

## **Vijf jaar Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde: gebruikers, geleverde zorg, kosten en ervaringen**

**Auteurs:** Brigit Ronde, Hana M. Broulikova, Judith E. Bosmans, Franka J.M. Meiland

### **Samenvatting**

Het toenemende aantal thuiswonende ouderen vraagt om een versterking van de eerstelijnszorg voor (kwetsbare) ouderen. In 2015 is daarom door het VU medisch centrum in Amsterdam de Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde (UPO) opgericht. Deze praktijk maakt de deskundigheid van de specialist ouderengeneeskunde (SO) beschikbaar in de eerstelijnszorg door een nauwe en laagdrempelige samenwerking tussen de SO en de huisartsenpraktijk. Het doel van dit onderzoek is een evaluatie van de UPO, om zo de waarde van deze zorginnovatie te kunnen bepalen en verbeterpunten te signaleren. Dit onderzoek bestaat uit een kwantitatief deel waarin de kenmerken van de 190 behandelde UPO-patiënten in kaart zijn gebracht. Daarnaast zijn de kosten van UPO-zorg en de verwachte, gebruikelijke zorg geschat. In het kwalitatieve deel zijn 22 interviews gedaan met de belangrijkste UPO-stakeholders. De resultaten van deze studie tonen dat 1) de UPO in een vraag van huisartsen lijkt te voorzien door ondersteuning bij de zorg voor kwetsbare ouderen met veelal cognitieve stoornissen, 2) deze zorg kosten lijkt te besparen en 3) deze zorg door de meeste betrokkenen wordt gewaardeerd. De huidige resultaten geven aanleiding deze zorginnovatie ook in andere regio's toe te passen en grootschaliger te evalueren.

---

## **Five years University Practice of Elderly Care: users, care provided, costs and experiences**

The increasing number of elderly people living at home demands a strengthening of primary care for (vulnerable) older adults. Therefore, in 2015 the VU University Medical Centre in Amsterdam founded the Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde (UPO) (University Practice for Elderly Care). This practice makes the expertise of the Elderly Care physician (SO) available in primary care through a close and easy accessible collaboration between the SO and the General Practitioner. The aim of this research is an evaluation of the UPO, in order to determine the added value of this care innovation and to identify areas for improvement. This research consists of a quantitative part in which the characteristics of the 190 treated UPO patients have been assessed. Also, costs have been estimated of UPO care compared to expected usual care. The qualitative part of this study consists of 22 interviews with the most important UPO stakeholders. The results of this study show that 1) the UPO seems to meet a demand from general practitioners to support them in the care of vulnerable elderly people with mostly cognitive disorders, 2) this care seems to save costs and 3) the UPO was appreciated by most of those involved. The current results call for applying this care innovation in other regions and to evaluate it on a larger scale.

---

**Kernwoorden:** evaluatie, kwetsbare ouderen, ouderenzorg, specialisme ouderengeneeskunde, thuiswonende ouderen

---

**Keywords:** Community-dwelling older people, Elderly care, Elderly-care team, Evaluation, Frail elderly

---

### **Introductie**

De ouderenpopulatie in Nederland zal de komende jaren toenemen. Niet alleen het aantal vitale ouderen neemt toe, maar ook het aantal ouderen met verhoogde kwetsbaarheid en complexe (multi)morbiditeit neemt toe.<sup>1</sup> Bij deze

(multi)problematiek zijn vaak meerdere zorgverleners en medisch specialisten betrokken, met risico op complicaties en afstemmingsproblemen. Zowel de zorgvraag als de zorgkosten zullen in de eerstelijns(ouderen)zorg de komende jaren toenemen. Naar verwachting verdubbelen de zorguitgaven in 2040 (ten opzichte van 2015) tot 174 miljard euro.<sup>2</sup> Het aandeel zorguitgaven voor 65-plussers stijgt van 44% in 2015 naar 59% in 2040. Daarnaast is de verwachting dat vanwege de vervanging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 2015 door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Wet Langdurige Zorg (WLZ),<sup>3</sup> er een groter beroep wordt gedaan op het eigen (zelf)zorgvermogen en het informele (zorg)netwerk. Dit betekent dat ouderen met complexe problematiek en functionele beperkingen langer thuis blijven wonen, de werkdruk binnen de eerste lijn toeneemt en een groter beroep wordt gedaan op mantelzorgers.

Deze ontwikkelingen maken een versterking van de eerstelijnszorg voor ouderen nodig. Daarom is op 1 september 2015 door de voormalige afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde (H&O) van het VU medisch centrum in Amsterdam de Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde (UPO) opgericht. Deze fungeert voor ouderen met complexe (multi)morbiditeit als eerstelijnszorg, waarmee door een nauwe en laagdrempelige samenwerking tussen de huisarts en de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) de deskundigheid van de SO in de huisartsenpraktijk (HA-praktijk) beschikbaar is. Deze deskundigheid betreft een grondige kennis en expertise van ouderen en hun benodigde zorg.

Hiermee streeft de UPO ernaar deze groep kwetsbare ouderen van kwalitatief hoogwaardige en (kosten)effectieve zorg te voorzien, en het gebruik van tweedelijnszorg en (ongewenste) verpleeghuisopnames voor deze groep te reduceren. Dit doet de UPO door, na verwijzing van de huisarts, diagnostiek en (mede)behandeling bij de patiënt in zijn eigen omgeving te bieden, of een kortdurende observatie-opname.

Uitgangspunten van de geboden zorg zijn de levensdoelen en kwaliteit van leven van de oudere. Dit onderzoek beoogt een kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie van de UPO te geven en daarmee te komen tot een inzicht in de doelpopulatie van de UPO, de waardering van deze zorginnovatie en verbeterpunten te signaleren.

Centrale vragen waren:

- Wat zijn de kenmerken van naar de UPO verwezen patiënten?
- Welke zorg is geleverd door de UPO?
- Welke zorg zou de huisarts hebben gegeven als er geen UPO zou zijn?
- Wat zijn de kosten van UPO-zorg en hoe verhouden die zich tot de verwachte, gebruikelijke zorg voor deze patiënten?
- Wat is de meerwaarde van de UPO volgens de betrokkenen (patiënt/familiesysteem, eerstelijnszorg, professionals van de UPO)? Wat is goed, wat kan beter?

## **Methoden**

### ***Onderzoeksdesign***

Het onderzoek bestond uit een kwantitatief en een kwalitatief deel. In het kwantitatieve onderzoek is dossieronderzoek verricht en zijn kosten van geleverde zorg geschat. Het kwalitatieve onderzoek bestond uit semigestructureerde interviews.

De Medisch Ethische Toetsingscommissie van Amsterdam UMC heeft het onderzoek beoordeeld als niet WMO-plichtig (nr. 2019.614). In het kader van bevordering van de zorgkwaliteit (Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg) heeft de SO van de UPO aan de onderzoekers (BR en FM) toestemming verleend voor data-extractie van gegevens uit het dossier van patiënten die bij verwijzing naar de UPO geen bezwaar hadden aangetekend voor opname in het databestand van het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde. De onderzoekers hebben een geheimhoudingsverklaring ondertekend.

### ***Participanten & setting***

Het kwantitatieve onderzoek vond plaats bij de 190 patiënten die door de UPO zijn gezien sinds de oprichting in september 2015 tot november 2019. Deze patiënten waren door huisartsen van twee huisartspraktijken in Amsterdam Buitenveldert naar de UPO verwezen: de Universitaire Huisartsenpraktijk (UHP) van VUmc (omvang 5000 patiënten) en vanaf 2017 ook van een tweede praktijk (omvang 8000 patiënten).

In het kwalitatieve onderzoek zijn de ervaringen van de betrokkenen in twaalf door de UPO behandelde casus onderzocht afkomstig uit beide HA-praktijken. De twaalf casus zijn geselecteerd onder degenen die in de periode april tot november 2019 bij de UPO in zorg waren. Er is gekozen voor recente casus om de kans op het goed ophalen van herinneringen te vergroten en vanwege een eerder pilot-onderzoek onder patiënten die vóór april 2019 werden behandeld.<sup>4</sup> De selectie van patiënten gebeurde op basis van een doelgerichte steekproeftrekking, waarbij gekeken is naar type consult (consult, medebehandeling, opname) en kenmerken (al dan niet samenwonen). Patiënten zijn op basis hiervan onderverdeeld in clusters en vervolgens naar rato uit deze clusters geselecteerd door middel van loting. Alleen patiënten die eerder aangaven dat ze geen bezwaar hadden tegen deelname aan wetenschappelijk onderzoek zijn geselecteerd. Mensen die vanwege de ernst van cognitieve of andere beperkingen niet konden deelnemen aan een interview werden uitgesloten van deelname omdat zij onvoldoende in staat werden geacht zich de UPO-interventies te herinneren. Per casus zijn gemiddeld 3,3 betrokkenen geïnterviewd. In totaal vonden 22 interviews plaats (zie tabel 1).

### **Dataverzameling**

Voor het kwantitatieve onderzoek zijn uit het patiëntendossier verzameld: kenmerken van patiënten en mantelzorg, reden van verwijzing door huisarts, de zorgvraag, door UPO geleverde zorg en door huisarts vermelde gebruikelijke zorg indien er geen UPO zou zijn. Als reden voor verwijzing kon de huisarts op het verwijsformulier uit zes categorieën kiezen: cognitie, stemmingsproblemen, lichamelijk, benodigde zorg, (verzoek) geriatrisch assessment, en overig (of een combinatie).

Voor het kwalitatieve onderzoek vonden semigestructureerde interviews plaats met vooraf opgestelde interviewschema's voor de verschillende sleutelfiguren (patiënt, mantelzorger, professional eerste lijn, professional UPO). De vragen gingen over een concrete casus (zoals over de informatievoorziening, verwachtingen over consult, beloop van consulten) en over algemene zaken (wat is positief aan de UPO en wat zijn suggesties voor verbeteringen?). In sommige interviews met professionals werden eigen ervaringen met meerdere casus uitgevraagd. De interviewschema's werden op hoofdlijnen gevolgd maar er werd ook ruimte gegeven aan verdieping van ingebrachte ervaringen van deelnemers.

**Tabel 1. Overzicht geïnterviewden per casus.**

	Patiënt/Familie	Patiënt/Familie	Eerstelijnszorg	Eerstelijnszorg	UPO	UPO	UPO	
Casus	Patiënt	Mantelzorger	Huisarts	POH O/S <sup>a</sup>	Specialist Ouderengeneeskunde	Verpleegkundig Specialist	AIOS <sup>b</sup>	Totaal
1	x	x				x		3
2	x	x			x			3
3	x	x	x			x		4
4		x (2x)				x	x	4
5		x	x		x	x		4
6	x					x	x	3
7		x	x	x	x	x		5
8		x	x	x		x		4
9		x	x		x			3
10		x						1
11		x		x		x	x	4
12		x		x			x	3

<sup>a</sup> Praktijkondersteuner huisartsen Ouderenzorg en/of Somatiek / <sup>b</sup> Arts in Opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde

### **Procedure**

Uit het UPO-patiëntendossier is de benodigde patiëntinformatie gehaald en in Excel verzameld. Bij onduidelijkheden is extra informatie opgevraagd bij de UPO-medewerkers. Om het aantal chronische aandoeningen per patiënt te bepalen, zijn de geregistreerde aandoeningen door twee SO's in categorieën van chronische aandoeningen ingedeeld volgens een onderzoekslijst van het RIVM.<sup>5</sup> Om de kosten van UPO-zorg en gebruikelijke zorg te schatten, is gebruik gemaakt van de in het dossier vermelde diagnostiek en zorginterventies bij alle behandelde patiënten en de door de huisarts op het verwijfsformulier vermelde gebruikelijke zorg voor deze patiënten indien er geen UPO zou zijn. De prijzen zijn gebaseerd op de eerder uitgevoerde business case.<sup>6</sup>

Voor het kwalitatieve deelonderzoek naar ervaringen met de UPO zijn patiënten en mantelzorgers telefonisch benaderd door de secretaresse van de UPO of de verpleegkundig specialist (VS), waarna een brief is toegestuurd over het onderzoek en een toestemmingsverklaring. De patiënt kon bij de UPO aangeven indien hij bezwaar had. Bij bereidheid tot deelname, werd een afspraak voor het interview gepland. Voorafgaand aan het interview ontving de onderzoeker de ondertekende toestemmingsverklaring. Voor mantelzorgers gold dezelfde procedure. Zorgverleners zijn door de onderzoeker telefonisch of per e-mail benaderd en gaven de getekende toestemmingsverklaring voorafgaand aan het interview.

De interviews met de patiënten en mantelzorgers vonden bij de patiënt thuis plaats en met de betrokken zorgverleners op hun werkplek. Enkele interviews met zorgverleners en mantelzorgers zijn vanwege COVID-19 maatregelen telefonisch afgenomen. De interviews met patiënten duurden 45-60 minuten, met mantelzorgers één tot twee uur en met zorgverleners 30-60 minuten. Enkele zorgverleners zijn meerdere keren geïnterviewd om verschillende casus te bespreken. Alle patiënten en mantelzorgers zijn één keer geïnterviewd. De interviews zijn uitgevoerd door de junior onderzoeker (BR; sociale wetenschapper) in de periode december 2019-juni 2020.

### **Data analyse**

De kwantitatieve data van de 190 casus zijn geanalyseerd in Excel en SPSS v.26 middels beschrijvende statistiek.

Voor de kostenschatting van de UPO-zorg is de duur van diagnostiek en zorginterventies (zoals huisbezoek, overleg en administratie) in twee categorieën ingedeeld: korte interventies (tot 15 minuten) of lange interventies (tot 45 minuten) en vervolgens zijn kosten van deze interventies berekend op basis van de uurtarieven van de SO of VS (kosten uit 2019 volgens salaristabellen).<sup>7</sup> Kosten van een observatieopname bij de UPO zijn berekend door de kostprijs van een opnamedag te vermenigvuldigen met het aantal ligdagen.<sup>7</sup> Kosten van gebruikelijke zorg door de huisarts zijn berekend op basis van verwijzing naar een medisch specialist, een (observatie)opname en zorg in de eerste lijn. Voor verwijzing naar een specialist is dezelfde methodiek gehanteerd als in de eerder verrichte maatschappelijke business case.<sup>6</sup> Er is uitgegaan van ongeveer twee derde verwijzingen naar de geriater en een derde naar de neuroloog. Bij de helft gaat het om diagnostiek en bij de andere helft om een polikliniekbezoek. Tevens was de aanname dat in alle gevallen aansluitend op het eerste contact nog een (vervolg)polikliniekbezoek volgt. Dit is een zeer conservatieve schatting van de kosten omdat er slechts twee bezoeken plaatsvinden en bijvoorbeeld een traject met dagbehandelingen ook denkbaar is. Voor een alternatieve (observatie) opname zijn de kosten berekend met de aanname dat 75% van de UPO-populatie opgenomen zou worden bij de geriatrie en 25% bij de neurologie en gevolgd door één polikliniek bezoek. Voor zorg in de eerste lijn is uitgegaan van vier intensieve visites door de huisarts en zes visites door de praktijkondersteuner gedurende één jaar. Alle kosten zijn geüpdatet voor 2019.<sup>7</sup> Voor patiënten waarbij de gebruikelijke zorg niet was vermeld door de huisarts zijn de gemiddelde kosten van zorg in de eerste lijn en verwijzing naar een medisch specialist genomen, waarbij is uitgegaan van de ratio hiertussen voor de gehele groep, dus 15% eerste lijn en 85% verwijzing.

Alle interviews werden opgenomen en verbatim uitgewerkt. De eerste drie interviews zijn inductief gecodeerd door twee onderzoekers (BR en FM) en besproken.<sup>8</sup> Er is toen een globaal coderingsschema gemaakt met mogelijkheid tot open coderen. De overige interviews zijn door BR geanalyseerd en besproken met FM. Indien nieuwe codes werden toegevoegd, werden eerder gecodeerde interviews nogmaals gecodeerd. Vervolgens zijn de interviews en codes ingevoerd in ATLAS.ti en

geanalyseerd door middel van het maken van samenvattingen per type respondent (UPO-medewerker, HA-praktijk medewerker, patiënt/mantelzorger) en codes en vervolgens door constante vergelijkingen van deze codes en tekstfragmenten. Hieruit zijn thema's afgeleid. De rapportage is gebaseerd op de COREQ-richtlijn.<sup>9</sup>

## Resultaten

### ***Kenmerken van patiënten die naar UPO zijn verwezen en redenen van verwijzing***

In totaal werden 207 patiënten naar de UPO verwezen, waarvan er 190 door de UPO zijn behandeld. Redenen waarom patiënten niet behandeld werden door de UPO zijn: verpleeghuisopname (n=4), ziekenhuisopname (n=7), overlijden van de patiënt (n=1), geen behoefte van de patiënt of diens naasten (n=5). Kenmerken van door de UPO behandelde patiënten zijn in Tabel 2 weergegeven.

**Tabel 2. Kenmerken UPO patiënten (n=190).**

<b>Kenmerken patiënt</b>	
Leeftijd (gem. SD, range)	81,87 (9,5) 41-98
Geslacht (n, %)	
- Man	63 (33)
- Vrouw	127 (67)
Samenwonend (n, %)	
- Ja	57 (30)
- Ja deel van de week	3 (2)
- Nee	130 (68)
Mantelzorger	
- Ja	139 (73)
- - Dochter/zoon	41
- - Partner	40
- - (Klein)kinderen	20
- - Partner en kinderen	7
- - Zus/broer	7
- - Nicht/neef	10
- - Buren	4
- - Andere combinaties	4
- - Overig	6
- Nee	51 (27)
Mantelzorger inwonend	
- Ja	52 (27)
- Ja gedeeltelijk	3 (2)
- Nee	135 (71)
Cognitieve stoornissen	
- Ja	105 (55)
- Nee	85 (45)

Chronische aandoeningen	
- Ja (n, %, M, SD)	190 (100) 6,3 (2,9)
- Nee (n, %)	0 (0)

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, vastgesteld in anamnestic onderzoek, kwamen bij ruim de helft voor. Deze varieerden van geheugenklachten (zonder beperkingen in het dagelijks functioneren), *mild cognitive impairment* (MCI), klachten na Cerebro Vasculair Accident (CVA) of alcoholmisbruik en (vermoeden van) dementie.

Bij verwijzing door de huisarts is op het verwijfsformulier globaal de zorgvraag aangekruist evenals de reden(en) van verwijzing, zie tabel 3.

**Tabel 3. Zorgvraag en reden(en) van verwijzing.**

Zorgvraag	n
- Consult en advies	64
- Consult, advies en medebehandeling (incl. opname)	117
- Opname	4
- Onbekend	5
Reden(en) van verwijzing	n
A Cognitie	58
B Stemningsproblemen	17
C Lichamelijk	44
D Benodigde zorg	44
E Geriatisch assessment	91
F Overig	15
1 reden genoemd	133
2 redenen genoemd	40
3 redenen genoemd	12
4 redenen genoemd	5

Het meest frequent verwees de huisarts naar de UPO voor "consult, advies en medebehandeling" (n=117). De meest genoemde reden van verwijzing was een geriatisch assessment (n=91). Combinaties van verwijfsredenen kwamen vaak voor (n=57), waarvan het meest frequent cognitie en lichamelijk (n=10) of lichamelijk en benodigde zorg (n=9).

Stemmingsproblemen werden nooit als enige verwijfsredenen genoemd.

**Diagnostische en zorginterventies UPO en alternatief traject als er geen UPO zou zijn**

De diagnostische en zorginterventies van de UPO bestonden uit interventies kort (minder dan 15 minuten, waaronder lab-aanvragen, telefoongesprekken, e-mails: SO n= 452; VS n=57), interventies lang (tot 45 minuten, waaronder brief huisarts en verwerking in dossier, noodopname regelen, bezoek SO op opnameafdeling: SO n=45; VS n=9), huisbezoek SO of Assistent in opleiding tot specialist Ouderengeneeskunde (AIOS) (n=294), huisbezoek VS (n=63), huisbezoek SO en VS (n=8), multidisciplinair overleg (MDO) (n=133), verwijzingen (totaal 47; meesten naar diëtist n=10, ergotherapeut n=9, casemanagement n=9, thuiszorg n=6, of specialist n=6) en opnames (totaal 31; verpleeghuis n=10, UPO n=12, ZH n=9). De huisarts zou de volgende interventies ondernemen als er geen UPO zou zijn: verwijzing naar een specialist n=150), behandeling in eerste lijn (geen verwijzing naar de tweede lijn) (n=26), onbekend (n=11) of opname (n=3).

### **Kostenschattingen**

De geschatte kosten voor diagnostische en/of zorginterventies door de UPO (zie de hiervoor genoemde interventies) bedroegen 776 euro per patiënt. De zorg die de huisarts als alternatief voor de UPO-zorgverlening had genoemd, zoals behandeling in de eerste lijn, verwijzing naar medisch specialist, of een opname zijn geschat op 1731 euro per patiënt.

### **Ervaringen van geïnterviewde betrokken UPO-casus**

De thema's die naar voren kwamen in de interviews hadden betrekking op de diagnostiek en zorg, het proces en de logistiek, en de samenwerking en communicatie.

In tabel 4 is een overzicht gegeven van deze thema's en de positieve (+) en negatieve (-) ervaringen met de UPO volgens de verschillende betrokkenen (patiënt, mantelzorg, professionals).

**Tabel 4. Ervaringen van diverse betrokkenen met de UPO.**

<b>Diagnostiek en zorg</b>	<b>Patiënt/Naasten</b>	<b>Eerste lijn: HA<sup>a</sup> / POH O/S<sup>b</sup></b>	<b>UPO: SO<sup>c</sup> / AIOS<sup>d</sup> / VS<sup>e</sup></b>
• <b>Huisbezoek</b>	+ Thuis prettig	+ UPO krijgt thuis beter inzicht in patiënt	+ UPO krijgt in thuissituatie aanvullende informatie
	+ Ondersteuning	+ Minder bedreigend voor zorgmijders dan tweede lijn	+ Veilige omgeving voor patiënt en laagdrempelige manier van testen
	+ (geheugen) Test gebeurt grondig	+ UPO kan zowel lichamelijk als cognitief testen	+ Team SO-VS werkt efficiënt
	- Huisbezoek is belastend		
• <b>Verwijzing</b>	- Reden verwijzing UPO is onduidelijk	+ Voorkomt verwijzing naar tweede lijn	+ Vroege inschakeling voorkomt acute problematiek
		- Criteria verwijzing UPO onduidelijk	
• <b>Opname UPO</b>	- Geen privacy	+ Unieke manier om ziekenhuisopname te vermijden	+ Mogelijkheid om totaalbeeld van ziektebeeld van patiënt te krijgen
	- Ongezellige sfeer	- Onduidelijk wat opname inhoudt	+ Mogelijkheid om te kijken of verpleeghuisopname nodig is
		- Opname niet mogelijk op gewenste moment	
• <b>Expertise</b>	+ Maatschappelijke veranderingen vragen om UPO expertise	+ Ontlastend voor HA-praktijk <sup>f</sup> door proactieve houding en grondigheid UPO	+ Goede vervolging van patiënten d.m.v. medebehandeling
	+ Ruggensteun voor HA-praktijk	+ UPO deskundigheid in de eerste lijn beschikbaar	+ Combinatie medisch en sociaal

	+ Gevoel van opluchting vanwege specialistische ondersteuning		+ Maatschappelijke veranderingen vragen om UPO expertise in eerste lijn
<b>Proces/logistiek</b>			
<b>• Timing</b>	+ Huisbezoeken vinden snel plaats	+ UPO heeft minder wachttijd dan de tweede lijn	+ Vaak kan UPO kort na verwijzing al op bezoek
	- Terugkoppeling duurt soms lang	- Het duurt soms lang voordat huisbezoek en terugkoppeling plaatsvinden	- Het volledige proces vanaf verwijzing tot terugkoppeling duurt lang
	- Meer follow-up is gewenst		
<b>• Continuïteit</b>	+ Bemiddelende rol tussen zorginstanties	+ Coördinerende rol tussen diverse betrokkenen	+ UPO kan continuïteit bieden en coördinerende rol vervullen wanneer HA-praktijk dit niet kan
	- Binnen de gehele zorg is er een gebrek aan continuïteit		
<b>Samenwerking/communicatie</b>			
<b>• Samenwerking</b>	+ Team SO & VS werkt goed	+ UPO laagdrempelig bereikbaar	+ HA-praktijk en UPO vertrouwen elkaar, waardoor HA-praktijk durft te verwijzen en patiënt durft los te laten
	- Samenwerking tussen zorginstanties (waaronder UPO en HA-praktijk) is gebrekkig	- Samenwerking tussen UPO en POH is dun	
<b>• Bejegening</b>	+ Gevoel 'serieus genomen worden'		+ VS inlevend: patiënten durven zich open te stellen
	+ Empathie van VS		+ Zorg op maat
	+ Focus op patiënt		
	- Mantelzorger voelt zich vergeten		
	- Te zakelijk/kritisch		
	- Te weinig sensitief wanneer patiënt geen ziekte-inzicht heeft		
<b>• Afstemming</b>	+ Afstemming tussen HA-praktijk en UPO over patiënt vaak goed	+ Korte lijnen en laagdrempelig contact, met name t.o.v. tweedelijnszorg	+ Korte lijnen
	- Onduidelijk voor patiënt/familie wat UPO inhoudt	+ MDO <sup>g</sup> nuttig voor afstemming en vanwege interdisciplinair sparren	+ MDO nuttig voor afstemming
	- Afstemming en terugkoppeling tussen zorgverleners en patiënt/familie gebrekkig	+ UPO voelt door MDO als onderdeel van team	+ Toegang tot HIS <sup>h</sup> geeft UPO meer info over patiënt en maakt vervolgen van patiënt makkelijker



	- Onduidelijk wie de regie heeft	- Gebrek aan afstemming / verslaglegging / terugkoppeling tijdens en na UPO-betrokkenheid	- Onduidelijk wat HA-praktijk fijne manier van afstemmen / verslaglegging vindt
	- Niet altijd duidelijk voor patiënt dat UPO-betrokkenheid in medisch dossier wordt vermeld	- MDO is op vaste dag waarop niet iedereen werkt	- Dubbel werk/veel administratie doordat UPO in meerdere systemen werkt
		- Onduidelijk wie regie heeft	- Doordat UPO geen (vaste) werkplek heeft, zijn ze minder zichtbaar voor HA-praktijk
		- Onduidelijk wanneer UPO bereikbaar is	

<sup>a</sup> Huisarts / <sup>b</sup> Praktijkondersteuner Huisartsen Ouderenzorg en/of Somatiek / <sup>c</sup> Specialist Ouderengeneeskunde / <sup>d</sup> Arts in Opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde / <sup>e</sup> Verpleegkundig Specialist / <sup>f</sup> Huisartsenpraktijk / <sup>g</sup> Multidisciplinair overleg / <sup>h</sup> Huisarts Informatie Systeem

Op één patiënt na, waardeerden alle geïnterviewden de UPO positief en waren zij tevreden over de geleverde zorg. Zo ervoeren allen, op de eerder genoemde patiënt na, het huisbezoek door de UPO als prettig en noemde een UPO-medewerker als meerwaarde:

‘Ik denk dat als je naar een polikliniek gaat [...] dat bedreigender is en minder veilig dan wanneer iemand bij je thuis komt en de tijd neemt en uitlegt wat er aan de hand is en dat je man en dochter erbij zijn [...] Soms kan ik ze ook niet testen hoor, maar dan toch op basis van hoe een gesprek verloopt, hoe ze zich gedragen of tussen neus en lippen door. Je kan toch wel wat uit mensen krijgen’ (UPO-medewerker, I18).

Daarnaast vinden zorgverleners het positief dat de UPO-verwijzingen naar de tweede lijn kan voorkomen:

‘Die anderhalve lijn is wel ideaal denk ik. Dat je niet meteen naar de tweede lijn hoeft, waar mensen helemaal geen kennis hebben van die persoon [...] Maar als de huisarts het allemaal zelf zou moeten doen, dat is niet reëel. [...] dat je patiënten dan in het ziekenhuis zijn en dan doen ze maar van alles, en ze rapporteren het niet terug. [...] En dan zie je dus dat dingen ook gigantisch mis kunnen lopen. En dan denk ik dat zo’n UPO heel dichtbij is. En ik denk dat er wat dat betreft minder snel fouten gemaakt zullen worden’ (Praktijkondersteuner, I13).

De mogelijkheid tot observatie opname op een UPO-bed wordt beschouwd als een nuttige manier om een patiënt enkele dagen te monitoren zonder een (duurdere) ziekenhuisopname:

‘Wat ik heel mooi vind, is dat er [UPO-BR] transferbedden zijn. Dat vind ik echt [...] een meerwaarde hebben. Want dat heb je natuurlijk nooit als huisarts, de mogelijkheid om iemand te observeren.’ (Praktijkondersteuner, I13).

Zorgverleners en patiënten vinden het vanwege de maatschappelijke veranderingen positief dat de UPO-expertise in de eerste lijn beschikbaar is. Patiënten en familie voelen zich gesteund en opgelucht dat de patiënt grondig onderzocht wordt door een SO en passende zorg krijgt. Daarnaast zorgt de UPO-expertise en de mogelijkheid tot multidisciplinair overleg ervoor dat de huisarts ontlast en gesteund wordt:

‘Ja en dan heeft iemand die erbuiten staat en een andere expertise heeft, toch vaak nog wel aanvulling, dat je denkt: “oké dat hadden we nog niet bedacht’ (Praktijkondersteuner, I14).

‘Dat vind ik het allerprettigste. Dat je echt het gevoel hebt van iemand denkt mee bij deze ingewikkelde casus’

(Huisarts, I22).

De geïnterviewden kaartten ook diverse verbeterpunten aan. De eerste betreft de afstemming en communicatie. Huisartsen en praktijkondersteuners willen meer duidelijkheid over wanneer zij een patiënt naar de UPO kunnen verwijzen en hoe specifiek hun verwijsvraag moet zijn. Daarnaast willen zij meer duidelijkheid over wat de opties 'medebehandeling' en 'opname' inhouden, en welke patiënten hiervoor in aanmerking komen. Ook benoemen UPO-medewerkers, huisartsen en praktijkondersteuners dat de terugkoppeling en afstemming beter kan door bijvoorbeeld af te spreken wie wanneer welke taken op zich neemt:

'Dat je dus goed weet wie wat gaat doen en wanneer jij dan weer de patiënt gaat zien. En een seintje teruggeven van "nu moeten jullie het weer overnemen". Ik denk dat dat soms een beetje in het midden blijft ofzo. Zij gaan wat doen en wij gaan wat doen. Mogelijk wordt daar dubbel werk gedaan' (Huisarts, I22).

Patiënten en mantelzorgers gaven veelvuldig aan meer informatie te wensen over wat de UPO is, waarom ze op huisbezoek komen en wat de UPO voor hen kan betekenen. Daarmee worden verkeerde verwachtingen voorkomen. Voor patiënten en naasten voelt de gehele gezondheidszorg soms als 'het doolhof van zorg in Nederland' (Mantelzorger, I7) met gebrek aan continuïteit en onderlinge samenwerking. De UPO is volgens een mantelzorger echter wel een eerste aanzet tot hulp geweest:

'Je moet je voorstellen dat als je in één keer in de wereld komt van ouderenzorg, dan ben je gewoon een leek. Je weet niet waar je moet zijn, je weet niet welke hulplijnen je in kan schakelen. Nou uiteindelijk zijn we inderdaad door de dokter in contact gekomen met de UPO en daar zijn wel gewoon de eerste stappen gezet' (Mantelzorger, I6).

Een andere mantelzorger vertelt dat het voor hem, net als voor de HA-praktijk, onduidelijk was wie de regie had. Hier had hij wel sterk behoefte aan:

'Het zou fijn zijn als de samenwerking tussen de partijen waar je bij betrokken raakt en die je nodig hebt, dat dat wat soepeler in elkaar overloopt. In het kader van ketendenken of een ecosysteem, dan moet er wel één regisseur zijn. En of dat de UPO is of een ander, maar er moet iemand zijn die het geheel overziet en die het proces van begin tot eind begeleidt' (Mantelzorger, I6).

Naast ervaren het als prettig dat UPO-medewerkers op een humane en empathisch manier met de patiënt omgaan en dat er geprobeerd wordt te communiceren met de patiënt. Er wordt ook geadviseerd om een UPO-bezoek minder formeel te maken:

'Het is een hele delegatie, hij [SO-BR] was niet alleen [...] dan zijn het twee artsen en oudere mensen hebben doorgaans nog meer respect voor hoogwaardigheidsbekleders zoals artsen dan anderen. [...] Misschien helpt het om het allemaal wat minder formeel te maken. [...] er is wat voor te zeggen om het in de week te leggen en in eerste instantie een keertje kennis te maken. En ik snap, het kost natuurlijk tijd en energie, maar uiteindelijk wil je dat het effect zo hoog mogelijk is' (Mantelzorger, I6)

Mantelzorgers zouden ook graag een gesprek alleen met de UPO-medewerker hebben waarin zij aanvullende informatie over de patiënt kunnen geven. Ook wensen zij een handreiking zoals een folder met extra toelichting voor de mantelzorger:

'Het is voor ons ook een soort leerproces. [...] En ik merk gewoon dat je als mantelzorger redelijk eenzaam bent. [...] Je krijgt een gigantische verantwoordelijkheid. [...] En dat mis ik een beetje. [...] een leidraad of handboek van "dit kan je verwachten". [...] [De zorg] gaat er makkelijk vanuit dat een mantelzorger evenveel weet hoe alles werkt hè. En dat is het stukje beroepsblindheid' (Mantelzorger, I16).

### **Door geïnterviewde betrokkenen genoemde suggesties voor verbeteringen**

Er werden suggesties gedaan op microniveau (patiënt/mantelzorger, de UPO) en op mesoniveau (samenwerking huisarts en UPO). Op microniveau waren dit:

- Betrek de mantelzorger meer: de mantelzorger kan waardevolle informatie hebben en wil zich gehoord voelen. Dit kan bijdragen aan verminderde belasting van de mantelzorger (mantelzorger, patiënt).
- Maak huisbezoeken minder formeel en neem de tijd om iemand eerst te leren kennen, zodat patiënten zich nog meer op hun gemak voelen (mantelzorger).
- Behoud het team van SO en VS (huisarts, praktijkondersteuner, mantelzorger, patiënt).

Op mesoniveau waren aanbevelingen:

- Meer momenten van overleg tussen de UPO en HA-praktijk om zo de afstemming te bevorderen. Wellicht na de UPO-intake bespreken van aandachtspunten en taakverdeling en na beëindiging van de UPO-betrokkenheid een duidelijke terugkoppeling (huisarts, praktijkondersteuner, UPO-medewerker).
- Voer evaluatiemomenten in over de samenwerking tussen de UPO en de HA-praktijk (huisarts).
- Bewerkstellig een doorontwikkeling van de UPO door uitbreiding met meer UPO-medewerkers en samenwerking met meerdere HA-praktijken. Zorg daarbij voor uniforme afspraken over de werkwijze van de UPO en de communicatie tussen de UPO en de HA-praktijk (huisarts, UPO-medewerker).
- Maak voor de huisarts en patiënt/mantelzorger duidelijk wat de werkwijze is van de UPO en wat er van de UPO verwacht kan worden. Bijvoorbeeld over wanneer de huisarts kan verwijzen en wie de regie heeft tijdens het proces (huisarts, mantelzorger, patiënt).
- Maak een *'mission statement'* en concretiseer de rol van de UPO binnen de zorgketen: is de UPO een verlengstuk van de huisarts met uitgebreidere expertise? Is het een schakel in de zorgketen of een regisseur van deze zorgketen? (mantelzorger).

## Discussie en conclusie

In dit artikel werd een kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie besproken van een vijf jaar geleden opgezette zorginnovatie: de Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde. Sinds de start van de UPO zijn 190 patiënten daadwerkelijk gezien. Bij ruim de helft van de behandelde patiënten kwamen cognitieve stoornissen voor en de meest frequente reden van verwijzing was een geriatrisch assessment. De geleverde UPO-zorg bestond voornamelijk uit huisbezoeken, en als er geen UPO was geweest dan had de huisarts in de meeste gevallen verwezen naar de tweede lijn. De voorlopige kostenanalyse toont aan dat UPO een potentieel kostenbesparende interventie is. De redenen hiervoor zijn minder verwijzingen naar ziekenhuisspecialisten en mogelijk uitgestelde opname in een verpleeghuis doordat er laagdrempelig en vóórdat er sprake was van een crisissituatie kon worden verwezen naar de UPO en er mogelijkheden waren voor observatieopnames.

De ervaringen van de bij de UPO betrokkenen waren overwegend positief, zoals de expertise en grondige werkwijze van het UPO-team, de samenwerking, de mogelijkheid van huisbezoeken en de ontlasting van de huisarts. De genoemde verbeterpunten hadden vooral betrekking op communicatie en afstemming tussen UPO en de HA-praktijk. Er bleek onder meer dat HA-praktijkmedewerkers behoefte hebben aan meer duidelijkheid over verwijscriteria en meer concretere richtlijnen. Daarnaast hebben geïnterviewden verschillende verbeter suggesties gedaan, waaronder het advies om de mantelzorger meer te betrekken.

Uit eerdere kwalitatieve studies<sup>10,11</sup> 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. De UPO is een voorbeeld van een dergelijke samenwerking. In lijn met de studie van Bertholet, Barnhoorn en Kodde<sup>12</sup> is de grondigheid en de specialistische expertise van de SO en de VS van toegevoegde waarde in de eerstelijnszorg. Schols 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.<sup>13</sup> In lijn hiermee geldt dat de UPO inzet op zorg op maat voor zowel patiënten, als HA-praktijk: de huisarts en praktijkondersteuner beslissen zelf, op basis van hun behoefte, wanneer en waarvoor zij de UPO inschakelen en of dit enkel in de vorm van een consult en/of als medebehandelaar, en/of in de vorm van een opname is. Volgens UPO-

medewerkers zal de UPO nooit hoofdbehandelaar zijn, maar de juiste zorg bieden door middel van een proactieve samenwerking met de HA-praktijk. Zoals Falck et al.<sup>14</sup> adviseren, biedt de UPO de mogelijkheid tot laagdrempelig verwijzen, zonder specifieke en concrete hulpvraag en voordat er acute problemen zijn. Op deze manier kan de UPO preventief te werk gaan en mogelijk tweedelijns verwijzingen en ziekenhuisopnames voorkomen. Overigens resulteerde het laagdrempelig verwijzen naar de UPO wel in een dilemma: enerzijds is het voor laagdrempelig verwijzen prettig als er op voorhand geen criteria zijn en er zo veel mogelijk zorg op maat kan worden geboden, anderzijds is wellicht toch meer algemene uitleg nodig over de werkwijze van de UPO.

Ons onderzoek kende verschillende beperkingen. Ten eerste betrof het een retrospectief dossieronderzoek en is de kwaliteit van de rapportage van door de UPO geleverde zorginterventies niet door ons te toetsen. Ten tweede was er geen controlegroep met patiënten die de gebruikelijke zorg ontvingen waardoor preventie van opnamen of verwijzingen naar de tweede lijn niet gekwantificeerd kan worden en we alleen een verschil in tentatieve kosten hebben kunnen schatten op basis van de door de huisarts verwachte gebruikelijke zorg. Hierbij hebben we diverse aannames moeten doen over de (kosten voor) alternatieve zorg. Eventuele aanvullende meerwaarde van de UPO door bijvoorbeeld uitstel van verpleeghuisopname met drie maanden, die in de eerder uitgevoerde maatschappelijke businesscase geschat was op 15.617,64 euro ten voordele van de UPO, hebben wij in dit onderzoek niet meegenomen, net als eventuele andere besparingen zoals op medicatie.<sup>6</sup> Onze geschatte kostenbesparing is dan ook conservatief. Uit de diepte-interviews blijkt wel dat de HA-praktijkmedewerkers denken minder snel te verwijzen naar de tweede lijn. Een andere beperking is dat er vanwege drukte van de huisartsen door onder meer COVID-19 slechts twee interviews met huisartsen zijn gedaan. Dit is geprobeerd te ondervangen door interviews met praktijkondersteuners. Een andere beperking was dat sommige respondenten (met name patiënten en mantelzorgers) moeite hadden om zich details van de geleverde zorg te herinneren en niet altijd duidelijk was in hoeverre cognitieve problematiek van enkele patiënten van invloed was op wat de patiënt antwoordde. We hebben ons in twaalf casus verdiept en aan het einde leverde dit een saturatie in bevindingen op. Dit gold minder voor huisartsen, waarvan we er maar twee hebben kunnen interviewen (over vijf casus) vanwege de drukte in verband met Covid-19. Bij twee casus hebben we de praktijkondersteuners nog kunnen interviewen.

Ten slotte kan de externe validiteit van het onderzoek betwijfeld worden. De UPO heeft een universitair karakter met korte lijnen naar de universitaire praktijk huisartsgeneeskunde. Dit universitaire karakter blijkt uit mogelijkheden tot opleiding van SO en VS en een database die wetenschappelijk onderzoek mogelijk maakt. Voor de UPO is uniek dat 1) er de mogelijkheid is van medebehandeling (naast de klassieke consultatie en advisering), 2) de SO direct in het Huisartseninformatiesysteem kan werken, en 3) observatieopname op de Transferafdeling van VUmc mogelijk is. Van dit laatste werd niet veel gebruik gemaakt, wellicht vanwege de strikte criteria voor de opname, maar betrokkenen waardeerden deze mogelijkheid zeker. Ondanks het unieke karakter van de UPO, kunnen aanbevelingen in dit onderzoek ook van toepassing zijn op andere initiatieven rond samenwerking tussen de ouderenzorg en eerste lijn.

Concluderend kunnen we stellen dat de UPO in een vraag van huisartsen lijkt te voorzien om hen te ondersteunen bij de zorg voor kwetsbare ouderen met veelal cognitieve stoornissen en dat deze zorg kosten lijkt te besparen en door de meeste betrokkenen wordt gewaardeerd. De communicatie en afstemming met huisartsen lijken voor verbetering vatbaar. Voor de praktijk is het wellicht goed een folder te maken voor meerdere doelgroepen (HA-praktijk, patiënt/mantelzorger) met een 'mission statement' en uitleg over de werkwijze. Tevens worden uitbreiding van de UPO en meer samenwerking met andere HA-praktijken aanbevolen. Ten slotte is aan te raden onderzoek te doen naar alternatieve vormen van samenwerking tussen de eerste lijn en de ouderenzorg en specifiek voor de UPO naar de kosteneffectiviteit van de UPO in vergelijking met reguliere zorg in een prospectief en gecontroleerd vervolgonderzoek.

#### **Dankbetuiging**

De auteurs danken de UPO-medewerkers voor hun hulp bij de dataverzameling en allen die geïnterviewd zijn voor hun medewerking.

---

#### **Auteurs**

**Brigit Ronde**

Amsterdam UMC, Locatie VUmc, Afdeling Ouderengeneeskunde, Amsterdam

Amsterdam UMC, Locatie VUmc, Afdeling Ouderengeneeskunde, Amsterdam

**Hana M. Broulikova**

Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Bètawetenschappen, Afdeling Gezondheidswetenschappen Amsterdam

Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Bètawetenschappen, Afdeling Gezondheidswetenschappen Amsterdam

**Judith E. Bosmans**

Afdeling Gezondheidswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam Public Health research institute

Afdeling Gezondheidswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam Public Health research institute

**Franka J.M. Meiland**

Amsterdam UMC, Locatie VUmc, Afdeling Ouderengeneeskunde/ Gerion, Amsterdam

Amsterdam UMC, Locatie VUmc, Afdeling Ouderengeneeskunde/ Gerion, Amsterdam

e-mail: fj.meiland@amsterdamumc.nl

---

**Literatuurlijst**

1. VTV-2018. Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag. Den Haag: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018. <https://www.vtv2018.nl/kwetsbare-ouderen>. [Geraadpleegd op 31-8-2020].
2. VTV-2018. Zorguitgaven: Hoe ontwikkelen zich de zorguitgaven in de toekomst? Den Haag: Rijksinstituut voor Volksgezond en Milieu, 2018. <https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>. [Geraadpleegd op 31-8-2020].
3. Centraal Bureau van de Statistiek. De Nederlandse Economie: Ontwikkeling en financiering van de zorglasten sinds 2006. Den Haag: Centraal Bureau van de Statistiek, 2015. <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2015/51/ontwikkeling-en-financiering-van-de-zorglasten-sinds-2006>. [Geraadpleegd op 31-8-2020].
4. Buining, F. Passende zorg voor ouderen bij de UPO, ervaringen van patiënten, mantelzorgers en verwijzers. Bachelorthesis Gezondheidswetenschappen Vrije Universiteit Amsterdam; 2019.
5. Volksgezondheidzorg.info. Nivel Zorgregistraties eerste lijn: chronische aandoeningen en multimorbiditeit Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2016. <https://www.volksgezondheidzorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#bron-node-nivel-zorgregistraties-eerste-lijn-chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit>. [Geraadpleegd op 31-8-2020].
6. Keet-van der Heiden A, Pool M, Bastiaans F, Hertogh C. Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde: Maatschappelijke Businesscase. Vrije Universiteit Medisch Centrum Amsterdam en Verenso Utrecht; 2016.
7. Van Roijen L, van der Linden N, Bouwmans C, Kanters T, Tan S. Dutch costing manual: methodology for costing studies and reference prices for economic evaluations in health care. IMTA, Erasmus Universiteit Rotterdam; 2016.
8. Charmaz, K. Constructing grounded theory (2nd ed.). London: Sage; 2014.
9. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-357.
10. Konings, J. Samenwerking specialist ouderengeneeskunde en huisarts: nog geen gemeengoed, maar wel groeiende. Tijdschr Ouderengeneeskd. 2010;6:218.
11. KNMG. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: KNMG; 2010. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/medische-ouderenzorg.htm>. [Geraadpleegd op 11-9-2020].
12. 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.
13. Schols, J. Samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en huisarts. Essentieel om een duurzame proactieve ouderenzorg te realiseren. Tijdschr Ouderengeneeskd. 2017;5.

14. Falck R, Helms D, Hoogenboom M, Achterberg W. Samenwerking tussen huisartsen en het Mobiel Geriatisch Team Houten: zorg voor kwetsbare ouderen thuis. Tijdschr Ouderengeneeskd. 2010;6:244-249.