



Het MDO/GPO Ouderenzorg in de Amsterdamse huisartsenpraktijk

Een handleiding voor de organisatie van een multidisciplinair of gestructureerd periodiek overleg ouderenzorg

Dit document is opgesteld door een multidisciplinair team van zorgverleners die werkzaam zijn binnen de ouderenzorg in Amsterdam-Zuid. De auteurs zijn verbonden aan de zorggroep Zorg voor Zuid | De Baarsjes en/of aan het Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam (NOA).

Het MDO/GPO Ouderenzorg in de Amsterdamse huisartsenpraktijk	1
Een handleiding voor de organisatie van een multidisciplinair of gestructureerd periodiek overleg ouderenzorg	1
1. Organisatie van de ouderenzorg binnen de zorggroep Zorg voor Zuid De Baarsjes	3
2. De meerwaarde van een MDO/GPO Ouderenzorg	3
3. De organisatie van een MDO/GPO ouderenzorg	4
3.1 De samenstelling en rolverdeling	4
3.2 Het signaleren van kwetsbaarheid en het in kaart brengen van complexe problematiek	6
3.3 De logistiek, privacy en registratie	6
4. Verwijzen naar het NOA	7
5. Financiering	7
6. Over de auteurs	7
7. Literatuur	8
Bijlage A: Twee voorbeeld agenda's voor het overleg	9
Bijlage B: Het stappenplan met acties voor, tijdens en na het overleg	10

1. Organisatie van de ouderenzorg binnen de zorggroep Zorg voor Zuid | De Baarsjes

In Amsterdam staan we voor grote uitdagingen om de kwetsbare oudere Amsterdammers zo lang mogelijk veilig thuis te laten wonen. Vanwege de (dubbele) vergrijzing, de stijgende zorgkosten en het overheidsbeleid dat gericht is op 'langer thuis wonen' neemt de druk op de ouderenzorg toe¹. De eerste lijn heeft om die reden in toenemende mate te maken met ouderen met complexe problematiek.

De zorggroep Zorg voor Zuid | De Baarsjes is een coöperatie van 51 huisartsenpraktijken in Amsterdam-Zuid en de Baarsjes en maakt onderdeel uit van (het bestuur van) de Amsterdamse Huisartsenalliantie (AHa). De AHa is een samenwerkingsverband van alle zorggroepen en daarmee van bijna alle huisartsen in Amsterdam. De AHa richt zich op het versterken van de samenwerking tussen huisartsen en stedelijke partijen. Het programma voor kwetsbare ouderen van Zorg voor Zuid is onderdeel van Beter Oud in Amsterdam (BOA)², een samenwerkingsproject van de Amsterdamse Huisartsenalliantie (AHa) en Zilveren Kruis. In de afgelopen jaren is duidelijk geworden dat de huisarts en POH-O in de thuissituatie geregeld behoefte hebben aan collegiale ondersteuning en/of medebehandeling van een specialist ouderengeneeskunde (SO) of een verpleegkundig specialist (VS) binnen de ouderenzorg. De SO of VS kan via het Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam (NOA) in consult worden gevraagd³. De verwijzer kan via ZorgDomein een voorkeur voor de NOA zorgprofessional geven. Daarnaast biedt het NOA de volgende eerstelijns consultaties aan: telefonisch collegiaal consult, deelname aan een MDO, consult aan huis en cognitieve screening bij ouderen met een migratieachtergrond.

2. De meerwaarde van een MDO/GPO Ouderenzorg

Indien er sprake is van een complexe zorgvraag en/of er meerdere zorgverleners betrokken zijn in de zorg rondom een oudere patiënt, is een multidisciplinaire aanpak, waarbij inzichten en werkwijzen van de verschillende disciplines worden geïntegreerd, essentieel. Een multidisciplinair overleg (MDO) is in dat geval een efficiënt middel om de zorg rondom de oudere te organiseren. Aangezien de gezondheidssituatie van een kwetsbare oudere vaak veranderd, dient het beleid geregeld te worden bijgesteld. Een MDO dat structureel en periodiek (bv. 1x per 2-3 maanden) wordt georganiseerd wordt een Gestructureerd Periodiek Overleg (GPO) genoemd. De belangrijkste doelstellingen en voordelen van een MDO/GPO zijn^{4,5}:

- Het vaststellen, afstemmen en coördineren van de benodigde zorg en ondersteuning.
- Hulpverleners leren elkaar geleidelijk beter kennen en maken optimaal gebruik van elkaars expertise en kwaliteiten ('korte lijntjes').
- Problemen kunnen in een vroegtijdige fase worden gesignaleerd waardoor latere escalatie voorkómen kan worden.

3. De organisatie van een MDO/GPO ouderenzorg

3.1 De samenstelling en rolverdeling

Er zijn vele manieren waarop een dergelijk overleg kan worden georganiseerd. De meeste huisartsen hebben al ervaring met de werkwijze van een MDO zoals een FTO of PaTz overleg. Belangrijk is dat de vorm die wordt gekozen passend is en aansluit bij de praktijk. In de meeste huisartsenpraktijken die werken met een MDO/GPO ouderenzorg speelt de POH-O een belangrijke rol in de organisatie en coördinatie.

Aan een MDO/GPO nemen in ieder geval de volgende deelnemers deel:

1. Huisarts + POH-O
2. Specialist ouderengeneeskunde
3. Zorgverlener uit het sociaal domein (bijvoorbeeld Buurtteam)
4. Wijkverpleegkundige of casemanager (dementie).

Dit wordt ook wel het kernteam genoemd. Indien betrokken bij de zorg van de patiënt, kunnen ook een fysio-/ergotherapeut, diëtist of apotheker op uitnodiging aansluiten.

Tijdens het MDO/GPO kunnen verschillende disciplines aangesloten zijn, ieder met een eigen rol. Een goede afstemming over de rolverdeling is belangrijker dan de rolverdeling zelf. Iedere deelnemer bereidt het overleg grondig en gedegen voor, zorgt zo nodig voor input/update vanuit de eigen discipline (ook wanneer men niet persoonlijk aanwezig kan zijn). Een voorbeeld van een rolverdeling tijdens een overleg kan zijn:

Voorzitter: is procesbewaker, bewaakt de tijd en gelijkwaardigheid van inbreng deelnemers; de huisarts of POH-O vervult vaak deze taak.

Zorgcoördinator:

- Deze taak wordt vaak vervuld door de POH-O of betrokken casemanager dementie of wijkverpleegkundige.
- Presenteert nieuwe casus met duidelijke hulpvraag en voldoende medische gegevens en/of presenteert de update rondom een eerder besproken patiënt.
- Informeert patiënt/mantelzorger vooraf over de inbreng en achteraf over de uitkomsten van het overleg.

POH-O:

- Is verantwoordelijk voor het maken van de jaarplanning en het uitnodigen van de deelnemers en het opmaken van de agenda met hierin een overzicht van de belangrijke medische gegevens van de patiënten (zie bijlagen A voor twee voorbeeld agenda's). Het verdient aanbeveling om deze agenda twee weken voorafgaand aan het MDO/GPO (veilig) te delen, zodat de deelnemers zich kunnen voorbereiden.
- Is verantwoordelijk voor het informeren van direct betrokken ketenpartners – ook indien niet aanwezig - over de uitkomsten van het MDO/GPO.
- De POH-O verwerkt na het overleg alle afspraken en acties in het huisartsinformatiesysteem (HIS) en deelt deze met betrokkenen.

Huisarts:

- Is verantwoordelijk voor het medisch beleid (incl. recepten, doorverwijzingen).
- Voert samen met de POH-O de regie over de doelen en actiepunten die worden vastgesteld.

Specialist ouderengeneeskunde of verpleegkundig specialist van het NOA:

- Geeft in consulterende rol advies en kan (tijdelijk) in medebehandeling zijn.
- Kan in geval van polyfarmacie een medicatie-beoordeling doen (bij afwezigheid SO kan de apotheker dit doen).

Andere aanwezige ketenpartners:

- Geven (desgevraagd) hun update en/of visie op de casus, vanuit de eigen professionaliteit.

3.2 Het signaleren van kwetsbaarheid en het in kaart brengen van complexe problematiek

Om signalen van kwetsbaarheid te objectiveren en de complexiteit van zorg vast te stellen kan de Groningen Frailty Indicator (GFI) worden ingezet. Met het TRansmuraal Zorg Assessment Geriatrie (TRAZAG) monitoringsformulier kan - indien sprake is van een kwetsbare gezondheidssituatie - de zorg in kaart worden gebracht. Het SFMPC-model wordt gebruikt om de problemen die de oudere ervaart op verschillende domeinen (somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch, communicatief) te ordenen. De Handreiking Kwetsbare Ouderen Thuis⁵ biedt een leidraad voor het signaleren van kwetsbaarheid en het in kaart brengen van de problematiek. Andere aandachtspunten die geregeld aan bod komen tijdens een MDO zijn: proactieve zorgplanning, haalbaarheid van veilig thuis blijven wonen en belastbaarheid van de mantelzorger^{4,5}.

3.3 De logistiek, privacy en registratie

- Stem de frequentie van het overleg af op het aantal ouderen in de praktijk; gemiddeld wordt een MDO/GPO iedere 6 – 8 weken ingepland.
- Tijdens het overleg worden ongeveer 4-6 patiënten besproken; de duur van het overleg bedraagt over het algemeen één uur.
- Het MDO/GPO heeft een vaste planning, zie bijlage B voor een stappenplan dat kan helpen bij het opzetten van een MDO/GPO. Maak vooraf een jaarplanning met data en tijdstippen van het overleg en stem deze af met de vaste aanwezigen.
- Evalueer het MDO/GPO jaarlijks met de (vaste) deelnemers en vraag feedback over de rollen en het functioneren.
- De locatie van het overleg is vaak fysiek (meestal in een huisartsenvoorziening) maar kan ook digitaal of in hybride vorm zijn.
- In het kader van de WGBO is het toegestaan om met de direct betrokken BIG-geregistreerde zorgverleners, met wie een behandelovereenkomst is, te overleggen. Indien tijdens het MDO/GPO niet-direct betrokken of niet BIG-geregistreerde zorgverleners aanwezig zijn, is in het kader van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) toestemming van de patiënt nodig.
- De patiënt is in principe **niet** aanwezig tijdens het overleg.
- De patiënt moet geïnformeerd zijn en akkoord geven om op een MDO/GPO te worden besproken omdat het ten koste van het eigen risico gaat.

- De communicatie met de andere hulpverleners vindt na het MDO/GPO plaats, bij voorkeur per beveiligde mail of via een beveiligde internetapplicatie (bv VIPlive of siilo). Indien de SO in medebehandeling is, is communicatie rondom de gemaakte afspraken cruciaal. Bij acute situaties informeren zorgverleners elkaar direct mondeling.
- De NHG heeft de Episode A69.02 Integrale complexe zorg uitgebracht. Onder deze episode of de episodes A05 of A49.01 kan de uitkomst van het MDO worden genoteerd.

4. Verwijzen naar het NOA

Voor deelname van SO of VS aan het MDO/GPO kunnen huisartsen eenvoudig verwijzen via ZorgDomein naar het NOA. Het NOA is te vinden onder “NOA eerstelijns, regio Amsterdam”. De volledige verwijsinstructie is te vinden op: <https://www.noaerstelijns.nl/documenten>. Zodra de verwijzing via ZorgDomein is ontvangen kan de SO/VS zich voorbereiden op het overleg en krijgt de NOA zorgverlener deelname aan het MDO/GPO vergoed. Indien de huisartsenpraktijk al werkt met een vaste specialist ouderengeneeskunde, kan dat worden aangegeven (‘specialist van voorkeur’).

5. Financiering

Praktijken die aangesloten zijn bij de BOA hebben reeds vergoeding ontvangen voor de financiering van POH-O en het organiseren van een MDO/GPO. Indien huisartspraktijken niet zijn aangesloten bij de BOA kan per kwetsbare oudere tweemaal per jaar een MDO/GPO worden gedeclareerd bij Zorg en Zekerheid. De prestatie kan als verrichting gedeclareerd worden middels de prestatiecode 31272. Dit is een vergoeding per verrichting.

6. Over de auteurs

Dit document is opgesteld door een multidisciplinair team van zorgverleners die werkzaam zijn binnen de ouderenzorg in Amsterdam Zuid. De auteurs zijn verbonden aan de zorggroep Zorg voor Zuid | De Baarsjes en/of aan het NOA. Middels dit document hopen we concrete handvatten aan te reiken die kunnen ondersteunen bij het opzetten van een MDO Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk. Voor vragen of opmerkingen over de inhoud van dit document kunt u contact opnemen met de Coöperatie Zorg voor Zuid: info@zorgvoorzuid.nl.

7. Literatuur

1. <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/vtv-2024/trendscenario/zorggebruik-zorguitgaven>
2. <https://www.beteroud.nl/>
3. <https://www.noaerstelijn.nl/>
4. B. Oostveen en V. Kenter-Hupkes. Boek: Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk, NHG eerste druk 2023.
5. Handreiking Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk. Februari 2025

Bijlage A: Twee voorbeeld agenda's voor het overleg

Voorbeeld agenda 1

Patiënt Leeftijd	Relevante patiënten informatie	Vraagstelling voor MDO/GPO	Hulpvraag van patiënt	Betrokken zorgverleners	Actie huisartsenzorg (wat/wie)	Actie ketenpartners (wat/wie)	Evaluatiedatum
1.							
2.							
3.							
4.							

Voorbeeld agenda 2

5 min	Uitwisseling algemene informatie	
10-15 min	Patiënt 1: Episode-/visitelijst Doel: Hulpvraag van de patiënt: Consultatievraag professional:	Uitkomsten MDO/GPO: Wie informeert patiënt:
10-15 min	Patiënt 2: Episode-/visitelijst Doel: Hulpvraag van de patiënt: Consultatievraag professional:	Uitkomsten MDO/GPO: Wie informeert patiënt:
10-15 min	Patiënt 3: Episode-/visitelijst Doel: Hulpvraag van de patiënt: Consultatievraag professional:	Uitkomsten MDO/GPO: Wie informeert patiënt:

Bijlage B: Het stappenplan met acties voor, tijdens en na het overleg

Fase	Acties	Verantwoordelijkheid
VOOR het MDO/GPO	<p>1x per jaar: Jaarplanning maken</p> <p>Uiterlijk 2 weken voorafgaand aan het MDO/GPO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agenda opstellen, inclusief tijdsplanning; • Deelnemers uitnodigen; • Info over (nieuwe) casus delen met SO/VS; • Presentatie casuïstiek voorbereiden. 	<p>POH-O</p> <p>POH-O</p>
TIJDENS het MDO /GPO	<p>Nieuwe casus inbrengen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • relevante patiënten informatie • Vraag voor MDO/GPO inbrengen <p>Diagnose/probleem/behandelplan vaststellen</p> <p>In te zetten acties en evaluatie vaststellen</p> <p>Evaluatie eerder besproken patiënten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Update huidige status patiënt/systeem • Evaluatie eerder ingezette acties • Zo nodig beleid bijsturen, nieuwe acties inzetten, evaluatie vaststellen 	<p>Zorgcoördinator (= POH-O of casemanager)</p> <p>Huisarts</p> <p>Iedere betrokken ketenpartner</p> <p>Huisarts</p>
NA het MDO/GPO	<ul style="list-style-type: none"> • Noteer actuele zaken en uitgezette acties in het HIS • Uitwerken behandelplan, delen met kernteam • Patiënt/mantelzorg op hoogte stellen uitkomst MDO/GPO • Casus opnieuw inplannen voor evaluatie 	<p>POH-O</p>