

UNIVERSITAIRE

PRAKTIJK OUDERENGENEESKUNDE

AMSTERDAM

GEACTUALISEERDE MAATSCHAPPELIJKE BUSINESSCASE
2015-2020

Versie 1.0, februari 2021

Dr. F.J. Bastiaans, huisarts en projectleider Praktijk Ouderengeneeskunde, afd. huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde (Amsterdam UMC, locatie VUmc)

Prof. dr. C.M.P.M. Hertogh, hoogleraar ouderengeneeskunde en ethiek van zorg, Hoofd afdeling Ouderengeneeskunde Amsterdam UMC en universitair netwerk ouderenzorg (UNO-Amsterdam)

Drs. B.B. Wendrich, projectleider Praktijk Ouderengeneeskunde

INHOUDSOPGAVE

Managementsamenvatting	3
1. Inleiding	3
1.1. Doel van het document	3
1.2. Maatschappelijke ontwikkelingen.....	4
1.3. Een oplossing door de Praktijk Ouderengeneeskunde	4
1.4. Leeswijzer	6
2. Bedrijfsmodel van de praktijk ouderengeneeskunde	7
2.1 Patiëntpopulatie.....	7
2.2 Huidig gebruik	7
2.3 Afzetmarkt	8
2.4 Het dienstverleningsproces.....	9
2.5 Producten en diensten	11
2.6 Innovatieve elementen.....	13
3. De baten en kosten van de praktijk ouderengeneeskunde.....	14
3.1 Maatschappelijke case	14
3.2 Organisatorische case	17
Kostencomponenten.....	17
Kosten van de diensten	18
3.3 Financiële toegevoegde waarde van de Praktijk Ouderengeneeskunde	21
3.4 Opbrengsten van de Praktijk Ouderengeneeskunde	24
3.5 Overige aandachtspunten.....	25
4. Toekomst visie.....	26
4.1. Ambitie.....	26
4.2. Samenwerking met stedelijke ontwikkelingen in Amsterdam	28
4.3. Potentie in de regio Amsterdam.....	28
4.4. Gezamenlijke dienstverlening	28
5. Conclusies en aanbevelingen	29
Bijlagen	32
1. Samenwerkingsverbanden	32
2. Projectfases met tijdslijnen.....	32
3. Organisatorische case – kostencomponenten.....	32
4. Achtergrond bij organisatorische case	34
5. Begrippen en afkortingenlijst.....	36

MANAGEMENTSAMENVATTING

De Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde (UPO), sinds 2020 ook wel Praktijk Ouderengeneeskunde¹ genoemd, heeft als missie om de ouderengeneeskunde naar de eerste lijn te brengen. Het doel is om oudere patiënten met complexe (multi)morbiditeit van passende zorg te voorzien en zo lang als mogelijk in de eigen omgeving te laten wonen door de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. De Praktijk Ouderengeneeskunde (PO) ziet vanaf september 2015 patiënten na verwijzing door de huisarts. Specialist ouderengeneeskunde (SO) hebben expertise op het gebied van patiënten met complexe (multi)morbiditeit, en kunnen voor hen in de thuissituatie van toegevoegde waarde zijn. De Praktijk Ouderengeneeskunde biedt huisartsen korte advisering, consultatie bij de patiënt thuis en medebehandeling. Ook heeft de Praktijk Ouderengeneeskunde de mogelijkheid patiënten kortdurend op te nemen ter observatie. De proactieve benadering van de specialist ouderengeneeskunde maakt het mogelijk om bewust te anticiperen op passende zorg die in de nabije toekomst waarschijnlijk nodig is. Door middel van registratie en onderzoek kunnen de beoogde effecten op korte en lange termijn voor patiënt en maatschappij inzichtelijk worden gemaakt. De Praktijk Ouderengeneeskunde is gestart als een innovatieproject in samenwerking met twee huisartspraktijken. In de periode tussen de start van de patiëntenzorg in september 2015 en november 2019 zijn ruim 200 patiënten verwezen, waarvan ruim 190 patiënten gedetailleerd beschreven in een kwalitatief onderzoek. Hier uit blijkt de positief ervaren werkwijze en dienstverlening door patiënt en mantelzorger, de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde. Deze businesscase maakt inzichtelijk dat de Praktijk Ouderengeneeskunde bijdraagt aan een kostenreductie in de eerste én tweede lijn en in de Wet langdurige zorg. Indien de Praktijk Ouderengeneeskunde door verdere opschaling jaarlijks 100 patiënten kan zien, waarvan 35 voor consultatie en advies, 60 voor consultatie en (deels) uitvoeren van advies en 5 voor observatieopname zijn de economische netto opbrengsten van de Praktijk Ouderengeneeskunde voor de maatschappij ruim € 2,45 miljoen per jaar. Als belangrijke volgende stap zien we het breder neerzetten van de dienstverlening en een verdere samenwerking met zorgaanbieders in de regio. Het is belangrijk dat de SO een sterkere positie krijgt in de eerste lijn, zodat meer huisartsen ondersteund kunnen worden bij de zorg voor kwetsbare ouderen en meer patiënten geholpen worden met goede en passende zorg op de juiste plek.

1. INLEIDING

1.1. DOEL VAN HET DOCUMENT

In deze Maatschappelijke Businesscase (MBC) zetten we de maatschappelijke kosten en baten van de Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde (hierna Praktijk Ouderengeneeskunde¹, PO) uiteen. Deze MBC is een gestructureerde kosten-baten afweging waarin het economisch (businessmodel) en het maatschappelijke nut samenkomen. We zetten uiteen in hoeverre de kosten van de diensten van de PO opwegen tegen de baten daarvan. En daarnaast wegen we de kosten van de PO tegen de anders te verwachten kosten. Bij voorkeur wordt een MBC opgesteld op basis van harde financiële en maatschappelijke gegevens. Aangezien dit nog niet mogelijk is vanwege de projectfase waarin de PO verkeert, wordt daarom gebruik gemaakt van kwalitatieve gegevens en inschattingen van kosten op basis van vergelijkingen. Met een opsomming en afweging van alle maatschappelijke en economische kosten en baten geeft dit document beleidsmakers en financiers handvatten voor, respectievelijk, verdere ontwikkeling en implementatie van de Praktijk Ouderengeneeskunde en voor het maken van afwegingen bij het contracteren en financieren van deze zorg. Daarnaast biedt dit document een overzicht voor iedereen die geïnteresseerd is in het concept en de werkwijze van de Praktijk Ouderengeneeskunde.

¹ Het bleek dat patiënten en zorgverleners regelmatig de term “universitaire” in de naamgeving ‘Universitaire praktijk ouderengeneeskunde’ verwarrend vonden. Regelmatig werd gedacht dat er verwezen werd naar een tertiaire praktijk terwijl de PO een eerstelijns dienstverlening betreft. Dit is in 2020 de aanleiding geweest om de naamgeving aan te passen in ‘Praktijk Ouderengeneeskunde’.

1.2. MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN

Drie maatschappelijke ontwikkelingen in Nederland maken een versterking van de eerstelijnszorg voor ouderen nodig. De eerste reden is dat de ouderenpopulatie de komende jaren steeds verder toeneemt. Het aantal 65-plussers stijgt de komende 20 jaar van 3,1 miljoen in 2015 naar 4,8 miljoen in 2040². Ook bereiken steeds meer mensen een hoge leeftijd, waardoor het aantal oude ouderen stijgt. Zo worden er in 2040 1,7 miljoen meer 65-plussers verwacht, en ruim 200 duizend meer 90-plussers. Naast een toename van het aantal vitale ouderen, neemt naar verwachting ook het aantal ouderen met verhoogde kwetsbaarheid en complexe (multi)morbiditeit toe³. Bij deze (multi)problematiek zijn vaak meerdere zorgverleners en medisch specialisten betrokken, met risico op complicaties en afstemmingsproblemen. Ten tweede, zullen zowel de zorgvraag als de zorgkosten in de eerstelijns(ouderen)zorg de komende jaren toenemen. Naar verwachting verdubbelen de zorguitgaven in 2040 (ten opzichte van 2015) tot 174 miljard euro. Het aandeel van de zorguitgaven voor 65-plussers stijgt van 44% in 2015 naar 59% in 2040⁴. Daarnaast is er sprake van de hervormingen in de langdurige zorg⁵ vanwege de vervanging van de Algemene Wet Bijzondere Ziekten (AWBZ) in 2015 door de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Naast het feit dat mensen ouder worden, blijven ze ook langer thuis wonen. Het uitgangspunt is dat de zorg thuis en vanuit de eerste lijn wordt geleverd. Door deze focus op extramurale zorg wordt er een groter beroep gedaan op het (zelf)zorgvermogen en het informele (zorg)netwerk van ouderen. Maar dit betekent ook dat de werkdruk in de eerste lijn toeneemt.

Een betere organisatorische structuur van de ouderenzorg en de expertise van de specialist ouderengeneeskunde kan de ondersteuning van de huisartspraktijken ten goede komen op het gebied van zorg voor kwetsbare ouderen. Huisartsen geven aan tegen de volgende zaken aan te lopen: niet volledig “in regie” te zijn (geen volledig overzicht van betrokken zorgverleners, geen goede registratiesystemen), verschillende invalshoeken op de noodzakelijke zorg (vanuit patiënt, familie en zorgverlener), grenzen van medische mogelijkheden, beperkte mogelijkheid voor sociale ondersteuning (beperkte tijd, beperkte informatievoorziening) en te weinig kennis (t.a.v. specifieke geriatrische ziektebeelden) en te weinig ondersteuning in de praktijk⁶.

1.3. EEN OPLOSSING DOOR DE PRAKTIJK OUDERENGENEESKUNDE

Bovengenoemde ontwikkelingen vragen om een andere aanpak binnen de eerstelijnszorg voor kwetsbare ouderen. Dit is de aanleiding geweest om in 2015 door het VU medisch centrum in Amsterdam de (Universitaire) Praktijk Ouderengeneeskunde op te richten. Door een nauwe en laagdrempelige samenwerking tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde maakt de Praktijk Ouderengeneeskunde de deskundigheid van de SO in de eerstelijnszorg beschikbaar. Dat is de missie van de PO: de ouderengeneeskunde naar de eerste lijn brengen. Niet elke oudere behoeft aandacht van de ouderengeneeskunde. Echter: naarmate kwetsbaarheid en het aantal aandoeningen toenemen, groeit de behoefte aan een proactieve en specifiek ouderengeneeskundige benadering. Dat geldt in het bijzonder voor ouderen met complexe (multi)morbiditeit (zie kader⁷).

De definitie van complexe (multi)morbiditeit is volgens de Gezondheidsraad: “situaties waarin niet alleen de ziekten als zodanig, maar ook de beperkingen en het verlies aan zelfredzaamheid en welbevinden aandacht behoeven en er door de betrokkenheid van verschillende hulpverleners veel samenwerking en communicatie over alle zorg noodzakelijk wordt”.

² VTV-2018. Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag. Den Haag: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018. Bron: <https://www.vtv2018.nl/kwetsbare-ouderen>

³ Bron: <https://www.vtv2018.nl/kwetsbare-ouderen>

⁴ VTV-2018. Zorguitgaven: Hoe ontwikkelen zich de zorguitgaven in de toekomst? Den Haag: Rijksinstituut voor Volksgezond en Milieu, 2018. Bron: <https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>

⁵ Centraal Bureau van de Statistiek. 2015: Ontwikkeling en financiering van de zorglasten sinds 2006. Den Haag: 2015. Bron: <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2015/51/ontwikkeling-en-financiering-van-de-zorglasten-sinds-2006>

⁶ Zwijsen et al. BMC Family practice (2016) 17:64 Disentangling the concept of “the complex older patient” in general practice: a qualitative study.

⁷ Gezondheidsraad. ‘Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met (multi)morbiditeit’. 2008

De groep patiënten waarbij sprake is van complexe (multi)morbiditeit neemt in omvang toe. Het betreft ouderen die doorgaans op meerdere domeinen kwetsbaar zijn, niet altijd over een sterk zorgnetwerk beschikken en zich in hun laatste levensjaren bevinden. Het zijn patiënten waarbij vaak veel verschillende hulpverleners zijn betrokken zoals huisartsen, medisch specialisten, thuiszorg, paramedici en mantelzorgers. De ouderengeneeskundige benadering die deze groep behoeft, komt in de eerste lijn onvoldoende tot stand door gebrek aan expertise, beschikbare tijd en een praktijkorganisatie die zich maar heel beperkt leent voor een proactieve benadering. Hierdoor ervaart de huisarts wel een toenemende werkdruk, maar kan hij⁸ niet altijd passende zorg bieden. Gevolgen zijn meer ziekenhuisopnames en verwijzingen naar de tweede lijn, meer presentaties van deze groep op de Spoedeisende Hulp (SEH) én ook meer heropnames na ontslag. Ter illustratie: uit een recent onderzoek door het OLVG-Oost komen er naar schatting 4.500 ouderen (70-plussers) op de SEH locatie Oost, waarvan 20-37% van de presentaties voorkomen had kunnen worden door vroegtijdige interventies in de thuishouding⁹.

Inzet van de SO in de eerste lijn

De specialist ouderengeneeskunde is expert op het gebied van de zorg en behandeling van (oudere) patiënten met complexe (multi)morbiditeit¹⁰. Hij⁸ heeft kennis van chronische ziektebeelden en de gevorderde stadia daarvan. Die expertise stelt hem in staat te anticiperen op toekomstige ontwikkelingen in het (geheel van) ziektebeeld(en) en daarover zorg- en behandelafspraken te maken met patiënt en zorgteam. Een belangrijk doel van de Praktijk Ouderengeneeskunde is om voor de groeiende groep kwetsbare ouderen een alternatief te realiseren voor verwijzingen naar de tweede lijn. Hiermee streeft de PO ernaar om ouderen langer in de eigen woonomgeving van zorg en medische behandeling te voorzien, (belastende) medisch-specialistische zorg, waaronder poli bezoeken en ziekenhuisopnames, te voorkomen en (ongewenste en ontijdige) verpleeghuisopname uit te stellen of te voorkomen. Ook wil de PO bijdragen door zorgvuldige advance care planning crisisbeslissingen -waaronder SEH presentaties en 'noodbed' opnames- terugdringen. De voor deze patiëntpopulatie benodigde benadering kenmerkt zich voorts door:

1. de focus op de *gevolgen* van ziekten voor het functioneren van de patiënt
2. de focus op *welbevinden* vanuit de vraag wat voor de patiënt belangrijke *levensdoelen* zijn en wat hij/zij nodig heeft om zo lang mogelijk een kwalitatief goed leven te hebben;
3. de focus op *transparante zorg- en behandeldoelen*, mede ten behoeve van de aansturing van betrokken behandelaren en zorgverleners en de regievoering over de zorg¹¹.

Concept van de Praktijk Ouderengeneeskunde

De Praktijk Ouderengeneeskunde biedt consultatie met advies, het (deels) uitvoeren van het advies (ook wel "medebehandeling" genoemd, waarbij de huisarts te allen tijde hoofdbehandelaar blijft) of overname van behandeling in een kortdurende geplande opname voor patiënten met complexe (multi)morbiditeit, dit alles altijd na verwijzing van de huisarts. Hierbij realiseert de specialist ouderengeneeskunde een brede beeldvorming en – indien aangewezen - een multidisciplinaire interventie, maar draagt hij tegelijk zorg voor individueel maatwerk, waarbij de levensdoelen van de oudere en diens kwaliteit van leven richtinggevend zijn. Concept en werkwijze worden later in deze businesscase beschreven.

Opzet van het project

Om de gewenste veranderingen in de eerstelijnszorg gestalte te geven is in 2015 de UPO opgericht, waarbij vanuit een pilotfase gestart is met de intentie om een blijvende dienstverlening neer te zetten. De verschillende fases in het project zijn als volgt te omschrijven: fase 1 van 2015-2019, fase 2 van 2019-2020 (o.a. naamswijziging in Praktijk Ouderengeneeskunde) en fase 3 van 2021- en verder, zie ook de tabel hieronder.

⁸ Waar 'hij' en 'hem' staat kan ook 'zij' en 'haar' gelezen worden.

⁹ Resultaten meetweek SEH OLVG Oost, Resultaten projectgroep SEH OLVG/Cordaan/Evean, 15 december 2020

¹⁰ Zie voor een uitgebreide beschrijving van de doelgroep en expertise van de specialist ouderengeneeskunde het beroepsprofiel van Verenso <https://www.verenso.nl/de-specialist-ouderengeneeskunde>

¹¹ Bron: Hertogh, C.M.P.M. (1997). *Functionele geriatrie. Probleemgerichte zorg voor chronisch zieke ouderen*. Elsevier/De Tijdstroom

Projectfases Praktijk Ouderengeneeskunde		
Fase 1: 2015-2019 Onderzoeksfase & ontwikkeling	Fase 2: 2019-2020 Evaluatie & Toetsing	Fase 3: 2021- e.v. Samenwerking & Integratie
Samenwerking: met Verenso, Amstelring, Zonnehuisgroep Amstelveen, huisartsen	Samenwerking: Amstelring, Zonnehuisgroep Amstelveen, huisartsen, diverse SO's, diverse zorgaanbieders, etc.	Samenwerking: 5 grootste zorgaanbieders (Amsta, Amstelring, Cordaan, ZHGA, ZGAO), elaa, Amsterdamse huisartsenalliantie, Zilveren Kruis
Bereikt: inrichting praktijkvoering, eerste maatschappelijke businesscase, gevalideerde werkwijze opgesteld, (tussentijdse) evaluaties met verwijzers en patiënten, aanscherping dienstverlening.	Bereikt: Onderzoek naar eerste vijf jaar, actualisatie van maatschappelijke businesscase, inventarisatie stedelijke samenwerking, start pilot integratie Virtual Ward en cBoards.	Doel: stedelijke integratie met programmaplan voor zorg voor Ouderen in de eerste lijn, inrichting Ouderengeneeskundige Praktijk Amsterdam (mogelijke afkorting: "OPA") met centrale aanmelding, kwaliteitskenmerken en financieringsstructuur. Zie hoofdstuk 4.

De afgelopen jaren is binnen het project gewerkt met de opgedane *best practice* en zijn de deelnemende huisartspraktijken blijven verwijzen. Tussen 2015 en 2019 zijn ruim 190 patiënten gezien. In 2020 heeft een evaluerend onderzoek plaatsgevonden waarbij ook gericht gekeken is naar de waardering van deze zorginnovatie (zie hoofdstuk 2). In 2020 is ervoor gekozen om de term 'UPO' los te laten en de term 'Praktijk Ouderengeneeskunde' (met afkorting 'PO') te hanteren. De volgende fase (fase 3) zal voor een structurele borging van de dienstverlening en de opgedane kennis zorgen.

De Praktijk Ouderengeneeskunde heeft de ambitie uitgesproken om haar best practice werkwijze verder uit te rollen in regio Amsterdam, om op deze manier meer ouderen van deze waardevolle zorg te voorzien, meer huisartsen te ontlasten in de zorg voor de (kwetsbare) oudere en de SO's in de eerste lijn van elkaar te laten leren. Binnen de stedelijke samenwerking in Amsterdam zijn diverse actuele ontwikkelingen op het gebied van ouderen onderzocht, waaronder de Virtual Ward¹² en Beter Oud in Amsterdam. De ambitie van de Praktijk Ouderengeneeskunde sluit goed aan bij deze stedelijke ontwikkelingen en is derhalve een pilot gestart met de integratie van de werkwijze binnen de Virtual Ward en het gebruik van cBoards¹³. Zie in de bijlage 1 en 2 voor verdere informatie over de opzet van het projectfases.

1.4. LEESWIJZER

In dit **eerste hoofdstuk** zijn de maatschappelijke ontwikkelingen geschetst, wat de aanleiding is geweest voor de start van de Praktijk Ouderengeneeskunde.

In **hoofdstuk 2** wordt het bedrijfsmodel van de Praktijk Ouderengeneeskunde als organisatie verder toegelicht. Er wordt ingegaan op de doelgroep, het gebruik, de dienstverlening en de innovatieve elementen hierbinnen.

Hoofdstuk 3 vormt de businesscase waarin de kosten en opbrengsten inzichtelijk worden gemaakt. Er wordt gestart met de maatschappelijke baten en kosten waarbij wordt ingegaan op de voor- als nadelen voor de individuele patiënt, en op die voor de maatschappij. Daarna volgt de organisatorische case, welke in gaat op de kosten en opbrengsten van de diensten en producten die zijn genoemd in het businessmodel. Ook worden de (financiële) aandachtspunten van de dienstverlening van de PO besproken.

In **hoofdstuk 4** wordt het toekomstperspectief geschetst en de ambitie die de Praktijk Ouderengeneeskunde hierbij heeft.

In **hoofdstuk 5** komen voorgaande hoofdstukken samen en volgen de algemene conclusie en aanbevelingen.

¹² Informatie Virtual Ward, een samenwerking tussen het OVLG, Cordaan en Zilveren Kruis. <https://www.skipr.nl/nieuws/virtuele-verpleegafdeling-slecht-schotten-in-de-zorg/>

¹³ Informatie Caresharing, bron: <https://www.caresharing.com/samenwerking-virtual-ward/>

2. BEDRIJFSMODEL VAN DE PRAKTIJK OUDERENGENEESKUNDE

In dit hoofdstuk worden de verschillende bedrijfsaspecten van de Praktijk Ouderengeneeskunde in kaart gebracht. Er wordt uiteen gezet hoe de patiëntenpopulatie er uit ziet, welke diensten er worden aangeboden aan welke doelgroepen en wat de dienstverlening inhoudelijk omvat.

2.1 PATIËNTPOPULATIE

De Praktijk Ouderengeneeskunde richt zich op patiënten met complexe (multi)morbiditeit (definitie op pagina 4). Dit kunnen (kwetsbare) ouderen zijn, maar ook jongere patiënten. Uitgangspunt is dat deze patiënten thuis wonen en de algemene medische zorg van de huisarts krijgen. Patiënten die permanent in een Wlz-instelling met behandeling wonen blijven in deze MBC buiten beschouwing omdat zij (al) onder de medische verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde vallen.

De PO is gericht op een specifieke groep patiënten, zoals hierboven beschreven. Ter illustratie volgen hier een tweetal patiëntbeschrijvingen.

Mevr. R is een 82-jarige vrouw. Zij woont met haar vitale echtgenoot in een appartement. Het echtpaar heeft betrokken dochters.

Zij wordt door de huisarts verwezen omdat het injecteren van insuline niet meer goed gaat. Zij spuit teveel of te weinig eenheden, of vergeet het. Daarnaast verzorgt zij zichzelf minder goed dan vroeger, en maakt zij vreemde keuzes in de kleding die zij aantrekt. Het eten dat zij bereidt is smakeloos en zij laat regelmatig pannen aanbranden. Haar man staat nog vol in het leven en kan haar niet dagelijks begeleiden en wegbrengen naar afspraken. Zij ontkent dat er dingen misgaan en wil zich niet laten onderzoeken. Zij wil zelfs graag het autorijden weer gaan oppakken. In het recente verleden is zij opgenomen geweest vanwege hypoglycaemisch coma met mogelijk hersenschade. Verder is zij bekend met onder andere chronische nierschade en TIA's. Een MRI hersenen die eerder is gemaakt, liet witte stofafwijkingen en meerdere infarcten zien.

De SO bezoekt het echtpaar. Mevrouw stelt zich defensief op, ontkent de problemen, maar laat zich gelukkig wel onderzoeken. De SO stelt uiteindelijk de diagnose gemengde dementie en in een gesprek twee weken later met dochter en het echtpaar bespreekt hij de diagnose. Er wordt afgesproken dat mevrouw niet meer zal autorijden. Werkstudenten zullen haar rijden en begeleiden als zij naar bijvoorbeeld de kapper wil gaan. Een casemanager dementie wordt ingezet om het echtpaar te begeleiden en thuiszorg wordt ingeschakeld om insuline toe te dienen en bloedglucose te monitoren. Gedurende dit traject heeft de SO regelmatig contact met de huisarts om de bevindingen te delen en het beleid kort te sluiten. Ter afronding heeft de SO een samenvattend verslag in het HIS geschreven.

Mevr. P is 79 jaar, woont samen met haar echtgenoot, ze is passief en heeft toenemende loopproblemen. Er is al enige tijd sprake van een zeer kwetsbare thuissituatie. Als de patiënt koorts krijgt en haar zorgafhankelijkheid acuut toeneemt verwijst de huisarts haar naar de PO.

Er blijkt sprake te zijn van een complexe situatie waarbij meerdere ziekten en aandoeningen spelen. Dit maakt diagnostiek thuis, met beperkte middelen, lastig. Daarnaast kan dhr. P. door de acute achteruitgang nu niet voor zijn partner zorgen. In overleg met de betrokkenen wordt besloten tot kortdurende opname op een observatiebed voor nadere diagnostiek en behandeling.

Tijdens de opname wordt een aantal oorzaken gevonden voor de achteruitgang. Een urineweginfectie en een schimmelinfectie aan haar voet kunnen meteen worden behandeld, daarnaast wordt de diagnose vasculaire dementie gesteld. De benodigde zorg thuis wordt ingezet.

Na terugkeer naar huis gaan de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts samen op huisbezoek. Het blijkt goed te gaan, met de ingezette hulp redt het echtpaar het goed. De opname hebben ze als prettig ervaren. De huisarts neemt de zorg weer over. Een keer per maand wordt de patiënt geëvalueerd in een patiëntbespreking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde zodat er tijdig kan worden geanticipeerd op gezondheidsveranderingen.

2.2 HUIDIG GEBRUIK

Kerncijfers huisartspraktijken

In de eerste twee fases van de inrichting van de Praktijk Ouderengeneeskunde (periode van 2015-2020) bood deze haar diensten aan twee huisartspraktijken¹⁴. In de volgende fase wordt gestreefd naar uitbreiding naar meerdere huisartspraktijken en tot slot naar de gehele regio Amsterdam (zie toekomstvisie in hoofdstuk 4).

¹⁴ De twee huisartspraktijken hebben een gezamenlijke omvang van 7,2 norm praktijk o.b.v. 2.100 patiënten per normpraktijk

Kerncijfers patiënten

In de periode tussen september 2015 en november 2019 werden 207 patiënten naar de PO verwezen, waarvan er 190 door de PO zijn behandeld. Redenen waarom patiënten uiteindelijk niet behandeld zijn door de PO zijn: verpleeghuisopname (n=4), ziekenhuisopname (n=7), overlijden van de patiënt (n=1), geen behoefte van de patiënt of diens naasten (n=5). De kenmerken van deze patiënten zijn als volgt:

Kenmerken	Resultaat
Aantal patiënten (november 2019)	190
Gemiddelde leeftijd (jaar)	81,9 (gem. SD 9,5)
Vrouw (%) / man (%)	67/33
Samenwonend. Ja (%), deels (%), nee (%)	30%, 2%, 68%
Chronische aandoening	100%
Cognitieve stoornis (%)	55%
Mantelzorg aanwezig (%)	73%

Deze kerncijfers bevestigen het beeld dat eerder is geschetst van de doelgroep: het betreft oudere patiënten met (multi)morbiditeit.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 81,9 jaar met een range van 41 tot 98 jaar. De meeste patiënten waren vrouw, niet-samenwonend en hadden een mantelzorger. Cognitieve stoornissen kwamen bij ruim de helft voor, deze varieerden van geheugenklachten (zonder beperkingen in het dagelijks functioneren), mild cognitive impairment (MCI), klachten na Cerebrovasculair Accident (CVA), overmatig alcoholgebruik tot (vermoeden van) dementie.

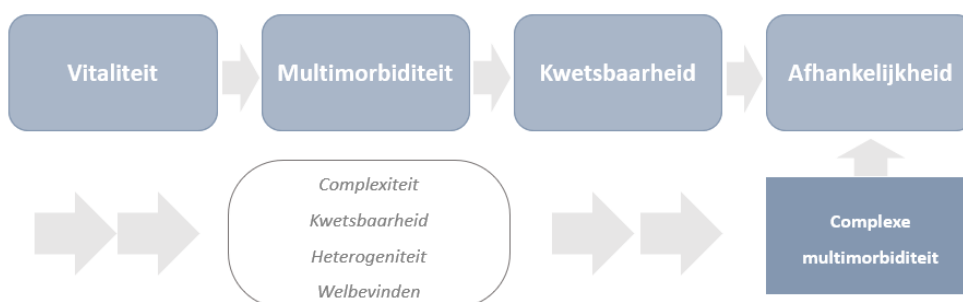
Reden verwijzing door huisarts

Op het aanmeldformulier¹⁵ kon de huisarts de zorgvraag aangeven evenals de reden van verwijzing in één of meerdere categorieën. Met betrekking tot de zorgvraag, verwees de huisarts het meest frequent naar de PO voor “consult, advies en uitvoeren van het advies” (62%), gevolgd door “consult en advies” (34%) en “opname” (2%). De meest genoemde reden van verwijzing was een geriatrisch assessment, gevolgd door beoordelen cognitieve problemen, in kaart brengen benodigde zorg, beoordelen lichamelijke problemen.

2.3 AFZETMARKT

Bovenstaande cijfers van het aantal patiënten dat binnen de Praktijk Ouderengeneeskunde gezien is, geeft slechts een beperkte weergave van de afzetmarkt en de potentie van de dienstverlening. Hieronder wordt een (vereenvoudigd) segmentatiemodel voor Ouderen getoond:

Zorg voor ouderen: *One size fits all?*



Uit gegevens over zorggebruik komt naar voren, dat de medische en zorgconsumptie sterk toeneemt bij kwetsbaarheid (vooral als sprake is van een beperkt netwerk) en zeker als sprake is van functionele

¹⁵ <https://www.e-inwoner.nl/prod/fr/vumc/PO-verwijsformulier/new>

beperkingen¹⁶. Een proactieve geïndividualiseerde benadering, zoals de ouderengeneeskunde die pleegt te bieden is aangewezen vanaf de situatie van kwetsbaarheid in bovenstaand (vereenvoudigd) segmentatiemodel. Dat is mogelijk door middel van consultatie en advisering van de huisarts, op te schalen naar consultatie en (deels) uitvoering van het advies (ook wel “medebehandeling” genoemd, waarbij de huisarts altijd hoofdbehandelaar blijft) en – uiteindelijk – naar volledige overname van behandeling. Dit laatste doet zich bijvoorbeeld voor bij verhuizing naar het verpleeghuis.

Omdat er verschillende definities van kwetsbaarheid bestaan, is het lastig de omvang van de groep kwetsbare patiënten in absolute aantallen te duiden. Het Sociaal Cultureel Planbureau schat dat er in 2010 zo’n 690.000 personen van 65 jaar en ouder zijn die kwetsbaar kunnen worden genoemd. Dat is het totaal van de twee meest rechtse segmenten uit bovengeschetst segmentatiemodel, exclusief het aantal daarvan dat in instellingen verblijft (circa 100.000). In 2030 zullen er naar schatting meer dan 1 miljoen kwetsbare ouderen zijn¹⁷. Bij een gelijkblijvende of slechts beperkt groeiend institutionele component van de langdurige zorg, staat ons dus een sterke toename van de zorgzwaarte in de eerste lijn te wachten, waarbij in het bijzonder een toename – relatief en absoluut – verwacht mag worden van het ouderen met complexe (multi)morbiditeit.

In 2015 had 50% van de Nederlanders één of meerdere chronische aandoeningen, in 2040 is dat 54%. Het percentage mensen dat bij de huisarts geregistreerd staat met twee of meer chronische aandoeningen neemt toe van bijna 25% (4,3 miljoen mensen) in 2015 naar 30% (5,5 miljoen) in 2040¹⁸. Tot de leeftijd van ongeveer 55 jaar heeft minder dan 5% van de mensen meerdere chronische ziekten tegelijkertijd. Tussen 65-74 jarigen heeft één op de vijf meer dan één chronische ziekte, onder 75-plussers is dat één op de drie¹⁹. De verwachting is dat deze aantallen in de toekomst verder zullen stijgen²⁰. Naar verwachting zullen er in de toekomst dus meer thuiswonende kwetsbare ouderen met (multi)morbiditeit zijn waarmee de zorgvraag in de eerste lijn toeneemt.

Als we deze cijfers beoordelen op de regio Amsterdam, zijn er begin 2019 ongeveer 108.000 65-plussers. In 2025 is dat aantal met 20% toegenomen tot 130.000, en voor 2039 komt de prognose uit op 181.000 Amsterdammers van 65 jaar of ouder (dit is een stijging van bijna 70% ten opzichte van 2019). Kenmerkend is dat ongeveer de helft van de 65-plussers alleen woont en dit aandeel stijgt langzaam tot naar verwachting 51,2% in 2030. In aantallen gaat het om een toename van circa 41.000 in 2010 tot naar verwachting 77.000 in 2030. Het aantal alleenwonende ouderen stijgt ook doordat de babyboomgeneratie inmiddels ook te maken krijgt met verweuding. In 2021 worden de eerste babyboomers 75 jaar en de verwachting is dat in 2039 het aantal 75-plussers ruim verdubbeld is tot 89.000. Opvallend is de stijging van het aandeel 65-plussers met een migratieachtergrond, van 36% in 2019 naar 48% in 2039. Deze toename komt vrijwel volledig voor rekening van de inwoners met een niet-westerse migratieachtergrond (van 6% naar 32%)²¹.

Samenvattend kan gesteld worden dat er een flinke stijging van het aantal 65-plussers plaatsvindt, dat zij meer en langer zelfstandig thuis wonen dan eerder, en dat zij in toenemende mate alleen wonen. Van de 75-plussers is ongeveer 20% kwetsbaar, wat de grote potentie van de patiëntenpopulatie van de Praktijk Ouderengeneeskunde weergeeft. Dit benadrukt de noodzaak van de dienstverlening van de PO.

2.4 HET DIENSTVERLENINGSPROCES

De Praktijk Ouderengeneeskunde is voor de afzet van haar diensten afhankelijk van verwijzende huisartsen en zorgverzekeraars. Verzekeraars kopen de zorg in en maken prijsafspraken. De PO levert zorg aan patiënten, waarbij de diensten worden aangeboden op aanvraag van de huisarts. De dienstverlening vindt plaats door de inzet van een specialist ouderengeneeskunde of een verpleegkundig specialist-ouderenzorg (VS-O). Een

¹⁶ VTV-2018: Kwetsbare ouderen. <https://www.vtv2018.nl/kwetsbare-ouderen>

¹⁷ Bron: Campen C. Rapport Kwetsbare ouderen. SCP, 2011 feb

¹⁸ VTV-2018, Hoeveel mensen hebben in de toekomst een chronische aandoening? Bron: www.vtv2018.nl/aandoeningen

¹⁹ RIVM Rapport Gezond ouder worden in Nederland, 2011. bron: www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270462001.pdf

²⁰ VTV-2018: Kwetsbare ouderen. <https://www.vtv2018.nl/kwetsbare-ouderen>

²¹ Data en informatie Amsterdam, Amsterdamse Ouderen nu en in 2039. <https://data.amsterdam.nl/publicaties/publicatie/amsterdamse-ouderen-nu-en-in-2039>

verpleegkundig specialist heeft de opleiding Verpleegkunde HBO afgerond en heeft een aanvullende post-HBO opleiding gevolgd tot verpleegkundig specialist Ouderenzorg. De SO werkt samen met de VS-O in het proces rondom de patiënt. Voorbereidende taken, huisbezoeken en afstemming met familie kunnen bijvoorbeeld door de VS-O worden uitgevoerd.

Indicatiestelling, verwijzing en aanmelding

Indicatie voor verwijzing kan zowel een algemene brede anticiperende hulpvraag zijn als een specifieke hulpvraag, het liefst voordat er acute problemen ontstaan. De huisarts verwijst de patiënten via het digitale verwijsformulier²² of via het verwijsformulier binnen cBoards naar de PO en maakt daarbij een keuze voor hulpverlening door middel van een consult, medebehandeling of een observatieopname. De aanmelding komt binnen bij het secretariaat, waarna de patiënt wordt geregistreerd in het Ysis, het multidisciplinair elektronisch patiëntendossier (EPD) van GeriMedica dat in samenwerking met VUmc is ontwikkeld voor behandelaars in de chronische zorg. Het secretariaat bespreekt de aanvraag met de betreffende SO of VS-O en plant het eerste huisbezoek in, in (telefonische) afstemming met de patiënt of mantelzorger.

Huisbezoek

Het hierop volgende eerste contact tussen de SO of VS-O en patiënt vindt bij voorkeur plaats bij de patiënt thuis. Tijdens een huisbezoek kan de SO of VS-O belangrijke informatie inwinnen over o.a. de woonsituatie, het steunsysteem en de mate van zelfredzaamheid in de eigen leefomgeving. Zo krijgt de SO of VS-O een goed beeld van het functioneren van de patiënt in de eigen woonomgeving; omgekeerd is het voor de patiënt prettig als het contact met de Praktijk Ouderen geneeskunde laagdrempelig in deze vertrouwde omgeving plaatsvindt. Adviezen worden op de specifieke context afgestemd.

Producten en diensten

Zie in het hoofdstuk hieronder een verdere toelichting op de verschillende producten en diensten die worden aangeboden binnen de Praktijk Ouderen geneeskunde.

Overdracht, registratie en declaratie

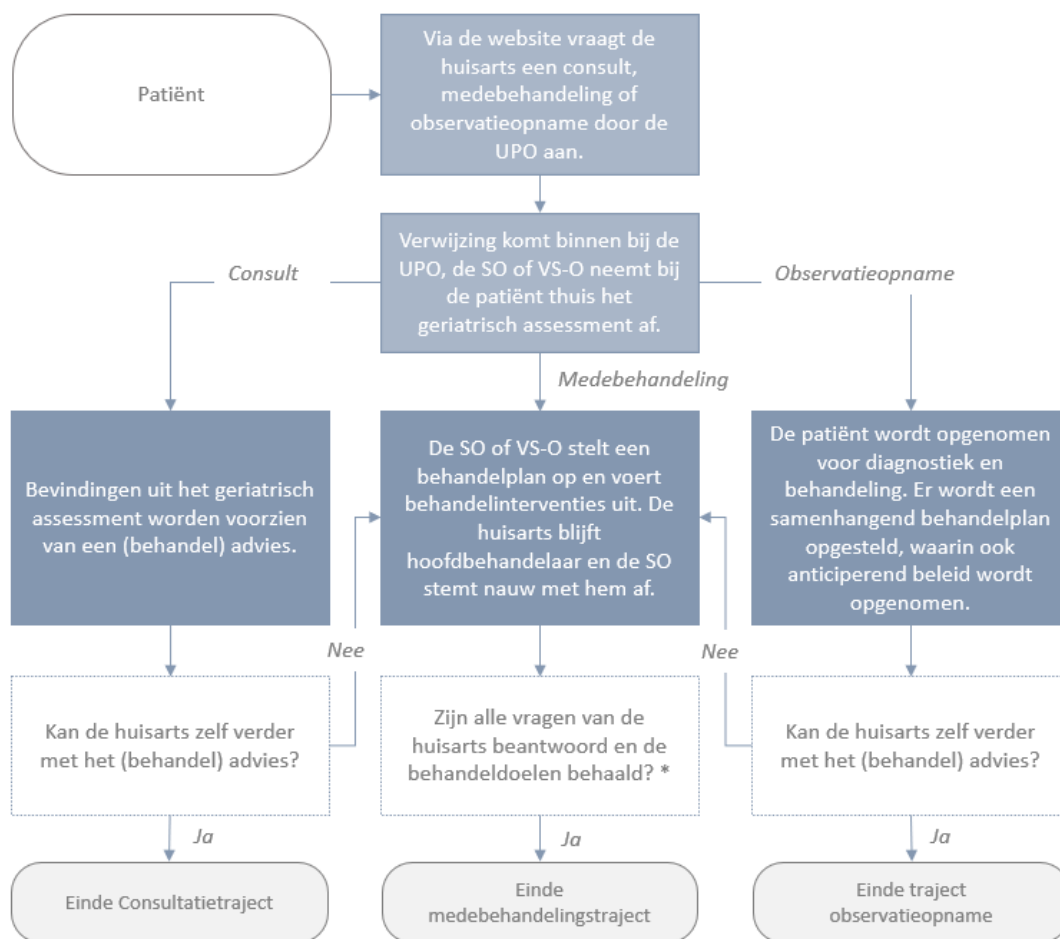
Nadat de werkzaamheden zijn afgerond en de patiënt kan worden overgedragen aan de huisarts, wordt het definitieve verslag (en overige informatie) opgesteld en door de SO teruggestuurd naar het Huisartsinformatiesysteem (HIS) van de huisarts. Het is ook mogelijk dat het verslag in het HIS wordt opgesteld. Ook dient het verslag in Ysis terecht te komen vanwege registratie en declaratie doeleinden. Binnen Ysis vindt vervolgens de registratie van de werkzaamheden plaats en kan worden gedeclareerd.

Ondersteunende systemen

In de eerste twee fases heeft de SO toegang tot het HIS van de verwijzende huisartspraktijken en kan op deze manier eenvoudig de relevante medische informatie van de patiënt verkrijgen. Aangezien persoonlijke toegang door de SO in het HIS niet schaalbaar is, zal in de volgende fase van de samenwerking met de Virtual Ward (fase 3, 2021 e.v.), zo veel mogelijk worden gewerkt binnen cBoards. cBoards is het netwerkplatform dat binnen Amsterdam breder gehanteerd zal worden als het platform voor ouderen (zie hoofdstuk 4 voor toekomstige ontwikkelingen).

In onderstaand stroomschema wordt het proces beschreven dat huisarts, specialist ouderengeneeskunde en patiënt doorlopen wanneer er gebruik gemaakt wordt van de Praktijk Ouderen geneeskunde.

²² Zie <https://www.e-inwoner.nl/prod/fr/vumc/PO-verwijsformulier/new>



* Het behandeltraject is pas afgerond op het moment dat de behandeldoelen zijn behaald. Indien het antwoord op de vraag: 'Zijn alle vragen van de huisarts beantwoord en de behandeldoelen behaald' nee is, zal de SO (of VS-O) het behandelplan evalueren en de behandeling eventueel bijstellen tot de behandeldoelen zijn behaald. Nb. waar 'huisarts' staat kan ook POH gelezen worden.

2.5 PRODUCTEN EN DIENSTEN

De Praktijk Ouderengeneeskunde biedt de volgende diensten aan: consultatie, medebehandeling en een observatieopname. Naast deze producten waarbij intensief contact is met de patiënt, blijkt er ook regelmatig behoefte van huisartsen aan (korte) advisering door de specialist ouderengeneeskunde waarbij de specialist ouderengeneeskunde de patiënt niet ziet. Daarnaast is er een periodiek overleg tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde waarin patiënten kunnen worden vervolgd en nieuwe patiënten laagdrempelig kunnen worden besproken. Dit is ook een moment waar veel eenmalige adviezen worden gevraagd en gegeven. De Praktijk Ouderengeneeskunde gelooft in een nauwe en warme band tussen de huisarts en specialist ouderengeneeskunde zodat verwijzing, afstemming en informatie uitwisseling laagdrempelig plaatsvindt.

Consultatie en advies

In een consult met bijbehorend advies beantwoordt de specialist ouderengeneeskunde een vraag van de huisarts nadat de specialist ouderengeneeskunde de patiënt thuis in kaart heeft gebracht. Een consult is in principe eenmalig, met het advies kan de huisarts de behandeling voortzetten. Een consult met bijbehorend advies leent zich met name goed voor diagnostische dilemma's: zo kan de huisarts bijvoorbeeld vragen om een analyse van (lichamelijke) achteruitgang, een analyse van cognitieve of stemmingsproblemen, een medicatiereview of een volledig geriatrisch assessment.

(Deels) uitvoeren van advies (“medebehandeling”)

Het is voor huisartsen regelmatig lastig om het volledige behandeladvies van de specialist ouderengeneeskunde zelfstandig op te volgen of in gang te zetten. Bij medebehandeling wordt het advies daarom (deels) uitgevoerd door de specialist ouderengeneeskunde zelf, inclusief de aansturing van de betrokken hulpverleners. Onderdeel van medebehandeling is het creëren van overzicht en samenhang in de diverse behandel- en zorgprocessen en het evalueren wat de diverse betrokken hulpverleners betekenen voor de patiënt, welke aandoeningen zij behandelen en met betrekking tot welke behandeldoelen. Deze inhoudelijke (tijdelijke) regievoering is niet alleen van belang om samenhang in het behandel- en zorgproces te garanderen, maar ook om schade en ongewenste interacties van behandelingen te voorkomen. Het kritisch evalueren van de indicatie en doelstelling van medisch specialistische behandelingen en (poliklinische) controles is hier een belangrijk onderdeel van. Op basis van bovengenoemde onderdelen stelt de specialist ouderengeneeskunde een integraal behandelplan op. Indien meerdere hulpverleners worden betrokken bij de uitvoering hiervan kan een multidisciplinair overleg (MDO) onderdeel zijn van de medebehandeling. De medebehandeling eindigt wanneer voor de patiënt een stabiele en bevredigende situatie is bereikt, de behandeldoelen zijn behaald (of tenminste helder en toetsbaar zijn geformuleerd) en de huisarts zich weer in staat voelt de regie rondom de patiënt en (zorg)stelsel terug te nemen. Tijdens de medebehandeling door de SO blijft de huisarts altijd eindverantwoordelijk, o.a. voor de 24-uurs zorg en andere huisartsgeneeskundige problemen, en vindt er regelmatig overleg plaats.

Observatieopname

Indien het niet mogelijk is in de thuissituatie voldoende informatie te krijgen of als er een gecontroleerde setting nodig is voor een interventie of behandeling, kan de patiënt tijdelijk opgenomen worden op een ‘observatie-bed’. Een observatieopname kan bijvoorbeeld wenselijk zijn bij patiënten met herhaaldelijke ziekenhuisopnames in korte tijd, bij sommige cognitieve stoornissen waarbij tijdelijk een gecontroleerde setting nodig is of bij (sub)acute achteruitgang in functioneren door een intercurrente ziekte. Een opname op de observatieafdeling is altijd een geplande en tijdelijke opname na verwijzing door (of in afstemming met) de huisarts en vaak voorafgegaan door een inventariserend huisbezoek door de specialist ouderengeneeskunde, op basis waarvan een initieel behandelplan wordt opgesteld. De hulpverleners van de observatieafdeling nemen dit plan ter hand en rapporteren over de voortgang in het (digitaal) multidisciplinair patiëntendossier. Naast de specialist ouderengeneeskunde werken op de observatieafdeling fysiotherapeuten, ergotherapeuten, een diëtist, een logopedist, een (GZ) psycholoog, verpleegkundigen (niveau 4 of 5) en verzorgenden (niveau 3). De huisarts wordt betrokken bij alle belangrijke beslissingen, en wordt zo nodig uitgenodigd voor het MDO op de observatieafdeling. De PO doet een digitale terugrapportage direct in het HIS. Afhankelijk van de gemaakte afspraken, zal de PO de patiënt thuis verder vervolgen en zorgdragen voor een goede implementatie van het behandelplan. In principe is de maximale duur voor een observatie opname 14 dagen, gemiddeld is de opnameduur 10 dagen. Er zijn bedden beschikbaar voor deze functie op de Amstelring Transferafdeling in Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Overige producten: dienstverlening zonder direct patiëntcontact

Naast de producten waarbij de specialist ouderengeneeskunde intensief patiëntcontact heeft wordt hij ook regelmatig om korte adviezen gevraagd, bijvoorbeeld over de inzet van (thuis)zorg of opname in een instelling. Deze korte adviesvragen worden telefonisch, ‘in de wandelgangen’, tijdens een overleg tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde of via de email gesteld. Het beantwoorden van een dergelijke vraag kost doorgaans vijf tot tien minuten maar kan veel behandeling en behandeltijd besparen. Er is een toenemende behoefte aan deze vorm van advies. Daarnaast vraagt de huisarts ook regelmatig om een uitgebreider advies, maar zonder direct patiëntcontact. Een voorbeeld hiervan is een MDO in de huisartsenpraktijk, of de vraag om advies over een laboratorium uitslag of medicatie. Deze vormen van consultatie zonder direct patiëntcontact, zijn niet meegenomen in de berekeningen onder deze businesscase. In de huidige financieringsstructuur zijn de mogelijkheden tot het financieren van deze korte overleggen en adviezen lastig, maar deze zijn zoals hierboven beschreven belangrijk voor goede patiëntenzorg.

2.6 INNOVATIEVE ELEMENTEN

Medebehandeling en Observatieopname

Het product Medebehandeling, het uitvoeren van een (deel) van het advies door de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn, is nieuw en innovatief. Daarnaast was het product Observatieopname, ten tijde van de start in 2015 zeer vernieuwend. De afgelopen jaren is met de introductie van eerstelijnsverblijf (ELV) een verdere uitbreiding van deze dienstverlening zichtbaar bij andere zorgaanbieders. Desondanks onderscheidt de Praktijk Ouderengeneeskunde zich met deze producten ten opzichte van de landelijk al bestaande consultatieve betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn.

De afgelopen jaren is in regio Amsterdam veel tijd en aandacht besteed aan het beter inrichten van de ouderenzorg, onder andere door de inzet van praktijkondersteuner ouderenzorg (POH-Ouderen)²³. Een ontwikkeling die hier parallel aan loopt is de samenwerking voor een consultfunctie van SO's bij huisartsenpraktijken. Deze samenwerking lijkt ondertussen bij een deel van de huisartspraktijken van de grond te komen. Echter, de mogelijkheid tot medebehandeling door de specialist ouderengeneeskunde wordt hierbij nog niet tot zeer beperkt gebruikt. Daarmee blijft een grote kans onbenut om de zorg voor ouderen in de thuissituatie te verbeteren. Onze Praktijk Ouderengeneeskunde toont veel positieve resultaten aan op de verschillende onderdelen van de dienstverlening²⁴. Dit ligt in lijn met de werkwijze en uitkomsten van een andere praktijk Ouderengeneeskunde, die al jaren werkt volgens het model van medebehandeling²⁵.

Eén digitaal patiëntendossier

Het streven is om de specialist ouderengeneeskunde van de Praktijk Ouderengeneeskunde zo veel mogelijk in hetzelfde systeem als andere zorgverleners te laten werken. In de eerste fases van het project werkt de specialist ouderengeneeskunde direct in het HIS van de verwijzend huisarts. Dit heeft als voordeel dat de huisarts kan volstaan met een korte overdracht aan de specialist ouderengeneeskunde. De SO heeft immers volledige toegang tot de voor hem en de patiënt relevante medische informatie waardoor hij optimaal geïnformeerd is. Dit voorkomt selectie in de informatievoorziening, maar ook dubbeldiagnostiek. De specialist ouderengeneeskunde voert een uitgebreid dossieronderzoek uit alvorens de patiënt te zien. Afspraken rondom het onderling delen van patiëntgegevens en toegang tot het systeem worden, na toestemming van de patiënt, schriftelijk vastgelegd in een overeenkomst tussen huisarts(praktijk) en specialist ouderengeneeskunde. In de huidige fase verwijst de huisarts de patiënt via een digitaal verwijsformulier.

Momenteel wordt de samenwerking binnen cBoards onderzocht (zie toekomstige ontwikkelingen, hoofdstuk 4). Dit netwerkplatform is toegankelijk voor zowel de huisarts, thuiszorgorganisaties, wijkteam, casemanagers, apothekers, fysiotherapeuten en andere (para)medici. Op deze manier kan informatie ingezien en gedeeld worden. Ook kan er onderling gecommuniceerd worden. Deze samenwerking ziet er veelbelovend uit en zal de aankomende maanden verder worden onderzocht. Voorwaarde voor heldere communicatie en goede verslaglegging is een goed werkend digitaal patiëntendossier en uniforme afspraken. Er zal tijd en aandacht worden gestoken om dit goed te borgen. Naast het verslagleggen in het HIS of cBoards, vindt verslaglegging en registratie/codering plaats van patiëntgegevens in het elektronische patiëntendossier (EPD) van de specialist ouderengeneeskunde. Dit is in veel gevallen Ysis, het EPD dat reeds veel wordt gebruikt in verpleeghuizen. Vanuit cBoards wordt onderzocht of deze patiëntendossiers verder gekoppeld of geïntegreerd kunnen worden om zoveel mogelijk dubbele handelingen te voorkomen.

Kennisontwikkeling, onderwijs en opleiding

Uniek is tevens het mede betrekken van onderwijs, opleiding en onderzoek in het project. Gegevens van patiënten die gebruik maken van de Praktijk Ouderengeneeskunde worden geanonimiseerd danwel gepseudonimiseerd verzameld. Deze gegevens zullen gebruikt worden voor onderzoek zodat nieuwe kennis

²³ O.a. het programma Beter Oud in Amsterdam, //www.elaa.nl/wat-we-doen/ouderenzorg/beter-oud-in-amsterdam

²⁴ Vijf jaar Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde: gebruikers, geleverde zorg, kosten en ervaringen. B.Ronde, F.J.M. Meiland, Amsterdam UMC, Locatie VUmc, Afdeling Ouderengeneeskunde/ Gerion, Amsterdam, 2020

²⁵ Praktijk Ouderengeneeskunde, Bertholet. <https://praktijkouderengeneeskunde.nl/professionals/downloads/>

ontsloten wordt. Omdat de PO gelieerd is aan het Amsterdam UMC is er ook de mogelijkheid voor studenten om (onderzoeks)stage te lopen bij de PO. Daarnaast is het streven gelegenheid te bieden aan artsen in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten in opleiding, en huisartsen in opleiding om een (keuze) stage bij de PO te volgen. De PO is daarnaast ook een proeftuin voor nieuw ontwikkelde interventies.

3. DE BATEN EN KOSTEN VAN DE PRAKTIJK OUDERENGENEESKUNDE

In dit hoofdstuk wordt een omschrijving gegeven van de maatschappelijke waarde van de werkzaamheden van de Praktijk Ouderengeneeskunde. Doel is om een onderbouwing te geven van de maatschappelijke waarden waarmee de dialoog over een wenselijke toekomstige situatie aangegaan kan worden. Daarnaast wordt inzage gecreëerd in de totstandkoming van de kosten, opgebouwd uit personele kosten en de inhoud van de dienstverlening.

3.1 MAATSCHAPPELIJKE CASE

Een maatschappelijke business case gaat niet primair over het financiële resultaat, maar over het realiseren van maatschappelijke baten. Hieronder wordt in de tabel een overzicht gegeven van de (maatschappelijke) baten van de Praktijk Ouderengeneeskunde, ingedeeld in vier onderwerpen:

1. Passende, veilige en minder belastende behandelen
2. Meer regie en langer thuis kunnen wonen
3. Ontlasting van huisartsen in de zorg voor de toenemende groep kwetsbare ouderen
4. Meer kennisdeling en lerend effect tussen zorgverleners

<i>1. Passende, veilige en minder belastende behandelen</i>		
Baten	Doelstellingen PO	Bewijs/effekt
<p>Minder belastende en passende zorg</p> <p>'Choosing wisely' is het principe dat hier leidend is. Wat draagt bij aan voor de patiënt relevante levensdoelen en uitkomsten van medische behandeling? Hoe kan op minimaal belastende wijze toegewerkt worden naar die doelen/uitkomsten? Choosing wisely zal in veel gevallen betekenen, dat het niet altijd (meer) noodzakelijk is om medisch specialisten te bezoeken. Minder ziekenhuisbezoek en alles wat daarbij komt kijken draagt bij aan rust en kwaliteit van leven, gericht op de levensdoelen van de patiënt.</p>	<p>Meer diagnostiek en behandeling thuis door specialist ouderengeneeskunde of huisarts. De PO maakt met de patiënt een nieuw plan, door integraal te kijken naar de patiënt en diens mogelijkheden en wensen. Advance care planning (ACP) maakt hier een belangrijk onderdeel van uit. De levensdoelen van de oudere en diens kwaliteit van leven zijn richtinggevend. Het gaat hierbij onder andere over de inrichting van de laatste levensfase. Dikwijls worden preventieve controles of behandelingen beëindigd omdat deze niet meer bijdragen aan de levensdoelen van de patiënt. Daarmee krijgen medisch specialistische diagnostiek en behandeling een andere prioriteit en kan de medische behandeling door de SO en de huisarts worden overgenomen.</p>	<p>De patiënt tevredenheid geeft informatie over de werkwijze van de PO. De geïnterviewden in het evaluatieonderzoek²⁶ ervoeren het als prettig dat er door de PO een huisbezoek wordt afgelegd. Patiënten en familie voelen zich gesteund en opgelucht dat de patiënt grondig wordt onderzocht door een SO en passende zorg krijgt. De huisarts geeft aan in het verwijsformulier van de PO wat hij had gedaan als er geen PO zou zijn geweest. Huisartsen geven aan in de meeste gevallen verwezen te hebben naar de tweede lijn.</p>

²⁶ Vijf jaar Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde: gebruikers, geleverde zorg, kosten en ervaringen. B.Ronde, F.J.M. Meiland, Amsterdam UMC, Locatie VUmc, Afdeling Ouderengeneeskunde/ Gerion, Amsterdam, 2020

<p>Minder ziekenhuisopnames^{27 28 29 30}</p> <p>Onnodige ziekenhuisopnames moeten zoveel mogelijk worden voorkomen. Het is voor ouderen niet goed om in het ziekenhuis te liggen als dat niet strikt nodig is. Ziekenhuisopname kan voor hen in veel gevallen zelfs schadelijk zijn²⁷. Daarnaast zijn ziekenhuisopnames zelden een prettige ervaring. Toch zien we steeds meer ouderen op de spoedeisende hulp²⁸. De toename van kwetsbare ouderen op de spoedeisende hulp leidt er zelfs toe dat ziekenhuizen de poort voor spoedzorg moeten sluiten met als gevolg een verminderde toegankelijkheid voor andere patiënten²⁹. Tenslotte kost dit alles de maatschappij veel geld, geld dat ook kan worden ingezet voor gezondheidszorg waarmee meer kwaliteit van leven wordt behaald.</p>	<p>Door de proactieve benadering kan het aantal ziekenhuisopnames worden teruggedrongen. Door met de patiënt afspraken te maken over doelen én grenzen van medische zorg, nu en in de toekomst, kan een leidraad voor het (toekomstige) handelen van artsen gegeven worden. Door vooraf de wensen tot behandelingen te bespreken, kan de patiënt kiezen om niet meer ingestuurd te willen worden naar het ziekenhuis indien dit voor hem weinig bijdraagt aan de kwaliteit van leven en de eigen levensdoelen. Ook als het wel tot een ziekenhuisopname komt kunnen de gemaakte beleidsafspraken de duur van de opname verminderen, doordat zij gidsend zijn voor medisch specialisten.</p>	<p>De specialist ouderengeneeskunde legt afspraken over behandelwensen waaronder de wens tot ziekenhuisopname vast. De aanname is dat de PO werkwijze bijdraagt aan minder ziekenhuisopnames doordat de patiënt betere ondersteuning krijgt, zodat hij beter en langer in zijn thuisomgeving kan verblijven. Hierbij is de aanname dat verpleeghuis- en ziekenhuisopnamen worden uitgesteld of voorkomen.</p>
<p>Veilig en passend medicatiegebruik</p> <p>Beter medicatiegebruik leidt tot minder medicatie gerelateerde incidenten, waaronder ziekenhuisopnames. Dit draagt bij aan het welbevinden én bespaart geld. De frequentie van geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames is 5,6% van alle acute ziekenhuisopnames, 46% hiervan is potentieel vermijdbaar. Dit kost naar schatting 85 miljoen euro per jaar³⁰.</p>	<p>Door de vele aandoeningen gebruikt de patiënt veel verschillende medicijnen die mogelijk niet allemaal (meer) nodig of zelfs conflicterend zijn. Medicatiereview door de specialist ouderengeneeskunde met het oog op met de patiënt vastgestelde behandeldoelen leidt tot veiliger en passender medicatiegebruik. Daarbij wordt ook een kostenbesparing gerealiseerd.</p>	<p>Onderdeel van medebehandeling door de SO is een medicatiereview waarbij in veel gevallen medicatie wordt gestopt of gestart. Er wordt ook gekeken naar de veiligheid van medicatie verstrekking door de apotheek en de inname door patiënt. Of na de PO-interventie nog medicatie gerelateerde problemen zijn voorgevallen, is niet onderzocht.</p>

2. Meer regie en langer thuis kunnen wonen		
Baten	Doelstellingen PO	Bewijs/effect
<p>Zorg gericht op de wensen en persoonlijke doelen, en een regelmatige afstemming met hulpverleners hierover, geeft rust en vertrouwen. De levensdoelen van de oudere en diens kwaliteit van leven zijn hierbij richtinggevend.</p>	<p>De PO beoogt de zorg zo af te stemmen dat deze bijdraagt aan de wensen van de patiënt en diens levensdoelen. In overleg met mantelzorg en wijkzorg wordt de zorg voor patiënt ingericht.</p>	<p>Patiëntgerichte zorgplannen met heldere en toetsbare doelen. Dit is meetbaar door de patiënt- en mantelzorgertevredenheid en verwijzers tevredenheid. Verwijzers tevredenheid wordt gemeten met een vragenlijst.</p>
<p>Uitstel van verpleeghuisopname</p> <p>De meeste mensen blijven langer thuis wonen, in veel gevallen kan dat ook als de juiste zorg ook thuis beschikbaar is. Ook de overheid stuurt aan op zorg thuis³¹, met mede als doel om de zorg betaalbaar te houden.</p>	<p>Door behandelexpertise uit het verpleeghuis naar de eerste lijn te brengen en door voldoende zorg thuis in te zetten is een verpleeghuisopname niet altijd meer nodig, of kan deze worden uitgesteld.</p>	<p>De PO stelt de expertise van de SO beschikbaar in de eerste lijn. De huisarts geeft bij verwijzing naar de PO aan wat de verwachting is voor de patiënt ten aanzien van een verpleeghuisopname. In hoeveel maanden verwacht de huisarts dat deze patiënt in een verpleeghuis wordt</p>

²⁷ Hoogerduijn, J.G., Schuurmans, M.J., Duijnste, M.S., De Rooij, S.E. & Grypdonck, M.F. (2007b). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of clinical nursing*16,pp46-57

²⁸ <http://nos.nl/artikel/2059896-meer-ouderen-naar-spoedposten.html>

²⁹ Zie de brandbrief 'Regionale Spoedzorg - de rek is eruit' van Traumanet AMC, te raadplegen via: https://www.traumanetamc.nl/sites/default/files/documents/brandbrief_regionale_spoedzorg_-_de_rek_is_er_uit_2016-05-19.pdf

³⁰ Bron: Hospital admissions related to medication (harm) een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences

³¹ Zie onder andere de brief aan Tweede Kamer over hervorming langdurige zorg, d.d. 25 april 2013

opgenomen? Deze inschatting die de huisarts opgeeft bij verwijzing naar de PO kan worden afgezet tegen het daadwerkelijke aantal maanden (mocht de patiënt uiteindelijk toch worden opgenomen).

3. Ontlasting van huisartsen in de zorg voor de toenemende groep kwetsbare ouderen

Baten	Doelstellingen PO	Bewijs/effect
<p>Ontlasten van huisartsen(zorg)</p> <p>De druk op de huisartspraktijk neemt toe. Uit eerdere studies^{32 33 34} blijkt dat huisartsen behoefte hebben aan ondersteuning bij de zorg voor de groeiende groep kwetsbare ouderen, maar dat er nog weinig wordt samengewerkt tussen de huisarts en SO. In lijn met de studie van Bertholet, Barnhoorn en Kodde³⁵, is de grondigheid en de specialistische expertise van de SO en de VS-O van toegevoegde waarde in de eerstelijnszorg. Schols³⁶ benadrukt het belang van een pragmatische aanpak en stelt dat de samenwerking tussen de huisarts en SO niet belemmerd moet worden door te veel regels of bureaucratie. Schols pleit voor een ondersteunende rol van de SO in plaats van de rol van hoofdbehandelaar, dit sluit aan bij de werkwijze van de PO.</p>	<p>De PO heeft als doelstelling om de huisartsen te ontlasten in de zorg voor de kwetsbare ouderen. De PO is een voorbeeld van een samenwerking tussen huisarts en SO. De PO zet in op zorg op maat voor zowel patiënten, als huisartsenpraktijk: de huisarts en praktijkondersteuner beslissen zelf, op basis van hun behoefte, wanneer en waarvoor zij de PO inschakelen en of dit enkel in de vorm van een consult en/of als medebehandelaar, en/of in de vorm van een opname is.</p> <p>De PO zal nooit hoofdbehandelaar zijn, maar de juiste zorg bieden door middel van een proactieve samenwerking met de huisartsenpraktijk.</p>	<p>Uit het kwalitatieve evaluatie-onderzoek³⁷ blijkt dat zorgverleners het vanwege de maatschappelijke veranderingen positief vinden dat de PO expertise in de eerste lijn beschikbaar is. De PO expertise en de mogelijkheid tot multidisciplinair overleg zorgt ervoor dat de huisarts ontlast en gesteund wordt.</p> <p>Een quote van een huisarts: “dat vind ik het aller prettigst; dat je echt het gevoel hebt dat iemand meedenkt bij deze ingewikkelde casus”.</p> <p>Zoals Falck et al.³⁸ adviseren, biedt de PO de mogelijkheid tot laagdrempelig verwijzen, zonder specifieke en concrete hulpvraag en voordat er acute problemen zijn. Op deze manier kan de PO preventief te werk gaan en mogelijk tweedelijns verwijzingen en ziekenhuisopnames voorkomen.</p>

4. Kennisdeling en lerend effect

Baten	Doelstellingen PO	Bewijs/effect
<p>Opleiding, onderzoek en onderwijs</p> <p>Het integreren van de kennis en ervaring in opleiding, onderzoek en onderwijs is essentieel om een blijvend verschil te kunnen maken en de zorg te kunnen verbeteren. Het borgen en</p>	<p>Naast de patiëntenzorg heeft de PO als doelstelling om de kennis, ervaring en resultaten te onderzoeken en te integreren binnen het onderwijs en de opleiding. Door de gestructureerde werkwijze en het creëren van grotere</p>	<p>Binnen de PO vindt periodiek onderzoek naar de geleverde zorg en de uitkomsten plaats. Recent is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de geleverde zorg en uitkomsten van zorg (in de vorm van tevredenheid) onder de eerste 190 patiënten.</p>

³² Konings, J. Samenwerking specialist ouderengeneeskunde en huisarts: nog geen gemeengoed, maar wel groeiende. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2010; 6: 218.

³³ KNMG. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: KNMG, 2010. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/medische-ouderenzorg.htm>

³⁴ Zwijsen et al. BMC Family practice (2016) 17:64 Disentangling the concept of “the complex older patient” in general practice: a qualitative study.

³⁵ Bertholet E, Barnhoorn H, Kodde H. Handreiking multidisciplinaire ouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet en Stichting Een Plus Samenwerking. Velp: 2013

³⁶ Schols, J. Samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en huisarts: Essentieel om een duurzame proactieve ouderenzorg te realiseren. Tijdschr Ouderengeneesk. 2017, 5 .

³⁷ Vijf jaar Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde: gebruikers, geleverde zorg, kosten en ervaringen. B.Ronde, F.J.M. Meiland, Amsterdam UMC, Locatie VUmc, Afdeling Ouderengeneeskunde/ Gerion, Amsterdam, 2020

³⁸ Falck R, Helms D, Hoogenboom M, Achterberg W. Samenwerking tussen huisartsen en het Mobiel Geriatrisch Team Houten: zorg voor kwetsbare ouderen thuis. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2010; 6: 244-249.

delen van informatie is hierbij noodzakelijk.	aantallen patiënten is het uitvoeren van betrouwbaar onderzoek mogelijk. Dit met als doelstelling om de patiëntenzorg continue te verbeteren, en de artsen en verpleegkundigen beter op te leiden.	Het streven is om de kennis van de extramuraal zorg in de eerste lijn verder op te nemen in het curriculum van de opleidingen tot SO (o.a. Gerion Amsterdam). Er zijn stage mogelijkheden voor studenten, artsen en verpleegkundigen om kennis te maken met de PO
Kennisdeling en lerend effect vergroten Door huisartsen meer kennis bij te brengen over complexe ouderenzorg in de thuissituatie, zal de zorgvraag vanuit de huisarts veranderen en mogelijk het aantal verwijzingen afnemen. Kennisdeling en het lerend effect bij huisartsen zijn hierbij belangrijk.	De PO heeft als doelstelling om de huisartsen te professionaliseren met betrekking tot de complexe ouderenzorg thuis. Huisartsen kunnen leren van de SO's en vice versa. De PO streeft er naar dat dit op den duur er toe leidt dat huisartsen meer competent raken en meer zelf kunnen gaan doen met hun kwetsbare ouderen. Effect daarvan kan zijn dat de inzet van de beperkte capaciteit van SO's dan richting een volgende groep huisartsen kan gaan.	Door het laagdrempelige en nauwe contact tussen SO en huisarts, is afstemming eenvoudig mogelijk. De SO zal zijn kennis van de patiënt, de ziektebeelden en het beleid met de huisarts delen en toelichten. Huisartsen geven aan op deze manier hun kennis te vergroten en daarmee minder snel dan eerder de minder complexe casuïstiek te verwijzen naar de PO. Verwijsvragen veranderen naarmate de PO langer betrokken is van (semi)acute problematiek naar anticiperende zorgvragen om problemen voor de toekomst bij deze kwetsbare groep te voorkomen.

3.2 ORGANISATORISCHE CASE

In deze paragraaf wordt uiteengezet welke kostenposten de Praktijk Ouderengeneeskunde heeft en hoe de diensten van de PO bekostigd kunnen worden. Dit doen we door de diensten te beschrijven en de uren en tarieven te berekenen.

KOSTENCOMPONENTEN

De kostencomponenten zijn uitgesplitst naar medewerkers, kosten voor verblijf en verzorging, en overhead kosten. In bijlage 3 wordt een inhoudelijke toelichting gegeven bij de totstandkoming van de verschillende kostencomponenten.

- **Medewerkers:**
- *Specialist ouderengeneeskunde*
 - o De specialist ouderengeneeskunde kan binnen de Gespecialiseerde Zorg voor Specifieke Patiënten (GZSP) behandeling leveren aan patiënten zonder Wlz-indicatie à €162,02³⁹ per uur. Ditzelfde tarief geldt voor de module behandeling door een specialist ouderengeneeskunde (H335) in de Wlz. Voor reistijd wordt een bedrag van €30,49 per contact gerekend, op basis van tweemaal 15 minuten reistijd.
 - o In de businesscase is gerekend met een salariscomponent van: €122,02
- *Verpleegkundig specialist ouderenzorg*
 - o De verpleegkundig specialist (net als een basisarts) kan declareren onder de GZSP, aangezien de zorg binnen de Zorgverzekeringswet functioneel wordt omschreven. Zorg geleverd door een verpleegkundig specialist of basisarts kan, indien voldaan is aan het voorgaande, gedeclareerd worden via de prestatie van de SO/Arts verstandelijk gehandicapten (AVG)⁴⁰
 - o In de businesscase is gerekend met een salariscomponent van: €80,35⁴¹
- *Secretariële ondersteuning*
 - o Buiten bovenstaande medewerkers die declarabele uren maken, zijn er nog ondersteunende medewerkers. Bijvoorbeeld in het management en op het secretariaat.

³⁹ Maximumtarief 2020 Nederlandse Zorgautoriteit, zie: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_281225_22/1/

⁴⁰ NZa informatie over declaraties binnen de GZSP: <https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/gzsp-declaratie-verpleegkundig-specialist-of-basisarts>

⁴¹ Op basis van CAO, <https://www.lhv.nl/service/cao-huisartsenzorg>

- Gemiddelde salariscomponent van het secretariaat bedraagt €31,63 per uur op basis van gegevens van de PO
- **Overhead kosten**
 - Tijdens de projectfase zijn er additionele kosten gemaakt door het management voor het opzetten van de dienstverlening, afstemming met derden en het uitvoeren van evaluatie onderzoek. Gemiddeld is dit de afgelopen jaren neergekomen op 0,2 fte management, uitgevoerd door een Hoogleraar Ouderengeneeskunde en een huisarts van de universitaire huisartsenpraktijk van VUmc. Deze kosten zijn intern gefinancierd en zullen niet worden meegewogen in deze businesscase. Voor de realisatie van een volgende fase, zullen de managementkosten worden opgenomen in de businesscase.
 - Overige kosten zoals ICT en ondersteuning, huur van vergaderruimten en kosten voor Public Relations bedragen gemiddeld €5.400 op jaarbasis tijdens de eerste twee fases. Om deze businesscase zuiver te houden, worden deze kosten buiten de berekeningen gelaten. Ook hier geldt dat bij de start van de volgende fase, deze kostenposten gebudgetteerd en meegenomen moeten worden.
- **Kosten voor eerstelijnsverblijf observatie/diagnostiek**
 - Het tarief voor eerstelijnsverblijf observatie/diagnostiek betreft €359,10 per dag⁴². Het tarief wordt niet door de zorgverzekeraar uitgesplitst in behandeling en zorg component.

KOSTEN VAN DE DIENSTEN

Door bovenstaande kostenposten te combineren met de inhoud van de geleverde zorg op basis van het evaluatie onderzoek, is het mogelijk om de kosten van de geleverde diensten over de periode 2015-2019 te berekenen.

Consultatie

Op basis van de dataverwerking van het kwalitatieve onderzoek, is zichtbaar geworden dat er binnen de dienstverlening 'Consultatie' gemiddeld 1,61 huisbezoeken plaats hebben gevonden (98 keer op 61 trajecten) en 0,7 MDO's (43 keer op 61 trajecten). Daarnaast was er per patiënt gemiddeld 0,31 keer een langere interventie en 2,15 keer een kortdurende interventie met de SO. Binnen kortdurende interventie vallen alle overleggen en vragen die korter dan 15 minuten duren, maar ook bijvoorbeeld lab aanvraag. Binnen langere interventies vallen de overleggen tot maximaal 45 minuten. In totaal komt dit binnen consultatie neer op ruim drie kwartier overleg.

Op basis van de patiënten analyse van de afgelopen vijf jaar, is er in totaal gemiddeld ruim 5 uur werk besteed aan een Consult en Advies. Dit omvat het eerste en tweede huisbezoek waarin geriatrisch assessment, heteroanamnese, aanvullende testen, onderzoeken, reistijd en het bespreken van uitslagen een plaats hebben. Daarnaast wordt er gerapporteerd en overleg gevoerd met betrokkenen (huisarts, medisch specialisten, paramedici, etc.). Naast de directe contacttijd tussen patiënt en specialist ouderengeneeskunde kost het rapporteren in HIS en het afstemmen met de huisarts de SO tijd.

Inclusief reistijd komt dit neer op gemiddelde kosten per patiënt voor consultatie van €636,26. Het daadwerkelijk te declareren bedrag kan per patiënt verschillen want dit is afhankelijk van het aantal benodigde (directe) uren. Onderstaande tabel geeft inzicht in de opbouw van de kosten van Consultatie en Advies.

⁴² Bron: Amstelring, december 2020

Consult en Advies	Gem.aantal/ patiënt	Gem. tijds besteding (min)	Besteding Totaal (min)	(Loon)kosten/ uur	Kosten totaal
Langere interventie	0,31	45	14,0	122,02	28,50
Kortere interventie	2,15	15	32,2	122,02	65,51
Huisbezoek_gemiddeld	1,61	75	120,5	122,02	245,04
Reistijd per huisbezoek	1,61	40	64,3	122,02	130,69
MDO_gemiddeld	0,70	20	14,1	122,02	28,67
Verslaglegging en declaratie	1	60	60,0	122,02	122,02
Totaal			305,1		€ 620,44
Aanmelden patiënt (secr)	1	30	30,0	31,63	15,81
					€ 636,26

Discussie

In deze berekening is mogelijk een te hoog aantal huisbezoeken meegerekend aangezien er de afgelopen jaren binnen de PO arts-assistenten zijn opgeleid tot specialist ouderengeneeskunde, en verpleegkundigen tot verpleegkundig specialist ouderenzorg. In het kader van hun opleiding hebben er mogelijk meerdere huisbezoeken plaatsgevonden. Naast de medische werkzaamheden is er gemiddeld per patiënt 30 minuten inzet van het secretariaat voor het verwerken van de aanvraag en het inplannen van de afspraken. In totaal zijn de kosten van Consultatie en Advies de afgelopen jaren uitgekomen op €636,26.

De reistijd is ingeschat op basis van 20 minuten per patiënt, dus 40 minuten per huisbezoek. In werkelijkheid is de SO of de VS-O misschien nog langer onderweg van deur tot deur, en kost dit de organisatie dus meer tijd (en geld).

Als er gewerkt zal worden met de standaard inzet van een verpleegkundig specialist, kan de duur van een huisbezoek door de specialist ouderengeneeskunde aanzienlijk korter worden. De VS-O zal gemiddeld één huisbezoek van 75 minuten uitvoeren en de SO vervolgens nog één huisbezoek van 45 minuten. Daarnaast kan de VS-O gemiddeld drie kwartier van de verslaglegging overnemen van de SO. Indien er volgens deze werkwijze gewerkt zal worden, zullen de gemiddelde kosten voor consultatie per patiënt neerkomen op € 556,15.

Consult en Medebehandeling

De start van het traject van medebehandeling begint met de consultatie zoals hierboven beschreven. Daarna volgen extra uren behandeling, afhankelijk van de vraagstelling. Behandeling bestaat uit het opstellen en evalueren van het behandelplan, het eventueel aanpassen en daarna uitschrijven van medicatie, het afleggen van huisvisites (al dan niet acuut) en het monitoren van behandelinterventies. Het afstemmen tussen verschillende betrokken behandelaren/intercollegiaal overleg, het voeren van multidisciplinair overleg zijn hier een belangrijk onderdeel van. Ook andere behandelaren, zoals de fysiotherapeut of de ergotherapeut kunnen door de SO bij de behandeling worden betrokken.

Binnen de dienstverlening 'Medebehandeling' vinden gemiddeld 2,15 huisbezoeken plaats, 0,66 MDO's en komt er gemiddeld 0,19 keer langere interventies voor en 3,30 keer kortere interventies. Dit komt gezamenlijk neer op bijna een uur overleg per patiënt. De duur van 'Consult en medebehandeling' is een aantal maanden. Een gemiddeld traject van 'Consult en Medebehandeling' kost € 784,96. Een gemiddeld traject van 'Consult en Medebehandeling' komt neer op ongeveer zes uur werk van de specialist ouderengeneeskunde (357 minuten op basis van analyse van 103 cases).

Consult en Medebehandeling	Gem.aantal/patiënt	Gem. tijdsbesteding (min)	Besteding Totaal (min)	(Loon)kosten / uur	Kosten totaal
Langere interventie	0,19	45	8,7	122,02	€ 17,77
Kortere interventie	3,30	15	49,5	122,02	€ 100,70
Huisbezoek_gemiddeld	2,15	75	160,9	122,02	€ 327,27
Reistijd per huisbezoek	2,15	40	85,8	122,02	€ 174,54
MDO_gemiddeld	0,66	20	13,2	122,02	€ 26,85
Verslaglegging en declaratie	1,00	60	60,0	122,02	€ 122,02
Totaal			378,2		€ 769,15
Aanmelden patiënt (secr)	1	30	30,0	31,63	15,81
					€ 784,96

Discussie

Het is goed om een kanttkening te maken dat dit op basis van een dossieronderzoek bepaald is. Niet vastgelegde handelingen zoals afstemming, overleg, medicatie review, etc. zijn hierbij dus niet meegenomen. Er wordt uitgegaan van onder-registratie en daarmee een lage inschatting van de daadwerkelijke tijdsbesteding.

Ook hier geldt dat de verpleegkundig specialist ouderenzorg, werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde kan overnemen. Op basis van ervaring kan hier tussen de twee tot drie uur werk worden overgenomen. Op basis van verplaatsing van twee uur, komen de totale kosten neer op €701,63. Daarnaast speelt hier ook de kwestie van de inschatting van de reistijd.

Observatie opname

Tijdens opname op een observatiebed maakt een patiënt gebruik van de hoteldiensten, en verpleging en verzorging die op de transferafdeling van het VUmc worden geboden door Amstelring. Het tarief voor eerstelijnsverblijf 'observatie/diagnostiek' betreft €359,10 per dag⁴³. Het tarief wordt niet door de zorgverzekeraar uitgesplitst in behandeling en zorgcomponent.

Component	Dagtarief	Totaal
Opnamekosten eerstelijns observatie/diagnostiek	€359,10	€ 3.591,00

Binnen de dienstverlening 'Observatie opname' zien we ook gemiddeld 1,9 huisbezoeken, vaak een huisbezoek voorafgaand aan de opname en een huisbezoek na ontslag van de patiënt. Tevens komt er gemiddeld 0,75 MDO voor en 1,4 langere interventies en 3,6 keer kortere interventies. De overleggen komen gezamenlijk neer op bijna twee uur overleg per patiënt.

Observatie opname	Gem. aantal / patiënt	Gem. tijdsbesteding (min)	Besteding totaal (min)	(loon)kosten/ uur	Kosten totaal
Langere interventie	1,40	45	63,0	122,02	€ 128,12
Kortere interventie	3,60	15	54,0	122,02	€ 109,82
Huisbezoek_gemiddeld	1,90	75	142,5	122,02	€ 289,80
Reistijd per huisbezoek	1,90	40	76,0	122,02	€ 154,56
MDO_gemiddeld	0,70	20	14,0	122,02	€ 28,47
Verslaglegging en declaratie	1,00	60	60,0	122,02	€ 122,02
totaal			409,5	Kosten totaal	€ 832,80
Aanmelden patiënt (secr)	1	30	30,0	31,63	15,81
					€ 848,61

⁴³ Bron: Amstelring, december 2020

De totale gemiddelde kosten per patiënt van het proces observatieopname en de dienstverlening van de specialist ouderengeneeskunde komen neer op €4.439,61.

Kostencomponent	Kosten
Opnamekosten eerstelijns observatie/diagnostiek	€ 3.591,00
Dienstverlening SO (huisbezoek, MDO, etc.), incl. secretariaat	€ 848,61
Totaal	€ 4.439,61

Discussie

Bovengenoemde kosten zijn een minimale inschatting en omvat nog niet de kosten van de inzet van overige zorgverlening en medisch specialistische verrichtingen.

3.3 FINANCIËLE TOEGEVOEGDE WAARDE VAN DE PRAKTIJK OUDERENGENEESKUNDE

De financiële toegevoegde waarde van de Praktijk Ouderengeneeskunde is samengevat in onderstaande tabel. Deze paragraaf geeft een beknopte uitleg van de cijfers.

Besparing door inzet PO		Toegevoegde waarde
In de tweede lijn	Alternatief traject voor consultatie en behandeling	€ 1.680
	Alternatief traject voor observatieopname	€ 6.690
	Voorkomen SEH bezoek en ziekenhuis opname	€ 1.338
	Afbouw inzet medisch specialisten (2 ^e lijn)	€ 200 (jaarlijks)
In de eerste lijn	Afname druk op huisartsenpraktijk	€ 536,46 (jaarlijks)
In de Wlz	Uitstellen van verpleeghuisopname	€ 20.603
Op medicatie	Afbouw medicatie	€ nvt
Kosten dienstverlening PO		
Dienstverlening PO	Consultatie	-€ 636
	Consultatie en medebehandeling	-€ 785
	Observatieopname	-€ 4.439
Toegevoegde waarde dienstverlening		
Per dienstverlening per patiënt	Consultatie	€ 22.985
	Consultatie en medebehandeling	€ 23.572
	Observatieopname	€ 23.590

Besparing in de tweede lijn

Alternatief traject voor consultatie en behandeling

Bij verwijzing van de huisarts naar de PO geeft de huisarts aan wat hij anders voor zorg had ingezet. Een alternatief voor consultatie door de specialist ouderengeneeskunde kan een verwijzing zijn naar een medisch specialist, bijvoorbeeld een klinisch geriater of neuroloog in de tweede lijn. Diagnostiek kan door middel van een dagbehandeling worden ingezet of door middel van één of meerdere polikliniekbezoeken. In de bijlage is een aantal producten (Diagnose Behandel Combinaties = DBC's) opgesomd die mogelijk zouden zijn geopend wanneer een huisarts niet naar de PO, maar naar de polikliniek van een ziekenhuis had verwezen. Diagnostiek en behandeling komen vaak samen in één DBC. Daarom wordt niet apart gekeken naar de alternatieve kosten van een consult in de tweede lijn en van behandeling in de tweede lijn ten opzichte van de PO. De kosten van een gemiddeld alternatief (poliklinisch) traject ligt rond de €1.680. Zie voor details bijlage 4.

Alternatief traject voor observatieopname

Een realistisch tweedelijnsalternatief voor de observatieopname op de PO is een opname ter observatie op de afdeling klinische geriatrie of neurologie. Een opname op deze afdelingen kost gemiddeld €6.690,00. Zie voor details bijlage 4.

Voorkomen van ziekenhuisopnames en afbouw inzet van medisch specialisten in de 2^e lijn

Onderdeel van het geriatrisch assessment is proactieve zorg. Door het geriatrisch assessment en het daarbij gecreëerde overzicht wordt geanticipeerd op komende problemen en verwachte achteruitgang, en wordt besproken welke diagnostiek en behandelingen de patiënt nog wenst, mocht de situatie verslechteren.

Proactieve zorg met afspraken over doelen en grenzen van medische behandeling leiden tot het afzien van behandelingen bij diverse medisch specialisten en sanering van medicatie. Hierdoor kunnen onnodige kosten in de tweede lijn worden bespaard. Als de PO gemiddeld één jaarlijkse **poliklinische controle** per in zorg genomen PO-patiënt weet te voorkomen bij een medisch specialist (bijv. een jaarlijks polikliniekbezoek bij de internist voor diabetes, product 040201013, gemiddelde verkoopprijs €230 of jaarlijkse polikliniekbezoek voor hoge bloeddruk bij cardioloog, product 090301007, gemiddelde verkoopprijs €170) wordt gemiddeld jaarlijks €200,00 bespaard⁴⁴. Op basis van de ervaringen van de SO's en VS-O van de afgelopen jaren, is het afbouwen van medisch specialistische zorg een mogelijk effect. Dit is op dit moment helaas niet uit de data van het dossieronderzoek te halen en meetbaar te maken.

Het risico van een **bezoek aan de SEH** wordt kleiner als de ondersteuning in de thuissituatie beter georganiseerd is. Op basis van de resultaten van de meetweek op de SEH van het OLVG⁴⁵, wordt gesteld dat 38% van de SEH bezoeken van ouderen voorkomen hadden kunnen worden door betere (vroegtijdige) ondersteuning in de thuissituatie. Daarnaast had 20-37% van de ziekenhuisopnames voorkomen kunnen worden, met een gemiddelde opname duur van 4,7-7,6 dagen. Als we stellen dat bij één op de vijf PO patiënten (dus per PO patiënt 0,2) opname met een gemiddelde opname duur tussen de 4-8 opname dagen voorkomen wordt, is dit een besparing van €1.338 per PO patiënt. Er is hier gerekend met DBC 990035007- Ziekenhuisopname met 4 tot maximaal 14 verpleegdagen bij ouderdomsklachten, met een gemiddelde verkoopprijs van € 6.690,00⁴⁶.

Het risico van opname wordt ook kleiner als de wensen van een patiënt vooraf besproken zijn en er goede beleidsafspraken zijn gemaakt. Het bespreken van deze wensen is onderdeel van het advance care planning gesprek en wordt met de PO patiënten besproken. Op basis van de huidige ervaring is de inschatting dat incidenteel **IC-opnames** zijn voorkomen door middel van het maken van goede anticiperende behandelafspraken. Een IC opname kost gemiddeld €2.373,04 tot €2.748,69 per dag (dagtarief product 190157 'IC-dag Type 1' resp. dagtarief product 190159 'IC dag type 2'⁴⁷, dit betreft slechts het add-on tarief van een IC-opname, dit komt boven op de DBC's van medisch specialisten. Omdat het helaas niet mogelijk is om vast te stellen om hoeveel voorkomen IC opnames het zou kunnen gaan, is deze potentiële besparing niet meegenomen in de berekening van de toegevoegde waarde van de PO.

Besparing in eerste lijn

Naar verwachting neemt de druk op de huisarts af wanneer de Praktijk Ouderengeneeskunde tijdelijk de regie heeft genomen over de zorg rondom de patiënt en er duidelijke behandeldoelen zijn geformuleerd. Een afname van het aantal consulten en visites door de huisarts en POH Ouderen levert een besparing op. Wanneer de PO erin slaagt om jaarlijks 3 visites door de POH (maximumtarief NZa 2019 €24,92) en jaarlijks vier intensieve visites⁴⁸ door de huisarts (maximumtarief NZa 2019 €76,95⁴⁹) te verminderen, wordt jaarlijks €536,46 bespaard⁵⁰.

⁴⁴ Zie hiervoor de NZa website Opendisdata: <http://www.opendisdata.nl>

⁴⁵ 2020, Resultaten meetweek SEH, Resultaten projectgroep SEH OLVG/Cordaan/Evean, 15 december 2020

⁴⁶ <https://www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct/990035007?>

⁴⁷ Zie <https://zorgproducten.nza.nl/zoekzorgproduct.aspx>, jaar 2019

⁴⁸ Aannname op basis van ervaring van betrokken huisarts bij de PO

⁴⁹ Voor berekening is uitgegaan van het maximumtarief uit de NZa beleidsregels Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 - TB/REG-19619-03. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_247681_22/1/#

⁵⁰ Nb. mogelijk dat dit een lichte inkomstenderving voor de huisartsenpraktijk betekent. Onder andere binnen het programma Beter Oud in Amsterdam wordt de financiering van de huisartsen besproken in relatie tot de inzet van de SO. Dubbele financiering door de zorgverzekeraar dient in ieder geval te worden voorkomen.

Besparing in de Wlz

De Praktijk Ouderengeneeskunde heeft ook tot doel om mensen langer thuis te laten wonen en verpleeghuisopname uit te stellen. Om te monitoren in hoeverre de PO hierin slaagt geeft de huisarts bij de aanvraag aan of hij verwacht dat de patiënt opgenomen moet worden in een verpleeghuis en binnen hoeveel maanden. Regelmatig geeft de huisarts aan dat hij verwacht dat de patiënt zonder interventie van de PO op korte termijn naar een instelling zal verhuizen.

Op basis van de ervaring tot nu toe kunnen we nog geen betrouwbaar inzicht geven van het aantal maanden dat de PO verpleeghuisopname kan uitstellen. Onze inschatting is dat de PO per patiënt de verpleeghuisopname kan uitstellen met minimaal drie maanden⁵¹. Deze schatting lijkt ons voorzichtig maar reëel. Uit de evaluatie van de Praktijk Ouderengeneeskunde van Bertholet in Velp bleek dat patiënten gemiddeld 8 maanden langer thuis konden wonen na interventie van de specialist ouderengeneeskunde.

De patiëntengroep van de PO zou naar verwachting geïndiceerd kunnen worden met het zorgprofiel Verpleging en verzorging 6. Drie maanden uitstel betekent dan een besparing per patiënt van €22.932 aan kosten in de Wlz.

Zorgprofiel	Beschrijving	Tarief ⁵² p/d	Besparing
VV6 Z063	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	€251,14	€22.932

In dat geval worden naar verwachting wel meer kosten gemaakt voor bijvoorbeeld wijkverpleging, wmo en huisartsenzorg. Om te corrigeren voor de extra maanden wijkverpleging schatten we de gemiddelde kosten voor wijkverpleging voor een vrouwelijke patiënt van 82 jaar op €750 per maand⁵³. Met een gemiddelde uitstel van een verpleeghuisopname met 3 maanden wordt dan €20.682 bespaard (€22.932 - €2.250). Bij deze besparing is geen rekening gehouden met eventuele kosten die nog in de wmo worden gemaakt. Binnen de huisartsenzorg zullen mogelijk aanvullende kosten worden gemaakt gedurende de drie maanden die een patiënt gemiddeld langer thuis woont. Na aftrek van het abonnementstarief voor deze patiënten per kwartaal (€33,74⁵⁴) en de kosten van gemiddeld één visite per maand (€14,95 per visite⁵⁵) is de besparing van drie maanden langer thuis wonen €20.603,41.

Besparing op medicatie

Een gemiddelde 70-plusser gebruikt drie keer zoveel geneesmiddelen als een gemiddelde inwoner van Nederland⁵⁶. De gemiddelde geneesmiddelen uitgaven via de openbare apotheek lag voor 65-plussers gemiddeld op €683⁵⁷ voor een jaar. Een grondige medicatiecheck leidt in veel gevallen tot wijzigingen in de medicatie, zowel het starten als het staken van medicatie. Altijd met als doel om de medicatietherapie veiliger te maken. We veronderstellen dat door een grondige medicatiereview als onderdeel van het geriatrisch assessment medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames kunnen worden voorkomen. De frequentie van medicatie gerelateerde

⁵¹ Deze schatting lijkt ons reëel. De evaluatie van de Praktijk Ouderengeneeskunde van Esther Bertholet in Velp bleek dat patiënten gemiddeld 8 maanden langer thuis konden wonen na interventie van de specialist ouderengeneeskunde. Zie Barnhorn, H., & Bertholet, E. (2015). Kernelementen en resultaten van Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde in Velp. *Bijblijven*, volume 31 (10), pp900-914.

⁵² NZa maximumtarief 2019 voor pakketten inclusief behandeling, zie Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2019 - BR/REG-19121 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_241160_22/1/

⁵³ Berekening is ontleend aan de cijfers op Zorgprisma van Vektis: <https://www.zorgprismaopenbaar.nl/producten/zorg-dichtbij/wijkverpleging/row-4/wat-zijn-de-gemiddelde-zorgkosten-wijkverpleging-per-persoon-verschilt-dat-per-leeftijd-en-geslacht/#:~:text=wijkverpleging%20per%20persoon%3F-,Verschilt%20dat%20per%20leeftijd%20en%20geslacht%3F,voor%20mannen%20ruim%205.600%20euro>. Waarbij is uitgegaan van de gemiddelde kosten voor een vrouw voor wijkverpleging op een leeftijd van 82 jaar (o.b.v. gemiddelde patiënt gegevens, zie hoofdstuk 2).

⁵⁴ Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 - TB/REG-19619-03, waarbij is uitgegaan van het gemiddelde abonnementstarief voor patiënten tussen de 75 en 85 en wel woonachtig in een opslagwijk.

⁵⁵ Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 - TB/REG-19619-03, waarbij is uitgegaan van drie consulten korter dan 20 minuten.

⁵⁶ SFK, Data en cijfers 2020, het jaar 2019 in cijfers. <https://www.sfk.nl/publicaties/data-en-feiten/Dataenfeiten2020.pdf>

⁵⁷ O.b.v. cijfers 2017, geen recentere cijfers beschikbaar. Data en feiten 2018, <https://www.sfk.nl/publicaties/data-en-feiten/data-en-feiten-2018#:~:text=In%202017%20bedroegen%20de%20gemiddelde,dat%20gemiddelde%2C%20namelijk%20%E2%82%AC%20683.>

ziekenhuisopnames was 2,4% van alle ziekenhuisopnames en 5,6% van de acute opnames. Van deze opnames werd 46% als potentieel vermijdbaar beoordeeld. Patiënten ouder dan 65 jaar hadden een tweemaal zo hoge frequentie van geneesmiddel gerelateerde opnames ten opzichte van patiënten jonger dan 65 jaar⁵⁸. Aangezien het onduidelijk is bij hoeveel procent van de door de PO geziene patiënten dit is voorkomen, nemen we de financiële impact van dit effect niet mee in de berekening van de toegevoegde waarde.

3.4 OPBRENGSTEN VAN DE PRAKTIJK OUDERENGENEESKUNDE

Projectfinanciering

Voor de ontwikkeling van het project over de periode 2015 – 2016 heeft de Raad van Bestuur van het VUmc een tijdelijke (innovatie)subsidie toegekend. De jaren daarna hebben de diverse secties van de (toenmalige) afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde VUmc bijgedragen. Alle activiteiten in aanloop tot de patiëntenzorg zijn hiermee gefinancierd. Met deze subsidie is personeel aangesteld voor het project PO (zowel voor de directe patiëntenzorg als de projectondersteuning), zijn ontwikkelkosten voor Ysis gefinancierd, is een website ontwikkeld, is een maatschappelijke businesscase geschreven en worden contacten gelegd met stakeholders zoals huisartsen, maatschappelijke organisaties et cetera. Daarnaast worden *in kind* bijdrages geleverd door het opleidingsinstituut Gerion dat 0,1 fte management beschikbaar stelt, en door de huisartsopleiding VUmc dat tevens 0,1 fte management beschikbaar stelt. De huidige secretariële ondersteuning wordt gefinancierd vanuit het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde van VUmc. De beschikbare SO's worden gedetacheerd vanuit hun zorginstelling, en zijn zelf verantwoordelijk voor de declaratie van de patiëntgebonden dienstverlening. De Universitaire Huisartsenpraktijk VUmc tenslotte betaalt de niet-patiëntgebonden salariskosten van de gedetacheerde SO.

Financiering van producten en diensten

Huidige bekostiging van consultatie en medebehandeling

Specialisten ouderengeneeskunde werken binnen de Wlz (voorheen binnen de AWBZ) en worden per 2020 bekostigd binnen de GZSP. Vóór 2020 viel de financiering onder de tijdelijke subsidieregeling 'extramurale behandeling' in de Wlz. De specialist ouderengeneeskunde kan binnen de GZSP behandeling leveren aan patiënten zonder Wlz-indicatie à €162,02 per uur. Hierbij geldt dat dit alleen direct patiëntgebonden tijd van de specialist ouderengeneeskunde is, hieronder valt ook direct overleg met de behandelend arts en de patiënt. Overige werkzaamheden zoals overleg met andere (para)medici, thuiszorg en verslaglegging kunnen niet direct geregistreerd worden. Deze werkzaamheden zouden verdisconteerd in het uurtarief zitten. Voor reistijd wordt een bedrag van €30,49 per contact gerekend, op basis van tweemaal 15 minuten reistijd.

Kosten versus opbrengsten consultatie

Voor het overleg is de aanname gedaan dat hiervan de helft met de eigen huisarts of behandelend arts is (dus declarabel) en de helft met andere betrokkenen (dus niet declarabel).

Consult en Advies	Gem./ patiënt	Gem. tijd besteding	Totaal (min)	Declarabel?	(Loon)kosten/ uur	Kosten totaal
Langere interventie	0,31	45	14,0	50%	162,02	18,92
Kortere interventie	2,15	15	32,2	50%	162,02	43,49
Huisbezoek _gemiddeld	1,61	75	120,5	Ja	162,02	325,37
Reistijd per huisbezoek	1,61	30	48,2	Ja	30,49	48,98
MDO _gemiddeld	0,70	20	14,1	Ja	162,02	38,07
Verslaglegging en declaratie	1	60	60,0	Nee	0,00	0,00

	Opbrengsten	€ 474,84
	Kosten (totaal)	€ 636,26
	Totaal	€ -161,42

⁵⁸ KNMP Hospital admissions related to medication (HARM), een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames <https://www.knmp.nl/downloads/harm-rapport.pdf>

Op basis van bovenstaande berekening is te zien dat er gemiddeld ter waarde van €475 per patiënt gedeclareerd kan worden, terwijl Consultatie de zorgaanbieder gemiddeld per patiënt €636 kost. Dit komt neer op een negatief resultaat per patiënt van €-161. Als er gewerkt wordt met de inzet van een verpleegkundig specialist, zoals omschreven onder hoofdstuk 3.2 'Kosten van de diensten' dan komt het resultaat negatief uit op €-70,64 per patiënt.

Kosten versus opbrengsten 'Consult en medebehandeling'

Gemiddeld is aan medebehandeling de afgelopen vijf jaar 6 uur werkzaamheden van de SO besteed per patiënt. De totale kosten voor een gemiddelde medebehandeling bedragen €785 per patiënt, zie hoofdstuk 3.2. De opbrengsten die hier tegenover staan, bestaan uit de registratie en declaratie van de direct patiënten gebonden tijd door de specialist ouderengeneeskunde, plus de vergoeding voor de reistijd. De reistijd is gemaximeerd op twee keer 15 minuten, met een vergoeding van €30,49. Gezamenlijk voor medebehandeling komt dit neer op €776,29. Dit levert een negatief resultaat per patiënt op van €-8,67. Indien er bepaalde werkzaamheden uitgevoerd zouden kunnen worden door een verpleegkundig specialist, zou dit het resultaat ten goede kunnen komen.

Consult en Medebehandeling	Gem. aantal per patiënt	Gemiddelde tijdsbesteding	Besteding totaal	Declarabel?	Tarief SO	Kten totaal
Langere interventie	0,19	45	8,7	50%	162,02	€ 11,80
Kortere interventie	3,30	15	49,5	50%	162,02	€ 66,85
Huisbezoek_gemiddeld	2,15	75	160,9	Ja	162,02	€ 434,54
Reistijd per huisbezoek	2,15	30	64,4	Ja	30,49	€ 65,42
MDO_gemiddeld	0,66	20	13,2	Ja	162,02	€ 35,65
Verslaglegging en declaratie	1,00	60	60,0	Nee	162,02	€ 162,02
						Opbrengsten € 776,29
						Kosten (totaal) € 784,96
						Totaal -€ 8,67

Huidige bekostiging van observatie opname

Patiënten voor observatie worden opgenomen op de transferafdeling van locatie VUmc. Er wordt hier een Eerstelijnsverblijf (ELV) observatie/diagnostiek geregistreerd, wat maximaal 10 dagen kan. De opbrengst van een observatie dag is €359,10. De inzet van de specialist ouderengeneeskunde met betrekking tot huisbezoek en MDO kan conform bovenstaande methodiek worden gedeclareerd.

3.5 OVERIGE AANDACHTSPUNTEN

Potentiële beperking door de aanvullende verzekering

De specialist ouderengeneeskunde krijgt met het opstellen en het uitvoeren van het behandelplan te maken met de aanvullende verzekering van de patiënt. De patiëntenpopulatie waar de PO van toegevoegde waarde is heeft vaak belang bij fysiotherapie en diëtiste. Deze paramedische zorg maakt vaak onderdeel uit van het behandelplan. Echter, fysiotherapie en dieetadvies uit de eerste lijn worden niet geheel gedekt door de basisverzekering⁵⁹. Fysiotherapie wordt slechts gedekt voor verzekerden onder de 18 en vanaf de 21^{ste} behandeling bij specifieke medische aandoeningen. Voor dieetadvies geldt dat de eerste drie behandeluren worden gedekt door de basisverzekering, beiden vallen binnen het eigen risico. Het is onwenselijk als de specialist ouderengeneeskunde om verzekeringstechnische redenen beperkt wordt in het optimaliseren van zorg. Zeker als dit in de plaats komt van dure tweedelijnszorg die wel verzekerd is.

⁵⁹ Zie voor een overzicht van de dekking van de basisverzekering: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering>

Potentiële beperking door het wettelijk verplicht eigen risico

De inzet van de specialist ouderengeneeskunde valt binnen de eerste lijn binnen het eigen risico van de patiënt⁶⁰. Dit kan tot een beperking in de verwijzing leiden omdat dit door sommige patiënten als drempel wordt ervaren. Daarnaast speelt dit probleem bij het laagdrempelig meedenken met de huisarts of bij deelname aan een MDO, waarbij de specialist ouderengeneeskunde nog niet verder in behandeling is. Dit is een onwenselijke situatie en kan verkeerde prikkels geven.

Zoals hierboven uiteengezet, is de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn zeer kostenbesparend ten opzichte van verwijzing naar de tweede lijn. Wij zijn van mening dat de werkzaamheden van de SO in de eerste lijn, binnen de dienstverlening van de Praktijk Ouderengeneeskunde typische eerstelijnszorg is en daarmee laagdrempelig beschikbaar zou moeten zijn. Hoewel de doelgroep veelal het eigen risico al heeft gebruikt, kan het moeten aanspreken van het eigen risico een drempel zijn voor het inschakelen van de Praktijk Ouderengeneeskunde. Wij pleiten er derhalve voor om de zorg van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn buiten dit eigen risico te laten vallen, net als dat het geval is voor de huisartsenzorg en wijkverpleging.

4. TOEKOMST VISIE

4.1. AMBITIE

De missie van de Praktijk Ouderengeneeskunde is om de ouderengeneeskunde naar de eerste lijn te brengen. Met als doelstelling om meer huisartsen te ondersteunen bij de zorg voor kwetsbare ouderen en meer patiënten te voorzien van goede en passende zorg, op de juiste plek en het juiste moment. Om dit te realiseren is het belangrijk dat er binnen de eerste lijn meer wordt samengewerkt en verbinding wordt gezocht tussen de verschillende zorgaanbieders en SO's. Het streven van de PO is om, gezamenlijk met zorgaanbieders en SO's in de regio Amsterdam, te komen tot een gezamenlijke praktijkvoering voor de dienstverlening voor ouderen in de eerste lijn.

In plaats van parallelle initiatieven, willen we de krachten (uren én budgetten) bundelen en gezamenlijk een stedelijk programma inrichten. Ons doel is om in 2021 te starten samen met de grootste zorgaanbieders in Amsterdam e.o. (o.a. Amsta, Amstelring, Cordaan, ZGAO, ZHGA), het netwerk van SO's, de Amsterdamse Huisartsenalliantie, Elaa en het Amsterdam UMC om een stedelijk programma op te zetten waarin we de stedelijke organisatie en praktijkvoering van de SO in de eerste lijn gezamenlijk verder uitwerken, en borgen.

Hierbij zullen diverse doelen worden uitgewerkt, zoals het in kaart brengen van huidige samenwerkingen tussen de huisarts en de SO, en inventarisatie van de behoefte van huisartsen op wijkgroep niveau, structurele(re) inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn, gevalideerde werkwijze met kwaliteitskenmerken en organisatorische ondersteuning bij de dienstverlening. Daarnaast is het belangrijk dat er grootschaliger onderzoek kan plaatsvinden naar de uitkomsten van de geleverde zorg, en dat de verbinding met onderwijs en opleiding wordt gelegd.

Huidige samenwerking en behoefte van huisartspraktijken

Diverse samenwerkingen tussen huisartspraktijken en specialisten ouderengeneeskunde zijn reeds actief. Het is belangrijk om een goed overzicht te krijgen van de huidige samenwerkingen zodat daar op verder gebouwd kan worden. Daarnaast is het relevant om inzicht te krijgen in de behoefte en hulpvraag vanuit huisartspraktijken. Op deze manier proberen we vraag en aanbod nog beter samen te brengen in de dienstverlening van de Praktijk Ouderengeneeskunde.

Structurele(re) inzet van de specialist ouderengeneeskunde

⁶⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/documenten/publicaties/2019/12/24/vragen-en-antwoorden-over-vergoeding-behandeling-door-specialist-ouderengeneeskunde-en-arts-verstandelijk-gehandicapten-vanuit-basispakket-zorgverzekering-2020>

Vanuit de zorgaanbieders zijn uren beschikbaar gesteld aan SO's om te werken in de eerste lijn. Grotendeels vindt dit plaats naast de intramurale werkzaamheden, waar de nadruk op ligt. Doordat de focus op het intramurale werk gericht is, krijgt de SO niet de mogelijkheid om zich te profileren in de eerste lijn. De werkzaamheden worden "erbij" gedaan en vinden vaak plaats tussen de andere werkzaamheden door. Dit staat erkenning en onderbouwing van de toegevoegde waarde in de weg. Het is van belang dat de SO structureler kan worden ingezet in de eerste lijn, met een bredere mogelijkheid tot inzet, op verschillende zorgvragen en verschillende huisartspraktijken. Voordelen van de Praktijk Ouderengeneeskunde als gezamenlijk initiatief en samenwerkingsverband van alle SO's in de stad, worden behaald op het gebied van:

- Structurele(re) uitwerking van het dienstverleningspakket (wat wordt wel gedaan en wat niet)
- Bredere samenwerking in de eerste lijn door SO's leidt tot meer leermomenten en meer kennisdeling
- Betere inzet van de SO's leidt tot meer erkenning van de werkzaamheden en de toegevoegde waarde die wordt geleverd
- Huisartsen weten wat ze kunnen verwachten van de dienstverlening

Gevalideerde werkwijze met kwaliteitskenmerken

Momenteel zijn er tussen de 15 en 25 SO's werkzaam in de eerstelijnszorg binnen Amsterdam. Er is grote diversiteit in de werkwijze en de dienstverlening tussen de verschillende SO's. Er zijn nog geen eenduidige afspraken gemaakt met huisartspraktijken over de verwijsmogelijkheden, de dienstverlening en de kwaliteit van zorg. Het structureren van een werkwijze per dienstverleningsproduct binnen de gehele regio geeft voordelen op het gebied van:

- Afname van de diversiteit in de dienstverlening; de huisartsen weten wat ze kunnen verwachten bij een (verwijs)vraag aan een specialist ouderengeneeskunde
- Toepassing van een gevalideerde werkwijze, waarvan bekend is dat de resultaten positief zijn en deze leiden tot tevredenheid van patiënten, huisarts en SO
- Duidelijke afspraken over doorlooptijden (tussen verwijzing en huisbezoek, over verslaglegging)
- Duidelijke afspraken over kwaliteitskenmerken op het gebied van minimale consulten/bezoeken, verslaglegging en communicatie

Organisatorische ondersteuning

Vrijwel alle zorgaanbieders in de regio bieden de mogelijkheid tot consultatie en MDO van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. Het aantal patiënten per SO is op dit moment echter te laag om efficiënt te zijn. Het kost iedere zorgaanbieder veel registratietijd door de patiënten zelf aan te melden, te registreren en te declareren. Daarnaast hebben we uit diverse gesprekken met zorgaanbieders vernomen dat het relatief veel tijd kost om contacten met de verschillende huisartspraktijken te onderhouden. Door hier gezamenlijk in op te trekken, worden (schaal)voordelen gerealiseerd op het gebied van:

- Afspraken over indicatiestelling, verwijzingen en verwerken van de aanmeldingen
- Betere capaciteitsverdeling van de beschikbare tijd van SO's over de binnengekomen zorgvragen door gestructureerde (eventueel centrale) aanmelding en een goede indeling van SO's op wijkgroep niveau
- Efficiëntere bezetting van overhead en management
- Effectievere (en grootschaliger) communicatie naar huisartsen, welke gesteund wordt door de Amsterdamse huisartsenalliantie

Onderzoek en verbinding met opleiding en onderwijs

Het is belangrijk dat er een grootschaliger onderzoek kan plaatsvinden naar de patiënten populatie, de geleverde zorg de uitkomsten daarvan. Door intensiever met elkaar samen te werken en zicht te hebben op de verwijzingen en behandelde patiënten, kan breder onderzoek plaatsvinden naar de uitkomsten van de geleverde zorg. Dit vraagt om goede en uniforme registratie (en evt. codering) van de geleverde zorg. Vanzelfsprekend horen daar ook afspraken bij met betrekking tot privacy, informed consent en veilig databeheer. Daarnaast worden er

kansen gezien door de verbinding met onderwijs en de opleiding te optimaliseren. Zo kan het een aantrekkelijke werking hebben door al vroeg in de opleiding (geneeskunde, verpleegkunde) en later in de vervolgopleiding (ouderengeneeskunde, huisartsgeneeskunde, VS-ouderenzorg), de positieve werkomgeving in de eerste lijn te positioneren.

4.2. SAMENWERKING MET STEDELIJKE ONTWIKKELINGEN IN AMSTERDAM

In Amsterdam worden binnen de Virtual Ward de handen ineen geslagen om de samenwerking rond (kwetsbare) ouderen te versterken. In het verlengde van de Sigra pilots “Communicatie in de Wijk” worden huisartspraktijken, wijkteams en apothekers uitgenodigd samen te werken op cBoards. Door gestructureerd samen te werken op één samenwerkingsplatform wordt effectiever werken beoogd. We voorkomen informatieverlies en verbeteren de coördinatie van zorg in lijn met de stedelijke doelen van Beter Oud. Dit traject van de Virtual Ward wordt gedragen door partners als het OLVG, Cordaan en andere VVT organisaties, ondersteund door Sigra, de Alliantie van huisartsen in Amsterdam en zorgverzekeraar Zilveren Kruis.

Integratie Praktijk Ouderengeneeskunde met Virtual Ward

Eén van de recente ontwikkelingen is de stedelijke samenwerking tussen de Praktijk Ouderengeneeskunde met de Virtual Ward. Dit heeft geleid tot integratie van de werkwijze van de PO binnen cBoards. Zo is het nu voor huisartsen mogelijk om binnen cBoards te verwijzen naar de Praktijk Ouderengeneeskunde. Omdat we samen sterker staan, zijn SO's in het veld betrokken bij de uitwerking en invulling. Binnen cBoards kan informatie van de patiënt worden ingezien en gedeeld en kan met diverse zorgverleners en het netwerk rondom de oudere worden gecommuniceerd. Verslaglegging en rapportage vindt plaats in cBoards, waarbij binnen cBoards deze informatie eenvoudig verstuurd kan worden naar het HIS. De specialist ouderengeneeskunde rapporteert vervolgens nog in het eigen digitale patiëntendossier en verstuurt vanuit daar de declaratie gegevens.

4.3. POTENTIE IN DE REGIO AMSTERDAM

Zoals in hoofdstuk 2.3 geschetst is, verwacht Amsterdam een forse stijging van het aantal 65-plussers tot 130.000 in 2025 en tot 181.000 in 2039. De kenmerken van de ouderen veranderen; zo stijgt het aantal ouderen met een (niet-westerse) migratie achtergrond, en zullen de ouderen meer zelfstandig thuis wonen en zijn ze vaak alleenstaand. Er is een tekort aan verpleeghuis bedden⁶¹, wat zal resulteren in een groter aandeel kwetsbare ouderen in de thuissituatie. Op 1 januari 2020 telde Amsterdam ruim 209.000 55-plussers, hiervan zijn ruim 43.000 75-plussers⁶². Van de 75-plussers is ongeveer 20% kwetsbaar, wat neer komt op ruim 8.600 kwetsbare 75-plussers. Dit geeft de potentie van de patiëntenpopulatie van de Praktijk Ouderengeneeskunde weer en benadrukt tevens de noodzaak om verder samen te werken en de gezamenlijke dienstverlening te realiseren.

4.4. GEZAMENLIJKE DIENSTVERLENING

Het streven is om per 2021 te starten met het inrichten van een gezamenlijke stedelijke dienstverlening voor de ouderen in de eerste lijn. Er wordt ingezet op de volgende toegevoegde waarde van professionele organisatie en praktijkvoering in de eerste lijn:

- Efficiëntere inzet van de SO (zowel qua capaciteit als qua ondersteuning in werkzaamheden zoals o.a. handreikingen, work templates, etc.)
- Structurele(re) inzet van de SO en een sterkere positie in de eerste lijn
- Kwaliteitsverbetering van de dienstverlening van de SO
- Bekendheid en toegevoegde waarde van de dienstverlening vergroten bij de huisartspraktijken
- Meer kennisdeling tussen de SO's onderling, maar ook tussen SO's en huisartsen
- Grootschaliger onderzoek naar patiënten populatie, geleverde zorg en uitkomsten
- Betere integratie van werkzaamheden binnen opleiding en onderwijs

⁶¹ <https://www.parool.nl/nieuws/stad-heeft-honderden-extra-plekken-in-verpleeghuis-nodig~b0c2b76d/>

⁶² <https://data.amsterdam.nl/artikelen/artikel/vanaf-2021-sterke-groei-van-het-aantal-75-plussers/f1adae4f-1172-4d53-a385-3cc9184a1309/>

5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Maatschappelijke businesscase

In een maatschappelijke businesscase worden voor- en nadelen tegen elkaar afgewogen, voor het individu maar ook voor de maatschappij. In hoofdstuk 3.1 hebben we inzichtelijk gemaakt wat de belangrijkste kwalitatieve voordelen zijn van de Praktijk Ouderengeneeskunde. Deze (maatschappelijke) baten, zijn ingedeeld in vier onderwerpen:

1. Passende, veilige en minder belastende behandelen
2. Meer regie en langer thuis kunnen wonen
3. Ontlasting van huisartsen in de zorg voor de toenemende groep kwetsbare ouderen
4. Meer kennisdeling en lerend effect tussen zorgverleners

Als afgeleide van de baten voor de individuele patiënt gelden deze ook voor de maatschappij. Goede ouderenzorg en het terugdringen van onnodige kosten is immers een maatschappelijk belang en een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Hieronder volgen per onderwerp de voordelen voor het individu en de maatschappij, afgezet tegen de kosten voor het individu en de maatschappij.

Baten individu	Baten maatschappij	Kosten individu	Kosten maatschappij
Passende, veilige en minder belastende behandelen			
<ul style="list-style-type: none"> • Minder belastende zorg, de zorg wordt dicht bij huis geleverd en door het principe van 'choosing wisely' worden behandelingen die niet meer bijdragen aan de doel van de patiënt en de kwaliteit van leven gesaneerd. • Minder ziekenhuisopnames, door advance care planning en stabiliteit in medische situatie. • Door expertise van de SO op het gebied van polyfarmacie verwachten we veiliger medicatiegebruik en minder medicatie gerelateerde opnames. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proactieve werkwijze ontlast andere behandelaars (huisartsen, medisch specialisten etc.) , die efficiënter en effectiever kunnen worden ingezet voor andere patiëntengroepen (nutsmaximalisatie). • Er wordt niet gestreefd naar een maximale diagnostiek maar naar passende en minimaal belastende diagnostiek. Het inzetten van zinnige zorg draagt bij aan kostenbeheersing, geld dat kan worden ingezet voor zinnige zorg voor andere patiënten. • Veilig en zinnig medicatiegebruik is niet alleen prettig voor de individuele patiënt maar het draagt ook bij aan kostenbeheersing. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensieve vorm van zorg (maar minder belastend dan tweedelijns zorg) • Patiënt heeft al dan niet tijdelijk te maken met een andere arts naast de huisarts (geldt overigens ook voor tweedelijnszorg). • Mogelijk valt de zorg van de SO onder het eigen risico. Huisartsenzorg valt daar buiten. De SO neemt echter ook zorg uit het ziekenhuis over, deze zorg die anders in het ziekenhuis was geleverd zou ook onder het eigen risico zijn gevallen. • Patiënt krijgt waarschijnlijk wijzigingen in de medicatie waar hij aan moet wennen. 	<ul style="list-style-type: none"> • De dienstverlening van de PO kost geld. • Besparingen die de PO bewerkstelligt in de tweede en soms derde lijn leveren (weliswaar veel lagere) kosten op in de eerste lijn.
Meer regie en langer thuis kunnen wonen, zorg in overeenstemming met eigen levensdoelen			
<ul style="list-style-type: none"> • Zorg overeenkomstig met wensen en doelen geeft rust en inzicht, draagt bij aan kwaliteit van leven van patiënt en sociale omgeving. • Uitstel van verpleeghuisopname, door aanwezigheid van expertise SO in de 1^e lijn. • Minder crisisopnames: omdat patiënt al vroegtijdig in kaart is gebracht komt men minder snel voor onverwachte situaties te staan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Een inzichtelijke en stabiele medische situatie ondersteunt mantelzorgers. • Het uitstellen en het voorkomen van crisisopnames draagt bij aan kostenbeheersing en sluit aan bij de wens om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soms is thuis wonen duurder dan een opname onder de Wlz, dit kan vooral voor lage inkomens het geval zijn. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten die worden bespaard in de Wlz resulteren in extra kosten in de eerste lijn (maar is netto goedkoper).

Baten individu	Baten maatschappij	Kosten individu	Kosten maatschappij
Ontlasting van huisartsen in de zorg voor de toenemende groep kwetsbare ouderen			
<ul style="list-style-type: none"> • Patiënt ontvangt passende zorg waarbij de huisarts het overzicht heeft om de juiste expertise in te schakelen. • Er is rust en duidelijkheid over de behandeling, in een veilige situatie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Druk op de huisartsen-praktijk neemt af door goede ondersteuning. • Er komt meer tijd beschikbaar voor andere patiënten en zorg. • Huisartsen voelen zich gesteund wat bijdraagt aan werkplezier en erkenning. 	<ul style="list-style-type: none"> • De patiënt ziet een nieuwe behandelaar met een nieuwe werkwijze. • Deze zorg valt binnen het eigen risico van de patiënt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mogelijk dat het de huisartspraktijk wat meer afstemming kost in het begin maar dit staat niet in verhouding met de baten.
Meer kennisdeling en lerend effect tussen zorgverleners			
<ul style="list-style-type: none"> • Beter geschoolde zorgprofessionals op het gebied van zorg voor kwetsbare ouderen. • Goed geborgde en gevalideerde werkwijzen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integratie van opleiding, onderzoek en onderwijs is noodzakelijk om het kennisniveau over deze patiënten groep blijvend te verhogen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mogelijk dat er zorgpersoneel 'in opleiding' betrokken wordt in het proces, dit kan belastend zijn voor de patiënt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grootschaliger evaluatie en onderzoek kost geld, de resultaten zullen zich vertalen in verhogen van kwaliteit en uitkomsten.

Financiële businesscase

Wij zijn van mening dat de baten de kosten overstijgen. Zeker wanneer we de kwalitatieve kosten en baten financieel onderbouwen en alternatieve kosten laten meewegen. Zoals in hoofdstuk 3.3 beschreven, verwachten wij per patiënt waarvoor de Praktijk Ouderengeneeskunde in consultatie is geroepen en wordt overgegaan op medebehandeling €23.572 te besparen. Dit bedrag is opgebouwd uit het verrekenen van de kosten van de dienstverlening met de verwachte besparing van zorgkosten (waaronder het voorkomen van zorgkosten zoals SEH bezoek en ziekenhuisopname, en de afbouw van niet (langer) zinnige zorg zoals medisch specialistische bezoeken). De toegevoegde waarde van de PO voor patiënten die zijn opgenomen op een observatiebed is €23.590.

Aankomend jaar verwachten we binnen de Praktijk Ouderengeneeskunde minimaal 100 patiënten⁶³ te zien, waarvan 35 voor consultatie, 65 voor medebehandeling en 5 voor observatie opname⁶⁴. Wanneer dit aantal patiënten volgend jaar wordt bereikt, zijn de economische netto opbrengsten van de PO voor de maatschappij: € 2.454.637 per jaar.

Dienstverlening	Aantal patiënten	Netto opbrengst per patiënt	Totaal resultaat
Consultatie en advies	35	€ 22.985	€ 804.475
Consultatie en medebehandeling	65	€ 23.572	€ 1.532.210
Observatie opname	5	€ 23.590	€ 117.952
Totaal	100	Per 100 patiënten	€ 2.454.637

Tot slot

Deze maatschappelijke businesscase toont de waarde, zowel kwalitatief als kwantitatief, van de dienstverlening van de Praktijk Ouderengeneeskunde aan. Vanzelfsprekend kent deze analyse ook een aantal beperkingen, zoals de aannames die zijn gedaan bij de kwantitatieve onderbouwingen. Vanuit de Praktijk Ouderengeneeskunde zien we een grote noodzaak om de dienstverlening breder binnen de regio aan te bieden. Het oplopende aantal kwetsbare ouderen in de thuissituatie, het tekort aan verpleeghuisbedden, in combinatie met de toenemende

⁶³ Vanwege de huidige ontwikkelingen met betrekking tot de COVID-19 pandemie, is het lastig inschatten wat de werkelijke cijfers zullen worden.

⁶⁴ Conform verhouding uit het kwalitatieve onderzoek naar vijf jaar UPO, 2020

vraag vanuit huisartsenpraktijken voor ondersteuning schetsen de noodzaak tot de proactieve dienstverlening van de Praktijk Ouderengeneeskunde.

Aankomende periode zal gezamenlijk met partners, verder worden gewerkt aan het goed en gedegen neerzetten van een Ouderengeneeskundige Praktijk in Amsterdam. We hopen grotere aantallen patiënten te kunnen ondersteunen en hierbij verder onderzoek naar de uitkomsten te kunnen doen. Ook zal er een bredere analyse plaatsvinden, inclusief gesprekken met zorgverzekeraars, hoe we de kosten en opbrengsten sluitend kunnen krijgen.

We zijn ervan overtuigd op deze manier bij te dragen aan een juiste inrichting van de zorg, het betaalbaar houden van de zorg en het leveren van de beste kwaliteit voor onze kwetsbare patiënten!

BIJLAGEN

1. SAMENWERKINGSVERBANDEN

De Praktijk Ouderengeneeskunde is een initiatief van de afdeling Huisartsgeneeskunde en de afdeling Ouderengeneeskunde van het Amsterdam UMC (voorheen VUmc). Het Amsterdam UMC verstrekt momenteel een subsidie om de dienstverlening van de Praktijk Ouderengeneeskunde mogelijk te maken. Amstelring heeft door middel van detachering SO's beschikbaar gesteld om de werkzaamheden voor de Praktijk Ouderengeneeskunde te verrichten.

De PO kent een projectgroep die zich bezighoudt met de aansturing van de dagelijkse gang van zaken en kent de volgende samenstelling:

Dr. F.J. Bastiaans	Afdeling Huisartsgeneeskunde Amsterdam UMC
V. Blom	Afdeling Huisartsgeneeskunde Amsterdam UMC
Prof. dr. C. M.P.M Hertogh	Afdeling Ouderengeneeskunde Amsterdam UMC
Drs. J. Klijnman	Specialist Ouderengeneeskunde Amstelring
S. Kwakman-Brinkkemper, MSc	Specialist Ouderengeneeskunde Amstelring

2. PROJECTFASES MET TIJDSLIJNEN

Sinds de start in 2015 zijn al een groot aantal stappen gezet in de richting van een professionele dienstverlening met duurzame inrichting van de Praktijk Ouderengeneeskunde. Hieronder wordt een schets gegeven van de verschillende doorlopen stappen en de planning voor aankomende periode.

Projectfases Praktijk Ouderengeneeskunde		
Fase 1: 2015-2019	Fase 2: 2019-2020	Fase 3: 2021- e.v. (2024?)
Onderzoeksfase & ontwikkeling	Evaluatie & Toetsing	Samenwerking & Integratie
Samenwerking: met Verenso, Amstelring, Zonnehuisgroep Amstelveen, huisartsen	Samenwerking: Amstelring, Zonnehuisgroep Amstelveen, huisartsen, diverse SO's, diverse zorgaanbieders, etc	Samenwerking: 5 grootste zorgaanbieders (Amsta, Amstelring, Cordaan, ZHGA, ZGAO), Elaa, Amsterdamse huisartsenalliantie, Zilveren Kruis
Bereikt: inrichting praktijkvoering, eerste maatschappelijke businesscase, gevalideerde werkwijze opgesteld, (tussentijdse) evaluaties met verwijzers en patiënten, aanscherping dienstverlening.	Bereikt: Kwalitatief onderzoek naar eerste vijf jaar, gevalideerde werkwijze, actualisatie van maatschappelijke businesscase, inventarisatie stedelijke ontwikkelingen en samenwerking, start pilot integratie Virtual Ward en cBoards.	Doel: Stedelijke integratie met programmaplan voor zorg voor Ouderen in de eerste lijn, Inrichting Ouderengeneeskundige Praktijk Amsterdam (mogelijke afkorting: "OPA") met centrale aanmelding, kwaliteitskenmerken en financieringsstructuur.
		Zie hoofdstuk 4. Toekomstvisie

3. ORGANISATORISCHE CASE – KOSTENCOMPONENTEN

Medewerkers

Specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde is een arts die na het afronden van de geneeskundeopleiding een driejarige specialisatie heeft gevolgd tot specialist ouderengeneeskunde. Specialisten ouderengeneeskunde werken binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) (voorheen binnen de AWBZ) en worden per 2020 bekostigd binnen de Gespecialiseerde Zorg voor Specifieke Patiënten (GZSP). Vóór 2020 viel de financiering onder de tijdelijke

subsidiereregeling 'extramurale behandeling' in de Wlz. De specialist ouderengeneeskunde kunnen binnen de GZSP behandeling leveren aan patiënten zonder Wlz-indicatie à €162,02⁶⁵ per uur. Ditzelfde tarief geldt voor de module behandeling door een specialist ouderengeneeskunde (H335) in de Wlz. Voor reistijd wordt een bedrag van €30,49 per contact gerekend, op basis van tweemaal 15 minuten reistijd.

In de businesscase is gerekend met een salariscomponent van: €122,02

Verpleegkundig specialist ouderenzorg

Een verpleegkundig specialist heeft de opleiding Verpleegkunde HBO afgerond en heeft een aanvullende post-HBO opleiding gevolgd tot verpleegkundig specialist Ouderen (VS-O). De specialist ouderengeneeskunde werkt samen met de VS-O in het proces rondom de patiënt. Voorbereidende taken, huisbezoeken en afstemming met familie kunnen bijvoorbeeld door de VS-O worden uitgevoerd.

De verpleegkundig specialist kan (net als een basisarts) declareren onder de GZSP, aangezien de zorg binnen de Zorgverzekeringswet functioneel wordt omschreven. Dit betekent dat de prestatiebeschrijvingen van de GZSP niet gekoppeld worden aan een functionaris, maar dat een zorgverlener, indien bevoegd en bekwaam, deze zorg kan leveren en in rekening mag brengen. Een verpleegkundig specialist of een basisarts kan (deels zelfstandig) zorg leveren in het kader van GZSP. Daarnaast kan de verpleegkundig specialist of een basisarts zorg leveren onder verantwoordelijkheid van de SO/AVG en dat kan dan gedeclareerd worden via de prestatie van de SO/AVG⁶⁶.

In de businesscase is gerekend met een salariscomponent van: €80,35⁶⁷

Secretariële ondersteuning

Buiten bovenstaande medewerkers die declarabele uren maken zijn er nog ondersteunende medewerkers. Bijvoorbeeld in het management en op het secretariaat. Het secretariaat verwerkt onder andere de verwijzing van de huisarts, maakt afspraken met patiënten na triage door de specialist ouderengeneeskunde en organiseert het MDO. Tijdens de observatieopname is er ook personeel betrokken voor de hoteldiensten (verblijf) en voor de verpleging en verzorging (woonzorg). Deze worden bekostigd via de componenten verblijf en woonzorg uit het eerstelijnsverblijf.

Gemiddelde salariscomponent van het secretariaat bedraagt €31,63 op basis van gegevens de PO.

Overhead kosten

Tijdens de projectfase zijn er additionele kosten gemaakt door het management voor het opzetten van de dienstverlening, afstemming met derden en het uitvoeren van evaluatie onderzoek. Gemiddeld is dit de afgelopen jaren neergekomen op 0,2 fte management, uitgevoerd door een Hoogleraar Ouderengeneeskunde en een huisarts van de universitaire huisartsenpraktijk VUmc. Deze kosten zijn intern gefinancierd en zullen niet worden meegewogen in deze businesscase. Voor de realisatie van een volgende fase, zullen managementkosten worden opgenomen in de businesscase.

Overige kosten zoals ICT en ondersteuning, huur van vergaderruimten en kosten voor Public relations bedragen gemiddeld €5.400 op jaarbasis. Om deze businesscase zuiver te houden, worden deze kosten buiten de berekeningen gelaten. Ook hier geldt, dat bij de start van een volgende fase deze kostenposten gebudgetteerd en meegenomen moeten worden.

⁶⁵ Maximumentarief 2020 Nederlandse Zorgautoriteit, zie: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_281225_22/1/

⁶⁶ NZa informatie over declaraties binnen de GZSP: <https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/gzsp-declaratie-verpleegkundig-specialist-of-basisarts>

⁶⁷ Op basis van CAO, <https://www.lhv.nl/service/cao-huisartsenzorg>

4. ACHTERGROND BIJ ORGANISATORISCHE CASE

Onderbouwing alternatieve kosten in de tweede lijn

Alternatief traject voor consultatie en medebehandeling

De huisartsen hebben bij een aantal patiënten aangegeven dat ze de patiënt anders verwezen hadden naar de Klinisch geriater voor onderzoek bij ouderdomsklachten. Wanneer de klachten van de patiënt voornamelijk met dementie te maken hebben kan de huisarts de patiënt ook verwijzen naar de neurologie. Het product 'Klinisch neurofysiologisch onderzoek bij dementie' of 'dagbehandeling met klinisch neurofysiologisch onderzoek bij dementie' wordt dan geopend. Diagnostiek kan ook op de polikliniek plaatsvinden. Gezien de patiëntengroep van de PO zouden deze polikliniekbezoeken veelal plaatsvinden bij de geriater of neuroloog. Mocht de klinisch geriater of neuroloog nog andere (medisch)specialisten willen raadplegen dan wordt een parallel zorgtraject geopend, deze DBC's laten we omwille van het overzicht even buiten beschouwing. Een parallel traject drijft de prijs (en daarmee de besparing) flink op.

Specialist	DBC code	Omschrijving	Gemiddelde verkoopprijs
Klinisch geriater/ Internist geneeskunde	990035018	Behandeling of onderzoek en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand en/of dagbehandeling bij geheugenstoornis bij ouderdomsklachten	€ 1.535,00 ⁶⁸
Klinisch geriater/ Internist ouderen- geneeskunde	990035015	1 polikliniekbezoek bij ouderdomsklachten	€ 650,00 ⁶⁹
Klinisch geriater/ Internist ouderen- geneeskunde	990035021	2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij ouderdomsklachten	€1.105,00 ⁷⁰
Klinisch geriater/ Internist ouderen- geneeskunde	990035020	Vervolgcontact met 1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij ouderdomsklachten	€ 395,00 ⁷¹
Neuroloog	059899032	Dagbehandeling met klinisch neurofysiologisch onderzoek bij dementie	€ 1.515,00 ⁷²
Neuroloog	059899036	Klinisch neurofysiologisch onderzoek bij dementie	€ 1045,00 ⁷³
Neuroloog	059899037	Diagnostiek/ ingreep en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij dementie	€ 660,00 ⁷⁴
Neuroloog	059899038	Poliklinische diagnostiek/ingreep of meer dan 2 polikliniekbezoeken tijdens een vervolg contact bij dementie	€525,00 ⁷⁵
Neuroloog	059899040	1 of 2 polikliniekbezoeken tijdens een vervolg contact bij dementie	€155,00 ⁷⁶
Neuroloog	060301010	Dagbehandeling bij de ziekte van Parkinson	€ 1.205,00 ⁷⁷

De schifting tussen consultatie en behandeling is in DBC's niet altijd zo gemakkelijk te maken als bij de PO. Een polikliniekbezoek houdt ook al snel behandeling in (bijvoorbeeld wanneer de arts daarna een medicijn voorschrijft).

Om een inschatting te maken van de gemiddelde besparing gaan we ervanuit dat ongeveer 83% van de patiënten naar de geriater wordt doorverwezen en 17% van de patiënten naar de neuroloog. Dit is berekend aan de hand

⁶⁸ Zie hiervoor de NZa website Opendisdata geraadpleegd in dec 2020: www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct/990035018?

⁶⁹ Zie hiervoor de NZa website Opendisdata geraadpleegd in dec 2020: www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct/990035015?

⁷⁰ Zie hiervoor de NZa website Opendisdata geraadpleegd in dec 2020: www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct/990035021?

⁷¹ Zie hiervoor de NZa website Opendisdata geraadpleegd in dec 2020: www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct/990035020?

⁷² Zie hiervoor de NZa website Opendisdata geraadpleegd in dec 2020, o.b.v. 2017 gegevens aangezien niet bepaald in 2019 door te weinig registratie: <https://www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct/059899032?>

⁷³ Zie hiervoor de NZa website Opendisdata geraadpleegd in dec 2020: www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct/059899036?

⁷⁴ Zie hiervoor de NZa website Opendisdata geraadpleegd in dec 2020: www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct/059899037?

⁷⁵ Zie hiervoor de NZa website Opendisdata geraadpleegd in dec 2020: www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct/059899038?

⁷⁶ Zie hiervoor de NZa website Opendisdata geraadpleegd in dec 2020: www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct/059899040?

⁷⁷ Zie hiervoor de NZa website Opendisdata geraadpleegd in dec 2020: www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct/060301010?

van het aantal patiënten dat gezien is binnen zorgproduct 990035018 (geriatrie) versus het totaal binnen 59899032, 59899036 en 59899037 (neurologie) op basis van DIS data over 2019. Bij een verwijzing naar geriatrie gaan we ervan uit dat bij 90% van de patiënten onderzoek plaatsvindt. De verhoudingen tussen de geregistreerde zorgproducten bij neurologie is op eenzelfde wijze gehanteerd als hierboven omschreven. In alle gevallen gaan we ervanuit dat aansluitend op het eerste contact nog een (vervolg)polikliniekbezoek volgt. Dit is een zeer conservatieve schatting van de kosten, daar we uitgaan van geringe behandeling. Het is immers ook mogelijk dat een patiënt dagbehandelingen gaat volgen.

Aandeel %	Specialist	Aandeel %	(Dag)behandeling (dbc)	Polikliniekbezoek (dbc)	Opvolging	Totale Prijs	Gewogen prijs
		90%	990035018		990035020	€ 1.930	€ 1.441,71
83%	Geriatier	5%		990035021	N.v.t.	€ 1.105	€ 45,86
		5%		990035015	990035020	€ 1.045	€ 43,37
		2%	59899032		59899040	€ 1.670	€ 5,68
17%	Neuroloog	16%	59899036		59899038	€ 1.915	€ 52,09
		82%		59899037	N.v.t.	€ 660	€ 92,00
totaal							€ 1.680,71

Alternatief traject voor observatieopname

Een observatieopname is altijd gepland en ten behoeve van diagnostiek. Ook in het ziekenhuis kan diagnostiek tijdens een opname plaatsvinden. De tabel hieronder beschrijft de producten die passen bij de doelgroep van de PO.

Specialist	DBC code	Omschrijving	Gemiddelde verkoopprijs
Klinisch geriatier	990035003	Ziekenhuisopname met maximaal 3 verpleegdagen bij specialisme ouderengeneeskunde	€ 2.570,00 ⁷⁸
Klinisch geriatier	990035007	Ziekenhuisopname met 4 tot en met 14 verpleegdagen bij ouderdomsklachten	€ 6.690,00 ⁷⁹
Klinisch geriatier	990035006	Ziekenhuisopname met meer dan 14 verpleegdagen bij ouderdomsklachten	€ 14.240,00 ⁸⁰

Het verblijf op een PO observatiebed is gemiddeld 10 dagen. Derhalve wordt gerekend met de bespaarde kosten van het DBC traject 'ziekenhuisopname met 4 tot en met 14 verpleegdagen'. Opname op de afdeling neurologie met betrekking tot ouderdomsklachten komt niet vaak meer voor en vanwege de lage aantallen worden de gemiddelde verkoopprijzen niet meer vastgesteld.

⁷⁸ Zie hiervoor de NZa website Opendisdata geraadpleegd in december 2020: <https://www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct/990035003?>

⁷⁹ Zie hiervoor de NZa website Opendisdata geraadpleegd in december 2020: <http://www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct/990035007?>

⁸⁰ Zie hiervoor de NZa website Opendisdata geraadpleegd in december 2020: <https://www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct/990035006?>

5. BEGRIPPEN EN AFKORTINGENLIJST

ACP	Advance care planning
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
ELV	Eerstelijnsverblijf
EPD	Elektronisch patiëntendossier
GZPS	Gespecialiseerde Zorg voor Specifieke Patiënten
MBc	Maatschappelijke businesscase (dit document)
MDO	Multidisciplinair overleg
PO	Praktijk Ouderengeneeskunde (de naamgeving vanaf 2020)
POH(-O)	Praktijkondersteuner huisarts(-ouderenzorg)
SEH	Spoedeisende Hulp
SO	Specialist Ouderengeneeskunde
UPO	Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde
VS-O	Verpleegkundig specialist (-Ouderenzorg)
VUmc	Vrije Universiteit Medisch Centrum, onderdeel van Amsterdam UMC
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Ysis	Het multidisciplinair elektronisch patiëntendossier (EPD) van GeriMedica dat in samenwerking met VUmc is ontwikkeld voor behandelaars in de chronische zorg