

Rapportage ‘Opzetten netwerk maternale ziekten en zwangerschap’

januari 2025

Initiatief: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)

Betrokken organisaties:

Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)

Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)

Financiering: Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

Inhoud

Aanleiding en doel.....	5
Regionaal MDO Obstetrie	6
Deelnemende ziekenhuizen	6
Doelgroep	6
Aanpak.....	7
Patiëntenperspectief.....	7
Juridische aspecten	9
Uitvoering van het MDO Obstetrie	10
Organisatie van het MDO	10
Individuele risicoschatting.....	11
Uniforme zorgpaden	13
Ervaringen van gebruikers.....	16
Uitkomstregistratie	17
Digitale ondersteuning	18
Dienst MDO	19
Kennisdeling	20
Leren en verbeteren	20
Symposia	20
Toekomst & aanbevelingen.....	21
Implementatie	22
7-stappen-model	22
Samenstelling werkgroep en klankbordgroep	26
Bijlage 1. Werkinstructie	27
Bijlage 2. Het MDO aanmeldformulier en verslag.....	29
Bijlage 3. Gevoerde MDO's.....	32
Bijlage 4. Artikel NTOG nr. 8, 2023.....	34
Bijlage 5. Q & A	35

Managementsamenvatting

Behaalde doelen

Individuele zorgvragen

Voor elke zwangere vrouw met een onderliggende maternale aandoening de juiste zorg op de juiste plek. In het regionaal MDO (MultiDisciplinair Overleg) Obstetrie wordt elke maand tussen 2^e en 3^e lijn besproken hoe deze vrouwen passende zorg kunnen ontvangen. Wat initieel startte als pilot, is nu standaard zorg geworden, met de specialismen: cardiologie, anesthesiologie, nefrologie en hematologie, in zes ziekenhuizen (UMC Utrecht, Elisabeth-TweeSteden ziekenhuis (Tilburg), St. Antoniusziekenhuis(Nieuwegein/Utrecht), Diaconessenhuis (Utrecht), Meander MC (Amersfoort), en het Deventer ziekenhuis). Op dit moment wordt er opgeschaald qua ziektebeelden. De software Vitaly van Openline wordt gebruikt, voor de obstetrie werd een eigen aanmeldformulier ontwikkeld. Tijdens het maandelijks MDO wordt iedere individuele casus separaat besproken en advies op maat voor tijdens zwangerschap en bevalling gegeven. Uit de evaluatie bleek dat regiopartners tevreden zijn en patiënten geven aan de extra zekerheid en zorgvuldigheid als heel prettig en geruststellende te ervaren.

Kennisdeling

Het MDO biedt daarnaast ruimte voor reflectie op geleverde multidisciplinaire zorg, dat bijdraagt aan een brede integrale reflectie op casuïstiek en het bespreken van verbetermogelijkheden. Er werd sterkere samenwerking op het gebied van maternale ziekten ervaren door de regiopartners en ervaren dat zorg meer werd gedragen door het team. Er was een jaarlijks symposium om kennis te delen over maternale ziekten en zwangerschap.

Uitdagingen

Draagvlak

In het regionaal MDO speelt het advies van de verschillende experts (medisch specialisten werkzaam in de academie met specifieke aandachtsgebieden) een grote rol. Advies geven over patiënten die ze niet zelf live gezien hadden, was wennen voor de meeste experts. De experts hebben ruimte nodig om te groeien in deze rol. Essentieel zijn is een goede structurele inbedding van het MDO binnen een afdeling en draagvlak van het management, bijvoorbeeld in het geven van ruimte voor de voorbereidings- en aanwezigheidstijd (maximaal 1uur per MDO). Daarnaast blijkt deelspecialisatie van waarde door de specifieke kennis, maar ook een uitdaging ten aanzien van structurele aanwezigheid en continuïteit van medisch specialisten.

Gegevensuitwisseling

Vrouwen die worden besproken in het regionaal MDO hebben veelal een complexe medische voorgeschiedenis en worden gezien door verschillende zorgverleners van verschillende disciplines soms uit verschillende ziekenhuizen. Doordat niet alle informatie in één EPD wordt vastgelegd, leidt dit ertoe dat niet alle zorgverleners op alle momenten toegang hebben tot de juiste informatie. Het MDO en de gegevensdeling in Vitaly draagt bij aan het bijeenbrengen van de benodigde informatie. Wel vraagt het blijvende alertheid van zorgverleners uit alle echelons om de compleetheid van informatie te garanderen.

Toekomst

Dienst MDO

Het huidige regionaal MDO Obstetrie blijft voortbestaan. Verdere opschaling en implementatie wordt ondersteund door de 'dienst MDO' van VECOZO. De 'dienst MDO' is tijdens de looptijd van het afgeronde project ontwikkeld en zo wordt ook de ontwikkelde software breder beschikbaar. VECOZO zet zich met de 'dienst MDO' in voor landelijke standaardisatie tegen maatschappelijk verantwoorde tarieven. Deze landelijke standaardisatie heeft als groot voordeel dat interoperabiliteit bij ketensamenwerking over heel Nederland direct geregeld is. De standaardisatie heeft daardoor ook een positief effect op de ICT-kosten van alle zorginstellingen omdat voor verschillende typen MDO's alle informatie via één platform gedeeld kan worden.

Inzicht in uitkomsten

Idealiter volgt het regionaal MDO Obstetrie van elke casus het beloop van de zwangerschap en maternale en perinatale uitkomsten daarvan op. Dat geeft inzicht in uitkomsten voor specifieke groepen vrouwen (met een onderliggende aandoening) én mogelijkheden om daarover voor te lichten of qua zorgpad op te anticiperen. Op dit moment worden de uitkomsten verspreid over verschillende disciplines en ziekenhuizen geregistreerd, wat het uitdagend maakt om het bij elkaar te brengen. In de toekomst zouden deze gegevens bijeen gebracht kunnen worden, op landelijk niveau, zodat aan de hand van data leer- en verbetercycli onderdeel kunnen worden van het regionaal MDO.

Aanbevelingen

Experts mogen groeien in hun rol

Het regionaal MDO Obstetrie vraagt om nieuwe vaardigheden van experts, zoals advisering over patiënten die ze niet zelf live gezien hebben. Daarvoor is het nodig blijvende aandacht te hebben voor wederzijds vertrouwen tussen zorgverleners in de MDO's die worden uitgevoerd.

Uitbreiding van technische ondersteuning

De 'dienst MDO' via VECOZO is een grote stap voorwaarts op het vlak van standaardisatie en interoperabiliteit. Er zijn enkele uitbreidingswensen, onder andere verdere integratie in het EPD, die zijn overgedragen aan de 'dienst MDO'. Daarnaast is het verzamelen van data ten behoeve van een uitkomstregistratie voor complexe zwangerschappen wenselijk.

Intensiveer de betrokkenheid en kennis van de eerstelijns verloskundige

Veel vrouwen starten hun zwangerschapsbegeleiding bij de eerstelijns verloskundige en eindigen daar ook weer in de kraamtijd. Het is belangrijk dat de verloskundige alle relevante informatie opvraagt en dat de verloskundige goed geïnformeerd wordt over het afgesproken beleid en mogelijk te verwachten complicaties bij ontslag uit het ziekenhuis.

Aanleiding en doel

Voor elke zwangere vrouw met een ernstig onderliggende maternale aandoening de juiste zorg op de juiste plek. Wanneer is zorg in de 2^e lijn nodig en wanneer is zij beter af in de 3^e lijn? Waar er voor de foetale zorg duidelijk afspraken bestaan, bijvoorbeeld een overplaatsing naar het regionale Neonatale Intensive Care Unit-centrum bij een verwachte bevalling voor 32 weken, zijn die afspraken er niet voor complexe maternale ziekten. Dit leidt ertoe dat veel vrouwen naar de 3e lijn verwezen worden voor zwangerschapsbegeleiding en bevalling bij wie dat gezien hun risicoprofiel niet hoeft, en komt het ook nog voor dat vrouwen in de 2e lijn bevallen, die daar eigenlijk niet de juiste zorg krijgen. Soms omdat de risicoschatting niet klopt, soms omdat er te weinig expertise en ervaring is met het onderwerp en soms omdat de logistieke omstandigheden niet optimaal zijn: kun je ter plaatse alle potentiële complicaties zelf oplossen? Geïnspireerd door zorgoverleg op afstand in Toronto Canada, is de NVOG dit project voor een regionaal MDO voor maternale ziekten in de zwangerschap gestart om zo bij te dragen aan passende zorg.

Het doel van het regionaal MDO is de juiste zorg op de juiste plek voor (zwangere) vrouwen met een ernstig onderliggende aandoening

Voor de start van dit project vond er overleg over een specifieke casus plaats in het eigen echelon, bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg met gynaecologie, cardiologie en anesthesie in de derde lijn. Als er twijfel was over in welk echelon de juiste zorg geboden kon worden, werd er door specialisten individueel overleg geïnitieerd per casus. Deze werkwijze vraagt veel handmatige overdracht van gegevens en bood vaak alleen ruimte voor zorg in het ene óf het andere echelon.

In dit project werd een regionaal MDO geïmplementeerd om zo een passend en gedragen zorgplan voor de individuele zwangere op te stellen, zodat zowel zorgverleners als patiënten weten waar ze aan toe zijn. De uitvoering van het MDO werd ondersteund met software, het Vitaly platform van OpenLine, om zo de beschikbaarheid en vindbaarheid van medische gegevens voor het MDO te ondersteunen.

Regionaal MDO Obstetrie

Om toe te werken naar multidisciplinaire lijnoverstijgende netwerkzorg voor zwangere vrouwen met een onderliggende aandoening werden drie onderdelen ontwikkeld:

1. Uitvoering van het MDO.

- a. Individuele risicoschatting. Wat is de mate van risico voor de betreffende patiënte in de zwangerschap en peripartum en welke complicaties kun je verwachten?
- b. Uniforme zorgpaden. Ontwikkeling en in gebruik nemen van de zorgpaden. Afhankelijk van het risico meer of minder zorg in de 3e lijn.
- c. Gezamenlijk vaststellen van beleid. Multidisciplinair team zet expertise in voor gedragen beleid van preconceptie tot en met postpartum, inclusief gewenste plaats van bevalling (2e of 3e lijn).
- d. Gezamenlijke uitkomstregistratie. Werken vanuit de brondata om registratielast te verminderen om zorgevaluatie mogelijk te maken. Uiteindelijk streven naar regiobrede toetsing en verbetering van de kwaliteit middels PDCA (Plan-Do-Check-Act)-cyclus o.b.v. uitkomstregistratie en uit te vragen patiëntervaring.

2. Opzetten **digitale ondersteuning**. Om de bij punt 1 genoemde doelen mogelijk te maken willen wij een digitaal platform opzetten voor onderlinge communicatie en dataregistratie, rechtstreeks vanuit de oorspronkelijke Elektronische Patiëntendossiers (EPD's).

3. **Kennisdeling**. Jaarlijks organiseren van een netwerksymposium met als doel uitkomsten te bespreken, complicaties te analyseren en verbeteracties in te zetten, patiëntervaringen terug te koppelen en kennisniveau te verbeteren middels nascholing (refereerbijeenkomsten).

Deelnemende ziekenhuizen

Na toekenning van gelden van SKMS (Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten) werd de projectgroep gevormd in de regio van het Geboortezorg Consortium Midden Nederland (GCMN). De projectgroep bestond initieel uit een vertegenwoordiger (gynaecoloog) van elk deelnemend ziekenhuis: UMC Utrecht, Diakonessenhuis (Utrecht), St. Antoniusziekenhuis (Utrecht), Elisabeth-TweeSteden ziekenhuis (Tilburg). Na de start van de daadwerkelijke MDO-uitvoering sloten nog twee ziekenhuizen, met elk een vertegenwoordiger, aan: Meander Medisch Centrum (Amersfoort) en het Deventer Ziekenhuis. Vanuit het UMC Utrecht participeerde ook van ieder deelspecialisme een vertegenwoordiger.

Doelgroep

In beginsel werd de patiëntendoelgroep afgebakend tot patiënten met een onderliggende hematologische, nefrologische of cardiovasculaire aandoening die onder zorg zijn, preconceptioneel of in de zwangerschap bij één van de deelnemende centra. Enerzijds om met kleine afgebakende patiëntengroepen te beginnen en ervaring op te doen, anderzijds omdat voor deze onderliggende aandoeningen een deelspecialist beschikbaar en betrokken was.

Aanpak

Het project werd enerzijds inhoudelijk voorbereid: de projectgroep ging aan de slag met de te ontwikkelen zorgpaden en benodigde data. Per specialisme werd een inhoudelijke sessie georganiseerd, waarin gekeken werd welke medische gegevens beschikbaar moeten zijn bij inbreng in het regionaal MDO. Tevens werd het basis zorgpad per specialisme besproken in deze sessie. Anderzijds ging het kernteam (MLR, SVK ATL) ging aan de slag met opties voor gegevensuitwisseling ter ondersteuning van het MDO, zie [Digitale ondersteuning](#).

Voor de opzet van de organisatie van het MDO werd zoveel mogelijk gebruik gemaakt van wat al beschikbaar is, zoals de [blauwdruk MDO](#) vanuit de Regionale Oncologienetwerken en de ervaringen van het project Data Delen Midden Nederland (DDMN) van Oncomid: het oncologienetwerk Midden-Nederland.

Patiëntenperspectief

In de aanloop naar het voeren van regionale MDO's zijn verschillende patiëntenverenigingen gevraagd om hun zienswijze; Patiëntenfederatie Nederland, Nierpatiëntenvereniging Nederland, Aangeboren hartafwijkingen. In april 2023 heeft een interview plaatsgevonden met mevrouw Van Ee, adviseur patiëntenbelang geboortezorg, namens de Patiëntenfederatie Nederland.

De vragen die werden voorgelegd aan de Patiëntenfederatie Nederland:

1. *Wat zou een goede manier zijn om het MDO aan patiënten uit te leggen?*

Er werd aangegeven dat het prettig is als de hoofdbehandelaar zelf (waar de patiënt contact mee heeft) het MDO aankkaart en de wensen van de zwangere bespreekt, bij het MDO aanwezig is en de uitkomst aan de patiënt terugkoppelt. In de terugkoppeling is het ook van belang dat er met behulp van gezamenlijke besluitvorming definitieve afspraken over het zorgpad worden gemaakt. Mogelijk kan het van meerwaarde zijn als de patiënt zelf, indien gewenst, ook bij de bespreking in het MDO aanwezig is. Tot slot is het prettig als de inbreng in het MDO zo vroeg mogelijk in de zwangerschap is, zodat patiënten snel weten waar ze aan toe zijn.

2. *Wat zou een goede manier zijn om de uitkomsten van het MDO aan patiënten terug te koppelen?*

Allereerst werd het bespreken van de inbreng in het kader van juiste zorg op de juiste plek genoemd. Voor zwangeren is het vaak de wens zoveel mogelijk 'onbezorgd' te kunnen genieten, complicaties voorkomen door middel van de juiste zorg op de juiste plek is een gedeeld belang. Ook bespreken wat haar eigen vraag is voor het MDO.

Indien de zorg voor een zwangere zo complex dat er een MDO nodig is, kan dat ook iets doen met de gerustheid van een zwangere. Daarom is het van belang duidelijk te maken dat deze bespreking uit voorzorg is, omdat te voorkomen dat er overhaast of in spoedsituaties keuzes gemaakt moeten worden, en aandacht te hebben voor eventuele ongerustheid.

Het kan rust geven om van tevoren aan te geven welk advies er verwacht wordt, of de mogelijke opties, zodat er geen verrassingen zijn bij de terugkoppeling.

In het gesprek kwam een aantal algemene punten aan de orde: het is fijn als er verslaggeving in te zien is door de patiënt (bijvoorbeeld in het EPD), het liefst in begrijpelijke taal. Tot slot is het prettig als de terugkoppeling aan de patiënt snel na het MDO plaatsvindt.

In de projecttijd van het MDO hebben we met twee patiënten contact kunnen leggen om hun ervaringen te horen.

De patiënten hadden in het algemeen een prettige ervaring met het inbrengen van haar casus in het MDO. De vraagstelling was vooraf helder en de uitleg over het MDO was duidelijk. Ze konden vragen stellen en bovenal hun eigen wensen inbrengen. Het was prettig om extra zekerheid over het beleid te hebben door het MDO. Eén patiënte gaf een duidelijke voorkeur aan om de besprekingen zoveel mogelijk met één vaste arts te doen, dat helpt ook om persoonlijke behoeften te bespreken.

De uitslag van het MDO werd telefonisch met de patiënten besproken. Eén patiënt wist niet precies wanneer het MDO was, wel stond de telefonische afspraak vast. Dat was prettig en zij ervoer geen spanning in de wachttijd. De andere patiënt had ook een telefonische afspraak staan om de uitkomst te bespreken, die werd alleen verplaatst omdat het MDO geannuleerd werd. Daardoor duurde het een lange tijd voordat patiënte de uitkomst wist van het MDO. Dat bracht veel spanning met zich mee.

Beide patiënten hadden al verschillende zorgverleners (van 1^e tot 3^e lijn) gezien in de preconceptionele of prenatale periode. Ze merkten dat niet alle zorgverleners over alle informatie beschikten. Dat werd duidelijk als verbeterpunt aangekaart: vraag tijdig informatie aan (verloskundige en gynaecoloog) of stuur tijdig door (verloskundige). Anderzijds gaf het ook een geruststellend idee dat door inbreng in het MDO alle informatie bij elkaar gebracht zou worden.

Tot slot, werd het door een patiënte heel prettig ervaren dat zij laagdrempelig (digitaal) contact op kon nemen met haar arts. Zij kon zo snel haar vragen en onzekerheden bespreken.

Juridische aspecten

Samenwerkingsovereenkomst

Vanuit DDMN werd een samenwerkingsconvenant opgesteld, waaronder het regionaal MDO Obstetrie ook uitgevoerd kon worden. In het convenant is het interoperabiliteitsmodel opgenomen als uitgangspunt, tevens uitgangspunt van VIPP (Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional) Babyconnect. Daarnaast zijn de juridische uitgangspunten met betrekking tot elektronische gegevensuitwisseling vastgelegd, evenals de dienstverlening van het UMC Utrecht, governance, gegevensbescherming en informatiebeveiliging.

Per 2025, zal de routing van deze afspraken veranderen in verband met de 'dienst MDO' van VECOZO.

Verantwoordelijkheid

Vanuit de deelnemende medisch specialisten bestond er bij aanvang zorg om de juridische status en daarmee verband houdende aansprakelijkheid van de gegeven adviezen in het MDO. Deze zorg bleek specifiek voor het MDO Obstetrie en werden niet herkend door andere MDO's.

Voor meer informatie zie de [Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg \(knmg, 2022\)](#). Voorop daarin staat het maken van duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden bij zorgverlening aan de patiënt, het MDO kan daar juist aan bijdragen. Evenals het opstellen van een gezamenlijk gedragen behandelplan.

Tot slot, het uitgangspunt is het leveren van zorg conform de gestelde richtlijnen. Daar waar de richtlijnen niet voorzien, kan het advies van het MDO gevolgd worden. Wanneer er wordt afgeweken van het advies van het MDO is het belangrijk dit vast te leggen en te onderbouwen, zoals dat ook geldt indien je afwijkt van de richtlijn. Zorgverleners zijn wel verantwoordelijk voor een zorgvuldig proces, niet voor de uitkomst daarvan.

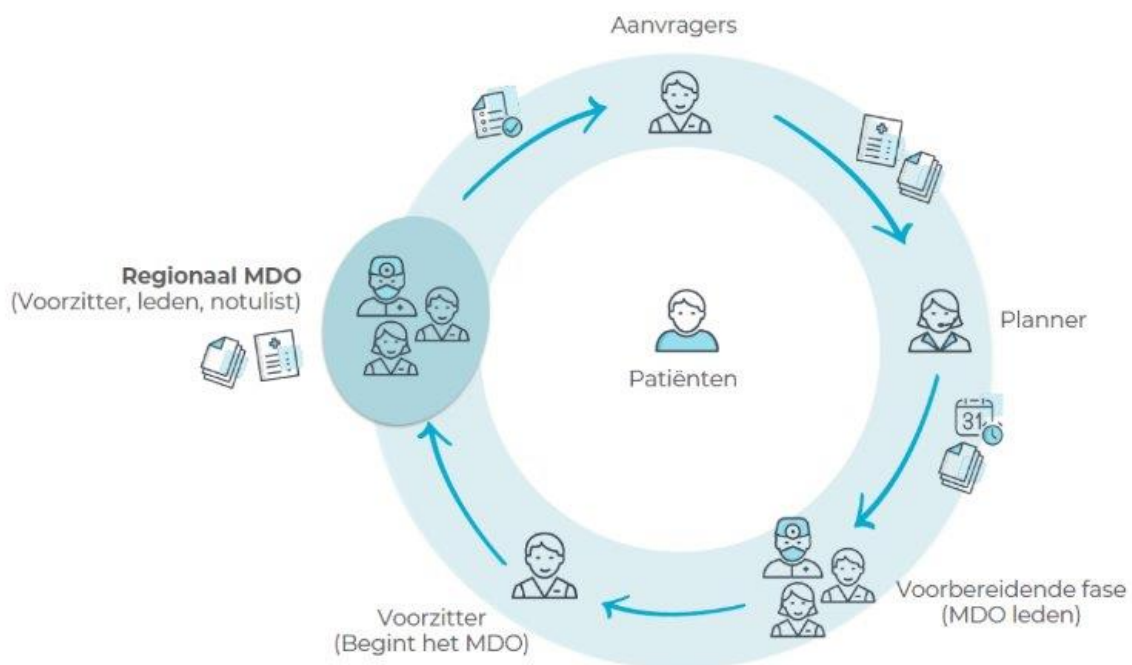
Uitvoering van het MDO Obstetrie

Organisatie van het MDO

Het MDO werd in beginsel eens in de zes weken georganiseerd op een vast moment: maandagmiddag 17.00-18.00u. Dit moment werd vastgelegd in overleg met betrokken experts en deelnemende ziekenhuizen. Daarbij bleek het helaas niet mogelijk een moment te vinden dat voor iedereen goed past; met zes deelnemende ziekenhuizen én deelspecialisten waren er evenzoveel stafvergaderingen, andere MDO's en bijvoorbeeld vaste vrije dagen om rekening mee te houden. De mogelijkheid voor structurele aanwezigheid van benodigde experts is leidend geweest voor de uiteindelijke keuze. Er is niet voor alternerende dagen gekozen in de hoop dat een vast moment ook bijdraagt aan inbedding en gewenning van het MDO. Wel is gedurende het project de frequentie van het MDO aangepast, van eens in de zes weken, naar eens in de vier weken. De keuze voor de frequentie bleef balanceren tussen voldoende aanmeldingen voor het MDO en de wens voor frequente MDO's voor goede structurele inbedding.

De volgorde van de agenda werd vastgesteld op basis van de benodigde experts, de casus werd gerubriceerd op basis van maternale aandoening. Zo was het voor experts ook mogelijk een deel van het MDO aan te sluiten.

De software van het MDO, Vitaly, kent verschillende gebruikersrollen. Deze rollen zijn "as is" overgenomen voor het MDO Obstetrie en leidend geweest voor de organisatorische kant van het MDO Obstetrie: aanvrager, planner, deelnemer, voorzitter, notulist (zie figuur 1).



Figuur 1. Schematische weergave van de verschillende rollen tijdens het MDO proces

Bron: Parsek, Openline.

De aanvrager dient de casus in voorafgaand aan het MDO in Vitaly. Naast de administratieve inbreng is de aanvrager verantwoordelijk voor het bespreken van het inbrengen met de patiënt en het vastleggen van de gegeven toestemming in het EPD. De aanvrager presenteert ook de casus tijdens het MDO.

De planner ontvangt de aanvragen in Vitaly, controleert de inbreng op volledigheid en beheert de agenda. De agenda wordt opgesteld door de planner in overleg met de voorzitter. Naast het beheer van het MDO in Vitaly zorgt de planner ook voor herinneringen per e-mail aan de deelnemers met de deadlines voor het inbrengen van casuïstiek. Na het vaststellen van de agenda wordt deze gedeeld met de experts en deelnemers. In dit project was de planner ook notulist.

De deelnemers kunnen de agenda en casuïstiek inzien, ter voorbereiding, voorafgaand aan het MDO in Vitaly.

De voorzitter bereidt het MDO voor samen met de notulist, planner. Het MDO wordt digitaal gestart in Vitaly door de voorzitter in Vitaly en aan het einde weer afgesloten. De voorzitter zit het MDO voor en begeleidt de discussie tijdens het MDO. In de praktijk bleek een dubbelrol als voorzitter en expert soms uitdagend; zowel de discussie leiden als inhoudelijke inbreng combineren vraagt veel schakelen. Er kan ook gekozen worden voor een onafhankelijk voorzitter.

De notulist maakt tijdens het MDO het verslag. Nadien wordt samen met de voorzitter het MDO-verslag definitief gemaakt. Dat is daarna door de aanvrager te downloaden voor in het eigen EPD. Sommige EPD's hebben al een inzagefunctie voor het verslag in het EPD zelf.

De werkafspraken voor het MDO werden vastgelegd in een werkinstructie (zie bijlage 1) en gedeeld met alle deelnemers van het MDO.

Het MDO werd volledig digitaal uitgevoerd. Het overleg zelf verliep via Teams. Vitaly was beschikbaar voor gegevensdeling ter ondersteuning van het MDO-proces. Het scherm kan gedeeld worden in de Teams-vergadering. Wel bleek: zoveel ziekenhuizen zoveel standaard videoconferencing applicaties. Daardoor was er een enkel centrum dat meer moeite moest doen om bijvoorbeeld zelf een scherm te kunnen delen tijdens de Teams-vergadering. In overleg met de IT-afdeling werd er in alle gevallen een oplossing gevonden.

Individuele risicoschatting

Het maken van een individuele risicoschatting is het eerste en voornaamste doel van het regionaal MDO Obstetrie om zo een onderbouwde beslissing te kunnen maken over de juiste zorg op de juiste plek voor (zwangere) vrouwen met een ernstig onderliggende aandoening. Voor deze doelgroep is niet altijd een richtlijn ter beschikking ter onderbouwing van het zorgpad. In dit project bleek ook dat juist het gesprek tijdens het MDO bijdraagt aan een betere inschatting van wat passende zorg is. Juist voor vrouwen die anders 'tussen wal en schip' vallen, kortom voor vrouwen waarin de keuzes in het zorgpad niet zo zwart-wit zijn. Ook de wens van de patiënt kon daarin goed bijdragen.

Om tot een juiste inschatting te komen van mogelijke complicaties tijdens de zwangerschap, bevalling en postpartumperiode is het essentieel dat de experts over de benodigde informatie beschikken om tot een goed advies te komen. De informatie werd gedeeld door middel van het MDO-formulier.

Het MDO-formulier (zie bijlage 2) werd voorafgaand aan de start van het MDO ontwikkeld door de projectgroep. Het MDO-formulier dat al in gebruik was voor andere regionale MDO's werd als uitgangspunt genomen, juist ook met het oog op standaardisatie van gegevensuitwisseling en toekomstige inbouw in de verschillende EPD's. De basisvelden met bijvoorbeeld persoonsgegevens en informatie over de behandelaar werden ongewijzigd overgenomen. Ook algemene medische informatievelden werden ongewijzigd overgenomen. De velden specifiek voor obstetrie werden samengesteld aan de hand van drie werkgroepsessies. Er waren aparte sessies per aandoening: één voor hematologie, één voor cardiologie en één voor nefrologie. Per aandachtsgebied werd besproken welke gegevens(data) uit het EPD nodig zijn om te weten voorafgaand aan het MDO voor een goede advisering en dus in het MDO-formulier terecht moeten komen. Daarna werden de uitkomsten van de drie sessies gecombineerd tot één MDO-formulier, dat werd voorgelegd en akkoord bevonden door de projectgroep. Het is mogelijk om naast het MDO-formulier zelf bijlagen te uploaden of te koppelen, dit kan bijvoorbeeld een echoverslag of brief van een medisch specialist zijn (figuur 2). Het bleek niet mogelijk om bewegende beelden te delen in het MDO-formulier. Tijdens het project werden deze beelden tijdens de bespreking in het MDO Obstetrie zo nodig alsnog gedeeld. Het is wel een wens de functionaliteit van Vitaly hiermee uit te breiden.

Tijdens het bespreken van het MDO kan het aanmeldformulier gedeeld worden in Teams. Het verslag van het MDO wordt in hetzelfde scherm gedeeld en kan gelijktijdig worden ingevuld (zie bijlage 2).

VITALY XXX-AANSLUITTEST, Betsie B.
BSN 999990019
02/02/1950 (74 j) Vrouwelijk

Algemene info | Alle documenten | Aanvragen

OVER

Type
MDO Obstetrie maternaal

Heeft u een voorkeur voor een MDO Datum?
Elke datum

Toestemming verkregen *
Selecteer a.u.b.

HOOFDBEHANDELAAR

Ik Andere

GEGEVENS AANMELDER

Ik Andere

CONSULTATIE MATERIAAL

Geen documenten aan de aanvraag gekoppeld.

SAMENVATTING

Type patiënt *
Selecteer a.u.b.

Fase / Type MDO *
Selecteer a.u.b.

Vorbereiden door

Gynaecoloog Anesthesist
 Nefroloog Hematoloog
 Cardioloog

Type Aandoening

Nefrologie Hematologie
 Cardiologie

Vraagstelling / Reden bespreking *

OVERIGE INFO

VOORGESCHIEDENIS EN COMORBIDITEIT

Diagnose, complicatie *

ANAMNESE

CONCEPT

Wilt u de aanvraag in
Leg patient contact gegevens vast en vraag gegevens verwijzer
Wilt de aanvraag in met alle gegevens
Upload alle nodige documenten en voeg andere toe indien nodig

Markeer deze aanvraag

Opstaan Annuleren Verzenden

Voorlopige aanvraag annuleren

VITALY XXX-AANSLUITTEST, Betsie B.
BSN 999990019
02/02/1950 (74 j) Vrouwelijk

Algemene info | Alle documenten | Aanvragen

OVER

Type
MDO Obstetrie maternaal

Heeft u een voorkeur voor een MDO Datum?
Elke datum

Toestemming verkregen *
Selecteer a.u.b.

HOOFDBEHANDELAAR

Ik Andere

GEGEVENS AANMELDER

Ik Andere

CONSULTATIE MATERIAAL

Geen documenten aan de aanvraag gekoppeld.

SAMENVATTING

Type patiënt *
Selecteer a.u.b.

Fase / Type MDO *
Selecteer a.u.b.

Vorbereiden door

Gynaecoloog Anesthesist
 Nefroloog Hematoloog
 Cardioloog

Type Aandoening

Nefrologie Hematologie
 Cardiologie

Vraagstelling / Reden bespreking *

OVERIGE INFO

VOORGESCHIEDENIS EN COMORBIDITEIT

Diagnose, complicatie *

ANAMNESE

CONCEPT

Wilt u de aanvraag in
Leg patient contact gegevens vast en vraag gegevens verwijzer
Wilt de aanvraag in met alle gegevens
Upload alle nodige documenten en voeg andere toe indien nodig

Markeer deze aanvraag

Opstaan Annuleren Verzenden

Voorlopige aanvraag annuleren

Figuur 2. Voorbeeld MDO formulier Obstetrie
Bron: Vitaly, Parsek.

Uniforme zorgpaden

Voorafgaand aan het project werd ten doel gesteld om zorgpaden per maternale aandoening te ontwikkelen om meer uniformiteit te creëren in de perinatale regio Utrecht.

Na voorbereiding in het kernteam werd tijdens een symposium de maternale indicatielijst voorgelegd en besproken (tabel 1). De intentie was, om gelijk aan de foetale zorg, te komen tot een lijst met afgebakende afspraken (zoals bijvoorbeeld partus prematures onder 32 weken amenorroeduur in een derdelijns centrum). Daarbij was het uitgangspunt om afhankelijk van het

risico op complicaties in de zwangerschap meer of juist minder zorg in de derde lijn te indiceren of shared care tussen tweede en derde lijn af te spreken.

De praktijk was weerbarstiger. Tijdens de bespreking in het symposium kwamen de volgende aandachtspunten naar voren. Dit leidde er toe dat specialisten het op hoofdlijn wel eens zijn met de maternale indicatielijst, maar dat de praktijk tot dusdanige verschillen leidt dat het niet mogelijk is voor de regio (impliciet dus ook landelijk) één lijst te hanteren.

Gezamenlijke besluitvorming met de patiënt voorop. Zoveel patiënten zoveel wensen, ook als het om tweede versus derdelijns zorg gaat. Daarin is specifieke aandacht en afstemming met de patiënt nodig als bijvoorbeeld alleen de partus in de derde lijn plaats zal vinden en patiënt te maken krijgt met een ander behandelteam. Plan ten minste een kennismakingsgesprek, een bevalwensengesprek en een (digitale) rondleiding in bij de derde lijn en stem met de patiënt af wat verder nodig is zodat zij met vertrouwen de bevalling tegemoet gaat.

Er bestaat geen uniforme tweede lijn, niet één centrum is gelijk. Er is voor de doelgroep van het MDO Obstetrie altijd sprake van multidisciplinaire zorg (obstetrie én nefrologie/ cardiologie/ hematologie én anesthesie). Naast de obstetrische mogelijkheden in de tweede lijn, kunnen ook de mogelijkheden van de andere disciplines per centrum verschillen. Dat biedt juist gelegenheid met elkaar in het MDO in kaart te brengen wat er per casus mogelijk is in de tweede lijn en welke zorg in de derde lijn plaats zal moeten vinden. Daarom is het zeer dringend aan te bevelen dat alle betrokken disciplines uit zowel tweede als derde lijn bij het MDO aanwezig zijn als de casus wordt besproken. De disciplines uit de tweede lijn worden uitgenodigd door de inbrenger/gynaecoloog uit de tweede lijn. Dan kunnen randvoorwaarden voor goede zorg in de tweede lijn goed met elkaar worden afgesproken.

De meeste casuïstiek is niet zo zwart-wit dat er sprake is van 'harde' derdelijns indicaties. Juist deze casuïstiek kan ingebracht worden in het regionaal MDO Obstetrie. Ook een wens van de patiënt buiten de gebaande paden kan reden tot inbreng zijn. Daarbij is het uitgangspunt wat MOET in de derde lijn en wat KAN naar de tweede lijn, bijvoorbeeld biometriemetingen, dat kan verregaander dan nu het geval is.

Er kan altijd een preconceptioneel advies consult gevraagd worden.

Als er bijvoorbeeld wordt afgesproken dat alleen de partus in de derde lijn plaats zal vinden, is onderling vertrouwen tussen zorgverleners van groot belang. Er zal dan niet altijd de meest actuele zwangerschapskaart direct voor handen zijn. Spreek af bij welke termijnen de zwangerschapskaart sowieso naar de derde lijn wordt verstuurd. Daarnaast mag in wederzijds vertrouwen de derde lijn er dan vanuit gaan dat er bij bijzonderheden eerder contact was opgenomen met hen en ze dan op de hoogte waren geweest.

Nefrologie:

- De timing van de partus kan een lastig vraagstuk zijn bij nierpatiënten, deze patiënten kunnen bijvoorbeeld tot het begin van het derde trimester zorg krijgen in de tweede lijn en daarna voor de laatste weken verwezen naar de derde lijn.
- Bij dialyse en transplantatie is het belangrijk dat er één behandelaar verantwoordelijk is voor de controle van immunosuppressiva.
- 'Strakke' tensiecontrole en regulatie, dat wil zeggen streven naar waarden < 130/80mmHg, kan ook in de tweede lijn plaatsvinden.

Immunologie:

- Het is van belang dat het hele multidisciplinaire team zich bewust is van deze patiëntengroep en dat er met elkaar gekeken wordt of alle voorwaarden voor controle goed gewaarborgd zijn.

Overig:

- Met ontwikkeling van de laatste jaren in behandelopties voor cystic fibrosis, bijvoorbeeld kaftrio, wordt bij deze patiëntengroep een verbeterde longfunctie gezien. In de toekomst zou deze zorg mogelijk ook in de tweede lijn plaats kunnen vinden.

Bespreek in het MDO welke randvoorwaarden nodig zijn voor goede zorg en bespreek per ziekenhuis en specialisme aan welke voorwaarden voldaan kan worden.

Houd daarbij het uitgangspunt de juiste zorg op de juiste plek altijd voor ogen.

Tabel 1 kan gezien worden als uitgangspunt voor maternale indicaties. Echter gezien de verschillen in zorg in tweedelijns ziekenhuizen, de mogelijkheden in bewaking en het toedienen van medicatie durante partu, zal er altijd per casus afgesproken moeten worden wat de juiste zorg op de juiste plek is. Ook individuele verschillen in expertise spelen een rol in waar de zorg op de juiste plek is.

Tabel 1. Maternale indicatielijst; wat is het aangewezen echelon per aandoening.

	Aandoening	2e lijn	Overleg	3e lijn
Hematologie	Maternaal adequate stoffactor stijging met niet aangedaan kind	X		
	Maternaal adequate stoffactor stijging met aangedaan kind		X	
	Maternaal inadequate stoffactor stijging			X
Cardiologie	WHO klasse I	X		
	WHO klasse II		X	
	WHO klasse II/III of hoger			X
Nefrologie	CKD 1-2	X		
	CKD 3-4			X
	Dialyse			X
	Post transplantatie			X
Immunologie	Obstetrische APS	X		
	SLE stabiel/goed gereguleerd?	X		
	SLE instabiel			X
	Trombotische APS			X
	Overig zeldzaam auto-immuun			X
Overig	Bijnierinsufficiëntie		X	
	Cystic Fibrosis			X

Ervaringen van gebruikers

In totaal werden 16 MDO's gehouden in de projectperiode (Bijlage 3). Er werd een enkele keer een MDO geannuleerd, met voornaamste reden geen ingebrachte casuïstiek. Verder schommelde het aantal deelnemers tussen de 9 en 18 en bleef het aantal vrij constant door de tijd heen. Dat is een mooie afspiegeling van de grote interesse en betrokkenheid vanuit de regio.

De ervaringen waren positief met de software Vitaly, het werkt heel prettig. Alle aanmeldingen worden uniform gedaan, de informatie is op één plek beschikbaar en makkelijk te vinden ter voorbereiding op het MDO. Daarnaast is het in één oogopslag helder wanneer welk specialisme betrokken wordt. Als expert kun je zo alleen aansluiten bij het deel dat voor jou relevant is.

Gebruikers zien ook mogelijkheden om deze software te gebruiken voor het ondersteunen van andere MDO-processen en zouden het gebruik graag verder opschalen.

Een aantal keer werd het MDO ook gebruikt voor het bespreken van andere beleidsvragen, bijvoorbeeld welke dosering van acetylsalicylzuur schrijven jullie voor en waarom. Dan blijkt ook dat er diversiteit daarin is. Tijdens het MDO was het makkelijk om te bespreken hoe men hiermee omgaat in de regio en gaf gelegenheid dat af te stemmen op elkaar, omdat de gynaecologen toch al bij elkaar waren.

Niet bij alle casusbesprekingen was ook het aanpalend specialisme uit de tweede lijn aanwezig (anesthesie, cardiologie, hematologie, nefrologie). Het heeft absolute meerwaarde wanneer zij ook aanwezig zijn bij de bespreking in het MDO. Het is dan mogelijk om direct te bespreken of aan de randvoorwaarden voor goede zorg in de tweede lijn kan worden voldaan of dat toch zorg in de derde lijn nodig is.

Daarnaast bleek dat het voeren van een regionaal MDO Obstetrie om nieuwe vaardigheden vraagt van experts en zorgverleners in het netwerk. In het regionaal MDO speelt het advies van de verschillende experts een belangrijke rol. Advies geven over patiënten die je zelf niet live ziet, was onwennig. De experts hebben ruimte nodig om te groeien in deze rol: advies geven over een patiënt die je niet zelf hebt gezien vraagt om vertrouwen in je medezorgverleners en de informatie die je tot je beschikking hebt. Het is belangrijk hier blijvende aandacht voor te hebben

Daarnaast is het essentieel dat er goede structurele inbedding van het MDO binnen de verschillende afdelingen is. Dat gaat enerzijds om commitment van specialisten in tijd en aanwezigheid: ik zorg dat ik structureel voorbereid aanwezig ben om mijn expertise in te kunnen brengen tijdens het MDO. Immers de inbrengende specialisten rekenen op aanwezigheid van de expertise ieder MDO. Toch blijkt in de praktijk dat dit nog best ingewikkeld is te realiseren met een zeer diverse groep aan experts. Deze specialisten hebben dusdanig specifieke kennis dat bijvoorbeeld vervanging in geval van vakantie of (langdurige) ziekte soms simpelweg niet voorhanden is. Draagvlak vanuit het management van de diverse afdelingen is daarin ook heel belangrijk voor de experts om structureel toewijding aan het MDO te kunnen geven. Het is goed het management regelmatig op de hoogte te brengen over de voortgang, het verloop en de opbrengsten van het MDO.

De gebruikskosten van de software Vitaly kon in het project gefinancierd worden vanuit de projectgelden en wordt overgenomen door de 'dienst MDO' van VECOZO. De inzet van experts werd echter niet gefinancierd in het project. Voor de korte termijn was dit geen probleem, voor de lange termijn komt hun inzet daardoor echter wel onder druk te staan. Er is een mogelijkheid deze expertise wel te bekostigen. Zie hiervoor de [Handreiking Expertiseadviezen, 2022](#).

Uitkomstregistratie

Idealiter zouden alle ingebrachte casussen opgevolgd worden met een uitkomstregistratie, van zowel moeder als kind. Dat zou mogelijkheden bieden om meer kennis en inzicht te verwerven in zwangerschapsuitkomsten van vrouwen met een onderliggende aandoening. Aan de hand daarvan kunnen nieuwe zwangeren ook beter geïnformeerd worden over kansen op mogelijke complicaties of kan er eerder geïntervenieerd worden door meer of minder zorg.

Het verzamelen van de benodigde data is echter niet eenvoudig. Veel informatie is genoteerd in twee dossiers: een obstetriedossier én een cardiologie/nefrologie/hematologie dossier. Daarnaast komt het regelmatig voor dat vrouwen bevallen in een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis waar zij voor controles zijn geweest, bijvoorbeeld door capaciteitsproblematiek.

Een oplossing zou kunnen zijn om handmatig een uitkomstformulier (ongeveer 6 weken postpartum) in te vullen, daar hebben we nu vanaf gezien vanwege de administratieve lasten.

Logischerwijs wordt de benodigde data zoveel mogelijk geautomatiseerd én landelijke verzameld. Vanuit de geboortezorg is Perined een mogelijke partner. Ook een beoogde toekomstige wijziging van de Wet Kwaliteitsregistraties Zorg (Wkkgz) zal bijdragen aan het mogelijk maken van uitkomstregistratie.

Digitale ondersteuning

Vanaf de start was de wens het MDO-proces te ondersteunen met passende software. Daarbij werden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Aansluiten bij Afsprakenstelsel VIPP Babyconnect. Zodat het goed aansluit bij de al bestaande ontwikkelingen gericht op digitale gegevensuitwisseling in de geboortezorg gericht op de juiste informatie op de juiste plek op het juiste moment. (O.a. de NVOG als geboortezorgpartij is nauw betrokken bij de VIPP Babyconnect ontwikkelingen.)
- Aansluiten bij andere MDO's in de zorg (zoals bijv. oncologie-netwerken): om zoveel mogelijk eenheid te creëren voor diverse disciplines betrokken vanuit de ziekenhuizen.
- Mogelijkheid voor (landelijke) opschaling zo gemakkelijk mogelijk.

Met deze uitgangspunten in gedachten zijn er gesprekken gevoerd met twee leveranciers. Daarvan bleek één van de leveranciers, Parsek, in Nederland uitgevoerd door OpenLine, al een MDO applicatie ontwikkeld te hebben: Vitaly. Deze applicatie hebben we in verband met verregaande ontwikkeling en ervaring met het gebruik binnen DDMN ook gebruikt voor het MDO Obstetrie.

De manier waarop Vitaly het MDO-proces ondersteunt, staat beschreven in [Organisatie van het MDO](#).

Ook de ervaringen van gebruikers met Vitaly waren erg prettig. Bij de start werden er filmpjes gedeeld, er was een werkinstructie en er waren digitale inloopspreekuren. Van de inloopspreekuren is geen gebruik gemaakt, de zorgverleners konden goed aan de slag met de filmpjes en werkinstructie. Eén op één ondersteuning vanuit het kernteam is slechts in een enkel geval nodig geweest.

Door alle zorgverleners werd het als heel prettig ervaren dat alle gegevens die nodig zijn voor het adviseren in de casus op één plek staan. Ook konden de zorgverleners met single-sign-on inloggen wat de applicatie makkelijk toegankelijk maakte, met of zonder integratie in het EPD.

Hoewel alle ziekenhuizen werkten met dezelfde applicatie, Vitaly, was wel de integratie voor ieder ziekenhuis op maat gemaakt. Een enkel ziekenhuis werkt met gedeeltelijke integratie in het EPD: de aanmeldknop was direct in het obstetriedossier van het EPD te benaderen. De basispersoonsgegevens werden dan overgenomen in het aanmeldformulier. Andere ziekenhuizen maakten alleen gebruik van de single-sign-on mogelijkheid en vulden het aanmeldformulier in de cloud in. Daarnaast stapte niet ieder ziekenhuis op hetzelfde moment over van papieren aanmelding naar digitale aanmelding. Bij de implementatie qua ICT bleek met name de centrale IT-agenda van de individuele ziekenhuizen leidend te zijn, bijvoorbeeld in geval van centrale overgang naar een ander EPD.

Met deze werkwijzen bleef er ook handmatig werk nodig en daarmee wensen voor de toekomst, bijvoorbeeld het handmatig downloaden van het MDO-verslag uit Vitaly en het uploaden in het eigen EPD. Vitaly verzorgt geen datatransfer: bij overdracht naar een ander ziekenhuis is het alsnog nodig de zwangerschapskaart (en bijbehorende informatie) via zorgdomein te verzenden. Een andere wens is het zoveel mogelijk voorinvullen van het MDO-aanmeldformulier met informatie uit het EPD (dat vraagt echter ook om een zorgvuldige registratie van zorgverleners).

Naast dat de software voor obstetrische regionale MDO's is gebruikt, is dezelfde software ook door andere disciplines gebruikt voor de procesondersteuning van regionale MDO's. Zodoende is er dus al uitgebreide ervaring opgedaan met zowel het proces als de software.

Dienst MDO

Het initiatief van de regio Utrecht (DDMN én MDO Obstetrie) wordt momenteel voorbereid om landelijk beschikbaar te stellen onder de naam 'dienst MDO'. VECOZO is gevraagd deze dienst landelijk beschikbaar te stellen, welke naar verwachting voor het einde van 2024 ook daadwerkelijk aangeboden zal worden. Deze landelijke standaardisatie heeft als groot voordeel dat interoperabiliteit bij ketensamenwerking over heel Nederland direct geregeld is. De standaardisatie heeft daardoor ook een positief effect op de ICT-kosten van alle zorginstellingen omdat voor verschillende type MDO's alle informatie via één platform gedeeld kan worden. Het waarborgt ook de voortzetting van het huidige regionale MDO Obstetrie.

De dienst MDO zal in pilotvorm nieuwe functionaliteiten ontwikkelen en vervolgens deze landelijk aanbieden aan de aangesloten zorginstellingen. Hierin wordt meegenomen welke ontwikkelingen benodigd zijn om de dienst MDO te laten werken, zoals het aansluiten van de bronsystemen of verdere integratie in het elektronisch patiëntendossier. Om samen met de aangesloten zorginstellingen de doorontwikkeling van de dienst MDO mogelijk te maken, wordt er ook een landelijk governance model ingericht. Zo worden verschillende gebruikersgroepen ingericht om nauw met de zorgprofessionals te bepalen wat de gewenste doorontwikkeling is voor de dienst.

Om aan te sluiten op de dienst MDO kan een zorginstelling contact opnemen met VECOZO, die de instelling zal contracteren en stap voor stap zal meenemen in het aansluitproces op de dienst MDO. Omdat de dienst MDO als generieke dienst wordt aangeboden, zullen er geen doorbelastingen naar de aangesloten zorginstellingen plaatsvinden voor het gebruik of doorontwikkeling van de dienst.

Kennisdeling

Naast het verbeteren van de individuele zorg door middel van advisering van het MDO Obstetrie, had het project ook als doel de opgedane kennis te delen. Dat hebben we enerzijds gedaan in het MDO Obstetrie zelf, anderzijds door symposia en tijdschriften.

Leren en verbeteren

In het MDO Obstetrie zelf is hiermee een start gemaakt door (regionale) casuïstiek te evalueren. De casus werd nogmaals doorlopen en met de kennis van de uitkomst opnieuw besproken wat de opties waren bij belangrijke behandelkeuzes.

Voor uitgebreidere informatie over het toepassen en invullen van leren en verbeteren in samenwerkingsverbanden verwijzen we graag naar de handreikingen van:

- De USER studie '[Van VSV data naar VSV doen](#)'
- De SWING studie '[toolkit intervisie](#)'

Symposia

Daarnaast zijn er diverse symposia gehouden en bezocht om de opgedane ervaring breder te verspreiden dan het eigen netwerk, o.a.:

Kick-off symposium – 9 januari 2023

Gynaecongres presentatie – 24 november 2023

GCMN symposium – 9 februari 2024

Vasculaire gezondheid voor moeder en kind – 6 november 2024

De symposia werden goed bezocht en konden rekening op een positieve evaluatie. Aan de hand van de opgedane ervaring werd een format voor het organiseren van een symposium opgesteld (bijlage 4).

Tot slot werd er een artikel geschreven voor het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie (zie bijlage 5).

Toekomst & aanbevelingen

Duurzame voorziening voor bespreken zorg op maat

In het project werd duidelijk dat er enthousiast gebruik gemaakt wordt door zorgverleners van het regio MDO Obstetrie. Het regio MDO Obstetrie voorziet daarmee dus in een behoefte van zorgverleners. Er was een zeer stabiele opkomst tijdens het MDO qua deelnemers. Maar ook uit de patiëntervaring bleek dat het regio MDO Obstetrie wordt gezien als een waardevolle aanvulling. Hoewel we initieel voorgenomen hadden te komen tot uniforme zorgpaden, bleek dat niet haalbaar door verschillen in kennis, kunde en logistieke mogelijkheden per ziekenhuis. Daarnaast spelen ook de individuele patiëntkenmerken en voorkeuren een grote rol in het zorgpad. Er was meer behoefte aan bespreking en maatwerk en daarin blijkt het MDO goed te voorzien. Het MDO wordt voortgezet in de huidige vorm, met toekomstige uitbreiding naar meer deelnemende ziekenhuizen. Daarnaast kunnen er enkele stappen gezet worden om het MDO verder te bestendigen.

Experts mogen groeien in hun rol

Allereerst is het belangrijk dat er aandacht komt voor de expertrol van medisch specialisten in het regio MDO (Obstetrie). De samenwerking tussen specialisten bij complexe zwangerschappen is vaak sterk afhankelijk van lokale of zelfs bilaterale afspraken tussen medisch specialisten. Dat is enerzijds waardevol, omdat het de samenwerking versterkt en specialisten elkaar onderling goed weten te vinden. Ook kunnen specialisten zo specifieke kennis rondom complexe zwangerschappen te ontwikkelen. Anderzijds maakt dit de zorg ook kwetsbaar, omdat er geen vervanging mogelijk is bij (langdurige) ziekte, verhuizing, pensionering, etc. Aan de ene kant zullen experts met specifieke kennis nodig blijven, aan de andere kant wordt de kennis nu ook verspeid in het regio MDO Obstetrie. Daarnaast vraagt het regio MDO Obstetrie om nieuwe vaardigheden van experts, zoals advisering over patiënten die ze niet zelf live gezien hebben. Dat vraagt om blijvende aandacht voor wederzijds vertrouwen tussen zorgverleners.

Uitbreiding van technische ondersteuning

Met de komst van de 'dienst MDO' via VECOZO wordt een grote stap voorwaarts gezet op het gebied van standaardisatie rondom het MDO-proces en gegevensuitwisseling. Dat gaat ook vragen om uniforme registratie op in elk geval regionaal niveau. Daarnaast zijn er uitbreidingswensen: zoals verdere integratie in het EPD, het delen van bewegende beelden, het aansluiten van eerstelijns zorg (verloskundigen) en het verzamelen van data ten behoeve van een specifieke uitkomstregistratie.

Intensiveer de betrokkenheid en kennis van de eerstelijns verloskundige

Naast technische aansluiting van eerstelijns zorg is het belangrijk dat zij ook inhoudelijk beter betrokken worden in de zorg van complexe zwangerschappen. Sommige vrouwen meldden zich bij de eerstelijns verloskundige aan voor prenatale zorg, vaak nadat er preconceptioneel specialistisch advies is gegeven. Deze brieven worden wel gedeeld met de huisarts, maar niet met de eerstelijns verloskundige (die is op dat moment ook nog niet betrokken). Het is dan van wezenlijk belang dat de eerstelijns verloskundige dit goed uitvraagt bij de intake en altijd de brieven van de specialist opvraagt ter verificatie van het te voeren beleid. Tot slot wordt de zorg in het kraambed veelal weer door de eerstelijns verloskundige verzorgd. Het is belangrijk dat zij bij de overdracht goed geïnformeerd wordt over mogelijke complicaties die kunnen optreden en dat het helder is wanneer en met wie contact opgenomen kan worden.

Implementatie

Regio's die zelf aan de slag willen met het implementeren van een regionaal MDO kunnen gebruik maken van al bestaande naslagwerken en de opgedane ervaringen beschreven in dit rapport.

- [Blauwdruk optimaal MDO, Regionale oncologie netwerken.](#)
- [7-stappen-model, ACTion Toolkit](#)

De implementatie wordt in twee sporen uitgevoerd. Enerzijds is er een ICT-implementatie nodig voor het gebruiken van Vitaly. Deze implementatie en opschaling zal begeleid worden door de 'dienst MDO' van VECOZO.

Daarnaast is er een praktische implementatie op de werkvloer nodig. Aan de hand van het 7-stappen-model zullen we hieronder per stap specifieke aandachtspunten belichten zoals we die ervaren hebben binnen dit project.

7-stappen-model

! RAADPLEEG OOK ALTIJD HET VOLLEDIGE NASLAGWERK ONLINE !

Stap 1: Analyse, wie betrekken

Voor elke implementatie die je wilt aanpakken, moet je bedenken wie je bij de implementatie wil betrekken. Alle beroepsgroepen die een aandeel hebben in de implementatie nodig je uit om gezamenlijk na te denken over de aanpak van die implementatie. Nodig van elke doelgroep een vertegenwoordiger uit voor een gezamenlijk overleg.

Aandachtspunten:

- In de eerste fase tenminste betrekken: kartrekker (bevlogen specialist of projectmedewerker met een breed netwerk aan medisch specialisten), een gynaecoloog van elk centrum dat deelneemt, experts (benodigde deelspecialisten), klinisch verloskundigen.
- In de tweede fase: gynaecoloog van elk centrum betreft specialisten andere disciplines uit zijn eigen centrum, management afdelingen en een projectmanager of ondersteuner.

Stap 2: Analyse, hoe betrokken

In dit overleg stel je vast hoe elke groep betrokken is of zich betrokken voelt bij het regionaal MDO. Dit is een belangrijke stap om intrinsieke motivatie voor de verbetering te bewerkstelligen.

Gebruik voor dit gesprek het invulprogramma. De bijbehorende vragen gebruik je ter ondersteuning.

Aandachtspunten:

- Houd rekening met de veranderende rol van experts en geef elkaar de ruimte om te groeien in deze nieuwe rollen en verhoudingen.
- Belangrijk dat experts tijd hebben om in het begin (circa 1 jaar, dat zijn ongeveer 10 MDO's) structureel aanwezig te zijn bij het MDO, zo kun je met elkaar ervaring op doen. In een latere fase kunnen experts bijvoorbeeld alleen aansluiten als er een voor hen relevante casus is.

Stap 3: Beïnvloedende factoren

Deze stap helpt jou en je groep na te denken over factoren die de implementatie van de verbetering zullen beïnvloeden, de zogenaamde bevorderende en belemmerende factoren. Ook dit is een belangrijke stap in het implementatieproces. Op zowel de bevorderende factoren (kansen) als de belemmerende factoren (obstakels), gaan jullie namelijk acties bedenken. De bevorderende factoren die jullie zien, kun je dan inzetten om de implementatie te bevorderen. En voor de belemmerende factoren gaan jullie acties bedenken die deze obstakels verkleinen of voorkomen. En als obstakels onoverkoombaar zijn, kunnen jullie besluiten om het verbeterpunt later of zelfs niet door te voeren.

Bevorderende factoren:

- De ICT-implementatie kan ondersteunt worden vanuit de 'dienst MDO' van VECOZO en brengt geen extra ICT-kosten met zich mee voor instellingen.
- Voor implementatiekosten kan een aanvraag gedaan worden voor IZA(Integraal Zorgakkoord) transformatiegelden.
- Toegewijde experts kennen veel intrinsieke motivatie om hun kennis te delen en toe te passen voor het MDO.
- Patiënten ervaren het als heel prettig dat er goed wordt na gedacht wat voor hen individueel de beste zorg is en hoe er rekening gehouden kan worden met hun wensen.
- Vertrouwen tussen zorgverleners onderling in kennis en kunde.

Belemmerende factoren:

- De ICT-implementatie is in dit project afhankelijk geweest van de ICT-afdeling en planning van de individuele ziekenhuizen. Vraag belangrijke mijlpalen na en houd hier rekening mee in je planning.
- Gebrek aan vertrouwen tussen zorgverleners onderling. In dit geval zou men kunnen overwegen om eerst aan de slag te gaan met leren en verbeteren met behulp van bijvoorbeeld de Toolkit Intervisie om meer begrip voor ieders overwegingen te bevorderen, voordat men daadwerkelijk actuele individuele casuïstiek gaat bespreken.
- Gebrek aan draagvlak van het management. De experts hebben een cruciale inbreng in het MDO, indien zij niet structureel tijd en aandacht vrij kunnen maken voor het regionaal MDO, wordt het lastig om gezamenlijk casuïstiek te bespreken.

Stap 4: Doelstelling, strategieën & activiteiten

In deze stap formuleer je het doel wat jullie willen bereiken, en wel zo SMART[1] mogelijk. Dit helpt je om na afloop goed te kunnen evalueren of je de gewenste verbeteracties hebt bewerkstelligd.

Zodra je de doelstelling hebt vastgesteld, ga je kiezen welke van de zeven implementatiestrategieën voor implementatie jullie gaan inzetten en welke acties daar bij horen. Een mix van strategieën is het meest effectief. Deze vierde stap vormt de basis voor je verbeterplan. Op elke bevorderende en belemmerende factor ga je strategieën en acties bedenken om de implementatiekansen te vergroten. Gebruik ook hiervoor het invulprogramma.

[1] SMART=Specifiek Meetbaar Acceptabel Realistisch Tijdgebonden

Aandachtspunten:

In de eerste fase hebben we veel gebruik gemaakt van de motiverende en draagvlak vergrotende strategie. Na de eerste start en nadat de implementatie helemaal was voorbereid (werkwijze klaar) gebruikten we educatieve strategieën om zorgverleners bekend en vertrouwd te maken met het MDO. Na de eerste MDO's was er voornamelijk een faciliterende strategie: het ICT-bedrijf polste na elk MDO hoe het was verlopen en of er nog vragen zijn. Aan deelnemers werd laagdrempelig persoonlijke hulp aangeboden indien zij vastliepen bij het aanmelden van een casus. Tot slot, pasten we informerende strategieën toe (bijvoorbeeld lezing Gynaeccongres, artikel NTOG, nieuwsbrief, symposium, webinar).

Stap 5: Verbeterplan/Implementatieplan

-> wie doet wat wanneer

In deze stap spreken jullie af wie wat gaat doen en wanneer, om de verbeteractie(s) door te voeren. Deze afspraken leg je vast in het verbeter-actieplan. Eenieder committeert zich op deze wijze aan (een onderdeel van) het verbeterplan en komt zo in actie. Het gaat hierbij dus om eigenaarschap en verantwoordelijkheid. Aan de slag.....

Aandachtspunten/activiteiten om op te nemen in je implementatieplan

- Bepaal de doelgroep van je MDO.
- Bespreek de verschillende rollen en spreek af wie welke rol op zich neemt.
- Bespreek een vast vergadermoment.
- Bespreek welke online-vergadertool je gebruikt (elk ziekenhuis heeft vaak zijn eigen tool (Teams, Webex, etc.), soms is contact met ICT nodig om vergaderingen of 'scherm delen' toe te staan).
- Bespreek hoe je de toegang tot het MDO bewaakt (in het kader van de medische persoonsgegevens met niet meer mensen te delen dan nodig is).
- Maak een werkinstructie (zie bijlage 1).
- Stem de ICT-implementatie af (start als je weet dat het goed werkt).
- Zorg voor training en instructie van de eindgebruikers.
- Om verregaande integratie van het MDO proces in het EPD (in de toekomst) mogelijk te maken, is het belangrijk aandacht te besteden aan goede eenduidige registratie (waar noteer je wat in het EPD).
- Het kost tijd om te wennen aan deze nieuwe werkwijze, zoals bijvoorbeeld het advies geven over een patiënt die je niet zelf hebt gezien. Geef elkaar daarvoor de ruimte en heb blijvende aandacht voor wederzijds vertrouwen tussen zorgverleners en de informatie die je tot je beschikking hebt.
- Bespreek draagvlak in het management van de verschillende disciplines.
- Bespreek de bekostiging van expertise inzet met het management/inkoopafdeling.

Stap 6: Monitoring en evaluatie

Hier spreek je af wie welke acties in de gaten houdt en wie wanneer wat evalueert. De inplanning hiervan is onderdeel van het verbeterplan. Kies een bepaalde termijn na doorvoer van de verbeteracties, bijvoorbeeld zes maanden na uitvoering van stap 5. Het is van essentieel belang om stap 6 al in te plannen voordat je met stap 5 aan de gang gaat. Monitoring helpt je namelijk om te zorgen dat gebeurt wat je met elkaar hebt afgesproken. Evaluatie is noodzakelijk voor een duurzame implementatie van je verbetering. Met het resultaat van een goede evaluatie worden vernieuwingen waar nodig aangepast aan de wensen van de praktijk.

Aandachtspunten:

- Bij de start bespreken we na elk MDO welke (kleine) verbeterpunten er waren (bijv. scherm delen in Teams lukt niet), die punten werden gelijk verdeeld en omgezet in actiepunten (bijv. contact opnemen met ICT). Dat helpt om kleine irritaties snel op te sporen en niet te laten escaleren.
- Houd je oren en ogen open naar wat er in de wandelgangen rond gaat. Speel daarop in.

Stap 7: Borging

Deze stap helpt je om ervoor te zorgen dat iedereen werkt volgens de nieuw gemaakte, in de praktijk geëvalueerde afspraken. De checklist in het Invulprogramma kun je gebruiken om te analyseren wat er nog beter kan. En zo heb je de kwaliteitscirkel rond.

Aandachtspunten:

- Draagvlak van het management.
- Structurele bekostiging voor inzet van experts.
- Om verregaande integratie van het MDO proces in het EPD (in de toekomst) mogelijk te maken, is het belangrijk aandacht te besteden aan goede eenduidige registratie.

Samenstelling werkgroep en klankbordgroep

Samenstelling werkgroep:

Prof. Dr. A. T. Lely, voorzitter, gynaecoloog,

Dr. S.V. Koenen, gynaecoloog,

Dr. M. Lamain-de Ruiten, adviseur Frontida Analytics,

D. J. Veerbeek, gynaecoloog, namens Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie,

Dr. F. van Reekum, Internist-nefroloog, en

Dr. R.E.G. Schutgens, Internist-hematoloog, namens Nederlandse Internisten Vereniging,

D. R.H. Koopmans, anesthesioloog, namens Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie,

Dr. G.T.J. Sieswerda, cardioloog, namens Nederlandse Vereniging voor Cardiologie,

Dr. R. de Heus, gynaecoloog,

Dr. I.M. Evers, gynaecoloog,

Dr. S. Giesbers, gynaecoloog,

M. van der Garde, MSc, gynaecoloog,

Dr. K.P.M. van Galen, internist-hematoloog,

M. Bertels-Broekman, klinisch verloskundige.

Met medewerking van:

- klinisch verloskundigen: J. van Zijl-Holtland en T. Priems;
- de IT-afdelingen van de verschillende ziekenhuizen: J. Bertens, J. van Blaaderen, P. Pater, S. Beukenkamp, E. Hessels;
- de medewerkers van Openline, in het bijzonder J. Savelkoul en Y. Sterken;
- Patiëntenfederatie Nederland én patiënten van het MDO zelf voor het delen van hun ervaringen;
- Patiëntenvereniging Aangeboren Hartafwijkingen en de Nierpatiëntenvereniging Nederland.

NVOG

Postbus 20075

3502 LB Utrecht

www.nvog.nl

E-mail: kwaliteit@nvog.nl

Bijlage 1. Werkafspraken regionaal MDO Obstetrie

Algemeen

Van harte welkom, ook voor arts-assistenten/onderzoekers. Het gesprek over het te voeren beleid zal gevoerd worden door direct betrokken medisch specialisten. De voorzitter zal aangeven wanneer gelegenheid is voor het stellen van aanvullende verdiepende vragen.

Als je een patiënt aanmeldt, verwachten we ook dat je de casus presenteert en zo nodig aanvullende vragen kunt beantwoorden, danwel zorgt dat er een plaatsvervanger voor je is.

De MDO-bespreking zelf zal plaatsvinden via Teams. Je kunt de uitnodiging doorsturen naar collega's of een verzoek indienen om uitgenodigd te worden via [[e-mail]].

Aanspreekpunten

- [[Naam]], [[rol/voorzitter]], [[e-mail]]
- [[Naam]], [[rol/planner & notulist]], [[e-mail]]
- [[Naam]], [[rol/projectmanager]], [[e-mail en telefoonnummer]]

Aanmelden

- **Vraag toestemming aan de patiënt** voor het bespreken en delen van haar gegevens met alle verschillende zorgverleners betrokken bij het MDO. Maak daarvan een **notitie** in haar dossier, bijv.:
Patiënte geeft toestemming dat haar medische gegevens worden gedeeld met betrokken zorgverleners van het regionaal MDO Obstetrie om de juiste zorg voor haar te bespreken.
- Vul het MDO Aanmeldingsformulier in Vitaly in.
- Lever het MDO aanmeldingsformulier uiterlijk **6 dagen [[dag]]** voor het MDO in Vitaly.

Vorbereiding

- **5 dagen [[dag]]** voor het MDO wordt de agenda per mail gestuurd.
- De agenda, alle aanmeldingsformulieren en bijlagen zijn in te zien via Vitaly.

Bespreking

Wijze van vergaderen

- Volgorde van bespreking van patiënten volgens de lijst. I.o.m. de voorzitter kan, voorafgaand aan de vergadering, de volgorde aangepast worden.
- Inbreng door degene die de patiënt heeft aangemeld, dan wel plaatsvervanger van betreffende discipline, met presentatie van de vraagstelling, voorgeschiedenis en aanvullende informatie van de patiënt.
- Discussie / inbreng betrokken disciplines.
- Formulering conclusie en beleid (voorstel behandelplan en eventueel vervolgdagnostiek) door de inbrenger van de patiënt.

- Verslaglegging door notulist van het MDO:
 - Aanwezigheid wordt op naam/functie digitaal geregistreerd.
 - Het beleidsadvies wordt tijdens het MDO genotuleerd en achteraf geaccordeerd door de voorzitter.
- Vaststellen en registratie van hoofdbehandelaar, registratie door notulist.
- Voorzitter sluit casus af en initieert bespreking van de volgende patiënt.

Na de bespreking

Degene die de patiënt heeft ingebracht is verantwoordelijk voor de terugkoppeling van de uitkomst van het MDO met de patiënt en zorgt (indien nodig) voor adequate behandeling en/of verwijzing (of het laten uitvoeren daarvan) naar andere disciplines in of buiten de regio.

Mocht er in samenspraak met de patiënt naderhand ander beleid worden opgesteld, dan wordt dit teruggekoppeld in het eerst volgend MDO.

Verslag

- Het verslag wordt door notulist gemaakt tijdens het MDO en kort daarna geaccordeerd door de voorzitter.
- Het verslag is daarna te downloaden via Vitaly.
- Upload het in je eigen EPD.
- Verstuur zo nodig een brief of het verslag naar de huisarts.
- Voorzien van begeleidende tekst:

“Bovenstaande betreft een advies, het definitief beleid zal door de hoofdbehandelaar in samenspraak met patiënte worden gemaakt. De behandelend arts behoudt het recht om samen met patiënte, mits beargumenteerd, af te wijken van dit verslag.”

Vergaderdiscipline

- De vergadering begint en eindigt op tijd.
- Faciliteiten en techniek op orde: goede beeldverbinding en geluidsversterking, voldoende schermen.
- Bij verhindering stuur je de voorzitter een bericht of je zorgt voor een goed geïnformeerde vervanger.
- Gebruik altijd de microfoon.
- Beantwoorden van telefoons is nooit tijdens de presentatie en bespreking van de casus.

Bijlage 2. Het MDO aanmeldformulier en verslag

Groene velden zijn gelijke aan andere MDO formulieren, ongewijzigd overgenomen.
Daar waar nodig werden de antwoordopties aangepast.
1 voor verplichte velden, 2 voor optionele velden

Patiënt

Geboortenaam		1
BSN		1
Geboortedatum		1
Geslacht		2
Contactgegevens patiënt		2
Patiëntnummer in instelling		1

Aanmelder

Instantie		1
Naam		1
Telefoonnummer		1
E-mail		1

Verwijzer

Instantie		1
Naam		1
Specialisme		2
Telefoonnummer		2
E-mail		2

Aanmelding

MDO Type	Obstetrie regionaal	1
Hoofdbehandelaar		1
Casemanager		1
Gewenste bespreekdatum		1
Type patiënt [dropdown]	Nieuw Controle Second opinion	1
MDO Type [dropdown]	Preconceptioneel 1 ^e Trimester 3 ^e Trimester Post partum	2
Vorbereiden door [meerdere opties]	Gynaecologie Anesthesie Nefrologie Hematologie Cardiologie	2

Type aandoening [meerdere opties]	Nefrologisch Hematologisch Cardiologisch	2
Vraagstelling/ reden bespreking		1
Toestemming verkregen [dropdown]	Ja Nee	1

Voorgeschiedenis

Diagnose, Complicatie		1
Bij hematologie, denk aan: [vrije tekst]	<i>Te denken valt aan:</i> <i>Hematologie</i> <i>Stollingsstoornissen (type)</i> <i>ISTH-BAT</i> <i>Familieanamnese (mild, matig, ernstig)</i> <i>DDAVP respons (Ja/nee)</i> <i>Genetica</i>	
Bij cardiologie, denk aan: [vrije tekst]	<i>Te denken valt aan:</i> <i>Cardiologie</i> <i>ICD-10 codes</i> <i>Cardiale voorgeschiedenis</i> <i>Overige relevant (cardio)pulmonaal</i> <i>Let op genetica</i> <i>Oncologische voorgeschiedenis</i> <i>Modified WHO-score</i>	
Bij nefrologie, denk aan: [vrije tekst]	<i>Te denken valt aan:</i> <i>Cardiologie</i> <i>ICD-10 codes</i> <i>Cardiale voorgeschiedenis</i> <i>Overige relevant (cardio)pulmonaal</i> <i>Let op genetica</i> <i>Oncologische voorgeschiedenis</i>	

Anamnese

Huidige medicatie		1
-------------------	--	---

Obstetrische voorgeschiedenis

Vermeld alleen bijzonderheden [vrije tekst]	<i>Te denken valt aan:</i> <i>Bijzonderheden zwangerschap (PE, GDM, FGR, etc.)</i> <i>Bijzonderheden partus (TBV + behandeling)</i> <i>Bijzonderheden neonat (sterfte, opnames, complicatie)</i> <i>Copy --paste uit eigen EPD</i>	2
------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

Huidige zwangerschap

A terme datum		1
Amenorroeduur		1
Graviditeit		1
Pariteit		1
Bloeddruk (laatste)		1
Foetale biometrie [vrije tekst]	<i>Upload echoverslag</i>	2
Prenatale diagnostiek [vrije tekst]	<i>Vermeld bijzonderheden</i>	2
Opnames [vrije tekst]	<i>Amenorroeduur start, XX dagen, Reden</i>	2
Diagnoses [vrije tekst]	<i>e.g. GDM, PE, FGR</i>	2
Visie patiënt [vrije tekst]		2
Deelname studies	Doet patiënt mee aan wetenschappelijke studies?	2

Voorgaand MDO

Voorgaand MDO conclusie	Datum + conclusie	2
Voorgaand MDO beleidsadvies	Datum + beleidsadvies	2

Voeg relevante bijlagen toe:

- Zwangerschapskaart
- Echoverslagen
- Safe@home rapportage
- Labuitslagen
- Cardiale imaging (bewegend beeld live delen in MDO)
- Pacemaker/ICD events
- Relevante resultaten beeldvormend onderzoek

MDO verslag

Datum MDO		1
Deelnemers		1
(Klinische) diagnoses		
Beleid zwangerschap [vrije tekst]	<i>Medicatie Echo's Lab</i>	1
Beleid partus [vrije tekst]	<i>Anesthesie Uitdrijving Als dan plan fluxus Medicatie</i>	2
Beleid neonaat [vrije tekst]	<i>Plan/controle</i>	2
Beleid post partum [vrije tekst]	<i>Medicatie Lab Advies duur klinische observatie Nacontrole 5 wkn fysiek (lab vooraf?)</i>	2
Toelichting beleid	<i>Evt. referenties of relevante richtlijnen</i>	2

Bijlage 3. Gevoerde MDO's

	Datum	Aantal casus	Opmerkingen
1	20-03-2023	4	
2	17-04-2023	4	
3	15-05-2023		Geannuleerd i.v.m. geen casus
4	26-04-2023	3	
5	11-09-2023	2	
6	09-10-2023		Geannuleerd i.v.m. geen casus
7	06-11-2023	1	Geannuleerd i.v.m. afwezigheid inbrenger
8	18-12-2023	5	
9	29-01-2024	5	
10	11-03-2024		Geannuleerd i.v.m. ziekte
11	25-03-2024	2	
12	22-04-2024	3	
13	03-06-2024	2	
14	01-07-2024	2	
15	26-08-2024		Geannuleerd i.v.m. vakantie
16	23-09-2024	4	

Bijlage 3. Format organisatie symposium

Checklist voor het organiseren van een netwerksymposium

Half jaar van te voren:

- Bedenk een thema.
- Nodig sprekers uit passend bij het thema.
- Plan een datum (let op de verschillende agenda's van NVOG, KNOV, consortia etc).
- Reserveer een locatie (check of hybride/digitaal event mogelijk is qua faciliteiten).
- Stem af met het regionaal consortium geboortezorg of ander netwerk.
- Maak een begroting en stem af vanuit welk budget het symposium betaald wordt.

Drie maanden van te voren:

- Vraag accreditatie bij de verschillende beroepsverenigingen aan.
- Maak en verstuur de uitnodiging. Bij een event met catering is het handig om een online aanmeldformulier te maken en mee te sturen, vraag dan ook naar dieetwensen en/of allergieën.
- Beslis of je een live, digitaal of hybride symposium organiseert.
 - Digitaal maakt het makkelijker voor mensen van verder weg om aan te sluiten (zeker bij landelijk of uitgestrekt consortium kan dat fijn zijn).
 - In hybride vorm is ook een gesprek/discussie mogelijk. Houdt er rekening mee dat het online soms moeilijker te volgen is en dat het extra vraagt van de organisatie (bijv én vragen uit de zaal in de gaten houden én controleren of er op de chat/digitaal ook vragen zijn).

Eén tot twee maanden van te voren:

- Stem de inhoud van de voordracht af met de sprekers.
- Stem de catering af met het betreffende bedrijf (bij welk eten en drinken wordt er verzorgd, maar ook wanneer is uiterlijk het definitief aantal deelnemers nodig om te weten).
- Vraag de sprekers hun presentatie met je te delen, zodat er één presentatie gemaakt kan worden. Vraag of de presentatie gedeeld mag worden met de aanwezigen.
- Maak een planning van de dag zelf en verdeel de taken in je team.
- Bedankje voor de sprekers regelen.

Achteraf:

- Deel de presentaties met de aanwezigen.
- Verstuur het evaluatieformulier.
- Maak na 2-4 weken een samenvatting van de evaluatie en bespreek het in je team.

Bijlage 4. Artikel NTOG nr. 8, 2023

U vindt het artikel [hier](#).

Bijlage 5. Q & A

- Dit initiatief functioneert regionaal, maar is niet de enige c.q. beste oplossing voor alle centra die met andere digitale (ziekenhuis informatie)systemen werken of de samenwerking op een andere wijze gerealiseerd hebben.
Dat klopt, binnen dit project is gekeken óf een regionaal MDO te realiseren was qua samenwerking én of er digitale ondersteuning voor het proces geïmplementeerd kon worden. Op die vragen hebben we inmiddels een antwoord. Het zou inderdaad zo kunnen zijn dat in andere regio's een dergelijk platform en regio MDO geen toegevoegde waarde heeft. Multidisciplinaire samenwerking via telefonisch overleg of op consult basis is ook goede werkwijze maar deze manier van overleg heeft voordelen in de huidige tijd van netwerkzorg en groepen van medisch specialisten met expertise i.p.v. één of twee experts in een ziekenhuis. Er is geen landelijk onderzoek gedaan naar wat de beste landelijke oplossing zou zijn, er is gekeken naar wat kan er in de regio werken dat daarna óók landelijk beschikbaar gesteld kan worden. Aan die voorwaarde is voldaan. (Landelijke oplossingen vragen om andere trajecten en financieringen maternaal platform versus DDMN of Babyconnect. De resultaten van dit project sluiten aan op deze grotere projecten en zijn daarin ook bruikbaar.)
- Hoe is de toestemming van de patiënt voor bespreking in het regionale MDO geregeld en de juridische verantwoordelijkheid voor het gegeven advies vanuit het MDO?
 - 1) *Op pagina 11 bovenaan de rapportage is beschreven dat de aanvrager verantwoordelijk is voor het bespreken en noteren van toestemming van inbrengen in het regionaal MDO. In het aanmeldformulier is dit als voorwaarde (en tevens herinnering) een invulitem. Tot slot is dit opgenomen in de werkafspraken (bijlage 1 van rapportage).*
 - 2) *Juridische verantwoordelijkheid voor het gegeven advies vanuit het MDO. Deze vraag is beantwoord op pagina 9 van het rapport onder juridische aspecten/verantwoordelijkheid. De verantwoordelijkheid is niet anders dan in andere samenwerkingen en dus gelden bestaande uitgangspunten.*
- Is dit project al “geadopteerd” door de koepel kwaliteit van de NVOG en is er al een plan om dit landelijk uit te gaan rollen en zo ja, op welke wijze zal dat dan gefaciliteerd worden.
Ja, dit is het geval. Er zal vanuit bijv. de NVOG blijvend aandacht voor dit project te worden gevraagd aan de NVOG-leden (via mail, nieuwsbrief, (Gynae)congres), NTOG (magazine)) en bijv. FMS Raad Kwaliteit, betrokken WV'en etc.
De uitrol van het ICT-deel van de implementatie kan ondersteund worden door VECOZO. De implementatie van de processen op de werkvloer en bijvoorbeeld het maken van werkafspraken kan door de ziekenhuizen zelf gedaan worden, eventueel kunnen hiervoor transformatiegelden IZA aangevraagd worden.
- Is de software Vitaly van Openline met het eigen aanmeldformulier voor obstetrie ook beschikbaar voor andere (academische) centra, die een regionaal netwerk willen gaan opzetten.
Ja, na akkoord op deze rapportage zal de implementatie overgaan naar fase 2, onder leiding van VECOZO. Zij zullen zorgdragen voor integratie in de verschillende EPD's, daarna kunnen ook andere regio's aan de slag en gebruik maken van de ontwikkelde producten. Vanuit de samenwerking rondom oncologie worden alle centra al aangesloten op de dienst MDO waardoor ze ook gebruik kunnen maken van het obstetrisch MDO.

- Kunnen de reeds ontwikkelde mogelijkheden om het aanmeldformulier “automatisch” (grotendeels) te vullen uit de verschillende EPD’s ook kosteloos gebruikt worden door andere centra die hetzelfde EPD gebruiken
Ja, hierover worden door VECOZO afspraken gemaakt met de verschillende EPD leveranciers. Op dit moment zijn er afspraken gemaakt met Chipsoft en Epic. Nexus bijv. volgt nog.
- Hetzelfde geldt voor integratie van het MDO in de verschillende ziekenhuis informatiesystemen.
Ja, in de meest voorkomende EPD’s wordt deze integratie gerealiseerd in fase 2.
- Wat zijn de kosten van deze software en zijn er al afspraken gemaakt om dit tegen wellicht gereduceerde prijs landelijk beschikbaar te stellen.
Zorgverzekeraars Nederland financiert VECOZO om de dienst MDO aan te bieden. De ICT-kosten worden gedragen door VECOZO, daarover zijn landelijke afspraken gemaakt.
- Zijn er ook alternatieve opties beschikbaar?
Er zullen alternatieve opties beschikbaar zijn. Op dit moment is ervoor gekozen om met één platform te werken. Dit platform wordt door verschillende ziekenhuizen voor diverse typen MDO’s gebruikt of in gebruik genomen (denk aan oncologie, cardiologie), het is niet wenselijk dat er voor verschillende MDO verschillende platformen gebruikt worden (ook omdat kosten qua implementatie en onderhoud dan een veelvoud zullen zijn).
- Is er financiering vanuit de zorgverzekeraar geregeld voor dit expertiseconsult van de (academische) obstetrici, die in een deel van de gevallen géén rechtstreeks fysiek of digitaal contact met de patiënt hebben. Dit zal implementatie in andere centra vereenvoudigen omdat er vergoeding komt voor hun inzet. Voor andere aandoeningen zoals zeldzame glomerulaire ziekten is dat inmiddels goed geregeld en dat zou als voorbeeld kunnen dienen.
Er zijn mogelijkheden voor financiering van expertiseadviezen, zie de ‘Handreiking Expertiseadviezen, 2022.
- Dit initiatief wordt kosteloos landelijk als “dienst MDO” beschikbaar gesteld?
Zie dit eindrapport. Vervolgfase, buiten dit project, de verdere implementatie, is per 1 januari 2025 van start gegaan en wordt achtereenvolgens het aanmeldformulier geïntegreerd in verschillende EPD’s. Naar verwachting kunnen in de loop van 2025 de regio’s (diverse regio’s zijn geïnteresseerd) ook gebruik maken van het obstetrisch MDO proces in Vitaly/EPD. Qua IT, kosten implementatie én gebruik Vitaly, worden de kosten gedragen door VECOZO, daarover zijn al landelijke afspraken gemaakt. Voor implementatie op de werkvloer kunnen ziekenhuizen opteren deze zelf te dragen of bijvoorbeeld een aanvraag voor transformatiegelden IZA te doen.