

# De vakinhoudelijke functionaliteiten van de specialist ouderengeneeskunde voor kwetsbare ouderen

Een beschrijving vanuit innovatieve ouderenzorgpraktijken in het licht van de samenhangende benadering in de medisch generalistische zorg

April 2023

Auteurs

Onderstaande auteurs – en collega's - droegen bij aan de tot stand komen van deze notitie

Ellen van Ginkel namens het initiatief 'Integrale medische ouderenzorg met huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en VVT in regio Gooi en Vechtstreek'

Karolien Biesheuvel-Leliefeld namens het initiatief 'Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam'

Petra Nas en Ien van Doormalen en namens het initiatief 'Multidisciplinaire Eerstelijnszorg met een Specialist Ouderengeneeskunde' (MESO-zorg)

Susanne Smorenborg namens het initiatief 'De WijkKliniek'

Lianne van Goch namens het initiatief 'White Label Zorg'

## Inhoud

Inleiding.....	4
Doelstelling .....	5
Beschrijving .....	6
<i>Conceptualisering vakinhoudelijke functionaliteiten.....</i>	<i>6</i>
<i>Betekenisgevende benaderingen voor de verdeling van de vakinhoudelijke functionaliteiten tussen specialist ouderengeneeskunde en huisarts .....</i>	<i>6</i>
<i>Het specialisme ouderengeneeskunde: netwerkzorg .....</i>	<i>10</i>
<i>De vakinhoudelijke functionaliteiten van de specialist ouderengeneeskunde.....</i>	<i>11</i>
Beschrijving van de vier functionaliteiten.....	11
<i>Functionaliteit 1. Inzicht verwerven.....</i>	<i>11</i>
<i>Functionaliteit 2. Zorgbehandelplan ontwerpen/opstellen .....</i>	<i>12</i>
<i>Functionaliteit 3. Passende zorg bewerkstelligen.....</i>	<i>12</i>
<i>Functionaliteit 4. Zorg afstemmen en coördineren.....</i>	<i>13</i>
Samenhangende medisch generalistische zorgpraktijken in veranderkundig perspectief.....	14
<i>Passende zorg vraagt een passend samenhangend geheel van maatregelen .....</i>	<i>14</i>
<i>Van quadruple aim naar quintuple aim.....</i>	<i>15</i>
Bronnen.....	16

## Inleiding

Het zorglandschap is sterk in beweging. Op veel gebieden zijn er ontwikkelingen die het zorglandschap blijvend veranderen. De populatie vergrijst, het aantal zorgvragers neemt toe, zorggebruikers hebben andere vragen dan bv. 10 jaar geleden en aandoeningen zijn meer dan ooit chronisch. Ook is er toenemende krapte op de arbeidsmarkt en stijgen de zorgkosten. Deze en andere ontwikkelingen zetten de doelstelling van goede zorg<sup>1</sup> onder druk, in het bijzonder in de zorg voor ouderen. Het is voor zorgpartijen steeds moeilijker om in de huidige manier van denken en organiseren gelijktijdig duurzaam goede kwaliteit van zorg, goede gezondheid voor de hele populatie, acceptabele zorgkosten én werkplezier voor zorgprofessionals te realiseren.

Het waarborgen van de doelstelling van goede c.q. passende zorg vraagt daarom groei en ontwikkeling, ofwel: een transformatie. De verschillende zorgpartijen staan voor de opgave om hier vorm en inhoud aan te geven. De gekozen richting van het IZA-akkoord gaat hier naar verwachting een belangrijke rol in spelen: integraal samenwerken aan o.a. meer preventie, het tegengaan van onnodige behandelingen bijvoorbeeld – maar niet alleen – in het ziekenhuis en het verplaatsen van zorg naar de eerste lijn of bij mensen thuis ('passende en duurzame zorg'). Volgens IZA moet dit vorm krijgen via de weg van fundamentele verandering. De overgang van een stelsel dat is gericht op gereguleerde marktwerking naar een stelsel dat is gericht op samenwerking is hier een voorbeeld van. Deze beweging is in het bijzonder actueel voor de doorontwikkeling van de medisch generalistische zorg (MGZ) voor kwetsbare ouderen. In veel regio's is sprake van toenemende samenwerking en wordt de traditionele verdeling van de zorgverlening door de specialist ouderengeneeskunde in het verpleeghuis en de huisarts in het verzorgingshuis en in de thuissituatie meer en meer losgelaten. Een goede ontwikkeling wat ons betreft.

De initiatiefnemers van dit document zijn vijf nieuwe medische zorgpraktijken in de keten van MGZ die werkzaam zijn in verschillende regio's van het land (hierna: vijf initiatieven<sup>2</sup>) en die elk op hun eigen manier, afhankelijk van de regionale organisatie/context, de specialist ouderengeneeskunde en huisarts een plek hebben gegeven in de zorg voor kwetsbare ouderen. Een belangrijke gemene deler van de vijf initiatieven is dat zij uitgaan van en toewerken naar een zorgcontinuüm in de keten van MGZ. Dat wil zeggen: gezamenlijke verantwoordelijkheid en driehoeksamenwerking tussen huisarts, specialist ouderengeneeskunde en verpleging/verzorging<sup>3</sup> (en andere bij de medische zorg betrokkenen) die leidt tot passende specialistische zorg voor alle kwetsbare ouderen, ongeacht hun verblijfplaats. Deze benadering van zorg organiseren toont op lokaal niveau al haar meerwaarde voor de doelstelling van goede zorg. Het draagt bij aan de totstandkoming en verdere uitwerking van ruimte en condities voor:

- Een populatiegerichte en proactieve (preventieve) aanpak;
- Verbinding en wederkerigheid tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde en andere professionals in de breedte van het zorgveld (noodzaak tot interdisciplinaire samenwerking);
- Het doelmatig inzetten van schaarse capaciteit aan artsen en verpleegkundigen, aandacht voor werkplezier en duurzaamheid, en tenslotte;

---

<sup>1</sup> De SO behandelt, maar levert ook een belangrijke bijdrage aan de organisatie van zorg. Daar waar gesproken wordt over zorg of behandeling, worden beide voorgaande aspecten bedoeld.

<sup>2</sup> Zie bijlage 1 voor een korte beschrijving van de vijf initiatieven inclusief aanleiding en doel van de samenwerking.

<sup>3</sup> In deze notitie zoomen we met name in op de relatie huisarts-specialist ouderengeneeskunde zonder het belang van de driehoek uit het oog te verliezen.

- Het op orde brengen van de benodigde randvoorwaarden voor kwaliteit van zorg in de verschillende contexten waar kwetsbare ouderen kunnen verblijven (van thuis tot in het verpleeghuis c.q. een specifieke woonzorgvoorziening).

De vijf initiatieven hebben echter ook te maken met grote financiële onzekerheid. De vijf initiatieven zien drie belangrijke bouwstenen van structurele bekostiging van zorg die bepalend c.q. noodzakelijk zijn voor medische zorgpraktijken die uitgaan van een zorgcontinuüm in de keten van MGZ.

Deze bouwstenen zijn:

1. Financiering van zorgverlening aan de patiënt waaronder o.a. de functionaliteit afstemming en coördinatie;
2. Financiering van de functionaliteit coördinatie in de breedte van het zorgveld;
3. Financiering van de lokale praktijkvoering en –ontwikkeling.

T.a.v. punt drie merken we het volgende op. Gezien de grote veranderkundige opgave die voorligt is het van belang dat hierin ook financiële ruimte voor (regionale) ontwikkeling wordt gecreëerd. Enerzijds spelen de al uitvoerig door de Nederlandse Zorgautoriteit geanalyseerde knelpunten in de huidige bekostiging van MGZ<sup>4</sup> en anderzijds spelen de beperkingen en onzekerheden die gepaard gaan met subsidieverstrekingen of innovatiegelden. Dit werkt belemmerend voor opschaling en duurzame inbedding van kansrijke initiatieven gericht op kwetsbare ouderen in de eerste lijn, in het bijzonder als het gaat om de inzet van de specialist ouderengeneeskunde. De vijf initiatieven zijn daarom op zoek naar mogelijkheden om een duurzame en structurele bekostiging te ontsluiten in het perspectief van een zorgcontinuüm in de keten MGZ en willen daar ook een bijdrage aan leveren.

## Doelstelling

In het licht van het ontwikkelen van een duurzame en structurele bekostiging voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde en diens samenwerkingspartners in de eerste lijn is door stakeholders VWS, NZa en ZiNL aangegeven dat een vakinhoudelijke beschrijving van de functionaliteiten van het specialisme ouderengeneeskunde een belangrijke voorwaarde is. Zij gaven aan in het bijzonder inzicht op dit punt te willen verwerven vanuit innovatieve praktijkvoorbeelden en hebben de vraag voorgelegd of één of meerdere van deze initiatieven daaraan zou willen bijdragen. In het bestaande onderlinge contact heeft dat ertoe geleid dat we - onder de noemer 'vijf initiatieven' - deze vraag positief beantwoord hebben. Als vijf initiatieven hadden we reeds - met als doel het vergroten van ons individueel en gezamenlijk oplossend vermogen - een informeel Lerend Netwerk gevormd. Vanuit die samenwerking zijn we gezamenlijk aan de slag gegaan met deze beschrijving.

In onze aanpak hebben we inzichten vanuit onze dagelijkse praktijk gecombineerd met de meest recente (gezamenlijke) handreikingen die van toepassing zijn op de beroepsgroepen. Wij zijn ervan overtuigd dat deze samenhangende benadering een toekomstgericht beeld geeft van (de ontwikkeling van) medisch generalistische zorg voor kwetsbare ouderen en de positionering van de specialist ouderengeneeskunde daarin.

---

<sup>4</sup> Medisch-generalistische Zorg Voor Wlz-patiënten - Nederlandse Zorgautoriteit, n.d.

## Beschrijving

### Conceptualisering vakinhoudelijke functionaliteiten

In eerder overleg tussen ZiNL en MESO is een eerste voorstel ontstaan ten aanzien van de vakinhoudelijke functionaliteiten van het specialisme ouderengeneeskunde. De voorgestelde functionaliteiten zijn:

- 1) Inzicht verwerven;
- 2) Zorgbehandelplan ontwerpen;
- 3) Passende zorg bewerkstelligen;
- 4) Afstemmen en coördineren.

Deze conceptualisering wordt door de vijf initiatieven herkend en passend geacht. Tevens blijkt dat de voorgestelde functionaliteiten herkenbaar zijn voor zowel huisartsen als specialisten ouderengeneeskunde. Deze functionaliteiten zijn met andere woorden niet specifiek voor het specialisme ouderengeneeskunde<sup>5</sup>. Volgens de vijf initiatieven kan daarom beter worden gesproken van vakinhoudelijke functionaliteiten in de keten van MGZ.

Hieruit volgt ook dat er conceptuele aanvullingen nodig zijn om de verdeling van de vakinhoudelijke functionaliteiten tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde als eindverantwoordelijken van de medische zorgverlening te typeren. In het overleg van de vijf initiatieven en op basis van de analyse van de relevante handreikingen voor beide beroepsgroepen is het beeld ontstaan dat verschillende betekenisgevende benaderingen hierbij een cruciale rol spelen. Alvorens over te gaan tot de vakinhoudelijke beschrijving van de functionaliteiten van de specialist ouderengeneeskunde worden deze betekenisgevende benaderingen kort uitgewerkt. Van belang is daarbij in overweging te nemen dat deze betekenisgevende benaderingen nog aan ontwikkeling onderhevig zijn en mogelijk ook nog niet compleet zijn.

### Betekenisgevende benaderingen voor de verdeling van de vakinhoudelijke functionaliteiten tussen specialist ouderengeneeskunde en huisarts

#### Typering van zorgvragen in de MGZ: enkelvoudige en meervoudige zorgvragen

In het vraagstuk van de verdeling van vakinhoudelijke functionaliteiten tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde speelt allereerst het typeren van verschillende soorten zorgvragen een rol. Grofweg wordt in de medisch generalistische zorg voor ouderen onderscheid gemaakt tussen meer en minder complexe (en daarmee vaak maar niet altijd) enkelvoudige en meervoudige zorgvraagstukken. Het juist typeren van een zorgvraag is relevant in functie van het organiseren van het juiste oplossend vermogen, of met andere woorden: passende zorg en ondersteuning. *Enkelvoudige* minder complexe zorgvragen kunnen worden opgelost binnen de bestaande protocollen en door enkelvoudige disciplines. Bij *meervoudige* en/of meer complexe zorgvraagstukken zorgvragen lukt dat niet meer. Er is een innovatieve respons en specifieke medisch specialistische expertise nodig.

#### *Kwetsbaarheid en multidomeinproblematiek*

Om de juiste respons te bepalen is het van belang de kenmerkende aard van dit type

---

<sup>5</sup> In bijlage 2 geven we aan, in navolging van een beschrijving in het Zorgaanbod AVG (2012), hoe het vakmanschap van de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde overlap kent.

zorgvraagstukken goed te onderkennen en te verstaan. In de MGZ worden meervoudige zorgvraagstukken gekoppeld aan het profiel 'kwetsbaarheid'. Dit kan worden omschreven als het proces van 'het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale problemen in het functioneren, waardoor kwetsbaarheid ontstaat ten aanzien van de autonomie en de regie van het bestaan'<sup>6</sup>. Een ander belangrijk profiel is 'multidomeinproblematiek'. Meestal ervaren patiënten in een kwetsbare positie problemen op meerdere van de volgende domeinen: somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatie (binnen de beroepsgroep afgekort tot SFMPC). Het kan echter ook gaan om meerdere problemen op een van de vijf genoemde domeinen.

Het indicatiegebied voor de groep kwetsbare patiënten met multidomeinproblematiek is recent nader omschreven door het Zorginstituut<sup>7</sup>. De vijf initiatieven vinden deze omschrijving op delen herkenbaar en praktisch werkzaam, op andere delen merkt zij op dat aanpassingen hierop noodzakelijk zijn.

#### Proactieve, persoonsgerichte en samenhangende zorg en complexiteit

De meest actuele professionele standaarden in de MGZ gaan uit van een proactieve, persoonsgerichte en samenhangende zorgbenadering voor de groep kwetsbare patiënten met multidomeinproblematiek.

In een *proactieve* benadering wordt geanticipeerd op mogelijke toekomstige ontwikkelingen in het ziektebeeld en wordt de zorg en medische behandeling hierop ingericht, in nauwe afstemming met de oudere, diens naasten en de bij diens zorg betrokken professionals. Vroegsignalering en advance care planning is een integraal onderdeel van proactieve zorg. Met andere woorden, preventie staat voortdurend expliciet in de aandacht en doelstelling van passende ouderenzorg, door de proactieve aanpak.

Een *persoonsgerichte benadering* gaat ervanuit dat de kwaliteit van leven van mensen, o.a. gebaseerd op wie zij zijn en hoe ze zich gewaardeerd voelen, mede afhankelijk is van hoe zij bejegend en gezien worden. Dit geldt in het bijzonder voor de groep kwetsbare patiënten met multidomeinproblematiek. Zij zijn voor hun gevoel van eigenwaarde, welbevinden en besluitvorming m.b.t. hun gezondheidssituatie in het bijzonder aangewezen op anderen<sup>8</sup>. Dat vraagt om specifieke, medisch specialistische, kennis en kunde van betrokken professionals en behoort bij uitstek tot de competentie van de specialist ouderengeneeskunde.

Een ander belangrijk betekenisgevend begrip in deze standaarden is de multidomeinbenadering. Zoals hierboven beschreven is dit een benadering die de gezondheid van de patiënt holistisch benadert en die in staat stelt om een meer gedetailleerd beeld te krijgen van de gezondheid, wensen en behoeften in functie van het verlenen van passende zorg en ondersteuning. De heersende zienswijze in de MGZ is dat het van toegevoegde waarde is om – bij vermoeden van problemen in twee of meer domeinen (of bij meervoudige complexe problemen op een van de vijf genoemde leefdomeinen) en waar een vermoeden van een medisch probleem aan ten grondslag ligt – over te schakelen naar de multidomeinbenadering<sup>9</sup>.

In de verdeling van meervoudige zorgvragen en afwegingen m.b.t. regieverdeling tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde speelt het begrip *complexiteit* een belangrijke rol<sup>10</sup>.

---

<sup>6</sup> Verenso, 2017

<sup>7</sup> Zorginstituut, 2021

<sup>8</sup> Herthogh, 2020

<sup>9</sup> Verenso, 2017; Kwetsbare ouderen thuis, 2021

<sup>10</sup> In de praktijk zien we natuurlijk grote verschillen: sommige huisartsen hebben meer kennis, kunde e/o affiniteit met vraagstukken van ouderdom en gezondheid, anderen minder. Voor specialisten

Meervoudige zorgvragen ontwikkelen vaak een of meer kenmerken van complexiteit. In algemene zin worden deze kenmerken omschreven als:

- Betrokkenheid van meerdere actoren met conflicterende waarden en doelen;
- Problemen die regelmatig van gedaante veranderen onder invloed van interventies en autonome dynamiek;
- Problemen die het symptoom zijn van andere problemen op een andere plek of schaalniveau;
- Oplossingen van vandaag die leiden tot het probleem van morgen<sup>11</sup>.

Het gevolg van deze complexiteit is vaak een neerwaartse spiraal van progressief functie- en regieverlies<sup>12</sup> en daarmee inherent verminderde zelfredzaamheid. Het regieverlies is daarbij niet alleen kenmerkend voor de patiënt. Ook bij de omgeving en de betrokken professionals, inclusief de huisarts speelt vaak een afname van overzicht en grip op de situatie<sup>13</sup>.

Naarmate de complexiteit van meervoudige zorgvragen toeneemt, neemt de waarde van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde toe<sup>14</sup>. Dit kan worden gerelateerd aan de specifieke competenties<sup>15</sup> die nodig zijn om passende zorg en behandeling aan kwetsbare ouderen binnen netwerkzorg te bewerkstelligen. Voorbeelden van deze competenties zijn:

- 1) Heeft medisch specialistische kennis betreffende triage, diagnostiek, prognostiek, psycho-educatie en behandeling van (bijvoorbeeld) psychogeriatrische aandoeningen, gerontopsychiatrische aandoeningen, (vroege en gevorderde stadia van) neurodegeneratieve aandoeningen, functionele en communicatieve beperkingen, versterken en ondersteunen van eigen regie, onbegrepen gedrag, zorg voor vrijheid (o.a. beoordeling wilsbekwaamheid), revalidatie zorg, palliatieve zorg, advance care planning en polyfarmacie;
- 2) Heeft kennis van veroudering, kwetsbaarheid, multimorbiditeit en hun interacties;
- 3) In staat zijn om op maat integraal te diagnosticeren en te behandelen wat betreft de ziektebeelden, intercurrente aandoeningen en functiestoornissen afgestemd op de doelen van de patiënt;
- 4) In staat zijn om – met inachtneming van een functionele benadering – complexe problematiek te ontrafelen en om te gaan met de onzekerheid die daarmee gepaard gaat;
- 5) In staat zijn tot het analyseren van systeemproblematiek m.b.t. familie, het informele en het professionele (zorg)netwerk;
- 6) In staat zijn om – met inachtneming van een functionele benadering – (hoog)complexe problematiek in en met het (zorg)netwerk tot een passende oplossing te brengen (m.a.w. bij aanwezigheid van vele variabelen met complexe samenhang – zoals vaak het geval bij (hoog)complexe problematiek – kunnen afwegen welke interventie(s) (het meest) haalbaar

---

ouderengeneeskunde geldt dat zij meer/minder kunde e/of affiniteit hebben met samenwerking in de 1<sup>e</sup> lijn. Niet alle nuances kunnen in een beschrijving als deze gevangen worden en dat betekent dat er lokale/regionale verschillen in de verdeling en aanpak van zorgvragen kunnen ontstaan. Een beschrijving zoals in deze notitie is bedoeld een vorm van houvast hiervoor te vinden.

<sup>11</sup> Kessener & Van Oss, 2019

<sup>12</sup> 'Eigen regie' is hierbij geen doel op zich. Het gaat er om dat voortdurend de juiste afwegingen worden gemaakt, en dat kan door eigen regie, dan wel door de juiste vertegenwoordiging (te organiseren).

<sup>13</sup> Kwetsbare Ouderen Thuis 2021

<sup>14</sup> LHV, 2021

<sup>15</sup> Verenso, 2019



- is/zijn en naar verwachting leidt/leiden tot de (meest) gewenste verandering in de kwaliteit van leven<sup>16</sup>, daarop een plan schrijven en dit samenhangend tot uitvoer brengen);
- 7) In staat zijn om een dergelijk (zorg)netwerk op te bouwen, te onderhouden en aan te sturen waarbij het hele (zorg)netwerk op de hoogte is van het doel van het behandelplan, o.a. met behulp van een MDO;
  - 8) In staat zijn om partijen binnen netwerkzorg te verbinden en helder, empathisch en transparant te communiceren;
  - 9) Kennis van juridische vraagstukken en procedures rond onvrijwillige zorg binnen de Wet Zorg en Dwang ;
  - 10) In staat zijn om –beargumenteerd- af te wijken van bestaande richtlijnen om recht te doen aan behoefte en beperkingen van kwetsbare patiënten.

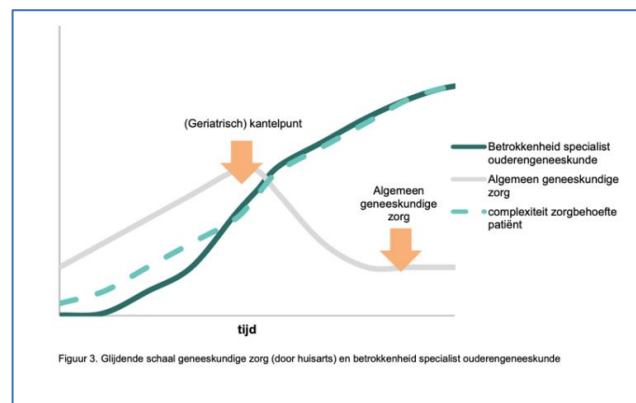
Specialisten ouderengeneeskunde mogen op grond van hun opleiding geacht worden hierin bekwaam te zijn. In de praktijk zien we overigens dat aanpassing van de opleiding gelet op het veranderende zorglandschap noodzakelijk is. Voor huisartsen wordt dit een bijzonder of specifiek aanbod genoemd<sup>17</sup>.

### Stepped care en caleidoscopisch afwegingskader

Omwille van enig houvast gaan de vijf initiatieven in de praktijk uit van een stepped care benadering voor de verdeling van zorgvragen. Daartoe worden verschillende modellen benut.

Uitgangspunt is dat huisartsenzorg en zorg zoals een specialist ouderengeneeskunde deze biedt overlap kent (zie ook bijlage 2). Enkelvoudige zorgvragen vallen in het algemeen onder de huisarts. Meervoudige zorgvragen kunnen zowel de onder de huisarts als onder specialist ouderengeneeskunde vallen. Zij kunnen de verantwoordelijkheid voor een meervoudige zorgvraag delen of verdelen. Dit baseren zij op hun professionele afweging. Zo hanteert Verenso onderstaand beeld om aan te geven dat er op enig moment sprake is van een kantelpunt met een toenemende betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde. Zie onderstaand<sup>18</sup>

*Aan het begin van het ziekteproces kan de specialist ouderengeneeskunde betrokken worden als consultant en sparringpartner van de huisarts. Naarmate de kwetsbaarheid en de complexiteit van de problematiek toeneemt, kan de specialist ouderengeneeskunde (al dan niet kortdurend) betrokken worden in een behandeltraject en (een deel van) de behandeling overnemen. Figuur 3 geeft visueel de betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde weer als de complexiteit van de zorgvraag van de patiënt toeneemt. Het (geriatisch) kantelpunt doelt op het moment waarop de complexiteit van de zorgbehoefte van de patiënt zo groot wordt dat de specialist ouderengeneeskunde in overleg met de huisarts (een deel van) de behandeling overneemt. Tot slot geeft het figuur weer dat enige mate van algemeen geneeskundige zorg in veel gevallen nodig zal zijn. Deze algemeen geneeskundige zorg kan door de huisarts gegeven worden.*



In de realiteit van alle dag ontwikkelt de zorgvraag en het vraagstuk van regieverdeling zich in het algemeen niet via een lineaire lijn. M.a.w. als een specialist ouderengeneeskunde eenmaal betrokken

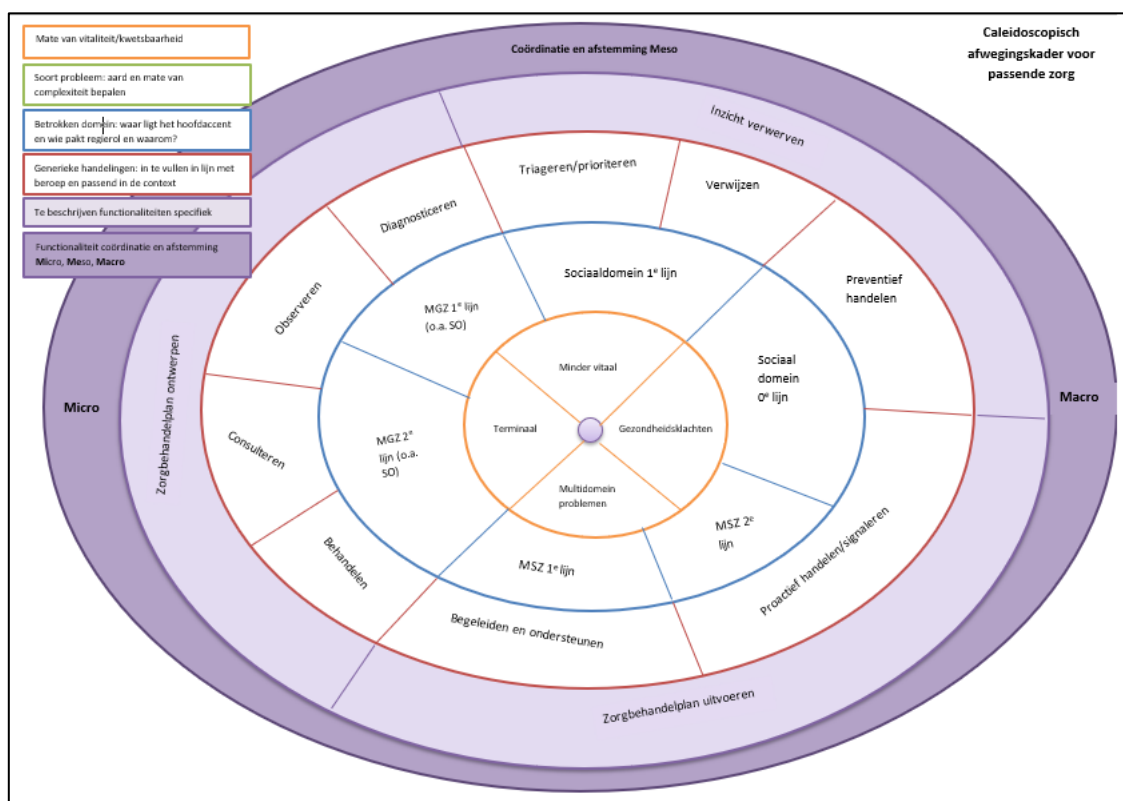
<sup>16</sup> Bij kwetsbare ouderen met (hoog)complexe problematiek is 'kwaliteit van leven' niet alleen te verstaan als sec 'verbetering van gezondheid en welzijn'. Soms is stabiliseren of het begeleiden van achteruitgang of escalatie het passendst: omdat een hoger doel te zwaar is voor de oudere (die is te kwetsbaar); omdat in dat geval de autonomie boven veiligheid prevaleert; omdat het soms het hoogst haalbare is. In alle gevallen is er een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven.

<sup>17</sup> LHV, 2021

<sup>18</sup> Verenso, 2017

is, betekent dit niet dat de regierol vanaf dat moment permanent bij de specialist ouderengeneeskunde blijft liggen: die is veelal tijdelijk van aard. Zodra er, als gevolg van de betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde, meer inzicht en overzicht is ontstaan én er een nieuw evenwicht in de zorgsituatie gerealiseerd is, kan de regie overgedragen worden aan de huisarts e/o andere betrokkenen en vervult de huisarts weer volledig de rol als hoofdbehandelaar tot het moment dat er opnieuw specialistische kennis en kunde nodig is. Een Stepped Care Model is dus niet lineair.

Gelet op o.a. bovenstaande zijn er verschillende afwegingen die moeten worden gemaakt bij het verlenen van zorg aan kwetsbare ouderen. Volgens de vijf initiatieven vergt dit het ontwikkelen van een helder gemeenschappelijk afwegingskader opdat het mogelijk wordt om, waar nodig, snel afwegingen m.b.t. regievraagstukken te maken (mede met het oog op het vergroten van een preventieve werking). Onderstaand beeld bevat een eerste schetsmatige weergave van de variatie in actoren en de daarvan af te leiden afwegingen<sup>19</sup>:



### Het specialisme ouderengeneeskunde: netwerkzorg

De huisartsenpraktijk kent een organisatie waar onder de eindverantwoordelijkheid van een huisarts bepaalde expertise (taken) gedelegeerd, herschikt en aangevuld wordt in een team: de huisarts met diens doktersassistenten en praktijkondersteuners/praktijkverpleegkundigen. Als praktijk werken zij samen met de andere betrokkenen: thuiszorg, paramedici, sociaal domein, 0<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn. Het specialisme ouderengeneeskunde werkt op een vergelijkbare wijze: ook hier werkt de arts nauw en intensief samen met verpleegkundige en verzorgende expertise, administratieve ondersteuning en

<sup>19</sup> Deze benaderingswijze vraagt vanzelfsprekend om een nadere uitwerking. Verbeeld is de veelheid aan actoren, de verschillende type handelingen die door verschillende betrokkenen verricht kunnen c.q. moeten worden. Dat vraagt om helderheid m.b.t. vraagstukken van regie, rolverdeling en besluitvorming. Lokaal/regionaal kan dat om andere afspraken vragen.

overige betrokkenen. Onderstaande functionaliteiten kunnen (en moeten?) op aanwijzing van de SO ook deels door verpleegkundige expertise ingevuld worden. Die samenwerking tussen SO en verpleegkundigen wordt passend bij regionale organisatie van zorg vormgegeven en visa versa.

Verpleegkundige expertise, bijvoorbeeld volgens het profiel 'post-HBO-V Geriatrie en Gerontologie', geeft belangrijke ondersteuning en verrijking van de kennis en kunde van een specialist ouderengeneeskunde in een ouderengeneeskunde 'praktijk'. (Onderdelen van) dergelijke expertise zorgt voor efficiëntere zorg (taakdelegatie of taakherschikking: de SO doet niet alles zelf) en voor een effectievere zorg (een completer overzicht, inzicht en invulling van afstemming/coördinatie als gevolg van aanvullende kennis en kunde). De invulling van deze rol kan variëren, denk aan wijkverpleging, praktijkondersteuner, casemanagers (dementie). De specialist ouderengeneeskunde kan ook bepaalde taken herschikken naar andere BIG-geregistreerde professionals zoals de GZ-psycholoog, physician assistant of verpleegkundig specialist.

Bovenstaande aspecten spelen een rol in het kader van vraagstukken van beleid en bekostiging van alle zorg- en hulpverleners rond de kwetsbare patiënt. Onzes inziens dienen zij een plaats te krijgen in vervolgstappen en nadere uitwerking n.a.v. deze notitie.

### De vakinhoudelijke functionaliteiten van de specialist ouderengeneeskunde

Hieronder zijn de functionaliteiten uitgewerkt in het licht van bovenstaande betekenisgevende benaderingen en volgens de professionele standaard van de specialist ouderengeneeskunde. We beschrijven vier functionaliteiten en die hangen nauw met elkaar samen. Een adequate invulling van de eerste drie functionaliteiten kan niet zonder de vierde, overkoepelende functionaliteit 'Afstemming (inclusief overleg) en coördinatie'.

## Beschrijving van de vier functionaliteiten

### *Functionaliteit 1. Inzicht verwerven*

De functionaliteit inzicht verwerven – op verzoek/aanwijzing van de huisarts – is gericht op het verkrijgen van een integraal overzicht van de problemen/klachten/stoornissen/beperkingen; mogelijkheden; context en voorkeuren van de individuele patiënt op alle relevante levensdomeinen (somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch, communicatie). Dit is essentieel voor proactieve, persoonsgerichte en samenhangende zorg. Inzicht verwerven gebeurt op basis van een geriatrisch assessment, met inzet van specifieke (o.a. medisch) specialistische kennis en kunde. Dit is een samenhangend onderzoek waarin aandoeningen en problemen worden geïnventariseerd en gediagnosticeerd. Ook worden de (toekomstige) gevolgen daarvan op de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid in kaart gebracht. Daarnaast wordt de belastbaarheid van de oudere en belasting van de mantelzorger geïnventariseerd. Tot slot wordt ingegaan op de behandelwensen en voorkeuren van ouderen en wordt de onderlinge samenhang van al deze variabelen in kaart gebracht en worden de gevolgen daarvan meegenomen in het maken van keuzes, inclusief advance care planningsgesprekken. Zorgactiviteiten die vallen onder de functionaliteit inzicht verwerven zijn: huisbezoek waarbij gespreksvoering met én observatie van de oudere plaatsvindt in zijn of haar eigen omgeving; gespreksvoering met het informele en formele (zorg)netwerk van de oudere; inventarisatie van de medische voorgeschiedenis, ook bij alle relevante betrokken medisch specialisten, inventarisatie van (toekomstige) behandelwensen en het uitvoeren van diverse onderzoeken (zoals lichamelijk onderzoek, psychiatrisch onderzoek, neurologisch onderzoek, bloedonderzoek, dossieronderzoek), (medische, functionele en beschrijvende) diagnose stelling en

formulering. Het aanvragen van aanvullend specialistisch advies en het integreren daarvan (afwegen van de impact en meerwaarde) maakt ook onderdeel uit van deze functionaliteit (bv. bij de geriater, internist, psychiater, psycholoog). Het verwerven van inzicht mede op basis van afstemming met alle betrokkenen (functionaliteit 4) als onderdeel van proactieve (en dus preventieve), persoonsgerichte en samenhangende zorg wordt afgerond wanneer een passend behandelplan of -advies kan worden geformuleerd.

### **Resultaat**

*Op basis van inzicht wordt toegewerkt naar overzicht. Er wordt een basis gelegd voor passende behandeling en zorg en dus ook het voorkómen van niet passende behandeling en zorg, voor nu en in de nabije en (wat) verder weg gelegen toekomst.*

### *Functionaliteit 2. Zorgbehandelplan ontwerpen/opstellen*

De functionaliteit zorgbehandelplan ontwerpen is gericht op het kunnen organiseren van de integrale aanpak van alle relevante problemen, doelen en acties per relevant levensdomein. Dit gebeurt op basis van het vastleggen van de bevindingen vanuit het verworven inzicht (functionaliteit 1) in een SFMPC-zorgbehandelplan, met als doel de beste -bij de wens en mogelijkheden van de oudere passende- behandeling en zorg. Daarbij wordt ook vastgelegd hoe de focus en prioritering voor de verschillende onderdelen van het zorgbehandelplan verdeeld zullen zijn. Bij elk zorgbehandelplan wordt een primair behandeldoel geformuleerd (bv zo lang mogelijk thuis wonen, toewerken naar verpleeghuis of acceptatie van beperkingen) dat in overleg met de oudere is geformuleerd en richting geeft aan alle doelen en acties in het zorgbehandelplan. Deze integrale aanpak is essentieel voor proactieve, persoonsgerichte en samenhangende zorg met focus op kwaliteit van leven of kwaliteit van sterven, nu en in de toekomst. Zorgactiviteiten die vallen onder zorgbehandelplan ontwerpen zijn: het opstellen van een SFMPC-zorgbehandelplan of -advies voor de verwijzer, behandeladviezen beschrijven voor mogelijke te verwachten ontwikkelingen in de toekomst o.b.v. behandelwensen. Het bespreken en accorderen van het SFMPC-zorgbehandelplan met de individuele patiënt (en zijn naasten) maakt ook onderdeel uit van deze functionaliteit.

### **Resultaat**

*Op deze wijze ontstaat een overzicht van samenhangende, relevante problemen, doelen en acties die nodig worden geacht en haalbaar zijn voor het optimaliseren van de kwaliteit van leven voor de patiënt en diens mantelzorg en het – voor zover beïnvloedbaar - toewerken naar een nieuw evenwicht.*

### *Functionaliteit 3. Passende zorg bewerkstelligen*

De functionaliteit passende zorg bewerkstelligen heeft betrekking op het daadwerkelijk realiseren van proactieve, persoonsgerichte en samenhangende zorg. Passende zorg bewerkstelligen vindt plaats door interventies uit te voeren die nu en/of in de toekomst effect hebben op kwaliteit van leven.

Dat gebeurt op basis van het - onder regievoering - monitoren en evalueren van het effect van de acties in het SFMPC-zorgbehandelplan en het tijdig anticiperen op veranderingen in de situatie van de patiënt. Zorgactiviteiten die ook vallen onder de functionaliteit passende zorg bewerkstelligen zijn: aanvullend onderzoek doen indien nodig, medicatiewijzigingen doorvoeren indien nodig en het evalueren van verloop en effecten van de zorg, inclusief de benodigde samenwerking (bijv. met verpleegkundige), afstemming en coördinatie (functionaliteit 4). Dit is een dynamisch en continu

proces. Het kan zijn dat gaandeweg het proces het overkoepelende doel van het zorgbehandelplan moet worden aangepast. Ook is er aandacht voor het – indien gewenst en passend – overdragen van de regie.

### **Resultaat**

*Op deze wijze ontstaat vanuit overzicht - voor zover haalbaar - een toegenomen ervaren kwaliteit van leven en eigen regie van de individuele patiënt e/o de mantelzorg die zal leiden tot positieve waardering voor de geboden zorg door patiënt en diens mantelzorg*

## *Functionaliteit 4. Zorg afstemmen en coördineren<sup>20</sup>*

### 4.a Afstemming

De functionaliteit afstemming is specifiek gericht op het afstemmen van signalen, effecten en knelpunten die betrokken zorgverleners tegenkomen bij het uitvoeren van het zorgbehandelplan, opdat met alle partijen gewerkt kan worden aan proactieve, persoonsgerichte en samenhangende zorg. Afstemming gebeurt door periodiek alle signalen rondom een oudere te bundelen zodat vervolgens multidisciplinair kan worden vastgesteld wat die signalen betekenen voor het zorgbehandelplan. De specialist ouderengeneeskunde speelt hier een cruciale rol.

Goede afstemming is essentieel voor zowel de persoonsgerichtheid als de samenhang van zorg waarbij vaak diverse zorg- en hulpverleners betrokken zijn. Zorgactiviteiten die vallen onder afstemming zijn: het afstemmen van het SFMPC-zorgbehandelplan, bespreken uitkomst advance care planningsgesprekken, polyfarmaciegesprekken, overleg met de betrokken zorgverleners of vertegenwoordigers of vertegenwoordigers van de betrokken zorg- en ondersteuningsdisciplines. Een belangrijk en veel gebruikt instrument hierbij is het Multidisciplinair Overleg (MDO).

Afstemming met het sociale domein en/of de informele zorg maakt ook onderdeel uit van deze functionaliteit. Afstemming binnen deze samenhangende zorg is een dynamisch en continu proces. Vanuit individuele casuïstiek (micro-niveau) ontstaat behoefte én noodzaak om tot afstemming van netwerkzorg op meso- en of macroniveau te komen.

Afstemming op meso- en macroniveau is noodzakelijk opdat de SO in alle functionaliteiten proactief resultaat kan blijven leveren, en om de populatieverantwoordelijkheid van huisarts en specialist ouderengeneeskunde vorm en invulling te geven. Ook voor niet verwezen en niet individuele casus is afstemming nodig, waarbij kennis en expertise wordt gedeeld, problematiek tijdig wordt gesignaleerd en proactief passende zorg kan worden afgewogen en geleverd, door huisarts en SO.

### 4.b Coördinatie

De functionaliteit coördinatie heeft ook direct betrekking op de zorg aan de individuele patiënt. De coördinatie rondom de individuele zorg en ondersteuning zoals geformuleerd in het individuele (SFMPC)zorgbehandelplan, kent meerdere uitingsvormen. Op het niveau van de patiënt (micro) is coördinatie van de uitvoer van het (SFMPC)zorgbehandelplan nodig. Coördinatie op dit niveau betreft bijvoorbeeld het regelen van een aanspreekpunt in de ANW-uren voor een specifieke oudere, of het delen van een actie- of noodplan met de huisartsenpost of de zorgcentrale. Als ook het voortdurend nagaan of de gemaakte afspraken in het netwerk (kunnen) worden uitgevoerd en of het gewenste effect wordt bereikt. In de driehoekzorg kan deze monitoring gedelegeerd worden naar de daartoe toegeruste verpleegkundige/poho.

Coördinatie is ook nodig op het niveau van de huisartsenpraktijk (meso) voor alle patiënten die in aanmerking komen voor de proactieve persoonsgerichte samenhangende zorg. Op dit niveau betreft

---

<sup>20</sup> Gebaseerd op de beschrijving in de ZiNL notitie 'Kwetsbare ouderen thuis met een complexe zorgsituatie'(2021).

coördinatie bijvoorbeeld het maken van afspraken over de beschikbaarheid van benodigde expertise de specialist ouderengeneeskunde en gespecialiseerde verpleegkundigen. Ook afspraken over wie als aanspreekpunt fungeert en over de beschikbaarheid van de noodplannen in de ANW-uren. Deze twee aan de zorg voor de individuele patiënt gerelateerde aspecten van coördinatie (micro en meso) zijn er uiteindelijk op gericht om de samenhangende zorg en ondersteuning op het niveau van de patiënt en als afgeleide daarvan op het niveau van de huisartsenpraktijk in zijn volle omvang, gecoördineerd te laten verlopen. Daarnaast of 'daarboven' is er ook een vorm van coördinatie noodzakelijk op het niveau van het adherente niveau (lokaal of regionaal) van het functionerende zorgprogramma (macro). Deze coördinatie betreft niet de zorg voor individuele patiënten en is daarmee van een ander niveau.

### **Resultaat**

*Middels afstemming en coördinatie komt samenhangende interdisciplinaire zorg tot stand waarin voor alle betrokken zorg- en hulpverleners rondom de kwetsbare oudere helder is wie waarom welke bijdrage op welk moment levert.*

*Er ontstaat – vanuit helderheid m.b.t. besluitvorming, regie, taak- en rolverdeling – een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het realiseren van passende zorg, op individueel- én op populatieniveau. Door te reflecteren op de geboden zorg en de samenwerking wordt gewerkt aan onderling vertrouwen, waardering en het uitbouwen van de kwaliteit (effectiviteit en efficiency). Tevens ontstaat er zicht op verdergaande ontwikkeling in het kader van de beoogde transformatie, zowel m.b.t. passende zorg als ook passende opleidingen t.b.v. de ouderenzorg.*

### **Resultaten van de functionaliteiten tezamen**

*Vanuit inzicht ontstaat overzicht (functionaliteit 1). Vanuit dat overzicht kunnen de juiste keuzes gemaakt worden (functionaliteit 2). Gevolgd door een juiste uitvoer van zorg (functionaliteit 3). Afstemming en coördinatie (functionaliteit 4) draagt op micro-, meso- en macroniveau binnen elk van deze functionaliteiten bij aan een blijvende ontwikkeling van samenhangende multi- en interdisciplinaire zorg. Elk van deze resultaten levert een belangrijke bijdrage aan de gewenste effecten in termen van best passende en duurzame zorg, kwaliteit van leven/sterven, kwaliteit van zorg, kwaliteit van werk (werkplezier), kwaliteit van samenwerking (gezamenlijke verantwoordelijkheid) en kostenreductie c.q. -beheersing te realiseren.*

## Samenhangende medisch generalistische zorgpraktijken in veranderkundig perspectief

### *Passende zorg vraagt een passend samenhangend geheel van maatregelen*

Het beschrijven van functionaliteiten t.b.v. passende zorg is o.i. slechts één van de aspecten die in het licht van de beoogde transformatie de aandacht vraagt. Er spelen meerdere aspecten een rol en een succesvolle transformatie houdt rekening met het belang van samenhangend beleid op de verschillende aspecten. Zoals een specialisten ouderengeneeskunde inzicht verwerft in de samenhang der variabelen op patiëntniveau t.b.v. het beslissen tot en het realiseren van passende zorg, zo zou een dergelijke samenhang ook op meso- en macroniveau tussen de aspecten in onderstaande afbeelding tot stand moeten komen. In de praktijk ondervinden we het belang daarvan. Als passende financiering voor effectieve zorg ontbreekt, sterft een mooi initiatief een schone dood. Als de samenwerking tussen verschillende disciplines niet tot stand komt, is effectieve en efficiënte zorg niet goed mogelijk. Als de professionals niet over de competenties beschikken die

in de huidige vormgeving van het zorglandschap nodig zijn, lukt het niet om tot passende zorg te komen, enz. enz.



De rood/oranje gekleurde aspecten liggen het meest eenvoudig binnen het veranderkundig bereik van ons als initiatiefnemers in de praktijk. Borging van succes binnen het ene aspect lukt beter naarmate belemmeringen in één of meerdere van de andere aspecten snel opgelost kunnen worden – of beter – voorkomen worden. Vanuit onze samenwerking dragen we graag bij aan vraagstukken óók op de groen/blauw gekleurde aspecten.

#### *Van quadruple aim naar quintuple aim*

In deze notitie hebben we de vier functionaliteiten beschreven vanuit innovatieve ouderenzorgpraktijken en deze gepositioneerd binnen de huidige maatschappelijke context. In ons denken over de transformatie zijn we ervan overtuigd om o.b.v. kwaliteit en effectiviteit een nieuw element aan de quadruple aimdoelen toe te voegen: namelijk 'populatieverantwoordelijkheid'. Op die manier ontstaat er de mogelijkheid om te sturen op het realiseren op lokaal/regionaal niveau van een adequate passende infrastructuur/randvoorwaarden en het invoeren van een gemeenschappelijk afwegingskader voor vraagstukken van samenwerking, regie-, rol- en taakverdeling passend bij de lokale/regionale context.

## Bronnen

*Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten - Nederlandse Zorgautoriteit.*

(n.d.). [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_310406\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_310406_22/1/)

Verenso. (2017). *Rapportage productenboek handelingen specialist ouderengeneeskunde.*

www.verenso.nl. Retrieved February 5, 2023,

from [https://www.verenso.nl/\\_asset/\\_public/Thema-en-projecten/Eerstelijjn/000460-Rapportage-productenboek-handelingen-specialist-ouderengeneeskunde-definitief-17-8.pdf](https://www.verenso.nl/_asset/_public/Thema-en-projecten/Eerstelijjn/000460-Rapportage-productenboek-handelingen-specialist-ouderengeneeskunde-definitief-17-8.pdf)

Verenso. (2019). *Competentieprofiel specialist ouderengeneeskunde.* www.verenso.nl.

Retrieved February 5, 2023,

from [https://www.verenso.nl/\\_asset/\\_public/Praktijkvoering\\_handreikingen/VERENS O Competentieprofiel2019.pdf](https://www.verenso.nl/_asset/_public/Praktijkvoering_handreikingen/VERENS O Competentieprofiel2019.pdf)

LHV. (2021, 29 oktober). *LHV-leidraad Kleinschalige woonvormen.* Geraadpleegd op 2

februari 2023, van <https://www.lhv.nl/product/lhv-leidraad-kleinschalige-woonvormen/>

*Kwetsbare ouderen thuis : handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk.*

(2021). www.beteroud.nl. Retrieved February 5, 2023,

from <https://www.beteroud.nl/tips-tools/tools/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis>

*BLOG Cees Hertogh: De KERNwaarden van de Ouderengeneeskunde.* (2020, July 3). UNO

Amsterdam. <https://unoamsterdam.nl/blog-cees-hertogh/>



## Bijlage 1 Beschrijving initiatieven

### Algemeen

Onderstaande Vijf Initiatieven hebben elkaar in achterliggende periode opgezocht met een tweeledig doel:

- Hoe kunnen we voor elkaar van betekenis zijn gelet op ieders projectdoelstelling in de vernieuwing c.q. transformatie van de ouderenzorg?
- Hoe kunnen we voorkomen dat we in een concurrentiepositie t.o.v. elkaar komen te staan en op die manier ieders beoogde projectdoelen onbedoeld worden gefrustreerd en de beoogde transformatie in de ouderenzorg achteropraakt?

In de onderlinge uitwisseling werd snel duidelijk dat we vergelijkbare belemmeringen op ons pad vinden in het proces van 'succesvolle innovatie' naar 'borging van succes'. Het inzicht zoals dat ook is beschreven in het RVS-rapport 'Grenzeloos samenwerken?!' (2022) werd door ons allen herkend en onderkend. Dat heeft geleid tot de vorming van een informeel Lerend Netwerk met als doel (1) te kijken op welke wijze we, ieder vanuit onze eigenheid, bij kunnen dragen aan de beoogde transformatie; (2) elkaar te inspireren en van elkaars innovatie te leren en te onderzoeken of en hoe betekenisvolle elementen in het eigen initiatief benut kunnen worden en (3) na te denken over hoe het huidige patroon 'van innovatie naar borging' doorbroken zou kunnen worden.

Toen de vraag gesteld werd of één of meerdere van deze initiatieven bij zou kunnen dragen aan een beschrijving van functionaliteiten gebaseerd op ervaringen in innovatie ouderenzorgpraktijken, deed zich een concrete kans voor om een bijdrage aan de transformatie te leveren.

Onderstaand een korte beschrijving van de Vijf Initiatieven. De oorsprong en aard van de initiatieven is verschillend. De een is gestart vanuit een efficiencygedachte, de ander meer vanuit een effectiviteitsgedachte. Gezamenlijk zijn we van mening dat in de beoogde transformatie deze beide aspecten samen dienen te komen. Vanuit deze gedachte dragen we graag bij. We brengen inzichten in vanuit innovatieve praktijken en we vertrouwen erop dat die inzichten van waarde zullen zijn en hun weg zullen vinden binnen de bestaande orde en daarmee bijdraagt aan de noodzakelijke versnelling.

Onderstaand de beschrijving van de volgende initiatieven:

1. IMOZ
2. White label
3. NOA
4. MESO-zorg
5. Wijkkliniek

## Beschrijving IMOZ

IMOZ is een regionaal programma van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en VVT-organisaties samen. In het programma ontwikkelen zij een nieuwe benadering van medisch generalistische zorg verlenen en organiseren voor alle kwetsbare ouderen in regio Gooi en Vechtstreek. Dit doen zij in het licht van de regionaal-maatschappelijke opgaven en in lijn met de nieuwste professionele standaarden en beleidsrichtingen. In IMOZ maken huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, psychologen, sociaal agogen, verpleegkundigen en verzorgenden, praktijkondersteuners, doktersassistenten en managers concreet nieuwe afspraken maken over de verdeling van rollen en taken, het organiseren van het primair proces en de inrichting van het zorglandschap. IMOZ heeft een methodiek ontwikkeld die hen ruimte en condities biedt om hier al doende in te groeien en te ontwikkelen. Onderdeel hiervan zijn bijvoorbeeld de betekenisvolle dialoog en de toolbox met trainingen die zijn gericht op het ontwikkelen van competenties die van belang zijn in de nieuwe benaderingen van zorg verlenen. Daarnaast voorziet IMOZ een gefaseerde regionale opschaling. In fase 1 is gekeken naar de werkzaamheid en effecten in kleinschalige woonvormen. In fase 2 wordt op dit moment gekeken naar de werkzaamheid en effecten in grootschalige woonvormen. In fase 3 zal worden gekeken naar de werkzaamheid en effecten op wijkniveau. In fase 4 zal tot slot worden gekeken naar de werkzaamheid en effecten in het verpleeghuis.

## Beschrijving Specialist Ouderengeneeskunde inzet vanuit het White-label-model naar regionale nutsvoorziening

Kwetsbare ouderen binnen zeven zorgorganisaties in Zuid-Limburg, met en zonder behandeling, ontvangen sinds medio 2021 Specialistische zorg van behandelaren werkzaam in een behandeldienst die organisatie-overstijgend 24/7 medische zorg verleend. Deze medische zorg is afgestemd op de visie en uitgangspunten van elke zorgorganisatie en wordt geleverd als consultatie, medebehandelaar en/of (tijdelijk) regiebehandelaar.

De missie: medische zorg voor kwetsbare ouderen toegankelijk en betaalbaar houden ongeacht de woonsituatie.

Dit wordt gerealiseerd door een zo efficiënte en effectieve wijze inzetten van schaarse middelen, wat vraagt om anders organiseren.

De huidige zorg- en behandelcapaciteit wordt optimaal benut door continu investering in kennisdelen tussen professionals, in zorg- en wijkteams, huisartsen, door SO, VS en GZ-psycholoog, waardoor een proactieve i.p.v. reactieve houding ontstaat. Hierdoor worden crisissen, opnames, onnodige beroep op behandelaren voorkomen én ANW-oproepen geminimaliseerd.

Belangrijke voorwaarde om dit succesvol toe te passen, is dat zorgorganisaties en professionals inzetten op eenduidige triage, het stepped-care-model, systeemkoppelingen en zorg op afstand. Vanuit continu samenwerken en leren worden zorg-wijkteams en huisartsen ondersteund bij complexe casussen, zijn behandelaren in staat zaken in vertrouwen los te laten, en anderen in staat zaken in vertrouwen op te pakken.

Op deze wijze bouwen we verder aan de ambitie; de inzet van de Specialist Ouderengeneeskunde als nutsvoorziening in de regio.

## Beschrijving NOA

Specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten van 7 VVT instellingen in Amsterdam werken sinds 1 september 2022 samen in het Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam eerste lijn, het NOA. Het NOA heeft als missie om een waardevolle bijdrage te leveren aan de zorg voor thuiswonende, kwetsbare ouderen in Amsterdam en Diemen en daarbij huisartsen op een duurzame manier te ondersteunen. Er is een centrale verwijzroute voor alle huisartsen en er wordt wijkgericht gewerkt. Door deze efficiënte organisatie is het NOA in staat om de beschikbare capaciteit van zorgverleners optimaal te benutten. Uitgangspunt in de zorgverlening is een proactieve benadering waarmee ziekenhuisopnames kunnen worden voorkomen en verpleeghuisopnames uitgesteld. De specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten van het NOA zijn een cruciale schakel als regievoerder binnen de netwerkzorg rond kwetsbare ouderen. [www.noaerstelijn.nl](http://www.noaerstelijn.nl)

## Beschrijving MESO-zorg

MESO-zorg is multidisciplinaire eerstelijns ouderenzorg met een SO en geriatrie-gespecialiseerde verpleegkundige, ondersteund door een secretariaat. Op verwijzing van de huisarts brengt het team met een tijdelijke betrokkenheid inzicht en overzicht (d.m.v. breed, holistisch en specialistisch multi-domein onderzoek) en nieuw evenwicht (d.m.v. behandeling en coördinatie en regie op het behandelplan). Leidende principes zijn daarnaast: zorg op maat, kwaliteit van leven boven behandeling van ziekte - waarbij de behoefte van de oudere dus leidend is -, het netwerk versterken is essentieel, net als vooruitkijken en de (behandel)wensen van de oudere kennen, en dit samen met lokale collega's in de 0e, 1e en 2e lijn tot uitvoer brengen. MESO-zorg is dus integrale zorg, waarbij het MESO-team tijdelijk regie voert en coördineert, naast de huisarts die hoofdbehandelaar blijft. Investeren in het lokale netwerk, in termen van korte lijnen, samenwerking en kennisdeling, is een onmisbaar onderdeel.

MESO-zorg heeft in Velp indrukwekkende [resultaten](#) op de triple aim laten zien. Op verzoek van stakeholders is met subsidie van VWS onderzocht of deze resultaten in andere regio's herhaalbaar zijn. Opzet van MESO-praktijken en uitvoer van onderzoek naar quadruple aim resultaten aldaar laat zien: [ja, dat kan!](#) Nieuw onderzoek in Velp anno 2022 vult aan (afname verwijzingen 2<sup>e</sup> lijn) en reproduceert een eerdere bevinding (uitstel verpleeghuisopname met verwijzing naar MESO). Stichting MESO (gevormd door de bestuurders van de vier MESO-praktijken en 2 projectleiders) is uitvoerder van dit project, en werkt nu hard verder aan de route naar borging: structurele financiering en kwaliteitsborging.

[www.mesozorg.nl](http://www.mesozorg.nl)

## Beschrijving Wijkkliniek

In 2018 opende de WijkKliniek in Amsterdam haar deuren. De WijkKliniek is een innovatief zorgconcept: Zelfstandig wonende ouderen met geriatrische problematiek krijgen integrale, herstelgerichte ziekenhuiszorg in een VVT-setting, passend bij hun zorgbehoeften. Het gaat om ouderen die normaliter in het ziekenhuis worden opgenomen wegens een acuut medisch probleem, zoals een (combinatie van) longaanval of pneumonie, decompensatio cordis, elektrolytstoornissen en/of een urineweginfectie. Daar waar deze kwetsbare ouderen in het ziekenhuis vooral behandeling krijgen voor hun medische problemen is er beperkte expertise in de stappen die nodig zijn voor een optimale terugkeer naar huis. De ouderen die in de WijkKliniek terechtkomen krijgen medisch specialistische zorg in de acute fase en gelijktijdig wordt gewerkt aan functiebehoud (door vroege revalidatie) en herstel met als doel zo goed begeleid mogelijk te terug te keren naar huis en het leven op te pakken. Daarbij vindt er tijdens en na de opname intensief afstemming plaats met de mantelzorgers en de eigen zorgverleners, zoals de huisarts en wijkverpleegkundige, zodat er een optimale overdracht naar huis mogelijk is. Deze zorg leidt tot positieve ervaringen en resultaten, o.a. tot een reductie van de incidentie delier en van het aantal ziekenhuisheropnames bij de doelgroep.

Om te onderzoeken of en hoe de WijkKliniek landelijk toegankelijk gemaakt kan worden zijn we in 2021 gestart met het Leernetwerk Acute Ouderenzorg. In dit leernetwerk participeren acht regionale samenwerkingscoalities, verspreid over heel Nederland, die de ambitie hebben om een WijkKliniek in de eigen regio op te zetten. Dit blijkt een vruchtbare aanpak: De proeftuinen leren van de ervaringen in Amsterdam, maar leren ook veel van elkaar, o.a. hoe de WijkKliniek het best opgezet kan worden in samenhang met andere regionale ontwikkelingen. Inmiddels heeft een aantal proeftuinen de projectplannen voor de regionale WijkKliniek uitgewerkt. Zij laten zien dat het concept goed opgezet kan worden in regio's met verschillende context: De WijkKliniek kan in zowel rurale als stedelijke regio's, met zowel topklinische als (kleine) algemene ziekenhuizen, met of zonder afdeling geriatrie, worden opgezet, altijd in nauwe samenwerking met een regionale VVT-aanbieder. Het concept lijkt dus goed opschaalbaar. De proeftuinen die al zover zijn zetten de WijkKliniek niet als standalone locatie op, maar starten met een aantal 'wijkkliniek-bedden' op een afdeling waar geriatrische revalidatie wordt geboden, of vanuit een bredere 'Herstelkliniek' of 'Expertisecentrum voor ouderen'. De specialist ouderengeneeskunde krijgt in deze WijkKlinieken hierdoor een grotere rol dan in Amsterdam het geval is. In Amsterdam bieden de klinisch geriater en verpleegkundig specialist/ physician assistant de medische zorg aan patiënten in de WijkKliniek. In de meeste proeftuinen WijkKliniek is (of wordt) de specialist ouderengeneeskunde regiebehandelaar en de klinisch geriater en/of andere medische specialist medebehandelaar.

Er is nog geen passende betaaltitel voor de zorg in de WijkKliniek. Het gaat immers om medisch specialistische zorg in een VVT-setting en niet om eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatie, of een andere vorm van generalistische medische (eerstelijns)zorg. Met het Zorginstituut, NZa en betrokken zorgverzekeraars (ZN) wordt op dit moment gewerkt aan gecontroleerde opschaling en structurele bekostiging van de WijkKliniek.

## Relatie huisarts –specialist ouderengeneeskunde

### Toelichting

In navolging van de beschrijving van het Zorgaanbod van de AVG (2012) is onderstaande benaderingswijze als algemeen denkkader te beschouwen met als belangrijke conclusie: er is altijd sprake van enige overlap, er is gedeelde kennis en kunde en er is specifieke kennis en kunde. In de samenwerking vindt de afstemming *Wie doet in deze casus/praktijk/regio wat?* plaats.

### De relatie tussen de medische zorg van de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde

In de **praktijk** bestaat er onderscheid tussen:

- algemene medische zorg van de huisarts;
- (doelgroepspecifieke) algemene medische zorg van de specialist ouderengeneeskunde (die is minder breed dan de algemene medische zorg van de huisarts);
- doelgroepspecifieke specialistische medische zorg van de huisarts (die is minder breed dan de specifieke medische zorg van de specialist ouderengeneeskunde);
- doelgroepspecifieke specialistische medische zorg van de specialist ouderengeneeskunde.

Hieronder worden deze verschillen schematisch toegelicht.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
----------	----------	----------	----------

Betekenis van de cijfers:

- 1 en 2 vormen samen algemene medische zorg (huisartsenzorg *niet* gericht op een specifieke doelgroep);
- 3 en 4 vormen samen doelgroepspecifieke specialistische medische zorg voor ouderen met een (hoog)complexe zorgvraag
- 1, 2 en 3 vormen samen 'huisartsenzorg'<sup>21</sup>;
- 2, 3 en 4 vormen samen 'specialistische ouderenzorg'<sup>22</sup>.

De volgende conclusies kunnen worden getrokken:

- ✓ de medische zorg van de huisarts en van de specialist ouderengeneeskunde voor ouderen met een (hoog)complexe zorgvraag overlappen;
- ✓ er is huisartsenzorg waarin de specialist ouderengeneeskunde niet bekwaam is (1);
- ✓ er is ouderenzorg waarin de huisarts niet bekwaam is (4).

<sup>21</sup> Als in 'type zorg zoals uitgevoerd door de huisarts of een professional met dezelfde competenties'

<sup>22</sup> Als in 'type zorg zoals uitgevoerd door de SO of een professional met dezelfde competenties voor een specifieke doelgroep van ouderen die specifieke ouderenzorg nodig hebben'