

## Rapportage productenboek handelingen specialist ouderengeneeskunde

**Significant**  
Thorbeckelaan 91  
3771 ED Barneveld  
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506  
info@significant.nl  
www.significant.nl



In opdracht van Verenso

Barneveld, 6 juli 2017

Referentie: LvdC/wvdb/000460

Versie: definitief

Auteurs: Lieke van de Camp, Rosa Remmerswaal en Irene Lapajian

## Inhoudsopgave

|                                                                                                 |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Managementsamenvatting</b>                                                                   | <b>3</b>  |
| <b>1. Achtergrond en aanleiding</b>                                                             | <b>5</b>  |
| 1.1 Inleiding                                                                                   | 5         |
| 1.2 Aanleiding productenboek                                                                    | 6         |
| 1.3 Leeswijzer                                                                                  | 6         |
| <b>2. Doel productenboek</b>                                                                    | <b>7</b>  |
| 2.1 Producten zijn niet gekoppeld aan de setting van zorg                                       | 7         |
| 2.2 Producten zijn beschreven/opgesteld vanuit het oogpunt van de specialist ouderengeneeskunde | 7         |
| <b>3. Doelgroepomschrijving</b>                                                                 | <b>9</b>  |
| 3.1 Multidomeinproblematiek                                                                     | 9         |
| 3.2 Indruk van de doelgroep                                                                     | 10        |
| 3.3 Verhouding betrokkenheid huisarts en specialist ouderengeneeskunde                          | 11        |
| <b>4. Toelichting producten en productindeling</b>                                              | <b>13</b> |
| <b>5. Productenboek</b>                                                                         | <b>15</b> |
| 5.1 De uitgangspositie van de patiënt en daarbij horende producten                              | 17        |
| Consultatie/intercollegiale consultatie                                                         | 17        |
| Niet urgent/urgent/bekende cliënt/nieuwe cliënt/observatie                                      | 19        |
| <i>Behandeldoelen</i>                                                                           | 20        |
| 5.2 Handelingen                                                                                 | 20        |
| 5.3 Niet-patiëntgebonden handelingen                                                            | 22        |
| <b>6. Aanbevelingen</b>                                                                         | <b>23</b> |
| 6.1 Aanbeveling 1: inzicht in inspanning/ resultaat onderscheidende producten                   | 23        |
| 6.2 Aanbeveling 2: inhoudelijk beschrijven producten                                            | 24        |
| 6.3 Aanbeveling 3: Toekomstbestendige positionering specialist ouderengeneeskunde               | 24        |
| <b>7. Positionering productenboek ten opzichte van andere trajecten</b>                         | <b>25</b> |
| <b>A. Toelichting behandeldoelen</b>                                                            | <b>26</b> |
| <b>B. Overzicht betrokken organisaties en leden Verenso</b>                                     | <b>27</b> |
| <b>C. Literatuurlijst</b>                                                                       | <b>28</b> |

## Managementsamenvatting

### Aanleiding en doel productenboek

Vanaf 2019 wordt de behandeling van de specialist ouderengeneeskunde voor patiënten zonder Wlz-indicatie (de zogenoemde extramurale behandeling) conform de huidige plannen van het ministerie van VWS naar de zorgverzekeringswet (Zvw) overgeheveld (Zorginstituut Nederland 2016). Voor passende prestaties is het van belang dat de handelingen van de specialist ouderengeneeskunde worden omschreven. Voorliggend productenboek brengt door de beschrijving van de handelingen binnen diverse producten eenheid van taal. Het vormt daarmee een gezamenlijk geaccepteerd startpunt voor verdere inhoudelijke doorontwikkeling van de dienstverlening en kan dienen als vertrekpunt om te komen tot een bekostigingssystematiek voor de zorgverlening van de specialist ouderengeneeskunde; specifiek de extramurale behandeling. De handelingen die de specialist ouderengeneeskunde uitvoert betreffen slechts een deel van de zorg voor de doelgroep van de specialist ouderengeneeskunde; vaak is multidisciplinaire samenwerking voor deze doelgroep gewenst. De wijze waarop de specialist ouderengeneeskunde samenwerkt met andere professionals en disciplines om passende zorg te leveren aan patiënten, wordt in dit productenboek niet beschreven.

### Doelgroepomschrijving

De specialist ouderengeneeskunde kenmerkt zich door de multidomeinbenadering (problemen in meerdere levensdomeinen) van kwetsbare patiënten met multimorbiditeit en multidomeinproblematiek. Door de complexe patiëntengroep van de specialist ouderengeneeskunde te beschrijven geven wij inzicht in de meerwaarde van de multidomeinbenadering van de specialist ouderengeneeskunde. Bij deze kwetsbare doelgroep staat multidomeinproblematiek (problemen in meerdere levensdomeinen), die een integrale aanpak behoeft, centraal. Naarmate de complexiteit van de zorgvraag toeneemt, neemt de waarde van betrokkenheid van en behandeling door de specialist ouderengeneeskunde toe. De rolverdeling tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde is afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag van de patiënt en samenwerkingsafspraken.

### Toelichting producten en productindeling

De specialist ouderengeneeskunde verleent medische zorg bij complexe (over het algemeen geriatrische) zorgproblemen, waarbij het versterken van de functionele autonomie en kwaliteit van leven van de patiënt belangrijk zijn. Het doel van de zorgverlening en het moment waarop de specialist ouderengeneeskunde in aanraking komt met de patiënt kan verschillen. Het productenboek onderscheidt drie uitgangspunten die ieder een eigen doel en gewenst resultaat kennen:

1. Collegiale consultatie;
2. Diagnostiek na verwijzing;
3. Uitvoering van en regie op behandelplan.

Binnen de drie uitgangspunten maken wij een onderscheid in producten. Onderstaande tabel geeft hiervoor een globale beschrijving.

| Startpositie                                    | Onderscheid in producten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Collegiale consultatie</b>                   | Wij maken onderscheid tussen consultatie en intercollegiale consultatie. Een consultatie betreft afstemming tussen de specialist ouderengeneeskunde en een andere arts; bijvoorbeeld ten behoeve van de triage. Een intercollegiale consultatie betreft een gepland overleg met meerdere disciplines over vaak meerdere patiënten.                                                                                                                                                                 |
| <b>Diagnostiek na verwijzing</b>                | Wij maken binnen de tweede startpositie onderscheid tussen vijf producten. De eerste vier producten zijn een combinatie van geplande en ongeplande diagnostiek en urgent versus niet urgent. Deze aspecten hebben invloed op de omvang van de zorg vanwege het ontbreken van informatie ten behoeve van het geriatrische assessment. Het vijfde product betreft observatie van patiënten.                                                                                                          |
| <b>Uitvoering van en regie op behandelplan.</b> | Voor de derde startpositie zijn binnen het huidige onderzoek nog geen producten vastgesteld. Geconcludeerd is dat diverse invalshoeken - zoals de behandelwens, laag versus hoog complexe patiëntengroepen, mede- versus hoofdbehandelaarschap, extramuraal versus intramuraal, kortdurend versus langdurende zorg, solitair versus multidisciplinair - de zorgintensiteit kunnen voorspellen. Dit onderzoek doet aanbevelingen om tot homogene producten te komen ten behoeve van de bekostiging. |

Tabel 1. Globale beschrijving uitgangsposities productenboek

De specialist ouderengeneeskunde verricht afhankelijk van de uitgangspositie van de patiënt en het onderscheid in product verschillende handelingen. De handelingen binnen de verschillende uitgangsposities bepalen de uiteindelijke inhoud en omvang van geleverde zorg door de specialist ouderengeneeskunde. Naast patiëntgebonden handelingen voeren specialisten ouderengeneeskunde zowel intra- als extramuraal indirect patiëntgebonden handelingen uit die bijdragen aan de kwaliteit van zorgverlening.

### Aanbevelingen en positionering productenboek

Dit productenboek geeft Verenso handvatten voor de inrichting van het proces richting de overheveling van de extramuraal behandeling naar de Zvw. Het ontwikkeltraject naar het voorliggend productenboek geeft aanleiding om nader in de praktijk te onderzoeken of en hoe de setting van invloed is op de handelingen en rol van de specialist ouderengeneeskunde. De overheveling van de extramuraal behandeling was directe aanleiding voor het ontwikkelen van een productenboek. Om die reden doen wij in hoofdstuk zes de volgende drie aanbevelingen die specifiek gericht zijn op het doorontwikkelen van het productenboek voor de extramuraal behandeling door de specialist ouderengeneeskunde:

1. Aanbeveling 1: inzicht in inspanning/resultaat onderscheidende producten;
2. Aanbeveling 2: inhoudelijk beschrijven producten;
3. Aanbeveling 3: toekomstbestendige positionering specialist ouderengeneeskunde.

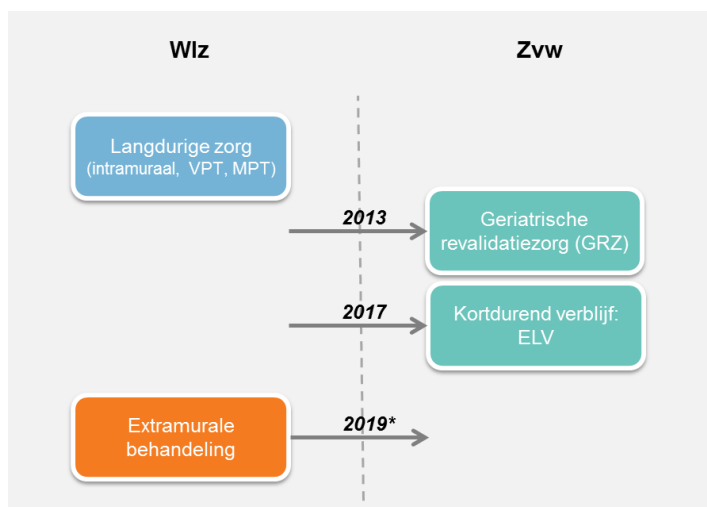
De producten zijn daarnaast een aanzet voor het uitwerken van zorgprogramma's op basis van specifieke aanpak door het Zorginstituut.

# 1. Achtergrond en aanleiding

## 1.1 Inleiding

01 De ouderenzorg is aan verandering onderhevig. In 2015 heeft een deel van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (hierna AWBZ) plaatsgemaakt voor de Wet langdurige zorg (hierna Wlz). Patiënten die voorheen met een laag zorgzwaartepakket in verpleeg- en verzorgingshuizen konden verblijven onder de AWBZ, wonen nu thuis. Daarbij neemt de levensverwachting verder toe en stijgt tegelijkertijd het aantal patiënten met multimorbiditeit en multidomeinproblematiek waardoor complexe problematiek ontstaat. De gezonde (ervaren) leeftijdsverwachting neemt toe, maar stijgt niet evenredig met de levensverwachting<sup>1</sup>. De vraag naar medische zorg voor patiënten met multimorbiditeit en multidomeinproblematiek neemt toe en is, als gevolg van extramuralisering, verplaatst naar de thuissituatie.

02 De specialist ouderengeneeskunde biedt van oudsher complexe medische zorg in het verpleeghuis en als gevolg van de toegenomen medische zorgvraag thuis, ook steeds vaker daarbuiten. In de AWBZ konden patiënten aanspraak maken op extramurale behandeling; behandeling door medische professionals uit het verpleeghuis zonder dat de patiënt in het verpleeghuis verbleef. Deze zorg is vanaf 2015 ondergebracht in de subsidieregeling extramurale behandeling en wordt naar verwachting vanaf 2019 ondergebracht in de zorgverzekeringswet (Zvw). Ook konden patiënten in de AWBZ tijdelijk verblijven in een verpleeghuis en tijdelijk behandeling krijgen door de specialist ouderengeneeskunde. Deze zorg, het zogenaamde eerstelijnsverblijf, is inmiddels ondergebracht in de Zvw. De behandeling van de specialist ouderengeneeskunde in de geriatrische revalidatiezorg is sinds 2013 eveneens in de Zvw ondergebracht. Kortom, grote delen van het werk van de specialist ouderengeneeskunde verschuiven van plaats en volgen de patiëntengroep die tot hun domein gerekend kan worden. Niet voor niets is de naam van deze arts in 2009 gewijzigd van verpleeghuisarts naar specialist ouderengeneeskunde, niet de setting maar de inhoudelijke expertise maakt de specialist ouderengeneeskunde onderscheidend.



Figuur 1. Overheveling van zorg naar de Zvw. \* Voorgenomen besluit

<sup>1</sup> <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71950NED&D1=0-2.5.7&D2=a&D3=a&D4=a&D5=0.l&HDR=G3.T.G4&STB=G1.G2&VW=T>

## 1.2 Aanleiding productenboek

03 Om behandeling vanuit de Zvw uit te breiden, moet de zorg voor verschillende zorgvragen/verrichtingen nog verder worden omschreven, moet een bekostigingstitel worden opgesteld en moeten gespecialiseerde zorgverleners in de thuissituatie ook echt beschikbaar zijn. Verenso wil een zelfstandige betaaltitel voor de specialist ouderengeneeskunde en stuurt aan op passende prestaties voor intramurale en extramurale behandeling. De toekomstvisie die hierbij centraal staat is dat iedere patiënt, ongeacht waar die woont, gelijke toegang heeft tot professionele zorg van een specialist ouderengeneeskunde via de huisarts of professionals in het ziekenhuis (zowel artsen, als (transfer)verpleegkundigen).

04 Voor passende prestaties is het van belang dat de handelingen van de specialist ouderengeneeskunde worden omschreven. De handelingen worden omschreven ongeacht de aard van de setting (kortdurend verblijf, intramuraal en thuis) waarin ze geleverd worden. Voorliggend productenboek brengt door de beschrijving van de handelingen eenheid van taal en vormt daarmee een gezamenlijk geaccepteerd startpunt voor verdere inhoudelijke doorontwikkeling van de dienstverlening. Een dergelijk document bestaat tot op heden niet. Verenso heeft Significant de opdracht gegeven om dit in kaart te brengen. De geplande overgang van extramurale behandeling naar de Zvw per 2019 is hier de directe aanleiding voor.

## 1.3 Leeswijzer

05 Hoofdstuk twee geeft een beschrijving van het doel van het productenboek. In hoofdstuk drie wordt de doelgroep van de specialist ouderengeneeskunde omschreven om meer inzicht te geven in de meerwaarde van de multidomeinbenadering van specialisten ouderengeneeskunde. Wij beschrijven wat we verstaan onder multidomeinproblematiek (paragraaf 3.1) en geven een indruk van de doelgroep met behulp van casuïstiek (paragraaf 3.2) en de verhouding tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde (paragraaf 3.3). Hoofdstuk vier geeft een toelichting op de producten en de productindeling, waarna de uitgangspunten en de handelingen van het productenboek zelf in hoofdstuk 5 uitgebreid worden beschreven. In hoofdstuk zes geven wij drie aanbevelingen voor vervolgonderzoek specifiek gericht op het doorontwikkelen van het productenboek voor de extramurale behandeling door de specialist ouderengeneeskunde. Hoofdstuk zeven geeft tot slot een toelichting op de positionering van het productenboek ten opzichte van andere trajecten zoals de ontwikkeling van zorgprogramma's op basis van specifieke aandoening door het Zorginstituut.

## 2. Doel productenboek

06 Dit productenboek definieert welke handelingen de specialist ouderengeneeskunde verricht in het dagelijks werk. De huidige en toekomstige praktijk vormen hierbij het uitgangspunt. Het productenboek kan als vertrekpunt dienen voor de NZa om te komen tot een bekostigingssystematiek voor de zorgverlening van de specialist ouderengeneeskunde; specifiek de extramurale behandeling. Deze zorgvorm wordt conform de huidige plannen van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (hierna VWS) vanaf 2019 naar de Zvw overgeheveld (definitieve besluitvorming hierover is aan een nieuw kabinet). Uitgangspunt hierbij is dat de productstructuur toetsbaar, declareerbaar/betaalbaar en transparant moet zijn.

07 Het productenboek is een eerste overzicht en indeling van *wat* de specialist ouderengeneeskunde doet. Het beschrijft nog niet *hoe* de specialist ouderengeneeskunde dit doet. Het is daarmee een eerste stap voor het opstellen van zorgstandaarden en kwaliteitscriteria voor behandeling door de specialist ouderengeneeskunde. In hoofdstuk zes doen wij een aanbeveling voor vervolgonderzoek om de producten verder inhoudelijk te beschrijven.

08 Voor de ontwikkeling van het productenboek hebben wij twee uitgangspunten geformuleerd:

1. De producten zijn niet gekoppeld aan de setting van zorg;
2. Producten zijn beschreven/opgesteld vanuit het oogpunt van de specialist ouderengeneeskunde.

In de volgende paragrafen lichten wij deze uitgangspunten toe.

### 2.1 Producten zijn niet gekoppeld aan de setting van zorg

09 De activiteiten en handelingen waarmee de specialist ouderengeneeskunde zich onderscheidt van andere medici staan centraal in het productenboek, ongeacht de setting waarin deze zorglevering plaatsvindt (intramuraal of extramuraal). De gedachte hierachter is dat de rol en handelingen van de specialist ouderengeneeskunde in de verschillende settings grotendeels vergelijkbaar zijn. Daarnaast doorloopt de NZa momenteel een doorontwikkeltraject waarin verschillende bekostigingssystematieken van het eerstelijnsverblijf, de geriatrische revalidatiezorg, extramurale behandeling en Wlz-zorg met elkaar in samenhang worden bekeken. Het productenboek dat de handelingen van een specialist ouderengeneeskunde beschrijft kan bijdragen aan de harmonisatie van de verschillende bekostigingssystematieken.

10 Het ontwikkeltraject naar het voorliggend productenboek geeft aanleiding om nader in de praktijk te onderzoeken of en hoe de setting van invloed is op de handelingen en rol van de specialist ouderengeneeskunde. De overheveling van de extramurale behandeling was directe aanleiding voor het ontwikkelen van een productenboek. Om die reden doen wij in de aanbevelingen enkele suggesties voor vervolgonderzoek gericht op de productontwikkeling specifiek voor de extramurale behandeling.

### 2.2 Producten zijn beschreven/opgesteld vanuit het oogpunt van de specialist ouderengeneeskunde

11 In dit productenboek beschrijven wij de producten vanuit het oogpunt van de specialist ouderengeneeskunde. Dit geeft een versimpeling van de werkelijkheid. Enerzijds moet het begrip specialist

ouderengeneeskunde integraal gelezen worden als de praktijk van een specialist ouderengeneeskunde. Dit is een functiegerichte benadering waarin bijvoorbeeld verpleegkundigen of praktijkondersteuners ook een taak kunnen hebben.

12 Daarnaast zijn de handelingen die de specialist ouderengeneeskunde uitvoert slechts een deel van de zorg voor de doelgroep; vaak is multidisciplinaire samenwerking voor deze doelgroep gewenst. Denk daarbij aan de zorg door medisch specialisten, verpleging en verzorging, (para)medici en begeleiding uit het sociale domein. De verhouding van de handelingen van de specialist ouderengeneeskunde ten opzichte van handelingen van andere professionals worden in dit productenboek niet beschreven.



### 3. Doelgroepomschrijving

13 De specialist ouderengeneeskunde en de huisarts hebben allebei een eigen beroepsprofiel dat het kennisarsenaal en de competenties beschrijft<sup>2</sup>. De specialist ouderengeneeskunde kenmerkt zich door de multidomeinbenadering van kwetsbare patiënten met multimorbiditeit en multidomeinproblematiek (problemen in meerdere levensdomeinen) in de eerste lijn. In de beschrijving van de handelingen die de specialist ouderengeneeskunde uitvoert wordt het onderscheid met de huisarts niet altijd op het eerste gezicht duidelijk. Door de complexe patiëntengroep van de specialist ouderengeneeskunde te beschrijven geven wij inzicht in de meerwaarde van de multidomeinbenadering van hen. Om meer duiding te geven aan wat wij verstaan onder kwetsbare patiënten met multidomeinproblematiek, geven wij hierna een beschrijving van de doelgroep, geïllustreerd aan de hand van enkele casussen uit de praktijk die tussen de tekst door in kaders zijn geplaatst. Het doel is niet om tot een volledig dekkende beschrijving of afwegingscriteria/ afvinklijstje voor het inzetten van de specialist ouderengeneeskunde te komen. Aan de afweging over de noodzaak van het invoeren van de specialist ouderengeneeskunde ligt - zoals voor alle specialismen - een professionele afweging door huisarts, professionals in het ziekenhuis (zowel artsen, als (transfer)verpleegkundigen) en de specialist ouderengeneeskunde ten grondslag.

14 In dit hoofdstuk geven wij daarom inzicht in wat wordt verstaan onder multidomeinproblematiek (paragraaf 3.1), een indruk van de doelgroep met behulp van casuïstiek (paragraaf 3.2) en de verhouding tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde (paragraaf 3.3).

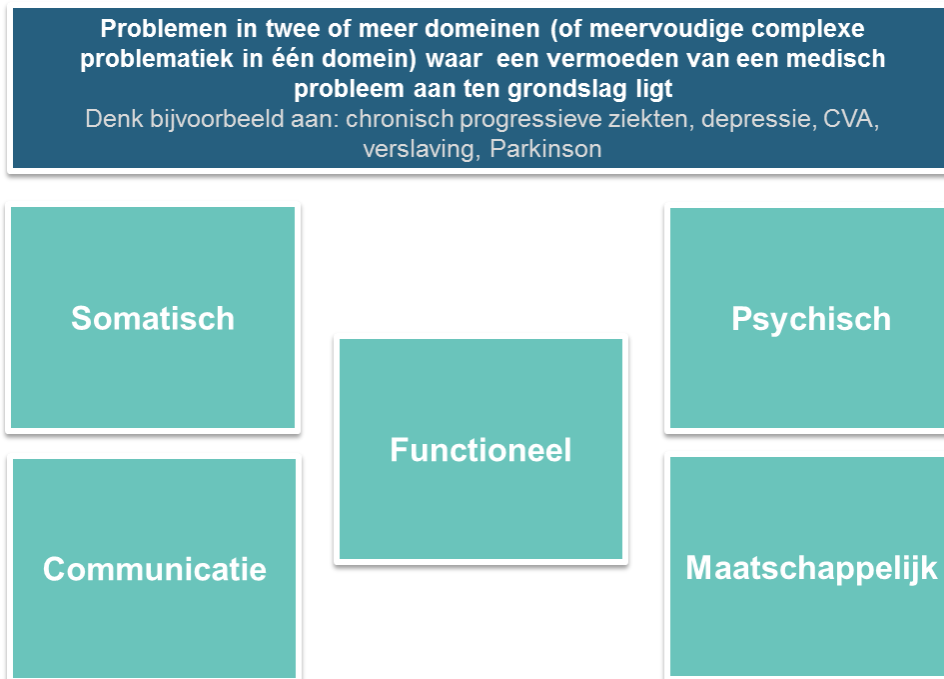
#### 3.1 Multidomeinproblematiek

15 Bij deze kwetsbare doelgroepen staat multidomeinproblematiek (zie figuur 2), die een integrale aanpak behoeft, centraal. Patiënten komen meestal bij de specialist ouderengeneeskunde terecht met een klacht over elkaar beïnvloedende problemen/klachten die een integrale aanpak behoeven die enkelvoudige disciplines niet kunnen oppakken. De diagnose is in veel gevallen niet duidelijk en om die reden is het van belang om met name de symptomen van kwetsbaarheid te herkennen en te beschrijven. Zonder te trachten om tot een limitatieve lijst van deze symptomen en beperkingen te komen, geeft figuur 2 een overzicht van de domeinen waarin zich problemen voordoen bij de patiënten bij wie zorg van een specialist ouderengeneeskunde gebaat kan zijn. Veelal ervaren deze patiënten problemen op meerdere leefdomeinen of meerdere problemen op een van de vijf genoemde leefdomeinen. Hoewel de professionele afweging bij kwetsbaarheid voorop staat kan gezegd worden dat het vermoeden van problemen in twee of meer domeinen (of meervoudige complexe problematiek in één domein), waar een vermoeden van een medisch probleem aan ten grondslag ligt, een indicatie is van een hulpvraag waarbij de specialist ouderengeneeskunde van toegevoegde waarde kan zijn.

16 Op het moment dat de huisarts samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde zoekt, is niet altijd duidelijk dat de problematiek meerdere domeinen raakt of in welke domeinen de problematiek zich afspeelt. Dit wordt verhelderd door middel van diagnostiek door de specialisten ouderengeneeskunde. Veel voorkomende problemen of diagnoses zijn: depressie, dementie, multiple sclerose (MS), hartfalen, nierfalen,

<sup>2</sup> Zie het 'Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde'.

valincidenten (bewegingsapparaat), incontinentie, huidproblemen (decubitus/wonden), cerebrovasculair accident (CVA), verslaving en Parkinson.



Figuur 2. Schematische weergave van de doelgroep van de specialist ouderengeneeskunde.

### 3.2 Indruk van de doelgroep

17 Het beroepsprofiel van Verenso (2012) omschrijft kwetsbaarheid bij ouderen als een 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.

#### Casus 1

Een 92-jarige vrouw woont zelfstandig in een groot huis. Sinds enige tijd is haar mobiliteit zo achteruitgegaan dat ze niet zelfstandig meer kan douchen en aankleden. Hiervoor krijgt ze thuiszorg. Haar dochter doet wekelijks de boodschappen voor haar. Maaltijden worden dagelijks bezorgd door een particuliere maaltijden-aan-huisservice. Doordat mevrouw in huis gevallen is en daarbij een snee in haar knie heeft opgelopen, komt ze met haar dochter bij de huisarts. Tijdens het gesprek geeft haar dochter aan dat haar moeder steeds vergeetachtiger wordt en dat haar gedrag de laatste tijd ook verandert, waardoor ze soms weigert te eten of drinken. Ze vraagt de huisarts wat de oorzaak hiervan is en wat eraan te doen is. Mevrouw slikt de nodige medicatie onder andere voor haar al langer bestaande hoge bloeddruk en Diabetes Mellitus type 2. Daarbij neemt ze dagelijks pijnstilling voor de pijn door artrose. De huisarts vraagt zich af of hier sprake is van beginnende dementie en of het nog verantwoord is dat deze patiënte alleen thuis woont. Met deze vraag krijgt de specialist ouderengeneeskunde de patiënte in behandeling.

18 Het gevolg hiervan kan zijn een neerwaartse spiraal van toenemend functie- en regieverlies en daarmee inherent verminderde zelfredzaamheid. Ook kan deze kwetsbaarheid zich voordoen bij relatief jonge patiënten, volwassenen met specifieke chronische ziekten zoals neurodegeneratieve aandoeningen (MS, ALS), het syndroom van Korsakov, patiënten in een langdurige vegetatieve toestand, patiënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH) en jonge terminale patiënten. Het regieverlies is daarbij niet alleen kenmerkend voor de patiënt. Ook bij de omgeving en de huisarts speelt vaak een afname van overzicht en grip op de situatie, waardoor de behoefte aan een bredere blik van en een assessment door de specialist ouderengeneeskunde toeneemt.

### Casus 2

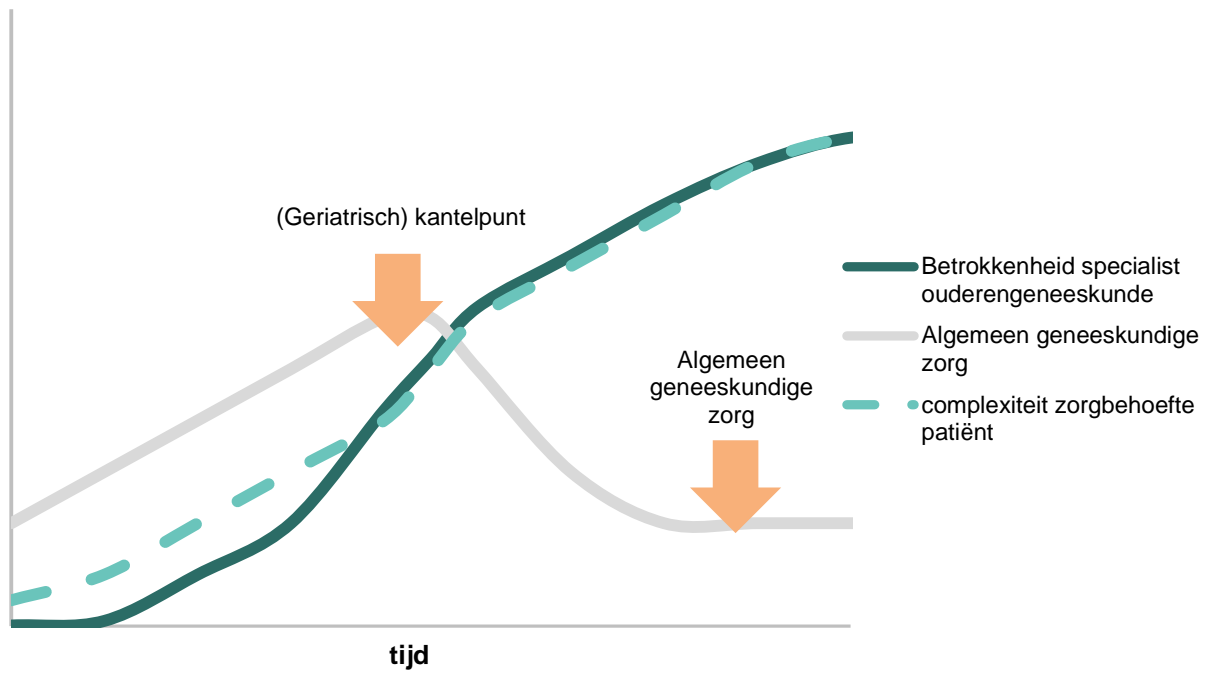
Een 87-jarige man heeft na een val zijn heup gebroken. Hiervoor is hij geopereerd. Tijdens de ziekenhuisopname is hij delirant geweest en gedecompenseerd. Ook heeft hij daar een urineweginfectie doorgemaakt. Verder is de heer bekend met Diabetes Mellitus type 2 en hartfalen. Meneer woont zelfstandig in een woning met twee verdiepingen. Hij had al een huishoudelijke hulp voordat het valincident plaatsvond en kreeg daarbij ondersteuning van zijn kinderen bij het boodschappen doen en bij het bereiden en eten van zijn maaltijden. Deze patiënt wordt door de specialist ouderengeneeskunde behandeld op de GRZ ter revalidatie om weer thuis zelfstandig te kunnen functioneren.

### 3.3 Verhouding betrokkenheid huisarts en specialist ouderengeneeskunde

19 Naarmate de complexiteit van de zorgvraag toeneemt, neemt de waarde van betrokkenheid van en behandeling door de specialist ouderengeneeskunde toe. 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 (geriatriesch) 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. Voor nadere richting aan de samenwerking tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde verwijzen we naar de 'Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde' (Landelijke Huisartsen Vereniging, Verenso 2016).

### Casus 3

Man van 39 jaar NAH, bilateraal subduraal hematoom (type hersenbloeding), heeft langdurig in coma op de intensive care gelegen. Mijnheer is vanuit het ziekenhuis overgeplaatst naar specialistische revalidatie, maar door een langzaam herstel en de complexe problematiek die zowel van cognitieve (ernstige gedragsproblematiek) als van somatische aard was, werd de mijnheer overgeplaatst naar een GRZ afdeling en kwam onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde. Na 6 maanden GRZ is hij opgenomen op een somatische afdeling in een verpleeghuis (gespecialiseerd in NAH). Op de somatische afdeling kreeg mijnheer onder regie van de specialist ouderengeneeskunde intensieve behandeling (onder andere fysiotherapie, diëtiste en psycholoog) om zijn gedragsstoornis te begeleiden. Deze intensieve therapie heeft ertoe geleid dat mijnheer na een jaar weer kon lopen met een hulpmiddel. De directe omgeving van mijnheer is geïnstrueerd en heeft begeleiding gehad ten aanzien van de gedragsproblematiek.

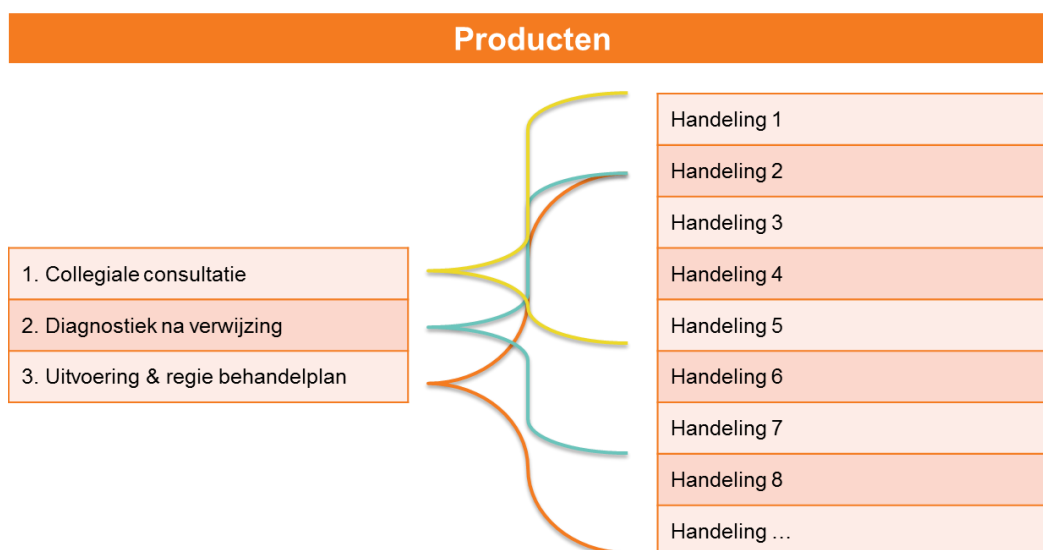


Figuur 3. Glijdende schaal geneeskundige zorg (door huisarts) en betrokkenheid specialist ouderengeneeskunde

## 4. Toelichting producten en productindeling

20 Specialisten ouderengeneeskunde verrichten verschillende handelingen om een bepaald doel te bereiken. Het doel van de zorgverlening en het moment waarop de specialist ouderengeneeskunde in aanraking komt met de patiënt kan verschillen. Zo kan een specialist ouderengeneeskunde op verzoek van de huisarts indirect (zonder direct patiëntencontact) bij een patiënt betrokken raken of kan een specialist ouderengeneeskunde een patiënt bezoeken bij wie de specialist ouderengeneeskunde al eerder betrokken is geweest. Het productenboek onderscheidt drie uitgangsposities die ieder een eigen doel en gewenst resultaat kennen:

1. Collegiale consultatie;
2. Diagnostiek na verwijzing;
3. Uitvoering van en regie op behandelplan.



Figuur 4. schematische weergave opbouw productenboek

21 Deze uitgangsposities onderscheiden zich van elkaar in duur, intensiteit en dynamiek van de zorgverlening en daarom hanteren wij deze drie uitgangsposities als basis voor het productenboek van de specialisten ouderengeneeskunde<sup>3</sup>. Binnen de drie uitgangsposities maken wij onderscheid tussen producten. De vorm waarin zorg verleend wordt (een consultatie over één patiënt of een intercollegiale consultatie over meerdere patiënten), de mate van urgentie en de mate waarin de specialist ouderengeneeskunde over informatie (over het zorgverleden) van de patiënt beschikt is onder andere bepalend voor dit verdere onderscheid in producten.

22 De handelingen die specialisten ouderengeneeskunde verrichten, verlenen zij binnen de verschillende uitgangsposities en producten. De handelingen binnen de verschillende uitgangsposities bepalen de uiteindelijke inhoud en omvang van geleverde zorg en daarmee de zorgkosten (in verband met personele inzet en benodigde resources). Zoals eerder aangegeven kan een specialist ouderengeneeskunde op

<sup>3</sup> Diagnoses bleken geen goede voorspeller te zijn voor de duur, aard en intensiteit van de geleverde zorg, daarom zijn de producten (in tegenstelling tot veel andere prestaties in de zorg) niet gebaseerd op diagnoses.

verschillende momenten in het behandeltraject van een patiënt betrokken raken: een specialist ouderengeneeskunde kan geconsulteerd worden door een huisarts, medebehandelaar zijn en regie voeren over een (bepaald onderdeel van de) behandeling en hoofdbehandelaar zijn van een patiënt. De vorm is afhankelijk van de complexiteit van de problemen die een patiënt heeft en werkafspraken tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde. In de intramurale setting is de specialist ouderengeneeskunde eindverantwoordelijk voor het medisch beleid van de patiënt. De algemeen geneeskundige zorg kan in een intramurale setting zowel door de specialist ouderengeneeskunde als een huisarts geleverd worden.

23 Vanwege de complexe problematiek van de doelgroep kunnen gezondheidsstadia regelmatig en acuut wijzigen, waardoor continue inzet van diagnostische handelingen nodig is. De uitgangspositie diagnostiek na verwijzing heeft als uitkomst een afgestemd behandelplan.

24 In de derde uitgangspositie voert de specialist ouderengeneeskunde (deel)regie op de uitvoering van het behandelplan, dit volgt logischerwijs op de uitgangspositie waarin de diagnose wordt gesteld en waarin een behandelplan wordt opgesteld en afgestemd. Een belangrijk onderdeel van de behandeling is in veel gevallen regievoering door de specialist ouderengeneeskunde op de inhoud en de uitvoering van het behandelplan. Ook kan de specialist ouderengeneeskunde zelf (algemeen) geneeskundige zorg bieden. De specialist ouderengeneeskunde maakt in veel gevallen gebruik van een multidisciplinair overleg (MDO) om regie te voeren. Een MDO streeft de volgende doelen na:

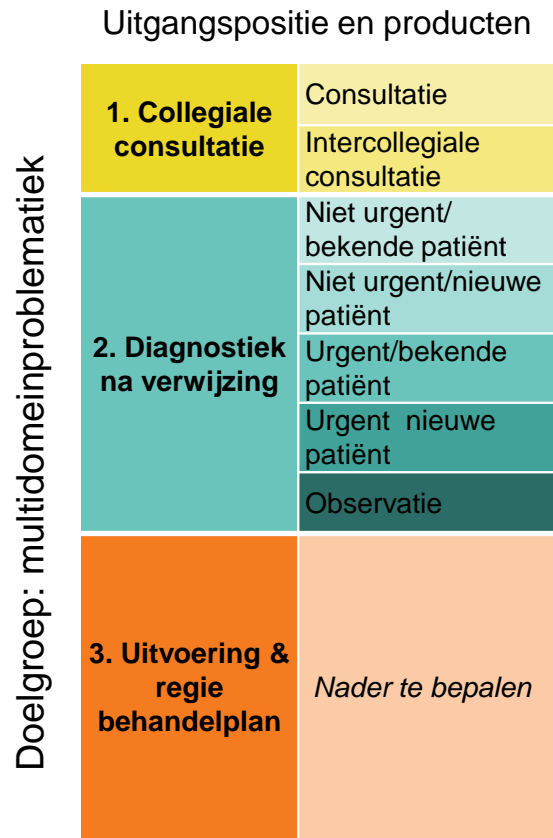
- Het uitwisselen van informatie over de patiënt en met de patiënt;
- De behandeldoelen, zorgdoelen en bijbehorende acties periodiek te toetsen en bij te stellen;
- Het vaststellen van het medisch beleid en de behandeldoelen en zorgdoelen met betrokken disciplines.

25 De specialist ouderengeneeskunde stuurt deze processen aan, bewaakt het, ziet toe op de uitvoering en evalueert de behandeling met de patiënt<sup>4</sup>. Een patiënt kan alle drie de uitgangsposities (meerdere malen) doorlopen, maar ook na collegiale consultatie of diagnostiek na verwijzing in contact komen met een specialist ouderengeneeskunde en een of twee uitgangsposities doorlopen. Het uitvoeren van en regie voeren op de behandeling (uitgangspositie drie) kan niet worden doorlopen zonder diagnostiek na verwijzing (uitgangspositie 2). Een specialist ouderengeneeskunde doet altijd zelf onderzoek naar eerder gestelde diagnoses.

<sup>4</sup> <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Handreikingen/VER00331-HandrMultidoverl-DEF.pdf>.

## 5. Productenboek

26 Figuur 5 (zie volgende pagina) geeft een compleet overzicht van de productenindeling. In de volgende paragrafen beschrijven wij de verschillende producten binnen de drie uitgangsposities. Daarna volgt een toelichting op de handelingen en op niet-patiëntgebonden handelingen die door een specialist ouderengeneeskunde uitgevoerd worden.



| Handeling                                                                                      | Uitgangspositie |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Triage/verwijzen/indiceren/doorsturen                                                          | ■ ■             |
| Opstellen differentiële diagnose                                                               | ■ ■             |
| Scenario denken                                                                                | ■ ■             |
| Euthanasieverzoeken beoordelen                                                                 | ■ ■             |
| Afgeven geneeskundige verklaringen                                                             | ■ ■             |
| Medicatieadvies                                                                                | ■ ■             |
| Primaire, secundaire en tertiaire preventie                                                    | ■ ■ ■           |
| Geriatrisch Assessment:                                                                        |                 |
| 1. Inventarisatie (medicatie en voorgeschiedenis)                                              |                 |
| 2. Anamnese                                                                                    | ■               |
| 3. Psychiatrisch onderzoek                                                                     |                 |
| 4. Lichamelijk onderzoek                                                                       |                 |
| 5. Aanvullend (lab)onderzoek                                                                   |                 |
| Gesprek patiënt/familie/mantelzorg/naasten over behandelplan (shared decision making)          | ■               |
| Behandelplan opstellen                                                                         | ■               |
| Advance care planning                                                                          | ■ ■             |
| Bijstellen/review medicatie (polyfarmacie)                                                     | ■ ■             |
| Bespreken inzet vrijheidsbeperkende maatregelen                                                | ■ ■ ■           |
| Afstemmen met en advies geven aan familie/mantelzorg/naasten thuiszorg en/of casemanager       | ■               |
| Raadplegen, verwijzen, informeren, afstemmen en aansturen (para)medici en verzorgend personeel | ■               |
| Observatie                                                                                     | ■ ■             |
| Periodieke evaluatie met patiënt/ familie/ naasten (bijstelling behandelplan)                  | ■               |
| Regie op behandeling                                                                           | ■               |
| Multidisciplinaire evaluatie behandelplan                                                      | ■               |
| Vorbereiden rechterlijke machtiging en bijwonen zitting                                        | ■               |
| Overige geneeskundige zorg                                                                     | ■               |

| Indirecte niet-patiëntgebonden handelingen                   |                                            |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| - Medisch beleid en preventiebeleid                          | - Deskundigheidsbevordering                |
| - Organiseren van en participeren in zorg- en behandelketens | - Opleiding                                |
|                                                              | - Kwaliteitsbevordering en -verantwoording |

Figuur 5. Overzicht productenindeling



## 5.1 De uitgangspositie van de patiënt en daarbij horende producten

27 De specialist ouderengeneeskunde verleent medische zorg bij complexe (geriatrische) zorgproblemen, waarbij het versterken van de functionele autonomie en kwaliteit van leven van de patiënt belangrijk zijn. Deze complexe medische zorg wordt, ongeacht de locatie waar de patiënt zich bevindt, gegeven<sup>5</sup>. Er zijn verschillende uitgangsposities waar een specialist ouderengeneeskunde in beeld kan komen bij de patiënt. De uitgangsposities en de uitsplitsing van producten binnen de uitgangsposities worden hieronder toegelicht.

### 1. Collegiale consultatie

28 De specialist ouderengeneeskunde kan door de huisarts en andere medici geconsulteerd worden. Afhankelijk van de vraagstelling van de collega en de problematiek van de patiënt, biedt de specialist ouderengeneeskunde specifieke medische zorg<sup>6</sup>. De handelingen zijn afhankelijk van de vraagstelling van de collega en van diagnostische bevindingen tijdens de consultatie. Een specialist ouderengeneeskunde kan onder andere de medische voorgeschiedenis beoordelen (op basis van de gegevens van de collega-arts), de hulpvraag/wensen van de patiënt/familie/mantelzorger/naasten verhelderen en een probleeminventarisatie en analyse uitvoeren<sup>7</sup>. Daarnaast kan de specialist ouderengeneeskunde een advies geven over een behandel- of zorgplan en met zijn kennis van het zorglandschap de collega medicus helpen bij vragen over doorverwijzing naar bepaalde (paramedische) zorg of adviseren een geriatrisch assessment te laten uitvoeren door de specialist ouderengeneeskunde. Een collegiale consultatie leent zich eveneens goed voor het geven van advies over de toepassing en werking van specifieke medicatie bij ouderen en chronisch zieken.

#### *Consultatie/intercollegiale consultatie*

29 In het productenboek maken wij onder collegiale consultatie onderscheid in twee producten: 'consultatie' en 'intercollegiale consultatie'. Specialisten ouderengeneeskunde zijn bereikbaar en beschikbaar voor vragen van collega's over het beoordelen van de voorgeschiedenis, vraagverheldering, probleeminventarisatie (triage) of voor doorverwijzing. Bij deze twee producten heeft de specialist ouderengeneeskunde geen behandelrelatie met de patiënt en geen direct patiëntencontact.

30 Consultatie vindt plaats tussen een arts (huisarts of medisch specialist) en de specialist ouderengeneeskunde en betreft een vraag over één specifieke patiënt. Bijvoorbeeld over de werking van medicatie bij een specifieke aandoening of voorgeschiedenis, triage, continuering van een bepaalde behandeling et cetera. Deze vorm van consultatie is vaak ongepland, maar kan (in de loop van tijd) ook plaatsvinden in een (wekelijks) overlegmoment tussen de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts. Ook in een relatief korte consultatie kijkt de specialist ouderengeneeskunde vanuit een integrale benadering naar meerdere domeinen van de patiënt. In de toekomst kan een specialist ouderengeneeskunde, ten behoeve van de verwijzing van patiënten naar passende zorg, mogelijk plaats nemen op de spoedeisende hulp (SEH) of huisartsenpost (HAP).

<sup>5</sup> <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Wat-doen-wij/VER-002-4-Beroepsprofiel7int.pdf>.

<sup>6</sup> <http://www.verenso.nl/actueel/nieuwsberichten/2016/handreiking-samenwerking-huisarts-specialist-ouderengeneeskunde/>.

<sup>7</sup> <https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg.org/uploads/verfoldera4ketenzorg.pdf>.

31 Onder intercollegiale (multidisciplinaire) consultatie worden geplande overleggen verstaan waarbij doorgaans meerdere professionals (huisartsen, apothekers, wijkverpleegkundigen, et cetera) zijn betrokken en waarbij meerdere patiënten worden besproken, ingebracht door de professionals. Denk bijvoorbeeld aan vroegsignaleringsprogramma's. De specialist ouderengeneeskunde geeft korte adviezen. Preventie en onderlinge deskundigheidsbevordering spelen hierbij een grote rol.

## 2. Diagnostiek na verwijzing

32 Een tweede uitgangspositie waarop een specialist ouderengeneeskunde in beeld komt betreft de situatie waarbij:

- a. Een patiënt wordt doorgestuurd door een andere arts;
- b. De patiënt wordt opgenomen op een plek voor kortdurend verblijf met behandeling (geriatrische revalidatie, eerstelijnsverblijf of crisisplek), of
- c. Wordt opgenomen voor chronisch langdurige zorg.

Het geriatrisch assessment vormt een belangrijk onderdeel van de diagnostiek. Het geriatrisch assessment is een multidomein onderzoek waarin aandoeningen en problemen worden geïnventariseerd en gediagnosticeerd en de gevolgen hiervan op de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van de patiënt met complexe problemen in kaart worden gebracht (Verenso 2014). Daarnaast wordt de belasting van de mantelzorggeer geïnventariseerd. Afhankelijk van de situatie worden de specifieke onderdelen uit het geriatrisch assessment toegepast, niet altijd worden alle onderdelen van het geriatrisch assessment uitgevoerd en het geriatrisch assessment wordt ook niet altijd direct uitgevoerd<sup>8</sup>.

33 De specialist ouderengeneeskunde stelt samen met de patiënt/mantelzorggeer/naasten de voorlopige behandeldoelen vast. Het geriatrisch assessment resulteert in een medisch behandeladvies voor de collega-arts of in een behandelplan voor de (mede)behandeling door de specialist ouderengeneeskunde. De behandeldoelen zijn op de patiënt/mantelzorggeer/naasten afgestemd en met hen besproken (Verenso 2014). De behandelaren van de patiënt dragen er zorg voor dat relevante informatie voor de patiënt, de verpleging en de verzorging opgenomen wordt in het zorg(leef)plan van de patiënt.

34 Naast het bespreken en afstemmen van het behandelplan kan de specialist ouderengeneeskunde uitgebreid in gesprek gaan met de patiënt en zijn of haar familie/mantelzorggeer/naasten over het verwachte ziekteverloop en de toekomstige (wel of niet starten of doorgaan met de) behandeling daarvan. Advance care planning (ACP) is een proces waarbij de patiënt met zijn behandelend arts zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg en behandeling rond het ziekteproces en tot en met het levenseinde bespreekt en eventueel vastlegt, vooruitlopend op het moment dat de patiënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen. De uitkomsten van ACP zijn onderdeel van het behandelplan.

35 Op basis van de uitkomst van het geriatrisch assessment en in overleg met de patiënt en de familie/mantelzorggeer/naasten kan eveneens besloten worden om geen specifieke behandeling te starten op

<sup>8</sup> Bijvoorbeeld in geval van eerstelijnsverblijf, waar de patiënt eerst moet stabiliseren en intercurrente problemen (zoals een urineweginfectie) moeten worden opgelost om een representatieve uitkomst uit een geriatrisch assessment te verkrijgen (verwardheid bij een urineweginfectie blijkt bijvoorbeeld een delier en geen dementie).

ontdekte diagnoses. Het besluit om niet te behandelen wordt genomen op basis van toegevoegde waarde voor de patiënt die het verwachte resultaat van de behandeling oplevert versus de belasting die de behandeling voor de patiënt oplevert. De specialist ouderengeneeskunde voert over het niet behandelen een uitgebreid gesprek met de patiënt en de familie/mantelzorger/naasten. Tijdens dit gesprek worden de palliatieve behandelinterventies en begeleiding besproken met patiënt en de familie/mantelzorger/naasten.

*Niet urgent/urgent/bekende cliënt/nieuwe cliënt/observatie*

36 In het productenboek maken wij voor de tweede uitgangspositie onderscheid in vijf producten. Een geriatrisch assessment kan op verzoek van een andere arts worden uitgevoerd of wanneer een patiënt wordt opgenomen voor GRZ, ELV of chronische langdurige of palliatieve zorg. In een dergelijke situatie draagt de arts de voorgeschiedenis van een patiënt met aanvullende relevante informatie over aan een specialist ouderengeneeskunde. Wij maken onderscheid tussen urgente en niet urgente verwijzingen, bekende en nieuwe patiënten omdat dit van invloed is op de tijdsinvestering van een specialist ouderengeneeskunde aan een patiënt. De tijdsinvestering is meestal groter wanneer een specialist ouderengeneeskunde bij een nieuwe patiënt betrokken raakt, dan bij een patiënt van wie de specialist ouderengeneeskunde de voorgeschiedenis al kent. Urgente verwijzingen zijn tijdsintensiever dan niet urgente verwijzingen vanwege het (mogelijk) ontbreken van een goede overdracht en/of de voorgeschiedenis van de patiënt. Bovendien vraagt handelen bij urgente verwijzingen directe beschikbaarheid van een specialist ouderengeneeskunde.

37 In sommige situaties is het noodzakelijk om de patiënt een tijdje te observeren, zodat de specialist ouderengeneeskunde meer over de patiënt te weten komt. De opgedane informatie wordt vervolgens meegenomen in het geriatrisch assessment en vormt input voor het op te stellen behandelplan en de behandeling.

38 Een geriatrisch assessment wordt soms opnieuw uitgevoerd bij een patiënt als de situatie daarom vraagt, bijvoorbeeld in geval van (onbegrepen of plotselinge) achteruitgang van een patiënt die van invloed is op het behandeldoel. Wij bevelen aan in een vervolgproces te onderzoeken wanneer een specialist ouderengeneeskunde het geriatrisch assessment opnieuw uitvoert. Een vervolgonderzoek kan meer inzicht in de professionele afweging geven die een specialist ouderengeneeskunde maakt. Mogelijke aanleidingen voor een nieuw geriatrisch assessment zijn:

- Als een behandeltraject is afgerond en de specialist ouderengeneeskunde opnieuw wordt gevraagd voor diagnostiek;
- Bij een dusdanige achteruitgang in het functioneren van de patiënt dat een geriatrisch assessment nodig is om tot een nieuw behandelplan te komen.

### **3. Uitvoeren van en regie op behandelplan**

39 De door patiënt en specialist ouderengeneeskunde vastgestelde behandeldoelen verschillen in duur, intensiteit en dynamiek van de behandeling en zijn daarmee van invloed op de intensiteit en betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde. Uit dit traject blijkt dat de intensiteit en de betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde deels afhangt van het verschil in behandeldoelen en -wensen, maar de intensiteit en betrokkenheid is niet volledig te verklaren door het onderscheid in behandeldoelen. Het is

daarom onbekend of een productenindeling op basis van behandeldoelen onderscheidend genoeg is en of patiënten valide en betrouwbaar in te delen zijn in deze producten. Mogelijk kan de inzet en betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde bij het uitvoeren en regievoeren op een behandeling verklaard worden door (de toevoeging van) andere dimensies zoals:

- Laag complex versus hoog complex;
- Medebehandelaarschap versus hoofdbehandelaarschap;
- Extramuraal versus intramuraal;
- Kortdurend versus langdurende zorg;
- Solitair versus multidisciplinair.

40 In het hoofdstuk aanbevelingen doen wij suggesties voor vervolgonderzoek naar welke dimensies bepalend zijn voor de inzet en handelingen van de specialist ouderengeneeskunde en daarmee onderscheidend zijn voor producten binnen deze uitgangspositie.

#### *Behandeldoelen*

41 Ondanks dat de behandeldoelen onvoldoende de inzet en de handelingen van de specialist ouderengeneeskunde verklaren om onderscheidende producten te maken op basis van behandeldoelen, lichten we in bijlage A toe wat we hebben opgehaald over de duur, intensiteit en dynamiek van de verschillende behandeldoelen. Kenmerkend voor de doelgroep is dat deze behandeldoelen naast elkaar kunnen bestaan bij een patiënt.

## **5.2 Handelingen**

42 De specialist ouderengeneeskunde kan afhankelijk van de uitgangspositie verschillende handelingen verrichten. Deze handelingen worden weergegeven in onderstaande tabel. Op basis van de professionele afweging voert de specialist ouderengeneeskunde een of meerdere handelingen uit.

| <b>Handeling</b>                      | <b>Omschrijving van handeling</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Triage/verwijzen/indiceren/doorsturen | Beoordelen wat de urgentie van een hulpvraag is/verwijzen naar de tweede- of derdelijn/aangeven welke (para)medische zorg noodzakelijk is/doorsturen naar paramedici of andere zorg.                                                                                                                                                   |
| Opstellen differentiële diagnose      | Opstellen van mogelijke diagnoses gegeven de klachten en symptomen die op dat moment bekend zijn of onderzoeken van klachten en symptomen.                                                                                                                                                                                             |
| Scenario denken                       | Opstellen van diverse patiëntscenario's om te anticiperen op mogelijke toekomstige situaties.                                                                                                                                                                                                                                          |
| Euthanasieverzoeken beoordelen        | Met de patiënt het euthanasieverzoek doorspreken, inschatten van wilsbekwaamheid en toetsen aan euthanasiëcriteria specifiek voor euthanasievraagstukken bij patiënten met onder andere dementie, voortoetsing van zorgvuldigheidscriteria euthanasie waar twijfels bestaan over wilsbekwaamheid en de ondraaglijkheid van het lijden. |
| Afgeven geneeskundige verklaringen    | Het opstellen van geneeskundige verklaringen voor instanties die patiënten vragen om een medische verklaring. Doorgaans is het hiervoor nodig de patiënt te zien.                                                                                                                                                                      |
| Medicatieadvies                       | Advisering aan collega arts wat betreft gebruik en werking medicatie van de patiënt.                                                                                                                                                                                                                                                   |

| Handeling                                                                                                                                                                               | Omschrijving van handeling                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zorggerichte preventie en geïndiceerde preventie                                                                                                                                        | Maatregelen en adviezen ten behoeve van het voorkomen, vroegsignaleren of het voorkomen van verergering van, complicaties aandoeningen en beperkingen bij een patiënt <sup>9</sup> .                                                                                                    |
| Geriatrisch Assessment:<br>1. Inventarisatie (medicatie en voorgeschiedenis)<br>2. Anamnese<br>3. Psychiatrisch onderzoek<br>4. Lichamelijk onderzoek<br>5. Aanvullende (lab) onderzoek | (Multidomein)onderzoek waarin aandoeningen en problemen worden geïnventariseerd en gediagnosticeerd. De gevolgen daarvan, op de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van de oudere patiënt, worden in kaart gebracht. Daarnaast wordt de belasting van de mantelzorggeïnventariseerd. |
| Gesprek patiënt/familie/mantelzorg/naasten over behandelplan (shared decision making)                                                                                                   | Afstemmen en bespreken van het behandelplan met patiënt en zijn familie/mantelzorggeïnventariseerd.                                                                                                                                                                                     |
| Behandelplan opstellen                                                                                                                                                                  | Opstellen van een behandelplan naar aanleiding van het geriatrisch assessment. Hierbij kan 'geen behandeling' of 'geen actie' ook een behandelplan zijn.                                                                                                                                |
| Advance care planning                                                                                                                                                                   | Doelen, wensen en voorkeuren voor zorg rond het ziekteproces en tot en met het levenseinde van de patiënt bespreken met de patiënt en eventueel vastleggen, vooruitlopen op het moment dat de patiënt niet meer zelf in staat is om beslissingen te nemen <sup>10</sup> .               |
| Bijstellen/review medicatie (polyfarmacie)                                                                                                                                              | Volledig in kaart brengen welke medicatie een patiënt gebruikt en bijstellen indien mogelijk en nodig.                                                                                                                                                                                  |
| Bespreken inzet vrijheidsbeperkende maatregelen                                                                                                                                         | Inventariseren en vaststellen of vrijheidsbeperkende maatregelen noodzakelijk zijn; voorbereiden en coördineren inzet vrijheidsbeperkende interventies.                                                                                                                                 |
| Afstemmen met en advies geven aan familie/mantelzorg/naasten thuiszorg en/of casemanager                                                                                                | Afstemming met de omgeving van de patiënt gedurende het behandeltraject waarin ruimte is voor vragen en advies aangaande de behandeling van de patiënt.                                                                                                                                 |
| Raadplegen, verwijzen, informeren, afstemmen en aansturen (para)medici en verzorgend personeel                                                                                          | Coördinatie en aansturing van professionals betrokken bij het behandel- en zorgtraject van de patiënt en advies/overleg vragen bij een collega neuroloog of psychiater.                                                                                                                 |
| Observatie                                                                                                                                                                              | Observeren van de situatie van de patiënt en van daaruit aanpassingen maken in het behandeltraject en/of besluiten welke behandeldoelen nodig zijn.                                                                                                                                     |
| Periodieke evaluatie met patiënt/familie/naasten (bijstelling behandelplan)                                                                                                             | Evalueren van het behandeltraject om te inventariseren wat de voor(ui)tgang is en waar aanpassingen nodig zijn.                                                                                                                                                                         |
| Regie op behandeling                                                                                                                                                                    | Continue evaluatie en coördinatie van het behandelplan van de patiënt en daaruit voortvloeiende activiteiten.                                                                                                                                                                           |
| Multidisciplinaire evaluatie behandelplan                                                                                                                                               | Evaluatie van het behandeltraject met alle betrokken disciplines om de voor(ui)tgang te inventariseren en waar nodig aanpassingen te maken.                                                                                                                                             |
| Vorbereiden rechterlijke machtiging en bijwonen zitting                                                                                                                                 | Opstellen van een geneeskundige verklaring en indien nodig bijwonen zitting in de rechtbank.                                                                                                                                                                                            |
| Overige geneeskundige zorg                                                                                                                                                              | Geneeskundige zorg die buiten het behandelplan valt of zich incidenteel voordoet. Treedt bij de doelgroep (ouderen) met complexe problematiek intermitterend op (bijkomende verkoudheid, griep, oortontsteking et cetera).                                                              |

Tabel 2. Handelingen specialist ouderengeneeskunde

<sup>9</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2007/07/16/van-preventie-verzekerd>.

<sup>10</sup> <https://www.ntvg.nl/artikelen/kwetsbare-ouderen-en-advance-care-planning>.

### 5.3 Niet-patiëntgebonden handelingen

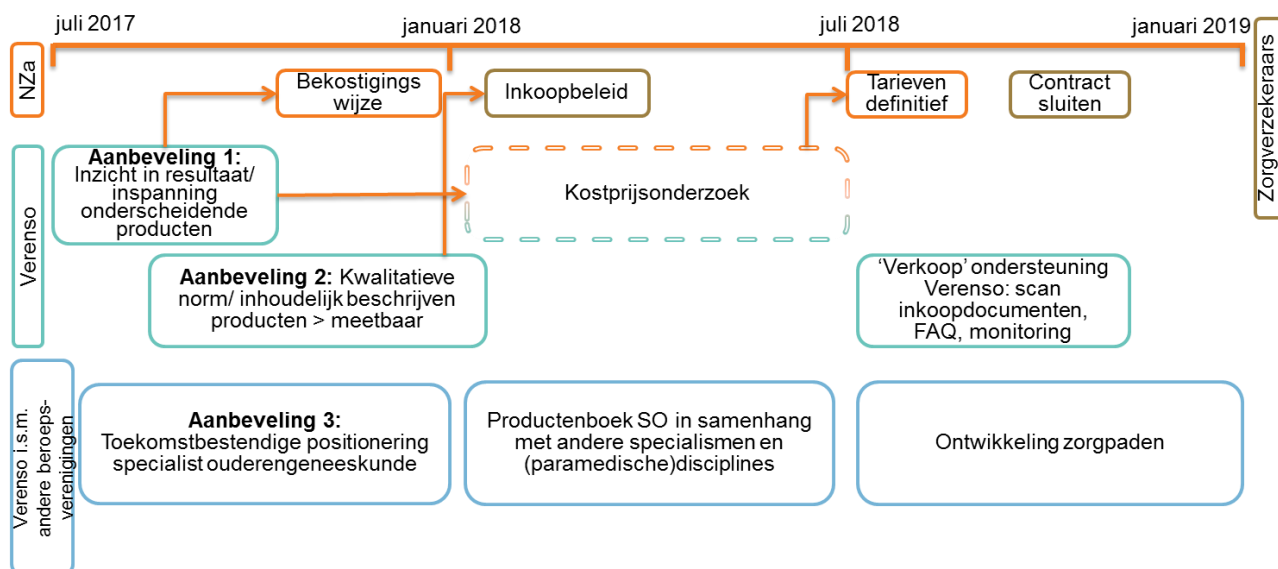
43 Naast patiëntgebonden handelingen voeren specialisten ouderengeneeskunde zowel intra- als extramuraal niet-patiëntgebonden handelingen uit die bijdragen aan de kwaliteit van zorgverlening. Voorbeelden van deze niet-patiëntgebonden handelingen worden in onderstaande tabel toegelicht.

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Medisch beleid/infectiepreventie         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De specialist ouderengeneeskunde is in de instelling altijd verantwoordelijk voor het opstellen van en regievoering op het medisch beleid en kan adviseren aan een particulier huis of (extramuraal) gezondheidscentrum.</li> <li>• Praktijkvoering (personeelsbeleid, financiële verantwoordelijkheid, facilitaire organisatie, ICT) en de advisering in commissies en de raad van bestuur binnen instellingen.</li> <li>• De specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor inhoudelijke advisering en over het beleid voor hygiëne, de infectiepreventie, medicatieveiligheid en medicatiebeleid, decubitus, de mondzorg, het BOPZ-beleid, de verantwoorde uitvoer van medische wetgeving (WGBO, BIG, Wkkgz), de valpreventie, de hulpmiddelen en het afhandelen van ernstige incidenten/calamiteiten.</li> </ul> |
| Participeren in zorg en behandelketens   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het samenwerken met en bevorderen van samenwerking in de bredere medische as (huisarts, medisch specialisten, Wmo et cetera).</li> <li>• Medische supervisie geven aan zorgteams.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Opleiding                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het bijhouden van vakliteratuur en (wetenschappelijke) ontwikkelingen binnen het vak en het eigen medisch handelen daarop blijven aanpassen.</li> <li>• Een bijdrage leveren aan wetenschappelijke onderbouwing van het vak.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Deskundigheidsbevordering                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casuïstiek bespreken met collega's.</li> <li>• Deelnemen aan deskundigheidsbevordering.</li> <li>• Deelnemen aan visitatie.</li> <li>• Deelnemen aan intervisie.</li> <li>• Het begeleiden en coachen van collega specialisten ouderengeneeskunde en studenten geneeskunde.</li> <li>• Het begeleiden en supervisie geven aan arts in opleiding tot specialist (aios)/verpleegkundig specialisten.</li> <li>• Onderwijs geven aan verpleegkundigen en andere ondersteunende beroepsbeoefenaren.</li> <li>• Het geven van medisch onderwijs en het begeleiden van betrokken professionals en zorgteams door middel van klinische lessen, casuïstiekbespreking, et cetera.</li> </ul>                                                                                                                                          |
| Kwaliteitsbevordering en -verantwoording | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening.</li> <li>• Het vormgeven van aanpassingen en veranderingen in het zorgaanbod.</li> <li>• De kwaliteit van zorg en behandeling.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

Tabel 3. Niet-patiëntgebonden handelingen

## 6. Aanbevelingen

44 Dit productenboek geeft Verenso handvatten voor de inrichting van het proces richting de overheveling van de extramurale behandeling naar de Zvw. In dit hoofdstuk doen wij enkele aanbevelingen voor vervolgonderzoek om het productenboek verder uit te werken. Het uitgangspunt voor dit onderzoek is dat de rol en handelingen van de specialist ouderengeneeskunde in de verschillende settings grotendeels vergelijkbaar zijn. In het onderzoek werd duidelijk dat er aanleiding is om nader te onderzoeken in hoeverre de huidige praktijk voor de intramurale setting verschilt ten opzichte van handelingen die specialisten ouderengeneeskunde uitvoeren in de extramurale setting. De overheveling van de extramurale behandeling was directe aanleiding voor het ontwikkelen van een productenboek. Om die reden doen wij in dit hoofdstuk aanbevelingen die specifiek gericht zijn op het doorontwikkelen van het productenboek voor de extramurale behandeling door de specialist ouderengeneeskunde.



Figuur 6. Tijdsplan productontwikkeling extramurale behandeling

### 6.1 Aanbeveling 1: inzicht in inspanning/ resultaat onderscheidende producten

45 Het uitgangspunt voor de productstructuur is dat hij toetsbaar, declareerbaar/betaalbaar en transparant moet zijn. Uit ons onderzoek is onvoldoende duidelijk geworden welke dimensies de duur, intensiteit en dynamiek van het uitvoeren van en de regie op de behandeling verklaren om tot onderscheidende producten te komen. Om die reden doen wij in deze paragraaf een suggestie voor vervolgonderzoek naar welke dimensies bepalend zijn voor de inzet en handelingen van de specialist ouderengeneeskunde, en daarmee onderscheidend zijn voor producten binnen de uitgangspositie voor het uitvoeren van en regievoeren op de behandeling. Naast inzicht in de inspanning tussen producten is voor het bepalen van de bekostigingswijze ook inzicht in het resultaat van de onderscheidende producten uit de drie uitgangsposities van belang.

46 Wij adviseren om vanuit de praktijk op te halen wat leidend is voor de duur, intensiteit en dynamiek van de behandeling door de specialist ouderengeneeskunde en wat het resultaat van de verschillende producten is.

47 Inzet van monitoring en evaluatie gedurende een periode geeft een beter beeld van de praktijk en inzicht aan de dimensies die ten grondslag liggen aan een mogelijke productindeling. Ondanks eventuele praktijkvariatie kan monitoring en evaluatie bijdragen aan een beter beeld van dimensies die van invloed zijn op de duur, intensiteit en dynamiek van de behandeling en het resultaat van de verschillende producten.

48 Daarnaast helpt monitoring en evaluatie om meer inzicht te krijgen in hoe een patiënt in de praktijk de verschillende uitgangsposities doorloopt en wat de reikwijdte van de verschillende producten is. Door middel van monitoren kan worden onderzocht welke situaties voor specialisten ouderengeneeskunde aanleiding zijn om een (een deel van het) geriatrisch assessment opnieuw af te nemen. Dit blijft een uiteraard een professionele afweging, maar informatie over deze afweging kan van invloed zijn op de keuze van de bekostigingsvormen en de spelregels die rondom de bekostiging worden opgesteld. Verenso kan op basis van dit productenboek aan de NZa meegeven welke bekostiging (gezien het resultaat en de aard van de producten) binnen de verschillende startposities passend is. De NZa geeft hierover een advies VWS. VWS neemt vervolgens een beslissing over het tijdsplan en de wijze van bekostigen, waarna de NZa aan de slag gaat met prestaties en tarieven binnen de kaders die VWS aan de NZa meegeeft.

49 Duiding van de duur, intensiteit en dynamiek van de producten evenals het resultaat per product kan als input dienen voor een kostprijsonderzoek. Verenso kan hierin mogelijk gezamenlijk optrekken met de NZa en het onderzoek van input uit de praktijk voorzien en verifiëren of de kostprijzen toereikend zijn door bijvoorbeeld businesscases voor specialisten ouderengeneeskunde in de extramurale setting op te stellen.

## **6.2 Aanbeveling 2: inhoudelijk beschrijven producten**

50 Het productenboek is een aanzet om de wijze waarop specialisten ouderengeneeskunde hun werk uitvoeren binnen de verschillende uitgangsposities (verder) inhoudelijk te beschrijven. Door in kaart te brengen wat er al beschreven is en dit aan te vullen met informatie uit de praktijk van specialisten ouderengeneeskunde die werkzaam zijn in verschillende settings kan de definitie van kwaliteit verder omschreven worden. Hiervoor is het raadzaam in kaart te brengen hoe specialisten ouderengeneeskunde de verschillende handelingen uitvoeren voor de producten binnen de verschillende uitgangsposities. Door de producten inhoudelijk te beschrijven, kan ook inzicht gegeven worden in wat meetbaar kwalitatief goede zorg is. Dit kan gebruikt worden bij de zorginkoop door zorgverzekeraars van extramurale behandeling door de specialist ouderengeneeskunde.

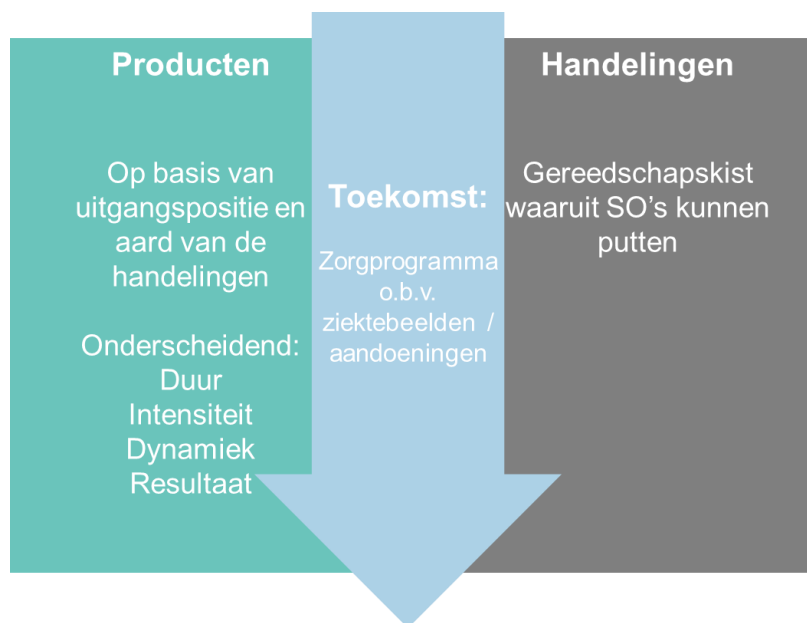
## **6.3 Aanbeveling 3: Toekomstbestendige positionering specialist ouderengeneeskunde**

51 Het beroep van de specialist ouderengeneeskunde is volop in ontwikkeling. De positionering van de specialist ouderengeneeskunde is van invloed op de toekomstige werkpraktijk. Gedurende de ontwikkeling van het productenboek merkten wij dat de huidige praktijkvariatie, over bijvoorbeeld de algemeen geneeskundige zorg en toegang tot de specialist ouderengeneeskunde, de discussie over de toekomstige handelingen en de taak van een specialist ouderengeneeskunde beïnvloedt. Wij adviseren Verenso om een visie op de toekomstige positionering van de specialist ouderengeneeskunde vast te stellen, op basis van waarvan het productenboek doorontwikkeld kan worden.



## 7. Positionering productenboek ten opzichte van andere trajecten

52 Het Zorginstituut concludeerde in de duiding van extramurale behandeling<sup>11</sup> dat een nadere beschrijving van multidisciplinaire zorg per aandoening gerealiseerd moet worden en moet worden beschreven in zorgprogramma's. De producten in dit productenboek zijn niet beschreven op basis van specifieke aandoeningen; de patiënten die de specialist ouderengeneeskunde ziet hebben bijna altijd comorbiditeit en multimorbiditeit waarbij ziekten en gevolgen op elkaar inspelen in een wisselende variatie. De werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde (verrichtingen) zijn daarbij niet voldoende onderscheidend op te stellen naar aandoening. Voor bepaalde ziektebeelden en aandoeningen zijn wel duidelijk te beschrijven accentverschillen, zoals met welke (para)medici wordt samengewerkt en welke doelen worden nagestreefd. In de zorgprogramma's die onder leiding van het Zorginstituut worden opgesteld wordt op basis van aandoening (bijvoorbeeld Huntington, MS, NAH, et cetera) de multidisciplinaire samenwerking verder omschreven. De producten zijn een aanzet voor het uitwerken van zorgprogramma's op basis van specifieke aandoening door het Zorginstituut (Huntington netwerk Nederland 2015). Er zullen altijd complexe patiënten zijn waarvoor geen standaard zorgaanbod, zoals beschreven in zorgprogramma's, passend is.



Figuur 7. Conceptuele weergave zorgpaden ten opzichte van productenboek

53 Figuur 7 is een conceptuele weergave van de samenhang tussen het productenboek en de ontwikkeling van zorgpaden voor bepaalde ziektebeelden en diagnoses. Het productenboek beschrijft een deel van de zorg die in dit geval door de specialist ouderengeneeskunde geleverd wordt, de zorgprogramma's beschrijven op basis van aandoening de multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende professionals.

<sup>11</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/10/31/extramurale-behandeling-ontleed>.

## A. Toelichting behandeldoelen

54 Zoals in paragraaf 5.1 onder het 'uitvoeren van en regie op het behandelplan' is toegelicht, is uit dit onderzoek gekomen dat met de behandeldoelen alleen de inzet en de handelingen van de specialist ouderengeneeskunde onvoldoende verklaart kan worden om onderscheidende producten te maken op basis van behandeldoelen. Desondanks lichten wij hier toe wat we hebben opgehaald over de duur, intensiteit en dynamiek van de verschillende behandeldoelen.

55 Het eerste behandeldoel curatief is gericht op het genezen van somatische of psychische ziekten. Het kan gaan om de behandeling van (delen van) ziekten die naast andere problematiek zijn ontstaan. Het gaat om een kortdurende periode waarbij het behandeldoel afgebakend is. Dit zorgdoel vraagt met name bij de aanvang van de behandeling om een intensieve betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde om de behandeling in te zetten om vervolgens de patiënt te monitoren tot aan genezing. Curatieve behandeling treedt bij de doelgroep (ouderen) met complexe problematiek intermitterend op (bijkomende verkoudheid, griep, oorontsteking et cetera). De constante factoren voor de specialist ouderengeneeskunde zijn de op elkaar in werkende chronische ziektebeelden die gemonitord en periodiek bijgesteld dienen te worden. Deze liggen altijd ten grondslag aan de behandeling door de specialist ouderengeneeskundige.

56 Een tweede behandeldoel betreft stabiliseren. Dit zorgdoel vraagt met name bij de aanvang van de behandeling een intensieve betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde om de behandeling bij te stellen en te optimaliseren. Het doel van stabiliseren is het remmen van de achteruitgang. Deze fase treedt veelal op na het curatieve deel van de medische zorg.

57 Bij een revalidatiedoel is intensieve betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde aan de orde, gericht op het herstellen en verbeteren van aandoeningen. Regie voeren op de behandeling is noodzakelijk om de verschillende betrokken (para)medici en de verschillende onderdelen van de behandeling goed op elkaar af te stemmen. De specialist ouderengeneeskunde is aan het begin van het traject intensief betrokken, de intensiteit van de behandeling neemt gedurende het traject in de meeste gevallen af. Een traject met een revalidatiedoel duurt meestal een aantal weken tot maanden.

58 Chronische zorg heeft zijn eigen dynamiek waarbij het begeleiden van de patiënt in het opvangen van te verwachten exacerbaties van de aandoeningen centraal staat. Na het opstellen en in gang zetten van het behandelplan is de specialist ouderengeneeskunde op gezette tijden betrokken bij de patiënt om het behandelplan af te stemmen met de patiënt en het behandelplan periodiek te evalueren. Dit is een langdurige continue systematische beoordeling van het ziekteproces van ouderen met complexe problematiek.

59 Als het zorgdoel het geven van palliatief terminale zorg is, is de specialist ouderengeneeskunde intensief betrokken vanwege de snel veranderende situatie van de patiënt. In deze situatie stemt de specialist ouderengeneeskunde frequent af met de patiënt en diens familie/mantelzorger/naasten over de in te zetten behandeling en begeleidt de familie/mantelzorger/naasten in de laatste fase door het afscheidproces.

## B. Overzicht betrokken organisaties en leden Verenso

60 Overzicht geïnterviewde organisaties en personen:

- a. Carel Mastenbroek en Dick Achterberg, Zorginstituut Nederland;
- b. Femke Voorn en Maaïke Rautenberg, Nederlandse Zorgautoriteit;
- c. Serge Roufs, specialist ouderengeneeskunde;
- d. Jacqueline de Groot, specialist ouderengeneeskunde en kaderarts 1e lijn en coördinator kaderopleiding;
- e. Jeroen Beljaars, specialist ouderengeneeskunde;
- f. Karel Bruhl, specialist ouderengeneeskunde.

61 Stuurgroep en expertgroep onder leiding van:

- a. Significant: Lieke van de Camp, Rosa Remmerswaal en Irene Lapajjan;
- b. Verenso bureau: Annika Keet en Monique Bogaerts.

62 De stuurgroep (tweemaal bijeengekomen op 20 maart en 15 juni 2017) bestond uit:

- a. De Raad van Toezicht;
- b. De commissie kwaliteit;
- c. De hoogleraren.

63 De expertgroep (viermaal bijeengekomen op 6 april, 8 mei, 22 mei en 13 juni 2017) bestond uit de volgende specialisten ouderengeneeskunde:

- a. Eveline van Opstal;
- b. Martijn Heijens;
- c. Maarten Decates;
- d. Saskia ter Horst;
- e. Amnon Weinberg;
- f. Jorrit van Kampen;
- g. Monica van der Werf;
- h. Ester Bertoleth;
- i. Karel Bruhl;
- j. Marian van Gaasbeek.

## C. Literatuurlijst

Huntington netwerk Nederland (2015). *Zorgprogramma Huntington polikliniek voor diagnostiek en behandeling.*

Landelijke Huisartsen Vereniging, Verenso (2016). *Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde.*

Nederlandse vereniging van artsen voor verstandelijk gehandicapten (2012). *Zorgaanbod van de AVG.*

Verenso (2012). *Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde.*

Verenso (2014). *Handreiking geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde.*

Verenso (2016). *Personeelsleidraad specialisten ouderengeneeskunde.*

Zorginstituut Nederland (2016). *Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw.*