

KWALITEIT

dr. Elsbeth ten Have

manager kwaliteit en veiligheid, ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten

EEN CHECKLIST OM HET VERLOOP VAN MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG TE BEOORDELEN

Mdo gebaat bij heldere afspraken

Multidisciplinair overleg (mdo) draagt bij aan betere zorg. Maar onduidelijk is waaraan dit overleg moet voldoen om effectief te zijn. Kwaliteitsmanager Elsbeth ten Have heeft een checklist ontwikkeld om vorm en inhoud van het mdo te beoordelen.

Het multidisciplinaire overleg (mdo) is een belangrijk instrument om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het ontbreekt echter aan een gefundeerde checklist met essentiële kwaliteitsindicatoren

waaraan een goed uitgevoerd mdo moet voldoen. Veelal ligt de focus bij het inrichten van mdo's op de aanwezigheid van specifieke disciplines. Het gebruik van een gefundeerde checklist is onmisbaar om multidisciplinaire communicatie in com-

plexe en dynamische situaties zoals een klinische setting met complexe patiënten te structureren. Dat de communicatie gestructureerd moet worden, is vanwege de diversiteit van opvattingen, opleidingsniveaus en verantwoordelijkheden van de teamleden en consulenten. De mdo-checklist (zie *kader*) is een verantwoorde evidencedbased checklist.¹⁵ De checklist is ook te gebruiken als zelf-evaluatie-instrument voor alle medisch specialisten die leidinggeven aan het mdo c.q. als opleidingsinstrument voor arts-



HOLLANDSE HOOGTE

assistenten.

Naast deze checklist is goed leiderschap essentieel om het mdo zo uit te voeren dat het de kwaliteit van de zorg verbetert. Goed leidinggeven aan het mdo is complex omdat het behandelplan zowel medisch-inhoudelijk als qua teamproces correct en respectvol gecommuniceerd en gecoördineerd moet worden.

Belangrijk instrument

Multidisciplinair overleg wordt steeds vaker genoemd als belangrijk instrument om de kwaliteit van zorg te garanderen. Want mdo's worden geassocieerd met verbeterde patiëntuitkomsten, vermindering van vermijdbare schade bij de patiënt en minder conflicten tussen teamleden.¹ Aan het mdo zijn flinke kosten verbonden doordat er veel hooggeschoolde zorgverleners aan deelnemen. Zowel de claim dat patiënten- en teamuitkomsten door het mdo verbeteren als de noodzaak tot kostenbeheersing was reden om te onderzoeken wat de kenmerken zijn van een goed uitgevoerd multidisciplinair overleg.

Mdo's worden geassocieerd met verbeterde patiëntuitkomsten

Het mdo is een overleg waar het juiste behandelplan voor een patiënt door meerdere disciplines wordt vastgesteld, door iedereen wordt begrepen en volgens plan wordt uitgevoerd.^{2,3} Factoren die dit proces bemoeilijken zijn:

- beperkte tijd,
- multimorbiditeit van de patiënt waardoor er meerdere behandeldoelen zijn,
- verschillende percepties van de betrokken disciplines vanwege verschillende opleidingsachtergronden.^{4,5}

Het is lastig om uit de onderzoeksliteratuur op te maken wat de kenmerken van een goed mdo zijn, omdat er onduidelijk gedefinieerde begrippen worden gehan-

teerd zoals samenwerking, interdisciplinaire communicatie en teamwork.⁶ De beschikbare literatuur richt zich met name op de verschillen tussen artsen en verpleegkundigen met betrekking tot status, autoriteit, opleiding en verantwoordelijkheden. Wel wordt aangegeven dat het gebruik van checklists onmisbaar is bij het structureren van multidisciplinaire communicatie in complexe en dynamische situaties.⁷

Doelgericht

Literatuuronderzoek over multidisciplinair overleg toont aan dat positieve patiënten- en teamuitkomsten vooral afhangen van het vaststellen van expliciet geformuleerde behandeldoelen, open communicatie en sterk leiderschap. Expliciet formuleren van behandeldoelen is nodig omdat de afzonderlijke disciplines door hun verschillende opleidingsachtergrond verschillende interpretaties en interventies zouden kunnen gaan hanteren. In monodisciplinair overleg is het expliciteren van behandeldoelen doorgaans niet nodig.

De mdo-checklist

Behandelplan van de patiënt

1 Belangrijkste probleem (diagnose) besproken

Identificatie van het (voorlopige) grootste probleem: dit kan hetzelfde zijn als de opname-indicatie(s) en/of reactie van de patiënt op de behandeling.

2 Diagnostisch plan besproken

Te bespreken specifieke activiteiten (laboratoriumtests, CT-scans, röntgenfoto's of overleg met andere consulenten) noodzakelijk voor het vaststellen van de diagnose, ziektebeloop of uitsluiting van specifieke problemen of complicaties.

3 Doelstelling(en) geformuleerd

Wat moet worden gedaan om deze patiënt naar het volgende niveau van de zorg te krijgen (waar moet deze patiënt over 24 uur staan)?

4 Lange termijn (> 16 uur) therapeutische interventies besproken

5 Het grootste risico voor de patiënt besproken

Het risico van een veelvoorkomende of ernstige complicatie die kan optreden door factoren die verband houden met de patiënt zelf, therapie, of verblijf op de afdeling, of hetzelfde als opname-indicatie(s).

Teamproces

6 Verwachtingen geëxpliciteerd door consulent(en)/ medebehandelaar(s)

Consulent geeft uitleg, advies, of rechtvaardiging van specifieke therapeutische interventies.

7 Input van arts-assistenten aangemoedigd

Junior artsen worden aangemoedigd om hun vragen/bevindingen te bespreken.

8 Input van verpleegkundigen aangemoedigd

Verpleegkundigen worden aangemoedigd om hun vragen/bevindingen te bespreken.

9 Het is duidelijk wie verantwoordelijk is voor het uitvoeren van welke taken

Interventies door teamleden worden besproken en er wordt gecheckt of er onduidelijkheden bestaan.

10 Samenvatting gegeven

Overzicht van het behandelplan van de patiënt wordt gegeven: diagnoses, doelstellingen, therapie, prioriteit en wie wat gaat doen. Indien relevant, bevat de samenvatting ook het diagnostisch plan.

Apelleren aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid

Voor het teamproces is het goed om te focussen op de beoogde doelen. Dit helpt om de traditionele hiërarchische barrières tussen artsen en verpleegkundigen op te heffen. De doelgerichtheid versterkt het vermogen van teamleden om gecoördineerd samen te werken. Bovendien richt het team zich meer op de gezamenlijke inspanning in plaats van individuele prestaties.²

Open communicatie bevordert het delen van informatie tussen teamleden.⁶ Open communicatie – door verpleegkundigen en arts-assistenten aan te moedigen om hun bevindingen te melden – wordt geassocieerd met afname van vermijdbare incidenten.

Sterk leiderschap is zichtbaar doordat communicatie is gericht op een open sfeer en ondersteuning van teamleden door het benoemen van verwachtingen en grenzen. Afdelingen die investeren in sterk leiderschap laten betere patiëntuitkomsten zien, zoals een kortere ligduur.¹² Sterk leiderschap tijdens het mdo betekent ‘teamleden motiveren door duidelijke communicatie over wat er moet gebeuren en hoe dat te doen, en het faciliteren van het behalen van gemeenschappelijke doelen’.⁹ Sterk leiderschap betekent ook dat de input van arts-assistenten en verpleegkundigen wordt betrokken bij de besluitvorming. Voor het teamproces betekent sterk leiderschap dat wordt geappelleerd aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid, waarbij verwachtingen en opvattingen continu worden gecheckt om te voorkomen dat interventies aan de aandacht ontsnappen.

Tien essentiële indicatoren

Deze drie hoofdbestanddelen van een goed mdo zijn samengevoegd met de eisen waaraan checklists van multidisciplinaire communicatie moeten voldoen zoals:

1. beschrijft zowel het behandelplan van de patiënt als communicatie erover;
2. is gebaseerd op literatuurstudie en is geassocieerd met verbeterde resultaten;
3. is geschikt voor het meten van kwaliteit van overleggen waarbij meerdere patiënten met meerdere aandoeningen worden besproken;
4. ondersteunt een multidisciplinaire benadering;
5. beschrijft elke kwaliteitsindicator in termen van waarneembaar gedrag.¹⁰

Deze samenvoeging leverde negentien kwaliteitsindicatoren op. Met kwaliteitsindicatoren bedoelen we: meetbare aspecten van de zorg, die een aanwijzing geven over de kwaliteit van zorg.¹¹ Deze zijn vervolgens getoetst door een panel, bestaande uit intensivisten, psychologen en ic-verpleegkundigen. Dit panel analyseerde tien video-opnames van mdo's van verschillende ic-afdelingen voor een nauwkeurige omschrijving van de indicatoren. Daarna zijn circa driehonderd multidisciplinaire patiëntenbesprekingen geanalyseerd. Op basis daarvan is de set van negentien kwaliteitsindicatoren onderverdeeld in tien essentiële en negen ondersteunende indicatoren. In het kader (blz. 29) staan de essentiële kwaliteitsindicatoren en hun definitie. Bij toepassing van deze checklist tijdens het mdo is het de bedoeling dat per patiënt de indicatoren met ‘ja’, of ‘niet van toepassing’ worden gescoord. ■

contact

e.have@nijsmellinghe.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur

web

De handleiding voor de checklist, de scenariotrainingen en de voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

Kennis is macht. Hoe meer kennis beschikbaar is, en hoe beter deze is verdeeld, hoe groter het welzijn van de mensen met al die intellectuele bagage. Dat is althans een breed verspreid geloof in onze verlichte samenleving.

Economen vinden het vanzelfsprekend dat mensen beter af zijn als ze alle informatie hebben over producten en hun prijzen. Er komen dan betere transacties tot stand. Onder dat motto heeft verzekeraar CZ besloten om prijzen van ziekenhuisproducten openbaar te maken. Transparantie, hoera!

Goed bedoeld, maar dom gedaan. Mijn ziekenhuis, zo hoor ik regelmatig tijdens de onderhandelingen met verzekeraars, heeft verschrikkelijk hoge verkoopprijzen (nu horen alle ziekenhuisbestuurders dat van verzekeraars, maar bij ons is het echt waar). Echter, prijzen zeggen niet zoveel als we het product niet kennen. Ons product is een verschrikkelijk zuinig zorgbeleid: we zijn best practice op het gebied van zinnige zorg en, hoe is het mogelijk, realiseren in West-Friesland ondanks die hogere prijzen de laagste schadelast per inwoner van Nederland. Er zijn verzekeraars die daarom graag met ons contracteren, en weten dat bijvoorbeeld een bovengemiddelde prijs voor een klinische galblaasoperatie niet erg is als operaties veel vaker dan gemiddeld in dagbehandeling plaatsvinden. De casemix en behandelpraktijk zijn bepalend voor de zorgkosten.

Maar ga dat een patiënt eens uitleggen, die bij CZ niets ziet over praktijkvariatie, conservatief behandelen, casemix. En die patiënt moet ook nog eens chocola maken van een declaratiesysteem waar artsen al moeite mee hebben, en dat al helemaal niet bedoeld is als productclassificatie voor gewone burgers. DOT's zijn heus niet slecht voor het verkeer tussen zorgaanbieder en verzekeraar, maar waardeloos voor de prijsbewuste patiënt.

Hugo Keuzenkamp is bestuurslid van het Westfriesgasthuis in Hoorn.