



Het organiseren van een MDO

Handreiking voor de organisatie van
Multidisciplinair Overleg i.h.k.v. de keten
ouderenzorg

Inleiding

Gezien het multidisciplinaire karakter van ouderenzorg, zijn voorwaarden voor de uitvoering van de keten Ouderenzorg de volgende:

- samenwerking en/of overleg met de wijkverpleegkundige;
- samenwerking met/consultatie van de SO (Specialist Ouderengeneeskunde)

Zorg voor ouderen met complexe problematiek wordt door verschillende zorgverleners geleverd. Om deze reden is het van belang dat er sprake is van regelmatig overleg om de geleverde zorg te evalueren en onderling af te stemmen. Wat is een goed model voor een dergelijk overleg? Middels dit document willen wij de praktijkmedewerkers helpen in het organiseren van een MDO in de huisartsenpraktijk.

Belangrijke ingrediënten van een efficiënt en succesvol MDO zijn:

- a. Goede planning en agendasetting (tijd en plaats)
- b. Goede voorbereiding door alle deelnemers
- c. Goede communicatie en vergaderdiscipline
- d. Interesse in en respect voor elkaars werkwijze
- e. Systematiek, zowel in de voorbereiding, als bij de uitvoering
- f. Heldere afspraken en goede verslaglegging
- g. Uitvoering en evaluatie conform de afspraken.

Als men zich houdt aan bovengenoemde punten wordt het MDO geen moeizame en slepende zaak die veel tijd kost, maar is het een inspirerende bijeenkomst die energie oplevert, zeker als de gestelde doelen daadwerkelijk gehaald worden

Algemeen

In de literatuur wordt een Multidisciplinair Overleg (MDO) op verschillende manieren gedefinieerd. Wat alle definities gemeen hebben is dat het gaat om (structureel) overleg tussen professionals van verschillende disciplines waarin de onderlinge samenwerking besproken wordt. De verschillen tussen de definities hebben betrekking op de inhoud van het MDO. Het MDO kan betrekking hebben op de zorg van individuele patiënten. Vaak is de patiënt en diens mantelzorgers hier ook bij betrokken. Maar ook een gehele groep patiënten, in dit geval ouderen met complexe problematiek. Het kan hier gaan om het bespreken van de wijze van doorverwijzing, bereikbaarheid, taakverdeling, het signaleren van knelpunten of tekorten in de zorg etc.

Het MDO heeft als doel: **Komen tot een gezamenlijk gedragen beleid om de geboden zorg af te stemmen en te anticiperen op mogelijke problemen en ten behoeve van het welbevinden van de oudere.**

Pluspunten

- Betere samenwerking;
- Vaststellen van een gezamenlijke opvatting over goede zorg;
- Verbetering van effectiviteit en doeltreffendheid;
- Continuïteit van zorg;
- Elkaar aanvullen qua deskundigheid en leren van elkaars werkwijze;
- Goed inschatten van de voor- en nadelen per discipline m.b.t. deelname aan het samenwerkingsverband;
- Signaleren van knelpunten of tekorten in de zorg.

Nadelen (belemmeringen)

- Het kost extra tijd (organisatie, coördinatie en het overleg zelf);
- Verlies van eigen identiteit;
- Trage besluitvorming;

- De disciplines werken in verschillende organisaties, waardoor planning van overleg moeilijk kan zijn;
- Het kan tot conflicten leiden (door o.a. tegengestelde doelen, verschillende normen, onduidelijke doelen).

Organisatie

Deelnemers

In het zorgproces zijn verschillende spelers te onderscheiden en is er één person eindverantwoordelijk, de huisarts. De huisarts zal taken delegeren aan de zorgcoördinator. Deze persoon is verantwoordelijk voor de praktische zaken en de afstemming met de oudere. Dit betreft bij zelfstandig wonende ouderen de POH of de wijkverpleegkundige (WVK).

De oudere zelf en/of een familielid neemt als regel niet deel aan het MDO, simpel omdat het MDO dan veel meer tijd vergt. Om de zorg goed aan te laten sluiten op de problemen en wensen van de oudere, vindt er zowel voor- als achteraf uitvoerig overleg met de oudere plaats, als regel door de zorgcoördinator. De oudere geeft, liefst schriftelijk, toestemming voor het houden van een MDO. De deelnemers aan het MDO kunnen wisselen per situatie.

Het kernteam van het MDO bestaat uit huisarts, POH en WVK. Eventueel nemen, op indicatie ook POH GGZ, trajectbegeleider dementie, paramedici, SO* en/of apotheker deel.

*Een SO kan adviserend deelnemen aan het MDO, ook als deze niet direct betrokken is bij de zorgverlening aan de betreffende oudere. Echter, het is zeer aan te raden om bij meer complexe problematiek de SO daadwerkelijk in consult te vragen, zodat deze zich zelf een oordeel kan vormen over de situatie van de oudere.

Frequentie

De frequentie van het houden van een MDO staat niet vast. In overleg en zo nodig kan een overleg ingepland worden. Idealiter vindt het MDO bij ouderen met complexe problematiek minimaal 1 keer per jaar plaats, zo mogelijk elke 6 maanden of zo vaak als nodig (na acute verslechtering en specifieke problemen). Tijdstip en plaats liggen vast. Per oudere is er ca. 15 min tijd. De zorgcoördinator ziet erop toe dat 'haar' oudere elke 6-12 maanden besproken wordt.

Uitvoering, taken en verantwoordelijkheden MDO

Hoe te starten?

- 1) overleg met de potentiële deelnemers:
 - is men het eens over de doelstelling van het MDO?
 - welke ouderen worden besproken, hoeveel zijn dat?
 - deze ouderen eens per jaar bespreken of vaker?
 - taakverdeling: planner, voorzitter, notulist
 - bespreek planning, tijdstip, locatie
 - samenstelling
 - opzet: hoeveel tijd, wat wordt voorbereid en door wie
- 2) voer de eerste MDO's (15 – 30 min per oudere)
- 3) evalueer het proces na 6 maanden: wat gaat goed, wat moet aangepast?

Vorbereiding MDO

	actie	wat	wie
1	Planning overleg	Datum, tijd, plaats, Welke patiënten Welke deelnemers	Planner

2	Agenda sturen ¹	Idem Tijdstip per patiënt aangeven	Planner
3	Probleeminventarisatie per patiënt ²	Adhv SFMPC-model	Zorgcoördinator
4	Vorbereiding per patiënt ³	Eigen dossier doornemen Informatie selecteren Vragen formuleren	Allen
5	Delen informatie	Geselecteerde informatie en geformuleerde vragen rondsturen	Allen

Uitvoering MDO

	actie	wat	wie
1	Welkom	Evt kort voorstelrondje Verslaglegging afspreken	Voorzitter ⁴
2	Per patiënt (tijdsbewaking!)	Probleeminventarisatie en geformuleerde vragen inbrengen	Zorgcoördinator
3		Algemeen zorgdoel formuleren / checken	Voorzitter
4		Problemen kiezen ter bespreking adhv wensen patiënt en risico analyse	Allen
5		Formuleren specifieke zorgdoelen per probleem	Allen
6		Interventies en evaluatie moment afspreken, inclusief 'wat als ...'	Allen
7		Keuzemogelijkheden en terugkoppeling naar de patiënt afspreken	Allen
8	Afsluiting	Afspraken verspreiding verslag ⁵ en tussentijdse communicatie Dankwoord	Voorzitter

¹ Minimaal 1 week voor het MDO wordt een agenda rondgestuurd (per mail).

² De zorgcoördinator stelt zich vooraf op de hoogte van de actuele problemen van de oudere en diens wensen en mogelijkheden, liefst aan de hand van een gestructureerde methode. Het aantal te bespreken problemen en vragen is per MDO praktisch gezien beperkt. Het is daarom zaak om snel overeenstemming te bereiken over de belangrijkste: welke vormen de grootste bedreiging voor het welbevinden van de oudere? Per gekozen probleem wordt een specifiek zorgdoel geformuleerd en worden mogelijke interventies besproken. Het liefst in de vorm van keuzes die met de oudere besproken kunnen worden. Als meer tijd nodig blijkt, dan wordt op kortere termijn een volgend MDO afgesproken.

³ Alle deelnemers bereiden zich voor op de te bespreken ouderen en nemen deze informatie ook mee: de actuele probleeminventarisatie en het oude zorgbehandelplan, een uitdraai van het HIS en een actuele medicatielijst, het zorgdossier (indien verzorging aanwezig). Allen formuleren vooraf gerichte vragen

⁴ Een succesvol MDO kent een strakke planning, alle deelnemers houden zich aan de regels voor efficiënt vergaderen. Het is de taak van de voorzitter om ervoor te zorgen dat de problemen en de deelnemende personen voldoende aan bod komen. Wie de voorzitter is, is niet heel relevant. Daarin kunnen per groep verschillende keuzes gemaakt worden.

⁵ Wie de notulist is, is niet heel relevant. Daarin kunnen per groep verschillende keuzes gemaakt worden. Van belang is dat dit vooraf goed afgesproken is, en dat men kort en helder verslag doet, zodat het ook voor afwezige hulpverleners duidelijk is.

Na het MDO

	actie	wat	wie
1	Verslaglegging	Algemene punten overleg	Notulist
2	Per patiënt ^{6,7}	Concept aanpassing zorgbehandelplan	Zorgcoördinator
3		Afstemming met patiënt	Zorgcoördinator
4		Definitief zorgbehandelplan opstellen en rondsturen	Zorgcoördinator
5		Uitvoeren interventies	Allen
6		Monitoring uitvoering en effect	Zorgcoördinator
7		Aanleveren verslag en informatie effect interventies	Allen
8	Agenda volgend MDO		Planner

⁶ De zorgcoördinator past het zorgbehandelplan aan. Alle deelnemers zijn zelf verantwoordelijk voor de notities in het eigen dossier.

⁷ Na het MDO wordt de oudere geïnformeerd over de gesignaleerde risico's en mogelijke interventies. Dit doet de zorgcoördinator. Als er belangrijke en specifiek medische interventies nodig zijn, zal de arts dit doen. Na instemming van de oudere worden de afgesproken interventies uitgevoerd. De zorgcoördinator ziet erop toe dat dit gebeurt en houdt een vinger aan de pols. Zij zorgt er ook voor dat er binnen de afgesproken evaluatietermijn informatie tav het verloop en effect van de interventie is en gedeeld wordt.