

Lange ligger bespreking (ook wel MDO)

Sommige situaties vereisen een specifieke aanpak om te komen tot een succesvol behandelplan bij complexe patiënten. Als je wilt weten welke patiënten hier baat bij kunnen hebben: zie document vlaggetjes en stormballen.

Een van de vormen waarin je dit kunt doen is de zogenaamde lange ligger bespreking dan wel het MDO. Helaas worden onder beide begrippen een veelheid van overlegvormen gevangen. Hier wordt bedoeld: een bespreking, die gewijd is aan één patiënt, buiten de reguliere visites en besprekingen om. Aanwezig zijn in ieder geval de verpleegkundige discipline, de zaalarts en de supervisor. Afhankelijk van de problematiek die speelt kunnen ook anderen worden uitgenodigd hun inbreng te leveren: denk aan consultants, apotheker, fysiotherapie, ergotherapie, voedingsteam. In bijzondere gevallen kan ook de huisarts gevraagd worden om aan het overleg deel te nemen.

Doel:

In algemene zin is het doel alle neuzen dezelfde kant op te krijgen: er voor te zorgen dat de patiënt een optimale behandeling krijgt, waarbij het behandelteam eensgezind afkoerst op de gestelde doelen van het behandelplan.

Meer specifieke doelen kunnen zijn: creatieve ideeën ontwikkelen die verdere behandeling mogelijk maken, onrust rond de behandeling van een patiënt wegnemen (in dit geval vooral informerend), oplossen van een conflict rond de behandeling, te komen tot een nieuw behandelplan, instellen van beleidsrestricties (of juist niet), commitment krijgen voor een verdergaande/intensieve behandeling, overeenstemming krijgen over het staken van behandeling, ruimte geven voor het uiten van frustraties rond de behandeling van een patiënt. Primair doel kan ook meer medisch inhoudelijk zijn: laten we eens bij elkaar gaan zitten om te kijken wat we nu feitelijk van de patiënt en zijn ziektegeschiedenis weten door alle kennis bij de diverse deelnemers van het overleg te bundelen.

Het is belangrijk om vooraf te bedenken wat je met de lange ligger bespreking wilt: wat wil je precies aan het eind van de bespreking bereikt hebben?

Bedenk dat alleen al het simpele feit dat je zo'n bespreking organiseert vaak al rust geeft: het is een duidelijk signaal dat je de patiënt als probleem hebt (h)erkend, en dat je je best gaat doen om het in gezamenlijkheid op te lossen.

Verder: deze bespreking is een begin van een proces. Het is geen eenmalige gebeurtenis. Afspraken die vandaag gemaakt worden moeten nagekomen en vervolgd worden, gestelde doelen moet op haalbaarheid getoetst worden. Hiervoor is follow-up nodig door de groep. Ga er van uit dat er altijd een tweede en soms meer besprekingen zullen volgen.

Benodigdheden/ingrediënten:

Een lange ligger bespreking is een waardevolle gelegenheid om goede patiëntenzorg te kunnen leveren, maar is ook een uitgelezen kans voor team building. Probeer het te zien als een ingreep: als een operatie. Ook daar wordt van te voren over nagedacht, de benodigde gegevens zijn aanwezig, het vraagt een om een operateur (voorzitter), er is een ruimte en tijd voor beschikbaar, het operatieteam is samengesteld (wie moeten er in ieder geval aanwezig zijn?) en wordt tijdens de ingreep niet gestoord (piepers weg) en het instrumentarium ligt klaar. In ons geval bestaat dit laatste uit een white board om de gegevens te kunnen groeperen en de gemaakte afspraken te kunnen vastleggen.

Gegevens die in ieder geval nodig zijn voor een zinvolle bespreking zijn: medische voorgeschiedenis (gegevens van eerdere opnames, oude foto's etc) inclusief medicatiegebruik, psychiatrische voorgeschiedenis, middelengebruik, informatie over de sociale situatie, liefst ook enkele biografische gegevens, informatie over hetgeen met de familie besproken is en zonodig informatie van de huisarts.

De voorzitter is niet vanzelfsprekend de supervisor. Als het gaat om afstemming tussen de medische en verpleegkundige discipline kan dit ook heel goed de arts-assistent zijn. Wanneer een lange ligger bespreking plaats vindt om een conflict tussen verpleegkundigen en artsen op te lossen is het vaak beter om een voorzitter van buiten te vragen: deze wordt door beide partijen als neutraal beschouwd en kan zich beter op het proces richten dan een bij de patiënt betrokken arts, die immers ook op de inhoud let en bovendien partij is. Op sommige afdelingen fungeert ook het verpleegkundig hoofd (bij toerbeurt) als voorzitter. Dit toont de intentie tot gelijkwaardigheid van de partijen en neutraliseert een eventueel aanwezig underdog-gevoel bij de verpleegkundige discipline. Dat de eindverantwoordelijkheid voor medische beslissingen uiteindelijk bij de medicus berust is een gegeven maar verhindert niet dat in de bespreking de deelnemers een gelijkwaardige positie hebben.

Vorm:

Logisch is om te beginnen met de medische informatie: door deze gestructureerd te noteren op het white board raken de deelnemers geïnformeerd over de aanleiding en gang van zaken tijdens de opname. Hier wordt vaak al aangevuld door de deelnemers en wordt duidelijk welke informatie ontbreekt of welk aanvullend onderzoek nog moet gebeuren. Vervolgens wordt benoemd wat de huidige problemen zijn (kan niet ontwend worden, heeft voortdurend koorts, raakt gedecompenseerd, slaapt niet etc) en welk onderzoek of interventies hier mogelijk zijn. Speciale aandacht wordt gegeven aan de prognose: hoe groot of hoe reëel is de kans dat de patiënt deze opname gaat overleven? Wellicht zijn alle deelproblemen op zich wel oplosbaar, maar overstijgt de combinatie ervan de mogelijkheden van patiënt. Exploreer frustraties: waarom wordt deze patiënt als een probleem ervaren; wat maakt het zo moeilijk om hem te behandelen of te verzorgen?

Om dit proces gestructureerd te kunnen laten verlopen en om te waarborgen dat ook sociale, psychologische en gezondheidszorgsysteemaspecten aan de orde komen kan gebruik gemaakt worden van het IDIS-systeem.

Het IDIS systeem

IDIS staat voor Integraal Diagnostisch Interventie Schema. Dit schema werd in 1988 ontwikkeld door F.Huyse . Het schema is bedoeld om de problemen rond een complexe patiënt in kaart te brengen en te komen tot een geïntegreerde diagnose
Het schema biedt de mogelijkheid om patiënten integraal geneeskundig te documenteren.
Het bestaat uit 4 horizontale assen en 3(4) kolommen.

De assen zijn:

- *een biologische as, waarop alle somatische gegevens worden beschreven,
- *een psychologische as, waarop alle psychologische problemen staan,
- *een sociale as met sociale- en biografische gegevens
- *een as voor de gezondheidszorg met daarop alle behandelaren en evt. problemen hiermee, zoals conflicten of wantrouwen

De kolommen bestaan uit: de voorgeschiedenis, de actuele toestand en conclusie+prognose.
Vaak wordt er nog een kolom aan toegevoegd met beleid

Bij het invullen wordt gebruik gemaakt van gegevens die uit de (hetero)anamnese, de voorgeschiedenis en onderzoek naar voren komen

Systeem	Voorgeschiedenis (V)	Actuele Toestand (AT)	Conclusie/ Prognose (P)	Beleid
Biologisch (B)				
Psychologisch (P)				
Sociaal (S)				
Gezondheidszorg (GHZ)				

Wat kan er in de kolommen staan:

Somatische voorgeschiedenis: bv of er sprake is van één of meer

- chronische ziekten met veel interacterende medicijnen en veel verschillende behandelaren (waardoor coördinatie van zorg noodzakelijk)
- diagnostische problemen hetgeen kan duiden op een ingewikkelde ziekte of somatisatie

Actuele somatische toestand:

- actuele symptomen en diagnoses
- is er nu sprake van een diagnostisch probleem?

Psychologische voorgeschiedenis:

- psychiatrische voorgeschiedenis
- beperkingen in de coping: b.v. middelen misbruik en allerlei psychische klachten en symptomen die niet direct psychiatrische stoornis vormen, zoals angsten, vermijding, eet problemen e.d.
- compliance

Actuele psychologische toestand:

- Psychiatrische verschijnselen, eerder gestelde psychiatrische diagnoses of gedragsstoornissen
- Weerstand van de patient tegen behandeling

Sociale voorgeschiedenis:

- Biografische gegevens
- Sociale functioneren en integratie in het verleden

Actuele sociale toestand:

- Instabiliteit van de woonsituatie (denk ook aan 'de oude moeder die niet meer naar huis kan')
- Huidige sociale integratie, zoals steunsysteem, werk, hobby's e.d.

Gezondheidszorgsysteem voorgeschiedenis:

- Intensiteit behandelingen i.e. hoeveelheid behandelingen, hoe ingrijpend en hoeveelheid betrokken hulpverleners
- Ervaringen met behandelingen

Actuele toestand gezondheidszorgsysteem:

- Organisatie van de zorg: wie is er nu allemaal betrokken?
- Juistheid van verwijzing, aanvraag consult/medebehandeling, opname

Hierna wordt de samenvattende kolom ingevuld:

Biologische conclusie en prognose:

- naast de conclusie worden hier verwachtingen omtrent complicaties en levensbedreiging ingevuld

Psychologische conclusie en prognose:

- Psychologische/psychiatrische diagnose en prognose
- Sociale conclusie en prognose: Hier worden de te verwachte sociale behoeften ingevuld, b.v. of een patiënt al dan niet weer naar huis kan

Conclusie en prognose gezondheidszorgsysteem:

Hier worden de verwachte gezondheidszorg behoeften ingevuld, zoals opnameduur en betrokken behandelaren

In de kolom 'Beleid' kan komen te staan:

Biologische as: de behandeling, revalidatie etc.

Psychologische as: behandeling, attitude (benaderingsadviezen) t.a.v. patient

Sociale as:

- interventies op het gebied van huisvesting, reactivering (dagprogramma, activiteitenbegeleiding), dagbesteding, verbreding van sociaal netwerk,
- attitude (benaderingsadviezen) t.a.v. familie

Gezondheidszorgsysteem:

- Wie doet wat

SAMENGEVAT:

Stelsel	Voorgeschiedenis (V)	Actuele Toestand (AT)	Conclusie/ Prognose (P)	Beleid (B)
Biologisch (B)	chronische ziekte diagnostisch probleem	actuele toestand diagnostisch probleem	conclusie complicaties levensbedreiging	
Psychologisch (P)	psychiatrische voorgeschiedenis coping persoonlijkheids- trekken	psychiatrische verschijnselen weerstand tegen behandeling	psychol./psychiatr. diagnose & prognose	
Sociaal (S)	Biografische gegevens Sociale functioneren en integratie in het verleden	Instabiliteit van de woonsituatie Huidige sociale situatie	Sociale toestand en prognose	
Gezondheidszorg (GHZ)	Overzicht behandelcontacten Ervaringen met behandelingen	Organisatie van de zorg Juistheid van verwijzing	Conclusie	

VOORBEELD

♀ 44 jaar Systeem	Voorgeschiedenis (V)	Actuele Toestand (AT)	Conclusie/ Prognose (P)	Beleid
Biologisch (B)	1980 DM 1 1987 eetproblemen onverklaard, 1989 bleek autonome. dysfunct.door DM 2001 ernstige hypo	Opname met diabetische voet en ketoacidose. moeilijk instelbaar sinds 3 jaar (Hb1AC↑) retinaschade, perifeer vaatlijden	Slechtgenezend ulcus rechtervoet D.M.I met complicaties Prognose nu ongunstig door slechte instelling	Onderzoek naar biolog factoren die instelling compliceren
Psychologisch (P)	Rond 20 ^{ste} jaar veel handen wassen, ging vanzelf over Snel angstig over lichamelijke symptomen, na hypo ↑	controleert overmatig bloedglucose, Gebruikt minder insuline?	vermoedelijk Obsessief- Compulsieve Stoornis	Behandeling OCS Psychotherapie Evt. antidepressivum Cave effect op bloedsuiker
Sociaal (S)	Jongste 2 kk, bezorgde ouders. MAVO, secretaresse., 2001 gehuwd, geen kk	Ziektewet Relatieproble m en echtg. begrijpt haar niet) paar vriendinnen	Relatieprobleme n beperkt steunsysteem	Uitleg aan echtgenoot, evt. relatiegesprekken mogelijkheden uitbreiding steunsysteem? Werken aan werkhervatting
Gezondheidszorg (GHZ)	Psych hulpverlening voor handen wassen. Hielp niet artsen nemen angsten en lich. klachten niet serieus	Betrokken: internist polikliniek, zaalarts supervisor zaalarts vaatchirurg d.m.verpleegk. oogarts	weinig vertrouwen in gezondheidszorg	Coördinatie behandeling: Internist polikliniek Gesprek plannen met patiente +echtg.

Wat zijn nuttige uitkomsten/checklist?

Natuurlijk is het prettig als alle deelnemers een goed gevoel hebben over het gevoerde overleg: iedereen heeft zijn zegje kunnen doen, het probleem rond de behandeling is inzichtelijk geworden en de neuzen staan weer allemaal dezelfde kant op. Prima! Toch zijn er, afhankelijk van de aard van het besproken probleem, nog wel een aantal indicatoren te noemen voor een geslaagd overleg. Ik noem er enkele:

Is de prognose eerlijk ingeschat?

Is een beleid II goed overwogen?

Maakt een dagprogramma onderdeel uit van de gemaakte afspraken?

Is er creatief nagedacht? Niet-standaard problemen vragen om niet-standaard oplossingen.

Is overwogen om de medische eindverantwoordelijkheid in aan één supervisor toe te delen?

Zijn de eindpunten waar we op aankoersen SMART gemaakt?

(Specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden)

Is duidelijk afgesproken wie wat doet

Is duidelijk wie de verslaglegging verzorgt? (zodat ook de rest van het team op de hoogte is van de overwegingen en plannen)

Is er een vervolgspraak gemaakt? (meestal na 1 week)