor samen beslissen bij oudere patiënten met multimorbiditeit. Dit dynamische model is volgens de werkgroep geschikt voor alle patiënten met multimorbiditeit.

Het model beschrijft de volgende stappen:

1. Voorbereiding
 - Is er eerder gesproken over een behandelbeleid?
 - Wat zijn alle actuele problemen?
2. Doelen bespreken
 - Welke rol nemen de patiënt, eventuele toehoorders en de arts bij de besluitvorming?
 - Wat zijn de waardes en doelen (inclusief niet strikt medische doelen) van de patiënt?
3. Keuze bespreken
 - Aangeven dat de patiënt meer dan één optie heeft en dat hij daar een stem in heeft.
4. Opties bespreken
 - voor- en nadelen en risico's van de opties;
 - verwachte uitkomsten van de opties;
 - de voorkeuren, behoeften en omstandigheden van de patiënt;
 - de mogelijke invloed van de opties op diens persoonlijke situatie.
5. Keuze maken

- Samen komen tot een beslissing over het te volgen beleid.

De laatste drie stappen komen overeen met de stappen zoals beschreven in het FMS Visiedocument Samen beslissen (2019). Echter, juist stap 1 en stap 2 waarbij de actuele problemen maar ook de waardes en doelen van een patiënt in kaart worden gebracht zijn zo belangrijk om te beoordelen of behandelingen aansluiten bij de individuele patiënt. Per ziekte of specialisme weet de individuele behandelaar wel wat het eigen plan is voor zijn/haar patiënt. Overkoepelend afstemmen en prioriteren van behandelingen bij patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis op basis van de patiënt's waardes en doelen is niet standaard belegd. Hierdoor blijven het overkoepelende behandelplan en eventuele niet strikte medische doelen vaak onduidelijk en is het niet altijd helder hoe ieders behandeling en betrokkenheid bijdragen aan het geheel. Duidelijkheid over de rol van iedere behandeling en iedere behandelaar in het geheel is daarom een belangrijke opbrengst van een overkoepelende en afgestemde behandeling.

Aanbevelingen

Overweeg, om een overkoepelende en afgestemde behandeling te bereiken bij patiënten met behoefte aan regieondersteuning, de volgende organisatorische interventie:

- het verbeteren of bevorderen van de interdisciplinaire aanpak (bijv. meer multidisciplinaire zorg/samenwerking).
- en/of
- het aanbieden van een meer patiëntgerichte aanpak (bijv. individueel behandelplan, holistisch assessment)

Zorg er bij een overkoepelende en afgestemde behandeling voor dat:

- Het duidelijk is welke haalbare doelen worden nagestreefd;
- Alle voor en tegens van de verschillende ingezette behandelingen (inclusief medicatie) zijn afgewogen in het licht van de doelen, voorkeuren, behoeften en omstandigheden van de patiënt (volgens het model van samen beslissen);
- Indien er potentiële interacties van ziektes, medicatie en/of leefstijladviezen zijn, duidelijk is welke dat zijn, deze zijn afgewogen en een helder besluit hierover is genomen;
- Er een duidelijk plan is voor de toekomstige, geplande zorg, inclusief reden (van bijvoorbeeld controle/follow-up of behandeling) en de nagestreefte doelen;
- Er onderlinge afstemming is geweest onder de diverse behandelaren.

N.B. De behandelaar die zorg draagt voor de overkoepelende en afgestemde behandeling neemt het voortouw in de afstemming van alle behandelingen, maar neemt niet standaard de inhoud van alle behandelingen over. Iedere betrokken behandelaar blijft verantwoordelijk voor zijn eigen deel en inhoud van de behandelingen en de afstemming daarover met andere behandelaren.²

Evalueer de effectiviteit van een overkoepelende en afgestemde behandeling niet alleen op basis van ziekte-gerelateerde uitkomstmaten, maar ook op basis van de verwachte opbrengst ten aanzien van:

- Patiënt- en zorgverlenerstevredenheid over de afstemming van de zorg;
- Gepaste zorgverbruik (bijv. door minder over-/onderbehandeling) en advance care planning;
- Verminderde kans op farmacotherapie-gerelateerde problemen en de verandering in medicatie, aantal medicijnen en doseringen;
- Duidelijkheid over de rol van iedere behandeling en iedere behandelaar in het geheel

² De werkgroep heeft bewust gekozen voor de term regieondersteuning (mede op basis van input vanuit patiënten(organisaties)) en de verschillende rollen en doelen die hierbij passend zijn. De juridische inpassing van regieondersteuning in het Nederlandse zorglandschap en de consequenties voor termen als 'hoofdbehandelaar' en 'regiebehandelaar' zal moeten volgen.

Kennislacunes

- Welke elementen van een organisatorische interventie hebben effect voor welke specifieke populatie patiënten met multimorbiditeit?
- Bij welke subgroepen van patiënten met multimorbiditeit kan verbetering van ziekte-specifieke uitkomstmaten worden bereikt en met welke (ziekte-gerichte) interventie?

Bijlagen bij uitgangsvraag 3

- Bijlage 16. Exclusietabel UV 3 Hoe bereik je een overkoepelende en afgestemde behandeling voor patiënten met multimorbiditeit die bij meerdere specialisten in het ziekenhuis komen?
- Bijlage 17. Zoekverantwoording UV 3 Hoe bereik je een overkoepelende en afgestemde behandeling voor patiënten met multimorbiditeit die bij meerdere specialisten in het ziekenhuis komen?
- Bijlage 18. Evidencietabel UV 3 Hoe bereik je een overkoepelende en afgestemde behandeling voor patiënten met multimorbiditeit die bij meerdere specialisten in het ziekenhuis komen?
- Bijlage 19. Overlap tussen inclusies reviews van Barnett (2016) en Smith (2016)

Algemene overwegingen en aanbevelingen

De noodzaak om de zorgorganisatie aan te passen aan de behoeftes van de patiënt met multimorbiditeit

De nationale en internationale cijfers ten aanzien van de vergrijzing en de prevalentie van multimorbiditeit laten een stijgende trend zien, één van de oorzaken waardoor het aantal patiënten met multimorbiditeit de komende jaren zal doorstijgen. De zorgorganisatie in het ziekenhuis is echter van oudsher hoofdzakelijk monodisciplinair ingericht. Zowel vanuit patiënten als zorgprofessionals komen signalen dat deze organisatiestructuur ontoereikend is om te voldoen aan de behoeftes van patiënten met multimorbiditeit en die van de zorgprofessionals. Ook medisch-specialistische richtlijnen bieden weinig houvast voor de individuele medisch specialist ten aanzien van afstemming van behandelingen bij een patiënt met multimorbiditeit. Het is duidelijk dat er verandering van de zorgorganisatie nodig is om in de toekomst goede zorg van hoge kwaliteit te leveren, die past bij de behoeftes van deze groeiende patiëntengroep.

In het ziekenhuis zullen niet alle patiënten met multimorbiditeit op ieder moment behoefte hebben aan ondersteuning vanuit het ziekenhuis bij het navigeren tussen de verschillende zorgprofessionals. Wanneer daar echter behoefte aan is, is er nu geen standaardhulp gerealiseerd waar deze patiëntenpopulatie op kan rekenen. Bij inventarisaties en gesprekken met medisch/verpleegkundig specialisten en patiënten kwamen verschillende belangrijke thema's naar voren. Thema's zoals de organisatie van multidisciplinaire zorg en samenwerking, de inhoud van de overkoepelende zorg voor patiënten met multimorbiditeit en de identificatie van de patiënt die ondersteuning nodig heeft. Maar ook het thema taak- en verantwoordelijkheidsverdeling verdient de aandacht volgens de ondervraagden. Dat afstemming en coördinatie van verschillende behandelingen door verschillende behandelaren in het ziekenhuis meestal nog niet standaard belegd is, werd herkend door zowel zorgprofessionals uit het ziekenhuis als patiënten(organisaties). Sommige medisch specialisten gaven bovendien aan dat zij ook niet specifiek opgeleid zijn om een patiënt overkoepelend te adviseren over behandelingen en te ondersteunen bij het realiseren hiervan. Er wordt dan ook met name een rol gezien voor medisch specialisten met generalistische competenties, zoals de internist en klinisch geriater maar ook voor andere zorgprofessionals in het ziekenhuis zoals verpleegkundig specialisten en ziekenhuisartsen.

De toekomstvisie voor de medisch-specialistische zorg kenmerkt zich door de focus op de patiënt centraal, samen beslissen en positieve gezondheid (FMS Visie 2025). De medisch specialist werkt in een netwerk van zorgprofessionals dat transmuraal rondom de patiënt georganiseerd is en waarin de patiënt centraal staat. Dit project, waarin een eerste stap is gezet om een werkwijze te beschrijven voor het versterken van de regie van patiënten met multimorbiditeit met meerdere behandelaars, beperkt zich tot het ziekenhuis. Gelijktijdig worden ook door andere zorgpartijen, zoals het NIVEL, eerste stappen gezet om proactieve, persoonsgerichte en gecoördineerde zorg door multidisciplinaire zorgprofessionals te stimuleren. (Rijken, 2016) Patiënten met multimorbiditeit hebben niet altijd complexe hulpvragen, zoals beschreven in het briefadvies "Hoor mij nou!" van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). (Kremer, 2020) De problemen van patiënten met multimorbiditeit bundelen zich binnen het medische domein, maar kunnen uitgroeien tot complexe zorgvragen op meerdere domeinen. Passende zorg voor patiënten met multimorbiditeit strekt zich over de lijnen heen, waarbij de samenwerkingsmogelijkheden, gefaciliteerd door de verschillende zorgorganisaties, de zorgprofessionals in staat stellen om zorg op maat te leveren op de plek die het meest bij de patiënt past.

Identificatie van de patiënt met multimorbiditeit die baat heeft bij regieondersteuning

De literatuur die geanalyseerd is om antwoord te geven op de vraag 'welke patiënt met multimorbiditeit in het ziekenhuis is gebaat bij regieondersteuning?' leverde slechts indirecte aanwijzingen op. Deze literatuur liet zien dat er een onafhankelijke associatie lijkt te bestaan tussen het aantal chronische ziektes en hoog zorgverbruik als uitkomstmaat.

Daarnaast leverde de literatuur van uitgangsvraag 2 ook nog verschillende andere patiënt-, socio-economische en zorgkarakteristieken, zoals onder andere leeftijd, dagelijks functioneren en kwetsbaarheid, op die mogelijk onafhankelijk geassocieerd zijn met hoog zorgverbruik en die als zodanig mogelijk ook beïnvloeden of een patiënt gebaat zou kunnen zijn bij regieondersteuning. De werkgroep denkt dat de behoefte een combinatie is van de complexiteit van de multimorbiditeit en de complexiteit van de patiënt (door overige patiëntgebonden factoren).

Als eerste stap om regieondersteuning in het ziekenhuis vorm te gaan geven is het van belang om de populatie(s) met multimorbiditeit in het desbetreffende ziekenhuis of op de desbetreffende poli in kaart te brengen, inclusief het zorgverbruik, de risicofactoren op ongewenste uitkomsten en de behoeftes van de patiënt. Om het nadenken over de organisatie van zorg richting te geven kan het helpen om hierbij onderscheid te maken tussen:

- Eén belangrijke ziekte met risicofactoren en/of milde complicaties (bijvoorbeeld diabetes mellitus met controles op retinopathie)
- Duidelijke indexziekte(s) met gerelateerde/concordante aandoeningen (concordante multimorbiditeit: metabool syndroom, hartfalen/COPD, oncologische aandoeningen)
- Geen duidelijke indexziekte of veel andere discordante aandoeningen naast gerelateerde/concordante aandoeningen (discordante multimorbiditeit: kwetsbare ouderen met hartfalen, visusstoornissen en cognitieve stoornissen, maar dit kunnen ook jongere patiënten zijn met verschillende niet gerelateerde chronische aandoeningen)

In de praktijk zullen patiënten vaak niet precies in één categorie vallen. Dit onderscheid kan echter gebruikt worden om specifieke groepen van patiënten met multimorbiditeit in een ziekenhuis te herkennen en na te denken op welke manier de zorg zou kunnen worden aangepast om bij de specifieke behoeftes en risico's van die populatie aan te sluiten, binnen de mogelijkheden en reeds bestaande organisatiestructuren in een ziekenhuis. De uitkomstmaten die men gebruikt om de zorg te evalueren kunnen ook afgestemd worden op deze specifieke behoeftes en risico's van de populatie.

Drie elementen voor regieondersteuning

Op basis van de elementen die in de literatuur zijn gevonden, de input van verschillende stakeholders zoals medisch specialisten en patiënten en de inventarisatie van de huidige stand van zaken, heeft de werkgroep drie elementen gedestilleerd die van belang zijn om als patiënt de regie te kunnen voeren over de eigen ziektes en zorg in het ziekenhuis: *een overkoepelende en afgestemde behandeling, een aanspreekpunt en organisatie en zelfmanagement*. Het overzicht over de (zorg)situatie van de patiënt staat centraal bij deze drie elementen en dient als doel en als (hulp)middel.



Figuur 5 Drie elementen van regieondersteuning, waarbij het overzicht over de (zorg)situatie van de patiënt centraal staat

Hoe kan ondersteuning van regie voor patiënten met multimorbiditeit worden gerealiseerd?

In de lokale zorgorganisatie

Populatie in kaart brengen en nadenken over organisatievorm

Om regieondersteuning te realiseren, zal er per situatie en populatie bekeken moeten worden in hoeverre de drie elementen aanwezig zijn en waar eventueel in ondersteund kan worden door het aanbieden van extra services. Zowel in de gevonden literatuur, als in de ingestuurde 'best practices' en input uit de enquête onder medisch en verpleegkundig specialisten herkende de werkgroep dat voor sommige specifieke populaties binnen sommige ziekenhuizen één of meerdere elementen van regieondersteuning reeds geregeld zijn.

Zoals bijvoorbeeld in de oncologie, waar een patiënt die een oncologische aandoening heeft vaak in een multidisciplinair overleg besproken wordt met verschillende medisch specialismen om gezamenlijk tot een overkoepelende en afgestemde behandeling te komen en bijvoorbeeld afgestemd wordt bij welk specialisme de focus van de behandeling nu ligt (afhankelijk van de keuze chemotherapie, operatie of bestraling). Er is vaak een oncologieverpleegkundige, die als aanspreekpunt fungeert, waar patiënten terecht kunnen voor vragen en die de patiënt soms intensief vervolgd tijdens het behandeltraject. Er zijn daarnaast ook verschillende mogelijkheden waarop de patiënt ondersteund kan worden waar nodig bij de organisatie en zelfmanagement tijdens het behandeltraject. Dit is **een voorbeeld van een organisatievorm vanuit één (index)-ziekte**.

Een ander voorbeeld is een dyspneu-polikliniek, waarbij de longarts en cardioloog samenwerken bij klachten van dyspneu. Zij werken samen om een gezamenlijk snel tot de juiste diagnose en een overkoepelende en afgestemde behandeling te komen. De andere twee elementen van regieondersteuning komen hier nog minder duidelijk in naar voren. Dit is **een voorbeeld van een organisatievorm rondom concordante multimorbiditeit**.

Als laatste kan ook de in veel ziekenhuizen aanwezig zijnde geriatrie-polikliniek gezien worden als een voorbeeld waarin de overkoepelende en afgestemde behandeling door middel van het Comprehensive Geriatric Assessment de basis is van de zorg die daar geleverd wordt. Ook bij deze vorm zijn de andere twee elementen van regieondersteuning niet altijd standaard onderdeel van de geboden zorg. Dit is een **voorbeeld van een organisatievorm rondom discordante multimorbiditeit**.

In veel lokale zorgorganisaties voldoen de reguliere overlegstructuren om afstemming te bereiken voor patiënten met één (index)-ziekte/hoofdprobleem en/of meerdere eenvoudige problemen waarbij verschillende medisch specialisten betrokken zijn. Het zwaartepunt van de zorg ligt in de eerste lijn, de huisarts fungeert als overkoepelend aanspreekpunt vanuit de eerste lijn en bij problemen is de individuele medisch specialist of de behandelaar van het hoofdprobleem het aanspreekpunt binnen het ziekenhuis. In **Figuur 6** staat dit schematisch (in de groene onderdelen) weergegeven. In het schema van **Figuur 6** zijn ook andere soorten multimorbiditeit opgenomen, uitgesplitst op basis van complexiteit zoals eerder toegelicht. Het advies van de werkgroep met betrekking tot de organisatie van afstemming van zorg en een aanspreekpunt in het ziekenhuis is ook opgenomen in het figuur. De klinische geriatrie/interne ouderengeneeskunde is opgenomen als huidige praktijk voor de populatie kwetsbare ouderen met multimorbiditeit met meerdere discordante/niet-gerelateerde problemen. Wat zichtbaar wordt in het figuur, is dat er voor een deel van de patiënten met meer complexe multimorbiditeit momenteel geen 'huidige praktijk' voor afstemming en aanspreekpunt is (er zijn wel enkele voorbeelden uit ziekenhuizen opgenomen).

De werkgroep adviseert om in de lokale zorgorganisatie te starten met het in kaart brengen welke specifieke populaties met multimorbiditeit vóórkomen. Start bij voorkeur met de hoog risicogroepen, zoals patiënten met discordante multimorbiditeit en/of veel ziekenhuisbezoeken (poliklinisch/ziekenhuisopnames/spoedeisende hulpbezoeken). Door daarna na te denken over hoe de drie elementen voor regieondersteuning gefaciliteerd worden en welke rol ieder teamlid daarin speelt, kan geïdentificeerd worden welke elementen nog missen of onvoldoende duidelijk aanwezig zijn. De werkgroep denkt dat het van belang is dat goede initiatieven rondom de organisatie van zorg voor deze specifieke populaties gedeeld worden, bijvoorbeeld door middel van een landelijk platform.

	Doel behandeling	Organisatie afstemming advies voorbeeld		Aanspreekpunt ziekenhuis advies voorbeeld	
Multimorbiditeit hoofdzakelijk behandeld in de eerste lijn met één eenvoudige hulpvraag in het ziekenhuis en één medisch specialist	- Rekening houden met multimorbiditeit en functionele beperkingen	Monodisciplinair	Huidige praktijk voor alle medisch specialisten	Individuele medisch specialist	Huidige praktijk voor alle medisch specialisten
Multimorbiditeit hoofdzakelijk behandeld in de eerste lijn met meerdere eenvoudige hulpvragen in het ziekenhuis en meerdere medisch specialisten	- Rekening houden met multimorbiditeit en functionele beperkingen - Multidisciplinaire afstemming ziekenhuiszorg	Via monodisciplinaire overlegstructuren	Huidige praktijk voor alle medisch specialisten	Individuele medisch specialist	Huidige praktijk voor alle medisch specialisten
Multimorbiditeit hoofdzakelijk behandeld in eerste lijn met 1 hoofdprobleem in het ziekenhuis en meerdere eenvoudige hulpvragen en meerdere medisch specialisten	- Rekening houden met multimorbiditeit en functionele beperkingen - Multidisciplinaire afstemming ziekenhuiszorg	Multidisciplinair overleg van behandelaar hoofdprobleem en evt. betrokkenheid generalist	Huidige praktijk voor oncologie / zeldzame ziektes / operatie bij (kwetsbare) ouderen	Overkoepelend aanspreekpunt vanuit behandelaar hoofdprobleem	Verpleegkundige/VS (oncologie/zeldzame ziektes)
Multimorbiditeit met meerdere, concordante/gerelateerde hoofdproblemen in het ziekenhuis en meerdere medisch specialisten	- Rekening houden met multimorbiditeit en functionele beperkingen - Geïntegreerde behandeling gerelateerde problemen	Multidisciplinaire samenwerkingsvormen en evt. betrokkenheid generalist	<u>Voorbeelden uit enkele ziekenhuizen</u> dyspneu polikliniek; cardiorenaal overleg; nefrogeriatrie; centrum met vaat-/thoraxchirurgie/cardio-logie; revalidatiearts bij NAH/spierziekten	Overkoepelend aanspreekpunt	?
Multimorbiditeit met 1 hoofdprobleem of meerdere, concordante/gerelateerde hoofdproblemen in het ziekenhuis én discordante/niet-gerelateerde problemen en meerdere medisch specialisten	- Geïntegreerde behandeling gerelateerde problemen - Generalistische behandeling multimorbiditeit	Multidisciplinaire samenwerkingsvormen met betrokkenheid generalist	<u>Voorbeelden uit enkele ziekenhuizen</u> reumatologie/interne ouderengeneeskunde polikliniek;	Overkoepelend aanspreekpunt	?
Multimorbiditeit met meerdere discordante/niet-gerelateerde problemen in het ziekenhuis en meerdere specialisten	- Generalistische behandeling multimorbiditeit	Behandeling generalist	Huidige praktijk geriatrie/int. ouderengeneeskunde voor kwetsbare ouderen <u>Voorbeeld uit een ziekenhuis:</u> Begeleiding complexe patiënt vanuit interne	Overkoepelend aanspreekpunt	<u>Voorbeeld uit een ziekenhuis:</u> Begeleiding complexe patiënt vanuit interne geneeskunde

Figuur 6 Schematische weergave van verschillende populaties die onderscheiden kunnen worden o.b.v. de complexiteit van multimorbiditeit en de bijbehorende adviezen van de werkgroep en voorbeelden ten aanzien van de organisatie van de afstemming van de zorg en het aanspreekpunt in het ziekenhuis. Voor de groen gekleurde populaties patiënten met multimorbiditeit is de organisatie van afstemming en het aanspreekpunt reeds huidige praktijk, maar voor de geel tot rode populaties is uitsluitend voor de kwetsbare ouderen (die bij de klinisch geriater terecht kan) de afstemming van de zorg huidige praktijk. Voor de overige patiënten uit de geel tot rode populaties zijn er slechts voorbeelden uit enkele ziekenhuizen.

Het faciliteren van de drie elementen van regieondersteuning

Na het in kaart brengen van de specifieke populatie met multimorbiditeit in het desbetreffende ziekenhuis of op de desbetreffende poli, inclusief het zorgverbruik, de risicofactoren op ongewenste uitkomsten en de behoeftes van de patiënt, kan nagedacht worden op welke manier de drie elementen van regieondersteuning gefaciliteerd worden. De behoefte aan regieondersteuning kan per individuele patiënt verschillen, dus in de praktijk hoeft mogelijk niet bij iedere patiënt ieder element ondersteund te worden. Indien men tot de conclusie komt dat één of meerdere elementen beter gefaciliteerd kan/kunnen worden, kan worden nagedacht over vernieuwingen of aanpassingen en welke rol ieder teamlid daarin speelt.

Om een overkoepelende en afgestemde behandeling voor patiënten met multimorbiditeit die bij meerdere specialisten in het ziekenhuis komen te bereiken, kan volgens de werkgroep ingezet worden op het verbeteren van interdisciplinaire aanpak, door meer multidisciplinaire zorg/samenwerking en een patiëntgerichte aanpak, door bijvoorbeeld een holistisch assessment te doen en/of een individueel zorgplan op te stellen. Daarbij is het van belang om het effect van de veranderingen te meten en goed na te denken welke (eerder gedefinieerde) specifieke risico's op ongewenste uitkomsten men wenst te verkleinen. De werkgroep adviseert hierbij om niet alleen ziekte-gebonden uitkomstmaten zoals kwaliteit van leven of dagelijks functioneren te meten, maar ook te evalueren wat de veranderingen opleveren ten aanzien van de zorg (verandering in aantal betrokken specialisten, verandering aantal medicatie(interacties), duidelijk plan voor follow-up) en de tevredenheid van patiënt, naaste(n) en arts hierover.

Voor het realiseren van een aanspreekpunt en ondersteuning van organisatie en zelfmanagement heeft de werkgroep geen uitgangsvragen geformuleerd en uitgewerkt. Zowel patiënten als medisch specialisten/verpleegkundig specialisten gaven aan dat er patiënten met multimorbiditeit zijn met behoefte aan een aanspreekpunt binnen het ziekenhuis. In de voorbeelden uit de praktijk zien we ook dat voor sommige populaties een aanspreekpunt reeds geregeld is, maar voor andere patiëntengroepen is meestal niet gerealiseerd. De werkgroep is van mening dat voor sommige populaties van patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis een aanspreekpunt van meerwaarde kan zijn wanneer daar behoefte aan is. Er zullen wellicht ook patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis zijn voor wie het voldoende is wanneer de huisarts het eerste aanspreekpunt blijft. Dit geldt mogelijk ook voor de ondersteuning bij de organisatie en zelfmanagement. Het expliciteren van wie deze rol vervult voor de individuele patiënt is de eerste stap. Er zou in vervolprojecten en/of wetenschappelijke onderzoeken verder uitgezocht en uitgewerkt kunnen worden bij welke specifieke kenmerken van de populatie deze elementen van regieondersteuning van meerwaarde kunnen zijn.

In de eigen specifieke populatie

Iedere vakgroep kan nagaan in hoeverre de zorg die door hem/haar/hen geleverd wordt, tegemoet komt aan de specifieke behoeftes van patiënten met multimorbiditeit ten aanzien van ondersteuning van regie. Op basis van de inzichten in dit project, adviseert de werkgroep iedere medisch specialist om voor zijn/haar populatie patiënten met multimorbiditeit na te gaan hoe de drie elementen van regieondersteuning gewaarborgd zijn. Dit kan door de volgende vier vragen te beantwoorden:

- Heb ik voldoende overzicht over de problematiek van mijn patiënt, zijn hulpvragen en de betrokken zorgverleners?
- Is er iemand die voor mijn patiënt zorg draagt voor een duidelijke overkoepelende en afgestemde behandeling vanuit het ziekenhuis?

Indien dit niet duidelijk is, ga na bij patiënt, huisartsen en/of andere betrokken medisch specialisten of er behoefte is aan ondersteuning bij het verkrijgen van een overkoepelende en afgestemde behandeling en wie de meest geschikte zorgverlener is hiervoor

- Is er een aanspreekpunt voor vragen over en monitoren van de overkoepelende en afgestemde behandeling vanuit het ziekenhuis nodig, of heeft de huisarts hiervoor reeds voldoende informatie en ondersteuning?
- Is mijn patiënt voldoende op de hoogte van zijn ziektes en behandelplan en kan mijn patiënt de gehele organisatie en zelfmanagement zelf oppakken of is hierbij ondersteuning gewenst?

Randvoorwaarden voor het realiseren van regieondersteuning vanuit het ziekenhuis

Om regieondersteuning te realiseren vanuit het ziekenhuis, zal kritisch gekeken moeten worden naar de randvoorwaarden. Het overzicht over alle zorg, betrokken zorgverleners en actuele medicatie is hierbij een belangrijk middel, waarbij ook het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), ICT en de Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) een belangrijke faciliterende en ondersteunende rol kunnen spelen. Daarnaast is het belangrijk dat er duidelijkheid komt over de inhoud van de zorg en de benodigde competenties van de betrokken zorgverleners. Ook zal deze zorg gefaciliteerd moeten worden door de juiste inrichting, samenwerking en afspraken over de verantwoordelijkheden van een medisch specialist of afdeling die regieondersteuning op zich neemt zijn allen genoemd door medisch specialisten als belangrijke randvoorwaarden.

Voor zowel de patiënt als de betrokken zorgverleners is een zorgoverzicht essentieel, met actuele informatie over ziektes, zorgverleners en medicatie/behandelingen. Informatie-documentatie in het EPD is vaak net zo gefragmenteerd en monodisciplinair als de zorgorganisatie zelf. Daarom adviseert de werkgroep in te zetten op een overkoepelend overzicht, inzichtelijk voor alle betrokken zorgverleners én de patiënt en zijn/haar naasten. Ook het reeds bekende, vaak aangekaarte knelpunt ten aanzien van ICT en het EPD, de gebrekkige gegevensuitwisseling binnen en tussen zorginstellingen, zal aangepakt moeten worden als men met een real-time zorgoverzicht wil werken. Maar gegevensuitwisseling en informatie van alle zorgprofessionals kunnen inzien is één essentieel onderdeel van een integraal en up-to-date zorgoverzicht. Een andere belangrijk aandachtspunt is dat een overzicht niet vanzelf ontstaat wanneer iedere betrokken zorgverlener zijn eigen deel van de behandeling voor zichzelf noteert. Er zal dus ook innovatie van dossiervoering en EPD-inrichting nodig zijn om een toekomstbestendig zorgoverzicht te bewerkstelligen. De werkgroep heeft als eerste opzet de minimale onderdelen van een zorgoverzicht binnen het ziekenhuis opgenomen in het plan voor de start implementatie.

De werkgroep adviseert om in vervolgprojecten de inhoud van de zorg voor patiënten met multimorbiditeit verder uit te werken om helder te maken wat specifieke aandachtspunten zijn bij de zorg voor deze patiënten. Hierbij kan worden gedacht aan handvatten voor de individuele specialist bij het opstellen van een behandelplan bij patiënten met multimorbiditeit, verdieping hoe je als multidisciplinair werkend team binnen een ziekenhuis een multidisciplinaire beoordeling bewerkstelligd en wat aandachtspunten hierbij zijn of bijvoorbeeld het ontwikkelen van keuzehulpen die geschikt zijn voor gebruik bij patiënten met multimorbiditeit. Uit de inhoud van deze vervolgprojecten volgen ook de specifieke competenties en vaardigheden die zorgprofessionals nodig hebben om deze zorg te kunnen leveren en welke aanvullende scholing eventueel nodig zal zijn. De invulling van dit soort vervolgprojecten viel buiten de scope van dit project.

Daarnaast is één van de belangrijkste randvoorwaarden die medisch specialisten herhaaldelijk noemden het faciliteren van deze zorg, en dan met name door middel van tijd. Afstemmen van behandelingen met collega's vraagt extra tijdsinvestering naast de consulttijd met de patiënt, maar dit is momenteel niet standaard gerealiseerd. Om lokale zorgorganisaties en medisch specialisten te ondersteunen bij het realiseren van regieondersteuning voor hun patiënten, zal er in vervolgprojecten aandacht moeten zijn voor het faciliteren van regieondersteuning. Dat betekent ook dat er duidelijke afspraken over samenwerking met en de verantwoordelijkheden van een

medisch specialist of afdeling die regieondersteuning op zich neemt. Daarbij zal specifiek aandacht moeten zijn voor de tijd die er nodig is om af te stemmen met elkaar. De werkgroep adviseert om naar aanleiding van dit project met alle belanghebbenden/zorgpartijen in het Nederlandse zorglandschap in gesprek te gaan over het faciliteren van regieondersteuning, met specifieke aandacht voor de tijd die afstemming en samenwerking vragen.

Algemene aanbevelingen

In de lokale zorgorganisatie:

Inventariseer welke specifieke populaties van patiënten met multimorbiditeit het ziekenhuis/de polikliniek bezoeken en welke specifieke risico's deze patiënten ten aanzien van gebrek aan regieondersteuning, hun ziektes en zorg lopen. Zie voor risicofactoren uitgangsvraag 2. Denk na over hoe de drie elementen voor regieondersteuning (*overkoepelende en afgestemde behandeling, aanspreekpunt en organisatie en zelfmanagement*) gefaciliteerd worden in uw ziekenhuis en welke rol ieder teamlid daarin speelt.

Ga binnen de eigen organisatie in gesprek over het verbeteren van interdisciplinaire aanpak en/of een patiëntgerichte aanpak om een overkoepelende en afgestemde behandeling te bereiken. Kijk voor inspiratie naar reeds bestaande organisatievormen rondom concordante en discordante multimorbiditeit in het ziekenhuis en deel goede initiatieven

Meet het effect van veranderingen niet alleen met ziekte-gebonden uitkomstmaten zoals kwaliteit van leven of dagelijks functioneren, maar evalueer ook wat de veranderingen opleveren ten aanzien van de zorg (verandering in aantal betrokken specialisten, verandering aantal medicatie(interacties), duidelijk plan voor follow-up) en de ervaringen van patiënt en/of naaste(n) met de afstemming hierover.

In de eigen specifieke populatie:

Denk na wie er bij uw patiënt zorg draagt voor een duidelijke overkoepelende en afgestemde behandeling vanuit het ziekenhuis. Ga na bij patiënten, huisartsen en/of andere betrokken medisch specialisten of er behoefte is aan ondersteuning bij het verkrijgen van een overkoepelende en afgestemde behandeling en wie de meest geschikte zorgverlener is hiervoor.

Denk na of een aanspreekpunt nodig is voor vragen over en monitoren van de overkoepelende en afgestemde behandeling vanuit het ziekenhuis, of dat de huisarts hiervoor reeds voldoende informatie en ondersteuning heeft.

Denk na of patiënten zelf de gehele organisatie en zelfmanagement kunnen oppakken, of dat hierbij ondersteuning gewenst is.

Ten aanzien van de randvoorwaarden:

Ga binnen uw zorgorganisatie in gesprek over innovatie van dossiervoering, EPD- en PGO-inrichting, om een integraal en up-to-date zorgoverzicht van betrokken specialisten, actuele medicatie en behandelingen en indicaties te realiseren dat ingezien kan worden door zowel patiënt als betrokken zorgprofessionals.

Werk in nieuwe kwaliteitsdocumenten (zoals leidraden en protocollen) de inhoud van de zorg voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis verder uit om helder te maken wat specifieke aandachtspunten zijn bij de zorg voor deze patiënten.

Ga naar aanleiding van dit project met belanghebbenden/zorgpartijen in uw ziekenhuis, uw regio en/of het Nederlandse zorglandschap in gesprek over het faciliteren van regieondersteuning voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis, met specifieke aandacht voor de tijd die afstemming en samenwerking vragen.

Overzicht aanbevelingen

1. Wat is de huidige stand van zaken omtrent zorgorganisatie en regie voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis?

Heb aandacht voor het bestaan van multimorbiditeit bij het opstellen van ziekenhuisprotocollen en bij deelname aan een werkgroep voor ziekte-specifieke medisch-specialistische richtlijnen. Geef concrete aanbevelingen rondom aanpassing en afstemming van behandeling bij patiënten met multimorbiditeit met meerdere behandelaars in het ziekenhuis. Denk hierbij onder andere aan:

- Geneesmiddeleninteracties;
- Drug-disease interacties;
- Behandellast;
- Draagkracht van een patiënt;
- Prognose (resterende levensverwachting, functionele status, jaren die met beperkingen worden doorgebracht, kwaliteit van leven);
- Waarden en voorkeuren van patiënten.

Gebruik hiervoor het addendum 'Methodiek op Ouderen afgestemde Richtlijnontwikkeling' bij Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0'.

Maak Nederlandse discipline-overstijgende kwaliteitsdocumenten die medisch specialisten handvatten geven om een overkoepelende en afgestemde behandeling te bereiken met adviezen voor de individuele zorgverlener en adviezen gericht op de afstemming en samenwerking onderling

Organiseer de regie van de patiënt met multimorbiditeit in het ziekenhuis met aandacht voor de drie belangrijkste elementen* voor regieondersteuning:

- een overkoepelende en afgestemde behandeling
- een overkoepelend aanspreekpunt
- organisatie en zelfmanagement

Ga in overleg met uw organisatie/zorgverzekeraar over het faciliteren en formaliseren van coördinatie en afstemming voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis. Maak een platform waar reeds geïmplementeerde voorbeelden uit Nederlandse ziekenhuizen en internationale voorbeelden gevonden en gedeeld kunnen worden.

2. Welke patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis zijn gebaat bij regieondersteuning?

Overweeg regieondersteuning aan te bieden bij patiënten met (een combinatie van):

Medische complexiteit door:

- een hoger aantal chronische ziektes (en/of veel betrokken medisch specialisten en/of polyfarmacie en/of zorg door verschillende ziekenhuizen);
- discordante multimorbiditeit;
- hoge zorgconsumptie;

EN

Complexiteit van de patiënt door overige patiëntgebonden factoren zoals:

- lagere gezondheidsvaardigheden
- hogere leeftijd
- functionele beperkingen
- kwetsbaarheid
- afwezig steunsysteem
- cognitieve stoornissen

Hoe meer risicofactoren, hoe sterker de behoefte aan regieondersteuning zou kunnen zijn.

3. Hoe bereik je een overkoepelende en afgestemde behandeling voor patiënten met multimorbiditeit die bij meerdere specialisten in het ziekenhuis komen?

Overweeg, om een overkoepelende en afgestemde behandeling te bereiken bij patiënten met behoefte aan regieondersteuning, de volgende organisatorische interventie:

- het verbeteren of bevorderen van de interdisciplinaire aanpak (bijv. meer multidisciplinaire zorg/samenwerking).
- en/of
- het aanbieden van een meer patiëntgerichte aanpak (bijv. individueel behandelplan, holistisch assessment)

Zorg er bij een overkoepelende en afgestemde behandeling voor dat:

- Het duidelijk is welke haalbare doelen worden nagestreefd;
- Alle voor en tegens van de verschillende ingezette behandelingen (inclusief medicatie) zijn afgewogen in het licht van de doelen, voorkeuren, behoeften en omstandigheden van de patiënt (volgens het model van samen beslissen);
- Indien er potentiële interacties van ziektes, medicatie en/of leefstijladviezen zijn, duidelijk is welke dat zijn, deze zijn afgewogen en een helder besluit hierover is genomen;
- Er een duidelijk plan is voor de toekomstige, geplande zorg, inclusief reden (van bijvoorbeeld controle/follow-up of behandeling) en de nagestreefte doelen;
- Er onderlinge afstemming is geweest onder de diverse behandelaren.

N.B. De behandelaar die zorg draagt voor de overkoepelende en afgestemde behandeling neemt het voortouw in de afstemming van alle behandelingen, maar neemt niet standaard de inhoud van alle behandelingen over. Iedere betrokken behandelaar blijft verantwoordelijk voor zijn eigen deel en inhoud van de behandelingen en de afstemming daarover met andere behandelaren.³

Evalueer de effectiviteit van een overkoepelende en afgestemde behandeling niet alleen op basis van ziekte-gerelateerde uitkomstmaten, maar ook op basis van de verwachte opbrengst ten aanzien van:

- Patiënt- en zorgverlenerstevredenheid over de afstemming van de zorg;
- Gepasterd zorgverbruik (bijv. door minder over-/onderbehandeling) en advance care planning;
- Verminderde kans op farmacotherapie-gerelateerde problemen en de verandering in medicatie, aantal medicijnen en doseringen;
- Duidelijkheid over de rol van iedere behandeling en iedere behandelaar in het geheel

³ De werkgroep heeft bewust gekozen voor de term regieondersteuning (mede op basis van input vanuit patiënten(organisaties)) en de verschillende rollen en doelen die hierbij passend zijn. De juridische inpassing van regieondersteuning in het Nederlandse zorglandschap en de consequenties voor termen als 'hoofdbehandelaar' en 'regiebehandelaar' zal moeten volgen.

Algemene overwegingen en aanbevelingen

In de lokale zorgorganisatie:

Inventariseer welke specifieke populaties van patiënten met multimorbiditeit het ziekenhuis/de polikliniek bezoeken en welke specifieke risico's deze patiënten ten aanzien van gebrek aan regieondersteuning, hun ziektes en zorg lopen. Zie voor risicofactoren uitgangsvraag 2. Denk na over hoe de drie elementen voor regieondersteuning (*overkoepelende en afgestemde behandeling, aanspreekpunt en organisatie en zelfmanagement*) gefaciliteerd worden in uw ziekenhuis en welke rol ieder teamlid daarin speelt.

Ga binnen de eigen organisatie in gesprek over het verbeteren van interdisciplinaire aanpak en/of een patiëntgerichte aanpak om een overkoepelende en afgestemde behandeling te bereiken. Kijk voor inspiratie naar reeds bestaande organisatievormen rondom concordante en discordante multimorbiditeit in het ziekenhuis en deel goede initiatieven

Meet het effect van veranderingen niet alleen met ziekte-gebonden uitkomstmaten zoals kwaliteit van leven of dagelijks functioneren, maar evalueer ook wat de veranderingen opleveren ten aanzien van de zorg (verandering in aantal betrokken specialisten, verandering aantal medicatie(interacties), duidelijk plan voor follow-up) en de ervaringen van patiënt en/of naaste(n) met de afstemming hierover.

In de eigen specifieke populatie:

Denk na wie er bij uw patiënt zorg draagt voor een duidelijke overkoepelende en afgestemde behandeling vanuit het ziekenhuis. Ga na bij patiënten, huisartsen en/of andere betrokken medisch specialisten of er behoefte is aan ondersteuning bij het verkrijgen van een overkoepelende en afgestemde behandeling en wie de meest geschikte zorgverlener is hiervoor.

Denk na of een aanspreekpunt nodig is voor vragen over en monitoren van de overkoepelende en afgestemde behandeling vanuit het ziekenhuis, of dat de huisarts hiervoor reeds voldoende informatie en ondersteuning heeft.

Denk na of patiënten zelf de gehele organisatie en zelfmanagement kunnen oppakken, of dat hierbij ondersteuning gewenst is.

Ten aanzien van de randvoorwaarden:

Ga binnen uw zorgorganisatie in gesprek over innovatie van dossiervoering, EPD- en PGO-inrichting, om een integraal en up-to-date zorgoverzicht van betrokken specialisten, actuele medicatie en behandelingen en indicaties te realiseren dat ingezien kan worden door zowel patiënt als betrokken zorgprofessionals.

Werk in nieuwe kwaliteitsdocumenten (zoals leidraden en protocollen) de inhoud van de zorg voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis verder uit om helder te maken wat specifieke aandachtspunten zijn bij de zorg voor deze patiënten.

Ga naar aanleiding van dit project met belanghebbenden/zorgpartijen in uw ziekenhuis, uw regio en/of het Nederlandse zorglandschap in gesprek over het faciliteren van regieondersteuning voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis, met specifieke aandacht voor de tijd die afstemming en samenwerking vragen.

Referenties

Referenties Inleiding

- Brink, C. (2013). *Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid: De begrippen ontward*. Movisie. <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Kennisdossier%205%20Zelfregie%20eigen%20kracht%20zelfredzaamheid%20en%20eigen%20verantwoordelijkheid%20%5BMOV-1421737-0.1%5D.pdf>
- Heijmans, M. J. W. M., Rijken, P. M., Schellevis, F. G., & van den Bos, G. A. M. (2003). *Meer dan een ziekte*. NIVEL. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/pdf/meer-dan-een-ziekte.pdf>
- Heijmans, M., Waverijn, G., & van Houtum, L. (2014). *Zelfmanagement, wat betekent het voor de patiënt?* NIVEL. https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Zelfmanagement_wat_betekent_het_voor_het_patient.pdf
- NIVEL. (2017). *NIVEL Zorgregistraties eerste lijn: chronische ziekten en multimorbiditeit*. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. www.zorggegevens.nl
- Nolte, E., Knai, C., Hofmarcher, M., Conklin, A., Erler, A., Elissen, A., Flamm, M., Fullerton, B., Sönnichsen, A., & Vrijhoef, H. J. M. (2012). Overcoming fragmentation in health care: Chronic care in Austria, Germany and the Netherlands. *Health Economics, Policy and Law*, 7(1), 125–146. <https://doi.org/10.1017/S1744133111000338>
- Sinnott, C., Mc Hugh, S., Browne, J., & Bradley, C. (2013). GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: Systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open*, 3(9), e003610. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003610>
- Valderas, J. M., Gangannagaripalli, J., Nolte, E., Boyd, C., Roland, M., Sarria-Santamera, A., Jones, E., & Rijken, M. (2019). Quality of care assessment for people with multimorbidity. *Journal of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1111/joim.12881>
- Van Dale. (z.d.). <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/regie#.Xz04NOgzblU>
- van der Aa, M., van den Broeke, J., Stronks, K., & Plochg, T. (2017). Patients with multimorbidity and their experiences with the healthcare process: A scoping review. *Journal of Comorbidity*, 7(1), 11–21. <https://doi.org/10.15256/joc.2017.7.97>
- Verhoeff, M., van der Zaag, H. J., Vermeeren, Y., & van Munster, B. C. (2018). Secondary care experiences of patients with multiple chronic conditions. *The Netherlands Journal of Medicine*, 76(9), 397–406.
- Wallace, E., Salisbury, C., Guthrie, B., Lewis, C., Fahey, T., & Smith, S. M. (2015). Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*, 350(jan20 2), h176–h176. <https://doi.org/10.1136/bmj.h176>
- World Health Organization (WHO). (2016). *Integrated care models: An overview*. Health Services Delivery Programme, Division of Health Systems and Public Health. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf

Referenties Hoofdstuk 1

- American Geriatrics Society (AGS) Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. (2012). Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), E1–E25.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04188.x>
- Barnett, N. et al. (2016). *Multimorbidity: Clinical assessment and management NICE guideline [NG56]*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56/evidence/full-guideline-pdf-2615543103>
- Buffel du Vaure, C., Ravaud, P., Baron, G., Barnes, C., Gilberg, S., & Boutron, I. (2016). Potential workload in applying clinical practice guidelines for patients with chronic conditions and multimorbidity: A systematic analysis. *BMJ Open*, 6(3), e010119.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010119>
- Guthrie, B., & Boyd, C. M. (2018). Clinical Guidelines in the Context of Aging and Multimorbidity. *Public Policy & Aging Report*, 28(4), 143–149. <https://doi.org/10.1093/ppar/pty038>
- Heijmans, M., Waverijn, G., & van Houtum, L. (2014). *Zelfmanagement, wat betekent het voor de patiënt?* NIVEL.
https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Zelfmanagement_wat_betekent_het_voor_het_patient.pdf
- Huiskes, V. J. B., Burger, D. M., van den Ende, C. H. M., & van den Bemt, B. J. F. (2017). Effectiveness of medication review: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Family Practice*, 18(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0577-x>
- Nelson, M., Grudniewicz, A., & Albadry, S. (2016). Applying Clinical Practice Guidelines to the Complex Patient: Insights for Practice and Policy from Stroke Rehabilitation. *Healthcare Quarterly*, 19(2), 38–43. <https://doi.org/10.12927/hcq.2016.24697>
- NIV, & NVKG. (2015). *Methodiek op Ouderen afgestemde Richtlijnontwikkeling' bij Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0*.
<https://www.internisten.nl/sites/internisten.nl/files/Addendum%20Methodiek%20op%20Ouderen%20afgestemde%20Richtlijnontwikkeling.pdf>
- Schäfer, W., van den Berg, M., & Groenewegen, P. (2016). De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief. *Huisarts en wetenschap*, 59(3), 94–101.
<https://doi.org/10.1007/s12445-016-0065-5>
- Scherer, M., Wagner, H. O., Lüthmann, D., Mucher-Borowski, C., Schäfer, I., Dubben, H. H., Hansen, H., Thiesemann, R., Renteln, von-Kruse, W., Hofman, W., Fessler, J., & Van Den Bussche, H. (2017). *Multimorbidität. S3-Leitlinie*. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbiditaet/053-047I_%20Multimorbiditaet_redakt_24-1-18.pdf
- 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*, 2016(3).
<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L609158095>
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006560.pub3>

Referenties Hoofdstuk 2

- Abernathy, K., Zhang, J., Mauldin, P., Moran, W., Abernathy, M., Brownfield, E., & Davis, K. (2016). Acute Care Utilization in Patients With Concurrent Mental Health and Complex Chronic Medical Conditions. *Journal of Primary Care & Community Health*, 7(4), 226–233.
<https://doi.org/10.1177/2150131916656155>
- Agborsangaya, C. B., Lau, D., Lahtinen, M., Cooke, T., & Johnson, J. A. (2013). Health-related quality of life and healthcare utilization in multimorbidity: Results of a cross-sectional survey. *Quality of Life Research*, 22(4), 791–799. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0214-7>
- Bazargan, M., Smith, J. L., Cobb, S., Barkley, L., Wisseh, C., Ngula, E., Thomas, R. J., & Assari, S. (2019). Emergency Department Utilization among Underserved African American Older Adults in South Los Angeles. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7).
<https://doi.org/10.3390/ijerph16071175>
- Bock, J. O., Lupp, M., Brettschneider, C., Riedel-Heller, S., Bickel, H., Fuchs, A., Gensichen, J., Maier, W., Mergenthal, K., Schäfer, I., Schön, G., Weyerer, S., Wiese, B., Van Den Bussche, H., Scherer, M., & König, H. H. (2014). Impact of depression on health care utilization and costs among multimorbid patients—Results from the multicare cohort study. *PLoS ONE*, 9(3).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091973>
- Cunningham, A., Mautner, D., Ku, B., Scott, K., & LaNoue, M. (2017). Frequent emergency department visitors are frequent primary care visitors and report unmet primary care needs. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(3), 567–573. <https://doi.org/10.1111/jep.12672>
- Ensrud, K. E., Lui, L. Y., Langsetmo, L., Vo, T. N., Taylor, B. C., Cawthon, P. M., Kilgore, M. L., McCulloch, C. E., Cauley, J. A., Stefanick, M. L., Yaffe, K., Orwoll, E. S., Schousboe, J. T., & Osteoporotic Fractures in Men Study, G. (2018). Effects of Mobility and Multimorbidity on Inpatient and Postacute Health Care Utilization. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 73(10), 1343–1349. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx128>
- Glynn, L. G., Valderas, J. M., Healy, P., Burke, E., Newell, J., Gillespie, P., & Murphy, A. W. (2011). The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Family Practice*, 28(5), 516–523. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr013>
- Heijmans, M., & Waverijn, G. (2014). *Gezondheidsvaardigheden van chronische zieken belangrijk voor zelfmanagement*. NIVEL.
https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Gezondheidsvaardigheden_chronische_zieken_belangrijk_zelfmanagement.pdf
- Hull, S. A., Homer, K., Boomla, K., Robson, J., & Ashworth, M. (2018). Population and patient factors affecting emergency department attendance in London: Retrospective cohort analysis of linked primary and secondary care records. *British Journal of General Practice*, 68(668), e157–e167.
<https://doi.org/10.3399/bjgp18X694397>
- Ilinca, S., & Calciolari, S. (2015). The patterns of health care utilization by elderly Europeans: Frailty and its implications for health systems. *Health Services Research*, 50(1), 305–320.
<https://doi.org/10.1111/1475-6773.12211>
- Kennedy, N., O’Sullivan, K., Hannigan, A., & Purtill, H. (2017). Understanding pain among older persons: Part 2-the association between pain profiles and healthcare utilisation. *Age and Ageing*, 46(1), 51–56. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw128>
- Lehnert, T., Heider, D., Leicht, H., Heinrich, S., Corrieri, S., Lupp, M., Riedel-Heller, S., & König, H. H. (2011). Review: Health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic

- conditions. *Medical Care Research & Review*, 68(4), 387–420.
<https://doi.org/10.1177/1077558711399580>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B., & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430–439. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>
- Milani, S. A., Crooke, H., Cottler, L. B., & Striley, C. W. (2016). Sex differences in frequent ED use among those with multimorbid chronic diseases. *American Journal of Emergency Medicine*, 34(11), 2127–2131. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2016.07.059>
- Nägga, K., Dong, H. J., Marcusson, J., Skoglund, S. O., & Wressle, E. (2012). Health-related factors associated with hospitalization for old people: Comparisons of elderly aged 85 in a population cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(2), 391–397.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.04.023>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Health Care Services, & Committee on Health Care Utilization and Adults with Disabilities. (2018). *Health-Care Utilization as a Proxy in Disability Determination*. National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500102/>
- Palladino, R., Tayu Lee, J., Ashworth, M., Triassi, M., & Millett, C. (2016). Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: Evidence from 16 European countries. *Age & Ageing*, 45(3), 431–435. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw044>
- Prados-Torres, A., Calderón-Larrañaga, A., Hanco-Saavedra, J., Poblador-Plou, B., & van den Akker, M. (2014). Multimorbidity patterns: A systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(3), 254–266. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.09.021>
- Sørensen, K., Maindal, H. T., Heijmans, M., & Rademakers, J. (2020). Work in Progress: A Report on Health Literacy in Denmark and the Netherlands. *Studies in Health Technology and Informatics*, 269, 202–211. <https://doi.org/10.3233/SHTI200033>
- Valderas, J. M., Gangannagaripalli, J., Nolte, E., Boyd, C., Roland, M., Sarria-Santamera, A., Jones, E., & Rijken, M. (2019). Quality of care assessment for people with multimorbidity. *Journal of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1111/joim.12881>
- van den Bussche, H., Schön, G., Kolonko, T., Hansen, H., Wegscheider, K., Glaeske, G., & Koller, D. (2011). Patterns of ambulatory medical care utilization in elderly patients with special reference to chronic diseases and multimorbidity—results from a claims data based observational study in Germany. *BMC Geriatrics*, 11, 54. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-54>
- Wagner, E., Patrick, D. L., Khandelwal, N., Brumback, L., Starks, H., Fausto, J., Dunlap, B. S., Lober, W., Sibley, J., Loggers, E. T., Curtis, J. R., & Engelberg, R. A. (2019). The Influence of Multimorbidity on Health Care Utilization at the End of Life for Patients with Chronic Conditions. *Journal of Palliative Medicine*. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0349>
- Wammes, J. J. G., van der Wees, P. J., Tanke, M. A. C., Westert, G. P., & Jeurissen, P. P. T. (2018). Systematic review of high-cost patients' characteristics and healthcare utilisation. *BMJ Open*, 8(9), e023113. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023113>

Referenties Hoofdstuk 3

- American Geriatrics Society (AGS) Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. (2012). Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), E1–E25.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04188.x>
- Barnett, N. et al. (2016). *Multimorbidity: Clinical assessment and management NICE guideline [NG56]*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56/evidence/full-guideline-pdf-2615543103>
- Cochrane Effective PRactice and Organisation of Care. (2002). *EPOC Taxonomy of Interventions*.
<https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/EPOC%20Taxonomy%20of%20Interventions%202002.pdf>
- Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2013). High-quality chronic care delivery improves experiences of chronically ill patients receiving care. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(6), 689–695. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt065>
- Dijk, L. van, & Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Utrecht). (2016). *Informatiebehoeften van patiënten over geneesmiddelen*. Nivel.
- Federatie Medisch Specialisten. (2019). *FMS Visiedocument Samen beslissen*.
https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/FMS_Visiedoc-SamenBeslissen%282019%29_v03.pdf
- Huiskes, V. J. B., Burger, D. M., van den Ende, C. H. M., & van den Bemt, B. J. F. (2017). Effectiveness of medication review: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Family Practice*, 18(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0577-x>
- Hussey, P. S., Schneider, E. C., Rudin, R. S., Fox, D. S., Lai, J., & Pollack, C. E. (2014). Continuity and the Costs of Care for Chronic Disease. *JAMA Internal Medicine*, 174(5), 742.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.245>
- Kern, L. M., Seirup, J. K., Casalino, L. P., & Safford, M. M. (2017). Healthcare Fragmentation and the Frequency of Radiology and Other Diagnostic Tests: A Cross-Sectional Study. *Journal of General Internal Medicine*, 32(2), 175–181. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3883-z>
- Kruis, A. L., Smidt, N., Assendelft, W. J., Gussekloo, J., Boland, M. R., Rutten-van Mölken, M., & Chavannes, N. H. (2013). Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009437.pub2>
- Makovski, T. T., Schmitz, S., Zeegers, M. P., Stranges, S., & van den Akker, M. (2019). Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 53, 100903. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.04.005>
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B., & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430–439. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>
- Nancholas, S. (1998). A Logical Framework. *Health Policy and Planning*, 13(2), 189–193.
<https://doi.org/10.1093/heapol/13.2.189>
- Nolte, E., Knai, C., Hofmarcher, M., Conklin, A., Erler, A., Elissen, A., Flamm, M., Fullerton, B., Sönnichsen, A., & Vrijhoef, H. J. M. (2012). Overcoming fragmentation in health care: Chronic care in Austria, Germany and the Netherlands. *Health Economics, Policy and Law*, 7(01), 125–146. <https://doi.org/10.1017/S1744133111000338>

NVKG. (2020). *Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen*.

https://richtlijnenendatabase.nl/richtlijn/polyfarmacie_bij_ouderen/polyfarmacie_bij_ouderen_-_korte_beschrijving.html

Nyweide, D. J., Anthony, D. L., Bynum, J. P. W., Strawderman, R. L., Weeks, W. B., Casalino, Lawrence. P., & Fisher, E. S. (2013). Continuity of Care and the Risk of Preventable Hospitalization in Older Adults. *JAMA Internal Medicine*, 173(20), 1879.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.10059>

Pérez-Jover, V., Mira, J., Carratala-Munuera, C., Gil-Guillen, V., Basora, J., López-Pineda, A., & Orozco-Beltrán, D. (2018). Inappropriate Use of Medication by Elderly, Polymedicated, or Multipathological Patients with Chronic Diseases. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 310. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020310>

Peytremann-Bridevaux, I., Arditi, C., Gex, G., Bridevaux, P.-O., & Burnand, B. (2015). Chronic disease management programmes for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007988.pub2>

Pimouguet, C., Le Goff, M., Thiebaut, R., Dartigues, J. F., & Helmer, C. (2011). Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 183(2), E115–E127. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091786>

Rodriguez-Blazquez, C., João Forjaz, M., Gimeno-Miguel, A., Bliet-Bueno, K., Poblador-Plou, B., Pilar Luengo-Broto, S., Guerrero-Fernández de Alba, I., Maria Carriazo, A., Lama, C., Rodríguez-Acuña, R., Cosano, I., Bedoya, J. J., Angioletti, C., Carfi, A., Di Paola, A., Navickas, R., Jureviciene, E., Dambrauskas, L., Liseckiene, I., ... Prados-Torres, A. (2020). Assessing the Pilot Implementation of the Integrated Multimorbidity Care Model in Five European Settings: Results from the Joint Action CHRODIS-PLUS. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5268. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155268>

Romano, M. J., Segal, J. B., & Pollack, C. E. (2015). The Association Between Continuity of Care and the Overuse of Medical Procedures. *JAMA Internal Medicine*, 175(7), 1148.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1340>

Salisbury, C., Man, M. S., Bower, P., Guthrie, B., Chaplin, K., Gaunt, D. M., Brookes, S., Fitzpatrick, B., Gardner, C., Hollinghurst, S., Lee, V., McLeod, J., Mann, C., Moffat, K. R., & Mercer, S. W. (2018). Management of multimorbidity using a patient-centred care model: A pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *Lancet*, 392(10141), 41–50.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31308-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31308-4)

Smith, S. M., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C., & O'Dowd, T. (2012). Managing patients with multimorbidity: Systematic review of interventions in primary care and community settings.

BMJ (Online), 345(7874). <https://doi.org/10.1136/bmj.e5205>

Valderas, J. M., Gangannagaripalli, J., Nolte, E., Boyd, C., Roland, M., Sarria-Santamera, A., Jones, E., & Rijken, M. (2019). Quality of care assessment for people with multimorbidity. *Journal of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1111/joim.12881>

van de Pol, M. H. J., Fluit, C. R. M. G., Lagro, J., Lagro-Janssen, A. L. M., & Olde Rikkert, M. G. M. (2017). [A model for shared decision-making with frail older patients: Consensus reached using Delphi technique]. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 161, D811.

van de Pol, M. H. J., Fluit, C. R. M. G., Lagro, J., Slaats, Y. H. P., Olde Rikkert, M. G. M., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2016). Expert and patient consensus on a dynamic model for shared decision-making in frail older patients. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 1069–1077.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.014>

Verhoeff, M., van der Zaag, H. J., Vermeeren, Y., & van Munster, B. C. (2018). Secondary care experiences of patients with multiple chronic conditions. *The Netherlands Journal of Medicine*, 76(9), 397–406.

Referenties Algemene overwegingen en aanbevelingen

Federatie Medisch Specialisten. (2017). *FMS Visiedocument Medisch Specialist 2025. Ambitie, vertrouwen, samenwerken.*

<https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Visiedocument%20Medisch%20Specialist%202025-DEF.pdf>

Kremer, J. A. M., Leerink, C. B., Reerink, A. T., & Vermunt, N. P. C. A. (2020). *Hoor mij nou! Samen Begrijpen, Proberen, Reflecteren en Leren bij complexe zorgvragen.* Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

[file:///C:/Users/MarliesVerhoeff/Downloads/Hoor+mij+nou!+Briefadvies+RVS%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/MarliesVerhoeff/Downloads/Hoor+mij+nou!+Briefadvies+RVS%20(1).pdf)

Rijken, M., Struckmann, V., van der Heide, I., Hujala, A., Barbabella, F., van Ginneken, E., & Schellevis, F. (2016). *How to improve care for people with multimorbidity in Europe? Policy brief 23. On behalf of the ICARE4EU consortium.* NIVEL and TU Berlin.

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/337585/PB_23.pdf?ua=1