Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen

Verlee E, Van der Sande R, Abel R, Brandon S, De Groot J, Quist-Anholts GWL, Rijnbeek CM, Van Bruchem-Steen Redeker H, Wilbrink N, Wisselink H, De Bont M, Vriezen JA

Kernpunten

- De LESA geeft aandachtspunten op basis waarvan huisartsen met hun team en wijkverpleegkundigen met hun team in regionaal of lokaal verband afspraken kunnen maken over de zorg voor en ondersteuning van kwetsbare ouderen.
- Goede zorg voor ouderen is zorg op maat, aansluitend op de wensen en behoeften van de oudere en met oog voor zijn persoonlijke context. De kwaliteit van leven zoals de patiënt die zelf ervaart, staat hierbij voorop.
- De afspraken tussen de huisarts, de wijkverpleegkundige en de desbetreffende oudere worden vastgelegd in een gezamenlijk zorgplan, dat bij voorkeur tot stand komt in een multidisciplinair overleg waarbij ook de patiënt (en mantelzorger) betrokken zijn.
- Goede afstemming met de mantelzorgers is een voorwaarde om de zorg voor de oudere zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven bieden.

INLEIDING

De LESA Zorg voor kwetsbare ouderen beoogt de verdeling van taken tussen en verantwoordelijkheden van huisarts (praktijkverpleegkundige/-ondersteuner)[1] en wijkverpleegkundige vast te leggen en daardoor de samenwerking te optimaliseren.[2] Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) namen het initiatief voor deze LESA in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). De specialist ouderengeneeskunde vult de huisartsenzorg voor ouderen in de eerste lijn aan, en ondersteunt en versterkt deze. Ook de zorg van de verpleegkundige en die van de sociaal werker overlappen regelmatig. Daarom zijn vertegenwoordigers van deze beroepsgroepen in de werkgroep opgenomen.

Daarnaast zijn praktijkverpleegkundigen in de werkgroep vertegenwoordigd, evenals een afgevaardigde namens Laego (Landelijke adviesgroep eerstelijnsgeneeskunde voor ouderen) en een vertegenwoordiger van de ouderen namens de Protestants Christelijke Ouderen Bond (PCOB), Nederlandse Vereniging van Organisaties van Gepensioneerden (NVOG), Netwerk Organisaties oudere Migranten (NOOM) en Katholieke Bond van Ouderen (KBO). Hoezeer anderen of andere beroepsgroepen ook een belangrijke rol spelen bij de zorg en het welzijn van kwetsbare ouderen, de samenwerking met hen is geen deel van de huidige LESA. Deze LESA kan wel model staan voor samenwerkingsafspraken met andere relevante beroepsgroepen bij de doelgroep.

Deze LESA heeft de titel *Zorg voor kwetsbare ouderen*, maar gaat evenzeer over ouderen met complexe problematiek. Bij een kwetsbare oudere is altijd sprake van complexe problematiek, het omgekeerde hoeft niet het geval te zijn. Aangezien veel onderzoeken en literatuur zich richten op 'kwetsbare ouderen' en niet op 'ouderen met complexe problematiek', kiezen wij ervoor om deze LESA *Zorg voor kwetsbare ouderen* te noemen.

Juist bij de groep kwetsbare ouderen is de afstemming tussen zorgverleners cruciaal voor de kwaliteit van de zorg.[3] Zij hebben een complexe zorgvraag met problematiek in verschillende domeinen.

De huidige LESA betreft de zorg voor ouderen in algemene zin en gaat niet speciaal over het organiseren van zorg voor ouderen met specifieke aandoeningen, zoals dementie of kanker, of over palliatieve zorg. Hiervoor bestaan aparte samenwerkingsafspraken.[4] De aanwezigheid van psychische aandoeningen kan extra aandacht vragen bij de zorg voor kwetsbare ouderen. Daarom is het belangrijk voor deze groep afspraken te maken over signalering, behandeling, verwijzing en samenwerking met andere hulpverleners.[5]

Waar wij in deze LESA spreken over de oudere, patiënt of cliënt, wordt ook het systeem rond de oudere bedoeld (dus inclusief belangrijke mantelzorger(s) en vertrouwenspersoon: dit kan, maar hoeft niet altijd dezelfde persoon te zijn).

Deze LESA is de basis voor meer gedetailleerde afspraken op regionaal, lokaal of wijkniveau over de samenwerking bij het signaleren, het in kaart brengen en de begeleiding van kwetsbare ouderen

Inbreng van de patiënt

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) geeft richtlijnen voor de samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen en hun teams. Uitgangspunt is dat die werkafspraken altijd worden gemaakt in samenspraak met de oudere en zijn mantelzorger, waarbij rekening wordt gehouden met de wensen en behoeften, mogelijkheden en omstandigheden van de betrokken oudere. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

Afweging door de betrokken zorgverleners

Het persoonlijke inzicht van de betrokken zorgverleners is bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in een concrete situatie kan beredeneerd afwijken van de richtlijnen rechtvaardigen. Dit zal bij de kwetsbare oudere patiënt regelmatig het geval zijn. Dat laat onverlet dat de LESA bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Taakherschikking

De LESA geeft samenwerkingsafspraken voor huisartsen en wijkverpleegkundigen. Dit betekent niet dat de huisarts of de wijkverpleegkundige alle genoemde taken zelf moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan bijvoorbeeld de praktijkassistente, praktijkondersteuner, praktijkverpleegkundige, ziekenverzorgende of andere zorgverleners. Met als voorwaarden dat duidelijk is vastgelegd in welke situaties de huisarts of wijkverpleegkundige geraadpleegd moet worden, én dat de huisarts en wijkverpleegkundige toezien op de uitvoering van de taken. De huisarts of wijkverpleegkundige heeft de eindverantwoordelijkheid. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie en de deskundigheid van de verschillende professionals, bevat de huidige LESA daarvoor geen concrete aanbevelingen.

Verlee E, Van der Sande R, Abel R, Brandon S, De Groot J, Quist-Anholts GWL, Rijnbeek CM, Van Bruchem-Steen Redeker H, Wilbrink N, Wisselink H, De Bont M, Vriezen JA. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen. Huisarts Wet 2017:60(6)S1-S12.

en ouderen met complexe problematiek.

Voor het opstellen van de LESA heeft de werkgroep de volgende uitgangsdocumenten gebruikt:

- Handreiking Zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn [Vilans 2014].
- Protocollaire Zorg voor ouderen [NHG 2015].
- NIVEL Overzichtstudies ouderen van de toekomst [NIVEL 2014].
- Ouderen over ondersteuning en zorg [Pharos 2013].
- Kwetsbare ouderen [Van Campen 2011].
- Visiedocument Eerstelijnsgeneeskunde voor ouderen; lokale, persoonsgerichte, passende, proactieve, samenhangende zorg én ondersteuning [Laego 2014a].

Doel van de LESA

V&VN en NHG willen met deze LESA bereiken dat kwetsbare ouderen (en hun naasten) goede zorg en ondersteuning krijgen, waarbij rekening wordt gehouden met wensen en behoeften, mogelijkheden en omstandigheden van de betrokken oudere en waarbij werkafspraken worden gemaakt in samenspraak met de oudere en zijn mantelzorger. De LESA heeft ook als doel dat de oudere geïntegreerde zorg krijgt geboden met een goede afstemming tussen zorgverleners: de juiste zorg, op de juiste plaats, door de juiste persoon.

Achtergronden

Begrippen en definities

Voor de LESA geldt dat waar 'zij' staat ook 'hij' gelezen kan worden, en andersom. Waar huisarts staat wordt gedoeld op de huisarts en andere professionals in de huisartsenvoorziening. Waar wijkverpleegkundige staat wordt gedoeld op de wijkverpleegkundige en het team wijkverpleging.

Advance Care Planning (ACP): een proces van gespreksvoering waarbij de patiënt met de huisarts en/of wijkverpleegkundige zijn wensen, doelen en voorkeuren bespreekt met betrekking tot toekomstige zorg en indien gewenst tot keuzes komt over specifieke behandelingen. Hieronder valt ook het levenseindegesprek waarin onder andere het reanimatiebeleid wordt besproken.[6]

Complexe problematiek: onder complexe problematiek verstaan wij een cluster van 'problemen die vaak met elkaar interacteren: cognitieve beperkingen, handicaps, psychosociale problematiek, multimorbiditeit, polyfarmacie en maatschappelijk isolement (alleen wonen, zonder of met weinig mantelzorg; eenzaamheid).' Het gaat expliciet niet alleen om chronische ziekten, maar ook om veel voorkomende klachten/aandoeningen van ouderen zoals duizeligheid, slecht zien en slecht horen.[7] Bij kwetsbare ouderen is sprake van complexe problematiek. Het omgekeerde gaat niet altijd op: niet iedere oudere met complexe problematiek is kwetsbaar. Zie ook de definiëring van het begrip kwetsbaar. Een niet-westerse achtergrond kan de complexiteit vergroten [**kader 1**]. Een persoonsgerichte benadering, met oog voor het individu, is van belang.

Kaderhuisarts ouderengeneeskunde: huisarts die zich via een tweejarige aanvullende opleiding heeft gespecialiseerd in de eerstelijns ouderengeneeskunde.

Kernteam: in deze LESA wordt met kernteam een patiëntgebonden kernteam bedoeld, het team zorgverleners dat direct betrokken is bij de zorg voor de patiënt. Het kernteam bestaat uit de huisarts, de praktijkverpleegkundige en de wijkverpleegkundige. Het kernteam levert generalistische zorg. De wijkverpleegkundige en de praktijkverpleegkundige spelen een belangrijke rol in het verbinden van de care, de cure en het sociale domein. Afhankelijk van de situatie kan dit kernteam worden aangevuld met andere zorgverleners.

Kwetsbaar: het begrip kwetsbaar in deze LESA verwijst naar '... een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten'. Er zijn geen 'harde' criteria om kwetsbaarheid vast te stellen. Factoren die – vooral in combinatie met elkaar – ouderen kwetsbaar maken, zijn onder meer multimorbiditeit, een of meer 'geriatric giants' (mobiliteitstoornissen, balansproblemen, communicatiestoornissen, geheugenproblemen, psychische stoornissen en incontinentie),[9] het ontbreken van een sociaal netwerk, recent verlies van een partner, alleenstaand zijn, een lage opleiding, laaggeletterdheid en een recente ziekenhuisopname. Bij kwetsbaarheid is vrijwel altijd sprake van complexe problematiek.

Mantelzorg(er): zorg aan een hulpbehoevende door iemand uit de directe sociale omgeving. Dit kan een partner, ouder of kind zijn maar ook een ander familielid, vriend of kennis die informele zorg verleent.

Multidisciplinair overleg (MDO): het overleg tussen deskundigen uit verschillende beroepsgroepen. Naast de term MDO wordt ook wel GPO gehanteerd: gestructureerd periodiek overleg. Vaak is het GPO een overleg met een klein kernteam zonder de patiënt (eigenlijk het reguliere werkoverleg), en is het MDO een overleg met alle betrokken zorgverleners en eventueel de patiënt.

Probleeminventarisatie: een overzicht van beperkingen en problemen op verschillende levensgebieden: lichamelijke gezondheid, emotioneel welbevinden, communicatie en sociale contacten, zingeving en spiritualiteit. Een veelgebruikt model hierbij is het SFMPC-model: **S**omatisch, **F**unctioneel, **M**aatschappelijk, **P**sychisch en **C**ommunicatief aandachtsgebied, of voor wijkverpleegkundigen het CGA-model.[10]

Shared decision making (SDM): gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en arts om samen tot een beleid te komen dat het beste bij de patiënt past. De er-

Kader 1. Ouderen met een niet-westerse achtergrond

Factoren die ouderen met een niet-westerse achtergrond kwetsbaarder kunnen maken hebben betrekking op hun doorgaans zwakkere sociaal-economische achtergrond. Vergeleken met autochtone ouderen hebben ouderen met een niet-westerse achtergrond vaak een lager opleidingsniveau en is er vaker sprake van taalproblemen, een slechtere gezondheid en minder 'gezondheidsvaardigheden'. Zij maken ook minder gebruik van voorzieningen in de eerstelijns gezondheidszorg, waarschijnlijk mede doordat zij deze voorzieningen minder goed kennen. De zorg voor deze groep ouderen vergt daardoor bijzondere vaardigheden en oog voor de culturele achtergrond van deze groeiende groep ouderen.[8]

varingen, behoeften, normen, waarden en voorkeuren van de patiënt vormen daarbij het uitgangspunt. Gezamenlijke besluitvorming is een adviserende stijl van communiceren die vooral wordt gebruikt bij belangrijke, preferentiegevoelige beslissingen.

Zorgplan: het document waarin een overzicht gegeven wordt van belangrijke (en te beïnvloeden) problemen van de patiënt, zijn wensen/doelen en de afgesproken acties/interventies door de patiënt zelf en door zorgverleners. Er staat ook in wanneer en hoe deze acties geevalueerd worden. Het zorgplan is veelal multidisciplinair.

Epidemiologie en trends

In Nederland is – net als in veel Westerse landen om ons heen – sinds de Tweede Wereldoorlog sprake van dubbele vergrijzing: naast de absolute toename van het aantal 65-plussers, neemt binnen deze groep het aandeel 80-plussers sterk toe. Begin 2016 waren er 749.000 mensen van 80 jaar en ouder, wat neerkomt op bijna 4,5% van de bevolking.

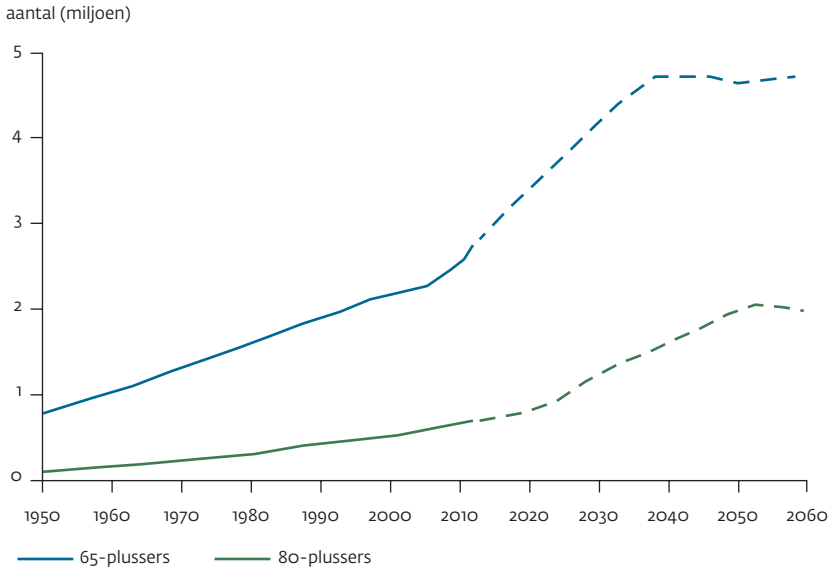
Vanaf 2013 neemt het aantal ouderen versneld toe [**figuur 1**]. Volgens de CBS Bevolkingsprognose neemt het aantal 65-plussers toe van 2,7 miljoen in 2012 tot een hoogtepunt van 4,7 miljoen in 2041. Tot 2060 blijft het aantal schommelen rond de 4,7 miljoen.

Vooral het aandeel 65- tot 79-jarigen zal sterk stijgen tot 2025, en vanaf 2025 neemt ook de groep 80-plussers sterk toe (de dubbele vergrijzing). In 2040, het hoogtepunt van het aantal 65-plussers, is naar schatting 26% van de bevolking 65-plusser, van wie een derde ouder dan 80 jaar. Ter vergelijking: in 2012 is het percentage 65-plussers nog 16%, van wie 25% 80-plus is.

Ook onder de niet-westerse allochtone bevolking in ons land neemt het aandeel 65-plussers sterk toe: van 4% in 2012 naar 23% in 2060. Het aantal niet-westerse allochtone 65-plussers bedraagt in 2050 ongeveer 520.000 mensen.

Het aantal kwetsbare 65-plussers neemt tussen 2010 en 2030 toe van naar schatting 690.000 tot ongeveer 1 miljoen. Het aandeel kwetsbare ouderen ten opzichte van het totaal aantal ouderen zal in deze periode echter licht dalen. Dat komt vooral doordat het opleidingsniveau van ouderen hoger is geworden.[11]

Figuur 1 **Aantal 65- en 80-plussers, 1950-2012 (meetpunt 1 januari) en prognose aantal 65- en 80-plussers, 2013-2060)**



Bron: CBS Bevolkingsmonitor.

Enkele decennia lang brachten ouderen hun oude dag vaak door in het 'bejaardenhuis' of 'verzorgingshuis'. Vandaag de dag blijven de meeste ouderen zo lang mogelijk thuis, mits de omstandigheden dat toelaten. Eigen regie en zelfbeschikking gelden steeds meer als belangrijke waarden, ook onder ouderen. Verbeteringen in de behandeling van veel aandoeningen maken een langer verblijf thuis mogelijk. Tevens is het overheidsbeleid erop gericht ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, als dat verantwoord en doelmatig is.

Een gevolg van het toenemend aantal thuiswonende, dikwijls hoogbejaarde ouderen, is dat de zorg in de eerste lijn sterk aan het veranderen is. Er is meer aandacht voor de monitoring van chronische aandoeningen en het bevorderen van zelfmanagement en een gezonde leefstijl. Daarnaast is de zorg complexer geworden.[12] Kortere opnames in de tweede of derde lijn, meer ouderen met multimorbiditeit en meer zorgverleners rond dezelfde patiënt vergen gecoördineerde samenwerking tussen de betrokken zorgverleners. De spil daarin is het kernteam van de huisarts, de praktijkverpleegkundige en de wijkverpleegkundige. Een belangrijke taak van het kernteam is om te bewaken of en hoe thuis wonen verantwoord blijft.

UITGANGSPUNTEN

Om goed te kunnen samenwerken is het van belang dat huisartsen en wijkverpleegkundigen een visie op goede zorg voor ouderen met elkaar delen en dat zij werken vanuit dezelfde uitgangspunten. De gedeelde uitgangspunten staan daarom hierna beschreven.

Kwaliteit van leven.[13] In de zorg aan kwetsbare ouderen wegen huisarts en wijkverpleegkundige de mogelijkheden van behandeling en zorg zorgvuldig af tegen mogelijke nadelen, bijwerkingen en verlies van kwaliteit van leven. Zij moeten zich realiseren dat 'kwaliteit van leven' door ouderen verschillend wordt ingevuld en dat de invulling kan veranderen als de omstandigheden veranderen.[14]

De kwaliteit van leven wordt door méér zaken beïnvloed dan door ziekte

alleen. Veel ouderen vinden het belangrijk zo veel mogelijk zelfstandig te blijven wonen, zelfredzaam te zijn en te blijven deelnemen aan sociale en familiecontacten. In de wijze waarop zij dat kunnen en willen verschillen ouderen onderling en het is van belang dat de zorgverlener oog heeft voor deze diversiteit. De rol van de zorgverlener is om hier aandacht aan te besteden en regelmatig met de oudere te bespreken hoe de verschillende wensen bij de inrichting van de zorg gewogen moeten worden. Behalve de woonsituatie is ook de sociale situatie van grote invloed op de kwaliteit van leven. Het wegvallen van naasten heeft een grote invloed op de kwaliteit van leven.

Eigen regie. Ouderen willen, ook als zij deels afhankelijk worden van ondersteuning en/of zorg, zo veel mogelijk zelf invulling blijven geven aan hun leven en zelf kunnen blijven bepalen, samen met hun naasten, hoe zij wonen en met wie. Daarnaast willen ouderen invloed hebben op de ondersteuning en zorg die zij ontvangen. Goede zorg voor ouderen sluit daarom zo veel mogelijk aan bij deze wensen, behoeften en verwachtingen en het vermogen van de oudere tot aanpassing en zelfmanagement.

Wel is van belang te beseffen dat ouderen een heterogene groep zijn. Niet alle ouderen willen of kunnen eigen regie en zelfredzaamheid vormgeven.

Als ouderen niet zelf meer kunnen beslissen over belangrijke zaken moet helder zijn wie namens hen beslissingen neemt. Een specialist ouderengeneeskunde kan ondersteuning bieden bij vragen over (het bepalen van) wils(on)bekwaamheid.[15]

Participatie in de samenleving. Uitgangspunt voor de samenwerking is dat de huisarts en de wijkverpleegkundige oog hebben voor de sociale omstandigheden, zoals het behouden of mogelijk uitbreiden van een sociaal netwerk en preventie van eenzaamheid. De huisarts en de wijkverpleegkundige stimuleren de oudere fysiek actief te blijven en te blijven deelnemen aan het maatschappelijk leven. Fysieke activiteit voorkomt achteruitgang.[16] Een gebrek aan maatschappelijke betrokkenheid en eenzaamheid zijn nauw gerelateerd aan het optreden van gezondheidsproblemen (waarbij zij zowel oorzaak kunnen zijn van een slechtere gezondheid, als het gevolg daarvan). De huisarts en de wijkverpleegkundige hebben vooral een signalerende functie, en betrekken hierbij ook andere zorgverleners zoals welzijn/sociaal werk en de fysiotherapeut.

Cliëntgerichtheid en continuïteit zijn leidend. De oudere zelf bepaalt de doelen. Als hij dat niet kan, is in elk geval van belang dat de doelen aansluiten bij zijn behoeften. Medewerkers van zorgorganisaties en van ondersteunende organisaties (bijvoorbeeld op het gebied van wonen, voorzieningen en welzijn) pakken deze doelen gezamenlijk op. Een passend model hierbij is het zogenaamde vlindermodel, waarbij er veel overleg is tussen een verpleegkundige die het zorgdomein (care en cure) bedient en een medewerker van de Wmo-afdeling die het ondersteuningsveld (wonen, voorzieningen en welzijn) overziet.[17]

Teamwerk. Vanwege de complexe problematiek is teamwerk essentieel. Taken en verantwoordelijkheden moeten helder zijn en de huisarts en wijkverpleegkundige spreken met elkaar af wie aanspreekpunt is voor vragen van de patiënt of zijn vertegenwoordiger; wie voor welke taken verantwoordelijk is en wie de coördinatie en regie heeft bij de zorg voor de patiënt (dit kan ook een ander zijn dan de huisarts of wijkverpleegkundige!). De precieze afspraken zullen afhangen van de lokale situatie. Als dit meerwaarde heeft, wordt een zorgplan gebruikt (maximaal één per patiënt).

Het MDO is hiervoor een goede overlegvorm. Vanzelfsprekend worden bij deze afspraken ook de wensen van de patiënt meegenomen, en vindt met de patiënt afstemming plaats. Eventueel kan de patiënt ook bij het MDO aanwezig zijn.

Naast deze werkafspraken vergt een langdurige goede samenwerking ook aandacht voor de 'zachtere kanten' van samenwerken, bijvoorbeeld hóe zorgverleners, ouderen en mantelzorger met elkaar communiceren en afstemmen, of ze op de hoogte zijn van elkaars expertise en werkwijze, hun bereikbaarheid, of ze elkaar kennen, en of er duidelijkheid is over rollen, concurrerende belangen, gedeelde visie, et cetera.

TAKEN EN ROLLEN VAN BETROKKEN ZORGVERLENERS

Het kernteam

In de zorg voor kwetsbare ouderen vormen huisarts (huisartsenvoorziening) en wijkverpleegkundige (team wijkverpleging) samen het kernteam. Het kernteam wordt desgewenst aangevuld met een specialist ouderengeneeskunde of sociaal werker, of andere zorgverleners.

De huisarts

De huisarts is op de hoogte van de (fysieke, psychische en sociale) toestand van de patiënt en is de spil in de overgang van de medische zorg van de eerste naar de tweede lijn (en andersom). Hij speelt een centrale rol in het signaleren van (dreigende) kwetsbaarheid bij ouderen in zijn praktijk. Hij kan hierin samen met de praktijkverpleegkundige en/of doktersassistente een actieve rol spelen door middel van actieve opsporing (casefinding), analyse van kwetsbaarheid en het maken van een zorgplan bij patiënten voor wie dit meerwaarde heeft. Een belangrijk deel van de activiteiten betreft het voorkomen van functieverlies. De huisarts kan op eigen initiatief of op verzoek van de praktijkverpleegkundige of wijkverpleegkundige op huisbezoek gaan bij de kwetsbare oudere. Ook de assistente en praktijkverpleegkundige hebben een signalerende functie. De huisarts beslist op basis van deze signalen, in overleg met zijn medewerkers en/of de wijkverpleegkundige, of verdere actie nodig is.

De praktijkverpleegkundige

De praktijkverpleegkundige is werkzaam in een huisartsvoorziening en daar verantwoordelijk voor de planning, organisatie en uitvoering van de zorg rond één of meer patiënten(groepen). Zij heeft een taak in de uitvoering van geprotocolleerde medische zorg. Het gaat hier om zowel kortdurende als chronische zorg. De praktijkverpleegkundige houdt spreekuren en doet visites waarin

zij de gezondheidstoestand en het welbevinden van ouderen in kaart brengt. Binnen de huisartsenvoorziening is afgesproken hoe en wanneer de praktijkverpleegkundige de huisarts informeert en inschakelt.

Niet in alle huisartsenvoorzieningen is een praktijkverpleegkundige werkzaam. Wanneer dit wel zo is, zal zij veelal de contacten onderhouden met de wijkverpleegkundige. Zij is vaak de spil in de samenwerking tussen de huisartsenvoorziening en de wijkverpleging.

In een toenemend aantal huisartsenpraktijken is een verpleegkundig specialist werkzaam. Het is nog niet duidelijk hoe deze functie in de huisartsenpraktijk zich in de toekomst verder ontwikkelt.

De wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige is een op hbo-niveau opgeleide verpleegkundige die verantwoordelijk is voor de indicatiestelling, de uitvoering en de organisatie van verpleging en verzorging bij mensen thuis. Zij richt zich op het ondersteunen van het zelfmanagement, met als doel mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, ondanks ouderdom, ziekte of beperking, en met zo veel mogelijk behoud van eigen regie en kwaliteit van leven. Dit doet zij onder andere door aan te sluiten bij de wensen, behoeften en verwachtingen van de patiënt, en door het signaleren van kwetsbaarheid, het ondersteunen en bevorderen van een gezonde leefstijl, het afstemmen en samenwerken met mantelzorg en zo nodig het inzetten van vrijwilligers. De wijkverpleegkundige onderhoudt het contact met het professionele netwerk rond de oudere en vormt de verbinding tussen het medisch en sociaal domein/wijknetwerk.

De huisarts kan direct de wijkverpleegkundige inschakelen. De wijkverpleegkundige is tevens vrij toegankelijk voor de oudere zelf. Ook personen uit de omgeving van de oudere kunnen haar inschakelen en vragen om contact op te nemen met de oudere. Voor wijkgerichte, veelal preventieve activiteiten werken wijkverpleegkundigen samen met andere hulpverleners, doorgaans op basis van een wijkanalyse die inzicht levert in de meestvoorkomende gezondheids- en welzijnsproblemen in een bepaalde wijk.[18]

De specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde richt zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven voor ouderen en chronisch zieken met complexe problematiek. Het specialisme integreert medische deskundigheid op dit gebied met deskundigheid op het gebied van zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement. De specialist ouderengeneeskunde kan, afhankelijk van de behoefte en daarvan afgeleide afspraken, als expert door de huisarts in consult worden geroepen voor een algemeen consult gebaseerd op een vraag van de huisarts, voor een eenmalig geriatrisch assessment, bij polyfarmacie, bij Advance Care Planning en bij de organisatie van multidisciplinaire samenwerking en multidisciplinair overleg.

De sociaal werker

De sociaal werker biedt in samenwerking met andere professionals uit het wijknetwerk (zoals huisartsen en wijkverpleegkundigen) begeleiding en ondersteuning bij problemen met wonen, zorg en welzijn. De sociaal werker geeft onder andere informatie en advies over huisvesting, financiële regelingen, maaltijdvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en activiteiten, signaleert toenemende eenzaamheid en bemiddelt bij het verkrijgen van de hulp en diensten die het beste bij de oudere patiënt passen. De sociaal werker werkt preventief en signaleert vroegtijdig kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen. Ze heeft ook aandacht voor eenzaamheid en brengt samen met de oudere het netwerk in kaart zodat men samen oplossingen kan zoeken. Zij ondersteunt, stemt af, werkt samen met mantelzorgers en kan vrijwilligers inzetten. De sociaal werker werkt niet alleen vraaggericht maar kan ook actief contact leggen met de ouderen, waardoor ook zorgmijders in beeld komen.

Kader 2. Betrokken professionele zorg- en hulpverleners bij kwetsbare ouderen

Alfabetische volgorde (niet uitputtend):

Activiteitenbegeleider
Apotheker
Audicien
Casemanager dementie
Consultatieteam Palliatieve Zorg
Diëtiste
(Ouderen) ergotherapeut
(Geriatrisch) fysiotherapeut
Geestelijk verzorgende
Geriatrie verpleegkundige
Gespecialiseerd verpleegkundige
Ggz-professional (zoals psycholoog, psychiater, psychotherapeut)
Klinisch geriater
Logopedist
Mantelzorgconsulent/mantelzorgmakelaar
Mondzorgverlener (tandarts (-geriatrie), mondhygiënist, tandprotheticus en het ondersteunende team)
Oefentherapeut
Opticien, optometrist en andere visusprofessionals
Ouderenadviseurs
Praktijkondersteuner-ggz
Sociaal werker (zie *De sociaal werker*)
Specialist ouderengeneeskunde (zie *De specialist ouderengeneeskunde*)
Welzijnsorganisaties (inclusief schuldhulpverlening)[20]
Wijkagent
Wijkteam gemeente
Wmo-loket

Overige betrokken zorg- en hulpverleners

Op verzoek van huisarts of wijkverpleegkundige kunnen verschillende andere zorg- en hulpverleners betrokken worden bij de zorg voor kwetsbare ouderen [**kader 2**]. Ook samenwerking en afstemming met informele zorg kan van belang zijn.[19]

AFSPRAKEN OVER ZORG

Afspraken over de taakverdeling zijn van belang voor de continuïteit van zorg. Een overlegstructuur zoals een MDO biedt een goede gelegenheid om afspraken over de samenwerking te maken. Formuleer die afspraken zo specifiek en zo concreet mogelijk, ook als andere partijen worden betrokken. Het is van belang om bij het maken van deze afspraken te weten wat ouderen belangrijk vinden.

Signalering kwetsbaarheid

Huisarts en wijkverpleegkundige ma-

ken, eventueel met andere zorgverleners, afspraken over het signaleren van kwetsbaarheid onder ouderen. Hiervoor worden in de praktijk verschillende methoden gebruikt. Voorbeelden zijn: casefinding (verder onderzoek na een signaal dat er mogelijk sprake is van kwetsbaarheid of complexe problematiek), selectieve screening op basis van informatie uit het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) en screening op basis van leeftijdsindicatie. Het wordt niet aanbevolen om de gehele praktijkpopulatie van oudere patiënten te screenen op kwetsbaarheid of complexe problematiek. Het is nog onvoldoende duidelijk bij wie en op welk moment vroegopsporing zinvol is. Daarnaast ontbreekt vaak een effectief of toegankelijk vervolgaanbod.[21] Casefinding en selectieve screening hebben (vooralsnog) de voorkeur.

Er zijn verschillende instrumenten (korte vragenlijsten) ontwikkeld om vast te stellen of er sprake is van kwetsbaarheid.[22] Wetenschappelijk is nog onvoldoende duidelijk welk instrument de voorkeur verdient. De verschillende instrumenten selecteren vaak net iets andere groepen kwetsbare ouderen. Bij voorkeur wordt gekozen voor instrumenten waarmee in de regio al wordt gewerkt en die het best aansluiten bij het doel waarvoor de selectie gebruikt wordt en bij mogelijke vervolginterventies. Het werken met vragenlijsten is niet obligaat, zo blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek dat de huisarts in veel gevallen ook zonder screeningsinstrument zelf al goed kan inschatten of er sprake is van kwetsbaarheid [**kader 3**].[23]

Kader 3. Afspraken rondom signalering kwetsbaarheid

De huisarts en de wijkverpleegkundige maken afspraken over:
- Hoe zij (mogelijk) kwetsbare ouderen in hun verzorgingsgebied identificeren (screening).
- Wat het beleid is wanneer zij, of andere zorgverleners, vermoeden dat sprake is van een (mogelijk) kwetsbare situatie bij een oudere patiënt (denk daarbij ook aan ouderenmishandeling).
- Of, en zo ja welke instrumenten zij zullen gebruiken voor het vaststellen van kwetsbaarheid.

Als is vastgesteld dat er sprake is van kwetsbaarheid of complexe problematiek, wordt deze verder in kaart gebracht. Er wordt een probleeminventarisatie uitgevoerd en een zorgplan opgesteld, op basis waarvan zorg op maat geboden kan worden.

De huisarts en de wijkverpleegkundige spreken af wie daarbij welke taak op zich neemt en hoe zij elkaar over en weer informeren.

Probleeminventarisatie

Als is vastgesteld dat er sprake is van kwetsbaarheid volgt een uitgebreide probleeminventarisatie. Het vaststellen van kwetsbaarheid en de probleeminventarisatie zijn niet altijd even duidelijk te onderscheiden, maar lopen vaak in elkaar over. Er zijn verschillende instrumenten ontwikkeld voor de probleeminventarisatie. Wetenschappelijk is nog onvoldoende duidelijk welk instrument de voorkeur verdient. Kies bij voorkeur voor instrumenten waarmee men in de regio al werkt.[24] Veelgebruikte instrumenten zijn het CGA (door wijkverpleegkundigen)[10] of het SFMPC (zie *Begrippen en definities*).

Gebruikmakend van de bevindingen uit de probleeminventarisatie formuleren de huisarts en/of de wijkverpleegkundige samen met de patiënt de gewenste zorgresultaten, en maken eventueel op basis daarvan eventueel een (gezamenlijk) zorgplan (zie *Vastleggen zorg- en behandelafspraken* en [**kader 4**]).

Kader 4. Afspraken rondom probleeminventarisatie

De huisarts en de wijkverpleegkundige maken afspraken over:
- De instrumenten (specifieke vragenlijsten) die zij eventueel gebruiken voor de probleeminventarisatie.
- De wijze waarop zij de resultaten van de probleeminventarisatie nabespreken (mondeling, schriftelijk, telefonisch of digitaal).
- (De wijze waarop en) welke doelen en zorgresultaten met de ouderen zijn afgesproken op basis van de probleeminventarisatie.

De huisarts en de wijkverpleegkundige maken per patiënt afspraken over:
- Wie de probleeminventarisatie uitvoert: de huisarts zelf, de praktijkverpleegkundige of de wijkverpleegkundige (de specialist ouderengeneeskunde kan hier ook een rol bij spelen).
- Wie bij de nabespreking van de probleeminventarisatie aanwezig is.
- Wie de bevindingen uit de probleeminventarisatie nabespreekt met de oudere.
- Wie de oudere (en eventuele mantelzorger) informeert en voorlichting geeft over de zorg, over ziekte en gezondheid, en over acties die de oudere zelf kan ondernemen om zo gezond mogelijk te blijven.
- Welke doelen en zorgresultaten zijn afgesproken met de oudere en waar en hoe deze worden vastgelegd.

Communicatie en coördinatie

Naast de mantelzorger, de huisarts en de wijkverpleegkundige zijn vaak ook nog andere zorg- en hulpverleners betrokken bij de patiënt [**kader 2**]. Communicatie over en coördinatie van deze zorg is dan van groot belang voor goede en continue zorg. Duidelijk moet zijn wie de zorg coördineert. Dit kan eventueel ook de patiënt zelf of een mantelzorger zijn. In elk geval wordt de coördinator in overleg met de oudere bepaald.

Goede informatie-uitwisseling (met in achtneming van relevante regelgeving)[25] is een belangrijke voorwaarde voor een adequate (volledige) registratie, (relevante) rapportage en (snelle) uitwisseling van medische gegevens en gegevens met betrekking tot de zorg. Ditzelfde geldt voor communicatie met en informatie voor de patiënt en naasten. De patiënt en zijn naasten kunnen aansluitend op de mondelinge informatie verwezen worden naar schriftelijke informatie, bijvoorbeeld op Thuisarts.nl. Op Thuisarts.nl staat onder andere informatie over het omgaan met gezondheidsproblemen op oudere leeftijd. Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de LESA Zorg voor kwetsbare ouderen.

Afgesproken wordt of een (gezamenlijk) zorgplan wordt opgesteld, en zo niet, hoe en welke informatie dan onderling wordt uitgewisseld.

Vastleggen zorg- en behandelafspraken

Voor een goede afstemming en overdracht van zorg bij kwetsbare ouderen kan een zorgplan worden opgesteld, zoals het individueel zorgplan (IZP)[26] of het zorgleefplan. Alle betrokken zorgverleners kunnen het zorgplan inzien, op voorwaarde dat de patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven. Het werken

met een gezamenlijk zorgplan en het delen van professionele samenvattingen kan voordelen opleveren omdat alle zorgverleners dezelfde informatie hebben en de zorg afgestemd kan worden.

De uitvoering van afspraken die in het zorgplan zijn opgenomen is de verantwoordelijkheid van het kernteam. Het zorgplan moet toegankelijk zijn voor de leden van het kernteam, voor de oudere en eventueel voor de mantelzorger. Elke oudere (bij wie dit van meerwaarde is) heeft maximaal één individueel zorgplan. Het is van belang dat de problemen goed geformuleerd zijn: een goede probleemformulering is noodzakelijk om een doel en een behandelplan vast te stellen die zijn afgestemd op de wensen van de patiënt. De specialist ouderengeneeskunde kan daarbij ondersteunen. Het zorgplan is bij voorkeur kort en bondig, met haalbare doelen. Het bevat alleen die informatie die relevant is om te delen.

In het zorgplan komen medische problemen en het functioneren van de oudere op het somatische, functionele, maatschappelijke, psychische en communicatieve vlak samen. Van belang is ook een gesprek over de kern- en belevingswaarden (waaronder religie of een andere levensovertuiging). Dit kan dienen als basis voor het benoemen van persoonlijke doelen en biedt de mogelijkheid om zingeving te bespreken.[27]

De patiënt en de zorgverlener leggen in het zorgplan (in samenspraak met de betrokken mantelzorger) vast welke afspraken gemaakt zijn over de zorg en welke doelen (resultaten) de patiënt hiermee wil behalen. Bij elk doel wordt beschreven wie er actie onderneemt en welke zorgverlener eventueel wordt ingeschakeld. Daarbij onderscheiden zij persoonlijke, functionele en ziektegerelateerde doelen, die elkaar kunnen beïnvloeden.[28] De doelen komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand, op basis van de bevindingen uit de probleeminventarisatie. Samen met de oudere wordt een prioritering gemaakt. Medische problemen waarvoor een doel gesteld is, zijn in het zorgplan zichtbaar als relevante episode uit het medisch dossier van de patiënt. Een overzicht van alle medische problemen is beschikbaar als episodelijst uit het dossier.

Bij alle kwetsbare ouderen moet er in elk geval een overzicht zijn met de belangrijkste informatie. Dit kan onderdeel zijn van het zorgplan, maar kan ook in een andere vorm gerealiseerd worden. In het overzicht staat de volgende informatie:

- De actuele wensen van de oudere over zorg en behandeling (denk ook aan informatie over de wensen over 'advance care planning', waaronder insturen naar een ziekenhuis, wel of niet meer behandelen, reanimatie, et cetera). Dit moet inzichtelijk zijn voor alle betrokken zorgverleners.
- De probleemlijst.
- Een medicatielijst (inclusief zelfzorgmedicatie).
- Een overzicht van alle betrokken zorgverleners en hun rollen, en de afspraken die met hen gemaakt zijn.
- Informatie over een eventuele wilsverklaring: waar is deze te vinden en wanneer en met wie is deze voor het laatst besproken.

Zo mogelijk staat in het overzicht vermeld wie beslist namens de patiënt als hij dat zelf niet meer kan. Dit overzicht moet bij elke verandering worden geactualiseerd. Geef ook de patiënt een overzicht met informatie over de probleemlijst, betrokken zorgverleners en wie de zorg coördineert, het actuele medicatiegebruik en de eerste contactpersoon (het aanspreekpunt voor zorgverleners) [**kader 5**].[29]

Kader 5. Afspraken voor het bijhouden van het gezamenlijk zorgplan

Vóór het opstellen van het zorgplan maken de huisarts en de wijkverpleegkundige de volgende afspraken:

- Of zij (samen met de patiënt en eventueel mantelzorger) een gezamenlijk zorgplan opstellen.
- Zo ja: hoe dat gebeurt, wie dat coördineert, beheert en aanpassingen kan doen en welke domeinen daarin worden beschreven.
- Zo niet: hoe zij elkaar over en weer informeren.

Kader 6. Taken zorgcoördinator

De zorgcoördinator:

- Legt aan de patiënt (en mantelzorger) uit wat de rol van de zorgcoördinator is.
- Bespreekt met de patiënt de rollen van de verschillende hulpverleners.
- Informeert (ook op papier) de patiënt over de bereikbaarheid van de betrokken hulpverleners.
- Bespreekt in overleg met de patiënt welke interventies worden ingezet.
- Maakt afspraken op welke momenten en op welke wijze hij of zij contact heeft met de leden van het kernteam en andere betrokken hulpverleners.
- Maakt afspraken over de wijze waarop alle betrokken hulpverleners over de zorg worden geïnformeerd en legt deze vast.
- Beheert het zorgplan (indien van toepassing) en ziet toe op het nakomen van gemaakte afspraken;
- Evalueert met de patiënt en betrokken hulpverleners de ingezette zorg.
- Zorgt voor verslaglegging volgens de afspraken.[30]

Zorgcoördinatie

Als verschillende partijen bij de zorgverlening betrokken zijn, is het wenselijk iemand aan te wijzen als zorgcoördinator. Het kernteam benoemt de zorgcoördinator in overleg met de patiënt en/of de mantelzorger. Hierbij is het van groot belang dat de patiënt een goede relatie heeft met de desbetreffende coördinator. De zorg kan ook gecoördineerd worden door de patient zelf of door een mantelzorger die is aangewezen in overleg met de patiënt [**kader 6**].

Multidisciplinair overleg en gestructureerd periodiek overleg

Het verdient aanbeveling dat de huisarts en de wijkverpleegkundige afspraken maken over het starten of benutten van het multidisciplinair overleg (MDO) en/of gestructureerd periodiek overleg (GPO).[31]

Het GPO is een overleg tussen de leden van het kernteam. Bijeenkomsten vinden redelijk frequent plaats, vaak elke paar weken, de duur is kort, de patiënt is er meestal niet bij aanwezig. Andere disciplines kunnen eventueel uitgenodigd worden.

Bij het MDO zijn meer disciplines aanwezig. Het overleg vindt minder frequent plaats dan het GPO. Tijdens het MDO wordt het zorgplan besproken en worden werkafspraken gemaakt over

Kader 7. Afspraken MDO/GPO

Huisarts en wijkverpleegkundige spreken in het algemeen af:
- Of er een gestructureerd periodiek overleg en/of multidisciplinair overleg komt.
- Zo ja, wie dit opzet en welke patiënten in aanmerking komen om tijdens het MDO/GPO te worden besproken.

Voor het MDO worden afspraken gemaakt over:
- Wie vaste deelnemers zijn en wie ad hoc kunnen worden uitgenodigd.
- De vorm (breed met alle betrokken disciplines of bijeenkomsten rond specifieke thema's waarbij samenwerkingsafspraken worden gemaakt).
- Het doel van het MDO.
- De rol van de patiënt/mantelzorger (wel/niet aanwezig).
- Wie voor de verbinding zorgt met het wijknetwerk/sociale wijkteam/sociale domein/ouderen maatschappelijk werk.
- Hoe het MDO wordt voorbereid zodat het zo efficiënt mogelijk kan verlopen.
- Hoe afspraken worden vastgelegd en onderling gecommuniceerd.
- De frequentie.
- De locatie.

Voor een GPO worden afspraken gemaakt over:
- Wie vaste deelnemers zijn en wie ad hoc kunnen worden uitgenodigd.
- De vorm.
- Het doel.
- Wie voor de verbinding zorgt met het wijknetwerk/sociale wijkteam/sociale domein/ouderen maatschappelijk werk.
- Hoe afspraken worden vastgelegd en onderling gecommuniceerd.
- De frequentie.
- De locatie.

de zorg en de behandeling. In het MDO wordt het zorgplan geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Bij voorkeur is de patiënt (en/of mantelzorger) bij het overleg aanwezig. De zorgcoördinator coördineert de afgesproken acties en ziet toe op uitvoering en terugkoppeling van resultaten.

Vanzelfsprekend worden bij deze overleggen de wettelijke vereisten omtrent privacy en gegevensuitwisseling in acht genomen [**kader 7**].[25]

AANDACHTSPUNTEN VOOR BESPREKING IN DE REGIO

Zorg voor kwetsbare ouderen is multidisciplinaire zorg. Goede werkafspraken met de betrokken disciplines zijn daarom van belang. Daarvoor maken huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere samenwerkingspartners op regionaal niveau afspraken over de volgende onderwerpen.

- Zorg 's avonds, 's nachts en in het weekend:
  - De bereikbaarheid van de huisartsen en de huisartsenpost (HAP).
  - De overdracht van de huisartsen naar de HAP; bij voorkeur heeft de HAP inzage in het medisch dossier van de eigen huisarts, met toestemming van de patiënt.
  - De bereikbaarheid van wijkverpleegkundigen buiten kantooruren.
  - Overzicht over de regionale mogelijkheden op het gebied van de wijkverpleging buiten kantooruren.
- Afspraken met andere disciplines:
  - Samenwerking met het ouderen maatschappelijk werk: wie kan waarvoor, op welk moment, en op welke manier worden bereikt en hoe wordt de verbinding gemaakt tussen het medische en sociale domein?
  - Samenwerking met de specialisten ouderengeneeskunde: wie kan waarvoor, op welk moment, en op welke manier worden bereikt? Op welke manier werken huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde samen? Dit verschilt per regio, het is van belang om een goed overzicht te hebben van de mogelijkheden. Ook worden afspraken gemaakt over samenwerking buiten kantooruren.
  - Samenwerking met apothekers: gesprekken over medicatie vormen een onmisbaar onderdeel van het zorgplan. Daarnaast hebben apothekers een essentiële rol bij het doen van medicatiereviews. Zie ook de specifieke samenwerkingsafspraken.[32] Ook moeten er afspraken zijn over de bereikbaarheid van apotheken buiten kantooruren.
- Samenwerking met andere disciplines die betrokken zijn bij de zorg voor kwetsbare ouderen.
- De sociale kaart (het hulpaanbod per regio of gemeente): het opstellen en onderhouden van een overzicht van betrokken hulpverleners en voorzieningen in de regio [**kader 2**] en hoe deze snel bereikt kunnen worden (telefoonnummers, e-mailadressen, eventuele overlegtijden).[33]
- De eventuele rol van sociale wijkteams.
- Respijtopname (de tijdelijke en volledige overname van de zorg met het doel om de mantelzorger even vrijaf te geven) en andere regionale voorzieningen. Spreek af wie overzicht heeft over de voorzieningen van respijtopnamen in de regio en wie welke taak heeft bij het aanvragen. Ditzelfde geldt voor aanvraag eerstelijnsverblijf (ELV) of een indicatie voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz), zowel thuis als voor opname. Voor het eerstelijnsverblijf moet worden afgesproken wie in dat geval hoofdbehandelaar is en wie eindverantwoordelijk is voor de medische en verpleegkundige zorg.[34]
- 'Advance care planning' (zie *Begrippen en definities*). Spreek af wie deze gesprekken voert, wat door wie wordt besproken, hoe dit wordt vastgelegd en hoe men elkaar over en weer informeert.[6]
- Regionale afspraken over zorgmijders:[35]
  - Hoe blijven zij in beeld bij de betrokken hulpverleners?
  - Hoe worden zij benaderd en behandeld?
  - Welke hulpverlener neemt het initiatief, op welk moment en op welke manier?
- Informatie-uitwisseling als iemand na ontslag uit een zorginstelling weer thuiskomt, liefst voordat de patiënt ontslagen wordt.[36] Spreek af of er wel of niet sprake is van een zogenaamde transmurale zorgbrug.[37]

De precieze invulling van de samenwerking is sterk afhankelijk van de juiste randvoorwaarden, zoals goed beveiligde ICT-voorzieningen, financiële vergoedingen en de beschikking hebben over voldoende tijd en ruimte.

TOTSTANDKOMING

In april 2015 ging een werkgroep van start, bestaande uit vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Verenso,

specialisten ouderengeneeskunde en de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW). Het patiëntenperspectief werd vertegenwoordigd door een afvaardiging en vertegenwoordiging van PCOB, NVOG, NOOM en KBO.

In deze werkgroep hadden zitting: dr. R. van der Sande, lector Eerstelijnszorg (HAN) en bestuurslid V&VN Maatschappij & Gezondheid; M. de Bont, beleidsadviseur V&VN; G.W.L. Quist-Anholts, bestuurslid V&VN Geriatrie & Gerontologie en wijkverpleegkundige; H. van Bruchem-Steen Redeker, praktijkondersteuner (POH), allen namens V&VN; J. de Groot, specialist ouderengeneeskunde en kaderarts eerste lijn, namens Verenso; R. Abel, sociaal werker, namens de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW); N. Wilbrink, projectleider ouderenparticipatie, namens PCOB, NVOG, NOOM en KBO; S. Brandon, kaderhuisarts ouderengeneeskunde (tevens Laego, werkgroeplid tot april 2016); H. Wisselink, kaderhuisarts ouderengeneeskunde (tevens Laego, werkgroeplid vanaf april 2016); C.M. Rijnbeek, huisarts, E. Verlee, huisarts niet-praktiserend en wetenschappelijk medewerker Richtlijnontwikkeling en Wetenschap en dr. J.A. Vriezen, medisch antropoloog en teamleider afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, allen namens het NHG.

In de klankbordgroep hadden zitting: H. van Gils namens Mezzo (landelijke vereniging voor mantelzorgers en zorgvrijwilligers); M. Hammer-Schilderman namens Ergotherapie Nederland (EN); dr. C.D. van der Maarel-Wierink namens de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT); dr. M.A. Veerbeek namens het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP)/Trimbos-instituut; dr. W.M. Meijer namens de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP); M. Vreeswijk namens de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW, welzijnswerk gemeenten); L. Kunst namens het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG); B. van der Hoff namens de Nederlandse Vereniging van Praktijk Ondersteuners (NVvPO); dr. P.L.J. Dautzenberg namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en R. Agterhof namens V&VN (geriatrie en gerontologie).

Met de klankbordgroep is twee keer een bijeenkomst geweest. Daarnaast is de LESA ter becommentariëring aan de klankbordgroepleden aangeboden.

In mei 2016 is een conceptversie van de LESA ter becommentariëring voorgelegd aan een steekproef van vijftig huisartsen (NHG-leden). V&VN heeft de conceptversie voorgelegd aan een selectie van wijkverpleegkundigen en op voordracht van V&VN werd commentaar gevraagd van: dr. H. Rosendal, Lector Wijkzorg, Hogeschool Rotterdam; dr. A.P.D. Jansen, verpleegkundige (n.p.) en onderzoeker, NIVEL en VUmc; M. Nieuwboer, onderzoeker, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde Radboudumc.

Daarnaast werd commentaar gevraagd en ontvangen van een aantal referenten namens de volgende organisaties/verenigingen:

- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT)
- ActiZ
- Ergotherapie Nederland (EN)
- InEen
- Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde
- Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM)
- Nederlandse Vereniging van Organisaties van Gepensioneerden (NVOG)
- Unie KBO, katholieke ouderenorganisatie
- PCOB, christelijke ouderenorganisatie
- Pharos
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Sociaal Werk Nederland (SWN)
- De Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)
- Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC)
- KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum
- Nederlandse Vereniging van Praktijk Ondersteuners (NVvPO)
- Trimbos-instituut
- Vilans
- Mezzo, landelijke vereniging voor mantelzorgers en zorgvrijwilligers
- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- Landelijke adviesgroep eerstelijnsgeneeskunde voor ouderen (Laego)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Zorginstituut Nederland, Farmacotherapeutisch Kompas (ZiN)
- Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Naamsvermelding betekent overigens niet dat de LESA inhoudelijk op ieder detail onderschreven wordt.

Na verwerking van het commentaar door de werkgroep is de LESA op 9 februari 2017 bestuurlijk vastgesteld door het NHG en op 17 maart 2017 bestuurlijk vastgesteld door de V&VN.

E. Verlee (NHG) en dr. R. van der Sande (V&VN) waren als wetenschappelijk medewerker/coördinator betrokken bij het realiseren van deze LESA. De projectleiding was in handen van dr. J.A. Vriezen (NHG) en M. de Bont (V&VN). M. van der Zwan heeft namens het NHG ondersteunende taken verricht.

Het NHG en de V&VN hebben het initiatief tot ontwikkeling van deze LESA genomen in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). ZonMw heeft bijgedragen in de vorm van een subsidie.

© 2017 Nederlands Huisartsen Genootschap, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.

NOTEN

1 In deze LESA spreken wij bij voorkeur van praktijkverpleegkundige, dat wil zeggen een op hbo-niveau opgeleide verpleegkundige werkzaam in de huisartsenvoorziening. Waar ook andere zorgverleners in de functie van praktijkondersteuner zijn bedoeld, wordt dat uitdrukkelijk aangegeven.

2 Zie voor meer informatie tevens:
- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg [KNMG 2010a].
- Handreiking implementatie taakherschikking [KNMG 2012c].
- Handreiking taakdelegatie [Verenso 2012a].
- Aanvullende informatie over taakherschikking [Verenso 2012b].

3 In een onderzoek waarbij door onderzoekers van het SCP zeven jaar lang een groep van ruim 700 ouderen werd gevolgd, bleek de kans dat zelfstandig wonende ouderen binnen een paar jaar in een verzorgings- of verpleeghuis worden opgenomen bij kwetsbaren bijna vijfmaal zo hoog is als bij niet-kwetsbaren. Ook de kans op overlijden is groter: van de kwetsbaren stierf 22% binnen drie jaar, van de niet-kwetsbaren 6%. Kwetsbaarheid werd in dit onderzoek vastgesteld met de Tilburg Frailty Indicator (TFI) [Van Campen 2011].

4 Zie de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Palliatieve zorg [Eizenga 2006], de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Dementie met de wijkverpleegkundigen [Boomsma 2005] en de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Dementie met specialisten ouderengeneeskunde [Boomsma 2009].

5 Psychische aandoeningen bij kwetsbare ouderen
Samenwerking met de juiste specialisten (zoals de ouderenpsychiater of ouderenpsycholoog) is hier van belang. Zie 'Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen. Addendum bij KNMG-standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' [KNMG 2015b]. Tevens wordt momenteel een Generieke Module Ouderen met psychische aandoeningen ontwikkeld die hiervoor handvatten zou kunnen bieden (zie www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/standaarden).

6 Gesprekken over het levenseinde
Een gesprek over het naderende levenseinde kan moeilijk zijn voor zowel de patiënt als de zorgverlener. Patiënten én veel zorgverleners zijn daarom geneigd zo'n gesprek te mijden.

Een goede timing is belangrijk. Er zijn allerlei hulpmiddelen gemaakt die hierbij behulpzaam kunnen zijn. Voor zorgverleners: de Toolkit advance care planning met betrekking tot het levenseinde, de handreiking Tijdig spreken over het levenseinde en de Laego toolkit [KNMG 2012a, Laego 2014b]. Hierin vindt de zorgverlener onder meer suggesties voor te bespreken onderwerpen en aanwijzingen over de wijze waarop het gesprek kan worden gevoerd. Zie tevens het KNMG-rapport Niet alles wat kan, hoeft. Passende zorg in de laatste levensfase [KNMG 2015a].

Voor patiënten heeft de KNMG de brochure Spreek op tijd over uw levenseinde ontwikkeld [KNMG 2012b]. Hierin vindt de patiënt een overzicht van belangrijke bespreekpunten en zaken bij beslissingen rond het levenseinde. Informatie kan ook worden nagelezen op Thuisarts (www.thuisarts.nl/levenseinde). Daarnaast worden er op regionaal niveau allerlei nascholingen georganiseerd met betrekking tot spreken over het levenseinde. Ook ouderenbonden bieden hierover programma's aan.

In alle gevallen geldt dat spreken over het levenseinde bovenal een proces is waarin zorgverlener en patiënt samen verkennen welke mogelijkheden en wensen de patiënt (nog) heeft. Dit kan leiden tot een besluit over de in de toekomst al dan niet te nemen zorg.

Huisartsen en hun team en verpleegkundigen en hun team hebben allen een rol bij advance care planning. Medisch inhoudelijke beslissingen rondom zorg in de laatste levensfase worden in het algemeen samen met de huisarts genomen. Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen een belangrijke rol hebben: zij kunnen wensen van een patiënt signaleren en observeren. Ook kunnen zij de patiënt helpen bij het formuleren van wensen en het helpen met prioriteiten stellen. Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen er mede voor zorgen dat wensen ondersteund en geborgd worden. Overdracht is hiervoor erg belangrijk.

7 Dit sluit aan op de Visie huisartsenzorg voor ouderen, NHG 2017 (nog in ontwikkeling).

8 Zie voor meer informatie de website van Pharos (expertisecentrum voor gezondheidsverschillen, www.pharos.nl) en NOOM (Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten, www.netwerk-NOOM.nl). Meer informatie voor mantelzorgers voor ouderen met een migrantenachtergrond: www.zorgvoorjeouders.nl.

9 Geriatric giants
Een belangrijke rol in de behoefte aan zorg speelt de draagkracht van de patiënt; zijn vermogen zich aan de aandoeningen en de gevolgen daarvan aan te passen of deze te compenseren. Dat vermogen is van vele (psychische en sociale) factoren afhankelijk, maar het wordt zeker op de proef gesteld als de persoon in kwestie last krijgt van een of meer typische ouderdomsproblemen, zoals geheugenstoornissen, psychische problemen, problemen met de mobiliteit en de stabiliteit (vallen, duizeligheid), problemen met het zien en het gehoor, en problemen met de continentie. Deze 'geriatrische reuzen' maken ouderen met meerdere aandoeningen extra kwetsbaar, omdat zij de draagkracht verminderen en leiden tot verlies van zelfredzaamheid en welbevinden.

Van de 70-jarigen heeft circa de helft in lichte mate met deze 'giants' te maken en rond het tachtigste levensjaar heeft de helft er in matige of ernstige mate last van.

Meer hierover is beschreven in *Onderzoek medische zorg voor Ouderen* en *Ouderdom komt met gebreken*. Beide publicaties zijn van de Gezondheidsraad [Gezondheidsraad 2006, Gezondheidsraad 2008].

De ene kwetsbare oudere is sociaal en fysiek kwetsbaar, de andere oudere alleen cognitief kwetsbaar. Er zijn vier domeinen van kwetsbaarheid. Fysieke, cognitieve en sociale kwetsbaarheid komen vaker voor bij de wat oudere mensen, terwijl psychische kwetsbaarheid juist vaker bij volwassenen voorkomt. Psychische kwetsbaarheid komt het meest voor bij vrouwen, terwijl cognitieve kwetsbaarheid vooral bij mannen aanwezig is. Kwetsbaarheid komt het vaakst voor bij mensen met een laag opleidingsniveau, op alle domeinen.

10 Zie voor het CGA-model www.effectieveouderenzorg.nl.

11 Cijfers zijn afkomstig uit Kwetsbare ouderen [Van Campen 2001].
Dit rapport hanteert een brede definitie van kwetsbaarheid: 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).

12 Verenso heeft een aantal richtlijnen opgesteld specifiek voor de begeleiding van kwetsbare ouderen in de thuissituatie, waaronder de richtlijn Verantwoorde diabeteszorg bij kwetsbare ouderen in thuissituatie, verzorgings- en verpleeghuizen [Verenso 2011].

Zie voor overige richtlijnen: www.verenso.nl/richtlijnen.

Meer informatie over de samenwerking tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde vindt u in de Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, ontwikkeld door LHV en Verenso [LHV-Verenso 2014].

13 Kwaliteit van leven
Om aan te sluiten bij de wensen, behoeften en verwachtingen van patiënten is het belangrijk dat patiënten gestimuleerd en ondersteund worden om onder woorden te brengen wat voor hen belangrijk is om het leven te leiden dat bij hen past.

Een mogelijk hulpmiddel is de website Mijnkwaliteitvanleven.nl. Deze website is bestemd voor mensen met een chronische ziekte of beperking, mensen die door het ouder worden beperkingen ervaren en hun mantelzorgers. Mensen melden zich aan via www.mijnkwaliteitvanleven.nl. Dit doen zij zelf of met hulp van iemand uit hun eigen omgeving. Twee keer per jaar ontvangen deelnemers een online vragenlijst. Zij kunnen kiezen tussen een volledige en een verkorte versie. Na het invullen van de vragenlijst ontvangen deelnemers het persoonlijke overzicht, Mijn Kwaliteitsmeter. Zo gaan deelnemers goed voorbereid in gesprek met familie, de zorgverlener of de gemeente. Door de vragenlijst in te vullen, dragen deelnemers bij aan lokaal en landelijk onderzoek om de zorg te verbeteren.

14 Zie het artikel van Deeg et al. [Deeg 1997].

15 Bepalen wilsonbekwaamheid
De Handreiking Wilsonbekwaamheid van de NVVA, in samenwerking met Verenso opgesteld, biedt een beknopt overzicht van de belangrijkste beginselen en vuistregels voor het beoordelen van wilsonbekwaamheid [NVVA 2008]. De handreiking levert een bijdrage aan de implementatie van de Modelrichtlijn voor hulpverleners informatie en toestemming bij meerderjarige wilsonbekwame cliënten [KNMG 2004]. Een specialist ouderengeneeskunde kan worden ingeschakeld voor advies over het bepalen van wils(on)bekwaamheid.

16 Zie het artikel van Tak et al. [Tak 2013].

17 Het vlindermodel [figuur 2, pagina 11]
Als het gaat om samenwerking met welzijn en wonen dan wordt aangehaakt bij andere overlegtafels die daar over gaan (zoals dementie, palliatieve zorg, sociale wijkteams, inzet wijkverpleegkundigen, programma langer thuis en programma eenzaamheid, transmurale zorgbrug, et cetera).

Zie het Visiedocument Eerstelijnsgeneeskunde voor ouderen; lokale, persoonsgerichte, passende, proactieve, samenhangende zorg én ondersteuning [Laego 2014a].

18 Wijkanalyse
Er zijn veel manieren waarop een wijkanalyse gemaakt en/of uitgevoerd kan worden. Van eenvoudige portiekgesprekken tot een complexe situatieanalyse. De laatste jaren zijn veel verschillende modellen, handvatten en voorbeelden geschetst waarop een goede wijkanalyse uitgevoerd kan worden, maar er is geen eenduidig model. Wijkanalyses zijn een belangrijk instrument voor maatschappelijke organisaties, gemeenten en bewoners (organisaties) voor het maken van keuzes en het formuleren van verbeterpunten of speerpunten. Wijkanalyses kunnen breed zijn. Zij gaan dan over alle aspecten in een wijk. Zij kunnen ook beperkt(er) zijn en zijn dan gericht op één of enkele aspecten van de wijk.

Uit: Wijkanalyse, hoe doe je dat? www.sociaalwerkindewijk.nl.

19 Voorbeelden zijn vrijwilligersorganisaties zoals de ouderenbonden (VOA's), maar ook kerken, moskeeën en andere geloofsgemeenschappen waar mensen bij horen, hobbyclubs, et cetera.

20 Financiële problemen kunnen veel impact hebben, soms kan een deel van de oplossing in die richting worden gezocht. Dit benadrukt nogmaals dat het van belang is om naar de hele situatie van de oudere te kijken.

21 Effectiviteit vroegopsporing
Met financiering van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) onderzoek gedaan naar verschillende vormen van vroegtijdige opsporing van risico's en problemen op het gebied van gezondheid en welzijn bij (kwetsbare) ouderen. Daarbij is gekeken naar de volgende vragen: 'Welke vormen van vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen zijn er, en wat zijn hun knelpunten en succesfactoren? In hoeverre sluiten de huidige initiatieven aan bij de daadwerkelijke hulpvraag van ouderen? Hoe verhoudt vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen zich tot regionale populatiegerichte initiatieven? Wat is er nodig om initiatieven voor vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen te verbeteren?'

Er werden interviews gehouden met 17 experts en betrokkenen bij de verschillende vormen van vroegopsporing en interviews met 21 vrijwillige ouderenadviseurs (VOA's) van wie het merendeel 65 jaar of ouder was. De vrijwillige ouderenadviseurs werden daarom gestimuleerd om zowel namens de kwetsbare ouderen die zij bezoeken als namens zichzelf als oudere te spreken. Daarnaast werden twee experts op het terrein van regionale populatiegerichte initiatieven geconsulteerd om na te gaan welke plek vroegopsporing binnen dit soort initiatieven heeft.

De belangrijkste bevinding was dat diverse vormen van vroegopsporing onvoldoende aansluiten bij wat ouderen zelf willen en nodig hebben. Daarnaast lijken vroegopsporing en het daaropvolgende vervolgaanbod naar aanleiding van een signaal uit de omgeving (bijvoorbeeld vroegopsporing door vrijwillige ouderenadviseurs) of bij een selecte groep ouderen in een specifieke setting (bijvoorbeeld vroegopsporing in het ziekenhuis) doeltreffender dan vroegopsporing en het daaropvolgende vervolgaanbod bij een bredere/algemene populatie (bijvoorbeeld consultatiebureau voor ouderen, vroegopsporing vanuit de huisartsenpraktijk). Belangrijke knelpunten bij de uitvoering van initiatieven voor vroegopsporing zijn onvoldoende samenwerking en afstemming tussen de verschillende betrokkenen en het ontbreken van kennis over de effectiviteit van en het vervolg op initiatieven voor vroegopsporing. Volgens de onderzoekers worden met algemene screeningen vaak risico's en problemen opgespoord waarvoor geen effectieve interventies voorhanden zijn. Ook kan vroegopsporing door ouderen worden gezien als 'betutteling'.

Er zijn diverse initiatieven gaande op het gebied van vroegopsporing bij ouderen; desondanks is de kennis voor wat betreft de effectiviteit en doelmatigheid van deze initiatieven nog niet toereikend. Gezien de heterogeniteit van de groep (kwetsbare) ouderen is het van belang om meer inzicht te krijgen in bij wie en op welk moment vroegopsporing zinvol is. Daarnaast ontbreekt vaak een effectief of toegankelijk vervolgaanbod. Gezien de ontwikkelingen door verschillende transities in de zorg (onder andere decentralisaties, de hervorming van de langdurige zorg) is het belangrijk om in te spelen op huidige lacunes in kennis en vraagstukken. Relevante thema's in dit kader zijn onder andere hoe ouderen die gebaat zijn bij vroegopsporing het beste kunnen worden opgespoord, welke vorm van vroegopsporing het beste aansluit bij welke groep ouderen en hoe verschillende partijen (onder andere zorgverzekeraars, gemeenten, zorgverleners) het beste met elkaar kunnen samenwerken op het gebied van preventie, zorg en welzijn. Zie het RIVM-rapport Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen [RIVM 2016].

22 Vaststellen van kwetsbaarheid
Voorbeelden van instrumenten zijn (in willekeurige volgorde): de Groningen Frailty Indicator (GFI), Tilburg Frailty Indicator (TFI), Easy Care TOS, Trazag start, Prisma 7, ISAR-PC, Share-FI, Frailty Index (FI) en NANDA (voor verpleegkundigen).

Bij alle vragenlijsten geldt dat mensen met cognitieve stoornissen regelmatig een onjuist beeld geven omdat zij zich beter kunnen voordoen dan zij zijn.

Met het begrip kwetsbaarheid bedoelt de LESA kwetsbaarheid in de breedste zin. Screeningsinstrumenten waarmee kwetsbaarheid kan worden vastgesteld hanteren vaak een smallere definitie van kwetsbaarheid waarbij niet alle domeinen worden bekeken.

23 Inschatting kwetsbaarheid door huisarts
De EASY-CARE Tweetraps Ouderen Screening (EASY-CARE TOS) methode bestaat uit twee stappen:
- Een inschatting door de huisarts op basis van al bekende gegevens (HIS) of de patiënt kwetsbaar is.
- Een huisbezoek als sprake is van onvoldoende of onduidelijke informatie.

Uit onderzoek onder 587 patiënten van 70 jaar en ouder bleek dat huisartsen bij 90% van de patiënten alleen met stap 1 konden inschatten of sprake was van kwetsbaarheid. Bij 10% van de patiënten was aanvullend onderzoek nodig en werd overgegaan naar stap 2 [Van Kempen 2015].

24 Probleeminventarisatie
De uitgebreide probleeminventarisatie beslaat idealiter de somatische, functionele, maatschappelijke, psychische en communicatieve domeinen. Voorbeelden van instrumenten zijn (in willekeurige volgorde): Trazag, EasyCare, UCARE, CGA, RAI, (G)OUD, OMAHA en NANDA (voor verpleegkundigen).

25 Beroepsgeheim en informatie uitwisselen
Zorgprofessionals (artsen, psychologen, verpleegkundigen, verzorgenden en andere zorgprofessionals) hebben een wettelijke geheimhoudingsplicht. Dit beroepsgeheim vloeit voort uit de aard van het vertrouwelijke beroep van de zorgprofessional. Het beschermt niet alleen de individuele privacy van patiënten, maar ook het maatschappelijk belang van de vrije toegang tot de zorg. De samenleving is er bij gebaat dat iedereen vrije toegang tot de gezondheidszorg heeft zonder bang te zijn dat zijn vertrouwelijke gegevens verder worden verspreid. Het bestaan van die vertrouwelijkheid waarborgt dat patiënten gevoelige onderwerpen kunnen bespreken en tijdig hulp durven vragen. Dit draagt bij aan de algemene veiligheid in de samenleving, in plaats van dat de zwijgplicht de veiligheid zou belemmeren. Als er bij patiënten aarzelingen bestaan over de mate waarin hun gegevens bij een hulpverlener veilig zijn, dan zal dit ertoe leiden dat zij geen hulp zoeken of op een te laat moment.

Het beroepsgeheim is echter niet absoluut. Belangrijke uitzonderingen op de geheimhoudingsplicht zijn:
- een wettelijke verplichting;
- uitdrukkelijke toestemming van de cliënt/patiënt;
- conflict van plichten;
- meldrechten.

Zie het webdossier Medisch dossier (beroepsgeheim) van de KNMG, waaronder de wegwijzer beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden [KNMG 2016].

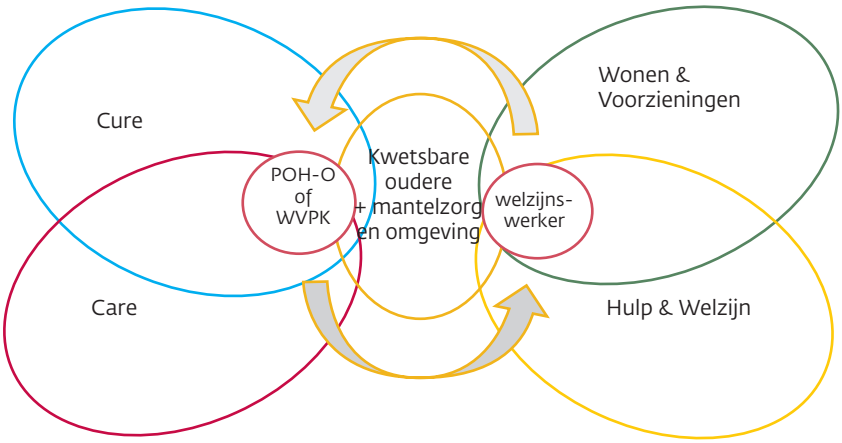
26 Het individueel zorgplan
Het individueel zorgplan (IZP) is in ontwikkeling en nog niet overal beschikbaar. Het IZP bevat de afspraken tussen patiënt en zorgverleners op basis van de gestelde doelen. Het bevat de volgende elementen:
- Informatie over de zorgcoördinator en andere betrokken zorgverleners, patiënt, mantelzorger.
- Doelen zoals afgesproken tussen patiënt en zorgverlener met de streefdatum waarop men het doel wil bereiken.
- Zorgafspraken: tussen een zorgverlener en de patiënt afgesproken acties om een doel te behalen, met daarin het doel waarvoor de zorgafspraak is gemaakt, degene die de actie moet uitvoeren, degene die de afspraak vanuit de zorgverlening in de gaten houdt en afspraken over de evaluatie.
- Voor het zorgplan relevante episodes.

27 Gesprek over kern- en belevingswaarden
Om de wensen van de kwetsbare oudere te beschrijven moet er eerst meer informatie zijn over de oudere. Wat vindt hij belangrijk? Hoe staat hij in het leven? Welke ideeën en gedachten heeft hij over zijn leven en over de toekomst? Het gaat om de manier waarop iemand geleefd heeft en hoe hij het verdere leven ziet. Speelt religie of andere levensovertuiging een rol? Heeft hij nagedacht over zijn eigen levenseinde? Hoe belangrijk vindt hij autonomie en hoe staat hij tegenover het accepteren van hulp?

Bij deze afstemming is het van belang te beseffen dat niet iedere oudere gewend is om voor zichzelf op te komen. Zie voor meer informatie het boek *Protocollaire ouderenzorg* [NHG 2015].

28 Doelen
De Generieke module Comorbiditeit (zie www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/standaarden/) onderscheidt:
- Persoonlijke doelen: deze worden individueel bepaald. Bijvoorbeeld een wens tot minder afhankelijkheid en meer autonomie, participatie in het familieleven en de samenleving, of een betekenisvolle invulling van het leven.
- Functionele doelen: deze hebben betrekking op het in stand houden of verbeteren van het functioneren in het dagelijks leven (verminderen beperkingen, behoud of verbeteren kwaliteit van leven), waarbij rekening gehouden moet worden met bijvoorbeeld vermoeidheid, benauwdheid of urine-incontinentie.

17 Figuur 2 Het vlindermodel is ontwikkeld onder leiding van Mart Stel, adviseur bij Zorgoptimalisatie Noord-Holland (ZONH), Alkmaar, 2013.



- Ziektegerelateerde doelen: deze zijn afhankelijk van de aandoeningen en worden beschreven in beschikbare klinische richtlijnen. Persoonlijke doelen van de patiënt kunnen leiden tot aanpassing van de ziektegerelateerde doelen, bijvoorbeeld een minder scherpe diabetesregulatie vanwege nare ervaringen met hypoglykemie.

29 Het zorgplan wordt periodiek geëvalueerd en bijgesteld. Het individueel zorgplan is nog in ontwikkeling. Zie voor meer informatie het Dossier Individueel Zorgplan van het NHG.

30 Voor verpleegkundigen en verzorgenden: zie de Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging [V&VN 2011].

31 Zie Visie Huisartsenzorg voor ouderen (in ontwikkeling) en het boek *Protocollaire ouderenzorg*.

32 In januari 2017 is de update gestart van de LESA Chronische medicatie en de LESA Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis. Zij worden samengevoegd in de LESA Geïntegreerde zorg bij chronische medicatie.

33 Voor sommige regio's heeft de Federatie Medische Coördinerende Centra (FMCC) apps ontwikkeld met daarin de sociale kaart.

34 Eerstelijnsverblijf: afwegingsinstrument en bekostiging

Met verschillende landelijke partijen, waaronder de LHV, is een afwegingsinstrument ontwikkeld dat helderheid biedt over de toegang tot het kortdurend eerstelijnsverblijf en de andere mogelijkheden van zorg wanneer eerstelijnsverblijf niet aan de orde is [Remmerswaal 2016].

Het eerstelijnsverblijf kent drie vormen van zorg: hoog complexe bedden, laag complexe bedden en de bedden voor palliatieve patiënten. De huisarts indiceert dat een laag, hoog of palliatief eerstelijnsbed nodig is, hiervoor zijn geen extra verwijscriteria nodig.

Gezien de benodigde medische expertise in een eerstelijnsverblijf heeft de huisarts de verantwoordelijkheid over de laag complexe medische zorg, en heeft de specialist ouderengeneeskunde de verantwoordelijkheid voor de hoog complexe medische zorg. Ook een AVG-arts kan in bepaalde situaties de medische zorg overnemen. Afwijkingen van dit uitgangspunt zijn mogelijk als hierover andere regionale, lokale of op de situatie van de patiënt afgestemde afspraken zijn gemaakt.

Sinds 1 januari 2017 valt het eerstelijns verblijf onder de Zorgverzekeringswet. Dit geldt niet voor patiënten die al Wlz-zorg thuis krijgen: bij hen valt een tijdelijk verblijf in een instelling ook onder de Wlz.

35 Omgang met zorgmijders

Kenmerkend voor 'zorgwekkende zorgmijders' is dat er signalen uit de omgeving komen dat zij zorg nodig hebben, terwijl zij er zelf niet om vragen en/of bij herhaling zorg weigeren. Eerstelijns hulpverleners zijn zich niet altijd voldoende bewust dat zorgmijders door een cognitieve stoornis of wilsonbekwaamheid geen adequate zorg krijgen. De hulpverlener moet een afweging tussen autonomie en adequate zorg maken. De huisarts is ervoor verantwoordelijk dat (mogelijke) zorgwekkende zorgmijders, die binnen de huisartsenvoorziening bekend zijn, de aangewezen bemoeizorg ontvangen (zie Handboek sociale geriatrie [Luijendijk 2006] en het KNMG-standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' [KNMG 2010b]).

In elk geval moet met enige regelmaat worden gecheckt of er nog steeds geen zorg benodigd of gewenst is.

36 Op het moment dat deze LESA wordt gepubliceerd is ook het NVKG Zorgpad voor kwetsbare ouderen in de maak.

37 Zie voor transmurale zorgbrug www.effectieveouderenzorg.nl.

LITERATUUR

Boomsma LJ, De Bont M, Engelsman C, Gussekloo J, Hartman C, Persoon A, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Dementie met de wijkverpleegkundigen. Huisarts Wet 2005;48(3):124-6.

Boomsma LJ, Boswijk DFR, Bras A, Kleemans, AHM, Schols JMGA, Wind AW, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Dementie met specialisten ouderengeneeskunde. Huisarts Wet 2009:52(3):S1-S5.

Deeg DJH, Braam AW. Het belang van kwaliteit van leven voor ouderen zelf; een kwantitatieve benadering. Medische Anthropologie 1997:136-49

Eizenga WH, De Bont M, Vriezen JA, Jobse AP, Kruyt JE, Lampe IH, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Palliatieve zorg. Huisarts Wet 2006;49(6):308-12.

Gezondheidsraad. Onderzoek medische zorg voor Ouderen (2006). https://www.gezondheidsraad.nl/nl/taak-werkwijze/werkterrein/innovatie-en-kennisinfrastructuur/onderzoek-medische-zorg-voor-ouderen).

Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken; geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit (2008). https://www.gezondheidsraad.nl/nl/taak-werkwijze/werkterrein/innovatie-en-kennisinfrastructuur/ouderdom-komt-met-gebreken-geneeskunde.

KNMG. Modelrichtlijn voor hulpverleners informatie en toestemming bij meerderjarige wilsonbekwame cliënten (2004). https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/meerderjarige-wilsonbekwamen.htm.

KNMG. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010a). https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/verantwoordelijkheidsverdeling-1.htm.

KNMG. KNMG-standpunt sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen (2010b). https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/medische-ouderenzorg.htm.

KNMG. Handreiking tijdig spreken over het levenseinde (2012a). https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/spreken-over-het-levenseinde.htm.

KNMG. Spreek op tijd over uw levenseinde (2012b). https://www.knmg.nl/web/file?uuid=3a3b17ca-bf9f-46c3-acf8-5fd0f82b1612&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=1223&elementid=147756.

KNMG. Handreiking implementatie taakherschikking (2012c). https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/taakherschikking.htm.

KNMG. Niet alles wat kan, hoeft. Passende zorg in de laatste levensfase (2015a). https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/niet-alles-wat-kan-hoeft.htm.

KNMG. Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen (2015b). Addendum bij KNMG-standpunt sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/medische-ouderenzorg.htm.

KNMG. Medisch dossier (beroepsgeheim) (2016). https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/medisch-dossier-beroepsgeheim.htm.

Laego. Visiedocument Eerstelijnsgeneeskunde voor ouderen; lokale, persoonsgerichte, passende, proactieve, samenhangende zorg én ondersteuning (2014a). https://laego.nhg.org/visie-en-missie-0.

Laego. Toolkit advance care planning met betrekking tot het levenseinde (2014b). https://laego.nhg.org/toolkits-en-handreikingen.

LHV-Verenso. Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde (2014). https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/nieuw-handreiking-samenwerking-huisarts-specialist-ouderengeneeskunde.

Luijendijk HJ, Verkaaik AJD. Handboek sociale geriatrie. Utrecht: De Tijdstroom, 2006.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Generieke module Comorbiditeit (2017). http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/standaarden/.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Generieke Module Ouderen met psychische aandoeningen (2017). http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/standaarden/.

NHG. Visie huisartsenzorg voor ouderen (2017) (in ontwikkeling).

NHG. Boek Protocollaire Zorg voor ouderen (2015). https://www.nhg.org/themas/publicaties/protocollaire-ouderenzorg.

NIVEL. Overzichtstudies ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg (2014). https://www.nivel.nl/books/Overzichtstudies_Ouderen_van_de_toekomst/HTML/index.html.

NVVA. Handreiking wilsonbekwaamheid (2008). https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/nvva-handreiking-wilsonbekwaamheid.htm

Pharos. Ouderen over ondersteuning en zorg. Kwaliteitscriteria voor ondersteuning en zorg vanuit ouderenperspectief met extra aandacht voor kwetsbare ouderen, waaronder migrantenouderen (2013). http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/algemeen/nieuws/779/kwaliteitscriteria-voor-ondersteuning-en-zorg-vanuit-ouderenperspectief.

Remmerswaal R, Van den Camp L, Lapajian I. Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf. Doorontwikkeling na overheveling eerstelijns verblijf naar Zvw (2016). https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/01/28/afwegingsinstrument-eerstelijns-verblijf.

RIVM. Factsheet Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen; op weg naar betere aansluiting bij wat ouderen zelf willen en kunnen (2016). http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Uitgaven/Preventie_Ziekte_Zorg/Vroegopsporing_bij_kwetsbare_ouderen_wat_is_nodig_om_beter_aan_te_sluiten_bij_hun_wensen_en_behoeften

Tak E, Kuiper R, Chorus A, Hopman-Rock M. Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. Ageing Res Rev 2013;12:329-38.

Van Campen C. Kwetsbare ouderen (2011). http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2011/Kwetsbare_ouderen.

Van Kempen JAL, Schers HJ, Philp I, Olde Rikkert MGM, Melis RJF. Predictive validity of a two-step tool to map frailty in primary care. BMC Med 2015;13:287.

Verenso. Verantwoorde diabeteszorg bij kwetsbare ouderen in thuissituatie, verzorgings- en verpleeghuizen (2011). http://www.verenso.nl/wat-doen-wij/vakinhoudelijke-producten/richtlijnen/.

Verenso. Handreiking taakdelegatie (2012a). http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Handreikingen/VER00318handreikingTaakdelegatieDEF.pdf.

Verenso. Aanvullende informatie over taakherschikking (2012b). http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Richtlijnen/Aanvullende-informatie-over-taakherschikking.pdf.

Vilans. Handreiking Zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn (2014). http://www.vilans.nl/kennis-en-informatie-publicaties-handreiking-kwetsbare-ouderen-in-de-eerste-lijn.html.

V&VN. Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging (2011). https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2015 documenten/Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging.pdf.