

Handboek en werkafspraken

Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam

eerste lijn

Beschrijving van praktische informatie en samenwerkingsafspraken



Datum: 23 april 2025

Een samenwerking van



Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Aanmeldproces: Verwijzen naar het NOA.....	4
2.1	Centrale aanmelding en beoordeling	4
2.2	Verwijzen via ZorgDomein.....	4
2.3	Koppeling vanuit NOA Coördinatiepunt aan VVT	5
2.4	Koppeling van VVT aan betreffende zorgprofessional (SO, VS, PA).....	5
3	De dienstverlening	6
3.1	Het thuisconsult (huisbezoek).....	6
3.2	Medebehandeling	7
3.3	Cognitieve screening bij ouderen met een migratie achtergrond.....	8
3.4	Telefonisch consult.....	9
3.5	Multidisciplinair overleg (MDO).....	9
4	Verslaglegging en terugkoppeling na huisbezoek.....	10
4.1	Verslaglegging	10
4.2	Terugkoppeling na huisbezoek.....	11
5	Inhoudelijke onderwerpen.....	11
5.1	Proactieve zorg planning / Advance Care Planning	11
6	Opleiding en onderzoek	12
6.1	Opleiding van AIOS ouderengeneeskunde.....	12
6.2	Onderzoek NOA.....	12
7	In ontwikkeling.....	12
7.1	Acute zorgvragen.....	12
7.2	Samenwerking met tweede en derde lijn.....	13
7.3	Digitalisering.....	13
7.4	Triage GRZ in de eerste lijn	13

1 Inleiding

In de regio Amsterdam wordt gewerkt aan naar nieuwe manieren om kwetsbare ouderen zo lang mogelijk goed thuis te laten wonen. De specialist ouderengeneeskunde (SO), verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA) spelen hierin, in samenwerking met de huisarts en praktijkondersteuner ouderen (POH-O), een cruciale rol. Zij helpen ouderen langer thuis te wonen met meer kwaliteit van leven, het voorkomen of verkorten van opnames en een soepele overdracht naar het verpleeghuis indien nodig.

Het is onze **missie** om, samen met de huisarts, een waardevolle bijdrage te leveren aan de zorg voor thuiswonende ouderen in Amsterdam en Diemen.

Het *Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam eerste lijn* (NOA) is sinds 2022 actief en ontvangt jaarlijks meer dan 1.100 verwijzingen van huisartsen. Het NOA is een samenwerkingsverband tussen verschillende VVT-organisaties en heeft werkafspraken over doorlooptijden en dienstverlening.

Dit document geeft inzicht in de werkafspraken en de verduidelijkt de verwachtingen. De genoemde doorlooptijden zijn streeftijden en kunnen per organisatie variëren, afhankelijk van samenwerking met verschillende zorgprofessionals. Waar NOA zorgprofessional staat, kan SO, VS of PA gelezen worden.

Het NOA is een samenwerking van:



Uitgangspunten binnen de samenwerking van het NOA:

- **Taakherschikking:** Verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA) zijn een relatief nieuwe beroepsgroep binnen de ouderenzorg in de eerste lijn, waarvan binnen het NOA een grote meerwaarde wordt gezien.
- **Multidisciplinaire ouderenzorg:** Tussen de deelnemende organisaties zijn er, op basis van historie en bepaalde interne beleidskeuzes, verschillen in de inzet van zorgprofessionals. De zorg zal in ieder geval altijd geleverd worden door betrokkenheid van een SO.
- **Projectstructuur:** Binnen het NOA wordt momenteel nog gewerkt op basis van een projectstructuur met een stuurgroep, projectgroep en bepaalde expertisegroepen. In 2025 wordt gewerkt aan een structurele borging en duurzame governance structuur.
- Het **NOA Netwerk overleg** vindt vijf keer per jaar plaats. Dit overleg heeft als doel het NOA netwerk te versterken en te leren kennen. Daarnaast worden stedelijke ontwikkelingen binnen de eerste lijn m.b.t. het NOA besproken.
- **Financiering:** Het NOA wordt tot en met 2026 gefinancierd vanuit projectmiddelen vanuit IZA aanvraag. De geleverde zorg wordt gedeclareerd binnen de GZSP. Voor patiënten met een WLZ zonder behandelindicatie/VPT wordt de geleverde zorg gedeclareerd via H335.

2 Aanmeldproces: Verwijzen naar het NOA

2.1 Centrale aanmelding en beoordeling

Vanwege de toenemende vraag vanuit de huisarts aan de ene kant en schaarste in de ouderenzorg aan de andere kant werken we met een centraal aanmeldpunt. Op deze manier borgen we snelheid en continuïteit voor patiënten en huisartsen. Het werken met centrale aanmelding en toewijzing van zorgvragen geeft de volgende voordelen: actueel inzicht in vraag en aanbod en stedelijk inzicht.

De rol van het NOA Coördinatiepunt is belegd bij de Zorgbemiddeling van Cordaan. Deze werkzaamheden zullen vanaf 2026 volledig geïntegreerd zijn binnen Verwijspunt 020.

Bereikbaarheid NOA Coördinatiepunt:

- Werkdagen van 9:00-17:00 uur
- info@noaeerstelij.nl
- 020-2290603

2.2 Verwijzen via ZorgDomein

Het is voor huisartsen eenvoudig om naar het NOA te verwijzen. Dit kan via ZorgDomein. Op hoofdlijnen bestaat het aanmeldproces van een NOA verwijzing uit vier stappen:



Verzoek aan de huisarts om bij de verwijzing zo veel mogelijk relevante informatie mee te sturen zodat de verwijzing zo goed mogelijk opgepakt kan worden:



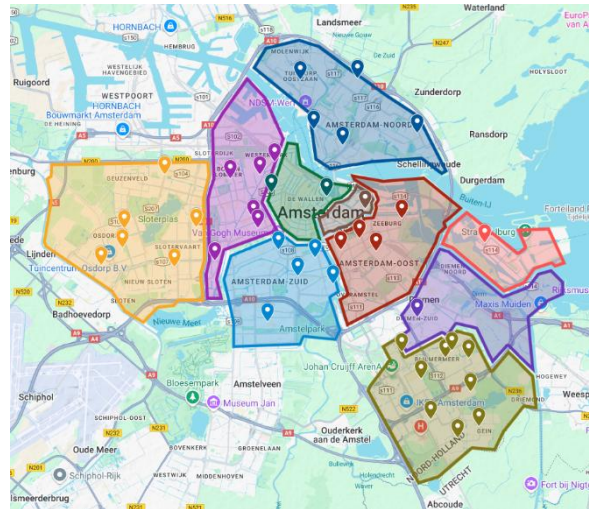
- Verwijsvraag/hulpvraag: Verzoek aan de huisarts om een duidelijke en concrete vraag te stellen om het consult af te bakenen. Als de vraag niet concreet genoeg is, kan het eventueel ook mogelijk/wenselijk zijn om telefonisch te overleggen over deze afbakening.
- Toevoegen van de lab uitslagen indien de afgelopen drie maanden is geprikt. Indien er geen lab bekend is, graag het verzoek aan de huisarts om dit alsnog aan te vragen.
- Graag vermelden in de aanvraag indien zorgmijder of patiënt niet akkoord is, dan ook telefonisch overleggen met specialist ouderengeneeskunde.
- Graag betrokken behandelaren vermelden.
- Eventueel: een voorkeur voor specialist, met name in het geval van een MDO

Zie [hier](#) een uitgebreide verwijsinstructie.

2.3 Koppeling vanuit NOA Coördinatiepunt aan VVT

Het NOA werkt wijkgericht. Wij geloven in een goede relatie met de huisartsenpraktijk en andere zorgverleners in de buurt. Daarom werken huisartsenpraktijken samen met een vast team van NOA zorgprofessionals binnen hun eigen wijk. Deze teams bestaan uit zorgprofessionals van deelnemende zorgorganisaties en zijn ingedeeld wijkgroep of regio. Die indeling is gebaseerd op historische werkgebieden, de locatie van intramurale huizen en op toekomstige ontwikkelingen.

De regio indeling blijft dynamisch en wordt regelmatig aangepast. Zie de actuele regio indeling op de website van het NOA (www.noaeerstelij.nl) of klik [hier](#).



De verwijzing van de huisarts komt via ZorgDomein binnen bij het NOA Coördinatiepunt. Het NOA Coördinatiepunt zet (vaak) dezelfde dag, op basis van de postcode en de weekindeling, de verwijzing door naar de ontvangende VVT organisatie. De verwijzing wordt binnen ZorgDomein als 'plaatsingsverzoek' doorgezet naar de betreffende organisatie. De ontvangende VVT organisatie kan het plaatsingsverzoek vervolgens accepteren of afwijzen. Als de verwijzing wordt afgewezen, zoekt het NOA Coördinatieteam naar een alternatief, zoals een andere beschikbare deelnemende VVT organisatie binnen dezelfde wijk.

Triage

Op dit moment worden verwijzingen via ZorgDomein zonder uitgebreide inhoudelijke beoordeling doorgestuurd naar de medisch secretariaten van de verschillende VVT's. Door het NOA Coördinatiepunt vindt er op dit moment alleen een triage plaats of de verwijzingsvraag aansluit bij het geselecteerde zorgproduct. Indien niet, dan wordt er telefonisch contact met de huisartsenpraktijk opgenomen en wordt de verwijzing eventueel aangepast.

2.4 Koppeling van VVT aan betreffende zorgprofessional (SO, VS, PA)

De VVT ontvangt de verwijzing vanuit het NOA Coördinatiepunt. Vanaf hier verschilt de werkwijze per zorgorganisatie. Bij de meeste VVT organisaties komen de verwijzingen binnen bij het medisch secretariaat, die het vervolgens doorzet naar de betreffende NOA zorgprofessional (SO, PA of VS). Het verschilt per organisatie of het secretariaat de afspraak inplant of de zorgprofessional zelf.

3 De dienstverlening

Het NOA levert vijf zorgproducten:

1. thuisconsult (huisbezoek),
2. medebehandeling,
3. cognitieve screening bij ouderen met een migratie achtergrond (55+),
4. telefonisch consult en
5. deelname aan MDO.

In de uitwerking van de zorgproducten hieronder staat beschreven wat er binnen de zorgproducten geleverd wordt en welk doel hiermee bereikt kan worden. Alle deelnemende zorgaanbieders kunnen deze zorgproducten leveren.

3.1 Het thuisconsult (huisbezoek)

De NOA Zorgprofessional bezoekt de patiënt in de thuissituatie.

We streven ernaar binnen vijf werkdagen na de verwijzing contact op te nemen voor het inplannen van het huisbezoek. Tussen de verwijzing en het huisbezoek zit (als streeftijd) maximaal twee weken.

Per organisatie wordt ingeschat welke zorgprofessional wordt ingezet. Bij de meeste organisaties gaat een specialist ouderengeneeskunde of VS/PA op het eerste huisbezoek. Indien de verwijzing daartoe aanleiding geeft kan het voorkomen dat een eerste huisbezoek door een verpleegkundige of psycholoog wordt gedaan.

Op de afgesproken datum gaat de zorgprofessional op huisbezoek bij de patiënt. Een aantal handelingen wordt standaard gedaan tijdens het huisbezoek:

- Geriatrisch assessment
- Beoordelen zelfstandigheid
- Uitvragen wensen patiënt

Een aantal werkzaamheden worden uitgevoerd op basis van de verwijsindicatie van de huisarts en de inschatting van de zorgprofessional, zoals:

- Medicatie review
- Wilsbekwaamheidsbeoordeling
- Proactieve zorg planning
- Multiprobleem analyse door geriatrisch assessment
- Cognitieve screening

In veel gevallen is het wenselijk om tijdens/na het eerste huisbezoek een tweede huisbezoek te plannen waarin alle bevindingen worden besproken met de patiënt en de mantelzorger. Eventueel aanvullend onderzoek is dan ook bekend en de uitkomsten kunnen dan gedeeld worden. Met de verwijzer wordt afgestemd of het gewenst is dat de NOA Zorgprofessional hierbij aanwezig is.

Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam eerste lijn

NOA dienstverlening | Thuisconsultatie

Waarom dit zorgproduct?
Om huisartsen te ondersteunen, biedt het NOA 'thuisconsultatie' door de specialist ouderengeneeskunde (SO) aan. Het thuisconsult levert een antwoord op de hulpvraag van de huisarts op. De SO ondersteunt de huisarts bij het opstellen van een behandelzorgplan met SMART geformuleerde acties.

Hoe werkt het?
Naar aanleiding van een hulpvraag van de huisarts en patiënt, legt de SO een huisbezoek af. Vooraf vindt vaak het dossier onderzoek en een hetero-anamnese met een mantelzorger en/of wijkverpleegkundige/casemanagers plaats. Een consult is in principe eenmalig, maar in sommige gevallen zijn er meerdere thuisconsulten nodig of vervolgt de SO de patiënt een periode (medebehandeling). In de meeste gevallen kan de huisarts met de conclusie (zoals bijvoorbeeld een diagnose) en het advies, zelf de behandeling voortzetten.

Verwijzen en doorlooptijd
Verwijzen kan eenvoudig via ZorgDomein. Voor een huisbezoek geldt dat er binnen **vijf werkdagen** contact wordt opgenomen met de patiënt of diens naaste voor het inplannen van het huisbezoek. We streven ernaar een huisbezoek binnen **tien werkdagen** na verwijzing plaats te laten vinden.

Vragen?
Neem contact op met het NOA via info@noaerstellijn.nl of kijk op www.noaerstellijn.nl.

Voor wie?
Dit zorgproduct is voor alle huisartsen en kwetsbare thuiswonende ouderen die een hulpvraag hebben.

Door wie?
De SO legt n.a.v. de hulpvraag van de huisarts en patiënt een huisbezoek af.

NOA eerste lijn | info@noaerstellijn.nl
www.noaerstellijn.nl



Nb. Bespreek het vervolgproces altijd met de huisarts en eventuele andere betrokkenen. Het streven is dat de huisarts binnen twee dagen na het huisbezoek gebeld wordt voor een korte telefonische terugkoppeling (zie Hoofdstuk 4). In het terugkoppelingsoverleg kan worden besproken of medebehandeling gewenst is (zie Hoofdstuk 3.1).

3.2 Medebehandeling

Door medebehandeling kunnen huisartsen langer worden ondersteund bij het uitvoeren van de behandeladviezen van de NOA Zorgprofessional.

In sommige gevallen vindt de huisarts het wenselijk als de specialist ouderengeneeskunde (of andere zorgprofessional) langer betrokken blijft bij de zorg voor een patiënt. Deze mogelijkheid is nu uitgewerkt in zgn. 'Medebehandeling'. **Nb.** De huisarts blijft altijd hoofdbehandelaar.

Proces

Medebehandeling start altijd na verwijzing van de huisarts voor een Thuisconsult. In het telefonische terugkoppelingsoverleg (zie hoofdstuk 4) kan gezamenlijk tussen huisarts en SO worden besproken of het wenselijk is dat de SO betrokken blijft voor medebehandeling. Er zullen dan duidelijke afspraken worden gemaakt met de huisarts en eventuele andere behandelaren over de afbakening van behandeldoelen en verantwoordelijkheden. Deze worden vastgelegd in het dossier, eventueel in het behandelplan (deze ook delen met de huisarts). Een aparte verwijzing voor medebehandeling is niet nodig; medebehandeling volgt uit de gezamenlijke besluitvorming en afspraken met de huisarts na het thuisconsult. Het kan hierbij ook zo zijn dat een deel van de follow-up door een psycholoog of agoog gedaan wordt als medebehandeling.

Werkzaamheden tijdens medebehandeling

Het is voor huisartsen soms lastig om het volledige behandeladvies van de specialist ouderengeneeskunde zelfstandig op te volgen of in gang te zetten. Bij medebehandeling wordt het advies daarom (deels) uitgevoerd door de specialist ouderengeneeskunde zelf, inclusief de aansturing van de betrokken zorgverleners.

Onderdelen van medebehandeling zijn:

- het creëren van overzicht en samenhang in diverse behandeldoelen en zorgprocessen;
- het evalueren van complexe behandeldoelen zoals probleemgedrag bij dementie;
- het in kaart brengen van wat de verschillende zorgverleners betekenen voor de patiënt en met betrekking tot welke behandeldoelen;
- één of meerdere MDO's.

Voordelen van medebehandeling zijn:

- door (tijdelijk) inhoudelijk betrokken te zijn bij een patiënt ontstaat er samenhang in de behandeldoelen en sluit de geleverde zorg hierop aan;
- er ontstaat overzicht in het systeem van zorgprofessionals en er wordt afgestemd wat iedereen bijdraagt voor de patiënt;
- onnodige of niet zinnige zorg wordt afgebouwd

Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam eerste lijn

NOA dienstverlening | Medebehandeling

Om huisartsen in Amsterdam en Diemen te ondersteunen bij de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen, is er de mogelijkheid het NOA langer te betrekken bij de zorg via 'medebehandeling'. De huisarts blijft hierbij hoofdbehandelaar van de patiënt.



Waarom medebehandeling?
In sommige gevallen is het door de huisarts gewenst dat de NOA zorgprofessional* wat langer betrokken blijft bij de zorg. Dit kan bijvoorbeeld bij behandeladviezen waar de huisarts ondersteuning bij nodig heeft. Huisartsen worden hierdoor meer ondersteund bij complexe zorgvragen voor thuiswonende kwetsbare ouderen.



Proces van medebehandeling
Na verwijzing voor een Thuisconsult (via ZorgDomein) bepalen de huisarts en NOA-zorgprofessional* samen of medebehandeling nodig is. Ze maken duidelijke afspraken over rolverdeling, behandeldoelen en afstemming met andere zorgverleners.
De NOA zorgprofessional kan (deels) het beleid uitvoeren, waaronder behandeldoelen coördineren en huisbezoeken doen.
Medebehandeling stopt in afstemming met de huisarts. Gedurende het traject blijft de huisarts eindverantwoordelijk en vindt regelmatig overleg plaats.

Voor wie?
Medebehandeling is voor alle thuiswonende ouderen met complexe zorgvragen. Bijvoorbeeld met betrekking tot cognitieve problemen, algehele achteruitgang of advance care planning.

Door wie?
De zorgprofessional van het NOA voert in overleg met de huisarts (een deel van) het behandeladvies uit. De huisarts blijft hoofdbehandelaar.

*Een NOA zorgprofessional kan een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physiotherapeut zijn. De verwijzer kan via ZorgDomein een voorkeur voor NOA zorgprofessional geven.

NOA eerste lijn | info@noaerstelijn.nl
www.noaerstelijn.nl



Afronding Medebehandeling

De medebehandeling eindigt in afstemming met de huisarts. Bijvoorbeeld wanneer de behandeldoelen zijn behaald (of tenminste helder en toetsbaar zijn geformuleerd) en de huisarts zich weer in staat voelt de volledige medische zorg rondom de patiënt en het (zorg)systeem terug te nemen. Tijdens de medebehandeling door de SO blijft de huisarts altijd eindverantwoordelijk, o.a. voor de 24-uurs zorg en andere huisartsgeneeskundige problemen.

3.3 Cognitieve screening bij ouderen met een migratie achtergrond

De oudere met een migratie achtergrond (55+) wordt in de thuissituatie gescreend door de SO.

De doelgroep van deze dienstverlening betreft alle thuiswonende ouderen (55+) met een migratie achtergrond met cognitieve klachten. Voor een cognitieve screening bij deze doelgroep geldt dat er binnen vijf werkdagen contact opgenomen wordt met de patiënt of diens naaste voor het inplannen van de screening bij de patiënt thuis. We streven ernaar de patiënt thuis te kunnen bezoeken binnen twee weken.

Cognitieve problemen bij ouderen met een migratie achtergrond zijn lastiger vast te stellen onder andere vanwege een taalbarrière. Maar ook komt deze groep ouderen niet zo snel naar de huisarts met klachten over het geheugen. Naar aanleiding van een verwijzing door de huisarts, zal de NOA zorgprofessional, die hier voor getraind is, de patiënt in kaart brengen, een diagnose stellen en gericht advies terugkoppelen aan de huisarts/POH. De RUDAS, een cognitieve screeningstest, is onderdeel van het huisbezoek. Een selectie van de patiënten wordt besproken in een MDO met geriater en psycholoog van de migranten poli van het OLVG.

Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam eerste lijn

NOA dienstverlening

Cognitieve screening bij ouderen met migratie achtergrond

Gestart per 1 oktober 2023

Om huisartsenpraktijken in Amsterdam te ondersteunen heeft het NOA breidt het NOA de dienstverlening uit met een nieuw zorgproduct: 'Cognitieve screening bij ouderen met een migratie achtergrond (55+)'. 

15%

% ouderen (55+) in Nederland met een migratie achtergrond

31%

% ouderen (55+) in NL met migratie achtergrond - in 2060

Waarom?

Het aantal ouderen met een migratie achtergrond in Nederland stijgt de komende jaren, met name in stedelijke gebieden. Daarbij is de kans op cognitieve problemen groter bij ouderen met een migratie achtergrond. Ook is dit lastiger vast te stellen door o.a. taalbarrière en zorgmijding.

Hoe werkt het?

Na verwijzing via ZorgDomein vindt een huisbezoek plaats door een specialist ouderengeneeskunde die getraind is in deze casuïstiek. De bevindingen worden terug gekoppeld aan de huisarts/POH.

Vragen?

Neem contact op met het NOA via info@noaerstelijn.nl of kijk op www.noaerstelijn.nl.

In samenwerking met: 

Voor wie?

Dit zorgproduct is voor alle thuiswonende ouderen (55+) met een migratie achtergrond met verdenking op cognitieve stoornis.

Door wie?

Er vindt een huisbezoek plaats door een specialist ouderengeneeskunde die getraind is in deze casuïstiek.

NOA eerste lijn | info@noaerstelijn.nl
www.noaerstelijn.nl 

3.4 Telefonisch consult

Dit biedt de mogelijkheid voor de huisarts om laagdrempelig en snel advies in te winnen.

Van alle verwijzingen is nu bijna 10% voor telefonische consultatie. De huisarts wordt dan binnen één werkdag teruggebeld door de NOA zorgprofessional om te overleggen over de zorgvraag van de betreffende patiënt. De huisarts stuurt een verwijzing via ZorgDomein. Op deze manier kan de NOA zorgprofessional zich al goed voorbereiden en inlezen in de vraag van de huisarts.

In veel gevallen kan de huisarts na dit telefonische overleg zelf verder met de patiënt. In andere gevallen volgt er een verwijzing voor een thuisconsult.

3.5 Multidisciplinair overleg (MDO)

De patiënt wordt in bredere setting multidisciplinair besproken.

Het NOA gelooft in de meerwaarde van proactieve ouderengeneeskunde en is graag tijdig betrokken bij de zorg voor kwetsbare ouderen. Het MDO heeft in andere regio's een bewezen effect in het voorkomen van crisissituaties. Binnen het NOA werken we daarom aan de transformatie van een reactieve naar proactieve dienstverlening. Door op structurele momenten betrokken te zijn bij de huisartsenpraktijk kan een grote meerwaarde worden gerealiseerd.

Huisartsen kunnen vanuit ZorgDomein verwijzen voor een MDO (tweede zorgproduct). Vaak vinden MDO's plaats met de NOA zorgprofessional die al bekend is bij de huisartsenpraktijk.

Een MDO heeft als doel om met de verschillende betrokken disciplines het medisch beleid, de behandeldoelen, de zorgdoelen en bijbehorende acties periodiek te bespreken en zo nodig bij te stellen.

Op hoofdlijnen zijn er twee verschillende soorten MDO's: het structurele MDO (voorkeur) en het Ad-hoc MDO:

1. Het **structurele MDO**. De visie van het NOA is gericht op dit type MDO. Kenmerken van een proactief MDO zijn:

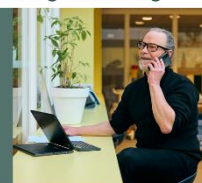
Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam eerste lijn



NOA dienstverlening | Telefonisch collegiaal overleg

Waarom dit zorgproduct?

Om huisartsen te ondersteunen, biedt het NOA de volgende dienstverlening aan: 'Telefonisch collegiaal overleg'. Dit NOA Zorgproduct biedt de mogelijkheid voor de huisarts om laagdrempelig en snel advies in te winnen.



Hoe werkt het?

De huisarts heeft de mogelijkheid telefonisch te overleggen met een SO. Het streven is dat de huisarts hierna zelf verder kan met de patiënt, of een verwijzing naar het NOA verstuurt. Het telefonisch overleg betreft korte vragen. Vragen kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben tot:

- Triage/verwijzen/indiceren/doorsturen
- De inzet vrijheidsbeperkende maatregelen/WZD



Verwijzen en doorlooptijd

Verwijzen kan eenvoudig via ZorgDomein, het NOA is te vinden onder "NOA eerste lijn, regio Amsterdam" (zie website voor een uitgebreide verwijsinstructie). Bij een telefonisch collegiaal overleg wordt de huisartsenpraktijk binnen **24 uur** teruggebeld door de specialist ouderengeneeskunde.

Vragen?

Neem contact op met het NOA via info@noaerstelijn.nl of kijk op www.noaerstelijn.nl.

Voor wie?

Dit zorgproduct is voor alle huisartsen die een telefonisch overleg willen met een specialist ouderengeneeskunde over een thuiswonende kwetsbare oudere.

Door wie?

De specialist ouderengeneeskunde belt na verwijzing binnen 24 uur naar de huisartsenpraktijk voor het overleg.

NOA eerste lijn | info@noaerstelijn.nl
www.noaerstelijn.nl



Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam eerste lijn



NOA Dienstverlening | Deelname aan een MDO

Waarom dit zorgproduct?

De deelname van de specialist ouderengeneeskunde (SO) aan het multidisciplinair overleg (MDO) leidt tot een gezamenlijk gedragen behandelplan waarbij de patiënt in bredere setting wordt besproken. De structurele betrokkenheid van de SO bij het MDO realiseert een grote meerwaarde. Het is aangetoond dat dit een preventief effect heeft en bijdraagt aan de vroege signalering, wat onder andere resulteert in een afname van het aantal IBS opnames.



Hoe werkt het?

Op initiatief van de huisarts, SO of POH kan een MDO plaatsvinden, gericht op thuiswonende kwetsbare ouderen. Het is gewenst dat het MDO structureel plaatsvindt zodat meerdere patiënten besproken kunnen worden en de SO vroegtijdig betrokken is. In sommige gevallen betreft het een overleg over een specifieke patiënt met een duidelijke agenda en doelstelling. Het MDO levert onder andere het volgende op:

- Een gezamenlijk gedragen behandelplan, waarbij afspraken worden gemaakt en evaluatie plaatsvindt
- Advisering en een duidelijke rolverdeling
- Mogelijke verwijzing naar de SO n.a.v. het MDO



Verwijzen en doorlooptijd

Verwijzen kan eenvoudig via ZorgDomein, het NOA is te vinden onder "NOA eerste lijn, regio Amsterdam" (zie de website voor een uitgebreide verwijsinstructie). Een MDO wordt in overleg ingepland.

Vragen?

Neem contact op met het NOA via info@noaerstelijn.nl of kijk op www.noaerstelijn.nl.

Voor wie?

Voor alle huisartsen die de SO wil betrekken bij het MDO om een patiënt in bredere setting te bespreken.

Door wie?

De SO neemt, in overleg, (structureel) deel aan het MDO

NOA eerste lijn | info@noaerstelijn.nl
www.noaerstelijn.nl



- het is een structureel MDO dat op een vast moment en in een bepaalde frequentie is ingepland;
 - er worden vooraf patiënten aangemeld met een specifieke hulpvraag;
 - ingebrachte patiënten kunnen nieuw zijn voor de NOA zorgprofessional maar kunnen ook reeds bekend zijn waarbij de nieuwste stand van zaken wordt geëvalueerd;
 - er zijn vaste personen aanwezig (vaak de casemanager, wijkverpleging, fysio, ergotherapeut en sociaal domein);
 - de POH-O of huisarts en de NOA zorgprofessional bespreken vroegtijdig casussen van de oudere patiënt, vóórdat acute situaties zijn ontstaan;
 - het in kaart brengen van de gezondheidsrisico's en bijbehorende interventies die zijn gericht op het voorkomen van verdere problemen in functioneren en welzijn van de patiënt.
2. Daarnaast bestaat nog het **ad-hoc MDO** rondom één patiënt (dit is een reactief MDO). Het NOA geeft een voorkeur aan het structurele MDO. Bij een reactief MDO wordt vaak na een huisbezoek door een NOA zorgprofessional een MDO geïnitieerd om gezamenlijk een behandelplan en de doelen af te stemmen met de verschillende betrokken zorgverleners. Dit MDO duurt vaak een uur en gaat over één patiënt. Er worden gericht deelnemers gevraagd bij te wonen die al betrokken zijn bij de patiënt. De patiënt en/of mantelzorger kan hier ook soms bij aanwezig zijn.

Meer informatie over het MDO is te vinden in het visiedocument (nog in ontwikkeling): zie [hier](#).

4 Verslaglegging en terugkoppeling na huisbezoek

4.1 Verslaglegging

De bevindingen van het huisbezoek en eventueel aanvullend onderzoek, worden verwerkt in een verslagleggingsbrief, die als streeftijd maximaal binnen twee weken na het huisbezoek wordt verstuurd aan de huisarts/verwijzer.

Het opstellen van de schriftelijke verslaglegging kan op verschillende manieren:

- Het opstellen van verslaglegging vanuit het elektronisch cliënten dossier (ECD) van de NOA Zorgprofessional.
- Het opstellen van je verslagleggingsbrief in Word. Het NOA heeft een format opgesteld voor verslagleggingsbrief, deze vind je [hier](#).

Het heeft de voorkeur om de brief kort en bondig te houden, en te starten met de conclusie.



Tip: Er zijn diverse software systemen beschikbaar die spraakgestuurd kunnen rapporteren. Volgens hun belofte zal dit gemiddeld een uur aan verslaglegging besparen per huisbezoek. Binnen het NOA werken we nu aan een selectietraject waarin verschillende software systemen worden vergeleken. Vanuit het NOA wordt een advies opgesteld met aanbevelingen voor de NOA organisaties.

4.2 Terugkoppeling na huisbezoek

Huisartsen geven aan behoefte te hebben aan zowel een telefonische terugkoppeling als schriftelijke verslaglegging. Telefonische terugkoppeling is gewenst binnen twee dagen na het plaatsvinden van het huisbezoek. Schriftelijke verslaglegging kan bij voorkeur binnen twee weken na het huisbezoek.

Indien er aanvullend onderzoek is ingezet, zoals geriatrisch lab, kan hier (afhankelijk van de mate van spoed) op gewacht worden met de schriftelijke verslaglegging. De telefonische terugkoppeling kan al wel worden gegeven zodat de huisarts wordt meegenomen in de overwegingen en het vervolgbeleid.

Werkwijze voor terugkoppeling:

- **Telefonisch:** binnen twee dagen na het huisbezoek. Er kan gebeld worden met de huisartsenpraktijk waarbij wordt aangegeven dat je belt als collega. Door deze telefonische terugkoppeling is de huisarts goed geïnformeerd over de eerste bevindingen en kan er worden overlegd wat het gewenste vervolg is.
- **Schriftelijke verslaglegging:** dit kan op verschillende manieren:
 - Het opstellen van verslaglegging in het ECD
 - De verslagleggingsbrief kan vanuit het ECD verstuurd worden aan de huisartsenpraktijk (via Zorgmail/Ysis Edifact of de praktijkmail van de huisarts)
 - Het opbouwen van de verslaglegging in een ander programma, zoals Word. Zie het NOA format voor verslaglegging [hier](#).
 - De verslagleggingsbrief kan verstuurd worden aan de huisartsenpraktijk via Zorgmail

5 Inhoudelijke onderwerpen

5.1 Proactieve zorg planning / Advance Care Planning

Het NOA is expliciet gericht op proactieve zorg en de specialisten ouderengeneeskunde willen dan ook het liefst zo vroeg mogelijk betrokken worden bij complexe patiënten. Het NOA is (nog) niet ingericht op het verlenen van acute zorg.

Proactieve zorg planning (Advance Care planning, ACP) is een belangrijk onderdeel van de zorg aan kwetsbare, thuiswonende ouderen. Het centraal stellen van de wens van de oudere is belangrijk. Een gesprek hierover met de patiënt zelf en/of diens naaste, in het geval de patiënt zijn wens niet meer kenbaar kan maken, vergt speciale expertise. Het vastleggen van de wensen en het overdragen van deze wensen aan bijvoorbeeld de huisartsenpost zijn ook belangrijke onderdelen van ACP. Het NOA is van mening dat het tijdig initiëren van ACP gesprekken en het vastleggen van de wensen en behoeften van patiënten in de eerste lijn primair een taak is van de huisarts en POH-O. Vanzelfsprekend kan het NOA hierbij ondersteunen.

ACP is een onderdeel van het programma Beter Oud in Amsterdam, zie ook deze [factsheet](#). Op de site van Elaa (de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) van Amsterdam en Almere) is ook een [webinar](#) te vinden over ACP en het format dat in gesprekken kan worden gebruikt.

Verder is het NOA aangesloten bij een pilot van Cordaan, in samenwerking met Vilans, waarbij de wens is om VPT-wijkteams te scholen in het voeren van ACP gesprekken bij kwetsbare ouderen met een WLZ-indicatie. Zij hebben hiervoor de volgende definitie opgesteld:

Binnen Cordaan Zorgeloos Thuis voeren we meerdere gesprekken op verschillende momenten in het ziekteproces met onze cliënten (en hun naasten als dit zinvol is) over behandelwensen en levensvragen gericht op de tijd die nog voor hen ligt nadat zij een diagnose hebben gekregen waaruit duidelijk is dat het leven tot een einde zal komen. De WLZ verpleegkundige heeft de regie op dit proces en zal dit vorm geven met het Zorgeloos Thuis team in samenwerking met de huisarts.

6 Opleiding en onderzoek

6.1 Opleiding van AIOS ouderengeneeskunde

Er is veel animo van AIOS ouderengeneeskunde om een deel van de opleiding binnen het NOA te doorlopen. Het NOA heeft daarom een ambulante stageplek voor 6 maanden georganiseerd voor AIOS ouderengeneeskunde die in het tweede jaar van de opleiding zitten. Vanaf september 2025 gaat een nieuw curriculum in en zal per organisatie worden afgewogen of een halfjaarlijkse ambulante stage wordt ingeregeld. Gedurende deze stage doet de AIOS (zelfstandig of samen) huisbezoeken voor het NOA, altijd onder supervisie van een SO.

6.2 Onderzoek NOA

Het NOA is een eerstelijns initiatief in ontwikkeling. Vanuit oogpunt van kwaliteitsverbetering wordt regelmatig onderzoek gedaan naar tevredenheid van belangrijke samenwerkingspartners. Ook is het NOA onderdeel van het onderzoek 'Beter thuis met huisarts en SO', een groot onderzoek gefinancierd door ZonMW dat als doel heeft meer inzicht te krijgen in de dienstverlening van de SO en het vervolgens vaststellen van passende bekostiging.

7 In ontwikkeling

7.1 Acute zorgvragen

Het NOA is opgericht met de intentie om proactieve zorg te bieden aan thuiswonende, kwetsbare ouderen. Dit helpt crises te voorkomen en draagt bij aan zorg die beter aansluit op de wensen van de patiënt. Toch zullen er altijd acute zorgvragen blijven bestaan die snel moeten worden beoordeeld.

Momenteel ligt de streeftijd voor een huisbezoek op twee weken en is het in behandeling nemen van spoedeisende vragen nog onvoldoende goed georganiseerd binnen het NOA. Uit een recente evaluatie (juli 2024) blijkt echter dat huisartsen behoefte hebben aan de expertise van het NOA bij zorgvragen met een urgent karakter. De gewenste doorlooptijd voor een 'spoedconsult' wordt gesteld op twee werkdagen in plaats van twee weken.

Tegelijkertijd blijkt uit het *Convenant MGZ* dat huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde (SO) gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor acute zorg aan thuiswonende ouderen met een WLZ indicatie

of in geclusterde woonvormen. Huisartsen weten niet altijd wat de beste aanpak is bij een acute zorgvraag. SO's kunnen hierin ondersteunen door:

- De situatie helder in kaart te brengen
- Overzicht creëren en problemen helpen prioriteren
- Acute problemen te identificeren
- Een plan op te stellen om de balans te herstellen en thuis wonen mogelijk te houden

Op basis van een eerste inventarisatie wil het NOA een rol spelen bij spoedvragen. Een mogelijke eerste stap is telefonische consultatie via een centrale spoedlijn of verwijzing via ZorgDomein tijdens kantooruren. Op de middellange termijn kan dit verder worden ontwikkeld naar fysieke spoedconsulten en later zelfs een 24/7-dienstverlening. Aansluiten bij bestaande dienststructuren, zoals die van intramurale collega's of het dienstrooster voor RM, wordt hierbij als eerste onderzocht.

7.2 Samenwerking met tweede en derde lijn

Het NOA is momenteel in gesprek met partijen uit de tweede en derde lijn. Deze gesprekken gaan over de juiste afstemming van zorg. Dit is nog in ontwikkeling.

7.3 Digitalisering

Digitalisering biedt kansen om de ouderenzorg efficiënter en werkbaarder te maken. Op 15 april organiseerde het NOA een testdag rond spraakgestuurd rapporteren. NOA zorgprofessionals testten, aan de hand van fictieve casussen, verschillende softwaresystemen. De inzichten van deze testdag vormen de basis voor een gezamenlijk advies aan de deelnemende organisaties.

7.4 Triage GRZ in de eerste lijn

Binnen het NOA wordt onderzocht hoe de samenwerking tussen de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en de eerste lijn versterkt kan worden. Sinds maart is een vernieuwde verwijsstructuur geïntroduceerd, met onder andere het gebruik van een triageformulier GRZ en een centrale rol voor het Verwijspunt 020.

We verkennen hoe de verbinding met de GRZ kan worden verbeterd, welke behoeften er zijn vanuit de eerste lijn, en welke rol NOA-professionals kunnen spelen in het verwijzen en begeleiden van ouderen in de thuissituatie.