

Een integrale aanpak voor multimorbiditeit, van versnippering naar samenhang

 nieuwsbriefzorgeninnovatie.nl/een-integrale-aanpak-voor-multimorbiditeit-van-versnippering-naar-samenhang/

4 juni 2025



Door **Barbara van Munster, Annemarie van Leeuwen en Esther Cornegé-Blokland.**

Steeds meer aandacht gaat uit naar het verbeteren van de zorg voor patiënten met multimorbiditeit in het ziekenhuis. In een **recente bijdrage** in de *Nieuwsbrief Zorg en Innovatie* wordt onderstreept hoe belangrijk het is om deze groep patiënten regieondersteuning te bieden. Dit sluit aan bij het fundamentele probleem waarmee de Nederlandse ziekenhuiszorg worstelt: het systeem is ingericht op diagnostiek en behandeling van afzonderlijke aandoeningen, terwijl 45% van de ziekenhuispatiënten meerdere chronische ziekten tegelijk heeft (zie **alhier**). 8.5% van deze patiënten ziet jaarlijks vier of meer medisch specialisten (ongeveer 281.000 patiënten) en dat kan oplopen tot wel twaalf specialisten. Het zijn juist deze patiënten die vaker risicomedicatie gebruiken, lager opgeleid zijn en meer functionele en psychosociale problemen ervaren. Kortom patiënten met de hoogste gezondheidsrisico's ervaren weinig ondersteuning in de regio omdat ze verdwalen in deze gefragmenteerde zorg (zie ook dit **bericht**). Naast een slecht ervaren kwaliteit van zorg geeft dit een verhoogd risico op slechte uitkomsten.

De dagelijkse realiteit: één patiënt, vele specialisten en gebrek aan afstemming

Een patiënt met bijvoorbeeld COPD, hartfalen en een depressieve stoornis die onder behandeling is bij 3 specialisten heeft te maken met een onoverzichtelijk lange medicatielijst. De ene specialist streeft naar een maximale longfunctie, de andere naar een lage bloeddruk, terwijl de patiënt het liefst zo min mogelijk medicijnen gebruikt vanwege alle bijwerkingen. Gebrek aan afstemming kan leiden tot tegenstrijdige

behandeladviezen met situaties waarin patiënten vermijdbare complicaties ontwikkelen. 24% komt minstens 1 keer op de spoedeisende hulp en in het laatste levensjaar zelfs 79% waarvan een groot deel ook wordt opgenomen in het ziekenhuis.

Naast de medische complexiteit spelen ook functionele en psychosociale factoren een cruciale rol in het leven van patiënten met multimorbiditeit. Problemen zoals verminderde mobiliteit, cognitieve achteruitgang, sociaal isolement en financiële stress beïnvloeden de behandeluitkomsten en de kwaliteit van leven. Zonder aandacht voor deze domeinen sluiten behandeldoelen vaak onvoldoende aan bij wat voor een patiënt écht van waarde is. Tegelijkertijd zien we dat er onvoldoende aandacht is voor die andere domeinen in de hoogspecialistische zorg. En dat structurele samenwerking tussen specialismen voor interprofessionele overleggen onvoldoende is ingebed in de dagelijkse praktijk.

Goede praktijkvoorbeelden

Toch zien we in de praktijk dat verandering mogelijk is. In het Jeroen Bosch Ziekenhuis werken in de poliklinische zorg internisten, geriaters, cardiologen en longartsen samen rondom patiënten met cardiometabole multimorbiditeit. In Bernhoven wordt geëxperimenteerd met een geïntegreerde aanpak waarbij de patiënt samen met de hoofdbehandelaar en een multidisciplinair team een behandelpad uitstippelt. Deze lokale voorbeelden tonen aan dat betere samenwerking, regievoering en een bredere blik op de patiënt niet alleen wenselijk, maar ook uitvoerbaar is. De **‘Leidraad Behandeling van Patiënten met Multimorbiditeit op de Polikliniek’**), geïnitieerd door de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en Patiëntenfederatie Nederland, is een eerste stap om deze aanpak breder toepasbaar te maken. Dit document beschrijft hoe we de zorg anders kunnen organiseren en biedt handvatten om de omslag naar een integrale benadering daadwerkelijk te maken. Het richt zich op de ziekenhuiszorg, waarbij een stevige verbinding tussen de eerste lijn en het ziekenhuis – via wederzijdse kennisdeling en terugkoppeling – cruciaal is voor het realiseren van samenhangende zorg.

Het achtstappenplan voor integraal werken bij complexe multimorbiditeit

In de leidraad worden praktische stappen beschreven die artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners helpen om patiënten met multimorbiditeit beter te begeleiden. Er worden daarnaast extra taken beschreven voor zorgverleners in het ziekenhuis die een rol spelen in het ondersteunen van de regie. De kern is dat we de patiënt niet langer behandelen als een optelsom van aandoeningen, maar als een geheel. De leidraad is niet zo zeer bedoeld voor laagcomplexe zorg maar voor die patiënten met complexe multimorbiditeit, die specifiek gebaat zijn bij die overkoepelende, integrale behandeling op maat. Het regiebehandelaarschap wordt hierbij gezien als een bundel van samenhangende regietaken – zoals afstemming, coördinatie en ondersteuning – die dynamisch en gezamenlijk door het behandelteam worden uitgevoerd, met een centrale rol voor een regieondersteuner.

De volgende acht stappen zijn beschreven om cyclisch en in samenhang te volgen:

1. **Samen beslissen:** Samen beslissen gaat verder dan het bespreken van alle losse behandelingsopties voor de onderliggende ziektes. Het betekent dat de regieondersteunend behandelaar de tijd neemt om met de patiënt en diens naasten stil te staan bij de impact van de verschillende aandoeningen en behandelingen op het dagelijks leven. Het is belangrijk om hierbij expliciet aandacht te besteden aan persoonlijke doelen, wensen, voorkeuren en mogelijkheden, zodat de overkoepelende behandelbeslissingen aansluiten bij de patiënt.
2. **Integrale beoordeling van de patiënt:** Een zorgvuldige, holistische beoordeling van de patiënt betekent dat er naast de medische diagnose ook wordt gekeken naar functionele beperkingen, psychosociale factoren, gezondheidsvaardigheden en de thuissituatie. Door deze aspecten expliciet mee te nemen in het behandelproces, kan beter worden beoordeeld welke zorg werkelijk passend is.
3. **Interpretatie van bewijs en richtlijnen:** Veel richtlijnen zijn monodisciplinair en richten zich op afzonderlijke aandoeningen. Bij multimorbiditeit moet de zorgverlener actief afwegen welke richtlijnen toepasbaar zijn en welke aanbevelingen wellicht aangepast moeten worden in de context van andere aandoeningen en medicatiegebruik. Dit vraagt om kritisch denken en afstemming tussen verschillende specialismen.
4. **Beoordeling van het behandelplan als geheel:** In plaats van losse behandelplannen per aandoening, moet er een geïntegreerd behandelplan worden opgesteld dat rekening houdt met mogelijke interacties en neveneffecten van verschillende behandelingen. Dit voorkomt dat een behandeling voor de ene aandoening de andere aandoening verergert of dat een patiënt overbelast raakt door een opeenstapeling van medische afspraken en interventies.
5. **Optimaliseren van medicatie:** Polyfarmacie is een veelvoorkomend probleem bij multimorbiditeit en vraagt om een grondige herbeoordeling van alle voorgeschreven medicatie. Het verminderen van overbodige of conflicterende medicijnen en identificeren van voorschrijfcascades kan bijwerkingen en ziekenhuisopnames voorkomen.
6. **Proactieve zorgplanning:** Door vooruit te denken en zorgplannen tijdig bij te stellen, kunnen onnodige ziekenhuisopnames en spoedzorg worden voorkomen. De optelsom van meerdere aandoeningen kan resulteren in een beperkte prognose. Door een geïntegreerde benadering te hanteren, kunnen zorgverleners een realistischer beeld schetsen van het verwachte ziektebeloop. Een van de behandelaren zal samen met de patiënt de regie voor een gesprek moeten nemen over de te verwachten ziekteprogressie, behandelwensen en de overige mogelijkheden van zorg.
7. **Regieondersteuning en overzicht bieden:** Veel patiënten met multimorbiditeit ervaren een gebrek aan overzicht over hun eigen zorgtraject. Coördinatie verbetert door een regieondersteunend zorgverlener aan te wijzen en betere afstemming tussen zorgverleners te realiseren en tegelijkertijd de patiënt te ondersteunen bij het begrijpen en managen van zijn ziekten en behandelingen.

8. **Interprofessionele samenwerking:** Goede zorg bij multimorbiditeit kan alleen worden gerealiseerd als er een nauwe samenwerking is tussen specialisten, verpleegkundigen en andere zorgverleners in het ziekenhuis, en de betrokken zorgverleners in de eerste lijn. De aanvullende '**Leidraad Multidisciplinaire Beoordeling bij Multimorbiditeit**' uit 2024 biedt concrete richtlijnen om deze samenwerking structureel en effectief op maat vorm te geven. Overleg, gezamenlijke behandelplannen en een heldere taakverdeling tussen de eerste en tweede lijn zijn hierbij cruciaal.

Implementatie: de tijd van wachten is voorbij

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) vraagt om een fundamentele hervorming van de zorg, waarbij samenwerking en patiëntgerichte zorg centraal staan. De gefragmenteerde zorg in het ziekenhuis is bij uitstek een thema waar deze verandering nog vorm moet krijgen. De leidraad biedt een eerste inhoudelijke stap in de goede richting, maar grootschalige implementatie vraagt daarnaast o.a. om passende financiering, juridische kaders en faciliteren van veilige gegevensuitwisseling in de zorg. De verantwoordelijkheid om te bewegen naar passende zorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen ligt bij alle betrokken partners van het IZA. Hoewel bovenstaande randvoorwaarden structurele belemmeringen zijn voor grootschalige implementatie, is bottom-up experimenteren minstens zo belangrijk. De patiënt met meerdere chronische aandoeningen heeft geen tijd om te wachten op eindeloze beleidsdiscussies of systeemwijzigingen.

De praktijkvoorbeelden in ziekenhuizen laten zien dat implementatie ook nu al vanuit het werkveld kan starten. Door het te gaan doen en tegelijkertijd te meten wat we doen, leren we de barrières en oplossingen steeds beter begrijpen.

Tot slot

Wat nodig is, is leiderschap binnen de zorg: van bestuurders die ruimte creëren voor generalistische zorg met samenwerking en van zorgverleners die in hun eigen praktijk een start maken. De medisch specialist van de toekomst is dan ook gebaat bij een combinatie van brede basiskennis naast specialistische expertise om de steeds complexere zorgvragen effectief op te pakken. Nu we de toekomstige zorg voor patiënten met multimorbiditeit hebben beschreven, vraagt de implementatie om actie. Wie van bovenstaande betrokkenen durft deze handschoen op te pakken?

Over de auteurs

- *Barbara van Munster (internist-klinisch geriater, kwartiermaker multimorbiditeit **NIV**)*
- *Annemarie van Leeuwen (adviseur patiëntenbelang, **Patiëntenfederatie Nederland**)*
- *Esther Cornegé-Blokland (voorzitter **NVKG**, klinisch geriater en voorzitter visietraject Medisch Specialist 2035)*

Zoektermen voor internet

Barbara van Munster, Annemarie van Leeuwen, Esther Cornegé-Blokland, ziekenhuizen, multimorbiditeit, ziekenhuiszorg, regieondersteuning, chronische aandoeningen, patiëntgerichte zorg, interprofessionele samenwerking, leidraad, complexe zorg, kwaliteitsverbetering, IZA