

Bijlage A Rondetafelgesprek met belanghebbende partijen

Datum	16-05-2023
Locatie	Online via Zoom
Aanwezige partijen	NVvP, NIV, ZN, NVZ, NVZA, NVKG, NHG, VvZG, V&VN, Patiëntenfederatie Nederland, Zorginstituut Nederland, Kennisinstituut van FMS

Het rondetafelgesprek vond plaats met belanghebbende partijen rondom de zorg van patiënten met multimorbiditeit. Het doel was om de conceptleidraad te bespreken en verbeteren en aanpassingen op te halen. Dit gesprek vond plaats nadat de conceptteksten waren geschreven en de werkgroep hiermee akkoord was, maar voordat de commentaarfase werd gestart.

1) Inleiding, probleemstelling en huidige stand van zaken

NVZA benadrukt het belang van een MDB voor patiënten met multimorbiditeit, omdat er vaak voorbij wordt gegaan aan medicatie gerelateerde risico's die losstaan van het medische behandeldoel.

2) Herkennen van patiënten die baat hebben bij MDB

PFNL heeft twijfels over het overbrengen van signalen naar het ziekenhuis dat een MDB nodig is. Hierbij is van belang dat de medisch specialist de patiënt en/of zorgverlener uit de eerste lijn gelijkwaardig ziet. Hoe dit precies zal plaatsvinden, zal de praktijk moeten uitwijzen. NHG vraagt zich ook af aan welke specialist de huisarts de signalering moet doorgeven, er wordt afgesproken dat specifiek in de leidraad wordt genoemd dat dit een specialist met generalistische competenties moet zijn. De vraag is wel hoe dit contact praktisch gezien ingericht kan worden, dus in de leidraad moet de route vanaf de huisarts specifiek worden beschreven.

V&VN benoemt dat naast hoge zorgconsumptie, het niet nakomen van afspraken ook een signaal kan zijn dat een patiënt baat heeft bij een MDB.

Voorbeelden, kennis en kunde over het opzetten van een MDB kunnen worden gedeeld tussen ziekenhuizen. Een andere optie is om een samenwerking tussen overkoepelende specialisten in te richten, waarbij de FMS kan ondersteunen.

3) Organisatie van een MDB

De term 'bouwstenen' is verwarrend, dus hier moet een andere term voor worden gekozen.

De facultatieve bouwstenen zouden nog kunnen worden uitgebreid met paramedische bouwstenen, elementen uit de GGZ of verstandelijk gehandicaptenzorg en het sociaal domein. Verder zou deelname van de patiënt aan het (vervolg)MDB nog een facultatieve bouwsteen kunnen zijn of het kan worden benoemd in de leidraad.

NHG denkt dat de input van de patiënt essentieel is en geeft aan dat er eerst een gesprek met de patiënt moet worden gevoerd ter voorbereiding voor het MDB, dit kan duidelijker worden beschreven in de leidraad. Het is niet duidelijk dat de persoon die het MDB initieert, het gesprek heeft met de patiënt

Tekstueel zou de NVvP de leidraad graag meer inclusief zien, bijvoorbeeld dat de psychiatrische voorgeschiedenis een normaal onderdeel is van de voorgeschiedenis van de patiënt.

NVKG zegt dat de inzet voor het basis MDB somatische problemen zijn, maar dat juist mensen die baat hebben bij een MDB, een combinatie van somatische en psychische problemen ervaren. In de leidraad moet worden aangepast dat bij voorkeur ook andere domeinen, naast het somatische domein, worden meegenomen.

ZiNL mist het beleidsmatig perspectief in de leidraad. Voor de implementatie zullen een aantal randvoorwaarden verder moeten worden uitgewerkt, zoals haalbaarheid, financiering, meten, registreren en evalueren. Het is goed om hiervan een implementatieplan te maken, zodat een MDB ook daadwerkelijk geïmplementeerd wordt. In de leidraad moeten de barrières voor implementatie dus goed worden beschreven en er moeten handvatten worden gegeven voor implementatie. NVZ vraagt zich ook af hoe dit in het zorgstelsel past, in het kader van organisatie van zorg en financiering.

V&VN vindt een MDB lastig voor te stellen, dus in de leidraad zullen enkele concrete handvatten en consequenties voor de praktijk worden benoemd (tijdsinvestering en opbrengst).