



Het Multi Disciplinair Overleg Ouderenzorg

Een handleiding voor de organisatie van een MDO ouderenzorg in de huisartsenpraktijk



NOA
eerstelij

Inhoudsopgave

| | | |
|-----|--|---|
| 1. | Organisatie van de ouderenzorg binnen de zorggroep Zorg voor Zuid De Baarsjes..... | 3 |
| 2. | De meerwaarde van het MDO ouderenzorg | 3 |
| 3. | De organisatie | 4 |
| 4. | De rolverdeling | 4 |
| 5. | De inhoud | 5 |
| 6. | Privacy en registratie | 6 |
| 7. | Financiering | 6 |
| 8. | Opvolging en evaluatie..... | 6 |
| 9. | Samenwerking en lastige situaties..... | 7 |
| 10. | Over de auteurs | 7 |
| 11. | Literatuur | 7 |
| | Bijlage A: Het stappenplan met acties voor, tijdens en na het MDO | 8 |
| | Bijlage B: Twee voorbeeld agenda's voor tijdens het MDO | 9 |

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 huisarts en POH-O hebben om die reden in toenemende mate te maken met thuiswonende 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. Aangezien kwetsbare ouderen steeds vaker thuis blijven wonen, bestaat vanuit de huisartsenpraktijk steeds vaker de behoefte tot collegiale ondersteuning en/of medebehandeling van een specialist ouderengeneeskunde (SO). De SO kan via het Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam (NOA) in consult worden gevraagd³. Daarnaast biedt het NOA de volgende eerstelijns consultaties aan: telefonisch collegiaal consult, deelname aan MDO, consult aan huis en cognitieve screening bij ouderen met een migratie achtergrond³.

2. De meerwaarde van het MDO ouderenzorg

De zorg voor kwetsbare ouderen past vaak minder goed in ziekte-specifieke richtlijnen en standaarden. Hierdoor is de zorg vaak variabel, domein-overstijgend en zijn de ondersteuningsbehoeften divers. Indien er meerdere hulp- en zorgprofessionals betrokken zijn of als een oudere (of familie) zelf verminderd regie kan voeren, is het belangrijk dat er een goede onderlinge informatie-uitwisseling en afstemming plaatsvindt tussen zorgprofessionals. Om te komen tot een multidisciplinair plan van aanpak is het nodig om inzichten en werkwijzen van de betrokken hulp- en zorgprofessionals af te stemmen. In dit gezamenlijk plan van aanpak staan de doelen en kwaliteit van leven van de oudere centraal. 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 dergelijk 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 lijstjes").
- Problemen kunnen in een vroegtijdige fase worden gesignaleerd waardoor latere escalatie voorkómen kan worden.

3. De organisatie

Het doel van dit document is om de huisartsenpraktijk te ondersteunen bij de organisatie van een MDO. Er zijn vele manieren waarop een MDO kan worden georganiseerd. De meeste huisartsen hebben al ervaring met de werkwijze van een dergelijk overleg, 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 ouderenzorg speelt de POH-O een hele belangrijke rol in de organisatie en coördinatie. Stem de frequentie van het overleg af op het aantal ouderen in de praktijk; gemiddeld wordt een MDO/GPO iedere 6 - 12 weken ingepland. Binnen het MDO/GPO 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 A voor een stappenplan). Maak vooraf een jaarplanning met data en tijdstippen van het MDO en stem deze af met de vaste deelnemers. De locatie van het MDO is vaak fysiek (meestal in een huisartsenvoorziening) maar kan ook digitaal of in hybride vorm zijn.

Aan een MDO nemen in ieder geval de volgende zorgverleners deel:

- 1) Huisarts + POH-O
- 2) Specialist ouderengeneeskunde of verpleegkundig specialist (VS) van het NOA
- 3) Zorgverlener uit het sociaal domein (bijvoorbeeld Buurtteam)
- 4) Wijkverpleegkundige en/of casemanager dementie.

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

4. De rolverdeling

Tijdens het MDO kunnen verschillende zorgverleners betrokken zijn, ieder met een eigen rol. Een goede afstemming over de rolverdeling is belangrijker dan de rolverdeling zelf. Iedere deelnemer bereidt het MDO grondig en gedegen voor, zorgt voor input/update vanuit de eigen discipline (ook wanneer men niet persoonlijk aanwezig kan zijn). Een voorbeeld van een rolverdeling tijdens een MDO 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 over het algemeen vervuld door de POH-O of betrokken casemanager dementie of wijkverpleegkundige.
- Presenteert nieuwe casus met duidelijke hulpvraag, wensen/behoefte van de oudere zelf en voldoende medische gegevens (voor de betrokken SO/VS) en/of presenteert de update rondom een eerder besproken patiënt.

- Informeert patiënt/mantelzorger vooraf over de inbreng en achteraf over de uitkomsten van het MDO

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 B voor twee voorbeeld agenda's). Het verdient aanbeveling om deze agenda twee weken voorafgaand aan het MDO (veilig) te delen, zodat de deelnemers zich kunnen voorbereiden.
- Is verantwoordelijk voor het informeren van direct betrokken zorgverleners – ook indien niet aanwezig - over de uitkomsten van het MDO
- De POH-O verwerkt na het MDO alle afspraken en acties in het huisartsinformatiesysteem (HIS) en deelt deze met de overige zorgverleners.

Huisarts:

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

Specialist ouderengeneeskunde:

- 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 zorgverleners: geven hun update en/of visie op de casus, vanuit de eigen professionaliteit.

5. De inhoud

Indien bij een oudere patiënt sprake is van onderstaande problematiek kan het zinvol zijn om de zorg in een MDO te coördineren en vast te leggen:

- Kwetsbaarheid op één of meerdere domeinen. Om signalen van kwetsbaarheid in kaart te brengen is binnen de BOA afgesproken om gebruik te maken van het TRansmuraal Zorg Assessment Geriatrie (TraZAG) assessment-instrument⁶. Bij een ervaren probleem kan een verdiepende screening worden ingezet. Het SFMPC-model wordt gebruikt om de problemen die de oudere patiënt ervaart op verschillende domeinen (somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch, communicatief) te ordenen. Het boek 'Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk'⁴ en de Handreiking Kwetsbare Ouderen Thuis (2025)⁵ bieden een leidraad bij het in kaart brengen van kwetsbaarheid en multi-problematiek.
- Onbegrepen gedrag zoals zorgmijdend gedrag, verslavingsproblematiek, persoonlijkheidsproblematiek in combinatie met (een vermoeden op) een cognitieve stoornis.
- Onduidelijkheid over behandelwensen of toekomstscenario's
- Twijfel aan de haalbaarheid van veilig thuis blijven wonen
- Dreigende overbelasting van de mantelzorger

6. Privacy en registratie

- In het kader van de WGBO is het toegestaan om met de direct betrokken BIG-geregistreeerde zorgverleners, met wie een behandelovereenkomst is, te overleggen. Indien tijdens het MDO niet-direct betrokken of niet BIG-geregistreeerde 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 MDO.
- De patiënt moet geïnformeerd zijn en akkoord geven om op een MDO te worden besproken.
- De NHG heeft de Episode A69.02 Integrale complexe zorg uitgebracht. Onder deze episode of A05 kan de uitkomst van het MDO worden geregistreerd.

7. Financiering

Voor het deelnemen van de SO of VS van het NOA aan het MDO kunnen huisartsen via ZorgDomein een aanvraag doen. Het NOA is te vinden onder "NOA eerstelijns, regio Amsterdam". De volledige verwijsinstructie is te vinden op: <https://www.noaeerstelijns.nl/documenten>. Zodra de verwijzing via ZorgDomein is ontvangen kan de SO of VS de deelname aan het MDO patiëntgebonden declareren (en gaan de kosten af van het eigen risico van de patiënt). Indien de huisartsenpraktijk al werkt met een vaste specialist ouderengeneeskunde, vul dan deze naam in bij 'specialist van voorkeur'. Praktijken die aangesloten zijn bij de BOA ontvangen een inclusief bedrag voor het organiseren en borgen van het MDO. In dit tarief zitten de uren van de POH-O berekend. Praktijken buiten de BOA kunnen tweemaal per jaar per oudere declareren (prestatiecode 31272).

8. Opvolging en evaluatie

De communicatie met de andere hulpverleners vindt na het MDO plaats, bij voorkeur per beveiligde mail of via een beveiligde internetapplicatie (bv VIPlive of Siilo). Indien de SO of andere zorgverlener in medebehandeling is, is communicatie rondom de gemaakte afspraken cruciaal. Bij acute situaties informeren zorgverleners elkaar bij voorkeur mondeling. Na afloop wordt het zorgplan uitgewerkt en gedeeld met alle betrokkenen, bij voorkeur binnen één week. Informeer daarbij ook de patiënt en/of mantelzorger. Tot slot wordt vastgelegd wie wanneer welke actie uitvoert. Zo nodig wordt een nieuw MDO voor dezelfde patiënt ingepland.

Het MDO wordt jaarlijks geëvalueerd met de vaste deelnemers. Vraag feedback over de rollen en het functioneren van het MDO: wat gaat goed en wat kan beter?

9. Samenwerking en lastige situaties

Een succesvol MDO staat of valt met goede samenwerking. Spreek elkaar aan, luister actief en maak duidelijke afspraken.

Loop je vast of ontstaat er een geschil?

- Haal de kernvraag terug: wat is het beste voor de patiënt?
- Bespreek het conflict open en concreet.
- Lukt dat niet? Schakel een onafhankelijke collega of neem contact op met de Coöperatie Zorg voor Zuid: info@zorgvoorzuid.nl

10. 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 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.

11. Literatuur

1. <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/vtv-2024/trendscenario/zorggebruik-zorguitgaven>
2. <https://www.beteroud.nl/>
3. <https://www.noaeerstelij.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
6. <https://zorgvoorzuid.nl/media/2025/08/TraZAG-volledig.pdf>

Bijlage A: Het stappenplan met acties voor, tijdens en na het MDO

| Fase | Acties | Verantwoordelijkheid |
|-----------------|---|---|
| VOOR het MDO | <p>1x per jaar: Jaarplanning maken</p> <p>Uiterlijk 2 weken voorafgaand aan het MDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agenda opstellen, inclusief tijdsplanning; • Deelnemers uitnodigen; • Info over (nieuwe) casus delen met betrokken zorgverleners; | <p>POH-O</p> <p>POH-O</p> |
| TIJDENS het MDO | <p>Nieuwe casus inbrengen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • relevante patiënten informatie • Vraag voor MDO 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>Iedere betrokken zorgverlener</p> <p>Huisarts</p> <p>Huisarts</p> <p>Iedere betrokken zorgverlener</p> <p>Huisarts</p> |
| NA het MDO | <ul style="list-style-type: none"> • Noteer actuele zaken en uitgezette acties in de P-regel van het HIS) • Uitwerken behandelplan, delen met kernteam • Uitkomst MDO bespreken met de patiënt/mantelzorger • Casus opnieuw inplannen voor evaluatie, indien van toepassing | <p>POH-O</p> <p>Iedere betrokken zorgverlener</p> |

Bijlage B: Twee voorbeeld agenda's voor tijdens het MDO

Voorbeeld agenda 1

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

Voorbeeld agenda 2

| | | |
|-----------|--|--|
| 5 min | Uitwisseling algemene informatie | |
| 10-15 min | Patiënt 1: Visitelijst delen met betrokken zorgverleners Doel: Hulpvraag van de patiënt: Consultatievraag professional: | Uitkomsten MDO: Wie informeert patiënt: |
| 10-15 min | Patiënt 2: Visitelijst delen met betrokken zorgverleners Doel: Hulpvraag van de patiënt: Consultatievraag professional: | Uitkomsten MDO: Wie informeert patiënt: |
| 10-15 min | Patiënt 2: Visitelijst delen met betrokken zorgverleners Doel: Hulpvraag van de patiënt: Consultatievraag professional: | Uitkomsten MDO: Wie informeert patiënt: |