

Inleiding

De ouderenzorg is per definitie **multidisciplinair**. Ouderen met complexe problematiek ontvangen zorg van meerdere professionals. Een goed georganiseerd Multidisciplinair Overleg (MDO) is essentieel om deze **zorg rondom de oudere patiënt op elkaar af te stemmen**, knelpunten te signaleren en gezamenlijk beleid te formuleren. Deze handreiking biedt praktische ondersteuning aan huisartsenpraktijken bij het opzetten en uitvoeren van een effectief MDO.

1. Opzet

Het MDO is een **gestructureerd overleg tussen professionals uit verschillende disciplines**. Afhankelijk van de situatie kan het gaan om overleg over individuele patiënten — waarbij soms ook de patiënt of mantelzorger betrokken is — of over bredere thema's binnen een groep ouderen met vergelijkbare problematiek. Onderwerpen kunnen variëren van doorverwijzing en bereikbaarheid tot taakverdeling en het signaleren van zorgtekorten. Binnen het MDO geldt voor iedereen die aansluit het beroepsgeheim.

In het zorgproces rondom ouderen is **de huisarts eindverantwoordelijk**, maar deze zal taken delegeren aan een zorgcoördinator (meestal een POH of wijkverpleegkundige). De oudere zelf of diens familie neemt doorgaans niet deel aan het multidisciplinair overleg (MDO) vanwege tijdsdruk, maar er is wel vooraf en achteraf overleg met de oudere, meestal door de zorgcoördinator. De oudere wordt om **(schriftelijke) toestemming** gevraagd voor het MDO.

Deelnemers

Het kernteam van het MDO bestaat uit huisarts, POH, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde*, verpleegkundig specialist, casemanager dementie en maatschappelijk werker. Eventueel nemen, op indicatie ook POH GGZ, trajectbegeleider dementie, paramedici, welzijnscoach, geestelijk verzorger en apotheker deel.

* De SO kan adviserend deelnemen, maar bij complexe gevallen is het aan te raden deze actief te consulteren.

Ingrediënten

Een succesvol en efficiënt MDO kenmerkt zich door:

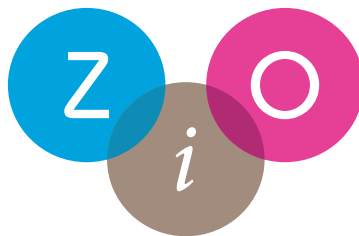
- ✓ Zorgvuldige planning en agendasetting (tijd en plaats);
- ✓ Goede voorbereiding door iedereen;
- ✓ Respectvolle en open communicatie;
- ✓ Interesse voor elkaars werkwijze;
- ✓ Systematiek, zowel in de voorbereiding, als bij de uitvoering;
- ✓ Duidelijke verslaglegging en opvolging van afspraken;
- ✓ Systematische evaluatie en bijstelling.

Frequentie

De frequentie van het houden van een MDO staat niet vast, maar wordt in overleg ingepland wanneer nodig.

Doel

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.*

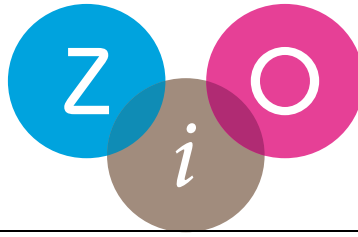


2. Opbrengst

Korte termijn opbrengst	Lange termijn opbrengst
• Betere afstemming van zorg Door structureel overleg tussen huisarts, POH, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde en andere disciplines wordt het mogelijk gemaakt om een gezamenlijke opvatting over goede zorg vast te stellen en ontstaat er een gedeeld zorgplan, wat leidt tot: minder dubbel werk, snellere besluitvorming bij acute situaties en meer overzicht over de situatie van de patiënt • Verhoogde patiënttevredenheid Ouderen en hun mantelzorgers ervaren meer betrokkenheid en duidelijkheid over het zorgtraject. • Professionele ontwikkeling Zorgverleners leren van elkaars expertise en werkwijzen en vullen elkaar aan qua deskundigheid, wat leidt tot: Meer kennis over geriatrische problematiek en een verbeterde samenwerking en communicatie	• Continuïteit en kwaliteit van zorg Door cyclisch te werken en doelen regelmatig te evalueren, wordt de zorg beter afgestemd op de veranderende behoeften van de oudere patiënt. • Minder crisiszorg en ziekenhuisopnames Proactief beleid en vroegtijdige signalering van knelpunten, zorgtekorten en risico's leiden tot minder spoedsituaties. • Sterkere ketensamenwerking Structurele samenwerking versterkt de positie van de huisartsenpraktijk binnen de wijk en de bredere zorgketen. • Verhoogde werktevredenheid Zorgverleners ervaren meer grip op complexe casuïstiek en minder frustratie door betere samenwerking.

4. Stappenplan volgens PDCA

Fase	Kernactiviteit	Wie
Plan	Vorbereiding MDO 1. Overleg voor de start van het eerste MDO met de deelnemers de volgende punten: - Is men het eens over de doelstelling van het MDO? - Welke patiënten worden besproken? - Taakverdeling: planner, voorzitter, notulist. - Opzet: tijd, waar, wat wordt voorbereid en door wie?	Huisarts, POH, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, casemanager dementie en maatschappelijk werker (evt. POH GGZ, trajectbegeleider dementie, paramedici, welzijnscoach, geestelijk verzorger en apotheker)
Do	Uitvoering van het MDO 1. Plan het MDO 2. Stuur minimaal 1 week voor het MDO een reminder en voorlopige agenda 3. Inventariseer aan het begin van het overleg welke patiënten besproken worden en of er urgente zaken zijn 4. De inbrenger van de casus deelt de actuele situatie van de patiënt en legt de vraag die hieraan gekoppeld is in het MDO voor. 5. Gezamenlijk wordt besproken wat de beste aanpak is en wie waarvoor verantwoordelijk is en wanneer evaluatie van de gemaakte afspraken plaatsvindt. Deze afspraken worden genoteerd in het HIS. 6. Afsluiting MDO en plannen volgend overleg	Huisarts, POH, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, casemanager dementie en maatschappelijk werker (evt. POH GGZ, trajectbegeleider dementie, paramedici, welzijnscoach, geestelijk verzorger en apotheker)



Check	Evaluatie en bijstelling Het MDO-proces wordt minimaal een keer per jaar geëvalueerd door alle deelnemers. Wat gaat er goed? Wat kan beter? Is de frequentie prettig?	Zorgcoördinator (Huisarts, POH, wijkverpleegkundige) & patiënt
Act	Borging 1. De gemaakte afspraken en eventuele interventies worden uitgevoerd en opgevolgd. 2. De zorgcoördinator houdt toezicht op de voortgang en effect van de interventies. 3. Voorbereiding voor het volgende MDO: agenda opstellen en plannen volgend overleg.	Huisarts, POH, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, casemanager dementie en maatschappelijk werker (evt. POH GGZ, trajectbegeleider dementie, paramedici, welzijnscoach, geestelijk verzorger en apotheker)

5. Ondersteuning

ZIO biedt ondersteuning bij de organisatie en implementatie van het MDO door het aanbieden van een praktische handreiking voor het organiseren van MDO's binnen de keten ouderenzorg.

- [Het organiseren van een MDO: handreiking](#)
- [Factsheet Interprofessioneel samenwerkingsverband in de wijk](#)
- [MTVP: MDO/casuïstiektafel met sociaal domein, GGZ, tweede lijn, wijkverpleging](#)

6. Monitoring

Monitoring binnen de Ouderenzorg is essentieel om inzicht te krijgen in de voortgang en kwaliteit van de zorg voor kwetsbare ouderen. Het doel is om tijdig knelpunten te signaleren, goede voorbeelden te delen en ondersteuning te bieden waar nodig. De monitoring vindt plaats op twee manieren:

1. Vragenlijst

Binnen PlusPraktijk 2.0 wordt jaarlijks een brede vragenlijst afgenomen die betrekking heeft op de praktijk als geheel. De uitkomsten bieden een beeld van de huidige situatie en helpen praktijken om richting te bepalen in de doorontwikkeling die zij willen realiseren. Enkele vragen hebben betrekking op de organisatie en verloop van het MDO.

2. Praktijkbezoek

ZIO organiseert praktijkbezoeken om in gesprek te gaan met de praktijken (onderdeel van de gebruikelijke praktijkbezoeken). Tijdens deze gesprekken bespreken we:

- **Voortgang en stand van zaken:** Wat gaat goed? Waar liggen uitdagingen?
- **Ondersteuningsbehoefte:** Waarin kan ZIO ondersteunen?
- **Samenwerking:** Hoe verloopt de samenwerking met andere ketenpartners/het kernteam/de Specialist Ouderengeneeskunde? Hoe vaak wordt het MDO georganiseerd? Is iedereen uit het kernteam Ouderen aanwezig?

Praktijkbezoeken vinden **minimaal één keer per** jaar plaats. Na elk bezoek wordt een terugkoppeling gedeeld met de praktijk en meegenomen in de regionale rapportage.