

Kwaliteitsbeschrijving eerstelijnsverblijf

**Beschrijving van kwaliteit van zorg en
behandeling door de specialist
ouderengeneeskunde in het eerstelijnsverblijf**



Colofon

Dit is een uitgave van VerenSo, beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde.

Disclaimer

Teksten uit deze publicatie mogen overgenomen worden, mits er een duidelijke bronvermelding is naar deze publicatie. Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend. Onjuistheden en/of suggesties voor verbeteringen kunt u doorgeven aan VerenSo.

Klankbordgroep

De kwaliteitsbeschrijving eerstelijnsverblijf is tot stand gekomen met medewerking van:

- Mw. V.A. (Vera) van Atteveld, arts in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde
- Dhr. P.E. (Peter) Blase, specialist ouderengeneeskunde
- Mw. T.N. (Nienke) Broekhoven-Velinga, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Mw. M.J. (Jacqueline) Ellen-van Veelen, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Mw. M. (Monika) Kiebert-Welteroth, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Mw. F.S. (Fiona) Koops, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Mw. E. (Eefje) Kruijssen, specialist ouderengeneeskunde
- Mw. P. (Patricia) de Man-Visser, specialist ouderengeneeskunde
- Mw. K.M. (Monique) Nio, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts eerste lijn
- Dhr. P.A. (Alexander) Pluim Mentz, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Mw. R.H. (Robien) Schreuder, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Mw. L.D. (Laura) Wigman, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Mw. E.G. (Eva) Willems, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Dhr. J.P. (Jan) van der Waaij, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Mw. J.F. (Janneke) Wolting-Bos, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ

Samenwerking

Dit document is opgesteld in samenwerking met Patiëntenfederatie Nederland. Daarnaast hebben ook andere partijen input gegeven, waaronder:

- Ergotherapie Nederland
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) / Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Verpleegkundigen & Verzorgden Nederland (V&VN)

Ondersteuning

- Mw. S. (Sandra) van Beek, beleidsadviseur en manager team belangenbehartiging en bekostiging VerenSo
- Mw. J.J. (Jolande) Radstaak, beleidsadviseur belangenbehartiging en bekostiging

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Leeswijzer	5
Kader: huidige bekostiging en ervaren knelpunten door de specialist ouderengeneeskunde in het eerstelijnsverblijf hoogcomplex	6
1. Patiënten in het eerstelijnsverblijf	9
1.1 Geneeskundige zorg	10
1.2 Het werk van de specialist ouderengeneeskunde	11
1.3 Observatie en diagnostiek	12
2. De rol van de specialist ouderengeneeskunde tijdens de patiëntenreis in het eerstelijnsverblijf.....	14
2.1 Opname en start eerstelijnsverblijf	14
2.2 Behandeling door de specialist ouderengeneeskunde	17
2.3 Voortgang behandeling	19
2.4 Overdracht en afronding eerstelijnsverblijf	20
Geraadpleegde bronnen	23

Inleiding

Over deze kwaliteitsbeschrijving

Dit document beschrijft wat specialisten ouderengeneeskunde gezamenlijk onder goede eerstelijnsverblijf verstaan en welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn. Deze kwaliteitsbeschrijving heeft meerdere doelen. In de eerste plaats geeft deze beschrijving weer wat de patiënt en zijn naasten van de specialist ouderengeneeskunde mogen verwachten tijdens het ELV-traject. Informatie over zorg en behandeling die geboden wordt in het ELV helpt hen om samen met zorgprofessionals te beslissen welke zorg en behandeling het beste past.¹ Daarnaast beschrijft deze kwaliteitsbeschrijving de aandachtspunten zoals benoemd door de specialist ouderengeneeskunde wanneer deze regiebehandelaar is van het ELV-traject.

In deze kwaliteitsbeschrijving wordt uitgegaan van de gewenste situatie. De huidige bekostiging sluit hier onvoldoende op aan. Om deze reden start deze kwaliteitsbeschrijving met een overzicht van de huidige bekostiging en de ervaren knelpunten door de specialist ouderengeneeskunde. Daarmee biedt deze kwaliteitsbeschrijving een uitgangspunt om hierover in gesprek te gaan aan de verschillende overlegtafels in de sector rondom kwaliteit en bekostiging.

Context

We worden steeds ouder in Nederland en daarmee groeit ook de groep kwetsbare ouderen. Veel van deze ouderen ervaren complexe (gezondheid)problemen waarbij kwetsbaarheid gedefinieerd wordt als een opeenstapeling van fysieke, cognitieve, sociale en psychische achteruitgang, waardoor de kans op negatieve gezondheidsuitkomsten wordt vergroot.² Het huidige gezondheidszorgbeleid is erop gericht dat ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Dit geldt ook voor kwetsbare ouderen. Thuis doen zij vaak een beroep op mantelzorgers, zoals een partner of ander familielid. Bij een plotseling incident, zoals een valpartij, is er soms behoefte aan een tijdelijke opname. Dit kan ook wenselijk zijn als – naast behandeling en zorg- observatie en diagnostiek nodig is.

Kwetsbare patiënten die tijdelijk herstelgerichte zorg en behandeling nodig hebben, kunnen gebruik maken van het eerstelijnsverblijf (ELV). Het ELV is ontwikkeld voor kwetsbare (zowel oudere als jongere) mensen die niet meer of nog niet verantwoord thuis kunnen wonen, maar niet in het ziekenhuis opgenomen hoeven te worden.³ Daarbij is het ELV gericht op het in kaart brengen van de (complexe) problematiek van de patiënt en het stabiliseren van de gevolgen hiervan. Afhankelijk van de complexiteit van de problematiek is de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde de regiebehandelaar die de geneeskundige zorg levert. Geneeskundige zorg is medische zorg, zoals medicatie en behandeling, en bestaat uit (para)medische zorg gericht op het voorkomen van een aandoening of beperking.⁴

Sinds 2017 wordt het ELV bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit betekent dat de kosten worden vergoed vanuit de zorgverzekering van de patiënt en hij een keuze heeft waar hij geholpen wil worden. Patiënten maken een keuze voor zorg en behandeling op basis van verschillende soorten informatie zoals welke organisaties zorg en behandeling aanbieden, ervaringen van andere patiënten, bereikbaarheid van de locatie en informatie over kwaliteit.⁵ Het beschikbaar stellen van deze informatie helpt de patiënt bij het maken van deze keuze. In de praktijk blijkt de keuze vaak beperkt te zijn. Het is belangrijk dat een tijdelijke opname aansluit bij de motivatie en behoeften van de patiënt en zijn naasten.

¹ De campagne 'Samen Beslissen' geeft tips en tools om dit gesprek te faciliteren.

² Sociaal en Cultureel Planbureau, kwetsbare ouderen, 2011 en [RIVM](#), kwetsbare ouderen.

³ Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0, 2016, Significant.

⁴ Zorginstituut Nederland - Wat verstaan wij onder geneeskundige zorg in verband met het eerstelijnsverblijf (ELV)?

⁵ Voor meer informatie verwijzen wij naar de website van [Patiëntenfederatie Nederland](#).

Doelstelling en doorontwikkeling

Door het ontbreken van een algemene kwaliteitsbeschrijving van goede kwaliteit van zorg en behandeling in het ELV bestaat er veel variatie tussen zorgorganisaties die deze zorgvorm aanbieden.⁶ De huidige praktijkvariatie maakt het lastig voor de patiënt om een beeld te vormen van het ELV. Het rapport 'Onderweg naar Beter' concludeert dat er veel draagvlak is voor een overkoepelende kwaliteitsstandaard voor de kortdurende herstelgerichte zorg en behandeling.⁷ Om deze reden heeft VerenSo besloten een algemene kwaliteitsbeschrijving uit te werken. Het werk van de specialist ouderengeneeskunde staat hierbij centraal. Naast deze kwaliteitsbeschrijving is ook een kwaliteitsbeschrijving ontwikkeld voor geriatrische revalidatiezorg.⁸

Kwaliteit van zorg en behandeling is het leveren van de best passende zorg en behandeling voor de patiënt op de juiste plek. Belangrijk daarbij is ook dat de juiste zorgprofessional wordt ingezet. Expertise van de specialist ouderengeneeskunde is nodig wanneer de complexiteit van de zorgbehoefte de huisartsgeneeskundige zorg overschrijdt. In de praktijk zal dit met name de behandeling van kwetsbare mensen met een meervoudige, complexe hulpvraag zijn en/of patiënten waarvan de diagnose nog onduidelijk is.

Deze kwaliteitsbeschrijving vormt geen statisch geheel. In het ELV werken specialisten ouderengeneeskunde nauw samen met andere disciplines. Vaak vormen zij samen met verpleegkundig specialisten, basisartsen en physician assistants het medisch behandelteam. Zij kunnen ook regiebehandelaar zijn en zelfstandig patiënten behandelen. Het regiebehandelaarschap kan ook door andere zorgprofessionals worden opgepakt.⁹ Alhoewel deze kwaliteitsbeschrijving ingaat op randvoorwaarden en knelpunten vanuit het oogpunt van de specialist ouderengeneeskunde, worden zij ook door anderen in het medisch behandelteam op eenzelfde wijze ervaren. Daarbij is het belangrijk om te vermelden dat het ELV -naast het behandelproces- ook bestaat uit de inzet van andere zorgprofessionals, zoals de inzet van psychologen en verpleegkundigen en verzorgenden. NIP, VerenSo, en V&VN zijn voornemens deze multidisciplinaire insteek gezamenlijk nader uit te werken en de kwaliteitsbeschrijving hierop aan te passen. Daarnaast zal een patiëntenversie worden ontwikkeld.

Ook is voor de beleidsontwikkeling een duidelijke beschrijving van de patiëntengroep van de specialist ouderengeneeskunde essentieel. Dit wordt op dit moment verder vormgegeven en bepaald. Afhankelijk van deze definiëring en de ontwikkelingen in het veld wordt de kwaliteitsbeschrijving hierop aangepast.

In deze kwaliteitsbeschrijving richten we ons op patiënten die tijdelijk worden opgenomen en naar verwachting kunnen terugkeren naar huis of een andere passende woonsituatie. In het ELV wordt daarnaast palliatief terminale zorg geboden wanneer de levensverwachting van de patiënt volgens de behandelend arts gemiddeld drie maanden of korter zal zijn.¹⁰ Palliatief terminale zorg valt buiten de scope van deze kwaliteitsbeschrijving. Voor meer informatie over kwaliteit van palliatieve zorg verwijzen wij naar het [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#).

⁶ Rapport Beter Thuis – Varen op ervaringen.

⁷ Rapport 'Onderweg naar Beter' ontwikkelagenda, Consortium Geriatrische Revalidatie, 2021.

⁸ [Kwaliteitsbeschrijving geriatrische revalidatiezorg](#), Patiëntenfederatie Nederland en VerenSo, 2022.

⁹ [Handreiking](#) 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (juni, 2022).

¹⁰ Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-23140b, artikel 4.3.

Leeswijzer

Dit document schetst allereerst het kader van de huidige bekostiging van het ELV en de afbakening ten opzichte van andere verblijfsvormen. Aan de hand van de patiëntenreis worden vervolgens de rol en werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde beschreven.

Kader: huidige bekostiging eerstelijnsverblijf en ervaren knelpunten door de specialist ouderengeneeskunde in ELV-hoogcomplex

In de afweging voor de juiste zorg en behandeling op de juiste plek moeten alle fysieke, cognitieve, sociale en psychische domeinen van de patiënt worden meegenomen. Dit hoofdstuk beschrijft de afbakening van het ELV ten opzichte van andere vormen van tijdelijk verblijf. Daarnaast wordt specifiek ingegaan op de ervaren knelpunten in de huidige bekostiging door de specialist ouderengeneeskunde om kwalitatief goede zorg en behandeling te kunnen bieden in het ELV.

Hoofdstuk 1: Patiënten in het eerstelijnsverblijf

Binnen het ELV hebben we te maken met een diverse groep van kwetsbare patiënten waarvan en waarbij de problematiek bij de tijdelijke opname vaak (nog) niet duidelijk is. In dit hoofdstuk beschrijven we het doel van de behandeling in het ELV en de patiëntengroep in hoofdlijnen.

Hoofdstuk 2: De rol van de specialist ouderengeneeskunde tijdens de patiëntenreis in het eerstelijnsverblijf

In dit hoofdstuk wordt specifiek ingegaan op wat de patiënt kan verwachten van de specialist ouderengeneeskunde – wanneer deze regiebehandelaar is - tijdens de patiëntenreis in het ELV.

De groene kaders in de hoofdstukken geven verschillende definities en beleidsregels neer. De blauwe kaders in de hoofdstukken zijn voorbeelden van patiënt casuïstiek. Tot slot gaan de oranje kaders in op specifieke aandachtspunten vanuit het oogpunt van de specialist ouderengeneeskunde. Voor de gehele kwaliteitsbeschrijving geldt dat daar waar hij of zijn staat ook zij of haar kan worden gelezen.

Kader: huidige bekostiging en ervaren knelpunten door de specialist ouderengeneeskunde in het eerstelijnsverblijf hoogcomplex

Huidige bekostiging eerstelijnsverblijf

Zorg en behandeling in het ELV wordt vergoed vanuit de Zvw volgens declaratie op basis van een dagtarief en het aantal verblijfsdagen. De duur van een ELV-traject is afhankelijk van de gestelde hersteldoelen en -mogelijkheden en een verblijf kan uiteenlopen van minimaal 24 uur tot maximaal 18 weken.¹¹

Binnen de bekostiging van het ELV wordt een onderscheid gemaakt tussen ELV-laagcomplex en ELV hoogcomplex.¹² Bij ELV-laagcomplex is er bij de patiënt sprake van een enkelvoudige aandoening en/of beperkingen die een bedreiging vormt/vormen voor de gezondheid van de patiënt. De patiënt krijgt dan ondersteuning bij activiteiten van het dagelijkse leven (ADL). De huisarts levert de medische zorg 'zoals huisartsen die plegen te bieden' in ELV-laagcomplex. Binnen deze zorg van de huisarts, past de mogelijkheid gebruik te maken van de expertise van deskundigheid van een andere arts.

De specialist ouderengeneeskunde heeft de medische verantwoordelijkheid bij hoog complexe zorg.¹³ In ELV-hoogcomplex heeft de patiënt te maken met meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen en/of beperkingen. Vaak is er sprake van polyfarmacie en de mogelijke gevolgen daarvan. Multidisciplinaire behandeling is nodig en deze dient plaats te vinden in een op de specifieke doelgroep ingerichte leef- en behandelomgeving. In deze situatie wordt ADL van de patiënt overgenomen en wordt er toezicht en sturing geboden.

De bekostiging van het ELV omvat de volgende componenten:

- Verblijf voor zorg die medisch noodzakelijk is. Hierbij zijn inbegrepen de huisvestingskosten, inventaris, eten en drinken, schoonmaak, linnengoed, outillagemiddelen, etc.
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging.
- De geneeskundige zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten. Bij de geneeskundige zorg is ook de diagnostiek, voor zover uitgevoerd door de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten, inbegrepen.
- De psychologische zorg binnen ELV, die samenhangt met de indicatie voor opname in het ELV.

Afbakening eerstelijnsverblijf

Naast het ELV zijn er andere vormen van tijdelijk verblijf die op verschillende manieren bekostigd worden. Hieronder worden een aantal tijdelijke verblijfsvormen beschreven en hoe deze zich verhouden tot het ELV.

Respijtzorg (Wmo)

Als een kwetsbare patiënt in de eigen omgeving verzorgd wordt door een partner, kind, ouder of iemand anders en deze persoon (kortdurend) wegvalt kan de patiënt vervangende zorg (respijtzorg) ontvangen. Er bestaan verschillende vormen van respijtzorg.¹⁴ Een patiënt kan bijvoorbeeld tijdelijk logeren in een zorghotel of naar een dagopvang toegaan. De opvang kan zowel buitenshuis als thuis worden georganiseerd. De zorg wordt dan tijdelijk overgedragen aan andere mensen uit de eigen omgeving, vrijwilligers of beroepskrachten.

¹¹ Wettelijk is een verlenging van een ELV-traject mogelijk, met een maximum van 36 maanden. *Besluit Zorgverzekering*, Artikel 2.12.

¹² Beleidsregel eerstelijnsverblijf & Prestatie- en tariefbeschikking eerstelijnsverblijf (Nza, 2023).

¹³ Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0, 2016, Significant.

¹⁴ Voor meer informatie verwijzen wij naar de landelijke vereniging [Mantelzorg NL](https://www.mantelzorg.nl)

Professionele respijtzorg kan vergoed worden via:

- de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dit is mogelijk als de patiënt zelf ondersteuning krijgt vanuit de Wmo. In dit geval kan de mantelzorger respijtzorg aanvragen bij de gemeente;
- de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit is mogelijk als de patiënt een volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of persoonsgebonden budget (pgb) heeft;
- de zorgverzekeraar. In sommige gevallen vergoeden zorgverzekeraars vervangende zorg vanuit de aanvullende verzekering. Dit is per zorgverzekeraar verschillend.

Verskil met ELV

Als de medische situatie van een patiënt stabiel is, kan respijtzorg via de Wmo tijdelijk de verzorging van de eigen omgeving vervangen. Als er bij het wegvallen van een mantelzorger behoefte is aan geneeskundige zorg, is respijtzorg niet de juiste plek voor de patiënt. In dit geval kan geneeskundige zorg binnen het ELV worden gegeven, als er sprake is van één van onderstaande situaties:

- medische instabiliteit (en een hoog risico op gezondheidsverlies) en/of
- behoefte aan onplanbare verpleging (onverwachte en acute 24 uur per dag zorg) en/of
- behoefte aan verzorging vanwege het overnemen van ADL-handelingen.¹⁵

Crisis zorg Wet langdurige zorg (Wlz)

Als een patiënt door een acuut onhoudbare situatie niet meer veilig thuis kan wonen door een plotselinge, ernstige ontregeling (in fysieke, sociale en psychische gezondheid van de patiënt of van de omgeving) komt de patiënt in aanmerking voor crisiszorg.¹⁶ Directe opname (binnen 24 tot 48 uur) is noodzakelijk om medische complicaties, gezondheidsrisico's en gevaarlijke situaties voor de patiënt en zijn naasten te voorkomen. Bij deze patiënten is er vaak sprake van ernstig probleemgedrag, verslaving en/of extra medische complicaties waarvoor een opname in een Wlz-instelling noodzakelijk is. Daarnaast kan een patiënt wanneer er sprake is van dementie, of verdenking daarvan, bij het wegvallen van een mantelzorger ook in aanmerking komen voor een crisisopvang. De patiënt heeft in dit geval al een Wlz-indicatie of deze wordt na een crisisopname aangevraagd.

Verskil met ELV

Bij een crisiszorg Wlz opname is vooraf duidelijk dat een patiënt 24/7 toezicht en nabijheid nodig heeft en de situatie niet gestabiliseerd kan worden door extra verzorging en verpleging in de thuissituatie.

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ)

Als een patiënt te maken heeft met een (sub)acute achteruitgang in functioneren en een tijdelijke verblijfsplek nodig heeft om te werken aan revalidatiedoelen, past geriatrische revalidatiezorg (GRZ) het beste bij de patiënt. Tijdens geriatrische revalidatie wordt multidisciplinaire zorg en behandeling ingezet om revalidatiedoelen te behalen ter bevordering van de zelfstandigheid en functionaliteit van de patiënt. Hierbij is het streven dat een patiënt weer zelfstandig kan wonen en ADL, zoals zelfstandig naar het toilet gaan, op termijn weer kan uitvoeren. Voor GRZ is het belangrijk dat een patiënt gemotiveerd is en in staat is om nieuwe vaardigheden op te doen. Het behalen van revalidatiedoelen staat tijdens het GRZ-traject centraal.¹⁷

Verskil met ELV

Bij een ELV opname gaat het om herstel van een (sub)acute ziekte of aandoening waarbij vooral tijd en functieherstel op de voorgrond staat. In tegenstelling tot GRZ is er geen sprake van haalbare revalidatiedoelen die multidisciplinaire zorg en/of behandeling vragen bij opname.

¹⁵ Zorginstituut Nederland. (2016). Het eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet.

¹⁶ Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2023 - BR/REG-23122a (Nza, 2023).

¹⁷ Voor meer informatie over GRZ verwijzen wij naar de [Kwaliteitsbeschrijving geriatrische revalidatiezorg](#), Patiëntenfederatie Nederland en VerenSo, 2022.

Ervaren knelpunten door de specialist ouderengeneeskunde in ELV hoogcomplex

Dit document beschrijft expliciet de gewenste situatie waarbij kwaliteit van zorg en behandeling door de specialist ouderengeneeskunde centraal staat. De huidige bekostiging sluit hier onvoldoende op aan en dient hierop te worden aangepast.

Specialisten ouderengeneeskunde geven twee zaken aan waar zij knelpunten ervaren rond de huidige bekostiging in ELV-hoogcomplex.

Observatie en diagnostiek

Het eerste punt betreft observatie en diagnostiek. Momenteel worden deze activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde niet vergoed vanuit de zorgverzekeraar. Observatie en diagnostiek is echter noodzakelijk om complexe problematiek in kaart te brengen. Met name diagnostiek bij cognitieve stoornissen en valproblematiek vergt de expertise en tijd van onder andere de specialist ouderengeneeskunde voor het onderzoeken en behandelen van multimorbiditeit en de psycholoog voor het afnemen van een neuropsychologisch onderzoek (NPO). De huidige bekostiging belemmert de inbreng van deze expertises. Daarnaast wordt de aanvraag van bijvoorbeeld beeldvormende techniek (zoal een CT scan) door de specialist ouderengeneeskunde als onderdeel van de diagnostiek vaak niet vergoed.

Beperkte tijd voor behandeling

De ureninzet van behandeling en zorgprofessionals in ELV-hoogcomplex in de huidige bekostiging is beperkt en komt neer op anderhalf uur per week per patiënt. De casuïstiek in deze kwaliteitsbeschrijving toont de noodzaak van de inzet van verschillende zorgprofessionals van het multidisciplinaire team. Als regiebehandelaar bepaalt de specialist ouderengeneeskunde de zorginzet maar de huidige bekostiging belemmert de uitvoering hiervan. De huidige bekostiging van het eigen multidisciplinair behandelteam is daarmee niet toereikend. Evenals de mogelijkheden voor externe consultatie en aanvullende diagnostiek vanuit de specialist ouderengeneeskunde.

1. Patiënten in het eerstelijnsverblijf

Het eerstelijnsverblijf (ELV) is bedoeld voor patiënten die tijdelijk om medische redenen (nog) niet thuis kunnen wonen en geneeskundige zorg nodig hebben. Het ELV is daarbij gericht op een terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie, of als dat niet meer mogelijk is, het bepalen van doorstroommogelijkheden en passende vervolgzorg.

Daarnaast is het ELV passend voor patiënten waarvan de diagnose onduidelijk is en observatie noodzakelijk is.¹⁸ Multidisciplinaire behandeling is dan nodig om onderliggende problematiek in kaart te brengen en te stabiliseren. Een patiënt kan bijvoorbeeld een delier bij een urineweginfectie hebben waarbij onderliggende cognitieve problematiek onderzocht moet worden. Er zijn verschillende definities van ELV in omloop. Voor deze kwaliteitsbeschrijving wordt de volgende definitie aangehouden:¹⁹

Definitie ELV

Het eerstelijnsverblijf (ELV) is een medisch noodzakelijk kortdurend verblijf van minimaal 24 uur en maximaal 18 weken. Het ELV is bedoeld voor kwetsbare (oudere) mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen omgeving kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis, (geriatrie) revalidatie instelling of andere zorgorganisatie met medisch specialistische behandeling, aangewezen is.

Het doel van het ELV is het analyseren en diagnosticeren van aandoening(en) en/of beperking(en) en de gevolgen hiervan, deze opheffen dan wel stabiliseren zodat terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie mogelijk is of. Als terugkeer geen optie blijkt te zijn, wordt vastgesteld welke doorstroommogelijkheden en vervolgzorg passend is voor de patiënt.

Patiënten kunnen vanuit verschillende situaties starten met een ELV-traject:

- o Vanuit de thuissituatie als een patiënt tijdelijk een 24-uurszorgbehoefte heeft door dreigend gezondheidsverlies en waarbij observatie nodig is om een diagnose te kunnen stellen.
- o Vanuit een ziekenhuisopname als diagnostiek en behandeling in het ziekenhuis is afgerond en de patiënt (nog) niet voldoende is hersteld om naar huis of een andere woonsituatie terug te keren, maar er geen sprake is van een revalidatievraag.
- o Vanuit de spoedeisende eerste hulp (SEH) of spoedkliniek geriatrie/ouderengeneeskunde als de patiënt verder moet herstellen, er geen revalidatievraag is en de zorg in de thuissituatie niet verder kan worden uitgebreid.

Binnen het ELV zien we patiënten met veel gelijktijdig voorkomende ziektebeelden. Vaak gaat het hierbij om patiënten bij wie sprake is van kwetsbaarheid als gevolg van psychogeriatrische, lichamelijke en/of psychische aandoeningen/beperkingen.²⁰ Meer specifiek kunnen bijvoorbeeld de volgende patiënten baat hebben bij een ELV-traject:

- o Een patiënt met een infectieziekte (zoals een urineweginfectie) waarbij (onplanbare) zorg en behandeling nodig is;
- o Een patiënt met een grote decubituswond waarbij multidisciplinaire inzet nodig is van onder andere de diëtist en ergotherapeut;
- o Een patiënt met een kneuzing waarbij pijnmedicatie en (onplanbare) zorg en behandeling nodig is;
- o Een patiënt die door een ongeval of val pijnmedicatie en mobilisatie nodig heeft;
- o Een patiënt met een delier of acute verwardheid waarbij observatie en diagnostiek nodig is.

Daarnaast kunnen er uiteraard ook andere redenen zijn om een ELV-traject te starten.

¹⁸ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/verblijf-zvw>.

¹⁹ [Afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf](#) (Verenso, 2016).

²⁰ [Afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf](#) (Verenso, 2016).

Hoe wordt de keuze voor het ELV gemaakt?

Afhankelijk van de situatie kan de huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten en medisch specialist een patiënt verwijzen naar het ELV. De behandelend arts van de patiënt maakt de afweging voor het ELV op basis van verdiepende vragen zoals deze zijn opgesteld in het [Afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf](#) (2016). Het vetrekpunt van het afwegingsinstrument is de patiënt en de situatie waarin deze zich bevindt.

Het afwegingsinstrument begint met het stellen van de volgende twee screeningsvragen:

1. Is medische specialistische interventie noodzakelijk?
 - o Zo ja, dan kan een patiënt verwezen worden naar een ziekenhuis voor medisch specialistische behandeling.

2. Zijn er haalbare revalidatiedoelen in combinatie met verblijf noodzakelijk?
 - o Zo ja, dan biedt geriatrische revalidatiezorg de beste passende zorg en behandeling voor de patiënt.

Het ELV is aan de orde als op beide vragen nee wordt geantwoord én als de situatie niet gestabiliseerd kan worden door extra verzorging en verpleging in de thuissituatie én de verwachting is dat de patiënt naar zijn eigen woonomgeving kan terugkeren.

1.1 Geneeskundige zorg

Geneeskundige zorg in het ELV kan verleend worden onder de verantwoordelijkheid van de huisarts of specialist ouderengeneeskunde.²¹ Dit is afhankelijk van de complexiteit van de problematiek. Wanneer de zorgzwaarte de huisartsgeneeskundige zorg overschrijdt en/of de problematiek zich bevindt op het expertisegebied van de specialist ouderengeneeskunde levert de specialist ouderengeneeskunde geneeskundige zorg in het ELV en neemt hij het regiebehandelaarschap gedurende het ELV tijdelijk van de huisarts over.²² Dit wordt in de bekostiging omschreven als ELV hoogcomplex (zie bladzijde 6).

²¹ Daarnaast valt geneeskundige zorg door de arts verstandelijk gehandicapten ook binnen de beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG 23140b.

²² [Handreiking](#) Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde (LHV en VerenSo, 2020).

Hieronder volgt een situatie uit de praktijk van de specialist ouderengeneeskunde waarbij de behoefte voor geneeskundige zorg in het ELV duidelijk wordt.

Casus 1 geneeskundige zorg: Mevrouw De Jong*

Mevrouw De Jong is 90 jaar. Zij woont nog zelfstandig en gebruikt een rollator. Haar partner is overleden, de kinderen wonen niet meer thuis dus mevrouw woont alleen. Op een gegeven moment komt mevrouw De Jong ten val en breekt hierbij de buitenzijde van de rechter enkel, waarbij de enkelbanden een stuk bot hebben meegetrokken van het uiteinde van het kuitbeen (zogenoeten Weber A fractuur). Mevrouw is bekend met hartfalen en slikt pijnmedicatie. Onduidelijk is of mevrouw haar medicatie inneemt en of zij gevallen is door de pijnmedicatie of dat hier een andere oorzaak aan ten grondslag ligt. Mevrouw mag en kan de enkel niet te veel belasten en het lukt haar niet meer om zelfstandig te lopen. Mevrouw heeft 24 uur per dag onplanbare zorg nodig wat niet in haar eigen woning gerealiseerd kan worden en wordt daarom opgenomen op het ELV. Tijdens het ELV krijgt mevrouw ondersteuning bij o.a. de toiletgang en de dagelijkse verzorging. Daarnaast wordt de specialist ouderengeneeskunde ingezet om een medicatiereview uit te voeren en zo nodig medicatie bij te stellen om duizeligheid en mogelijk valrisico in de toekomst te voorkomen.



(* alle gebruikte namen in deze kwaliteitsbeschrijving zijn fictief)

1.2 Het werk van de specialist ouderengeneeskunde

Als de aard of de complexiteit van de te verlenen zorg dat nodig maakt, spreken alle betrokken zorgprofessionals af dat één van hen wordt aangewezen als regiebehandelaar.²³

De specialist ouderengeneeskunde als regiebehandelaar in het ELV

Meerdere disciplines kunnen regiebehandelaar zijn in het ELV-traject. De regiebehandelaar bewaakt de continuïteit en samenhang van de behandeling, zorgt voor voldoende overleg en afstemming tussen betrokken zorgprofessionals en ziet erop toe dat er één vast aanspreekpunt is voor de patiënt en zijn naasten. Dit betekent dat elke situatie anders is en de regiebehandelaar in samenwerking met het multidisciplinaire team iedere keer maatwerk levert.

Deze kwaliteitsbeschrijving beschrijft de werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde als regiebehandelaar. Daarbij is regiebehandelaarschap in deze kwaliteitsbeschrijving gekoppeld aan de behandelverantwoordelijkheid en (medisch)inhoudelijke verantwoordelijkheid zoals een arts deze biedt.

“De kracht van de specialist ouderengeneeskunde in het eerstelijnsverblijf is om, te midden van de variëteit van de problematiek waar patiënten mee te maken hebben, de complexe hulpvraag te herkennen en te doorgronden.”

Quote specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde behandelt en begeleidt patiënten met een complexe zorgproblematiek.²⁴ Meestal zijn dat kwetsbare ouderen met complexe chronische aandoeningen, maar soms ook jongere patiënten in het ELV. De specialist ouderengeneeskunde kijkt niet alleen naar het ziektebeeld, maar óók naar de gevolgen van de gezondheidsproblemen voor het dagelijks leven van de patiënt en zijn omgeving.

²³ [Handreiking](#) ‘Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg’ (juni, 2022).

²⁴ [Competentieprofiel](#) specialist ouderengeneeskunde (Verenso, 2019).

De specialist ouderengeneeskunde diagnosticeert, prognosticeert en behandelt op maat integraal de ziektebeelden, aandoeningen en functionele beperkingen die zijn afgestemd op de doelen van de patiënt. Daarnaast geeft de specialist ouderengeneeskunde adviezen of richtlijnen over preventie dan wel over de ondersteuning van het sociaal systeem van een patiënt.

1.3 Observatie en diagnostiek

Soms kan een patiënt niet thuis verblijven en is het ELV noodzakelijk, maar is onvoldoende duidelijk wat de onderliggende problematiek is en welke ondersteuning, zorg en behandeling een patiënt nodig heeft om in de thuissituatie te kunnen functioneren. Het toepassen van observatie en diagnostiek is in deze situaties noodzakelijk om kwaliteit te garanderen.

Observatie en diagnostiek houdt in dat een patiënt gedurende een bepaalde periode, variërend van een aantal uren tot een aantal weken, wordt geobserveerd door zorgprofessionals om inzicht te krijgen in de onderliggende problematiek van de patiënt. De specialist ouderengeneeskunde kan als regiebehandelaar vervolgens vanuit deze bevindingen conclusies trekken en de zorginzet verder bepalen. Hierbij worden alle fysieke, cognitieve, sociale en psychische domeinen van de patiënt meegenomen bij het stellen van een diagnose. Observatie en diagnostiek kan zowel bij de start als op een later moment in het ELV-traject plaatsvinden. Dit is vaak een intensieve periode en vergt veel tijd van de patiënt, naast en betrokken zorgprofessionals.

“In het ELV is er vaak behoefte aan observatie en diagnostiek. Het onderzoeken van de complexe zorgproblematiek is vaak een puzzel en het kost tijd om een puzzel te leggen. ”

Quote specialist ouderengeneeskunde

Op basis van observatie en diagnostiek kunnen de patiënt en naasten samen met de specialist ouderengeneeskunde bepalen welke zorg, ondersteuning en behandeling tijdens het ELV waarde toevoegt en bijdraagt aan de gezondheid en kwaliteit van leven van de patiënt. De levensfase, mogelijkheden, wensen en behoeften van de patiënt en zijn naasten staan hierbij centraal. De volgende definitie van observatie en diagnostiek wordt in deze kwaliteitsbeschrijving gehanteerd:²⁵

Observatie: Het bekijken, bestuderen en onderzoeken van het gedrag van kwetsbare (oudere) patiënten door verschillende disciplines waarbij het accent ligt op geheugenstoornissen, pijnbeleving, stemming- en gedragsproblemen.

Diagnostiek: Het verzamelen en interpreteren van informatie over de patiënt door relevante zorgprofessionals zodat de specialist ouderengeneeskunde - als regiebehandelaar – de aanwezige aandoeningen en/of beperkingen en onderliggende oorzaken hiervan in kaart kan brengen.

Patiënten die observatie en diagnostiek in het ELV nodig hebben, hebben vaak een complexe hulpvraag. Een patiënt kan bijvoorbeeld in aanmerking komen voor observatie en diagnostiek wanneer:

- Er een sterk vermoeden is van kwetsbaarheid op meerdere domeinen en dit niet bekend of zichtbaar is bij de start van een ELV-opname;
- Er twijfels zijn of een patiënt na een ELV-opname veilig en verantwoord naar huis kan terugkeren;
- De patiënt nog onvoldoende in beeld is bij zorgprofessionals en hierdoor onvoldoende informatie over de patiënt aanwezig is.

²⁵ Nederlandse Zorgautoriteit - Beleidsregel eerstelijnsverblijf – BR/REG – 22132a.

Hieronder volgt een voorbeeld uit de praktijk van de specialist ouderengeneeskunde waarbij observatie en diagnostiek binnen het ELV noodzakelijk is.

Casus observatie en diagnostiek: Meneer De Wit*

Meneer De Wit is 70 jaar, woont alleen thuis, heeft geen kinderen en heeft een zeer beperkt sociaal netwerk. Meneer De Wit zoekt geen hulp terwijl hij die wel nodig heeft. Meneer is daarnaast bekend met depressies en geldschulden.

Meneer De Wit krijgt thuis een urineweginfectie en is hier behoorlijk ziek van. Daarnaast toont meneer delirante verschijnselen (plotselinge, acute verwardheid) in de vorm van plukgedrag en waangedachtes. De buurvrouw van meneer De Wit belt de huisarts op omdat meneer niet goed meer voor zichzelf kan zorgen. Zij hoort 's nachts lawaai uit zijn appartement komen en ziet hem regelmatig met vieze kleding over de galerij lopen. De huisarts gaat bij meneer langs, maar hij mag niet binnenkomen. De huisarts dient een verzoek in tot opname ELV omdat meneer 24 uur per dag zorg en behandeling nodig heeft en observatie en diagnostiek noodzakelijk is om de cognitie van meneer de Wit in kaart te brengen. Meneer De Wit stemt hiermee in en wordt opgenomen in het ELV. Binnen twee weken zijn er minder lichamelijke beperkingen en toont meneer geen delirante verschijnselen meer zoals eerder gezien werden door de huisarts en buurvrouw.

Tijdens het verblijf wordt observatie en diagnostiek toegepast om de cognitie en hulpvraag te diagnosticeren, bijvoorbeeld door de inzet van:

- De psycholoog om onder andere door middel van een NPO het gedrag en de stemming van meneer inzichtelijk te maken of de verpleegkundige specialist om via screeningsinstrumenten het gedrag van meneer te observeren;
- De diëtist om de voeding van meneer te onderzoeken om uitdroging en ondervoeding te voorkomen;
- De specialist ouderengeneeskunde om de urineweginfectie en het delier te behandelen, de zorginzet te bepalen, het verblijf te coördineren en om samen met meneer De Wit te bepalen welke zorg, ondersteuning en behandeling in de thuissituatie passend is.



2. De rol van de specialist ouderengeneeskunde tijdens de patiëntenreis in het eerstelijnsverblijf

Dit hoofdstuk volgt de reis van de patiënt tijdens het ELV. Daarbij beschrijven wij de taken, werkwijze en verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde wanneer deze de regiebehandelaar is in het ELV en wat de patiënt en zijn naasten van de specialist ouderengeneeskunde mogen verwachten tijdens het ELV-traject.

2.1 Opname en start eerstelijnsverblijf

“Het leveren van kwaliteit van zorg en behandeling in het eerstelijnsverblijf begint bij het verhaal van de patiënt. Hierdoor krijg je een beter beeld waar de patiënt behoefte aan heeft en wat de patiënt bij binnenkomst nodig heeft.”

Quote specialist ouderengeneeskunde

De patiënt en zijn hulpvraag vormen het uitgangspunt voor zorg en behandeling. Daarvoor is het belangrijk dat de patiënt en zijn naasten kunnen overleggen met de regiebehandelaar bij het bepalen van de inzet van zorg en behandeling. Een ELV-traject start altijd met een intakegesprek met de patiënt en zijn naasten. Dit gesprek voert de specialist ouderengeneeskunde wanneer hij regiebehandelaar is. De specialist ouderengeneeskunde brengt bij de start van het ELV m.b.v. onder andere het geriatrisch assessment aandoeningen en problemen in kaart. Hierbij worden alle beperkingen op het somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatie domein van de patiënt meegenomen.²⁶ Evenals de gevolgen daarvan op de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van de patiënt. De volgende definitie van een geriatrisch assessment wordt gehanteerd:²⁷

Geriatrisch assessment: Een multidisciplinair onderzoek waarin problemen en beperkingen van de patiënt worden geïnventariseerd en aandoeningen worden gediagnosticeerd. Dit onderzoek wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde.

Samen met de patiënt en zijn naasten worden tijdens het intakegesprek doelen geformuleerd. Dit is op basis van het ziektebeeld, de prognose, kwaliteit van leven en de wensen en behoeften van de patiënt. Tijdens het intakegesprek is er ruimte voor de naasten om hun behoeften en zorgen uit te spreken en kan in kaart worden gebracht wat een patiënt nodig heeft om terug te keren naar huis of een andere geschikte woonsituatie.

Vervolgens is de specialist ouderengeneeskunde – wanneer deze regiebehandelaar is - verantwoordelijk voor het opstellen van een individueel behandelplan. Hierbij inventariseert en ordent hij alle (medische) patiëntgegevens en noteert hij de volgende zaken in het behandelplan: datum en doel opname, beschrijving van de aandoeningen van de patiënt, resultaten van het primaire medisch onderzoek, inschatting van de behandelduur, verwachte ontslagdatum en specifieke medische zaken. De specialist ouderengeneeskunde voert daarnaast een medicatiereview uit. Op basis van het intakegesprek en het behandelplan wordt in gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en zijn naasten het ELV vormgegeven.

²⁶ De SFMPC-methodiek kan helpen om problemen en doelen in kaart te brengen en vervolgens volgens de ICF-methode het participatie- of activiteitsniveau van de patiënt te formuleren (Snitjer & Donselaar, 2017).

²⁷ In de [Handreiking geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde](#) (Verenso, 2014) wordt beschreven hoe de specialist ouderengeneeskunde het geriatrisch assessment idealiter uitvoert.

Veranderingen van het functioneren van de patiënt kunnen blijvend zijn waardoor het van belang is om hierop te anticiperen. Advance Care Planning (ACP) is een continu en dynamisch proces van gesprekken die samen met de patiënt en zijn naasten gevoerd worden om – op basis van hun waarden en opvattingen – zinvolle en haalbare doelen voor hun huidige en toekomstige behandelingen en zorg te bepalen.²⁸ Wanneer ACP wordt toegepast, heeft dit een positief effect op het welbevinden van de patiënt en zijn naasten en op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg en behandeling.²⁹ ACP helpt de patiënt, zijn naasten, de specialist ouderengeneeskunde en andere betrokken zorgprofessionals om beslissingen vooraf te bespreken en stappen uit te zetten over de lange termijn. Deze beslissingen kunnen o.a. betrekking hebben op reanimatie, opnames in het ziekenhuis, passende woonsituatie in de toekomst en het toedienen van sondevoeding (als hij niet meer zelfstandig kan slikken).



Het intakegesprek en het vroegtijdig opstellen van een behandelplan helpt de patiënt en zijn naasten om inzicht te krijgen in het gehele ELV-traject en verduidelijkt welke stappen er nodig zijn tot aan een terugkeer naar huis en/of passende vervolgzorg. Dit draagt bij aan continuïteit van zorg en helpt het de patiënt om zijn leven na het afronden van een ELV-traject op zijn eigen manier te kunnen voortzetten. Daarbij is het noodzakelijk om alle relevante informatie goed vast te leggen in het medisch dossier en informatie te delen met de betrokken zorgprofessionals. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de situatie wanneer de zorgbehoefte bij de start van het ELV nog onduidelijk is en observatie en diagnostiek eerst moeten worden toegepast.

²⁸ De Ruiter, C.M., van der Stelt, I., Hertogh, C.M.P.M., & van Delden, J.J.M. (2013). *Advance care planning. Onze corebusiness*. Tijdschrift voor ouderengeneeskunde, 3, 134-137.

²⁹ Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017.

“Bij de start van een ELV opname is het belangrijk de situatie van de patiënt goed in beeld te brengen. Dit gebeurt bijvoorbeeld aan de hand van observatie, diagnostiek, gesprekken met de patiënt, naasten en bij de patiënt betrokken zorgprofessionals. Een volledig overzicht aan patiëntgegevens ondersteunt dit proces.”
Quote specialist ouderengeneeskunde

Het ontvangen van onderstaande informatie is voor de specialist ouderengeneeskunde essentieel om de start van het eerstelijnsverblijf vorm te geven:

- Persoonsgegevens patiënt (BSN, NAW, geboortedatum en geslacht);
- Medische overdracht van de huisarts en/of het ziekenhuis;
- Reden opname eerstelijnsverblijf;
- Alle beschikbare voorgeschiedenis (incl. contra-indicaties en allergieën);
- Medicatiegebruik bij start eerstelijnsverblijf;
- Beschrijving van voorafgaande en huidige diagnoses en aandoeningen;
- Beschrijving van premorbide, huidig en gewenst functioneren;
- Afspraken rondom Advance Care Planning. Dit bestaat uit behandeldoel (o.a. curatief, symptomatisch) en behandelbeperkingen (o.a. niet reanimeren, geen sondevoeding)
- Beschrijving van ADL (activiteiten van het dagelijkse leven) en IADL (instrumentele ADL) functioneren;
- Sociale anamnese met daarbij een beschrijving van onder andere: een begeleidingsplan vanuit de thuissituatie als dit beschikbaar is; de huidige inzet van professionele zorg en mantelzorg; de woonsituatie en dagbesteding.

2.1.1. Observatie en diagnostiek



Als de onderliggende problematiek van de patiënt (nog) onduidelijk is, kan observatie en diagnostiek worden toegepast. De expertise van de specialist ouderengeneeskunde wordt dan ingezet om aandoeningen te observeren, te herkennen en te analyseren voor en tijdens de medische behandeling. De specialist ouderengeneeskunde voert in het kader van diagnostiek lichamelijk onderzoek uit en vraagt waar nodig aanvullend (lab)onderzoek aan. Zo nodig neemt de specialist ouderengeneeskunde contact op met de huisarts van de patiënt of medisch specialisten die al bekend zijn met de patiënt (en zijn hulpvraag).

De specialist ouderengeneeskunde verwijst door wanneer een aanvullend beeld noodzakelijk is. Bijvoorbeeld naar een psycholoog indien de verwachting is dat cognitie de terugkeer naar huis belemmert of een ergotherapeut voor het geven van adviezen over aanpassingen in de fysieke woonomgeving. De specialist ouderengeneeskunde formuleert gerichte (observatie)vragen en zet de observatie uit; de feitelijke observatie wordt vaak door verzorging en verpleging uitgevoerd. Uitkomsten uit de observaties en nadere onderzoeken van verschillende disciplines worden besproken in het multidisciplinair overleg (MDO). De specialist ouderengeneeskunde neemt dit vervolgens mee in de diagnostiek en kan als regiebehandelaar de zorginzet verder bepalen. Het onderzoeken en vervolgens diagnosticeren van complexe problematiek vergt veel tijd van de specialist ouderengeneeskunde, de patiënt en zijn naasten. Gedurende het ELV-traject is het belangrijk om als specialist ouderengeneeskunde processen en resultaten terug te koppelen aan de patiënt en zijn naasten.

Hieronder volgt een belangrijke randvoorwaarde voor de specialist ouderengeneeskunde bij het in kaart brengen van complexe, meervoudige problematiek.

- Doordat de zorgbehoefte van kwetsbare patiënten op voorhand vaak onduidelijk is, is voldoende tijd en ruimte voor observatie en diagnostiek noodzakelijk. Specialist ouderengeneeskunde merken bijvoorbeeld in de praktijk dat patiënten voor het ELV worden aangemeld waarbij de problematiek en/of hersteldoelen van de patiënt bij opname niet bekend zijn of dat een patiënt langdurig niet belast mag worden. Door vervolgens observatie en diagnostiek toe te passen, kan een specialist ouderengeneeskunde beter en efficiënter de juiste zorg en behandeling voor kwetsbare patiënten met een complexe hulpvraag bepalen.

2.2 Behandeling door de specialist ouderengeneeskunde

Bij complexe, meervoudige problematiek, waarbij de complexiteit van de zorgbehoefte van de patiënt de huisartsgeneeskundige overschrijdt, is de specialist ouderengeneeskunde de regiebehandelaar. De specialist ouderengeneeskunde heeft als regiebehandelaar de medische verantwoordelijkheid en hij levert de geneeskundige zorg. Dit bestaat onder andere uit het voorschrijven van medicatie, de medische behandeling (van bijkomende aandoeningen) en het leveren van spoedzorg. De regiebehandelaar uit het medisch behandelteam werkt samen met andere zorgprofessionals om te bepalen welke interventies mogelijk en nodig zijn om aandoeningen en/of beperkingen te stabiliseren met als doel een snelle en duurzame terugkeer naar de thuissituatie of andere passende woonsituatie.

Als regiebehandelaar is het een vereiste om de patiënt regelmatig te zien tijdens het ELV-traject. Dit kan tijdens periodieke visites, een MDO, een afstemmingsoverleg met alle betrokken zorgprofessionals, of een familiegesprek. Daarnaast coördineert en behoudt de specialist ouderengeneeskunde – wanneer deze de regie voert – overzicht over de gehele behandeling van de patiënt. Daarbij ziet de specialist ouderengeneeskunde erop toe dat er één vast aanspreekpunt is voor de patiënt en zijn naasten. Dit brengt de patiënt en zijn naasten structuur en rust.

De specialist ouderengeneeskunde kijkt in dit geval met een interdisciplinaire blik welke disciplines kunnen bijdragen aan het herstel van de patiënt. Het multidisciplinaire team kan naast de specialist ouderengeneeskunde onder meer bestaan uit een (geriatrie)fysiotherapeut, ergotherapeut, verpleegkundige, verzorgende, diëtist, logopedist, maatschappelijk werker, geestelijke verzorger, psycholoog.³⁰ Daarnaast bestaat het team ook uit andere zorgprofessionals uit het medisch behandelteam, zoals physician assistants, basisartsen en verpleegkundig specialisten.

³⁰ Deze lijst is niet uitputtend en kan per zorgorganisatie verschillen. De wijze waarop deze disciplines met elkaar samenwerken is deels vastgelegd in (wettelijke) taken en verantwoordelijkheden, maar is ook afhankelijk van de organisatie van zorg en competenties van de aanwezige zorgprofessionals.



Gedurende het ELV is het multidisciplinair behandelplan, waarin alle doelen van betrokken zorgprofessionals zijn gebundeld, leidend. Als regiebehandelaar voert de specialist ouderengeneeskunde de regie over het opstellen, de uitvoering en het aanpassen van het multidisciplinair behandelplan. Eventueel wordt de medicamenteuze behandeling hierop aangepast of vraagt de specialist ouderengeneeskunde aanvullend onderzoek aan als hier aanleiding toe is. Het behandelplan wordt bijgesteld als de situatie daar om vraagt. De volgende definitie van een multidisciplinair behandelplan wordt gehanteerd:³¹

Multidisciplinair behandelplan: Een beschrijving van doelen en behandeling die passen bij de specifieke problematiek en wensen van een patiënt. Dit behandelplan is in samenspraak met de patiënt en zijn naasten opgesteld door verschillende disciplines die gezamenlijk de zorg en behandeling bieden. De regiebehandelaar bewaakt hierin de samenhang.

Hieronder volgt een belangrijk aandachtspunt voor de specialist ouderengeneeskunde om kwaliteit van zorg en behandeling in het eerstelijnsverblijf te leveren:

- Het is een vereiste om als specialist ouderengeneeskunde – wanneer deze regiebehandelaar is – de patiënt regelmatig te zien tijdens het ELV. Om ervoor te zorgen dat de patiënt (en zijn naasten) ook beschikbaar zijn is het belangrijk om de visites/bezoeken mee te nemen in de planning. Op deze manier krijgt de specialist ouderengeneeskunde een goed beeld van hoe het met de patiënt gaat, hoe het ELV verloopt en of er medische aandachtspunten zijn. Het contact met de specialist ouderengeneeskunde wordt ook gewaardeerd door de patiënt en zijn naasten.

³¹ Deze definitie is opgesteld aan de hand van de [handreiking MDO](#) (Verenso, 2015) en definitie [behandelplan](#) volgens de Nza.

2.3 Voortgang behandeling

Tijdens het ELV is het belangrijk om de voortgang van de patiënt nauwlettend te monitoren. Een vast moment hiervoor is het MDO waarbij alle betrokken zorgprofessionals aanwezig zijn.³² Het MDO (en de vervolgacties die hieruit volgen) wordt bij voorkeur gehouden in aanwezigheid van de patiënt en zijn naasten. Het is belangrijk dat informatie op een voor de patiënt en naasten begrijpelijke manier gedeeld. De inbreng van de patiënt moet worden meegenomen. Wanneer de patiënt en zijn naasten niet aanwezig kunnen zijn, worden de uitkomsten in ieder geval altijd teruggekoppeld. Als de patiënt en zijn naasten of de betrokken zorgprofessionals tijdens de behandeling iets bijzonders opmerken wordt er eerder dan het geplande MDO geëvalueerd. Door de afstemming met en tussen patiënt, naasten, specialist ouderengeneeskunde en andere zorgprofessionals draagt het MDO bij aan de continuïteit van zorg en behandeling.

De behandelduur is afhankelijk van het doel van het ELV maar ook van het herstel. Iedere patiënt wordt indien nodig besproken tijdens de periodieke MDO's.³³ Vaak is dit één keer in de twee weken, maar dit kan wisselen per patiënt en hulpvraag. Dit overleg kan fysiek of digitaal plaatsvinden. Tijdens het MDO wordt de voortgang van de patiënt in kaart gebracht, in overleg met de patiënt en zijn naasten gekeken of de doelen bijgesteld moeten worden en wordt op basis van prioritering van de herstel doelen geïnventariseerd of de juiste disciplines betrokken zijn bij het herstel van de patiënt.



De verwachte ontslagdatum wordt bij voorkeur al bij de start van het ELV vastgesteld en gecommuniceerd. Tijdens de behandeling en het MDO wordt deze ontslagdatum samen met de patiënt en zijn naasten geëvalueerd. Evenals wat de patiënt nodig heeft om zijn leven op zijn eigen manier te kunnen voortzetten. Dit maakt het verblijf inzichtelijker voor de patiënt en zijn naasten en voorkomt verrassingen. Ook kan er behoefte zijn aan een huisbezoek. Hierbij kijkt een ergotherapeut of er aanpassingen in het huis nodig zijn. Eveneens kan het nodig zijn dat de patiënt voor een aantal dagen naar huis gaat om samen met zorgprofessionals te bepalen wat voorafgaand aan het ontslag nodig is.

³² Zie [handreiking MDO](#) (Verenso, 2015) voor meer informatie over de rol van de specialist ouderengeneeskunde in relatie tot het MDO en blz. 39 van het [Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg](#) (2021) over de aanwezigheid van de patiënt bij het MDO.

³³ Bij voorkeur stemt de specialist ouderengeneeskunde goed af met de casemanager dementie en/of wijkverpleegkundige t.b.v. de afstemming in de thuissituatie.

“Ik heb het liefst iemand die bij ons thuis komt kijken. Zo van wat is handig; waar wel een handgreep plaatsen? [...] En ik heb het liefst goede adviezen over de rollator, over een wendbare rollator voor in de keuken. Of: voor binnen is deze niet zo goed, voor buiten is die oké.”

Quote familielid

Naast de afstemming met betrokken zorgprofessionals binnen het multidisciplinaire team, coördineert de specialist ouderengeneeskunde de afstemming met andere artsen die betrokken zijn bij de patiënt; zoals de huisarts van de patiënt en/of medisch specialisten in het ziekenhuis. Vanwege de tijdelijke opname in het ELV, is overleg en coördinatie tussen de specialist ouderengeneeskunde en de (eigen) huisarts van de patiënt van belang. Dit heeft met name betrekking op terugkeer naar huis en wat hiervoor (nog) nodig is.

De volgende twee specifieke aandachtspunten zijn essentieel voor de specialist ouderengeneeskunde om individueel maatwerk te kunnen leveren tijdens de behandeling en om de voortgang van de patiënt te kunnen evalueren:

- Om de hersteldoelen van de patiënt tijdens het MDO te evalueren moet het patiëntendossier up-to-date zijn. De specialist ouderengeneeskunde en alle betrokken disciplines moeten daarvoor alle relevante patiëntgegevens, evaluaties en gesprekken vastleggen in het medisch dossier. Dit betekent dat elke zorgprofessional de doelen formuleert en wijzigt die bij zijn/haar discipline horen zodat de specialist ouderengeneeskunde als regiebehandelaar het proces van de patiënt goed kan evalueren.
- Voor de juiste zorg en behandeling aan kwetsbare patiënten is samenwerking in het netwerk belangrijk. Hierbij staat de patiënt centraal en werken alle zorgprofessionals samen om zijn/haar kwaliteit van leven te behouden/verbeteren. Om die samenwerking binnen het ELV te bevorderen zijn goede regionale afspraken noodzakelijk. Dit komt de vlotte doorstroom van patiënten, de zorgvuldige indicering en de continuïteit van zorg en behandeling tijdens en na het ELV ten goede.

2.4 Overdracht en afronding eerstelijnsverblijf

Als de patiënt naar huis kan om daar verder te herstellen, kan dit een grote stap zijn voor de patiënt en zijn naasten. De specialist ouderengeneeskunde is als regiebehandelaar verantwoordelijk voor de coördinatie van de afronding van het ELV. Bepaalde taken kunnen hierbij worden gedelegeerd.³⁴

Ten eerste vindt er voorafgaand aan de (verwachte) ontslagdatum een laatste MDO plaats. Tijdens dit overleg bespreken de zorgprofessionals of de verwachte ontslagdatum haalbaar is, wat de patiënt nodig heeft om thuis verder te herstellen en worden de laatste actiepunten uitgezet. De specialist ouderengeneeskunde vraagt na of de noodzakelijke aanvragen en/of verwijzingen tijdig zijn gerealiseerd. In samenspraak met patiënt, naasten en betrokken disciplines bepaalt de specialist ouderengeneeskunde wanneer het hoofdoel van het ELV is behaald en of de patiënt kan terugkeren naar zijn of haar woonsituatie. Dit kan in de vorm van een eindgesprek.

³⁴ [Handreiking](#) Samenwerking en Taakherschikking Ouderenzorg (Verenso, V&VN VS & NAPA, 2022).

De specialist ouderengeneeskunde draagt vervolgens de medische verantwoordelijkheid over aan de huisarts van de patiënt. Voor overdracht wordt de volgende definitie gehanteerd:³⁵

Overdracht: Het bewust overdragen van de verantwoordelijkheid voor de zorg voor een patiënt van de ene zorgprofessional aan de andere. Een goede overdracht vraagt van zowel de overdragende als de opvolgende zorgprofessional, duidelijke verantwoordelijkheden, taken en informatie.

Naast de huisarts van de patiënt is het belangrijk dat de specialist ouderengeneeskunde andere betrokken zorgprofessionals informeert. Voor een goede overdracht verstuurt de specialist ouderengeneeskunde voor of op de dag van ontslag een ontslagbrief naar de huisarts. Hierin worden de volgende aspecten meegenomen:

- Reden van opname
- Anamnese
- Functioneren voorafgaand aan de opname
- Medicatie bij opname en ontslag (inclusief alle wijzigingen en redenen)
- Beloop van het ELV volgens de SFMPC of ICF-methode
- Medisch beleid t.a.v. reanimatie
- Conclusie en samenvatting van het eerstelijnsverblijf
- Benodigde nazorg voor de patiënt
- Adviezen en aandachtspunten

Het heeft de voorkeur om ook een ontslagbrief op te stellen voor de patiënt en zijn naasten met praktische informatie over medicatie, hulpmiddelen, zorg en ondersteuning en contactpersonen en -gegevens.

Als er nog acties nodig zijn in de thuissituatie, zoals verwijzingen naar paramedische zorg (zoals een fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist of diëtist in de eerstelijns), of als het ELV gecompliceerd is verlopen, neemt de specialist ouderengeneeskunde bij voorkeur ook telefonisch contact op met de huisarts van de patiënt. Dit komt de kwaliteit van (na)zorg en behandeling ten goede.

Via de gemeente (Wmo) kunnen ondersteuning bij het huishouden, woningaanpassingen en extra begeleiding in het dagelijkse leven worden aangevraagd (te denken aan wijkactiviteiten m.b.t. beweging en sociale interactie). Mogelijk kan ook een beroep worden gedaan op naasten om terugkeer naar huis alvast mogelijk te maken wanneer nog niet alle woningaanpassingen zijn afgerond.



³⁵ https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j4nvqs5kjg27kof_j9vvij5epmj1ey0/vjuziwfhlm8/f=/blg533378.pdf

Daarnaast kan in overleg met de huisarts van de patiënt worden bepaald welke vervolgotrajecten nodig zijn voor het verdere herstel van de patiënt:

- In de vorm van eerstelijnszorg, zoals wijkverpleging en/of psychologische zorg en/of paramedische zorg zoals (geriatrie) fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek. Indien nodig kan vanuit de eerstelijns een specialist ouderengeneeskunde worden aangehaakt door de huisarts voor een consult of als medebehandelaar.
- Begeleiding in de vorm van groepsverband.³⁶ Hierbij gaat het om activiteiten, waarmee een patiënt wordt ondersteund bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen en bij het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijk leven.
- In de vorm van revalidatiezorg. Indien een patiënt hersteld is van een (acute) ziekte/aandoening en er haalbare revalidatiedoelen zijn die vragen om een multidisciplinaire aanpak, moet de specialist ouderengeneeskunde de patiënt kunnen doorverwijzen naar de GRZ.

Als aan het eind van het ELV-traject tegen de verwachting in blijkt dat naar huis gaan niet meer mogelijk is, kan in samenspraak met de patiënt en zijn naasten de aanvraag voor een Wlz-indicatie gestart worden.

Voor een volledige overdracht in het netwerk is onderstaande randvoorwaarde essentieel voor de specialisten ouderengeneeskunde wanneer deze regie voert over het ELV:

- Bij een ELV-traject zijn vaak meerdere disciplines betrokken. Met betrekking tot het ontslag is het belangrijk dat alle actiepunten worden verdeeld onder de betrokken zorgprofessionals, alle benodigde aanvragen en verwijzingen op tijd worden uitgezet en alle opvolgende zorgprofessionals voldoende geïnformeerd zijn. Vroegtijdige afstemming met en tussen zorgprofessionals en (zorg)organisaties is hierbij van belang. Dit komt de kwaliteit en continuïteit van nazorg en behandeling ten goede.

³⁶ Nza, beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2023 - BR/REG-23121a

Geraadpleegde bronnen

De Groot, A., & Vreeburg, E. (2019). *Triage en toegang tijdelijke zorg: beter samenwerken aan de poort*. Tijdschrift voor ouderengeneeskunde. Beschikbaar op: <https://www.verenso.nl/magazine-juni-2019/no-3-juni-2019/praktijk/triage-en-toegang-tijdelijke-zorg-beter-samenwerken-aan-de-poort>

Holtman, G., Luijendijk, D., Havinga, H., & Zuidema, S. (2017). *Kenmerken en beloop van patiënten in het eerstelijnsverblijf*. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde. Beschikbaar op: <https://www.verenso.nl/magazine-juni-2017/no-3-juni-2017/wetenschap/kenmerken-en-beloop-van-patiënten-in-het-eerstelijnsverblijf>

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). (2022). *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Beschikbaar op: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/verantwoordelijkheidsverdeling.htm>

Maat, P., Driever, H., Schuth, O., van Tol, E., & Vreeburg, E. (2019). *ELV, (bijna) iedereen krijgt ermee te maken!* Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde. Beschikbaar op: <https://www.verenso.nl/magazine-juni-2019/no-3-juni-2019/praktijk/elv-bijna-iedereen-krijgt-ermee-te-maken>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Besluit zorgverzekering*, Artikel 2.12.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Zorg- en verblijfsvormen kwetsbare ouderen*. Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2016/06/23/zorg--en-verblijfsvormen-kwetsbare-ouderen>

Nederlandse Zorgautoriteit. (2023). *Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG 23140b* (overheid.nl)

Nederlandse Zorgautoriteit. (2023). *Prestatie- en tariefbeschikking eerstelijnsverblijf - TB/REG-23612-03* (overheid.nl)

Patiëntenfederatie Nederland. (2017). *Samen Beslissen met de zorgverlener over welke zorg het beste past*. Beschikbaar op: <https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/rapporten/197-meldactie-samen-beslissen-met-de-zorgverlener/file>.

Snitjer, N. & Donselaar, A. (2017). *Is het ICF het nieuwe SAMPC?* Tijdschrift voor ouderengeneeskunde, nummer 3. Beschikbaar op: <https://www.verenso.nl/tijdschrift-voor-ouderengeneeskunde>

Remmerswaal, R., van de Camp, L., & Lapajian, I. (2016). *Afwegingsinstrument voor opname Eerstelijnsverblijf 2.0*. Beschikbaar op: www.rijksoverheid.nl

Van Kerkhof, A., Timmermans, S., Kornman, A., Nio Tan, M., & Oxsener, K. (2019). *Samenwerken bij tijdelijke opnames*. Tijdschrift voor ouderengeneeskunde. Beschikbaar op: <https://www.verenso.nl/magazine-juni-2019/no-3-juni-2019/praktijk/samenwerken-bij-tijdelijke-opnames>

Verenso. (2015). *Afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf*. Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/01/28/afwegingsinstrument-eerstelijns-verblijf>

Verenso, V&VN VS & NAPA. (2022). *Handreiking samenwerking en taakherschikking ouderenzorg*. Beschikbaar op: <https://www.verenso.nl/nieuws/archief/2022/handreiking-samenwerking-en-taakherschikking-ouderenzorg-vastgesteld>

Zorginstituut Nederland. (2016). *Het eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet*. Beschikbaar op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/standpunten/2016/03/29/het-eerstelijnsverblijf-binnen-de-zorgverzekeringswet/Het+eerstelijnsverblijf+binnen+de+Zorgverzekeringswet.pdf>

Zorginstituut Nederland. *Hoelang mag het eerstelijnsverblijf (ELV) duren?* Beschikbaar op: www.zorginstituutnederland.nl