

## **Bijlage I (Fictieve) Casuïstiek Basis MDB**

### **CASUS A**

#### **VOORBEREIDING**

##### **Aanleiding voor MDB:**

Afstemming van ambulante zorg voor een 68-jarige patiënte, die in het ziekenhuis wordt begeleid door een longarts i.v.m. COPD GOLD 3 en cardioloog vanwege (rechts) hartfalen. Daarnaast begeleiding door lokale GGZ-afdeling ouderen ambulantly vanwege een bipolaire stoornis. Recent op poli geriatrie gezien, waar naast deze problemen kwetsbaarheid (clinical frailty score 5), met ondervoeding, deconditioneren en mild cognitive impairment werd vastgesteld. Afstemming rondom COPD loopt niet goed, patiënte gebruikt de medicatie voor de COPD vaak niet, zij meent die niet nodig te hebben en zij heeft daardoor herhaaldelijk exacerbaties en is eenmaal op de IC voor beademing terecht gekomen. Ook ervaart zij onder behandeling met corticosteroïden een toename van hypomane klachten wat weer invloed heeft op haar compliance ten aanzien van somatische problemen, die zij chronisch onderschat. Daarnaast neemt zij ook de medicatie voor hartfalen onregelmatig in. Dit heeft nog niet tot acute opnames geleid, wel tot fors oedemateuze benen.

De geriater stelt vast dat er gezien de interactie tussen de verschillende aandoeningen en behandeling, en ook de vastgestelde therapieontrouw en gebruik van acute zorg, er afstemming plaats moet vinden middels een MDB. In overleg met de behandelend psychiater wordt de voorbereiding door de psychiater verricht, in verband met een langer bestaande behandelrelatie.

##### **Voorbereiding met behulp van Elektronisch Patiënten Dossier:**

###### *Voorgeschiedenis*

- 1992 Bip. 1 stoornis
- 2011 COPD, huidig stadium COPD GOLD III
- 2018 Hartfalen bij pulmonale hypertensie NYHA Klasse II
- 2022 Mild Cognitive Impairment
- 2023 Matige nierfunctiestoornis (MDRD 45)

###### Overige problemen:

- Ondervoeding
- Deconditionering
- Roken

###### *Medicatielijst*

- Olanzapine 10mg 1 x 1 dgs ante noctem
- Furosemide 40 mg 1 x 1
- Salbutamol 200 microgr 4 x 1
- Budesonide 200 microgr 2 x 1
- Bij exacerbatie prednison

### *Overzicht actuele behandelaren, behandelingen, behandeldoelen en prognose*

Dit overzicht werd ingevuld door behandelend psychiater en voorbereid met de patiënte en haar echtgenoot.

Geriatr: Mild Cognitive Impairment; begeleiding; doel: ondersteunen cognitief en fysiek functioneren, monitoring beloop

Longarts: COPD GOLD III; medicamenteuze therapie maar therapieontrouw; doel voorkomen van longaanval en remmen van progressie COPD

Cardioloog: Hartfalen; symptomatische behandeling van oedemen met medicatie; doel symptoombestrijding en voorkomen van acute ontregeling. Nog niet gelukt om patiënt adequaat in te stellen op hartfalen medicatie bij therapieontrouw.

GGZ: Bipolaire stoornis; stemmingsstabilisatie medicamenteus, begeleiding door sociaalpsychiatrisch verpleegkundige; doel stemmingsstabilisatie en functionele onafhankelijkheid

### *Biopsychosociaal en cognitief functioneren*

Kwetsbare vrouw met matige gezondheidsvaardigheden, die wel nog ADL onafhankelijk thuis met haar partner woont.

#### Bio

Bipolaire 2 stoornis en somatische comorbiditeit beperken haar dagelijkse activiteiten:

- COPD GOLD 3
- Hartfalen
- Matige nierfunctiestoornis bij lithium gebruik (MDRD 45)
- Ondervoeding en deconditionering

#### Psycho

- Veel verlieservaringen en doorgemaakte trauma's op kinderleeftijd
- Weinig ziekte-inzicht ten aanzien van COPD
- Coping in toenemende mate beperkt niet alleen door psychiatrische stoornis maar ook MCI. Hierdoor wordt planning en overzicht nog meer beperkt.

#### Sociaal

Klein sociaal netwerk, wel steunende echtgenoot. Hij is overbelast door zorgweigering van patiënte. Het echtpaar is vaak overvraagd met ingewikkelde beslissingen rondom zorg, geen familie die hierbij kan ondersteunen.

## **Voorbereiding met de patiënt en naasten:**

### *Hulpvraag*

Patiënt: Vaste aanspreekpartner in het ziekenhuis als patiënte acuut wordt opgenomen voor exacerbatie.

Echtgenoot: Adequate ondersteuning in thuissituatie, echtgenoot is overbelast, thuiszorg weet niet hoe met patiënte om te gaan, zij weigert vaak zorg en kan verbaal agressief zijn. Behoefte aan een eenvoudig plan, zo veel mogelijk in de thuissituatie.

### *Algemene en functionele doelen*

In haar eigen woonomgeving met partner kunnen blijven met behulp van thuiszorg. Bij acute verslechtering van COPD wel nog hulp thuis, en eventueel een korte opname in het ziekenhuis, maar geen opname meer op de IC. Wil zo min mogelijk naar het ziekenhuis.

### *Behoefte aan regieondersteuning*

Het betreft een dame met beperkte gezondheidsvaardigheden, die een regieondersteuner nodig heeft. Die eventueel ook begeleidt in de interactie met andere zorgverleners.

### *Biopsychosociaal en cognitief functioneren*

Lichte cognitieve stoornissen (MCI) met een MOCA van 21, meest passend bij lang bestaande bipolaire stoornis.

## **BESPREKING MDB**

### *Aanwezig*

Geriatr, longarts, cardioloog, psychiater en sociaalpsychiatrisch verpleegkundige vanuit de GGZ, huisarts. Deze behandelaren zijn cruciaal voor de afstemming van het behandelplan.

### *Ziekte specifieke doelen en behandeling afgestemd op algemene en functionele doelen*

Er wordt naar gestreefd om een zo eenvoudig mogelijk plan te maken voor patiënte, die de symptomen van de ziekten zoveel mogelijk beperken en voorkomen dat er acute verslechtering optreedt waardoor zij naar het ziekenhuis zou moeten voor opname. Deze doelen komen overeen met de formulering in de voorbereiding, maar op dit moment wordt dit nog onvoldoende bereikt door therapieontrouw en onvoldoende ziekte-inzicht.

### *Optimaal behandelregime*

Er wordt besloten om pulmonale medicatie en hartfalen medicatie zo goed mogelijk aan te passen aan psychiatrische medicatie en er wordt een medicatiereview verricht waarbij een zo eenvoudig mogelijk schema wordt gemaakt waarbij rekening wordt gehouden met het dagritme van mevrouw. Hierbij wordt patiënte vanwege haar frequente exacerbaties op een langwerkende luchtwegverwijderaar ingesteld. De longarts zal haar begeleiden tot een stabiele situatie bereikt is. Op dit moment wordt er nog geen ruimte gezien om hartfalenmedicatie verder te optimaliseren en wordt er eerst toegezien op therapietrouw. Medicatie wordt in een baxterrol gedaan.

Er worden geen routinematige policonroles afgesproken. De huisarts heeft de regie, en zal alleen overleggen of verwijzen naar de longarts, geriatr of cardioloog op indicatie. De specialistische GGZ blijft de hoofdbehandelaar van de bipolaire stoornis.

Thuiszorg wordt ingeschakeld en zal toezien op wegen (i.v.m. hartfalen). Medicatie inname onder toezicht. Zij bekleden een signaleringsfunctie voor de huisarts mochten er klachten spelen zoals benauwdheid, toename in gewicht of niet innemen van medicatie.

De sociaalpsychiatrisch verpleegkundige van de GGZ zal patiënte intensief begeleiden en ook letten op tekenen van (dreigende) ontregeling van somatische zorg, en zal tijdig de huisarts inschakelen.

Huisarts, GGZ en thuiszorg zullen patiënte begeleiden en samenwerken om therapietrouw bevorderen, en ziekenhuisopnames proberen te voorkomen.

Er wordt een diëtiste ingeschakeld i.v.m. ondervoeding.

#### *Proactief behandelplan*

GGZ en psychiatrie stellen een plan op voor inzet psychofarmaca bij (dreigende) psychiatrische ontregeling.

Indien patiënte moet worden opgenomen i.v.m. somatisch probleem met relatief stabiel psychiatrisch beeld wordt gekozen voor de geriatrie met longziekten en psychiatrie altijd in medebehandeling. Indien patiënte psychiatrisch niet stabiel is wordt gekozen voor opname op een medisch-psychiatrische unit. Acute opname in verband met psychiatrische ontregeling kan binnen de GGZ gebeuren, indien somatisch stabiel, maar kan laagdrempelig op de MPU plaatsvinden.

Er wordt besloten om af te zien van reanimatie of opnieuw opname op de IC aangezien de cognitieve kwetsbaarheid en doelen van de patiënt.

#### *Taak en rolverdeling*

Huisarts heeft de regie en probeert in overleg met medisch specialisten afspraken te beperken en goed af te stemmen waarvoor doorverwijzingen dienen plaats te vinden.

Aanspreekpunt voor patiënt en echtgenoot is de sociaalpsychiatrische verpleegkundige vanuit specialistische GGZ.

#### *Transmurale samenwerking*

Een kopie van het verslag wordt gestuurd naar alle betrokken zorgverleners (ook de niet aanwezigen).

#### *Herbeoordeling en bespreking*

Een volgend MDB volgt op indicatie.

De uitkomsten van de MDB worden besproken met de patiënt door de huisarts volgens *Samen Beslissen*. Een overzicht van de gemaakte afspraken, rekening houdend met beperkte gezondheidsvaardigheden, wordt opgesteld en meegegeven.

### **OVERZICHT ZORGKOSTEN**

Zorgprofessional	Geen MDB	Wel MDB
Cardioloog	2x per jaar routinecontrole. 3x per jaar SEH presentatie of opname.	Deelname MDB. In consult bij opname op geriatrie. Overleg met huisarts bij vragen.
Longarts	2x per jaar routinecontrole. 3x per jaar SEH presentatie of opname.	Deelname MDB.

		Controles met als doel medicatieoptimalisatie, Controles staken bij stabiele situatie In consult bij opname op geriatrie. Overleg met huisarts bij vragen.
<b>Geriatr</b>	2x per jaar routinecontrole. 3x per jaar SEH presentatie of opname.	Deelname MDB. Opname op geriatrie. Overleg met huisarts bij vragen.
<b>Diëtist</b>	Geen betrokkenheid, waardoor ondervoeding met slechte uitkomsten voor patiënt.	Diëtist betrokken, waardoor ondervoeding verbetert.
<b>Thuiszorg</b>	Minimale thuiszorg betrokken.	Meer betrokken bij begeleiding patiënt. Hierdoor wel betere therapietrouw en eerder opmerken van verslechtering hartfalen.
<b>GGZ</b>	Specialistische GGZ blijft hoofdbehandelaar van bipolaire stoornis	Sociaalpsychiatrisch verpleegkundige neemt deel aan MDB. Actiever betrokken en sociaalpsychiatrisch verpleegkundige is aanspreekpunt.
<b>Huisarts</b>	12x per jaar patiënt op spreekuur.	Deelname MDB. Controle 2x/jaar COPD en CVRM bij stabiele situatie en vaker op indicatie

Totaalplaatje (focus op de personele inzet)

#### Tijdsinvestering MDB

- Voorbereiding psychiater om voorgeschiedenis en problematiek op een rijtje te zetten: 1 uur;
- Secretaresse voor planning van MDB: 30 minuten;
- MDB met cardioloog, longarts, geriatr, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige en huisarts: 5 x 1 uur.

#### Wijzigingen in de zorg na de MDB

- Huisarts of POH halfjaarlijkse controle COPD en CVRM bij stabiele situatie, vaker op indicatie
- GGZ regelmatig huisbezoeken: 6 keer per jaar 30 minuten;
- Inzet diëtiste: 3 afspraken van 30 minuten;
- Thuiszorg 3 keer per dag voor medicatietoezicht: 1 uur verzorgende.

#### Besparingen door MDB

- Sanering medicatie: minder pillen;
- Staken routinecontroles poli: 3 keer 2 controles bij 3 specialisten, resulterend in 2 uur tijd over voor de arts;
- Minder SEH presentaties en opnames: minder inzet artsen en verpleegkundigen voor SEH beoordeling en opnames vanuit cardiologie en longgeneeskunde

## **CASUS B**

### **VOORBEREIDING**

#### **Aanleiding voor MDB:**

In het poliklinisch oncologisch traject van een patiënte van 57 jaar met meerdere chronische aandoeningen, wordt de thuissituatie onhoudbaar doordat er klachten ontstaan tijdens de behandeling ten gevolge van de nevenaandoeningen. Patiënte heeft cognitieve problemen ten gevolge van een contusio cerebri en multiple sclerose en kan het traject niet goed overzien. Dit levert stress op, dat weer klachten geeft van spasticiteit waardoor zij pijnklachten ervaart. De chemotherapie die zij krijgt voor haar mammacarcinoom verergert de spasticiteit nog meer en leidt tot toename van pijnklachten, waardoor ze niet goed slaapt. Daarnaast piekert ze veel over haar toekomst. Zij is geagiteerd en uit zich boos naar haar partner.

Partner is mantelzorger en is thuis met een burn-out. Hij kan het traject niet goed ondersteunen. Bovendien is de zorg op dit moment voor patiënte niet optimaal. De klachten interfereren met elkaar.

De oncoloog verwacht problemen in zijn curatief behandeltraject, zoals herhaaldelijke opnames, en dat patiënte het traject onvoldoende aan kan. Daarnaast ziet hij dat patiënte door haar cognitieve beperkingen onvoldoende overzicht houdt, en haar partner haar op dit moment niet kan ondersteunen. De pijnklachten door haar spasticiteit leiden tot extra psychosociale belasting. De oncoloog trachtte e.e.a. te couperen met pijnstilling (morfine) maar patiënte wordt daar duf van en wil dat liever niet. Het stel lijkt het emotioneel niet aan te kunnen.

De oncoloog heeft al even met de huisarts overlegd, die de zorgen deelt. Beide artsen besluiten dat de overige behandelaars betrokken moeten worden om het behandeltraject te optimaliseren door patiënte kort gezamenlijk goed te begeleiden voor haar diversiteit aan klachten.

Er wordt een MDB geregeld door de oncoloog met de collega's in het ziekenhuis, en de huisarts.

#### **Voorbereiding met behulp van Elektronisch Patiënten Dossier:**

##### *Voorgeschiedenis*

1988 Diabetes Mellitus, waarvoor insuline

1995 irritable bowel syndrome

2000 Multiple Sclerose, secundair progressief

2015 hypertensie

2018 myocardinfarct

2020 contusio cerebri na val uit rolstoel (met cognitieve problemen)

2022 visusproblemen tgv DM

2023 mammacarcinoom waarvoor chemotherapie

Overige problemen:

Overgewicht

### *Medicatielijst*

- Fampridine 10 mg tablet, 3dd2
- Tolperison 3dd50mg
- Macrogol poeder 1dd1
- Microlax 1dd1-2
- Omega3 vetzuur
- Rivaroxaban 10mg 1dd1
- Losartan/hydrochloorthiazide 100/12,5 mg 1dd1
- Multivitamines, waaronder B12 en D

### *Overzicht actuele behandelaren, behandelingen, behandeldoelen en prognose*

Neuroloog: secundair progressieve multiple sclerose met spastische tetraparese. Patiënte wordt begeleid door gespecialiseerd MS verpleegkundige. Zij bezoekt de poli jaarlijks en slikt Fampyra. De neuroloog controleert de Multiple Sclerose.

Gespecialiseerd MS verpleegkundige: begeleidt i.v.m. psychosociale problemen en bij vragen. Tot nog toe ging het relatief goed wat de Multiple sclerose betrof. De gespecialiseerd MS-verpleegkundige heeft korte lijnen met de revalidatiearts en de neuroloog.

Uroloog: begeleidt voor controles van de neurogene blaas bij multiple sclerose waarvoor een suprapubisch katheter.

Revalidatiearts: coördineert de behandeling van de functionele gevolgen van haar Multiple Sclerose (bijv. spasticiteitsbehandelingen) en haar cognitieve belemmeringen. Patiënte is sinds 2000 onder begeleiding van de revalidatiearts voor de klachten bij haar multiple sclerose. In 2020 heeft zij voor haar contusio cerebri poliklinisch gerevalideerd door middel van 'cognitieve revalidatie'. Zij bezoekt elke 3 maanden het spasticiteitsspreekuur om het scharen van haar benen te verminderen, waarbij er naast spasmolytica ook behandeld wordt met botulinetoxine-injecties; doel van de spasticiteitsbehandeling is, dat zij transfers over stand met een sta-moment kan uitvoeren (noodzakelijk voor zelfstandige toiletgang), comfortabel zit in haar elektrische rolstoel, en nachts goed slaapt zonder pijnlijke krampen.

Internist: bloeddruk en diabetes mellitus zijn onder controle. Buiten jaarlijkse policonroles om geen actieve bemoeienis.

Cardioloog: buiten jaarlijkse follow-up geen actieve bemoeienis.

Oogarts: controleert de visus i.v.m. de diabetes mellitus.

Oncoloog en verpleegkundig specialist: behandeling mammacarcinoom met chemotherapie (curatief)

### *Biopsychosociaal functioneren*

Somatisch:

Patiënte heeft een spastische tetraparese en is rolstoel gebonden. Zij kan haar transfers verrichten met een kort sta-moment (bijv. toiletgang). Doordat haar beide armen paretisch zijn (links meer dan

rechts) gebruikt zij een elektrische rolstoel met joystick besturing. Aan en uit kleden gaat met hulp, tot nog toe door de partner. De spasticiteit wisselt op de dag en is mede afhankelijk van emotionele stress, internistische prikkels (bijv. een blaasontsteking) en pijn. Sinds de diagnose 'borstkanker' slaapt ze slecht door nachtelijke krampen, heeft ze pijn bij het zitten overdag in haar rolstoel. Dat leidt tot geagiteerd zijn.

Zij heeft een suprapubische katheter i.v.m. neurogene blaasproblematiek. Intermitterend katheteriseren lukt namelijk niet door de gebrekkige handfunctie.

Psychisch/cognitief:

Sinds de contusio cerebri is zij wat emotioneel ontremd. Ze kan kortaf reageren en is snel boos. Er waren lichte cognitieve problemen (inprenting, geheugen, overzicht houden, plannen en handelen) die sinds de contusio cerebri zijn verslechterd. Na de cognitieve revalidatie heeft zij compensatie strategieën aangeleerd waardoor zij goed functioneert (bijv. notities maken, agenda bijhouden). Zij vindt het emotioneel zwaar sinds het mammacarcinoom. Zij is kortaf en reageert zich soms af op haar man. Ook al zijn de kansen gunstig dat het traject curatief is, is ze angstig en somber en piekert ze veel. De pijn die ze overdag en nachts ervaart zorgen er naast de somberheid voor, dat ze in een vicieuze cirkel belandt.

Sociaal

Het stel is kinderloos en leeft een teruggetrokken leven. Nauwelijks tot geen steunend netwerk. Partner werkt parttime in de IT en zorgt tevens voor zijn vrouw. Hij is momenteel thuis met een burn-out (mede ook door de situatie rondom zijn vrouw). Op dit moment is er geen balans in het systeem. Hij kan de negativiteit van zijn partner niet verdragen.

#### **Voorbereiding met patiënte en partner:**

##### **Hulpvraag**

Patiënte wil van de pijn af, en wil graag positieve ervaringen om het traject vol te kunnen houden.

Zij wil op een of andere manier overzicht (dagelijks en over het traject) dat ze nu niet meer heeft.

Zij wil haar man niet belasten.

**Mantelzorger/partner:** wil graag zijn vrouw kunnen ondersteunen

Algemene doelen: patiënte stelt het leven in het hier en nu voorop. Dat houdt in dat ze op dit moment haar kwaliteit van leven zo goed mogelijk wil hebben. Het oncologisch traject valt haar zwaar en zou beter verdragen moeten worden. Zij wil graag haar positiviteit en strijdvaardigheid hervinden en haar man niet overbelasten.

##### **BESPREKING MDB**

*Aanwezig zijn de oncoloog, huisarts, de neuroloog, de verpleegkundig specialist oncologie en de revalidatiearts. De uroloog worden de bevindingen meegedeeld. Overige behandelaars zijn niet benaderd.*

Er wordt besproken dat de klachten van haar contusio cerebri (cognitieve problemen) en de multiple sclerose (tetraparese, spasticiteit, pijn) interfereren met haar behandeltraject voor het mammacarcinoom. Er spelen naast fysieke klachten door toename spasticiteit waardoor pijn, ook



psychosociale problemen waardoor het systeem niet in balans is. Partner houdt het niet vol. Er is ondersteuning nodig.

Er is behoefte aan **pro-actievere begeleiding** voor haar functioneren, het voorkomen en behandelen van pijn ten gevolge van spasticiteit en emotionele ondersteuning voor patiënte en partner. In principe zijn de zorgverleners voorhanden. Men dient alleen pro-actiever samen te werken.

#### *Overzicht over het traject*

Besloten wordt dat de oncoloog het behandelplan op papier zet voor patiënte en dat patiënte laagdrempelig contact kan opnemen met de verpleegkundig specialist om e.e.a. bij vragen te bespreken; dit om het overzichtsprobleem tgv cognitieve problemen te ondersteunen en om angst en piekeren te verminderen.

#### *Optimaal behandelplan*

De revalidatiearts neemt een actievere rol door de toegenomen spasticiteit van patiënte te behandelen (d.m.v. orale medicatie, spasmolytica; en door focale spasticiteitsbehandeling met botulinetoxine). Hij biedt tevens aan om de fysiotherapeut en ergotherapeut poliklinisch in te zetten om te inventariseren of de hulpmiddelen bij deze tijdelijke functionele achteruitgang voldoende zijn en om haar fysiek te ondersteunen (behandeling d.m.v. rekken- en strekken bij spasticiteit, conditioneel verbeteren). De psycholoog van het behandelteam plant gesprekken met patiënte om haar te ondersteunen m.b.t. verwerking en coping. Ook het systeem wordt begeleid: partner wordt uitgenodigd bij een gesprek.

Er wordt tijdelijk thuiszorg gerealiseerd om partner te ontlasten.

#### *Psychosociale ondersteuning*

Naast de ondersteuning voor patiënte, wordt de praktijkondersteuner van de huisarts ingeschakeld om gesprekken te voeren met partner en om het systeem thuis te begeleiden, en zodat hij ruimte heeft voor zijn eigen verwerking.

#### *Taak en rolverdeling*

Regieondersteuner: oncoloog

Aanspreekpunt: verpleegkundig specialist oncologie

#### *Herbeoordeling en bespreking*

Er wordt geen herbeoordeling/bespreking afgesproken en de routinecontroles worden afgebouwd. De oncoloog en de revalidatiearts houden intensiever contact ten tijde van de oncologische behandeling. Bovendien volgt patiënte naast haar oncologisch traject een kortdurend revalidatietraject, daarna wordt dit overgedragen aan de eerste lijn met concrete behandeldoelen. Ook routinecontroles bij stabiele bloeddruk, goed ingestelde diabetes en st na hartinfarct worden in overleg met de cardioloog, en internist aan de huisarts overgedragen

### **OVERZICHT ZORGCOSTEN**

Zorgverlener	Geen MDB	Wel MDB
Internist	1x per jaar routinecontrole.	geen
Cardioloog	1x per jaar routinecontrole.	geen
Oogarts	1x per jaar routinecontrole.	1x per jaar routinecontrole.

<b>Uroloog</b>	2x per jaar routinecontrole.	Op indicatie, suprapub wissel door huisarts Lezen van bevindingen uit MDB.
<b>Neuroloog</b>	2x per jaar controle MS behandeling.	2x per jaar controle MS behandeling Deelname MDB.
<b>Gespecialiseerd MS verpleegkundige</b>	4x per jaar begeleiding functionele gevolgen MS	Taken worden overgedragen aan de revalidatiegeneeskunde.
<b>Oncoloog</b>	Poliklinische controle mammacarcinoom (frequentie mede afhankelijk chemotherapie)	Controles ongewijzigd Deelname MDB. Opschrijven behandelplan. Intensief contact met revalidatiearts.
<b>Oncologisch specialistisch verpleegkundige</b>	Poliklinische controle (frequentie mede afhankelijk van chemokuren).	Controles ongewijzigd Deelname MDB. Aanspreekpunt voor vragen en overzicht.
<b>Revalidatiearts</b>	4x per jaar routinecontroles op spasticiteitssprekuren waarbij tevens aandacht voor neurogene blaasklachten	Deelname MDB. Behandelen toegenomen spasticiteit. Intensief contact met oncoloog. Inzet kortdurend revalidatietraject.
<b>Fysio- en ergotherapeut</b>	Niet betrokken.	Tijdelijk fysiek ondersteunen: in het kader van poliklinische revalidatiebehandeling
<b>Psycholoog</b>	Niet betrokken.	Ondersteunen van patiënt in traject: in het kader van poliklinische revalidatiebehandeling
<b>Thuiszorg</b>	Niet betrokken.	Tijdelijk betrokken.
<b>Huisarts</b>	12x per jaar patiënt op spreekuur.	Deelname MDB. Eerste lijn wordt ontlast door heldere afspraken rondom aanspreekpunt en regieondersteuning in het ziekenhuis.

Totaalplaatje (focus op de personele inzet)

### Tijdsinvestering MDB

#### Kosten MDB

- Voorbereiding oncoloog om voorgeschiedenis en problematiek op een rijtje te zetten: 1 uur;
- Secretaresse voor planning van MDB: 30 minuten;
- MDB met oncoloog, de huisarts, de neuroloog, de specialistisch verpleegkundige en de revalidatiearts.: 5 x 1 uur.

### Wijzigingen in de zorg na MDB

- Inzet poliklinische revalidatiebehandeling (oncologische revalidatie/ revalidatie bij MS) (DBC poliklinische revalidatiebehandeling), hieronder vallen:
  - Inzet revalidatiearts (1x 45 minuten, 4x 30 minuten);
  - Inzet fysiotherapeut (12x 60 minuten);
  - Inzet ergotherapeut (6x 60 minuten);
  - Inzet psycholoog (patiënt en partner) (6x60 minuten).

Na poliklinische revalidatiebehandeling wordt de patiënt overgedragen aan de eerste lijn met concrete behandeldoelen.
- Thuiszorg 2 x per dag voor ADL: 1 uur verzorgende.

### Besparing door MDB

- Controle bij de neurologie worden door verminderd door gerichte begeleiding door revalidatietraject (levert 1 uur op)
- Poliklinische controles bij de huisarts worden verminderd door heldere afspraken met welke vragen en klachten patiënte in de tweede lijn terecht kan, en bij wie (levert 2 uur op)
- Staken 1x/ jaar controle cardioloog
- Staken 1x/ jaar controle internist
- Staken 2x/ jaar controle uroloog
- Door het inzetten van de juiste ondersteuning en begeleiding zullen er naar verwachting minder complicaties, SEH presentaties en opnames zijn, en zal patiënte sneller herstellen van de chemotherapie.

## **CASUS C**

### **VOORBEREIDING**

#### **Aanleiding voor MDB:**

Zoon van patiënte met meerdere chronische aandoeningen uit zijn zorgen bij de huisarts, heeft het gevoel dat de gezondheid van zijn moeder op allerlei vlakken uit de pas loopt. Gaat dat wel goed met de aankomende operatie?

Huisarts belt de behandeld geriater op met het verzoek voor een MDB.

De geriater ziet dat bij zijn patiënte met Lewy-Body dementie de diabetes mellitus al langere tijd ontregeld is, en dat er mogelijk twee operaties gepland worden. Dit past mogelijk niet bij de behandeldoelen en mogelijkheden van mevrouw, en de indicatie voor een MDB is gesteld.

#### **Voorbereiding met behulp van Elektronisch Patiënten Dossier:**

##### *Voorgeschiedenis*

- 1999 hartinfarct
- 2005 DM, waarvoor insuline
- 2010 hypertensie
- 2015 val met humerusfractuur rechts, conservatieve behandeling, posttraumatische artrose, veel pijnklachten
- 2017 laaggradig NHLymfoom, waarvoor chemotherapie, nu vergrote milt
- 2018 glaucoom / retinopathie, verminderde visus
- 2020 herseninfarct; geen restschade
- 2020 matige nierinsufficiëntie eGFR 54
- 2020 aanvallen, geduid als epilepsie, waarvoor anti-epileptica
- 2021 cognitieve stoornissen/ hallucinaties, verdenking LewyBody dementie

overige problemen:

- overgewicht, BMI 44
- roken

##### *Medicatielijst*

- cardiovasculaire medicatie: clopidogrel, propranolol, enalapril, simvastatine,
- insuline en metformine
- quetiapine 2x 50mg
- rivastigmine 3-1,5-3mg
- valproïnezuur 2x 500mg, midazolam NS
- omeprazol 2x 40mg
- temazepam 20mg an
- fentanyl 75mcg pleister + zn 200 sl
- methadon 5mg

PCM, vitamines, anti-emetica, laxans

##### *Overzicht actuele behandelaren, diagnoses, behandelingen, behandeldoelen en prognose*

Geriatr: Lewy-Body dementie; medicamenteuze behandeling met onvoldoende effect op hallucinaties; doel: behoud van cognitie en het verminderen van hallucinaties

Neuroloog: epilepsie; medicamenteuze behandeling; doel: aanvallen voorkomen

Internist: diabetes mellitus II slecht gereguleerd, verhoogd cardiovasculair risicoprofiel, chronische nierfunctiestoornissen; medicamenteuze behandeling; doel: voorkomen van complicaties

Hematoloog: pijn bij vergrote milt; pijnmedicatie met onvoldoende effect; doel: pijnbestrijding waarvoor overwogen wordt chemotherapie, operatie of andere pijninterventie

Oogarts: glaucoom, diabetische retinopathie; intravitreale injecties; doel: behoud visie

Orthooped: artrose schouder; pijnmedicatie met onvoldoende effect; doel: pijnbestrijding en functieverbetering

Anesthesioloog: pijnklachten; pijnmedicatie met onvoldoende effect; doel: pijnbestrijding

NB: in het EPD werden er geen aantekening gevonden m.b.t. prognose, en dus werden de behandelaren gevraagd dit voor te bereiden in aanloop naar de MDB

### *Biopsychosociaal en cognitief functioneren*

Cognitieve stoornissen bij Lewy Body dementie. ADL grotendeels zelfstandig maar krijgt drie keer per week hulp bij het douchen. IADL beperkt, wordt hierbij ondersteund door haar zoon (zoals het brengen van maaltijden). Beperkte visus.

Mobiliteit beperkt: loopt binnen met rollator, buitenhuis met scootmobiel. Komt weinig buiten.

Sociaal: behoudens zoon geen netwerk.

### **Vorbereiding met de patiënt en eventuele naasten:**

#### *Hulpvraag*

Patiënte wilt graag van de hallucinaties en pijn af.

#### *Algemene en functionele doelen*

Algemene doelen: patiënte stelt kwaliteit van leven voorop, wat voor haar betekent dat zij tv kan kijken en muziek kan luisteren.

Functionele doelen: het behouden van haar ADL zelfstandigheid, behouden van visus

#### *Behoeft aan regieondersteuning*

Patiënte heeft alleen lager onderwijs gedaan. Bij navraag zijn mevrouw en haar zoon het overzicht kwijt van de verschillende behandelaren en behandelingen. Er blijkt therapieontrouw.

#### *Biopsychosociaal en cognitief functioneren*

Mevrouw staat laat op om 10-11 uur en gaat pas laat om 2-3 uur naar bed. Bij navraag spelen er geen depressieve klachten.

## **BESPREKING MDB**

*Aanwezig:* geriater, internist, diabetesverpleegkundige, anesthesioloog, neuroloog, hematoloog, orthopeed.

### *Ziektespecifieke doelen en behandelingen afgestemd op algemene en functionele doelen*

Er wordt besproken dat de doelen zoals deze besproken staan in de voorbereiding aansluiten bij de doelen van de patiënt, behalve de functieverbetering van de schouder. Voor patiënte staat pijnbestrijding voorop. Daarnaast worden de doelen onvoldoende bereikt door een complex medicatieregime en therapieontrouw.

### *Optimaal behandelregime*

Er wordt besloten om af te zien van een schouderoperatie, maar een aanvullend pijnblok te geven, waarbij eventueel functieverlies wordt geaccepteerd.

Er wordt besloten om de milt niet te opereren, in verband met verhoogd risico op complicaties zoals een delier, en te starten met chemotherapie en na 3 kuren te evalueren.

Er wordt een medicatiereview verricht waarbij een zo eenvoudig mogelijk schema wordt gemaakt waarbij rekening wordt gehouden met het dagritme van mevrouw. Medicatie wordt in een baxterrol gedaan.

Er wordt thuiszorg ingeschakeld voor het ondersteunen met medicatie inname en insulinetoediening. De diëtetic ondersteund haar zoon met het aanvragen van maaltijden die passen bij de leefstijladviezen.

### *Proactief behandelplan*

Prognose van patiënte wordt besproken binnen het team. Er wordt geanticipeerd op mogelijke verslechtering van de situatie, waarbij een intensive care opname niet passend lijkt bij 1) haar cognitieve en functionele beperkingen en de daarmee gepaard gaande risico's op complicaties en 2) haar algemene doelen. Presentatie op een spoedeisende hulp en korte ziekenhuisopnames, passen daar wel bij.

### *Taak en rolverdeling*

De internist wordt aangewezen als regievoerder, en de diabetesverpleegkundige als aanspreekpunt.

De afspraken bij de internist blijven staan, waarbij de controles bij hematoloog en geriater worden beperkt en bij de orthopedie, anesthesioloog, neurologie alleen op indicatie zullen plaatsvinden.

### *Transmurale samenwerking*

Een kopie van het verslag van de MDB wordt gestuurd naar de huisarts. Er volgt kort telefonisch contact over het optimaliseren van de zorg in de thuissituatie (thuiszorg intensiveren, maaltijden bezorgen en voorstel voor activiteitentherapie met geïntegreerde beweging). Zoon van mevrouw krijgt uitleg waar dit aan te vragen.

### Herbeoordeling en bespreking

Een volgende MDB volgt op indicatie. De internist en diabetesverpleegkundige monitoren de voortgang van de behandelingen.

De uitkomsten van de MDB worden besproken met de patiënt volgens *Samen Beslissen*. Mevrouw vindt het voorgestelde plan goed passen binnen haar voorkeuren en doelen, en ook haar zoon ervaart dat de situatie zo rustiger is en beter onder controle.

### **OVERZICHT ZORGKOSTEN**

Zorgverlener	Geen MDB	Wel MDB
Geriatr	2x/jaar poliklinische controle	Geen poliklinische controle, internist overlegt met geriatr zo nodig
Neuroloog	2x/jaar poliklinische controle	Geen poliklinische controle, internist overlegt met neuroloog zo nodig
Internist	3x/jaar poliklinische controle	3x/jaar poliklinische controle
Diabetes vpk	3x/jaar poliklinische controle	6x/jaar poliklinische controle
Hematoloog	Frequent contact i.v.m. pijnklachten onvoldoende onder controle	Geen poliklinische controle, internist overlegt zo nodig
Oogarts	1x/jaar poliklinische controle	1x/jaar poliklinische controle, gecombineerd met afspraak bij de interne geneeskunde
Orthopeed	In afgelopen jaar 3x poliklinische controle, beloop afhankelijk van pijnklachten	Geen poliklinische controle, internist overlegt zo nodig
Anesthesioloog	Frequent contact i.v.m. pijnklachten onvoldoende onder controle	Geen poliklinische controle, internist overlegt zo nodig
Huisarts	Frequent contact met patiënt en familie door gebrek aan overzicht	Huisarts wordt ontlast met vragen over regie

Totaalplaatje (focus op de personele inzet)

#### Tijdsinvestering MDB

#### Kosten MDB

- Voorbereiding geriatr om voorgeschiedenis en problematiek op een rijtje te zetten: 1 uur;
- Secretariaat voor planning van MDB: 30 minuten;
- MDB met geriatr, internist, diabetesverpleegkundige, anesthesioloog, neuroloog, hematoloog, orthopeed: 7 x 1 uur.

#### Wijzigingen in de zorg na MDB

- Inzet van thuiszorg, maaltijdbezorging en activiteitentherapie
- Inzet van diëtist
- Uitbreiding van begeleiding door diabetes verpleegkundige

#### Besparing door MDB

- Afzien van schouderoperatie
- Afzien van miltoperatie

- Advance Care Planning voorkomt ongewenste IC opname bij verslechtering
- Routinematige controles bij geriater, neurologie, hematologie, orthopedie, anesthesiologie wordt bespaard