

## Bijlage Verdieping Observatie en Diagnostiek

**Begin 2023 heeft VerenSo een kwaliteitsbeschrijving voor het eerstelijnsverblijf (ELV) opgeleverd. Hierin wordt benadrukt dat bij sommige patiënten bij aanvang van de behandeling onduidelijk is wat de oorzaak van hun klachten is. Dit bemoeilijkt het vaststellen van passende zorg en behandeling. Observatie is noodzakelijk om tot een diagnose te komen. In de bijgevoegde notitie wordt dit traject nader uitgewerkt, met als doel de NZa meer inzicht te verschaffen ten behoeve van vaststellen van nieuwe bekostiging.**

Definitie van observatie en diagnostiek zoals opgenomen in de kwaliteitsbeschrijving.

**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.

Uit: Kwaliteitsbeschrijving Eerstelijnsverblijf, 24 januari 2023 VerenSo

De verdieping van observatie en diagnostiek in deze notitie is gevormd door een vragenlijst voor te leggen aan 20 specialisten ouderengeneeskunde en een tweetal bijeenkomsten waar inhoudelijk met elkaar is gesproken over observatie en diagnostiek.

### Doel

Doel van observatie en diagnostiek is tweeledig:

1. Vaststellen oorzaken klachten (medische indicatie) van de patiënt;
2. Bepalen welke behandeling en zorg het meest passend is bij deze indicatie en patiënt, en in welke setting deze het beste gegeven kan worden.

### Kenmerken

Een aantal kenmerken zien we altijd terug tijdens een periode van observatie en diagnostiek die belangrijk zijn in de bekostiging:

- De regiebehandelaar is altijd een specialist ouderengeneeskunde;
- Een ervaren multidisciplinair team onder regie van de specialist ouderengeneeskunde met diepgaande kennis. Vooral kennis op het gebied van cognitieve stoornissen is essentieel;
- Patiënten vallen in twee groepen: die met overwegend cognitieve problemen of die met ernstige somatische problemen;
- De duur van de periode van observatie en diagnostiek varieert tussen 14 en 30 dagen;
- De specialist ouderengeneeskunde besteedt ongeveer 10 uur aan observatie en diagnostiek, waarvan 5 uur directe patiënttijd en 5 uur indirecte tijd;
- Observatie en diagnostiek kan op verschillende momenten van een behandeling worden ingezet (niet alleen bij de start).

### **Patiëntengroepen**

We onderscheiden twee groepen patiënten die baat hebben bij de observatie en diagnostiek prestatie. Bij beide groepen is sprake van complexe multidomeinproblematiek:

- a. Patiënten met cognitieve problemen waarbij niet is vast te stellen of dit door tijdelijk en/of permanente problemen wordt veroorzaakt.
- b. Patiënten met ernstig somatische problemen die niet langer zelfstandig thuis kunnen verblijven, waarbij in de voorfase geen of nauwelijks medische behandeling heeft plaatsgevonden. Dit wordt veroorzaakt door ggz-problematiek en/of verdenking op een verstandelijke beperking bij de zorgvrager.

In de afgelopen jaren is observatie en diagnostiek wisselend vormgegeven door zorginstellingen. Deze zorg werd experimenteel en tijdelijk gefinancierd binnen het ELV. Met het duiden van observatie en diagnostiek hopen we dat dit structureel kan worden opgenomen in de bekostiging.

### **Duur en Timing**

Bij kwantificering van observatie en diagnostiek gaat het uitsluitend om de tijdsbesteding aan observatie en diagnostiek. De verstrekte cijfers zijn niet representatief voor de volledige opnameperiode in kortdurende verblijven, die vaak langer is vanwege het herstelproces.

Voor de meeste patiënten die in aanmerking komen voor observatie en diagnostiek, begint dit traject bij aanvang, nadat een geriatrisch assessment is uitgevoerd. Bij sommige patiënten kan observatie en diagnostiek echter pas op een later moment plaatsvinden.

Bij de meerderheid van de patiënten (80%) kan binnen 14 dagen worden vastgesteld wat er met de patiënt aan de hand is en welk geschikt vervolgtraject (behandeling en locatie) passend is.

Bij 20% van de patiënten is er meer tijd nodig, wat kan worden toegeschreven aan het geleidelijk verminderen van delirium en/of het ontstaan van nieuwe somatische problemen tijdens de opname. De benodigde tijd bedraagt ongeveer 30 dagen, en bij sommige patiënten zelfs langer. Daarnaast kan de beschikbaarheid van andere zorgprofessionals, zoals een GZ- of klinisch psycholoog, een rol spelen. Als voorbeeld wordt het experiment genoemd waarbij de observatieperiode voor patiënten met een delier oploopt tot 6 weken.

Gedurende de observatieperiode besteedt de specialist ouderengeneeskunde ongeveer 10 uur aan de patiënt (tijdsduur gedurende de gehele observatie- en diagnostiekperiode). Hiervan is ongeveer 5 uur directe tijd en ongeveer 5 uur indirecte tijd.

Wanneer bij een Wlz crisis opname is van een dwangmaatregel neemt de indirecte tijd toe. Onder meer in verband met administratie rondom opstellen van een IBS or RM, afstemming profiel met CIZ, etcetera.

### **Multidisciplinair team en verblijf van de patiënt tijdens observatie en diagnostiek**

Het uitvoeren van observatie en diagnostiek is een gespecialiseerde multidisciplinaire taak, hierbij is de specialist ouderengeneeskunde de regiebehandelaar. Daarnaast vraagt deze zorg ervaring en specifieke kennis van behandelaren en stelt het eisen aan de locatie.

Noodzakelijke zorgprofessionals:

- Specialist Ouderengeneeskunde
- GZ-psychologen
- Verpleegkundigen
- Fysiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Diëtisten

- Logopedisten
- Maatschappelijk werk

Voor patiënten met cognitieve problemen is het noodzakelijk dat gespecialiseerde en ervaren zorgprofessionals de observatie uitvoeren. Deze zorgprofessionals moeten bezitten over specifieke kennis en ervaring van cognitieve zorgvragen.

Daarnaast zijn er voor observatie en diagnostiek ook aanvullende eisen die worden gesteld aan de locatie waar de patiënt verblijft. Dit is geen uitputtende lijst, maar specifieke onderdelen zijn o.a.:

- Geschikt voor vrijheidsbeperkende opnamen;
- Huiskamer/woon setting om patiënten in een 'natuurlijke' omgeving te kunnen observeren, en
- Beschikbare domotica en andere hulpmiddelen, bijvoorbeeld om dag/nachtritme na te bootsen.