

ONTiE Wlz Zorg – Medisch Generalistische Zorg Thuis

In pilots aan de slag met de samenwerkingsdriehoek in de wijk

Versie: 3.0
Datum: 07-11- 2025
Jacintha Engelhart
Elise van Westerlaak
Rafaëlle van Gijssel

Inhoudsopgave

1 Inleiding	3
1.1 Beknopte context	3
1.2 Scope.....	3
1.3 Werkwijze.....	3
Bijlage 2 Werkafspraken	4
Bijlage 2.2 Werkafpraak Rolomschrijving en -verdeling coördinatie en afstemming zorg	4
Bijlage 2.2 Werkafpraak Triage & communicatie in de samenwerkingsdriehoek	9
Bijlage 2.3 Werkafpraak Triage-instrument inzet SO door wijkverpleegkundige	11
Bijlage 2.4 Werkafpraak inzet SO bij Wlz cliënten thuis	13

1 Inleiding

1.1 Beknopte context

ONTiE Wlz Zorg is in juni 2023 gestart met als doel de continuïteit van huisarts- en SO-functies te waarborgen in woonzorgvormen, thuis en bij huisartsenposten. Huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals hebben adviezen geformuleerd om de zorg voor ouderen met een Wlz-indicatie in regio Eemland te verbeteren. De adviezen voor Wlz-zorg voor ouderen thuis richten zich op het centraliseren van de wijkverpleegkundige als schakerpunt, intensievere samenwerking tussen huisartsenpraktijk, SO en verpleegkundige en het invoeren van regio-regie op bedden voor urgente zorgvragen. Dit implementatievoorstel werkt de eerste twee adviezen.

1.2 Scope

ONTiE Wlz Zorg Thuis richt zich op kwetsbare ouderen met een Wlz-indicatie, waarbij de coördinatie en afstemming van zorg al begint voordat zij deze indicatie krijgen. Door duidelijke werkafspraken te maken, wordt een soepele overgang naar Wlz-zorg gewaarborgd en wordt de juiste professional op het juiste moment betrokken. Het stepped care model van Vilans wordt gehanteerd, waarbij in dit traject de focus ligt op welzijn en multidisciplinaire samenwerking tussen wijkverpleegkundigen, huisartsenpraktijk en SO's.

Stepped care model ONTiE Wlz Zorg Thuis



1.3 Werkwijze

De werkgroep met zorgprofessionals (zie bijlage 1 voor de samenstelling) heeft het advies uitgewerkt om de samenwerking en rolverdeling in de wijk rondom de Wlz-patiënt anders in te vullen, waarbij elke partij zijn/haar eigen rol heeft. Het advies is om deze kaders binnen pilots uit te proberen en verder te ontwikkelen.

Bijlage 2 Werkafspraken

Bijlage 2.2 Werkafspraak Rolomschrijving en-verdeling coördinatie en afstemming zorg

In deze werkafspraak gaat het over de coördinatie en afstemming van zorg, welzijn en informele domein, incl. indicaties en regelgeving, en wie hierin de regierol heeft. Deze rol kan worden opgepakt door de wijkverpleegkundige, praktijkverpleegkundige somatiek van de huisartsenpraktijk en/of, indien betrokken, de casemanager.

We zien dat er veel overlap plaatsvindt als het gaat om de coördinatie en afstemming van de zorg, welzijn, indicaties en regelgeving van een inwoner. Zaken die hierbij komen kijken zijn het afnemen van een intake en het in beeld brengen van het netwerk. Om hier duidelijkheid over te creëren, is er een werkafspraak opgesteld over de coördinatie en afstemming in het patiëntproces.

Inschakelen casemanager en/of wijkverpleegkundige

Bij het signaleren van een kwetsbare oudere, verwijst de praktijkverpleegkundige of huisarts de inwoner met (een vermoeden van) psychogeriatrische problemen naar een casemanager dementie. Zodra aanvullende zorg nodig wordt geacht, schakelt de casemanager, praktijkverpleegkundige of huisarts de wijkverpleegkundige in van de thuiszorgorganisatie¹. Indien er geen vermoeden is van een psychogeriatrische aandoening, verwijst de praktijkverpleegkundige of huisarts, bij het signaleren van een kwetsbare oudere, de inwoner naar de thuiszorg/team wijkverpleging. Hierbij vindt een overdrachtsmoment plaats van de praktijkverpleegkundige of huisarts naar de casemanager of wijkverpleegkundige via Zorgdomein. Hierin wordt de basisintake opgenomen en daarnaast dient voor de overdracht van niet opgeschreven informatie een aantekening gemaakt te worden dat telefonisch contact opgenomen kan worden voor toelichting. De casemanager en/of wijkverpleegkundige gebruikt de basisintake om vanuit eigen expertise de gegevens aan te vullen. Indien informatie gewijzigd wordt, koppelt de casemanager en/of wijkverpleegkundige dit terug naar de betrokken professionals.

Coördinatie en regie

Betreffende de coördinatie wordt er onderscheid gemaakt tussen coördinatie omtrent de zorg en omtrent de regelgeving, indicaties en welzijn. Indien het een psychogeriatrische cliënt betreft waarbij zowel een casemanager als wijkverpleegkundige betrokken is, coördineert de casemanager alle zaken omtrent de regelgeving, indicaties en welzijn. De wijkverpleegkundige coördineert alle zaken rondom de zorg vanuit het wijkteam. Indien beiden betrokken, stemmen de wijkverpleegkundige en casemanager onderling af wie het eerste aanspreekpunt is voor de familie. Dit wordt teruggekoppeld naar de huisartsenpraktijk. Voor de wijze van communicatie, zie paragraaf Randvoorwaarden, communicatieplatform in dit hoofdstuk. Bij een cliënt zonder psychogeriatrische aandoening vervult de wijkverpleegkundige beide rollen.

Aanvragen Wlz-indicatie

Wanneer de casemanager of wijkverpleegkundige vermoed dat de cliënt in aanmerking kan komen voor een Wlz-indicatie, wordt de familie geïnstrueerd deze aan te vragen. Op het moment dat dit niet lukt en het een psychogeriatrische cliënt betreft waar zowel een casemanager als wijkverpleegkundige betrokken is, vraagt de casemanager de indicatie aan. Als de familie de indicatie niet kan aanvragen en er geen casemanager betrokken is, vraagt de wijkverpleegkundige de indicatie aan. De huisartsenpraktijk stuurt

¹De praktische invulling hiervan wordt in de pilot verder uitgewerkt.

nodige medische informatie hiervoor naar casemanager of wijkverpleegkundige zodat een goede onderbouwing voor de aanvraag wordt gewaarborgd.

De wijkverpleging fungeert als ogen en oren van de huisartsenpraktijk omtrent het monitoren van de situatie van de cliënt. Indien de wijkverpleging signaleert² dat de cliënt kwetsbaarder wordt, voert zij een triage middels de SBAR-methode (zie hieronder) uit. Op basis van deze triage wordt bepaald of het nodig is de huisarts in te schakelen.

Verantwoordelijkheid, wijkverpleegkundige, casemanager en poh-S

Degene die de regie heeft over de coördinatie van de zorg is overdag beschikbaar voor het thuiszorgteam, huisarts en SO. Passend bij het beroepsprofiel, verwachten we dat degene de volgende competenties heeft:

- Er wordt open en eerlijk gecommuniceerd naar alle betrokkenen;
- Middels eenduidige triage wordt de situatie in beeld gebracht;
- Diegene heeft een klinische blik en kan goed klinisch redeneren;
- Diegene is in staat om hoofd- en bijzaken te kunnen onderscheiden;
- Diegene kan plannen en organiseren, observeren en communiceren, reflecteren en handelen;
- Diegene een helicopterview heeft;
- Duidelijke een mening en/of hulpvraag kan communiceren richting andere betrokkenen;
- Diegene constructief kan handelen.

Ook kan het zijn dat iemand de coördinerende rol oppakt, die geen opleidingsniveau 4/5/6 heeft, dan wordt verwacht dat degene deze rol kan oppakken met bijbehorende competenties.

²De signalering van de situatie dat de client kwetsbaarder wordt, kan ook elders in de keten gesignaleerd worden. In dit adviesdocument nemen wij alleen het signaleren door de wijkverpleging mee.

Situatie inwoner	Rol & taak	Wie	Afspraken voor de samenwerking
1. Situatie en netwerk van inwoner wordt in beeld gebracht door POH-s/PVK	- Brengt situatie in beeld en bepaalt vervolgstappen - Brengt behandelwensen (PZP/ACP) in beeld.	POH-s/PVK	Informatie biedt basis voor casemanager en wijkverpleegkundigen. (stuurt deze mee via zorgdomein)
2a. Bij (vermoeden van) psychogeriatrische problemen bij inwoner: PVK of huisarts verwijst naar casemanager (CM)	- Situatie wordt in beeld gebracht en bepaald welke vervolgstappen genomen kunnen worden. - Casemanager heeft de coördinatie van zorg, regelgeving, indicaties en welzijn. - Indien wachtlijst voor CM, zal CM onder regie van de HA kijken naar overbruggingszorg.	Casemanager	- CM zorgt dat zijn/haar betrokkenheid kenbaar wordt gemaakt in het dossier van de client. Ook wordt kenbaar gemaakt op welke wijze de CM gecontacteerd kan worden in het dossier. - Pvk of huisarts zorgen voor overdracht van medische gg naar CM via ZorgDomein. Er worden contactgegevens opgenomen voor wie CM kan bellen voor de warme overdracht. - CM checkt of er al informatie is. Indien intake reeds gehouden is, wordt deze basis gebruikt om aan te vullen en voor indicatiestelling. Mocht de informatie gewijzigd zijn dan koppelt degene dit terug naar de andere betrokken professionals. - Indien wachtlijst, CM neemt contact op met HA om mogelijkheden voor overbruggingszorg te bespreken.
2b. Geen psychogeriatrische problemen bij inwoner: PVK, CM of huisarts verwijst naar wijkverpleegkundige (WVK) of sociaal wijkteam	- Situatie wordt in beeld gebracht en bepaald welke vervolgstappen genomen kunnen worden. - Intake of preventief, oriënterend huisbezoek	Wijkverpleegkundige Wijkverpleegkundige	- WVP zorgt dat zijn/haar betrokkenheid kenbaar wordt gemaakt in het dossier van de huisarts van de client. Ook wordt kenbaar gemaakt op welke wijze de WVP gecontacteerd kan worden in het dossier. - PVK of huisarts zorgen voor overdracht van medische gg naar WVK via ZorgDomein. Er wordt contactgegevens opgenomen voor wie WVK kan bellen voor de warme overdracht: - medische gegevens - persoonlijke situatie - medicatie gegevens - netwerk aanwezig - wat wordt er van WVK verwacht op kort en lang termijn - benodigde zorgvraag - gewenste zorgvraagtijden indien noodzakelijk vanwege ziektebeeld

			- WVK checkt of er al informatie aanwezig is. Indien intake reeds gehouden is, wordt deze basis gebruikt om aan te vullen en indicatie te stellen. Mocht de informatie gewijzigd zijn dan koppelt degene dit terug naar de andere betrokken professionals. - Allen hebben oog voor indien wenselijk betrekken sociaal wijkteam of welzijnsorganisatie
3. Inwoner wordt in zorg genomen door thuiszorg	- Coördinatie van zorg - Signalerende functie richting andere professionals - Monitort beloop en (cognitieve) achteruitgang - WVK is in de lead; haakt nodige experts aan.	Wijkverpleegkundige	- Indien CM betrokken is, dan is CM verantwoordelijk voor de coördinatie omtrent regelgeving, indicaties en welzijn. - Wijkverpleegkundige en casemanager stemmen onderling af wie 1e aanspreekpunt voor de familie is. Koppelen dit terug naar de huisarts.
4. Situatie inwoner verslechtert, er is een Wlz-indicatie is nodig	- Wordt in principe gedaan door netwerk en inwoner zelf, met informatie vanuit de regio. - Indien CM/WVK al betrokken is; bij ondersteuning is eerste aanspreekpunt de CM, indien CM niet betrokken is dan WVK.	Casemanager Wijkverpleegkundige	- Huisarts biedt de (medische) informatie die nog is. - Er komt een terugkoppeling van de CM/wvp naar de HA indien iemand een Wlz-indicatie heeft gekregen.
5. Veranderende situatie inwoner - Toename onrust, val etc. - Acute en/of levensbedreigende verslechtering algemene situatie - Verhoging zorgzwaarte - Inzet specialistische zorg (wond vpk, SO) - Wijzigingen in beleid	- Triage door CM/WVK middels SBAR - Gesprek wordt goed voorbereid: - Voorleggen situatie/probleem incl. goede situatiebeschrijving, metingen pols, bloeddruk, temp. En controle (zo nodig) medicatie. - Toelichten wat de zorg al gedaan heeft - Duidelijke (hulp)vraag formuleren.	Casemanager Wijkverpleegkundige	Zie triage instrument over inzet huisarts. Info aanvullen vanuit verpleegkundig klinisch redeneren
6. Huisbezoek huisarts is nodig om inwoner te zien	- Medisch beleid wordt door de huisarts bepaald. - Indien nodig, gesprek over behandelwensen wordt bij voorkeur gevoerd met huisarts en wijkverpleegkundige.	Huisarts Huisarts met de wijkverpleegkundige.	Huisarts koppelt uitkomsten gesprek terug met familie en naar wijkverpleegkundige.

7. Situatie met cliënt waarbij specialistische medische zorg nodig is (SO) - Diagnostiek bij (geheugen)problemen bij complexe patiënten - Advisering bij complexe patiënten met multiproblematiek - Communicatie richting familie - Beoordeling evt. gedwongen opname - Advies bij niet-gangbare palliatieve zorg - Toenemende verwardheid		Wijkverpleegkundige Huisarts	• Zie triage instrument over inzet SO • Wijkverpleegkundige informeert altijd de huisarts bij betrekken van SO. • Huisarts voorziet in informatievoorziening naar SO.
8. Situatie cliënt vraagt om langere betrokkenheid van SO middels tijdelijke medebehandeling			
9. Crisisopname bij Wlz	• Zorgt voor uitsluiting onderliggend lichamelijk probleem, door lab en urine te meten. • Draagt zorg dat er een opname geregeld wordt.	Huisarts	

N.B. ieder is gedurende het proces verantwoordelijk voor de communicatie richting de familie over zijn eigen stuk.

Bijlage 2.2 Werkafsprak Triage & communicatie in de samenwerkingsdriehoek

Deze werkafpraak gaat over het moment dat de wijkverpleegkundige/casemanager dementie contact wil opnemen met de huisarts, volgens welk middel dat wordt gedaan en hoe de voorliggende triage wordt uitgevoerd.

Inschakelen huisarts

De huisarts wordt door de wijkverpleegkundige ingezet wanneer:

- Er een wijziging van de situatie plaatsvindt, zoals toename van onrust, bij een val etc.
- Bij wijzigingen in het beleid;
- Bij verhoging van de zorgzwaarte;
- Bij inzet van specialistische zorg;
- Acute verslechtering algemene situatie.

Zodra de wijkverpleegkundige contact met de huisarts opneemt, wordt een maximale reactietijd van **24 uur** verwacht/afgesproken.

Procedure triage in acute situatie

- Diverse controles zijn in beeld gebracht:
 - o Ademfrequentie, hartfrequentie, bloeddruk, bewustzijn, temperatuur, saturatie en bloedsuiker;
 - o Medicatie zo nodig wordt gecontroleerd;
 - o Er wordt een duidelijke (hulp)vraag geformuleerd.
- Op basis van de controles wordt een risico inschatting gemaakt en vervolgstappen genomen, al dan niet in afstemming met de wijkverpleegkundige;
- Alvorens de huisarts wordt gebeld (zie werkafpraak 1b), wordt het gesprek voorbereid aan de hand van de SBAR-methode. Ook dienen behandelwensen en beloop afgelopen periode beschikbaar te zijn.

Communicatiemiddel

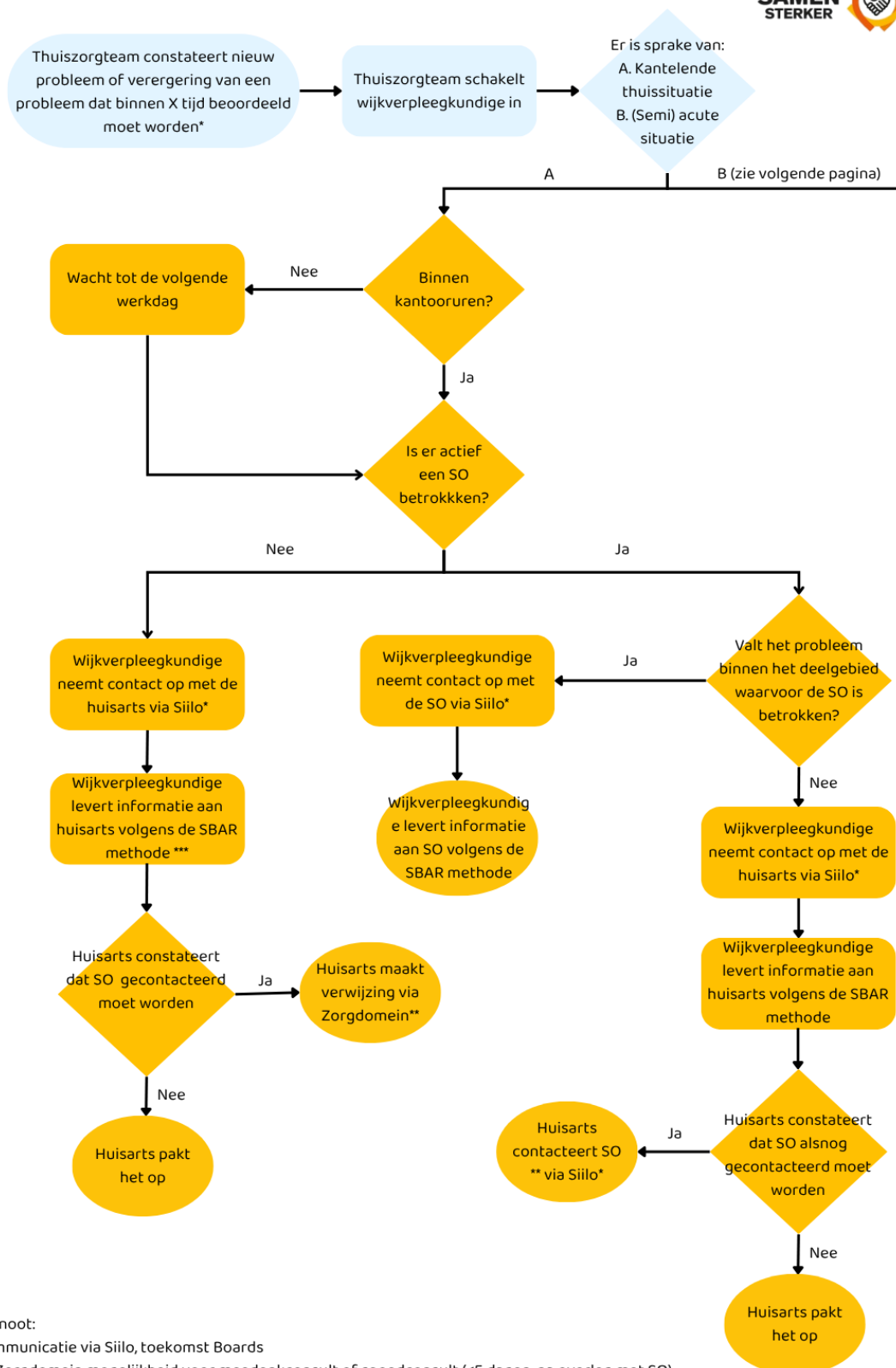
Het contact tussen de thuiszorg en huisarts verloopt in acute situaties telefonisch via de wijkverpleegkundige en in niet acute situaties via Siilo. Zie voor Siilo de randvoorwaarde communicatieplatform, paragraaf Randvoorwaarden. De huisarts heeft hierbij de juiste informatie nodig over de cliënt om een situatie inschatting te kunnen maken. Daarom is het enerzijds van belang dat een juiste triage wordt uitgevoerd en procedure wordt gevolgd bij het contacteren van de huisarts door de wijkverpleegkundige. Anderzijds is het van belang dat de huisarts een goede sparringpartner aan de telefoon heeft.

SBAR-Methode

Situatie:
• Stel jezelf voor. • Check dat je met de juiste persoon spreekt. • Noem de naam van de patiënt en locatie. • Noem de reden van je oproep. • Noem de vitale functies (ABCDE) en actuele uitslagen (bv. Lab, röntgen). Let op trends!
Achtergrond:
• Reden dat thuiszorg is betrokken. • Relevante medische voorgeschiedenis. • Relevante medicatie. • Meld eventuele behandelbeperkingen (bijvoorbeeld: NR/NRNB/NIC/...)
Beoordeling:
• Ik denk dat het probleem het volgende is... • De patiënt gaat achteruit en ik weet niet wat het probleem is. • De patiënt is instabiel. • Ik denk dat het mogelijk respiratoir/circulatoir/neurologisch/anders is namelijk...
Aanbeveling:
• Geef duidelijk aan wat je concreet van de arts verwacht. • EWS ≥ 3: beoordeling door arts < 30 min. • Wat moet er volgens jou gebeuren? • Vraag of stel voor wat je zelf vast kunt doen. • Tel. Advies: Hoe vaak controles uitvoeren? • Wanneer weer contact met arts? Read back!

Bijlage 2.3 Werkafspraken Triage-instrument inzet SO door wijkverpleegkundige

A. Kantelende thuissituatie



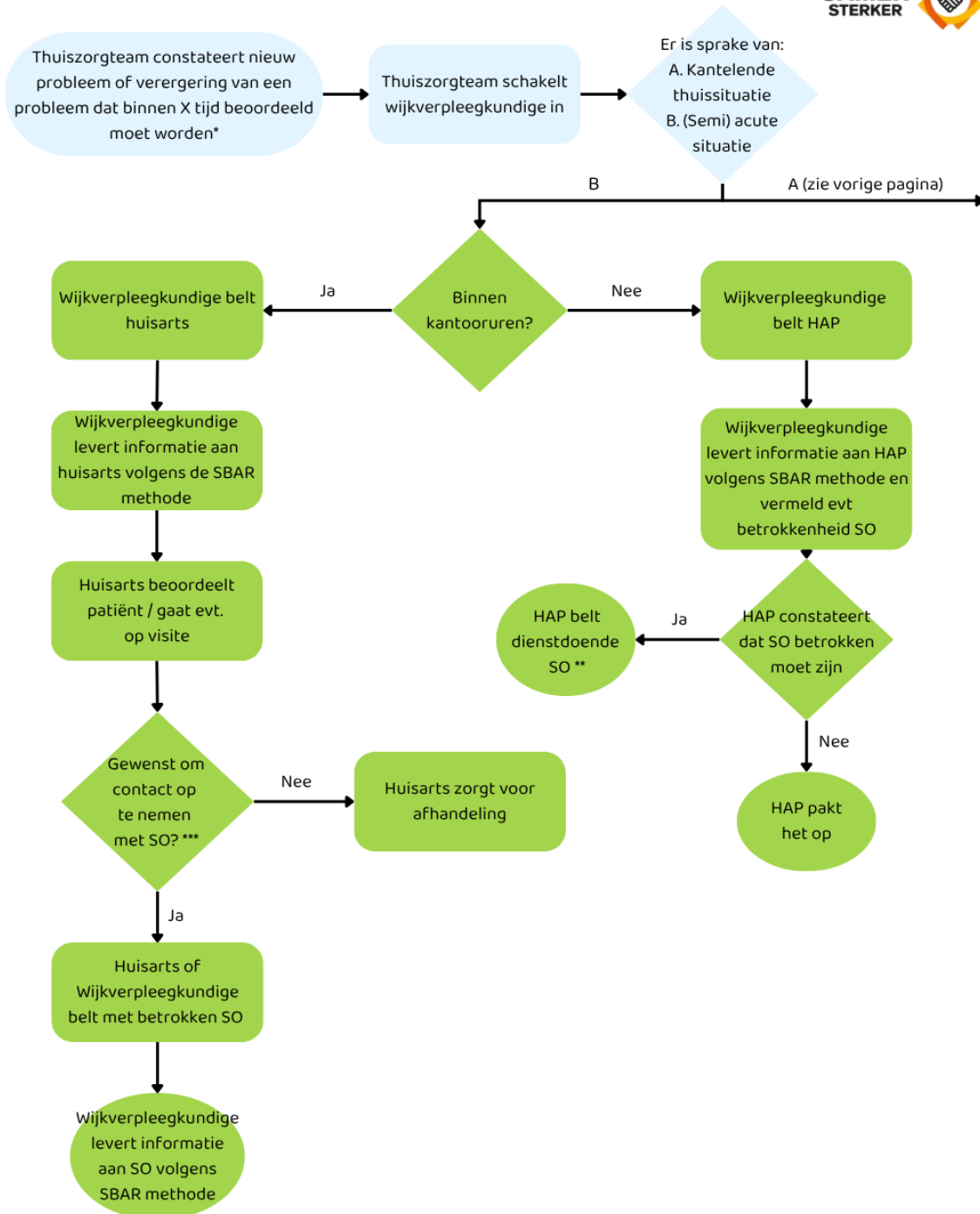
Voetnoot:

* Communicatie via Siilo, toekomst Boards

** In Zorgdomein mogelijkheid voor meedenkconsult of spoedconsult (<5 dagen, na overleg met SO)

*** wijkverpleegkundige hanteert SBAR, aangevuld met info vanuit verpleegkundig klinisch redeneren

B. (Semi) acute situatie



Voetnoot:

* Communicatie via Siilo, toekomst Boards

** Kan telefonisch advies vragen aan SO (zie RTA Werkafspraken Consultatie Specialist Ouderengeneeskunde)

*** Via Zorgdomein kan meedenk of spoed consult worden aangevraagd aan SO

Bijlage 2.4 Werkafspraken inzet SO bij Wlz cliënten thuis

De specialistische medische zorg wordt door SO geleverd. Zij richten zich op:

1. Digitaal meedenkconsult
2. Consultatie
3. Tijdelijke medebehandeling
4. MDO met SO

In deze werkspraak is per onderdeel uitgewerkt wanneer de SO ingezet kan worden, hoe verwezen kan worden, wat er nodig is ten aanzien van het informeren van de cliënt en hoe dit onderdeel bekostigd wordt.

1. Digitaal meedenkconsult

Met meedenkconsultatie kan de huisarts via ZorgDomein een digitale vraag stellen aan een SO. Via deze applicatie kan de huisarts een foto meesturen (van bijvoorbeeld de huid) of een deel van het patiëntendossier (zoals de bloedsuitslagen of medicatie). In tegenstelling tot een afspraak op locatie of een videoconsult, is er bij meedenkconsultatie geen face-to-face contact met de SO. Een meedenkconsult vraagt de huisarts altijd via ZorgDomein aan en het antwoord op de gestelde vraag krijgt de huisarts terug via ZorgDomein..

Wanneer kan het Meedenkconsult ingezet worden?

De huisarts kan meedenkconsulten inzetten bij twijfel over de noodzaak van een verwijzing. En advies over medicatie en advies over aanvullende behandelopties om langduriger door HA te kunnen worden begeleid (ten einde een verwijzing te voorkomen).

De SO adviseert binnen het meedenkconsult over vragen zoals:

- Twijfel verwijzing naar dan wel SO dan wel geriater (of neuroloog) of bv SOG of ouderenpsychiatrie;
- Is consult SOG nog bijdragend?
- Welke diagnostiek nog zinvol?
- Diagnose dementie genoeg onderbouwd?
- Vragen over Parkinson medicatie;
- Psychofarmaca, alternatieve niet medicamenteuze adviezen bij gedragsproblemen?
- Polyfarmacie vragen;
- Welke stappen/valkuilen diagnostiek bij specifieke casus met andere culturele achtergrond;
- Welke ondersteuning/mogelijkheden er zijn voor langer thuis wonen kwetsbaren in de regio;
- Meedenken over welk type bed geschikt is, ELV, respijt of crisis, welke vervolgzorg is geschikt;
- Communicatie over vervolg/ uitslagen na consultatie bezoek SOG.

Let op: het meedenkconsult is niet geschikt voor spoedeisende vragen.

Let op: Indien de SO al betrokken is, dan kan de huisarts rechtstreeks contact opnemen met de SO.

Bekostiging

Als huisarts krijg je voor een meedenkconsult € 29,23. Huisartsen Eemland zorgt voor de declaratie bij de zorgverzekeraar en uitbetaling naar de huisarts(praktijk). Declaratie en uitbetaling vinden achteraf éénmaal per kwartaal plaats. Je hoeft hier niets voor te doen.

De SO wordt gefinancierd uit de GZSP en schrijft zelf de benodigde tijd in het eigen systeem voor het meedenkconsult.

Voor meer informatie over de werkspraak meedenkconsult, raadpleeg [Meedenkadvies huisarts - SO](#).

2. Consultatie SO

Verwijscriteria

De SO is er met name voor de ouderen die niet (meer) naar het ziekenhuis willen of kunnen. Eén verwijzing van de huisarts naar de SO voldoet. Bij twijfel kan de SO telefonisch overleggen met de huisarts. De SO adviseert over diagnostiek, behandeling, preventie en prognostiek bij kwetsbare ouderen en complexe problematiek zoals:

- Probleemanalyse bij multimorbiditeit en verminderde zelfredzaamheid
- Mobiliteitsproblemen, vallen en valpreventie
- Diagnostiek dementie (zie ook werkafspraken Geheugendiagnostiek)
- Gedragsproblemen bij cognitieve stoornissen en neurologische ziekten
- Overige problemen bij neurologische ziekten (CVA, MS, M. Parkinson, ALS)
- Palliatieve of terminale zorg
- Decubitus en wondbehandeling
- Ondervoeding
- Polyfarmacie
- Wils(on)bekwaamheid
- Overplaatsing
- Advisering over het wel/niet inzetten van diagnostiek of behandelen

Bekostiging

Voor de bekostiging van de inzet van de SO/VS vanuit de Wlz zijn er twee mogelijkheden:

1. Zorgaanbieder declareert VPT inclusief behandeling als de zorgaanbieder zelf alle behandeling levert en een overeenkomst heeft met het zorgkantoor. Indien een andere zorgaanbieder een deel van de behandeling levert factureert deze zorgaanbieder de daadwerkelijke inzet aan de aanbieder die de indicatie WLZ incl behandeling heeft/beheert.
2. Zorgaanbieder declareert MPT of VPT exclusief behandeling. Als er dan een consult of tijdelijke medebehandeling nodig is kan dat apart gefactureerd worden door de zorgaanbieder die de behandeling levert op de prestaties van medisch-generalistische zorg (MGZ):
 - Prestatiecode H335: inzet SO voor somatische, psychogeriatrische of gehandicaptenzorg.
 - Prestatiecode H321: reistoeslag bij behandeling
 - Prestatiecode H329: inzet gedragswetenschapper

Voorwaarden:

- Inzet SO gebeurt altijd op verwijzing van de huisarts. Bij verwijzing naar SO is helder of er sprake is van WLZ indicatie en is de zorgaanbieder VPT/MPT bekend. Idealiter is dit al bekend gezien het driehoeksoverleg in de wijk. Zo niet: via zorgdomein info door HA meegegeven
- Declaratie dus alleen mogelijk na verwijzing door huisarts;
- De organisatie waar de SO voor werkt, dient een contract met het zorgkantoor te hebben voor extramurale Wlz-behandeling;
- Alleen direct cliëntgebonden tijd is declarabel.

Voor meer informatie over de werkafspraken consultatie SO, raadpleeg [RTA Consultatie Specialist Ouderengeneeskunde](#).

3. Tijdelijke medebehandeling

De SO kan als regiebehandelaar een multidisciplinaire behandeling indiceren en inzetten. Dit gebeurt wanneer er sprake is van een specifieke vraag waarbij multidisciplinaire zorg nodig is, waarbij specialistische behandelaars zoals een fysiotherapeut of ergotherapeut nodig zijn.

Voorwaarden inzet tijdelijke medebehandeling

- Er is sprake van een Wlz indicatie
- De huisarts of VS heeft een regievoering met meer disciplines
- Verwijzing van de VS of huisarts
- De overige randvoorwaarden, met name het voorschrijven van medicatie door de SO en dossiervoering zal in een volgende pilotfase verder uitgewerkt worden.

Criteria

De SO kan medebehandeling inzetten bij complexe problematiek zoals:

- Noodzaak van multidisciplinaire aanpak;
- Complexe wonden/decubitus met onderliggend lijden waardoor vertraagde genezing (i.s.m. wondverpleegkundige uit de wijk);
- Dementie, geheugenproblemen, wanen, hallucinaties en verwardheid;
- Psychiatrische problematiek of als comorbiditeit (apathie, depressie en stemmingsstoornissen);
- Gedragsproblemen (zoals agitatie, achterdocht, afwerend gedrag en/of wegloupedrag)
- Problemen als gevolg van chronische progressieve en neurologische aandoeningen (MS, Parkinson, CVA, ALS);
- Aandoeningen met complexe multimorbiditeit waarvoor palliatieve en terminale zorg nodig is;
- Complexe polyfarmacie als gevolg van multimorbiditeit;
- Ondervoeding.

Bekostiging

Zie bekostiging consultatie.

Raadpleeg voor meer informatie over het verwijzingsproces en het informeren van de cliënt de [RTA Consultatie Specialist Ouderengeneeskunde](#).

4. MDO met SO

Criteria MDO met SO

Een SO kan bij het MDO aansluiten als er een verwijzing consultatie SO heeft plaatsgevonden en de huisarts expertise van de SO of afstemming met de SO nodig heeft. De verwijscriteria staan in de werkafspraken Consultatie SO. Tijdens het MDO moet er een concrete vraagstelling zijn om te bespreken.

Voorbereiding MDO

1. De huisarts verwijst de patiënt via ZorgDomein naar de SO. Dit doet de huisarts minimaal 2 weken voorafgaand aan het MDO. Als de SO al betrokken is bij de cliënt, dan hoeft er niet opnieuw een verwijzing gedaan te worden.
2. De SO voert een consultatie uit bij de patiënt, al dan niet voorafgaand aan het MDO.
3. Voorafgaand aan het MDO wordt in de huisartsenpraktijk bepaald wie de voorzitter tijdens het MDO is. Dit is een huisarts, POH of VS/PA.
4. De voorzitter is verantwoordelijk voor de planning, uitnodiging en opstellen van de agenda (zie bijlage 1).
5. De voorzitter geeft twee weken voorafgaand aan het MDO de volgende informatie per casus:
 - a. Concreet geformuleerde vraagstelling
 - b. Episodes en journaalregels, lab en andere meetwaarden, medicatie
 - c. Indien bekend: ACP
 - d. Indien bekend; is er mantelzorg betrokken en zo ja wie?
 - e. Indien aanwezig ook de WLZ-indicatie vermelden

Informereren van de patiënt

Bij aanvraag van inzet van een SO is de huisarts verantwoordelijk voor het informeren van de patiënt:

1. Patiënt is akkoord dat er relevante (medische en/of psychische) informatie wordt opgevraagd bij derden (hetero-anamnese).
2. Patiënt is akkoord dat er (zo nodig) contact is met andere disciplines (bijv. thuiszorg, casemanager, geriater).
3. Patiënt is geïnformeerd en akkoord over toepassing eigen risico vanuit zorgverzekering (indien van toepassing).
4. Indien MDO plaatsvindt zonder akkoord/medeweten van patiënt dan worden gegevens geanonimiseerd aangeleverd.

Het MDO

Tijdens het MDO bespreken de aanwezigen de concrete vraagstelling over de patiënt, onder leiding van de voorzitter. Het MDO kan, in overleg, in de huisartsenpraktijk of online via Teams/WeSeeDo gehouden worden.

Periodiek of incidenteel MDO

Het MDO kan op 2 manieren georganiseerd worden:

1. Een periodiek MDO (frequentie nader te bepalen met samenwerkende huisarts en SO)
2. Een incidenteel MDO n.a.v. een concrete casus

De keuze ligt bij de huisarts, in overleg met de SO. Voor zowel het periodieke als incidenteel MDO moet er een concrete vraagstelling per te bespreken patiënt zijn.

Bekostiging

Dit kan nu alleen op indicatie voor een patiënt bij wie SO's al in consult zijn; voor algemene MDO's in de huisartspraktijk is (nog) geen financiering. Bekostiging vindt plaats zoals bij een consult.

Voor meer informatie over de werkafspraken consultatie SO, raadpleeg [RTA MDO met aanwezigheid SO](#).

