

NHG-Standpunt

Huisartsgeneeskunde voor ouderen

‘Er komt steeds meer bij...’



nederlands huisartsen
genootschap

NHG-STANDPUNT TOEKOMSTVISIE HUISARTSENZORG HUISARTSGENEESKUNDE VOOR OUDEREN

Vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 31 mei 2007

Toelichting

Dit NHG-Standpunt 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen' wordt uitgebracht met het oog op de verouderende Nederlandse bevolking en de consequenties daarvan voor de huisartsenzorg.

Huisartsen krijgen steeds meer te maken met oudere patiënten, van wie de meeste vroeger of later met complexe problematiek worden geconfronteerd. Dit betekent dat deze groep patiënten in toenemende mate speciale aandacht van de huisarts vraagt.

Implementatie Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012

Het Standpunt geeft de visie van het NHG op de huisartsgeneeskundige zorg voor ouderen en aanbevelingen aan de huisarts(en) (envoorziening) die bijdragen aan kwalitatief goede zorg voor ouderen. De uitgangspunten hiervoor zijn beschreven in hoofdstuk 3. Het Standpunt is geformuleerd in het kader van de implementatie van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012.¹ De NHG-Standpunten als vervolg op de Toekomstvisie² hebben betrekking op de patiëntenzorg en praktijkorganisatie. Met de geconcretiseerde visie in deze Standpunten en aanbevelingen voor praktische uitwerking ervan, wordt een handreiking gegeven voor de innovatie in de huisartsenvoorziening.³ De mate waarin een en ander kan worden gerealiseerd, is mede afhankelijk van de beschikbare randvoorwaarden.

Vertaalslag naar de praktijk

Dit Standpunt wijst de richting voor de ontwikkeling van de huisartsenzorg voor ouderen. In navolging van de Toekomstvisie is het streven de implementatie te realiseren in de periode tot 2012. Hiervoor wordt, in samenwerking met de LHV, een (gefaseerd) plan gemaakt, inclusief prioriteiten. Voor realisering van het plan dient in de noodzakelijke randvoorwaarden te worden voorzien.

Onderdeel van het implementatieplan zijn onder meer het ontwikkelen van een NHG-PraktijkWijzer, aangevuld met een LESA/LTA over de samenwerkingsaspecten en het ontwikkelen van scholingsmateriaal/scholing. Voor het bekend maken van praktijkvoorbeelden van (aspecten van) huisartsgeneeskunde voor ouderen zal ook het VWS/LHV/NHG-innovatieproject De Nieuwe Praktijk worden ingezet.

Opzet van het Standpunt

Dit Standpunt heeft betrekking op alle ouderen, en *in het bijzonder de groep ouderen met complexe problematiek*.

Hoofdstuk 1 bevat een samenvatting van het Standpunt. Deze wordt in de daaropvolgende hoofdstukken verder uitgewerkt.

INHOUDSOPGAVE

1. Samenvatting	
1.1. Inleiding	4
1.2. Belangrijkste aanbevelingen	4
1.3. Randvoorwaarden	8
2. Uitwerking probleemstelling.....	7
3. Uitwerking uitgangspunten.....	10
4. Uitwerking aanbevelingen	
4.1 Vakinhoudelijk handelen	11
4.2 Arts-patiëntcommunicatie	13
4.3 Organisatie	14
4.4 Samenwerking	16
4.5 Maatschappelijk handelen	20
4.6 Wetenschap en onderwijs.....	21
4.7 Professionaliteit	22
5. Uitwerking aanvullend huisartsgeneeskundig aanbod voor ouderen	24
6. Uitwerking randvoorwaarden	
6.1 Organisatie van de zorg.....	25
6.2 Regionale en managementondersteuning	25
6.3 Ondersteunend personeel	25
6.4 Ondersteunende ICT.....	26
6.5 Tijd	26
6.6 Adequate financiering.....	26
Bijlagen	
1. Achtergrondinformatie	27
2. NHG-Standaarden, LESA's en LTA's gericht op ouderen	31
3. Normen voor verantwoorde zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuis.....	32
4. Middelen en maatregelen in het kader van de Wet Bopz	33
5. NHG-Standpunten Toekomstvisie Huisartsenzorg	34
6. Gebruikte afkortingen	35
7. Literatuuroverzicht.....	36
8. Totstandkoming.....	37
Noten	38

1. SAMENVATTING

1.1 Inleiding

De Nederlandse bevolking veroudert. Huisartsen krijgen daardoor steeds meer te maken met oudere patiënten, van wie de meeste vroeger of later met complexe problematiek worden geconfronteerd. Dit betekent dat de zorgvraag van deze patiënten in toenemende mate speciale aandacht van de huisarts vraagt.

Voor achtergrondinformatie wordt verwezen naar bijlage 1.

Huisartsenzorg is continue, generalistische en contextgerichte zorg. De zorgvraag van de patiënt staat voor de huisarts centraal. In aanvulling op de algemene kenmerken voor de huisartsenzorg zoals geformuleerd in de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 en de uitwerking daarvan, zijn in dit NHG-Standpunt aanvullende uitgangspunten voor de zorg voor ouderen geformuleerd. Hiermee worden accenten gelegd in het huisartsgeneeskundig zorgaanbod.

Er is een ontwikkeling te verwachten dat huisartsenvoorzieningen een aanvullend zorgaanbod voor oudere patiënten met complexe problematiek gaan ontwikkelen en aanbieden. Zij kunnen daarmee inspelen op de vraag, en doelmatige en kwalitatief goede zorg bevorderen.

Het Standpunt heeft betrekking op alle ouderen, en **in het bijzonder ouderen met complexe problematiek**. De volgende definitie wordt gehanteerd:

Definitie complexe problematiek

Bij complexe problematiek is er sprake van een oudere persoon met één of meer van de volgende 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 zorg, maar ook om veelvoorkomende klachten/aandoeningen van ouderen (duizeligheid, slecht zien, horen, etc.).

Het Standpunt heeft de volgende probleemstellingen als uitgangspunt (zie verder hoofdstuk 2):

- de beperkte evidence over diagnostiek en behandelingsmogelijkheden bij ouderen;
- de beperkte kennis over multimorbiditeit bij ouderen;
- de kwetsbare positie van ouderen met complexe problematiek;
- de complexiteit van het zorgaanbod met als risico versnippering en gebrek aan samenhang.

Een belangrijk uitgangspunt van het Standpunt is dat de zorg voor ouderen met complexe problematiek vraagt om samenhang en daarom gegeven moet worden in een samenhangend zorgnetwerk. De huisarts heeft hierbinnen vanuit zijn overzicht de regierol, gericht op onderlinge afstemming van het beleid van de betrokken (huis)artsen en andere hulpverleners.

(Zie voor de uitgangspunten hoofdstuk 3.)

1.2 Belangrijkste aanbevelingen

Om te komen tot een samenhangend zorgnetwerk voor ouderen van voldoende kwaliteit, is het nodig dat op verschillende niveaus passende activiteiten worden ondernomen, waarbij ook de noodzakelijke randvoorwaarden worden gecreëerd.

In dit Standpunt worden aanbevelingen benoemd gericht op de individuele huisarts, de

huisartsenvoorziening/-groep/-post, en de beroepsorganisaties samen met de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde/huisartsopleiding. De belangrijkste aanbevelingen worden hieronder weergegeven (zie verder hoofdstuk 4).

A. Aanbevelingen voor de huisarts

1. De huisarts heeft een doortastende, pro-actieve houding bij het voorkomen van medische problemen en bij (vroeg)signalering van aandoeningen waarvoor behandeling of begeleiding mogelijk is (bijvoorbeeld evenwichtsstoornissen, nierfunctiestoornissen, cognitieve en zintuiglijke beperkingen).
2. Naast behandeling waar mogelijk, heeft de huisarts aandacht voor behoud of herstel van functionaliteit, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven. Samen met de patiënt maakt de huisarts steeds weer een afweging van individuele mogelijkheden en prioriteiten.
3. Allochtone ouderen en ouderen in een achterstandswijk vragen in het bijzonder zorg en regie van de huisarts.
4. De huisarts draagt in de huisartsenpraktijk zorg voor bereikbaarheid, servicegerichtheid en tijd voor acute zorg voor ouderen.
5. De huisarts biedt de oudere patiënt palliatieve/terminale zorg. Buiten kantooruren zorgt hij voor goede informatievoorziening daaromtrent aan de huisartsenpost.
6. De huisarts betracht in de communicatie extra zorgvuldigheid en aandacht, rekening houdend met eventuele verminderde cognitieve en zintuiglijke functies.
7. De huisarts maakt met de andere partners in samenhangende zorg in eerste en tweede lijn (zie paragraaf 4.4) afspraken over toegankelijkheid, zorginhoud, samenwerking en communicatie.
8. De huisarts biedt samen met verpleegkundigen en verzorgenden een samenhangend zorgaanbod van cure en care thuis en in het verzorgingshuis, gebaseerd op het medisch behandelingsplan en met gebruikmaking van een gezamenlijk gedragen zorgplan.
9. De huisarts volgt het NHG-Standpunt 'Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg' (2006), waarin speciale aandacht wordt gevraagd voor de medicatiebewaking bij ouderen. Verder wordt in dit Standpunt aanbevolen om ten minste eenmaal per jaar de medicatie van patiënten met een chronische aandoening te evalueren.
10. De huisarts biedt ouderen met psychosociale problemen gericht zorg samen met (toekomstige) GGZ-praktijkverpleegkundigen (in de huisartsenvoorziening), algemeen maatschappelijk werk, eerstelijnspsychologen, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en medisch specialisten als ouderenpsychiaters.
11. Bij behoefte aan consultatie ontwikkelt de huisarts zelf consultatiemogelijkheden, afhankelijk van de lokale omstandigheden. Dit kan zijn met de kaderhuisarts, de verpleeghuisarts, de medisch specialist of medewerkers van de GGZ.

B. Aanbevelingen voor de huisartsenvoorziening/-groep

1. De huisartsenvoorziening brengt de specifieke doelgroep van ouderen in het praktijkgebied getalmatig in kaart, inventariseert welke andere zorgverleners in dit gebied actief zijn en maakt, zo mogelijk samen met hen, een plan van aanpak voor de opzet en uitvoering van het beleid voor ouderen.
2. De huisartsenvoorziening is er medeverantwoordelijk voor dat de samenhangende zorg is georganiseerd in een multidisciplinair team.
3. Wanneer er regionaal geen goede samenwerking is tussen de huisartsen en zelfstandig werkende thuiszorgorganisaties, dienen de huisartsen dat vanuit hun medisch-inhoudelijke regierol aan te kaarten en te pogen bij te sturen. De huisartsenvoorziening/-groep kan ook zelf verpleegkundige zorg aanbieden door (wijk)verpleegkundigen en anderen (SPV-er, etc.) in dienst te nemen.
4. De huisartsengroep maakt afspraken met de tweede lijn over afstemming en samenhang van de geleverde zorg. Het streven is één aanspreekpunt voor ouderenzorg per tweedelijns instelling, bijvoorbeeld een internist of klinisch geriater.
5. De huisartsengroep maakt afspraken met de tweede lijn over de consultatieve functie en te leveren service aan de huisarts bij diagnostische trajecten.

6. De huisartsenvoorziening expliciteert de samenwerking met de verpleeghuisarts en kan ook een verpleeghuisarts als lid van het team in de voorziening opnemen.
7. Huisartsen (en andere eerstelijns hulpverleners) participeren in het - binnen een wijkgerichte aanpak van eerstelijnszorg - versterken van de kwaliteit van leven in de thuissituatie op de vier domeinen van zorg, wonen en sociaal en geestelijk welzijn, ook in relatie tot de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
8. De huisartsenvoorziening zorgt ervoor dat de huisartsen en andere praktijkmedewerkers de benodigde deskundigheidsbevordering krijgen op het terrein van de zorg voor ouderen.
9. Bij een relatief grote vertegenwoordiging van oudere patiënten met complexe problematiek in de patiëntenpopulatie kan de huisartsenvoorziening een gericht aanvullend zorgaanbod ontwikkelen en aanbieden.

Mogelijkheden voor zo'n aanvullend aanbod zijn:⁴

- het met een aantal huisartsenvoorzieningen samen organiseren van een samenhangend zorgnetwerk en het inzetten van een casemanager;
- het (re)organiseren van de medische zorg in het verzorgingshuis;
- het als huisartsgroep - eventueel ondersteund door een consultant - afspraken maken met het ziekenhuis over het opname- en ontslagbeleid.

C. Aanbevelingen voor de huisartsenpost

1. De huisartsenpost houdt bij de triage rekening met specifieke veelvoorkomende aandoeningen bij ouderen (bijvoorbeeld cognitieve en stemmingsproblemen), mogelijke communicatie- of mobiliteitsproblemen samenhangend met ouderdom, en de afwijkende presentatie van de problematiek door ouderen.
2. De huisartsenpost streeft naar een georganiseerde uitwisseling van medische gegevens en ziet toe en geeft feedback op goede informatievoorziening en toegankelijkheid van het patiëntendossier en/of zorgplan.
3. De huisartsenpost draagt zorg voor een goede voorziening van beschikbaarheid van informatie op de post over patiënten die in palliatieve/terminale zorg zijn.

D. Aanbevelingen voor de beroepsorganisaties samen met de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde/huisartsopleiding

1. Het NHG, de LHV en andere beroepsorganisaties (bijvoorbeeld van verpleeghuisartsen, internisten en klinisch geriateren) gaan na op welke wijze ze de huisarts(envoorziening) kunnen ondersteunen bij het creëren van een samenhangende zorg en van consultatiemogelijkheden voor de huisarts.
2. Er moeten op landelijk niveau afspraken worden gemaakt over het doelmatiger organiseren van de indicatiestelling voor aanvullende zorg ten dienste van de hulpverlening.
3. Het NHG en de LHV streven samen met de huisartsopleiding en de andere beroepsorganisaties naar (verdere) samenwerking/afstemming van de vervolgopleidingen van huisartsen en verpleeghuisartsen - en ook van klinisch geriateren en ouderensychiaters.
4. Het NHG geeft samen met het LUMC (verder) vorm aan de Kaderopleiding Ouderengeneeskunde.
5. Het NHG en de LHV zorgen voor scholingsmateriaal en scholingen.
6. Het NHG vat samen met de LHV de voorgaande aanbevelingen in een implementatieplan. De LHV maakt zich sterk voor (financiële) randvoorwaarden die nodig zijn om de afgesproken kwalitatieve en kwantitatieve zorg te kunnen leveren. LHV en NHG ontwikkelen in dit kader kwaliteitsindicatoren voor geriatrische zorg in de eerste lijn.

E. Aanbevelingen voor wetenschappelijk onderzoek door de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde en onderzoeksinstituten

1. Onderzoek is nodig naar klinisch relevante determinanten of predictoren die de overgang van min of meer volledige gezondheid naar complexe problematiek verklaren en voorspellen.
2. (Klinisch) onderzoek is nodig naar de effectiviteit van behandelingen van aandoeningen bij ouderen

en specifiek bij ouderen met multimorbiditeit, en naar niet-medicamenteuze interventies. Allochtone ouderen en ouderen in achterstandswijken verdienen hier bijzondere aandacht.

3. Wetenschappelijke evaluatie van experimenten zijn nodig om zicht te krijgen op hoe ouderenzorg doelmatig en kwalitatief goed georganiseerd kan worden.
4. De universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde hebben een rol in de vergroting van de kennis door de huisarts. Zij voorzien via hun netwerken in de dataverzameling en bevorderen de dialoog praktijk-onderzoek.

1.3 Randvoorwaarden

1. Goede, de huisarts ondersteunende organisatie van de zorg.
2. Faciliterende regionale organisatie, regionale ondersteuning en managementondersteuning.
3. Voldoende goed opgeleide huisartsen, praktijkverpleegkundigen en praktijkassistenten.
4. Goed werkende formats voor onderlinge digitale gegevensuitwisseling (elektronisch patiëntendossier, zorgplan), in het bijzonder ook buiten kantooruren (elektronisch waarneemdossier).
5. Tijd voor de huisarts voor de zorg voor ouderen met complexe problematiek.
6. Adequate financiering van het huisartsgeneeskundig basisaanbod voor ouderen.
7. Mogelijkheden van financiering van een aanvullend aanbod.

2. UITWERKING PROBLEEMSTELLING

Beperkte evidence over diagnostiek en behandelingsmogelijkheden bij ouderen

Het ontbreekt aan voldoende wetenschappelijke kennis over hoe de afname van psychische en lichamelijke reserves op hogere leeftijd tot kwetsbaarheid leidt en hoe dit proces kan worden voorkomen, afgeremd of gestopt. De Raad voor Gezondheidsonderzoek onderstreept dit gemis en constateert diverse onderzoekslacunes.⁵ Het NHG heeft een groot aantal standaarden uitgebracht die zijn gebaseerd op uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek. Ouderen worden vaak uitgesloten van klinische trials. In de ziektespecifieke standaarden wordt daarom over het algemeen geen duidelijk leeftijdsafhankelijk verschil aangegeven in geadviseerde diagnostiek en behandelingen. Voor veel behandelingen is nog niet aangetoond dat zij ook voor mensen op hoge leeftijd nog effectief zijn.

Beperkte kennis over multimorbiditeit bij ouderen

Veel ouderen lijden aan meer dan één aandoening. Hierdoor is er bij de behandeling sprake van verschillende richtlijnen. De kennis over multimorbiditeit en de implicaties daarvan voor diagnostiek en vooral behandeling van ouderen is relatief beperkt.⁶ Wat ontbreekt zijn daardoor wetenschappelijk onderbouwde strategieën hoe prioriteiten kunnen worden gesteld als geadviseerde behandelingen tegenstrijdig zijn. De multimorbiditeit heeft niettemin een grote invloed op de patiënt en hulpverleners. De (negatieve) effecten van de verschillende aandoeningen kunnen elkaar versterken en leiden tot een negatieve spiraal in de ervaren gezondheid. Bovendien gaat multimorbiditeit hand in hand met polyfarmacie. Daarnaast heeft de aanwezigheid van meerdere aandoeningen relatief grote invloed op het sociaal functioneren van ouderen.

Kennis ontbreekt in het bijzonder over multimorbiditeit bij allochtone ouderen en ouderen uit achterstandswijken.

Kwetsbare positie van ouderen met complexe problematiek

De persoonlijke context speelt in de zorg van de oudere patiënt een grote rol. De ervaren gezondheid wordt door oudere patiënten naast voorkomende (chronische) aandoeningen immers beïnvloed door de kwetsbare levensfase waarin zij zich bevinden. In deze levensfase komen ziekte, invaliditeit of verlies van de partner en andere naasten veel voor. Hierdoor wordt de sociale en emotionele steun dikwijls minder, terwijl er ook sprake kan zijn van een teruggang in economische omstandigheden.

Complexiteit van het zorgaanbod met als risico versnippering en gebrek aan samenhang

De zorg voor ouderen met complexe problematiek vraagt om samenhangende zorg. Dit wil zeggen dat er sprake is van een samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende (onafhankelijke) aanbieders met herkenbare regie wordt geleverd en waarin het patiëntproces centraal staat. De inrichting van de gezondheidszorg leidt echter juist tot versnippering in de zorg. Er is sprake van een verschuiving in de rollen van de verschillende disciplines die zich richten op ouderen. Hierdoor ontstaat overlap in de zorg voor ouderen. Dit leidt tot onduidelijkheid voor de patiënt en onduidelijkheid voor de betrokken professionals over wie verantwoordelijk is voor de zorg(coördinatie). Het gevolg kan zowel over- als onderbehandeling zijn.⁷

Versnippering van de zorg dreigt zowel in de cure als in de care:

- Na verwijzing van de oudere patiënt naar de tweede lijn raakt de huisarts het overzicht over het diagnostische en therapeutische proces in het ziekenhuis dikwijls kwijt. Dit geldt vooral voor ouderen met verschillende ziektebeelden tegelijkertijd (een veelal langdurig diagnostisch traject, het initiëren van nevendagnostiek en het veelal uitblijven van adequaat overleg tussen specialist en huisarts

tijdens het 'specialistische traject'). De uiteindelijke schriftelijke terugrapportage van het ziekenhuis (ook ten aanzien van de farmacotherapie) leidt nogal eens tot transferproblemen bij het ontslag naar huis van de patiënt. Dit gaat ten koste van de patiëntveiligheid en doelmatigheid van zorg. Het kost patiënt en huisarts veel tijd om de ontstane onduidelijkheden op te lossen.

- De toename van de categorale geneeskunde (in diabetespoli's en hartfalenpoli's) leidt ook tot versnippering en onduidelijkheid.
- De introductie van de marktwerking in de zorg heeft in de care tot een groot aantal met elkaar concurrerende thuiszorgorganisaties geleid, waardoor huisartsen in veel gevallen met een scala aan (onbekende) thuiszorgorganisaties te maken hebben. Bovendien werken binnen de thuiszorgorganisaties ook weer allerlei gespecialiseerde medewerkers, wat nog tot extra versnippering leidt.

3. UITWERKING UITGANGSPUNTEN

Huisartsgeneeskundige zorg betreft continue, integrale en persoonlijke zorg. Hoewel huisartsgeneeskunde voor ouderen zich - zolang mensen vitaal zijn - inhoudelijk op veel onderdelen niet onderscheidt van huisartsgeneeskunde voor andere patiënten, is er toch sprake van een aantal bijzondere karakteristieken voor de huisartsgeneeskundige zorg voor ouderen. In aansluiting op de algemene uitgangspunten zijn daarom de volgende uitgangspunten van toepassing op de huisartsenzorg voor ouderen.

1. Naarmate mensen ouder worden komt het streven naar behoud en herstel van functionaliteit, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven voorop te staan en is de aandacht niet altijd meer primair gericht op het genezen van ziekte.
2. Naarmate mensen ouder worden neemt de reconvalescentietijd toe: het herstel duurt langer, het evenwicht raakt gemakkelijker verstoord en de begeleiding vraagt meer tijd.
3. Naarmate mensen ouder worden neemt de complexiteit van de problematiek toe, en gaat het eindigheidsperspectief van het leven een steeds belangrijker rol spelen.
4. Ook voor ouderen geldt dat de geleverde zorg zoveel mogelijk dient aan te sluiten bij de wensen, behoeften en verwachtingen van de patiënt (zorg-op-maat).
5. De zorg voor ouderen met complexe problematiek vraagt om samenhang en dient daarom gegeven te worden in een samenhangend zorgnetwerk. De huisarts heeft hierbinnen vanuit zijn overzicht een regierol, gericht op onderlinge afstemming van het beleid van de betrokken (huis)artsen en andere hulpverleners. De huisarts houdt die regie (op de achtergrond) ook wanneer hij de patiënt in een fase overdraagt voor intensieve zorg in het ziekenhuis of wanneer een andere hulpverlener (bijvoorbeeld een verpleegkundige) de zorgcoördinatie op zich neemt.

4. UITWERKING AANBEVELINGEN

Dit hoofdstuk bevat een uitwerking van de aanbevelingen zoals die in de samenvatting (hoofdstuk 1) zijn te vinden. De aanbevelingen zijn gericht op de individuele huisarts, de huisartsenvoorziening/-groep/-post, en de beroepsorganisaties samen met de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde/huisartsopleiding. Ze hebben betrekking op de groep ouderen als geheel, en in het bijzonder op ouderen met complexe problematiek.

Een indeling is gemaakt naar voorbeeld van het 'Competentieprofiel van de Huisarts'.⁸

De in dit hoofdstuk beschreven onderdelen van een goede huisartsgeneeskundige zorg voor ouderen behoren tot het huisartsgeneeskundig basisaanbod. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op mogelijkheden van een aanvullend huisartsgeneeskundig aanbod voor ouderen.

4.1 Vakinhoudelijk handelen

Preventie/(vroeg)signalering

Ook bij preventieve zorg voor ouderen gelden de algemene criteria van het NHG: de huisarts doet aan preventie wanneer het nut is aangetoond en het kosteneffectief en uitvoerbaar is. In de ouderenzorg gelden deze criteria voor de opsporing en behandeling van cardiovasculaire risicofactoren, inclusief diabetes, en griepvaccinaties. Onderzoek is nog gaande naar het nut van bijvoorbeeld consultatiebureaus voor ouderen, preventieve huisbezoeken of speciale spreekuren voor (alle) ouderen in een wijk en screening.⁹ De huisarts heeft bij ouderen een actieve rol bij het voorkomen van problemen die voortvloeien uit het bestaan van multimorbiditeit en medicatiegerelateerde problemen (polyfarmacie). Ten aanzien van de medicatie volgt de huisarts de aanbevelingen van het NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg' (2006).

Daarnaast speelt de huisarts een belangrijke rol bij (vroeg)signalering van aandoeningen waarvoor behandeling of begeleiding mogelijk is (bijvoorbeeld evenwichtsstoornissen, nierfunctiestoornissen, cognitieve en zintuiglijke beperkingen). Zo gaat hij in op signalen van derden (familie, verzorging, burens) over cognitieve achteruitgang. Die kunnen voor hem reden zijn voor nadere diagnostiek, (hetero)anamnese, eventuele afname van de Mini-Mental State Examination (MMSE), lichamelijk en laboratoriumonderzoek, nagaan van de medicatie, etc.

Aanbeveling voor de huisarts

- De huisarts heeft een doortastende, pro-actieve houding bij het voorkomen van medische problemen en bij (vroeg)signalering van aandoeningen waarvoor behandeling of begeleiding mogelijk is.

Diagnostiek, behandeling en begeleiding

Bij diagnostiek en behandeling van veelvoorkomende aandoeningen bij ouderen - zoals carcinomen, cardiovasculaire aandoeningen, psychische problemen (angsttoestanden, depressie, dementie), decubitus - houdt de huisarts behalve met de wensen van de patiënt rekening met diens levensverwachting, de zorgmogelijkheden en eventuele problemen op andere gebieden (woonsituatie, sociale en financiële problemen).

Ook bij ouderen met complexe problematiek zal de huisarts aandacht geven aan cure, de op genezing gericht activiteiten. Maar (volledig) behandelen/genezen zal bij hen niet altijd meer mogelijk zijn. Samen

met de patiënt maakt de huisarts steeds een afweging van individuele mogelijkheden en prioriteiten. Wanneer behandelen niet goed meer mogelijk blijkt, zal het accent verschuiven naar behoud of herstel van functionaliteit, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven. Bij chronische aandoeningen wordt de kwaliteit van leven meer bepaald door het leren omgaan met de beperkingen van het leven, en is die veel meer afhankelijk van kennis en inzicht en betrokkenheid van de patiënt dan van een bloeddrukcontrole of medicijn. Care-elementen gaan een grotere rol spelen.

De oudere patiënt met complexe problematiek heeft meerdere tekorten in:

1. de gezondheid, de stoornissen in engere zin;
2. de psychosociale redzaamheid, een gebrek aan competentie;
3. het patiëntensysteem, de verpleging en de verzorging en de aanwezigheid van mantelzorg;
4. het functioneren, de maatschappelijke redzaamheid.

Deze min of meer objectief vaststelbare tekorten worden vertaald in subjectieve hulpvragen, zorgbehoeften dan wel problemen. Uiteindelijk leidt dat tot het formuleren van een zorgplan. (Het is aan te bevelen om aan te sluiten bij het format hiervoor dat in de verpleeghuisgeneeskunde is ontwikkeld.) Het zorgplan besteedt aandacht aan de continuïteit in de zorg (de volgende stap is een logisch gevolg van de vorige), de complementariteit van taken (en activiteiten) en van functies (de beroepsbeoefenaars), de coördinatie en de communicatie met de patiënt maar ook over de patiënt (elektronisch patiëntendossier).

Allochtone ouderen en ouderen in een achterstandswijk zijn nog kwetsbaarder dan andere ouderen en vragen daarom nog meer zorg en regie van de huisarts. Voor deze groep is het bijzonder van belang dat er goed wordt afgestemd tussen hulpverleners.

De huisarts heeft ook de pro-actieve zorg voor de (oudere) partner van de patiënt, die vaak de centrale verzorger is. De draaglast van deze partner bepaalt vaak hoe lang de patiënt nog thuis kan blijven. En de huisarts heeft ook oog voor eventuele andere mantelzorgers, tezamen met andere hulpverleners in de eerste lijn.

De huisarts zorgt dat wensen van de patiënt en partner inzichtelijk zijn voor andere huisartsen.

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts houdt bij de diagnostiek en behandeling van de diverse specifieke veelvoorkomende aandoeningen bij ouderen rekening met de wensen van de patiënt en met diens mantelzorgers/naasten.
- Naast behandeling waar mogelijk, heeft de huisarts aandacht voor behoud of herstel van functionaliteit, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven. Samen met de patiënt maakt de huisarts steeds weer een afweging van individuele mogelijkheden en prioriteiten.
- Allochtone ouderen en ouderen in een achterstandswijk vragen in het bijzonder zorg en regie van de huisarts.
- De huisarts zorgt dat wensen van de patiënt en partner inzichtelijk zijn voor andere huisartsen.

Acute zorg

De acute zorg binnen kantooruren in de huisartsenpraktijk en buiten kantooruren in de huisartsenpost vraagt om specifieke aandacht voor oudere patiënten ten aanzien van bereikbaarheid, spreiding van posten, triage, servicegerichtheid, beschikbaarheid van gegevens en tijd. Bij de triage dient rekening te worden gehouden met veelvoorkomende aandoeningen bij ouderen (bijvoorbeeld cognitieve en stemmingsproblemen), mogelijke communicatie- of mobiliteitsproblemen samenhangend met ouderdom, en de afwijkende presentatie van de problematiek door ouderen.

Vooraf voor ouderen met complexe problematiek is een georganiseerde uitwisseling van medische gege-

vens (een adequaat patiëntendossier met een volledig medicatieoverzicht) noodzakelijk. De informatieoverdracht over patiënten die in palliatieve/terminale zorg zijn, vraagt in het bijzonder aandacht.

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts draagt in de huisartsenpraktijk zorg voor bereikbaarheid, servicegerichtheid en tijd voor acute zorg voor ouderen.
- De huisarts draagt er zorg voor dat bij de triage rekening wordt gehouden met veelvoorkomende aandoeningen bij ouderen (bijvoorbeeld cognitieve en stemmingsproblemen), mogelijke communicatie- of mobiliteitsproblemen samenhangend met ouderdom en met de afwijkende presentatie van de problematiek door ouderen.
- De huisarts zorgt voor een goede overdracht van informatie aan de waarnemend collega op de huisartsenpost. Dit in het bijzonder voor patiënten aan wie hij palliatieve/terminale zorg verleent.

Aanbevelingen voor de huisartsenpost

- De huisartsenpost houdt bij de triage rekening met specifieke veelvoorkomende aandoeningen bij ouderen (bijvoorbeeld cognitieve en stemmingsproblemen), mogelijke communicatie- of mobiliteitsproblemen samenhangend met ouderdom, en de afwijkende presentatie van de problematiek door ouderen.
- De huisartsenpost streeft naar een georganiseerde uitwisseling van medische gegevens en ziet toe en geeft feedback op goede informatievoorziening en toegankelijkheid van het patiëntendossier en/of zorgplan.
- De huisartsenpost draagt zorg voor een goede voorziening van beschikbaarheid van informatie op de post over patiënten die in palliatieve/terminale zorg zijn.

4.2 Arts-patiëntcommunicatie

In het algemeen is extra aandacht van de huisarts nodig voor de communicatie met de oudere patiënten. Het is belangrijk hen te betrekken bij het beleid en zorgplan, en bij het afwegen van individuele mogelijkheden en prioriteiten. Idealiter maakt de oudere patiënt zelf keuzen, en eventueel - als de patiënt dat niet zelf kan - diens partner/familie. De patiënt, ook de oudere, houdt zoveel en zolang mogelijk de regie over zijn eigen leven. De huisarts kan hierbij een belangrijke adviserende functie vervullen.

In sommige gevallen schatten ouderen hun toestand optimistischer in dan hulpverleners of weten ze zelf niet goed dat ze hulp nodig hebben of wat voor soort hulp. Daarnaast wijzen ze ondersteunende zorg vaak af omdat ze niet voelen voor het nieuwe onbekende. Ook hier is meer doortastend pro-actief optreden van de huisarts op z'n plaats.

Verder kan een vanouds goede verstandhouding tussen huisarts en patiënt tijdens het verouderingsproces verstoord raken, evenals overigens de relatie tussen de patiënt en diens partner.

In sommige gevallen ligt de nadruk veel meer op begeleiding en het helpen bij de aanvaarding van beperkingen dan op behandelen. De begeleiding naar het levenseinde¹⁰ is een ander aspect dat vraagt om zorgvuldige communicatie en specifieke kennis en kunde van de huisarts. De huisarts speelt een belangrijke rol in de palliatieve/terminale zorg (ook buiten kantooruren, zoals hiervoor al is aangegeven).¹¹

In de communicatie tussen de huisarts en de oudere patiënt - bij wie cognitieve stoornissen of verminderde zintuiglijke functies hun uitdrukkingsvermogen kunnen bemoeilijken - gaat het om:

- geduldig zijn en moeite willen doen om de oudere te verstaan en te begrijpen;
- duidelijk spreken en nagaan of de boodschap is overgekomen;

- open staan voor de wensen van de oudere.

In zijn rol als adviseur heeft de huisarts oog voor de belangen van de diverse betrokkenen: op de eerste plaats de patiënt, maar ook de primaire mantelzorger (bijvoorbeeld de partner). Dit vraagt om het:

- oog hebben voor de belasting en positie van familie (en verzorgenden) en rekening houden met hun mening;
- verhelderen van conflicterende meningen en belangen van de oudere en anderen en als huisarts de wens of het belang van de oudere zelf ondersteunen, tenzij dit in strijd is met goede zorgverlening;
- zorgvuldig afwegen van conflicterende uitkomsten met betrekking tot het beroepsgeheim en het belang van goede zorgverlening en het vastleggen daarvan in het dossier.

De huisarts zal bij deze patiënten steeds weer de vraag moeten beantwoorden wat zijn rol is en tot waar zijn bemoeienis gaat. Denk bijvoorbeeld aan informatie aan en overleg met kinderen en mantelzorgers over het beleid en het opvangen van signalen van burens als er geen kinderen zijn. Dit geldt ook ten aanzien van een gedwongen opname in psychiatrische ziekenhuizen in het kader van de wet Bopz (zie bijlage 4).

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts betracht in de communicatie extra zorgvuldigheid en aandacht, rekening houdend met eventuele verminderde cognitieve en zintuiglijke functies.
- De huisarts heeft oog voor de belasting en positie van familie (en verzorgenden) en houdt rekening met hun mening.
- De huisarts verheldert conflicterende meningen en belangen van de oudere en anderen en ondersteunt de wens of het belang van de oudere zelf, tenzij dit in strijd is met goede hulpverlening.
- De huisarts maakt zorgvuldige afwegingen bij dossierbeheer en het beroepsgeheim.

4.3 Organisatie

Voor ouderen met complexe problematiek is een samenhangende zorg een belangrijke vereiste. Samenhangende zorg kan hier worden gedefinieerd als een samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende (onafhankelijke) aanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het patiëntenproces centraal staat. De eerste stap in dit proces is het verhelderen en inventariseren van wensen, behoeften en verwachtingen van de patiënt. Binnen de keten kan de logistiek voor patiënten aanzienlijk worden verbeterd. Dit kan worden bereikt door het zoveel mogelijk voorspelbaar maken van het zorgtraject voor een individuele patiënt in termen van doorlooptijd, benodigde professionele capaciteit en noodzakelijke beschikbaarheid van apparatuur en diensten. De patiënt wordt behandeld volgens een gestandaardiseerde, maar wel op de individuele situatie toegesneden methode. Bij de samenwerking tussen de verschillende aanbieders staan de patiënt en het primaire proces centraal en worden tussenliggende schotten doorbroken. De patiënt dient de juiste zorg of dienstverlening op de juiste plaats en op het juiste moment te krijgen, met een optimale kwaliteit-prijsverhouding.¹²

De huisarts heeft een spilfunctie in de zorg en een gidsfunctie voor de patiënt en draagt medeverantwoordelijkheid voor de organisatie van samenhangende zorg op basis van een medisch behandelingsplan en een zorgplan, met goede afspraken in een zorgnetwerk van eerste, tweede en derde lijn (verpleeghuizen, revalidatie-instellingen, GGZ). De zorg dient gericht te zijn op een adequaat laten functioneren van de oudere thuis, door middel van onder meer de inzet van verpleging en verzorging (ook de praktijkverpleegkundige kan hierin een rol spelen) en ICT. Patiënten die regelmatig contact moeten hebben met hulpverleners, worden actief benaderd wanneer ze bijvoorbeeld niet op afspraken verschijnen. De lokale organisatie van samenhangende zorg en de rol van coördinator van de thuis te verlenen zorg kan door de huisarts zelf maar ook door anderen worden vervuld.

De organisatie wordt afgestemd in een meer of minder gestructureerd overleg van de betrokken zorgverleners. Bestaande vormen hiervan zijn:¹³

- *Het functioneel overleg*
Dit is een vorm van coördinatie waarbij per patiënt en op indicatie alle betrokken zorgverleners met elkaar om de tafel gaan zitten en gezamenlijk afspraken maken over het zorgbeleid en de taakverdeling. Het functioneel overleg heeft wisselende partners. Voorwaarde voor het realiseren van een functioneel overleg is een regionaal 'steunpunt'. Huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere zorgverleners kunnen bij het steunpunt een patiënt inbrengen met het verzoek een functioneel overleg te regelen tussen de betrokken zorgverleners en zo mogelijk ook de patiënt zelf of diens vertegenwoordiger. Het regionaal steunpunt heeft meerwaarde als het ook aansluitend ondersteuning biedt bij het maken van een gezamenlijk zorgplan, het vastleggen van de samenwerkingsafspraken over de patiënt en de bewaking van de afspraken.
- *Het hometeam*
Een hometeam bestaat bij voorkeur uit een klein team met een vaste kern (twee of drie huisartsen, een praktijkverpleegkundige, een of twee wijkverpleegkundigen en een maatschappelijk werker - als vast lid of op afroep). De grootste winst hiervan in de praktijk is dat huisartsen en (wijk)verpleegkundigen elkaar kennen, wat de 'tussendoorcontacten' vergemakkelijkt. Het hometeam blijkt vooral een meerwaarde te hebben voor:
 - het aan elkaar melden en bespreken van signalen over bijvoorbeeld beginnende dementie; de signalen worden gebundeld en er wordt afgesproken wie wat gaat doen;
 - informatie-uitwisseling en afstemming bij patiënten met multimorbiditeit (vooral ouderen met meerdere chronische ziekten, die zowel medische zorg als thuiszorg nodig hebben).

Voor het overleg kunnen de volgende uitgangspunten gelden:¹⁴

- Er wordt een zorgplan opgesteld waarin de behandelingsdoelen worden vastgelegd en een taakverdeling wordt afgesproken.
- Eén van de betrokkenen neemt de rol van coördinator van de thuis te verlenen zorg op zich.
- Op diverse plaatsen zijn daarvoor speciale verpleegkundigen aangesteld.¹⁵ Desgewenst kan de huisarts deze rol op zich nemen.
- De coördinator ziet toe op de samenhang in het zorgaanbod en de aansluiting op de behoefte van de patiënt en eventuele eerdere revalidatie elders en bevordert geregeld overleg tussen de diverse hulpverleners die betrokken zijn bij de patiënt.
- Het zorgplan wordt door de coördinator vastgelegd in een zorgdossier, waarin vervolgens ook het zorgproces en de verdere onderlinge afspraken en vragen worden genoteerd.

De partners in samenhangende zorg maken afspraken over toegankelijkheid, zorginhoud, samenwerking en communicatie:

- Bij de **toegankelijkheid** gaat het om aspecten als de instroom (toegankelijkheid van de zorg; instroom van de patiënten; de mate van keuzevrijheid voor hen), de doorstroom (verwijzingen en patiëntenlogistiek), (maximale) wachttijden, bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorgverleners tijdens en buiten kantooruren, en uitstroom en overdracht.
- De **zorginhoud** betreft afstemming van de individuele zorg-/behandelingsplannen, het handelen conform multidisciplinaire werkafspraken, de toegankelijkheid van gegevens, afstemming van de voorlichting aan patiënten, informed consent met het zorg-/behandelingsplan, en de evaluatie van ervaringen van patiënten.
- De **samenwerking en communicatie** betreffen een gezamenlijk patiëntenoverleg, taakverdeling en coördinatie.¹⁶

Op de verschillende niveaus (patiënt, hulpverlening, voorzieningen, wettelijke en financiële kader) is voor kwaliteitscontrole ook een kwaliteitsbeleid nodig.¹⁷

De indicatiestelling voor voorzieningen voor een periode korter dan drie maanden (deze vormen het overgrote deel van de indicaties) dient te worden vereenvoudigd en meer te worden gebaseerd op vertrouwen en controle achteraf. Huisartsen en eerstelijnsverpleegkundigen kunnen meestal eenvoudig en zonder dure overhead (telefonisch of schriftelijk) de aanvraag doen en de informatie bieden die nodig is voor toekenningen van zorg-op-maat. Mits de organisatie van de vervolgvactiteiten (toekenning en verstrekking) eveneens snel en efficiënt verloopt en terugkoppeling plaatsvindt in de Wmo-platforms of wijkraden. (De complexe en dure zorg langer dan drie maanden vormt een uitzondering.)

Aanbeveling voor de huisarts

- De huisarts maakt met de andere partners in samenhangende zorg in eerste en tweede lijn (zie paragraaf 4.4) afspraken over toegankelijkheid, zorginhoud, samenwerking en communicatie.

Aanbeveling voor de huisartsenvoorziening

- De huisartsenvoorziening is er medeverantwoordelijk voor dat de samenhangende zorg is georganiseerd in een multidisciplinair team.

Aanbevelingen voor de beroepsorganisaties

- Het NHG, de LHV en andere beroepsorganisaties (bijvoorbeeld van verpleeghuisartsen, internisten en klinisch geriaters) gaan na op welke wijze ze de huisarts(envoorziening) kunnen ondersteunen bij het creëren van een samenhangende zorg.
- Er moeten op landelijk niveau afspraken worden gemaakt over het doelmatiger organiseren van de indicatiestelling voor aanvullende zorg ten dienste van de hulpverlening.

4.4 Samenwerking

In deze paragraaf worden de algemene uitgangspunten over samenhangende zorg voor ouderen met complexe problematiek verder geconcretiseerd voor de samenwerkingsrelaties van de huisarts met andere eerstelijns hulpverleners: verpleegkundigen en verzorgenden, paramedici, de apotheker, GGZ-hulpverleners en overige hulpverleners, en met het ziekenhuis/de medisch specialisten. Verder wordt ingegaan op consultatiemogelijkheden voor de huisarts in de eerste en tweede lijn.

***Samenwerking binnen samenhangende zorg*¹⁸**

1. Met verpleegkundigen en verzorgenden¹⁹, maatschappelijke zorg en de diëtiste

De huisarts biedt samen met de verpleegkundigen en verzorgenden een samenhangend zorgaanbod van cure en care voor ouderen met complexe problematiek thuis en in het verzorgingshuis, gebaseerd op het medisch behandelingsplan en met gebruikmaking van een gezamenlijk gedragen zorgplan.

De delegatie van taken aan de praktijkverpleegkundige maakt het mogelijk om veel zorg voor ouderen met complexe problematiek in de huisartsenvoorziening te leveren. Door het delegeren van taken onder meer op het terrein van de zorg voor diabetes, astma/COPD en hart- en vaatziekten kan de huisarts zich richten op de (medisch-inhoudelijke) regie en coördinatie van de zorg en op de meer complexe zorg.

De huisarts, praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige maken afspraken over toepassing van nieuwe manieren van monitoring van zorg (zorg op afstand, telemonitoring).

Bij sociale problematiek, eenzaamheidsproblematiek en hulpbehoefendheid werkt de huisarts samen met het algemeen maatschappelijk werk en de wijkzorg. Ook de mantelzorg en vrijwilligers worden bij deze zorg betrokken.

De huisarts werkt bij ouderen met voedingsproblemen ook nauw samen met de diëtiste.

De inzet van verpleging en verzorging is afhankelijk van de lokale omstandigheden. Er kan sprake zijn van een goede samenwerking tussen huisartsen en zelfstandig werkende thuiszorgorganisaties. Wanneer dat niet zo is, dient de huisartsenvoorziening/-groep dat vanuit de medisch-inhoudelijke regierol van de huisarts aan te kaarten. Afhankelijk van de lokale omstandigheden kan een huisartsenvoorziening/-groep zelf verpleegkundige zorg aanbieden door (wijk)verpleegkundigen en anderen (SPV-er, etc.) in dienst te nemen ten behoeve van een samenhangend aanbod van cure en care.²⁰

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts biedt samen met verpleegkundigen en verzorgenden een samenhangend zorgaanbod van cure en care thuis en in het verzorgingshuis, gebaseerd op het medisch behandelingsplan en met gebruikmaking van een gezamenlijk gedragen zorgplan.
- De huisarts bepaalt de aan de praktijkverpleegkundige te delegeren taken.
- De huisarts, praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige maken afspraken over toepassing van nieuwe manieren van monitoring van zorg (zorg op afstand, telemonitoring).
- Bij sociale problematiek, eenzaamheidsproblematiek en hulpbehoevendheid werkt de huisarts samen met het algemeen maatschappelijk werk, de wijkzorg, mantelzorg en vrijwilligers.
- De huisarts werkt bij ouderen met voedingsproblemen nauw samen met de diëtiste.

Aanbeveling voor de huisartsenvoorziening

- Wanneer er regionaal geen goede samenwerking is tussen de huisartsen en zelfstandig werkende thuiszorgorganisaties, dienen de huisartsen dat vanuit hun medisch-inhoudelijke regierol aan te kaarten en te pogen bij te sturen. De huisartsenvoorziening/-groep kan ook zelf verpleegkundige zorg aanbieden door (wijk)verpleegkundigen en anderen (SPV-er, etc.) in dienst te nemen.

2. Met paramedici

Bij ouderen met complexe problematiek komen mobiliteitsproblemen, valangst en spanningsklachten veelvuldig voor. Die kunnen een negatieve invloed hebben op het zelfstandig functioneren. De huisarts werkt bij deze klachten gestructureerd samen met een fysiotherapeut met specifieke aandacht voor die klachten (geriatriefysiotherapeut) en een ergotherapeut en logopedist.

Aanbeveling voor de huisarts

- De huisarts werkt bij ouderen met complexe problematiek nauw samen met paramedici - de (geriatrie)fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist - die specifieke kennis en vaardigheden hebben met betrekking tot bij deze patiëntengroep veelvoorkomende klachten.

3. Met de apotheker

Ten aanzien van medicatie wordt verwezen naar het NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg' (2006). Daarin wordt speciale aandacht gevraagd voor de medicatiebewaking bij ouderen. Verder wordt in dit Standpunt aanbevolen om ten minste eenmaal per jaar de medicatie van patiënten met een chronische aandoening te evalueren.

Aanbeveling voor de huisarts

- De huisarts volgt het NHG-Standpunt 'Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg' (2006), waarin op een aantal punten specifiek aandacht aan ouderen wordt besteed.

4. *Met GGZ-hulpverleners*²¹

Psychosociale problemen komen veelvuldig voor bij ouderen. Het gaat om (beginnende) problemen met het geheugen, dementie, depressie, angststoornissen en eenzaamheidsproblematiek. De huisarts werkt bij de diagnostiek en behandeling van deze problemen nauw samen met hulpverleners in de GGZ: (toekomstige) GGZ-praktijkverpleegkundigen (in de huisartsenvoorziening), algemeen maatschappelijk werk, eerstelijnspsychologen, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en medisch specialisten als ouderenpsychiaters en bijvoorbeeld consulenten in een multidisciplinaire geheugenpolikliniek.

Aanbeveling voor de huisarts

- De huisarts biedt ouderen met psychosociale problemen gericht zorg samen met (toekomstige) GGZ-praktijkverpleegkundigen (in de huisartsenvoorziening), algemeen maatschappelijk werk, eerstelijnspsychologen, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en medisch specialisten als ouderenpsychiaters en bijvoorbeeld consulenten in een multidisciplinaire geheugenpolikliniek.

5. *Met het ziekenhuis/de medisch specialisten*

Met betrekking tot verwijzing naar, opname in en ontslag uit het ziekenhuis van ouderen met complexe problematiek maakt de huisartsengroep regionaal afspraken met het ziekenhuis/de specialistenmaatschappen over de organisatie van de zorg in het zorgnetwerk van eerste en tweede lijn, onder regie van de huisarts, onderscheiden verantwoordelijkheden en een generalistisch aanspreekpunt in het ziekenhuis, bijvoorbeeld een internist of klinisch geriater. In gezamenlijk overleg dient ervoor te worden gewaakt dat oudere patiënten in de tweede lijn moeten verblijven bij gebrek aan andere mogelijkheden - bijvoorbeeld een buurtziekenboeg of huisartsenbedden.

Binnen de gemaakte afspraken laat de huisarts de zorg voor individuele patiënten die ziekenhuiszorg nodig hebben, over aan het ziekenhuis.²² Van behandelende artsen in het ziekenhuis wordt verwacht dat zij in voorkomende gevallen tijdig overleg plegen met de huisarts.

Bij ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis moet de huisarts goed worden geïnformeerd en ondersteund om de nazorg te kunnen leveren. Dit kan bijvoorbeeld door de inzet van transferverpleegkundigen.

Zie verder de passage hieronder over consultatiemogelijkheden voor de huisarts in het ziekenhuis/ bij medisch specialisten.

Aanbeveling voor de huisartsengroep

- De huisartsengroep maakt afspraken met de tweede lijn over afstemming en samenhang van de geleverde zorg. Het streven is één aanspreekpunt voor ouderenzorg per tweedelijns instelling, bijvoorbeeld een internist of klinisch geriater.

Consultatiemogelijkheden

De huisarts kan vakinhoudelijke kennis en vaardigheden benodigd voor de zorg voor ouderen met complexe problematiek zelf verwerven door middel van deskundigheidsbevordering. Maar hij kan ook consultatie vragen. Dit kan binnen de eigen beroepsgroep bij een kaderhuisarts Ouderengeneeskunde. Andere consultatiemogelijkheden zijn bij het verpleeghuis/de verpleeghuisarts, het ziekenhuis/de medisch specialist of medewerkers van de GGZ. Hierop wordt hieronder ingegaan.

Overigens kan, omgekeerd, ook de huisarts een consultatieve rol vervullen, bijvoorbeeld in het ziekenhuis.

1. *Met de kaderhuisarts*²³

Deze kaderhuisartsen zullen individuele huisartsen, huisartsenpraktijken of samenwerkingsverbanden

den van praktijken kunnen ondersteunen door middel van consultatie en advisering, als docent of adviseur. Daarnaast kunnen zij behulpzaam zijn bij het opzetten en onderhouden van samenwerkingsprojecten tussen de vele verschillende hulpverleners in het veld.

2. *Met het verpleeghuis/de verpleeghuisarts*²⁴

Huisartsen ontwikkelen vormen van consultatie met het verpleeghuis in de regio en de daar werkzame verpleeghuisartsen. Met het verpleeghuis bestaan afspraken over tijdelijke/acute opnames voor behandeling/observatie of in verband met sociale indicaties. Op verzoek van de huisarts kunnen een verpleeghuisarts, psycholoog en maatschappelijk werker een analyse maken van de complexe problematiek van een oudere. Aandacht krijgen dan de medische toestand, het gedrag, cognitieve, sociale en psychologische aspecten en het functioneren. Bij voorkeur wordt de oudere thuis bezocht. Het team geeft de huisarts vervolgens een advies. Om de onderlinge afstemming te vergroten, kan de huisarts ook bij het huisbezoek aanwezig zijn.

De extramurale consultatie door de verpleeghuisarts richt zich op:

- advisering over het in multidisciplinair verband opstellen van het zorgplan;
- het desgewenst inschakelen van andere disciplines en het bewaken van de uitvoering.^{25,26}

De verpleeghuisarts is ook deskundig met betrekking tot de uitvoering van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). Zie over de Wet Bopz bijlage 4. De verpleeghuisarts kan de huisarts adviseren over de inzet van (beperkende) middelen en maatregelen in de huisartsenpraktijk - wanneer de huisarts deze in de thuissituatie mag en kan inzetten. (Een voorbeeld is het afgeven van een medische verklaring zodat een familielid de financiën kan regelen.) De huisarts wordt geadviseerd om bij de inzet van middelen en maatregelen in het kader van de Wet Bopz altijd een consult van de verpleeghuisarts te vragen.

In de LHV-Leidraad (pag. 65) wordt de optie genoemd van een verpleeghuisarts als lid van een huisartsenvoorziening (een HOED of gezondheidscentrum).

3. *Met het ziekenhuis/de medisch specialisten*

De huisarts ontwikkelt zelf wanneer hij daaraan behoefte heeft consultatiemogelijkheden met het ziekenhuis/medisch specialisten in zijn eigen regio. Dit betekent het bieden van vraaggestuurde diagnostiek door de medisch specialist op verzoek van de huisarts, wat overigens aan de huisarts eisen stelt om goed te verwijzen. De tweede lijn staat daarbij open voor vragen/problemen, geeft snel een reactie waarmee de huisarts verder kan. Dit kan bijvoorbeeld zijn een geïntegreerd episodegericht behandelingsadvies door een 'generalist' in de tweede lijn (een internist of klinisch geriater) door middel van een eenmalig consult. Gedurende een dagdeel of dag wordt de patiënt in het ziekenhuis gediagnosticeerd en geobserveerd, waarna deze weer naar huis of het verzorgingshuis gaat met een advies voor de huisarts. Het belangrijkste doel is de verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt.

De huisarts kan omgekeerd ook zelf een consultatieve functie vervullen voor medisch specialisten.

4. *Met medewerkers van de GGZ*

Wanneer de huisarts gespecialiseerd advies wil op het gebied van geestelijke problematiek kan hij een consult aanvragen van de ouderenpsychiater, de sociaal-geriatrie dienst of het dementieteam.

Aanbevelingen voor de huisarts

- Bij behoefte aan consultatie ontwikkelt de huisarts zelf consultatiemogelijkheden, afhankelijk van de lokale omstandigheden. Dit kan zijn met de kaderhuisarts, de verpleeghuisarts, de medisch specialist of medewerkers van de GGZ.
- De huisarts vraagt altijd een consult van de verpleeghuisarts bij de inzet van beperkende maatregelen.

Aanbevelingen voor de huisartsenvoorziening/-groep

- De huisartsenvoorziening expliciteert de samenwerking met de verpleeghuisarts en kan ook een verpleeghuisarts als lid van het team in de voorziening opnemen.
- De huisartsengroep maakt afspraken met de tweede lijn over de consultatieve functie en te leveren service aan de huisarts bij diagnostische trajecten.

Aanbevelingen voor de beroepsorganisaties

- Het NHG, de LHV en andere beroepsorganisaties (bijvoorbeeld van verpleeghuisartsen, internisten en klinisch geriaters) gaan na op welke wijze ze de huisarts kunnen ondersteunen bij het creëren van consultatiemogelijkheden.
- De beroepsorganisaties van huisartsen en verpleeghuisartsen streven naar structurele samenwerking.

4.5 Maatschappelijk handelen

Om te kunnen anticiperen op behoeften van de populatie van ouderen en als voorbereiding van het beleid voor hen, brengt de huisartsenvoorziening deze specifieke doelgroep getalsmatig in kaart, zo mogelijk samen met andere huisartsenvoorzieningen in een wijk of buurt en met de tweede lijn. Aspecten hiervan zijn:

- een beeld van de ouderenpopulatie (hoeveel mensen zijn er boven de 65/75/85 en hoe ziet de ontwikkeling in deze aantallen eruit voor de toekomst?);
- een actueel overzicht van oudere patiënten die zelfstandig wonen en oudere patiënten in een zorginstelling, met hun specifieke zorgvragen;
- een overzicht van ouderen met complexe problematiek, met een zorgplan waarin de betrokken hulpverleners en hun rol staan aangegeven;
- een sociale kaart van de bij de ouderenzorg betrokken hulpverleners in het verzorgingsgebied, zowel in de eerste als tweede lijn (hierbij kan ook worden aangehaakt bij webbased initiatieven);
- een noodplan voor incidenten in de zorg;
- een gezamenlijk scholingsplan voor de betrokken huisartsen en andere praktijkmedewerkers over actuele gezondheidsproblemen bij ouderen. (De huisarts maakt zich ook sterk voor een goede scholing van verzorgenden in verzorgingshuizen.)

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)²⁷ biedt huisartsen een kans om de dienstverlening aan burgers/patiënten te verbeteren. Huisartsen kunnen in hun rol als regisseur binnen een wijkgerichte aanpak van eerstelijnszorg en gefaciliteerd door de gemeente de kwaliteit van leven in de thuissituatie versterken op de domeinen van zorg, wonen en sociaal en geestelijk welzijn. Mogelijkheden zijn:

- het gezamenlijk ontwikkelen van een visie;
- de organisatie van en inbreng in Wmo-platforms of wijkraden;
- het realiseren van de éénloketfunctie;
- het signaleren van en informatie verstrekken over benodigde zorg en ondersteuning;
- het binnenhalen van wijkbudgetten ter bevordering van de sociale samenhang en lokale vormen van zorg en welzijn die een positief effect hebben op de gezondheidstoestand van de bewoners van de wijk/deelgebied (bijvoorbeeld woonvormen en mantelzorg);
- het stimuleren van lokale preventieve activiteiten;
- het fungeren als hoofdbehandelaar in complexe situaties waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn.

Aanbevelingen voor de huisartsenvoorziening/-groep

- De huisartsenvoorziening brengt de specifieke doelgroep van ouderen in het praktijkgebied in kaart, inventariseert welke andere zorgverleners in dit gebied actief zijn en maakt, zo mogelijk samen met hen, een plan van aanpak voor de opzet en uitvoering van het beleid voor ouderen.
- Huisartsen (en andere eerstelijns hulpverleners) participeren in het - binnen een wijkgerichte aanpak van eerstelijnszorg - versterken van de kwaliteit van leven in de thuissituatie op de vier domeinen van zorg, wonen en sociaal en geestelijk welzijn, ook in relatie tot de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

4.6 Wetenschap en onderwijs

Wetenschap

In het RGO-Advies Onderzoek medische zorg voor ouderen worden onderzoeksaanbevelingen gedaan.²⁸ Deze zijn zeker van toepassing op het onderzoek vanuit huisartsgeneeskundig perspectief. Het is van belang dat de bestaande onderzoekslacunes op het terrein van het zorg voor ouderen prioriteit krijgen bij de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde en andere onderzoeksinstituten en in onderzoeksprogramma's van bijvoorbeeld ZonMw.

De universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde hebben een rol in de vergroting van de kennis door de huisarts. Zij voorzien via hun netwerken in de dataverzameling en bevorderen de dialoog praktijk-onderzoek.

1. *Wetenschappelijk kennis over ouderen met complexe problematiek*

Er bestaat een kloof tussen wat er wetenschappelijk bekend is en hoe die kennis vertaald moet worden naar de dagelijkse praktijk. Zo is onvoldoende bekend hoe de afname van psychische en lichamelijke reserves op hogere leeftijd tot kwetsbaarheid leidt en hoe dit proces kan worden voorkomen, afgeremd of gestopt. Er is heel weinig bekend over de samenhang tussen leeftijdsafhankelijke kwetsbaarheid, het hebben van meer dan één aandoening (multimorbiditeit) en het ontstaan van functionele beperkingen, alsmede over de mogelijkheden om hierin te interveniëren. Allochtone ouderen en ouderen in achterstandswijken verdienen hier bijzondere aandacht.

De huisarts als integrale, continue en persoonlijke zorgverlener van individuele patiënten heeft de mogelijkheid om de overgang van min of meer volledige gezondheid naar complexe problematiek te observeren en onderzoek uit te voeren naar determinanten of predictoren van dit proces. Als deze bekend zijn, kan worden onderzocht of met gerichte eerstelijns interventies het ontstaan van kwetsbaarheid kan worden uitgesteld of vertraagd.

2. *De wetenschappelijke onderbouwing van de medische en verpleegkundige richtlijnen*

Er is verder onderzoek nodig naar de effectiviteit van behandelingen van aandoeningen bij ouderen en specifiek bij ouderen met multimorbiditeit. Verder onderzoek is ook nodig naar strategieën hoe prioriteiten kunnen worden gesteld als geadviseerde behandelingen tegenstrijdig zijn.²⁹

Zodra er meer evidence is, moet die in de richtlijnen worden verwerkt.

3. *De organisatie van de medische zorg voor ouderen*

Wetenschappelijke evaluatie is nodig van zorgexperimenten zoals consultatiebureaus voor ouderen, nieuwe initiatieven in samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, en samenwerking tussen eerstelijns gezondheidswerkers en bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties. Ook de mogelijkheden en grenzen van de mantelzorg verdienen in dit kader nader onderzoek. En onderzoek is gewenst naar het zorgplan en de inzet van het team ten behoeve van casemanagement. Onderzoek is ook nodig naar de effectiviteit van preventiemodules en -pakketten. Pas als nieuwe zorgvormen (kosten)effectief blijken te zijn, is implementatie wenselijk.

Aanbevelingen voor onderzoek voor de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde en onderzoeksprogramma's

- Onderzoek is nodig naar klinisch relevante determinanten of predictoren die de overgang van min of meer volledige gezondheid naar complexe problematiek verklaren en voorspellen.
- (Klinisch) onderzoek is nodig naar de effectiviteit van behandelingen van aandoeningen bij ouderen en specifiek bij ouderen met multimorbiditeit, en naar niet-medicamenteuze interventies. Allochtone ouderen en ouderen in achterstandswijken verdienen hier bijzondere aandacht.
- Wetenschappelijke evaluatie is nodig van zorgexperimenten om zicht te krijgen op hoe ouderenzorg doelmatig en kwalitatief goed georganiseerd kan worden.
- De universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde hebben een rol in de vergroting van de kennis door de huisarts. Zij voorzien via hun netwerken in de dataverzameling en bevorderen de dialoog praktijk-onderzoek.

Scholing, deskundigheidsbevordering en ondersteuning

Gezien de demografische ontwikkeling dient de huisartsopleiding de aanstaande huisarts in het curriculum voor te bereiden op de zorg voor ouderen en complexe problematiek.

Het is wenselijk dat de opleidingen van huisarts en verpleeghuisarts - en ook van klinisch geriater en ouderenpsychiater - (verder) samenwerken en dat er inhoudelijke afstemming plaatsvindt. Wanneer huisartsen en verpleeghuisartsen een deel van de opleiding gezamenlijk volgen, zal dat de samenwerking en afstemming bevorderen.

De NHG-Kaderopleiding Ouderengeneeskunde aan het LUMC leidt kaderhuisartsen op die individuele huisartsen, huisartsenpraktijken of samenwerkingsverbanden van praktijken zullen kunnen ondersteunen door middel van consultatie en advisering, als docent of adviseur. Zie ook par. 4.4 en noot 23.

De huisartsenvoorziening zorgt ervoor dat de huisartsen en andere praktijkmedewerkers de benodigde deskundigheidsbevordering krijgen, opdat zij ouderenzorg kunnen bieden die voldoet aan de eisen wat betreft inhoudelijke vakkennis, communicatie en attitude, organisatie en samenwerking, en ICT.³⁰ Ten aanzien van de acute zorg zorgt de huisartsenvoorziening/-post ervoor dat de triagisten erin worden getraind rekening te houden met mogelijke communicatie- of mobiliteitsproblemen samenhangend met ouderdom en met de afwijkende presentatie van de problematiek door ouderen.

Aanbevelingen voor het NHG en de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde/ huisartsopleiding

- Het NHG en de LHV streven samen met de huisartsopleiding en de andere beroepsorganisaties naar (verdere) samenwerking/afstemming van de vervolgoopleidingen van huisartsen en verpleeghuisartsen verpleeghuisarts - en ook van klinisch geriater en ouderenpsychiater.
- Het NHG geeft samen met het LUMC (verder) vorm aan de Kaderopleiding Ouderengeneeskunde.
- Het NHG en de LHV zorgen voor scholingsmateriaal en scholingen.

Aanbeveling voor de huisartsenvoorziening

- De huisartsenvoorziening zorgt ervoor dat de huisartsen en andere praktijkmedewerkers de benodigde deskundigheidsbevordering krijgen op het terrein van de zorg voor ouderen.

4.7 Professionaliteit³¹

Belangrijke aspecten van professionaliteit in de zorg voor ouderen zijn dat de huisarts persoonlijke en professionele rollen in evenwicht houdt en binnen het kader van de beroepsethiek bewust omgaat met voorkomende verschillen in normen en waarden.

De huisarts dient zich bewust te zijn van zijn normen en waarden en van die van de beroepsgroep. In contacten met patiënten bij wie de huisarts veel betrokkenheid en weinig afstand ervaart, is het zich

bewust zijn van eigen normen en waarden van bijzonder belang. Te véél herkenning en medeleven kan immers ook een professionele relatie in de weg staan.

De huisarts dient zich tevens bewust te zijn van het eigen referentiekader. Er doen zich veelvuldig (cultuur)verschillen voor tussen jongeren en ouderen (zoals tussen mannen en vrouwen, Nederlanders van verschillende afkomst, hetero- en homoseksuelen, mensen met meer en minder geld). Soms zijn de verschillen heel duidelijk. Maar soms gaan ze schuil achter een schijnbare overeenkomst in denken, voelen en handelen van huisarts en patiënt.

De huisarts dient de valkuil te vermijden klachten bij ouderen automatisch te duiden als 'passend bij de leeftijd'. Alleen een open oog en oor voor de individuele levensloop geeft de huisarts inzicht in déze oudere patiënt en hoe hij in het leven staat.

Aanbeveling voor de huisarts

- De huisarts houdt persoonlijke en professionele rollen in evenwicht en gaat binnen het kader van de beroepsethiek bewust om met voorkomende verschillen in normen en waarden.

5. UITWERKING AANVULLEND HUISARTSGENEESKUNDIG AANBOD VOOR OUDEREN

Wanneer de huisartsenvoorziening de zorg zoals hiervoor omschreven aan individuele ouderen levert (zowel vitale ouderen als ouderen met complexe problematiek), valt deze onder het basisaanbod huisartsgeneeskundige zorg. Er zijn echter ook mogelijkheden voor een aanvullend aanbod in de ouderenzorg.

Een aanvullend aanbod is in z'n algemeenheid gericht op de specifieke hulpvragen van de patiëntenpopulatie in het zorggebied van de huisartsenvoorziening. Bij een relatief grote vertegenwoordiging van oudere patiënten met complexe problematiek kan de huisartsenvoorziening een gericht aanvullend aanbod ontwikkelen en aanbieden. Ook de specifieke situatie van de gezondheidszorg in het zorggebied kan daar aanleiding toe zijn.

Vanwege de extra personele inzet en organisatie vraagt een aanvullend aanbod om extra financiële middelen.

Mogelijkheden voor een aanvullend aanbod ouderenzorg zijn:

- het met een aantal huisartsenvoorzieningen samen organiseren van een samenhangend zorgnetwerk en het inzetten van een casemanager - zie verder paragraaf 4.3;
- het (re)organiseren van de medische zorg in het verzorgingshuis - zie de eerder genoemde LHV-Leidraad;
- het als huisartsengroep - eventueel ondersteund door een consulent - afspraken maken met het ziekenhuis over het opname- en ontslagbeleid (zie pagina 19 en 20).

Aanbeveling voor de huisartsengroep

- Bij een relatief grote vertegenwoordiging van oudere patiënten met complexe problematiek in de patiëntenpopulatie kan de huisartsenvoorziening een gericht aanvullend zorgaanbod ontwikkelen en aanbieden.

6. UITWERKING RANDVOORWAARDEN

De in dit NHG-Standpunt geformuleerde aspecten van een goede huisartsgeneeskundige zorg voor ouderen zijn alleen te realiseren als aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan. In dit laatste hoofdstuk worden deze kort aangestipt.

6.1 Organisatie van de zorg

De in dit Standpunt gegeven aanbevelingen voor de huisartsenzorg zijn alleen te realiseren als er goede ondersteuning voor de huisarts is, vooral van (wijk)verpleging, en als de verdere zorg in een regio samenhangend is georganiseerd - te denken valt aan de thuiszorg, de intramurale ouderenzorg en de ziekenhuiszorg. Hierover dient regionaal met de betrokken partners een beleid te worden vastgesteld en afspraken te worden gemaakt. Zie voor een uitwerking daarvan paragraaf 4.3. Organisatie.

Voorwaarde voor een goede samenwerking is dat ook de medici in het ziekenhuis een holistische, op het individu gerichte blik hebben, met aandacht voor cure én care. Als er betere samenwerking ontstaat, zal dat samenhang in de zorg bevorderen en versnippering tegengaan.

Ook de huisartsengroep zelf is hierop aan te spreken: ook de huisartsen moeten meewerken aan (de voorwaarden voor) samenhangende zorg en bijvoorbeeld aan kwaliteitsindicatoren voor geriatrische zorg in de eerste lijn.

Randvoorwaarde

- Goede, de huisarts ondersteunende organisatie van de zorg

6.2 Regionale en managementondersteuning

Voor het opzetten en onderhouden van genoemde regionale afspraken is een faciliterende organisatie nodig in de regio. Verder is het van belang dat huisartsen regionaal ondersteuning krijgen bij het verwezenlijken van de aanbevelingen, bijvoorbeeld van de ROS'en.

Huis- en verpleeghuisartsen met managementvaardigheden moeten worden vrijgesteld als organisatorisch kader. De kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde kunnen hier een rol gaan spelen.

Randvoorwaarde

- Faciliterende regionale organisatie, regionale ondersteuning en managementondersteuning

6.3 Ondersteunend personeel

Voor de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen, vaak ouderen met complexe problematiek, vraagt om voldoende, goed opgeleid ondersteunend personeel: praktijkassistenten en praktijkverpleegkundigen.³² Dit moet vertaald worden in normen voor formatie per huisartsenpraktijk, en normen voor financiering.

Randvoorwaarde

- Voldoende goed opgeleide huisartsen, praktijkverpleegkundigen en praktijkassistenten

6.4 Ondersteunende ICT³³

Essentieel voor continue, samenhangende zorg voor ouderen met complexe problematiek is tijdige, snelle en goede onderlinge digitale gegevensuitwisseling met gebruik van toegesneden formats - een goed bijgehouden elektronisch patiëntendossier (EPD) en elektronisch medicatiedossier (EMD). 24-uurs huisartsenzorg voor ouderen kan niet zonder beschikbaarheid van medische dossiers gedurende 24 uur. Vanwege de plaats van de huisarts in de gezondheidszorg is deze bij uitstek in staat om het elektronisch patiëntendossier met een volledig diagnose- en medicatieoverzicht te beheren. De huisarts gebruikt probleemlijsten die de belangrijkste gezondheidsproblemen van een patiënt bevatten. De problemen zijn gecodeerd op ICPC-code, de papieren statussen zijn samengevat, de labuitslagen gerubriceerd en de medicatie die patiënt daadwerkelijk inneemt, wordt genoteerd. De huisarts zorgt ervoor dat de juiste informatie op het juiste moment op de juiste plaats beschikbaar is, ook in de tweede lijn.

Uitwisseling van informatie met de verpleeghuisarts en/of transmuraal, vereist criteria voor de huisarts-informatiesystemen (HIS'en). De mogelijkheid moet worden gecreëerd van opname van het zorgplan daarin.

Randvoorwaarden

- Goed werkende formats voor onderlinge digitale gegevensuitwisseling (elektronisch patiëntendossier, zorgplan), in het bijzonder ook buiten kantooruren (elektronisch waarneemdossier).

6.5 Tijd

De huisartsenzorg voor ouderen met complexe problematiek, waaronder cognitieve en zintuiglijke beperkingen, vraagt om tijd en geduld (zie ook paragraaf 4.2).

Een mogelijkheid is om hiervoor standaard een dubbel consult te plannen.

Randvoorwaarde

- Tijd voor de huisarts voor de zorg voor ouderen met complexe problematiek.

6.6 Adequate financiering

De door de huisarts aan individuele ouderen geleverde zorg hoort tot het basiszorgaanbod van de beroepsgroep. Voor verschillende groepen ouderen bestaan hogere CTG-tarieven dan voor andere patiëntengroepen. Daarnaast is het mogelijk om onderdelen van de huisartsenzorg voor ouderen in het kader van de module Modernisering en Innovatie (M&I) extra gefinancierd te krijgen (bijvoorbeeld screening op dementie).

Zoals in hoofdstuk 5 aangegeven, kan de huisartsenvoorziening/-groep er echter ook voor kiezen een totaalpakket als aanvullende aanbod aan te bieden. De huisartsenvoorziening/-groep kan hierover, met andere partners, met de zorgverzekeraar onderhandelen.

Randvoorwaarden

- Adequate financiering van het huisartsgeneeskundig basisaanbod voor ouderen.
- Mogelijkheden van financiering van een aanvullend aanbod.

BIJLAGE 1

ACHTERGRONDINFORMATIE

1. Gezonde ouderen en ouderen met complexe problematiek

Ouderen vormen de snelst groeiende bevolkingsgroep in Nederland, vooral de oudste ouderen (85+ers). Anno 2006 is bijna 14 procent van de bevolking 65 jaar of ouder. Over 15 jaar is het percentage ouderen gestegen naar circa 19 procent en in 2040 - op het hoogtepunt van de vergrijzing - zal zo'n 23 procent ouder dan 65 jaar zijn.³⁴

Dit Standpunt heeft betrekking op alle ouderen, en in het bijzonder de groep ouderen met complexe problematiek.

Waarschijnlijk is 5 tot 8 procent van de bevolking ouder dan 65 jaar op enig moment een oudere patiënt met complexe problematiek te noemen. Dit percentage stijgt met de leeftijd. Men kan ook tijdelijk kwetsbaar zijn. Door de toenemende vergrijzing, onder vooral de alleroudsten, zal het aantal ouderen met complexe problematiek in de bevolking aanzienlijk toenemen.³⁵

De Leiden 85-plus Studie van het LUMC laat zien dat het merendeel van deze ouderen zich gezond voelt.³⁶ Slechts 3 à 4 procent heeft dusdanige complexe problematiek dat ze veel zorg nodig hebben, en dan vooral in hun laatste levensjaar.

Nederland is zijn koppositie in levensverwachting kwijtgeraakt omdat de sterftekansen op hoge leeftijd niet dalen. In ons land stijgen, in tegenstelling tot bijvoorbeeld landen als Frankrijk en Japan, de sterftekansen op de hoogste leeftijd zonder dat daarvoor een afdoende verklaring is.

'De belangrijkste factor die bepalend is voor de contactfrequentie met de huisarts en voor medische consumptie in het algemeen is leeftijd.'³⁸ (...) 'Dit verband is dan ook veelvuldig aangetoond. In 2001 bedroeg het gemiddelde aantal contacten per jaar met de huisartspraktijk van personen van 75 jaar en ouder 19,6. Dat was meer dan drie maal de gemiddelde contactfrequentie (6,3). De 5 t/m 14 jarigen hadden een gemiddelde contactfrequentie van 2,7. Ook blijkt uit de linh-cijfers dat huisvisites met name plaats vinden bij ouderen. Verhaak (1986) vond bovendien een relatie tussen leeftijd en de duur van een consult. Aan de hand van een analyse van videoregistraties stelde hij vast dat de consultduur toenam met de leeftijd. Deze langere consultduur werd verklaard door het grotere aantal klachten dat per consult aan de orde kwam. Samenvattend kan dus worden gesteld dat naarmate patiënten ouder zijn, zij in velerlei opzichten bewerkelijker zijn: zij hebben niet alleen vaker contact met de huisarts maar de afzonderlijke contacten zijn ook nog eens arbeidsintensiever. De uitdrukking "de ouderdom komt met gebreken" vormt de meest voor de hand liggende verklaring voor dit verband. Alledaagse klachten maar ook chronische ziekten en co-morbiditeit blijken bij ouderen aanzienlijk meer voor te komen (Meyboom-De Jong, 1991).'

Bij oudere patiënten met complexe problematiek is door veroudering de fysiologische reservecapaciteit van de organen afgenomen en zijn er degeneratieve veranderingen ontstaan zoals artrose en atherosclerose. De presentatie van ziekte is vaak atypisch. De oudere patiënt met complexe problematiek heeft dikwijls een veelvoud aan stoornissen zowel op lichamelijk als op psychisch en sociaal gebied. Hierdoor ontstaan complexe ziektebeelden die de zelfredzaamheid ernstig kunnen bedreigen.

Ouderen kenmerken zich door:

1. verminderde homeostase;
2. snelle achteruitgang: de 'cascade breakdown';
3. vertraagde reconvalescentie;
4. andere (atypische) presentatie van ziekten;
5. somato-psycho-sociale verwevenheid;
6. leeftijdsspecifieke ziekten;
7. gewijzigde farmacokinetiek en -dynamiek.³⁹

De oudere met complexe problematiek heeft daarnaast vele complicaties en multimorbiditeit.

Hoewel veel ouderen zich gezond voelen, kwam uit de Leiden 85-plus Studie naar voren dat ruim de helft van de oudste ouderen één of meer chronische ziekten in de voorgeschiedenis heeft.⁴⁰ De prevalentie van diabetes mellitus was 13 procent, 20 procent van de deelnemers had één of meer maligniteiten in de medische voorgeschiedenis, en in totaal 35 procent had een klinische voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten. Deze percentages waren voor mannen en vrouwen nagenoeg gelijk.

Tegenover de helft van de 85-jarigen met één of meer van de bovengenoemde chronische ziekten stond de andere helft die géén van deze aandoeningen in de medische voorgeschiedenis had. Een blanco voorgeschiedenis sluit overigens niet uit dat deze ziekten subklinisch of ongediagnosticeerd toch aanwezig zijn. Zo bleek het aantal doorgemaakte myocardinfarcten onder 85-jarigen te verdubbelen wanneer het electrocardiogram dat in het kader van de studie was gemaakt, in de beoordeling werd betrokken.

In tegenstelling tot het relatief weinig voorkomen van chronische ziekten, kwamen gezondheidsklachten wel vaak voor. Tabel 1 toont de klachten die de deelnemers hadden in de maand voorafgaand aan het interview. Zij staan gerubriceerd onder de zogenoemde geriatrie reuzen: klachten die het dagelijks leven van ouderen sterk beïnvloeden.

Tabel 1 Ervaren gezondheidsklachten ('geriatrie reuzen')

	mannen		vrouwen	
aantal deelnemers	202		397	
geestelijk functioneren				
geheugenstoornissen	41%		35%	
emotionele problemen	18%		20%	
mobiliteit				
kan niet zelfstandig buiten lopen	10%		19%	
kan niet zelfstandig traplopen	16%		22%	
pijn gewrichten en/of spieren	45%		54%	
gebruik van een hulpmiddel bij lopen	39%		52%	
stabiliteit en vallen				
duizeligheid bij opstaan	27%		31%	
een of meer keer gevallen	23%		26%	
visus en gehoor				
slechthorend	63%		63%	
slechtziend	52%		56%	
incontinentie				
incontinentie voor urine	22%		41%	
incontinentie voor faeces	7%		9%	

Veertig procent van de 85-jarige deelnemers gaf aan klachten te hebben wat betreft het geheugen. Om het cognitief functioneren van de deelnemers objectief in kaart te brengen, werd de Mini-Mental State Examination (MMSE) afgenomen. Dit is een korte vragenlijst die zowel in de klinische praktijk als in wetenschappelijk onderzoek wordt gebruikt om geheugenstoornissen op te sporen. In totaal 34 procent van de deelnemers had een goede cognitieve functie (28-30 punten), 35 procent scoorde redelijk (24-27 punten), 14 procent matig (19-23 punten) en 17 procent had een slechte cognitieve functie (0-18 punten). Bij de meeste oudste ouderen ligt aan een MMSE-score van minder dan 19 punten een dementie ten grondslag.

Naast geheugenstoornissen komen emotionele problemen, waaronder somberheid en spanningen, veel voor. Bijna 20 procent van de deelnemers gaf aan in de afgelopen vier weken last te hebben gehad van emotionele problemen.

Beperkingen in mobiliteit hebben een negatieve invloed op het zelfstandig functioneren. 16 procent van de 85-jarigen (mannen 10 procent, vrouwen 19 procent) kon niet zonder hulp zelfstandig buiten lopen. Ruim 40 procent gebruikte bij het lopen een hulpmiddel, zoals een stok of een rollator. De helft had pijnklachten van het bewegingsapparaat. Belangrijk is te constateren dat een kwart van alle deelnemers in de afgelopen maand één of meer keren was gevallen.

Opvallend hoog zijn verder de prevalenties van slechtziendheid (63 procent) en slechthorendheid (55 procent). Beide aandoeningen hebben een sterk negatieve invloed op de zelfredzaamheid en op de mogelijkheden tot bijvoorbeeld sociale contacten.

2. Disciplines in de medische zorg voor ouderen met complexe problematiek

In de medische zorg voor ouderen zijn naast de (circa 8.400) huisartsen actief:

- verpleeghuisartsen (ruim 1.200)/sociaal geriater (150) (deze twee beroepsgroepen zijn per 1-1-2006 samengegaan);
- ouderenpsychiaters (circa 300);
- klinisch geriater (150);
- internisten (circa 1.350).

Tabel 2 De huidige verhoudingen tussen specialismen en organisatie van de medische zorg aan ouderen⁴¹

Organisatie	Huisartsenpraktijk (1 ^{ste} lijn)	Verzorgingshuis (1 ^{ste} lijn)	Verpleeghuis (3 ^{de} lijn)	Ziekenhuis (2 ^e lijn)	GGZ (2 ^e lijn/ 3 ^e lijn)
Specialisme					
Huisarts	Behandelaar	Behandelaar		Verwijzer	Verwijzer
Verpleeghuisarts/ sociaal geriater	Consulent	Behandelaar/ consulent	Behandelaar	Verwijzer	Verwijzer/ behandelaar
Ouderenpsychiater				Behandelaar	
Klinisch geriater				Behandelaar (b)	
Internist (a)				Behandelaar	

(a) Internist, eventueel met aantekening ouderengeneeskunde.

(b) Niet elk ziekenhuis heeft het specialisme klinische geriatrie in huis.

Verpleeghuisartsen

De meeste verpleeghuisartsen werken alleen in het verpleeghuis (er zijn 345 verpleeghuizen in Nederland, met 63.000 bedden). Maar zij gaan steeds vaker in verzorgingshuizen werken en in mindere mate bij mensen thuis. Hun discussie over een andere naam voor het beroep - arts voor chronisch zieken en ouderen is genoemd - is veelzeggend.

Binnen de verpleeghuisgeneeskunde wordt ook gediscussieerd over de vraag of de discipline zelfstandig verder moet of dat beter kan worden gestreefd naar een integratie in de huisartsgeneeskunde.⁴² Prof. M. Ribbe formuleerde op het NVVA-najaarscongres 2004 deze stelling: 'Het ontbreken van een gemeenschappelijke (opleidings)achtergrond bij huisarts en verpleeghuisarts maakt dat de extramurale functie van de verpleeghuisarts nooit goed van de grond zal komen.' Op basis van een aantal voordelen van zelfstandig verdergaan van verpleeghuisartsen, maar vooral ook een aantal nadelen daarvan voor de academisering en voor de zorg, kwam hij samenvattend tot de conclusie dat er te vanzelfsprekend wordt uitgegaan van een toekomst met een zelfstandig vakgebied verpleeghuisgeneeskunde. Zijn aanbeveling aan de NVVA was om na te gaan of integratie met de huisartsgeneeskunde wenselijk (en haalbaar) is.

Ziekenhuizen/medisch specialisten

De helft van de Nederlandse ziekenhuizen heeft de functie geriatrie in huis.⁴³ Ook de tweede lijn vindt steeds meer aansluiting bij het geriatrienetwerk door het aanbieden van 'ambulante' diensten zoals huisbezoeken, poliklinieken, dagobservatiecentra en geheugenklinieken.

De sociaal geriateren werken vanuit de GGZ (hetzelfde geldt voor de ouderenpsychiaters) en GGD'en, maar zijn meer binnen de muren gaan werken. De klinisch geriateren zijn in ziekenhuizen gespecialiseerd in de zorg voor ouderen. Na hun basisopleiding hebben zij een vijfjarige specialistische opleiding in interne geneeskunde, psychiatrie en neurologie. In ziekenhuizen zonder een afdeling Geriatrie worden de oudere patiënten veelal door internisten behandeld.⁴⁴

Verpleeg- en verzorgingshuizen

Geriatrie wordt ook bedreven in de verpleeghuizen, met meer accent op revalidatie, chronische ziekten en langdurig verblijf. Daarnaast vindt de verpleeghuisarts aansluiting bij het geriatrienetwerk door ook de huisarts en de klinisch geriater bij te staan bij verpleegspecifieke problematiek, actief te zijn in verzorgingshuizen en op transitieafdelingen van ziekenhuizen.⁴⁵

Verzorgings- en verpleeghuizen zijn zelfstandige instituten geworden, waarin de huisarts niet zonder goede voorwaarden kan participeren. Ook moet worden geanticipeerd op de nieuwe ontwikkeling dat verpleeghuiszorg kleinschaliger, in de wijk, wordt aangeboden; daar is geen rol van de verpleeghuisarts meer, maar van de huisarts als behandelaar. Het aantal verpleeghuisbedden zal afnemen. Een ingrijpende ontwikkeling die zich op het gebied van het wonen voordoet, is de ontvlechting van wonen en zorg. De huizen worden verkocht aan woningcorporaties. De woon-zorgcombinaties (Wozoco's) worden enorme complexen waar de medische zorg uit wordt geschreven.

Thuiszorg

De thuiszorg (en in het bijzonder gespecialiseerde verpleegkundigen) neemt initiatieven om delen van de zorg voor ouderen zelfstandig aan te bieden (zoals spreekuren en consultatiebureaus voor ouderen).

BIJLAGE 2

NHG-Standaarden, LESA's en LTA's gericht op ouderen

NHG-Standaarden

Veel NHG-Standaarden zijn niet op een bepaalde leeftijdscategorie gericht en zijn dus, anders gezegd, ook van toepassing op ouderen. Dit geldt in het bijzonder voor alle standaarden die een chronische aandoening als onderwerp hebben (diabetes mellitus type 2, COPD en astma), standaarden over psychische problemen (depressieve stoornis, angststoornissen), standaarden over het bewegingsapparaat, en bijvoorbeeld over decubitus.

Specifiek op ouderen gericht zijn de NHG-Standaarden:

- Dementie (M21)
- Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen (M42)
- Delier bij ouderen (M77)

Bij deze standaarden zijn ook scholingsmaterialen en patiëntenbrieven gemaakt.

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's)

Samen met de wijkverpleegkundigen is een LESA over dementie gemaakt. Met hen zijn tevens werkafspraken gemaakt over twee onderwerpen die niet specifiek voor ouderen gelden, maar waar veel ouderen wel mee te maken krijgen, namelijk decubitus en palliatieve zorg.

Met de apothekers is al een LESA gemaakt over chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2. Deze LESA heeft als doel optimale begeleiding van patiënten met astma, COPD of diabetes mellitus type 2, die chronisch geneesmiddelen gebruiken, en bevordering van de samenwerking en afstemming tussen huisartsen en apothekers, rekening houdend met de verschillen in taken en verantwoordelijkheden van beiden. Twee andere voor de ouderenzorg relevante LESA's die met de apothekers worden ontwikkeld, zijn Medicatieveiligheid en antistol en Overdracht van medicatie na ontslag uit het ziekenhuis.

Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's)

Ook een aantal LTA's gaan over onderwerpen die ook (dus niet specifiek) betrekking hebben op ouderen. Over bemoeilijkte mictie bij oudere mannen bestond een LTA, maar deze is ingetrokken. De beide monodisciplinaire conceptrichtlijnen zijn door de werkgroepen van het NHG en de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) uitgewisseld en zo veel mogelijk op elkaar afgestemd. Zij zullen trachten zo spoedig mogelijk een herziene samenwerkingsrichtlijn op te stellen.

BIJLAGE 3

NORMEN VOOR VERANTWOORDE ZORG IN VERPLEEG- EN VERZORGINGSHUIZEN EN THUIS⁴⁶

Nadat er eerder normen waren ontwikkeld voor verantwoorde zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen (met een bijbehorend toetsingskader) zijn er nu ook normen voor verantwoorde zorg thuis. De normen zijn opgesteld om cliënten duidelijk te maken wat zij mogen verwachten van aanbieders van zorg. Ze zijn opgesteld door cliënten, beroeps- en brancheorganisaties. Verpleeghuisartsen (NVVA) hebben wel geparticipeerd, huisartsen (LHV/NHG) niet.

De normen voor verantwoorde zorg thuis gaan over wat cliënten mogen verwachten van aanbieders van zorg. Uitgangspunt is dus de behoefte aan normen voor verantwoorde zorg thuis vanuit de optiek van de patiënt en niet vanuit de professie gedacht. Zo heeft iedere cliënt een zorg-/leefplan en krijgt iedere cliënt duidelijke informatie over de zorgverlening. Kern is dat de cliënt ondersteuning krijgt van de zorgorganisatie en zorgverleners voor het verkrijgen van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Hierbij wordt de ondersteunende rol die hulpverleners hebben in het helpen van de cliënt bij het helder krijgen van zijn wensen en het realiseren van een optimale leefsituatie benadrukt. Dit alles is uitgewerkt in vier domeinen, te weten lichamelijke gezondheid, woon- en leefomgeving, sociale redzaamheid en geestelijk welzijn. Het wordt echter alleen uitgewerkt voor het verzorgings-/verplegingsdeel.

De normen voor verantwoorde zorg thuis geven houvast aan betrokkenen bij de zorg rond een cliënt. Het document is echter onduidelijk over de medische zorg en de relatie met de zorg in de thuissituatie. De normen voor verantwoorde zorg thuis zijn een belangrijke stap voor de kwaliteit van zorg binnen een branche waar gemiddeld een half miljoen cliënten zorg ontvangen. Deze normen gaan in principe over alle zorgfuncties waarvoor de (thuiszorg-)cliënten een indicatie hebben. De huisarts is weliswaar niet verantwoordelijk voor deze zorg, hij heeft wel een belangrijke signalerende en informerende taak en een inbreng in de indicatiestelling voor toewijzing van zorg. Het medische behandelingsplan is in belangrijke mate indicatief voor de zorg die nodig is en hoe en door wie deze gegeven moet worden. Idealiter bevat het zorgplan⁴⁷ informatie van huisarts, verpleging en verzorging en vormt één geheel. Er is immers zelden sprake van verzorging alleen bij een zorgafhankelijke patiënt. Expliciete medische informatie over behandeling kan met toestemming van de patiënt beschikbaar zijn voor hulpverleners en in het zorgplan, dat bij de cliënt thuis aanwezig is, worden opgenomen [minimaal behandelingsdoel, voorgeschreven therapie (bijvoorbeeld fysiotherapie, diëtiëk, activering) en actuele medicatie].

Doordat huisartsen (LHV/NHG) niet in het ontwikkelingstraject hebben geparticipeerd (verpleeghuisartsen wel), staat er weinig in de notitie over de rol van het (medische) behandelingsplan, de huisarts, de rol van de medicus bij de indicatiestelling en de mate waarin dit alles expliciet moet zijn voor alle betrokkenen.

Actiz heeft LHV en NHG gevraagd actief deel te nemen aan het vervolgtraject waarin de normen en één nota worden vervat, met aandacht voor de medische aspecten en met een toetsingskader.

BIJLAGE 4

MIDDELEN EN MAATREGELEN IN HET KADER VAN DE WET BOPZ

Het doel van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) is mensen die te maken krijgen met gedwongen opname wettelijk te beschermen. Dat is voorgeschreven door de Grondwet en het Europees verdrag voor de rechten van de mens. De wet vervangt de Krankzinnigenwet uit de 19e eeuw, maar is uitdrukkelijk bedoeld voor een bredere groep mensen.

De wettelijke eisen gelden voor de gedwongen opnamen en behandelingen in de psychiatrie, de zorg voor verstandelijk gehandicapten en de psychogeriatric (ouderenzorg gericht op dementerenden). De wet geldt ook voor mensen die niet kunnen aangeven of ze willen worden opgenomen. Verder staat in deze wet wat de rechten zijn van bewoners tijdens hun onvrijwillige opname.

Personen die gedwongen zijn opgenomen, kunnen een beroep doen op het algemene klachtrecht en in sommige gevallen op de speciale Bopz-klachtregeling.

Een belangrijk uitgangspunt bij gedwongen opnamen is 'het afwenden van gevaar' voor de personen zelf, anderen of hun omgeving.

In maart 2006 hebben de verantwoordelijke ministers aangekondigd de wet op twee punten te willen aanpassen. Hiermee komen zij onder andere tegemoet aan een behoefte van het veld.

- *Uitbreiding voorwaardelijke machtiging*
Bij een voorwaardelijke machtiging kan de patiënt, door het naleven van voorwaarden, een opname/verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis voorkomen. In 2005 heeft de Hoge Raad vastgesteld dat een voorwaardelijke machtiging alleen verleend mag worden als de patiënt uitdrukkelijk instemt met de voorwaarden. Om de voorwaardelijke machtiging breder te kunnen toepassen, wordt op dit punt de Wet Bopz gewijzigd. Voortaan is het voor het verlenen van een voorwaardelijke machtiging ook voldoende dat de rechter het vertrouwen heeft dat de patiënt - ondanks het ontbreken van diens uitdrukkelijke instemming - zich aan de voorwaarden houdt. Dit is in het belang van patiënten die de bereidheid daartoe niet kunnen of willen uitspreken. Met deze wijziging wordt meer ruimte geboden voor alternatieven voor gedwongen opnames.
- *Verruiming mogelijkheden toepassing dwangbehandeling*
De tweede wijziging vloeit voort uit een dringende behoefte aan verruiming van de mogelijkheden van intramurale dwangbehandeling. Betrokken ministers hebben eerder aangekondigd dat ze de Wet Bopz hierop wilden wijzigen. Nu is dwangbehandeling slechts mogelijk als er (onmiddellijk dreigend) gevaar binnen de inrichting is. In het nieuwe wetsvoorstel wordt het mogelijk dwangbehandeling toe te passen als voldoende vaststaat dat de patiënt anders te lang opgenomen moet blijven omdat het gevaar, veroorzaakt door zijn geestelijke stoornis, niet wordt weggenomen. De wijziging is van toepassing op psychiatrische patiënten en niet op verstandelijk gehandicapten of mensen in een verpleeginrichting.

Uit onderzoek blijkt dat de Wet Bopz in de praktijk onvoldoende rechtsbescherming biedt aan mensen met dementie of een verstandelijke handicap. De wet zal daarom worden gewijzigd. Zo is het de bedoeling dat het voor de geldigheid van de wet niet meer uitmaakt wáár iemand verblijft. Ook wordt de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen zoveel mogelijk beperkt.

15 februari 2007 is de Tweede Kamer akkoord gegaan met een wetsvoorstel van maart 2006 van de ministers van VWS en Justitie. De Eerste Kamer moet zich er nog over buigen.⁴⁸

BIJLAGE 5

NHG-STANDPUNTEN TOEKOMSTVISIE HUISARTSENZORG

Verschenen (2005-2008)

- Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn; met uitwerkingen voor patiënten met diabetes mellitus (2005), astma/COPD (2005) en voor cardiovasculair risicomanagement (2007)
- De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg (2005)
- Ondersteunend personeel in de huisartsenzorg (in samenwerking met de LHV) (2005). Wordt in 2009 geactualiseerd.
- Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg (2006)
- Huisartsgeneeskunde voor ouderen (2007)
- GGZ in de huisartsenzorg (2007)
- Huisartsenzorg en jeugd (2008)

In voorbereiding (2009-2010)

- Huisarts en EPD – Gegevensbeheer en gegevensuitwisseling (in samenwerking met de LHV)
- Huisarts en palliatieve zorg
- Generalistische zorg/chronische zorg (actualisering)/community health/verpleegkundige zorg in de eerste lijn

BIJLAGE 6

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

ADL	algemene dagelijkse levensverrichtingen
ASP	apothekersservicepunt
AVVV	Algemene Vereniging voor Verplegenden en Verzorgenden
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
BAC	Behandeladviescentrum (LUMC)
Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Diseases
DBC	diagnose-behandelingscombinatie
DGV	Nederlands Instituut voor verantwoord medicijngebruik
EPD	elektronisch patiëntendossier
Fto	farmacotherapeutisch overleg
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GR	Gezondheidsraad
ICT	informatie- en communicatietechnologie
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
LOC	Landelijke Organisatie Cliëntenraden
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
MMSE	Mini-Mental State Examination
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIV	Nederlandse Internisten Vereniging
NVKG	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
NVU	Nederlandse Vereniging voor Urologie
NVVA	Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen
PVH	Project Vernieuwing Huisartsopleiding
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
Sting	Landelijke beroepsvereniging verzorging
VUmc	Vrije Universiteit medisch centrum
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WINAp	Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMw	ZorgOnderzoek Nederland/Medische wetenschappen

BIJLAGE 7

LITERATUUROVERZICHT

Onderstaande literatuur is chronologisch gerangschikt. Zie de overige literatuurverwijzingen bij de noten.

1. Gussekloo J, De Craen AJM, Westendorp RGJ. Reden tot optimisme. Stereotiep beeld oudste ouderen klopt niet. *Medisch Contact* 55(2000);13:473-6.
2. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2002.
3. Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening, uitwerking Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2003.
4. Eulderink F, Heeren TJ, Knook DL, Ligthart GJ (red). Inleiding gerontologie en geriatrie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004 (vierde, herziene druk).
5. Van de Rijdt-van de Ven AHJ. Handreiking voor de organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis. Utrecht: LHV, 2004. In dit Standpunt wordt hier verder aan gerefereerd als LHV-Handreiking.
6. Gezondheidsraad. Vergrijzen met ambitie. Den Haag: GR, 2005. [Op de pagina's 77-87 staat een zeer uitgebreide literatuurlijst (202 publicaties).]
7. Ministerie van VWS. Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing. Den Haag: VWS, 2005. [Op de pagina's 95-6 staat bijlage 3. 'De belangrijkste gebruikte rapporten'.]
8. Mathijssen SW, Van der Windt W. Divergeren of convergeren? Een verkenning toekomstige medische zorg ouderen [Conceptrapportage, in opdracht van het Capaciteitsorgaan]. Utrecht: Prismant: 2005: [Op de pagina's 37-8 staat de lijst 'Relevante literatuur'.]
9. Van Weel C, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *The Lancet* 2006;367:550-1.
10. Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Onderzoek medische zorg voor Ouderen. Den Haag: RGO, augustus 2006 (publicatie 54).
11. Schellevis FG. Je gaat het pas zien als je het door hebt: multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk [oratie]. Utrecht: NIVEL, 2006.
12. Wind A cs. Het totaalplaatje telt. Complexe ouderenzorg vraagt om regisserende huisarts. *Medisch Contact* 2007;62(10):421-3.

BIJLAGE 8

TOTSTANDKOMING

Samenstelling en werkwijze projectgroep

In februari 2006 is een projectgroep van start gegaan met de ontwikkeling van het onderhavige Standpunt. De projectgroep bestond uit:

- A.P. Timmers, huisarts, stafadviseur van de afdeling Ouderengeneeskunde van het LUMC, *voorzitter*
- Dr. J. Gussekloo, huisarts, hoofd sectie Wetenschappelijk onderzoek van afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde van het LUMC (tevens voorzitter van de opleidingscommissie NHG-Kaderopleiding Ouderengeneeskunde LUMC)
- Dr. G.Th. van der Werf, huisarts, Academische Huisartsenpraktijk Groningen van het UMCG
- Dr. A.W. Wind, huisarts, coördinator NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde, afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde van het LUMC
- Dr. P. van den Hombergh, huisarts, beleidsadviseur LHV
- Dr. M. Bouma, huisarts, senior-wetenschappelijk medewerker NHG
- Drs. R.S.M. Helsloot, senior-beleidsmedewerker NHG, secretaris

De projectgroep is vijfmaal bijeen geweest. Leden van de groep hebben tijdens die vergaderingen en daartussendoor op diverse wijzen hun bijdragen geleverd aan de ontwikkeling van het Standpunt.

Discussie

- In de vergadering van de NHG-Verenigingsraad van 9 maart 2006 is oriënterend de eerste conceptversie van het Standpunt besproken waarin de probleemstelling en vraagstelling waren uitgewerkt, en een deel van de achtergrondinformatie.
- Op 14-12-2006 vond, voorafgaand aan de Algemene Ledenvergadering van het NHG, een inhoudelijk symposium plaats waaraan ongeveer 50 leden deelnamen. De voorzitter van de projectgroep presenteerde het concept-Standpunt, waarna de deelnemers de gelegenheid kregen om aan de projectgroep vragen te stellen en commentaar te geven. Een viertal externe deskundigen (vanuit de NPCF, VWS, RGO en de klinische geriatrie) was uitgenodigd om op het concept-Standpunt te reageren.
- De medisch directeur/bestuursvoorzitter van het NHG presenteerde een volgende conceptversie van het Standpunt tijdens het symposium 'Medische zorg voor ouderen: de huisarts in de regie', op 8-3-2007 te Leiden. Het symposium vond plaats ter gelegenheid van de opening van het behandeladviescentrum voor ouderen in het LUMC en de start van de NHG/LUMC-Kaderopleiding Ouderengeneeskunde.
- Het concept-Standpunt is in de periode 21-3-2007 tot 20-4-2007 ingebracht in de commentaarfase. Het is daartoe aan een aantal referenten toegestuurd en op de website geplaatst. Er zijn circa dertig commentaren ontvangen en verwerkt.
- Het Standpunt is op 26-4-2007 door het NHG-bestuur vastgesteld.

NOTEN

1. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: LHV/NHG, 2002. Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2004.
2. Voor een overzicht van verschenen NHG-Standpunten Toekomstvisie Huisartsenzorg wordt verwezen naar bijlage 5 en www.nhg.org.
3. In de Toekomstvisie wordt het begrip 'huisartsenvoorziening' nader uitgewerkt. Met het oog op de waarborging van continuïteit van zorg en de persoonsgerichte benadering kunnen daarin meerdere huisartsen de krachten bundelen. Daarnaast maakt ondersteunend personeel deel uit van de huisartsenvoorziening. Deze werkt voor een populatie van 10.000 tot 15.000 mensen.
4. Zie hiervoor ook: Van de Rijdt-van de Ven AHJ. Handreiking voor de organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis. Utrecht: LHV, 2004. In dit Standpunt wordt hier verder aan gerefereerd als LHV-Handreiking.
5. Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Onderzoek medische zorg voor ouderen. Den Haag: RGO, 2006 (54).
6. Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van (nieuwe) behandelingen vindt immers in de regel plaats bij jongere patiënten waarbij belangrijke multimorbiditeit vaak een exclusie criterium is. Zie wat het geneesmiddelenonderzoek betreft bijvoorbeeld: Wieringa NF, Denig P, De Graeff PA, Vos R, Van der Werf GTh. Patiënten in geneesmiddelenonderzoek verschillen van latere gebruikers. *Huisarts Wet* 2003;46(13):750-3.
7. Van Weel C, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *The Lancet* 2006;367:550-1. (Zie bijlage 2 voor een overzicht voor NHG-Standaarden, LESA's en LTA's gericht op ouderen.)
8. Project Vernieuwing Huisartsopleiding. Competentieprofiel van de Huisarts. Utrecht: LHV/NHG/PVH, 2005.
9. Bij de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde van het LUMC wordt onderzoek gedaan naar het nut van consultatiebureaus voor ouderen. In Nijmegen is, in het kader van de Dutch Easy-care Study, onderzoek verricht naar de effectiviteit en doelmatigheid van interventies voor ouderen met complexe problematiek in de eerste lijn, ter ondersteuning van de huisarts. Bij deze methode voert een geriatrisch verpleegkundige een op een richtlijnen gebaseerde interventie uit bij een door de huisarts verwezen oudere met een of meerdere problemen ten aanzien van cognitie, stemming, gedrag, mobiliteit of voeding. De uitkomsten van deze studie worden binnenkort gepubliceerd (in proefschriften van M. van Eijken en R. Melis).
10. Het NHG heeft hierover een cahier gemaakt: 'Het einde is in zicht... Over de begeleiding naar het levenseinde' (deel 13 in de reeks 'Huisarts en patiënt; cahiers over communicatie en attitude' - NHG, 2001). In dit cahier staan veel nuttige adviezen over de talrijke aspecten van de communicatie tussen de huisarts, de patiënt en de familieleden of verzorgenden in de laatste fase van een ernstige ziekte.
11. Het NHG overweegt om naast richtlijnen voor palliatieve zorg ook een NHG-Standpunt over dit onderwerp te ontwikkelen.
12. Informatie is ontleend aan: Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg. Normstelsel ketenkwaliteit diabeteszorg (Cs06-027b) en Voorlopig Normstelsel ketenkwaliteit Chronisch ziekten (Cs06-027c). Utrecht: HKZ, 2006. Beide stukken zijn voorlopig goedgekeurd.
Typen zorg die kunnen worden onderscheiden, zijn de (para)medische of geneeskundige zorg, verplegingszorg, huishoudelijke hulp, lichaamshygiëne, farmaceutische zorg, zingevingzorg.
13. De informatie is afkomstig uit de concept-LHV-Leidraad 'De as huisarts-wijkverpleegkundige'.

14. Hierbij is gebruikgemaakt van: Verhoeven S, Beusmans GHMI, Van Bentum STB, Van Binsbergen JJ, Pleumeekers HJCM, Schuling J, Wiersma Tj. NHG-Standaard CVA. Huisarts Wet 2004;47(101):509-20. In noot 33 bij deze standaard staat: Over de wenselijkheid van het opstellen van een zorgplan met concrete behandeldoelen en het aanwijzen van een coördinator die de afstemming van het beleid van de verschillende hulpverleners bewaakt, bestaat brede consensus [Van Heugten 2001; CBO/Nederlandse Hartstichting 2004]. Uit onderzoek naar de effecten van revalidatiedagbehandeling blijkt dat de effectiviteit daarvan groter is dan gelijkwaardige behandeling door de diverse disciplines apart [Dekker 1998]. De standaard sluit zich in dit opzicht bij de consensusteksten aan.
15. Bijvoorbeeld de praktijkverpleegkundige of de (toekomstige) praktijkverpleegkundige GGZ.
16. Informatie is ontleend aan: Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg. Normstelsel ketenkwaliteit diabeteszorg (Cs06-027b) en Voorlopig Normstelsel ketenkwaliteit Chronisch ziekten (Cs06-027c). Utrecht: HKZ, 2006. Beide stukken zijn voorlopig goedgekeurd.
17. Voor een kwaliteitsbeleid op het niveau van de patiënt dienen de resultaten van de patiënt te worden teruggekoppeld naar de subjectief geformuleerde hulpvragen, zorgbehoeften en problemen. Voor het aan hulpverleners gekoppelde kwaliteitsbeleid kunnen de activiteiten zoals die zichtbaar zijn, worden teruggekoppeld naar datgene wat in de zorgplannen wordt omschreven als noodzakelijke taken en functies.
Voor de voorzieningen kan kwaliteitsbeleid worden gebaseerd op de drie K's (NPCF): **k**waliteit, **k**euze en **k**osten. En voor de wettelijke en financiële kaders kan het kwaliteitsbeleid worden opgehangen aan de trechter van Dunning: noodzaak, werkzaamheid, doelmatigheid, eigen rekening en verantwoording.
18. De samenwerking met andere hulpverleners in eerste en tweede lijn wordt door het NHG ondersteund met, respectievelijk, de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) en de Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's), die als basis kunnen dienen voor regionale werkaafspraken. Zie bijlage 2 voor een overzicht.
19. Voor 2007 staat een NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg gepland over de verpleegkundige zorg in de eerste lijn, waarin dit onderwerp verder zal worden uitgewerkt.
20. Dit zal verder worden uitgewerkt in het NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Verpleegkundige zorg in de eerste lijn'. Zie over de rol van verpleegkundigen ter ondersteuning van de zorg ook de LHV-Handreiking, pag. 46-49.
21. Binnenkort zal daarop nader worden ingegaan in een NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn'. Uitgangspunt daarin zal zijn dat geestelijke gezondheidszorg een kerntaak van de huisarts is. Het Standpunt zal een visie geven op de rol van de huisarts(envoorziening) in de eerstelijns GGZ. Hoe kan deze zorg het best worden georganiseerd en gecoördineerd? Wat is de gewenste relatie met andere eerstelijns GGZ-functionarissen en met de tweede lijn, ten aanzien van consultatie en taakverdeling/samenwerking?
22. In 2006 hield het NIPO evenals in 1999 in opdracht van het NHG een enquête onder Nederlanders en hun huisartsen. Het aantal Nederlanders dat de regiefunctie bij de huisarts legt, bleek sterk toegenomen in vergelijking met 1999. Een van de resultaten van de eerdere enquête was dat het merendeel van de ondervraagden van de huisarts verwachtte dat hij (vanuit zijn totaaloverzicht) in het ziekenhuis opgenomen patiënten begeleidt en volgt.
23. De NHG-Kaderopleiding Ouderengeneeskunde is in 2007 bij het LUMC van start gegaan. De kaderopleiding wordt georganiseerd door de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde van het LUMC in samenwerking met de nascholingscommissie Boerhaave van het LUMC en het NHG. Zie verder: *www.boerhaavenet.nl*.
24. De LHV-Handreiking gaat in vier hoofdstukken in op afspraken over de taakverdeling tussen huisarts en verpleeghuisarts bij de zorg in het verzorgingshuis en bij de aanvullende verpleeghuiszorg en de consultatieve ondersteuning van de huisarts door de verpleeghuisarts. Zie de hoofdstukken 5, 8 en 9 in de LHV-Handreiking, en verder hoofdstuk 10 dat handelt over opties voor de zorg voor (semi-) zelfstandig wonende ouderen met complexe zorgvragen. Zie ook bijlage 1. Achtergrondinformatie.

25. Zie ook: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen, Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie en Nederlandse Vereniging voor Psychiaters, sectie ouderenpsychiatrie. Visie op de inhoud van de toekomstige geriatrie zorg. Een visienotitie van de gezamenlijke geriatrie beroepsgroepen. Utrecht: juli 2006.
26. Over consultatie door de verpleeghuisarts komt een folder van LHV/NHG/NVVA.
27. De Wmo is begin 2007 in werking getreden, als onderdeel van de stelselherziening. De overheid wil met de Wmo een nieuwe en meer integrale vorm van maatschappelijke ondersteuning mogelijk maken. Met de invoering van de Wmo zijn gemeenten verplicht verschillende bestaande maatschappelijke regelingen bij één voorlichtingsloket onder te brengen - ook de GGD en de indicatiestelling. Zorgnetwerken kunnen worden bevorderd door het op elkaar afstemmen van wettelijke kaders en manieren van aansturing, financiering en verantwoording.
28. De informatie in deze paragraaf is afkomstig uit de LHV-notitie 'Huisartsen en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)' (november 2006; zie www.lhv.nl).
De RGO geeft ook nog een drietal meer algemene aanbevelingen:
 - bevorder dat ouderen in het reguliere onderzoek worden betrokken;
 - ondersteun de gebleken bereidheid tot onderzoek;
 - concentreer het onderzoek in samenwerkingsverbanden van praktijk- en onderzoeksinstellingen.
29. Van Weel C, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *The Lancet* 2006;367:550-1. (Zie bijlage 2 voor een overzicht voor NHG-Standaarden, LESA's en LTA's gericht op ouderen.)
30. Het NHG zal scholingsmateriaal hiervoor ontwikkelen, voorzover dat al niet bestaat, en cursussen aanbieden. De NHG-reeks 'Huisarts en patiënt; cahiers over communicatie en attitude' biedt (geaccrediteerde) nascholing. Voor de ouderenzorg zijn in het bijzonder de volgende deeltjes relevant: 'Tot de volgende keer...! Over het omgaan met chronisch zieken' (nr. 6; NHG, 1999); 'Het einde is in zicht... Over de begeleiding naar het levenseinde' (nr. 13; NHG, 2001). Zie ook de noten 10 en 31.
31. In deze paragraaf is gebruikgemaakt van twee deeltjes uit de NHG-reeks 'Huisarts en patiënt; cahiers over communicatie en attitude': nr. 4. 'Zo ben ik niet opgevoed...! Over de invloed van eigen normen en waarden' en nr. 5. 'Moet ik dat gewoon vinden...? Over het omgaan met andere referentiekaders' (NHG, 1999). Zie ook de noten 10 en 30.
32. Zie het NHG/LHV-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening' (2005).
33. Voor 2007 staat ook op het programma de ontwikkeling van het NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Gegevensverzameling, -beheer en -overdracht'.
34. Centraal Bureau voor de Statistiek. Persbericht PB02-263, 17 december 2002.
35. Zie Eulderink F, Heeren TJ, Knook DL, Ligthart GJ (red). *Inleiding gerontologie en geriatrie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004 (vierde, herziene druk).
36. Gussekloo J, De Craen AJM, Westendorp RGJ. Reden tot optimisme. Stereotiep beeld oudste ouderen klopt niet. *Medisch Contact* 2000;55(13):473-6.
37. Westendorp R. Medische zorg voor ouderen onder de maat. Zucht naar concurrentie frustreert ontwikkeling ketenzorg. *Medisch Contact* 2006;61(44):1748-51.
38. Van den Berg MJ, Kolthof ED, De Bakker DH, Van der Zee J. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Deel 6. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004: 73.
39. Gussekloo J, De Craen AJM, Westendorp RGJ. Reden tot optimisme. Stereotiep beeld oudste ouderen klopt niet. *Medisch Contact* 2000;55(13):473-6.
40. Onderstaande paragraaf is overgenomen uit de rapportage van de Leidse 85+-studie in: Gussekloo J, De Craen AJM, Westendorp RGJ. Reden tot optimisme. Stereotiep beeld oudste ouderen klopt niet. *Medisch Contact* 55 (2000);13:473-6. Uit de studie blijkt ook dat 20 procent van de thuiswonende 85-jarigen, 28 procent van de semi-zelfstandig wonende 85-jarigen en 25 procent van de 85-jarigen in een verzorgingshuis twee of meer chronische ziekten heeft.

41. Met aanpassingen overgenomen uit: Mathijssen SW, Van der Windt W. Divergeren of convergeren? Een verkenning toekomstige medische zorg ouderen [Conceptrapportage, in opdracht van het Capaciteitsorgaan]. Utrecht: Prismant: 2005.
42. Zie Ribbe MW. Verpleeghuisgeneeskunde: zelfstandig verder of integratie met huisartsgeneeskunde? Lezing gehouden voor het NVVA-najaarscongres 2004. (Prof.dr. M.W. Ribbe is hoogleraar aan de afdeling Verpleeghuisgeneeskunde VUmc te Amsterdam.)
43. Zie Schoemaker B. 'Huisartsen zijn onze beste geallieerden'. Klinisch geriater Gerard Ligthart wil meer samenwerking met huisartsen. De Huisarts, juli 2006,nr.7:24-5.
44. Informatie afkomstig uit: Mathijssen SW, Van der Windt W. Divergeren of convergeren? Een verkenning toekomstige medische zorg ouderen [Conceptrapportage, in opdracht van het Capaciteitsorgaan]. Utrecht: Prismant: 2005.
45. Zie Eulderink F, Heeren TJ, Knook DL, Ligthart GJ (red). Inleiding gerontologie en geriatrie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004 (vierde, herziene druk).
46. De Normen voor verantwoorde zorg thuis zijn totstandgekomen in een gezamenlijk overleg van Z-org en Arcares (nu Actiz), NVVA, Sting, AVVV en LOC, in afstemming met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland.
47. Het zorgplan vermeldt het hoe, de inhoud en het tijdstip van de zorgverlening. Het bevat tevens een actueel overzicht met de verslaglegging van de geleverde zorg, nieuwe afspraken en eventuele mutaties van de zorg. Ook andere hulpverleners, zoals huisartsen, wordt gevraagd gebruik te maken van het zorg-/leefplan en hun bevindingen en adviezen hierin vast te leggen.
48. Zie voor de actuele stand van zaken: www.minvws.nl, Dossiers A-Z, Bopz.