

Algemene beschrijving

‘Samenwerking huisarts & specialist ouderengeneeskunde bij thuiswonende ouderen met complexe multidomeinproblematiek’



Een samenwerkingsproject in het kader van het ZonMw programma ‘Beter Thuis’

December 2025

uno@amsterdamumc.nl



Inleiding

Ouderen met chronische aandoeningen en complexe zorgvragen wonen steeds langer thuis. Dit heeft in de afgelopen jaren geleid tot een intensieve ontwikkeling in de samenwerking tussen huisarts (HA) en specialist ouderengeneeskunde (SO). Deze algemene beschrijving geeft een overzicht van hoe die samenwerking in de praktijk vorm krijgt, gebaseerd op het onderzoek *Beter Thuis met HA en SO*. Het onderzoek bracht de samenwerking in kaart via 124 casussen uit zes initiatieven in zeven regio's, aangevuld met interviews, lerend-netwerkbijeenkomsten en bilaterale contacten met zorgprofessionals, beroeps- en brancheorganisaties (Verenso, LHV, Ineen, Laego, Actiz), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), zorgverzekeraars (in het bijzonder Zilveren Kruis en Menzis), overheidsinstanties (VWS, NZa, Zorginstituut Nederland), Mantelzorg Nederland, Kennisinstituut Vilans, Erasmus Universiteit, Radboud Universiteit, NHG, Patiëntenfederatie, Sociaal Werk Nederland en ZonMW in het kader van het 'Beter Thuis-programma'.

In deze 'Algemene beschrijving' schetsen we in vier kernbeelden de samenwerking en de inhoud van de thuis verleende zorg door de specialist ouderengeneeskunde in samenwerking met de huisarts¹ als ook de bredere context van zorg voor thuiswonende ouderen. Bijlagen bevatten tevens een infographic met een samenvatting van deze beschrijving in eenvoudige taal en aanvullende detailinformatie.

Het onderzoek heeft naast deze beschrijving ook enkele andere resultaatdocumenten opgeleverd. Zie voor een nadere toelichting hierop de 'Leeswijzer en toelichting bij de resultaatrapportage van het 'Beter Thuis met HA en SO-project 2023-2025'.

Het projectteam:

Drs. M.C. van der Heide
Dr. M.J. Angevaare
Prof. Dr. M. Smalbrugge
Dr. F.J.M. Meiland
C.M.H.M. van Doormalen, MCM
Em. prof. dr. J.M.G.A. Schols
Dr. S.J. de Kort
J.F. Bastiaans, MD

uno@amsterdamumc.nl



in samenwerking met:



¹ Daar waar huisarts of specialist ouderengeneeskunde staat, wordt steeds respectievelijk huisarts & team of specialist ouderengeneeskunde & team bedoeld.

Inhoud

Algemene beschrijving ‘Samenwerking huisarts & specialist ouderengeneeskunde bij thuiswonende ouderen met complee multidomeinproblematiek’	4
1. Wat als de zorgvraag van een oudere toeneemt?.....	4
2. Hoe werkt de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn?	6
3. Samenwerkingsvormen van de specialist ouderengeneeskunde met de huisarts.....	9
4. Samenwerking huisarts & specialist ouderengeneeskunde in de lokale / regionale context	11
Bijlage 1: Infographic voor patiënt en mantelzorger	13
Doel: Patiënten en mantelzorgers kort en visueel laten begrijpen wat de SO in de eerste lijn doet, wanneer die wordt ingezet en wat dat voor hen betekent.	13
Bijlage 2: Casusbeschrijvingen	14
Doel: Voorbeeldcasuïstiek geven bij de algemene beschrijving: ‘Over wie gaat het’	14
Bijlage 3: Initiatieven	19
Doel: Voorbeelden laten zien van verschillende invullingen van de samenwerkingen aan de hand van de initiatieven die hebben meegewerkt aan het kwantitatieve onderzoek.	19
Bijlage 4: Kwalitatieve data	23
Doel: Inzicht geven in kwalitatieve data die ten grondslag liggen aan de ‘Algemene beschrijving’. Dit doen we door een overzicht te geven van de belangrijkste thema’s en bijbehorende illustratieve quotes uit interviews en toelichtingen.	23
Bijlage 5: Kwantitatieve data	24
Doel: Inzicht geven in de kwantitatieve analyses die die ten grondslag liggen aan de ‘Algemene beschrijving’. Dit doen we door een overzicht te geven van de belangrijkste cijfers en analyses over de geïncludeerde populatie, de geleverde zorg en de uitkomsten op gebied van kwaliteit van leven, mantelzorglast, tevredenheid, en gemaakte kosten.	24

Algemene beschrijving ‘Samenwerking huisarts & specialist ouderengeneeskunde bij thuiswonende ouderen met complexe multidomeinproblematiek’

Aan de hand van vier afbeeldingen lichten we de samenwerking tussen huisarts (HA) en specialist ouderengeneeskunde (SO) toe, inclusief een beknopte tekst waarin de termen die in de afbeeldingen genoemd zijn vetgedrukt zijn. Overal waar HA of SO staat worden tevens huisarts & team (praktijkondersteuner, verpleegkundig specialist) en SO & team (verpleegkundig specialist, physician assistant, verpleegkundige) bedoeld.

1. Wat als de zorgvraag van een oudere toeneemt?



In Nederland verlenen we zorg volgens een stepped care model, waarbij zorg opgeschaald wordt wanneer de zorgvraag van een oudere toeneemt en wordt afgeschaald indien mogelijk. Dit model is dynamisch en beoogt de zorg zo effectief mogelijk in te zetten, rekening houdend met de situatie van de patiënt en beschikbare capaciteit.

De zorg voor ouderen gaat daarin verder dan alleen de HA en SO en vraagt (veelal) om een brede en geïntegreerde aanpak. De infrastructuur van de samenwerking tussen HA en SO valt binnen de stepped-care infrastructuur voor de (medische) zorg voor ouderen in Nederland. Dit systeem is gebaseerd op de 'ontwikkelgang' van de **vitale oudere** naar de **oude in de palliatieve fase**, waarbij de wisselende zorgbehoefte van de oudere centraal staat. Vanuit dit perspectief kan zorg worden opgeschaald volgens het stepped care-model, maar de zorg is altijd gericht op het bieden van passende zorg (zie kader). Het goed organiseren daarvan is daarom een belangrijke randvoorwaarde voor een succesvolle inzet van de SO in de 1^e lijn.

Volgens het Zorginstituut Nederland zijn de 4 principes van **passende zorg**:

1. Passende zorg is zorg die werkt tegen een redelijke prijs.
2. Passende zorg wordt, waar mogelijk, dicht bij de patiënt georganiseerd.
3. Bij passende zorg beslissen patiënten samen met hun arts over wat voor hen de best mogelijke behandeling is.
4. Passende zorg gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en de aandacht voor wat iemand wel kan.

Vanuit het perspectief van de oudere en de start van de stepped-care begint de zorg bij het behoud van vitaliteit en zelfredzaamheid, daarbij ondersteund door het eigen netwerk. Voor medische problemen doet de oudere eerst een beroep op de **HA, POH & team**. Zij signaleren veranderingen in gezondheid of in functioneren, behandelen en stemmen - waar nodig - af met andere disciplines. Wanneer de zorgvraag van een oudere verandert of toeneemt, is samenwerking tussen verschillende zorgdomeinen essentieel.

Wanneer de problematiek toeneemt en/of complexer wordt, kan de huisarts extra expertise inschakelen, zoals beschikbaar vanuit: de **SO in de thuissituatie**, het **Ziekenhuis / SEH**, of **GGZ & VVT** organisaties. Dit beeld schetst hoe deze verschillende vormen van professionele zorg goed kunnen samenhangen en hoe we ervoor kunnen zorgen dat er goede voorwaarden zijn voor deze samenwerking.

De **SO, VS, PA & hun team** kunnen worden betrokken wanneer er sprake is van multidomeinproblematiek, complexe zorgvragen of een overgang naar de palliatieve fase. Door de specifieke expertise van de **SO, VS, PA & team** dragen zij bij aan diagnostiek, behandeling, begeleiding en het afstemmen van zorg rondom de oudere en diens netwerk.

Ook het **ziekenhuis, SEH, GGZ en VVT** spelen een rol bij acute en/of gespecialiseerde zorgvragen. Door goede samenwerking en korte lijnen tussen de verschillende zorgverleners wordt continuïteit van zorg geborgd, ongeacht of de oudere vitaal is, lichamelijke klachten heeft, met multidomeinproblematiek kampt of zich in de palliatieve fase bevindt.

2. Hoe werkt de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn?



De SO levert medische zorg aan ouderen met complexe multidomeinproblematiek in de thuishet na verwijzing door de HA. Deze geleverde medische zorg door de SO is in vier functionaliteiten onder te verdelen:

1. Inzicht verwerven;
2. Zorgbehandelplan ontwerpen;
3. Zorgbehandelplan uitvoeren en evalueren;
4. Afstemmen en coördineren.

Afhankelijk van de complexiteit van de problematiek zijn deze functionaliteiten deels of allemaal nodig om passende zorg te realiseren. (1) **Inzicht verwerven** en (2) **Zorgbehandelplan ontwerpen** worden altijd ingezet. (3) **Zorgbehandelplan uitvoeren en evalueren** en (4) **Afstemmen en coördineren** worden beide afhankelijk van de complexiteit van de casus ingezet. Er is variatie in duur en intensiteit van betrokkenheid van de SO bij casus en de variatie in aantal ingezette functionaliteiten, maar ook overeenkomst. Zo besteedt de SO eigenlijk altijd ruim de helft van de tijd aan **inzicht verwerven**. Het **afstemmen en coördineren** met andere (zorg)professionals vindt parallel aan andere functionaliteiten op casusniveau maar ook casus-overstijgend plaats, bijvoorbeeld bij het realiseren van de randvoorwaarden binnen de wijk of de regio (zie afbeelding 4).

Kenmerken van de uitvoering van de vier functionaliteiten

Inzetten van inhoudelijke ouderengeneeskundige expertise

Ouderengeneeskundige expertise wordt frequent ingezet bij: cognitieve diagnostiek bij multidomeinproblematiek, signaalgedrag bij dementie, psychiatrische problematiek, functionele problematiek, palliatieve zorg en polyfarmacie.

Laagdrempelige zorg bij mensen thuis

Het feit dat de SO zorg aan huis biedt, levert drie belangrijke voordelen op (ten opzichte van bijvoorbeeld een spreekuur in de huisartspraktijk of een polibezoek):

1. Zorg thuis is minder belastend voor de patiënt. Sommige ouderen die andere typen zorg afhouden, accepteren wel deze laagdrempelige zorg aan huis. De diagnostiek van de SO is ook thuis uitvoerbaar;
2. Zorg thuis is minder belastend voor mantelzorgers;
3. Het levert de SO betere en extra informatie over de dagelijkse realiteit van de patiënt en dat biedt belangrijke informatie voor de behandeling(sadviezen).

Complexiteit in de breedte ontrafelen en aanpakken

Het gaat om patiënten met een brede variatie in multidomeinproblematiek op verschillende domeinen. Op basis van context en individuele voorkeur zijn er vele verschillende (behandel)mogelijkheden (bijvoorbeeld keuze voor ondersteuning thuis of toch naar een verpleeghuis). De SO integreert bij het opstellen van een behandelplan de doelen/hulpvragen van HA, patiënt, mantelzorger, en eventueel andere betrokken zorgprofessionals, inclusief haar² eigen inschatting tijdens het huisbezoek. Naast het ontrafelen, “pakt” de SO de complexiteit ook aan: zij biedt passende zorg en behandeling in de thuissituatie.

Expliciet oog voor mantelzorger/netwerk

De SO heeft naast aandacht voor de individuele patiënt ook expliciet aandacht voor haar netwerk. Bijvoorbeeld voor de druk op de mantelzorger door de situatie van de patiënt en/of de rol van de patiënt als mantelzorger.

Psycho-educatie en begeleiding

De SO biedt psycho-educatie en begeleiding aan de patiënt, diens mantelzorger/netwerk en betrokken zorgprofessionals. Dit helpt bij het vergroten van kennis en inzicht in de situatie/ziekte en het beloop en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren. De SO ondersteunt patiënten en hun netwerk bijvoorbeeld bij het omgaan met signaalgedrag, verlies van zelfstandigheid, de impact van de aandoening op de thuissituatie, en - eventueel - het toewerken naar een opname in een verpleeghuis. Daarbij is er aandacht voor draagkracht en wensen van de patiënt en diens netwerk.

Tussen en binnen de disciplines professioneel samenwerken

SO's werken niet alleen; zij werken in multidisciplinaire teams, waarbij alle relevante zorgprofessionals betrokken zijn vanuit zijn of haar eigen expertise.

Tussen disciplines verwijst naar de samenwerking tussen verschillende vakgebieden, waarbij er in sommige gevallen beperkte interactie is en in andere gevallen intensieve kennisuitwisseling plaatsvindt. Tussen disciplines professioneel samenwerken doet de SO door:

- Te werken in multidisciplinaire teams;
- Multidisciplinaire overleggen (MDO's)
 - Deelname MDO's opgezet door huisartsenpraktijk (ook wel gestructureerd periodiek overleg (GPO) genoemd)/ wijk Samenwerkingsverband
 - Opzetten van MDO's voor het opstellen/evalueren behandelplan SO

Deze samenwerkingen zijn onder andere met de: HA, praktijkondersteuner, praktijkverpleegkundige, (wijk-)verpleegkundige, psycholoog, casemanager dementie, ergotherapeut, fysiotherapeut.

² In deze tekst wordt de vrouwelijke vorm gebruikt. Waar van toepassing kan hiermee tevens de mannelijke en/of genderneutrale vorm worden bedoeld.

SO's beschikken over specialistische expertise en bieden mogelijkheden voor medisch-specialistische zorg binnen de regio. Zij kunnen zo overleggen met andere SO's (**binnen de discipline**) met specialistische kennis, bijvoorbeeld op het gebied van psychiatrie of zorgmijding. Bij specialistische casussen kan de patiënt naar het juiste specialistisch team worden doorverwezen.

Communiceren met patiënt en netwerk op een manier die aansluit bij de behoeften en situatie

SO's beschikken over de expertise om effectief te communiceren met zowel de patiënt als het ondersteunende netwerk. Dit zorgt ervoor dat patiënten en hun mantelzorgers zich gehoord en serieus genomen voelen. Het vertrouwen dat hierdoor ontstaat vormt een basis waarop de SO haar werk kan doen.

De begeleiding richt zich ook op het bevorderen van gezamenlijke besluitvorming, zodat keuzes rondom behandeling, zorg en wonen aansluiten bij de waarden en voorkeuren van de patiënt en diens netwerk.

3. Samenwerkingsvormen van de specialist ouderengeneeskunde met de huisarts



Dit beeld geeft de vormen van betrokkenheid van de SO in de eerste lijn (stepped care) weer, waarbinnen zorg op- of afgeschaald kan worden al naar gelang dat nodig is.

Het komen tot passende zorg binnen dit stepped care-model van de samenwerking tussen HA en SO is een dynamisch proces waarbij op basis van afwegingen binnen een casus steeds bepaald wordt welke inzet passend is, rekening houdend met de huidige situatie van de patiënt, de beschikbare capaciteit en de beschikbaarheid van andere typen zorg binnen de regio.

De vormen 'Consult met advies' en 'Traject met evaluatie' vinden plaats naar aanleiding van een formele **verwijzing van de HA** en worden vergoed vanuit de GZSP. Er zijn daarnaast ook verschillende manieren waarop de HA 'Kort advies' vraagt aan de SO, bijvoorbeeld tijdens een MDO, of telefonisch. Deze korte overlegmomenten voorkomen onnodige verwijzing maar worden op dit moment niet vanuit de GZSP bekostigd. Huisartsen geven echter aan veel te leren van o.a. deze korte overlegmomenten omdat het ze de mogelijkheid geeft om de concrete uitdagingen waar zij tegen aan lopen binnen de zorg die zij verlenen te bespreken en verder op te kunnen pakken. Doordat de HA leert, in het contact, via evaluaties en brieven, kan de HA na verloop van tijd steeds meer zelf oppakken waardoor noodzakelijke inzet van de SO binnen het stepped care-model langzaam - in die specifieke samenwerking tussen HA en SO - verschuift.

Op het moment dat de HA een SO betreft bij een patiënt ontstaat er een dynamische samenwerking tussen de verschillende direct betrokkenen. Daarbinnen zijn er twee aspecten essentieel bij de samenwerking en communicatie tussen HA, POH & team en SO, VS, PA & team.

Te weten:

(1) Goede infrastructuur voor wederzijdse informatievoorziening en bereikbaarheid (ook in MDOs)

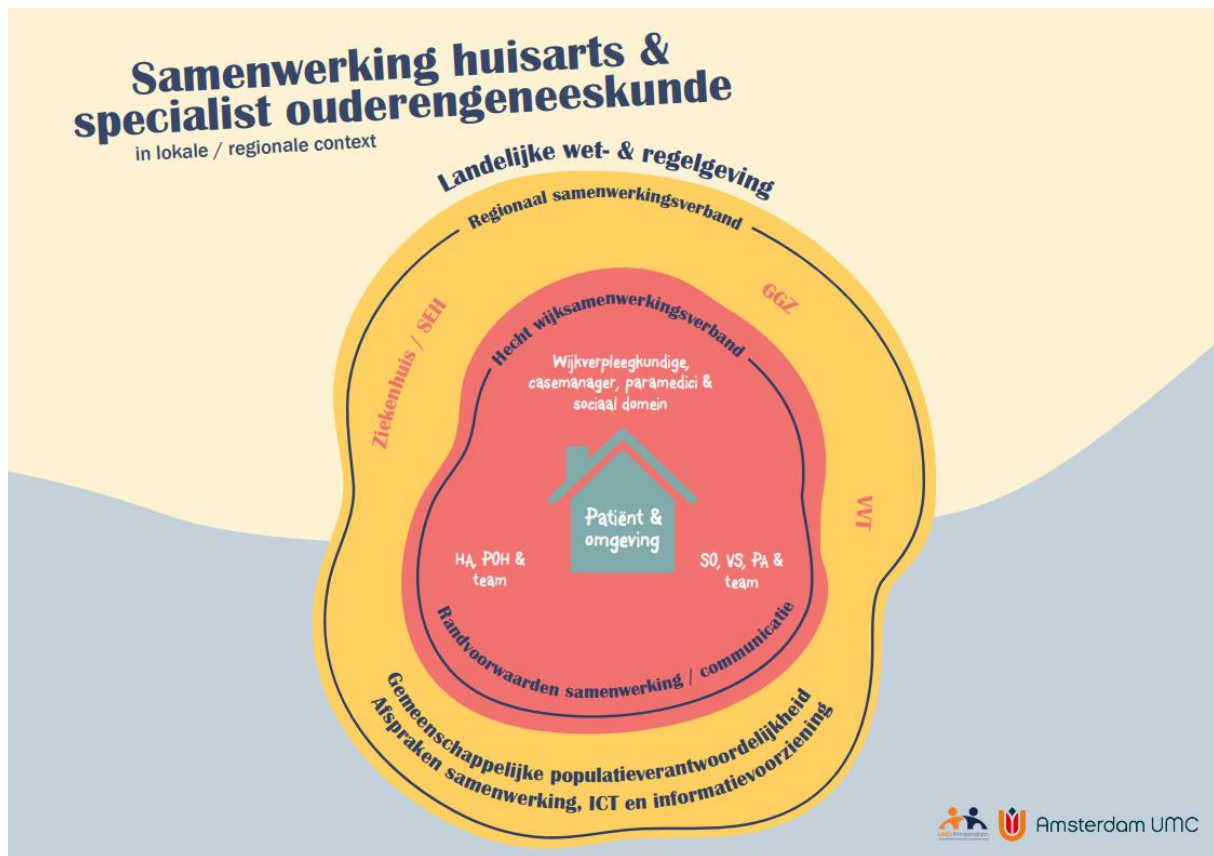
Er is een duidelijke infrastructuur van afspraken en voorzieningen ingericht om elkaar tijdig op de hoogte te houden van ontwikkelingen en veranderingen, zodat zowel HA als SO goede zorg kunnen leveren en efficiënt kunnen communiceren met patiënt en familie. Tijdens de samenwerking worden er verschillende methoden voor communicatie gebruikt: brieven, face-to-face, telefonisch, email, via SILO, in agenda/dossier HA, en binnen een regionaal online platform voor het complete netwerk van ouderen met multidomeinproblematiek. De afspraken over informatievoorziening en bereikbaarheid kunnen per individuele samenwerking verschillen. Het is belangrijk dat er werkbare afspraken zijn, waar HA en SO samen achter staan.

(2) Elkaar kennen en vertrouwen, heldere verwachtingen hebben en laagdrempelig overleggen

Als SO en HA goed van elkaar weten wat ze doen, elkaar vertrouwen en laagdrempelig overleggen, kunnen zij effectief werken aan passende ondersteuning en zorg voor oudere patiënten met complexe multidomeinproblematiek. Dit kan onder andere door samen af te wegen wat de passende plek en vorm van zorg voor een patiënt in de huidige situatie is.

Zo wordt het steeds gemakkelijker voor de HA om kort advies te vragen aan de SO.

4. Samenwerking huisarts & specialist ouderengeneeskunde in de lokale / regionale context



De samenwerking tussen HA, POH & team en SO, VS, PA & team staat niet op zichzelf, maar vindt plaats binnen een context op wijkniveau, op regionaal niveau en op landelijk niveau. Er zijn binnen deze bredere context een aantal aspecten die goed geregeld moeten zijn om de samenwerking succesvol te laten zijn.

In een ideale situatie steunt de samenwerking van de HA en SO op een stabiele basis van een **hecht wijksamenwerkingsverband** met onder anderen: **wijkverpleegkundige, casemanager dementie, paramedici & sociaal domein**. In sommige casussen zijn de wijkverpleegkundige, casemanager dementie, paramedici en het sociaal domein al betrokken voordat de SO door de HA wordt ingeschakeld. In andere casussen worden zij door de SO ingeschakeld, of adviseert de SO de huisarts om hen te betrekken. Daarbij is, zoals bij afbeelding 3 beschreven voor de samenwerking tussen HA en SO, ook binnen dit bredere samenwerkingsverband een goede infrastructuur voor wederzijdse informatievoorziening, bereikbaarheid, elkaar kennen en vertrouwen belangrijk.

Wijksamenwerkingsverbanden werken in een **regionaal samenwerkingsverband** samen met **Ziekenhuis, VVT en GGZ organisaties**. Op regio niveau krijgt de samenwerking - idealiter - vorm vanuit **gemeenschappelijke populatieverantwoordelijkheid**. Die gemeenschappelijke populatieverantwoordelijkheid houdt in dat je met alle regionale betrokkenen daadwerkelijk samen verantwoordelijkheid neemt voor de medische zorg aan ouderen.

In technische zin gaat het dan om samen bouwen aan passende randvoorwaarden, zoals bijvoorbeeld:

- Basisafspraken tussen zorgaanbieders: wie doet wat vanuit welke financieringsstromen: bijvoorbeeld tussen VVT- en GGZ-organisaties in het geval van psychiatrische symptomen en dementie;
- Goede regionale informatievoorziening: bijvoorbeeld OZO-verbindzorg;
- Afspraken over en een infrastructuur voor bijvoorbeeld: het aanvragen van aanvullend onderzoek en voorschrijven van medicatie door de SO en het werken in elkaars dossier.

Ook andere - meer zachte, gedragsmatige - aspecten zijn van belang zoals: samen oplossingsgericht handelen en geen harde schotten plaatsen of verantwoordelijkheid afschuiven, oog en oor hebben voor elkaar en het gemeenschappelijke belang boven het eigenbelang en/of organisatiebelang plaatsen.

Bijlage 1: Infographic voor patiënt en mantelzorger

Doel: Patiënten en mantelzorgers kort en visueel laten begrijpen wat de SO in de eerste lijn doet, wanneer die wordt ingezet en wat dat voor hen betekent.

Wat doet de specialist ouderengeneeskunde?

Een arts die samen met uw huisarts kijkt wat de mogelijkheden zijn zodat u prettig thuis kan blijven wonen.



Op verwijzing van uw huisarts

Uw huisarts kan de specialist ouderengeneeskunde vragen mee te denken als er zorgen zijn over uw gezondheid die met ouder worden te maken kunnen hebben.



Samen in beeld krijgen wat u nodig heeft om prettig thuis te blijven wonen.

De specialist ouderengeneeskunde komt bij u thuis

De specialist ouderengeneeskunde is een dokter met kennis van ouder worden en complexe zorg.



Tijdens het huisbezoek:

- Luistert hij/zij naar u (en uw naaste);
- Kijkt naar uw lichamelijke en geestelijke gezondheid;
- Bespreekt wat belangrijk is in uw dagelijks leven en wat uw wensen zijn.



Samen verder met een plan

De specialist ouderengeneeskunde bespreekt de uitkomsten met u, uw naaste, uw huisarts, en soms ook andere betrokken zorgverleners.

Samen met de specialist ouderengeneeskunde maakt u een plan dat past bij uw situatie.



1 team
rondom u



Zorg die bij u en
uw situatie past



Samen met u
(en uw naaste)



Amsterdam UMC



Bijlage 2: Casusbeschrijvingen

Doel: Voorbeeldcasuïstiek geven bij de algemene beschrijving: 'Over wie gaat het'

Voorbeeld casus 1 'Consult met advies': Mevrouw Zwart

Algemene gegevens en situatie

Mevrouw Zwart is 82 jaar, woont met haar echtgenoot en heeft dementie. Mevrouw ervaart slaapproblemen, zij heeft met name moeite met doorslapen en heeft 's nachts hallucinaties. Hierdoor is er veel onrust in huis 's nachts en is mevrouw overdag vaak vermoeid. Nadat het echtpaar met deze problemen op het spreekuur van de huisarts komt, neemt zij telefonisch contact op met de SO.



Verwijsvraag

De huisarts vraagt om advies over medicatie voor het verbeteren van de slaap van mevrouw, met als doel op een veilige manier haar slaapkwaliteit te verbeteren en hallucinaties te verminderen.

Handelen door team specialist ouderengeneeskunde

In kaart brengen

In overleg met de huisarts en casemanager dementie maakt de SO een analyse van de actuele situatie, medicatiegebruik en gedragsveranderingen.

Terugkoppeling/Advies HA

De SO stelt een medicatieadvies op, afgestemd op de kwetsbaarheid van mevrouw en haar huidige medicatiegebruik en koppelt dit telefonisch terug aan de huisarts. Ook geeft de SO advies aan de HA om te kijken naar betekenisvolle activiteiten overdag voor mw.

Evaluatie

Op advies van de SO blijft de reeds betrokken casemanager dementie nauw betrokken bij de begeleiding van mevrouw, met aandacht voor ondersteuning van de echtgenoot van mevrouw en het monitoren van het effect van aanpassing in medicatie. Ook gaat mw. nu twee keer per week naar de dagbesteding op een zorgboerderij.

Voorbeeld casus 2 ‘Consult met advies’: Meneer Groen

Algemene gegevens en situatie

Meneer Groen is een 85-jarige man en woont samen met zijn echtgenote in een appartement op de derde verdieping van een gebouw zonder lift. De heer is bekend met hart- en vaatziekten, heeft in het verleden kanker gehad en hoort en ziet niet goed. Hij ontvangt geen professionele zorg aan huis. Ondanks dat zijn functioneren steeds verder achteruit gaat, redt het echtpaar het nog om alles samen te doen.



Verwijsvraag

De huisarts heeft bij dhr Groen een sterke verdenking op de aanwezigheid van dementie en verwijst naar de SO met het verzoek tot bevestiging van de diagnose dementie en om mee te denken over de best passende zorg voor meneer.

Handelen door team specialist ouderengeneeskunde

In kaart brengen

De physician assistant (PA) van het SO-team brengt tijdens een huisbezoek de gezondheid van meneer volledig in kaart middels een geriatrisch assessment, inclusief cognitieve diagnostiek. Meneer geeft daarbij aan zelf geen hulpvraag te hebben. Naast de bevestiging van een (beginnende) dementie, signaleert de PA echter spanningen in de relatie met zijn echtgenote. Mevrouw uit haar frustratie over het feit dat haar man eenvoudige handelingen, zoals koffie zetten, niet meer goed kan uitvoeren. Er is onbegrip voor zijn veranderende functioneren. Hoewel mevrouw aangeeft de zorg voor haar man op dit moment nog te kunnen dragen, maakt zij zich zorgen over de toekomst. Haar hulpvraag richt zich vooral op ondersteuning in een latere fase: zij wil graag de mogelijkheid hebben om hulp in te schakelen zodra dit noodzakelijk wordt.

Interventie

Tijdens het eerste huisbezoek geeft de PA gelijk psycho-educatie aan mevrouw, met als doel haar inzicht te vergroten in het beloop van dementie en haar handvatten te bieden om beter om te gaan met het gedrag van haar man.

Terugkoppeling/advies patiënt en mantelzorg

Tijdens het tweede huisbezoek bespreekt de PA de diagnose dementie met de heer en mevrouw, inclusief het advies voor ondersteuning door een casemanager dementie. Daarnaast introduceert zij de mogelijkheid van dagbesteding. De heer geeft aan dat hij nog twijfelt over dagbesteding, maar waardeert dat deze mogelijkheid wordt aangeboden zonder dat het hem wordt opgedrongen. Hij wilde eerst een kijkje nemen bij een dagbesteding locatie om te zien of het bij hem past. Tijdens dit tweede bezoek is het merkbaar rustiger en gezelliger in huis. Mevrouw heeft de psycho-educatie zichtbaar begrepen en de adviezen goed toegepast, zij geeft aan haar man nu meer tijd te gunnen voor taken als koffiezetten.

Terugkoppeling/advies HA

De PA geeft terugkoppeling aan de huisarts over de diagnostiek en de ingezette stappen. De huisarts vraagt een casemanager dementie aan voor meneer.

Evaluatie

De casemanager dementie zal de ondersteuning van patiënt en systeem voortzetten en zo nodig weer een beroep op HA of SO doen.

Voorbeeld casus 'Kort traject met evaluatie': Mevrouw de Wit

Algemene gegevens en situatie

Mevrouw de Wit is een 83-jarige weduwe zonder kinderen en met een beperkt sociaal netwerk. Door artrose in haar heup heeft zij veel pijn en is zij verminderd mobiel waardoor zij nauwelijks nog buitenkomt. Mevrouw voelt zich door de situatie steeds angstiger en somberder. Zij schaamt zich hiervoor en heeft moeite om hulp toe te laten. De huisarts signaleert een verdere achteruitgang van stemming en vraagt zich af of ook het cognitieve functioneren van mevrouw afneemt.



Verwijsvraag

De huisarts vraagt de SO om onderzoek te doen naar aanwezigheid en ernst van cognitieve problemen. Daarnaast vraagt ze de SO om aandacht te hebben voor psychologische ondersteuning bij angst, eenzaamheid en somberheid.

Handelen door team specialist ouderengeneeskunde

In kaart brengen

De SO bezoekt mevrouw thuis en voert een geriatrisch assessment uit, inclusief cognitieve diagnostiek. Er zijn geen aanwijzingen voor dementie; de klachten blijken samen te hangen met angst en somberheid als gevolg van toenemende afhankelijkheid en eenzaamheid.

Interventie

In overleg met een consulterend psychiater wordt geconcludeerd dat verwijzing naar de GGZ niet nodig is. De SO stelt een behandelplan op: starten van een SSRI en fysiotherapie aan huis.

Terugkoppeling / advies patiënt

Mevrouw krijgt uitleg over de samenhang tussen haar stemming, angst en vermijding. De werking van de SSRI wordt toegelicht, evenals het belang van kleine stappen in het hervatten van activiteiten en het accepteren van hulp. Mevrouw merkt dat de fysiotherapie haar mobiliteit en zelfvertrouwen geleidelijk vergroot.

Terugkoppeling / advies huisarts

Tijdens het traject koppelt de SO regelmatig aan de HA terug over medicatie, voortgang en het functioneren van mevrouw. In een multidisciplinair overleg (SO, HA, fysiotherapeut, psycholoog en wijkteam) worden afspraken afgestemd.

Evaluatie

Na enkele weken verbetert de stemming van mevrouw en neemt de angst af. De SO gaat nogmaals langs om te bespreken hoe het gaat. Er is een stabiele dosering van de SSRI bereikt en fysiotherapie heeft geleid tot meer mobiliteit en activiteit. Mevrouw accepteert hulp en voelt zich weer in controle. De doelen van het traject zijn bereikt, waarna de begeleiding door het SO-team wordt afgesloten en de huisarts de verdere follow-up overneemt. Het SO-team blijft beschikbaar voor eventuele toekomstige vragen.

Voorbeeld casus 'Lang traject met evaluatie': Meneer Bruin

Algemene gegevens en situatie

Meneer Bruin is een 77-jarige alleenstaande weduwnaar en oud semiprofessionele bokser die weinig contact heeft met zijn huisarts. Als de huisarts om acute gezondheidsredenen bij hem is, zegt hij altijd veel geluidsoverlast van zijn burens te ervaren. Meneer doet ook herhaaldelijk meldingen bij de politie over deze geluidsoverlast. Ook heeft hij de eerder ingezette thuiszorg weggestuurd omdat hij de medewerkers niet vertrouwdde. Hij heeft contact met zijn kinderen, maar dat is niet erg intensief. De burens en politie maken zich zorgen over zijn situatie. De praktijkverpleegkundige van de huisarts komt bij dhr. langs en denkt aan cognitieve problematiek. Cognitieve diagnostiek werd echter gecompliceerd door het zorgmijdende gedrag, het wantrouwen en mogelijke hersenschade door het boksverleden van meneer.



Verwijsvraag

De huisarts verwijst naar de SO met de vraag om “cognitief onderzoek”, waarbij bovenstaande situatie wordt beschreven.

Handelen door team specialist ouderengeneeskunde

In kaart brengen

De SO gaat samen met de verpleegkundige ouderen (VO) op een eerste huisbezoek bij de heer. De VO spreekt de dochter van de heer en vraagt haar naar haar hulpvraag. Dochter wil een geschikte plek voor haar vader vinden voor als zijn situatie verslechtert, zodat hij niet sociaal geïsoleerd raakt. Ondertussen spreekt de SO met meneer en doet cognitieve diagnostiek. Meneer uit nogmaals de geluidsoverlast die hij ervaart door de burens en het wantrouwen dat hij heeft jegens zijn omgeving. De SO vindt deze uitingen passend bij wanen. Tijdens uitgebreid lichamelijk onderzoek blijkt meneer langer bestaande voetproblemen te hebben die zijn mobiliteit beperken en een verminderd gehoor. De SO en casemanager dementie merken dat meneer en zijn dochter een moeilijke relatie hebben door gebeurtenissen in het verleden. De SO neemt ook contact op met een thuiszorgmedewerker om meer informatie te verzamelen over de thuissituatie. De SO vraagt vanwege het boksverleden van de heer een CT-scan van de hersenen aan. Op basis van de cognitieve diagnostiek en de bevindingen op de scan wordt de diagnose Alzheimer dementie gesteld.

Terugkoppeling/advies patiënt en mantelzorger

Tijdens een tweede huisbezoek wordt de diagnose teruggekoppeld en wordt uitgelegd aan dhr. en zijn dochter wat dit betekent voor het functioneren en de toekomst. Daarin worden ook de wanen meegenomen. Verder wordt besproken dat de casemanager dementie betrokken kan blijven. De SO bespreekt met de dochter van meneer de mogelijkheid om de relatie met haar vader, en de gevolgen die dat voor haar heeft, met een psycholoog te bespreken.

Terugkoppeling/Advies HA

De SO adviseert de HA om de heer te verwijzen naar de orthopeed in verband met zijn voetproblemen. Verder vraagt ze haar de oren van dhr. uit te spuiten. Verder vraagt de SO de huisarts een psychofarmakon te starten in verband met de wanen. Ook blijft de casemanager dementie betrokken.

Evaluatie

Er wordt afgesproken dat de SO het functioneren thuis en de stand van zaken m.b.t. de wanen vijf maanden later evalueert. Drie maanden later neemt de VO contact op met de SO omdat de wanen verergeren. De medicatie wordt aangepast waarmee de wanen wat verminderen. Een half jaar later vindt nogmaals evaluatie plaats door de SO een waarbij blijkt dat de wanen hanteerbaar blijken en wordt het traject door de SO afgerond. Vier maanden later wordt de heer echter opnieuw naar de SO verwezen omdat de wanen weer zijn toegenomen en de cognitie achteruit is gegaan. De SO beoordeelt dat door de hevigheid van de wanen de situatie dusdanig gevaarlijk is dat dhr. opgenomen moet worden in een verpleeghuis. Hij wordt zes weken later opgenomen.

De heer en diens dochter zijn positief over het contact met de SO en ze vinden dat hun vragen goed beantwoord werden. Door de betrokkenheid van de SO kon de heer passende zorg ontvangen, aangezien zowel de huisarts als de dochter inschatten dat hij een verwijzing naar het ziekenhuis niet zou hebben geaccepteerd.

Bijlage 3: Initiatieven

Doel: Voorbeelden laten zien van verschillende invullingen van de samenwerkingen aan de hand van de initiatieven die hebben meegewerkt aan het kwantitatieve onderzoek.

Hieronder worden de zes initiatieven beschreven waarin specialisten ouderengeneeskunde samenwerken met huisartsen en die deelnamen aan het project 'Beter Thuis met HA en SO'. De beschrijvingen zijn opgesteld in overleg met de betreffende initiatieven en geven weer hoe deze eind 2025 functioneren. Er kunnen kleine verschillen zijn met de manier waarop de initiatieven in 2024 tijdens de dataverzameling werkten.

Er is bewust gekozen om de terminologie te hanteren zoals de initiatieven die zelf gebruiken. Deze terminologie komt niet altijd overeen met de termen in de algemene beschrijving. Enkele voorbeelden:

- Waar in de algemene beschrijving een reeks consulten een *traject* wordt genoemd, sluit dit niet aan bij de terminologie van verzekeraars. Daar verwijst een traject naar een specifiek zorgaanbod waarvoor niet alle initiatieven gecontracteerd zijn. De initiatieven kiezen er daarom bijvoorbeeld voor om te spreken van *meerdere consulten*.
- De termen *MDO* en *gestructureerd periodiek overleg (GPO)* worden door de initiatieven door elkaar gebruikt voor de multidisciplinaire overleggen bij de huisarts.

NOA (Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam) eerste lijn

Locatie: Amsterdam & Diemen, Noord Holland

Data collectie: Prospectief

Gevestigd in: 2022, ontstaan uit Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde (gevestigd in 2015)

Aantal verwijzingen per jaar: >1200

Professionals in teams: SO's, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten (VS-en), physician assistants (PA's), psychologen.

Samenwerkingsvormen: telefonisch consult, deelname MDO HA, thuisconsult, cognitieve screening bij ouderen met een migratieachtergrond



NOA eerste lijn is een samenwerking tussen huisartsen en zes VVT-organisaties. Het NOA ondersteunt huisartsen in Amsterdam en Diemen bij de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Het NOA heeft als doel passende zorg en behandeling aan huis te bieden en onnodig ziekenhuisbezoek en crisissituaties te voorkomen. Kenmerkend is dat de verwijzingen via Zorgdomein terechtkomen bij een centraal aanmeldpunt (NOA Coördinatiepunt), waar de aanmeldingen automatisch worden verdeeld op basis van specialist van voorkeur van de huisarts of postcode, waarna de betrokken VVT-organisaties de verwijzing verder oppakken. Huisartsen zijn tevreden over de ondersteuning door het NOA waarbij in veel gevallen ook vaste multidisciplinaire overleggen (MDO's) met huisartsenpraktijken zijn. Elke VVT-organisatie organiseert de zorg en behandeling op eigen wijze, maar werkt binnen het gezamenlijke NOA-kader samen. Huisartsen kunnen bij het verwijzen tussen vier zorgproducten kiezen: telefonisch collegiaal overleg, deelname aan een MDO, thuisconsult bij de patiënt, en cognitieve screening bij ouderen met een migratie achtergrond. Meer dan 90% van de huisartspraktijken in Amsterdam heeft in het jaar voorafgaand aan deze studie naar NOA verwezen.

TOPAZ360

Locatie: Leiden, Katwijk en de Bollenstreek, Zuid Holland

Data collectie: Prospectief

Gevestigd in: 2016

Aantal verwijzingen per jaar: +/- 1000

Professionals in teams: SO's, Vs-en, basisartsen (in opleiding tot HA of SO)

Samenwerkingsvormen: deelname MDO, deelname GPO (gestructureerd periodiek overleg) bij HA, consult met minstens twee huisbezoeken, trajecten



Op basis van een businesscase uit 2019 is een gemotiveerd team van behandelaren, aangestuurd door een manager/coördinator, opgebouwd. Dit team is inmiddels uitgegroeid tot circa 50 professionals, waaronder naast de SO-teams ook psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten. Het doel is ouderen langer en passend thuis te laten wonen door multidisciplinaire zorg bij complexe problematiek, met veel nadruk op samenwerking en korte lijnen in de regio. Verwijzingen verlopen via ZorgDomein. Doordat specialisten ouderengeneeskunde werken binnen vaste regio's, bouwen zij duurzame relaties op met huisartsen en andere hulpverleners. Dat draagt bij aan gezamenlijke leerprocessen en het vergroten van de zelfstandigheid van huisartsen bij eenvoudigere casussen. SO's van TOPAZ360 nemen deel aan het GPO: een periodiek overleg bij de huisartsenpraktijk waarin zij consultatief meedenken over kwetsbare patiënten. Deze patiënten worden door de huisarts geselecteerd en de SO's zijn daarbij niet direct betrokken (of hoeven dat niet te zijn). Ook neemt TOPAZ360 in de regio Sassenheim deel aan het Home team. Dit zijn multidisciplinaire overleggen waarbij alle professionals in de 1e lijn in de regio zijn betrokken. Deze vinden tweewekelijks plaats en alle professionals kunnen een patiënt inbrengen.

Cicero Zorggroep

Locatie: Sittard-Geleen en Heerlen en omstreken (Oostelijke en westelijke mijnstreek), Zuid Limburg

Data collectie: Prospectief

Gevestigd in: 2013

Aantal verwijzingen per jaar: +/- 300

Professionals in teams: SO's, VS-en

Samenwerkingsvormen: deelname MDO HA, consult met eenmalig huisbezoek, medebehandeling, multidisciplinaire trajecten (reablement)



Vanuit het strategisch plan *Ouderenzorg 8.0* ligt de nadruk van Cicero zorggroep op vroegsignalering en ondersteuning van ouderen in de thuissituatie, passend bij hun zorgvraag én wensen, zodat zij zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Verwijzingen via ZorgDomein komen centraal binnen en worden door één van de SO's dagelijks getrieerd en op indicatie in een multidisciplinair extramuraal overleg besproken. Na triage en op indicatie na het MDO wordt bepaald welke inzet nodig is (SO, psycholoog, gedragsconsulent, paramedie, MDO of 8.0 reablement traject). De zorg bestaat met name uit eenmalige huisbezoeken, aangevuld met deelname aan MDO's, medebehandeling en kortdurende multidisciplinaire trajecten (zoals reablement). Cicero heeft de hoogste dekkingsgraad in de regio aangaande de deelname van de SO aan MDO's van de huisartsen. Cicero zet proactief in op samenwerking met huisartsen vooral binnen de diverse MDO's, daarnaast zet Cicero proactief in op samenwerking in de regio.

Envida

Locatie: Maastricht, Zuid Limburg

Data collectie: Prospectief

Gevestigd in: 2013

Aantal verwijzingen per jaar: +/- 500

Professionals in teams: So's, verpleegkundigen

Samenwerkingsvormen: deelname MDO HA, consult met eenmalig huisbezoek lopen (loopt in sommige gevallen door in traject)



Envida heeft begin 2023 een herstart gemaakt met nadruk op het koppelen van SO's aan huisartsenpraktijken. Dit zorgde voor een verdubbeling aan verwijzingen. Het doel van Envida is ouderen langer en prettig thuis te laten wonen door expertise meer extramuraal in te zetten, onder andere via woonzorgzones waarin op kleine schaal samenwerking tussen huisarts, SO en wijkverpleegkundige wordt georganiseerd. Verwijzingen verlopen telefonisch of via de e-mail van het secretariaat om vragen snel op te vangen. Tijdens de studie werd vooral telefonisch advies en consultatie geboden, maar er is een duidelijke beweging richting consulten die overlopen in langere trajecten. Er is inmiddels een positieve kentering zichtbaar in de houding van huisartsen ten opzichte van SO-inzet in de eerste lijn.

Zorgbalans

Locatie: Haarlem en omstreken (Zuid-Kennemerland), Noord-Holland

Data collectie: Prospectief

Gevestigd in: 2016

Aantal verwijzingen per jaar: +/- 700

Professionals in teams: SO's, PA's, VS-en, en Verpleegkundigen Ouderen

Samenwerkingsvormen: deelname MDO HA, telefonische adviezen, consultatie en medebehandeling



Zorgbalans werkt samen met vijf andere VVT-organisaties binnen Kcoetz Wijkgerichte zorg Zuid-Kennemerland en zet daarbij sterk in op samenwerking met huisartsen en verpleegkundigen ouderenzorg (VO). Aan elke huisartsenpraktijk in de regio is een SO gekoppeld. Vanuit Zorgbalans werken ook VS-en en PA's in de eerstelijns. Verwijzingen verlopen via ZorgDomein waarna de SO een of meerdere huisbezoeken aflegt. Zorgbalans biedt telefonische adviezen, consultatie en medebehandeling. Kenmerkend is dat de SO samen optrekt met de VO die als casemanager (dementie) functioneert en zij kunnen samen op huisbezoek bij de oudere. De communicatie met huisartsen verloopt laagdrempelig via telefoon, Siilo of MDO's. De samenwerking wordt als hecht en persoonlijk ervaren doordat huisartsen de SO's goed kennen waardoor goede afstemming over de verantwoordelijkheden mogelijk is.

MESO (Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde)

Data Collectie: Retrospectief, gebaseerd op eerder onderzoek in het MESO-project (zie www.mesozorg.nl).



Gevestigd in: Velp sinds 2011 en in 2020 op drie pilotlocaties te weten: Rotterdam en Zoetermeer in Zuid Holland en Tiel in Gelderland

Aantal verwijzingen per jaar: 50-250 per locatie

Professionals in team: SO's, verpleegkundigen

Samenwerkingsvormen: consulten en trajecten

Het doel van MESO-zorg is de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen met complexe problematiek te verbeteren door tijdelijk specialistische medische en verpleegkundige expertise in te voegen op verwijzing van de huisarts, die hoofdbehandelaar blijft. MESO-teams bestaan in basis uit een specialist ouderengeneeskunde, een geriatrie verpleegkundige en een secretaresse. Over de verschillende locaties maken ook een internist ouderengeneeskunde, klinisch geriater, praktijkverpleegkundige ouderen en sociaal professional deel uit van het team.

Kenmerkend is dat de MESO-teams in hetzelfde gebouw als de huisartsenpraktijk werken, waardoor de samenwerking laagdrempelig en sterk verweven is. Eerstelijns consulten vinden niet alleen thuis bij de oudere plaats, maar ook op de praktijk. Een SO werkt in een eigen online software omgeving en kan eveneens direct in het dossier van de huisarts voor dossieronderzoek, wat de continuïteit en afstemming versterkt.

Het MESO-team bood gedurende het onderzoekstraject (2020-2021) alleen trajectzorg, waarbij de gemiddelde duur van betrokkenheid zes maanden was. Momenteel werkt elk MESO-team aan het realiseren van een zorgcontinuüm, waarbij op alle locaties ook consulten worden geboden. Er is binnen de MESO- cultuur veel aandacht voor aspecten van verbinding, gelijkwaardigheid, verantwoordelijkheid, reflectie en ontwikkeling.

Bijlage 4: Kwalitatieve data

Doel: Inzicht geven in kwalitatieve data die ten grondslag liggen aan de ‘Algemene beschrijving’. Dit doen we door een overzicht te geven van de belangrijkste thema’s en bijbehorende illustratieve quotes uit interviews en toelichtingen.

Hoe werkt de specialist ouderengeneeskunde	Stakeholder	Citaat
Laagdrempelig zorg bij mensen thuis	Mantelzorger	“Het liep allemaal heel goed. Het was heel fijn dat er iemand thuis langs kwam. Daarom bleef mijn zus ook rustig. Het contact was fijn en thuis praat ze er makkelijker over als ergens anders.”
Inzetten van ouderengeneeskundige expertise	Huisarts	“We liepen een beetje vast in de situatie en door haar kijk en adviezen kunnen we weer verder en kan deze meneer nog thuis wonen.”
Communiceren met patiënt en netwerk op een manier die aansluit bij de behoeften en situatie	Patiënt	“Het was een heel fijn mens om mee te praten. Ze stelt de goede vragen. Ik voel me ondersteund en het is fijn dat ze bij ons thuis kon komen.”
Complexiteit in de breedte ontrafelen en aanpakken	Huisarts	“Ze hebben veel meer kennis van de ouderen en het breder kijken naar een oudere waardoor, zeg maar, op het moment dat er problemen ontstaan, kunnen zij de boel echt ontrafelen op zoveel domeinen en stukken. En daar ontbreekt bij ons denk ik echt een stukje kennis.”
Expliciet oog voor mantelzorger/netwerk	Mantelzorger	“Er is geluisterd naar wat ik ook aangegeven heb, ik vind dat ze het heel goed ingeschat hebben. Ze hebben bijvoorbeeld ook een diëtist in werking gesteld en dat er een casemanager komt. Het is fijn dat dat gaat lopen, wat dan voor je geregeld wordt. Het is fijn dat we ondersteuning krijgen.”
Psycho-educatie en begeleiding	SO	“Wat er op de één of andere manier gebeurd is, dat ondanks dat ze de plek niet heeft gekregen, ze wel de motivatie heeft gevonden om te gaan revalideren. Ik heb haar wel tot inzicht gebracht van ‘zo kan dit niet’. Het voeren van gesprekken heeft haar wel geholpen.”
Tussen en binnen de disciplines professioneel samenwerken	SO	“Wij hebben in principe alle behandelaren onder ons eigen dak en we kunnen dus ook heel goed schakelen met een gz-psychooloog. Die was snel betrokken. En ja, dat werkt natuurlijk fijn. Als je, omdat je met elkaar binnen in een multidisciplinair team samenwerkt, ook hele snelle korte lijnen hebt, kun je ook samen optrekken en heb je meer kans van slagen.”

Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde	Stakeholder	Citaat
Korte lijnen: Goede wederzijdse informatievoorziening en bereikbaarheid (ook in MDOs)	Huisarts	“We hebben korte lijnen, we hebben in deze casus handig gebruik gemaakt van Siilo, waar nodig telefonisch contact. Uitgebreide brief van mij was van toegevoegde waarde voordat de scanarts werd ingeschakeld.”
Elkaar kennen en vertrouwen, heldere verwachtingen hebben en laagdrempelig overleggen	SO	“Wat ik wel heel prettig vond, is dat we elkaar wel al kenden uit het verleden. Zeker in zo’n complexe casus is het wel heel fijn dat je geen drempel ervaart om even met elkaar in contact te komen om te sparren. Ehm. Ik heb dat in dit geval als heel prettig ervaren. Zeker ook in de complexiteit ervan met op het laatste ook nog een euthanasie vraag die behoorlijk complex was. Waarbij we echt ja op één lijn hebben kunnen komen met elkaar van hoe gaan we hiermee verder.”
Leercurve huisarts, de huisarts pakt stapsgewijs minder complexe casuïstiek op	Huisarts	“Er is een SO daar hoeft ik niet de patiënt voor te verwijzen daar mag ik hem gewoon voor bellen. Hij neemt gerust een kwartier de tijd om even met mij een patiënt door te nemen. Daar heb ik een hele hoop van geleerd, Alleen dat is niet tijd die hij terugkrijgt in geld. Ik heb er al heel veel van geleerd, Maar dat is echt voor ons een leercurve. Maar dan moet hij er wel voor bekostigd worden. Toen ik 12 jaar geleden in deze regio begon, stelde ik eigenlijk helemaal geen diagnoses. Op den duur ben ik dat meer zelf gaan doen en dan met hem nabespreken. Bij de twijfels verwijs ik natuurlijk nog steeds, Maar ik moet zeggen dat ik nu de helft denk ik dat ik dat gewoon zelf afrond. En ja, ik zou iedereen dat wel gunnen, want dat maakt het het stellen van deze moeilijke diagnose. Ja, daar kun je echt iets in leren, maar ook in gedragsproblemen of vormen van medicatie.”

Bijlage 5: Kwantitatieve data

Doel: Inzicht geven in de kwantitatieve analyses die die ten grondslag liggen aan de ‘Algemene beschrijving’. Dit doen we door een overzicht te geven van de belangrijkste cijfers en analyses over de geïncludeerde populatie, de geleverde zorg en de uitkomsten op gebied van kwaliteit van leven, mantelzorglast, tevredenheid, en gemaakte kosten.

Het onderzoek heeft de samenwerking tussen de huisarts (HA) en de specialist ouderengeneeskunde (SO) in kaart gebracht aan de hand van 124³ casussen uit zes initiatieven in de regio's Amsterdam, Haarlem, Leiden, Zuid-Limburg, Zoetermeer, Rotterdam en Tiel. In vijf initiatieven (de eerste vier regio's) zijn in 2024 nieuwe gegevens verzameld bij HA, SO, patiënt en mantelzorger. Deze gegevens betroffen doelen/vragen van alle vier de stakeholders; kosten en baten; patiëntkenmerken en zorggebruik; inzet van de SO; tevredenheid; kwaliteit van leven; mantelzorglast en gemaakte kosten. De gegevens zijn verzameld binnen casussen waarbij de SO minimaal één keer een huisbezoek aflegde; telefonische adviesvragen zijn dus niet meegenomen. Alle betrokkenen is om toestemming gevraagd voor het gebruik van hun gegevens. Van het zesde initiatief (Zoetermeer, Rotterdam, Tiel) is vergelijkbare bestaande data uit een eerder onderzoek meegenomen.

Dit document beschrijft de belangrijkste cijfermatige bevindingen van het onderzoek.

Patiëntkenmerken

Tabel 1 geeft de belangrijkste kenmerken weer van de patiënten die hebben deelgenomen. De gemiddelde leeftijd was ongeveer 83 jaar. De patiënten met nieuwe data en die met bestaande data lijken sterk op elkaar, maar verschillen opvallend in het aandeel vrouwen (69% versus 40%). Daarnaast is de opzet van het zesde initiatief (bestaande data) anders: daar worden uitsluitend langdurige trajecten aangeboden, terwijl de andere initiatieven vooral consulten of een combinatie van consulten en trajecten aanbieden. Dit komt terug in het aandeel patiënten waarvoor de SO vooraf aangaf medebehandeling te bieden (11% versus 100%).

Tabel 1: Karakteristieken deelnemers studie		
	Nieuwe data (n=98)	Bestaande data (n=25)
Leeftijd	82.6 (sd: 7.4, 56-99)	82.8 (sd: 6.7, 73-98)
Vrouw	69%	40%
Aanwezigheid mantelzorger	94% (daarvan 59% kind, 33% echtgenoot)	96% (daarvan 58% kind, 25% echtgenoot)
Polyfarmacie	65%	76%
Aantal co-morbiditeiten (15 totaal)	3.5 (sd: 1.6)	3.2 (sd: 1.3)
Medebehandeling	11%	100%
Aantal zorgmomenten per week*	5.2 (sd: 8.0)	3.2 (sd: 4.1)
Alleenstaand	61%	
Wilsbekwaam ter zake onderzoek	77%	

³ Van één van de 124 patiënten konden de patiëntkenmerken door omstandigheden niet verzameld worden, tabel 1 geeft dan ook de kenmerken van 123 patiënten weer.

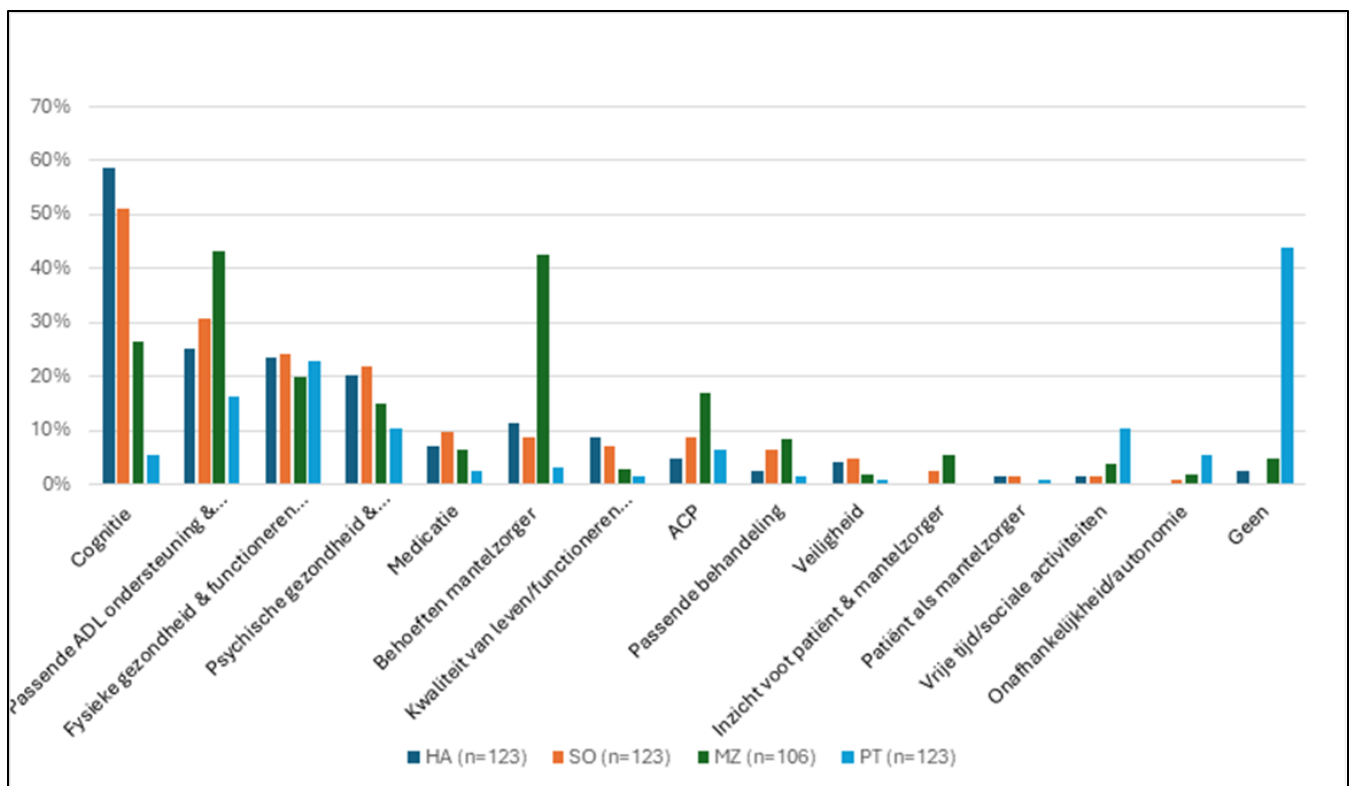
Doelen en hulpvragen

We hebben onderzocht wat de hoofdoelen of hulpvragen van de de HA, SO, patiënt en mantelzorgers waren bij de start van de inzet van de SO. Deze doelen en hulpvragen zijn ingedeeld in inhoudelijke categorieën. Gemiddeld geven HA, SO (hoofdbehandelaar, kon bijvoorbeeld ook arts in opleiding of verpleegkundig specialist zijn) en mantelzorgers per patiënt (bijna) twee categorieën van doelen/hulpvragen aan (range 1,7-2,0).

Figuur 1 laat zien in welk aandeel van de casussen de verschillende categorieën genoemd zijn. Bij HA en SO kwamen vooral de categorieën ‘cognitie’ en ‘passende ADL-ondersteuning en huisvesting’ naar voren, gevolgd door ‘fysieke gezondheid en functioneren’ en ‘psychische gezondheid en gedragsproblematiek’. Mantelzorgers noemden vaak ‘passende ADL-ondersteuning en huisvesting’ en ‘behoeften mantelzorgers’. De hulpvragen van de patiënten waren gelijkmatiger verspreid, waarbij ‘fysieke gezondheid en functioneren’ het meest voorkwam. Bijna de helft van de patiënten kon geen hulpvraag formuleren, vaak ondanks doorvragen door de SO. Patiënten gaven daarbij bijvoorbeeld aan geen problemen te ervaren, ondanks bestaande problemen tevreden te zijn met hun huidige situatie, of wel hulp te waarderen maar helemaal open te staan in de invulling daarvan.

Verder hebben we gekeken wat voor type actie de doelen/hulpvragen behelsden. Bij ‘cognitie’ was deze actie ‘diagnostiek’, bij ‘passende ADL-ondersteuning en huisvesting’ was dat ‘praktische ondersteuning’ en bij ‘fysieke gezondheid en functioneren’ ‘verbeteren of optimaliseren’. Er waren ook doelen gericht op het ‘accepteren van beperkingen’, het ‘behouden van de huidige situatie’ of het ‘terughoudend inzetten van medische zorg’.

In circa 17% van de casussen wijzigde de SO het hoofddoel gedurende de betrokkenheid, bijvoorbeeld door een veranderde hulpvraag, een verslechterde situatie (waardoor bijvoorbeeld opname in een verpleeghuis noodzakelijk werd), of door diagnostische resultaten die in een andere richting wezen (bijvoorbeeld geen dementie ondanks eerdere vermoedens).



Figuur 1: Aandeel doel categorie per betrokkene groep

Beleid van de specialist ouderengeneeskunde passend bij hoofddoel van huisarts

De huisarts gaf aan dat het vooraf geformuleerde hoofddoel in het prospectieve deel bij 92 casussen in 97% van de gevallen behaald. In het retrospectieve deelonderzoek werd het vooraf geformuleerde hoofddoel in 68% behaald en in 32% gedeeltelijk behaald.

De redenen voor het niet of gedeeltelijk behalen van het hoofddoel waren dat de huisarts geen hoofddoel had, de diagnostiek, behandeling of zorg door de patiënt werd geweigerd of geen effect had óf er naar andere klachten werd gekeken door de specialist ouderengeneeskunde.

Voor de duiding van de data hebben we in dit onderzoek de verschillende opgegeven doelen ondergebracht in 12 domeinen (zie tabel 2). Het merendeel van deze domeinen waren vaker te zien in het beleid van de specialist ouderengeneeskunde dan in het opgegeven hoofddoel van de huisarts. Gemiddeld werden in het hoofddoel van de huisarts 1,7 domeinen genoemd en in het beleid van de specialist ouderengeneeskunde 3,8 domeinen.

De specialist ouderengeneeskunde heeft bij 113 van de 122⁴ casussen (93%) een extra domein toegevoegd aan het beleid. De domeinen in het hoofddoel van de huisarts werden in 66 van de 119⁵ casussen (55%) allemaal overgenomen in het beleid van de specialist ouderengeneeskunde. Bij 101 van de 119 casussen (85%) kwam ten minste één domein van het hoofddoel van de huisarts terug in het beleid van de specialist ouderengeneeskunde.

In tabel 2 is per domein dat voorkwam in het hoofddoel van de huisarts te zien in hoeveel procent van de casussen dit domein is overgenomen in het beleid van de specialist ouderengeneeskunde. De domeinen fysieke gezondheid en functioneren, cognitie, en ondersteuning thuis en huisvesting werden het meest (81-86%) overgenomen in het beleid van de specialist ouderengeneeskunde. De domeinen sociale activiteiten en vrije tijd, patiënt als verzorger en kwaliteit van leven werden bijna niet tot niet overgenomen in het beleid van de specialist ouderengeneeskunde. Bij deze domeinen was het beleid van de specialist ouderengeneeskunde gericht op meerdere andere domeinen, waaronder: fysieke gezondheid en functioneren, cognitie, mentale gezondheid en gedragsproblemen, medicatie, ondersteuning thuis en huisvesting, behoud van functioneren, passende zorg, toekomst en mantelzorgondersteuning.

Tabel 2 Per domein overgenomen hoofddoel in het beleid

Domein (aantal casussen bij het hoofddoel van de huisarts)	Beleid specialist ouderengeneeskunde (% van aantal casussen bij het hoofddoel)
1. Fysieke gezondheid en functioneren (29)	86%
2. Cognitie (72)	86%
3. Mentale gezondheid en gedragsproblemen (25)	64%
4. Medicatie (9)	67%
5. Ondersteuning thuis en huisvesting (31)	81%
6. Veiligheid (5)	20%
7. Kwaliteit van leven (11)	9%
8. Sociale activiteiten en vrije tijd (2)	0%
9. Passende zorg (3)	33%
10. Toekomst (6)	50%
11. Mantelzorgondersteuning (14)	21%
12. Patiënt als verzorger (2)	0%

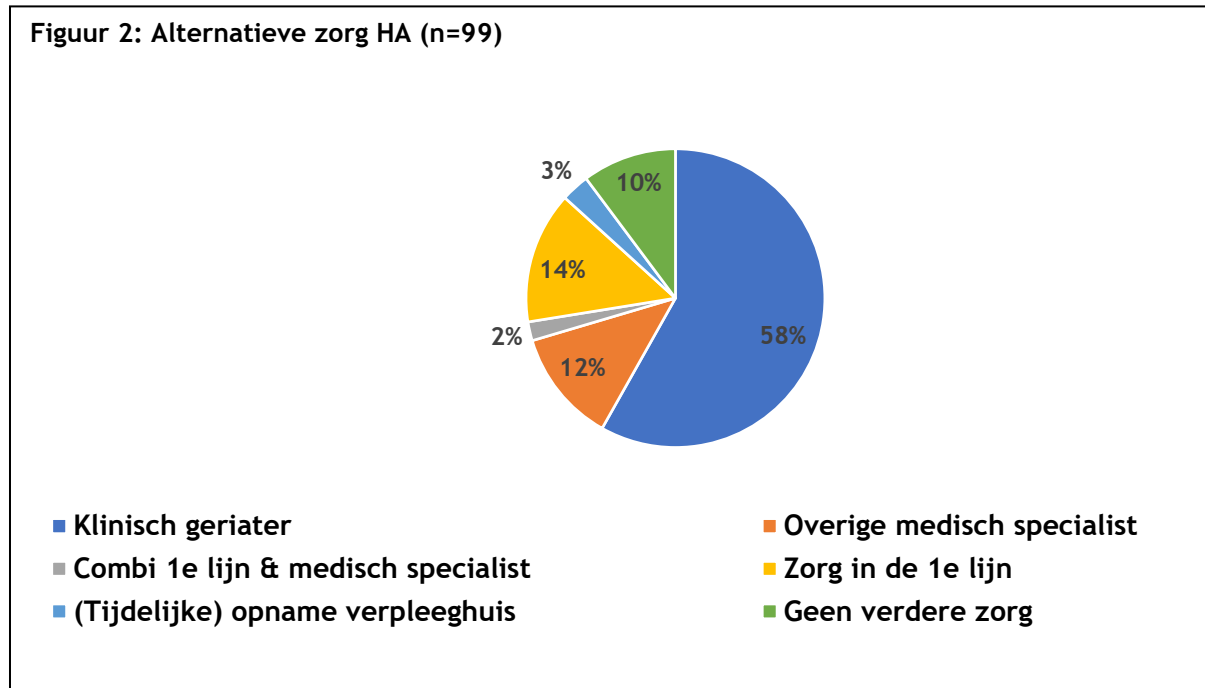
⁴ Deze presentatie heeft betrekking op 122 van de 124 casussen, van één patiënt zijn geen gegevens van het beleid van de SO gekregen. Ook de patiënt waarvan geen patiëntkernmerken beschikbaar zijn, kon hierin niet mee genomen worden.

⁵ De 3 casussen waarin de huisarts geen hoofddoel had zijn hierin niet meegenomen.

Toelichting: onderstaande gegevens zijn alleen op basis van de prospectieve data (n=99).

Alternatieve zorg

Op het moment van verwijzing vroeg de SO aan de HA wat deze zou hebben gedaan als verwijzing naar de SO niet mogelijk was geweest (Figuur 2). In 72% van de gevallen gaf de HA aan (onder andere) te hebben verwezen naar een medisch specialist, in twee derde van de gevallen naar een klinisch geriater. In 10% van de gevallen zou geen verdere zorg zijn ingezet.



Figuur 2

Duur en intensiteit van betrokkenheid

De duur en intensiteit van betrokkenheid van de SO varieerden sterk. In één derde van de casussen was de betrokkenheid van de SO één maand of korter, in één derde tussen één en drie maanden, en in één derde langer dan drie maanden. In 18% van de gevallen duurde de betrokkenheid meer dan zes maanden.

Zoals verwacht gold: hoe langer de betrokkenheid, hoe vaker de SO betrokken was en hoe meer tijd de SO en het team besteedden aan de patiënt. Gemiddeld was de SO tien keer per casus betrokken (bijvoorbeeld voor huisbezoek of overleg met de HA of het versturen van een brief). De SO besteedde gemiddeld negen uur aan een patiënt; het hele team gemiddeld 12 uur en 23 minuten. Het aantal contactmomenten per maand en de tijd per maand waren kleiner bij langdurige betrokkenheid. Dit komt overeen met het feit dat de inzet, ongeacht de duur van de betrokkenheid van de SO, voor ruim de helft bestond uit inzicht verwerven. Dit omvat het geriatrisch assessment, inclusief gesprekken met patiënt, mantelzorgers en HA, maar ook met andere professionals zoals wijkverpleegkundigen of casemanagers dementie.

Functionaliteiten van de SO

De medische zorg van de SO is onderverdeeld in vier functionaliteiten:

1. inzicht verwerven
2. zorgbehandelplan opstellen
3. zorgbehandelplan uitvoeren
4. evalueren, afstemmen en coördineren

De eerste twee werden in alle casussen ingezet; uitvoeren en evalueren/afstemmen in circa twee derde van de casussen. Bij betrokkenheid langer dan zes maanden werden altijd alle vier de functionaliteiten ingezet. Ook in bijna de helft van de casussen met een duur van drie maanden of korter kwamen alle functionaliteiten aan bod. Korte betrokkenheid betekent dus niet per se dat slechts een deel van de functionaliteiten wordt ingezet.

Tevredenheid

Over het algemeen waren alle betrokkenen tevreden over de samenwerking tussen HA en SO en de inzet van de SO. HA en SO gaven respectievelijk een rapportcijfer van 8,5 en 8,0 voor hun onderlinge samenwerking. De SO gaf gemiddeld een 8,3 voor het behalen van het eigen hoofddoel, de HA gaf een 8,1 voor het behalen van zijn eigen doel. Respectievelijk 62% van de patiënten en 76% van de mantelzorgers vonden dat hun hulpvraag was beantwoord. Ook over de geboden zorg waren alle betrokkenen tevreden, met scores tussen 7,5 (patiënt) en 8,2 (HA).

Kwaliteit van leven

Wilsbekwame patiënten gaven een rapportcijfer voor hun kwaliteit van leven, zowel voor als na de inzet van de SO. Mantelzorgers scoorden de kwaliteit van leven van hun naaste op twee manieren, namelijk: “Welk rapportcijfer geeft u het leven van uw naaste op dit moment?” en “Welk rapportcijfer denkt u dat uw naaste op dit moment aan zijn/haar leven zou geven?” De deelnemers werden bij de vervolgmeting niet herinnerd aan hun eerdere scores. Gemiddeld waren alle drie de cijfers hoger na inzet van de SO. Voor de twee mantelzorgscores was de toename ongeveer een halve punt, een statistisch significante verandering (Tabel 3).

Tabel 3: Verandering in kwaliteit van leven van de patiënt			
Kwaliteit van leven	Gemiddelde voor inzet team SO	Gemiddelde na inzet team SO	Gemiddelde verandering (p paired T-test)
Patiënt (n=58)	6.62 (1.54)	6.84 (1.68)	0.22 (0.142)
Patiënt door mantelzorger (n=81)	5.56 (1.67)	6.02 (1.48)	0.47 (0.005)
Patiënt volgens patiënt door mantelzorger (n=80)	6.06 (2.0)	6.58 (1.9)	0.51 (0.010)

Mantelzorglast

Tot slot is gekeken naar de kwaliteit van leven van mantelzorgers en hun ervaren mantelzorglast, gemeten met de EDIZ-vragenlijst (acht vragen over ervaren druk door informele zorg) en de volhoudtijd (“Als de mantelzorgsituatie blijft zoals die nu is, hoe lang kan de mantelzorger de zorg dan nog aan?”). Deze maten waren na inzet van de SO niet significant anders dan daarvoor. Er was geen sprake van achteruitgang, maar van stabilisatie.

Kosten

Figuur 3 geeft (1) de geschatte gemaakte kosten, (2) de gedeclareerde kosten en (3) de geschatte alternatieve kosten weer voor de prospectieve casussen, uitgesplitst naar duur van betrokkenheid van de SO (0-1 maand, 2-3 maanden, 3-6 maanden en meer dan zes maanden). Deze cijfers zijn gebaseerd op de 94 casussen waarvoor alle data over tijdsinzet van de professionals compleet waren.

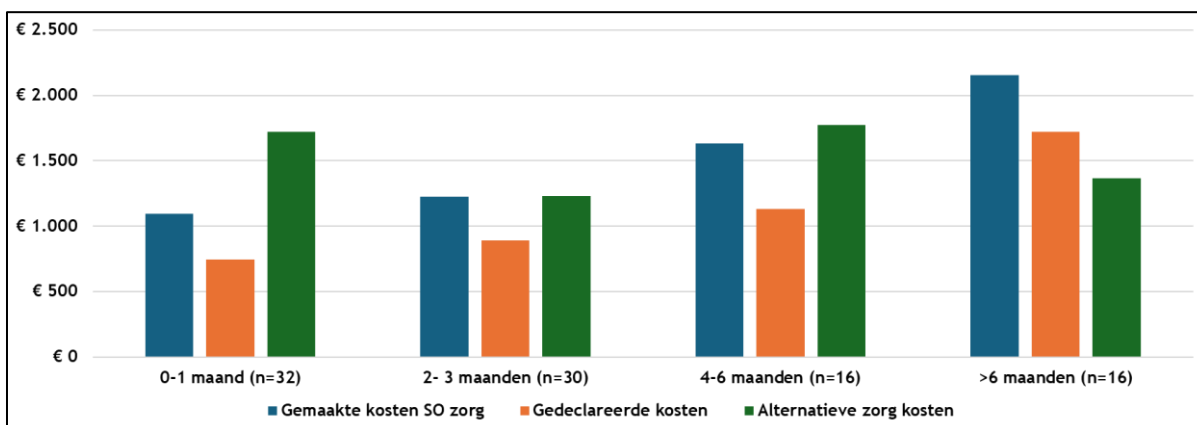
De geschatte gemaakte kosten per casus zijn berekend op basis van de tijd die elke professional bezig is geweest met de casus. De loonkosten per uur en het percentage overheadkosten bovenop die loonkosten (42,95%) zijn beide gebaseerd op het [NZA kostenonderzoek geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen](#).

De gedeclareerde kosten zijn de daadwerkelijk gedeclareerde kosten per casus zoals doorgegeven door de administratieve afdelingen van de verschillende initiatieven. We zien dat voor alle vier de bovengenoemde categorieën gemiddeld genomen de daadwerkelijk gemaakte kosten een paar honderd euro hoger zijn dan de gedeclareerde kosten. Als we binnen individuele casussen de kosten vergelijken zien we dat in ongeveer 38% van de casussen de gedeclareerde kosten de gemaakte kosten dekken.

Alternatieve zorgkosten zijn gebaseerd op de alternatieve zorgcategorieën zoals aangegeven door de huisarts. Voor de kosten per categorie alternatieve zorg (zoals weergegeven in figuur 2) zijn dezelfde aannames gehanteerd als in het wetenschappelijke artikel [Vijf jaar Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde: gebruikers, geleverde zorg, kosten en ervaringen](#). Als de huisarts als alternatief zorg in de 1^e lijn heeft aangegeven zijn we uitgegaan van het feit dat er vier intensieve visites door de huisarts en zes visites door de praktijkondersteuner gedurende één jaar uitgespaard zijn door de verwijzing. Voor de specialistische zorg is onderscheid gemaakt tussen verwijzingen naar een geriater of andere specialist (voornamelijk neuroloog). De verhouding van typen zorg, bijvoorbeeld diagnostiek of polikliniek bezoek (zorgproducten) binnen die specialisaties, op basis van DIS-data over 2019, is gebruikt voor een inschatting van de gespaarde kosten in het geval dat specialistische zorg als alternatief werd aangegeven. Verder is aangenomen dat in alle gevallen aansluitend op het eerste contact nog een (vervolg)polikliniekbezoek plaatsvond. Dit zijn conservatieve schattingen. Alle kosten zijn geüpdatet naar 2024. We zien dat voor de eerste drie categorieën de gemaakte kosten lager zijn dan de geschatte alternatieve kosten. Voor de casussen waarbij betrokkenheid van de SO meer dan 6 maanden was zien we dat geschatte alternatieve kosten lager zijn. Het kan echter goed zijn dat juist bij deze categorie de geschatte alternatieve kosten zeer conservatief zijn, omdat voor de betrokken patiënten waarschijnlijk ook intensievere/langdurigere betrokkenheid van de medisch specialistisch team noodzakelijk zou zijn.

Als we binnen individuele casussen de kosten vergelijken zien we dat in ongeveer 57% van de casussen de alternatieve kosten hoger zijn dan de gemaakte kosten.

In tabel 4 staan de gemiddelde kosten per kostencategorie weergegeven. Verder is geprobeerd een inschatting te maken van de bijkomende kosten als gevolg van toegenomen zorg door inzet van de SO, bijvoorbeeld inzet van thuiszorg, fysiotherapie, casemanager dementie en medische zorg. Dit bleek echter lastig. Een schatting van de gemaakte kosten voor alle typen zorg per week voorafgaand aan de betrokkenheid van de SO bedraagt 240 euro. In 84% van de casussen was er een (geadviseerde) verandering in inzet van zorg na betrokkenheid van de SO. Deze veranderingen zagen we vooral in zorg op het gebied van gezelschap en sociaal welzijn (bijvoorbeeld dagbesteding), medische zorg (door huisarts of specialist) en thuiszorg.



Figuur 3: Kosten

Tabel 4 : Kosten

Categorie duur betrokkenheid	Gemaakte kosten SO zorg	Gedeclareerde kosten	Alternatieve zorg kosten (zoals in figuur 3)
0-1 maand (n=32)	€ 1.094	€ 745	€ 1.723
2-3 maanden (n=30)	€ 1.225	€ 889	€ 1.232
4-6 maanden (n=16)	€ 1.631	€ 1.130	€ 1.774
>6 maanden (n=16)	€ 2.155	€ 1.720	€ 1.364
Total	€ 1.408	€ 1.022	€ 1.514