



Vilans

Laego



GEZONDHEIDSCENTRUM
HOENSBROEK NOORD

v&vn

Beroepsvereniging van zorgprofessionals

100

uw welzijns-
en zorgnetwerk



adiantar

kaartlezen in de zorg

Handreiking voor professionals &
multidisciplinaire teams in de eerste lijn



Kwetsbare ouderen

Onze dank voor hun positieve reactie op de handreiking en waardevolle aanvullingen gaat uit naar:

- Adrie Schimmel Regioadviseur Oude IJssel Caransscoop
- Ester Bertholet, specialist ouderengeneeskunde, Praktijk Ouderengeneeskunde Velp
- Hester ten Dam, kaderhuisarts ouderengeneeskunde Utrecht en medeprojectcoördinator Om U
- Job den Boer, huisarts n.p., senior wetenschappelijk medewerker, Nederlands Huisartsen Genootschap
- Rob van der Sande, Lector Eerstelijnszorg, HAN University of Applied Sciences | Faculty of Health and Social Studies Nijmegen
- Marijke Boorsma, huisarts n.p. en specialist ouderengeneeskunde VU medical center, EMGO institute, Amsterdam
- Nikola Metzger, Projectmedewerker, Meditta Holding BV, Sittard
- Pien van Langen, directeur 1ste Lijn Amsterdam (ROS)
- Raymond Koopmans, Specialist Ouderengeneeskunde en Hoogleraar Ouderengeneeskunde, in het bijzonder de langdurige zorg, Afdeling Eerstelijns geneeskunde, UMC Radboud
- Shanti van Maurik-Brandon, kaderhuisarts ouderengeneeskunde
- Sytse Zuidema, specialist ouderengeneeskunde, Hoofd Sectie Ouderengeneeskunde, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen
- Tony Poot, huisarts n.p., Projectleider MOVIT, Afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
- Willemijn de Graaf, kaderhuisarts ouderengeneeskunde, huisartsenpraktijk Berg en Dal
- Corine van Maar, expert kwetsbare ouderen en dementie, Vilans

Aanbevolen door

- Vilans
- LAEGO
- V&VN afdeling praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners
- ROS netwerk
- Gezondheidscentrum Hoensbroek Noord
- Adiantar



Voorwoord

De ouderenzorg is volop in beweging. Op veel plaatsen in Nederland proberen mensen deze zorg beter te organiseren. Er zijn veel lokale initiatieven, maar ook grootschalige projecten, zoals het Nationaal Programma Ouderenzorg. Veel is nog in ontwikkeling. Voor mensen uit de praktijk die willen starten met het verbeteren van de ouderenzorg is veel en divers materiaal voorhanden. Deze handreiking is voor hen bedoeld; als handzaam start-document.

Net zoals de ontwikkelingen in de ouderenzorg niet klaar zijn, is deze handreiking niet af. Er zullen altijd nieuwe ontwikkelingen zijn die relevant zijn om in een volgende versie op te nemen. En komen er de komende jaren steeds meer wetenschappelijke resultaten uit het NPO beschikbaar. We verwachten in de toekomst ook meer te kunnen zeggen over de rol van welzijn en de samenwerking met gemeenten.

Deze handreiking is tot stand gekomen op initiatief van verschillende personen en partijen uit de extramurale ouderenzorg. En wordt van harte aanbevolen door een aantal experts.

We staan open voor alle reacties. Heb je correcties, suggesties en aanvullingen? Mail ze naar A.W.Wind@lumc.nl

Onder redactie van

Annet Wind

Hans Vlek

Eveline Nieuwland

Martijn van Nunen

Kees Vermaat

Joke Koers

Ruth Pel-Littel

14 maart 2014



Handreiking voor **professionals & multidisciplinaire teams** in de eerste lijn

Deze handreiking is voor eerstelijns zorgverleners die solo werken en voor multidisciplinaire teams die de zorg voor kwetsbare ouderen praktijkgericht en multidisciplinair willen organiseren. In deze handreiking zie je de stappen op een rij die belangrijk zijn in dat proces.

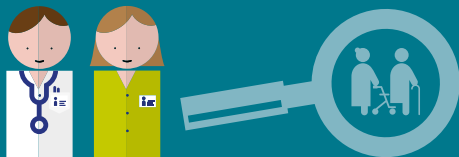
Stap voor stap op weg naar goede zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn



DEEL 1 Signalering & diagnostiek

→ STAP 1

Casefinding: wie zijn de kwetsbare ouderen in jouw regio?
(huisarts - praktijkverpleegkundige*)
Stel vast hoeveel kwetsbare ouderen er in jouw gebied zijn m.b.v. casefinding, selectieve screening of een populatiebenadering



→ STAP 2

Voer het assesment uit (praktijkverpleegkundige)

Meet stapsgewijs de mate van kwetsbaarheid:

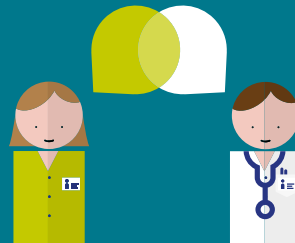
1. Begin met een korte vragenlijst voor eerste beoordeling
Scoren mensen boven een bepaalde grenswaarde?
2. Neem een breed assessment af bij grote kans op kwetsbaarheid
Belangrijk is dat in het assessment niet alleen naar problemen gekeken wordt, maar ook naar prioriteiten en doelen m.b.t. kwaliteit van leven van de oudere.



→ STAP 3

Bespreek het na (praktijkverpleegkundige - huisarts)

- Analyseer alle verzamelde gegevens en de diagnosestelling. Dit is cruciaal en maakt deel uit van het proces van de analyse van de kwetsbaarheid. Let op: het gaat hierbij niet alleen om medische aspecten, maar ook om functionele, psychische en maatschappelijke aspecten in de context van de leef- en denkwereld van de oudere.
- Bespreek de bevindingen eerst in het kernteam: de huisarts en de praktijkverpleegkundige die het assessment heeft uitgevoerd.



→ STAP 4

Onderzoek zo nodig verder

Soms is verdiepend onderzoek, nadere diagnostiek en consultatie nodig. Kies ook hiervoor een stepped care benadering:

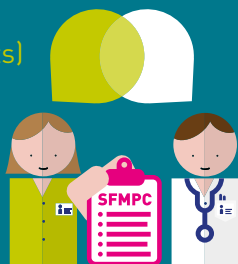
1. Het kernteam neemt de eerste analyse voor haar rekening
2. Het kernteam betreft daarna 'op indicatie' andere disciplines, zoals de specialist ouderengeneeskunde.



→ STAP 5

Bespreek de resultaten
(praktijkverpleegkundige - huisarts)

- Vat de analyse samen in een overzicht van alle problemen. Het SFMPC-model helpt hierbij.
- Prioriteer de problemen naar urgentie.



→ STAP 6

Is er sprake van complexe problematiek? (huisarts)

Bepaal nu of er sprake is van complexe problematiek en van kwetsbaarheid: ja of nee?

- JA: ga door met stap 7
NEE: bespreek met de oudere hoe vinger aan de pols gehouden wordt om bij toekomstige problemen tijdig betrokken te worden.



DEEL 2 Zorg & coördinatie





STAP 7

Stel een zorgbehandelplan op (praktijkverpleegkundige)

- De praktijkverpleegkundige stelt nu een zorgbehandelplan op.
- Aan de hand van de opgestelde inventarisatie, uitgaande van de behoeften, wensen en prioriteiten van de oudere zelf, wordt voor elk probleem een haalbaar doel geformuleerd, met de actie die nodig is om die doelstelling te behalen.
- Neem hierin ook periodieke screening op polyfarmacie op.
- Leg vast wie wat voor zijn rekening neemt.
- Benut hierbij een toolbox met interventies bij veelvoorkomende problemen.



STAP 8

Besprek het zorgbehandelplan (praktijkverpleegkundige - huisarts)

Besprek het plan als kernteam van huisarts en praktijkverpleegkundige.



STAP 9

Vraag het ouderenteam om advies (ouderenteam)

- Vraag advies in het multidisciplinair overleg met deskundigen als de specialist ouderengeneeskunde.
- Maak in dit overleg ook afspraken over coördinatie en casemanagement. De casemanager kan de praktijkverpleegkundige zijn maar ook een andere discipline.



STAP 10

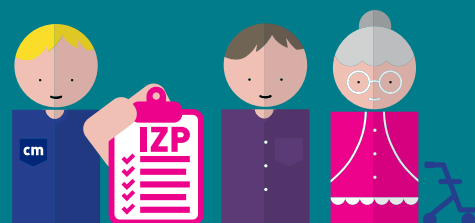
Stel samen met de oudere een Individueel Zorg Plan op (casemanager)

- Besprek het zorgbehandelplan met de oudere en diens verzorgende
- Stel samen met hen op basis hiervan een Individueel Zorg Plan op.

Het IZP omvat:

- De doelen van de patiënt
- De afspraken die u samen maakt om deze doelen te behalen.
- Concrete zelfmanagementacties voor de oudere zelf.

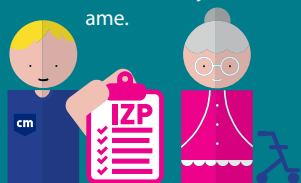
Het Individueel Zorg Plan kan verschillende uitingsvormen hebben, papier of digitaal, met woorden en/of beelden. Belangrijk is dat het past bij de persoon die het wil gebruiken.



STAP 11

Voer het individueel zorgplan uit (oudere, casemanager)

Houd actief vinger aan de pols bij de uitvoering van het plan. Dit doet de casemanager. Deze heeft regelmatig contact met de oudere. En is actief betrokken bij transities zoals een ziekenhuisopname.



STAP 12

Voer een medicatiereview uit (apothek, huisarts, praktijkverpleegkundige)

Voer een medicatiereview uit. Bekijk in hoeverre de geneesmiddelen nodig zijn, of alle voorzorgsmaatregelen getroffen worden en in hoeverre alle aandoeningen afdoende behandeld worden. Dit doen apothek, huisarts en praktijkverpleegkundige samen.

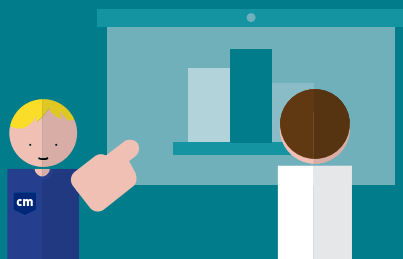


STAP 13

Evalueer het individueel zorgplan (huisarts, casemanager)

- Evalueer het individueel zorgplan. De casemanager organiseert deze evaluatie.
- Herhaal indien nodig onderdelen van het assessment.

Is er tussentijds sprake van een belangrijke wijziging? Overleg dan met de casemanager of tussentijdse evaluatie en bijstelling van het individueel zorgplan nodig is. Dit gebeurt ook als een geplande actie niet het gewenste resultaat oplevert.



* PVK kan overal ook WVK of POH zijn



Inhoud

1	Waarom deze handreiking?	8
2	Stappenplan	10
	Deel 1 Identificatie & diagnostiek	11
	Stap 1 Casefinding: wie zijn de kwetsbare ouderen in jouw regio?	11
	Stap 2 Voer het assesment uit	14
	Stap 3 Bespreek het na	15
	Stap 4 Doe zo nodig verdiepend onderzoek, nadere diagnostiek en consultatie	16
	Stap 5 Bespreek de resultaten	16
	Stap 6 Is er sprake van complexe problematiek?	16
	Deel 2 Zorg & coördinatie	17
	Stap 7 Stel een zorgbehandelplan op	17
	Stap 8 Bespreek het zorgbehandelplan	17
	Stap 9 Vraag het ouderenteam om advies	17
	Stap 10 Stel samen met de oudere het Individueel Zorgplan op	18
	Stap 11 Voer het individueel zorgplan uit	19
	Stap 12 Voer een medicatiereview uit	20
	Stap 13 Evalueer het individueel zorgplan	20
3	Kwaliteitsmatrix: hoe ver zijn jullie?	22
4	Checklist voor een soepele organisatie	24
5	Waarom eerstelijnszorg voor kwetsbare ouderen belangrijk is	28
	Bijlagen	33
	Bijlage 1 Model voor het bepalen van kwetsbaarheid	33
	Bijlage 2 Factoren die van invloed zijn op kwaliteit van leven	36
	Bijlage 3 Overzicht Toolboxen interventies	37
	Bijlage 4 Welke competenties zijn er nodig binnen de ouderenzorg?	39
	Bijlage 5 Begrippen over taken en functies in het zorgproces	42
	Bijlage 6 ICT	43
	Over de samenstellers	44



1 | Waarom deze handreiking?

Deze handreiking is voor eerstelijns professionals en multidisciplinaire teams die kwetsbare ouderen goed willen ondersteunen. Dit plan helpt om in de regio de zorg voor kwetsbare ouderen goed op te zetten.

Speciaal voor multidisciplinaire teams

De handreiking is ontwikkeld voor en door de eerste lijn. Het is een handvat voor professionals die hun zorg voor kwetsbare ouderen willen verbeteren. Het is goed om te streven naar een multidisciplinaire aanpak. Klein starten kan ook. De huisarts en praktijkverpleegkundige¹ samen kunnen al een heel eind komen, maar het gaat pas echt goed lopen als er meer disciplines meedoen. De multidisciplinaire aanpak vraagt een goede afstemming en samenwerking met de thuiszorg, gemeente en welzijnsorganisaties. Deze handreiking beschrijft de kernelementen van een multidisciplinaire, programmatische aanpak, als basis voor de uitwerking op regionaal en lokaal niveau.

Steeds meer kwetsbare ouderen

Het aantal 65-plussers zal naar schatting toenemen van 2,5 miljoen in 2009 naar 4,5 miljoen in 2040.² Met deze toename zal ook het aantal ouderen met chronische aandoeningen groeien en zullen ouderen steeds vaker te maken krijgen met meerdere chronische aandoeningen: multimorbiditeit. Op dit moment is de kans 50 procent dat er bij een oudere van 65 jaar sprake is van multimorbiditeit.³ Naarmate de leeftijd verder stijgt, neemt de kans op multimorbiditeit sterk toe. Anders gezegd: komende jaren hebben we te maken met een groeiende groep kwetsbare ouderen waarbij vaak sprake is van multimorbiditeit. Dat betekent dat het aantal ouderen met complexe zorgvragen ook toeneemt.

1 Met praktijkverpleegkundige bedoelen we in deze handreiking ook de praktijkondersteuner.
2 Centraal Bureau voor de Statistiek, Kerncijfers van de bevolkingsprognose, 2008-2050.
3 Dijk van et al, H&W 53, 2010.

Ouderen willen kwaliteit van leven

Uitgangspunt in deze handreiking is dat ouderen zelf keuzes maken over de aard en mate van ondersteuning die zij wensen. Idealiter resulteert dit in een aanpak die de zelfregie ondersteunt. De hulpverlener ondersteunt de oudere bij het maken van die keuzes door zich te verdiepen in de wensen en behoeften. Ouderen hebben behoefte aan zorg die gericht is op de kwaliteit van leven: minder belasting, beter functioneren en meer zelfredzaamheid.⁴ Dat blijkt uit onderzoek van de Gezondheidsraad in 2009. Het kan zijn dat een oudere zelf aangeeft dat de lasten van een behandeling voor hem of haar zwaarder wegen dan zonder behandeling verder leven met de gevolgen van de ziekte.

AWBZ verandert

Wet- en regelgeving veranderen ingrijpend de komende jaren. Dat geldt met name voor de AWBZ. Het resultaat is dat ouderen met (voorheen) zorgzwaarte 1, 2, 3 en 4 voor ondersteuning en zorg zullen zijn aangewezen op zichzelf, hun mantelzorgers en de eerste lijn. Dit betreft dus ouderen met een zware lichamelijke zorgvraag en bijvoorbeeld ook beginnende dementie die voorheen in verzorgingshuizen woonden. Vanaf 1 januari 2015 wordt de ondersteunende zorg voor ouderen overgedragen aan gemeenten (Wmo). Die beslissen dan bijvoorbeeld over de inzet van huishoudelijke hulp. Onder de Wmo vallen ook andere voorzieningen, zoals dagopvang. In diverse regio's in Nederland zijn lokale initiatieven ondernomen om de zorg voor kwetsbare ouderen anders op te zetten.

Wat is kwetsbaarheid?

Deze handreiking gaat over ondersteuning van en zorg voor kwetsbare ouderen. Maar wat is dat? Het Sociaal Cultureel Planbureau stelt: 'Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)'.⁵ Niet alle kwetsbare ouderen hebben complexe (zorg)problemen. Kwetsbare ouderen hebben wel allemaal een groot risico op complexe (zorg)problemen. Ouderen zelf herkennen het begrip niet, het wordt alleen gebruikt door professionals.

4
5

Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Gezondheidsraad, Den Haag 2009, Publicatienr. 2009/07 Kwetsbare Ouderen. Campen C van (red). Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2011.



2 | Stappenplan

Hier lees je hoe je een goed programma voor kwetsbare ouderen kunt opzetten en uitvoeren.

Schematische weergave zorg voor kwetsbare ouderen⁶

Deel 1 Identificatie & diagnostiek

- Stap 1 Casefinding: wie zijn de kwetsbare ouderen in jouw regio?
- Stap 2 Voer het assessment uit
- Stap 3 Bespreek het na
- Stap 4 Doe zo nodig verdiepend onderzoek, nadere diagnostiek en consultatie
- Stap 5 Bespreek de resultaten
- Stap 6 Is er sprake van complexe problematiek?

Deel 2 Zorg & coördinatie

- Stap 7 Stel een zorgbehandelplan op
- Stap 8 Bespreek het zorgbehandelplan
- Stap 9 Vraag het ouderenteam om advies
- Stap 10 Stel samen met de oudere het Individueel Zorgplan op
- Stap 11 Voer het individueel zorgplan uit
- Stap 12 Voer een medicatiereview uit
- Stap 13 Evalueer het individueel zorgplan

Deel 1 | Identificatie & diagnostiek

NB: daar waar 'praktijkverpleegkundige' staat, kan in veel gevallen ook 'wijkverpleegkundige' gelezen worden.

Stap 1 Casefinding: wie zijn de kwetsbare ouderen zijn in jouw regio? (huisarts, praktijkverpleegkundige)

Hoeveel kwetsbare ouderen zijn er in jouw gebied?

Werk jij in een 'grijs gebied', dus een gebied waar veel ouderen wonen? Of juist niet? De eerste stap is dat je uitzoekt hoeveel ouderen er zijn. Dit is nuttige informatie als je bijvoorbeeld afspraken wilt maken met de zorgverzekeraars of met regionale partners. Of als je wilt uitrekenen hoeveel praktijkverpleegkundigen-ouderenzorg je nodig hebt. Als vuistregel kun je hanteren dat 10 tot 15 procent van de mensen ouder dan 65 jaar kwetsbaar is. Een gemiddelde huisartsenpraktijk heeft 20 tot 30 kwetsbare ouderen. Regionaal zijn er echter grote verschillen: in Vinex-wijken wonen gemiddeld weinig ouderen, in sommige plattelandsregio's juist relatief veel.

Tips

- Begin bij je HIS; hier staan al veel gegevens in over de ouderenpopulatie in jullie praktijk
- Regionale Ondersteunings Structuren (ROS-sen) brengen regionaal populaties in beeld door middel van wijkscans. Zij kunnen ondersteunen bij het inzicht krijgen in de ouderenpopulatie in jouw regio. De ROS in jouw regio kun je vinden via <http://www.lvg.org/onze-leden/regionale-ondersteuningsstructuren>.
- De VAAM (vraag en aanbod monitor) van het NIVEL: <http://vaam.nivel.nl/vaam/home> geeft inzicht in leeftijden, sociaal-economische status, chronische ziekten per postcode/gemeente e.d.

Welke inclusie criteria kun je gebruiken?

Hier zie je drie inclusiestrategieën waarmee je kunt vaststellen hoe je kwetsbare ouderen voor het programma kunt selecteren.

Strategie 1 / Casefinding

Casefinding is een werkwijze waarbij de stepped care methodiek in gang wordt gezet zodra er signalen zijn van kwetsbaarheid. Signalen kunnen worden aangeleverd aan de huisarts of praktijkverpleegkundige door

iedereen die betrokken is bij de oudere. De signalering leidt vervolgens tot een actie conform het stepped care principe (klein beginnen, indien nodig groter aanpakken). Een andere methodiek kan zijn dat men in bepaalde gevallen op kwetsbaarheid alert is bij life-events of bij transities.

Bijvoorbeeld bij overlijden van een naaste of bij een verhuizing. In de optiek van dit programma is de huisarts de aangewezen schakel om de acties in gang te zetten. De ervaringen van enkele gezondheidscentra (Hoensbroek Noord, Withuis te Venlo) die met casefinding werken, zijn veelbelovend. Op deze manier breng je een substantieel deel van de doelpopulatie in beeld.

Strategie 2 / Selectieve screening

Bij selectieve screening wordt op basis van bepaalde determinanten bepaald wie mogelijk kwetsbaar is. Daarvoor wordt doorgaans een selectie toegepast op HIS-gegevens (huisartsinformatiesysteem). Hierbij wordt gebruik gemaakt van de medische voorgeschiedenis, polyfarmacie (het gebruik van meerdere medicijnen) en de mate waarin er contacten zijn geweest met de praktijk. In het NPO worden diverse combinaties toegepast (bv de U-PRIM in Utrecht). Op korte termijn zal duidelijk worden in hoeverre deze strategie efficiënt is en welke determinanten uit de HIS-registratie het meest voorspelbaar zijn.

Strategie 3 / Populatiebenadering op basis van leeftijdsindicatie

Met deze benadering wordt momenteel op grote schaal ervaring opgedaan omdat veel gemeenten een methodiek toepassen waarin men ouderen boven een bepaalde leeftijd benadert met de vraag of zij bezocht willen worden door een ouderenadviseur. De ouderenadviseur screent systematisch op verschillende functiedomeinen en kijkt dan in hoeverre er behoefte is aan acties. Vervolgens wordt de betrokkene verwezen naar een instantie of zorgverlener die kan helpen om de problemen op te lossen. Deze methodiek vraagt een goede onderlinge bekendheid tussen ouderenadviseurs en de eerste lijn. Alleen dan kunnen signalering, nadere analyse en interventie naadloos op elkaar aansluiten.

	Voordelen	Nadelen
Casefinding	Signalen van kwetsbaarheid worden direct opgepakt, het hele jaar door.	Grote kans dat je zorgmijders mist omdat je over hen geen signalen binnenkrijgt.
Selectieve screening	Uit het HIS komt 'automatisch' naar voren wie mogelijk kwetsbaar is.	Je kunt kwetsbare ouderen missen omdat ze niet aan de zoekcriteria voldoen maar toch kwetsbaar zijn. Je kunt ouderen includeren die ondanks dat zij voldoen aan de zoekcriteria toch niet kwetsbaar zijn.
Populatiebenadering	Je mist niemand in je benadering.	Je benadert een grote groep waarvan maar een klein deel tot je doelpopulatie behoort. Het systeem speelt niet in op acute kwetsbaarheid. Je bent erg afhankelijk van de respons die moeilijk is te sturen (let wel, de respons wordt groter als de uitnodigingen vanuit de huisartsenpraktijk worden gestuurd).



Stap 2 Voer het assesment uit (praktijkverpleegkundige⁷)

Korte vragenlijst voor eerste beoordeling

Het meten van de mate van kwetsbaarheid van de ouderen in je regio kun je het beste stapsgewijs doen. Je begint dan met een oriëntatie op kwetsbaarheid door in een stepped care opzet eerst een kort screeningsinstrument toe te passen. Vaak zijn dit modellen waarbij aan de hand van een korte reeks vragen de kans op kwetsbaarheid kan worden ingeschat. Zit iemand boven een bepaalde grenswaarde, dan is er een grote kans op kwetsbaarheid. Mensen die beneden de grenswaarden uitkomen, hoeven geen uitgebreid assessment te krijgen. Let op: mensen zonder ziekte-inzicht, zoals bij beginnende dementie, geven vaak een onjuist beeld van de stand van zaken. Mantelzorgers zijn dan onmisbaar om goed inzicht te krijgen in de situatie.

Breed assessment bij grote kans op kwetsbaarheid

Scoren mensen boven een bepaalde grenswaarde en hebben ze dus grote kans op kwetsbaarheid? Dan is een *breed assessment* geïndiceerd. Daarvoor zijn diverse modellen beschikbaar. Voor de keuze daarvan is het van belang niet alleen te beoordelen of het om een compleet instrument gaat dat inderdaad alle domeinen beslaat. Zeker zo belangrijk is dat het instrument ook bijdraagt aan een integratie van de analyse van de verschillende domeinen (somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatief). Pas dan wordt duidelijk met welke urgentie op bepaalde terreinen acties nodig zijn.

Deze assessment instrumenten zijn vaak semigestructureerd interviews waarmee je systematisch gegevens kunt verzamelen op alle relevante functiedomeinen. Op onderdelen kunnen gericht deelinstrumenten worden gebruikt, zoals een MMSE om bij het vermoeden van cognitieve problemen de analyse meer te kunnen onderbouwen. Een assessment wordt afgenomen door een daartoe opgeleide functionaris, praktijkverpleegkundige Ouderenzorg of wijkverpleegkundige. Een ouderenadviseur kan ook een deel van het assessment voor zijn/haar rekening nemen.

Bij deze assessments gaat het gesprek niet alleen over ervaren problemen, maar juist ook over behoeften, wensen en prioriteiten van de oudere ten aanzien van zijn kwaliteit van leven. Deze informatie moet namelijk leidend zijn in de prioritering van eventuele behandeldoelen.

7

Dit kan ook de wijkverpleegkundige zijn.

Er zijn inmiddels veel verschillende screenings- en assessment instrumenten in omloop. In het Nationaal Programma Ouderenzorg wordt van een aantal van deze de effectiviteit onderzocht. Veelal zijn deze instrumenten in samenhang ontwikkeld, bijvoorbeeld de Easy Care instrumenten. Het is aan te bevelen instrumenten te kiezen die op elkaar afgestemd zijn, met andere woorden: die eigenlijk bij elkaar horen. De beste tip is misschien wel om vooral te kijken waar in jouw regio misschien al mee gewerkt wordt. De ervaring leert dat hoe meer verschillende partijen met dezelfde instrumenten werken, hoe makkelijker de afstemming verloopt. De ROS in jouw regio kan je hierbij helpen.

Niet alle instrumenten zijn vrij te downloaden. Een aantal instrumenten is tegen betaling verkrijgbaar en in sommige gevallen is een training verplicht. We geven hieronder een voorbeeld van landelijk veel gebruikte instrumenten, maar zijn hierin niet volledig. Kijk op de website van het NPO voor meer instrumenten voor screening en assessment.

Veel gebruikte meetschalen voor een eerste beoordeling:

- 1 | Groningen Frailty Indicator (GFI)
- 2 | Tilburg Frailty Indicator (TFI)
- 3 | Easy Care Tos

Veel gebruikte instrumenten voor het brede assessment:

- 1 | Easy Care
- 2 | Intermed
- 3 | Trazag
- 4 | RAI
- 5 | (G)OUD assessment

Stap 3 Bespreek het na (praktijkverpleegkundige, huisarts)

Een goede analyse van alle verzamelde gegevens en de diagnosestelling zijn cruciaal en maken deel uit van het proces van de analyse van de kwetsbaarheid. Let op dat het niet alleen gaat om medische aspecten maar ook om functionele, psychische, communicatieve en maatschappelijke aspecten in de context van de leef- en denkwereld van de oudere. De bevindingen uit het assessment worden in eerste instantie besproken door het kernteam. Hierin zitten de huisarts en degene die het assessment heeft uitgevoerd, dus de praktijkverpleegkundige of wijkverpleegkundige.

Stap 4 Doe zo nodig verdiepend onderzoek, nadere diagnostiek en consultatie

Soms is verdiepend onderzoek, nadere diagnostiek en consultatie nodig. Het verdient aanbeveling ook hierin een stepped care benadering te kiezen. Dat wil zeggen dat het kernteam de eerste analyse voor haar rekening neemt en daarbij 'op indicatie' in een tweede ronde andere disciplines betreft, zoals de specialist ouderengeneeskunde).⁸ Deze specialist ouderengeneeskunde kan zowel door het kernteam geraadpleegd worden en op verzoek een consult uitvoeren, desgewenst tijdens een huisbezoek.

Stap 5 Bespreek de resultaten (praktijkverpleegkundige, huisarts)

De analyse wordt samengevat in een overzicht van alle geconstateerde problemen. Hiervoor kan het **LAEGO kaart** uitkomst bieden (zie pagina 19). Consequent gebruik van dit model is belangrijk omdat het tot volledigheid uitdaagt. Tevens kunnen de problemen naar urgentie geprioriteerd worden.

Stap 6 Is er sprake van complexe problematiek? (huisarts)

Stap 5 leidt tot de conclusie of er wel of geen sprake is van kwetsbaarheid en de mate van complexiteit van de gesignaleerde problemen of beperkingen. Als er geen sprake is van complexe problematiek maar wel van kwetsbaarheid, bespreekt de huisarts met de praktijkverpleegkundige hoe het beste de vinger aan de pols gehouden kan worden om eventuele toekomstige problemen vroeg te signaleren. Dit wordt besproken met de patiënt.

Als er wel sprake is van complexe problematiek bij kwetsbaarheid, kun je het plan vervolgen bij **Stap 7**.

8 In veel regio's zijn kaderhuisartsen ouderengeneeskunde actief. Deze huisartsen hebben ouderengeneeskunde als aandachtsgebied en ook zij kunnen consultaties geven. Daarnaast ondersteunen zij collega huisartsen bij het implementeren van proactieve samenhangende zorg, kunnen zij onderwijs geven en projecten initiëren.

Deel 2 | Zorg & coördinatie

Stap 7 Stel een zorgbehandelplan op (praktijkverpleegkundige)

De praktijkverpleegkundige stelt nu een zorgbehandelplan op. Aan de hand van de opgestelde inventarisatie, uitgaande van de behoeften, wensen en prioriteiten van de oudere zelf, wordt voor elk probleem een haalbaar doel geformuleerd, met de actie die nodig is om die doelstelling te behalen.

Waaruit bestaat het zorgbehandelplan?

Het zorgbehandelplan wordt geformuleerd in problemen, doelen en acties. Ook staat duidelijk vermeld welke discipline wat voor zijn rekening neemt. Onderdeel van het plan is periodieke screening op medicatiegebruik en op grond daarvan: optimalisatie van het medicatiebeleid, ondersteund door de apotheker. Bij de uitvoering kunnen meerdere disciplines betrokken zijn. Er zijn verschillende toolboxes ontwikkeld met interventies bij veelvoorkomende problemen, in de bijlage **Toolboxen interventies** staan verschillende toolboxes beschreven.

Een voorbeeld van een zorgbehandelplan is opgenomen in de LAEGO kaart voor proactieve zorg op **pagina 21**.

Stap 8 Bespreek het zorgbehandelplan (praktijkverpleegkundige, huisarts)

Bespreek het zorgbehandelplan met het kernteam van huisarts en praktijkverpleegkundige of wijkverpleegkundige.

Stap 9 Vraag het ouderenteam⁹ om advies (ouderenteam)

Vraag advies in het multidisciplinair overleg waarin deskundigen zitten zoals de specialist ouderengeneeskunde. Het doel van het multidisciplinair overleg is het afstemmen van een individueel zorgplan en het maken van afspraken over coördinatie en casemanagement.

9

Ook wel Deskundigen Netwerk.

Wie zitten er in het multidisciplinair overleg?

Het is verstandig om naast de specialist ouderengeneeskunde structureel een ouderenadviseur bij het multidisciplinair overleg te betrekken.

Zo voorkom je dat er te veel op zorg- en ziekteaspecten wordt gefocust en te weinig op welzijnsaspecten wordt gelet. Ook kijkt de specialist ouderengeneeskunde naar de systemische context rond de oudere. Op indicatie kunnen ook anderen participeren wanneer zij bij de zorg betrokken zijn, zoals thuiszorgmedewerkers, een ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, diëtist, en de maatschappelijk werker.

Je kunt overwegen om de oudere zelf en/of diens verzorgende uit te nodigen voor het multidisciplinair overleg¹⁰. Dat heeft onmiskenbaar voordelen maar vraagt wel van de professionals de vaardigheid om afstand te doen van het gebruikelijke professionele jargon.

De ROS in jouw regio kan jullie helpen een multidisciplinaire overlegstructuur in te richten.

Wie wordt de casemanager?

In deze fase wordt een *casemanager* aangewezen. Dat kan een praktijkverpleegkundige zijn, een wijkverpleegkundige, een dementieverpleegkundige of een ouderenadviseur. De keuze hangt af van de accenten in het individueel zorgplan, de mate van betrokkenheid en de voorkeur van de oudere.

De casemanager vormt samen met de huisarts de regie-tandem: de huisarts heeft de (medische) eindverantwoordelijkheid, de casemanager neemt het meer operationele deel voor rekening en is eerste aanspreekpunt voor alle betrokkenen.

Stap 10 Stel samen met de oudere het Individueel Zorgplan op (casemanager)

De casemanager bespreekt het zorgbehandelplan met de oudere en diens verzorgende en stelt samen met hen op basis hiervan een Individueel Zorgplan op. Dit Individueel Zorgplan gaat uit van de doelen van de patiënt en omvat de afspraken die jullie samen maken om deze doelen te behalen. Er staan concrete zelfmanagementacties voor de oudere zelf in.

10

Zie ook rapport van Nictiz, 'Samenwerken aan beschikbare informatie binnen de chronische zorg' publicatienummer 19/12/2013 voor aandachtspunten patiëntparticipatie in multidisciplinair overleg.

Het Individueel Zorgplan kan verschillende uitingsvormen hebben, papier of digitaal, met woorden en/of beelden. Belangrijk is dat het past bij de persoon die het wil gebruiken.

Op het Kennisplein Chronische Zorg¹¹ vind je veel informatie over het opstellen en werken met een Individueel Zorgplan.



Stap 11 Voer het individueel zorgplan uit (oudere, casemanager)

In het individueel zorgplan is vastgelegd wie welke actie gaat uitvoeren. Iedere betrokkene heeft dus een eigen aandeel. De casemanager houdt actief vinger aan de pols door regelmatig contact te houden met de oudere. De casemanager ondersteunt het zelfmanagement van de oudere. Tevens is de casemanager actief betrokken bij transities, zoals ziekenhuisopname of verpleeghuisopname, om deze zo goed mogelijk (voorbereid) te laten verlopen.

Op het Kennisplein Chronische Zorg¹² vind je veel informatie over zelfmanagementondersteuning.

11 www.kennispleinchronischezorg.nl

12 www.kennispleinchronischezorg.nl

Stap 12 Voer een medicatiereview uit (apothek, huisarts, praktijkverpleegkundige)

Voer een medicatiereview uit conform de criteria. Voor ouderen van 75 jaar en ouder worden gemiddeld vier maal zo veel geneesmiddelen voorgeschreven als voor de gemiddelde Nederlander. Ouderen verdragen medicijnen anders dan jongere patiënten. Ze hebben vaak moeite met inname en therapie-ontrouw komt veel voor. Wanneer meerdere geneesmiddelen gebruikt worden, kunnen deze invloed hebben op elkaars werking. Het is belangrijk te bekijken in hoeverre de geneesmiddelen die gebruikt worden nodig zijn, of alle voorzorgsmaatregelen getroffen worden (denk aan controles van de bloeddruk en elektrolyten) en in hoeverre alle aandoeningen afdoende behandeld (moeten) worden. Tevens is het van belang dat de patiënt goed weet op welk tijdstip de geneesmiddelen ingenomen moeten worden, waarvoor de geneesmiddelen gebruikt worden en wat eventuele risico's zijn. De apotheker is samen met de huisarts verantwoordelijk voor de farmacotherapie van de in de apothek ingeschreven patiënten.

Stap 13 Evalueer het individueel zorgplan (huisarts, casemanager)

Natuurlijk wordt het individueel zorgplan geëvalueerd. De casemanager zorgt voor planning en organisatie van deze evaluatie. Bepaalde delen van het assessment kunnen dan zo nodig herhaald worden.

Is er tussentijds sprake van een belangrijke wijziging? Dan wordt met de casemanager overlegd of een tussentijdse evaluatie en bijstelling van het individueel zorgplan nodig is. Dit gebeurt ook als een geplande actie niet het gewenste resultaat oplevert.

LAEGO kaart voor proactieve zorg

HUISARTSENZORG VOOR OUDEREN MET COMPLEXE PROBLEMATIEK



HUISARTSENZORG VOOR OUDEREN MET COMPLEXE PROBLEMATIEK

Ouderen met complexe problematiek vragen van u als huisarts en van de praktijkondersteuner een bijzondere, pro-actieve benadering (zie het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen¹). Bij multimorbiditeit schiet een ziektegerichte benadering tekort. Het is zinvoller om de patiënt centraal te stellen, met aandacht voor behoud of herstel van functioneren, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven. Pro-actieve zorg is het inschatten van de risico's op verslechtering in functioneren en het bieden van interventies die deze risico's verkleinen. Kernwoorden in dit proces zijn: *anticipeer, deleger, evalueer*.

Deze kaart bevat hulpmiddelen om de zorg voor ouderen met complexe problematiek vorm te geven.²

PROBLEEMINVENTARISATIE

(**SF**MP**C**-model: **S**omatisch, **F**unctioneel, **M**aatschappelijk, **P**sychisch en **C**ommunicatief)

Als eerste stap maakt u een overzicht van beperkingen en problemen op verschillende levensgebieden. Geef hierbij een prioritering aan; welke problemen zijn het meest urgent voor de oudere zelf en voor de hulpverlening?

Probleeminventarisatie van de heer/mevrouw

AANDACHTSGEBIEDEN	PROBLEEM	URGENTIE
SOMATISCH		
SOMATISCH		
FUNCTIONEEL		
FUNCTIONEEL		
MAATSCHAPPELIJK		
MAATSCHAPPELIJK		
PSYCHISCH		
PSYCHISCH		
COMMUNICATIEF		
COMMUNICATIEF		

¹ Dit is te vinden op www.nhg.org > Kenniscentrum > Implementatie > NHG-Standpunten Toekomstvisie. Zie daar ook het artikel 'Een Praktijkplan Ouderen'.

² De schema's zijn afkomstig uit de NHG-Praktijkwijzer Ouderenzorg, zie www.nhg.org > Winkel > Implementatie.

Laego

Landelijke Adviesgroep EerstelijnsGeneeskunde voor Oude

ZORGBEHANDELPLAN

Het zorgbehandelplan brengt samenhang in de zorg en is een middel voor regievoering. U of uw praktijkondersteuner stelt het op in overleg met de oudere patiënt en diens familie, in samenwerking met verzorging/verpleging en betrokken paramedici. U formuleert eerst een hoofddoel: gaat het om herstel of behoud van functioneren of is achteruitgang onvermijdelijk (symptoombehandeling)? De problemen zet u op volgorde van urgentie en u formuleert per probleem een haalbaar doel, de gewenste interventie en evaluatiedatum. Genoteerd wordt ook wie wat doet en wie de zorgcoördinator is.

Zorgbehandelplan van de heer/mevrouw

Hoofddoel:

Casemanager: Zorgcoördinator:

PROBLEEM	DOEL	ACTIE HUISARTSENZORG (WAT, WIE)	ACTIE KETENPARTNERS (WAT, WIE)	EVALUATIEDATUM

FRADIE

Als acroniem bij de te nemen stappen voor pro-actieve zorg bij ouderen met complexe problematiek kunt u FRADIE hanteren: **F**unctioneren inventariseren (SFMP**C**), **R**isico's inschatten, **A**fstemmen met de patiënt, **D**oelen formuleren (algemeen en specifiek), **I**nterventies plannen en uitvoeren en **E**valueren.



3 | Kwaliteitsmatrix: hoe ver zijn jullie?

In dit hoofdstuk vind je een kwaliteitsmatrix. Deze geeft de ontwikkelingsstadia aan van het team.

Aanpak in ouderenzorg

Zorgverleners zijn goed in staat om te beoordelen welke ingrediënten de zorg moet hebben om redelijk goed of zeer goed te zijn. Meer doen is niet altijd beter. Een goed uitgevoerd basisprogramma kan beter zijn dan een slecht uitgevoerd geavanceerd multidisciplinair programma. Ervaring leert dat het bij de ouderenzorg meestal niet top-down kan worden opgelegd. Stap voor stap opbouwen vanaf de werkvloer werkt vaak beter. Alles zelf doen is niet nodig want er bestaan voldoende geschikte hulpmiddelen (zoals deze handreiking) die gebruikt kunnen worden om de plaatselijke ouderenzorg op poten te zetten. Kijken naar de plaatselijke situatie, gebruik maken van wat er al is, samenwerken en langzaam opbouwen zijn in de regel goede ingrediënten om tot een kwalitatief goede ouderenzorg te komen.

Matrix met ontwikkelingsstadia

In bijgaande kwaliteitsmatrix die de werkgroep heeft ontwikkeld op basis van de International Family Practice Maturity Matrix (IFPMM)¹³ staan de ontwikkelingsstadia die richting geven aan het eigen ontwikkelproces als team. Start met een analyse van het zorgaanbod dat er al is. Bekijk daarna in welk ontwikkelingsstadium de zorg zich bevindt. Vervolgens kun je bepalen op welk onderdeel op eenvoudige wijze winst te halen is. Organisatie, taakdelegatie, samenwerking en adequate randvoorwaarden zijn de basisingrediënten. Beginnend met goede basiszorg kun je in je eigen tempo toewerken naar betere zorg. Als een praktijk op elk onderdeel van de matrix in stadium drie zit, dan krijgen de kwetsbare ouderen wat nodig is. Het is aan de zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat de (financiële) randvoorwaarden aanwezig zijn.

Kwaliteitsmatrix Kwetsbare ouderen

Ontwikkeling	Opsporing/ identificatie	Inhoud	Samenwerking/ organisatie	Verslaglegging / ICT	Zelfregie Betrokkenheid	Wonen, welzijn, zorg
	• Geen	• Reactief • Ad hoc	• Huisarts en praktijk-verpleegkundige • Praktijkverpleegkundige	• HIS • Specialist ouderengeneeskunde • EPD registratie	• Alleen professionals	• Geen contact
	• Casefinding • Screening	• Proactief • Werken met zorgplan	• Ad hoc multidisciplinair overleg • Overleg met: - huisarts - praktijkverpleegkundige - wijkverpleegkundige • Ad hoc met anderen • Casemanager	• Gestructureerd ICPC/ICF; Registratie parameters - polyfarmacie - wijzigingen functionele status - overige indicatoren	• Mantelzorg • Professionals • Voortlichting • Training	• Individueel contact
	• Overzicht kwetsbare ouderen	• Anticiperen • Maatwerk	• Regulier multidisciplinair overleg • Samenwerking: - huisarts - praktijkverpleegkundige - wijkverpleegkundige - specialist ouderengeneeskunde - ouderenadviseur	• Gezamenlijk dossier; • Patiëntenportal • Gezamenlijke ontsluiting gegevens	• Patiënt zelf • Mantelzorg • Professionals • Wilsbeschikking	• Overleg: - wijkgericht - gestructureerd



4 | Checklist

voor een soepele organisatie

Een optimaal ouderenzorgprogramma kan alléén slagen als de organisatorische randvoorwaarden op orde zijn.

Hier vind je tien organisatiepunten om te checken.



Is er een projectplan?

Maak een *project- en implementatieplan* waarin al deze voorwaarden gedetailleerd zijn verwerkt. Een dergelijk plan dient bestuurlijk draagvlak te hebben bij alle betrokken samenwerkingspartners voordat het wordt uitgevoerd. De regionale ondersteuningsstructuren (ROS) zijn in veel regio's beschikbaar om hulp te bieden bij het opstellen en uitvoeren van project- en implementatieplannen, maar ook een kaderhuisarts ouderengeneeskunde kan je hierbij helpen.



Is er een visie?

Alleen door teamwork kun je kwetsbare ouderen verder helpen. Voor effectief en efficiënt teamwork is het werken vanuit een gezamenlijke visie belangrijk. Dat kun je organiseren. Vergeet niet om zowel de deelnemende organisaties als de teams rond de huisartsvoorziening mee te nemen in dit visieproces. De kaderhuisarts ouderengeneeskunde kan hierbij op strategisch en beleidsniveau goede input leveren.



Wie is de casemanager?

De casemanager kan een praktijkverpleegkundige zijn, een wijkverpleegkundige, een dementieverpleegkundige of een ouderenadviseur. De keuze hangt af van de accenten in het individueel zorgplan en de mate van betrokkenheid.



Is er een multidisciplinair team?

Een multidisciplinair zorgteam met een gezamenlijke visie op de zorg voor de kwetsbare oudere is cruciaal. Is er nog geen team? Zet dit met prioriteit op de strategische agenda van de betrokken organisaties. Dit team bestaat minimaal uit de huisarts, de praktijkverpleegkundige en/of de wijkverpleeg-

kundige. Aanbevolen wordt de specialist ouderengeneeskunde en een ouderenadviseur hierbij te betrekken. Op afroep kunnen andere eerstelijns disciplines aanschuiven. Denk bij dit laatste aan paramedici, Wmo-adviseurs en vrijwilligers van ouderenorganisaties. Vraag de oudere om toestemming wanneer je 'niet-officiële' behandelaars laat aanschuiven.

✓ **Zijn de teamleden competent?**

Een ander aspect betreft de competentie van de leden van het team. De soms complexe zorg voor kwetsbare ouderen stelt hoge eisen aan de zorgverleners. In **bijlage 4** is een overzicht van de veronderstelde competenties beschreven.

✓ **Kies voor een goede verslaglegging (ICT)**

Spreek af waar en hoe verslaglegging plaatsvindt. Probleemlijst, episodelijst, medicatielijst, behandelplan en actieplan moeten voor alle betrokkenen in te zien zijn. Let op welke informatie je wel en niet met iedereen kunt delen (BIG, privacy wetgeving).

✓ **Heeft de regio een overzichtelijke sociale kaart?**

De beschikbaarheid van een goed bereikbaar en toegankelijk multidisciplinair netwerk (sociale kaart) inclusief sociale voorzieningen is belangrijk.

✓ **Reserveert iedereen voldoende tijd?**

De benodigde personele capaciteit voor een brede uitrol van een aanpak voor kwetsbare ouderen is een cruciaal punt. De eerste ervaringen leren dat de caseload voor de casemanager maximaal 60 á 100 cases is bij een fulltime werktijdsfactor.¹⁴ Dit vraagt dus een forse beschikbaarheid van zowel casemanagers (praktijkverpleegkundigen, ouderenverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen) als van huisartsen die meer samenwerkingstijd moeten investeren dan zij nu over het algemeen beschikbaar hebben. Taakdelegatie kan uitkomst brengen.

✓ **Is er een afspraak over financiering door de zorgverzekeraars?**

De financiering van de benodigde capaciteit vormt nu een probleem omdat er geen structurele regeling is die daarin voorziet. Op een aantal beleidsregels kan een beroep worden gedaan om de verschillende elementen van een programma voor kwetsbare ouderen te kunnen financieren. De meeste zorgverzekeraars bieden de mogelijkheid om in de vorm van M&I-modules de inzet van huisarts en praktijkverpleegkundige te betalen. In enkele

regio's wordt geëxperimenteerd met DBC-achtige financieringsconstructies. Betrek om die reden in een vroege fase de zorgverzekeraars bij de ontwikkeling van plannen.



Wordt er een goed keteninformatiesysteem gebruikt?

Er zijn keteninformatiesystemen beschikbaar waarvan er enkele in de bijlage worden genoemd. Er is echter nog geen vergelijkend onderzoek gedaan naar de functionaliteiten van deze systemen. Ook zijn deze systemen nog volop in ontwikkeling. Sommige HISSen bieden mogelijkheden om multidisciplinair te werken. Zie voor een beperkte opsomming van KISSen de **bijlage ICT**.

Praktische tips voor de organisatie van het multidisciplinair overleg

- 1 Kies een vaste dag en tijdstip om te overleggen.
Een multidisciplinair overleg duurt circa 30 minuten.
- 2 Bespreek pas een oudere als degene die het assessment uitvoerde met de huisarts tot een multidisciplinair overleg besloten heeft.
Geef aan wat van welke teamleden verwacht wordt.
- 3 Het secretariaat is spin in het web en regelt de planning, informeert de betrokkenen en zorgt voor een account voor de betrokken oudere.
Als er geen secretariaat is kan de praktijkverpleegkundige of de doktersassistent deze taken uitvoeren.
- 4 Werk met een vaste voorzitter, bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde.

Hulp & goede voorbeelden

- De NHG Praktijkwijzer Ouderenzorg biedt praktische handvatten bij het inrichten van ouderenzorg in de huisartsvoorziening. In november 2014 verschijnt de nieuwe versie: Protocollair ouderenzorg.
- Het ROS-netwerk kan ondersteuning bieden bij het opzetten van multidisciplinaire samenwerking voor ouderenzorg: <http://www.lvg.org/wp-content/uploads/140303-ROS-netwerk-Informatieblad-stappenplan-ouderenzorg.pdf>
- LAEGO ontwikkelde een handige checklist voor proactieve ouderenzorg www.laego.nl
- Een voorbeeld is het 'Ketenzorgprogramma voor kwetsbare ouderen' zoals dat in één van de vier proefregio's in Nederland door drie zorggroepen¹⁵ met de verzekeraar is opgesteld. Hiermee is de zorg voor deze groep geformaliseerd en vastgelegd voor de hele regio Zuidoost-Brabant. Op basis van het zorgprogramma is integrale financiering mogelijk in een DBC. De DBC wordt betaald vanuit de Beleidsregel Innovatie van de NZa gedurende drie jaar. Met de DBC wordt onder andere ketenscholing mogelijk en een digitaal individueel zorgplan toegankelijk voor alle bij de kwetsbare oudere betrokken ketenpartners én voor de kwetsbare oudere en mantelzorger.
Zie voor meer informatie: www.kompleet.nl/over-kompleet.



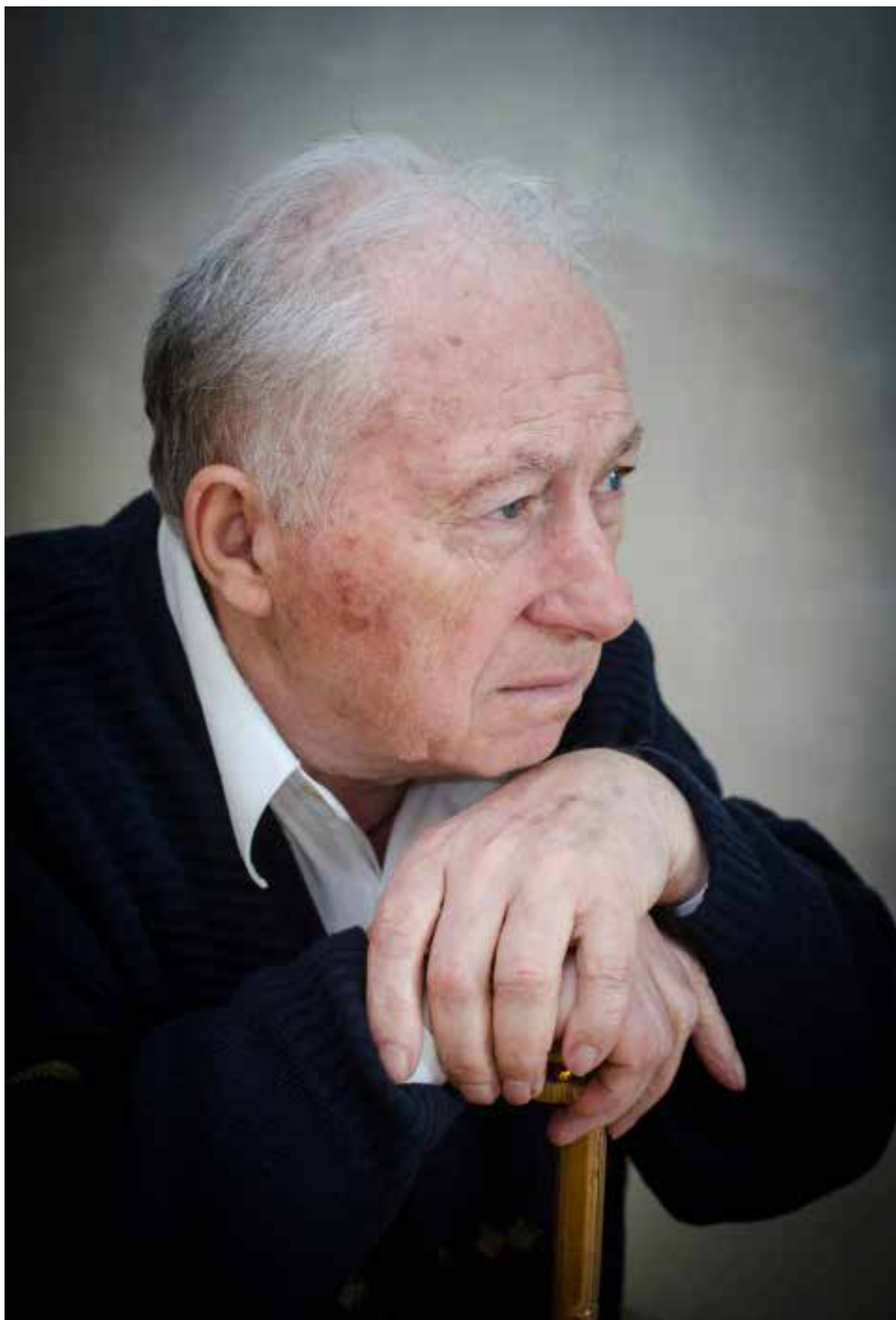
5 | Waarom eerstelijnszorg voor **kwetsbare ouderen** belangrijk is

In dit hoofdstuk lees je over zeven ontwikkelingen waardoor de zorg voor kwetsbare ouderen anders moet worden georganiseerd.

De zorg in Nederland moet anders georganiseerd worden om ook in de toekomst betaalbaar te blijven. De regering heeft samen met belangrijke partijen in de zorg een plan gemaakt voor de hervorming van de langdurige zorg.

1 **Kwetsbare ouderen blijven langer thuis wonen; ook met complexe problemen.**

Ouderen willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en worden liever niet opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis. Hierdoor wonen steeds meer kwetsbare ouderen met vaak complexe problemen tot op hoge leeftijd thuis. Chronisch zieke ouderen hebben in 85 procent van de gevallen met meer dan twee zorgverleners te maken, 23 procent zelfs met zes of meer. Oudere mensen en hun mantelzorgers willen steeds vaker overleggen en meebeslissen over hun eigen behandeling en zorgverlening. Dat vraagt om uitgebreid overleg, wat bij mensen met cognitieve beperkingen vaak erg moeilijk is. Het belang van de continuïteit van de zorgverlener in één persoon is een kwaliteitsaspect dat door zorgverleners en zorginstellingen nog onvoldoende wordt onderkend. Ook de farmaceutische zorg verdient extra aandacht. Kwetsbare oudere patiënten hebben vrijwel altijd met meer behandelaren te maken die medicijnen voorschrijven, vaak zonder onderlinge afstemming¹⁶. Langer thuis wonen vraagt dus om een goede afstemming tussen de patiënt, mantelzorger(s) en de verschillende professionele hulpverleners. Coördinatie hierin in de vorm van casemanagement door wijkverpleegkundige of praktijkverpleegkundige is in de meest complexe gevallen eerder noodzaak dan luxe.



2 Preventie van kwetsbaarheid moet beter worden opgezet

Wie kwetsbaar is geworden en dat blijft, heeft een vijf keer grotere kans om opgenomen te worden in een zorginstelling dan mensen die blijvend niet-kwetsbaar zijn. De kans op vroegtijdig overlijden is voor blijvend kwetsbare ouderen bijna drie keer groter dan voor ouderen die niet-kwetsbaar blijven. Kwetsbaarheid proberen te voorkomen, te verminderen of uit te stellen

verhoogt dus niet alleen iemands levenskwaliteit, maar ook zijn levensverwachting. Kwetsbaarheid wordt gesignaleerd op drie domeinen: sociale, fysieke en psychische kwetsbaarheid. Het is de opgave aan alle teams die zorg voor kwetsbare ouderen willen leveren om te investeren in preventietaken op deze drie domeinen.

3 We gaan naar een participerende samenleving

Het einde van de verzorgingsstaat is mede door de financiële crisis van de afgelopen jaren versneld ingeluid. Het is straks niet meer vanzelfsprekend dat er professionele hulp beschikbaar is voor kwetsbare ouderen. In eerste instantie zal voor huishoudelijke hulp en verzorging een beroep gedaan worden op de mantelzorgers en het sociale netwerk rond de kwetsbare oudere. Pas in tweede instantie wordt professionele hulp georganiseerd. In deze transitie is het zoeken hoe eerstelijnsprofessionals kwetsbare ouderen op een goede manier kunnen helpen om de zorg in de naaste omgeving te regelen. Aandacht voor de reële risico's van deze transitie is belangrijk, zoals overbelasting van mantelzorgers en ouderen die tussen wal en schip dreigen te raken. Eenzaamheid kan bijvoorbeeld een belangrijke rol spelen bij kwetsbaarheid; juist in deze groep zal het vaak moeilijk zijn om een sociaal netwerk te vinden.

4 Een sterke eerste lijn

Bij kwetsbare ouderen leidt een relatief kleine gebeurtenis vaak tot allerlei problemen die functieverlies veroorzaken. Het weer overeind zetten van de dominostenen is de uitdaging voor de huidige ouderengeneeskunde. Dat vraagt om een zorgsysteem waarin, uitgaande van de wensen en mogelijkheden van ouderen zelf, proactieve zorg geleverd wordt vanuit een kleinschalig geriatriesch team onder regie van een generalist¹⁷.

De huisarts(voorziening) fungeert als centraal aanspreekpunt voor alle gezondheids- en functioneringsproblemen van kwetsbare ouderen in de thuissituatie. Een proactieve werkwijze van de huisarts(voorziening) helpt kwetsbare ouderen om hun gezondheids- en functioneringsproblemen tijdig en volledig kenbaar te maken. De complexiteit van de problematiek van de patiënt bepaalt of er specialistische expertise ingezet moet worden, bijvoorbeeld van de specialist ouderengeneeskunde. Dit hangt mede af van de beschikbare expertise in de huisartsenvoorziening: zijn er bijvoorbeeld kaderhuisartsen ouderengeneeskunde? Goede eerstelijns zorg voor kwetsbare ouderen slaagt alleen bij nauwe samenwerking tussen huisartsen en de specialist ouderengeneeskunde.

17

NHG Standpunt 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen', Utrecht, 2007.

Een nieuwe vorm van samenwerking in de eerste lijn werd gerealiseerd in Velp waar de praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet werd gevestigd in het gezondheidscentrum van de stichting Eén Plus Samenwerking. Dit lijkt een veelbelovend model van samenwerking in de ouderenzorg in de eerste lijn.¹⁸

5 Steeds meer samenwerking met het ziekenhuis

Oudere kwetsbare patiënten hebben tijdens een ziekenhuisverblijf een verhoogde kans op complicaties. Veel medische problemen die kwetsbare ouderen thuis ervaren, zijn een gevolg van de versnippering van de medisch specialistische zorg of van onvoldoende voorbereiding op ontslag uit het ziekenhuis.

Deze problemen kunnen vaak worden voorkomen als de kwetsbaarheid snel gesignaleerd wordt en er een goede samenwerking is tussen de verwijzende huisarts (of specialist ouderengeneeskunde) en de behandelaars in het ziekenhuis. Voor de behandelaar in het ziekenhuis is de verwijzer het aanspreekpunt in de eerste lijn en vice versa. Dit stelt hoge eisen aan de onderlinge bereikbaarheid én de kwaliteit van de verwijzing- en terugverwijzing. Bovendien moet de werkwijze in het ziekenhuis kantelen van gericht op de aandoening naar gericht op functiebehoud. Op basis van dit nieuwe paradigma zou een zorgpad voor kwetsbare ouderen in het ziekenhuis moeten worden voorgesteld.

De ouderenbonden die zijn verenigd binnen de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO) pleiten ervoor dat alle ziekenhuizen een 'senior-friendly healing environment' worden, met 'geriatriesch sensibele' afdelingen en een geriatriesch team¹⁹. De CSO vindt dat inspanningen om de medische ouderenzorg te verbeteren zich niet moeten richten op voortgaande specialisatie en protocollering, maar het accent moeten leggen op een integrale benadering en op versterking van de geriatrische competenties bij artsen. Voor kwetsbare ouderen is versterking van de integrale, geriatrische benadering de aangewezen koers voor kwaliteitsverbetering.

18 Bertholet E, Barnhoorn H, Kodde H. Handreiking multidisciplinaire ouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. Velp, 2013. <http://praktijkouderengeneeskunde.nl/wp-content/uploads/2013/05/130521-Handreiking-multidisciplinaire-zorg-voor-ouderen-in-de-eerste-lijn-samen-met-een-specialist-ouderengeneeskunde.pdf>

19 Huijsman R., 2010. Duurzame ouderenzorg: met, voor én door ouderen (Manifest in opdracht van de gezamenlijke ouderenorganisaties). Utrecht: CSO.

De seniorbonden Unie KBO, PCOB, NVOG en NOOM hebben een project opgezet 'Op weg naar seniorvriendelijke ziekenhuizen' waarin zij alle Nederlandse ziekenhuizen screenen op 'seniorvriendelijkheid'. Ziekenhuizen die optimaal zijn ingericht, kunnen het Keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis verkrijgen.²⁰

6 Wijkgericht werken helpt bij zelfredzaamheid

Steeds vaker klinkt de wens dat verschillende organisaties samenwerken om de gezondheid van mensen op een lokaal niveau te bevorderen. Zo ondersteunen zorgprofessionals in de eerste lijn gezamenlijk kwetsbare ouderen met chronische ziektes bij het voorkomen van complicaties en het verbeteren van hun kwaliteit van leven. Een gezonde leefstijl, therapietrouw en zelfmanagement zijn daarbij belangrijke ingrediënten. Gemeenten hebben een taak in gezondheidsbevordering en schuiven GGD-en naar voren bij de uitvoering ervan. Daarnaast zijn welzijnsorganisaties, sociale wijkteams/wijkcoaches en Wmo-teams druk in de weer om burgers te ondersteunen bij het vergroten van hun zelfredzaamheid. Meedoen aan activiteiten in een wijk en werken aan een gezonde leefstijl helpen de burger om zelfredzaam te zijn. Naast zorgorganisaties en gemeenten, maken ook scholen, sportorganisaties en ondernemers zich sterk voor een gezonde populatie²¹. Vanuit de overheid wordt de nadruk gelegd op de coördinerende rol van wijkverpleegkundigen als verbindende schakel in het wijkgericht werken.

7 AWBZ naar Wmo

De financiering van zorg gaat er anders uitzien. Verzorging en verpleging bij langdurige ziekte die voorheen vanuit de AWBZ gefinancierd werd, wordt nu voor een groot deel ondergebracht in de ziektekostenverzekering en de Wmo. Dat betekent dat eerstelijnssteams nu ook met gemeenten moeten samenwerken en dat er ook zaken anders gaan lopen bij de zorgverzekeraars. Het lijkt wel of niemand nog goed weet hoe dat gaat uitpakken de komende jaren en vaak is niet duidelijk wie het initiatief neemt in de organisatie voor een nieuwe samenwerking. De expertise die binnen veel eerstelijnssteams is opgebouwd, vormt belangrijke input hiervoor.

20 www.seniorvriendelijkziekenhuis.nl.

21 <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/kcz/Kennisplein-Chronische-Zorg-Blogs-Barbara-de-Groen/Wijkaanpak-voor-een-gezonde-populatie.html>

Bijlagen

Bijlage 1 | Model voor het bepalen van kwetsbaarheid

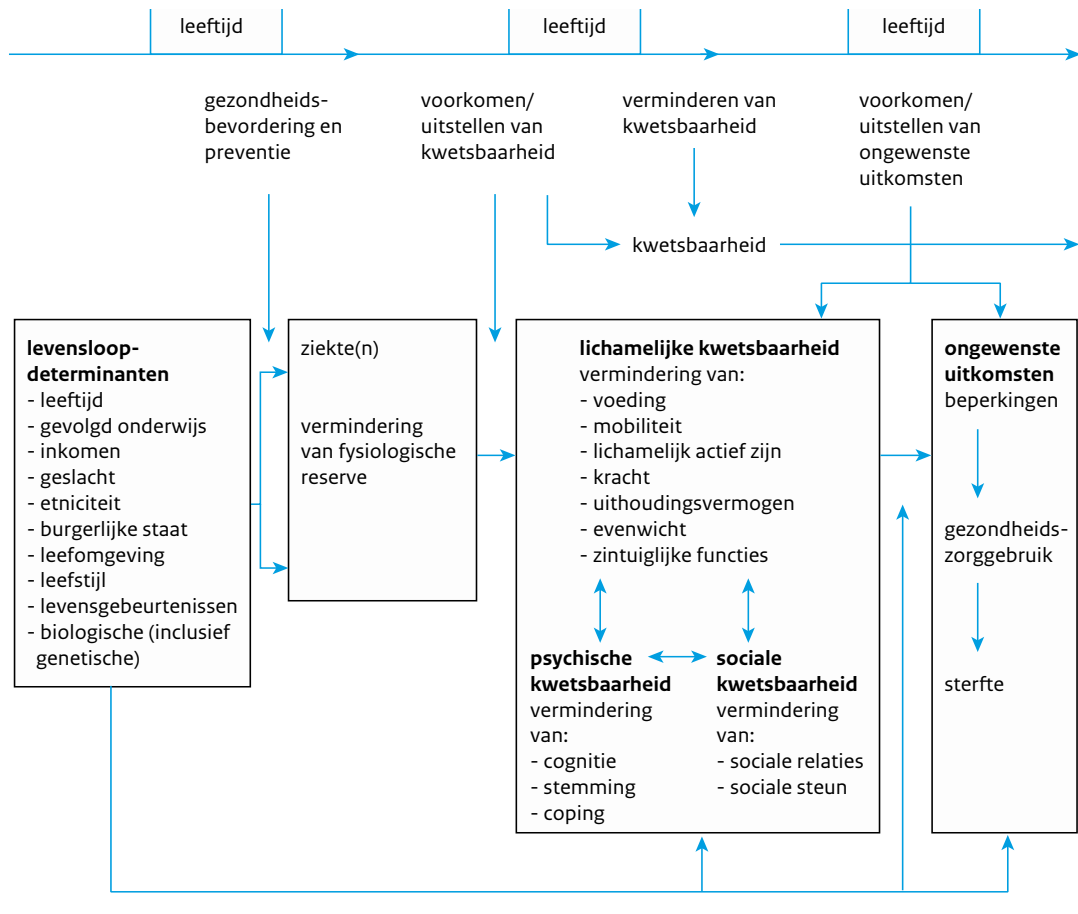
Gobbens et al. (2010)²² hebben het model van Bergman et al. (2004) bewerkt tot een conceptueel model van kwetsbaarheid. Dit model onderscheidt zich van het oorspronkelijke model door drie vormen van kwetsbaarheid te onderscheiden: lichamelijke, psychische en sociale kwetsbaarheid die onderling samenhangen.

Het model wijst de volgende determinanten aan:

- sociaal demografische factoren (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, etniciteit)
- sociaal economische factoren (onderwijs, inkomen)
- leefstijl
- ziekten
- levensgebeurtenissen
- woonomgeving
- genetische factoren

Het model van de levensloop van ouderen schetst de weg van kwetsbaarheid naar ongewenste gebeurtenissen en biedt daarin ook aanknopingspunten voor preventie waarop verderop in dit programma nader wordt ingegaan.

Schema conceptueel model van kwetsbaarheid van Gobbens et al. (2010).



Bron: Gobbens et al. (2010c)

Ontwikkeling van kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid is geen toestand maar een proces, zoals ook uit het model van Gobbens blijkt. Kwetsbaar worden kan op verschillende manieren. Mensen worden niet altijd kwetsbaar, ze kunnen ervan herstellen, kwetsbaarheid kan zich langzaam ontwikkelen en sommigen zijn al op jongere leeftijd kwetsbaar. Gezondheid, leefstijl en persoonlijkheid zijn allemaal van invloed op het beloop van kwetsbaarheid. Fysieke kwetsbaarheid bestaat uit acht kenmerken:

- slecht lopen
- slecht evenwicht kunnen bewaren
- lichamelijk moe zijn
- slecht horen
- slecht zien
- weinig tot niet wandelen
- ongewenst gewichtsverlies
- weinig handkracht hebben

Ouderen die ten minste vier van deze kenmerken hebben, gelden als fysiek kwetsbaar. Uit het zeven jaar lopende LASA-onderzoek (Longitudinal Ageing Study Amsterdam²³) onder 65-plussers blijkt dat in een periode van zeven jaar:

- een derde van hen fysiek kwetsbaar is (geweest) of wordt;
- bijna de helft van de onderzochte ouderen geen of één van deze kenmerken heeft;
- een heel kleine groep (2,8%) blijvend kwetsbaar is;
- één op de tien ouderen wel kwetsbaar is geworden;
- iets meer dan één op de tien ouderen overlijdt nadat ze een periode kwetsbaar zijn geweest.

Opvallend: fysieke en psychische kwetsbaarheid gaan vaak samen: als de fysieke kwetsbaarheid toeneemt, doet de psychische dat ook. Het beloop van sociale kwetsbaarheid gaat niet altijd samen met het beloop van fysieke en psychische kwetsbaarheid. Opvallend is ook dat bij mensen die blijvend kwetsbaar zijn, hun sociale kwetsbaarheid juist afneemt. Zij zoeken waarschijnlijk sociale steun in hun omgeving om hun verminderd functioneren op te vangen.

Vaststellen kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid is volgens de gehanteerde definitie meetbaar aan de hand van:

- kracht, voeding, uithoudingsvermogen, mobiliteit, lichamelijke activiteit, evenwicht, zintuiglijke functies (= lichamenlijk domein);
- cognitie, stemming en coping (= psychisch domein);
- sociale relaties en sociale steun (= sociaal domein).

Met behulp van een multidimensionaal meetinstrument is het mogelijk kwetsbaarheid te signaleren en de mate van kwetsbaarheid vast te stellen. Als iemand tekenen van kwetsbaarheid vertoont (dus een bepaalde score heeft op zo'n instrument), volgt een onderzoek door hulpverleners om de problematiek in kaart te brengen. Op grond van de resultaten kunnen hulpverleners in overleg met betrokkenen bepalen welke zorg en ondersteuning het beste past.

Bijlage 2 | Overzicht factoren die van invloed zijn op kwaliteit van leven²⁴

Gezondheid en zorg	Persoonsgebonden factoren	Stressoren	Sociale relaties	Omgeving
• Ervaren gezondheid • Aandoeningen: - lichamelijk - psychisch • Beperkingen • Participatieproblemen door beperkingen • Zorggebruik • Leefstijl • Medicijn- en hulpmiddelengebruik • Ernst en aard van chronische ziekte	• Sociaaleconomische status • Persoonlijkheidskenmerken • Vaardigheden • Attituden • Coping	• Verlies partner • Verlies baan	• Sociale steun • Sociale netwerken	• Voorzieningen: - woning - leefomgeving • Perceptie • Leefomgeving

Een oriëntatie op deze kenmerken is een van de pijlers van een aanpak voor kwetsbare ouderen.

Bijlage 3 | Overzicht Toolboxen interventies

Er zijn verschillende toolboxen beschikbaar die een aantal interventies beschrijven:

Toolbox Interventies

Korte omschrijving

Deze toolbox kan als handvat gebruikt worden bij het in kaart brengen van de problemen van de oudere en tijdens het multidisciplinair overleg (MDO). De interventiebox volgt het SFMPC model, het bevat mogelijke interventies en opties voor uitvoer van interventies. De toolbox is indicatief, het dient dynamisch gevuld te worden. Het gebruik zal afhangen van de lokale omstandigheden en beschikbare formele en informele zorgverleners. De toolbox is enige jaren geleden ontwikkeld in conceptversie door verschillende professionals in de ouderenzorg betrokken bij bijeenkomsten van de LVG. Tijdens de ontwikkeling van deze handreiking is het bewerkt tot de huidige versie.

Meer informatie

www.platformouderenzorg.nl

U-Care Toolkit kwetsbare ouderen

Korte omschrijving

Deze toolkit bevat een uitgebreide screening naar kwetsbaarheid (met de Groningen Frailty Indicator (GFI)), complexiteit van zorg en welbevinden. Daarnaast bevat de toolkit voor elf veel voorkomende geriatrische problemen evidence-based zorgplannen. Op handige stroomschema's wordt een set van mogelijke interventies weergegeven.

Ontwikkeld door

NUZO (NPO netwerk Utrecht)

Meer informatie

mail NUZO@umcutrecht.nl

Toolkit Effectieve Ouderenzorg

Korte omschrijving	De toolkit bevat een uitgebreide uitwerking van veelvoorkomende geriatrische problemen en is bestemd voor zorg-professionals werkzaam in de ouderenzorg.
Ontwikkeld door	Effectieve Ouderenzorg (NPO netwerk Amsterdam)
Meer informatie	http://www.effectieveouderenzorg.nl/Toolkit.aspx

Voorbeeld van een zorgplan

Dit voorbeeld- zorgplan is overgenomen uit de Handreiking multidisciplinaire ouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn;
E. Bertholet; H. Barnhoorn; H. Kodde, Velp, april 2013.

Probleem	Doelstelling	Actie	Wie
Somatisch			
Veel lichamelijke klachten e.c.i bij nieuwe diagnose depressie	Alert blijven op somatische oorzaak van klachten	Reg. evaluatie arts middels maandelijks huisbezoek	Arts (huisarts/SO)
ADL			
Afgenomen zelfredzaamheid door verlies van overzicht, paniekgevoel	Ondersteuning/optimaliseren ADL mogelijkheden	Tzt inschakelen ergo Alarmeringssysteem regelen	Arts (SO) Ouderenadviseur
Neiging to contractuurvorming handen	Verminderen gebogen stand handen/pijn	Fysio gericht op functioneel inzetten hand	Fysio
Afgenomen mobiliteit, valgevaar buitenshuis	Weer veilig naar buiten	Rolstoel via WMO regelen	Ouderenadviseur
Maatschappelijk			
Echtgenoot wordt door omgeving cognitief overschat	Echtgenoot niet overbelasten, tzt cognitief evalueren	Familie en zorgverleners regelmatig op hoogte brengen	Arts (SO)
Echtpaar houdt geïndiceerde hulp af	Motiveren voor toestaan meer hulp	Vertrouwen winnen (Fysio betrokken als 'oude bekende')	Arts (SO), fysio, ouderenadviseur
Psychisch			
Gevoel van verlies van overzicht/structuur/paniek en somberheid. Diagnose: ernstige depressie (geen dementie)	Betere stemming, afnemen angstgevoelens	Medicatie (antidepressivum) wordt opgebouwd, met vooralsnog goed resultaat	Arts (SO)
Communicatie			
-			

Evaluatie MDO 10 januari 2012

Bijlage 4 | Welke competenties zijn er nodig binnen de ouderenzorg?

De CanMEDS competenties²⁵ die door de KNMG en de V&VN worden gehanteerd voor de medische en verpleegkundige ouderenzorg moeten nauw aansluiten op de algemene kerncompetenties voor artsen en verpleegkundigen. Daarom worden hier slechts extra accenten gelegd op die overstijgende competenties die essentieel zijn in de medische ouderenzorg. Deze competenties gelden voor iedere professional in de medische ouderenzorg, van verpleegkundige tot specialist. De afzonderlijke disciplines binnen de medische ouderenzorg hebben hun opleidingen reeds aangepast op de competentiegebieden van de CanMEDS. Voor wijkverpleegkundigen is een beroepsdeelprofiel beschreven, voor de praktijkverpleegkundigen is ook een expertisegebied beschreven. Vaak is aanvullende scholing in gerontologie en geriatrie wenselijk omdat in de initiële opleidingen van verpleegkundigen, HBO-V, dit nog onvoldoende ingebed is.

1 Medisch handelen

- 1.1 Hanteert diagnostische en therapeutische vaardigheden ten behoeve van een doeltreffende, doelmatige en patiëntgerichte ouderenzorg in een integraal, multidisciplinair, probleemgericht en cyclisch zorgproces, met inachtneming van de geldende kwaliteitsstandaarden (richtlijnen, protocollen, evidence-based medicine). Aan verpleegkundigen zijn bepaalde diagnostische vaardigheden gedelegeerd.
- 1.2 Houdt zich op de hoogte van relevante ontwikkelingen in de (medische) ouderenzorg en weet die te vertalen naar de eigen praktijkvoering.
- 1.3 Heeft een doortastende, proactieve houding bij het voorkomen van medische problemen en bij (vroeg)signalering van aandoeningen waarvoor behandeling of begeleiding mogelijk is.
- 1.4 Heeft aandacht voor behandeling waar mogelijk en tevens voor behoud of herstel van functionaliteit, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven van de oudere patiënt.
- 1.5 Maakt afwegingen rond kwaliteit en kwantiteit van het leven bespreekbaar en helpt de patiënt bij een individuele afweging hieromtrent.

25 De CanMEDS zijn ontwikkeld door het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. De term CanMEDS is een samentrekking van de woorden Canadian Medical Education Directives for Specialists.

2 Communicatie

- 2.1 Bouwt effectieve therapeutische relaties met patiënten en hun systeem op, rekening houdend met de diversiteit in etnische en culturele achtergronden.
- 2.2 Betracht in de communicatie extra zorgvuldigheid en aandacht, rekening houdend met eventuele verminderde cognitieve, zintuiglijke en communicatieve functies van ouderen.
- 2.3 Creëert een omgeving, die gekenmerkt wordt door begrip, interesse, empathie, vertrouwen en vertrouwelijkheid.
- 2.4 Verkrijgt en bespreekt relevante informatie bij de patiënt, diens systeem of bij andere hulpverleners en stelt vast of en in hoeverre de patiënt de informatie en het advies heeft begrepen en de reikwijdte daarvan kan overzien.
- 2.5 Doet op een accurate wijze verslag van het gesprek met de patiënt in het medisch dossier.

3 Samenwerking

- 3.1 Overlegt doelmatig met multidisciplinair teams over het individueel zorgplan.
- 3.2 Draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg, zowel in de medische als met andere disciplines waaronder verpleegkundigen en verzorgenden, onder andere door het maken van afspraken over toegankelijkheid, zorginhoud, samenwerking en communicatie.
- 3.3 Onderkent hierbij de grenzen van de professionele rollen en deskundigheid, bij zowel zichzelf als andere professionals.
- 3.4 Betrekt de patiënt en zijn naasten bij de besluitvorming en integreert expliciet hun mening in de individuele zorgplannen.

4 Kennis en wetenschap

- 4.1 Beoordeelt de informatie van het eigen vakgebied kritisch ten behoeve van de eigen klinische oordeels- en besluitvorming.
- 4.2 Ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan op het terrein van de zorg voor ouderen.
- 4.3 Heeft aantoonbare kennis en inzicht in het vakgebied (anatomie, fysiologie, pathologie, geriatrie, gerontologie).
- 4.4 Is in staat tot het opstellen van een individueel zorgplan.
- 4.5 Is in staat tot protocol-overstijgend denken en handelen.

5 Maatschappelijk handelen

- 5.1 Heeft een maatschappelijke rol als het gaat om de bevordering van de geestelijke en lichamelijke gezondheid van ouderen in de samenleving.
- 5.2 Participeert in het versterken van de kwaliteit van leven van ouderen op de verschillende domeinen van zorg, wonen, sociaal en geestelijk welzijn.
- 5.3 Kent en herkent de determinanten om de gezondheid van oudere patiënten te bevorderen.

6 Organisatie

- 6.1 Werkt effectief en doelmatig binnen wisselende multidisciplinaire teams.
- 6.2 Stemt het zorgaanbod af op de wensen van de patiënt zodanig dat de geboden zorg maximaal doelmatig wordt ingezet.
- 6.3 Gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg, scholing en andere activiteiten.
- 6.4 Kent de wet- en regelgeving, zowel patiëntgericht (WGB0) als -overstijgend (Wmo).

7 Professionaliteit

- 7.1 Levert hoogstaande zorg op een integere, oprechte en betrokken wijze, met inachtneming van de medische, professionele en juridische verplichtingen.
- 7.2 Houdt persoonlijke en professionele rollen in evenwicht en gaat binnen het kader van de beroepsethiek bewust om met voorkomende verschillen in normen en waarden.
- 7.3 Komt tot zelfreflectie, spreekt anderen aan en laat zich door anderen aanspreken op de kwaliteit van de medische zorg en het persoonlijke handelen daarin en kan zijn gedrag aanpassen aan de ontvangen feedback.
- 7.4 Gaat effectief om met ethische dilemma's en respecteert de wilsuitingen van de competente patiënt, ook als deze niet in overeenstemming zijn met het medisch advies. Tevens worden de wilsuitingen van een niet-beslisvaardige patiënt verzameld en op passende wijze meegewogen in de besluitvorming, waarbij de mening van de (wettelijk) vertegenwoordiger zwaarwegend is.

Bijlage 5 | Begrippen over taken en functies in het zorgproces

Het individuele zorgproces heeft een beleidsmaker en beleidsuitvoerders. Primaire beleidsmaker (met de functie regisseur) in de eerstelijns geneeskunde is de patiënt, daarna (meestal) de mantelzorger(s), daarna (meestal) de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde. De uitvoerders (met de functies zorgcoördinatie en casemanagement) zijn in principe ook de patiënt en de mantelzorgers, aangevuld met professionele hulpverleners.

Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie gaat over het regelen en afstemmen van gelijktijdige of opeenvolgende zorg-, hulp- en/of dienstverlening rond een patiënt met alle betrokken zorg-, hulp- en dienstverleners.

Casemanagement

Casemanagement gaat over zorgcoördinatie in gecompliceerde situaties. Een casemanager heeft veelal ook voorlichtende en ondersteunende taken.

Individueel zorgplan

Het individueel zorgplan is een plan waarin de actuele problemen, de behandeldoelen en de bijbehorende interventies op een rij staan. Dit individuele zorgplan is door de casemanager samen met de oudere en eventuele mantelzorgers opgesteld. Het wordt periodiek geëvalueerd en bijgesteld.

Bijlage 6 | ICT

Leveranciers uit Nationaal Programma Ouderenzorg

ZWIP, Zorg en Welzijns Info Portaal is ontwikkeld door netwerk100 Nijmegen in samenwerking met Protopics. Zie www.zwip.nl of www.protopics.nl.

RaiView, is ontwikkeld en geïmplementeerd door netwerk VUMC in samenwerking met NIGW. Zie www.nigw.nl.

In het SamenOud project uit Groningen is een ouderenmodule ontwikkeld met Bossers & Cnossen. Zie www.samenoud.nl en www.bnc.nl.

Het netwerk AMC heeft een ouderenmodule ontwikkeld met Caresharing. Zie <http://www2.caresharing.eu>.

Overige leveranciers van operationele modules voor ouderenzorg

De ontwikkelaars van het virtuele verzorgingshuis
<http://www.zorgverband.nl/>.

De KIS leverancier Porta Vita heeft een ouderenmodule.
<http://www.portavita.nl/>.

Gino heeft modules voor casemanagement dementie en kwetsbare ouderen.
<http://www.gino.nl/>.

Vital Health Software heeft een ouderenmodule.
<http://www.vitalhealthsoftware.nl>.

Care2u heeft een ouderenmodule.
<http://www.care2u.nl/>.

De leverancier Fastguide heeft de ouderenmodule EGPO.
<http://www.egpo.nl/>.

Over de samenstellers van deze handreiking

Annet Wind

Annet Wind is huisarts in Hoorn en heeft expertise op het gebied van dementie en eerstelijns ouderengeneeskunde. Zij is tevens coördinator van de NHG-Kaderopleiding Ouderengeneeskunde en hoofd Nascholing van de afdeling PHEG van het LUMC. Zij was lid van de werkgroepen betrokken bij het NHG-standpunt 'Toekomstvisie Huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen' (2007) en het KNMG standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' (2010). Zij is bestuurslid van LAEGO, de Landelijke Adviesgroep EerstelijnsGeneeskunde voor Ouderen. A.W.Wind@lumc.nl

Hans Vlek

Hans Vlek is niet-praktiserend huisarts en werkzaam bij Vilans in het team Innovatie & Onderzoek. Daarnaast is hij projectmanager bij Slimmer met Zorg in Eindhoven, één van de 9 VWS proeftuinen in Nederland waar met vormen van populatiemanagement wordt geëxperimenteerd. Hij heeft aan de basis gestaan van de zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen van het gezondheidscentrum Withuis te Venlo waar hij als huisarts heeft gewerkt, en recenter van het Eerstelijns Centrum Tiel waar hij als medisch manager werkzaam was tot 2013. In zijn Vilansportfolio is persoonsgerichte zorg een van de kernthema's. H.Vlek@Vilans.nl

Eveline Nieuwland

Eveline Nieuwland werkt vanaf 2006 als zelfstandig adviseur bij Adiantar (zie www.adiantar.nl) en heeft een brede ervaring in de eerstelijns gezondheidszorg. Zij was onder meer verantwoordelijk voor het opzetten van diverse gezondheidscentra, regionale samenwerkingsverbanden, het innovatie traject De Nieuwe Praktijk van VWS en de NHG. Daarnaast heeft zij diverse zorgprogramma's ontwikkeld en geïmplementeerd. Eveline heeft ruime ervaring als (wijk)verpleegkundige, gezondheidswetenschapper, heeft o.a. gewerkt als MCC coördinator, inkoper van huisartsenzorg bij een zorgverzekeraar en heeft diverse zorginhoudelijke studiereizen en congressen georganiseerd. eveline@adiantar.nl

Martijn van Nunen

Martijn van Nunen werkt als huisarts in het gezondheidscentrum Hoensbroek Noord. Hij is kaderhuisarts diabetes en kaderhuisarts ouderengeneeskunde. Hij is verbonden aan de universiteit Maastricht en werkt daar onder andere

aan een onderzoeksproject over wijkgericht werken en integrale zorg. Ruim 10 jaar geleden was hij een van de eersten die structureel werk ging maken van ouderenzorg in de eerstelijns. Op symposia van KNMG en Vilans heeft hij gesproken over de manier waarop ouderenzorg goed en efficiënt bedreven kan worden in elke huisartsenpraktijk. Samenwerking met de gemeente heeft al jaren zijn speciale aandacht en mede daardoor was het gezondheidscentrum Hoensbroek Noord een van de eerste die een Wmo consulent in zijn team had.
m.vannunen@maastrichtuniversity.nl

Kees Vermaat

Kees Vermaat is gezondheidswetenschapper en verpleegkundige n.p. Hij heeft jarenlange ervaring in ketenzorg en samenwerkingsvraagstukken in de gezondheidszorg. Vanaf 2008 is hij werkzaam als zelfstandig adviseur in de eerstelijns. In 2009 is hij als projectleider kwetsbare ouderen gestart in het transitieproject Zorg en Welzijns Standaard voor de kwetsbare ouderen in Nijmegen. Zijn aandachtsgebieden waren organisatie, implementatie en financiering. Sinds 2012 is Kees als adviseur werkzaam voor NPO / ZonMW op het gebied van financieringsvraagstukken rond kwetsbare ouderen. Vanuit Netwerk 100 is hij betrokken bij de ontwikkeling van het ZWIP-concept en bezig om de ontwikkelde concepten uit Nijmegen te verspreiden.
kees@vermaatadvies.nl

Joke Koers-Pelgröm

Joke Koers-Pelgröm is praktijkverpleegkundige en adviseur eerstelijnszorg. Zij heeft ruime ervaring in de ouderenzorg. Als ziekenverzorgende begon ze met de opleiding in een verpleeghuis, daarna is ze bij de thuiszorg gaan werken en heeft ze de opleiding HBO-V gedaan. Zij werkt nu inmiddels zeven jaar als praktijkverpleegkundige ouderenzorg bij een huisartsenpraktijk in Bommel. Joke heeft naast passie voor haar vak veel affiniteit met kwaliteit en beleid van de ouderenzorg. Daarnaast is ze een netwerker en innovator met als doel om de zorg voor de kwetsbare oudere te verbeteren. Joke is actief lid van de beroepsvereniging VenVN afdeling Praktijkverpleegkundigen en Praktijkondersteuners. joke.koers@upcmail.nl

Ruth Pel-Littel

Ruth Pel-Littel is gezondheidswetenschapper en verpleegkundige n.p. Zij werkt sinds 2008 bij Vilans als senior adviseur. Zij werkte jarenlang vanuit verschillende verpleegkundige functies in de zorg voor kwetsbare ouderen en heeft een brede expertise ontwikkeld binnen de ouderenzorg. Zij was als verplegingswetenschapper verbonden aan verschillende weten-

schappelijke onderzoeken die zich onder meer richtten op het behoud van functioneren en kwaliteit van leven bij kwetsbare ouderen. Als projectleider en adviseur bij Vilans is zij verbonden aan verschillende projecten binnen de langdurende ouderenzorg, veelal gericht op kwetsbare ouderen en multi-morbiditeit in de eerste lijn. Ruth start medio 2014 met een promotieonderzoek bij het AMC over Shared Decision Making in de complexe ouderen-zorg. Dit combineert zij met haar werk bij Vilans. r.pel@vilans.nl

ROS

De ROS ondersteunt bij het implementeren van gestructureerde, proactieve zorg voor kwetsbare ouderen in de praktijk en het opzetten van een multidisciplinair netwerk in de wijk. De ROS'en werken hierbij ook landelijk samen door kennis en ervaringen te delen en best practices uit te wisselen.