Kan een multimorbiditeitskrans (MMK) een nuttige aanvulling betekenen in de zorg voor de multimorbiede oudere? Procesbeschrijving en kwalitatieve analyse.

De Mesmaeker Arnout - Katholieke Universiteit Leuven

contact: *arnout.demesmaeker@gmail.com*

Promotor: Dr. Pauline Boeckxstaens - Universiteit Gent, vakgroep huisartsgeneeskunde

Co-promotor: Dr. Dominique Van de Velde – Universiteit Gent, vakgroep revalidatie

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaren 2014-2016

I. Inhoudstafel

I. Inhoudstafel 3
II. Abstract 7
III. Dankwoord 8
IV. Inleiding 9
1. Waarom dit onderwerp? 9
2. Overzicht van de scriptie 10
3. Onderzoeksvragen 11
4. Relevantie Manama-thesis 11
V. Literatuurstudie 13
1. Inleiding 13
2. Zoekstrategie 13
3. Begrippenlijst 14
4. “Effectief” multidisciplinair teamoverleg 15
VI. Materialen en methode 17
1. Inleiding 17
2. Rekrutering patiënten 17
4. Parallelle onderzoeken 20
5. Zorgdoelen identificeren 21
6. Ontwerpen vorm MMK 21
7. Verzamelen informatie patiënt en opstellen MMK-formulier 22
8. Rekrutering participanten MMK 22
9. Betrokken ziekenhuizen 23
10. Organisatie MMK 23
11. Verloop MMK 23
12. Analyse MMK 24
13. Bevraging participanten 24
14. Analyse beantwoorde vragenlijsten 25
15. Member check niet-geïnterviewde participanten 25
VII. Resultaten 26
1. Rekrutering patiënten 26
2. Rekrutering participanten MMK 26

3. Organisatie en verloop MMK 26
4. Kwalitatieve analyse MMK 29
5. Steekproef participanten voor interview 39
6. Kwalitatieve analyse interview participanten 40
7. Member check 46
VIII. Discussie 47
1. Wat gebeurt er tijdens de MMK? 47
2. Wat zijn de meningen van de participanten na de MMK? 49
3. Is de MMK een effectief multidisciplinair overleg? 50
4. De MMK maakt het opstellen van een gecoördineerd en *deels* patiënt-gecentreerd zorgplan mogelijk 51
5. Sterktes en zwaktes van de studie 53
6. Aanbevelingen voor praktijk 54
7. Mogelijkheden voor verder onderzoek 54
IX. Besluit 55
X. Bijlagen 56
BIJLAGE 1: onderzoeksprotocol goedgekeurd door ethische commissie 56
BIJLAGE 2: goedkeuring ethische commissie 58
BIJLAGE 3: voorbeeld ingevuld MMK-aanvraagformulier (patiënt 4) 60
BIJLAGE 4: samenvatting interviews (member check) 62
XI. Bronnen 64

II. Abstract

1. Inleiding

Chronisch zieke patiënten worden door meerdere artsen gevolgd, elk met een eigen visie en prioriteiten. Deze prioriteiten zijn veelal ziekte- en niet patiëntgericht. Ook op het vlak van communicatie en coördinatie is er ruimte voor beterschap.

2. Onderzoeksvragen

Hypothese: door overleg tussen de verschillende behandelende artsen van een patiënt met multiple chronische aandoeningen - een multimorbiditeitskrans (MMK) - is het mogelijk een gecoördineerd en patiënt-gecentreerd zorgplan uit te tekenen.

Om deze hypothese na te gaan stellen we twee onderzoeksvragen:
- Wat gebeurt er tijdens de MMK: een kwalitatieve inhoudsanalyse. (1)
- Wat zijn de meningen van de participanten (deelnemende artsen) na de MMK: kwalitatieve analyse van een semi-gestructureerd interview. (2)

3. Materialen en Methode

In vier verschillende Vlaamse huisartspraktijken werden acht patiënten (≥75 jaar en lijdend aan ≥2 chronische ziektes) gerekruteerd. Bij deze patiënten werd a.d.h.v. een semi-gestructureerd interview zorgdoelen geïdentificeerd. Met het persoonlijk verhaal en de zorgdoelen, werden de behandelende eerste- en tweedelijnsartsen gecontacteerd om deel te nemen aan een multidisciplinaire krans. Vooraf kregen de deelnemende artsen (vanaf hier "participanten" genoemd) een samenvattend document met alle relevante medische en niet-medische informatie alsook het persoonlijk verhaal en de geuite zorgdoelen (MMK-aanvraagformulier). Elke krans werd gestart met dezelfde vraag: **"Kan de medische situatie geoptimaliseerd worden rekening houdende met de geuite zorgdoelen en het unieke verhaal van de patiënt?"** De MMK's werden gefilmd en nadien uitgeschreven. Deze transcripten werden kwalitatief geanalyseerd om hoofdthema's te identificeren. Een steekproef van participanten werd na de MMK's telefonisch geïnterviewd. Een samenvatting hiervan werd nadien aan alle participanten voorgelegd voor aanpassingen of bemerkingen (member check).

4. Resultaten

5 hoofdthema's van de MMK werden geïdentificeerd: Participanten creëren een duidelijkheidskader voor de discussie (1); Participanten gebruiken verschillende technieken om beslissingen te nemen (2); Patiënt en zijn omgeving sturen de discussie (3); Participant en zijn kijk op de patiënt en de geneeskunde sturen de discussie (4); Vertrekkende van een probleemlijst, met diagnostiek waar nodig, worden therapeutische wijzigingen doorgevoerd (5). Uit de interviews bleek dat de participanten de MMK over het algemeen als een meerwaarde ervaarden. Bezwaren werden vooral gemaakt op het vlak van organisatie, het te weinig to the point zijn en de patiëntenselectie.

5. Besluit

De MMK kan voor geselecteerde patiënten een nuttig instrument zijn om een gecoördineerd en patiënt-gecentreerd zorgplan op te stellen. Verdere uitwerking is dan ook zeker nuttig.

III. Dankwoord

Het tot stand komen van deze thesis heeft heel wat tijd en moeite gekost maar ik mag oprecht zeggen fier te zijn op het resultaat.

De eer voor dit werk komt echter niet enkel aan mij toe. Ik wil allereerst mijn praktijkopleiders, Dr. Erika Flo en Dr. Franky D'Argent, bedanken voor het aanbrengen van het onderwerp en mijn al bestaande interesse voor chronische ziekenzorg verder te prikkelen. Ook hun begrip voor mijn afwezigheden en de ondersteunende rol bij het maken van de thesis, waren ontzettend belangrijk.

Verder wil ik ook de promotor (Dr. Pauline Boeckxstaens) en co-promotor (Dr Dominique Van de Velde) bedanken voor de vele vergaderingen en mails waarbij telkens uitgebreid de tijd werd genomen om te helpen en bij te sturen waar nodig. Ook willen we prof. Dr. An De Sutter bedanken om ons aan het begin van het project samen te brengen met de promotors en ons in de goede richting in gang te zetten.

Ook wil ik mijn collega-HAIO's Herlinde Bossaert, Hanne Lavens en Annelies Pattyn bedanken voor de zeer vruchtbare en vlotte samenwerking. Vanuit onze gedeelde interesse voor chronisch zieke patiënten vonden we elk een aparte insteek om een interessante Manama-thesis neer te schrijven. Ondanks deze verschillende insteken werkten we voor een belangrijk deel samen en waren afhankelijk van elkaar. Dit verliep van meet af aan zeer vlot en nooit was er sprake van enige vorm van wrevel.

Als laatste wil ik ook nog oprecht mijn vriendin (intussen verloofde) Lieselot bedanken voor haar hulp, geduld en begrip de laatste maanden. Maanden dat het al drukke dagdagelijkse HAIO-werk nog diende gecombineerd te worden met het afwerken van deze thesis.

IV. Inleiding

1. Waarom dit onderwerp?

Na de eerste twee maanden HAIO-assistentschap (HAIO: huisarts in opleiding), stak de Manama-thesis voor het eerst zijn kop op. Een onderwerp diende gevonden te worden, alsook een "passende" promotor. Ik landde vanuit mijn eigen interesse, en op aangeven van één van de praktijkopleiders op chronische zieke patiënten. Mijn interesse werd verder geprikkeld door omgang met de chronische patiënten die ik afwisselend met de praktijkopleiders zag. Ik merkte dat ik veel voldoening haalde uit de complexiteit van deze patiënten: het voorkomen van verschillende ziektes tegelijk (multimorbiditeit), de complexe farmacologische puzzels (polyfarmacie), het overleg met andere artsen (multidisciplinariteit), het kluwen van betrokken mantelzorgers/hulpverleners (hulpnetwerk) en het unieke levensverhaal van de patiënt (met unieke ideeën en doelen).

Ik bleek niet alleen in mijn interesse. Al vlug vond ik drie collega-HAIO's die ook hun Manama-thesis in dezelfde richting wilden maken. Via onze stagecoördinatoren kregen we suggesties rond eventuele promotors. Zo kwamen we uiteindelijk terecht aan de Universiteit van Gent onder de vleugels van Prof. Dr. An De Sutter (promotor) en Dr. Pauline Boeckxstaens (co-promotor). In de loop van het project kregen we ook de zeer gewaardeerde hulp van Dominique Van de Velde van het departement revalidatiewetenschappen. Op de eerste vergadering met de collega-HAIO's en de promotoren zochten we naar vier verschillende insteken zodat we elk een aparte Manama-thesis konden maken. Hiervoor stelden we ons de vraag waar het (naar ons aanvoelen) vaak fout ging in de zorg voor chronisch zieken. Na een boeiende discussie, landden we op drie majeure problemen:

1. De chronische zorg is niet doelgericht maar genezingsgericht. De patiënt heeft te weinig mogelijkheden om te uiten wat hij/zij belangrijk vindt. Anders gezegd: patiënten moeten meer betrokken worden in het beleid en moeten hun eigen zorgdoelen kunnen uiten.
2. Het loopt mis in de organisatie van de zorgen in de eerste lijn. Het officieus zorgnetwerk dat wordt gevormd rond de patiënt is te vaak een lappendeken van zorgverleners (huisarts, familie, thuisverpleging, kinesist, familiehulp, …). Al deze actoren doen wat goed is vanuit de verschillende standpunten, maar vaak zonder coördinatie en zonder rekening te houden met de zorgdoelen van de patiënt (cfr. punt 1).
3. Het loopt mis tussen de behandelende artsen. Ook hier doet iedereen wat goed is vanuit zijn/haar deelgebied maar opnieuw zonder coördinatie of oog voor de wensen van de patiënt (cfr. punt 1).

Deze drie punten vallen onder het overkoepelende concept "doelgerichte zorg" waarbij van "cure" (doel is de patiënt te genezen) naar "care" (doel is wat de patiënt zegt dat het is) wordt overgestapt.[1]

> "From what's the matter with the patient to what matters to the patient." (Paul Jebb, 2015)

We besloten elk een van bovenstaande probleemvelden dieper te bestuderen en waar mogelijk suggesties te doen naar verbetering toe (het eerste probleem werd door twee HAIO's opgenomen). Om onnodige overlap te vermijden, besloten we de handen in elkaar te slaan en elkaar te helpen bij het verzamelen van data. Uiteindelijk werden er zo van oktober 2014 t.e.m. april 2016 vier Manama-thesissen geschreven vertrekkende van hetzelfde idee: *de zorg voor chronisch zieken kan beter en de huisarts speelt hierin een cruciale rol.*

Ikzelf koos ervoor het derde probleem uit te diepen en een nog niet-bestaande overlegvorm te ontwikkelen en in de praktijk te testen. Een overlegvorm die het derde probleem misschien een stukje zou kunnen remediëren: de multimorbiditeitskrans (MMK).

Vanwaar nu exact het idee voor deze MMK? Zoals reeds gesteld hierboven, loopt het in de zorg voor chronisch zieken mis doordat de vaak meerdere chronische ziektes door verschillende artsen worden opgevolgd. Elke arts kijkt met de bril van zijn/haar discipline naar de patiënt, of vaker nog enkel naar de ziekte. De gewenste uitkomsten van artsen zijn inderdaad veelal eerder ziekte-georiënteerd (bvb. lager HbA1c bij een diabeticus) dan patiënt-georiënteerd (patiënt is bang van insuline-injecties en wil ze niet). Daarenboven verschillen deze doelen dan nog van arts tot arts. Echter door elke ziekte als een losstaand gegeven te beschouwen, wordt de interactie met andere ziektes, en nog belangrijker de patiënt als geheel, over het hoofd gezien en werken artsen niet samen maar los van of zelfs tegen elkaar.

Een andere bron van problemen is de communicatie. Het gros van de inter-artsencommunicatie gebeurt op schriftelijke manier. Een medium dat niet altijd geschikt is om de complexiteit van de chronische, multimorbiede patiënt te omvatten. Zo kan informatie verloren gaan, kunnen zaken verkeerd worden geïnterpreteerd en is het achterliggend kader veelal instructief eerder dan overleggend naar collega's toe (eenrichtingscommunicatie). Dit bevordert verdere versnippering van het zorgplan en opnieuw wordt de patiënt als persoon met doelen en wensen omzeild.

Het idee achter de MMK is dat, door live samen te zitten met alle behandelende artsen, het eenvoudiger zou moeten zijn om tot een door iedereen aanvaard én gevolgd zorgplan te komen. Een zorgplan dat bovendien rekening houdt met de patiënt als geheel: een persoon met meerdere ziektes die elkaar onderling beïnvloeden, maar ook en vooral een persoon met ideeën, bezorgdheden, doelen en wensen. Kortom een zorgplan dat zowel gecoördineerd als patiënt-gecentreerd is.

2. Overzicht van de scriptie

Allereerst wordt de relevantie van deze Manama-thesis aangetoond om dan a.d.h.v. de literatuurstudie het probleem verder te kaderen en dieper in te gaan op specifieke terminologie.

Daarop wordt de methodiek van de interventie (de MMK) uiteengezet. De uitgevoerde MMK's worden vervolgens kwalitatief onderzocht om te komen tot majeure inhoudelijke thema's (onderzoeksvraag 1).

Na de MMK wordt een steekproef van deelnemende artsen via een semi-gestructureerd interview gevraagd naar hun indrukken. Ook hiervan gebeurt een kwalitatieve analyse (onderzoeksvraag 2).

Vervolgens worden in de discussie de resultaten verder geïnterpreteerd en er zal dieper worden ingegaan op wat de kenmerken zijn van een kwalitatief multidisciplinair overleg. Ook wordt aan de hand van de verkregen resultaten bekeken in hoever de gestelde onderzoekshypothese klopt (cfr. infra).

Tot slot worden er aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor eventueel verder onderzoek.

3. Onderzoeksvragen

We vertrekken vanuit de hypothese dat *door het organiseren van een MMK het opstellen van een gecoördineerd en patiënt-gecentreerd zorgplan mogelijk is*. Om deze hypothese na te gaan, worden twee onderzoeksvragen gesteld:

1) Wat gebeurt er tijdens een MMK?
2) Wat zijn de meningen van de participanten na de MMK?

4. Relevantie Manama-thesis

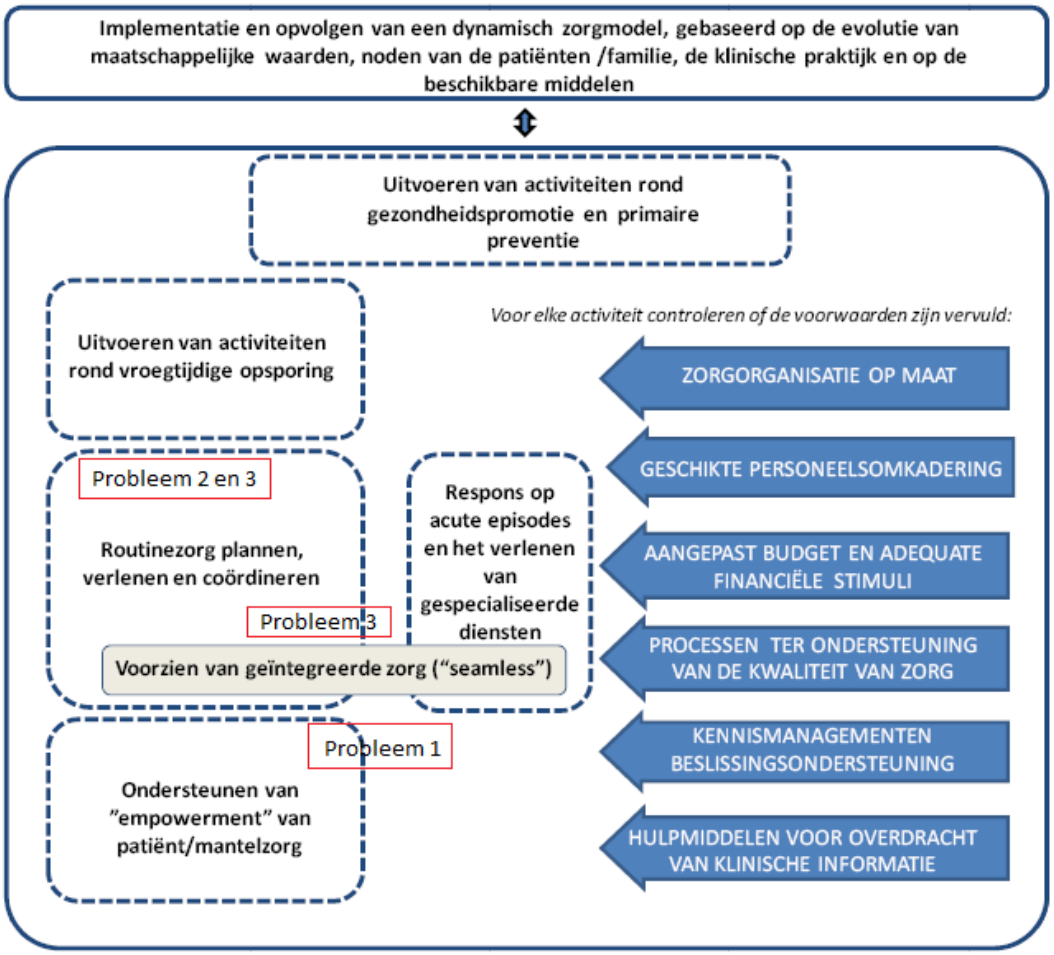
Begin februari 2016, terwijl we volop aan het werken zijn aan de vier Manama-thesissen, verschijnt er een artikel op de website van Domus Medica.[2] Het artikel bericht over het in voege treden van de hervormingsplannen van de federale minister van volksgezondheid, samen met haar drie regionale collega's. Het betreft vooral een nieuwe visie op de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. Het uiteindelijke (driedubbele) doel van het hervormingsplan bestaat uit vergroten van de levenskwaliteit van de patiënt en zijn mantelzorgers (1), het doeltreffender inzetten van de beschikbare middelen (2) en er voor zorgen dat de bevolking langer gezond leeft (3).

De mededeling van de ministers van volksgezondheid is gebaseerd op rapport 190 van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).[3] Dit rapport tekent concreet uit hoe zorgverleningsprocessen, rollen van actoren en interacties tussen de verschillende actoren kunnen worden geoptimaliseerd. Het doet dit aan de hand van 6 modules waarbij rond verschillende deelonderwerpen aanbevelingen worden gemaakt.

De drie gepercipieerde problemen van de inleiding (deel "Waarom dit onderwerp?") kunnen gelinkt worden aan deze modules (figuur 1):

- Probleem 1 wordt aangekaart in de module "ondersteunen en empowerment van patiënt/mantelzorg".
- Probleem 2 past binnen de module "routinezorg plannen, verlenen en coördineren".
- Probleem 3 vinden we terug in zowel de module rond "routinezorg plannen, verlenen en coördineren" maar ook in de seamless (naadloze) overgang van routinezorg naar de module "respons op acute episodes".

Een gedetailleerde uiteenzetting van dit KCE-rapport valt buiten het bestek van deze Manama-thesis. Deze ministeriële mededeling en het rapport van het KCE sterkten ons wel in onze overtuiging dat er daadwerkelijk een vraag en plaats is voor ons werk.



Figuur 1: *schematische voorstelling van de modules van het KCE rapport. De problemen van waaruit de Manama-thesissen vertrekken staan in rode kaders binnen de module waar ze bij passen (bron: KCE rapport 190).*

V. Literatuurstudie

1. Inleiding

Gezien alle vier de Manama-thesissen over hetzelfde overkoepelende onderwerp ging, namelijk chronisch zieken en multimorbiditeit, besloten we in onze literatuurstudie eerst op zoek te gaan naar eenduidige definities rond termen die in de vier thesissen terug komen.

Verder werd specifiek voor deze Manama-thesis, die een nieuwe multidisciplinaire overlegvorm uitwerkte en testte, duidelijk dat er een extra literatuurstudie zou moeten worden uitgevoerd. Hierbij werd gekeken of er kenmerken bestaan waaraan een multidisciplinaire krans zou moeten voldoen om "effectief" te zijn en wat effectief in deze context wil zeggen.

2. Zoekstrategie

Verschillende bronniveaus werden geconsulteerd:

- Quaternaire bronnen: NHG, EBM Practicenet, Domus Medica
- Tertiaire bronnen: Minerva, Farmaka, bcfi, ACP journal club
- Secundaire bronnen: systematic reviews gevonden via Pubmed, Cochrane database
- Primaire bronnen: artikels gevonden via Pubmed
- Grijze literatuur: vorige Manama-thesissen en beleidsdocumenten (o.a. KCE-rapporten)

Voor de begrippenlijst ging elke HAIO-onderzoeker volgens het watervalprincipe op zoek naar geschikte definities in bovenstaande bronnen. Vervolgens weren alle definities samen bekeken, en de meest geschikte werden weerhouden. Waar mogelijk werd de definitie van een MeSH-term weerhouden, gezien dit gestandaardiseerde en in onderzoek gebruikte definities zijn. De definities worden in het volgende punt uiteengezet.

Voor de extra literatuurstudie werden publicaties geïncludeerd die handelen over multidisciplinaire overlegvormen met artsen (onafhankelijk van het onderwerp van dit overleg). Geëxcludeerd werden publicaties die gingen over een volledig multidisciplinaire aanpak (programma's met naast overleg ook vastgekoppelde interventies). Dit omdat de interventie in deze Manama-thesis enkel bestaat uit een overleg; er waren geen vaste extra interventies (zoals bvb. kinesitherapie of consultatie bij een bepaalde arts). Literatuur rond overleggen die volledig plaatsvinden op de eerste lijn werden ook geëxcludeerd. Dit is de focus van de Manama-thesis van Herlinde Bossaert (cfr. probleem 2 uit inleiding).

Bij publicaties waarvan de titel leek te voldoen werd het abstract gelezen. Indien het abstract interessant leek, werd de tekst gelezen. Interessante publicaties werden weerhouden. Presentaties, opiniestukken en mediaberichten werden niet geselecteerd.

- De geraadpleegde quaternaire bronnen gaven geen publicaties die voldeden (zoektermen: "multidisciplinair", "overleg", "team").
- De geraadpleegde tertiaire bronnen gaven geen publicaties die voldeden (zoektermen: "multidisciplinair", "multidisciplinary", "meeting", "overleg", "team").

- De geraadpleegde secundaire bronnen gaven 2 publicaties: 1 via de Cochrane database (zoektermen: “multidisciplinair”, “multidisciplinary”, “meeting”, “overleg”, “team”) en 1 via pubmed (MeSH-termen van de primaire bronnen).
- De primaire bronnen werden gezocht via pubmed via volgende zoekopdrachten:
    - (("Program Evaluation"[Mesh] OR "Treatment Outcome"[Mesh] OR "Comparative Effectiveness Research"[Mesh]) AND "Interdisciplinary Communication"[Majr]) AND "Chronic Disease"[Mesh]
    - ("Chronic Disease"[Mesh] AND "Interdisciplinary Communication"[Mesh]) AND "Patient Care Team"[Mesh]
    - Deze MeSH-termen werden ook gecombineerd met de vrije zoektermen “team”, “meeting”, “effectiveness”. Verder werden ook publicaties gevonden bij “similar articles” in Pubmed en in de referenties van andere artikels.

3. Begrippenlijst

- Chronische ziekte: Hier weerhielden we de MeSH-definitie. Een chronische ziekte is een ziekte die voldoet aan een of meerdere van volgende eigenschappen: ze is permanent, geeft residuele functiebeperking, is veroorzaakt door een niet-reversibele pathologische verandering, vereist training van de patiënt voor revalidatie en/of vereist langdurige supervisie, observatie of zorg. Anders gezegd: een chronische ziekte is elke ziekte die niet te genezen valt maar wel langdurig dient verzorgd te worden.
- Multimorbiditeit: Is geen MeSH-term. Meerdere definities worden gehanteerd. De meest gebruikte/bruikbare definitie is het tegelijk samen voorkomen van ≥2 (chronische) ziektes bij dezelfde patiënt.[4,5]
- Co-morbiditeit: Dit is wel een MeSH-term. Het voorkomen van een of meerdere ziektes t.o.v. een index-ziekte. Zo kunnen bijvoorbeeld COPD en hypertensie co-morbiditeiten zijn bij een patiënt met diabetes. In het geval van multimorbiditeit is er geen index-ziekte.[4]
- Polyfarmacie: Is een MeSH-term maar de definitie wordt door ons als te vaag bevonden. Bruikbaarder is de definitie van de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie: ≥5 geneesmiddelen die op chronische basis (≥90 dagen per jaar) ingenomen worden. Acute en dermatologische preparaten worden volgens deze definitie niet meegeteld.[6] Een andere definitie is het gebruik van meer medicatie dan medisch noodzakelijk.[7] Hierbij wordt het geven van niet-effectieve, niet-geïndiceerde of dubbele medicatie als polyfarmacie beschouwd. Hoewel de tweede definitie de betere is voor de dagdagelijkse praktijk, stelt ze problemen voor onderzoek (wegens te vaag). Daarom wordt vanaf hier polyfarmacie gedefinieerd als ≥5 medicaties op chronische basis.
- Multidisciplinair team(overleg): Dit is geen MeSH-term. De weerhielden de definitie volgens Mican S.: een team is een kleine groep leden met een gepaste mix van expertise om een specifieke taak te volbrengen; er is toewijding tot een betekenisvol doel en er worden bereikbare doelstellingen gesteld waarvoor er gedeelde verantwoordelijkheid bestaat. De definitie verliest door zijn vertaling wat diepte doordat doel (=purpose) en doelstelling (=goal) duidelijker onderscheiden zijn in het Engels.[8]
- Patiënt-gecentreerde/patiëntgerichte zorg: Dit is een MeSH term maar beantwoordt niet aan wat wij belangrijk vinden. Een bruikbare definitie werd gevonden in een rapport van het Committee on the Quality of Health Care in America: patiëntgerichte zorg is zorg die respect

heeft voor en beantwoordt aan de individuele voorkeuren, noden, waarden van de patiënt en die verzekert dat de waarden van de patiënt alle klinische beslissingen leiden.[9]

- Een specifieke vorm van patiënt-gecentreerde zorg is doelgerichte zorg (of goal-oriented care). De klemtoon ligt hierbij vooral op de shift van ziekte-gerelateerde doelstellingen naar behalen van (realistische) patiënt-gecentreerde doelstellingen (vastgelegd door zorgverlener en patiënt samen). Deze doelen kunnen breed zijn: medisch (bvb. symptoomcontrole), functioneel (bvb. blijven wandelen), participatief (bvb. blijven werken) en omgevings-gerelateerd (bvb. thuis blijven wonen). Deze doelen zijn niet toevallig ook de hoekstenen van het ICF-classificatiesysteem van de WHO, een systeem waarbij de zieke niet verengd wordt tot enkel zijn ziekte.[10]

4. "Effectief" multidisciplinair teamoverleg

Om deze nieuwe overlegvorm uit te werken, gingen we op zoek in de gevonden publicaties (cfr. zoekstrategie) naar kenmerken waaraan een multidisciplinair overleg moet voldoen om op effectief te zijn. Met effectief wordt bedoeld dat een bepaalde overlegvorm goed is in het bereiken van een vooropgesteld doel/uitkomst. De MMK zou dan worden ontworpen om zoveel mogelijk van deze kenmerken te incorporeren.

Wat al vlug duidelijk werd uit de gevonden publicaties, is dat de doelen/uitkomsten van multidisciplinaire overleggen heel verscheiden zijn. Wanneer we dus zoeken naar kenmerken die maken dat een overleg goed is in het vervullen van zijn doel (lees: effectief is), moeten we eerst kijken naar wat de mogelijke uitkomsten van een overleg kunnen zijn. Pas als de krans blijkt effectief te zijn, kan gezocht worden naar wat nu juist bijdroeg tot deze effectiviteit (=kenmerken van een effectief overleg). Tabel 1 toont mogelijke uitkomsten van een multidisciplinair overleg.[11]

Hospitalisatieduur	Organisatorische uitkomsten
Aantal hospitalisaties	
Ziekte gerelateerde kosten	
Coördinatie zorg	Team gerelateerde uitkomsten
Communicatie onder zorgverleners	
Ziekte uitkomst (overleving, symptoomverlichting, …)	Patiënt gerelateerde uitkomsten
Aanvaarding zorgplan door patiënt	
Patiëntgerichtheid	
Patiënttevredenheid	
Deelnemerstevredenheid	Deelnemer gerelateerde uitkomsten

Tabel 1: *mogelijke uitkomsten waarop multidisciplinair overleg effectief kan zijn (linker kolom) en de categorieën waaronder ze vallen (rechter kolom).*

Wie echter op empirische basis wil nagaan of een overlegvorm effectief is in het vervullen van één van bovenstaande uitkomsten, stuit op praktische problemen. Zo is het moeilijk vast te stellen hoeveel verbetering een gevolg is van de genomen beslissing(en) en hoeveel van het overleggen zelf. Een ander probleem is dat het opzetten van gerandomiseerd onderzoek rond ingeburgerde overlegvormen niet altijd mogelijk is. Klassiek voorbeeld hiervan is het multidisciplinair oncologisch consult (MOC): een overleg dat zodanig als standard of care wordt gezien, dat het niet uitvoeren ervan voor onderzoeksdoeleinden als onethisch beschouwd zou worden. Verder is ook de heterogeniteit in terminologie, vorm en uitkomst van multidisciplinaire overlegvormen een stevig struikelblok voor empirisch onderzoek.[12,13]

Dit gezegd zijnde is het niet zo dat er geen onderzoek bestaat rond de effectiviteit van multidisciplinaire overlegvormen. Er zijn er wel degelijk die een bewezen meerwaarde bieden t.o.v. beslissingen genomen door individuele artsen. Twee voorbeelden zijn de toegenomen overleving bij colorectale carcinomen[14] en de afname van hospitalisatieduur in geriatrische setting.[11]

Er is dus sprake van een (vervelend) fenomeen dat maakt dat de kenmerken/vereisten voor een effectief overleg niet kunnen gevonden worden als het overleg niet effectief is. Echter om een effectief overleg te ontwerpen, moet aan deze kenmerken voldaan zijn. Desondanks werden in de gevonden publicaties toch terugkerende effectiviteitskenmerken gevonden. Deze kenmerken vonden onderzoekers o.a. via observationeel onderzoek[15,16], navraag bij de deelnemers[17], empirisch onderzoek[16], onderzoek van beschikbare literatuur[18,19,8,14] of ze werden intuïtief geponeerd.[20,15,21] Een overzicht van de gevonden kenmerken wordt weergegeven in tabel 2.

Voor het uittekenen van ons eigen multidisciplinair overleg (de MMK), zullen we dus een selectie moeten maken uit de gevonden kenmerken voor een effectief multidisciplinair overleg.

Iedere stem telt gelijk mee	Werken met een standaardformulier voor, tijdens, na overleg
Respect voor andere personen en hun discipline	De discussie is voorbereid (bvb. agenda opgesteld)
Goede communicatieve vaardigheden van de deelnemers	Alle relevante informatie is aanwezig
Goede teamsfeer	Verslag na de krans
Goede leidersfiguur	Duidelijkheid hoe tot beslissing wordt gekomen
- Tijd in gaten houden	Onenigheid wordt in verslag gezet (en teruggekoppeld aan patiënt)
- Iedereen aan woord brengen	Geen telefoons op de vergadering
- Knopen doorhakken	Administratieve/organisatorische hulp
- Conflicten bemiddelen	Alle relevante deelnemers zijn aanwezig
- Structureren tijdens overleg	Deelnemers hebben complementaire capaciteiten
Opstellen van een zorgplan	Vast tijdstip (indien meermaals)
Patiëntgerichtheid	Stiptheid (start en einde overleg)
Haalbare doelstellingen formuleren	Technische ondersteuning (bvb. Pc, beamer, …)

Tabel 2: *kenmerken van effectief multidisciplinair overleg.*

VI. Materialen en methode

1. Inleiding

Tussen begin september en begin december 2015 werden in drie verschillende ziekenhuizen in totaal 7 MMK's rond evenveel multimorbiede 75-plussers georganiseerd. Dit onderzoek werd deels serieel, deels parallel uitgevoerd met twee andere onderzoeken. De rekrutering van de patiënten, het verkrijgen van geïnformeerde toestemming en het identificeren van zorgdoelen waren gemeenschappelijke stappen in de drie onderzoeken. Figuur 2 geeft schematisch de tijdlijn en onderlinge relatie van de parallelle onderzoeken weer. Figuur 3 geeft schematisch de tijdslijn weer van het onderzoek rond de MMK.

2. Rekrutering patiënten

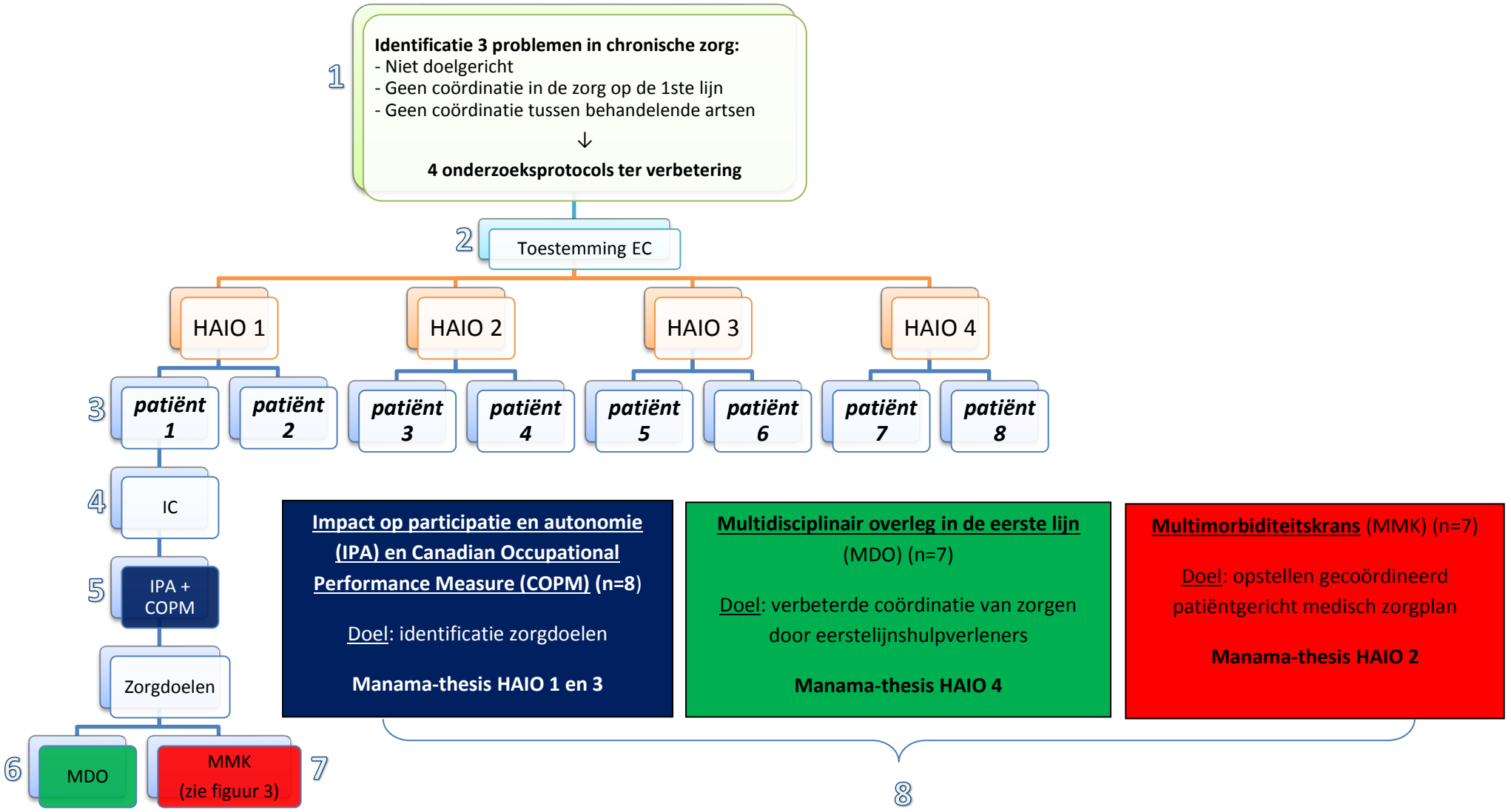
De patiënten werden gerekruteerd in 4 verschillende eerstelijnspraktijken waar de betrokken HAIO's hun opleiding tot huisarts vervolledigden bij een erkende praktijkopleider (PO). De praktijken en betrokken HAIO's waren:

- Dr. Frank Corne met als HAIO Hanne Lavens (Wevelgem)
- Dr. Pieter De Meulder met als HAIO Herlinde Bossaert (Menen)
- Dr. Mia Dujardin met als HAIO Annelies Pattyn (Wevelgem)
- Dr. Erika Flo met als HAIO Arnout De Mesmaeker (Komen-Waasten)

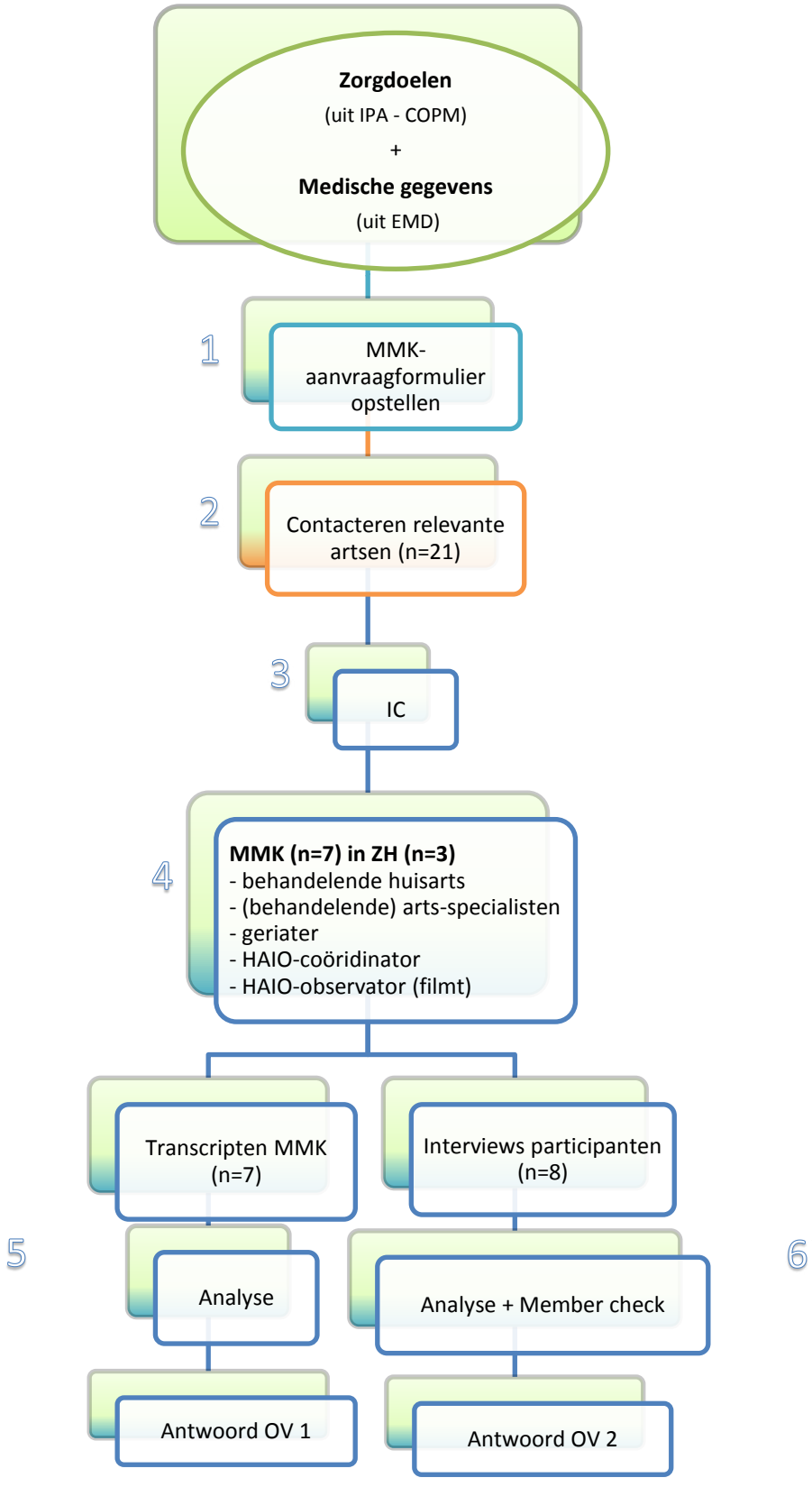
Uit elk van deze praktijken werden twee patiënten gerekruteerd o.b.v. onderstaande in- en exclusiecriteria:

- Inclusiecriteria
  - GMD (Globaal Medisch Dossier) in de opleidingspraktijk van de betrokken HAIO
  - ≥75 jaar bij aanvang van het onderzoek
  - Thuiswonend
  - Lijdend aan ≥2 chronische aandoeningen (cfr. definitie multimorbiditeit)
  - Bewaarde cognitieve vermogens
- Exclusiecriteria
  - Evaluatie in het geriatrisch dagziekenhuis in de afgelopen 12 maanden
  - GDT (Geïntegreerde Dienst voor Thuiszorg)-overleg in de afgelopen 12 maanden

Bij selectie van de patiënten werd steeds nauw overlegd met de behandelende huisarts (al dan niet de PO). Sommige patiënten werden door de behandelende arts voorgedragen, anderen door de HAIO. Steeds werd de "geschiktheid" voor deelname bekeken met de behandelende arts. Deze geschiktheid sloeg vooral op voldoen aan de inclusiecriteria, maar ook op een inschatting van de bereidheid tot medewerking en spaak lopen van thuissituatie en/of medische situatie.



Figuur 2: weergave tijdslijn v/d verschillende onderzoeken. **1ste stap**: identificatie 3 problemen in chronische ziekenzorg en uitwerken protocols ter verbetering. **2de stap**: toestemming ethische commissie (EC). **3de stap:** per HAIO selectie 2 patiënten uit praktijk (HAIO 1: Annelies Pattyn, HAIO 2: Arnout De Mesmaeker, HAIO 3: Hanne Lavens, HAIO 4: Herlinde Bossaert). **4de stap:** elke patiënt tekende informed consent (IC). **5de stap:** bij elke patiënt afname IPA (Impact op Participatie en Autonomie) en COPM (Canadian Occupational Performance Measure) om zorgdoelen te vinden. **6de stap:** voor elke patiënt organisatie multidisciplinair teamoverleg 1ste lijn (MDO). **7de stap:** voor elke patiënt organisatie multimorbiditeitskrans met betrokken/relevante artsen. **8ste stap:** gegevens van stap 5, 6 of 7 werden door respectievelijke HAIO verwerkt tot Manama-thesis. **Opm:** stap 6 en 7 werden parallel uitgevoerd. Bij patiënt 3-8 werden stappen 4-7 op dezelfde manier als bij patiënt 1 uitgevoerd. Bij patiënt 2 gingen enkel IPA en COPM door, MDO en MMK niet. Het MMK-protocol is in detail te zien op figuur 3.



Figuur 3: **1ste stap:** o.b.v. zorgdoelen (uit IPA-COPM) en medische gegevens (uit elektronisch medisch dossier; EMD) werd het MMK-aanvraagformulier ingevuld. **2de stap:** behandelende artsen (HA en specialisten) werden gecontacteerd. Indien behandelende arts niet kon/wou: vervanger van zelfde discipline. **3de stap:** informed consent (IC) laten tekenen door participerende artsen. **4de stap:** 7 MMK's in 3 ziekenhuizen (ZH) werden uitgevoerd. De vaste aanwezigen worden in kader getoond. **5de stap:** de transcripten van de MMK's werden verwerkt en boden zo een antwoord op onderzoeksvraag 1 (OV 1). **6de stap:** steekproef van participerende artsen werd geïnterviewd. Analyse transcripten en member check boden antwoord op onderzoeksvraag 2 (OV 2).

3. Geïnformeerde toestemming

De bereidheid tot medewerking van de geselecteerde patiënten werd nagegaan door de behandelende arts bij het eerstvolgende medische contact (gepland of door patiënt aangevraagd). Indien de patiënt, na een eerste korte uiteenzetting, interesse vertoonde om aan het onderzoek deel te nemen, werd een afspraak gepland met de HAIO-onderzoeker.

De HAIO-onderzoeker legde bij dit contact het opzet van het onderzoek uitgebreider uit. Dit werd gedaan aan huis en buiten geplande of aangevraagde medische contacten. Er werd uitgebreid ruimte gelaten voor vragen en bemerkingen. Een informatiedocument en formulier voor geïnformeerde toestemming werden op het einde van dit gesprek aan de patiënt overhandigd. De scheiding tussen medische contacten en contacten voor het onderzoek werd steeds duidelijk bewaard. Voor geen enkel onderzoekscontact moest de patiënt betalen of was er een vergoeding voorzien. Indien de patiënt de bereidheid tot medewerking herhaalde, werd hem een formulier voor geïnformeerde toestemming voorgelegd ter ondertekening.

Gedurende de ganse onderzoeksperiode bleef de HAIO-onderzoeker het aanspreekpunt voor de deelnemende patiënten van zijn/haar opleidingspraktijk. M.a.w. de deelnemende patiënten kwamen nooit in contact met een HAIO-onderzoeker van een andere opleidingspraktijk.

4. Parallelle onderzoeken

Elke patiënt doorliep 3 aparte onderzoeken (met wel gemeenschappelijke delen, zie figuur 2). Voor de gegevensverzameling van deze onderzoeken werd de inspanning verdeeld. Elke HAIO-onderzoeker verzamelde de gegevens van de patiënten van zijn praktijk. Op die manier kon gemakkelijker een schaalvergroting worden doorgevoerd. De verwerking van deze data werd telkens gedaan door de HAIO-onderzoeker die verantwoordelijk was voor een van de 3 onderzoeken (voortvloeiend uit de 3 problemen van de inleiding):

1. Identificatie van persoonlijke zorgdoelen en het persoonlijk verhaal van de patiënt:
    - Verantwoordelijke HAIO-onderzoekers: **Annelies Pattyn** en **Hanne Lavens**

2. Eerstelijns multidisciplinair overleg ter optimalisatie van de niet-medische (thuis)zorgen (conform de zorgdoelen en het persoonlijk verhaal van de patiënt):
    - Verantwoordelijke HAIO-onderzoeker: **Herlinde Bossaert**

3. Medisch overleg tussen eerste- en tweedelijnsartsen ter optimalisatie van medische zorgen (conform de zorgdoelen en het persoonlijk verhaal van de patiënt):
    - Verantwoordelijke HAIO-onderzoeker: **Arnout De Mesmaeker**

Voor elk van deze onderzoeken werd voorafgaand aan het eerste patiëntencontact toestemming verkregen van de ethische commissie van de Universiteit Gent. Voor het onderzoek rond de MMK werd verder ook toestemming verkregen van de ethische commissies van de 3 participerende ziekenhuizen.

Elk van de onderzoeken werd uitgeschreven tot een Manama-thesis door de respectievelijke HAIO-onderzoeker(s).

5. Zorgdoelen identificeren

Voor de identificatie van de persoonlijke zorgdoelen en het levensverhaal van de patiënt, werd vooraf de IPA-vragenlijst bezorgd aan de patiënt. De IPA-vragenlijst (Impact op Participatie en Autonomie) bevat 10 deelonderdelen met telkens een aantal stellingen die gescoord dienden te worden (telkens a.d.h.v. onderstaande 5 antwoordmogelijkheden). De patiënten deden dit alleen en zonder hulp. Een voorbeeld uit het deelonderdeel mobiliteit:

Gaan en staan in mijn eigen woning WAAR ik wil, gaat: 0 Zeer goed 0 Goed 0 Redelijk 0 Matig 0 Slecht

Andere onderdelen van de IPA-lijst gaan over zelfverzorging, taken in en om het huis, geldbesteding, tijdsbesteding en ontspanning, sociale contacten en relaties, anderen helpen of steunen, samenvattende stelling.

Een week later werd a.d.h.v. een semi-gestructureerd interview de activiteiten van een doordeweekse dag en een feestdag/zondag overlopen. Dit interview volgde de krijtlijnen van het COPM-instrument (Canadian Occupational Performance Measure). Na dit interview werd samen met de patiënt de ingevulde IPA-vragenlijst overlopen met 4 aanvullende vragen. De aanvullende vragen gingen over onderwerpen die door de IPA-lijst niet werden bevraagd: valrisico en osteoporose, slaap, incontinentie en ondervoeding. Door het overlopen van de dagelijkse activiteiten (COPM) en de ingevulde IPA-lijst, werd duidelijk waarmee de patiënten moeilijkheden hadden en wat ze belangrijk vonden. De meest hinderende moeilijkheden en de belangrijkste prioriteiten werden (voor zover realistisch) als zorgdoelen beschouwd.

Het hele interview werd gefilmd en tot transcript uitgetypt. Door analyse van deze transcripten en de gevonden zorgdoelen, werd een samenvatting gemaakt met daarin de zorgdoelen en het persoonlijk verhaal van de patiënt. Deze samenvatting kwam op het MMK-aanvraagformulier (cfr. infra). Voor verdere informatie rond dit deel wordt verwezen naar de Manama-thesissen van Hanne Lavens en Annelies Pattyn.

6. Ontwerpen vorm MMK

De uiteindelijke vorm van het overleg kwam tot stand door intensief teamoverleg tussen promotors en HAIO-onderzoekers op basis van de kenmerken van een effectief multidisciplinair overleg (cfr. literatuurstudie). Kenmerken die niet van toepassing waren of waarover we geen controle zouden hebben, werden weggelaten. Onderstaande tabel toont opnieuw de gevonden kenmerken met nu in het vet de kenmerken die werden ingebouwd in het ontwerp van de MMK.

Concreet werd beslist om een live overleg te organiseren in het ziekenhuis met zo veel mogelijk betrokken artsen. Om op een gestructureerde manier alle patiëntengegevens weer te geven, zou gewerkt worden met een gestandaardiseerd MMK-aanvraagformulier. Patiëntgerichtheid zou worden gestimuleerd door gevonden zorgdoelen te overlopen aan het begin van de krans, en aan participanten te vragen hiermee rekening te houden tijdens het overleg. Om de krans in goede banen te leiden, zou een moderator worden voorzien. Het doel van het overleg zou bestaan uit het opstellen van een patiëntgericht zorgplan.

Iedere stem telt gelijk mee	**Werken met een standaardformulier voor, tijdens, na overleg**
Respect voor andere personen en hun discipline	**De discussie is voorbereid (bvb. agenda opgesteld)**
Goede communicatieve vaardigheden van de deelnemers	**Alle relevante informatie is aanwezig**
Goede teamsfeer	**Verslag na de krans**
Goede leidersfiguur	Duidelijkheid hoe tot beslissing wordt gekomen
- Tijd in gaten houden	**Onenigheid wordt in verslag gezet (en teruggekoppeld aan patiënt)**
- Iedereen aan woord brengen	Geen telefoons op de vergadering
- Knopen doorhakken	Administratieve/organisatorische hulp
- Conflicten bemiddelen	**Alle relevante deelnemers zijn aanwezig**
- Structureren tijdens overleg	**Deelnemers hebben complementaire capaciteiten**
Opstellen van een zorgplan	Vast tijdstip (indien meermaals)
Patiënt-gerichtheid	**Stiptheid (start en einde overleg)**
Haalbare doelstellingen formuleren	Technische ondersteuning (bvb. Pc, beamer, …)

Tabel 3: *kenmerken van een effectief multidisciplinair overleg. De kenmerken in het vet werden in het ontwerp van de MMK ingebouwd.*

7. Verzamelen informatie patiënt en opstellen MMK-formulier

Voor elk van de deelnemende patiënten werd a.d.h.v. het elektronisch patiëntendossier (EMD), een geactualiseerde lijst van antecedenten gemaakt. Uit deze lijst werden de relevante actieve problemen gedestilleerd (de zorgelementen). Zo werd bijvoorbeeld een cholecystectomie beschouwd als relevant antecedent maar niet als zorgelement. Hypertensie is zowel een relevant antecedent als een zorgelement. Daarnaast werd een geactualiseerde medicatielijst opgemaakt. Ook niet-medicamenteuze behandelingen werden in kaart gebracht (dieet, kinesitherapie, zuurstof, …). Per zorgelement werd vervolgens gekeken welke tweedelijnsarts, samen met de huisarts, de patiënt opvolgde.

Aan de hand van deze gegevens werd het MMK-aanvraagformulier ingevuld door de onderzoeker (vb.: zie bijlage 3). Ook de samenvatting verkregen uit IPA en COPM werd toegevoegd. Dit formulier structureerde op overzichtelijke manier alle relevante informatie op 1 à 2 bladzijen. Het ingevuld formulier werd door de HAIO-onderzoeker samen met de behandelende huisarts overlopen en waar nodig werden er aanpassingen gedaan. Hetzelfde gebeurde samen met de patiënt.

8. Rekrutering participanten MMK

De eerste- en tweedelijnsartsen die instonden voor de medische zorgen werden door de onderzoeker eerst via mail gecontacteerd (uitleggen opzet van het onderzoek). Een week nadien werden ze telefonisch gecontacteerd. Indien de arts bereid was tot medewerking, werd een formulier voor geïnformeerde toestemming bezorgd. Indien de behandelende arts weigerde deel te nemen, werd gevraagd naar een eventueel bereide collega van dezelfde discipline. Ook aan hen werd na contactname een formulier voor geïnformeerde toestemming bezorgd. Er werd hiervoor geen financiële vergoeding voorzien. Dit werd duidelijk gecommuniceerd.

Voor elk van de betrokken ziekenhuizen (cfr. infra) werd ook contact genomen met een geriater. Deze werd gevraagd aanwezig te zijn op de MMK als onpartijdige specialist, m.a.w. deze mocht nog niet betrokken zijn in de zorg voor de patiënt. De keuze voor een geriater vloeide voort uit het feit dat een geriater zich dagelijks op holistische manier bezighoudt met de zorg voor multimorbiede ouderen. Zoals reeds gesteld, worden de deelnemende eerste- en tweedelijnsartsen vanaf hier als "participanten" benoemd.

9. Betrokken ziekenhuizen

Per patiënt werd het regionale ziekenhuis gecontacteerd waar hij/zij gekend was. Toestemming voor de studie werd per ziekenhuis gevraagd aan de daar zetelende ethische commissie. Ook werd de vraag gesteld een lokaal ter beschikking te stellen voor de eigenlijke krans. Ook voor dit lokaal was geen vergoeding voorzien.

10. Organisatie MMK

Telefonisch werden alle participanten gevraagd naar een aantal data waarop ze ca. 1 uur konden vrijmaken voor de MMK. De HAIO-onderzoeker coördineerde zowel telefonisch als via e-mail met de participanten om zo tot een passend moment te komen. Alle kransen vonden plaats in het ziekenhuis.

Van zodra het moment vastlag, stuurde de HAIO-onderzoeker het ingevulde MMK-aanvraagformulier op naar de participanten. Dit gebeurde via een veilig kanaal (rechtstreekse overhandiging of medische elektronische post). Zo konden participanten de MMK voorbereiden, en het formulier als geheugensteun gebruiken tijdens de MMK. Samen met dit formulier stuurde de HAIO-onderzoeker ook een recente bloedname en relevante technische onderzoeken door. Er werden geen bloedafnames of technische onderzoeken gedaan specifiek voor het onderzoek, er werd enkel gebruik gemaakt van reeds beschikbare resultaten. Ook werd gevraagd aan de participanten om de voor hun deelgebied relevante dossieruittreksels mee te nemen.

11. Verloop MMK

Zoals dus al gesteld, was een van de kenmerken van een goed overleg een leider. Deze term vervingen we o.w.v. de hiërarchische bijklank door "moderator". Om het verloop van de verschillende MMK's zo gelijk mogelijk te houden en partijdigheid uit te sluiten, kozen we de niet-behandelende HAIO als moderator (m.a.w. een HAIO-onderzoeker die de patiënt nog niet kende uit de opleidingspraktijk). Een mede-onderzoeker filmde de MMK voor latere analyse. Deze beelden werden enkel bekeken door de HAIO-onderzoekers en werden na analyse vernietigd.

De modererende HAIO-onderzoeker begon steeds door zich voor te stellen en vroeg hetzelfde aan de participanten. Vervolgens werd het aanvraagformulier overlopen en per zorgelement werden de relevante tweedelijnsarts(en) en de huisarts aan het woord gelaten. Er werd gevraagd een status praesens te geven op vlak van kliniek, relevante parameters en medicatie. De samenvatting van de zorgdoelen werd overlopen. Steeds werd voor de start van de discussie dezelfde vraag gesteld:

"Kan de medische situatie geoptimaliseerd worden rekening houdende met de geuite zorgdoelen en het unieke verhaal van de patiënt?"

Aan de hand van discussie werd getracht tot een consensus te komen rond optimalisatie van de medische zorgen in het oog van de geuite zorgdoelen. Op elk MMK-aanvraagformulier was verder plaats voorzien voor een aantal specifieke vragen. Hier konden problemen worden verwoord tot een concrete vraag tot de groep of een bepaalde arts. Bvb. “Moet Entocort verder worden gegeven?” (MMK patiënt 8).

De moderator kreeg expliciete instructies niet inhoudelijk in te grijpen in de krans (dit om zo min mogelijk te interfereren met onderzoeksvraag 1). Ingrijpen mocht enkel ten bate van structureren, gaande houden van de discussie en iedereen aan het woord laten. De moderator moest er ook voor zorgen dat specifieke vragen werden aangekaart.

Na de krans werd de bereikte consensus samengevat toegevoegd aan het MMK-aanvraagformulier en toegestuurd aan alle participanten. Er werd hen gevraagd dit document toe te voegen aan het patiëntendossier en verdere beslissingen rond de patiënt te nemen rekening houdende met de consensus van de MMK.

12. Analyse MMK

Met behulp van de opgenomen video’s werden alle MMK’s uitgetypt tot transcripten. De transcripten werden niet opnieuw voorgelegd aan de participanten. Analyse gebeurde volgens de Grounded Theory aanpak van Glaser. Hiervoor werden de transcripten gefragmenteerd tot zinnen of delen van zinnen met eenzelfde achterliggend idee. Elk dergelijk fragment kreeg een code toegewezen (niveau 1). Alle tekstfragmenten met analoge codes werden vervolgens gegroepeerd in grotere categorieën (niveau 2 en 3). De niveau 3 codes werden vervolgens nogmaals gegroepeerd om zo tot hoofdthema’s van de MMK te komen.[22,23] De analyse werd onderbouwt met citaten uit de tekst. Een voorbeeld van deze analysemethode kan gevonden worden in tabel 7 in het hoofdstuk “resultaten”. De gestandaardiseerde inleiding die door de moderator werd gegeven, werd niet geanalyseerd. De geanalyseerde teksten en verkregen codes werden voorgelegd aan mede-onderzoekers en promotors die onafhankelijk van elkaar opmerkingen gaven en bijstuurden.

13. Bevraging participanten

Op basis van de kwalitatieve analyse van de MMK-transcripten en een peer debriefing met promotors en de 3 andere HAIO-onderzoekers, werd een vijfdelige vragenlijst opgemaakt (zie bijlage 4). De vragenlijst werd voorafgaand aan afname doorgestuurd naar de geselecteerde participanten. De vragenlijst werd per voorkeur telefonisch afgenomen op semi-gestructureerde manier. Participanten konden, indien niet bereid tot telefonische afname, de vragenlijst ook via mail beantwoorden.

Voor het onderzoek werd de steekproef door de onderzoeker gemaakt met het doel zo veel mogelijk informatie te halen een op voorhand geselecteerde groep van participanten (“purposeful sampling”).[24] Met dit doel voor ogen werden 8 participanten gekozen met maximale spreiding op een aantal vooraf bepaalde punten (“maximum variation sampling”): leeftijd, discipline, enthousiasme voor het project en al/niet reeds betrokken in behandeling patiënt. Het aantal participanten werd initieel geschat en dan bijgestuurd in functie van saturatie. Er werden vragen toegevoegd in functie van de respons.

14. Analyse beantwoorde vragenlijsten

De telefonische interviews werden opgenomen en uitgetypt. De transcripten werden niet meer voorgelegd aan de participanten. De fragmenten werden enkel door de afnemende onderzoeker bekeken en na verwerking vernietigd. De antwoorden van de verschillende participanten werden telkens gegroepeerd onder de vraag waarbij ze hoorden. Hieruit werd per vraag een genuanceerde samenvatting gemaakt van de antwoorden. Per vraag werden quotes uit de transcripten weergegeven om de samenvatting te onderbouwen.

15. Member check niet-geïnterviewde participanten

Na analyse van de interviews werd per vraag een verkorte samenvatting gemaakt van de verkregen antwoorden. Dit document (bijlage 4) werd via e-mail doorgestuurd naar alle participanten die aan een MMK hadden meegedaan. Op die manier werd enerzijds nagegaan of de samenvatting strookte met wat de participanten tijdens het interview gezegd hadden, en anderzijds of de niet-geïnterviewde participanten zich hierin konden vinden (“member check”). Indien gewenst konden er aanvullingen/correcties gemaakt worden zodat de samenvatting wel overeenkwam met hun mening.

VII. Resultaten

1. Rekrutering patiënten

In totaal werden 12 patiënten gecontacteerd. Daarvan vielen er 2 af wegens niet voldoen aan de inclusiecriteria. 2 patiënten vielen af wegens weigering bij het eerste verkennend gesprek. Er waren geen patiënten die hun medewerking staakten in de loop van het onderzoek. Uiteindelijk vond elke HAIO-onderzoeker 2 patiënten uit zijn praktijk die voldeden aan de criteria en hun geïnformeerde toestemming gaven voor deelname aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 80 jaar [75-86], ze hadden gemiddeld 5 [4-8] chronische ziektes en namen gemiddeld 9.5 [7-13] verschillende geneesmiddelen in. Tabel 5 toont een overzicht van de patiëntenkenmerken.

2. Rekrutering participanten MMK

In totaal werden 27 artsen gecontacteerd voor deelname aan in totaal 8 MMK's. 15 artsen waren al vooraf betrokken in de behandeling van de patiënt. De andere 12 hadden de patiënt nog niet gezien maar werden als nuttige experten uitgenodigd op de krans (waaronder 5 geriaters). 6 artsen weigerden hun medewerking (waaronder 4 behandelende artsen). 2 weigerende artsen verwezen naar een collega. Voor de MMK van patiënt 2 werden geen tweedelijnsartsen gevonden, deze ging dus niet door. Tabel 6 geeft een overzicht van de participanten. In totaal namen er 21 artsen deel aan een of meerdere MMK's.

3. Organisatie en verloop MMK

Tussen september en december 2015 vonden 7 MMK's plaats in 3 regionale West-Vlaamse ziekenhuizen. Elk van de geselecteerde patiënten was gekend in een van deze ziekenhuizen:

- AZ Groeninge (Kortrijk): 3 MMK's
- AZ Delta (Roeselare-Menen): 2 MMK's
- AZ Jan Yperman (Ieper): 2 MMK's

De kransen werden georganiseerd en gecoördineerd via mail en telefoon door één verantwoordelijke per twee kransen. Tabel 4 geeft weer hoeveel mails en telefoontjes nodig waren om de 7 kransen te laten doorgaan. Gemiddeld genomen kostte het 10 mails en 4 telefoons per krans.

De kransen gingen telkens door op een werkdag. 5 kransen vonden plaats over de middag, 2 na 18u. De kransen duurden gemiddeld 36 minuten (tussen 27 en 54 minuten).

	Mails	**Telefoons**
Onderzoeker 1 (1MMK)	17	7
Onderzoeker 2 (2 MMK's)	23	9
Onderzoeker 3 (2 MMK's)	15	8
Onderzoeker 4 (2 MMK's)	21	6

Tabel 4: *Aantal mails en telefoontjes nodig om de MMK te laten doorgaan. Mails en telefoons naar ethische commissies zijn niet meegeteld.*

	M/V	Lft	Zorgelementen	Artsen	Medicaties
Patiënt 1	M	78	Normale druk hydrocefalie Benigne prostaathypertrofie Allergisch astma Stoelgangsincontinentie	Huisarts Pneumoloog Neuroloog Neurochirurg Gastro-enteroloog	7
Patiënt 2	V	75	Multi-infarctsyndroom met secundair parkinsonisme Distale sensibele neuropathie Bilateraal lymfoedeem Degeneratief lijden rechterschouder Urge incontinentie Refluxoesofagitis Glaucoom	Huisarts Oftalmoloog Neuroloog	9
Patiënt 3	M	79	Failed back surgery syndroom Voorkamerfibrillatie Arteriële hypertensie Diabetes mellitus type 2	Huisarts Cardioloog	9
Patiënt 4	V	86	Arteriële hypertensie Diabetes mellitus type 2 Chronische nierinsufficiëntie stadium 3a Osteoporose Glaucoom	Huisarts Cardioloog Nefroloog Oftalmoloog	13
Patiënt 5	M	82	Harttransplantatie Pacemaker Chronische nierinsufficientie stadium 3a Ziekte van parkinson	Huisarts Cardioloog	8
Patiënt 6	V	76	Hartfalen met gedaalde ejectiefractie Intermittente voorkamerfibrillatie Adenocarcinoom borst met lytische botmetastasen Chronische nierinsufficientie 3b	Huisarst Cardioloog Oncoloog	10
Patiënt 7	V	85	Perifeer Arterieel Lijden Osteoporose Arteriële hypertensie Artrose (gon- en facetartrose)	Huisarts	10
Patiënt 8	V	80	CVA Morbiede Obesitas Arteriële hypertensie Hypercholesterolemie Osteoporose Spinaal kanaal stenose Chronische nierinsufficiëntie stadium 3a Collagene colitis	Huisarts	10

Tabel 5: *overzicht van de geselecteerde patiënten. Geslacht (M/V), leeftijd (Lft), actieve zorgelementen, behandelende artsen en aantal geneesmiddelen bij rekrutering zijn weergegeven. Van patiënt 2 werd uiteindelijk geen MMK gedaan wegens geen bereide tweedelijnsartsen.*

	Arts	Leeftijd	Discipline	Enthousiasme	Behandelend
MMK patiënt 1	Huisarts 3	≥ 50	huisarts	intermediair	ja
	Geriater 3	≥ 50	geriatrie	hoog	nee
	Neuroloog 1	< 50	neurologie	hoog	ja
	Neurochirurg 1	< 50	neurochirurgie	n.v.t.	ja
	Gastro-enteroloog 2	< 50	gastro-enterologie	n.v.t.	ja
MMK patiënt 2	Huisarts 3	≥ 50	huisarts	intermediair	ja
	Geriater 2	< 50	geriatrie	n.v.t.	nee
	Neuroloog 2	≥ 50	neurologie	n.v.t.	ja
	Vaatchirurg 1	< 50	vaatheelkunde	n.v.t.	nee
MMK patiënt 3	Huisarts 1	≥ 50	huisarts	hoog	ja
	Cardioloog 1	< 50	cardiologie	hoog	nee
	Geriater 1	≥ 50	geriatrie	hoog	nee
	anesthesist 1	< 50	anesthesie	hoog	nee
MMK patiënt 4	Huisarts 1	≥ 50	huisarts	hoog	ja
	Nefroloog 1	≥ 50	nefrologie	intermediair	ja
	Cardioloog 1	< 50	cardiologie	hoog	nee
	Geriater 1	≥ 50	geriatrie	hoog	nee
MMK patiënt 5	Huisarts 4	≥ 50	huisarts	hoog	ja
	Cardioloog 4	< 50	cardiologie	hoog	ja
	Nefroloog 2	< 50	nefrologie	hoog	nee
	Geriater 4	< 50	geriatrie	hoog	nee
MMK patiënt 6	Huisarts 4	≥ 50	huisarts	hoog	ja
	Cardioloog 4	< 50	cardiologie	hoog	ja
	Geriater 5	< 50	geriatrie	intermediair	nee
	Oncoloog 1	< 50	oncologie	hoog	ja
MMK patiënt 7	Huisarts 2	≥ 50	huisarts	intermediair	ja
	Geriater 2	< 50	geriatrie	hoog	nee
	Fysische 1	< 50	fysische	hoog	nee
	Cardioloog 3	< 50	cardiologie	intermediair	nee
MMK patiënt 8	Huisarts 2	≥ 50	huisarts	intermediair	ja
	Geriater 2	< 50	geriatrie	hoog	nee
	Fysische 1	< 50	fysische	hoog	nee
	Gastro-enteroloog 1	< 50	gastro-enterologie	hoog	ja
	Cardioloog 2	≥ 50	cardiologie	hoog	nee

Tabel 6: *lijst participanten gerangschikt per MMK. Leeftijd (<50 jaar/≥50 jaar). Discipline (medische specialisatie). Behandelend (al betrokken in zorgen patiënt voor de MMK). Enthousiasme: hoog (direct bereid tot deelname EN actief deelnemend op krans); intermediair (direct bereid tot deelname OF actief deelnemend op krans); laag (niet direct bereid tot deelname EN niet actief deelnemend op krans); n.v.t.: niet bereid tot deelname aan onderzoek. MMK van patiënt 2 ging niet door (geen tweedelijnsartsen bereid tot deelname). Participanten die verwezen naar een collega-arts (en dus zelf niet deelnamen aan een MMK) zijn niet weergegeven.*

4. Kwalitatieve analyse MMK

De uitgetypte MMK's werden gefragmenteerd tot zinnen of delen van zinnen met eenzelfde achterliggend idee. Elk dergelijk fragment kreeg een code (niveau 1) toegewezen. Alle tekstfragmenten met analoge codes werden vervolgens gegroepeerd in grotere categorieën (niveau 2). Vanuit deze categorieën werd vervolgens nogmaals een groepering uitgevoerd (niveau 3) om zo tot 5 hoofdthema's van de MMK uit te komen. Tabel 7 toont met voorbeelden hoe dit proces in zijn werk ging. Gebruikte afkortingen worden bovenaan volgende bladzijde uitgelegd.

Tekstfragment uit transcript	Codes niveau 1	Codes niveau 2	Codes niveau 3	Hoofdthema's MMK
Nef 1 (MMK patiënt 4): "En is zij goed met antwoorden en zo? Want ik weet dat eigenlijk niet."	Nef vraagt tot Ha of pt nog verbaal goed is.	Vragen tot bepaalde participant	Gerichte vragen en antwoorden	De participanten creëren een duidelijkheidskader voor de discussie
Ha 4 (MMK patiënt 5): "Ik heb het ook gelezen in verslag Neuroloog om hem 's morgens een Prolopa dispersable te geven, omdat dat nog wat vlugger zou werken. En een Prolopa HBS voor 's avonds. Dat heb ik nog niet gedaan, omdat hij met een acute bronchitis zat, waardoor het moeilijk zou zijn dat te evalueren."	Ha heeft suggestie Neu nog niet gedaan gezien recente bronchitis.	Argumenteren beslissing	Argumenteren	De participanten gebruiken verschillende technieken om beslissingen te nemen
Ger 2 (MMK patiënt 8): "Op haar verantwoordelijkheid. Zij LAAT haar verzorgen, LAAT pillen voorschrijven. Maar het is haar eigen verantwoordelijkheid. Het is geen kind he. Het is een volwassene. Ik denk dat dat gerust gezegd mag worden."	Ger stelt dat pt gerust op hun verantwoord-elijkheid mogen worden gewezen.	Verantwoordelijkheid patiënt	Patiënt persoonlijke factoren	De patiënt en zijn omgeving sturen de discussie
Resultaat:				
21 participanten + 4 moderatoren 7 MMK's 250 min beeldmateriaal	960 verschillende niveau 1 codes	115 verschillende niveau 2 codes	21 verschillende niveau 3 codes	**5 HOOFDTHEMA's MMK**

Tabel 7: *schematische voorstelling van de analytische methode toegepast op de transcripten van de MMK's.*

In wat volgt worden voor de **5 HOOFDTHEMA's** (1-5) telkens de **niveau 3 codes** besproken en gefundeerd met *tekstfragmenten* uit de transcripten. Gebruikte afkortingen zijn: Ha (huisarts),Car (cardioloog), Ger (geriater), Ane (anesthesist), Nef (nefroloog), GE (gastro-enteroloog), Neu (neuroloog), Onc (oncoloog), Fys (fysische geneeskunde) en pt (patiënt).

- **HOOFDTHEMA 1: De participanten creëren een duidelijkheidskader voor de discussie**

Hiermee wordt bedoeld dat de participanten een kader creëren dat niet rechtstreeks leidt tot beslissingen maar duidelijkheid schept tijdens de discussie. Bij het starten van de kransen was niet alles duidelijk na het voorlezen van het MMK-aanvraagformulier. Dit was zeker het geval voor participanten die de patiënt niet kenden (12 van de 21 participanten). Verder werden er tijdens de krans ook uitspraken gedaan door participanten die verduidelijkt dienden te worden. Deze duidelijkheid diende gevonden te worden vooraleer beslissingen op een gefundeerde manier konden worden genomen. Dit kon zowel gebeuren op inhoudelijk vlak als door het structureren van de discussie.

  - Een van de manieren om duidelijkheid te verkrijgen, was het **stellen van gerichte vragen**. De types vragen kunnen worden onderverdeeld in ziekte-gerelateerde en patiënt-gerelateerde vragen. Ziekte-gerelateerde vragen werden aan arts-specialisten gevraagd, zowel door huisarts, andere arts-specialisten als door de moderator. De inhoud van de vraag was dan gerelateerd aan het domein van de arts-specialist.

    - *GE 1: Raad je nog iets aan voor de cholesterol?*
    - *Car 2: Persoonlijk zou ik cholesterol niet bepalen omdat ik denk dat op deze leeftijd…*
    - *Ger 2: We hebben hier een goede cardioloog!*
    - *Car 2: Het belang van de cholesterolbehandeling… op deze leeftijd is moeilijk. Omdat ten eerste, er zijn eigenlijk niet zoveel goeie grote studies met oudere mensen en de meeste studies zijn eigenlijk op jongere mensen geweest waarbij dat de tachtig jarigen eruit vlogen. En men heeft dat gewoon geëxtrapoleerd en gezegd: "het is goed voor de jongere, dus het zal ook goed zijn voor de oudere".(MMK patiënt 8)*

    Er werden ook patiënt-gerelateerde vragen gesteld: woon- en gezinssituatie, zorgdoelen, cognitieve status, mening patiënt rond medicatie of onderzoeken, … Deze vragen werden vooral gesteld door arts-specialisten en de moderator aan de huisarts.

    - *Nef 1: en is zij goed met antwoorden en zo? Want ik weet dat eigenlijk niet.*
    - *Ha 1: ik vind haar cognitief en communicatief eigenlijk goed. (MMK patiënt 4)*

  - Een andere manier van duidelijkheid te scheppen was het maken van een **melding**. M.a.w. een participant die iets stelde zonder dat daar expliciet werd om gevraagd.

    - *Ger 4: Wat ik nog wil zeggen is dat kiné een hoeksteen van de behandeling van parkinsonpatiënten is. (MMK patiënt 5)*

  - Verder werden er ook **veronderstellingen** gemaakt over de patiënt. Hiermee wordt bedoeld dat er zaken, die een participant eigenlijk niet weet, voor waar worden aangenomen. Hoewel

ze dus niet noodzakelijk correct zijn, dragen deze ingrepen ook bij tot het verduidelijken van de patiënt.

- *Car 2: En waarschijnlijk is het een obese dame met veel inactiviteit.(MMK patiënt 7)*

- *Ger 3: Euh, dat stoelgangspatroon is naar mijn aanvoelen, als het geen overloop was, toch wel een beetje obsessioneel voor die man. (MMK patiënt 1)*

- Verder waren er ook nog momenten waarop **onduidelijkheid expliciet werd uitgeklaard**. In dit fragment was er verwarring rond de recent aangepaste dosis Burinex bij patiënt 6.

  - *Ha 4: Ja. Dus medicatie is niet veel veranderd. Dus Aldactone is gebleven. De Burinex is opgetrokken van een halve per dag naar een hele afwisselend met anderhalve per dag.*
  - *Moderator: Dus een hele en anderhalve ieder keer he?*
  - *Ha 4: Dus 5 mg en 7,5.*
  - *Car 4: Is dat de Burinex 5 en 7,5?*
  - *Ha 4: 5 en 7,5! Afwisselend!*
  - *Car 4: Ah, ik dacht dat hier stond afwisselend 5 en 2,5?*
  - *Ha 4: Neen neen, 5 en 7,5!*
  - *Car 4: Ah, ok! Omdat, in de ontslagbrief van deze week staat er: om de 2 dagen 1.5 en een halve van 5.*
  - *Ha 4: Ik ga dat eens nakijken … Aja inderdaad toch juist wat je zegt. (MMK patiënt 6)*

- Tot slot waren er nog de **modererende ingrepen**. Deze structureerden, herhaalden en expliciteerden wat was gezegd. Ze hielpen ook om iedereen aan het woord te laten en de krans on topic te houden. Een groot deel van deze ingrepen werd door de moderator gedaan, maar ook de participanten deden dit. In het eerste fragment vat de moderator de reeds overeengekomen wijzigingen samen. Het tweede fragment kadert in een discussie rond de bron van de rugpijn bij patiënt 7. Hoewel deze niet duidelijk was, werd er direct over mogelijke therapie gesproken.

  - *Moderator: Als ik misschien even kan samenvatten… Hetgeen we tot nu toe gedaan hebben is gekeken naar de medicatie. De consensus omtrent de maagperforatie was om eventueel toch 20 mg Pantomed te geven, alhoewel dat het geen 100% indicatie is. Een argument om Pantomed te stoppen is eventueel om niet te interfereren met de opname van de calciumzouten. Dus PPI afschaffen of niet? Dat blijft een beetje in het midden hangen. Asaflow, gezien de secundaire preventie doorgeven met CVA in voorgeschiedenis. Entocort heeft geen systemische effecten. Indien de colitis toch weer actief wordt, dan toch door te geven. Osteoporosebehandeling, gezien het aantal laag-energetische fracturen, op te starten met calcium, vit D en een bisfosfonaat. (MMK patiënt 8)*

  - *Car 3: Maar ik zou eens willen teruggaan naar de basis. Wat is eigenlijk de voornaamste klacht bij deze patiënte? We zijn nu aan het praten over de therapie, maar wat is haar voornaamste klacht? (MMK patiënt 7)*

- **HOOFDTHEMA 2: De participanten gebruiken verschillende technieken om beslissingen te nemen**

Om tot beslissingen te komen rond het medisch beleid van een patiënt moet er consensus gevonden worden. Dit werd gedaan aan de hand van verschillende technieken.

  - Een participant die zijn **mening** gaf over een bepaald aspect van het huidig beleid, was dikwijls de aanzet tot een discussie. Dit kon zowel gaan over zaken waarmee de participant akkoord ging als zaken die de participant anders zou doen. Vanuit deze opinies werd een gegeven in het medisch beleid opengetrokken en stond het open voor verandering.

    - *Car 1: Zij heeft eigenlijk geen actief cardiaal probleem maar ze neemt dan wel 12 soorten pillen. Ik vind dat ongelofelijk. (MMK patiënt 4)*

  - Een stapje verder was het **geven van suggesties of advies**. Deze kwamen voornamelijk van de aanwezige arts-specialisten (over hun domein). Ze waren gericht tot de huisarts en hadden tot doel een bepaald probleem te helpen uitklaren (diagnostisch, therapeutisch, omgeving patiënt). Het fragment hieronder gaat over een vrouw die slecht te been is en grotendeels dankzij haar terminale man kan thuisblijven. De geriater dringt aan op een inschrijving in een instelling.

    - *Ger 2: En is er hier een plan B? Als ze niet meer kan? Is ze zij ergens in een RVT preventief ingeschreven? Als zij altijd in haar cocon van zorgen zit en haar man gaat achteruit?*
    - *Ha 2: Nu gaat dat nog, maar als die man wegvalt… Die man heeft longkanker.*
    - *Ger 2: En is er een plan B voorzien?*
    - *Ha 2: Ik durf dat niet zeggen, ik weet het niet.*
    - *Ger 2: Mag ik u suggereren om dit alstublieft te doen? (MMK patiënt 8)*

  - Een andere manier om de discussie richting een beslissing te sturen, was het **maken van prioriteiten**. Per definitie was er bij alle geselecteerde patiënten sprake van een multiproblematiek (cfr. inclusiecriteria). Eerder dan te proberen voor elk probleem afzonderlijk een verbetering te vinden, werden er prioriteiten gemaakt. Zaken die belangrijker waren dan andere. Hierin speelde de huisarts een belangrijke rol daar hij het best wist wat voor de patiënt belangrijk was. Maar ook arts-specialisten die de patiënt nog nooit gezien hadden, maakten prioriteiten. Patiënt 6 leed aan terminaal hartfalen en had een gemetastaseerd longcarcinoom, de huisarts stelde in het begin van de krans direct dat de focus op comfort ligt. In het tweede fragment stelde de cardioloog dat “zijn” zorgelement minder belangrijk was dan de pijnklachten.

    - *Ha 4: We gaan volledig voor comfortzorg. (MMK patiënt 6)*

    - *Car 1: Er staat hier wel hartfalen maar die man heeft eigenlijk geen klinisch hartfalen. En als ik zo het verhaal lees: zijn voornaamste problematiek ligt in locomotorische zaken. De rug enz. (MMK patiënt 3)*

- Om een beslissing in een bepaalde richting te sturen, werd ook **geargumenteerd** door de participanten. Dit zowel voor het behouden van reeds ingestelde maatregelen, als voor het doorvoeren van aanpassingen. Argumenteren werd vaak gebruikt als het ging over medicatie. Als argumentering werden o.a. EBM, neveneffecten, indicatiestelling, voorgaande ervaringen enz. gebruikt. Hieronder een discussie tussen cardioloog en huisarts rond al dan niet switchen van vitamine K antagonist naar NOAC (nieuwe orale anticoagulantia). Beide probeerden de groep van hun gelijk te overtuigen door het aanhalen van argumenten.

  - *Car 1: Ik zou deze patiënt van een vitamine K antagonist op een NOAC zetten. Als je wil spreken over EBM. Je kan de EBM hier op heel de tafel uitstallen. Dit is een patiënt met een verhoogd bloedingsrisico, een oude patiënt. Die qua INR waarschijnlijk niet goed geregeld is gezien zijn graad van overgewicht. Maar je hebt toch een serieuze risico-reductie naar bloedingen toe en naar trombotische events.*
  - *Ha 1: wel eerste opmerking: het is verbazend maar die Marcoumar is wel goed geregeld. Die INR staat met een controle per maand goed. Ik denk niet dat ik in de drie jaar dat ik ga hem al een keer heb moeten aanpassen. NOAC evidence based? (schudt hoofd). Ik zie toch ook heel dikwijls bloedingen he.*
  - *CAR: ok maar je hebt met alle NOAC's wel een 30% risicoreductie voor bloedingen. En zeker ernstige bloedingen, intracraniële bloedingen. (MMK patiënt 3)*

- Een finale stap in het nemen van een beslissing, was het **vinden van overeenkomst of vaststellen dat er geen overeenkomst was**. De ideeën die in de loop van de MMK werden opgeworpen vonden pas goed ingang als er meerdere participanten akkoord gingen. Dan lag de weg open naar een beslissing. Indien er geen overeenkomst was, werd de discussie terug opentrokken en werden argumenten gebruikt om alsnog anderen te overtuigen. Zo kon vaak toch tot een beslissing worden gekomen. Hieronder een fragment uit de MMK van patiënt 4: een oudere dame die fors vermagerde. De huisarts dacht in de richting van een depressie, de geriater was hier minder van overtuigd en stelde een daghospitalisatie voor om het een en ander uit te klaren.

  - *Ger 1: Maar goed we zouden kunnen voorstellen dat die dame eens gaat naar het dagziekenhuis. We doen een gastroscopie, we doen een CT-abdomen. Als ze naar het dagziekenhuis komt dan kunnen we haar eens door de psycholoog laten bekijken. Dat er eens iemand neutraal eens kijkt van… naar het psychisch functioneren. Is dit iets cognitief of eerder iets depressief? En kunnen we daar iets mee verder?*
  - *Car 1: ik denk ook dat deze patiënt echt een meerwaarde zou hebben bij een opname in een geriatrisch dagziekenhuis. Ik denk dat dat veel geïntegreerder is dan alle specialisten apart van elkaar. (MMK patiënt 4)*

- **HOOFDTHEMA 3: De patiënt en zijn omgeving sturen de discussie**

Tijdens de krans werd voor beslissingen rekening gehouden met de patiënt en zijn omgeving.

- Participanten waren zich er bewust van dat de **wens van de patiënt** een majeure rol speelt in het nemen van medische beslissingen. Als de patiënt niet akkoord zou gaan dan zal de motivatie om het voorgestelde beleid te volgen laag zijn. In dezelfde lijn werd ook over de **weerstand van de patiënt** tegen beslissingen gesproken. In heel het zorgdoelverhaal is het de huisarts die door zijn dichte relatie, de rol van advocaat van de patiënt invulde. Hieronder twee fragmenten waarin patiënten hun wens en weerstand uiten rond een hospitalisatie en kinesitherapie.

  - *Ha 1: Anderzijds is er van de patiënte, ik ben er gisteren nog geweest, een vraag van "je gaat mij toch niet naar de kliniek doen". (MMK 4)*

  - *Ger 4: Dan kijk ik nog eens vanuit geriatrisch standpunt, ik heb hier een paar dingen opgekrabbeld. Hij komt in aanmerking voor E-pathologie. Ik zie hier dat hij kiné krijgt. Dat dat blijkbaar allemaal vlot verloopt. Dus dagelijks kiné, dat is ook een belangrijke hoeksteen bij Parkinson…*
  - *Ha 4: "Dat is te veel he, dat is te veel!" Ik hoor het hem zeggen. Hij is niet voor vreemden in zijn huis. (MMK patiënt 5)*

- Belangrijk voor de participanten was ook dat de genomen beslissingen de **autonomie van de patiënt** niet beperkten. Wat een patiënt zelf kan moet niet uit handen worden gegeven.

  - *Ger 2: Ja, het verbaast me dan een beetje dat ze 1 keer per week familiehulp heeft om eten te helpen klaarmaken.*
  - *Moderator: En de rest van de dagen dan alleen eten klaarmaakt?*
  - *Ger 2: Ja inderdaad. Het kan ook een scenario zijn dat je dat opdrijft, maar je moet haar zelfstandigheid niet afpakken eh, maar dat … ik vind het goed dat ze zelfstandig is. (MMK patiënt 7).*

- Een andere patiënt gerelateerde factor die beslissingen stuurde, was de passieve houding van bepaalde patiënten. Participanten vonden dat de patiënt een belangrijke **verantwoordelijkheid voor de eigen zorgen** draagt. Indien nodig mag er daarop worden gewezen. Hieronder: patiënt 8 wou meer kunnen doen in en rond het huis, dit was moeilijk door diffuse degeneratieve pijn. Ze vroeg al bij herhaling aan de huisarts om pijnmedicatie op te drijven. Voor kinesitherapie viel ze niet te motiveren. De geriater en fysiologe benadrukten dat patiënten hun eigen verantwoordelijkheid hebben. Een berustende, passieve houding is nefast.

  - *Fys 1: Denk je dat ze kan stappen? Als ik denk dat ze kan stappen, dan zeg ik dat. Dan zeg ik: "Kijk, volgens mij kan je beter stappen".*
  - *Ha 2: Ik denk dat er te weinig motivatie is.*

- *Ger 2: Ja maar dan moeten de consequenties daarvan worden uitgelegd: "Kijk, de dag dat je dat niet meer kan bewegen, dan kan je niet meer thuis zijn eh. Je gaat er u wel moeten bij neerleggen."*
- *Moderator: En de nadruk leggen op twee-richting?*
- *Ger 2: Ja, op haar verantwoordelijkheid. Zij LAAT haar verzorgen, LAAT pillen voorschrijven… Maar het is haar eigen verantwoordelijkheid. Het is geen kind he. Het is een volwassene. Ik denk dat dat gerust gezegd mag worden. (MMK patiënt 8).*

- Ook voor de **<u>omgeving van de patiënt</u>** was er oog. Zo werd in elke krans de woonsituatie in de inleiding uitgelegd en werd er ook actief naar gevraagd door de participanten. Een eventuele plaatsing in een rusthuis werd besproken bij een aantal patiënten.

- **<u>Familie</u>** speelde tevens een belangrijke rol. Door hun nabijheid hebben ze ook ideeën en verwachtingen rond de patiënt. Het is dan ook logisch dat dit de beslissingen mee stuurde.

  - *Ha 3: Er is ook wel heel wat familiale problematiek... Daar gaan ze waarschijnlijk bij u niet over gesproken hebben. Zij hebben twee... euh nee, pardon, één geadopteerde dochter... Ze konden geen kinderen krijgen, ze hebben dan een dochter geadopteerd. En die dochter kon dan ook geen kinderen krijgen en die heeft twee kinderen geadopteerd waarbij dat de relatie met die kinderen, die nu ondertussen rond de 20 jaar zijn, heel slecht gaat. Er zit daar één jongen die in de psychiatrie beland is. (MMK patiënt 1)*

- Hoewel het primair geen doel was van de MMK werd ook **<u>thuishulp</u>** aangekaart. Zowel bestaande hulp als mogelijke versterkingen.

  - *Ger 1: Nu, net zoals haar man is ze zeer onzeker over haar medicatie. Ze neemt het allemaal zelf. Eigenlijk zou die medicatie toch moeten worden klaargezet.*
  - *Ha 1: haar man zet het klaar he. Met zijn beperkingen he.*
  - *Ger 1: misschien kan dat samen met de thuisverpleegster in een weekpotje klaargezet worden, dat gaat een heel stuk veiliger zijn. (MMK patiënt 4)*

- Wat ook betrekking heeft op de patiënt is zijn of haar **<u>functionele status</u>**. Hierbij gaat het naast de status praesens van de patiënt op medisch vlak ook over de cognitieve faculteiten, beweging, vallen en ADL. Voor sommige beslissingen was het belangrijk te weten wat de patiënt nog kan doen, en wat hij nog wil kunnen doen in de toekomst. Behoud van functie werd meermaals als doel gesteld tijdens de krans.

- **HOOFDTHEMA 4: De participant en zijn kijk op de patiënt en de geneeskunde sturen de discussie**

Ook zaken die niet te maken hadden met de patiënt maar wel met de participanten zelf, stuurden de uitkomst van de kransen.

  - Elke participant was actief als arts op het moment van de MMK. **Voorgaande ervaringen** oefenden dan ook hun invloed uit. Hieronder uit Ha 4 zijn reservaties voor bepaalde Parkinsonmedicatie gebaseerd op voorgaande ervaringen.

    - *Ha 4: Kwestie van die Parkinsonmedicatie: ik zou eerst dat nu aanpassen, die Prolopa HBS en dispersable en dan in tweede instantie eventueel met een Azilect maar ik ben daar persoonlijk bang van. Ik heb er daar toch al zo veel slecht mee geweten.*
    - *Moderator: En wat bedoel je met slecht?*
    - *Ha 4: Dat ze hypotensief zijn, niet meer weg kunnen, vallen. (MMK patiënt 5)*

  - Verder zijn de participanten ook mensen van vlees en bloed, mensen met **frustraties en emoties**. Ook deze kleurden de discussie. Frustraties waren gericht op zowel patiënten als collega-artsen. Onderstaand fragment toont de frustraties van huisarts 1 t.a.v. de patiënt en de behandelende cardioloog i.k.v. de medicatie.

    - *Ha 1: Die enorme medicatielijst is een erfenis. Dat zijn nieuwe patiënten van een huisarts en een hartspecialist met een andere filosofie dan de mijne. En ik krijg daar dus geen pil van af. En als ik dan een afschaf, dan mogen we 's middags terug gaan omdat de bloeddruk weer 18/10 staat. En dan neemt ze contact met de behandelende specialist die dan nog een pilletje bijgeeft. En we zijn vertrokken. Tussen droom en daad staan soms wetten in de weg en praktische bezwaren. (MMK patiënt 4)*

  - Participanten gaven tijdens de krans ook openlijk toe dat er onderwerpen zijn waar ze **moeilijkheden bij ervaren**. Dit gaat dan o.a. over afbouw of opstart medicatie, verminderen van controle-afspraken, slecht nieuws brengen, patiënten iets ontzeggen, …

    - *Ha 1: ik vind een gemetastaseerde kanker als slecht nieuws gemakkelijker te brengen dan dementie. Dat is waar ik het het moeilijkst mee heb. (MMK patiënt 4)*

  - Verder hebben participanten **opinies** die gebaseerd zijn op ervaring, EBM, specifieke vakexpertise, … Deze wegen ook op de discussie door. Zie ook hoofdthema 2.

  - Tijdens de MMK ging het ook over **communicatie**. Het betreft stukken tekst waarbij participanten aanhaalden hoe ze communiceerden met de patiënt, de familie van de patiënt of met andere artsen. Het was duidelijk dat een niet goed gecommuniceerde beslissing moeilijker ingang zal vinden bij patiënt, familie of andere artsen. Het eerste tekstfragment hieronder gaat over communicatie rond het nakende levenseinde van patiënt 6. In het tweede wordt er gediscussieerd rond de beste manier van communiceren onder artsen.

- *Ger 5: Maar ja, ik denk dat wat die vrouw ook wenst, is waarschijnlijk op tijd van de cure naar de care gaan. Ze gaat achteruit en het is belangrijk van dat moment toch inderdaad op tijd in te schatten en te communiceren, zeker bij iemand die het nu zelf ook aangeeft.*
- *Ha 4: Bij haar is dat nooit een probleem geweest, heel open rond het einde.*
- *Onc 1: Heel open, dat is een madam, daar kun je goed mee babbelen. (MMK patiënt 6)*

- *Ha 1: En wat vind jij dan een goede manier van te communiceren?*
- *Ger 1: Oh hetzij telefonisch hetzij via mail. We hebben vaak vooraf telefonisch overleg, van kijk, de huisarts die de patiënt meestal veel beter kent die dan zegt. Kijk er moet een CT gebeuren, een gastroscopie, moet cognitief eens bekeken worden. Een urologisch probleem. Dat is veel beter vooraf te bespreken dan dat ze komen toe om 8u met een brief en dan moet alles nog gepland worden. Dan is dat moeilijk voor ons voor te organiseren.*

- Ook **<u>medicolegaliteit</u>** stuurde een aantal keer de discussie in een bepaalde richting. Sommige beslissingen werden al of niet genomen met het oog op mogelijke tucht- of strafrechterlijke gevolgen. Hieronder: een voorbeeld van een patiënt die veel medicatie neemt, diabetes heeft en slecht te been is maar wil blijven autorijden.

  - *Ger 1: dat is ook een opmerking die ik heb opgeschreven: besturen van de auto. Zijn visus is al een heel tijdje niet meer nagekeken geweest. Diabetes he. Zijn kracht en zijn coördinatie in de onderste ledematen is waarschijnlijk niet meer…En toch blijft hij met de auto rijden. Ja eigenlijk medicolegaal moet dat toch besproken worden met hem.*
  - *Ha 1: wat bedoel je met medicolegaal?*
  - *Ger 1: Wel als hij een rijbewijs heeft, aanvaardt hij dat hij over voldoende lichamelijke en psychische capaciteiten beschikt om te rijden. Op het moment dat hij het een en ander van sederende medicatie neemt en fysiek achteruit gaat, moet dat in principe in vraag worden gesteld. (MMK patiënt 3)*

- **<u>Evidence based medicine</u>** (EBM) werd op alle kransen hoog in het vaandel gedragen. De participanten vonden EBM en richtlijnen doorslaggevend bij het nemen van beslissingen. Anderzijds werd er ook soms opzettelijk van afgeweken omwille van de specificiteit van de patiënt. Hieronder een fragment uit een discussie rond chronische inname van onstekingsremmers (NSAID's). Om haar argument kracht bij te zetten gebruikt de geriater EBM.

  - *Car 2: We kunnen maar vaststellen dat bij een aantal mensen, ja, geholpen zijn met chronisch NSAID's.*
  - *Ger 2: Intermittent, kort, zo laag mogelijk. Maar chronisch? Nee! Als je zegt: "je moet dat chronisch geven", dan gooi je de start/stop-criteria over boord. En dat doe je niet. (MMK patiënt 8)*

- **HOOFDTHEMA 5: Vertrekkende van een probleemlijst, met diagnostiek waar nodig, worden therapeutische wijzigingen doorgevoerd**

Uiteindelijk werden therapeutische beslissingen rond actieve zorgelementen genomen. Waar het nodig was voor een gefundeerde beslissing, werd nog gediscussieerd over diagnostiek.

- Op elke krans werd er gestart met het overlopen van het MMK-aanvraagformulier met o.a. een oplijsting van de **actieve zorgelementen**. Zorgelementen waarrond er vragen of problemen waren, werden als prioritair aangeduid. Vertrekkende vanuit de status praesens van de verschillende zorgelementen werd er gediscussieerd en gekeken waar er verbetering mogelijk/nodig was. Hieronder overliep de behandelende cardioloog de huidige cardiale status en suggereerde aanpassingen.

  - *Car 4: Qua cardiale status: ze is dus recent terug opgenomen met een nieuwe cordecompensatie. Dus op echo waren de vullingsdrukken terug te hoog, haar NT-pro-BNP was terug gestegen. De diuretica zijn terug wat opgedreven. En er is ook losartan, denk ik, voorgesteld, een halve van 50. Ook om in feite wat afterloadreductie te geven, om haar hemodynamiek toch wat te verbeteren en haar dyspnoe ook wat te verbeteren. Dus om toch de hartfalentherapie toch wat op peil te houden omdat dat naar quality of life denk ik toch wel, ja, kan een meerwaarde bieden. Dus Aldactone 25 krijgt ze en Burinex . Lanoxin kan ook helpen, vooral bij terminaal hartfalen heeft dit zeker nog wel een plaats. Daar moet de spiegel dan wel opgevolgd worden. (MMK patiënt 6).*

- Soms was verder aflijnen van het zorgelement nodig, of werden er onderliggende problemen vermoed. In deze gevallen werd er gediscussieerd over te nemen **diagnostische stappen**. In dit fragment had patiënt 7 pijn aan een been, het was al niet duidelijk welk been getroffen was en al helemaal niet wat de origine was. Vandaar dat voorrang werd gegeven aan diagnostiek alvorens in te grijpen.

  - *Car: Dan zou het allemaal over haar linker been moeten gaan. Als het rechts is…*
  - *Ger 2: Vooraleer we uitspraken doen over NSAID's of pijnstillers, denk ik dat we diagnostisch moeten gaan uitspitten: wat is dit?. Want we zien nu de patiënt niet en we kunnen blijven discussiëren.*
  - *Fys 1: Rest nog de mogelijkheid tussen arteriële claudicatio, terminale gonartrose, spinaalstenose, … (MMK patiënt 7)*

- Met **therapeutische wijzingen** wordt zowel verwezen naar het opstarten van nieuwe als het behoud of stopzetting van huidige therapieën. Een groot deel van de tijd werd gespendeerd aan het discussiëren rond medicamenteus-therapeutische wijzigingen (stoppen, indicatie, EBM, opstarten, dosis, neveneffecten van medicatie, …). Hieronder een fragment met discussie over de volgorde medicatie-afbouw bij patiënt 4, een oudere dame die 13 verschillende geneesmiddelen innam. Door argumenteren werd uiteindelijk een concrete beslissing genomen die ook werd uitgevoerd bij de patiënt.

- *Nef 1: Ik denk dat als je het sartaan behoudt, je eerst de spironolacton stopt. En dan kun je de Lasix in eerste tijd nog houden. Ofwel doe je het omgekeerd he. Als je die sartaan stopt dan mag ze van mij een beetje spironolacton geven. Maar ik zou de Zyloric, de Moxon, de Zocor stoppen. Maar naar cardiaal toe, als ik niet echt een harde reden heb dan stop ik geen ACE-inhibitor of sartaan. Als er tekens zijn van hartfalen.*
- *Car 1: olmesartan er uithalen dat zal het minste weerslag hebben. Want als je hier zegt als sequentie: Moxon, aldosteron, Lasix en dan olmesartan; dat vind ik minder. Ik zou eerst de olmesartan eruit halen, dat zal ze niet merken. De diuretica stoppen dat kun je voelen. Als ze diastolisch hartfalen heeft he. Want een ACE-inhibitor of een sartaan dat is geen behandeling voor diastolisch hartfalen. (MMK patiënt 4)*

5. Steekproef participanten voor interview

Ongeveer 2 maand na afloop van de kransen werd een zo gevarieerd mogelijke steekproef genomen uit de participanten. Bij deze steekproef werd een semi-gestructureerd interview afgenomen. De voorkeur lag bij een telefonisch interview omwille van rijkere responsen en de mogelijkheid uit te diepen/uit te klaren. Desalniettemin konden participanten die dit wensten ook via e-mail op de vragenlijst antwoorden.

8 participanten werden gekozen om een zo groot mogelijke spreiding te bekomen op 4 parameters (leeftijd, discipline, enthousiasme voor en tijdens de MMK en al/niet behandelend); zie tabel 8. 6 personen werden telefonisch geïnterviewd, 2 wensten enkel via mail te antwoorden. Er werden geen extra personen aan de steekproef toegevoegd daar na 8 interviews geen nieuwe informatie meer werd verkregen (saturatie). Tijdens het uitvoeren van de interviews werd 1 subvraag toegevoegd op aangeven van een van de participanten (vraag 2d rond de rol van EBM).

	Leeftijd	Discipline	Enthousiasme	Behandelend
Cardioloog 1	<50	cardiologie	hoog	nee
Huisarts 1	≥50	huisarts	hoog	ja
Geriater 2	<50	geriatrie	hoog	nee
Gastro-enteroloog 1	<50	gastro-enterologie	hoog	Ja
Huisarts 2	≥50	huisarts	intermediair	Ja
Geriater 3	≥50	geriatrie	intermediair	neen
Gastro-enteroloog 2	<50	gastro-enterologie	n.v.t.	ja
Nefroloog 2	<50	nefrologie	hoog	nee

Tabel 8: *leeftijd (<50 jaar/≥50 jaar). Discipline (medische discipline). Behandelend (al betrokken in zorgen van patiënt voor MMK). Enthousiasme: hoog (direct bereid tot deelname EN actief deelnemend op krans); intermediair (direct bereid tot deelname OF actief deelnemend op krans); laag (niet direct bereid tot deelname EN niet actief deelnemend op krans); n.v.t.: niet bereid tot deelname aan onderzoek. Ger 2 en GE 2 werden via e-mail bevraagd, de rest telefonisch.*

6. Kwalitatieve analyse interview participanten

Hieronder wordt een overzicht van de antwoorden per vraag overlopen. Er worden *citaten* uit de tekst gebruikt als extra duiding.

- **VRAAG 1: Algemene indrukken/bemerking rond de MMK?**

Er kan gesteld worden dat de algemene indrukken positief waren. Quasi alle participanten zagen de meerwaarde in van samen te zitten rond een complexe patiënt.

- *Car 1: Ik vind het een nuttig initiatief. Zeker omdat het een overleg is met verschillende partners van zorg die anders niet zo vlug bij elkaar zitten.*

Zonder uitzondering werd wel telkens de nuance gemaakt dat de MMK in zijn huidige vorm niet haalbaar is. Vooral het tijdsaspect is hierbij de boosdoener. Zowel de duur van de krans als het vinden van een geschikt moment worden aangehaald als struikelblokken.

- *Ger 3: Ik denk dat het zeer tijdrovend is voor ons om daar allemaal te zitten.*

- *Car 1: Anderzijds vond ik het te geëlaboreerd om het klinisch toepasbaar te maken.*

Een aantal participanten maakte in deze eerste open vraag al direct de zijsprong naar selectie van patiënten. In het huidig zorglandschap nemen zowel leeftijd als multimorbiditeit toe. De participanten zagen het dan ook niet zitten om dit soort kransen in te roepen bij elke multimorbiede 75-plusser. Er moet een selectie gemaakt worden in deze groeiende groep.

- *GE 1: Ik denk dat het vooral moet gaan om moeilijke patiënten die je een keer met anderen zou willen bespreken.*

- *Ger 3: De ideale patiënt is een zeer complexe moeilijke patiënt waar niemand mee voorruit geraakt, daarvoor kan je dat (een MMK) wel een keer doen. Maar voor een evidente casus is het zeker niet wenselijk om dat te doen.*

- **VRAAG 2: Wat vond u van de vorm van het overleg?**

In deze vraag werd ingezoomd op het formele en organisatorisch van de krans. Er werd gevraagd naar (a) bedenkingen rond het organiseren van de MMK, (b) het MMK-aanvraagformulier, (c) de rol van de moderator, (d) de rol van EBM en (e) de verhouding tijd/resultaat.

a) Omtrent het **organiseren van de krans** waren de meningen verdeeld. De organisatie van elke MMK werd door telkens 1 van de 4 HAIO's gecoördineerd. Dit gebeurde via mails en telefoontjes om een geschikt moment te vinden voor iedereen. Een van de participanten uitte hierrond ongenoegen. Vooral het aantal telefoontjes, te lange mails en de onduidelijkheid rond welke HAIO wat deed in het geheel van de thesis waren storend.

- *Ger 3: Dus dat was al een heel foute insteek die heel slecht overkomt op de mensen die die mail moeten lezen. Zo van HAIO, wat is dat weer? Wie stuurt er dit? Dat was allemaal niet zo duidelijk en de brieven waren veel te groot. Ik denk dat het allemaal veel bondiger en correcter geformuleerd kan worden.*

Een andere participant had er minder problemen mee maar vond dat de manier van organiseren niet efficiënt was om het een toepasbaar instrument te maken.

- *Ha 1: Maar ik vermoed dat er wel een hele organisatie aan te pas is gekomen van bellen en plannen, dus ik denk dat er daar toch een efficiëntere manier moet voor gevonden worden voor in de toekomst…*

De rest van de participanten konden niet direct een andere manier bedenken om dergelijke krans te organiseren en hadden dan ook niet veel opmerkingen.

b) Rond het **MMK-aanvraagformulier** waren de meningen gelijk: het bevatte de noodzakelijke gegevens om deel te nemen aan de krans, de discussie te kaderen en als houvast te dienen tijdens de krans.

- *GE 1: MMK-formulier? Wel zeer goed want het schetst en kadert het debat. Ik vond dat positief.*

c) Een volgend vormelijk punt van de MMK was **de moderator**. Wij kozen voor een niet betrokken HAIO-onderzoeker als moderator. De aanwezigheid van een moderator werd door niemand als overbodig ervaren. Er is iemand nodig die de krans in goede banen leidt, die mensen op gestructureerde manier aan het woord laat en ervoor zorgt dat de vooropgestelde problemen worden aangekaart.

- *Ha 2: Ik vind toch wel dat het nodig was dat er een moderator bij was, anders ging er misschien te veel oeverloos gebabbeld worden.*

- *Ha 1: …het blijft moeilijk om bij de patiënt te blijven. Er wordt nogal snel naar algemeen gegaan. En misschien dat hier de taak van de moderator toch in ligt?*

Wie deze moderator moest zijn, was minder duidelijk. De participanten vonden dit een uitgelezen rol voor de behandelende huisarts. Die kent namelijk de patiënt het best en zal het vlugst problemen of tegenstellingen in de medische zorg opmerken.

- *Car 1: Ik denk dat dat beter de huisarts is, ik denk niet dat dat iemand onpartijdig moet zijn. Ik denk dat als er zo'n platform zou komen in de praktijk dat dat nuttiger zou zijn dat het de huisarts is die het heeft over de patiënt waar hij vragen bij heeft.*

- *GE 1: Voor dergelijke kransen zijn wij (arts-specialisten) eerder consulenten… Ik persoonlijk denk dat het beter zou zijn dat de eigen huisarts dat modereert. Want als huisarts ken je de patiënt natuurlijk zeer goed. Dat zorgt voor meer interactie en de interactiviteit zorgt voor de nuttigheid van zo'n krans.*

Andere mogelijkheid is een onpartijdige moderator zoals in het onderzoek, al was niet duidelijk waar deze dan moest vandaan komen. Een participant stelde dat de moderator elke betrokken arts kan zijn die de krans bijeenroept voor een gepercipieerd probleem.

- *Nef 2: De arts die de patiënt het meest ziet zou ik zeggen. En die dan de krans samenroept zeker. Moet dat per se de huisarts zijn? Bij voorkeur gaat dat wel de huisdokter zijn maar ik kan me voorstellen dat je als cardioloog of nefroloog ook eens zeg: "We gaan iedereen eens samenroepen om een geval te bespreken."*

Hiermee werd ook direct ingegaan op de manier waarop een MMK wordt bijeengeroepen. Volgens de participanten zal dit vaak op vraag van de huisarts zijn die, zoals al gezegd, een probleem ervaart. Echter even goed kunnen andere artsen die moeilijkheden ondervinden zo'n krans samenroepen.

d) Een volgende subvraag bevroeg de **rol van EBM** in zo'n krans. Iedereen was het eens dat er niet om EBM heen kan worden gegaan. Het lijkt echter weinig nuttig de krans te openen met een overzicht van de evidence die van toepassing is op de patiënt. Richtlijnen werden geacht gekend te zijn.

- *Ger 3: Je moet altijd weten wat de richtlijnen zijn van waaruit je vertrekt.*

Anderzijds maakten een aantal participanten de nuance dat de EBM-richtlijnen niet altijd te verenigen vallen met de concrete situatie van de unieke patiënt. Er werd geopperd dat net voor die patiënten, de MMK misschien een meerwaarde kan vormen.

- *Car 2: Ik denk dat het (de MMK) beter is voor patiënten waarbij de EBM-richtlijnen niet opgaan. Anders is het clear-cut wat de zaken zijn die moeten gebeuren. Er zijn namelijk vaak conflicten tussen verschillende organen, bijvoorbeeld het hart en de nieren zijn vaak conflicten in de orgaanspecifieke richtlijnen.*

- *Ha 1: Als we voor mij de definitie van een MMK zouden zoeken, dan is het: "deze unieke particuliere patiënt met zijn uniek verhaal houden tegen het licht van de aanbevelingen, en dan daarvoor een behandelingsplan maken."*

- *GE 2: Het nut van zo'n krans is voor mij: "hoe kunnen we de richtlijnen aanpassen aan de complexiteit van de patiënt?"*

e) Als laatste vraag rond de organisatie en vorm van de MMK, werd gevraagd hoe de **verhouding tijd t.o.v. behaald resultaat** werd ervaren. Deze werd door de geïnterviewde participanten als ongunstig ervaren. Telkens werd dit beargumenteerd met het zicht op een eventuele toekomstige ontplooiing in het zorglandschap. Dan zou 30-45 minuten per patiënt onhaalbaar lang zijn.

- *Ha 1: Maar het heeft heel veel tijd en energie gevraagd en ik vraag mij af of we dat op die manier wel verder kunnen blijven doen.*

- **VRAAG 3: Waarom kan de MMK een waardevolle aanvulling zijn op reeds bestaande zorgen?**

Hierop antwoordden de participanten dat de waarde vooral ligt in het overleggen tussen de verschillende behandelende artsen. In plaats van los van elkaar antwoorden te trachten vinden, wordt er samen gekeken wat mogelijk is. Eventuele conflicterende meningen of prioriteiten komen tijdens het overleg bovendrijven en niet wanneer de patiënt voor je zit.

- *Car 2: Je hebt een bepaalde patiënt die bij een aantal specialisten wordt gevolgd, zoals er vele patiënten zijn, en je zit her en der met onduidelijkheden en conflicten. Het is beter dat er dan samen wordt gezeten daar rond… Ik denk dat dat een meerwaarde kan bieden voor de individuele zorg voor de patiënt zowel voor als na de krans.*

- *GE 2: Het is beter van een kwartier samen rond tafel te vergaderen met meerdere partijen dan twintig bladzijden te schrijven met bloeduitslagen en scanners. Nog een keer, dat hoeft niet lang te zijn maar er moet consensus gevonden worden voor de kwaliteit van de mensen. Dat is iets wat we het best kunnen doen door mondeling overleg.*

- *Ger 2: Het kan bepaalde problemen helpen oplossen door de bredere blik dat dit overleg biedt, anderzijds worden bepaalde nuances gegeven door alle deelnemers met betrekking tot diagnose, guidelines, enz.*

Verder is het op een interactieve krans gemakkelijker de unieke patiënt als een geheel te zien. Alle actoren dragen bij tot het totaalbeeld van de patiënt. Zo kennen orgaanspecialisten de patiënt heel goed in hun deelgebied, terwijl de huisarts het overzicht bewaart op zowel medisch als niet-medisch vlak. Omwille van diezelfde reden kan de krans misschien een brug slaan tussen de thuissituatie en het ziekenhuis.

- *GE 2 (op de vraag wat de meerwaarde van een MMK is): Een betere samenwerking tussen specialisten en huisartsen, tussen ziekenhuizen en thuis. Dat is natuurlijk heel belangrijk he. Ik heb soms het gevoel dat wij (specialisten) te weinig communiceren naar jullie (huisartsen) toe. Wij proberen natuurlijk altijd een brief te sturen met de verschillende medicaties maar er zijn heel veel factoren die ons ontsnappen. O.a. de sociale omkadering is een belangrijk stuk informatie dat wij niet altijd hebben.*

- **VRAAG 4: Als u iets mocht veranderen aan dit overleg ter verbetering, wat zou dit zijn?**

Met deze vraag hoopten we bepaalde ideeën of suggesties te krijgen om het huidige concept te verbeteren. Voor sommige participanten was verbetering vooral te vinden op organisatorische vlak. Zoals al gezegd vond een van de participanten dat het contacteren en het zoeken van een geschikt moment efficiënter moet gebeuren: minder gebel, kortere mails en één persoon die als aanspreekpunt dient. Verder moet de krans ook op een gemakkelijk bereikbare plaats worden gedaan en een op een doenbaar moment.

- *Nef 2: Het ideale is een vorm waar iedereen gemakkelijk naar toe kan gaan. Een soort lokaal die voor iedereen vlot beschikbaar is. Vlot kunnen parkeren en een goede voorbereiding van het dossier.*

Een andere terugkerend verbeterpunt is selectie van patiënten. Niet zomaar elke 75-plusser met een aantal ziekten kan of moet worden besproken. Het moet gaan om patiënten met een duidelijk afgelijnd probleem waarvoor er geen of conflicterende opties zijn.

- *Car 1: Er moet een concrete nood zijn, een concrete doelstelling of een concreet conflict zijn in de behandeling van de patiënt om zoiets ook nuttig te maken.*

- *Nef 2: Er moet zeker een factor vraag van eerste naar de tweede lijn zijn. Want als je als huisarts zegt "ja ik weet perfect wat te doen met de instructies die ik per brief krijg of wat dan ook", dan is dat weinig nuttig. Dus er moet zeker een insteek van de huisarts zijn van "ik geraak hier niet goed weg" of "ik zit hier met tegenstrijdige adviezen." Dus een specifieke vraag van de eerste lijn. Of van een orgaanspecialist die zegt "ik geef hier richtlijnen en iedereen doet hier zijn ding." Er moet een gepercipieerd probleem zijn.*

Tijdens de krans gaat het idealiter dan ook enkel over deze afgelijnde problemen of vragen. Er moet worden vermeden dat er oeverloos wordt gesproken zonder duidelijk doel waar naartoe wordt gewerkt. Al moet het ook mogelijk zijn, in geval van grote complexiteit, een dossier volledig te bekijken.

- *GE 1: Het moet afgelijnd en goed voorbereid zijn. Het is niet de bedoeling dat iemand komt met een dossier zonder dat hij weet wat te vragen. We kunnen natuurlijk ook niet van elk dossier alles van A-Z bekijken.*

- *Nef 2: Ik kan me evengoed patiënten voorstellen waar je toch eens algemeen wil bekijken en dan kun je patiënten hebben met een specifieke vraag. Ik zou dat van patiënt tot patiënt laten afhangen. En zeg je dat er geen grote problemen maar wel een aantal vragen zijn, dan kun je dat wat beperken. En als het dan een complexe casus is, een transplantpatiënt bvb., dan kan het geen kwaad dat de hele patiënt wordt besproken.*

Er werd ook gevraagd naar de mening rond financiële vergoeding. De helft van de participanten vond vergoeding niet nodig of toch niet het belangrijkste. De andere helft vond dan weer dat de tijd die er in wordt gestoken wel mag vergoed worden, en dat zonder financiële incentive mensen samen krijgen moeilijk zal zijn.

- *Ger 3: Daar heb ik het allemaal een beetje moeilijk mee, we zijn in crisisperiode, we moeten bezuinigen in de geneeskunde en eigenlijk heeft iedereen die patiënt al gezien. We hebben dus allemaal al onze nomenclatuur aangerekend.*

- *Car 1: Ik denk wel dat dat best vergoed zou worden. Anders is dat zoals bij de MOC en krijg je daar niemand naartoe. Dat is met alles zo in de geneeskunde. Hoe je dat dan vergoedt: per patiënt of met een forfait, dat is een vraag die verder moet worden bekeken.*

Er werd ook steeds gevraagd naar andere manieren een MMK te laten doorgaan, anders dan live samenzitten op één plaats en moment. Door sommige participanten werd Skype of teleconferencing voorgesteld.

- *Ger 2: Andere vormen van overleggen zouden zeker een tegemoetkoming zijn. Als wij ons hier moeten verplaatsen en dat je een uur onderweg bent en dan nog drie kwartier tot een uur voor de conferentie, dan ben je rap twee uur kwijt. Dus als je een uur kunt winnen door een digitale oplossing dan zou dat zeker niet slecht zijn. Als de techniek werkt natuurlijk he.*

Niemand was te vinden voor een mail-vorm. Het interactief aspect gaat daarbij te veel verloren. De meeste participanten zien live samenzitten, ondanks de grotere tijdsinvestering, nog het best zitten.

- *GE 1: Ik vond het goed zoals het was, nu was het met iedereen rond de tafel. Nu dat kan ook via Skype of dergelijk device gebeuren maar ik denk dat dat het beste is, via mail of zo zal dat niet gaan. Het is belangrijk de collega's te zien en interactie te hebben. Ik denk dat dat rijker zal zijn als je live samenzit.*

- **VRAAG 5: Slaagt het MDO/MMK erin om de zorgdoelen en het niet-medische verhaal van de patiënt te implementeren in de medische zorgen?**

Vooraf werd geprobeerd via een specifieke techniek tot de zorgdoelen van de patiënt te komen (IPA en COPM). Deze geïdentificeerde zorgdoelen werden in de inleiding van de krans overlopen en er werd expliciet gevraagd hiermee rekening te houden. Volgens de participanten waren ze duidelijk en kwamen ze voldoende aan bod tijdens de discussie.

- *GE 1: Volgens mij wel. Want we hebben het niet enkel over de medische zaken gehad maar ook over de sociale context. Weet je een positief aspect van dergelijke kransen is natuurlijk de wetenschap overlopen maar die zou eigenlijk door iedereen moeten gekend zijn. Het sociale aspect is ook belangrijk. Dat het is het aanpassen van de richtlijnen naar de concrete situatie.*

Of de zorgdoelen nu actief een rol spelen in de beslissingen die worden genomen is minder duidelijk (dit aspect wordt ook verder bekeken in de thesis van Hanne Lavens). Wel wordt door twee participanten gesteld dat huisartsen en specialisten er verschillend mee omgingen.

- *Car 1: Ik denk dat er globaal toch weinig rekening is gehouden met die zorgdoelen, omdat we er ook weinig over wisten. Ik denk dat vooral de huisarts het psychosociaal verhaal een beetje in zijn achterhoofd houdt. Want specialisten hebben toch wel de neiging om dat naar de achtergrond te duwen…*

- *Ha 1: Maar toch blijf ik met het gevoel zitten dat we met deze collega-specialisten niet op het zelfde niveau zitten van zorgdoelen. Je voelt dat het voor hen heel moeilijk is om van cure naar care te gaan. Maar ook hoe moeilijk het voor ons is om bij cure te blijven.*

7. Member check

Een samenvatting van de kwalitatieve analyse van de interviews werd via mail gestuurd naar de 21 deelnemende participanten (8 geïnterviewde en 13 niet-geïnterviewde participanten). 11 participanten antwoordden op de member check. Allen waren akkoord met de samenvatting van de interviews. Volgende aanvullingen werden nog gemaakt:

- Eventueel met “Doodle” (online kalender) werken voor vinden moment (Ger 1).
- Feedback na MMK voor participanten (welke wijzigingen doorgevoerd, …) (Ger 1).
- Bij selecteren van de patiënt ook kijken of hij/zij verandering zal aanvaarden (Ha 2).
- Ha 1 vond het jammer dat het argument tijd zoveel gebruikt wordt als nadeel, terwijl elke toename kwaliteit tijd zal kosten.
- Goede manier om uiteenlopende/tegenstrijdige suggesties van verschillende (sub)specialisatie op 1 spoor te zetten (Nef 1).

VIII. Discussie

Bij de ontwikkeling van de MMK poneerden we volgende hypothese:

De MMK maakt het opstellen van een gecoördineerd en patiënt-gecentreerd zorgplan mogelijk.

Om de juistheid van deze hypothese na te gaan, probeerde deze Manama-thesis volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

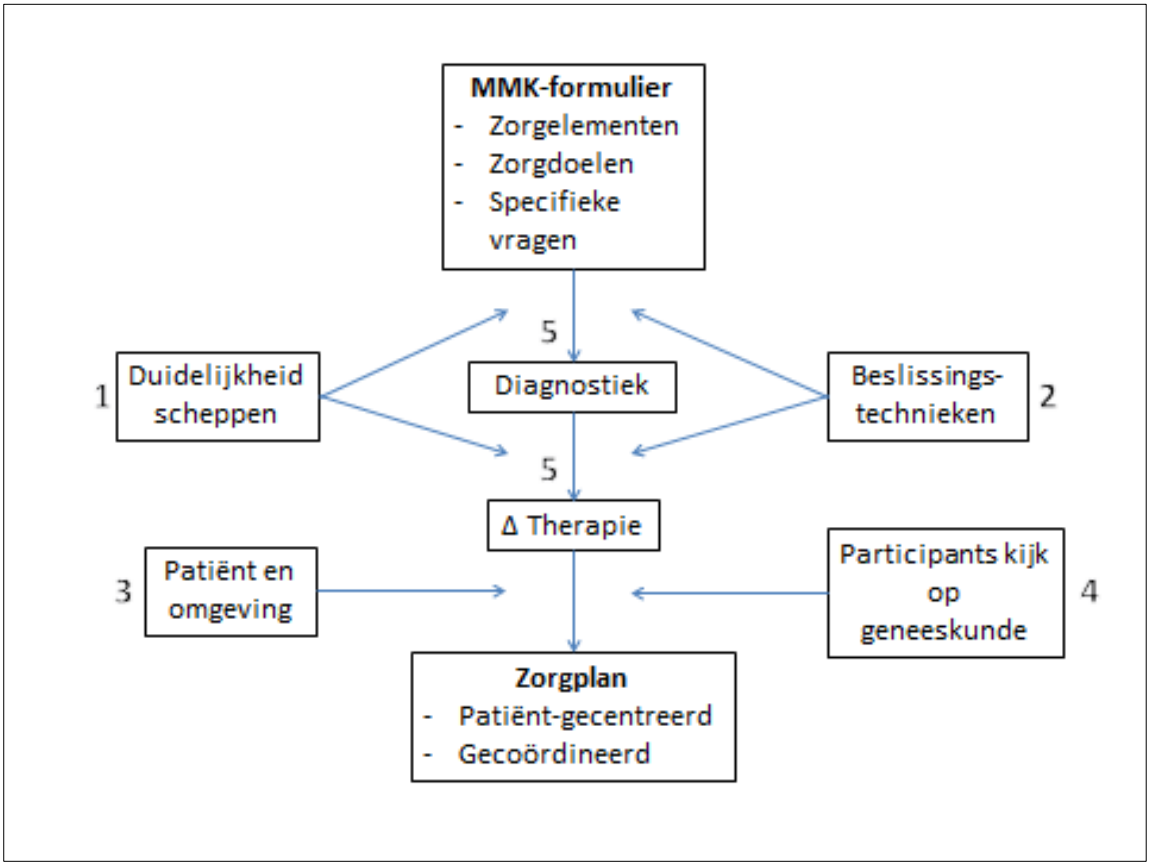
1) Wat gebeurt er tijdens een MMK?
2) Wat zijn de meningen van de participanten na de MMK?

In de discussie proberen we de onderzoeksvragen te beantwoorden, komen terug op de kenmerken van een effectief multidisciplinair overleg en kijken of de hypothese bevestigd of weerlegd wordt. Verder geven we aanbevelingen voor de praktijk en mogelijkheden voor verder onderzoek.

1. Wat gebeurt er tijdens de MMK?

Elke krans volgde grosso modo hetzelfde parcours om langsheen de vijf grote thema's tot patiënt-gecentreerde en gecoördineerde aanpassingen in het medisch beleid gekomen (zie figuur 4). Bij deze medische aanpassingen werd gevraagd rekening te houden met de geuite zorgdoelen. Een onpartijdige moderator greep enkel in om de discussie gaande te houden, specifieke vragen aan te kaarten en te zorgen dat iedereen aan woord kwam. Er doken tijdens de discussie vanzelfsprekend vraagtekens op bij de participanten. Dit o.a. bij het voorlezen van het (soms onvolledige) MMK-formulier, alsook tijdens de krans door uitspraken of voorstellen van participanten. Deze vraagtekens werden weggewerkt door het creëren van duidelijkheid (hoofdthema 1). Er werd hierbij gebruik gemaakt van het multidisciplinaire aspect van de krans: vragen gingen van huisarts naar arts-specialist, van arts-specialist naar arts-specialist en van arts-specialist naar huisarts. Waar er zorgelementen volgens patiënt, huisarts of arts-specialist konden worden geoptimaliseerd (op diagnostisch of therapeutisch vlak; hoofdthema 5), werd er via verschillende technieken (hoofdthema 2) tot beslissingen gekomen. Zaken die de beslissingen beïnvloedden waren de patiënt en zijn omgeving (hoofdthema 3) en de participant en diens kijk op de geneeskunde (hoofdthema 4).

Om tot deze 5 hoofdthema's te komen, werden 7 MMK's rigoureus geanalyseerd a.d.h.v. de Grounded Theory methode van Glaser.[23] Het bekomen resultaat geeft op die manier een goed idee van wat er gebeurde op deze nieuwe multidisciplinaire overlegvorm. Deze thema's werden reeds uiteengezet en voorzien van citaten in het hoofdstuk "resultaten". Los daarvan vielen nog een aantal zaken op die niet bevat zitten in de hoofdthema's, maar volgens ons ook belangrijk zijn bij het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag.



Figuur 4: *schema van het proces om vanuit de voorstelling van de patiënt (MMK-formulier) via de 5 hoofdthema's (1-5) tot een patiënt-gecentreerd en gecoördineerd zorgplan te komen.*

Het eerste wat opviel is dat de krans moeilijk het zuiver medische kon verlaten. Zo vielen heel veel codes onder de noemer diagnostiek en therapie, hoewel interventies hierin eigenlijk bij geen enkele patiënt expliciet als zorgdoel waren gesteld. Het viel ook op dat er eerder werd gedacht in de richting van oplossen en optimaliseren van medische problemen dan richting het invullen van zorgdoelen. Hoewel therapie en diagnostiek veel besproken topics waren, moet wel gezegd worden dat er in geen enkele krans medicatie bijkwam. Er werd enkel gesnoeid in overbodige/niet-geïndiceerde medicatie. Ook qua diagnostiek waren voorgestelde onderzoeken meestal goed beredeneerd en werden ze niet als verplichtingen geponeerd naar patiënt of huisarts maar eerder als opties die te bespreken/overwegen waren.

Verder was het ook moeilijk om bij de concrete patiënt te blijven, en niet terug te vallen op "modelpatiënten" die enkel aan de op dat moment besproken ziekte lijden. Dit is enerzijds jammer want voor patiënten met slechts één ziekte bestaan er al ziektespecifieke richtlijnen. De MMK wou zich net opwerpen als platform om complexe patiënten te bespreken waarop de richtlijnen moeilijk of niet kunnen worden toegepast. Anderzijds waren er tijdens de MMK maar weinig EBM-alternatieven buiten deze ziektespecifieke richtlijnen om op terug te vallen. Het is inderdaad een reeds lang bestaande hiaat dat richtlijnen zich toespitsen op slechts één ziekte eerder dan op combinaties van ziektes.[25]

Een ander opvallend feit was dat het meerdere keren ging over organisatorische zaken die niet direct met de patiënt te maken hadden. Bvb. hoe te communiceren onder artsen, wat doet een dagziekenhuis geriatrie, enz. Hoewel de MMK zeker niet als bedoeling had dit soort zaken uit te klaren, is dit volgens ons niet zozeer een probleem. Het valt eerder als een teken te zien dat de coördinatie en communicatie tussen de eerste en tweede lijn te optimaliseren valt, en dat de MMK

hier mogelijks een rol in kan spelen. Verder tonen deze “off-topic momenten” dat er nood is aan een sterke moderator die de groep bij de essentie houdt: namelijk de concrete, unieke patiënt.

Daar waar er niet lang moest worden gezocht naar diagnostische en therapeutische codes, was het vinden van momenten waar een beslissing heel duidelijk gestuurd werd door een geuit zorgdoel moeilijker. Dit kan enerzijds te maken hebben met het niet voldoende benadrukken ervan in de voorstelling van de patiënt, of met het feit dat artsen niet goed om kunnen met zorgdoelen. De opleiding van artsen is inderdaad tot op vandaag quasi volledig gestoeld op ziektegerelateerde i.p.v. op patiënt-georiënteerde doelen (lees: zorgdoelen).[1] Verder viel wel op dat zorgdoelen meer aan bod kwamen indien de huisarts op de krans een prominentere rol speelde en ze bleef in de discussie binnenbrengen. Of zorgdoelen nu werkelijk de uiteindelijke beslissingen stuurden, wordt besproken in de Manama-thesis van Hanne Lavens.

Concluderend kan dus gesteld worden dat de 7 MMK’s op grosso modo dezelfde manier tot gecoördineerde medische beslissingen kwamen via de 5 hoofdthema’s. Verder viel op dat de krans voornamelijk een medische discussie bleef waarin zorgdoelen niet altijd een majeure rol leken te spelen, waarbij het moeilijk bleek om bij de concrete patiënt te blijven en waarbij het ook over organisatorische zaken ging die niet direct met de patiënt te maken hadden.

2. Wat zijn de meningen van de participanten na de MMK?

Na afloop van de MMK’s, werd bij een steekproef van 8 participanten een semi-gestructureerd interview afgenomen dat bestond uit 5 grote vragen en een aantal subvragen. De interviews werden opgenomen en geanalyseerd per vraag. Achteraf werd aan zowel de geïnterviewde als niet-geïnterviewde participanten een samenvatting van de analyse voorgelegd om discrepanties tussen het gevonden resultaat en de meningen van de participanten te vinden: de member check. Er werden hierbij geen fundamentele verschillen gevonden. Er dient hierbij wel de opmerking te worden gemaakt dat dit in feite geen member check is volgens de exacte definitie van het woord. Een echte member check bevraagt enkel de geïnterviewde participanten. Gezien we echter graag ook de inzichten van niet-geïnterviewde personen kenden, werd de besproken methode gehanteerd.

Globaal werd de krans als een nuttig initiatief ervaren. De participanten verstonden vanuit welke problematiek het idee voor de MMK ontstond, namelijk dat het moeilijk is om bij complexe patiënten een eenduidig zorgplan op te stellen dat gestuurd wordt door zorgdoelen van de patiënt. Het live samenzitten rond dergelijke patiënten met de betrokken artsen, elk met hun expertise, creëert een dynamiek die hierbij helpt. Qua vorm was er vooral kritiek op de duur van de MMK en de manier van organiseren (inefficiënt en te veel contactmomenten via e-mail of telefoon). Om de duur in te korten, werd meermaals de suggestie gedaan om vooral duidelijk afgelijnde problemen/vragen te behandelen (eerder dan de patiënt van A-Z te bespreken). Het MMK-formulier vond iedereen dan nuttig: het deed voor de krans dienst als voorbereiding, tijdens als overzicht en nadien als verslag. Een moderator is zeker en vast nodig. Volgens de participanten moet dit de persoon zijn die de patiënt het best kent, of de persoon die problemen ervaart in de zorgen. Die persoon zou dan de krans kunnen samen roepen en voorzitten. In de meeste gevallen zal dit de huisarts zijn aangezien hij door zijn longitudinale opvolging de patiënt het best kent en ook als eerst problemen zal opmerken. Verder was iedereen het eens dat dergelijk overleg niet voor elke multimorbiede 75-plusser kan worden georganiseerd. De nadruk zou moeten liggen op complexe patiënten en/of patiënten waar er voor specifieke problemen geen antwoord wordt gevonden, à fortiori indien het beleid van

verschillende artsen niet op dezelfde lijn zit. Tot slot is er verdeeldheid of er hier al dan niet een financiële vergoeding moet tegenover staan.

De belangrijkste **aanpassingen ter verbetering** zouden dus zijn:

- De huisarts moet de krans samen roepen en actief leiden om het gesprek sturen in de richting van de domeinen die door de patiënt als belangrijk werden aangegeven (=huisarts als advocaat van de patiënt) . Dit kan helpen voorkomen dat de krans verzandt in het zuiver medische, ten koste van zorgdoelen. Het moet echter ook mogelijk zijn dat andere de krans samenroepen en voorzitten indien nodig/nuttig.
- Vooraf expliciet stellen van een aantal problemen om de krans een duidelijker doel te geven. Zo zou vlugger en beter duidelijk worden wat prioritair is, en wordt er geen tijd verloren met zaken die in feite van inferieur belang zijn voor de patiënt. Ook hier ligt een uitgesproken kans voor de huisarts die in zijn modererende rol de krans zou kunnen leiden richting antwoorden op deze problemen.
- De selectieprocedure moet strenger. De MMK leent zich vooral voor patiënten bij wie het letterlijk toepassen van richtlijnen problemen geeft. Het heeft aldus weinig zin patiënten op de MMK te brengen bij wie het toepassen van medische richtlijnen niet in conflict komt met andere ziektes, het beleid van andere artsen of de individuele zorgdoelen van de patiënt.

Concluderend kan gesteld worden dat er is dus zeker bereidheid is, zowel bij deelnemende huisartsen als arts-specialisten, om dit multidisciplinaire overleg, mits aanpassingen, verder uit te werken. Volgens de participanten helpt een dergelijk overleg het verschil weg te werken tussen artsen op de eerste en de tweede lijn en slaat zo een brug tussen de twee. De sterktes van de huisarts, die de patiënt goed en breed kent, en de sterktes van de arts-specialist, die zijn/haar deelgebied volledig beheerst, worden zo complementair en sturen het beleid richting uniformiteit en patiëntgerichtheid. Belangrijk is wel te vermelden dat alle artsen die bevraagd werden, op één na, deelnamen aan een MMK. Gezien hun bereidheid tot deelname was hun attitude t.o.v. dit initiatief mogelijks positiever dan van weigerende artsen. Dit zou een vertekend beeld kunnen hebben gegeven.

3. Is de MMK een effectief multidisciplinair overleg?

Voorafgaand aan het ontwerpen van de MMK zochten we de kenmerken op van een effectief multidisciplinair overleg. Dit bleek echter nog niet zo eenvoudig (cfr. literatuurstudie). Uit de relevante publicaties, konden we uiteindelijk toch een korte lijst kenmerken destilleren. Deze werden zo veel mogelijk meegenomen in het ontwerp van de MMK. Kenmerken die niet van toepassing waren of waarover we geen controle zouden hebben, werden uitgesloten.

Na het afronden van de eerste literatuurstudie rond kenmerken van effectief multidisciplinair overleg, botsten we op de “Healthy Team Theory”. Een lijst van 6 intuïtieve effectiviteitskenmerken die tot gevonden werd door kwalitatief onderzoek bij personen die vaak deelnamen aan multidisciplinair overleg.[27] Opvallend is dat deze kenmerken hierbij niet worden gekoppeld aan het effectief zijn van het overleg (= goed zijn in het vervullen van het vooropgestelde doel) maar aan de ideeën van de deelnemers. Hieronder worden de kenmerken van de Healthy Team Theory overlopen en wordt telkens gekeken in hoever de MMK hieraan voldeed:

- Een welomschreven doel van het overleg (purpose): het doel van de MMK werd aan het begin steeds duidelijk gesteld door de moderator, namelijk het optimaliseren van het medisch beleid rekening houdende met de zorgdoelen van de patiënt (= opstellen van een patiënt-georiënteerd zorgplan).
- Werken naar bereikbare patiëntgerichte doelen (goals): dit kwam overeen met het opstellen van een gecoördineerd zorgplan dat achteraf kon geverifieerd worden en bijgestuurd waar nodig.
- Leiderschap (leadership): voor elke MMK werd een moderator aangeduid. In het onderzoek was dit een niet-behandelende HAIO-onderzoeker. Mogelijks zou dit beter de behandelende huisarts zijn, of een andere behandelende arts die de krans samenroept (cfr. onderzoeksvraag 2). Ook hieraan voldoet de MMK.
- Goede communicatie (communication): een vagere term die moeilijker valt te concretiseren. Voor de auteurs van de Healthy Team Theory is communicatie goed als teamleden bereid en capabel zijn alle informatie en ideeën die ze hebben te delen met elkaar. Tijdens de MMK werden informatie en ideeën zonder probleem gedeeld, zodat gesteld kan worden dat aan dit kenmerk werd voldaan.
- Samenhorigheid (cohesion): ontstaat wanneer (een grotendeels) gelijke groep lange tijd samenwerkt tijdens overleggen. Dit kenmerk is voor een eenmalige MMK niet te vervullen. Zelfs indien MMK's in de toekomst vaker zouden doorgaan, zou het door het variabele deelnemerspanel moeilijk zijn hieraan te voldoen.
- Wederzijds respect (mutual respect): teamleden erkennen elkaars verschillende capaciteiten en opvattingen en zien deze verschillen als complementair eerder dan als kloven. Hoewel tijdens de MMK's meermaals de verschillen tussen artsen onderling en de eerste en tweede lijn boven dreven, was er op geen enkel moment blijk van disrespect naar elkaar toe.

De MMK voldeed al aan een maximum van de effectiviteitskenmerken gevonden in de eerste literatuurstudie en, los van het samenhorigheidskenmerk, kan dus ook worden gezegd dat de MMK voldoet aan de kenmerken van een effectief georganiseerde krans volgens de "Healthy Team Theory".

Er kan, zoals al bleek uit de literatuurstudie, ook gekeken worden of een krans effectief is in de het bereiken van een vooropgesteld doel. Hiervoor moet dus eerst een uitkomst worden gedefinieerd. Indien we de mogelijke uitkomsten bekijken uit tabel 1 (literatuurstudie), komen we na onderling overleg tot de conclusie dat vooral patiëntgerichte uitkomsten nuttig zouden zijn in het licht van de MMK. In dat opzicht lijken patiënttevredenheid en aanvaarding van het beleid mogelijke kanshebbers. Als secundaire uitkomst zou ook de tevredenheid van de participanten kunnen worden nagegaan. Of de MMK aan effectief is in het bereiken van deze uitkomsten, werd in dit kleinschalige kwalitatief onderzoek niet nagegaan.

4. De MMK maakt het opstellen van een gecoördineerd en *deels* patiënt-gecentreerd zorgplan mogelijk

Het idee voor de MMK ontstond enerzijds vanuit het suboptimaal lopen van coördinatie en communicatie tussen de verschillende artsen betrokken in de opvolging van chronisch zieke patiënten. Anderzijds speelde ook de vaststelling dat heel vaak de ziekte(s) eerder dan de patiënt de

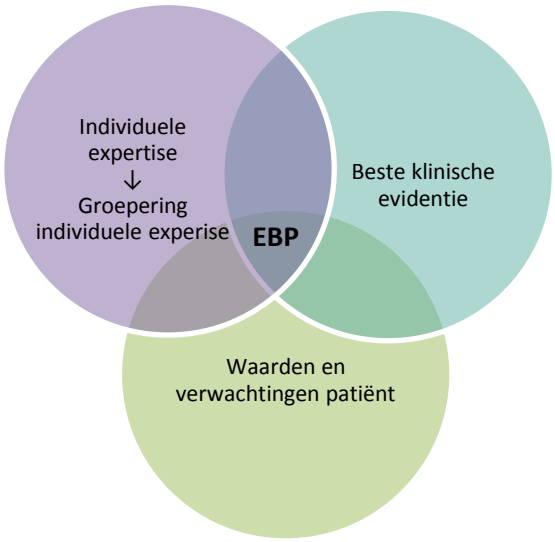
focus zijn van het medisch beleid. We poneerden de stelling dat een live overleg met alle betrokken artsen, voorafgegaan door het identificeren van zorgdoelen bij de patiënt, hierin kon tegemoet komen.

Als we kijken naar het eerste deel van de hypothese zien we het woord coördinatie staan. Hiermee wordt bedoeld dat de verschillende medische zorgverstrekkers op dezelfde golflengte zitten qua zorgverlening. Er wordt samen gewerkt richting een overeengekomen gemeenschappelijk doel. De klassieke struikelblokken van manke communicatie en discipline-gerelateerde visieverschillen, worden door live samen te zitten geremedieerd. Volgende uitspraak van gastro-enteroloog 1 vat mooi samen wat de MMK doet voor de communicatie tussen artsen: “Het is soms beter een kwartier samen rond tafel te vergaderen met meerdere partijen, dan twintig bladzijden verslagen te schrijven met bloeduitslagen en scanners.” Van het verschil in visies wordt dan weer een voordeel gemaakt. De verschillende visies smelten tijdens de krans als het ware samen tot een complementaire visie met één doel eerder dan verschillende. In alle eerlijkheid denken dus we te mogen stellen dat de MMK zorgcoördinatie bevordert.

In het tweede deel van de hypothese vinden we het begrip patiënt-gecentreerdheid (een letterlijke vertaling van Engelse patient-centeredness). Dit is minstens even belangrijk als het gecoördineerd zijn van het zorgplan. Als de patiënt zijn of haar prioriteiten niet herkent in het zorgplan, dan mogen er nog zoveel artsen aan hebben gewerkt, het zorgplan zal niet aanvaard worden. Daarom vonden wij het cruciaal om in ons opzet eerst bij de patiënt te luisteren wat prioritair was en hieruit zorgdoelen te proberen formuleren. Het gaat hierbij meestal niet over de doelen die wij als arts gewend zijn (zoals bloeddruk of HbA1c), maar eerder over “zachtere” doelen (zoals kunnen thuisblijven, in auto blijven rijden, …). Als arts hebben we soms, door onze ziektegerichte opleiding, de neiging te vergeten dat net deze laatste doelen vaak voor de patiënt primeren.

Welnu na het uitvoeren en analyseren van de MMK’s moeten we ons de vraag stellen of deze zorgdoelen wel ter sprake kwamen en of deze de besluiten van de MMK hielpen sturen? Het antwoord hierop is genuanceerd. Enerzijds kwamen zorgdoelen steeds ter sprake in het begin van de krans, maar bleken ze bij het tot stand komen van het zorgplan minder doorslaggevend te zijn (zie ook de opmerking bij het antwoord op onderzoeksvraag 1). Hoe dit komt is in deze thesis niet verder onderzocht. Mogelijke verklaringen zijn dat zorgdoelen niet voldoende herhaald werden (rol huisarts?), dat gevonden zorgdoelen niet te vervullen waren door aanpassingen in het medisch beleid of dat we niet echt weten wat te doen met zorgdoelen als arts. Deze vraag was o.a. de focus van de Manama-thesis van Hanne Lavens.

Concluderend kunnen we dus stellen dat de MMK, hoewel het denkproces nog meer richting “care” zou kunnen, er in slaagt een discussie op gang te brengen waarbij elke verandering verantwoord en gedragen dient te worden door alle betrokkenen (incl. de patiënt). En op die manier zeker helpt bij het ontstaan van een gecoördineerd zorgplan en een aanzet geeft in de richting van patiënt-gecentreerdheid. Bovendien fungeert de MMK, door het opstellen van een zorgplan gebaseerd op de huidige stand van de wetenschap, het groeperen van individuele expertise en (een aanzet tot) oprecht rekening houden met de patiënt, als een perfect voorbeeld van evidence based practice (EBP) volgens de definitie van Sacket (zie figuur 5).[26]



Figuur 5: *Volgens Sacket ontstaat evidence based practice wanneer individuele expertise, waarden/ wensen van de patiënt en beste evidence elkaar ontmoeten. De MMK is aldus een voorbeeld van EBP. Tijdens de MMK wordt individuele expertise bovendien verder gegroepeerd tot groepsexpertise.*

5. Sterktes en zwaktes van de studie

Sterktes van de studie. Het in de praktijk brengen van een overleg met zo veel mogelijk behandelende artsen is een sterkte. Doordat prioriteiten en zorgdoelen voorafgaand bij de patiënt werden bepaald, was het mogelijk hiermee rekening te houden tijdens de kransen. Er werd op kwalitatieve wijze bekeken waarover het tijdens de 7 kransen ging (cfr. de 5 hoofdthema's). Na de krans werd de mening van de participanten gevraagd en geanalyseerd (cfr. interviews en member check). Meningen van de onderzoekers werden zo veel mogelijk geweerd uit het de uiteindelijke Manama-thesis. Door deze krans is een aanzet gegeven naar het multidisciplinair opstellen van een patiëntgericht zorgplan bij multimorbiede patiënten. De krans valt op vrij eenvoudige manier te reproduceren door de methodiek van deze thesis te volgen (al dan niet met de voorgestelde aanpassingen). Zo zou nu al voor complexe patiënten een MMK kunnen worden georganiseerd, zij het wel zonder ondersteunend kader of vergoeding.

Zwaktes van de studie. Het kleine aantal MMK's dat werd uitgevoerd is te zien als een zwakte. Ook het relatief grote aantal niet-behandelende artsen is te zien als een zwakte gezien dit toch toont dat niet elke arts open staat voor dit soort overleg. Het vertalen van zorgdoelen naar medisch beleid, was niet eenvoudig. De kwalitatieve analyse van de MMK werd slechts door één onderzoeker uitgevoerd, en niet onafhankelijk door andere onderzoekers herhaald. Transcripten van MMK en interviews werden niet terug voorgelegd aan de participanten. Gezien het kwalitatieve opzet van de studie, was het ook niet mogelijk te zeggen of de MMK ook daadwerkelijk voor de patiënt of de participanten iets verbetert.

6. Aanbevelingen voor praktijk

De MMK kan in de huidige vorm overgenomen worden voor het bespreken van het medisch beleid bij complexe patiënten, de gesuggereerde aanpassingen kunnen hierbij ingebouwd worden. Om dit multidisciplinair overleg haalbaar te ontplooien zouden ondersteunende maatregelen nodig zijn (zowel organisatorisch als financieel).

Wat meermaals bleek uit de bevraging van de participanten is het belang van patiëntenselectie. De "ideale" patiënt om op de MMK te brengen is volgens ons een patiënt met meerdere chronische ziektes, al dan niet bijbehorende polyfarmacie, waarvan de behandeling conflicten veroorzaakt met andere chronische ziektes of met zorgdoelen van de patiënt. Ook wanneer er door een niet-uniform beleid van de verschillende artsen problemen ontstaan (polyfarmacie, neveneffecten medicatie, onduidelijkheid, …), kan een MMK mogelijks soelaas brengen door het vastleggen van gemeenschappelijke patiënt-gecentreerde doelen waar naar toe wordt gewerkt. Het vooropgestelde leeftijdscriterium (≥ 75 jaar) dat bij selectie van de patiënten voor deze thesis werd gehanteerd is achteraf gezien minder belangrijk daar op multimorbiditeit helaas geen leeftijd staat. Tot slot moet de patiënt moet natuurlijk akkoord gaan met een overleg en gemotiveerd zijn om voorgestelde aanpassingen door te (laten) voeren in het dagelijkse leven.

7. Mogelijkheden voor verder onderzoek

Het hele onderzoek zou kunnen herhaald worden met een groter aantal patiënten en met een groter deel behandelende artsen. Er zou kunnen gekeken worden of tot dezelfde hoofdthema's wordt gekomen. Ook zouden de gesuggereerde aanpassingen (vanuit de participanten) kunnen worden ingebouwd om te kijken of zo vlotter tot een zorgplan wordt gekomen.

Er zou daarnaast kunnen gekeken worden hoe huisartsen staan tegenover de voorgestelde rol als moderator en bewaker van de zorgdoelen.

Verder zou ook het bereikte zorgplan kunnen worden teruggekoppeld naar de patiënt. Tevredenheid en aanvaarding van het zorgplan zouden dan nuttige uitkomsten kunnen zijn.

IX. Besluit

In deze Manama-thesis ontwikkelden we, vertrekkend vanuit een gepercipieerde probleem binnen de chronische ziekenzorg, een nieuwe multidisciplinaire overlegvorm: de MMK. In dit overleg werd met alle betrokken artsen (huisarts en arts-specialisten) gekeken hoe het medisch beleid bij een multimorbiede patiënt kon worden geoptimaliseerd, rekening houdend met de zorgdoelen die voor de patiënt belangrijk waren.

We stelden als hypothese dat de MMK kan helpen bij het opstellen van een gecoördineerd en patiënt-gecentreerd zorgplan voor deze patiënten. Om deze hypothese te testen organiseerden we 7 MMK's en interviewden 8 deelnemende artsen.

Van de 7 MMK's werden de transcripten op kwalitatieve wijze geanalyseerd om terugkerende hoofdthema's te identificeren. Zo werden 5 hoofdthema's gevonden langs dewelke een zorgplan tot stand kwam. Onduidelijkheden werden uitgeklaard (hoofdthema 1) en waar er zorgelementen te optimaliseren waren (op diagnostisch of therapeutisch vlak; hoofdthema 5), werd via verschillende technieken (hoofdthema 2) tot een beslissing gekomen. De patiënt en zijn omgeving (hoofdthema 3) alsook de participant en diens kijk op de geneeskunde (hoofdthema 4) beïnvloedden de discussie en de beslissing.

Via de interviews peilden we bij deelnemers naar ideeën en bemerkingen rond de MMK. Globaal waren de reacties positief. Het dynamische van een live overleg rond een complexe patiënt is de belangrijkste troef en helpt bij het tot stand komen van een zorgplan. Kritiek was er op de wijze van organiseren die te veel tijd en energie kostte. Een aantal mogelijke verbeterpunten kwamen naar boven. Zo zou het best de huisarts zijn die met zijn brede en longitudinale kijk op de patiënt, de krans samenroept en voorzit. Verder zou de selectieprocedure voor patiënten gerichter moeten zijn en moet de focus liggen op het beantwoorden van gerichte vragen eerder dan een patiënt volledig te bespreken.

Concluderend kunnen we dus stellen dat de MMK nuttig kan zijn bij de zorg voor multimorbiede patiënten door te helpen bij het tot stand komen van een gecoördineerd en patiënt-gecentreerd zorgplan. Doordat vertrokken wordt vanuit de zorgdoelen van de patiënt, kan de MMK ook bijdragen tot de transitie van cure naar care in de zorg voor chronisch zieken. Hierbij is het wel belangrijk dat zorgdoelen voldoende gekend zijn en belicht worden tijdens de discussie. Op dit laatste punt is nog verbetering mogelijk en hierin schuilt mogelijks een belangrijke rol van de huisarts. Het idee van de MMK past bovendien perfect in de visie op chronische ziekenzorg van minister van volksgezondheid Maggie De Block, en valt perfect onder de noemer van Evidence Based Practice onder te brengen.

X. Bijlagen

BIJLAGE 1: onderzoeksprotocol goedgekeurd door ethische commissie

** Toelatingen van de ethische commissies van de 3 regionale ziekenhuizen werden niet toegevoegd.*

Onderzoeksprotocol: Kwalitatieve beoordeling van een multimorbiditeitskrans (MMK).

Inleiding

Het opzet van de masterthesis bestaat uit een pilootproject waarbij we de zorg voor de oudere patiënt met multimorbiditeit wensen te optimaliseren vanuit:

1. De persoonlijke zorgdoelen en wensen van de patiënt.
2. De zorgnoden die de eerstelijns zorgverleners samen met de patiënt vermelden op de paramedische krans.
3. Het medisch beleid, besproken op de MMK.

Protocol

Na de paramedische krans, waar er samen met patiënt en betrokken zorgverleners, werd getracht tot een optimalisering van de niet-medische zorgen te komen, volgt nu de multimorbiditeitskrans (MMK).

* Informed consent van de patiënt werd gevraagd door de onderzoeker van de paramedische krans en wordt aldus hierna verondersteld. Zie ook in de desbetreffende bijlage.

Vooraf wordt a.d.h.v. het patiëntendossier (elektronisch of op papier), een geactualiseerde lijst van antecedenten gemaakt. Uit deze lijst worden de relevante actieve problemen gedestilleerd (zeg maar de zorgelementen). Zo is bijvoorbeeld een cholecystectomie wel relevant maar niet actief, daar waar hypertensie zowel een relevant als een actief probleem is. Daarnaast wordt een geactualiseerde medicatielijst opgemaakt. Ook niet medicamenteuze behandelingen worden in kaart gebracht (dieet, kinesitherapie, zuurstof etc.). Per zorgelement wordt vervolgens gekeken welke tweedelijnsarts, samen met de huisarts, de patiënt hiervoor opvolgt.

Aan de hand van deze gegevens wordt het MMK-aanvraagformulier (zie bijlage) ingevuld door de onderzoeker. Dit formulier structureert alle relevante informatie op 1 à 2 bladzijen. Het ingevuld formulier wordt door de onderzoeker samen met de behandelende huisarts overlopen en waar nodig worden er aanpassingen gedaan. Hetzelfde gebeurt met de patiënt en opnieuw worden er aanpassingen gedaan waar nodig. Het eventueel aangepaste aanvraagformulier wordt aan zowel behandelende huisarts als patiënt in kwestie voorgelegd ter ondertekening en datering.

De eerste- en tweedelijnsartsen die instaan voor de medische zorgen worden door de onderzoeker telefonisch gecontacteerd om het onderzoek en opzet uit te leggen. Indien de arts bereid is tot medewerking, wordt aan hem/haar een informed consent document bezorgd ter ondertekening (zie bijlage). Tevens wordt er een moment gezocht waarop de deelnemende eerste- en tweedelijnsartsen (v/a hier de participanten genoemd) circa 1 uur kunnen vrijmaken. Qua locatie contacteert de onderzoeker de hoofdgeneesheer van het regionaal ziekenhuis. Dit om het opzet uit te leggen van het onderzoek en ook zijn/haar akkoord te verkrijgen. Tevens wordt de vraag gesteld een lokaal ter beschikking te stellen voor de eigenlijke krans. Verder wordt er ook contact genomen met een

geriatrisch arts van hetzelfde regionale ziekenhuis. Deze wordt gevraagd aanwezig te zijn op de MMK als onpartijdige specialist ter zake, m.a.w. deze mag niet betrokken zijn in de zorg voor de patiënt. De keuze voor een geriater vloeit voort uit het feit dat een geriater zich op dagelijkse basis op holistische manier bezighoudt met de zorg voor multimorbiede 75-plussers, niet zelden met polyfarmacie.

Noch voor de participanten, noch voor het lokaal wordt een vergoeding voorzien. Dit wordt vooraf duidelijk gecommuniceerd zowel bij het eerste contact als op het informed consent formulier.

Van zodra het moment vastligt, stuurt de onderzoeker het ingevulde MMK-aanvraagformulier op naar de participanten. Dit heeft tot doel dat participanten de MMK kunnen voorbereiden, en tevens te dienen als overzicht en geheugensteuntje op de MMK zelf. Samen met dit formulier stuurt de onderzoeker ook een recente bloedname door. Indien er technische onderzoeken relevant zijn voor de MMK, worden ook deze toegevoegd. Belangrijk is te vermelden dat er geen bloedafnames of technische onderzoeken worden gedaan specifiek voor dit onderzoek, er wordt enkel gebruik gemaakt van reeds gebeurde onderzoeken. Ook wordt gevraagd dat de participanten de voor hun deelgebied relevante dossieruittreksels (zoals laatste verslagen) meenemen.

Op de eigenlijke MMK speelt de onderzoeker de rol van moderator. Een mede-onderzoeker filmt de MMK om te dienen als geheugensteuntje voor latere heranalyse van de krans. Beelden van deze video-opnames komen op geen enkele manier in het uiteindelijke onderzoek terecht zodat anonimiteit bewaard blijft. De modererende onderzoeker begint met zich voor te stellen en vraagt hetzelfde aan de participanten. Vervolgens wordt het aanvraagformulier overlopen door de moderator. Per zorgelement wordt de relevante tweedelijnsarts en de behandelende huisarts aan het woord gelaten. Er wordt gevraagd een status praesens te geven op vlak van kliniek, relevante parameters (biochemisch, beeldvorming,…) en medicatie. Per zorgelement wordt tevens gevraagd wat volgens de relevante participant(en) de ideale situatie zou zijn. Aan de hand van discussie en afwegen voor- en nadelen, ten allen tijden rekening houdende met de geuite wensen van de patiënt, wordt getracht tot een consensus te komen ter optimalisatie van de medische zorgen.

Na de krans wordt de consensus toegevoegd aan het MMK-aanvraagformulier en toegestuurd aan alle participanten. Het is de bedoeling dat verdere beslissingen omtrent de patiënt dus steeds getoetst worden aan de consensus van deze MMK.

Na een nog nader te bepalen periode, worden de participanten bevraagd over hun bevindingen omtrent de MMK (zie bijlage). Deze vragenlijst, bestaande uit vragen met drie antwoordmogelijkheden (akkoord, niet akkoord, geen mening), wordt geanonimiseerd gebruikt voor de kwalitatieve analyse van de MMK. Een zelfde type vragenlijst wordt ook aan de patiënt voorgelegd om zo ook zijn/haar bevindingen te kunnen analyseren.

Na afronding van de kransen en het hebben ingevuld van de vragenlijsten, wordt er getracht door de onderzoeker tot een kwalitatieve conclusie te komen rond deze MMK. Tevens zal er geprobeerd worden tot een draaiboek te komen hoe deze krans tot een goed einde te brengen en efficiënt te laten plaatsvinden.

BIJLAGE 2: goedkeuring ethische commissie

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek (UZP074)

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. An DE SUTTER
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0377	20-mei-15	Zie "CC"

BETREFT
DEFINITIEF ENIG (centraal) ADVIES voor studie met als titel:
Pilootproject: geïntegreerd zorgmodel bij de thuiswonende oudere met multiple chronische aandoeningen.
Kwalitatieve beoordeling van een multimorbiditeitskrans (MMK). - Deel 3: Het medisch beleid, besproken op de MMK (Manama Arnout Demesmaeker)

Belgisch Registratienummer: B670201524777

* Adviesaanvraagformulier dd. 30/03/2015 (volledig ontvangen dd. 03/04/2015)
* Informatie- en toestemmingsformulier voor de patiënt
* Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemers aan de multimorbiditeitskrans
* Vragenlijsten voor de deelnemers aan de multimorbiditeitskrans
* Protocol
* Advies lokale EC's
  (1) AZ Groeninge Kortrijk (opm.) advies dd. 12/05/2015, ontvangen op 12/05/2015
  (2) AZ Delta Roeselare Menen (geen opm.) advies dd. 15/05/2015, ontvangen op 15/05/2015
  (3) VZW Jan Yperman Ziekenhuis Ieper (geen opm.) advies dd. 30/04/2015, ontvangen op 18/05/2015
* Antwoord onderzoekers via mail dd. 18/05/2015 (ontv. dd. 19/05/2015) op opmerkingen EC dd. 07/04/2015

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN DEFINITIEF ENIG (CENTRAAL) POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 19/05/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 18/05/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A DEFINITIVE SINGLE POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON, 19/05/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 18/05/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**THIS ADVICE APPEARS IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/05/2015
DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/05/2015**

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0377	20-mei-15	Zie "CC"

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Het Ethisch Comité UZ Gent heeft rekening gehouden met de adviezen van bovenvermelde lokale ethische commissies.
The Ethics Committee UZ Gent took into account the advice of the above mentioned non-leading EC's.

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman - Ethisch Comité; Briekestraat 12 8900 IEPER
AZ Groeninge (Maria's Voorzienigheid) - Ethisch Comité; Pres. Kennedylaan 4 8500 Kortrijk
AZ Delta - Ethisch Comité; Wilgenstraat 2 8800 Roeselare
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. A. DE SUTTER - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

BIJLAGE 3: voorbeeld ingevuld MMK-aanvraagformulier (patiënt 4)

VERTROUWELIJK: MEDISCH GEHEIM

Aanvraagforumulier multimorbiditeitskrans (MMK)

Dit document dient als aanvraagformulier en wordt ingevuld opgestuurd naar de participanten van de MMK. Dit enerzijds ter voorbereiding van de MMK en anderzijds als overzicht tijdens de MMK. Het doel van de MMK is een optimalisatie van het medisch beleid en, zo nodig, antwoord te bieden op extra vragen (vanuit patiënt, familie, paramedici, huisarts of HAIO).

Belangrijk hierbij is rekening te houden met de door de patiënt geuite persoonlijke zorgdoelen en zorgwensen. Deze werden door vragenlijsten en interviews bij de patiënt geïdentificeerd in een voorgaand deel van de manama-thesis.

Na de MMK wordt door de HAIO-onderzoeker onderaan het verslag ingevuld en wordt het document opnieuw verstuurd naar alle participanten. Dit verslag zou dan idealiter als leidraad in de zorg voor de patiënt kunnen gebruikt worden.

1. Gegevens patiënt:

Naam/voornaam: patiënt 4
Adres: x
Geboortedatum: x

foto

2. Voorgeschiedenis:

- Bilaterale cataractoperatie
- 2007: spinaal kanaal stenose, waarvoor decompressieve laminectomie L2-S1
- 2008: carotisendarterectomie: asymptomatische hooggradige stenose
- 2012: fractuur humeruskop rechts waarvoor schouderprothese
- 2015: pertrochantere femurfractuur links waarvoor nageling

3. Actieve zorgelementen + betrokken tweedelijnsarts:

- Moeilijk te behandelen hypertensie
- Diabetes mellitus type 2 (laatste HbA1c 7.2% in juli 2015), geen retinopathie
- Chronische nierinsufficiëntie (eGFR 39 ml/min)
- Osteoporose postmenopauzaal en secundair aan CNI
- Glaucoom
- Gewichtsverlies eci

4. Huidige medicatielijst:

- Asaflow 80 mg; 1dd
- Dafalgan forte 1 g; 1-3dd
- Emconcor 10 mg; 1dd
- Forzaten 40/5 mg; 1dd
- Glucophage 500 mg; 1dd → recent gestopt (vermagering en goede glycemie)
- Lasix 30 mg retard; 1dd
- Zocor 20 mg; 1dd
- Zyloric 300 mg; 0.5dd
- Moxonidine EG; 1dd
- Calciumcarbonaat zwaar 1g; 1dd
- Spironolactone 12.5 mg; 1dd
- Azopt oogdruppels; 2dd
- Xalatan OS; 1dd

5. Betrokken paramedische zorgverleners

- Thuisverpleegster
- Kinesiste
- Poetshulp

6. Persoonlijke doelen en wensen patiënt (medisch/niet-medisch):

- Algemeen: Patiënt 4 is een 86-jarige vrouw die met haar 79-jarige man samen woont in een woonhuis waaraan vroeger nogal wat landbouwgrond gekoppeld was. Ze hebben een dochter die elk weekend langskomt.
- Hulp in huis: er komt er dagelijks een verpleegster om patiënt 4 te wassen en aan te kleden. Verder komt de kinesiste drie keer per week, en een keer om de twee weken komt de huisarts op visite. Wekelijks komt er een poetshulp voor het eerder grote kuiswerk. De dochter gaat eenmaal per week naar de supermarkt voor de grote inkopen.

- Overlopen van een dag: Patiënt 4 staat min of meer tegelijk met haar echtgenoot op. Voorlopig slaapt ze nog beneden in een ziekenhuisbed, dit na een heupfractuur een aantal maand geleden. Vervolgens nemen ze samen het ontbijt en wachten dan op de thuisverpleegster. Medicatie zet de man klaar voor zichzelf en zijn vrouw. Sinds recent probeert ze zelf ook weer wat zicht te krijgen op haar medicatie door te helpen met haar man. De rest van de voormiddag doet ze licht huishoudelijk werk (opruimen, vegen) en kijkt wat tv. 's Middags maken patiënt 4 en haar man samen eten klaar en ruimen dan samen af; op mindere dagen wordt er 's middags brood gegeten. De rest van de middag wordt vooral gespendeerd met rusten en naar de tv kijken. Een aantal keer per week komt de kinesiste en dan doen ze oefeningen , buiten wandelen of samen de trappen doen. 's Avonds nuttigen ze een broodmaaltijd. Na de opkuis, wordt er nog wat tv gekeken om dan uiteindelijk naar boven te gaan en weer te gaan slapen; ze slaapt voorlopig nog beneden. De vuile was wordt deels door de dochter en deels door het koppel zelf gedaan.
- Ontspanning: Er komt nog vrij dikwijls bezoek. Zelf weg gaan is moeilijker maar gebeurt nog soms. Als ontspanning vermeldt patiënt 4 handwerk, breien en kaders naaien. Dit lukt echter laatste tijd niet meer goed en wordt daardoor bijna niet meer gedaan. Ze kaart graag, meestal komt er dan iemand op bezoek om een partij te kaarten. Klein huishoudelijk werk (zie hierboven) wordt niet als taak gezien maar ook eerder als ontspanning. De dode momenten in de dag worden gevuld met naar tv te kijken, eerder uit noodzaak dan uit volle zin.
- Moeilijkheden in de dag: Patiënt 4 ervaart moeilijkheden met rondwandelen, dit eerder door een angst te vallen dan een eigenlijke instabiliteit. Hierdoor lukt huishoudelijk werk minder en dat stoort haar. Ze is altijd een huisvrouw geweest en deze taken had ze graag nog zoals vroeger gekund. Naar buiten gaan doet ze quasi niet meer, opnieuw speelt de angst te vallen hierin mee. Verder vindt ze het vervelend dat ze moet gewassen en geholpen worden met aankleden. Tegelijk beseft ze dat ze het zelf niet meer zou kunnen. Handwerk, breien e.d. lukken niet meer; dit o.a. door moeilijkere oog-hand coördinatie.
- Andere verbeterpunten: ze is niet op de hoogte van de medicatie die ze neemt, laat staan waarvoor ze dienen. Zicht zou beter kunnen. Verder is er toch een grote valangst, deels te verklaren doordat ze al dikwijls is gevallen.

7. Extra vragen:

Handtekening behandelende huisarts + datum	Handtekening patiënt + datum

8. Verslag MMK:

- Aanwezigen + functie:
  Huisarts 1, Geriater 1, Cardioloog 1, Nefroloog 1, HAIO-moderator, HAIO-observator
- Beslissingen:
  - Algemene consensus om medicatie af te bouwen.
    - Moxon stoppen
    - Zyloric stoppen
    - Statine stoppen (primaire preventie en ouder dan 80 jaar)
    - Olmesartan (in Forzaten) stoppen (risico ANI op CNI)
    - Evt. later bekijken of spironolacton en/of Lasix kunnen worden gestopt
      - Het betreft hier een geïsoleerde systolische hypertensie en dus het nastreven van een lagere systolische tensie is zeer moeilijk
  - Visus laten controleren
  - Gewichtsverlies
    - Werkhypothese huisarts: depressie (reeds sertraline 50 mg gestart)
    - Overige pathologie is mogelijk: eventueel geriatrische dagopname voor uitvoeren gastroscopie en CT-abdomen (al/niet met contrast), evt. psychologisch nazicht.
    - Consensus: even afwachten en zo verder gewichtsverlies ondanks SSRI → geriatrisch dagziekenhuis.
    - Indien hier een maligniteit uitkomt zou iedereen op de krans de diagnose meedelen onafhankelijk van therapeutische implicaties.

BIJLAGE 4: samenvatting interviews (member check)

De volgende 5 vragen werden aan 8 deelnemers telefonisch voorgelegd. Per vraag wordt samengevat wat geantwoord werd. Indien u zich kan vinden in het antwoord, verandert u niets. Indien u niet akkoord bent met wat geantwoord werd, of u wilt een opmerking maken, dan vult u onder de desbetreffende vraag in het rood aan wat u wenst.

1. **Algemene indrukken/opmerking rond de multimorbiditeitskrans (MMK)?**
   De reacties waren overwegend positief. Het is een meerwaarde een krans rond een moeilijke casus met alle betrokken artsen te laten doorgaan. Struikelblokken zijn dat het te veel tijd kost een geschikt moment te vinden, en de krans zelf duurt ook te lang. Verder moet er een selectie gemaakt worden bij welke patiënten een krans te doen, want dit kan onmogelijk bij alle multimorbiede 75-plussers.

2. **Wat vond u van de vorm van het overleg, meer bepaald van:**
   a) De manier van organiseren
      Zou efficiënter moeten om het heen-en-weer mailen en bellen te beperken. Alternatieve manieren van organiseren werden niet gesuggereerd.
   b) De informatie die u vooraf kreeg (het MMK-aanvraagformulier)
      Vooraf werd alle informatie rond de patiënt samengevat op een formulier. Ook het levensverhaal en specifieke vragen stonden hierop. Iedereen vond dit een goede manier van werken.
   c) De tussenkomst van de moderator
      De moderator was nu een HAIO-onderzoeker die niet betrokken was in de zorgen voor de patiënt. Iedereen was het eens dat er een moderator moet zijn. Volgens de bevraagde deelnemers zou deze rol in de toekomst moeten worden vervuld door de persoon die de krans samenroept (m.a.w. de persoon die een probleem percipieert bij de zorgen voor de patiënt in kwestie). Heel vaak zal dit dus de huisarts zijn, maar dat kan evengoed een arts-specialist zijn.
   d) De rol van EBM (evidence based medicine) op de MMK
      Iedereen was het erover eens dat in de zorgen van de patiënt EBM en richtlijnen cruciaal zijn. Of voor/tijdens de MMK de specifieke richtlijnen (die van toepassing zijn op de patiënt) moeten worden overlopen is onduidelijk. Door een aantal personen wordt gesteld dat zo'n krans juist vooral zijn waarde kent bij personen waar de richtlijnen niet makkelijk op toe te passen zijn.
   e) De gespendeerde tijdsinvestering t.o.v. het bekomen resultaat
      Deze verhouding werd als eerder ongunstig ervaren. Het kostte te veel tijd per patiënt om tot antwoorden te komen. Dus ofwel moeten er minder dergelijke kransen komen, ofwel moet de krans meer to the point zijn (concrete vragen behandelen eerder dan oeverloos discussiëren).

3. **Waarom zou een MMK een waardevolle aanvulling kunnen zijn op de reeds bestaande zorgen?**
   De waarde lag volgens de bevraagde personen vooral in het overleg rond één persoon. En dit met alle betrokken spelers. Tegenstellingen of conflicten kunnen direct worden aangekaart en blijven niet liggen. Problemen raken vlugger opgelost als men samen zit dan via brieven of

telefoontjes te moeten communiceren. Verder wordt er makkelijker naar de patiënt als geheel gekeken omdat iedereen een deel van de puzzel aanbrengt.

4. **<u>Als u iets mocht veranderen aan dit overleg ter verbetering, wat zou dat dan zijn?</u>**
   - Organisatorisch efficiënter (cfr vraag 1).
   - Selectie patiënten: patiënten met duidelijke problemen waarbij niet tot een eenduidig antwoord wordt gekomen op de klassieke manier (verwijzen, brieven). Vaak zullen dit dus (suboptimaal geregelde) multimorbiede ouderen zijn met polyfarmacie die bij meerdere artsen gevolgd worden.
   - Op de krans moeten er concrete vragen gesteld worden, eerder dan zonder duidelijk doel te praten over de patiënt.
   - Financiële vergoeding: voor de helft van de bevraagde deelnemers is dit niet nodig voor de andere helft wel.
   - Skype of teleconference worden als alternatief voor live samenzitten voorgesteld.

5. **<u>Waarom slaagt de MMK er wel, of juist niet in, om de zorgdoelen en het niet-medische verhaal van de patiënt te implementeren in de medische zorgen?</u>**
   De MMK slaagt hier deels in. Er wordt wel over doelgerichte zorg gesproken maar het verdwijnt snel naar de achtergrond. Bij de beslissingen worden zorgdoelen maar weinig als argument gebruikt. Huisarts en specialist gaan er verschillend mee om. Het is vooral de huisarts die ze moet aanbrengen en op de agenda houden.

XI. Bronnen

1. Blum JD, Conway PH, Sharfstein JM. Goal-Oriented Patient Care -- An Alternative Health Outcomes Paradigm. *New Engl J Med*. 2014:493-494.

2. Nieuwe visie op chronische zorg. *Domus Medica.* 4 februari 2016. Beschikbaar via http://www.domusmedica.be/documentatie/nieuwskijker.

3. Paulus Dominique, Van Den Heede Koen, Mertens Raf. KCE Report. Position paper: Organisatie zorg chronisch zieken in België. *KCE Rep 190A*. 2012.

4. Van den Akker M, Buntinx F RS& KJ. Comorbidity or multimorbidity: What's in a name? Review of the literature. *Eur J Gen Pr*. 1996;2:65-70.

5. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.

6. Verduijn M, Leendertse A, Moeselaar A, De Wit N, Van Marum R. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. *Huisarts Wet*. 2013;56(8):414-419.

7. Hajjar. RLMJJTHER. Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. *Expert Opin Drug Saf*. 2014;13(1):1-11.

8. Mickan S, Rodger S. Characteristics of effective teams: a literature review. *Aust Health Rev*. 2000;23(3):201-208.

9. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21th century. *Iom*. 2001;(March):1-8.

10. *International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organisation*.; 2001.

11. Mickan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Aust Heal Rev*. 2005;29(2):211.

12. Look Hong NJ, Wright FC, Gagliardi AR, Paszat LF. Examining the potential relationship between multidisciplinary cancer care and patient survival: An international literature review. *J Surg Oncol*. 2010;102(2):125-134.

13. Merrick Z, Joanne G, Scott R. Interprofessional collaboration: effects of pratice-based interventions on professional pratice and healthcare outcomes. *Cocharane Database Syst Rev Cochrane Libr*. 2014;(1).

14. France Vrijens, Laurence Kohn, Cécile Dubois, Roos Leroy, Imgard Vinck SS. Ten years of multidisciplinary teams meetings in oncology: current situation and perspectives 2015. 2015:1-114.

15. Drielen E Van, Vries AW De. Beter multidisciplinair overleg past bij betere zorg. *Ned Tijdschr van Geneeskd*. 2012;45(156):1907-1910.

16. Raine R, Xanthopoulou P, Wallace I, et al. Determinants of treatment plan implementation in multidisciplinary team meetings for patients with chronic diseases: a mixed-methods study. *BMJ Qual Saf*. 2014;(June):1-10.

17. Lamb BW, Taylor C, Lamb JN, et al. Facilitators and Barriers to Teamworking and Patient Centeredness in Multidisciplinary Cancer Teams: Findings of a National Study. *Ann Surg Oncol*.

2012:1408-1416.

18. Leasure EL, Jones RR, Meade LB, et al. There Is No “I” in Teamwork in the Patient-Centered Medical Home. *Acad Med*. 2013;88(5):585-592.

19. Lamb BW, Brown KF, Nagpal K, Vincent C, Green JS a, Sevdalis N. Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review. *Ann Surg Oncol*. 2011;18(8):2116-2125.

20. Ruhstaller T, Roe H, Thürlimann B, Nicoll JJ. The multidisciplinary meeting: An indispensable aid to communication between different specialities. *Eur J Cancer*. 2006;42(15):2459-2462.

21. Vyt A. Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. *Diabetes Metab Res Rev*. 2008;24(30):106-109.

22. Jirwe M. Analysing qualitative data. *Nurse Res*. 2011;18(3):4-5.

23. Athanasiou T, Debas H, Darzi A. *Key Topics in Surgical Research and Methodology*. 1st ed. London New York: Springer Heidelberg Dordrecht; 2010.

24. Patton M. Qualitative evaluation and research methods. Beverly Hills, CA: Sage; 1990. p. 169-186.

25. Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini J V. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med*. 2004;351(27):2870-2874.

26. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray J, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based Medicine: What it is and what it isn’t. *Bmj*. 1996;312(7023):71-72.

27. Mickan SM, Rodger S a. Effective Health Care Teams: A model of six characteristics developed from shared perceptions. *J Interprof Care*. 2005;19(4):358-370.