

Leidraad MDO ouderenzorg regio Heerenveen, def 5-2-2019

1. Inleiding

In de regio Heerenveen wordt onder de naam Regioplan gewerkt aan integrale ouderenzorg. Eén van de thema's die in 2018 is gekozen, is beter gebruik maken van de deskundigheid van de specialist ouderengeneeskunde voor patiënten met complexe problematiek in de thuissituatie, door het goed inrichten van MDO en Consult. Daartoe is een aantal malen een werkgroep¹ bij elkaar geweest. Dit document beschrijft hoe het MDO van patiënten in de thuissituatie er uit kan zien. Uiteraard is altijd maatwerk mogelijk.

2. Begrippen

In de regio worden de volgende definities gebruikt:

MDO: Gestructureerd periodiek overleg met verschillende hulpverleners (disciplines)

Regievoerder: Degene die de zorg coördineert bij deze patiënt

Familiegesprek: Een gesprek met patiënt en familie/mantelzorg waarbij één of meerdere hulpverleners aanwezig zijn.

3. Deelnemers MDO

Altijd: Huisartsenpraktijk, thuiszorg/wijkverpleegkundige, SO

Situationeel: Wijkteam/gebiedsteam; casemanager; paramedici; GGZ-professional; apotheker; geestelijk verzorger

Er moet helderheid zijn of komen wie de regievoerder is richting patiënt en mantelzorg. Patiënt en mantelzorg zijn niet aanwezig.

4. Doelen, inhoud

Doel: Gezamenlijk gedragen beleid met de wensen van de oudere in beeld.

Inhoud: Afstemming van de zorg
Afstemming van verwachtingen
Gezamenlijk multidisciplinair zorgplan
Advisering door SO
Regievoerder aanwijzen
Communicatie stroomlijnen

Van groot belang is vooruit kijken, proactieve zorgplanning.

5. Verantwoordelijkheid

De huisarts is verantwoordelijk.

Als de patiënt door iemand anders is aangedragen (zie onder Organisatie), dan is deze laatste verantwoordelijk voor terugkoppeling aan de patiënt, tenzij in het MDO anders is besproken.

6. Communicatie

De casus wordt van tevoren schriftelijk of digitaal voorgelegd aan de SO. Er is een specifieke vraagstelling.

Suggesties voor digitale beveiligde communicatie (verwijzing en terugkoppeling):
Zorgdomein, Edifact/Zorgmail.

¹ Specialisten ouderengeneeskunde: Judith Ruchti, Nanda de Jong, Janice van der Griend
Huisartsen: Karin Groeneveld, Krista Gemmink, Wijtske Hutter, Henk-Jan Eppenga en verpleegkundig specialist Margreet Bekius
Ondersteuning: Jenneke Netjes, ROS Friesland

7. Organisatie

De huisarts bepaalt welke patiënten in het MDO worden ingebracht.

De wijkverpleegkundige, praktijkverpleegkundige, casemanager of SO kan patiënten aandragen aan de huisarts.

Strakke planning met vier tot zes patiënten per uur wordt aangeraden. Ondersteuning bij logistiek en een technisch voorzitter is gewenst, zodat de MDO's voor alle zorgverleners zo efficiënt mogelijk verlopen. Dit kan bv een praktijkverpleegkundige of praktijkmanager zijn.

Format voor een agenda: werk volgens SFMPC (somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch, communicatief).

De regievoerder past na het MDO het zorgplan aan.

8. Specifieke situaties waarin MDO extra tot zijn recht komt

Het MDO komt extra tot zijn recht bij patiënten/cliënten

- Met gedragsproblematiek

- Met chronische neurologische ziekten

- Met multiproblematiek

- Bij wie de huisarts of wijkverpleegkundige het gevoel heeft dat de situatie binnen een paar maanden kan ontsporen.

9. Fasering door de tijd van inhoud MDO

Bij de aanvang van MDO en als huisartsen en praktijkverpleegkundigen ouderenzorg nog maar kort gestructureerd bezig zijn met ouderenzorg, kan laagdrempelig worden ingebracht, bv bij onzekerheid over een zorgplan. De ervaring is dat het niet zinvol is om te selecteren op patiënten 'die het meest kwetsbaar zijn'.

Gezien het leereffect dat zal optreden, kan daarna de aandacht verschuiven naar proactieve zorgplanning voor patiënten met specifieke problematiek