

Bijlage D Identificatie en interviews met best practices

COBRA-MDO; Amsterdam UMC

Interview met ziekenhuispsychiater (afgenomen door E. Gans)

Het COBRA-MDO is in het leven geroepen om de zorg te verbeteren voor patiënten met zowel somatische als psychiatrische problematiek. Vaak spelen hier ook overige psychosociale problemen, en gedragsproblemen een rol. Deze combinatie aan problemen, en met name het gedragscomponent, roepen in het ziekenhuis een complex zorgvraagstuk op. Er spelen dan veel vragen, en een gevoel van onmacht, bij de zorgprofessional. Het doel van het COBRA-MDO is een geïntegreerd, multidisciplinair behandelplan, en het stimuleren van interprofessioneel leren.

Het gewone MDO is niet toereikend omdat er meer tijd nodig is, het een transmuraal overleg is, en er een grote verscheidenheid aan partijen betrokken zijn.

Het COBRA-MDO is er voor zowel poliklinische, als klinische patiënten. Het vindt eenmaal per week plaats, op een vaste dag en een vast tijdstip.

De PCD (psychiatrische consultatieve dienst) heeft een grote rol in het ziekenhuis, en kan dus een signaleringsrol beoefenen. Wanneer zij in consult zijn bij een patiënt die mogelijk baat heeft bij een COBRA-MDO, wordt dit voorgelegd aan de hoofdbehandelaar of er behoefte is aan een bespreking.

De arts van de psychiatrie nodigt 1 week van tevoren alle partijen uit, een herinnering wordt verstuurd door een projectmedewerker. Wie er moet worden uitgenodigd wordt bepaald aan de hand van inhoudelijke betrokkenheid, of mogelijke betrokkenheid bij de oplossing. Denk aan: maatschappelijk werk, verpleeghuisartsen, verpleegkundigen, huisartsen, ambulante psychiaters, maar ook soms het raad van bestuur voor juridische expertise.

Aan de patiënt wordt verteld dat er een COBRA-MDO plaats zal vinden, en er wordt gevraagd wat de patiënt graag wil dat er besproken wordt. Eventueel kan de patiënt ook aanwezig zijn, maar dit hangt af van de wil, context, inhoudelijke onzekerheid, etc.

Een dag van tevoren wordt de bespreking voorbesproken door de voorzitter (vaak AIOS-psychiatrie, eventueel zaalarts) en een facilitator (ziekenhuispsychiater met expertise in het begeleiden van het COBRA-MDO). De voorzitter bereidt de bespreking voor met de benodigde informatie. Hier wordt het doel van de bespreking geformuleerd, moet glashelder zijn.

COBRA-MDO volgt vast format. Patiënt wordt besproken a.h.v. biopsychosociaal model (4 assen), en daaraan toegevoegd een samenwerking-as. De inhoudelijke voorbereiding door de voorzitter wordt enigszins beperkt, door het biopsychosociale model (zie volgende paragraaf) gaandeweg in te vullen tijdens het MDO samen met de aanwezigen. Tijdens het bespreken van de samenwerking-as komt zowel de samenwerking tussen professionals onderling aanbod, maar ook de samenwerking met de patiënt. Hier kan dan een communicatie/bejegeningplan uit voort vloeien voor patiënt (en voor familie). Ook worden er coördinatie afspraken gemaakt: wie doet wat, wie is de hoofdbehandelaar, wie is het aanspreekpunt.

Na het MDO wordt er nog nabesproken: wat hebben we van elkaar geleerd?

De tijdsinvestering wordt als volgt ingeschat: 1 à 2 uur om alle partijen uit te nodigen, circa 1 uur voor de inhoudelijke voorbereiding en het voorbespreken met de facilitator, 45 min voor het MDO zelf, 15 min voor het nabespreken. Of het tijd oplevert of kost is verschillend per deelnemer: voor de

AIOS/zaalartsen en voor de huisartsen levert het tijd op (daar vallen de lasten wanneer het niet goed gaat), voor de achterwachten ligt dat anders.

De bereidheid om deel te nemen aan het COBRA-MDO neemt alleen maar toe. Wordt als zinvol ervaren door de zorgprofessionals. In de beginfase waren het vaak AIOS die deelnamen, nu gaan ook vaak de medisch specialisten mee.

Twijfel over dit declareerbare zorg is, waarschijnlijk niet, mogelijk wel voor de hoofdbehandelaar maar zeker niet voor de huisartsen. Hopelijk dat prestatievergoeding/ vergoeding indirecte zorg in de toekomst hier een rol kan spelen. Financiering wordt als een probleem ervaren.

Een COBRA-MDO eenmaal per week wordt voor nu als voldoende ervaren om de echte probleemgevallen te bespreken. Er komen wel meer patiënten voor in aanmerking, maar dan kan je ook kiezen voor een kleiner MDO'tje. De uitdaging is om dit COBRA-MDO te reserveren voor de patiënten waarvan je denkt dat het écht meerwaarde heeft, en dat de professional de tijdsinvestering terugkrijgt.

Er wordt, door middel van vragenlijst, een kleine analyse gedaan naar interprofessioneel leren, en of het wat oplevert voor de patiënten (tevredenheid van zorg). Er worden niet naar 'hardere' eindpunten gekeken zoals heropnames, ligduur, etc.

Poliklinische Intensieve Samenwerkings Afdeling (ISA); Jeroen Bosch Ziekenhuis

Interview met klinisch geriater/klinisch farmacoloog (afgenomen door E. Gans)

Poliklinische ISA is in ontwikkeling met betrokken disciplines geriatrie, cardiologie en interne geneeskunde. Gaan onderscheid maken in concordante en discordante multimorbiditeit.

Idee vloeit voort uit het de [COVID nazorg poli](#), waarin de patiënt als team (geriater, longarts, internist) werd teruggezien met de vraag wie wordt regieondersteuner, wie doet de follow up.

Het selecteren van de juiste patiënt blijft een dilemma, creëren ruimte voor de zorgprofessional om te denken: dit is een patiënt die hier baat bij zal hebben. Ondersteunen dit wel met criteria zoals de geriatrische patiënt met Angina Pectoris, of COPD-patiënt met hartfalen. Met de criteria proberen ze die groep patiënten te identificeren waar je andere discipline bijna altijd in consult zal vragen. Onderliggende filosofie is om dit vanuit de belevenis van de patiënt, de belevenis van de zorgverlener, zonder strakke regels, organisch te laten ontstaan.

Afspraken over hoe het overleg onderling dan plaats zal vinden, zijn er nog niet. Idee is om dit 'op maat' te laten gebeuren. Waarschijnlijk zal dit 'ad hoc' zijn, volgens de principes van interprofessionele samenwerking (geen hiërarchie etc), en een MDO wanneer er een voorspelbaar patroon is van een bepaald volume en vaste spelers (bijvoorbeeld metabool syndroom). Als er geen voorspelbaar patroon is dan zal een vaste overlegstructuur mogelijk niet haalbaar zijn.

De patiënt zal maar bij een van de drie specialismen vervolgd worden, of in een straatje (internist-infectioloog, internist-infectioloog, cardioloog, etc.) bij bv endocarditis. Idee om af te stappen van iedereen zit elke 3 maanden de patiënt voor 10 minuten terug. Belangrijk is hierbij durven loslaten.

Idee is om een soort filter in het leven te roepen die kijkt welke verwijzingen naar of binnen de tweede lijn geschikt zijn voor de ISA. Dit zou bijvoorbeeld door een physician assistant uitgevoerd kunnen worden.

Het in kaart brengen van de doelen, wensen en mogelijkheden van de patiënt hoort in de spreekkamer thuis met de eindverantwoordelijke dokter. Het risico van dit vooraf laten doen door een ander, bijvoorbeeld verpleegkundig specialist, is dat er een lijst met vinkjes wordt afgewerkt totdat er niks meer staat.

De bekostiging is een dilemma, zorgverzekeraars gaan niet snel in gesprek met dit soort initiatieven. Voor zorgverlener ook een financiële prikkel: patiënten elke drie maanden gedurende 10 minuten terugzien is het verdienmodel, en ook het in consult vragen en doorverwijzen.

ISA kliniek leert dat intensieve samenwerking tijd en werkplezier oplevert, het ad hoc storen en organisatorische ruis afneemt. Het ISA overleg op de afdeling is op basis van wederkerigheid (= gratis). Degene die geregistreerd hoofdbehandelaar is declareert, anderen denken mee. Alleen bij grote handelingen (zoals een echo cor) worden aanvullende registraties zoals medebehandelaarschap gedaan. Uiteindelijk valt of staat dit met de attitude van het team, als je eenmaal op deze manier met elkaar samenwerkt dan wil je nooit meer anders.