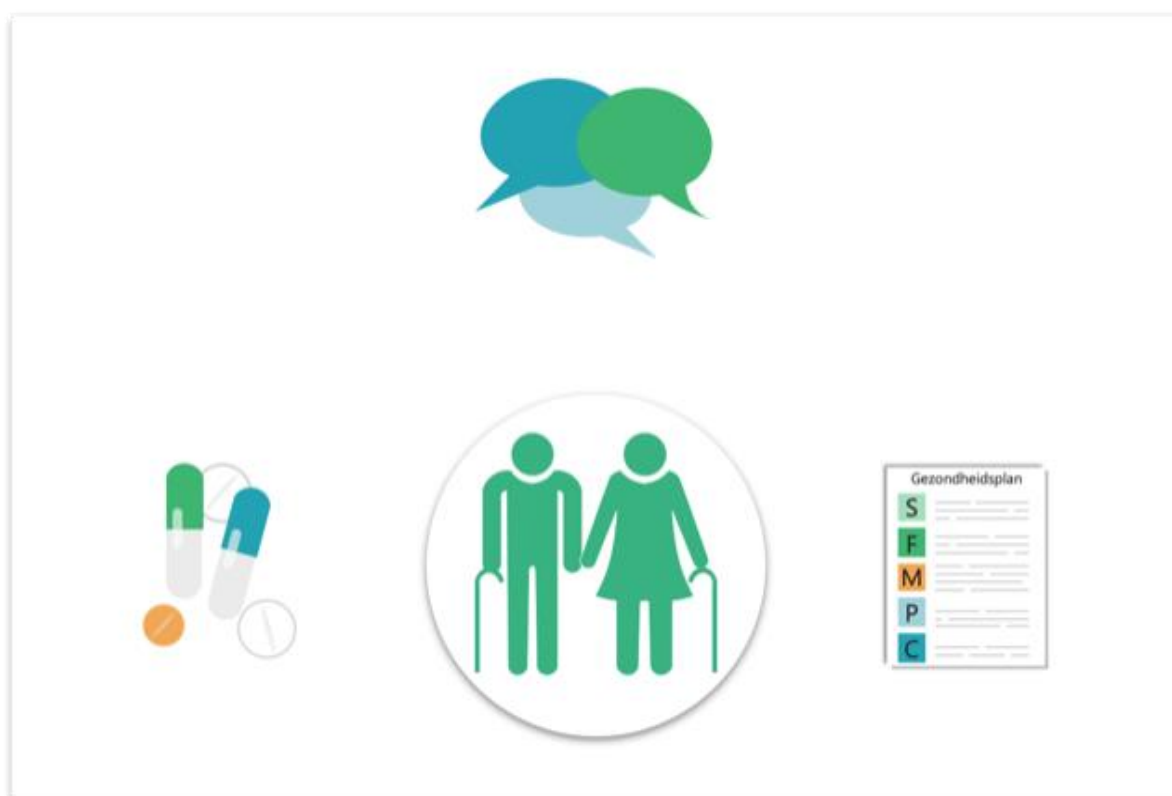


# Handreiking MDO Kwetsbare Ouderen

Regio Midden-Brabant



# Inhoud

Inhoud .....	1
1. Inleiding.....	2
2. Doelgroep .....	3
3. Samenstelling MDO .....	4
4. Organisatie.....	5
5. Patiënten informatie delen.....	6
6. Spelregels .....	6
7. Tips .....	7
8. Cyclisch werken .....	7
9. Taken.....	8
10. Bronnen.....	9
Bijlage 1: Registratie Kwetsbare Ouderen .....	10
Bijlage 2: VIPLive samenwerken rondom MDO .....	11
Bijlage 3: Format voorbereiding zonder VIPLive Samenwerken.....	12

# 1. Inleiding

Ouderenzorg in de eerste lijn is veelzijdig. De zorgvragen en ondersteuningsbehoefte lopen zeer uiteen vanwege de multi-domeinproblematiek bij kwetsbare ouderen. Regelmatig zijn er verschillende professionals betrokken bij kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers.

Goede ouderenzorg betekent persoonsgerichte, proactieve en multidisciplinaire zorg en ondersteuning.

Om hiertoe te komen is het nodig om inzichten en interventies van de betrokken professionals te integreren. Door gezamenlijke afstemming in een gezondheidsplan wordt overlap en doorkruising van behandelstrategieën en plannen voorkomen. Hierbij staan de doelen van de kwetsbare oudere centraal. Dit gezamenlijk gezondheidsplan zorgt voor een passend, persoonsgericht aanbod en draagt bij aan de juiste zorg op de juiste plek.

Deze handreiking biedt huisartsenpraktijken ondersteuning bij het vormgeven van het **Multi Disciplinair Overleg kwetsbare ouderen** ter verbetering van kwaliteit van zorg en regionale samenwerking tussen ketenpartners.

## Doel MDO

Doel: komen tot een **gezamenlijk** gedragen beleid om de geboden zorg af te stemmen en te **anticiperen** op mogelijke problemen ten behoeve van het **welbevinden** van de oudere.

Het MDO is onderdeel van een cyclisch proces, waarbij;

- de problemen en wensen van de oudere geïnventariseerd worden,
- informatie wordt uitgewisseld,
- zorgdoelen worden vastgesteld en interventies worden afgesproken,
- eerdere interventies worden geëvalueerd.

Het vaststellen van (zorg)doelen maakt dat het voor alle hulpverleners, voor de oudere en diens naasten, duidelijk wat haalbaar is.

Naast deze doelstellingen biedt het MDO nog een aantal voordelen:

- deelnemers leren van elkaar;
- de onderlinge samenwerking en communicatie verbetert, wat wijkgericht werken stimuleert.

## Uitgangspunten voor het MDO

- Bij iedere kwetsbare oudere is een geriatrisch assessment (Trazag / Orion) afgenomen.
- Voor iedere kwetsbare oudere is / wordt een gezondheidsplan gemaakt.
- Het gezondheidsplan en MDO zijn onderdeel van een cyclisch proces.
- De oudere en zijn naasten worden voorafgaand aan het MDO – en nadien - betrokken bij het opstellen, evalueren en bijstellen van het gezondheidsplan, zij zijn niet fysiek aanwezig.
- De huisarts is aanwezig bij het MDO.

### Toestemming

Wie een behandelrelatie heeft met de patiënt *mag* in het kader van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst overleggen met direct betrokken professionals *zonder* nadrukkelijke toestemming van de patiënt.

Echter tijdens het MDO zijn meestal ook niet direct betrokken professionals aanwezig. Dan is in het kader van de Algemene Verordening Gegevensbescherming *toestemming* van de patiënt nodig.

**Het advies is te allen tijde toestemming te vragen aan de patiënt en dit te noteren in het HIS.**

Benoem richting patiënt dat de Specialist Ouderengeneeskunde aansluit. De kosten van dit consult met de SO gaan af van het eigen risico van de patiënt, net zoals een bezoek aan de medisch specialist in het ziekenhuis.



## 2. Doelgroep

Binnen de groep kwetsbare ouderen is sprake van een grote diversiteit in problematiek en zorgsituatie. Dit loopt uiteen van laag complex tot zeer complex. Met elke kwetsbare oudere wordt een gezondheidsplan opgesteld, wat cyclisch wordt besproken in het kernteam. Niet elke kwetsbare oudere hoeft besproken te worden in een MDO.

Voor kwetsbare ouderen met een complexe zorgsituatie is een MDO aanbevolen. Het kernteam bepaalt met welke frequentie de oudere in het MDO besproken wordt en bij welke oudere bespreking in het kernteam volstaat.

Bij kwetsbare ouderen met een complexe zorgsituatie is sprake van een combinatie van kenmerken, bv:

- Multimorbiditeit
- Milde tot ernstige cognitieve stoornissen
- Polyfarmacie
- Geriatrische syndromen (vallen, ondervoeding, incontinentie, communicatiestoornis, dementie, depressie)
- Inadequate eigen regiefunctie
- Veelal niet (makkelijk) in staat om reguliere controles te volgen
- Frequente hulpvragen met semi-spoed karakter
- Veel ongeplande zorg nodig
- Alleenstaand
- Geen of weinig ondersteuning vanuit hulpverleners en/of instabiele mantelzorg

### Kernteam

In het zorgprogramma wordt een maandelijks overleg van het kernteam aanbevolen. Tijdens dit overleg worden nieuwe situaties besproken, concept gezondheidsplannen opgesteld en actuele situaties besproken. Ook wordt hier besproken welke patiënten, gezien hun complexe zorgsituatie, besproken moet worden in het MDO.

*Huisarts - POH - Wijkverpleegkundige*

## 3. Samenstelling MDO

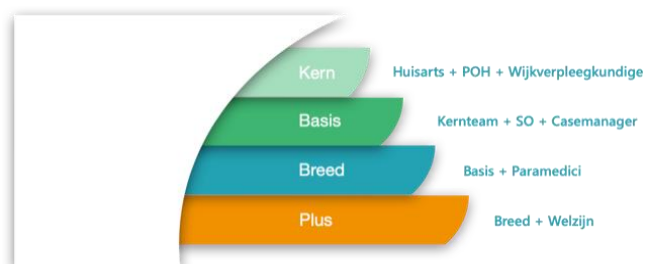
Overwegingen die bij de samenstelling van het MDO een rol kunnen spelen zijn de voorkeur, visie, beschikbare tijd en de ontwikkeling van de ouderenzorg in de praktijk.

Start vanuit het Basis MDO en werk toe naar een van de andere vormen. Ook kan het een keuze zijn dit af te wisselen.

### Basis MDO

Het basis MDO is relatief makkelijk te organiseren en verloopt efficiënt. Een risico hierbij is dat de focus (te veel) op het medisch domein ligt. Zorg voor voldoende inbreng met betrekking tot het sociaal-maatschappelijke domein en welbevinden.

*Huisarts - POH - Wijkverpleegkundige - Specialist Ouderengeneeskunde - Casemanager dementie*



### Breed MDO

Paramedici en verpleegkundigen kunnen gezien hun expertise veel toevoegen aan het MDO ouderen. Vraag hen of en in welke frequentie zij willen deelnemen aan een fysiek MDO. Een breed MDO heeft als nadeel dat het meer organisatie vergt en als voordeel dat het een breder palet aan oplossingsrichtingen biedt.

*Geriatrisch fysiotherapeut - Ergotherapeut (edomah geschoold) – GZ psycholoog - Wijkverpleegkundigen van andere organisaties*

### MDO Plus

Professionals uit het sociaal domein kennen veel ouderen in de wijk. Bovendien hebben zij een andere kijk op welbevinden en participatie. Er zijn ouderen die zich frequent bij de huisarts presenteren met vragen waar sociale problematiek aan ten grondslag ligt. Hier gelden dezelfde voor- en nadelen als beschreven bij het breed MDO.

Let goed op het verkrijgen en noteren van toestemming van de patiënt!

*Welzijnswerker - Mantelzorgconsulent - WMO consulent*

### Deelnemers op uitnodiging

Ook andere professionals kunnen gezien hun expertise veel toevoegen aan het MDO ouderen. Het advies is hen uit te nodigen wanneer het van meerwaarde is voor de patiënt of als leerrendement voor de deelnemers van het MDO. In overige situaties volstaat het vragen van input of advies ter voorbereiding van het MDO.

*Diëtist – Logopedist - SPV-er - Zorgadviseur VVT instelling - Medewerker dagbesteding*

### Verzorgingshuis en kleinschalig wonen

Huisartsen leveren vaak ook de medische zorg aan kwetsbare ouderen in serviceflats, kleinschalig woonvoorzieningen en verzorgingshuizen. Overleg of en in welke frequentie de huisarts aansluit bij het MDO aldaar.

## 4. Organisatie

### Hoe te starten?

1) Bespreek in het kernteam:

- zijn we het eens over de doelstelling van het MDO?
- welke ouderen worden besproken, hoeveel zijn dat er ongeveer?
- in welke samenstelling starten we?
- maak een taakverdeling mbt voorbereiding en voorzitterschap
- bespreek frequentie, planning, tijdstip, locatie
- bespreek communicatie en registratie

2) voer de eerste MDO's uit

3) evalueer het proces na 6 maanden: wat gaat goed, wat moet aangepast?

### Frequentie

Een MDO vindt in totaal 4 - 6 keer per jaar plaats per huisarts. Ook hierbij spelen afwegingen als visie, voorkeur en beschikbare tijd een rol. Voorbeeld van jaarplanning:

2 x per jaar basis MDO voor zelfstandig wonende ouderen;

aangevuld met 2 x per jaar breed MDO voor zelfstandig wonende ouderen;

en eventueel 2 x per jaar sluit de huisarts aan bij het MDO in het verzorgingshuis.

### Planning

Eens per jaar wordt een jaarplanning gemaakt en gedeeld met ketenpartners.

In een overleg van 1 uur kunnen gemiddeld 6 – 8 situaties besproken worden.

Indien de POH werkt voor meerdere huisartsen binnen 1 locatie (al dan niet in maatschap) is het praktisch de MDO's gezamenlijk te doen. Dit betekent uiteraard dat er minder ouderen per huisarts besproken kunnen worden. Wel komt het ten goede aan de agendadruk van de POH, de SO en andere deelnemers.

Plan het MDO op een vaste tijd, bij voorbeeld tussen de middag of aan het eind van de dag.

### Fysiek en digitaal

Het fysiek bij elkaar komen van het MDO heeft als voordeel dat je elkaar beter kunt bevragen, leert kennen en weet te vinden. Regel een goede vergaderlocatie (dit kan de huisartsenpraktijk zijn) met voldoende ruimte en rust voor overleg van een uur.

Wanneer het MDO kwetsbare ouderen een terugkerende vaste waarde is in de praktijk en wijk, kan het ook afwisselend digitaal plaatsvinden. Teams en Zoom zijn programma's waarmee je dit op een veilige, eenvoudige manier kunt doen.

### Communicatie

Uitnodigen van deelnemers en communicatie over (de organisatie van) het MDO verloopt via een beveiligde route zoals VIPLive, Zorgmail of Siilo.

### Registratie

Houd bij welke patiënten besproken zijn.

In het HIS kun je door de labcode 'datum bespreking MDO' in te voeren en hierbij de datum in te vullen, op een makkelijke manier overzicht creëren. Door deze datum in de meetwaarde in te vullen wordt het ketendashboard VIPLive gevuld en geeft het overzicht wie, wanneer besproken is. Zie ook Bijlage 1.

## 5. Patiënten informatie delen

Het veilig delen van patiënten informatie kan op verschillende manieren. Een toekomstbestendige manier is het werken in VIPLive Samenwerken. Dit wordt aanbevolen vanuit PrimaCura, omdat het dubbel registratie voor de huisarts en POH voorkomt vanwege de koppeling met het HIS. VIPLive ondersteunt veilig communiceren en helpt het zorgproces te structureren door:

- opstellen van en gezamenlijk werken in geïntegreerd gezondheidsplan
- gezondheidsplan is overzichtelijk ingedeeld in domeinen (SFMPC)
- aan een doel / taak wordt de verantwoordelijke professional, prioriteit en datum toegekend
- overleggen (middels groeps-chat) met alle betrokken professionals rondom 1 patiënt
- versturen van medische gegevens, onderzoeken en uitslagen naar de SO via 'start consultatie' bij voorbeeld ter voorbereiding van een MDO (*vanaf 01-01-2022*)

Meer over werken met VIPLive is te vinden in Bijlage 1.

Ook andere vormen van veilig informatie delen kunnen gebruikt worden bij de organisatie van het MDO.

## 6. Spelregels



Spelregels en verantwoordelijkheden voor deelnemers aan het MDO

1. Data en tijden worden middels een jaarplanning gecommuniceerd.
2. Alleen ingeplande kwetsbare ouderen worden besproken.
3. Een MDO is geen vrijblijvende bijeenkomst, commitment is gevraagd aan betrokken deelnemers.
4. Zorg voor een veilig overlegklimaat waarin men naar elkaar luistert, vertrouwen heeft in elkaar en elkaar onbevooroordeeld kan bevragen.
5. Iedere deelnemer bereidt het MDO voor en zorgt voor input/ update vanuit de eigen discipline - ook wanneer men niet persoonlijk aanwezig kan zijn.
6. Deelnemers aan het MDO vertegenwoordigen de eigen discipline.
7. Iedere deelnemer houdt zich aan het gezondheidsplan dat vastgesteld is in het MDO en stelt het eigen team hiervan in kennis.
8. Elke deelnemer aan het MDO is verantwoordelijk voor de afstemming van de eigen zorg / behandeling met de patiënt.

De huisarts

9. De huisarts is verantwoordelijk voor recepten en eventuele doorverwijzingen.
10. De huisarts is verantwoordelijk voor het medisch beleid en voert met de coördinator de regie over het gezondheidsplan en de doelen die vastgesteld worden.

De coördinator

11. De coördinator heeft de verantwoordelijkheid om de patiënt te informeren over de uitkomst van het MDO.
12. De coördinator is verantwoordelijk voor aanpassen van het gezondheidsplan.

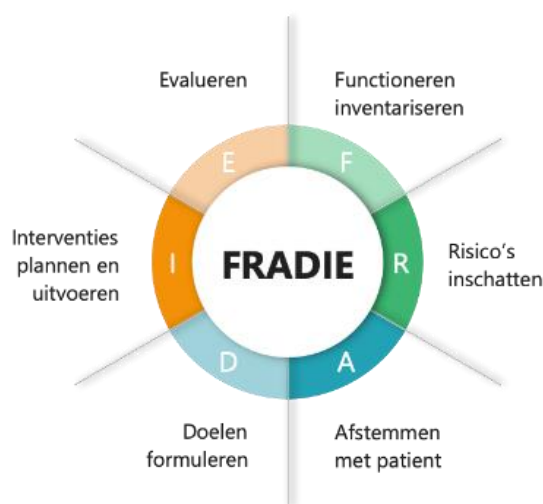
## 7. Tips

- Maak het MDO tot een vast onderdeel van wijkgericht werken in de ouderenzorg. Deel deze verantwoordelijkheid met jouw gehele netwerk. Houd het grotere gezamenlijk doel voor ogen, namelijk goede kwaliteit en continuïteit van zorg en welzijn voor kwetsbare ouderen en verbetering van samenwerking met ketenpartners.
- Richt het MDO in zoals het voor jullie praktijk wenselijk, nodig en haalbaar is. Werk vanuit het kernteam richting Basis MDO en bereid dit na verloop van tijd uit.
- Houd je aan de afgesproken tijd voor het MDO.
- Huisartsen zijn vaak goede voorzitters, ze zijn goed in doorvragen en tijd bewaken.
- Evalueer het MDO na afloop met de deelnemers. Stem wensen, verwachtingen en verbeterpunten met elkaar af. Pas een verbetercyclus toe op dit proces.



## 8. Cyclisch werken

Cyclisch werken – waarbij het zorgproces wordt geëvalueerd en bijgesteld - leidt tot een passend aanbod en continuïteit van zorg en behandeling aan de kwetsbare oudere en systeem.



<b>F</b> unctioneren inventariseren	middels het SFMPC model
<b>R</b> isiko's inschatten	oa veiligheid, mantelzorg, zorgproblematiek
<b>A</b> fstemmen	met de oudere en diens systeem
<b>D</b> oelen formuleren	in het gezondheidsplan
<b>I</b> nterventies	plannen en uitvoeren
<b>E</b> valuatie	en bijstellen van het gezondheidsplan



## 9. Taken

VOOR		
Wat	Actie	Wie
Casuïstiek 2 weken voor overleg	Nagaan bij huisarts / kernteam welke patiënten bespreken met welke vraag?	POH
Reminder & casuïstiek 2 weken voor overleg	Nagaan via VIPLive / mail bij vaste deelnemers welke patiënten bespreken met welke vraag?	POH
Toestemming & eigen bijdrage	Toestemming patiënt noteren in HIS in verband met AVG.	POH
Uitnodiging	Bespreek met de patiënt dat de Specialist Ouderengeneeskunde aansluit. De kosten van dit consult met de SO gaan af van het eigen risico van de patiënt	POH
Agenda	Eventueel andere deelnemers uitnodigen (VIPLive / mail)	POH
Vorbereiding 1 week voor overleg	op basis van casus / expertise	POH
Vorbereiding 1 week voor overleg	Inhoudelijk voorbereiden MDO	Allen
Tijdens		
Wat	Actie	Wie
<b>Veilig en constructief overleg klimaat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Openen overleg</li> <li>• Korte voorstelronde en uitleg doel en spelregels.               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Overleg leiden, tijd bewaken</li> <li>○ Patiëntperspectief bewaken</li> <li>○ Gelijkwaardigheid inbreng van deelnemers bewaken</li> </ul> </li> </ul>	Voorzitter
<b>Efficiënt overleg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nieuwe patiënten inbrengen               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Voorgeschiedenis</li> <li>○ Relevante info uit geriatrisch assessment</li> <li>○ Vraag aan MDO</li> </ul> </li> <li>• Update en evaluatie van eerder besproken patiënten Huidige situatie wordt besproken vanuit eigen professionaliteit, visie en aandachtspunten.</li> </ul>	Coördinator  Allen
<b>Registratie</b>	Noteer kort actuele zaken en uitgezette acties om later te werken in het HIS	POH
Na		
Wat	Actie	Wie
Registratie	Noteer actuele zaken en uitgezette acties in het HIS.	POH
Terugkoppeling	Terugkoppeling gezondheidsplan en voorgestelde acties naar patiënt & mantelzorger	Coördinator
Gezondheidsplan	Uitwerken en communiceren van het (nieuwe) gezondheidsplan met alle betrokken ketenpartners	Coördinator
Circulair werken	Inplannen evaluatie in een volgend MDO. Ingeschatte termijn voor evaluatie kan in de praktijk eerder / later nodig zijn.	Coördinator

## 10. Bronnen

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen  
*NHG en V&VN*

Eerstelijns gestructureerd periodiek overleg (GPO) over ouderen met complexe problematiek  
*Laego-LUMC-MOVIT*

Handreiking Multidisciplinair overleg (MDO)  
*Verenso*

Zorgprogramma kwetsbare ouderen Midden-Brabant  
*RCH en Thebe*

Vragenlijst MDO ouderenzorg  
*PrimaCura*

Handreiking: voor een gestructureerd en efficiënt MDO ouderenzorg in de eerste lijn.  
*Chronos Zorggroep*

Handleiding Multi Disciplinair Overleg voor een gestructureerd en efficiënt MDO.  
*Ketenzorg West-Friesland*





OCE Nijmegen 2019 Zorgprogramma ouderenzorg

## Bijlage 1: Registratie Kwetsbare Ouderen

Dit advies is bedoeld om de registratie binnen de Module Kwetsbare Ouderen te structureren en te uniformeren. Voordelen hiervan zijn:





- informatie is makkelijk op vergelijkbare plaats vindbaar in HIS, ook tijdens ANW-uren;
- zicht op de populatie (mogelijk) kwetsbare ouderen in de praktijk via uitwisseling met VIPLive;
- cyclisch werken en proactieve zorg wordt ondersteund door overzicht bij wie MDO, polyfarmacie, ACP-gesprek etc. is gedaan.

### Noodzakelijke registratie in HIS

	<b>A49.01</b>	<b>Ouderenzorg</b> én <b>hoofdbehandelaar ouderen</b> = huisarts of specialist én <b>deelname ketenzorgprogramma ouderen</b> = nee	Patiënt waarbij nog geen TFI is gedaan of die (nog) niet kwetsbaar is bevonden met TFI of Trazag.
	<b>A05</b>	<b>Kwetsbare oudere</b> én <b>hoofdbehandelaar ouderen</b> = huisarts én <b>deelname ketenzorgprogramma ouderen</b> = ja	Patiënt is kwetsbaar bevonden met TFI en ontvangt zorg op basis van module ouderen
	<b>A05</b> <b>+ Labcode / meetwaarde</b>	<b>MDO</b> én voer labcode / meetwaarde in bij 'nieuwe uitslag invoeren': Datum bespreking MDO	Patiënt met complexe (zorg)situatie wordt besproken in het MDO.
	<b>A49.02</b> <b>+ Labcode / meetwaarde</b>	<b>Medicatiebeoordeling</b> én voer labcode / meetwaarde in bij 'nieuwe uitslag invoeren': Datum medicatiebeoordeling	Patiënt met polyfarmacie wordt jaarlijks besproken door huisarts en apotheker.

Bovenstaande registratiecodes zijn ook via het HIS in te vullen via het protocol: PrimaCura Ouderenzorg (jaar)controle.

### Wenselijke registratie in HIS

	<b>A20</b>	<b>Advanced Care Planning</b>	Gesprek met patiënt over wensen en (on)mogelijkheden. Behandelwensenformulier is leidraad.
	<b>P70</b> <b>L49.01</b> <b>T05</b>	<b>Dementie</b> <b>Valpreventie</b> <b>Ondervoeding</b>	Maak episode aan voor alle problemen die de oudere heeft om onderdiagnostiek te voorkomen.
	<b>A05</b> <b>of</b> <b>...</b>	<b>Mantelzorg / 1e contactpersoon</b> <b>Betrokken wijkverpleegkundige of casemanager</b> <b>ZZP indicatie en hoogte</b>	Maak afspraak binnen de praktijk waar de contactinformatie in VIPLive en het HIS terug te vinden is.
	<b>VIPLive</b> <b>en</b> <b>HIS</b>	<b>Gezondheidsplan opgesteld middels SFMPC-model</b>	Maak afspraak binnen de praktijk waar het gezondheidsplan in VIPLive en het HIS terug te vinden is.

## Bijlage 2: VIPLive samenwerken rondom MDO

Om te komen tot een efficiënt MDO is het van belang dat de betrokken SO tevoren de casus goed kan voorbereiden. VIPLive Samenwerken is hier als beveiligd online communicatieplatform het aangewezen medium voor.

Uitnodigen van de deelnemers voor het MDO

- Start een nieuw gesprek zonder dit aan een patiënt te koppelen en selecteer alle deelnemers van het MDO, zet hierin datum en agenda van het MDO (evt als bijlage).
- Aan- en afmeldingen kunnen in dit gesprek doorgegeven worden.
- Let op: inhoudelijke informatie over een patiënt wordt niet in deze groep chat gedeeld, maar in het gesprek en / of gezondheidsplan van de betreffende patiënt.

Informatie delen over een patiënt met de SO ter voorbereiding van het MDO

- Start vanuit het actiescherm van de patiënt een consultatie en selecteer de juiste SO (*mogelijk vanaf 01-01-2022*)
- Vink 'delen medische gegevens' aan, de SO ontvangt dan NAW gegevens, meetwaarden, medicatie en episodes.
- Geef in het vak 'consultatievraag' aan dat je patiënt wilt bespreken in het MDO en vermeld de datum van het MDO.
- Klik 'start consultatie' aan.
- Voeg relevantie info toe via de gespreksfunctie (naast paperclip), kopieer & plak vanuit HIS. Bij voorbeeld het verslag van de screening en problemen SFMPC.
- Sluit af met de vraag aan het MDO.
- Door de informatie digitaal te delen via VIPLive kan de SO de informatie door kopiëren/plakken eenvoudig aan het eigen dossier toevoegen.

Informatie delen over een patiënt met betrokken professionals

- Koppel alle betrokken professionals aan een patiënt – dit heet een 'gesprek'
- Noteer relevante informatie. Bij voorbeeld de probleeminventarisatie SFMPC.
- Sluit af met de vraag aan het MDO.
- Na het MDO noteert de coördinator een terugkoppeling in het 'gesprek' met betrokken professionals van deze patiënt.
- Door de informatie digitaal te delen via VIPLive kunnen alle professionals de informatie door kopiëren/plakken eenvoudig aan het eigen dossier toevoegen.

Gezondheidsplan

- De coördinator (POH – wijkverpleegkundige – casemanager) maakt een gezondheidsplan. Dit plan is zichtbaar voor betrokken professionals, medische gegevens zien zij niet.
- Per probleem / doel / taak wordt de verantwoordelijke professional, prioriteit en datum toegewezen. Dit draagt bij aan persoonsgerichte, proactieve en multidisciplinaire zorg en ondersteuning.

## Bijlage 3: Format voorbereiding zonder VIPlive Samenwerken

Naam / leeftijd / woonsituatie	
Betrokken professionals	
Huisarts	
Coördinator	

Relevante episodes

- 
- 
- 
- 

Relevante informatie uit geriatrisch assessment en / of actuele ontwikkelingen

.....

.....

.....

.....

Vraagstelling voor MDO

.....

.....

.....

Zorgplan

Probleem	Doel	Actie huisartsenzorg (wat, wie)	Actie ketenpartners (wat, wie)	Evaluatie datum