Pilootproject: geïntegreerd zorgmodel bij de thuiswonende, oudere met multiple chronische aandoeningen.

De ervaringen van de eerste lijnzorgverleners bij een doelgericht multidisciplinair overleg. Een kwalitatieve analyse.

Herlinde Bossaert, KU Leuven

Promotor: dr. Pauline Boeckxstaens, UGent

Co-promotor: dr. Dominique Van de Velde, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Pilootproject: geïntegreerd zorgmodel bij de thuiswonende, oudere met multiple chronische aandoeningen.

De ervaringen van de eerste lijnzorgverleners bij een doelgericht multidisciplinair overleg. Een kwalitatieve analyse.

Herlinde Bossaert, KU Leuven

Promotor: dr. Pauline Boeckxstaens, UGent

Co-promotor: dr. Dominique Van de Velde, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

De ervaringen van de eerste lijnzorgverleners bij een doelgericht multidisciplinair overleg. Een kwalitatieve analyse.

Haio: Herlinde BOSSAERT – Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: dr. Pauline BOECKXSTAENS – Universiteit Gent
Copromotor: dr. Dominique VAN DE VELDE – Universiteit Gent
Praktijkopleider: dr. Pieter DE MEULDER

Context: Thuiswonende ouderen met multimorbiditeit vormen een toenemende populatie in de huisartsgeneeskunde. Men ondervindt echter verschillende problemen bij de aanpak van patiënten met multimorbiditeit in de eerste lijn. Dit onderzoek kadert binnen het pilootproject "Geïntegreerde zorg voor thuiswonende ouderen met multiple chronische aandoeningen" waarin wij enkele van deze problemen aankaarten. Het pilootproject vertrekt vanuit het gedeelde concept: doelgerichte zorg. Deze masterproef behandelt één onderdeel van dit zorgmodel, namelijk het doelgericht multidisciplinair overleg in de eerste lijn.

Onderzoeksvraag: Hoe ervaren de betrokken zorgverleners bij het doelgericht multidisciplinair overleg, (1) het implementeren van zorgdoelen in een zorgplan, (2) doelgerichte zorg voor de aanpak van multimorbiditeit en (3) het MDO als medium om doelgerichte zorg te leveren?

Methode: Een kwalitatieve studie werd opgesteld opdat een maximaal aantal gegevens van alle participerende zorgverleners kon bekomen worden. In een eerste deel van het onderzoek werd een semigestructureerde vragenlijst afgenomen (telefonisch/schriftelijk) bij een maximale diverse selectie van de participerende zorgverleners. De analyse van de gegevens gebeurde op een open inductieve manier. De antwoorden werden thematisch verwerkt in categorieën met subcategorieën. In een tweede deel van het onderzoek werden uit deze analyse stellingen opgemaakt om voor te leggen aan alle participerende zorgverleners. Ook hier volgde een open inductieve analyse op de verzamelde gegevens.

Resultaten: In het pilootproject werden zeven overleggen georganiseerd en hieraan namen 23 zorgverleners deel. 18 Zorgverleners namen deel aan deze studie. (1) De zorgverleners merken drie facetten op om zorgdoelen te implementeren in het zorgplan (het delen, het interpreteren en het toepassen van de zorgdoelen) en benadrukken de belangrijke bijdrage van de patiënt hierin. (2)Doelgerichte zorg is een manier om preventief te handelen en zorgcontinuïteit te bewaken vanuit een patiënt die centraal wordt geplaatst. (3) Het multidisciplinair onderzoek is een medium om doelgerichte zorg te leveren in de eerste lijn omwille van volgende kenmerken: kwaliteitsvol communicatiemiddel, expertise vanuit verschillende zorgdomeinen, grote toegankelijkheid en de positieve impact op patiënt en het functioneren als zorgverlener. De kostenefficiënte haalbaarheid van het multidisciplinair overleg en een ongedefinieerde doelgroep voor het doelgericht MDO, ervaren zorgverleners als hindernissen.

Conclusie: Voor het implementeren van de zorgdoelen in het zorgplan zijn we afhankelijk van een multidisciplinair zorgteam. Er is hiervoor een toekomst weggelegd voor het multidisciplinair overleg in de eerste lijn als een medium om doelgerichte zorg te leveren bij patiënten met multimorbiditeit. De identificatie van de doelgroep die baat heeft bij het doelgericht MDO is een eerste stap om het MDO haalbaar te maken.

Contact: herlindebossaert@hotmail.com

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT i

INHOUDSTAFEL ii

DANKWOORD iv

1. INLEIDING 1

1.1. Thuiswonende ouderen met multimorbiditeit 2

1.2. Van probleemgeoriënteerde zorg naar doelgerichte zorg 3

1.3. Een geïntegreerd zorgmodel 4

1.3.1. Geïntegreerde zorg 4

1.3.2. Gemeenschappelijke studieopzet masterproef Huisartsgeneeskunde 4

2. LITERATUUR 7

2.1. Vertrekpunt van de literatuurzoektocht 7

2.2. Methode 7

2.2.1. Zoekstrategie en zoektermen 7

2.3. Bespreking van de literatuur 8

2.3.1. Nood aan een individuele aanpak 9

2.3.2. Nood aan extra aandacht voor zorgcontinuïteit 10

2.4. De onderzoeksvraag 12

3. METHODOLOGIE 13

3.1. Onderzoeksopzet 13

3.2. Onderzoekspopulatie en onderzoeksveld 13

3.2.1. Patiëntenpopulatie van het pilootproject 14

3.2.2. Participerende zorgverleners aan de MDO's 15

3.3. Interventie 15

3.3.1. De identificatie van de zorgdoelen 15

3.3.2. De organisatie van de MDO's 16

3.3.3. Het aanreiken van de zorgdoelen in het MDO 17

3.4. Gegevensverzameling en – verwerking 17
3.4.1. Uitstippelen van de studieopzet op basis van het MDO 18
3.4.2. De bevraging van de selectie zorgverleners 18
3.4.3. Het voorleggen van de eerste resultaten aan de volledige zorgverlenerpopulatie 20
4. RESULTATEN 22
4.1. Populatie 22
4.1.1. Patiëntenpopulatie van het pilootproject 22
4.1.2. Zorgverlenerpopulatie die deelnam aan de MDO's 23
4.2. Analyse van de resultaten 26
4.2.1. De voorstelling van de zorgdoelen 26
4.2.2. De invloeden van de zorgdoelen 26
4.2.3. Doelgerichte thuiszorg 28
4.2.4. Implementatie van doelgerichte zorg via het MDO 29
4.2.5. Hindernissen bij het implementeren van doelgerichte zorg in het MDO 31
5. DISCUSSIE 36
5.1. Weergave van de resultaten 36
5.2. Bespreking van de resultaten en de standpunten in de literatuur 37
5.2.1. De multidisciplinaire bijdrage aan het implementeren van zorgdoelen in het zorgplan 37
5.2.2. De aanpak van multimorbiditeit met het doelgericht MDO 38
5.2.3. Kenmerken van het MDO om efficiënt doelgerichte zorg te leveren 39
5.2.4. Hindernissen die worden ervaren bij het doelgericht MDO 41
5.3. Aanbevelingen voor de praktijk en verder onderzoek 42
5.4. Sterktes en zwaktes van deze studie 42
6. CONCLUSIE 44
7. REFERENTIES 45
8. BIJLAGEN 47

DANKWOORD

Deze masterproef werd mogelijk gemaakt door de aangename samenwerking met heel veel personen. Graag wil ik iedereen danken voor hun bijdrage aan dit werk.

Vooreerst was er een vlotte samenwerking met de promotor dr. Pauline Boeckxstaens en co-promotor dr. Dominique Van de Velde. Ik dank hen voor de vele tijd die zij voor ons onderzoek uit trokken. Op deze manier kreeg ik de kans om inzichten te verwerven en leerde ik kritische reflecties maken. De praktische en inhoudelijke tips werden enorm geapprecieerd. De manier waarop ik, door hun enthousiasme, met doelgerichte zorg kennis mocht maken, zal een blijvende indruk nalaten in mijn latere praktijkvoering bij patiënten met multimorbiditeit.

Vervolgens gaat mijn dank uit naar de collega's huisartsen-in-opleiding in het onderzoeksteam (Arnout De Mesmaeker, Hanne Lavens en Annelies Pattyn). Zij leverden allen een ware inspanning om dit pilootproject op te stellen en uit te voeren. De samenwerking verliep zeer vlot en er kon altijd gerekend worden op elkaar.

Mijn praktijkopleider, Dr. Pieter De Meulder, wil ik danken voor de mogelijkheid om het pilootproject uit te voeren binnen de praktijk, zijn deelname aan zowel het multidisciplinair overleg als de multimorbiditeitskrans en het nalezen van de masterproef. De steun die ik kreeg in mijn opleidingspraktijk, was van groot belang bij het combineren van de dagtaak en het opstellen van de masterproef.

Daarnaast wens ik alle patiënten, eerstelijnszorgverleners en specialisten die deelnamen aan het pilootproject, te danken voor hun inzet tijdens het pilootproject en hun enthousiasme waarmee zij dit deden.

Tot slot zijn er nog enkele personen die mij de voorbije maanden en jaren sterk hebben gesteund. Mijn zus, Annabelle, wil ik danken voor het delen van haar ervaring en tips en het nalezen van mijn masterproef. Mijn vriend, Toon, ben ik heel erg dankbaar voor de steun, het begrip en de steeds aanwezige, motiverende glimlach. Een laatste woord van dank gaat uit naar mijn ouders die mij deze kans gaven en die mij blijven steunen bij het uitstippelen van mijn toekomst.

Herlinde Bossaert
Moorslede, 24 april 2016

1. INLEIDING

Deze masterproef behandelt een belangrijke patiëntenpopulatie van de huisarts, de thuiswondende ouderen, en een uitdagend kenmerk van deze populatie, namelijk multimorbiditeit. Mijn collega onderzoekers, Annelies Pattyn, Arnout De Mesmaeker en Hanne Lavens, en mezelf waren aangetrokken tot deze uitdaging in ons beroep als huisarts. Samen hebben we ons verdiept in dit onderwerp. In de inleiding worden enkele belangrijke begrippen geduid, wordt de overkoepelende studie uit de doeken gedaan en worden de onderzoeksvragen van de vier huisartsen-in-opleiding weergegeven. Het overkoepelend onderzoek is een pilootproject waarbij we een doelgericht, geïntegreerd zorgmodel opstelden voor thuiswonende ouderen met multimorbiditeit. Deze masterproef behandelt één onderdeel van dit zorgmodel, namelijk het doelgericht multidisciplinair zorgoverleg in de eerste lijn (MDO). Na de inleiding wordt dieper ingegaan op wat de wetenschappelijke literatuur tot op heden beschrijft als de problemen die worden ervaren bij de aanpak van patiënten met multimorbiditeit in de eerste lijn. Daarna volgt de uiteenzetting van het kwalitatief onderzoek waarin we de ervaring van de zorgverleners, die deelnamen aan het doelgericht MDO in het pilootproject, hebben verkend. De informatie uit de literatuurstudie en de resultaten uit het kwalitatief onderzoek vormden de basis voor de discussie waarin we pogen een antwoord te bieden op de vraag of een doelgericht MDO een meerwaarde heeft binnen de aanpak van multimorbiditeit en onder welke condities dan wel.

1.1. Thuiswonende ouderen met multimorbiditeit

De groep thuiswonende ouderen met multimorbiditeit in de eerste lijn is groot en groeit gestaag met de vergrijzing.[1] De term multimorbiditeit werd in het leven geroepen omdat veel patiënten met meerdere chronische aandoeningen belast zijn en dit moeilijkheden met zich mee brengt. Een definitie van multimorbiditeit die vaak wordt gehanteerd is de volgende: het lijden aan twee of meer chronische aandoeningen. Het concept multimorbiditeit is echter veel complexer. Daarom opteren we om in deze masterproef een andere definitie te hanteren die werd voorgesteld door het EGPRN (European General Practice Research Network). De definitie werd ontwikkeld vanuit literatuuronderzoek en de consensus tussen verschillende experts.[2]

Multimorbiditeit wordt gedefinieerd als een combinatie van een chronische aandoening met zeker één andere aandoening (acuut of chronisch) of bio-psychologische of sociale factor (geassocieerd of niet) of een somatische risicofactor. Een bio-psychologische of sociale factor, een risicofactor, het sociale netwerk, de ziektebelasting, de consumptie van de gezondheidszorg en de coping strategieën van de patiënt kunnen allen een invloed hebben op de impact van multimorbiditeit. Multimorbiditeit kan de gezondheidsuitkomst wijzigen en kan leiden tot een verhoogde disability of een gedaalde levenskwaliteit of kwetsbaarheid.[2]*

**De term "disabilty" kent geen vertaling in de Nederlandse taal die de betekenis van de term voldoende duidt.*

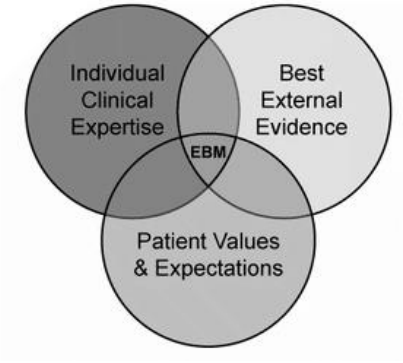
Ondanks dat er geen sluitende definitie bestaat van multimorbiditeit is reeds lang geweten dat multiple chronische ziekten een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven.[(3)] Met het stijgen van het aantal fysieke aandoeningen, neemt bijvoorbeeld de prevalentie van psychische aandoeningen, meer bepaald depressies, toe.[4] Patiënten met multimorbiditeit worden vaker gehospitaliseerd, vaker heropgenomen en gaan meer naar de huisarts.[5]

De link tussen de concepten multimorbiditeit en kwetsbaarheid staat nog volop ter discussie. Is kwetsbaarheid een uitkomstparameter van patiënten die lijden aan multimorbiditeit (zoals in de definitie van EPGRN) of is kwetsbaarheid een factor die de complexiteit van de impact van multimorbiditeit op de patiënt bepaald? [6]

Multimorbiditeit presenteert zich niet enkel bij ouderen. Een groot aantal patiënten met multimorbiditeit vinden we namelijk terug in de populatie die jonger is dan 65 jaar. Opmerkelijk is dat multimorbiditeit zich bij sociaaleconomische kwetsbaren binnen de maatschappij op een jongere leeftijd presenteert, dan bij de welstellende populatie.[4]

Het is duidelijk dat multimorbiditeit niet samen te vatten is in één definitie en dat vele aspecten van multimorbiditeit een impact hebben op de aanpak ervan. De groeiende populatie en de toename in het gebruik van de gezondheidszorg door deze populatie, zorgen ervoor dat een kostenefficiënte aanpak vereist is voor multimorbiditeit.

1.2. Van probleemgeoriënteerde zorg naar doelgerichte zorg



Evidence Based Medicine (EBM) werd in 1996 gedefinieerd door David Sackett als het uitoefenen van geneeskunde met integratie van de beste evidentie uit het onderzoek, de klinische ervaring van de arts en de waarden van de patiënt. Hiermee werd een statement gemaakt dat geneeskunde geen kookboekkunst is.[7] De basis was gelegd voor de ontwikkeling van EBM-richtlijnen die gebruiksvriendelijk zijn in de praktijk en streven naar optimale kwaliteit van de gezondheidszorg. Voor chronische ziekten werden in deze context zorgpaden opgesteld gebaseerd op deze richtlijnen. Een voorbeeld uit eigen land zijn de zorgtrajecten voor diabetes type II en chronische nierinsufficiëntie. Rijken et al. onderzochten of de chronische zorgpaden wel voldoende rekening houden met de noden van de patiënt, de derde pijler in EBM. In de studie op 14 Europese zorgpaden (diabetes type II en chronisch obstructief pulmonaire ziekte) zag men reeds een impact op de noden van de patiënt in vergelijking met puur probleemgeoriënteerde zorg. Dit kwam voornamelijk door een toegenomen interdisciplinaire samenwerking. De uitkomstparameters blijven echter ziektespecifiek en bestaan voornamelijk uit klinische uitkomstparameters. Er wordt in de zorgpaden weinig tot geen rekening gehouden met de sociale of culturele noden van de patiënt. Als de zorgpaden beter willen inspelen op de derde pijler van EBM, wordt gesuggereerd de relevante uitkomstparameters voor de patiënt te gaan bepalen en behandelen.[8] In 1991 suggereerden Mold en Blake een aanpak die hieraan tegemoet komt, namelijk doelgerichte zorg, die specifiek de doelstellingen van de individuele patiënt beoogt.[9] Wanneer we individuele gezondheidsdoelen opstellen vanuit verschillende dimensies, bijvoorbeeld doelstelling over het fysiek functioneren, het sociaal participeren en de symptomen die een patiënt ervaart, stappen we af van de ziektespecifieke uitkomstparameters.[10-11]

"Ultimately, good medicine is about doing right for the patient. For patients with multiple chronic diseases, severe disability, or limited life expectancy, any accounting of how well we're succeeding in providing care must above all consider patient's preferred outcomes."

Reuben & Tinetti, NEJM, 2012 [10]

1.3. Een geïntegreerd zorgmodel

1.3.1. Geïntegreerde zorg

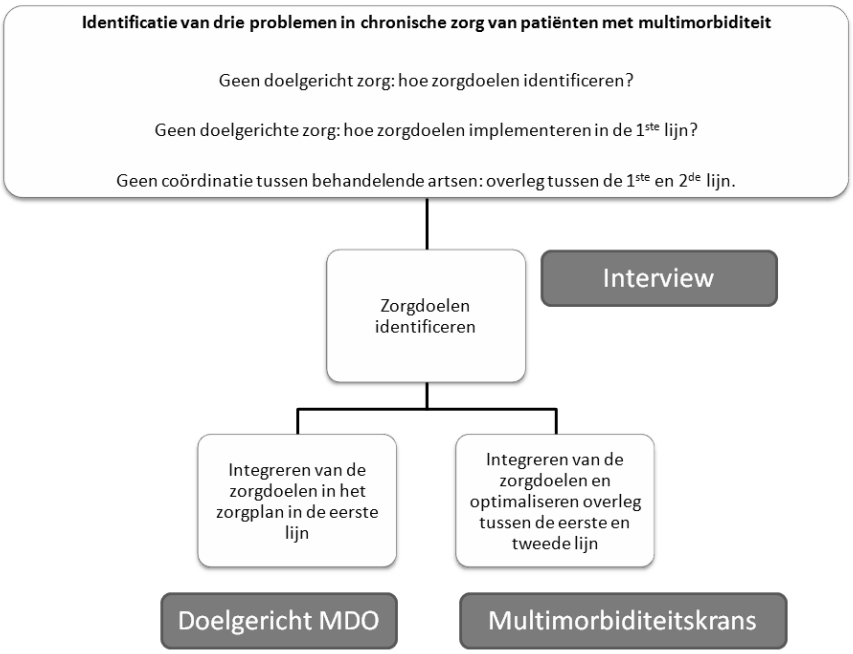
Fortin et al. maakte ons erop attent dat wanneer we de complexe noden van de patiënt wensen op een goeie manier aan te pakken, we meest kans op succes hebben indien we vertrekken vanuit een zorgmodel gebaseerd op samenwerking, een centrale rol voor de patiënt en doelgerichte zorg.[12] Wat hier wordt beschreven, kan worden gedefinieerd als geïntegreerde zorg. Op de website van het International journal of Integrated Care wordt geïntegreerde zorg als volgt gedefinieerd en dit naar een artikel van Kodner en Spreeuwenberg.[13]

Geïntegreerde, of gecoördineerde, zorg baseert zich op een gedeeld concept dat zorgverleners en zorgorganisaties met elkaar verbindt op alle zorgniveaus van het zorgsysteem (eerste lijn, tweede lijn en derde lijn), met als doel de coördinatie van de zorg te verbeteren voor specifieke types van patiënten of voor het managen van de noden van specifieke populaties over diverse zorgaanbieders.

1.3.2. Gemeenschappelijke studieopzet masterproef Huisartsgeneeskunde

Met vier huisartsen-in-opleiding namen we de uitdaging aan om een pilootproject voor geïntegreerde zorg bij patiënten met multimorbiditeit op te stellen. Het doel bestaat eruit optimale zorg te organiseren op de maat van de patiënt met multimorbiditeit, gebaseerd op het gedeelde concept doelgerichte zorg. In de bijeenkomsten die aan de grondslag lagen van het opstellen van dit zorgmodel, werden drie problemen geïdentificeerd waaruit we uiteindelijk het zorgmodel hebben opgesteld. De drie problemen bestaan uit (a) de identificatie van de zorgdoelen, (b) de implementatie van de zorgdoelen in het zorgplan in de eerste lijn en (c) de communicatie tussen de eerste en de tweede lijn. Figuur 1 geeft een weergave van het zorgmodel.

Een eerste stap in het zorgmodel bestaat uit een interview met de patiënt, met als doel de zorgdoelen van de patiënt te achterhalen. Deze zorgdoelen werden de basis voor de volgende twee, parallel lopende stappen. Enerzijds werd een MDO georganiseerd waarbij we vertrokken vanuit de zorgdoelen van de patiënt. Anderzijds werd een multimorbiditeitskrans (MMK) georganiseerd waaraan de betrokken arts uit de eerste lijn en de betrokken artsen uit de tweede lijn deelnamen. Ook hier werden de zorgdoelen op het overleg besproken.



Figuur 1: Pilootproject geïntegreerd zorgmodel bij de thuiswonende oudere met multiple chronische aandoeningen

De verschillende deelonderzoeken vloeien voort uit de drie problemen hierboven vermeld. De specifieke onderzoeksvragen werden door de vier huisarten-in-opleiding afzonderlijk opgesteld na verschillende peer debriefings met de copromotoren en na het literatuuronderzoek. Om dit deelonderzoek te kaderen binnen het grotere onderzoek, worden de vier onderzoeksvragen hier reeds geformuleerd. Figuur 2 geeft een algemene weergave van het onderzoek en geeft de verschillende data aan waarop de onderzoeksvragen werden gebaseerd.

Annelies Pattyn

"Benoemen van zorgdoelen bij thuiswonende ouderen met multimorbiditeit: een kwalitatieve analyse."

Hanne Lavens

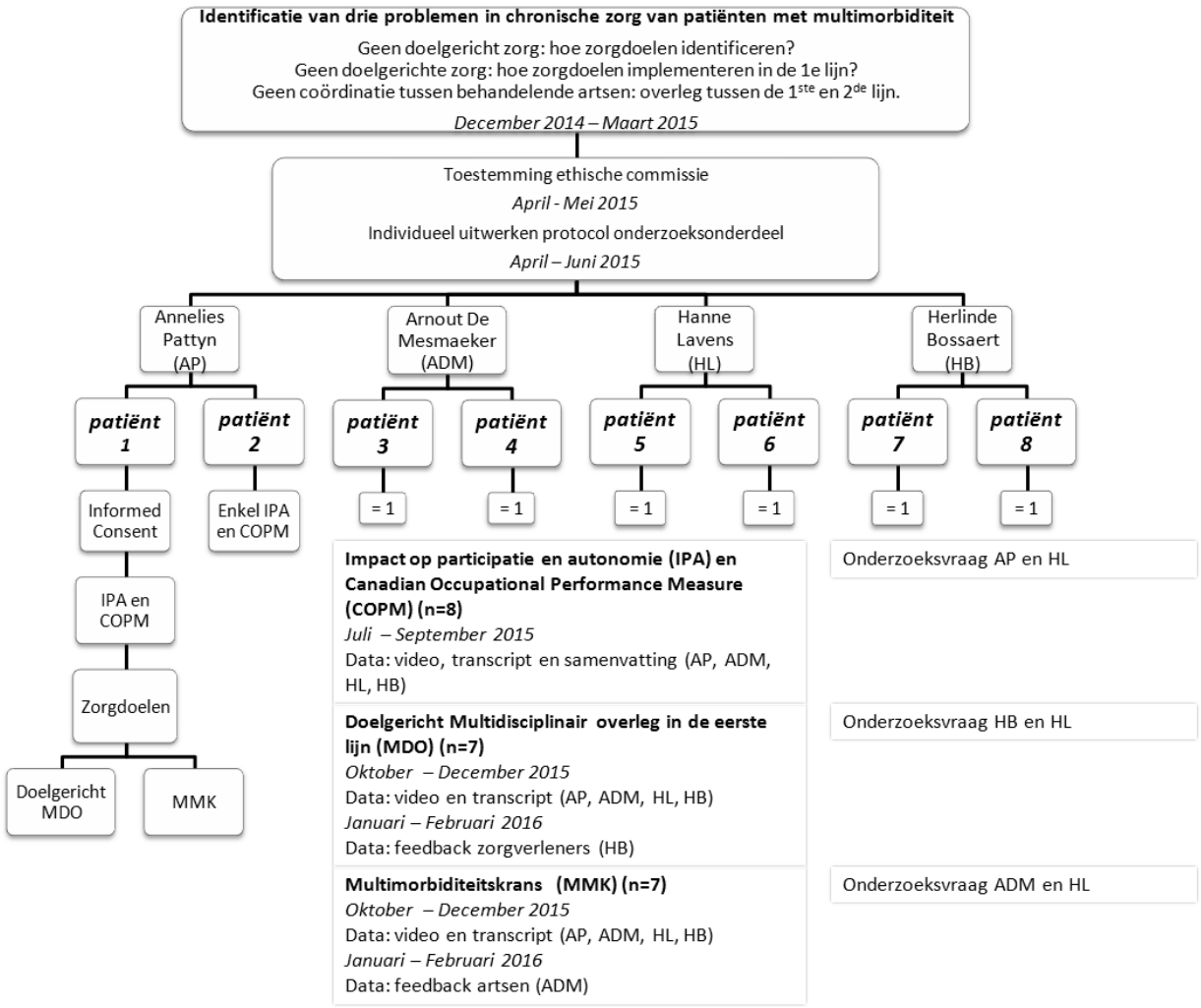
"Welke zorgdoelen stellen mensen en leiden die zorgdoelen tot besluitvorming in het multidisciplinair overleg en de multimorbiditeitskrans? Een kwalitatieve analyse."

Herlinde Bossaert (Onderzoeksvraag van deze masterproef)

"De ervaringen van de eerste lijnzorgverleners bij een doelgericht multidisciplinair overleg. Een kwalitatieve analyse."

Arnout De Mesmaeker

"Kan een multimorbiditeitskrans een nuttige aanvulling betekenen in de zorg voor de multimorbide oudere? Procesbeschrijving en kwalitatieve analyse."



Figuur 2: Flowchart van het geïntegreerd zorgmodel toegepast op acht patiënten.

Elke huisarts-in-opleiding reikte samen met de praktijkopleider twee patiënten aan om het doelgericht, geïntegreerd zorgmodel te doorlopen. In een eerste stap werd bij elke patiënt een interview afgenomen om de zorgdoelen te bepalen. In een tweede en derde stap werden parallel een doelgericht MDO en een MMK georganiseerd. Er bestaat een videotape en transcript van alle stappen. Van de eerste stap werden ook samenvattingen gemaakt van de zorgdoelen om mee te nemen naar de volgende twee stappen. Er werden extra gegevens verzameld bij de deelnemers aan het doelgericht MDO en de MMK. Annelies Pattyn en Hanne Lavens spitsen hun masterproef toe op de zorgdoelen en hun impact op het zorgmodel. Herlinde Bossaert en Arnout De Mesmaeker richten zich respectievelijk op het doelgericht MDO en de MMK.

2. LITERATUUR

2.1. Vertrekpunt van de literatuurzoektocht

We voerden een verkennend literatuuronderzoek uit in naar de problemen die worden ervaren bij de aanpak van 75-plussers met multiple chronische aandoeningen in de eerste lijn. De kennis van deze probleemstelling kan ons een zicht geven op de bijdrage van het multidisciplinair overleg in de eerste lijn als middel om het gedeelde concept, doelgerichte zorg, te verwezenlijken.

2.2. Methode

Initieel reikte de promotor en copromotor literatuur aan. Vervolgens zetten we de stap naar secundaire en primaire bronnen. De primaire bronnen waren nodig om de principes achter de problematiek bij de aanpak van multimorbiditeit te achterhalen. Bij het lezen van deze bronnen werd de sneeuwbalmethode toegepast en werden extra relevante artikels opgenomen. Verschillende artikels werden gebruikt in de inleiding en in de discussie van deze masterproef.

2.2.1. Zoekstrategie en zoektermen

Aangeboden literatuur promotor en copromotor

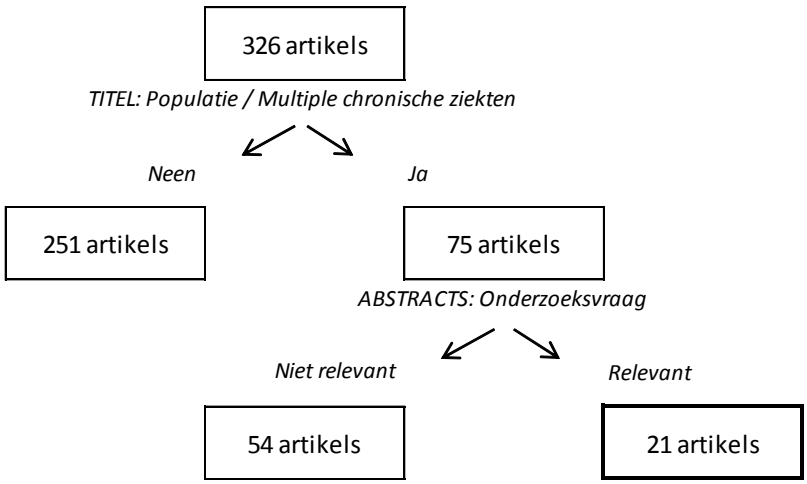
Promotor en copromotor, respectievelijk Prof. Dr. An De Sutter en Dr. Pauline Boeckxstaens, zijn actief in het onderzoeksveld over multimorbiditeit. Copromotor Dr. Pauline Boeckxstaens deed haar doctoraatstudie tevens in dit onderzoeksdomein. Haar doctoraatstudie werd een eerste kennismaking met de aanpak van multimorbiditeit en leverde inzicht in ons onderzoeksdomein.

Primaire en secundaire bronnen

Pubmed via medline
Mesh termen: "primary health care", "chronic diseases", "comorbidities", "patient care management" *Filters: "abstract aanwezig"*

Aangezien "Multimorbidity" geen MESH term is, was het initieel een moeilijke zoektocht. De entryterm "multimorbidity" wordt wel weergegeven onder de Meshterm "comorbidities".

Deze zoekactie leverde 326 artikels op. Hierna volgde een manuele selectie door de haio-onderzoeker op basis van de titel. Artikels die handelden over een pediatrische populatie of de aanpak van één chronische aandoening werden uitgeselecteerd. Deze selectie resulteerde op 75 artikels. De selectie werd afgerond door het nalezen van de abstracts. Er werden 21 artikels weerhouden die relevant bleken voor de onderzoeksvraag en in de Nederlandse, Engelse of Franse taal werden geschreven. Figuur 3 geeft deze zoekactie weer in een flowchart. Bij het nalezen van de artikels werd de sneeuwbalmethode toegepast en werden extra relevante artikels opgenomen.



Figuur 3: Flowchart zoekactie op Pubmed.

2.3. Bespreking van de literatuur

Patiënten met multimorbiditeit verwachten dat een ideaal zorgsysteem voldoet aan een vlotte toegankelijkheid tot zorgverleners, heldere communicatie van een geïndividualiseerd zorgplan, continuïteit in de relatie met zorgverleners, zorgverleners die zich ontfermen over hun gezondheid en zorgverleners die de unieke en wisselende noden van de patiënt appreciëren.[14] Dit is op zijn minst een uitdaging voor ons zorgsysteem, maar tevens een vertrekpunt voor het onderzoek naar de problemen bij de aanpak van multimorbiditeit in de eerste lijn. Opmerkelijk is dat de patiënt niet bekommerd is over de inhoud van de zorg, maar wel over het verloop en de organisatie van de complexe zorg. Vanuit de verwachting van de patiënt met multimorbiditeit detecteren we twee problemen, namelijk dat een individuele aanpak noodzakelijk is en dat de continuïteit van zorg, zowel op gebied van coördinatie als op gebied van de relatie tussen de patiënt en de zorgverleners, meer aandacht vraagt.

2.3.1. Nood aan een individuele aanpak

Een uniforme aanpak slaagt niet

EBM Richtlijnen voor chronische ziekten worden opgesteld voor de behandeling van de patiënt die lijdt aan deze ziekte en zijn gebaseerd op studies, uitgevoerd op patiënten zonder co-morbiditeit. Het is vaak onmogelijk om de unieke richtlijnen van de verschillende chronische ziekten tegelijkertijd en bij de zelfde patiënt toe te passen zonder schade te veroorzaken. Wanneer verschillende richtlijnen gevolgd worden, stapelen de medicaties zich op. De gevolgen hiervan zijn een complexe zorg met verlies van zelfstandigheid, een hoger risico op fouten in de medicatietoediening, nevenwerkingen en interacties van de medicaties en een hoger risico op hospitalisatie. [15] Huisartsen, die deelnamen in een Nederlandse kwalitatieve studie, ondervonden dat de interactie van verschillende ziekten, het hen moeilijk maakt om aan goede diagnostiek te doen en om een goed beleid uit te stippelen.[16]

Pogingen werden ondernomen om vaste combinaties van chronische ziekten te analyseren uit grote populaties van patiënten met multimorbiditeit, met als doel om richtlijnen op te stellen voor courante ziektecombinaties. De lage prevalentie van specifieke combinaties, de hoge prevalentie van psychiatrische en sociale problemen en de complexiteit van multimorbiditeit zorgt er namelijk voor dat richtlijnen voor het behandelen van ziektecombinaties in de praktijk moeilijk te gebruiken zou zijn.[17]

Problemen bij het toepassen van doelgerichte zorg

Doelgerichte zorg, zoals in de inleiding beschreven, focust zich op de doelstellingen van de patiënt en gaat hierdoor afstand nemen van de ziektespecifieke, uniforme uitkomstparameters. Doelgerichte zorg zal eveneens de weg openen om de patiënt in zijn verschillende dimensies te verzorgen.[10] Dit individuele aspect van doelgerichte zorg wordt ook omschreven als de patiënt centraal plaatsen. In een Cochrane systematische review werd onderzocht welke uitkomstparameters nuttig waren voor verder onderzoek op de aanpak van multimorbiditeit. Specifieke risicofactoren die terugkomen bij verschillende aandoeningen en functionele moeilijkheden die de patiënt ervaart, waren de uitkomstparameters die naar voor geschoven werden.[18]

Doelgerichte zorg is een veelbelovend alternatief die ons wordt aangeboden voor de aanpak multimorbiditeit. Toch ontdekken we ook wat problemen bij het toepassen van doelgerichte zorg. Dit is tevens het overkoepelende thema van ons pilootproject.

De identificatie van zorgdoelen - Als zorgverlener moeten we er ons echter van bewust zijn dat de patiënten niet spontaan hun zorgnoden gaan vertellen.[19] De arts-patiënt relatie en communicatie

wordt heel belangrijk. Het vertrouwen en het delen van informatie, alsook het exploreren van noden van de patiënt zijn noodzakelijk bij doelgerichte zorg.[11] Voor de huisarts kan hulp van een praktijkverpleegkundige of van een multidisciplinair team welkom zijn om de zorgdoelen te identificeren en het functioneren in kaart te brengen.[20] Annelies Pattyn en Hanne Lavens, collega onderzoekers binnen dit pilootproject, gaan dieper in op dit onderwerp in hun masterproef.

De impact van doelgerichte zorg op de zorgverlener - Ten eerste moet je als zorgverlener leren omgaan met de negatieve consequenties die doelgerichte zorg met zich kan meedragen. Zorgverleners en patiënten moeten begrijpen dat er geen enkele beslissingen de enige juiste beslissing is in deze complexe situaties. Soms worden beslissingen genomen die haaks op je opleidingsvisie of de richtlijn staan. Bijvoorbeeld is comforttherapie niet altijd de meest levensverlengende optie.[21] Ten tweede worden steeds meer kwaliteitsindicatoren ingeschakeld om zorgverleners te belonen in "pay-for-performance" gezondheidszorgsystemen. Kwaliteitsindicatoren zijn echter ziektespecifiek en vaak opgesteld op basis van de aanbevelingen uit de EBM richtlijnen. Het gevaar dat hierin schuilt, is dat zorgverleners niet beloond worden om de complexe noden bij patiënten met verschillende aandoeningen aan te kaarten en er geen stimulans bestaat om deze aan te kaarten.[15,22] Ten derde is er de mentaliteitswijziging van een paternalistische zorg naar een zorg waar de patiënt meer centraal komt te staan. De autonomie van de arts wordt beperkt door het volgen van EBM richtlijnen en het kritisch evalueren van de kwaliteitsindicatoren. Nochtans wordt het klinisch oordeel terug belangrijker wanneer je je niet langer kan laten leiden door de richtlijnen omwille van de complexiteit van de aandoeningen.[23]

2.3.2. Nood aan extra aandacht voor zorgcontinuïteit

Complexe zorg leidt tot fragmentatie van de zorg

Patiënten met multimorbiditeit hebben behoefte aan hulp vanuit verschillende zorgdisciplines. Dit zowel op medisch vlak (huisarts en de artsen uit de 2de lijn), als op paramedisch vlak (bijvoorbeeld de thuisverpleging en de kinesitherapeut) als op sociaal vlak (bijvoorbeeld de sociaal assistent en de hulp aan huis). Deze disciplines zijn in heel wat settings van de onderzoeken niet in één huis te vinden. Deze fragmentatie en de vele afspraken worden in het onderzoek van Paddison et al aangehaald als één van de factoren waarom patiënten met multimorbiditeit minder tevreden zijn van de eerste lijnzorg in Engeland.[24] Naast het ongemak voor de afspraken, zijn er ook potentiële

problemen in de zorgverlening zelf, zoals onvoldoende communicatie tussen de zorgverleners en tussen de zorgverlener en de patiënt.[14]

Om de zorgcontinuïteit te blijven garanderen binnen deze gefragmenteerde zorglandschappen, is het belangrijk dat er een heldere communicatie bestaat: heldere communicatie naar de patiënt en kwaliteitsvolle en directe communicatie tussen de zorgverleners. Het multidisciplinair overleg is bijvoorbeeld een platform die de kans biedt om informatie te delen op een zeer directe manier.[25]

Om de patiënt te ondersteunen met de omgang met de complexe zorg en de complexe zorgaanpak, schuift Bayliss et al. één zorgmanager naar voor geschoven als hulp.[14] Ook in andere studies zien we die wending naar voor treden. Luijks et al. zien de huisarts, omwille van de persoonlijke relatie en de algemene kennis binnen de geneeskunde, als ultieme kandidaat om de patiënt centraal te plaatsen en de geïntegreerde zorg te coördineren.[16]

Complexe zorg verlangt een longitudinale relatie tussen de patiënt en de zorgverlener

Roland et al. bespreken de problematiek van de patiënt die klaagt dat hij nooit dezelfde dokter ziet. De oorzaken van deze gebrekkige mogelijkheden tot het opbouwen van relaties, zou kunnen liggen in de opkomst van verpleegkundigen die routine onderzoeken overnemen van de huisarts, huisartsen die parttime werken en het werken met studenten die slechts voor een bepaalde periode of in shifts aanwezig zijn.[23] Dit maakt het voor de patiënt vaak ingewikkeld en de patiënt wenst ook niet telkens opnieuw zijn zorgdoelen aan te leren aan de verschillende zorgverleners.[14]

Ten tweede hechten patiënten met complexe langdurige ziekten veel waarde aan langdurige relaties met dezelfde zorgverleners. Bayliss et al. stelde vast dat een langdurige relatie met dezelfde zorgverleners leidde tot grotere patiëntentevredenheid, een groter vertrouwen in de zorgverlener, een gevoel van veiligheid en een betere communicatie. Wanneer een langdurige relatie met de arts is opgebouwd, worden ook minder hospitalisaties waargenomen.[26]

2.4. De onderzoeksvraag

Vanuit de probleemstelling merken we dat individuele zorg, gebaseerd op doelgerichte zorg, en oog voor zorgcontinuïteit de belangrijkste termen zijn in de nabije toekomst voor de zorg van patiënten met multimorbiditeit en complexe zorgnoden. De hamvraag was of het MDO in de eerste lijn, met inbegrip van het gedeelde concept doelgerichte zorg, een bijdrage kan leveren aan de aanpak van multimorbiditeit in de eerste lijn. Vanuit deze uiteenzetting kunnen we stellen dat onze opzet, het implementeren van zorgdoelen in het MDO, enerzijds voldoet aan de vraag om doelgericht te handelen en anderzijds voldoet aan de vraag om communicatie en coördinatie te ondersteunen. Verder is de detectie van en de aanpak van de zorgnoden een vaardigheid die door verschillende zorgverleners kan uitgeoefend worden, ongeacht de opleiding. Dit is in tegenstelling tot probleemgerichte zorgaanpak waarvan de medische kennis van een huisarts vereist is om ziektespecifieke uitkomstparameters te detecteren en aan te pakken.

Volgende vragen willen wij verder onderzoeken:

→ HOE KUNNEN WE DE ZORGDOELEN IMPLEMENTEREN IN HET MDO?

→ KOMT HET DOELGERICHT MDO TEGEMOET AAN DE PROBLEMEN BIJ DE AANPAK VAN MULTIMORBIDITEIT?

→ IS HET MDO EEN GOED MEDIUM OM DOELGERICHTE ZORG TE LEVEREN?

3. METHODOLOGIE

3.1. Onderzoeksopzet

De onderzoeksopzet van het pilootproject werd weergegeven in Figuur 2.
Om te exploreren wat de haalbaarheid en de kwaliteit van het doelgericht MDO is bij de aanpak van multimorbiditeit, werd een kwalitatief onderzoek opgesteld binnen het pilootproject. Na verschillende peer debriefings met het onderzoeksteam (AL, ADM, HL, HB, promotor en copromotor), opteerden we om de interventie te beoordelen met een exploratieve, kwalitatieve bril vanuit het perspectief van de zorgverleners. De zorgverleners worden dagelijks geconfronteerd met multimorbiditeit en, bewust of onbewust, ook met zorgdoelen van patiënten. De problemen die zich stellen bij de aanpak van multimorbiditeit worden ook door de zorgverleners ervaren. Zij krijgen hierdoor een complexe opdracht en dit mag hen niet demotiveren in hun beroep. Hun mening is niet onbelangrijk in verder onderzoek naar de aanpak van de ouderen met multimorbiditeit.

Een schematische weergave van de onderzoeksopzet wordt weergegeven in Figuur 4. Verder in de tekst volgt een uitgebreide beschrijving van het opstellen van de studieopzet. Hier worden alvast de grote lijnen van de onderzoeksopzet vermeld:

I. In het pilootproject werden doelgerichte MDO's georganiseerd waarbij de zorgdoelen expliciet het vertrekpunt van het MDO vormden.

II. Enkele weken nadat de MDO's werden uitgevoerd, werd aan een diverse selectie van de participerende zorgverleners gevraagd een semigestructureerde vragenlijst te beantwoorden, waarin de mening over het gedeelde concept doelgerichte zorg, werd bevraagd.

III. Een open inductieve analyse van de antwoorden leidde tot enkele stellingen.

IV. Vervolgens werden deze stellingen voorgelegd aan alle participerende zorgverleners vanuit het idee om aanvullingen, nuances en nieuwe meningen te verzamelen.

V. Een tweede open inductieve analyse van de antwoorden leidde tot het opstellen van de resultaten.

Het protocol voor dit onderzoek werd goedgekeurd en er werd een gunstig advies verkregen voor het onderzoek bij de ethische commissie van UZ Gent op 18 mei 2015 (Bijlage 1 en 2).

3.2. Onderzoekspopulatie en onderzoeksveld

De patiëntenpopulatie voor dit pilootproject werd gerekruteerd uit de huisartsenpraktijken van de vier huisartsen-in-opleiding die deelnamen aan dit gemeenschappelijk onderzoek.

Dr. Corne Frank – Wevelgem (Solopraktijk huisarts, haio: Lavens Hanne)
Dr. De Meulder Pieter – Menen (Groepspraktijk, 3 huisartsen, haio: Bossaert Herlinde)
Dr. Dujardin Mia – Wevelgem (Solopraktijk huisarts, haio: Pattyn Annelies)
Dr. Flo Erika – Komen (Groepspraktijk, 2 huisartsen, haio: De Mesmaeker Arnout)

Elke praktijkopleider reikte als behandelend arts twee patiënten aan rekening houdend met onderstaande in- en exclusiecriteria. De zorgverleners die deelnamen aan dit onderzoek waren de zorgverleners die aan huis kwamen bij de patiënt en uitgenodigd werden op het MDO. Het volledige onderzoek vond plaats in de periode van 01 juli 2015 tot en met 01 maart 2016.

3.2.1. Patiëntenpopulatie van het pilootproject

Inclusiecriteria

- De patiënt is ouder dan 75 jaar.
- De patiënt heeft een GMD bij de praktijkopleider.
- De patiënt heeft 2 of meer chronische aandoeningen.
- De patiënt is thuiswonend.
- De patiënt heeft goede cognitieve functies.

Exclusiecriteria

- De patiënt had de laatste 12 maanden een GDT(Geïntegreerde Dienst Thuiszorg) overleg
- De patiënt had de laatste 12 maanden een opname in het geriatrisch dagziekenhuis.

We merken op dat de praktijkopleiders spontaan patiënten aanreiken waarvan zij menen dat de patiënt een zorgnood heeft. Dit criterium was echter niet in de inclusiecriteria opgenomen. Wij gaan ervan uit dat de praktijkopleiders deze patiënten aanboden omdat het in hun ogen nuttige patiënten waren voor dit onderzoek. Het hebben van een zorgnood blijkt ook een voorwaarde te zijn om een GDT-overleg aan te vragen. We besloten, in overleg met de vier huisartsen-in-opleiding en de copromotor om dit extra inclusiecriterium te aanvaarden.

De patiënten kregen in juli 2015 een informatiefiche en een informed consent betreffende het gemeenschappelijk onderzoek waaraan ze deelnamen (Bijlage 3 en 4). Na bedenktijd van één maand werden de ingevulde documenten aan de praktijkopleider afgegeven.

3.2.2. Participerende zorgverleners aan de MDO's

De zorgverleners die uitgenodigd werden op het MDO bij één van de geselecteerde patiënten, werden gevraagd tot deelname aan het onderzoek. Alle zorgverlener werken als professioneel zorgverlener in de eerste lijn. De participerende zorgverleners kregen via de patiënten een enveloppe met daarin de informatiefiche en de informed consent betreffende het onderzoek (Bijlage 5 en 6). Indien zij hierop ingaan werd het informed consent afgegeven aan de onderzoeker bij aanvang van het MDO.
De externe coördinatoren werden via mail gecontacteerd met inleidende informatie over het onderzoek en de vraag of ze al dan niet willen deelnemen aan het onderzoek. Er volgde een telefonisch overleg met de externe coördinatoren en daarna werden de informatiefiche en informed consent doorgemaild (Bijlage 6 en 7). Deze ingevulde documenten werden afgegeven aan de onderzoeker op het MDO.

3.3. Interventie

De interventie bestaat uit het implementeren van doelgerichte zorg in het MDO. Wij beschrijven hier waar we de zorgdoelen haalden, hoe we de overleggen organiseerden en hoe de zorgdoelen aangereikt werden in het MDO.

3.3.1. De identificatie van de zorgdoelen

De term – zorgdoelen – kent tegenwoordig (nog) geen definitie. In een parallel onderzoek wordt nagegaan wat zorgdoelen eigenlijk zijn en hoe zorgdoelen kunnen worden geïdentificeerd (Masterproef van AP en HL). Omwille van het gebruik van de zorgdoelen als interventie in deze masterproef, wordt hier meegedeeld hoe wij tot de gegevens zijn gekomen die we als zorgdoelen aanvaard hebben.
AP, ADM, HL en HB kregen een opleiding in het hanteren van twee interviewtechnieken gebruikt in de ergotherapie. Hiervoor werd de expertise ingeroepen van dr. Dominique Van de Velde. Aan de hand van deze interviewtechnieken, COPM (Canadian Occupational Performance Measure) en IPA

vragenlijst (Impact op participatie en autonomie), werden de patiënten open bevraagd.[27-28] Vervolgens werd een transcript van het interview uitgetypt. Via een peer debriefing met het onderzoeksteam over de interviews, transcripten en de ervaringen van AL, ADM, HL en HB, werd besloten om een samenvatting te maken van de resultaten van de interviews in verhaalvorm. In deze samenvatting werden de persoonlijke doelstellingen van de patiënt weergegeven. Deze samenvatting mocht de lengte van een halve A4 pagina niet overschrijden. AL, ADM, HL en HB deden dit volledige proces elk bij twee geselecteerde patiënten uit de eigen praktijk. Om vlot te verwijzen naar deze samenvatting, worden de termen “zorgdoelen” en “persoonlijke doelstellingen” gebruikt. Wanneer bijvoorbeeld sprake is over het implementeren van de zorgdoelen in het MDO, bedoelen we dat deze samenvatting werd betrokken in het MDO.

3.3.2. De organisatie van de MDO’s

Voor elke patiënt werd vervolgens een MDO georganiseerd. HB stelde een protocol op en contacteerde de externe coördinatoren. AP, ADM, HL en HB namen vervolgens individueel contact op met de externe coördinatoren voor het aanvragen van het overleg voor de twee patiënten verbonden aan hun praktijk.

Het protocol bestaat uit de te ondernemen organisatorische stappen en uit de inhoudelijke structuur van het MDO (Bijlage 8).
Voor het opstellen van het protocol werd contact opgenomen met het SEL Zuid-West-Vlaanderen (Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg) en werd nagegaan wat de factoren zijn die het MDO succesvol maken.[29-30] Volgende factoren werden bijgevolg in rekening gebracht bij de organisatie van de MDO’s voor dit onderzoek:

- Er werd voorafgaand het overleg vermeld hoelang het overleg zou duren. We schatten dat het MDO een anderhalf uur zou duren.
- De huisarts werd als eerste gecontacteerd om het overleg in te plannen en werd gevraagd de volledige duur van het overleg aanwezig te zijn.
- Er werd geopteerd samen te werken met externe coördinatoren.

De MDO’s werden georganiseerd bij de patiënt thuis. De deelnemers aan het MDO werden geselecteerd door de patiënt. De praktijkopleider was aanwezig als de behandelende huisarts. AP, ADM, HL en HB observeerden en filmden het MDO.

3.3.3. Het aanreiken van de zorgdoelen in het MDO

De zorgdoelen van de patiënt, weergegeven op een halve A4-pagina, werden twee weken voor het overleg afgeleverd aan de externe coördinator. De externe coördinator werd gevraagd de zorgdoelen letterlijk voor te lezen bij aanvang van het overleg.

3.4. Gegevensverzameling en – verwerking

Zoals vermeld in de korte uiteenzetting van de onderzoeksopzet, is een longitudinaal proces voorafgegaan aan de finale onderzoeksopzet. Het proces werd op verschillende momenten herbekeken en herschreven. Hier volgt een gedetailleerde beschrijving van dit proces. In figuur 4 wordt aan de hand van een tijdslijn het proces visueel weergegeven.



Figuur 4: Tijdslijn kwalitatief onderzoek

3.4.1. Uitstippelen van de studieopzet op basis van het MDO

Op elk MDO werd een video-opname gemaakt. AP, ADM, HL en HB typten deze transcripten uit. Daarnaast werden de contactgegevens zorgvuldig genoteerd van alle participerende zorgverleners.
Er werd een peer-assessment met het onderzoeksteam georganiseerd over de stand van zaken. Met deze gegevens werd op de bijeenkomst een aanzet gegeven tot het verfijnen van de onderzoeksvraag en het onderzoeksopzet van HB. Het doel werd behouden om de kwaliteit en de haalbaarheid van deze MDO's te onderzoeken. Om tot een onderzoeksopzet te komen werd gebrainstormd over het aftoetsen van de ervaring van de patiënt en de interacties tussen de deelnemers tijdens het overleg,… Er werd uiteindelijk geopteerd om de mening van de participerende zorgverleners te bevragen uit interesse naar hun unieke beleving tijdens dit MDO en hun visie over doelgerichte zorg. De zorgverleners spreken uit ervaring die zij hebben met MDO's en met patiënten met multimorbiditeit. Hun ervaring over het doelgericht MDO kan ons verder helpen in onderzoek naar de optimale aanpak van multimorbiditeit.
Het model van de onderzoeksopzet kreeg op dit moment nog geen vaste structuur omdat werd beslist om een diversiteit aan methodes te gebruiken om een brede weergave te bekomen van de meningen van de zorgverleners. Er werd direct vanuit gegaan dat we de maximale grootte van de zorgverlenerpopulatie willen bevragen gezien de kleine omvang van het onderzoek. In een eerste stap zouden we een maximaal gevarieerde populatie selecteren, die de grootte heeft van de helft van de zorgverlenerpopulatie. Daarna volgt een eerste inductieve analyse en wordt het beleid verder uitgestippeld. Deze keuze van methode is pragmatisch en geeft ons de mogelijkheid om halverwege de studie bij te schroeven waar nodig om extra informatie te bekomen.

3.4.2. De bevraging van de selectie zorgverleners

Om een maximale verscheidenheid aan meningen en ervaringen te bekomen, werd via de "purposeful sampling"-techniek, maximale variatie, een diverse populatie geselecteerd.[31] Deze techniek om een selectie op te stellen kent het voordeel dat zowel de unieke meningen als de gedeelde meningen worden blootgelegd. Volgende kenmerken van de participerende zorgverleners werden in rekening gebracht: de discipline, de leeftijd, het werkstatuut, de intensiteit van het patiëntencontact en de activiteitsgraad van de zorgverleners tijdens de deelname aan het MDO. Deze kenmerken werden door AP, ADM, HL en HB toegekend aan de zorgverleners die deelnamen aan de MDO's die zij zelf observeerden. Daarnaast werd geopteerd om uit elk MDO minstens één zorgverlener te selecteren. De criteria die de hoogste prioriteit kenden bij de onderzoeker waren de

diversiteit van disciplines waarin de zorgverlener werkzaam zijn en de vertegenwoordiging van een zorgverlener uit elk MDO. Bijvoorbeeld: de disciplines die in het grootste aantal vertegenwoordigd waren op de MDO's, zijn bijgevolg in de selectie ook in groter aantal geselecteerd dan andere disciplines.

Om een maximale respons te bekomen werd gebruik gemaakt van de "purposeful sampling"-techniek, opportunistisch flexibiliteit.[31] Met deze techniek laat je de onderzoeksmethode sturen door geïnterviewden, opdat je de meeste informatie kan verzamelen en hoogste responspercentage kan verkrijgen. De geselecteerde zorgverleners kregen bijgevolg telefonisch de keuze om de semigestructureerde vragenlijst via mail dan wel telefonisch te beantwoorden. Indien een telefonisch interview wordt gekozen, wordt de vragenlijst vooraf doorgemaild zodat ook deze groep de kans krijgt om zich voor te bereiden. De zorgverleners kregen de vrijheid om zelf het moment vast te leggen wanneer ze de semigestructureerde vragenlijst invulden of wanneer het telefonische interview kon doorgaan. De instructies van de vragenlijst waren zeer eenvoudig. Ten eerste werd naar hun eigen mening gevraagd over de aangekaarte topics. Ten tweede werd gevraagd bij onduidelijkheden over de vraag contact op te nemen of om dit erbij te noteren. Tot slot werd op het einde ruimte gelaten voor reflectie, opmerkingen die niet als antwoord op de vragen aan bod kwamen en aandachtspunten voor verder onderzoek.

De semigestructureerde vragenlijst die de selectie zorgverleners kregen, werd als volgt opgesteld. Vooreerst werd gespecificeerd wat we willen weten om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag. Hierbij werd rekening gehouden met de kennis uit de verkennende literatuur, de meningen en tips op de bijeenkomsten voor peer-assessment en de spontane reacties van deelnemers na het MDO. Vijf topics werden geselecteerd om structuur te geven aan de vragenlijst. Vervolgens werd geopteerd om deze topics te bevragen aan de hand van open vragen die een brede respons oproepen, gevolgd door bijvragen die specifieker gericht zijn op de onderzoeksvraag. Er werden enkele technieken toegepast zodat de vragenlijst gebruiksvriendelijk en efficiënt is. Zoals het opteren voor open vragen, een logische volgorde van de vragen en het beperken van het aantal vragen.

De semigestructureerde vragenlijsten werden ofwel via mail ingevuld ofwel via een telefonische interview afgenomen en in een transcript uitgetypt. De antwoorden van de vragenlijst werden onderworpen aan een inductieve open analyse. Vanuit de antwoorden (meningen van de zorgverleners) werden terugkomende thema's gegroepeerd per bevraagd topic (bijvoorbeeld: eerder positieve en eerder negatieve antwoorden) en topicoverschrijdend. In een tweede lezing werden deze thema's geïnterpreteerd om er de variabelen uit af te leiden (bijvoorbeeld: de verschillende

redenen waarom de zorgverleners eerder positief antwoordden op een vraag). Tijdens een peer debriefing werden deze stellingen besproken met de copromotor.

1. Vond u de introductie van de persoonlijke doelstellingen van de patiënt bij aanvang van het MDO duidelijk?
   Hoe zouden we de persoonlijke doelstellingen van de patiënt beter kunnen introduceren?

2. Wat vindt u van de gemaakte zorgafspraken?
   Werden de doelstellingen van de patiënt gevolgd bij het opstellen van de gemaakte zorgafspraken?
   Waarom was het voor u een meerwaarde dat de persoonlijke doelstellingen van de patiënt bij aanvang van het MDO geëxpliciteerd werden?

3. Was voor u het doel van het overleg voldoende duidelijk voor aanvang?
   Het doel van het overleg was om de thuiszorg te optimaliseren opdat ze maximaal rekening houdt met de persoonlijke doelstellingen van de patiënt. Wat vindt u van deze doelstelling?
   Dit overleg was geen reactie op een nieuwe verwikkeling bij de patiënt of in zijn thuissituatie. Het overleg had de bedoeling de thuiszorg toekomstgericht optimaliseren. Wat zegt zo'n overleg u als zorgverlener?

4. Wat vindt u van dit soort overleg, een MDO in de thuissituatie met expliciete vermelding van de persoonlijke doelstellingen van de patiënt, als ondersteuning voor kwaliteitsvolle thuiszorg op maat van de patiënt?
   Draagt dit volgens u bij tot meer tevredenheid bij de patiënt?

5. Wat vindt u van dit overleg, een MDO in de thuissituatie met expliciete vermelding van de persoonlijke doelstellingen van de patiënt, als ondersteuning van uw individueel functioneren als zorgverlener binnen een zorgteam?
   Draagt dit volgens u bij tot een grotere jobtevredenheid bij de zorgverleners in de eerste lijn?

6. Hebt u verder nog opmerkingen, adviezen, tips, commentaar,… Voelt u zich dan vrij hier uw mening te delen. Zowel positieve als negatieve belevingen kunnen een grote meerwaarde zijn voor het onderzoek.

Figuur 5: De semigestructureerde vragenlijst gebruikt bij het bevragen van een selectie van de deelnemende zorgverleners.

3.4.3. Het voorleggen van de eerste resultaten aan de volledige zorgverlenerpopulatie

De studieopzet werd in deze fase opnieuw bekeken. Vanuit de blijvende overtuiging om zoveel mogelijk meningen en ervaringen te verzamelen bij alle zorgverleners, werden deze resultaten het nieuwe vertrekpunt voor de volgende stap. Deze resultaten vormden, samen met de extra opmerkingen die de zorgverleners mochten toevoegen onderaan de vragenlijst, de basis voor het opstellen van stellingen die zo goed als mogelijk de essentie van de data weergeven (Bijlage 9). De stellingen zullen we bijgevolg voorleggen aan de volledige zorgverlenerpopulatie. Enerzijds kan dit een blik geven op de validiteit van de analyse die wij reeds uitvoerden, anderzijds is het een nieuwe kans tot het verkrijgen van gegevens die ons verder helpen om de onderzoeksvraag van een antwoord te voorzien.

Wij kunnen hier niet spreken van een membercheck aangezien een membercheck per definitie enkel de geïnterpreteerde resultaten voor akkoord en reflectie voorlegt aan de bevraagde populatie.[32] Zoals eerder vermeld was het doel om de maximale grootte van de zorgverlenerpopulatie te bevragen naar hun mening, ondanks het pragmatisch karakter van de studieopzet. Een onderbouwde kwalitatieve onderzoeksmethode is hierin niet terug te vinden. Een opportunistische blik op de onderzoeksmethoden begeleidde ons wel naar ons doel. Wij moeten hier de opmerking maken dat we, omwille van de kleine omvang van het onderzoek, deze resultaten niet kunnen generaliseren.

De stellingen die warden voorgelegd, werden samen met een begeleide brief via e-mail verstuurd naar de volledige zorgverlenerpopulatie. Er werd gevraagd te noteren bij elke stelling of ze al dan niet akkoord waren met de stelling, of er voorwaarden aan hun keuze verbonden zijn en wat hun eerste ideeën waren bij het lezen van de stellingen. Na één week werd naar alle zorgverleners automatisch een herinneringsmail verstuurd. De zorgverleners die hun mening hadden terug gemaild werden uit de mailinglijst gehaald. Indien er uiteindelijk geen respons was binnen de voorziene tijd (twee weken), werd telefonisch contact opgenomen. In dit telefonisch contact werd de vraag tot deelname herhaald en werd de opdracht uitgelegd. Er werden twee extra weken toegekend om alsnog de stellingen door te nemen.

De antwoorden op de stellingen werden opnieuw geanalyseerd vanuit een open, inductieve analyse. In een eerste fase werd gecategoriseerd en in een tweede fase werden de categorieën onderverdeeld in nieuwe informatie en aanvullende variabelen op eerder geziene topics. Uit de nieuwe informatie werden ook hier de variabelen per categorie uitgeklaard.

4. RESULTATEN

4.1. Populatie

4.1.1. Patiëntenpopulatie van het pilootproject

Tabel 1. De patiëntenkarakteristieken

Patiënt 1
Man, 78 jaar, gehuwd en samenwonend
Appartement, lift, dicht bij centrum
Knieprothese rechts, NPH, astma, benigne prostaathypertrofie
7 verschillende medicaties per dag
Huisarts, pneumoloog, gastro-enteroloog, neuroloog, neurochirurg, kinesitherapeut, thuiszorg en mantelzorg (echtgenote)
Zorgdoelen: mobiliteit stimuleren (reductie pijn en valpreventie), buitenshuis begeven met begeleiding (postzegelverzameling, sociaal contact), aanpak depressie

Patient 2
Man, 79 jaar, gehuwd en samenwonend
Rijhuis, platteland
Diabetes Mellitus type 2, hypertensie, voorkamerfibrillatie, rugklachten ikv failde back surgery, heupprothese links, knieprothese rechts
9 verschillende medicaties per dag
Huisarts, cardioloog, thuisverpleging (1x/dag), kinesitherapeut (3x/week), thuiszorg (1x/week poetshulp) en mantelzorg (dochter en echtgenote)
Zorgdoelen: mobiliteit verbeteren (aanpakken pijn en valpreventie), behoud zelfstandig buitenshuis begeven (auto), behoud sociaal contact en actieve levensstijl

Patient 3
Vrouw, 86 jaar, gehuwd en samenwonend
Rijhuis, platteland
Diabetes Mellitus type 2, hypertensie, CNI 3a, osteoporose, glaucoom
11 verschillende medicaties per dag, 2 verschillende oogpreparaten per dag
Huisarts, cardioloog, nefroloog, thuisverpleging (1x/dag), kinesitherapeut (3x/week), thuiszorg (1x/week poetshulp) en mantelzorg (dochter en echtgenoot)
Zorgdoelen: behouden huishoudelijke taken, valpreventie, behouden sociaal contact (kaarten, buitenshuis begeven), op de hoogte blijven van medische toestand

Patient 4
Man, 82 jaar, gehuwd en samenwonend
Rijhuis, woonwijk 1,5 km van centrum
Transplanthart, pacemaker, CNI, Ziekte Van Parkinson, Actinische keratose
8 verschillende medicaties per dag
Huisarts, cardioloog, thuisverpleging (1x/dag), kinesitherapeut (2x/week), thuiszorg (1x/2weken poetshulp) en mantelzorg (echtgenote en zonen)
Zorgdoelen: mobiliteit in huis, valpreventie, preventie incontinentie stoelgang, waardigheid als persoon behouden

Patient 5
Vrouw, 76 jaar, weduwe, woont alleen
Villa (enkel gelijkvloers), woonwijk op 2 km van centrum
Diabetes mellitus type 2, cardiomyopathie, intermittente voorkamerfibrillatie, defibrillator, CNI, adenocarcinoom borst met botmetastasen thv heup en femur
10 verschillende medicaties per dag
Huisarts, cardioloog, oncoloog, thuisverpleging (1x/dag), kinesitherapeut, thuiszorg (gezinshulp), palliatief netwerk en mantelzorg (dochter)
Zorgdoelen: verbeteren inspanningscapaciteit, sociaal contact onderhouden (kleinkinderen, nieuwe partner), behoud zelfstandig buitenshuis begeven

Patient 6
Vrouw, 85 jaar, gehuwd, woont alleen (man in woonzorgcentrum)
Rijhuis (woont op gelijkvloers), 2 km van centrum
Hypertensie, hyperlipidemie, perifeer arterieel lijden, osteoporose, artrose (knie en rug)
10 verschillende medicaties per dag
Huisarts, thuisverpleging (1x/week), thuishulp (1x/week poetshulp) en mantelzorg (dochters en buren)
Zorgdoelen: mobiliteit behouden ikv bezoek dementerende man en sociaal contact, eenzaamheid voorkomen, behoud zelfzorg

Patient 7
Vrouw, 80 jaar, gehuwd en samenwonend
Appartement (voorziening OCMW) in het centrum
CVA, Morbiede obesitas, hypertensie, hyperlipidemie, CNI 3a, osteoporose, spinaal kanaal stenose, collagene colitis
10 verschillende medicaties per dag
Huisarts, thuisverpleging (2x/dag), thuishulp (1x/dag gezinshulp, 1x/week poetshulp) en mantelzorg (echtgenoot, dochter, zoon en kleindochter)
Zorgdoelen: mobiliteit in huis behouden, zelfstandig eten behouden, minder medicatie nemen

Acht patiënten werden geïncludeerd (n=8) en bij zeven patiënten vond een zorgoverleg plaats (n= 7). De oorzaak van het uitstappen uit de studie van 1 patiënt was tweeledig. Er waren verschillende oorzaken die leidden tot een drop-out van één patiënt. Enerzijds was de patiënt niet te vinden voor een overleg bij haar thuis omwille van de drukte. Anderzijds waren er organisatorische problemen om een datum vast te leggen binnen de vooropgestelde tijdspanne.

4.1.2. Zorgverlenerpopulatie die deelnam aan de MDO's

De participerende zorgverleners

In totaal hebben 23 zorgverleners deelgenomen aan één of meerdere van de zeven zorgoverleggen (n= 23). Alle zorgverleners waren bereid deel te nemen aan het pilootproject en feedback te geven. Zes disciplines uit de zorgsector namen deel aan de overleggen. Binnen de groep zien we variëteit in leeftijd, geslacht en werkstatuut. De meeste zorgverleners namen actief deel aan de discussies op het zorgoverleg.

Tabel 2. Karakteristieken van de participerende zorgverleners

Participerende zorgverleners		**n= 23**
Discipline	*Huisarts*	***4***
	Externe coördinator	***5***
	Thuisverpleging	***5***
	Kinesitherapeut	***4***
	Dienst voor gezinshulp en aanvullende thuiszorg	***3***
	Maatschappelijk werker	***2***
Geslacht	*Man*	***6***
	Vrouw	***17***
Leeftijd	*< 50 jaar*	***17***
	> 50 jaar	***6***
Werkstatuut	*Zelfstandig*	***11***
	Werknemer	***12***
Patiëntencontact	*> 1x per maand*	***13***
	Patiënt is gekend	***3***
	Patiënt is niet gekend	***7***
Activiteit tijdens overleg	*Actief (neemt deel aan de discussie)*	***19***
	Passief (neemt deel als coördinator het woord geeft)	***3***
	Geen inbreng	***1***

De populatie die werd geselecteerd voor de semigestructureerde vragenlijst

Een selectie van tien zorgverleners (ZV 1-10) werd samengesteld volgens de criteria vermeld in de methoden. Er viel één geselecteerde zorgverlener uit omwille van langdurige arbeidsongeschiktheid. De geselecteerde populatie was zo samengesteld opdat uit elk zorgoverleg minstens één zorgverlener werd betrokken.

De populatie die werd bevraagd over de stellingen

Alle participerende zorgverleners werden gecontacteerd voor feedback op de resultaten bekomen via de steekproef (n=23). Met twee zorgverleners was contact onmogelijk geworden tussen januari en maart 2016 omwille van een afgelopen stagecontract (n=1) en langdurige arbeidsongeschiktheid (n=1). De bevraagde groep bestond bijgevolg uit 21 zorgverleners (n=21). Contactname werd gestaakt drie weken na eerste contactname. Dit na achtereenvolgens, met één week tussentijd, een herinneringsmail en een telefonisch gesprek. 15 zorgverleners (n=15) gaven respons. Uit elk zorgoverleg kregen we respons van minstens twee zorgverleners. In het volledige onderzoek kregen we respons van 18 verschillende zorgverleners (n=18).

Tabel 3. Bijdrage van de participerende zorgverleners aan de selectie en respons op de stellingen die werden voorgelegd. Weergave per zorgoverleg.

Participerende Zorgverleners (n=23)	**Selectie zorgverleners (n =9)**	**Respons op stellingen (n=15)**
Zorgoverleg 1 ZV 8, 14, 18, 19	ZV 8	ZV 14, 18, 19
Zorgoverleg 2 ZV 1, 3, 10, 16	ZV 1, 3	ZV 1, 3, 16
Zorgoverleg 3 ZV 1, 3, 10, 16	ZV 1, 3	ZV 1, 3, 16
Zorgoverleg 4 ZV 4, 9, 13, 15	ZV 4, 9	ZV 13, 15
Zorgoverleg 5 ZV 4, 7, 9, 12, 22	ZV 4, 7, 9	ZV 7, 12
Zorgoverleg 6 ZV 2, 5, 11, 20, 23	ZV 2, 5	ZV 2, 5, 11
Zorgoverleg 7 ZV 6, 11, 17, 21	ZV 6	ZV 6, 11, 17

ZV: Zorgverlener

Tabel 4. Bijdrage van de participerende zorgverleners aan de selectie en respons op de stellingen die werden voorgelegd. Weergave per zorgverlener.

	Discipline	Leeftijd	Patiënten contact	Activiteit tijdens overleg	Statuut	Selectie	Respons op stellingen
Zorgverlener 1	kinesitherapeut	<50	2	actieve deelname	Zelfstandig	**Schriftelijk**	**Ja**
Zorgverlener 2	dienst voor gezinshulp en aanvullende thuiszorg	<50	1	actieve deelname	Werknemer	**Telefonisch**	**Ja**
Zorgverlener 3	huisarts	>50	2	actieve deelname	Zelfstandig	**Telefonisch**	**Ja**
Zorgverlener 4	externe coördinator (OCMW)	<50	0	actieve deelname	Werknemer	**Schriftelijk**	**/**
Zorgverlener 5	verpleegkundige	<50	2	passieve deelname	Werknemer	**Schriftelijk**	**Ja**
Zorgverlener 6	verpleegkundige	<50	2	actieve deelname	Zelfstandig	**Schriftelijk**	**Ja**
Zorgverlener 7	dienst voor gezinshulp en aanvullende thuiszorg	<50	2	actieve deelname	Werknemer	**Schriftelijk**	**Ja**
Zorgverlener 8	maatschappelijk werker	<50	1	actieve deelname	Werknemer	**Schriftelijk**	**/**
Zorgverlener 9	huisarts	>50	2	actieve deelname	Zelfstandig	**Schriftelijk**	**/**
Zorgverlener 10	externe coördinator (Solidariteit voor het gezin)	<50	0	actieve deelname	Werknemer	**(ziekte)**	**(ziekte)**
Zorgverlener 11	huisarts	>50	2	actieve deelname	Zelfstandig		**Ja**
Zorgverlener 12	kinesitherapeut	>50	2	actieve deelname	Zelfstandig		**Ja**
Zorgverlener 13	kinesitherapeut	<50	2	passieve deelname	Zelfstandig		**Ja**
Zorgverlener 14	kinesitherapeut	<50	2	actieve deelname	Zelfstandig		**Ja**
Zorgverlener 15	verpleegkundige	>50	2	passieve deelname	Zelfstandig		**Ja**
Zorgverlener 16	verpleegkundige	<50	0	actieve deelname	Werknemer		**Ja**
Zorgverlener 17	externe coördinator (OCMW)	>50	1	actieve deelname	Werknemer		**Ja**
Zorgverlener 18	huisarts	>50	2	actieve deelname	Zelfstandig		**Ja**
Zorgverlener 19	externe coördinator (OCMW)	<50	0	actieve deelname	Werknemer		**Ja**
Zorgverlener 20	externe coördinator (OCMW)	<50	0	actieve deelname	Werknemer		**/**
Zorgverlener 21	dienst voor gezinshulp en aanvullende thuiszorg	<50	0	actieve deelname	Werknemer		**/**
Zorgverlener 22	verpleegkundige	<50	2	actieve deelname	Zelfstandig		**/**
Zorgverlener 23	externe coördinator (OCMW)	<50	0	geen deelname	Stagiair		**(afgelopen stagecontract)**

Patiëntencontact 0: geen, 1: patiënt is gekend, 2: > 1x per maand; Deelname actief: neemt deel aan het overleg, passief: neemt deel als de externe coördinator het woord geeft, geen: geen bijdrage.

4.2. Analyse van de resultaten

4.2.1. De voorstelling van de zorgdoelen

Uit de ervaring van de zorgverleners bleek dat de zorgdoelen duidelijk, gestructureerd en beknopt naar voor werden gebracht. Het apart benoemen van de persoonlijke doelstellingen kan duidelijkheid creëren over de concrete inhoud van de zorgdoelen en geeft een uniforme interpretatie aan de zorgdoelen door de verschillende zorgverleners. Extra aanvullingen van de patiënt of van zijn mantelzorgers, tijdens het overleg, benadrukken de essentie van de persoonlijke doelstellingen die de coördinator reeds naar voor bracht.

> *"Ik vond de doelstellingen duidelijk weergegeven. Normaal sta je er wat alleen voor met je eigen mening over de doelstellingen van de patiënt. Hier werden de doelstellingen gestructureerd aangeboden."* *(ZV 9)*
>
> *"In vergelijking met andere GDT-overleggen, werden de persoonlijke doelstellingen duidelijk omschreven. Anders begint het overleg vaak met: "We zijn eens samen gekomen om te kijken of we hier iets kunnen verbeteren…"."* *(ZV 2)*
>
> *"De zorgdoelen van de patiënt, de mantelzorger en de verschillende zorgverleners verschillen nogal van elkaar. Het expliciet vermelden van de zorgdoelen van de patiënt leidt tot het uniformiseren van de zorgdoelen."* *(ZV11)*

4.2.2. De invloeden van de zorgdoelen

De zorgverleners ervaren dat de zorgdoelen nieuwe informatie bevat over de patiënt (onder andere over de persoonlijkheid en de context van de patiënt (woon- en gezinssituatie)) en over de zorgaanpak door de andere zorgverleners. De verwachtingen van de patiënt over het overleg worden op deze manier ook duidelijk voor de zorgverleners.

> *"Bij nieuwe patiënten kan het een meerwaarde zijn om het kader rond de cliënt te leren kennen: het karakter, de manier van leven,… Soms vraag ik me af: "Waarom doen mensen toch bepaalde dingen op zo'n manier?". Zo kan je die vragen al gedeeltelijk verklaren."* *(ZV 2)*

Deze interventie maakt, naar ervaring van de bevraagden, van de patiënt een actievere deelnemer aan het overleg. Ook wordt de mantelzorger nauwer betrokken.

"Het werkt niet om zorgafspraken te maken zonder dat de cliënt zelf het proces heeft meegemaakt. Als de zorgafspraken door de cliënt aanvaard zijn, is er meer patiënten tevredenheid." *(ZV 4)*

Met het expliciet vermelden van de doelstellingen van de patiënt, wordt een structuur aan het overleg gegeven. Er is een concreet en gezamenlijk vertrekpunt van het overleg. Zowel alle zorgverleners, als de patiënt en zijn mantelzorgers hebben dezelfde informatie en inzichten verkregen inzake het doel van het overleg. Dit gedeeld beroepsgeheim en het gedeelde doel faciliteren het gesprek.

"Op deze manier kregen alle zorgverleners een zicht op wat de bedoeling was van het overleg volgens de patiënt en werd de patiënt ten volle betrokken bij het overleg. Het ging tenslotte over haarzelf." *(ZV 7)*

"Het delen van de zorgdoelen door de patiënt, schept een veilig kader om je als zorgverlener in te bewegen tijdens het overleg. Het is anders vaak moeilijk om iets aan te kaarten." *(ZV 2)*

De inhoud van de zorgdoelen had een invloed op het opstellen van de zorgafspraken. De zorgdoelen werden gerespecteerd, de patiënt was een partner in het overleg om zijn doelstellingen te bereiken en bezorgdheden werden bespreekbaar gemaakt. De zorgverleners ervaren dat de zorgafspraken uiteindelijk afgetoetst werden bij de patiënt. De kwaliteit van de zorgafspraken die bereikt werden, werd omschreven als realistisch, praktisch en concreet. Ze werden helder geformuleerd. In één overleg werden weinig nieuwe zorgafspraken gemaakt. De reden die werd aangehaald was dat op basis van de doelstellingen van de patiënt geen aanpassingen nodig waren.

"De doelstellingen van de patiënt werden gevolgd bij het opstellen van de zorgafspraken. Het blijft uiteraard de patiënt zelf die de doelstellingen goedkeurt en bijgevolg meegaat in de uitwerking ervan." *(ZV 9)*

"Vanuit de doelen was er geen vraag naar bijsturing. Er werden dan ook geen ingrijpende zorgafspraken gemaakt." (ZV 4)

4.2.3. Doelgerichte thuiszorg

In de bevraging bij de zorgverleners, werd aangegeven dat het niet altijd duidelijk was waarom juist bij deze patiëntenpopulatie een overleg werd aangevraagd. “Optimalisatie van de thuiszorg op basis van de zorgdoelen van de patiënt” kwam voor de zorgverleners over als een proactief overleg en dit is voor de zorgverleners opgemerkt als een extra nieuwe interventie in vergelijking met MDO’s omwille van acute zorgnood. Naarmate het overleg vorderde werd het doel van het overleg, de inclusie van doelgerichte zorg, wel duidelijk.

> *“Ik dacht dat het goed ging bij de patiënt thuis. Ik ging vrij neutraal naar het overleg omdat ik uitgenodigd werd. Ik ging met het idee dat het niet het meest dringende overleg was. Uiteindelijk is er wel iets mooi uit gekomen” (ZV 2)*
>
> *“De hulp verliep goed. Ik dacht althans dat de thuiszorg reeds optimaal geregeld was.” (ZV 7)*
>
> *“Bij het contacteren van de zorgverleners botste ik op het feit dat er enkele het nut niet inzagen van een overleg. Bij het aankaarten van de zorgdoelen, werd hen dit duidelijker en in die zin is de inclusie van de zorgdoelen wel positief.” (ZV 19)*

Het concept “doelgerichte thuiszorg” werd door de zorgverleners nadien begrepen als de thuiszorg afstemmen op de belangen van de patiënt. Tijdens de MDO’s gebeurde dit door te luisteren naar de zorgdoelen van de patiënt en een holistische visie te hanteren, begrip te tonen voor de patiënt en zijn zorgdoelen en de patiënt te betrekken in zijn zorg door de patiënt voldoende te informeren bij het opstellen van zorgafspraken.

> *“De verwachtingen van de patiënt waren in dit overleg het centrale gebeuren. Het is meer dan aangetoond dat wanneer er geen rekening wordt gehouden met de patiënt dat je geen goede uitkomsten bereikt. Als de patiënt iets niet ziet zitten, werd daar in het overleg mee rekening gehouden en werd het voorstel met volste respect aan de kant gelegd.” (ZV 3)*
>
> *“Het is belangrijk dat de patiënt het “waarom” achter de relatie tussen de doelstelling en de uiteindelijke zorgafspraak kent om tevreden te zijn” (ZV 5)*
>
> *“Het expliciteren van de persoonlijke doelstellingen zorgt ervoor dat de patiënt niet het gevoel heeft dat er over zijn hoofd heen wordt gepraat en beslist.” (ZV 8)*
>
> *“De patiënt heeft altijd het laatste woord en zorg blijft vrijblijvend. “ (ZV 2)*

De bijdrage van proactieve, doelgericht thuiszorg aan de zorg van de patiënt, situeert zich op vlak van preventie en zorgcontinuïteit. Het doel is om de functies te bewaken die de patiënt nu bezit en dit door haalbare thuiszorg te organiseren en op te volgen.

"Proactief handelen is goed, want bepaalde middelen worden vaak pas gestart na een incident/probleem. Het is van belang dat we preventief kunnen werken." (ZV 5)

"Het proactief concept zorgt ervoor dat de zorg haalbaar blijft en dat we minder naar de grenzen van de zorg hoeven te grijpen." (ZV 2)

"Doelgerichte thuiszorg is positief voor de efficiëntie van de thuiszorg op voorwaarde dat er na een tijdje op een of andere manier gecontroleerd wordt of deze doelstellingen behaald worden." (ZV 14)

4.2.4. Implementatie van doelgerichte zorg via het MDO

De zorgverleners gaven aan dat het MDO een interessant medium is voor de implementatie van doelgerichte thuiszorg. Volgende eigenschappen van een MDO werden door de zorgverleners aangebracht om dit te staven: de mogelijkheid tot kwaliteitsvolle communicatie, de toegang tot expertise vanuit verschillende zorgdomeinen en de goede toegankelijkheid. Directe communicatie is nodig voor het overbrengen van patiënteninformatie en informatie over het zorgnetwerk en de zorgmogelijkheden. De expertise van de verschillende zorgverleners is nuttig om deze informatie te bespreken en te bediscussiëren. Zorgverleners verkrijgen hierdoor een visie die breder reikt dan hun eigen zorgdomein. De aanwezigheid van de huisarts wordt door de zorgverleners bejubeld omwille van de impact van de huisarts, als vertrouwenspersoon, op de patiënt en omwille van de meerwaarde voor de paramedici van het bespreken van de zorgelementen. Het MDO is daarenboven toegankelijk voor iedereen.

"Het samen leggen van de informatie kan duidelijkheid scheppen over de situatie."(ZV 1)

"De huisarts speelt een belangrijke rol op het overleg. De mensen nemen iets aan als waarheid als het van de huisarts komt en de zorg wordt dieper besproken." (ZV 2)

"In alle drukte denken we niet altijd aan de vele mogelijkheden die er aan zorg zijn. Multidisciplinair overleg biedt hier expertise vanuit verschillende zorgdomeinen." (ZV 9)

"Zeer positief is, dat sociaal zwakkeren en echt hulpbehoevenden toegang krijgen tot deze zorgverlening. Daar heden nog zeer veel mensen totaal geen weet hebben van de mogelijkheden en uit angst voor het onbekende alles bij het oude laten." (ZV 9)

Vanuit de mening van de zorgverleners, was deze interventie een meerwaarde voor de patiënt. Ten eerste is het samen brengen van de zorgverleners en de mantelzorgers rond één tafel een signaal voor de patiënten dat iedere aanwezige bezorgd is om hen en bereid is om samen te werken. Dit

creëert een gevoel van vertrouwen in de zorg. Ten tweede zorgt het informeren van de patiënt en de mantelzorger, voor een verhoogde patiëntenbetrokkenheid en minder onwetendheid. Tot slot zijn de inhoudelijk en praktisch haalbare zorgafspraken succesfactoren voor het bereiken van tevreden patiënten en mantelzorgers. Vanuit één overleg kwam er een tegenstrijdige mening over de patiëntentevredenheid.

> *"Dat verschillende zorgverleners de moeite doen om rond de tafel te zitten om rond iemands persoonlijke toestand en verwachtingen te praten, leidt op zich al tot het goed voelen van de patiënt." (ZV 3)*
> *"Het overleg geeft de patiënt op het einde wel de moed en de bevestiging dat hij/zij er niet alleen voor staat. Het overleg schept voor de patiënt ook duidelijkheid naar welke dienst met wat bezig is." (ZV 19)*
> *"Angst en twijfel werd ondervonden voor het overleg, na het overleg waren duidelijke tekens van tevredenheid en rust voelbaar." (ZV 1)*
> *"Ik had de indruk dat het achteraf voor de patiënt en zijn mantelzorger allemaal nog onduidelijker was." (ZV 18)*

De zorgverleners zijn van mening dat het doelgericht MDO enerzijds een invloed heeft op het functioneren als zorgverlener binnen het eigen zorgdomein. Zorgverleners dragen de nieuwe informatie mee naar de toekomstige contacten met de patiënt. Door multidisciplinair en doelgericht een zorgplan op te stellen, krijgt hun individuele zorgtaak een concrete invulling. Deze individuele verantwoordelijkheid binnen een totaalpakket stimuleert hen tot het leveren van kwaliteitsvolle zorg.
Anderzijds heeft het doelgericht MDO een invloed op het functioneren als zorgverlener binnen een zorgteam. Het directe contact met de andere zorgverleners is een middel tot het uitbouwen van een vertrouwd netwerk, kwaliteitsvolle communicatie en een ruimer probleemoplossend vermogen. In moeilijke situaties kan bijvoorbeeld advies en steun verkregen worden binnen dit vertrouwde zorgnetwerk. Zorgverleners beamen dat deze vorm van overleg een meerwaarde kan bieden aan hun job en menen dat jobtevredenheid sterk afhankelijk is van de kwaliteit die ze kunnen leveren aan hun patiënt.

> *"Je verkrijgt meer informatie over de patiënt, meer netwerkkennis en meer kennis van het zorggebied. Je gaat meer inhoudelijk werken, rekening houdend met de persoon." (ZV 2)*
> *"Zeer aangenaam om de andere zorgverleners eens te zien en te horen." (ZV 6)*

"Het overleg maakt dat hulpverleners in moeilijke situaties vaak weer de nodige energie vinden bij elkaar om terug verder te kunnen in de situatie." *(ZV 4)*

"Uiteindelijk wil elke zorgverlener goed doen voor zijn cliënten. Bijsturing en afstemming in het belang van de cliënt, draagt daartoe bij. Dit leidt voor mij tot tevredenheid." *(ZV 4)*

"Deze manier van overleggen draagt zeker bij tot meer jobtevredenheid als het de zorg verbetert bij de patiënt." *(ZV 9)*

"Ik anker naar een middel waar we essentiële informatie van de ene naar de andere zorgverlener trager kunnen communiceren." *(ZV 5)*

" Als je ziet dat patiënt en mantelzorger zich beter voelen, geeft dit een meerwaarde aan je job." *(ZV15)*

4.2.5. Hindernissen bij het implementeren van doelgerichte zorg in het MDO

Ten eerste maken de zorgverleners zich zorgen over de tijd en de energie die nodig is om multidisciplinair overleg te plegen (organisatie en administratie, duur van het overleg, opvolging van de zorgafspraken).

"De achillespees van dit concept is dat de medewerking van vele actoren op een bepaald moment en op een bepaald tijdstip vereist is." *(ZV 9)*

"Overleg tussen verschillende zorgverleners is een meerwaarde voor mijn beroep, maar dan liefst met minder administratieve rompslomp." *(ZV 17)*

Ten tweede is het duidelijk dat niet bij alle ouderen proactief een doelgericht MDO kan georganiseerd worden. Er wordt echter niet aangehaald welke doelgroep hier geschikt is en welke niet. Wel was er voor bepaalde patiënten tegenstrijdigheid of de vooraf opgestelde zorgdoelen wel effectief tot een MDO moesten leiden. Omtrent deze probleemstelling werden volgende opmerkingen gegeven: de patiënt moet op zijn minst gemotiveerd zijn vooraleer het doelgericht MDO slaagt, er moet afstemming nodig zijn onder de zorgverleners vooraleer een MDO aan te vragen en de patiënt en de zorgverlener hebben niet dezelfde ideeën over het al of niet nuttig zijn van een MDO.

"Het is belangrijk om de thuiszorg af te stemmen op de belangen van de patiënt, maar in deze situatie zou ik het meer gepast gevonden hebben om individueel te gaan naar de patiënt en van daaruit bij te sturen." *(ZV 4)*

"Een multidisciplinair overleg kan zeker nuttig zijn in situaties waar er afstemming nodig is. Weliswaar, als we dit bij elke patiënt zouden doen, kan dit wel leiden tot een zeer drukke, overvolle agenda." *(ZV 7)*

"Bij situaties waar de hulp goed verloopt, stel ik me de vraag of een overleg nodig is. Hoewel dit voor de patiënt wel een grote meerwaarde was. Zij vond dit zinvol en het deed haar deugd om iedereen rond de tafel te hebben." *(ZV 7)*

Ten derde is de financiering in ons gezondheidszorg voornamelijk gebaseerd op verlonen voor kwantiteit. Vanuit de zorgverleners is er vraag naar financiering voor de kwaliteit die ze leveren. Een deelname aan een MDO wordt aanzien als een dienst voor de patiënt die mag vergoed worden en financiering schept motivatie tot kwaliteitsvolle zorg.

"Het was bijzonder aangenaam dat de vergoeding voor het overleg zeer snel op de bankrekening kwam te staan. Toch ben ik ervan overtuigd dat kwaliteitsprojecten ook een zekere financiële remuneratie vereisen om motivatie te blijven aanhouden." *(ZV 3)*

"In de medische wereld geldt geld altijd als motivator." *(ZV 3)*

"Momenteel wordt enkel GDT-overleg nog gefinancierd. Het MDO niet meer altijd." *(ZV 17)*

"Kwaliteit vraagt tijd en een aangepast honorarium." *(ZV 1)*

En tot slot werden de bezorgdheden geuit over de intense impact die een zorgoverleg kan hebben op de patiënt. Zorgverleners ondervonden in de aanloop naar het overleg dat voor de patiënt het doel, ondanks het voorbereidende interview, niet altijd duidelijk was. Dit bracht met zich mee dat de patiënt angstig was voor het doel en de gevolgen van het overleg. Ook werd het overleg, bij de patiënt thuis, omschreven als een bron van stress. Een grote groep personen in huis is niet voor elke patiënt een leuke ervaring. Het gevaar die hierachter schuilt, is dat zorgafspraken worden beïnvloed door de druk die de patiënt voelt van de grote groep. Met andere woorden, door de impact van een fysieke bijeenkomst van verschillende zorgverleners in het huis van de patiënt, werd het principe "shared decision making" in vraag getrokken door de zorgverleners.

"Angst en twijfel werd ondervonden voor het overleg, na het overleg waren duidelijke tekens van tevredenheid en rust voelbaar." *(ZV 1)*

"De reactie van de patiënt was: "we wisten vooraf niet wat ons te wachten stond." Zelfs al is de doelstelling goed uitgelegd geweest. Ze denken heel snel aan bemoeizucht, een controle of ze nog niet klaar zijn voor het woonzorgcentrum,…" *(ZV 16)*

"Ik denk dat het voor de patiënt zelf intens moet zijn als tien personen in uw huis discussiëren over uw manier van leven… Hoe zouden wij zelf zijn? De patiënte heeft de extra hulp aanvaard omdat de mantelzorgers haar stimuleerden om dit te doen. Uit zichzelf zou ze niet zo snel de stap zetten. Ondertussen is de extra hulp opgestart en loopt dit goed." (ZV 2)

"Patiënten durven niet altijd ingaan op de grote groep betreffende afspraken die de grote groep gezamenlijk aanbrengt." (ZV 5)

Vanuit deze barrières werden enkele suggesties naar voor geschoven om proactieve, doelgerichte zorg te verlenen in de eerste lijn zonder een MDO te organiseren. Zo is er de suggestie om proactieve, doelgerichte thuiszorg te verzekeren vanuit de zorgopvolging door één zorgmanager. Een andere suggestie is om alle zorgverleners betrokken bij de zorg van een welbepaalde patiënt, toegang te geven tot een afgesloten online platform, waarbij de indirecte communicatie hulp kan bieden in het aanbieden van proactieve, doelgerichte zorg.

"Goed zou zijn om binnen de praktijk alert te zijn voor eventuele zorgverbetering en deze dan via internet aan de verschillende actoren mede te delen." (ZV 9)

"De persoonlijke doelstellingen van de patiënt hoeven niet onmiddellijk tot een MDO leiden. In deze situatie konden de doelen via een individueel gesprek ook aangepakt worden." (ZV 4)

Om te vermijden dat de patiënt angst ervaart voor het overleg en druk ervaart op het overleg wordt een goede voorbereiding benadrukt. Het uitpluizen van de ideeën, de bezorgdheden en de verwachtingen wordt aangeboden als hulpmiddel om de patiënt voor te bereiden op het overleg.

"Zorgvuldig met de patiënt de ICE'n op voorhand overlopen, kan de schrik gedeeltelijk wegnemen." (ZV 3)

Tabel 5. Schematische weergave van de analyse van de resultaten

	Thema's	***Subcategoriën***	***Vrije tekst***
De voorstelling van de zorgdoelen	*Verhalende vorm (< voorbereiding)*	Gestructureerde, beknopte weergave	
		Duidelijke inhoud	Concrete inhoud
			Uniforme interpretatie van de inhoud
	Ruimte voor aanvullingen	Accenten door de patiënt	
		Zorgdoelen van de mantelzorger	
Invloed van de zorgdoelen	*Op de zorgverlener*	Nieuwe informatie	Persoonlijkheid van de patiënt
			Context van de patiënt (woon- en gezinssituatie)
			Doel van het overleg volgens de patiënt
			Zorgaanpak andere zorgverleners
	Op de patiënt	**Patiënt geactiveerd**	Betrokkenheid, kan spreken
			Toegenomen betrokkenheid mantelzorger
	Op het overleg	Gedeeld doel faciliteert gesprek	Concretiseren van vertrekpunt overleg
			Biedt structuur aan overleg
		Gedeelde beroepsgeheim faciliteert gesprek	Patiënt deelt expliciet informatie met alle aanwezigen
			Gezamenlijke inzichten zorgverleners, mantelzorgers en patiënten
		Opstellen zorgafspraken	Inhoud zorgdoel bepaalt inhoud zorgafspraken
			Patiënt is partner in opstellen zorgafspraken
			Bezorgdheden van de patiënt werden besproken
		Kwaliteit van zorgafspraken	Zorgafspraken werden afgetoetst bij de patiënt
			Realistische, praktische en concrete zorgafspraken
			Helder geformuleerde zorgafspraken
Doelgerichte zorg	*Innoverend type van zorg*	Proactief in de plaats van retro-actief MDO	
		Zorgverleners hadden doel pas door na introductie zorgdoelen	
	Zorg afstemmen op belangen van de patiënt	**Holistische zorgaanpak**	Luisteren naar zorgdoelen patiënt
		Begrip voor patiënt en zijn zorgdoelen	Patiënt heeft het laatste woord
			Zorg blijft vrijblijvend
		Patiënt is betrokken in de zorg	Patiënt wordt geïnformeerd over de zorgaanpak
	Preventieve zorg	Patiënt voorzien op behoud van functies	
		Vermijden de grenzen van de zorg af te tasten	
	Continuïteit van zorg	Haalbare thuiszorg	
		Opvolging van de thuiszorg	

Vet = nieuwe informatie na voorleggen stellingen, omkaderd = deze topics werden uitvoerig besproken door de zorgverleners.

Tabel 5 (vervolg). Schematische weergave van de analyse van de resultaten

	Thema's	***Subcategoriën***	***Vrije tekst***
Implementatie doelgerichte zorg via MDO	*Directe communicatie*	**Kwaliteitsvol communicatiemiddel**	Informatie over patiënt en patiëntencontext
			Informatie is zorgdomein-overschrijdend
	Expertise vanuit verschillende zorgdomeinen	Ontwikkelen van bredere visie	Informatie duiden
			Discussie mogelijk
		Aanwezigheid van de huisarts	Vertrouwenspersoon voor de patiënt
			Zorgelementen nuttige informatie voor paramedici
	Grote toegankelijkheid van het MDO		
	Impact op patiënt	Vertrouwen in de zorg groeit	Goed gevoel door aanwezigheid zorgende zorgverleners
			Zorgverleners tonen dat ze wensen samen te werken
			Bevestiging dat patiënt er niet alleen voor staan
		Patiënt is geïnformeerd	Verhoogde betrokkenheid van de patiënt
			Informatie over zorgplan vermindert onwetendheid
	Impact op individuele zorgverlener	Stimulans tot leveren van zorgkwaliteit	**Afstemmen zorgafspraken op elkaar**
			Concrete invulling individuele zorgtaak
			Nieuwe informatie wordt in rekening gebracht in de toekomst
		Kwaliteitsvolle zorg staat in voor jobtevredenheid	
	Impact op zorgverlener als lid van zorgteam	Toegang tot een vertrouwd zorgnetwerk	Contact met zorgnetwerk
			Steunkanaal
		Toegang tot kwaliteitsvolle communicatie	
		Toegang tot probleemoplossend vermogen van een team	Advieskanaal
Hindernissen bij de implementatie van doelgerichte zorg via MDO	*MDO vraagt tijd*	**Voorbereiding van het overleg** **Opvolgen zorgafspraken** **Administratie**	
	Doelgroep voor doelgericht MDO?	Gemotiveerde patiënten **Afstemming tussen de zorgverleners is noodzakelijk** **Behoefte van patiënt aan doelgericht MDO is moeilijk in te schatten**	
	Vergoeding	Voor kwaliteit **Voor MDO als dienst aan de patiënt**	
	Intense impact op de patiënt	Angst voorafgaand het overleg	**Onduidelijke verwachtingen van het overleg**
			Angst voor gevolgen van het overleg
		"Shared clinical decision making" is beïnvloed	Druk op patiënt door de zorgverleners en mantelzorgers
			Fysieke bijeenkomst bij patiënt thuis is bron van stress
	Suggesties	Doelgerichte zorg zonder MDO	Zorgopvoling door zorgmanager
			Informaticavoorziening voor het delen van informatie
		Intense impact vermijden	**Goede voorbereiding van de patiënt**
			Ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt

Vet = nieuwe informatie na voorleggen stellingen, omkaderd = deze topics werden uitvoerig besproken door de zorgverleners.

5. DISCUSSIE

5.1. Weergave van de resultaten

Om een antwoord te kunnen bieden op de vragen die wij opstelden na het uitvoeren van de literatuurstudie, werden de zorgverleners die deelnamen aan één of meerdere van de zeven doelgerichte MDO's gevraagd naar hun ervaring.

→ HOE WERDEN DE ZORGDOELEN GEÏMPLEMENTEERD IN HET ZORGPLAN?

Voor de zorgverleners bevatten de zorgdoelen die wij aanbrachten nieuwe informatie over de patiënt. Bij het implementeren van de zorgdoelen werden verschillende facetten belangrijk geacht. Voor eerst worden de zorgdoelen gedeeld tussen de patiënt en de zorgverleners. Vervolgens worden de zorgdoelen uniform en correct geïnterpreteerd als vertrekpunt van het MDO. Tot slot worden de zorgdoelen gerespecteerd en toegepast op het zorgplan. In alle facetten is de bijdrage van de patiënt belangrijk. De patiënt maakt zijn zorgdoelen bespreekbaar, krijgt de kans om zijn zorgdoelen te nuanceren en kan een partner worden bij het integreren van zijn zorgdoelen in het zorgplan De gedeelde zorgdoelen, het uniform vertrekpunt en de bijdrage van de patiënt faciliteren de communicatie tijdens het MDO.

→ HOE KOMT HET DOELGERICHT MDO TEGEMOET AAN DE PROBLEMEN BIJ DE AANPAK VAN MULTIMORBIDITEIT?

Doelgerichte zorg werd begrepen als de thuiszorg afstemmen op de belangen van de patiënt. Volgende kenmerken van het doelgericht MDO werden aanzien als meerwaarden voor de zorg van de patiënt: de preventieve functie en het bewaken van de zorgcontinuïteit.

→ WAT MAAKT VAN HET MDO EEN GOED MEDIUM OM DOELGERICHTE ZORG TE LEVEREN?

Uit de ervaring van de zorgverleners is het MDO een goed medium om doelgerichte zorg te leveren omwille van volgende factoren: kwaliteitsvolle communicatie, toegang tot expertise vanuit verschillende zorgdomeinen, toegankelijk voor iedereen, positieve impact op de patiënt (vertrouwen in de zorg is gegroeid en patiënt is geactiveerd) en op de zorgverlener (stimulans om kwaliteitsvolle zorg te leveren en toegang tot een zorgnetwerk). Volgende hindernissen voor deze manier van zorgverlening werden aangehaald: grote tijdsinvestering, beperkte financiering, onbekende doelgroep en negatieve impact op de patiënt (angst voorafgaand het MDO en onder druk de zorg aanvaarden).

5.2. Bespreking van de resultaten en de standpunten in de literatuur

5.2.1. De multidisciplinaire bijdrage aan het implementeren van zorgdoelen in het zorgplan

In deze studie, waarin we een poging ondernamen om zorgdoelen te delen met zorgverleners, hebben we vernomen dat zorgverleners die al lange tijd bij de patiënt aan huis komen, nieuwe informatie verwierven over de patiënt, zijn omgeving en zijn verwachtingen. Dit resultaat strookt met de literatuurstudie. Patiënten delen niet spontaan hun zorgdoelen met hun zorgverleners.[19] Dit gegeven moeten we kaderen in een tijd waarin er echter nog geen definitie bestaat van wat zorgdoelen precies zijn. AP en HL gaan, zoals eerder vermeld in de inleiding, dieper in op deze problematiek. Toch is het noemenswaardig om te melden dat deze schuchtere poging, om zorgdoelen te identificeren, informatie kon ontlokken die niet gekend was bij de zorgverleners van de patiënt.

De identificatie van de zorgdoelen voorafgaand het MDO waren weliswaar nog niet voldoende om de zorgdoelen bruikbaar te maken. Naast het delen van concrete zorgdoelen, bleek de uniforme interpretatie ervan ook belangrijk om een zorgplan op te stellen. Hiervoor is een multidisciplinaire bijdrage aan de identificatie van de zorgdoelen gebleken als een pluspunt.[8,25]

De patiënt bracht een bijdrage bij het delen, het interpreteren en het toepassen van de zorgdoelen. We kunnen stellen dat het implementeren van de zorgdoelen ertoe leidde dat de patiënt een actieve deelnemer werd aan het MDO. Deze activatie van de patiënt maakt een belangrijk onderdeel uit van het principe “Shared decision making”. Verschillende communicatietechnieken om dit principe toe te passen werden opgesteld als leidraad voor de consultatie in de huisartsenpraktijk. Bijvoorbeeld het Ariadne principe.[21] Het kernelement van dit model is het delen van de realistische behandeldoelen tussen de patiënt en de huisarts. De toepassing is gebaseerd op drie stappen: (1) een beoordeling van de impact van de multimorbiditeit op de algemene conditie, de behandeling en de omgeving, (2) het opstellen van een prioriteitenlijst van de zorgdoelen en (3) een individuele zorgaanpak opgesteld vanuit de beste opties om aan de zorgdoelen te voldoen. Deze drie stappen kunnen we vergelijken met de facetten die zorgverleners aanbrengen bij het implementeren van de zorgdoelen in het MDO. Een leidraad, vertrekkende van gelijkaardige principes, kan een winst betekenen in het toepassen van het, tot nu toe voornamelijk theoretische, principe “shared decision making”.

5.2.2. De aanpak van multimorbiditeit met het doelgericht MDO

Naast doelgerichte zorg is proactieve zorg een extra interventie in onze studie gebleken. De begrippen zijn achteraf niet meer los te koppelen en we merken op dat de combinatie van deze twee manieren om zorg te verlenen, leidde tot de bijdrage aan de aanpak van multimorbiditeit zoals hier beschreven.

Opstellen van een individueel zorgplan

Uit de resultaten merken we dat de patiënt een centrale plaats veroverde binnen zijn zorg. Had de patiënt voordien dan een minder centrale plaats in zijn thuiszorg? Omdat dit geen vergelijkend onderzoek is met een MDO zonder implementeren van de zorgdoelen, kunnen we hier geen harde conclusies trekken. Volgende oorzaken kunnen volgens ons aan de basis liggen van het betrekken van de patiënt in zijn zorg: doelgerichte zorg vertrekt vanuit de zorgdoelstellingen van de patiënt en niet vanuit een symptoom of een ziektegerelateerde klacht, doelgerichte zorg is een consensus tussen de patiënt en zijn zorgverleners en de patiënt heeft bij doelgerichte zorg een beter inzicht in het opgestelde zorgplan. Deze kenmerken van doelgerichte zorg komen overeen met enkele belangrijke uitkomstparameters voor "patient-centredness".[33] "Patient-centredness" is het respectvol en verantwoordelijk omgaan met de individuele voorkeuren, zorgdoelen en waarden van de patiënt en verzekeren dat deze waarden alle klinische beslissingen leiden.[34] In eerder onderzoek, vonden huisartsen dit concept belangrijk bij de aanpak van patiënten met multimorbiditeit.[16] Het doelgericht MDO maakt "patient-centerdness" mogelijk en biedt op deze manier een tool aan om een individueel zorgplan op te stellen.

Bewaken over de zorgcontinuïteit

De zorgcontinuïteit waarover in deze studie sprake, richt zich voornamelijk op de continuïteit van informatieoverdracht en zorgcoördinatie. Vanuit de ervaring van de zorgverleners, kwam de longitudinale relatie tussen de patiënt en de zorgverlener niet opvallend aan bod. De patiënt met multimorbiditeit vermeldde in eerder onderzoek belang te hechten aan de longitudinale relatie met zorgverleners en een goede longitudinale relatie met de zorgverleners leidt tot minder hospitalisaties. [14,26] Bij andere zorgmodellen, gebaseerd op de samenwerking binnen een team, werd ook opgemerkt dat er voornamelijk gestreefd wordt naar een goede informatieoverdracht en zorgcoördinatie, waardoor het belang van de relationele continuïteit op de achtergrond geraakt.[26,35] Enkel de huisarts wordt in deze studie genoemd als essentiële aanwezige op het doelgericht MDO. Enerzijds omwille van de longitudinale artspatiënt relatie, anderzijds omwille van de bijdrage van de

kennis op medisch vlak. In ons gezondheidszorgsysteem is de huisarts de zorgverlener waarmee de oudere patiënt een jarenlange relatie heeft. Deze unieke positie van de huisarts wordt aanzien als een weg om zowel informatieoverdracht en zorgcoördinatie, als relationele zorgcontinuïteit in goede banen te leiden. [16,35] Waarom de relationele zorgcontinuïteit weinig benadrukt werd in deze studie is wellicht te danken aan het feit dat wij enkel de ervaring van de zorgverleners hebben bevraagd en niet de ervaring van de patiënt of de mantelzorgers. Gill et al toonde aan dat de ervaring met multimorbiditeit bij de patiënt, de mantelzorger en de zorgverleners niet steeds gelijklopend was. Eén van de verschillen die werd opgemerkt, was dat de patiënten en de mantelzorgers veel frustraties ondervonden over het grote aantal zorgverleners waarmee zij in contact kwamen.[36] Als we de problemen bij de aanpak van multimorbiditeit willen tegemoet komen om een kwaliteitsvolle zorg te leveren in de ogen van de patiënt, verdient de relationele zorgcontinuïteit een plaats in het opstellen van toekomstige pilootprojecten voor doelgerichte zorg.

5.2.3. Kenmerken van het MDO om efficiënt doelgerichte zorg te leveren

Kwaliteitsvolle communicatie, toegang tot expertise vanuit verschillende zorgdomeinen, toegankelijk voor iedereen en positieve impact op de patiënt (vertrouwen in de zorg is gegroeid en patiënt is geactiveerd) en op het functioneren van de zorgverlener (stimulans om kwaliteitsvolle zorg te leveren en toegang tot een zorgnetwerk) zijn de factoren die het MDO als medium naar voor schuift om doelgerichte zorg te leveren. Dat kwaliteitsvolle directe communicatie en de expertise van de verschillende zorgverleners belangrijk is in doelgerichte zorg, hebben we opgemerkt bij het implementeren van de zorgdoelen en de zorgcontinuïteit. Vanuit het onderzoek binnen doelgerichte zorg worden onderstaande topics extra belicht als argumenten om doelgerichte zorg via het MDO te leveren.

Het MDO kan doorgaan bij de patiënt thuis

Een Amerikaanse studie op 27 zorgmodellen voor patiënten met een complexe zorgnood, concludeerde dat de beste successen behaald werden wanneer de interventie in het zorgmodel betrekking had tot de eerstelijnszorg bij de patiënt thuis. Eén van de redenen hiervoor was dat deze interventies meestal uit multidisciplinaire teams bestond en hierdoor zowel medische als sociale zorgdoelen van de patiënt in de zorgaanpak opnamen.[37] Ook merken we dat de doelgroep van patiënten met multimorbiditeit met complexe zorgnoden vaak niet in staat is om aanwezig te zijn op een MDO buitenshuis en dat dit de oorzaak is van uitval uit een gelijkaardige studie.[38]

Het MDO is toegankelijk, ook voor degene die het meest nodig hebben

We weten dat de populatie uit socio-economische kwetsbare gebieden de grootste nood heeft aan een zorgmodel voor de aanpak van multimorbiditeit.[4] Doelgerichte zorg vertrekt vanuit de zorgdoelen van de patiënt. Het gevaar bestaat om bij de identificatie van de zorgdoelen net die populatie te missen. Het formuleren van zorgdoelen kan afhankelijk zijn van bijvoorbeeld de sociale klasse waarin je bent opgegroeid en de populatie uit socio-economische kwetsbare gebieden zullen lagere standaarden nastreven in hun zorgdoelen.[11] Ook hier wordt aangeraden om de identificatie van multimorbiditeit en de aanpak van multimorbiditeit niet over te laten aan de eerstelijnszorgverleners alleen. Een team van medische en sociale zorgverleners zijn hier nodig.

Het MDO biedt een luisterend oor voor de patiënt en zijn familie

Door tijd uit te trekken voor een MDO, voelen de patiënt en de mantelzorger dat er tijd en ruimte is om verschillende problemen te delen en te bediscussiëren. Ze voelen zich gehoord. Voor de patiënt en de mantelzorger is het samen zien van alle zorgverleners een meerwaarde boven verschillende contacten met de zorgverleners op aparte tijdstippen.[38]

Het MDO biedt zorgverleners een houvast en bevestiging

Zorgverleners hebben de wens om optimale zorg te verlenen aan hun patiënten.[39] De grote tijdsinvestering die hiervoor nodig is en een tekort aan ondersteuning binnen de aanpak van multimorbiditeit, kunnen aanleiding geven tot stress en burnout bij de zorgverleners. De mogelijkheid om terug te vallen op een team zou enkele problemen bij de aanpak van multimorbiditeit kunnen voorkomen en de zorgverleners zouden minder vatbaar zijn voor burnout.[40] In een gelijkaardige studie, waar een MDO werd georganiseerd met een bijna gelijkaardige samenstelling als in deze studie, ondervonden de deelnemende zorgverleners dat na verloop van tijd het begrip van en respect voor de aanpak vanuit de verschillende disciplines toenam.[38] Bevestiging van het leveren van kwaliteitsvolle zorg, is uit onze studie gebleken als één van de factoren waar zorgverleners hun geluk uit halen.

Onze resultaten kunnen we echter niet generaliseren omwille van de kleine omvang van de studie. De gelijkaardige argumenten die we in grotere studies terugvinden, overtuigen ons dat het MDO, zoals wij het hier kennen, een meerwaarde kan betekenen voor de aanpak van multimorbiditeit voor zowel de zorgverlener, de patiënt als de mantelzorger.

5.2.4. Hindernissen die worden ervaren bij het doelgericht MDO

Om de hindernissen betreffende de tijdsinvestering en financiële bezorgdheden van de zorgverleners tegemoet te komen, wordt gesuggereerd om doelgerichte zorg ook te implementeren binnen de een gezondheidszorgsysteem.[41] Het MDO is een bestaand gegeven in onze eerstelijnsgezondheidszorg en toch merken we bezorgdheden bij de zorgverleners.

In ons gezondheidszorgsysteem is nog steeds de wet van kracht dat kwantiteit domineert boven kwaliteit bij de financiering van de zorgverleners. Dit zit de zorgverleners dwars. Pay-for-quality is een begrip die steeds meer gebruikt wordt en die ook in de eerste lijn meer en meer te voelen is. Bijvoorbeeld is er terugbetaling voor het GDT-overleg voorzien. Het heikel punt om over te stappen op een pay-for-quality gezondheidszorgsysteem ligt in het ontbreken van kwaliteitsindicatoren. Bij onderzoek naar kwaliteitsindicatoren in de aanpak van multimorbiditeit, dient men zich ervan bewust te zijn dat we niet de fout mogen maken om ziektespecifieke kwaliteitsindicatoren op te stellen.[15] Dit moedigt de zorgverleners net niet aan om ziekte overschrijdende zorgdoelen te behandelen.

Omdat de zorgverleners van hot naar her springen, is de factor tijd medebepalend voor hun bezorgde opmerkingen over het doelgericht MDO. Omdat we niet bij elke patiënt met multimorbiditeit een doelgericht MDO kunnen doen, kunnen we een doelgroep in kaart brengen van de patiënten met multimorbiditeit met nood aan een doelgericht MDO. Om te kunnen definiëren van wie in deze doelgroep thuis hoort, moeten we weten welke factoren de nood tot een doelgericht MDO bepalen. Zowel ziektekarakteristieken als patiëntenkarakteristieken (bijvoorbeeld socio-economisch karakteristieken en de manier van omgang met de ziektelast) hebben een impact op het al of niet complex worden van de zorgnoden. [19,42-43] Hier stoten we op het probleem dat we multimorbiditeit niet zomaar kunnen meten. Verschillende instrumenten om multimorbiditeit te meten brachten ontgoochelende resultaten.[6] De instrumenten zijn zo opgesteld dat ze zich focussen op negatieve uitkomstparameters. Boeckxstaens et al. stelt dat een alomvattend meetinstrument, dat zowel de zwaktes als de sterktes van de patiënt als persoon betrekt, nodig is. Hiervoor werd de ICF (International Classification of Functioning and Disability in health) naar voor geschoven als basis voor het opstellen van een geïntegreerd bio-psycho-sociaal model voor patiënten met multimorbiditeit.[44] Op deze manier hoopt men zowel deficits als competenties in het functioneren en factoren die de impact van multimorbiditeit zowel positief als negatief beïnvloeden in kaart te brengen.[19,45] Verder onderzoek is nodig om te exploreren of dit model ons leidt naar het meetbaar maken van multimorbiditeit.

5.3. Aanbevelingen voor de praktijk en verder onderzoek

→ Ons model om zorgdoelen te implementeren in een MDO, bevat enkele kernelementen van "Shared decision making" tijdens de consultatie. Om communicatietechnieken te ontwikkelen om doelgerichte zorg in groep mogelijk te maken, kunnen we suggereren om te vertrekken vanuit drie kernelementen: het delen van de zorgdoelen, het interpreteren van de zorgdoelen en het toepassen van de zorgdoelen.

→ Proactieve, doelgerichte zorg komt tegemoet aan de problemen die worden ervaren bij de aanpak van multimorbiditeit in de eerste lijn. Extra aandacht moet uitgaan naar de component relationele zorgcontinuïteit omdat deze component de kwaliteit van zorg mee bepaalt door de ogen van de patiënt.

→ Kwaliteitsvolle communicatie, expertise uit verschillende vakgebieden, grote toegankelijkheid, tevreden patiënten en tevreden zorgverleners zijn argumenten om doelgerichte zorg in de eerste lijn te organiseren met behulp van het MDO.

→ Het implementeren van doelgerichte zorg binnen het huidig gezondheidszorgsysteem dient rekening te houden met de kostenefficiënte haalbaarheid van het MDO. Pay-for-quality financiering in de eerste lijn en het definiëren van een doelgroep die baat heeft bij doelgerichte zorg, gecoördineerd vanuit een MDO, zijn twee factoren die in de toekomst verder uitgewerkt zullen worden.

5.4. Sterktes en zwaktes van deze studie

Deze kwalitatieve studie heeft enkele beperkingen. Ten eerste was de interpretatie van de primaire bronnen is een uitdaging. Multimorbiditeit is een onderzoeksdomein die pas de laatste 15 jaar grondig onder handen werd genomen. Je merkt dat dit een heel actueel thema is en dat er veel studies lopende zijn. Dit prille werk leverde reeds enkele krachtige artikels op, die je vaak ziet terugkeren in de recentere artikels. De heterogene studieopzetten zorgen er voor dat het moeilijk is om systematische reviews op te stellen. Veel artikels steunen echter op onderzoek binnen een bepaald bestaand gezondheidszorgsysteem. Deze systemen verschillen nogal opvallend van land tot land. Zelfs regionaal zijn deze systemen niet altijd gelijklopend. De culturele verschillen in deze systemen en in de algemene aanpak van de zorg bij ouderen, vraagt telkens de reflectie of deze studie wel toepasbaar is op onze populatie in onze eerstelijnsgezondheidszorg.

Een tweede beperking is dat we in deze studieopzet vertrekken vanuit het onbekende. We stelden zelf zorgdoelen op en deze vormden de basis van de interventie van deze studie. Als onderzoekers wisten we vooraf niet wat de kwaliteit van onze zorgdoelen ging zijn. Ondanks de onwetendheid over hoe je zorgdoelen opstelt, is het toch interessant om te gaan kijken hoe je de zorgdoelen kan implementeren in je zorgplan. Op deze manier kunnen we misschien vanuit een ander standpunt ook ons steentje bijdragen aan de zoektocht naar wat zorgdoelen precies zijn. Een derde beperking is de kleine omvang van dit pilootproject en van de bevraagde zorgverlenerpopulatie. De resultaten kunnen we bijgevolg niet generaliseren.

Deze kwalitatieve studie heeft als sterkte dat hij origineel is en toepasbaar is op ons huidig gezondheidszorgsysteem. Op beleidsniveau in de Belgische gezondheidszorg werd namelijk op 19/10/2015 een Gemeenschappelijk Plan voor chronisch zieken goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie, bestaande uit de ministers van Volksgezondheid van de federale overheid en de deelstaten. Binnen dit plan worden 18 componenten genoemd die de overheden willen uitwerken om geïntegreerde zorg te implementeren, zoals ‘overleg en coördinatie’ en ‘extra-, intra- en transmurale zorgcontinuïteit’.

Een tweede sterkte is de samenwerking binnen het onderzoeksteam. De vele peer debriefings gaven een meerwaarde aan het opstellen van het onderzoek.

Tot slot zit een derde sterkte van de studie in de staart. De beperkingen zijn één voor één redenen waarom we meer zo’n pilootprojecten zouden moeten opstellen. Ten eerste is er een belangrijke toekomst in research naar de aanpak van multimorbiditeit, ten tweede is elk onderzoek naar doelgerichte zorg een stap dichter bij het identificeren van wat zorgdoelen precies zijn en ten derde moet je klein beginnen om groot te worden.

6. CONCLUSIE

Van de huisarts wordt, volgens de CANMEDS, verwacht dat wij de gezondheidsadvocaat zijn van onze patiënten. Op ons eentje is dit een onmogelijke opdracht bij patiënten met multimorbiditeit en complexe zorgnoden. Zowel voor het implementeren van de zorgdoelen in het zorgplan, als voor de uitvoering van het zorgplan, zijn we afhankelijk van een team zorgverleners. De coördinerende, preventieve en de relationele rol van de huisarts kan worden geïntegreerd in een doelgericht MDO. Er is een toekomst weggelegd voor het MDO als medium om doelgerichte zorg te leveren. De hindernissen die wij nu ondervinden liggen enerzijds in de financiering van het gezondheidszorgsysteem en anderzijds in de onbekende karakteristieken van de doelgroep van patiënten met multimorbiditeit en nood aan een doelgericht MDO.

7. REFERENTIES

1. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanassche A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. Ann Fam Med 2005;3:223-8
2. Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr C, Ligner H et al. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. Journal of the American Medical Directors Association 2013;14(5):319-25
3. Fortin M, Lapointe L, Hudon , Vanassche A, Ntetu A, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. Health Qual Life Outcomes 2004;2:51
4. 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
5. Navickas R, Visockiené Z, Puronaité R, Rukseniene M, Kasiulevicius V, Jureviciene E. Prevalence and structure of multiple chronic conditions in Lithuanian population and the distribution of the associated healthcare resources. Eur J Intern Med 2015;26(3):160-8
6. Boeckxstaens P, Vaes B, Van Pottelbergh G, De Sutter A, Legrand D, Adriaensen W et al. Multimorbidity measures were poor predictors of adverse events in patients aged ≥80 years: a prospective cohort study. J Clin Epidemiol 2015;68(2):220-7
7. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312(7023):71-2
8. Rijken M, Bekkema N, Boeckxstaens P, Schellevis FG, De Maeseneer Jan, Groenewegen P. Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients' needs? Health Expectations 2014;17(5):608-621
9. Mold JW, Blake GH, Becker LA. Goal-oriented medical care. Fam Med 1991;23(1):46-51
10. Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care – an alternative health outcomes paradigm. The New England Journal of medicine. 2012;366(9):777-9
11. De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. Br J Gen Pract 2012;62(600):e522-4
12. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. Multimorbidity's many challenges. BMJ 2007;334(7602):1016-17
13. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. Int J Integr Care 2002;2:e12
14. Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF and Main DS. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. Fam Pract. 2008;25(4):287-93
15. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA 2005;294(6):716-24
16. Luijks HD, Loeffen MJ, Lagro-Janssen AL, van Weel C, Lucassen PL, Schermer TR. GPs' considerations in multimorbidity management: a qualitative study. Br J Gen Pract 2012;62(600):e503-10
17. Boeckxstaens P, Peersman W, Goubin G, Ghali S, De Maeseneer J, Brusselle G et al. A practice-based analysis of combinations of diseases in patients aged 65 or older in primary care. BMC Fam Pract 2014;15:159
18. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. Cochrane Database Syst Rev 2012;4:CD006560.
19. Boeckxstaens P. Multimorbidity: a quantitative and qualitative exploration in primary care. [dissertation]. Gent: UGent; 2014.
20. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T and Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. BMJ 2015;350:h176
21. Muth C, van den Akker M, Blom JW, Mallen CD, Rochon J, Schellevis FG et al. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. BMC Medicine 2014;12:223
22. Salisbury C. Multimorbidity: redesigning health care for people who use it. Lancet 2012;380:7
23. Roland M and Paddison C. Better management of patients with multimorbidity. BMJ 2013;346:f2510

24. Paddison CAM, Saunders CL, Abel GA, Payne RA, Campbell JL and Roland M. Why do patients with multimorbidity in England report worse experiences in primary care? Evidence from the General Practice Patient Survey. BMJ Open 2015;5:e006172 doi: 10.1136/bmjopen-2014-006172
25. Lee L, Heckman G, McKelvie R, Jong P, D'Elia T, Hillier LM. Physicians' perceptions of capacity building for managing chronic disease in seniors using integrated interprofessional care models. Can Fam Physician 2015;16:e148-57
26. Bayliss EA, Ellis JL, Shoup JA, Zeng C, McQuillan DB and Steiner JF. Effect of continuity of care on hospital utilization for seniors with multiple medical conditions in an integrated health care system. Ann Fam Med 2015;13:123-129 doi: 10.1370/afm.1739.
27. Law, M. Baptiste, S., Carswell, A., McColl, MA., Polatajko, H. and Pollock, N. Canadian Occupational Preformance Measure. 5th edition. Canada. 2014
28. Cardol M. Vragenlijst "Impact op Participatie en Autonomie". Amsterdam. 2004
29. SEL Zuid-West-Vlaanderen. Organiseren van multidisciplinair overleg – Draaiboek voor eerstelijnshulpverleners. Kortrijk. 2de druk 2011
30. Landa J. De succesfactoren van een Multidisciplinair Overleg voor de eerste lijn in Vlaanderen [masterproef huisartsgeneeskunde]. Leuven: KU Leuven; 2012
31. Patton M. Qualitative evaluation and research methods. Beverly Hills, CA: Sage. 1990
32. Lincoln YS and Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: Sage. 1985
33. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M and Poitras ME. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. Ann Fam Med 2011;9(2):155-164
34. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001
35. Guthrie B, Saultz JW, Freeman GK and Haggerty J. Continuity of care matters. BMJ 2008;337:548-9
36. Gill A, Kuluski K, Jaakkimainen L, Naganathan G, Upshur R, Wodchis WP. "Where do we go from here?" Health system frustrations expressed by patients with multimorbidity, their caregivers and family physicians. Healthc Pol 2014;9(4):73-89
37. Bleich SN, Sherrod C, Chiang A, Boyd C, Wolff J, DuGoff E, et al. Systematic review of programs treating high-need and high-cost people with multiple chronic diseases or disabilities in the united states, 2008-2014. Prev Chronic Dis 2015. 12:150275 doi: 10.5888/pcd12.150275
38. Tracy CS, Bell SH, Nickell LA, Charles J, Upshur R. The IMPACT clinic – innovative model of interprofessional primary care for elderly patients with complex health care needs. Can Fam Physician 2013;59:148-55
39. Loeb DF, Bayliss EA, Candrian C, deGruy FV and Binswanger IA. Primary care providers' experiences caring for complex patients in primary care: a qualitative study. BMC Family Practice 2016;17:34
40. Willard-Grace R, hessler D, Rogers E, Dube K, Bodenheimer T and Grumbach K. Team structure and culture areassociated with lower burnout in primary care. J Am Board Fam Med. 2014;27(2)229-38
41. Boult C, Reider L, Leff B, Frick KD, Boyd CM and Wolff JL. The effect of guided care teams on the use of health services: results from a cluster-randomized controlled trial. Arch Intern Med 2011;171(5):460-6
42. Onder G, Palmer K, Navickas R, Jurevičienė E, Mammarella F, Strandzheva M, et al. Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS). Eur J Intern Med. 2015;26(3):157-9
43. Hopman P, Heins MJ, Rijken M and Schellevis FG. Health care utilization of patients with multiple chronic diseases in The Netherlands: Differences and underlying factors. Eur J Intern Med 2015;26(3):190-6
44. WHO. International Classification of Functioning and Disability in Health (ICF) 2001.
45. Boeckxstaens P, De Sutter A and Vaes B. Should we keep on measuring multimorbidity? Journal of Clinical Epidemiology 2016;17:113-4

8. BIJLAGEN

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol masterproef

Bijlage 2: Gunstig advies ethische commissie

Bijlage 3: Informatiefiche voor de patiënt

Bijlage 4: Informed consent voor de patiënt

Bijlage 5: Informatiefiche voor de participerende zorgverleners aan het MDO

Bijlage 6: Informed consent voor de participerende zorgverleners aan het MDO

Bijlage 7: Informed consent voor de externe coördinator van het MDO

Bijlage 8: Protocol voor de haio's in verband met de organisatie van het doelgericht MDO

Bijlage 9: Stellingen bekomen uit de resultaten van de semigestructureerde vragenlijst bij een selectie van de zorgverleners

Pilootproject: Geïntegreerd zorgmodel bij de thuiswonende oudere met multiple chronische aandoeningen.

De haalbaarheid en kwaliteit van het multidisciplinair overleg in de eerste lijn.

Protocol Ethische Commissie

Inleiding

De opzet van de masterthesis bestaat uit een pilootproject waarbij we de zorg voor de thuiswonende, oudere patiënt met multipele chronische aandoeningen trachten te optimaliseren op basis van een geïntegreerd zorgmodel.
Het zorgmodel vertrekt vanuit:

1° de zorgdoelen van de patiënt.
2° het zorgplan dat voortkomt uit het Multidisciplinair overleg in de eerste lijn.
3° de verschillende medische richtlijnen en adviezen besproken op de Multimorbiditeitskrans.

Het pilootproject wordt door de 4 Haio's vanuit 4 verschillende gebieden onder de loep genomen.

- Annelies Pattyn: "Wat zijn de aandachtspunten in de zorg die we moeten opnemen om een instrument op te stellen om de zorgdoelen van de patiënt te identificeren?"
- Hanne Lavens: "Faciliteert het zelf aanreiken van potentiële aandachtspunten in zorg het formuleren van individuele zorgdoelen."
- Herlinde Bossaert: "De haalbaarheid en kwaliteit van het Multidisciplinair overleg in de eerste lijn."
- Arnout De Mesmaeker: "De haalbaarheid en kwaliteit van de Multimorbiditeitskrans."

Figuur: Toepassing van een geïntegreerd zorgmodel.

Vertrekpunt = Oudere, thuiswonend patiënt met multipele chronische aandoeningen en goede cognitieve functies.

Gebreken in de zorg blootleggen ?
- Zorgdoelen van de patiënt.
- Multidisciplinair overleg in de eerste lijn.
- Multimorbiditeitskrans met de betrokken specialisten.

Resultaat = Geïntegreerd zorg:

a) Op maat van de patiënt.
b) Met taakverdeling in de onmiddellijke omgeving genoteerd in het zorgplan.
c) Met afspraken omtrent de medische therapie genoteerd in het actieplan.

Protocol: Multidisciplinair Overleg in de eerste lijn.

Onderzoeksvraag:

Het Multidisciplinair overleg (MDO) is een onderdeel van het pilootproject: "Geïntegreerd zorgmodel bij de thuiswonende, oudere patiënt met multipele chronische aandoeningen". De onderzoeksvraag luidt: Wat is de bijdrage van het MDO in het optimaliseren van de zorg en wat is de haalbaarheid van het MDO in de huidige gezondheidszorg?

Literatuurstudie:

- Voorafgaand werd een verkennende literatuurstudie gedaan naar de plaats van het MDO in het huidig gezondheidszorgsysteem in Vlaanderen. Er werd eveneens kennis gemaakt met de maatschappelijk relevante argumenten die pleiten voor geïntegreerde zorg bij onze populatie.
- Er wordt een search gedaan naar de kwalitatieve parameters die men kan volgen om een overleg/een zorgmodel te beoordelen.
- Er wordt gezocht naar de socio-economische haalbaarheid van het MDO binnen een zorgmodel.

Methode:

De populatie is een klein (8) aantal patiënten uit de 4 praktijken van de 4 onderzoekers. Deze populatie wordt gerekruteerd volgens de inclusiecriteria (>75 jaar bij aanvang van het onderzoek, GMD bij de praktijkopleider, thuiswonend, >2 chronische aandoeningen en een goede cognitieve functie). Als exclusiecriteria weerhouden we patiënten die binnen het laatste 12 maanden een GDT-overleg hebben gehad en/of op het geriatrisch dagziekenhuis werden geëvalueerd. De behandelende huisarts selecteert de patiënten en spreekt de patiënten als eerste aan over het onderzoek.

Voorafgaand aan het MDO vindt een interview plaats met de patiënt. Dit wordt georganiseerd en gecoördineerd door 2 collega-onderzoekers (Hanne Lavens en Annelies Pattyn). Zij beschrijven in hun protocol de gedetailleerde procedure van dit onderdeel. Bij dit eerste contact wordt de informatiefiche en het informed consent voor de patiënt ook in orde gebracht. Op deze formulieren staat duiding over het ganse onderzoek zodat de patiënt slechts eenmaal goedkeuring moet geven en van bij het begin kennis neemt over de verschillende stappen van het onderzoek. (*Bijlage 4: Informed Consent voor de patiënt, Bijlage 5: Informatiefiche voor de patiënt*)

De interventie, het MDO, is een overleg met verschillende deelnemers. Vooreerst wordt een externe coördinator aangesproken om het MDO te organiseren. Tegelijkertijd wordt aan de coördinator, de betrokken zorgverleners en de mantelzorgers een aparte informatiefiche en informed consent overhandigd met de nodige informatie betreft dit onderzoek (*Bijlage 2: Informed Consent voor de deelnemers aan het MDO, Bijlage 3: Informatiefiche voor de deelnemers aan het MDO).* De patiënt is ook deelnemer aan het MDO. Zoals hierboven beschreven heeft hij eerder bij de eerste fase het informed consent in orde gebracht en de informatiefiche ontvangen. De coördinator neemt vanaf dan de touwtjes in handen om een MDO te organiseren naar voorbeeld van het GDT-overleg (Geïntegreerde dienst voor thuisverzorging-overleg). Er wordt vooraf toestemming gevraagd aan het SEL Zuid-West-Vlaanderen om hun draaiboek te gebruiken als bron bij het schrijven van de masterthesis. We willen enkele aanmerkingen doen, waarin we duiden waar we afwijken van de structuur van het GDT-overleg zoals georganiseerd in de regio.

- Bij het SEL Zuid-West-Vlaanderen kan je kiezen of je met een externe of een betrokken coördinator werkt. Wij verkiezen een externe coördinator om de neutraliteit in het onderzoek te bekrachtigen.
- De aanvrager zal, gezien het om een onderzoeksopzet gaat, altijd de behandelende huisarts zijn.
- Op inhoudelijk vlak introduceren we een extra agendapunt, “de zorgdoelen van de patiënt”. Deze informatie verkrijgen we uit een verslag opgesteld bij een eerste interview bij de patiënt.
- Naast het zorgplan en het weekoverzicht wordt een verslag opgesteld, specifiek gericht aan de deelnemers van de multimorbiditeitskrans (MMK).
- De verschillende zorgaanbieders beschikken over een gedeeld beroepsgeheim. Zowel patiëntengegevens als inhoudelijke gegevens van het MDO worden niet bekend gemaakt in de masterthesis.

De onderzoeker zal zelf ook aanwezig zijn op het MDO, maar zal enkel een observerende functie bekleden en niet deelnemen aan het overleg. Indien de praktijkopleider niet kan aanwezig zijn als behandelende huisarts, zal de onderzoeker de taak van huisarts op zich nemen en zal een tweede onderzoeker aanwezig zijn om de observerende functie te bekleden.

Om **de nodige informatie** te verzamelen wordt het ganse MDO gefilmd. Dit videomateriaal wordt enkel door de onderzoekers bezichtigd. Daarnaast wordt aan elke deelnemer van het MDO, inclusief de patiënt, een vragenlijst overhandigd net na het MDO en drie maanden na de MMK. De vragenlijst peilt naar de kwaliteit en de haalbaarheid van het MDO met “ja”,”nee” of ”geen mening” als antwoordmogelijkheden. De antwoorden worden anoniem opgenomen in de masterthesis.

Resultaten

Een weergave van de gegevens die we verzamelden via de vragenlijst bij alle betrokken partijen.

Discussie

In de discussie wordt de huidige literatuur weergegeven en wordt een oordeel geveld over het MDO binnen het pilootproject. Kwantitatieve gegevens zullen niet tot bij ons komen gezien de kleine omvang van de populatie, maar de kwalitatieve insteek gaan we hier doorgronden. We trachten een mening te geven over wat de bijdrage van het MDO binnen het zorgmodel is, hoe we het MDO zien binnen het huidig zorglandschap en wat de voorwaarden zijn tot een goede

communicatie overdracht naar de MMK. De sterktes en de zwaktes van dit onderzoek worden meegedeeld en er wordt nagegaan op welk domein verder onderzoek nodig is.

Conclusie

Hier concluderen we of het MDO al dan niet een relevante bijdrage levert aan het optimaliseren van de zorg binnen het geïntegreerd zorgmodel.

Slotwoord over het pilootproject

Bieden we een zorgmodel aan waarbij we betere patiëntgerichte zorg beogen en verkrijgen? De vier onderzoeksvragen binnen het project en de bijhorende conclusies worden naast elkaar geplaatst. Een uniforme mening van de vier onderzoekers over de bijdrage van het geïntegreerd zorgmodel aan het optimaliseren van de zorg voor onze populatie wordt geformuleerd.

Bijlage 2: Gunstig advies ethische commissie

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

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**
	2015/0500	18-mei-15	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Geïntegreerd zorgmodel bij de thuiswonende, oudere met multipele chronische aandoeningen.
De haalbaarheid en kwaliteit van het multidisciplinair overleg in de eerste lijn.
(Manama Herlinde Bossaert)

Belgisch Registratienummer: B670201524775

* Vragenlijst voor de deelnemers aan het Multidisciplinair overleg in de eerste lijn
* Antwoord onderzoekers via mail dd. 18/04/2015 (ontv. dd. 20/04/2015) op opmerkingen EC dd. 07/04/2015
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie 2 dd. 14/04/2015) - cfr. mail dd. 18/04/2015
* Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemers aan het Multidisciplinair overleg in de eerste lijn (aangepaste versie cfr. mail dd. 18/04/2015)
* Informatie- en toestemmingsformulier voor de patiënt (aangepaste versie cfr. mail dd. 18/04/2015)
* Protocol (aangepaste versie cfr. mail dd. 18/04/2015)
* Antwoord onderzoekers via mail dd. 08/05/2015 (ontv. dd. 11/05/2015) op opmerkingen EC dd. 05/05/2015

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

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 11/05/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 10/05/2016, 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 POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 11/05/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 10/05/2016, 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).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/05/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 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

J.

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**
	2015/0500	18-mei-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0500

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité bekentoont 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)*

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
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: Informatiefiche voor de patiënt

Algemene informatiefiche voor de patiënt.

Pilootproject: Geïntegreerd zorgmodel bij de thuiswonende oudere met multipele chronische aandoeningen.

Onderzoekers:

Dr. Hanne Lavens	(huisarts in opleiding)
Dr. Annelies Pattyn	(huisarts in opleiding)
Dr. Herlinde Bossaert	(huisarts in opleiding)
Dr. Arnout De Mesmaeker	(huisarts in opleiding)

Promotoren:

Dr. Paulien Boeckxstaens	(Vakgroep Huisartsgeneeskunde, UGent)
Prof. Dr. An De Sutter	(Vakgroep Huisartsgeneeskunde, UGent)

Geachte Heer, Mevrouw

In het kader van onze vervolgopleiding huisartsgeneeskunde doen wij een onderzoek dat de bedoeling heeft bij te dragen tot de kwaliteit van zorgverlening aan ouderen die lijden aan meerdere langdurige aandoeningen. (Enkele voorbeelden van dergelijke langdurige aandoeningen zijn: suikerziekte, hart- en vaatziekten, chronische bronchitis, artrose.) Concreet willen we graag een welbepaalde aanpak testen in de praktijk. Deze aanpak bestaat uit drie stappen:

In een eerste stap wordt u, indien u instemt tot deelname, geïnterviewd door Dr. ……. (naam interviewende arts), huisarts-in-opleiding bij uw behandelende huisarts. De interviewer zal trachten te achterhalen wat voor u belangrijk is en wat u graag zou gerealiseerd zien. Dit met de bedoeling om op basis hiervan samen met u tot enkele doelstellingen te komen voor de zorg die u ontvangt (uw 'zorgdoelen'). Ter voorbereiding van het gesprek wordt u gevraagd een vragenlijst in te vullen. Het interview zal worden opgenomen opdat we de volledige conversatie achteraf letterlijk zouden kunnen neerschrijven. Aan de hand van die neerslag zal enerzijds worden geanalyseerd of deze werkwijze daadwerkelijk de individuele zorgdoelen van de patiënt kan identificeren en zullen we anderzijds in kaart brengen welke doelen werden geformuleerd.

In een tweede stap wordt een overleg georganiseerd waaraan uzelf en alle zorgverleners die bij u aan huis komen (inclusief familie en naasten) deelnemen. De organisator zal een maatschappelijk werker zijn, werkzaam bij het ziekenfonds of de dienst thuiszorg van het OCMW; hij of zij zal u vooraf contacteren en een moment vastleggen waarop alle betrokkenen aanwezig kunnen zijn. Tijdens dit overleg bekijken u en de zorgverleners samen hoe de zorg die u ontvangt beter kan afgestemd worden op uw zorgdoelen. Er wordt een zorgplan opgesteld waarin de taak die elke zorgverlener voortaan op zich zal nemen is beschreven en een weekagenda die weergeeft hoe de week er voor u zal uitzien. Naast het zorgplan en het weekplan, wordt een samenvatting gemaakt van het overleg om mee te nemen naar de Multimorbiditeitskrans (MMK), de derde stap in het zorgmodel, waarbij uw behandelende artsen samen zitten rond uw zorgelementen. Hierin verwoorden we een antwoord

op volgende vraag: waar moet de specialist volgens ons, paramedici en patiënt, rekening mee houden in het opstellen van het beleid? Om de bijdrage van het overleg te evalueren wordt een vragenlijsten afgenomen bij alle deelnemers en een interview bij een selectie van de deelnemers. Samen met een video-opname van het overleg moeten de antwoorden op deze vragenlijsten ons toelaten om de haalbaarheid en de kwaliteit van het overleg binnen het zorgmodel te toetsen.

In een derde stap worden alle artsen (de huisarts en specialisten) die u behandelen samengebracht. Zij krijgen een overzicht van de belangrijkste gegevens uit uw medisch dossier en de lijst met aandachtspunten die werden weerhouden tijdens het overleg met de zorgverleners die bij u aan huis komen. Aan de artsen zal worden gevraagd om de medische zorgen die u ontvangt door middel van onderling overleg zo goed mogelijk af te stemmen op uw specifieke situatie en uw individuele zorgdoelen. Aan dit overleg neemt uzelf niet deel. Achteraf zal u wel gevraagd worden naar uw al dan niet welbevinden bij de veranderingen in de zorg die zijn voortgevloeid uit de discussie. Ook dit overleg zal worden gefilmd opdat we de kwaliteit en haalbaarheid ervan zouden kunnen evalueren.

Alle verzamelde gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer. Het beeldmateriaal wordt na het onderzoek vernietigd.

Indien u bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt contact opnemen met bovenvermelde onderzoekers of met uw behandelende huisarts.

Door het ondertekenen van het formulier voor geïnformeerde toestemming stemt u in deel te nemen aan ons onderzoek. Uw deelname gebeurt op vrijwillige basis. U kunt zich op elk moment uit de studie terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw relatie met of verdere behandeling door uw huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs! Alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

De onderzoekers en uw behandelende huisarts.

Bijlage 4: Informed consent voor de patiënt

Schriftelijke toestemming voor de patiënt

Pilootproject: geïntegreerd zorgmodel bij thuiswonende ouderen met multipele chronische aandoeningen

Onderzoekers:

Dr. Hanne Lavens	(huisarts in opleiding)
Dr. Annelies Pattyn	(huisarts in opleiding)
Dr. Herlinde Bossaert	(huisarts in opleiding)
Dr. Arnout De Mesmaeker	(huisarts in opleiding)

Promotoren:

Dr. Paulien Boeckxstaens	(Vakgroep Huisartsgeneeskunde, UGent)
Prof. Dr. An De Sutter	(Vakgroep Huisartsgeneeskunde, UGent)

Naam patiënt: ……

1. Ik bevestig dat Dr. ..... (naam informerende arts) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk ontvangen.
3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld. Op het moment dat de interviews en overlegmomenten worden uitgetypt, worden de transcripten geanonimiseerd. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit Gent en wordt uitgevoerd volgens de ethische principes beschreven in de Verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
6. Ik verleen de bevoegde vertegenwoordigers van de Universiteit Gent toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.
7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004, een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet worden afgesloten, ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.
8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt persoonlijk te dateren en te ondertekenen:

Datum …… Handtekening ……

Ik, ondergetekende, …… (naam informerende arts), bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het

informatieformulier en van het toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7 mei 2004 over proeven op mensen.

Datum …… Handtekening ……

Bijlage 5: Informatiefiche voor de participerende zorgverleners aan het MDO

Pilootproject: Geïntegreerd zorgmodel bij de thuiswonende, oudere met multipele chronische aandoeningen.

De haalbaarheid en kwaliteit van het muldisciplinair overleg in de eerste lijn.

Informatiefiche voor de deelnemers aan het multidisciplinair overleg in de eerste lijn.

Onderzoekers:

Herlinde Bossaert, Huisarts in opleiding bij Dr. De Meulder – Menen

Arnout De Mesmaeker, Huisarts in opleiding bij Dr. Flo – Komen

Hanne Lavens, Huisarts in opleiding bij Dr. Corne – Wevelgem

Annelies Pattyn, Huisarts in opleiding bij Dr. Dujardin – Wevelgem

Promotoren:

Prof. Dr. An De Sutter (U Gent – faculteit Geneeskunde)

Dr. Paulien Boeckxstaens (U Gent – faculteit Geneeskunde)

Beste,

Wij danken u voor uw deelname aan ons onderzoek, dat plaats vindt binnen onze Masterproef Huisartsgeneeskunde. In deze begeleidende informatiefiche, kan u nalezen waar u zich voor engageert.

Het onderzoek: Uit wat bestaat het pilootproject en wat is het doel van dit onderzoek?

De opzet van de masterproef bestaat uit een pilootproject waarbij we de zorg voor de thuiswonende, oudere patiënt met multipele chronische aandoeningen trachten te optimaliseren op basis van een geïntegreerd zorgmodel.

De patiënten met verschillende chronische aandoeningen zijn u wel bekend. Het is niet altijd duidelijk waar de prioriteit moet naar uitgaan. Niet voor de familie en de zorgverleners, maar ook niet voor de artsen die er jaren onderzoek naar doen. De aandoeningen hebben vaak een impact op elkaar, de zelfredzaamheid gaat sneller ten onder dan bij iemand met slechts één aandoening en de medicatieschema's slaan de pan uit. Vanuit ons onderzoek willen we via de zorgdoelen van de patiënt de zorg medisch en paramedisch optimaliseren.

De zorgdoelen van de patiënt verwoorden de wensen van de patiënt op vlak van zijn gezondheid en zijn toekomst. Wat wil hij in zijn leven nog kunnen? Wat vindt hij belangrijk om gelukkig te zijn? En wat heeft hij daarvoor over in termen van behandeling en opvolging? Om deze zorgdoelen te identificeren gaan we, in een eerste fase, een verkennend interview doen bij de patiënt thuis. Eens we kennis hebben van de persoonlijke zorgdoelen wordt in een tweede fase een multidisciplinair overleg in de eerste lijn georganiseerd. Dit wil zeggen dat alle zorgverleners en mantelzorgers van de patiënt, kortom iedereen die aan huis komt bij de patiënt, samen met de patiënt zoeken naar een antwoord op de vraag "Hoe kunnen we de zorgdoelen bereiken?". Een zorgmodel zou geen zorgmodel zijn als het hier al eindigt. Met alle informatie op zak trekt de huisarts naar een derde fase, een Multimorbiditeitskrans (MMK). Dit is een krans, in het ziekenhuis, waarbij de specialisten van de patiënt samen met de huisarts aan de tafel zitten. Er wordt ook hier een actieplan opgesteld, met als doel de zorgdoelen van de patiënt te bereiken.

Het doel van dit pilootproject is om na te gaan of dit geïntegreerd zorgmodel de zorg kan optimaliseren voor de patiënt.

Het onderzoek waaraan u zou deelnemen situeert zich in de tweede fase, het MDO.

Het multidisciplinair overleg in de eerste lijn, oftewel het GDT-overleg: Wat houdt dit nu precies in?

Bij zorgverleners is dit overleg alvast gekend. Voor mantelzorgers en voor de patiënt is dit misschien een nieuw begrip. Het MDO wordt in het leven geroepen door iemand die vindt dat de thuiszorg van een patiënt niet meer optimaal is. Dan wordt er samen gekomen met alle betrokken partijen: de huisarts, de mantelzorger (familie, naasten), de thuisverpleging, de familiale hulp, evt de apotheker, de kinesist,...
Een coördinator organiseert het overleg. Die persoon is iemand van het OCMW/ de mutualiteit/... en contacteert vooreerst de patiënt en de persoon die het overleg heeft aangevraagd. Er wordt beslist wie op het toneel moet verschijnen en de coördinator contacteert iedereen om een datum en tijdstip van het overleg af te spreken. Het overleg wordt best binnen de drie weken na de aanvraag georganiseerd.
Overleggen doe je niet zomaar. Er wordt gewerkt naar een doel. Bij een MDO heet dit een zorgplan. Het zorgplan bestaat uit verschillende taken en deze taken zijn verbonden aan verschillende aanwezigen. Zij dienen dan hun verantwoordelijkheid op te nemen.
In het onderzoek worden **twee nieuwe elementen** toegevoegd aan het klassieke MDO.

1. We gaan de zorgdoelen van de patiënt centraal stellen. De zorgdoelen worden bij aanvang van het overleg bekend gemaakt aan alle aanwezigen en er wordt gevraagd rekening te houden met deze wensen van de patiënt.
2. Naast een zorgplan, wordt ook een weekplan opgesteld (Hoe ziet de weekagenda van onze patiënt eruit?) en wordt een samenvatting gemaakt om mee te nemen naar de derde fase van het zorgmodel, de MMK (Waar moet de specialist volgens ons, paramedici en patiënt, rekening mee houden?).

Uw deelname: Het overleg en nog iets?

Uw aanwezigheid op het overleg is natuurlijk een vereiste voor deelname aan het onderzoek. Wij vragen een aanwezigheid op het ganse overleg: het doel van het overleg, wordt immers pas bereikt op het einde van het overleg. De coördinator zal vooraf benadrukken dat het overleg naar schatting anderhalf uur zou duren.
Daarnaast vragen we u om **een vragenlijst** in te vullen. De vragenlijsten hebben we nodig om de kwaliteit van ons overleg te toetsen. De vragenlijst wordt afgegeven op het einde van het MDO. U kan ze direct invullen terplekke of u kan de vragenlijst thuis invullen en afgeven aan de onderzoeker/huisarts. Dit mag zeker en vast ook in de brievenbus van de praktijk worden gedropt. Daarnaast worden 2 deelnemers uitgenodigd voor een interview met de onderzoeker. De 2 deelnemers worden bekendgemaakt op het overleg zelf.
Als ruggensteun voor de onderzoekers worden het overleg en de interviews **gefilmd**. Dit beeldmateriaal wordt enkel bezichtigd door de onderzoekers en wordt na het onderzoek vernietigd.

Moet ik mij als deelnemer voorbereiden?

Eigenlijk hoef je als deelnemer enkel te wachten op een telefoontje van de coördinator. Wanneer je als hoofd van een groep, als afgevaardigde van de familie,... naar het overleg komt, is het wel handig om bij alle zorgverleners/familieleden eens na te gaan wat hun standpunten en ideeën zijn.

Gewapend met deze informatie, bent u klaar om deel te nemen aan het MDO. Bij vragen, aarzel niet contact op te nemen met de onderzoeker, huisarts in opleiding van de praktijk van de patiënt (naam, gsmnr).

Met vriendelijke groeten,

De onderzoeker & de behandelende huisarts.

Bijlage 6: Informed consent voor de participerende zorgverleners aan het MDO

Pilootproject: Geïntegreerd zorgmodel bij de thuiswonende, oudere met multipele chronische aandoeningen.

De haalbaarheid en kwaliteit van het muldisciplinair overleg in de eerste lijn.

Informed consent voor de deelnemers aan het multidisciplinair overleg in de eerste lijn.

Onderzoekers:

Herlinde Bossaert, Huisarts in opleiding bij Dr. De Meulder – Menen

Arnout De Mesmaeker, Huisarts in opleiding bij Dr. Flo – Komen

Hanne Lavens, Huisarts in opleiding bij Dr. Corne – Wevelgem

Annelies Pattyn, Huisarts in opleiding bij Dr. Dujardin – Wevelgem

Promotoren:

Prof. Dr. An De Sutter (U Gent – faculteit Geneeskunde)

Dr. Paulien Boeckxstaens (U Gent – faculteit Geneeskunde)

Beste,

Voor eerst willen wij u bedanken om mee te werken aan onze masterproef huisartsgeneeskunde. Hier volgt alvast een kort woordje uitleg over de inhoud van ons onderzoek en de bijdrage die u kan leveren. In een aparte bijlage vindt u meer informatie over het onderzoek en de praktische richtlijnen om uw deelname vlot te laten verlopen.

Voor ons onderzoek wordt een geïntegreerd zorgmodel opgezet bij enkele patiënten en dit zorgmodel wordt beoordeeld op de verschillende stappen. In stap 1 worden de zorgdoelen bij de patiënt nagevraagd. Daarna gaat stap 2 deze zorgdoelen meenemen naar het multidisciplinair overleg in de eerste lijn (MDO, oftewel het gekende GDT-overleg) en finaal, in stap 3, gaan we met deze doelen ook naar een groep betrokken specialisten in de multimorbiditeitskrans (MMK). Het doel van dit zorgmodel bestaat eruit om via de zorgdoelen van de patiënt de zorg te optimaliseren. Door de persoonlijke zorgdoelen te integreren in de zorg door de paramedici in het MDO én de behandeling door de specialisten op de MMK wensen we dit doel te bekomen. **In het onderzoekstopic waaraan u deelneemt, gaan we specifiek kijken naar de haalbaarheid en de bijdrage van het MDO binnen dit geïntegreerde zorgmodel.**

Uw deelname aan het onderzoek is op geheel vrijwillige basis en bestaat enerzijds uit **uw deelname aan het MDO** en anderzijds uit **het invullen van twee vragenlijsten**. Onmiddellijk na het overleg krijgt u de eerste vragenlijst en 3 maanden na het onderzoek, na de datum van het MMK, wordt u een tweede vragenlijst overhandigd. De gegevens van de vragenlijsten worden anoniem verwerkt. Zowel de inhoudelijke gegevens op het overleg als uw persoonlijke gegevens worden niet gebruikt in de masterproef. Het overleg wordt gefilmd als ruggensteun voor de onderzoeker bij het verwerken van de informatie. De beelden worden enkel door de onderzoekers bezichtigd.

Het GDT-overleg wordt georganiseerd binnen de routine opvolging van de patiënt. Het overleg wordt geregistreerd en u ontvangt dezelfde vergoeding zoals u ontvangt bij een ander GDT-overleg.

Dit formulier geldt als schriftelijke toestemming om deel te nemen aan het onderzoek. Indien er vragen zijn, kan u steeds terecht bij de onderzoeker (*naam onderzoeker, gsm nr – patiëntafhankelijk aan te vullen*).

Met vriendelijke groeten,

De behandelende huisarts & de onderzoeker.

Handtekening deelnemer:

Ik, ..., bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie-en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen.

Bijlage 7: Informed consent voor de externe coördinator van het MDO

Pilootproject: Geïntegreerd zorgmodel bij de thuiswonende, oudere met multipele chronische aandoeningen.

De haalbaarheid en kwaliteit van het muldisciplinair overleg in de eerste lijn.

Informed consent voor de deelnemers aan het multidisciplinair overleg in de eerste lijn.

Onderzoekers:

Herlinde Bossaert, Huisarts in opleiding bij Dr. De Meulder – Menen

Arnout De Mesmaeker, Huisarts in opleiding bij Dr. Flo – Komen

Hanne Lavens, Huisarts in opleiding bij Dr. Corne – Wevelgem

Annelies Pattyn, Huisarts in opleiding bij Dr. Dujardin – Wevelgem

Promotoren:

Prof. Dr. An De Sutter (U Gent – faculteit Geneeskunde)

Dr. Paulien Boeckxstaens (U Gent – faculteit Geneeskunde)

Beste,

Voor eerst willen wij u bedanken om mee te werken aan onze masterproef huisartsgeneeskunde. Hier volgt alvast een kort woordje uitleg over de inhoud van ons onderzoek en de bijdrage die u kan leveren. In een aparte bijlage vindt u meer informatie over het onderzoek en de praktische richtlijnen om uw deelname vlot te laten verlopen.

Voor ons onderzoek wordt een geïntegreerd zorgmodel opgezet bij enkele patiënten en dit zorgmodel wordt beoordeeld op de verschillende stappen. In stap 1 worden de zorgdoelen bij de patiënt nagevraagd. Daarna gaat stap 2 deze zorgdoelen meenemen naar het multidisciplinair overleg in de eerste lijn (MDO, oftewel het gekende GDT-overleg) en finaal, in stap 3, gaan we met deze doelen ook naar een groep betrokken specialisten in de multimorbiditeitskrans (MMK). Het doel van dit zorgmodel bestaat eruit om via de zorgdoelen van de patiënt de zorg te optimaliseren. Door de persoonlijke zorgdoelen te integreren in de zorg door de paramedici in het MDO én de behandeling door de specialisten op de MMK wensen we dit doel te bekomen. **In het onderzoekstopic waaraan u deelneemt, gaan we specifiek kijken naar de haalbaarheid en de bijdrage van het MDO binnen dit geïntegreerde zorgmodel.**

Uw deelname aan het onderzoek is op geheel vrijwillige basis en bestaat enerzijds uit **uw deelname aan het MDO** en anderzijds uit **het invullen van een vragenlijst en de mogelijkheid tot deelname aan een interview**.
Uw deelname aan het MDO bestaat uit uw normale functie als externe organisator: organiseren en modereren van het MDO. Daarnaast komen er enkele extra opdrachten bij, zoals de inclusie van de zorgdoelen in het verhaal,...
Onmiddellijk na het overleg krijgt u de vragenlijst. De gegevens van de vragenlijsten worden anoniem verwerkt. Zowel de inhoudelijke gegevens op het overleg als uw persoonlijke gegevens worden niet gebruikt in de masterproef. Het overleg wordt gefilmd als ruggensteun voor de onderzoeker bij het verwerken van de informatie. De beelden worden enkel door de onderzoekers bezichtigd en worden na het onderzoek vernietigd.

Het GDT-overleg wordt georganiseerd binnen de routine opvolging van de patiënt. Het overleg wordt geregistreerd en u ontvangt dezelfde vergoeding zoals u ontvangt bij een ander GDT-overleg.

Dit formulier geldt als schriftelijke toestemming om deel te nemen aan het onderzoek. Indien er vragen zijn, kan u steeds terecht bij de onderzoeker (*naam onderzoeker, gsm nr – patiëntafhankelijk aan te vullen*).

Handtekening deelnemer:

Met vriendelijke groeten,

De behandelende huisarts & de onderzoeker.

Ik, ..., bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie-en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen.

Praktisch protocol voor de onderzoekers betreffende organisatie doelgericht MDO

Aanvragen van een MDO

Wie: De haio-onderzoeker neemt deze taak op zich en doet dit in naam van de behandelende arts (gmd arts, PO/niet-PO)

Wanneer aanvraag indienen: **Ten laatste zou het overleg georganiseerd moeten worden 15/11. Ik gaf dit ook zo door aan alle organisatoren.** Zo kan iedereen zijn film nog uittypen tegen 03/12.

Hoe:

1 Patiënt moet op de hoogte zijn van de aanvraag van het overleg. Dit gebeurde in het informed consent voor de patiënt.
2 Invullen aanvraagformulier (bijlage W1 Aanvraagformulier):
   - *Identificatie aanvrager*: PO
   - *Identificatie patiënt:* gegevens uit EMD
   - *Patiënt zal aanwezig zijn?*: aanvinken Ja
   - *Bestaat communicatieschrift?*: Ja of nee aanvinken
   - *Betrokken deelnemers*: *naam/functie/telnummer*
     Met patiënt bespreken op één van de vorige interviewmomenten: Wie wil de patiënt aanwezig zien? Rekening houden met voorwaarden (3proffesionelen, minstens 2 met Riziv nummer, huisarts verplicht) + externe diensten? Sociale dienst (ocmw, mutualiteit – ikv premies,…), diensten voor gezinszorg, thuiszorg,… keuzevrijheid van de Patiënt…
   - *Reden overleg*: moet een zorgnood/probleemsituatie zijn voor terugbetaling! Ik zou schrijven: Zorgnood : …
   - *Mogelijke data:* cf hierboven + **aller vroegste datum doorgeven (zodra het kan in het verloop van het volledige onderzoek) + graag voor 30/09/2015 ikv onderzoek**. Goeie momenten voor u persoonlijk + iom PO.
   - *Plaats overleg*: Thuis.
3 Contacteren externe organisator
   - Ik contacteerde reeds de meewerkende externe organisatoren.
     - Wevelgem ----------
     - Wervik ----------
     - Menen ----------
       Cf bijlage x: mail die de coördinatoren reeds kregen, inclusief een informatiefiche en informed consent brief voor hen.
   - Aanvraag versturen via mail:
     - Vermelden in titel:
       Manama Geïntegreerd zorgmodel bij de thuiswonende oudere met multipele chronische aandoeningen. Aanvraag MDO.
     - Vermelden in mail:
       Korte introductie met uw eigen voorstelling + verwijzing naar mijn schrijven. Vermelden van aanvraag 1 (of direct 2) overleg (gen) **in bijlage**. Openstaan voor vragen… Telnr nalaten.

        - Aangezien we de aanvraag via mail versturen, mag je de naam van de patiënt nergens vermelden in de mail/documentennaam. Je moet volgende disclaimer typen:
          "Deze e-mail is, met de eventuele bijlagen, mogelijk vertrouwelijk en valt onder het briefgeheim. Het doorzenden, gebruiken, opslaan of kopiëren van de informatie in deze e-mail zonder toestemming van de afzender is ten strengste verboden. Mocht u niet de beoogde ontvanger zijn van deze e-mail, dan verzoeken wij u vriendelijk de afzender hiervan op de hoogte te stellen, de e-mail uit uw inbox te verwijderen en de inhoud niet aan anderen beschikbaar te stellen of te gebruiken, te kopiëren of op te slaan op welke informatiedrager dan ook."
    - Telefonisch contacteren indien geen respons na 1 week.

Alles in orde brengen voor het overleg –Voorbereiding

- Informed consent en informatiebrieven versturen naar de deelnemers (bijlage). LET OP! Elke onderzoeker moet hierop zijn eigen naam, naam PO en contactgegevens nog aanvullen. Hiervoor is plaats in de allerlaatste zin. Uit het opstellen van het aanvraagformulier heb je alvast de telefoonnummers van de participanten, via deze weg kan je het adres vragen. Anderzijds kan je er ook een aantal bij de patiënt thuis leggen (mantelzorg, FH, TV komen sowieso langs).

- 1 week voor het afgesproken overleg stuur je een korte samenvatting van de zorgdoelen door naar de organisator. Dit betreft een halve A4 pagina.

- Beantwoorden vragen. Zelf antwoorden of mailen naar mij indien iets onduidelijk is.

Tijdens het MDO

De externe organisator is tevens moderator. Hij/zij kreeg een opleiding aan het SEL ZWVL over hoe organiseren en hoe modereren. De PO is aanwezig als huisarts. De haio-onderzoeker filmt en geeft een introductie.

Ik heb mij gebaseerd op het draaiboek van SEL ZWVL voor deze voorlopige structuur. Vet getypte puntjes, zijn extra – studiegerelateerde topics.

1. Voorstelling aanwezigen + aftekenen zorgplan + verklaring door HA te tekenen + verklaring door patiënt te tekenen.
2. **Voorstelling door haio van de masterproef (korte herhaling van informatiefiche)**
   + bedanken deelname
   + informed consents verzamelen
   + vragen of alles duidelijk is
   + zeggen dat alles anoniem is en dat enkel de onderzoekers de film bekijken. Patiënten zijn ook anoniem.

START FILM

3. De organisator is moderator en vermeldt bij aanvang de reden van aanvraag tot overleg, de zorgnood.
4. **Inclusie van zorgdoelen: de organisator krijgt deze vooraf op papier en leest deze voor.**
5. Schetsen huidige thuiszorgsituatie met input van iedereen
6. Bespreken verschillende mogelijkheden/oplossingen/verbeteringen
7. Er wordt een weekplan opgesteld – communicatieschriftje al dan niet geïntroduceerd – zorgplan

STOP FILM

8. Alle deelnemers kunnen naar huis
9. De organisator maakt een verslag op na het overleg en elke deelnemer krijgt dit.

Onderzoek

Er wordt telefonisch contact opgenomen met een selectie deelnemers. Daarna krijgt iedereen een enquête opgestuurd bij zich thuis.

Checklist voor de betrokken haio

In de voorbereiding:

- ☐ Contactgegevens deelnemers verzamelen
- ☐ Aanvraag doen bij de externe organisator
- ☐ Informatiefiches en IC afgeven aan de deelnemers (ik deed dit reeds voor de organisatoren)
- ☐ Samenvatting zorgdoelen (1 half A4) doormailen naar de externe organisatoren

Op het MDO zelf:

- ☐ Korte voorstelling masterproef + bedanken deelname
- ☐ Informed consents met handtekeningen verzamelen = # deelnemers inclusief PO, patiënt reeds in orde (best aan het begin, zodat, als iemand wegloopt, je het overleg niet moet onderbreken.
- ☐ Filmen overleg
- ☐ Verkrijgen lijst aanwezigen/adres/telnr/functie bij de externe organisator

Bijlage 9: Stellingen bekomen uit de resultaten van de semi-gestructureerde vragenlijst bij een selectie van de zorgverleners

Geïntegreerd zorgmodel bij thuiswonende ouderen met multiple chronische aandoeningen.
Een pilootproject.
De zorgdoelen als leidraad voor het MDO – de mening van de zorgverleners.

8 Stellingen uit de analyse van een semi-gestructureerde vragenlijst bij een selectie van de zorgverleners: Hoe hebben de zorgverleners dit overleg ervaren?

1. Er werden zorgoverleggen (MDO's/GDT's) uitgevoerd waarbij de zorgdoelen duidelijk naar voor gebracht zijn bij aanvang van het overleg. Er werden concrete zorgafspraken opgesteld, rekening houdend met deze zorgdoelen.

2. Zorgverleners ervaren de inbreng van de zorgdoelen in het overleg als een verruiming op hun kennis over de patiënt, als een opening naar meer patiëntenbetrokkenheid, als een toestemming om over bepaalde onderwerpen te praten en als een methode om doelgericht te overleggen.

3. Het doel van het overleg was voor iedereen duidelijk. Er is een éénduidig protocol nodig voor het aanvragen en opstellen van een overleg door coördinatoren die opgeleid zijn. De nieuwe invalshoek, de inclusie van de zorgdoelen en het pro-actief overleggen op basis van deze zorgdoelen, speelt misschien een rol in de onduidelijkheid van het doel van het overleg.

4. Doelgerichte thuiszorg afleveren wordt ervaren als positief voor de efficiëntie van de thuiszorg en het slagen van de zorgafspraken.

5. Volgende voordelen van pro-actief overleggen kwamen aan bod:
- Gesteund in de preventieve rol van de eerstelijnszorgverlener.
- De communicatie tussen de verschillende zorgverleners en de patiënt zorgt voor een grotere kennis over de patiënt en de mogelijkheden in het huidig zorglandschap.

6. Multidisciplinair overleg kent zo zijn voordelen, maar vergt tevens veel tijd van de zorgverleners. Wanneer er resultaten worden geboekt en wanneer er een acute wending is in de nood aan thuiszorg, is de tijdsinvestering te verantwoorden. De pro-actieve aanpak wordt aanzien als een meerwaarde, maar de vraag is hoe dit praktisch uit te voeren. Er kan bijvoorbeeld een zorgopvolger ingeschakeld worden of er kan financiëring voorzien worden voor kwaliteit in plaats dan voor kwantiteit.

7. Thuiszorg op maat van de patiënt is een factor die leidt tot slagen van de zorgafspraken. De impact van de zorgoverleggen op de patiënten kan overdonderend zijn voor de patiënt, wat een invloed kan hebben op het opstellen van de zorgafspraken. De zorgoverleggen gaven ook het geruststellende gevoel aan de patiënt dat de zorgverleners en de mantelzorgers bezorgd zijn om hen. De zorgverleners geloven dat de patiëntentevredenheid stijgt na zo'n overleg.

8. De functie van de individuele zorgverlener wordt bijgeschaafd door nieuwe kennis en doelgericht functioneren. Hij/zij voelt zich gesteund in zijn domein en heeft meer inzicht in de zorgdomeinen van de andere aanwezigen. Dit soort overleg kan bijdragen aan meer jobtevredenheid.

Dankuwel voor uw deelname aan dit onderzoek.

Met vriendelijke groeten,
Dr. Bossaert Herlinde – Haio
0484/156151