



Beter samen beslissen door MDO nieuwe stijl

Wilma Savelberg, stafadviseur Patiëntenparticipatie Maastricht UMC+ promoveert binnenkort op het onderwerp samen Beslissen. Zij ontdekte tijdens haar onderzoek in de borstkankerzorglijn dat er een basis voor samen beslissen ligt in het multidisciplinair overleg (MDO). Hierin wordt niet meer één behandelplan vastgesteld, maar meerdere behandelopties. Dit nodigt uit tot dialoog met de patiënt én beter gebruik van de keuzehulp die voor borstkankerpatiënten is ontwikkeld. “Het MDO nieuwe stijl werkt goed”, constateert Wilma. “De zorgverleners binnen het team ervaren het als

⋮ *“De beste medische behandeling is niet per se de beste behandeling voor de patiënt”*

bijzonder prettig. Zo ontstond het idee om dit ook bij andere (oncologie)teams in te voeren.”

“Aanvankelijk dachten we de borstkankeraanpak één-op-één te kopiëren naar de andere zorglijnen binnen de oncologie,” vertelt Wilma. “Dat bleek helaas een te simplistische gedachte. Want niet alleen is elk MDO anders, we merkten bovendien her en der lichte weerstand. We kregen de handen pas echt op elkaar toen we er wetenschappelijk onderzoek aan koppelden. In samenwerking met hoogleraar Trudy van der Weijden en met de hulp van een aantal studenten zijn we gestart met het observeren van MDO’s. In principe kon elke zorglijn zich hiervoor aanmelden, hoewel ze wel aan bepaalde criteria moesten



voldoen, zoals een positieve houding ten opzichte van vernieuwing en bereidheid om de patiëntgerichtheid in het MDO te verbeteren om zo samen beslissen beter te faciliteren. We waren blij verrast dat we direct een aantal zorglijnen hebben meegekregen.”

GEEN 'ONE SIZE FITS ALL'

De observatie van MDO's is gebeurd aan de hand van een formulier. Daarnaast zijn 27 professionals geïnterviewd over de patiëntgerichtheid van hun MDO; hoe ervaren zij het MDO? Is er ruimte voor samen beslissen? Wat zou beter kunnen? Als de gesprekken stokten, stelden wij een aantal verbeterstrategieën (zie kader) voor, waarop

de professionals konden reageren. Belangrijke uitkomst van de observaties en gesprekken: het ene MDO is het andere niet. De verschillen per zorglijn zijn groot. Sommige MDO's lopen zeer gestructureerd, andere ogen wat chaotischer. Dat kan te maken hebben met de structuur ervan, de samenstelling, de frequentie, de omvang of de mate en manier van voorbereiding. Met andere woorden: er is geen 'one size fits all'. Elk MDO vraagt om een maatgerichte verbetering.”

GOED IN GESPREK MET DE PATIËNT

Inmiddels zijn we anderhalf jaar verder en is een aantal teams voortvarend met verbeteringen aan de slag gegaan. Wilma noemt als voorbeeld het Hoofd-Halsteam. “De verpleegkundige is gaan werken met de in Groningen ontwikkelde OP-tool (Outcome Prioritisation tool). Met deze tool kunnen patiënten op een schaal van 0-100 aangeven wat zij belangrijk vinden: langer leven, onafhankelijkheid bewaren, minder pijn of minder andere klachten. Deze tool levert een

for Clinical Auditing), EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer), pijnmeter, (deel)vragenlijsten geriatrie, anesthesie vragenlijsten en soms ervaringsvragenlijsten. We zijn nu aan het inventariseren hoe dit binnen de verschillende oncologiezorglijnen is geregeld en hoe we de vragenlijsten beter kunnen stroomlijnen.”

BIJ HET BEGIN BEGINNEN

Na anderhalf jaar onderzoek is het nog te vroeg voor harde conclusies. Wilma merkt wel dat er een besef is ontstaan dat het MDO aan de basis ligt van samen beslissen. “Bijna alle zorglijnen vinden dat het klakkeloos vaststellen van een behandelplan niet meer van deze tijd is. Dat het echt een meerwaarde heeft om opties te bepalen en vast te leggen, zodat de arts goed weet wat hij of zij met de patiënt kan bespreken.

“Tegelijkertijd is er ook nog weerstand”, merkt Wilma op. “Dat heeft vooral te maken met tijdgebrek. Tijd is kostbaar, dit wordt

soms toch als weer iets extra’s gevoeld. Dan herhaal ik maar: de tijd die je nu investeert, win je later in het zorgproces terug.” Wilma besluit: “Ik hoop dat we met dit project nog meer artsen ervan overtuigen dat de beste medische behandeling, niet per se de beste behandeling voor de patiënt hoeft te zijn. Om te bepalen wat wel de beste behandeling is, is een goed gesprek met patiënt en alle andere betrokkenen onmisbaar. Wat we ook geleerd hebben is, samen beslissen implementeren vraagt veel meer dan een training of keuzehulp. We moeten echt aan de basis beginnen.” Inmiddels wordt samen beslissen verder uitgebreid naar andere ziektebeelden.

: *'De tijd die je in het begin
: investeert, win je later in het
: zorgproces terug'*

Enkele strategieën die het MDO patiëntgericht maken:

- In het MDO is altijd iemand aanwezig die de patiënt daadwerkelijk heeft gezien
- Ook de niet-medische belangen van de patiënt komen ter sprake (bijvoorbeeld via de verpleegkundige, verpleegkundig specialist, een maatschappelijk werker, huisarts etc.)
- Meer focus op de mens achter de patiënt (voorgeschiedenis, co-morbiditeit, beschrijving van de patiënt (leeftijd, beroep, gezinssituatie, mantelzorger etc.)
- Toon een foto van de patiënt om de mens letterlijk zichtbaar te maken
- Benoem een vicevoorzitter die de notulist aanstuurt, zodat de voorzitter zich kan concentreren op de discussie en gestructureerd verloop van het overleg.
- Stel de spreekvolgorde goed vast zodat mensen goed naar elkaar luisteren.
- Leg opties vast en neem die mee naar de spreekkamer.

Meer info op:

<https://www.nfukwaliteit.nl/over-het-nfu-consortium/nieuws/mdo-maastricht-umc-bepaalt-niet-meer-wat-de-beste-behandeling-is>

Tekst Margo van Vlieden

Verhaal uit:

8 x 2 verbeterverhalen uit umc's
NFU-consortium Kwaliteit van Zorg 2019