

TIPS&TRICKS

MEER WINST HALEN UIT HET MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

SAIDA NASSIRI
ONDER_BEGELEIDING VAN PROF. DR. SASKIA PEERDEMAN

Beste MDO-betrokkene,

Voor u ligt het Tips&Tricks verslag dat ontwikkeld is ter verbetering van het multidisciplinair overleg (MDO). Voor dit verslag is gebruik gemaakt van de evaluaties uit de MDO-observatietrainingen van de afgelopen jaren (2015-2018). De afgelopen drie jaar hebben 42 MDO-observatietrainingen plaatsgevonden waaraan 228 medisch specialisten hebben geparticipeerd. De MDO-observatietrainingen hebben als doel om de werkwijze in een multidisciplinair overleg te verbeteren. Dit, door de MDO-leden bewust te maken van de interactie en communicatie in het multidisciplinair overleg en de invloed hiervan op de medische inhoud. De MDO-observatietrainingen maken daarbij deel uit van het TeAMS programma.

Het Vumc is in 2015 gestart met het TeAMS programma om de non- technical skills (zoals leiderschap, samenwerking, situational awareness, besluitvaardigheid en communicatie) van medisch specialisten en andere zorgprofessionals te optimaliseren. Het TeAMS programma bestaat uit drie typen trainingen, waaronder de MDO-observatietrainingen. Met de trainingen wilt het team TeAMS de samenwerking tussen medisch specialisten en andere zorgprofessionals versterken en bewustwording en versterking van de non- technical skills. Het einddoel van het TeAMS programma is daarbij duidelijk en expliciet: patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg. *Het optimaliseren van kwaliteit en doelmatigheid van de patiëntenzorg van patiënten, waarbij diverse specialismen betrokken zijn.*

Vanuit het team TeAMS is hierbij de afspraak gemaakt om dichtbij de werkvloer te blijven: *een trainingsprogramma voor medisch specialisten door medisch specialisten.* Dit verslag heeft getracht om hieraan tegemoet te komen door een Tips&Tricks te ontwikkelen vanuit de gegeven feedback en/of evaluaties van de MDO-leden gedurende de afgelopen jaren.

Dit verslag bestaat uit een top tien van verbeterpunten die door de zorgprofessionals tijdens de MDO-observatietrainingen zijn genoemd. De oplossingen voor deze verbeterpunten zijn daarbij zelf aangedragen door de MDO-leden. De top tien van de verbeterpunten is tot stand gekomen door eerst

alle evaluaties van 2015-2018 per MDO fase te sorteren in een Excelbestand. Vervolgens zijn de antwoorden van MDO-leden op de evaluatievragen geclusterd aan de hand van de frequentie van de antwoorden zeer oneens, oneens, neutraal, niet/nauwelijks en enigszins op de evaluatievragen per MDO-fase. De antwoorden neutraal en enigszins zijn hierbij geïnterpreteerd als potentieel verbeterpunt en daarom meegenomen bij het tellen.

Een kanttekening bij de evaluatieformulieren is dat deze de afgelopen jaren zijn uitgebreid waardoor niet op alle evaluatievragen in dit verslag drie jaar lang is gereflecteerd. Daarnaast kan bij de beantwoording van de vragen niet gekeken worden waarom door MDO-leden bijvoorbeeld zeer oneens, niet/nauwelijks etc. is beantwoord. De antwoorden op de evaluatievragen geven namelijk niet altijd voldoende informatie over wat het verbeterpunt per MDO-fase is. Hierdoor zijn de twee bestanden naast elkaar neergelegd en is gekeken naar opmerkingen en/of tips die door MDO-leden zijn gegeven met betrekking tot een MDO-fase. Daarbij zijn opmerkingen en/of tips van MDO-leden per MDO-fase onder een andere MDO-fase en/of randvoorwaarde van een MDO geplaatst, wanneer deze hier beter voor geschikt waren.

Naast de MDO-fasen (voorbereiding, patiëntpresentatie, vragen en discussie, besluitvorming en organisatie) is in dit verslag ook rekening gehouden met belangrijke randvoorwaarden van een multidisciplinair overleg zoals kennis delen. De opzet van dit verslag is voor elke MDO-fase en/of -randvoorwaarde hetzelfde en als volgt: verwachting en/of doel van de MDO-fase, de evaluatievragen, de frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, (zeer) oneens, neutraal en enigszins, de verbeterpunten en de mogelijke oplossing(en) hiervoor.

Dit Tips&Tricks verslag kan worden ingezet door het team TeAMS en alle andere MDO-betrokkenen om nog meer winst te halen uit het multidisciplinair overleg met als doel om de patiëntveiligheid en kwaliteit te blijven waarborgen.

INHOUDSOPGAVE

Samenstelling MDO & patiëntselectie	5
Niet op tijd en/of onvolledig aanmelding van patiënten.....	5
Tips	5
Voorbereiding	7
Hoofdbehandelaar niet aanwezig en/of geen vervanger voorbereid	7
Tips	8
Patiëntpresentatie	11
Vraagstelling onduidelijk en/of niet expliciet	11
Tips	12
Vragen & Discussie	14
Niet mogelijk om alle relevante opties en risico's met de aanwezige experts te inventariseren.	15
Tips	16
Besluitvorming	19
Besluit en taakverdeling onduidelijk en/of niet expliciet	20
Tips	21
Kennis delen	23
Weinig inbreng van arts in opleiding tot specialist	23
Tips	23
Overall patiëntbespreking	25
Voorzitter als notulist niet efficiënt	25
Tips	26

Opleiding & Ontwikkeling	27
Weinig ruimte voor leermomenten in MDO	27
Tips	27
Organisatie	29
Tijdsbewaking	29
Tips	29
Overall organisatie	31
Structuur waarin voor alle patiënten dezelfde informatie besproken wordt.....	31
Tips	31

Samenstelling MDO & Patiëntselectie

Voorafgaand het multidisciplinair overleg vindt de samenstelling van de zorgprofessionals en de patiëntselectie plaats. Voor een succesvol verloop van het multidisciplinair overleg is het van belang dat de belangrijke specialismen voor het multidisciplinair overleg aanwezig zijn en dat het voor de MDO-leden duidelijk is welke patiënten in het MDO besproken zullen worden.

VERBETERPUNT 1: NIET TIJD EN/OF ONVOLLEDIGE AANMELDING VAN PATIËNTEN.

Als feedback op de samenstelling van lijst van de te bespreken patiënten en patiëntselectie zijn door MDO-leden de volgende punten gegeven:

- ❖ Niet op tijd en/of onvolledige aanmelding van patiënten.
- ❖ Betere patiëntselectie is nodig.
- ❖ Er is geen lijst met de te bespreken patiënten en/of de lijst klopt niet.
- ❖ Soms te veel patiënten op het programma.
- ❖ Afwezigheid medisch specialisten bijvoorbeeld als genoemd knelpunt ‘kennis specialisme X vaak gewenst.’

TIP: DEADLINE STELLEN VOOR AANMELDFORMULIEREN MDO & PRIORITERING PATIËNTEN AANGEVEN BIJ AANMELDING PATIËNTEN VOOR MDO.

Voor de verbeterpunten worden door MDO-leden de volgende suggesties gegeven:

- ❖ Strengere selectie en/of betere instructie voor aanmelding van patiënten. Bijvoorbeeld op volgorde van urgentie. Betreft het een nieuwe patiënt, een korte melding of een jaarlijkse controle van patiënt.
- ❖ Expliciet aanmelden van patiënten bij andere specialismen in verband met voorbereiding.
- ❖ Meer structuur aanbrengen in de volgorde van de te bespreken patiënten door bijvoorbeeld prioritering patiënten aangeven bij aanmelding patiënten voor het MDO.
- ❖ De volgorde van patiënten zo in te richten zodat tijd wordt ingeruimd voor complexe patiënten.
- ❖ Lijst met de te bespreken patiënten van tevoren rondmailen.
- ❖ Deadline stellen voor de aanmeldformulieren MDO. Maar wel ruimte bieden voor enkele last minute aanmeldingen en dit vooraf rondmailen.
- ❖ Minder patiënten op bespreeklijst en patiënten pas bespreken als radiologie beelden en/of PA bekend is.
- ❖ Specifiekere vragen formulieren SBARR¹ en samenvatten.

¹ SBARR is een instrument om op een systematische wijze een vraagstuk te bespreken met een andere zorgprofessional. De SBARR-methode (Situation, Background, Assessment, Recommendation) verbetert de communicatie tussen zorgprofessionals over een patiënt en heeft als doel betere samenwerking en verbetering van de patiëntveiligheid.

Vorbereiding

Voor de voorbereiding van het multidisciplinair overleg moet de aanmeldprocedure duidelijk zijn voor de MDO-leden. Daarnaast moet de hoofdbehandelaar van de patiënt goed voorbereid zijn. De hoofdvraag bij de voorbereiding van een MDO is daarom: zijn alle deelnemers en is alle informatie aanwezig?

Voor de fase voorbereiding van een MDO is bij MDO-leden naar feedback gevraagd op het proces en medisch inhoudelijk van de fase. Hiervoor zijn de volgende vragen aan MDO-leden gesteld:

Medisch inhoudelijk

- Ik kan mij met de beschikbare informatie vooraf goed voorbereiden op het multidisciplinair overleg. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 117).*

Proces

- Ik vind de aanmeldprocedure duidelijk. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 58).*
- Ik vind dat de hoofdbehandelaar of een vervanger goed voorbereid is. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 53).*

VERBETERPUNT 2: HOOFDBEHANDELAAR NIET AANWEZIG EN/OF VERVANGER IS NIET VOORBEREID.

De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal is hoger op de vraag of MDO-leden zich met de beschikbare informatie goed kunnen voorbereiden op het multidisciplinair overleg dan op de vraag of de hoofdbehandelaar en/of vervanger goed voorbereid is.

Uit de opmerkingen van MDO-leden blijkt echter dat de afwezigheid van de hoofdbehandelaar van een patiënt bij het overleg een veelvoorkomend knelpunt is in het MDO. Opmerkingen over de afwezigheid van de hoofdbehandelaar en het gevolg ervan worden bovendien niet alleen bij de MDO-fase voorbereiding geplaatst maar ook bij andere MDO-fasen en/of – randvoorwaarden. De hoofdvraag van de MDO-fase voorbereiding is onder andere of alle deelnemers aanwezig zijn, waardoor ervoor gekozen is om de afwezigheid van de hoofdbehandelaar als het verbeterpunt op te nemen binnen de voorbereiding van het multidisciplinair overleg. Andere knelpunten die door MDO-leden binnen de fase van voorbereiding worden ervaren zijn:

- ❖ Via EPIC kost veel voorbereidingstijd van behandelaren (aios, co, Fellow).
- ❖ Niet altijd mogelijk voor anderen om zich voor te bereiden.
- ❖ Patiënten worden op de bespreking zelf aangemeld. Er wordt door de voorzitter geïnventariseerd wie een patiënt wil bespreken.
- ❖ Behoefte aan duidelijkere instructie voor voorbereiding m.b.t. verwachte structuur en informatie die nodig is.
- ❖ Geen standaard formaat. Niet bekend waar informatie ter voorbereiding van het multidisciplinair overleg te vinden is.
- ❖ Niet altijd duidelijk waarom patiënt in het MDO wordt besproken.
- ❖ Relevante voorgeschiedenis is niet altijd paraat.
- ❖ Beschikbare informatie tijdens MDO maar even beschikbaar.
- ❖ Veel blijkt onduidelijk en soms ontbreekt essentiële informatie omdat een vervanger presenteert.
- ❖ Soms is bij de aangemelde patiënt geen volledige beeldvorming of PA aanwezig en worden deze patiënten half besproken en vervolgens doorgeschoven (tijdverlies).

**TIP: HOOFDBEHANDELAAR NIET AANWEZIG EN GEEN VOORBEREIDE
VERVANGER BETEKENT PATIËNT NIET BESPREKEN IN HET MDO.**

Andere suggesties die door MDO-leden worden gedaan ter verbetering van verbeterpunt twee zijn:

- ❖ Goede overdracht aan andere arts als behandeld arts niet aanwezig is of zorgen dat het dossier volledig is.
- ❖ Van tevoren zorgen dat de juiste disciplines aanwezig zijn.
- ❖ Spelregel: hoofdbehandelaar patiënt aanwezig bij MDO inclusief presentatie en hulpvraag (duidelijk/expliciet) aan MDO.

Voor de verbeterpunten met betrekking tot de medisch inhoudelijke van de fase voorbereiding worden de volgende suggesties door MDO-leden gegeven:

- ❖ Tijdig alle patiënten op de MDO lijst zetten, zodat de radioloog tijd heeft om de beelden te bekijken.
- ❖ Nagaan of iedereen toegang heeft tot de lijst. Het MDO- formulier van tevoren invullen, zodat mensen niet onnodig aanwezig zijn bij het overleg. Dit kan worden opgelost door van tevoren een e-mail rond te sturen met de agenda met de vraagstelling wie er nodig is ter bespreking.
- ❖ Voorbereiding van de deskundigen: ruim van tevoren weten welke patiënten besproken worden.
- ❖ Kan een leermoment zijn voor aios door de casus voor te bereiden met een ervaren collega/supervisor.
- ❖ Wellicht op lijst een kopje 'te bespreken zonder PA en beeldvorming' zetten, zodat deze niet onnodig door radioloog/patholoog worden voorbereid.
- ❖ Voorbereiding MDO tekst wordt niet gebruikt in MDO notitie (EPIC?).
- ❖ Notulen sheets vooraf voorbereiden, zodat niet nog conclusie en beleid moeten worden ingetypt.
- ❖ Secretaresse na laten gaan welke PA/radiologie wel/niet aanwezig is. Indien PA niet bekend, direct besluiten patiënten te verschuiven.

- ❖ Alleen PA casus/beelden laten zien die bijzonder/illustratief zijn, de andere PA casus/beelden slechts benoemen.

Patiëntpresentatie

Een staflid bereidt voor het MDO de casus voor, bespreekt en toont de beschikbare relevante informatie en legt de leden van het MDO een vraag voor ter discussie. De hoofdvraag van de patiëntpresentatie is: hoe wordt de casus besproken?

Voor de fase van patiëntpresentatie in een MDO is bij MDO-leden naar feedback gevraagd op het proces en medisch inhoudelijk van deze fase. Hiervoor zijn de volgende vragen aan MDO-leden gesteld:

Medisch inhoudelijk

- De vraagstelling is duidelijk genoemd. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 108).* De vraagstelling is expliciet genoemd. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n=155).* De vraagstelling is volledig. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 39).*

Proces

- Ik vind de patiëntpresentatie gestructureerd. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 129).* Ik vind de patiëntpresentatie bondig. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 156).* Ik vind de patiëntpresentatie onvolledig zonder verwijzer. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 4).*

VERBETERPUNT 3: VRAAGSTELLING ONDUIDELIJK EN/OF NIET EXPLICIET.

Het meest genoemd verbeterpunt binnen deze fase van het MDO is dat de vraagstelling niet duidelijk, volledig en/of expliciet genoemd wordt. Wanneer de vraagstelling onduidelijk, onvolledig en/of niet expliciet genoemd is tijdens de patiëntpresentatie, heeft dit een gevolg op hoe gestructureerd en bondig de patiëntpresentatie verloopt.

- ❖ Vraagstelling komt pas aanbod na beeldvorming te hebben gezien.
- ❖ Vraagstelling is onduidelijk en komt later in het verhaal naar voren.
- ❖ Wisselende interpretatie van vraagstelling.
- ❖ Vraag te uitgebreid en/of vraagstelling kan beter.
- ❖ Vraagstelling is impliciet wel duidelijk, maar zou goed zijn als het explicieter erbij staat.
- ❖ Als een gerichte vraag op voorhand duidelijk is, kan dit veel voorbereidingstijd schelen.

Andere knelpunten die door MDO-leden binnen deze fase worden ervaren zijn:

- ❖ De patiëntpresentatie is te uitgebreid en de argumentatie verloopt wat chaotisch.
- ❖ Tijdens de patiëntpresentatie ontstaat er discussie.
- ❖ De presentatie kan bondiger worden gemaakt.

TIP: PER PATIENT DUIDELIJKE VRAAGSTELLING FORMULEREN EN AAN WIE HET GERICHT IS: WAT VERWACHT JE VAN HET MDO?

Andere suggesties die door MDO-leden worden gegeven voor een duidelijkere en explicietere vraagstelling zijn:

- ❖ Beginnen met de vraag voor meer duidelijkheid.
- ❖ Formuleer de vraag aan het MDO zo helder mogelijk, ook als je input wil van team.
Hoe specifieker je vraag, hoe groter de kans op een gericht antwoord. Gebruik bij voorkeur SBARR. “Ik breng deze patiënt in omdat...”

- ❖ Vraagstelling formuleren: stimuleren per slide met hulpvraag.
- ❖ Vraagstelling formuleren: bij aanmelden vraag rondsturen per e-mail.
- ❖ Betere vraag stellen in het begin.
- ❖ Iedereen gaat de eigen patiënten zelf voorbereiden inclusief de vraagstelling en ter plekke wordt het antwoord door de voorzitter ingetypt. Op het MDO formulier is er de mogelijkheid om vraagstelling en antwoord in te vullen/notuleren. Doel is om de vraagstelling explicieter te noemen.
- ❖ Expliciete vraagstelling plus voorstel voor beleid op het aanmeldformulier.
- ❖ Vraagstelling actief beschrijven en noemen aan het begin van de PowerPoint.
- ❖ Volgorde van de te bespreken patiënten kan mogelijk beter door eerst aan te geven wat de strekking is van de vraag.

Voor de verbeterpunten met betrekking tot het proces van de patiëntpresentatie worden de volgende suggesties door MDO-leden gegeven:

- ❖ Afspreken maximaal aantal te bespreken patiënten.
- ❖ Voorzitter heeft presentatie vooraf gezien: dit kan helpen bij aanscherpen van vraagstelling.
- ❖ Presentatie door behandelaar/inbrenger.
- ❖ Presentatie met meer structuur: vast format van 1^e dia met duidelijke vraagstelling.
- ❖ Casus kort en bondig: maximaal tijd per patiënt, heldere vraag met helder antwoord.
Bijvoorbeeld 10-15 minuten per patiënt.
- ❖ Vaak worden vragen gesteld tijdens presentatie terwijl het antwoord op de volgende dia staat: expliciet benoemen. 1) mag altijd onderbreken of 2) vragen na de presentatie.

Vragen & Discussie

Tijdens de fase 'vragen en discussie' in een MDO stellen de betrokken specialisten vragen ter verduidelijking als 'wat betekent dit behandelplan voor de kwaliteit van leven van patiënt?' De behandelopties met voors en tegens worden besproken, zo mogelijk ook de gevolgen voor de nazorg. Hoofdvraag van deze fase is: wat zijn de vragen van deelnemers en zijn de opties voldoende afgewogen?

Voor de fase van vragen en discussie in een MDO is bij MDO-leden naar feedback gevraagd op het proces en medisch inhoudelijk van deze fase. Hiervoor zijn de volgende vragen aan MDO-leden gesteld:

Medisch inhoudelijk

- Ik vind dat alle relevante informatie met alle experts voldoende expliciet worden geïnventariseerd. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 55).*
- Ik vind dat alle relevante informatie met alle experts voldoende worden geïnventariseerd. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 67).*
- Ik vind dat alle relevante behandelopties met alle experts voldoende worden geïnventariseerd. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 78).*
- Ik vind dat alle relevante behandelrisico's met alle experts voldoende worden geïnventariseerd. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 133).*
- Ik vind dat de algehele conditie voldoende wordt meegenomen in de discussie. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 116). Ik vind dat*

de behandelvoorkeur van de patiënt voldoende wordt meegenomen in de discussie. De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 175).

Proces

- Ik vind dat er bij de verdiepende discussie goed actief naar elkaar wordt geluisterd. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 95).*
- Ik vind dat er bij de verdiepende discussie goed wordt doorgevraagd. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 123).*
- Iedereen komt aanbod. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 38).*
- Open sfeer. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 8).*

VERBETER 4: NIET ALTIJD MOGELIJK OM ALLE RELEVANTE OPTIES EN RISICO'S MET DE AANWEZIGE EXPERTS TE INVENTARISEREN.

Binnen de fase van vragen en discussie worden verschillende verbeterpunten ervaren. Op het gebied van medisch inhoudelijk hebben de verbeterpunten betrekking tot het gebrek aan informatie over de algehele conditie (n= 116) en behandelvoorkeur van de patiënt (n=175). Daarnaast zijn niet altijd alle disciplines/aanmeldende specialismen aanwezig. Tijdens de verdiepende discussie wordt als verbeterpunt genoemd dat de discussie door een deel van de groep plaatsvindt en is de frequentie van antwoorden als niet/nauwelijks etc. hoog op de vraag of bij de verdiepende discussie goed wordt doorgevraagd (n=123).

De volgende verbeterpunten en/of opmerkingen zijn genoemd:

- ❖ Hoe kan ruimte worden gemaakt voor introverte mensen?

- ❖ Het psychologische welzijn van de patiënt wordt vaak onvolledig of niet expliciet besproken. Wat de patiënt zelf wilt, is vaak niet bekend.
- ❖ Weinig recente informatie beschikbaar over de behandelconditie en/of behandelvoorkeur. De behandelconditie en behandelvoorkeur worden niet expliciet genoemd.
- ❖ Aandacht voor algehele conditie is niet volledig.
- ❖ Weinig input van aios. Aios nemen niet actief deel aan de discussie.
- ❖ Voor co's is de discussie soms te abstract.
- ❖ Discussie door een deel van de groep en discussie over en weer.
- ❖ Nadelen van een langdurige behandeling worden niet genoemd.
- ❖ Soms laten hoofdbehandelaars assistenten niet uitpraten. Aios en staf zouden meer vragen kunnen stellen als de structuur dat toelaat.
- ❖ Een deel van de casus zijn hamerstukken en het MDO lijkt soms een overlegmoment tussen enkele partijen. Dit zou ook buiten MDO besproken kunnen worden?
- ❖ Elkaar onderbreken komt nog te vaak voor en soms wordt er te zacht gesproken.

TIP: DISCUSSIE STRUCTUREREN DOOR TUSSENDOOR SAMENVATTEN, VERHELDING VRAGEN, AFSLUITEN MET SAMENVATTEN EN EXPLICIETER VRAGEN OF IEDEREEN AANBOD IS GEKOMEN.

Andere mogelijkheden die door MDO-leden worden aangedragen om de fase van vragen en discussie efficiënter te laten verlopen zijn:

- ❖ Het verplicht stellen van aanwezigheid voor alle disciplines/aanmeldende specialismen en/of goed overdragen.
- ❖ Mogelijk discussie vooraf beter richten door explicietere vraagstelling.
- ❖ Meer uitgebreide bespreking: wat te doen als A of B dus meer verder vragen.

- ❖ Voorzitter zaal door laten kijken voor reactie op casus van mensen die minder snel hun mond opentrekken. Hierin mogelijk vaste volgorde nastreven.
- ❖ Per specialist een 'beurt' geven om zijn/haar kennis te delen.
- ❖ Rondvraag bij alle disciplines of er nog toevoegingen zijn.
- ❖ Meer uitleg over cruciale nuances om specialisten te stimuleren.
- ❖ Discussieleider vat regelmatig samen, vraagt om aanvullingen, geeft beurten, zodat de discussie centraal en helder blijft.
- ❖ Meer ondersteuning met richtlijnen.
- ❖ Openstaan voor alternatieve mogelijkheden (door sfeer verbeteren).
- ❖ Alle opties (DD'S) aanbod laten komen.
- ❖ Relevante informatie komt in delen, liever in een deel. Het vermelden van alle relevante gegevens om de patiënt goed te kunnen bespreken.
- ❖ Tijdbewaking.
- ❖ Meer aios en fellows betrekken.
- ❖ Openstaan voor elkaar argumenten en inzichten op basis van eigen specialisatie. Met als doel: geen ja/nee discussie te creëren. Goed en duidelijk communiceren, zodat er niets herhaald hoeft te worden.
- ❖ Mogelijk korte bespreking, delen van kennis ten aanzien van specifieke problematiek. Indien mogelijk eens in de week tijd plannen.
- ❖ Beter balans tussen deelnemers die initiatief nemen en die afwachtend zijn met betrekking tot vragen ter verduidelijking en kritiek bijvoorbeeld 'zijn er nog vragen over? Is iedereen het ermee eens?'
- ❖ Efficiënter: hoofd- en bijzaken scheiden.
- ❖ Bespreken behandelvoorkeur kan beter: functionaliteit, conditie/voedingstoestand.
- ❖ Benoemen communicatiebewaker die kan ingrijpen op proces wanneer voorzitter inhoudelijk betrokken is bij discussie.

- ❖ Behandelrisico's/behandelvoorkeuren patiënt: Met open mind alle kansen aanbieden: eerste optie aangeven en alternatieve opties benoemen.

Besluitvorming

In deze fase komen de diverse expertises van de specialisten samen en wordt gestreefd naar een eenduidig behandelplan. Hoofdvraag van deze fase is: is de besluitvorming duidelijk voor alle MDO- leden?

Voor de fase van besluitvorming in een MDO is bij MDO-leden naar feedback gevraagd op het proces en medisch inhoudelijk. Hiervoor zijn de volgende vragen aan MDO-leden gesteld:

Medisch inhoudelijk

- Ik vind dat alle besproken informatie volledig voldoende wordt meegenomen in de besluitvorming. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 56)*
- Ik vind dat alle besproken informatie expliciet voldoende wordt meegenomen in de besluitvorming. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 55).*
- Ik vind dat alle besproken informatie voldoende wordt meegenomen in de besluitvorming. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 43).*
- Het psychologische welzijn van de patiënt wordt volledig besproken m.b.t. het behandelplan. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 93). *Alleen in 2015 en 2016 is bovenstaande vraag gesteld aan MDO-leden.*
- Het psychologische welzijn van de patiënt wordt expliciet besproken m.b.t. het behandelplan. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 89). *Alleen in 2015 en 2016 is bovenstaande vraag gesteld aan MDO-leden.*
- Taakverdeling en haalbaarheid wordt volledig meegenomen in de besluitvorming. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 67).*

- Taakverdeling en haalbaarheid wordt expliciet meegenomen in de besluitvorming. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 65).*
- Ik vind de taakverdeling m.b.t. de uitvoer van besloten beleid expliciet besproken. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 143).*
- Ik vind de taakverdeling m.b.t. de uitvoer van besloten beleid duidelijk besproken. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 89).*

Proces

- Ik vind dat de besluitvorming *expliciet* wordt genoemd. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n=100).* Ik vind dat de besluitvorming goed wordt *onderbouwd* met argumenten. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n=54).* Ik vind dat de besluitvorming duidelijk *geaccordeerd* wordt door betrokkenen. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n=159).* Ik vind dat de besluitvorming goed wordt vastgelegd. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n=82).*

VERBETERPUNT 5: BESLUIT EN/OF TAAKVERDELING ONDUIDELIJK EN/OF NIET EXPLICIET.

Het meest genoemd verbeterpunt van de fase besluitvorming is dat het besluit en/of taakverdeling onduidelijk is en niet expliciet genoemd wordt. De volgende opmerkingen zijn daarbij geplaatst:

- ❖ Vaak niet duidelijk wat het besluit is.
- ❖ Taakverdeling en haalbaarheid niet altijd even volledig en/of expliciet. Taakverdeling staat bijvoorbeeld niet op papier.
- ❖ Taakverdeling niet duidelijk voor iedereen en niet inzichtelijk.

- ❖ Er wordt niet gestructureerd aan elke discipline gevraagd wat ieder zou adviseren.
- ❖ Besluiten kunnen explicieter, duidelijker en efficiënter.
- ❖ Uitvoering van de besluiten die zijn genomen en verslaggeving hiervan kan beter.
- ❖ Notulist typt conclusie in, daarna soms weer discussie. Als notulist conclusie niet duidelijk heeft, nemen meelezers actie.
- ❖ Duidelijke afspraken wie wat gaat doen (dus niet *we* gaan dit doen) en wie de conclusies in EPIC schrijft.
- ❖ Besluitvorming onduidelijk. Weinig concreet en blijft in de lucht hangen.
- ❖ Verwijsstructuren niet altijd duidelijk, dit is een leerpunt. Kost veel tijd om alle lijntjes te controleren en coördinatie kan beter.
- ❖ Besluitvorming gelijk noteren in EPIC is een verbeterpunt.

TIP: EEN CASUS ALTIJD AFSLUITEN MET EEN DUIDELIJKE SAMENVATTING.

Andere mogelijkheden die door MDO-leden worden gegeven om de fase van besluitvorming duidelijker en explicieter te laten verlopen zijn:

- ❖ Samenvatten na elke patiënt door voorzitter (of hoofdbehandelaar) wat de behandeling wordt en bewust akkoord vragen van de diverse specialismes.
- ❖ Conclusie hardop herhalen en niet alleen tegen de notulist. Conclusies explicieter vermelden naar aanleiding van discussie.
- ❖ Melden wanneer een besluit wordt genomen volgens het landelijk protocol en wanneer niet.
- ❖ Een duidelijke conclusie geven door een laatste concluderende zin. Altijd doen.
- ❖ Gestructureerd doorlopen van factoren als medicatie, aanvullend onderzoek, verwijzen en vervolgen. Deze structuur handhaven/navragen door voorzitter.
- ❖ Voorzitter moet expliciet vragen wie wat gaat doen.

- ❖ Ieder deelnemer houdt zelf een lijstje bij van de te nemen actie en rapporteert dit in het dossier.
- ❖ Taakverdeling hardop noemen.
- ❖ Gespreksleider die een duidelijke conclusie trekt. Benadrukken door voorzitter: benoemen vooraf wie de finale besluitvorming gaat doen.
- ❖ Duidelijke read back over besluiten die genomen worden. Vragen of andere specialismen nog aanvullende opmerkingen hebben en samenvatten wat de uiteindelijke conclusies zijn.
- ❖ Actieplan duidelijker delen en notuleren.
- ❖ Kopje 'hulpvraag' en kopje 'advies/actieplan' toevoegen aan het MDO- formulier.
- ❖ Besluitvorming zichtbaar notuleren door inbrenger middels switch naar Epic.
- ❖ Iedere patiënt met een soort 'time out' afsluiten, zodat de conclusie duidelijker is.
- ❖ Beargumenteren en documenteren, indien wordt afgeweken van de richtlijnen.
- ❖ Checklist om deurknop fenomeen te voorkomen: voor conclusie antwoord op beginvraag gericht op diagnostiek of therapie expliciet maken.
- ❖ According besluit door mee te lezen wat er geschreven wordt. Geen reactie is akkoord.

Kennis delen

Kennis delen is geen fase van het multidisciplinair overleg, maar een randvoorwaarde. Tijdens een multidisciplinair overleg wordt door de MDO- leden onderling kennis gedeeld. De vraag is dan ook: wordt er gebruik gemaakt van de kennis van de aanwezige expertise?

VERBETERPUNT 6: WEINIG INBRENG VAN ARTS IN OPLEIDING TOT SPECIALIST (AIOS).

Een genoemd verbeterpunt bij kennis delen is dat aios vaak niet deelnemen aan de discussie tijdens het multidisciplinair overleg. Een ander verbeterpunt dat genoemd wordt, is de afwezigheid van medisch specialisten en gebrek aan informatie bij aanmelding. Dit maakt het moeilijk om alle relevante opties en risico's met de aanwezige experts te inventariseren. De volgende opmerkingen zijn gemaakt met betrekking tot kennis delen:

- ❖ Beginselen moeten duidelijk zijn voor de beginnende aios. Voorbereiding van casus.
- ❖ Meer inbreng van aios in discussie.
- ❖ Niet alle specialisten zijn aanwezig of komen te laat. Of aios zijn er zonder stafid.
- ❖ Niet altijd mogelijk om alle relevante opties en risico's met de aanwezige experts te inventariseren.
- ❖ Spanning tussen overdracht en inhoudelijke bespreking.
- ❖ Bij aanmelding moet alle informatie beschikbaar zijn.
- ❖ Minder ruimte voor leereffect en/of aandacht voor leerbaarheid.

TIP: ACTIEF LEERMOMENT INBOUWEN VAN ELKE PATIËNT VOOR VERBETERING ZORGPROCES EN/OF KENNIS.

Andere mogelijkheden die door MDO- leden worden gegeven ter verbetering van het delen van kennis tijdens een MDO zijn:

- ❖ Actiever rol aan aios geven bij patiëntpresentatie en beleidsbepaling, ook als het niet de patiënt van aios is. Vooraf bespreken met aios vast onderdeel maken van de voorbereiding op MDO.
- ❖ Onderwijs en individuele verantwoordelijkheid meer gelegenheid bieden en/of rondvraag.
- ❖ Aios aansporen en actief bevragen. Aios meenemen in het denkproces ‘hoe tot een keuze komen.’
- ❖ Bijpassende case reports of wetenschappelijk onderzoek betrekken. Nu is het vooral ‘expert opinion.’
- ❖ Vragen of assistenten vrijheid voelen om vragen te stellen.
- ❖ Meer structuur in het MDO: vraagstelling- besluit- consensus.
- ❖ De tijd die ‘over’ is in een MDO kan besteed worden aan opleiding/delen van kennis en vragen.
- ❖ Inventarisatie van (leer)vraagstukken over MDO toewijzen wie hier verdieping in brengt voor een volgende bijeenkomst.
- ❖ Meer tijd gunnen aan sprekers- stilstaan bij patiënt.
- ❖ Meer tijd reserveren voor richtlijnen, behandeling, bespreking en vernieuwing. Beter op de hoogte zijn van ieders vernieuwingen.

Overall patiëntbespreking

Overall patiëntbespreking is geen fase van het multidisciplinair overleg, maar een randvoorwaarde. Het is van belang dat de voorzitter de bespreking goed leid en dat de patiëntbespreking efficiënt verloopt.

Hiervoor zijn aan MDO-leden de volgende vragen gesteld:

Proces

- Iedereen heeft voldoende spreekruimte. Ik voel me vrij om actief deel te nemen. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 120).*
- Ik vind dat de patiëntbespreking goed wordt geleid en er is een duidelijke voorzitter. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 95).*
- Ik vind dat de patiëntbespreking efficiënt verlopen is. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 93).*
- Ik vind het MDO leerzaam voor aios. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 148).*
- Ik vind dat de inbreng van alle expertise voor deze patiënt van toegevoegde waarde is en een weloverwogen behandelplan wordt ontwikkeld. *De frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal (n= 70).*

VERBETERPUNT 7: VOORZITTER ALS NOTULIST IS NIET EFFICIËNT.

Duidelijke voorzitterschap is nodig voor een efficiënt verloop van de patiëntbespreking en om ervoor te zorgen dat iedereen voldoende spreekruimte krijgt. Hierboven is te zien dat de frequentie van de antwoorden niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal hoog is op de vragen naar de spreekruimte van MDO-leden (n=120) en/of leiderschap van de patiëntbespreking (n=95) en/of efficiënt verloop van het MDO (n=93). In de opmerkingen van MDO-leden valt te lezen dat de rol van de voorzitter als notulist de afgelopen jaren meerdere malen is bevraagd. De volgende opmerkingen zijn hierover gemaakt:

- ❖ De rol van voorzitterschap/notuleren en tegelijkertijd je patiënt presenteren en inhoudelijk meedenken is een lastige combinatie.
- ❖ Afhankelijk van voorzitter of de bespreking goed geleid wordt.
- ❖ Rol van voorzitter is tweeledig: voorzitten en patiënten voordragen. Werkt dit voor de voorzitter?

TIP: VOORZITTER NIET GELIJK AAN NOTULIST: TWEE VERSCHILLENDE PERSONEN INZETTEN.

Voor effectiever voorzitterschap wordt door MDO-leden geadviseerd om de rol van voorzitterschap los te koppelen van de rol als notulist. Voorgesteld wordt dat de verpleegkundig specialist de procesrol van de voorzitter op zich neemt. Andere suggesties die door MDO-leden met betrekking tot de voorzitterschap worden gedaan zijn:

- ❖ Voorzitterschap door aios in het kader van de opleiding en notuleren door staflid.
- ❖ Voorzitterschap rouleren, omdat de voorzitter ook inhoudelijk mee discussieert (zodat daar ook ruimte voor is).
- ❖ De voorzitter legt meer focus op helder samenvatten na bespreken van de patiënt (wat is het beleid, wat zijn de vervolgspraken, wie gaat wat doen). Dit moet tegelijkertijd als afronding van de casus gezien worden en ter voorkoming van het heropstarten discussie.

Opleiding & Ontwikkeling

Tijdens een multidisciplinair overleg kunnen met name aios en co-assistenten leermomenten opdoen. Opleiding en ontwikkeling is geen fase van het multidisciplinair overleg, maar wel een belangrijk gevolg van het MDO.

VERBETERPUNT 8: WEINIG RUIMTE VOOR LEERMOMENTEN IN MDO.

Voor opleiding en ontwikkeling tijdens het multidisciplinair overleg hebben de genoemde knelpunten betrekking tot verbetering van de leermomenten tijdens het MDO voor bijvoorbeeld aios en co-assistenten. Op de vraag of het MDO leerzaam is voor aios is de frequentie van de antwoorden als niet/nauwelijks, enigszins, (zeer) oneens en neutraal hoog ($n=148$). De volgende opmerkingen zijn hierover gemaakt door MDO-leden:

- ❖ Tempo iets verlagen met eventueel meer ruimte voor vragen AIOS.
- ❖ Expliciteren/sturen dat MDO opleidingsdoel heeft als er weinig patiënten op de lijst staan.
- ❖ Nog meer de AIOS betrekken of met een behandelvoorstel laten komen.
- ❖ Begeleiden van aios door supervisor bij voorbereiding casus/slides.

TIP: MEER BEWUSTZIJN VAN OPLEIDINGSMOMENTEN IN MDO.

De volgende suggesties worden door MDO-leden gegeven voor hoe de bovenstaande tip in de praktijk kan worden toegepast:

- ❖ Betere uitleg en onderbouwing waarom een bepaald beleid ingezet wordt. Dit kan korter en bondiger. Idee: geef in een zin de onderbouwing van het beleid.

- ❖ Expliciet benoemen waarom een bepaalde therapie wel of niet gekozen of gegeven wordt.
- ❖ Soms eerst aios het woord geven.
- ❖ De piepers van de aios die te besproken patiënt onder zijn/haar hoede heeft, zou idealiter door de supervisor kunnen worden overgenomen.
- ❖ Bepaalde afkortingen uitleggen aan coassistenten.
- ❖ Patiëntpresentatie laten doen door aios.
- ❖ Meer ruimte voor uitleg en belichten verschillende opties/ overwegingen.
- ❖ Standaardcasus korter en bondiger zodat moeilijke casus uitgebreider besproken kan worden.
- ❖ Structuur overleg: combinatie MDO en onderwijs.
- ❖ Opleider actief vragen om mening van assistenten.
- ❖ Uitleg geven door specialisten aan assistenten wanneer er tijd is voor verdieping.
- ❖ Arts assistenten laten inlezen/voorbereiden voor het overleg, waardoor meer interactie mogelijk is. Het opleidingsklimaat verbeteren en kennis overdragen.

Organisatie

Een multidisciplinair overleg valt of staat met een goede organisatie. Een goede organisatie van een MDO zorgt voor weinig problemen tijdens het overleg met als gevolg dat het overleg naar tevredenheid verloopt.

VERBETERPUNT 9: TIJDSBEWAKING

Een genoemd verbeterpunt door MDO-leden met betrekking tot de organisatie is tijdsbewaking.

MDO-leden vinden het multidisciplinair overleg soms te lang duren, waardoor er tijdsdruk ontstaat bij de laatst te bespreken patiënten. Andere genoemde verbeterpunten voor de organisatie zijn:

- ❖ Betere ruimte, voldoende stoelen en vaste ruimte met juiste computers/materiaal.
- ❖ Onrust door later binnenkomen en eerder weglopen van MDO-leden. Soms zijn er MDO-leden die afhaken (telefoon).
- ❖ Verstaanbaarheid sprekers soms onvoldoende.
- ❖ Veel telefoons en laptops (functioneel gebruik of niet?)

TIP: REGIEROL DOOR VOORZITTER: 1) VOORBEREIDING, 2) TIJDSBEWAKING DOOR TIJD TE BEPALEN PER PATIËNT EN 3) BIJ BREDE DISCUSSIE Z.S.M. PROBLEEM BENOEMEN EN ANALYSEREN.

Andere mogelijkheden die door MDO-leden worden gegeven ter verbetering van de organisatie van een MDO zijn:

- ❖ MDO inkorten tot driekwartier. Een kwartier per fase, waarbij fase drie en vier worden samengevoegd.
- ❖ Indeling ruimte voor betere interactie. Stoelen anders neerzetten en/of andere ruimte?
- ❖ Beperken in- en uitloop van mensen.

- ❖ Gebruik microfoon of opstaan en richten naar de zaal zodat het voor iedereen goed verstaanbaar is.
- ❖ Iedereen op tijd (poli 30 minuten eerder staken?)

Overall organisatie

Voor de overall organisatie is gekeken naar de globale indruk van MDO-leden van het multidisciplinair overleg. Globaal gezien, waar liggen nog de verbeterpunten?

VERBETERPUNT 10: STRUCTUUR NODIG WAARIN VOOR ALLE PATIËNTEN DEZELFDE INFORMATIE BESPROKEN WORDT.

MDO-leden vinden dat het multidisciplinair overleg soms teveel gericht is op snelheid. Een MDO mist daarnaast een structuur waarbij alle patiënten op dezelfde manier besproken worden.

TIP: STRUCTUUR MDO SCHRIFTELIJK VASTLEGGEN EN PUNTSGEWIJS DOORLOPEN.

Andere suggesties die door MDO-leden worden gegeven voor het aanbrengen van structuur aan een MDO zijn:

- ❖ Heldere structuur en/of vast stramien van inbrengen patiënten in het MDO: wat is de vraag (vooraf)? Wat is de casus? Wat zijn de stappen? Wat is de conclusie en vervolgstappen?
- ❖ Beter samenvatten.
- ❖ Maximale tijd per casus.
- ❖ Meer structuur door van tevoren het programma te e-mailen.
- ❖ Duidelijke procedure