



Handleiding Multidisciplinair Overleg (jeugd)

Frans van Mulwijk, Rianne van Mierlo

Versie 2.0

1. Inleiding

Om ingewikkelde casus beter te behandelen is het verstandig dat alle betrokkenen regelmatig bijeenkomen om een gezamenlijk plan van aanpak te maken. Deze aanpak is verstandig in het geval van zuiver medische zaken bijv. in geval van een CVA (de neuroloog, verpleegkundige, ergotherapeut en de fysiotherapeut), maar ook in gevallen waar sociale omstandigheden een belangrijke rol spelen, zoals bij kwetsbare jeugd en gezinnen.

Om een Multidisciplinair Overleg (MDO) succesvol te laten zijn is er een goede structuur nodig. Bij ad hoc structuren heeft een MDO snel de neiging te verwateren omdat iedereen het druk heeft. Deze handleiding gaat over de structuur. De handleiding wordt beschreven op basis van de ervaring die hiermee is opgedaan met het MDO-jeugd in Gezondheidscentrum Reeshof in Tilburg.

2. Samenstelling

In principe bestaat het MDO-jeugd uit de hulpverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij het kind en het gezin. Om het MDO krachtiger te maken kan men er ook voor kiezen de samenstelling uit te breiden met hulpverleners die over relevante extra kennis beschikken.

Bij ons MDO-jeugd hebben we ervoor gekozen dat 3 dimensies belangrijk zijn:

- kennis van wat er op school gebeurt in relatie tot het kind
- kennis van het gezin en de familie van het kind
- kennis over gedrag van kinderen.

Vanuit deze gedachte nemen een jeugdarts (en/of jeugdverpleegkundige), een huisarts en een kinder- en jeugdpsycholoog standaard deel aan het MDO-jeugd.

Het MDO kan uitgebreid worden met meerdere huisartsen, die bijv. in dezelfde maatschap zitten of werkzaam zijn in hetzelfde gezondheidscentrum. Daardoor kan nuttig advies worden verkregen vanuit de ervaringen die zij hebben m.b.t. gelijksoortige problematiek. Daarnaast ontstaat er een leereffect.

Medewerkers die BIG-geregistreerd zijn hebben de voorkeur, omdat hun eigen verantwoordelijkheid m.b.t. het beroepsgeheim duidelijk is.

Om adequater te kunnen reageren op complexe problematiek bij gezinnen (vechtscheidingen, psychiatrie etc.) met risico's op schade voor het kind, is het MDO in Gezondheidscentrum Reeshof uitgebreid met de expertise van een medewerker van de gespecialiseerde jeugdzorg die ook in de wijk werkzaam is.

Vaak gaat het in het MDO om gezinnen die op de een of andere manier ook bij de jeugdzorg in beeld zijn. Afhankelijk van het netwerk en afhankelijk van de problematiek in de wijk kan het MDO aangevuld worden met een medewerker van het Maatschappelijk Werk, Veilig Thuis, wijkverpleging of het jongerenwerk. Dit kan uiteraard ook op ad hoc basis.

3. Het overleg

Om succesvol te zijn moeten een aantal randvoorwaarden worden geregeld:

- vergaderruimte met voldoende privacy
- vaste overlegdag (jaarlijks datumlijstje)
- een vaste gespreksleider
- agenda, verslag met actielijst
- follow-up van gemaakte afspraken.

Hierover in navolgende paragrafen meer. De frequentie is afhankelijk van de caseload. De ervaring leert dat per overleg van 1 uur 4 tot 5 casus besproken kunnen worden. Dit vergt overigens goede vergaderdiscipline.

4. Casusinventarisatie

Tien dagen voor het MDO stuurt de gespreksleider alle deelnemers een verzoek om casus aan te melden via de beveiligde mail. De volgende elementen worden opgevraagd:

- naam en geboortedatum
- huisarts en betrokken andere hulpverleners van het MDO
- korte gevalsbeschrijving (2 regels)
- een vraagstelling.

Enkele dagen voor het overleg stuurt de gespreksleider de agenda rond.

5. Agenda

De agenda bevat de volgende elementen:

- mededelingen
- verslag vorig MDO/lopende casuïstiek
- nieuwe casuïstiek
- rondvraag.

6. Verslag

Een handige gespreksleider is in staat zowel het gesprek te leiden alsook de notulen te maken. Het verslag moet dan wel al voorbereid zijn met de informatie die reeds beschikbaar is. Er kan ook een keuze gemaakt worden voor bijv. notuleren per toerbeurt.

Het verslag bevat per casus de volgende elementen:

- een uitgebreidere beschrijving
- een overzicht van de betrokken hulpverleners
- gesuggereerde oplossingsrichtingen
- oplossingsstrategie
- verdeling van acties en verantwoordelijkheden
- follow-up afspraken.

7. Casusbeheer

De gespreksleider houdt alle casus op de agenda, waarvoor nog geen bevredigende oplossing is gevonden of waar risico's op terugval bestaan.

Op het moment dat de casus voldoende stabiel is wordt deze (tijdens een MDO) van de agenda gehaald.

8. Jaaroverzicht

De gespreksleider maakt jaarlijks een overzicht van alle besproken gevallen. In het eerste kwartaal van een nieuw jaar wordt de lijst door alle deelnemers van het MDO doorgenomen. De vraag is dan of er geen casus op de een of andere manier tussen wal en schip is geraakt.

9. Privacy

Bij de start van een MDO moeten afspraken worden gemaakt over de privacy.

Grosso modo zijn er 3 mogelijkheden om een casus in te brengen:

- Met voorafgaande toestemming van de patiënt (en/of ouders). Dit is de beste constructie. Hiermee wordt het ook mogelijk de uitkomst van het MDO terug te koppelen naar de patiënt (en/of ouders). De toestemming wordt mondeling gevraagd en genoteerd in het patiëntendossier.
- Anoniem, als de inbrenger aan de hand van de visie van het MDO voor zichzelf wil bepalen op welke manier hij/zij een casus wenst te begeleiden.
- Zonder toestemming op het moment dat de inbrenger vermoedt dat voorafgaande toestemming het kind in gevaar zou kunnen brengen, of de situatie zou kunnen verergeren.

10. Literatuur

Bij de zorg voor jeugd wordt gebruik gemaakt van de documenten die door de KNMG zijn ontwikkeld:

- KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (incl. Kindcheck)
- KNMG-stappenplan Kindermishandeling.