

MDO werkafspraken van netwerk

Doel en doelgroep

De problemen van (hier doelgroep invullen: b.v. zeer complexe kwetsbare ouderen en/of dementie patiënten, waar meerdere disciplines bij betrokken zijn), worden in een multidisciplinair overleg besproken, met aandacht voor medische problematiek, zorg- en welzijnsaspecten, om zo te komen tot specifieke doelen en acties per zorgvraag.

Deze worden vervolgens in een zorgplan overzichtelijk weergegeven om zo de leidraad te vormen voor het zorgproces van de oudere. De zorgcoördinator -rol kan door verschillende disciplines worden uitgevoerd. Per patiënt is duidelijk wie deze functie vervult.

Deelnemers

Kernteam

Dit team bestaat uit de (deelnemers invullen: b.v. huisarts, praktijkverpleegkundige ouderenzorg, welzijnswerker, specialist ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundige, casemanager dementie).

Deelnemers op afroep

(deelnemers invullen) De eerstverantwoordelijke verpleegkundige of verzorgende van de thuiszorg. Eventueel fysiotherapeut, ergotherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, logopedist. Indien deze personen betrokken zijn worden zij voor het MDO rond deze oudere uitgenodigd.

Planning MDO

Jaarplanning, vast tijdstip keer per jaar, op tussenen uur.

1 maand voor MDO

- ✓ maakt lijst van ouderen die op het MDO ingebracht gaan worden en stemt zonodig af met huisarts; zoveel mogelijk wordt hierbij een vaste jaarplanning gehanteerd (..... min pp). Evt. reserveplaats voor patiënten met acute problemen.
- ✓ Zorgcoördinator bezoekt patiënt of geeft datum door en hij/zij bespreekt doelen met patiënt (en/of mantelzorger)
- ✓ Input voor multidisciplinair zorgplan (b.v. volgens SFMPC, zie format) wordt meegenomen naar MDO.
- ✓ Agenda MDO naar deelnemers

MDO

- ✓ ... voor, bewaakt agenda en tijd
- ✓ Indien nog niet gebeurd, wordt er een zorgcoördinator aangesteld.
- ✓ (SFMPC) zorgplan is leidraad voor bespreking (zie bijgaand format)
- ✓ Evaluatie moment zorgplan afspreken en volgend MDO afspreken voor die betreffende patiënt
- ✓ legt acties vast in, direct na MDO
- ✓ Planning komend MDO bekijken/ evt. nieuwe complexe patiënten inplannen.

Na MDO

- ✓ Binnen een twee weken informeert de zorgcoördinator patiënt (en/of mantelzorger) over resultaten MDO.
- ✓ Afspraken worden op papier in multidisciplinaire zorgplan vastgelegd (zorgcoördinator). Kan worden opgehaald door ieder bij praktijk.
- ✓ Elke discipline controleert eigen doelen; acties; handelen en samenhang met anderen.