



# **Visie Huisartsenzorg voor ouderen** *Samen werken aan persoonsgerichte zorg*

# Visie Huisartsenzorg voor ouderen

## *Samen werken aan persoonsgerichte zorg*

Ontwikkeld door NHG, Laego en LHV met medewerking van InEen

De Visie Huisartsenzorg voor ouderen presenteert een ambitieus beeld van de huisartsenzorg voor ouderen. Proactieve, persoonsgerichte en samenhangende zorg – gericht op ondersteuning van een goede kwaliteit van leven van de oudere – is uitsluitend mogelijk als aan een aantal randvoorwaarden is voldaan. Die randvoorwaarden zijn: voldoende tijd en middelen, goede lokale netwerkpartners en lokale voorzieningen (korte en langdurige opnames, voorzieningen vanuit de gemeenten) die de zorg mede leveren en ondersteunen (zoals thuiszorg en opnamemogelijkheden). En niet te vergeten: voldoende personeel met de juiste competenties en vaardigheden binnen de praktijk en in het netwerk.

*september 2017*

# Inhoud

<b>Woord vooraf</b>	<b>4</b>
<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>1. Passende zorg</b>	<b>8</b>
1.1 Variatie tussen ouderen ‘De ene oudere is de andere niet’	10
1.2 Persoonlijk kiezen ‘Welke doelen heeft mijn oudere patiënt?’	12
1.3 Functioneren boven alles ‘Hoe blijft deze oudere op de been?’	14
1.4 Proactieve zorg ‘Het voordeel van vooruitzien’	16
1.5 Eindigheid ‘Het leven is nog kort’	18
<b>2. Werkbare zorg</b>	<b>20</b>
2.1 Zicht op complexe problematiek ‘Welke ouderen in mijn praktijk vragen extra aandacht?’	22
2.2 Organiseren ‘Goed geregeld is het halve werk’	23
2.3 Samenwerking ‘Samen staan we sterker’	25
2.4 Continuïteit ‘Goede zorg tijdens ANW-uren’	28
2.5 Adequate dossiervoering ‘Ik wissel gegevens uit met andere zorgverleners’	29
<b>3. Toekomstige zorg</b>	<b>30</b>
3.1 Een nieuwe generatie ouderen	31
3.2 Veranderingen van zorgsysteem	33
3.3 Innovaties	34
<b>Nawoord</b>	<b>35</b>
<b>Begrippen en afkortingen</b>	<b>37</b>
<b>Organisaties</b>	<b>40</b>
<b>Totstandkoming</b>	<b>41</b>
<b>Literatuur</b>	<b>43</b>
<b>Bronnen</b>	<b>45</b>
<b>Bijlage 1 Mogelijk betrokken professionele zorgverleners bij (kwetsbare) ouderen</b>	<b>47</b>
<b>Bijlage 2 Aan de slag</b>	<b>48</b>

## Woord vooraf

De Nederlandse bevolking verouderd in hoog tempo. Er zijn steeds meer ouderen en zij worden steeds ouder. Bovendien blijven door de herstructurering van langdurige zorg meer ouderen met *complexe problematiek thuis* wonen. De huisartsenzorg bereikt met de huidige wijze van praktijkvoering en werkorganisatie de grenzen van haar kunnen of is daar in de vergrijzende gebieden dikwijls al overheen. Om alle ouderen de persoonsgerichte zorg te kunnen blijven bieden die zij nodig hebben, is het noodzakelijk dat de huisartsenzorg inspeelt op de huidige ontwikkelingen, zowel inhoudelijk als organisatorisch.

De *Visie Huisartsenzorg voor ouderen* presenteert een ambitieus beeld van de huisartsenzorg voor ouderen, gebaseerd op de huisartsgeneeskundige kernwaarden (generalistisch, persoonsgericht, continu). Huisartsenzorg is gebaseerd op het principe dat alle mensen gelijke mogelijkheden hebben om noodzakelijke zorg te ontvangen, zodat iedereen in beginsel gelijke kansen heeft op een zo goed mogelijke gezondheid. De huisartsenzorg voor ouderen betreft de zorg voor alle ouderen die zelfstandig wonen of in (kleinschalige) woonvormen, waarbij de medische zorg vanuit de huisartsenzorg is georganiseerd. Deze visie is een actualisering van het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen (mei 2007) en sluit aan op de Toekomstvisie huisartsenzorg 2022. De visie richt zich op de huisartsenzorg voor alle ouderen, met extra aandacht voor de zorg voor ouderen met complexe problematiek, omdat hier de meeste knelpunten worden ervaren.

De denkwijze die deze visie beschrijft, is niet nieuw. Het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen propageerde al een proactieve rol voor de huisarts, met de nadruk op samenwerking. Voor een deel heeft die rol ook vorm gekregen in de praktijk. De huisarts combineert een gestructureerde en systematische aanpak met persoonsgerichte, samenhangende zorg. Dit type zorg is niet specifiek voor ouderen, maar doordat ouderdom meestal met gebreken komt, verschuift het zorgcontinuüm in de loop der tijd vaak naar intensieve zorg waarbij verschillende zorgverleners zijn betrokken. Daarbij kunnen de persoonlijke keuzes van de patiënt meer invloed hebben op de zorg. Anticiperen op deze fase geeft de patiënt, eventuele mantelzorger en zorgverleners rust. Zo worden crisissituaties voorkomen.

De *Visie Huisartsenzorg voor ouderen* richt zich op zorg die vanuit de huisartsenzorg wordt geleverd en betreft daarmee behalve de huisarts ook de praktijkassistente en praktijkondersteuner/-verpleegkundige (POH/PVH). Vaak werken zij samen met andere professionals en organisaties buiten de huisartsenzorg. Bijlage 1 bevat een overzicht van mogelijk betrokken professionele zorgverleners bij (kwetsbare) ouderen.

De visie biedt de huisarts aanknopingspunten om goede zorg te bieden aan de steeds ouder wordende bevolking in een dynamische, snel veranderende maatschappij. De visie bestaat uit drie delen: Passende zorg, Werkbare zorg en Toekomstige zorg. Passende zorg belicht de inhoudelijke aspecten van de huisartsenzorg voor ouderen, Werkbare zorg belicht de organisatorische aspecten en Toekomstige zorg vraagt aandacht voor de ontwikkelingen en innovaties in de huisartsenzorg. Bijlage 2 bevat een overzicht van implementatiematerialen die helpen deze aspecten in de praktijk te realiseren.

De werkgroep heeft ervoor gekozen geen leeftijdsgrens aan te geven bij deze visie, om recht te doen aan de variatie binnen de huisartsenzorg. Het verschil in (zeer) goed ervaren gezondheid tussen de hoogste en de laagste inkomens in Nederland bedraagt ruim 17 jaar voor zowel mannen als vrouwen. Voor het verlenen van goede huisartsenzorg aan ouderen is het afbakenen van de leeftijdsgrens niet noodzakelijk.

Een deel van de visie betreft zorg die niet alleen goed is voor ouderen, maar ook voor patiënten in andere leeftijdscategorieën. Die zorg is hier toch opgenomen wanneer de werkgroep van mening was dat deze bij de ouderenzorg extra aandacht verdient.

In verband met de leesbaarheid wordt vaak 'hij' gebruikt, waar ook 'zij' gelezen kan worden.

De cursieve begrippen zijn opgenomen in de begrippenlijst achterin.

Deze visie beschrijft een inhoudelijke stip aan de horizon. De werkgroep is zich er van bewust dat voor het organiseren van de zorg binnen het huidige financieringssysteem het afbakenen van doelgroepen een voorwaarde kan zijn. De betrokken beroepsverenigingen werken samen aan de implementatie van de Visie Huisartsenzorg voor ouderen, waarin dit nader uitgewerkt wordt.

*Werkgroep visie Huisartsenzorg voor ouderen*

## Inleiding

Oudere patiënten consulteren de huisarts vaker dan andere patiënten, hebben meer chronische ziekten en hebben meer hulpvragen per contact. Juist deze groep loopt een groot risico op verslechtering van de gezondheid (medische en verzorgingscomplicaties, achteruitgang van zelfredzaamheid). Veel voorkomende problemen bij deze groep zijn negatieve gevolgen van polyfarmacie, verhoogd risico op vallen, eenzaamheid en depressie, verlies van de cognitieve functie en verminderende *ADL-functies*. De mate van complexe problematiek kan overigens toe- of afnemen, bijvoorbeeld door (levens)gebeurtenissen. Per saldo betekent dit dat de huisarts meer tijd aan patiënten van 65 jaar en ouder besteedt dan aan anderen. De Visie huisartsenzorg voor ouderen richt zich op het groeiend aantal oudere patiënten, van wie velen vroeg of laat met ‘complexe problematiek’ te maken krijgen. Daaronder verstaat het NHG: ‘problemen die vaak met elkaar interacteren, zoals: cognitieve beperkingen, handicaps, psychosociale problematiek, multimorbiditeit, polyfarmacie en maatschappelijk isolement (alleen wonen, zonder of met weinig mantelzorg, eenzaamheid). Het gaat expliciet niet alleen om chronische ziekten, maar ook om veelvoorkomende klachten/aandoeningen van ouderen (zoals duizeligheid, slecht zien en slecht horen). Voorop staat het streven naar behoud en herstel van functioneren, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven. Wanneer de problematiek meer complex wordt vraagt dat om een samenhangend zorgnetwerk waarbinnen de huisarts, in samenwerking met de patiënt, een regierol heeft voor de medische as. Vanuit die rol werkt de huisarts samen met zorg- en hulpverleners in het netwerk dat relevant is voor de patiënt. Dit punt wordt nader uitgewerkt in paragraaf 2.3 Samenwerking. Op dit moment is de huisarts(envoorziening) nog lang niet in alle gevallen in staat deze regierol waar te maken.

### Functiebehoud en kwaliteit van leven

Een uitgangspunt van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 is dat de patiënt zoveel mogelijk zorg op maat krijgt in de eigen woonomgeving, door optimaal gebruik te maken van zelfredzaamheid en samenredzaamheid, door een beroep te doen op naasten en vrijwilligers en – indien nodig – door een beroep te doen op de expertise en ondersteuning van de huisartsenvoorziening, de wijkverpleging en andere hulp- en/of zorgverleners. De medische begeleiding van de ouder wordende patiënt vraagt soms een andere benadering dan die van andere patiënten. Het hoofddoel is niet zozeer zo lang mogelijk leven, maar functiebehoud en kwaliteit van leven. Het vraagt extra competenties en vaardigheden binnen de huisartsenvoorziening, nu en in de toekomst, om de oudere patiënt met dit doel proactief te benaderen.

Ouderen met de grootste behoefte aan ondersteuning en zorg worden vaak aangeduid als ‘kwetsbare ouderen’. Mensen die zorg/ondersteuning weigeren maar deze hard nodig hebben en ouderen die niet veel zorg/ondersteuning nodig hebben voor al hun problemen (medisch/sociaal) kunnen echter ook heel kwetsbaar zijn. Het betreft de patiënten met teruglopende reserves die door een klein ongeval, een griepje of door een ogenschijnlijk kleine ingreep of gebeurtenis in hun sociale omgeving, een on-

## Kengetallen

- De vergrijzing zet de komende jaren versneld door. Aantal 65-plussers in Nederland (in miljoenen):
  - 2017: 3,1;
  - 2020: 3,4;
  - 2030: 4,2;(CBS, 2017).
- Het aantal kwetsbare 65-plussers zal tussen 2010 en 2030 toenemen van ongeveer 700.000 tot ruim 1 miljoen (SCP, 2011).
- Van de 55-plussers heeft 37% multimorbiditeit. Dit percentage neemt toe met de leeftijd tot 59% bij de 75-plussers (SCP, 2011).
- Van de thuiswonende 65-plussers woont 33% alleen (CBS, 2014).
- Van de alleenwonende 65-plussers is naar schatting 40 tot 50% kwetsbaar (SCP, 2011).
- De toename in tijd voor de zorg voor oudere patiënten betekent voor een rekenpraktijk (1 FTE) dat er per maand minimaal 2,5 uur extra tijd besteedt wordt aan directe zorg voor ouderen. (Nivel 2017)
- Knelpunten die huisartsen ervaren:
  - onevenredig grote tijdsinvestering bij ouderen (75%)
  - de moeite om kortdurende opname te regelen (56%)
  - de moeite om opname in een zorginstelling te regelen (40%). (LHV, 2016)

evenredig grote afname van zelfredzaamheid of veerkracht ervaren. In deze visie spreken we daarom niet van kwetsbare ouderen maar van ouderen met *complexe problematiek*. De mate van complexe problematiek wordt bepaald door de beperkte prognose van de oudere, de beperkte zelfredzaamheid en doordat er meerdere problemen tegelijkertijd spelen.



# 1. Passende zorg





Passende zorg is een kenmerk van goede zorg. Passende zorg voor ouderen betekent rekening houden met de variatie tussen ouderen en hun persoonlijke keuzes. Het is gericht op functioneren en weegt het eindigheidsperspectief van ouderen mee. Het vraagt om een proactieve attitude van de zorgverlener(s). Bij passende zorg hoort ook ondersteuning bij zelfzorg, *gezamenlijke besluitvorming en advanced care planning (ACP)*. De afspraken die hieruit voortvloeien worden vastgelegd, bijvoorbeeld in het *individueel zorgplan (IZP)*, dat aan de orde komt in paragraaf 2.2 Organisatie. In het streven naar passende zorg heeft de huisarts – binnen het kader van huisartsgeneeskunde – zowel oog voor lichamelijk en mentaal welbevinden als voor welzijn, autonomie, participatie en woon- en leefomstandigheden van de oudere. In de praktijk blijken huisartsen vooral naar medische kenmerken te kijken wanneer zij de complexiteit van de problemen van hun oudere patiënten inschatten (somatische ziekten, polyfarmacie, somberheid en cognitieve achteruitgang). Zij hebben vaak minder aandacht voor de mate waarin ouderen in staat zijn voor zichzelf te zorgen en voor eenzaamheid. Wanneer de huisarts of de *praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige (POH/PVH)* met de patiënt concluderen dat de hulpvraag op een ander vlak ligt dan het medisch terrein betrekken zij daarbij proactief andere professionals of informele zorg.

### Zorg op maat

Passende zorg is niet alleen alert zijn op het tijdig starten met geïndiceerde zorg, maar ook op het tijdig stoppen met ‘onnodige’ of ‘belastende zorg’. De huisarts gaat steeds actief na en bespreekt met de patiënt welke behandeling (nog) zinvol is, en welke voor- en nadelen behandeling heeft in het perspectief van de kwaliteit van het eindigende leven.

Passende zorg gaat over de kunst niet te weinig diagnostiek en behandeling in te zetten én niet te veel. We spreken van onderbehandeling als mensen een geïndiceerde behandeling niet krijgen. Dit betekent ook dat het weloverwogen nalaten van geïndiceerde zorg in overleg met de patiënt geen onderbehandeling genoemd mag worden. Er is sprake van overbehandeling als mensen op grond van een onjuiste of verdwenen indicatie worden behandeld of als zij te lang of te intensief worden behandeld. Ook bij diagnostisch onderzoek kan er sprake zijn van te weinig of te veel. Zowel huisartsen als patiënten kunnen zich afvragen wat de meerwaarde is van het hebben van een diagnose als dat geen consequenties heeft voor het beleid.

Voor elke handeling is van het belang dat de huisarts en de patiënt stilstaan bij vragen als: Wat levert de behandeling de oudere in positieve zin op? Wat zijn de belasting, risico's en gevolgen? Draagt de behandeling bij aan de kwaliteit van leven? Past het bij deze oudere, gezien diens wensen, mogelijkheden en levensverwachting?

## 1.1 Variatie tussen ouderen ‘De ene oudere is de andere niet’



*"Mijn zorg past bij mijn manier van leven."*

Nergens in de klinische praktijk is de variatie tussen oudere patiënten zo groot als in de huisartsenpraktijk. Deze variatie betreft bijvoorbeeld verschil in inkomen, gezondheidsvaardigheden, mate van geletterdheid en culturele verschillen. De verschillen voor een gezonde levensverwachting tussen de laagste en hoogste inkomens bedragen alleen al ruim 17 jaar. In bepaalde delen van Nederland zal het aantal ouderen met een migratieachtergrond de komende jaren sterk toenemen. Dit brengt specifieke problematiek met zich mee.

Het (h)erkennen van variatie is belangrijk om passende en goede huisartsenzorg voor ouderen te kunnen bieden. De huisarts kan door middel van *gezamenlijke besluitvorming* beter aansluiten bij de belevingswereld van de oudere patiënt. Dit speelt bijvoorbeeld een rol bij spoedsituaties, bij het afwegen van oncologische behandelingen of andere ingrijpende behandelkeuzes, bij het behandelen van onbekende patiënten (ANW, waarneming) en bij keuzes in preventie.

Een maat voor biologische leeftijd is wellicht geschikter, hoewel er nog geen klinisch bruikbare maten bekend zijn. Van gezonde, vitale ouderen tot ouderen met zeer complexe problematiek – de huisarts ziet ze allemaal. Al deze ouderen verdienen een benadering op maat. Zo is het bij gezonde, fitte ouderen effectief om te starten met primaire preventie van hart- en vaatziekten volgens de richtlijn, wanneer er voldoende ‘time to benefit’ is. Bij ouderen met complexe problematiek komt juist het stoppen van preventieve medicatie ter sprake.

De toenemende mate van complexiteit geeft richting aan hoe de zorg wordt ingericht. Bij vitale ouderen kan bijvoorbeeld aandacht worden besteed aan preventie. Bij ouderen met een verhoogd risico (chronisch ziek, afnemende functies) kan de zorg worden uitgebreid en bij ouderen met complexe problematiek is samenhangende zorg essentieel. De gezondheidsvaardigheden van de patiënt hebben invloed op de mate waarin *gezamenlijke besluitvorming* vorm kan krijgen.

Ook het groeiend verschil in sociaaleconomische status binnen de Nederlandse bevolking en de toenemende verschillen in achtergrond hebben effect op de ouderenzorg. Dit verschil leidt tot een grote variatie aan hulpvragen. Daarnaast spelen persoonlijkheid, invulling van het leven en coping stijl een belangrijke rol. Zo zijn er ouderen die belang hechten aan collectieve regie, het naleven van de regels op basis van familie- of groepswaarden, bijvoorbeeld door een bepaalde culturele achtergrond. De één vindt het belangrijk om sociale contacten te kunnen onderhouden, voor de ander is hobby of sport het belangrijkste. Patiënten verschillen verder in hun behoefte aan informatie over ziekte en behandeling. Veel ouderen leven met beperkingen, eindigheidsperspectief en verlieservaringen. Er zijn ouderen die zich ertegen verzetten en ouderen die deze accepteren en er zo mogelijk op anticiperen.

Het is echter nog niet zo eenvoudig verschillende groepen ouderen te onderscheiden om de zorg zo te organiseren dat het bij de praktijkpopulatie aansluit.

## 1.2 Persoonlijk kiezen ‘Welke doelen heeft mijn oudere patiënt?’



*“Zolang het kan, maak ik mijn eigen keuzes.”*

Mede met het oog op de grote variatie in behoeftes van patiënten bepaalt de huisarts samen met de oudere patiënt het doel en beleid van de behandeling en zorg. De huisarts kent de zorgomgeving en de sociale kaart goed en fungeert als gids in dit zorglandschap. De huisarts sluit zoveel mogelijk aan bij de behoeftes, keuzes en wensen van de patiënt. Deze *persoonsgerichte zorg* is van zeer groot belang bij ouderen met complexe problematiek. De huisarts en *POH/PVH* besteden extra aandacht aan patiënten bij wie de ernst van de problematiek toeneemt en de zelfredzaamheid afneemt, zodat zij passende zorg ontvangen. De huisarts bespreekt met de patiënt welke zorg het meest adequaat en gewenst is en welke verantwoordelijkheid de patiënt daarbij zelf draagt (gezamenlijke besluitvorming). Om daaraan goede invulling te kunnen geven, hebben zorgverleners de volgende kennis, attitude en vaardigheden nodig:

- de overtuiging dat gezamenlijke besluitvorming in het belang van de patiënt is, dat de keuze niet aan hen als zorgverlener is, maar in eerste instantie aan de patiënt;
- kunnen meedenken en coachen (neutraal zijn);
- niet de richtlijn leidend laten zijn, maar de voorkeuren van de patiënt in combinatie met de richtlijn;
- kunnen adviseren over het gebruik van *keuzehulpmiddelen*;
- niet te snel naar een oplossing toewerken, maar de tijd nemen om de benodigde gespreksfasen te doorlopen, bij complexe beslissingen zelfs in meerdere consulten.

### **Eigen regie**

Een groot deel van de ouderen geeft aan het belangrijk te vinden zoveel mogelijk de eigen regie te kunnen voeren. Als dat niet mogelijk is, gaat het om ‘het gevoel van regie’, waarbij zorgverleners zoveel mogelijk aansluiten bij de voorkeuren van de oudere. Deze aanpak past bij de vernieuwde definitie van gezondheid: ‘Gezondheid als het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven.’

Bij regie in de zorg gaat het om de grote lijnen en inhoudelijke keuzes. De oudere patiënt bepaalt zelf wat voor hem kwaliteit van leven is en wat hiervoor van belang is. Hij maakt zelf de keuzes voor diagnostiek en behandeling, in samenspraak met de behandelaren. Dat geldt niet alleen in de thuissituatie, maar ook wanneer de patiënt, tijdelijk of blijvend, op een andere woonvorm is aangewezen. Als de complexiteit van de problematiek bij ouderen toeneemt, vermindert vaak ook het vermogen de regie te voeren. Voor medische behandelingen moet een patiënt toestemming geven. Wanneer de patiënt zelf niet meer in staat is om een besluit te nemen, betreft de huisarts een familielid of vriend(in) bij het proces.



### 1.3 Functioneren boven alles ‘Hoe blijft deze oudere op de been?’



Sociale contacten en deelname aan de maatschappij zijn voor veel ouderen belangrijk. Zelfstandig functioneren, vooral participeren, blijkt essentieel te zijn. Bij de behandeling van ziektes houdt de huisarts hier rekening mee. De huisarts benadrukt daarnaast het belang van een gezonde leefstijl. Bewegen is een bewezen effectieve interventie die het functioneren stabiliseert en achteruitgang voorkomt, liefst in de vorm van een sociale activiteit in de wijk.

Ouderen hebben vaak niet zozeer last van specifieke ziekten, alswel van de beperkingen die de ziekten in het dagelijks leven met zich meebrengen. Deze beperkingen zorgen voor vermindering van zelfredzaamheid en participatiemogelijkheden, en daarmee voor een verminderde kwaliteit van leven.

#### **Funcatiebehoud en herstel**

Zeker bij ouderen met een toenemende mate van complexe problematiek schiet een ziektegerichte benadering daarom tekort. De huisarts streeft dan naar een functionele benadering, waarbij de nadruk ligt op preventie en op het behoud en herstel van functioneren. Het doel daarvan is dat ouderen zo lang mogelijk veilig zelfstandig kunnen blijven wonen, onafhankelijk en gezond blijven. Om dit te bereiken kan preventie gericht zijn op lichamelijk, sociaal en geestelijk niveau. De oudere bepaalt zelf de prioriteiten hierin en in overleg wordt vastgesteld welke aanvullende rol zorg en behandeling kunnen spelen. Bij een geplande ziekenhuisopname is het belangrijk daarvóór aandacht te besteden aan de herstel mogelijkheden. Zo kan worden voorkomen dat ouderen na opname te veel functies verliezen en eigen regie inleveren. De huisarts kan hiervoor samenwerking zoeken met disciplines die hierin gespecialiseerd zijn. Belangrijke aandachtspunten bij functiebehoud en -herstel zijn niet alleen verbetering van conditie, kracht en fitheid maar ook comorbiditeit, cognitie, stemming, inactiviteit, sociale steun en het gevoel grip te hebben op het leven. Het doel is om de patiënt optimaal en efficiënt te laten herstellen na trauma, ziekte of letsel, met zo min mogelijk heropnames in het ziekenhuis.

Alle aandacht voor functiebehoud en -herstel is belangrijk, ook na een korte ziekte, zodat een oudere zo snel mogelijk het oorspronkelijke niveau van functioneren bereikt. Het maakt bijvoorbeeld uit of je zelf kunt opstaan uit een stoel of daarbij een sta-op-stoel of hulp van een ander nodig hebt. Daarom is het zinvol om consequent en structureel gebruik te maken van bestaande herstel mogelijkheden (thuis en in instellingen).

Behoud of verbetering van functioneren betekent voor de huisartsenzorg ook het inzetten van beleid dat de zelfredzaamheid ondersteunt en vergroot. Denk daarbij aan het verwijzen naar een wijkverpleegkundige, paramedicus of ouderenadviseur voor hulpmiddelen en aan veiligheid in huis.

## 1.4 Proactieve zorg ‘Het voordeel van vooruitzien’



*“Het is een geruststellende gedachte dat mijn huisarts vooruitdenkt.”*

De proactieve huisarts betreft de oudere bij het stellen van prioriteiten in de behandeling en begeleiding, bij het evalueren van polyfarmacie en het voorkomen van onder- of overbehandeling. Hij heeft dus niet uitsluitend aandacht voor de directe zorgvraag en acute nood. Wat kan nu al gedaan worden om problemen in de toekomst voor te zijn of de gevolgen ervan te beperken? Daarin heeft de patiënt zelf ook een belangrijke rol.

Veel huisartsen merken dat zij geen goede zorg bieden als zij alleen reageren op vragen van ouderen met complexe problematiek en niet breder kijken. Zij hebben dan het gevoel voornamelijk ‘brandjes te blussen’ zonder aandacht te besteden aan het ‘gebrekkige onderhoud van het hele gebouw’. Alertheid en vooruitdenken zijn kernbegrippen van proactief zijn. Deze benadering heeft geen duidelijk startmoment, maar is een algemene attitude. Omdat ouderdom vaak met gebreken komt, is een proactieve houding een basisvoorwaarde voor goede ouderenzorg. De huisarts en praktijkmedewerkers zijn alert op factoren die effect kunnen hebben op het ontstaan of verergeren van problemen. Naarmate de complexiteit van zorg toeneemt, wordt het belangrijker daarover na te denken. Regelmatige medicatiebeoordelingen bij kwetsbare patiënten kunnen de proactieve zorg ondersteunen en een goede aanleiding zijn om de patiënt te vragen of ze daarover het gesprek willen aangaan. Zo kunnen zij anticiperen op achteruitgang en op toekomstige problemen, waardoor de gevolgen zoveel mogelijk beperkt blijven. Patiënten met toenemende complexe problemen zouden in een vroeg stadium onder de aandacht van de huisartsvoorziening moeten komen, zodat de patiënt tijdig een passend zorgaanbod krijgt. Het is essentieel dat de huisarts en praktijkmedewerkers daarvoor de tijd nemen.

### **Advance care planning**

*Advance care planning (ACP)* is een belangrijk onderdeel van goede, proactieve zorg voor (kwetsbare) ouderen. Deze methode sluit aan bij het uitgangspunt dat huisartsenzorg voor ouderen persoonsgericht is met als doel een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven van de patiënt, afgestemd op diens

individuele wensen en mogelijkheden. *ACP* is een proces van gespreksvoering, waarbij de patiënt zijn wensen, doelen en voorkeuren bespreekt over toekomstige zorg en indien gewenst tot keuzes komt over specifieke behandelingen. Hiermee wordt ook geanticipeerd op de tijd dat een patiënt deze besluiten zelf niet meer kan nemen of zijn wensen niet meer kan aangeven. Als de huisarts zich realiseert dat hij niet verbaasd zou zijn als de patiënt binnen een jaar zou overlijden, is dat een extra reden om een *ACP*-gesprek aan te gaan. Goede momenten daarvoor zijn bijvoorbeeld kantelpunten in de gezondheid en het zelfstandig kunnen blijven wonen (zoals bijvoorbeeld ziekenhuisopname, verlies van een naaste/mantelzorger, verhuizing, verminderde cognitie of een valincident). De oudere zal hierover misschien niet zelf beginnen. Vanwege de vaak langdurige arts-patiëntrelatie en het overwicht dat huisartsen hebben, verkeren juist zij in een goede positie om *ACP* te bespreken. Huisartsen kunnen ook bij patiënten thuis komen in een fase waarin het nog niet direct nodig is om beslissingen te nemen. Er is dan ruimte voor uitleg, reflectie en meningsvorming. De weloverwogen besluiten en plannen die hieruit voortkomen, kan de huisarts delen met andere zorgverleners en behandelaars. Wensen en inzichten kunnen wijzigen, vaak door veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt en zijn persoonlijke omstandigheden. Daarom is een regelmatige evaluatie gewenst, rekening houdend met verschillende scenario's van deze bij voorkeur schriftelijk vastgelegde afspraken.

## 1.5 Eindeigheid ‘Het leven is nog kort’



*“Wat er uiteindelijk toe doet.”*

Hoe lang iemand nog te leven heeft, is belangrijk voor besluiten over medische handelingen, medicatie en preventieve mogelijkheden. Daarnaast betekent dit eindigheidsperspectief dat ouderen de balans opmaken van hun leven en nadenken over de laatste fase, over keuzes rondom het levenseinde. De meeste mensen praten niet graag over hun eigen eindigheid. Sommige patiënten duwen het onderwerp weg of blijven genezing zoeken. Anderen vertrouwen op familie of hun geloof. De huisarts is op de hoogte van de wensen van de patiënt, zodat diens ‘gevoel van regie’ zo goed mogelijk wordt gewaarborgd (bijvoorbeeld wel of niet reanimeren of beademen, opereren, verwijzen naar het ziekenhuis).

### **Wensen en verwachtingen**

Het is belangrijk dat een patiënt ondanks zijn verdriet, angst en zorgen nadenkt en praat met naasten, vrienden én de arts, zodat zij over en weer elkaars visie op de laatste levensfase leren kennen. Veel artsen hebben in deze fase de neiging om te blijven doorbehandelen. Patiënten willen dat vaak ook en leiden hieruit af dat er nog hoop is. Het is daarom verstandig tijdig te beginnen met een open en eerlijke verkenning van vragen en verwachtingen. Vaak beginnen artsen gesprekken over het overlijden pas op het moment dat het sterven nadert. Het is echter van belang om in de fase voordat er ernstige klachten ontstaan, wensen en verwachtingen al op elkaar af te stemmen. In die fase kunnen de huisarts en de patiënt regelmatig, bijvoorbeeld eens per jaar, de afspraken nagaan en samen bespreken of die afspraken nog geldig zijn. Wanneer het einde nadert, is het van belang dit vaker te doen. Veel mensen hebben nagedacht over de zorg rond hun levenseinde, maar gesprekken met artsen daarover zijn nog zeldzaam, zo bleek uit een steekproef onder de Nederlandse bevolking. Bij wilsonbekwaamheid zal een wettelijke vertegenwoordiger de gesprekspartner zijn.



Er komt een moment waarop een patiënt niet meer beter kan worden. De arts kan dan wel zorgen dat hij minder pijn lijdt of andere ongemakken heeft, door middel van palliatieve zorg. De mogelijkheden voor behandeling houden niet op als de dood in zicht komt. De voor- en nadelen van preventieve medicatie moeten goed worden afgewogen. De oudere denkt zelf mee over wat passende zorg is, nadat hij goed geïnformeerd is over de verschillende opties en hun gevolgen.

### Anticiperen

De meeste patiënten willen thuis sterven, in hun eigen omgeving, onder begeleiding van hun huisarts. Palliatieve en terminale zorg zijn een essentieel onderdeel van het zorgaanbod van de huisarts. Voor het bieden van adequate zorg in de palliatieve fase is het cruciaal dat de huisarts een anticiperend beleid voert. Dit is te realiseren door, zodra de patiënt in de palliatieve fase terechtkomt, samen met andere professionals, de patiënt en mantelzorgers systematisch de zorgbehoeftes in kaart te brengen en deze zorgvuldig vast te leggen in een dossier. Daarbij is aandacht voor somatische, psychische, sociale en spirituele aspecten en voor mogelijk toekomstige problemen. De huisarts zorgt ervoor dat de huisartsenpost tijdig op de hoogte is van de actuele toestand van de patiënt, van de afspraken die er zijn gemaakt over *ACP* en van wensen over het levenseinde. Competenties en vaardigheden op het gebied van palliatieve zorg en samenwerking met hospices zijn voor de huisarts van groot belang. In de allerlaatste fase zijn alle behandelingen erop gericht het de patiënt zo aangenaam mogelijk te maken en het lijden te verlichten.

Juist in deze fase kunnen culturele verschillen vragen om een andere benaderingswijze. Bij oudere migranten kan praten over de laatste levensfase taboe zijn. Dit kan botsen met de opvatting van de arts. Zelfs het hypothetisch praten over de eindfase kan al veel onrust geven. Nadruk op vertrouwen, dat de arts er voor de patiënt is en hem zo goed mogelijk zal helpen, werkt in die gevallen beter dan een 'eerlijk' gesprek.

## 2. Werkbare zorg



Het is een uitdaging om de principes van passende zorg te vertalen naar werkbare zorg. Een toenemend aantal ouderen met complexe problemen doet een beroep op de huisartsenzorg en iedere patiënt heeft specifieke persoonlijke zorg nodig. Voor de ouderen zelf en zijn mantelzorger is het belangrijk dat zij weten wat ze van wie kunnen verwachten en wie waarop aanspreekbaar is. Om alle ouderen de passende zorg te bieden die zij nodig hebben, is brede samenwerking binnen de ouderenzorg een vereiste. Proactieve, persoonsgerichte en samenhangende zorg – gericht op ondersteuning van een goede kwaliteit van leven van de oudere – is uitsluitend mogelijk als aan een aantal randvoorwaarden is voldaan. Die randvoorwaarden zijn: voldoende tijd en middelen, goede lokale netwerkpartners en lokale voorzieningen (korte en langdurige opnames, voorzieningen vanuit de gemeenten) die de zorg mede leveren en ondersteunen (zoals thuiszorg en opnamemogelijkheden). En niet te vergeten: voldoende personeel met de juiste competenties en vaardigheden binnen de praktijk en in het netwerk.

### **Samenwerken**

De regionale ondersteuning richt zich onder meer op het bevorderen van samenwerking, het faciliteren van kwaliteitsbeleid, het opzetten van gegevensuitwisseling en het maken van afspraken tussen huisartsen en de betrokken thuiszorgorganisaties, gemeenten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

De *POH/PVH* en de wijkverpleegkundige werken met name bij complexe problematiek nauw samen, waarbij de cure door de huisartsenzorg wordt gecoördineerd en de care door de wijkverpleegkundige. Voor de organisatie van de zorg voor ouderen met complexe problematiek is een aantal zaken nodig: zicht op de populatie (wie betreft het), zicht op de problemen (wat hebben ze) met duidelijkheid over de behandeling, inclusief doelen en prognose. De huisarts werkt daartoe samen met professionals in het netwerk waaraan iedereen invulling geeft op basis van samenwerkingsafspraken over ieders rol en verantwoordelijkheden. Bij complexe zorgcoördinatie, bijvoorbeeld rond een patiënt met dementie, kan één van de zorgverleners uit het netwerk het casemanagement op zich nemen.

## 2.1 Zicht op complexe problematiek ‘Welke ouderen in mijn praktijk vragen extra aandacht?’



De proactieve huisarts wil weten bij welke ouderen in de praktijk sprake kan zijn van complexe problematiek. Hij neemt daarom initiatieven om de ouderen in zijn populatie te ‘kennen’. De huisarts benoemt de ouderen met complexe problemen, bijvoorbeeld door samen met de *POH/PVH* eens per jaar alle patiënten boven een bepaalde leeftijd in gedachten door te nemen en door te reageren op signalen van de patiënt, wijkverpleging of familie. Naar aanleiding daarvan kan hij extra aandacht aan de patiënt besteden en hem zo nodig onderzoeken. Binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg hebben een aantal studies de meerwaarde onderzocht van het aanbieden van integrale ouderenzorg aan ouderen met complexe problematiek die met screening binnen de huisartspraktijk zijn geïdentificeerd. Uit deze studies bleek de meerwaarde van deze combinatie van screening en integrale zorg niet te vinden op de zelfredzaamheid van ouderen. Ook andere uitkomstmaten als kwaliteit van leven en bijvoorbeeld eenzaamheid lieten geen positieve resultaten zien. In de vergelijking en interpretatie van deze studies wordt aangegeven dat wellicht het kiezen van andere uitkomstmaten betere resultaten zou opleveren, of wellicht het benaderen van andere risico-subgroepen. Zoals bijvoorbeeld 65-plussers met een hoog risico op functieverlies gedurende hun opname in het ziekenhuis.



## 2.2 Organiseren ‘Goed geregeld is het halve werk



De groep ouderen met complexe problematiek wordt mede begeleid door een *POH/PVH* en/of wijkverpleegkundige. Zij heeft verschillende keren per jaar contact met de oudere, is het aanspreekpunt voor de betrokken partijen en stemt de inhoud van de zorg af met de patiënt en de familie. De huisarts houdt de regie voor de medische as. De inzet van verpleegkundige ondersteuning voor complexe ouderenzorg is vaak onmisbaar, of dit nu een eigen praktijkverpleegkundige is of een wijkverpleegkundige. De *POH/PVH* of wijkverpleegkundige fungeert ook als extra paar ogen en oren voor het signaleren van functionele achteruitgang en, daarmee samenhangend, de toenemende behoefte aan zorg. Daarnaast let zij op veiligheid. Met het ouder worden kan het gevoel van onveiligheid en onzekerheid worden versterkt doordat lichamelijke functies afnemen en de kans op (verschillende) chronische aandoeningen en (de angst voor) vallen toeneemt. Op basis van deze signalen beslist de huisarts of verpleegkundige, in overleg met de patiënt, of verdere actie nodig is.

Voor ouderen met een enkele chronische aandoening volstaat de geprotocolleerde zorg door de *POH-s*, maar bij complexe problemen en multimorbiditeit niet meer. Daarom moet het mogelijk zijn om bij toenemende complexiteit de mate van zorg op te schalen door verschillende disciplines in te zetten, zoals de (wijk-)verpleegkundige, apotheker, specialist ouderengeneeskunde, ouderenpsychiater of andere disciplines zoals genoemd in bijlage 1. Om het overzichtelijk te houden voor de patiënt worden bij voorkeur zo weinig mogelijk verschillende personen betrokken voor de benodigde zorg. Voor het inrichten en onderhouden van dit netwerk zijn wijk gebonden en regionale samenwerkingsafspraken nodig. De wijkverpleegkundige richt zich vooral op het zorgdomein, de ouderenadviseur van de gemeente op het sociale domein.

### Individueel zorgplan

Het gesprek met de patiënt over de behandeling die het best bij hem en zijn situatie past, vormt de basis van het *individueel zorgplan (IZP)*. Voor de huisarts, *POH/PVH* en andere zorgverleners is het



overzicht van doelen en afspraken een middel om de betrokkenheid van de patiënt in het zorgproces te bevorderen. Het is niet nodig om voor alle patiënten een IZP te maken maar het kan goede diensten bewijzen bij ingewikkelde problematiek, vooral wanneer verschillende zorgverleners bij eenzelfde patiënt zijn betrokken. Voor de digitale uitwisseling van gegevens is het noodzakelijk om een vast format te gebruiken. De bijdrage van de patiënt hangt af van zijn wensen en mogelijkheden. De mantelzorg kan een rol spelen bij het opstellen van het zorgplan.

## 2.3 Samenwerking ‘Samen staan we sterker’



Samenwerken begint met elkaar kennen en weten wie waar goed in is. Het is een voorwaarde voor goede netwerkzorg. Als de zorgverleners elkaar kennen, kunnen zij informatie makkelijker doorspelen naar de aangewezen hulpverleners.

Voor optimale samenwerking zien we ‘netwerken’ op drie niveaus:

- netwerk van zorgverleners rond de individuele, oudere patiënt;
- zorgnetwerk in de wijk;
- zorgnetwerk in de regio.

### Zorgnetwerk rond de patiënt

De huisarts speelt een essentiële rol in het zorgnetwerk rond iedere oudere, omdat de medische as in de eerste lijn via de huisarts loopt. Niet alleen professionals, maar ook naasten en mantelzorgers zijn belangrijke schakels in het zorgproces. Goede afstemming met de patiënt en zijn mantelzorgers is een voorwaarde om de zorg voor kwetsbare ouderen zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven bieden. De huisarts en de *POH/PVH* of wijkverpleegkundigen hebben ook oog voor het functioneren van de mantelzorger en wijzen indien nodig op mogelijke mantelzorgondersteuning met behulp van de sociale kaart.

De huisarts is op de hoogte van de (fysieke, psychische en sociale) toestand van de patiënt en is de spil in de overgang van de medische zorg van de eerste naar de tweede lijn (en andersom). Doordat de huisarts het overzicht heeft, speelt hij een centrale rol in het signaleren van (dreigend) complexe problematiek bij ouderen in zijn praktijk. De wijkverpleegkundige en/of *POH/PHV* onderhoudt het contact met het professionele netwerk rond de oudere en vormt de verbinding tussen het medisch en sociaal domein/wijknetwerk. Als verschillende partijen bij de zorgverlening betrokken zijn, benoemt het *kernteam* een zorgcoördinator, in overleg met de patiënt en/of de mantelzorger. Zowel namens de zorgverleners als namens de mantelzorgers is er één centraal contactpersoon. Hierbij is het van groot

belang dat de patiënt een goede relatie heeft met de betreffende hulpverlener. Dit impliceert dat de zorgcoördinator één van de betrokken hulpverleners is en geen extra hulpverlener die alleen de zorg coördineert. Het is ook mogelijk dat de patiënt de zorg zelf coördineert, of in overleg met een door hem aangewezen mantelzorger.

### Zorgnetwerk in de wijk

De huisartsvoorziening bouwt mee en onderhoudt een zorgnetwerk in de wijk om de afstand tot de voorzieningen klein te houden en om de menselijke maat te behouden. Om goed te kunnen samenwerken is het van belang dat huisartsen en wijkverpleegkundigen een visie op goede zorg voor ouderen met elkaar delen en werken vanuit dezelfde uitgangspunten.

De huisarts stelt zich op voorhand een aantal vragen over samenwerking. Hoe verhoudt mijn praktijk zich tot de beschikbare faciliteiten voor zorg en welzijn? Met welke mensen moet ik regelmatig contact hebben? Wat betekent deze manier van samenwerken voor de patiënt, die het doorgaans verwarrend vindt als er veel verschillende zorgverleners betrokken zijn? Zorgverleners die getraind zijn op het terrein van ouderenzorg weten elkaar beter te vinden en zijn goed op de hoogte van de voorzieningen in de buurt. Een belangrijk onderdeel van samenwerken is ook afspraken maken over wie wat doet, en delen van informatie over die gemaakte afspraken. Hiervoor zijn hulpmiddelen beschikbaar, zie bijlage 2.

*Gestructureerd periodiek overleg (GPO)*, waarin een kernteam van wijkverpleegkundige of POH/PVH, huisarts, en welzijnsfunctionaris op gezette tijden overleg hebben, eventueel aangevuld met andere hulp- of zorgverleners is een onmisbare bouwsteen voor proactieve, samenhangende en persoonsgerichte zorg. De manier waarop dat zo'n overleg efficiënt en doelmatig is, is afhankelijk van de lokale situatie en behoeftes van de betrokkenen. Hetzelfde geldt voor de frequentie en samenstelling van een *multidisciplinair overleg (MDO)*, waarbij meer hulp- en zorgverleners betrokken zijn.

### Zorgnetwerk in de regio

Het regionale of lokale huisartsennetwerk investeert in multidisciplinaire samenwerking met apothekers, (para)medici en regionale medisch specialisten voor de samenhangende zorg aan patiënten met verschillende mate van complexe problematiek. In dit regionale of lokale zorgnetwerk is oog voor een goede verbinding met de welzijnssector, bijvoorbeeld via de (wijk)verpleegkundigen. De verbinding met het sociale domein is per gemeente verschillend geregeld. De verpleegkundige en huisarts onderhouden deze contacten, stemmen ze met elkaar af en geven aan welke maatschappelijke ondersteuning nodig is. Regionaal spelen huisartsen hierin een belangrijke rol, die prima kan worden uitgevoerd door kaderhuisartsen.

De samenwerking met een *kaderhuisarts* (bijvoorbeeld ouderengeneeskunde, beleid en beheer of spoed), *specialist ouderengeneeskunde* of *kaderartsen specialist ouderengeneeskunde eerste lijn* is afhankelijk van de aard van de problematiek en de lokale situatie. Bij ingrijpende behandelkeuzes in het ziekenhuis is laagdrempelig overleg met de medisch specialist geïndiceerd. In dat geval zijn goede (werk)afspraken over ieders verantwoordelijkheid in de verschillende stadia van samenwerking van belang. In sommige gevallen is nauwe samenwerking met de klinisch geriater in het ziekenhuis nodig. De huisarts weet bij wie welke onderdelen van de zorg thuishoren. Juist in situaties waarin *gestructureerd overleg* ontbreekt, impliceert een proactieve aanpak dat de huisarts op casusniveau het initiatief neemt om wijkverpleegkundigen en welzijnsprofessionals bij de zorg voor ouderen te betrekken. De ervaring leert dat deze professionals een aanzienlijk aantal hulpvragen kunnen overnemen van de hulpvragen die zich bij de huisartsenvoorziening aandienen.

Een digitaal samenwerkingsplatform kan toegevoegde waarde hebben voor de multidisciplinaire samenwerking. De meerwaarde ligt in de actualiteit en synchronisatie van de informatie, en in het zichtbaar maken van de samenwerking en het expliciet afspreken van de verantwoordelijkheden. De patiënt en/of zijn centrale contactpersoon kan hierbij eveneens worden betrokken.

## 2.4 Continuïteit ‘Goede zorg tijdens ANW-uren’



*“Toen mijn huisarts met vakantie was, wist de invaller precies wat zij moest weten.”*

Ouderen geven zelf aan dat zij het gebrek aan coördinatie in de zorg als een van de grootste problemen ervaren. Voorkomen moet worden dat een terminale patiënt en de mensen om hem heen niet zijn voorbereid op het overlijden, 112 bellen en de patiënt onnodig wordt ingestuurd. Als de patiënt vervolgens in het ziekenhuis wordt opgenomen, ondergaat hij daar soms belastende behandelingen in een laatste poging de situatie te verbeteren of overlijdt hij op weg naar het ziekenhuis.

Als huisartsen en andere professionals overdag samen een anticiperend beleid voeren, wordt het beroep op acute zorg tijdens ANW-uren zoveel mogelijk voorkomen. Zorg voor ouderen in ANW-uren kan een grote uitdaging zijn, juist omdat ingewikkelde problematiek in een spoedsituatie soms niet te overzien is. Goede zorg tijdens ANW-uren is de ultieme toets voor de organisatie van ouderenzorg. De huisarts heeft een regierol in de medische zorg voor oudere patiënten en in de onderlinge afstemming van het beleid van de betrokken artsen en andere hulpverleners vanuit de huisartsenvoorziening. Huisartsen en andere professionals werken continu (7 x 24 uur) samen in een netwerk zodat zij de juiste zorg tijdig en doelmatig kunnen inzetten. Ook de continue bereikbaarheid van een wijkverpleegkundige en een specialist ouderengeneeskunde, en de beschikbaarheid van (nood)bedden, zijn onderdelen van de afspraken. De inzet van acute ouderenzorg tijdens ANW-uren wordt per regio gecoördineerd, liefst via één coördinatiepunt waarin huisartsen, instellingen en thuiszorgorganisaties samenwerken.

Bijna alle huisartsen (97%) zeggen informatie over terminale patiënten over te dragen aan de huisartsenpost, terwijl 47% van de dienstdoende huisartsen op de post het een knelpunt noemt dat informatie over terminale patiënten vaak ontbreekt of niet up-to-date is. (KNMG, 2011)



## 2.5 Adequate dossiervoering ‘Ik wissel gegevens uit met andere zorgverleners’



Continuïteit van passende zorg voor de individuele oudere met complexe problematiek kan niet zonder adequate dossiervoering en zorgvuldige informatieoverdracht tussen de huisarts en andere zorgverleners. Tijdige, snelle en goede onderlinge digitale gegevensuitwisseling is cruciaal voor continue, samenhangende zorg. Het is belangrijk dat uitwisseling van informatie rond het verwijzen van patiënten soepel en adequaat verloopt. Juist op overdrachtmomenten is de zorg voor patiënten essentieel. Het is voor de specialist of verpleegkundige in één oogopslag duidelijk waarvoor de patiënt komt en wat de vraag van de huisarts is. Andersom is het voor de huisarts in één oogopslag duidelijk wat het antwoord van de specialist of verpleegkundige op zijn vraag is en welke nazorg hij biedt. Deze informatie is tijdig beschikbaar. Daarnaast wordt beknopte informatie over het functioneren, de voorkeuren van oudere zelf en de afspraken over ACP gestructureerd digitaal uitgewisseld. Bijvoorbeeld met behulp van een multidisciplinair digitaal IZP.

### Gegevensuitwisseling

Adequate dossiervoering en het elektronisch uitwisselen van gegevens kan samenhangende zorg ondersteunen. Voorwaarde daarbij is wel dat er geen sprake is van dubbelregistratie. Het is verder wenselijk dat zorgverleners in het huisartsdossier gestructureerd registreren wanneer en waarover de patiënt geïnformeerd is.

Zorgvuldige informatieoverdracht, bijvoorbeeld voor opname en na ontslag uit het ziekenhuis of het eerstelijnsverblijf, tussen de huisarts en andere zorgverleners is ook van belang voor de revalidatie en stimulering van de zelfredzaamheid, bijvoorbeeld om de bereikte resultaten (zoals mate van zelfredzaamheid) in de thuissituatie voor patiënten te behouden. Dit vraagt behalve om passende codering ook om uniforme rapportage en gestandaardiseerde gegevensuitwisseling.

Bij informatie-uitwisseling tussen zorgverleners spelen tot slot privacyaspecten. Het uitgangspunt is dat zorgverleners het dossier gezamenlijk mogen bespreken voor zover raadpleging noodzakelijk is voor een goede uitvoering van de behandeling. Met de toestemming van de patiënt mag alle relevante informatie worden gedeeld.

### 3. Toekomstige zorg



De maatschappij, het zorgsysteem en de zorgorganisaties veranderen en zijn er talloze innovaties voor patiënten en zorgverleners. Deze ontwikkelingen hebben effect op de rol van de huisarts, de praktijkmedewerkers en de patiënt.

### 3.1 Een nieuwe generatie ouderen



De maatschappij verandert. De overheid verschuift haar focus van 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en gedrag', waarmee zij meer verantwoordelijkheid bij de burger laat. Met de toenemende medische mogelijkheden gaan meer mensen uit van de maakbaarheid van het leven en groeit het consumentisme in de zorg. De digitalisering stelt (medische) informatie sneller en eenvoudiger beschikbaar voor de patiënt en zorgprofessional, en vergroot de mogelijkheden om mensen of middelen met elkaar te verbinden. De jaarlijkse kosten voor de zorg (totale kosten en de kosten per persoon naarmate de leeftijd vordert) blijven toenemen. Deze ontwikkelingen maken de poortwachtersrol van de huisarts lastiger te vervullen en vergroten tegelijkertijd de behoefte aan zinnige en zuinige zorg.

#### Demografische veranderingen

Buiten de randstad wonen meer ouderen, met name de in noordelijke provincies. En Limburg en Zeeland zullen de komende jaren sterk vergrijzen. Naast toename in aantal verandert ook de samenstelling van de groep ouderen. Zo komen er behoorlijk meer 85+'ers, komen er steeds meer alleenstaanden en hebben ouderen minder kinderen. Ook het aantal ouderen met een migratieachtergrond groeit. Meer ouderen zullen in de toekomst gezonder zijn, al is het maar omdat hun opleidingsniveau hoger is dan dat van de huidige ouderen, maar de verschillen tussen de hoogste en de laagste inkomens blijven toenemen. Het aantal ouderen met verschillende chronische aandoeningen zal dan ook stijgen. Een hoger inkomensniveau heeft over het algemeen een positief effect op de algemene gezondheid, levensomstandigheden, levenskwaliteit en onafhankelijkheid van ouderen. De zorg zal, mede met behulp van moderne technieken, meer worden afgestemd op

de individuele patiënt. De patiënt bepaalt vaker zelf wat er gebeurt, zelfmanagement en eigen regie worden steeds belangrijker.

Door de veranderingen in de langdurige zorg (met name ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg) zal ook de trend van verschillende (kleinschalige) woonvormen met diverse vormen van zorgverlening zich voortzetten. Niet-specialistische zorg uit de tweede of derde lijn verschuift naar (dichtbij) huis en wordt vaker integraal aangeboden. Al deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de organisatie van werk in de huisartsenvoorziening. De variatie in soorten praktijkvoering zal toenemen doordat er meer lokaal maatwerk nodig is, maar ook doordat er door demografische veranderingen steeds minder hulp- en zorgverleners zijn per patiënt.



## 3.2 Veranderingen van zorgsysteem



Met de toenemende druk op de huisartsenvoorziening groeit de noodzaak tot versterking, groei en innovatie van de eerste lijn.

De belangrijkste knelpunten bij structurele versterking van de eerste lijn zijn:

- beschikbaarheid van voldoende niet-patiëntgebonden tijd;
- mogelijkheden voor duurzame financiering;
- landelijke aanpak voor verbetering van dossiervorming;
- gegevensuitwisseling binnen de eerste lijn en met tweede lijn en andere zorg- en welzijnsdomeinen.

De herstructurering van de langdurige zorg heeft bewerkstelligd dat het overgrote deel van de huisartsenzorg voor ouderen – evenals de zorg van de wijkverpleging, van de *specialist ouderengeneeskunde* en tijdens kortdurend verblijf – binnen de Zorgverzekeringswet (ZVW) wordt bekostigd. Voor de zorgvraag van patiënten is het ook van belang wat er binnen het basispakket valt en wat niet. Steeds meer patiënten zien van het bezoek aan de huisarts af om financiële redenen. Zij kunnen of willen de mogelijke kosten die daaruit voortkomen niet betalen. Dit kan op lange termijn een negatief effect hebben. Wellicht blijkt dat deze patiënten daardoor later extra zorg nodig hebben.



### 3.3 Innovaties



*“Eens in de maand Skype ik met de praktijkverpleegkundige. Fijn dat ik voor zo’n kort gesprekje niet helemaal naar de praktijk hoef.”*

De huisarts en praktijkmedewerkers worden steeds vaker en sneller met nieuwe ontwikkelingen geconfronteerd. Die ontwikkeling zal de komende jaren nog verder toenemen. Te denken valt aan scholing voor de patiënt of zorgverleners in de vorm van serious gaming, de opmars van allerlei gezondheidsapplicaties waarmee patiënten hun eigen gegevens monitoren of apparatuur binnenshuis die toegang geeft tot sociale netwerken. Er komen meer mogelijkheden voor zorg en ondersteuning op afstand met behulp van domotica en robotica.

Productinnovaties in de praktijk (bijvoorbeeld POC-tests voor diagnostiek), veranderingen in werkwijze (bijvoorbeeld werken met een multidisciplinair digitaal zorgplan) of veranderingen in de organisaties (bijvoorbeeld door schaalvergroting of werkafspraken met de tweede lijn) vragen een flexibele instelling en voldoende kennis en gelegenheid voor het leren omgaan met deze veranderingen.

De ontwikkelingen vragen ons ook na te denken over hoe we de belangrijke kernwaarden daarbij kunnen borgen. Wat betekent het gebruik van beslissingsondersteunende systemen die gebaseerd zijn op big data, eHealth, domotica en eventueel robotica, wat betekent het voor de zorgverleners en wat betekent het voor de praktijkvoering? Maar bovenaan staat de vraag: wat betekent het voor de patiënt?

#### Top 10 door huisartsen (n=316) genoemde veelbelovende voorbeelden van eHealth:

1. e-Consult met patiënten (79)
2. Teleconsultatie (70)
3. Online afspraken maken (69)
4. Patiëntportaal en inzage in dossier (50)
5. Online behandeling en zelfhulp (37)
6. Apps voor patiënten en artsen (34)
7. Online herhaalrecepten (33)
8. Gedeelde, gezamenlijke dossiertoegang in de keten (28)
9. Beeldconsulten (26)
10. Gemakkelijk (veilig) communiceren met collega's (inclusief delen van foto's) (22)

(Nictiz, 2016)

## Nawoord

Met de actualisering van het NHG-Standpunt huisartsgeneeskunde voor ouderen (2007) is al in 2014 gestart. Allereerst is geïnventariseerd welke behoefte er was bij de NHG-Verenigingsraad. De belangrijkste aandachtspunten bleken persoonsgerichte zorg, het verwerken van resultaten uit het Nationaal Programma Ouderenzorg, multidisciplinair werken met het *individueel zorgplan*, samenwerking met de wijkverpleegkundige en wijkteams en zorg rond het levenseinde. Het uitgangspunt is steeds geweest dat het een Visie van de beroepsgroep moest zijn, dus is er nauw samengewerkt met Laego, LHV en InEen.

Goede huisartsenzorg voor ouderen vraagt naast een inhoudelijke visie ook een visie op hoe dat georganiseerd kan worden, hoe dat betaald wordt en wat er in de praktijk dan eventueel aangepast moet worden. Deze vragen zijn veelvuldig langs gekomen. De werkgroep heeft er voor gekozen om de praktische uitwerking niet te integreren.

### Implementatie

Tijdens de ontwikkeling van deze Visie is er op veel plaatsen al gewerkt aan de verbetering van de huisartsenzorg voor ouderen. Bijvoorbeeld in het Nationaal Programma Ouderen (NPO). Er is een Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Ouderenzorg ontwikkeld van huisartsen, praktijkverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen en verzorgenden over verantwoordelijkheden en taken bij gedeelde zorg aan kwetsbare ouderen. En vanuit het Bestuurlijk Overleg Eerstelijns zijn verbetering van de ouderenzorg in de eerstelijns hoog op de agenda geplaatst met als thema's: doelgroepen en passend aanbod, rollen/verantwoordelijkheden en korte lijnen, verbinding met het sociale domein, gegevensuitwisseling, goede toegankelijkheid en beschikbaarheid ANW-zorg en regionale ondersteuning. Daarmee wordt de implementatie van deze Visie bevorderd door de samenwerking van alle relevante landelijke partijen: LHV, InEen, NHG, Laego, Patiëntenfederatie, V&VN, Verenso, KNMP, KNGF, VWS, ZN.

### Ontwikkelingen

Deze Visie sluit aan bij de actuele adviezen van de Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS) die onder andere aandacht vragen voor het maatschappelijk perspectief op veranderingsprocessen bij het ouder worden, demedicaliseren, meer aandacht voor verschillen tussen mensen en ruimte voor kwaliteit van leven. Daarmee voorziet deze Visie in de behoefte aan een gezamenlijke stip aan de horizon en geeft daarmee richting aan de samenwerking om de huisartsenzorg voor ouderen zo goed mogelijk in te richten aansluitend bij de individuele behoefte van de patiënt.



# Begrippen en afkortingen

## **ADL-functies**

ADL staat voor Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen. Het zijn de dagelijks terugkerende basisverrichtingen die je moet doen om zelfstandig te kunnen blijven leven op een binnen de maatschappij fatsoenlijk geacht niveau.

## **Advance Care Planning (ACP)**

Een proces van gespreksvoering waarbij de patiënt wensen, doelen en voorkeuren met de huisarts en/of wijkverpleegkundige bespreekt over toekomstige zorg en indien gewenst tot keuzes komt over specifieke behandelingen. Hieronder valt ook het levenseindegesprek, waarin onder andere het reanimitatiebeleid wordt besproken.

## **ANW**

Avond-, nacht- en weekend.

## **Casemanagement**

Het systematisch aanbieden van gecoördineerde behandeling, zorg en ondersteuning door een vaste professional, die deel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband dat is gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten, gedurende het hele traject van 'niet pluis' of de diagnose tot aan opname in een woonvorm voor mensen met dementie of tot overlijden.

## **Complexe problematiek**

Een cluster van (definitie NHG) 'problemen die vaak met elkaar interacteren zoals: cognitieve beperkingen, handicaps, psychosociale problematiek, multimorbiditeit, polyfarmacie en maatschappelijk isolement (alleen wonen, zonder of met weinig mantelzorg; eenzaamheid). Het gaat expliciet niet alleen om chronische ziekten, maar ook om veelvoorkomende klachten/aandoeningen van ouderen (zoals duizeligheid, slecht zien en slecht horen). Voorop staat het streven naar behoud en herstel van functioneren, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven.'

Bij kwetsbare ouderen is sprake van complexe problematiek, maar het omgekeerde gaat niet altijd op: niet iedere oudere met complexe problematiek is kwetsbaar. Een niet-westerse achtergrond kan de complexiteit vergroten.

## **Gestructureerd periodiek overleg (GPO)**

Overleg dat met vaste regelmaat georganiseerd is tussen de leden van het kernteam van wijkverpleegkundige, huisarts en/of POH/PVH en (in de toekomst) welzijnsfunctionaris, eventueel aangevuld met andere hulp- of zorgverleners.

## **Gezamenlijke besluitvorming**

Een adviserende stijl van communiceren die vooral wordt gebruikt bij belangrijke, preferentiegevoelige beslissingen. Een gesprek tussen de patiënt en arts om samen tot een beleid te komen dat het best bij de patiënt past. De ervaringen, behoeften, normen, waarden en voorkeuren van de patiënt vormen daarbij het uitgangspunt.



### **Individueel zorgplan (IZP)**

Het (digitale) overzicht van belangrijke (en te beïnvloeden) problemen van de patiënt, zijn wensen/doelen en de afgesproken acties/interventies door de patiënt zelf en door zorgverleners. Er staat ook in wanneer en hoe deze acties geëvalueerd worden. Het zorgplan is veelal multidisciplinair.

### **Kaderhuisarts ouderengeneeskunde**

Huisarts die zich via een tweejarige, aanvullende opleiding heeft gespecialiseerd in de eerstelijns ouderengeneeskunde.

### **Kaderartsen specialist ouderengeneeskunde eerste lijn**

Deze kaderartsen zijn specialist ouderengeneeskunde met extra expertise in eerstelijnszorg.

### **Kernteam**

Een patiëntgebonden team, het team zorgverleners dat direct betrokken is bij de zorg voor de patiënt. Het bestaat uit de huisarts (huisartsenvoorziening) en wijkverpleegkundige (team wijkverpleging) en welzijnsfunctionaris. Het kernteam levert generalistische zorg. De wijkverpleegkundige en de praktijkverpleegkundige spelen een belangrijke rol in het maken van de verbinding tussen care, cure en het sociale domein. Afhankelijk van de situatie kan dit kernteam worden aangevuld met een specialist ouderengeneeskunde, sociaal werker, apotheker en/of andere zorg- of hulpverleners.

### **Keuzehulpmiddelen**

Keuzehulpen geven de patiënt inzicht in welke opties beschikbaar zijn, wat de mogelijke consequenties van iedere optie zijn en hoe hij de consequenties van iedere optie kan waarderen. Ten slotte kan de patiënt desgewenst actief deelnemen aan de besluitvorming.

### **Mantelzorg(er)**

Zorg aan hulpbehoevende door iemand uit diens directe, sociale omgeving. Dit kan een partner, ouder of kind zijn maar ook een ander familielid, vriend of kennis.

### **Multidisciplinair overleg (MDO)**

Overleg tussen deskundigen uit verschillende beroepsgroepen. Naast de term MDO wordt ook de term GPO (Gestructureerd Periodiek Overleg) wel gebruikt. Vaak wordt met GPO een overleg bedoeld met een klein kernteam, zonder de patiënt (eigenlijk het reguliere werkoverleg) en met MDO het overleg met alle betrokken zorgverleners en eventueel de patiënt.

### **Persoonsgerichte zorg**

De huisarts houdt rekening met de individuele kenmerken van de patiënt en diens persoonlijke levensloop, leef- en werkomgeving. De huisarts integreert contextkennis met lichamelijke, psychische en sociale aspecten die van invloed kunnen zijn op gezondheid en ziekte.

### **Praktijkondersteuner/-verpleegkundige (POH/PVH)**

Praktijkondersteuner huisartsenzorg/praktijkverpleegkundige huisartsenzorg. (Zie SSFH-rapport poh transitie 2017).

### **Praktijkondersteuner-somatiek (POH-s)**

De POH-s levert een belangrijke bijdrage aan de geprotocolleerde zorg voor patiënten met een chronische aandoening.



**Regierol huisarts**

De huisarts integreert en coördineert alle medische en paramedische zorg rond de patiënt en heeft zo de regie over samenhangende zorg. De huisarts houdt die regie wanneer hij de patiënt in een fase voor zorg overdraagt aan een medisch specialist in het ziekenhuis.

**Specialist Ouderengeneeskunde**

Een arts die is gespecialiseerd in zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met verschillende gezondheidsproblemen.

## Organisaties

<b>CBS</b>	Centraal Bureau voor de Statistiek
<b>InEen</b>	Branchevereniging voor gezondheidscentra, zorggroepen, ROS'en, eerstelijns diagnostische centra en huisartsenposten
<b>KNGF</b>	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
<b>KNMG</b>	federatieve vereniging van beroepsverenigingen van artsen en artsen in opleiding
<b>KNMP</b>	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
<b>Laego</b>	Landelijke adviesgroep eerstelijns geneeskunde voor ouderen
<b>LHV</b>	Landelijke Huisartsen Vereniging
<b>NHG</b>	Nederlands Huisartsen Genootschap
<b>NIVEL</b>	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
<b>NVVC</b>	Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde
<b>Patiëntenfederatie Nederland</b>	koepel van patiëntenorganisaties
<b>SAN</b>	Branchevereniging voor diagnostische centra
<b>SCP</b>	Sociaal Cultureel Planbureau
<b>V&amp;VN</b>	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
<b>Verenso</b>	Vereniging van Specialisten in ouderengeneeskunde
<b>VWS</b>	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<b>ZN</b>	Zorgverzekeraars Nederland

# Totstandkoming

## Samenstelling werkgroep

Prof.dr. J (Jacobijn) Gussekloo, huisarts, voorzitter, tevens namens IOH  
J.M. (Jeroen) Peek, kaderhuisarts ouderengeneeskunde namens NHG-Verenigingsraad  
Dr. A.W. (Annet) Wind, kaderhuisarts ouderengeneeskunde, namens expertgroep LAEGO  
R. K. (Rolf) Boot, huisarts, namens InEen  
N. (Nico) Eyck, huisarts<sup>†</sup> en drs. M.J. (Monica) Terhal, namens LHV  
M.J. (Marjan) Nijboer, huisarts en voorheen specialist ouderengeneeskunde  
Dr. H.J. (Henk) Schers, huisarts  
J.J.A.M. (Jan) van Dongen, huisarts  
B.N. (Linda) Tolsma, beleidsmedewerker NHG, secretaris

## Proces

Op 2 oktober 2014 is de NHG-Verenigingsraad geconsulteerd over de voorbereidingen voor het actualiseren van het Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen. De werkgroep heeft de adviezen van de Verenigingsraad meegenomen.

De werkgroep is elf keer bij elkaar geweest en heeft vier keer telefonisch overleg gevoerd in de periode van april 2015 tot en met mei 2017.

Op 6 juni 2016 is tijdens de werkconferentie ‘Zorg voor kwetsbare ouderen. Wat werkt?’ – een gezamenlijk initiatief van de LHV, het NHG en InEen met medewerking van KNMP, LAEGO, NPCF, VWS, V&VN en ZN – een presentatie gehouden en gediscussieerd over de ontwikkelingen van de Visie Huisartsenzorg voor ouderen.

De Visie is op 15 juni 2016 oriënterend besproken in de Algemene Ledenvergadering van het NHG.

Op 17 augustus 2016 is in het Ouderenberaad van het LUMC het besproken en van commentaar voorzien.

Op 7 februari 2017 is de Visie bediscussieerd bij de Ledenraad van de LHV.

Een externe commentaarronde vond plaats van 22 december 2016 tot 20 februari 2017. De werkgroep heeft 41 commentaren ontvangen van individuele huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen-expertgroepen, regionale ondersteuningsorganisaties, universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde, zorgverzekeraars, ZN en van de volgende organisaties:

- InEen, vereniging van gezondheidscentra/eerstelijnscentra, zorggroepen, ROS'en, eerstelijns diagnostische centra en huisartsenposten
- Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen (Lovah)
- Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)
- Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP)
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Programmacommissie Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, afdeling Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners (V&VN PVK&POH)
- Vilans
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) en Paramedisch Platform Nederland (PPN)

Marjolein Oosterom deed de eindredactie.

Deze Visie is bekrachtigd door NHG, Laego en LHV met instemming van InEen.

## Literatuur

- Bleijenberg N, Boeije H R, Onderwater AT, Schuurmans M J Frail older adults' experiences with a proactive, nurse-led primary care program: A qualitative study. *Journal of gerontological nursing*. 2015; 41: 20-29.
- Bleijenberg N, Drubbel I, Schuurmans MJ, Dam HT, Zuithoff NP, Numans ME, et al. Effectiveness of a Proactive Primary Care Program on Preserving Daily Functioning of Older People: A Cluster Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2016 Sep;64:1779-88.
- Bleijenberg N, Drubbel I, Ten Dam VH, Numans ME, Schuurmans MJ, de Wit NJ. Proactive and integrated primary care for frail older people: design and methodological challenges of the Utrecht primary care PROactive frailty intervention trial (U-PROFIT). *BMC Geriatr*. 2012 Apr 25;12:16.
- Blom JW, den Elzen WPJ, Van Houwelingen AH, Heijmans M, Stijnen T, Van den Hout WB, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive, goal-oriented, integrated care model in general practice for older people. A cluster randomized controlled trial: Integrated Systematic Care for older People – the ISCOPE study. *Age Ageing*. 2016; 45: 30-41.
- Drewes YM, Blom JW, Assendelft WJ, Stijnen T, den Elzen WP, Gussekloo J. Variability in vulnerability assessment of older people by individual general practitioners: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2014 Nov 7;9(11):e108666.
- Fabbriotti IN, Janse B, Looman WM, de Kuijper R, van Wijngaarden JD, Reiffers A. Integrated care for frail elderly compared to usual care: a study protocol of a quasi-experiment on the effects on the frail elderly, their caregivers, health professionals and health care costs. *BMC Geriatr*. 2013 Apr 12;13:31.
- Hoogendijk EO, van der Horst HE, van de Ven PM, Twisk JW, Deeg DJ, Frijters DH, et al. Effectiveness of a Geriatric Care Model for frail older adults in primary care: Results from a stepped wedge cluster randomized trial. *Eur J Intern Med*. 2016 Mar;28:43-51.
- Looman WM, Fabbriotti IN, de Kuyper R, Huijsman R. The effects of a pro-active integrated care intervention for frail community-dwelling older people: a quasi-experimental study with the GP-practice as single entry point. *BMC Geriatr*. 2016 Feb 15;16:43.
- Looman WM, Fabbriotti IN, Huijsman R. The short-term effects of an integrated care model for the frail elderly on health, quality of life, health care use and satisfaction with care. *Int J Integr Care*. 2014 Dec 5;14:e034. eCollection 2014 Oct.
- Looman WM, Huijsman R, Bouwmans-Frijters CA, Stolk EA, Fabbriotti IN. Cost-effectiveness of the 'Walcheren Integrated Care Model' intervention for community-dwelling frail elderly. *Fam Pract*. 2016 Apr;33:154-60.
- Melis RJ, van Eijken MI, Teerenstra S, van Achterberg T, Parker SG, Borm GF, et al. A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008 Mar;63:283-90.
- Metzethin SF, Daniëls R, van Rossum E, Cox K, Habets H, de Witte LP, et al. A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: a large-scale process evaluation. *Int J Nurs Stud*. 2013 Sep;50:1184-96.
- Metzethin SF, Van Rossum E, De Witte LP, Ambergen AW, Hobma SO, Sipers W, et al. Effectiveness of an interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community-dwelling frail older people: a cluster randomised controlled trial, *British Medical Journal* 2013; 347: f5264.

- Metzelthin SF, van Rossum E, de Witte LP, Hendriks MR, Kempen GI. The reduction of disability in community-dwelling frail older people: design of a two-arm cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2010 Aug 23;10:511.
- Metzelthin SF, van Rossum E, Hendriks MR, De Witte LP, Hobma SO, Sipers W, et al. Reducing disability in community-dwelling frail older people: cost-effectiveness study alongside a cluster randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2015 May;44:390-6.
- Muntinga ME, Hoogendijk EO, van Leeuwen KM, van Hout HP, Twisk JW, van der Horst HE, et al. Implementing the chronic care model for frail older adults in the Netherlands: study protocol of ACT (frail older adults: care in transition). *BMC Geriatr*. 2012 Apr 30;12:19.
- Muntinga ME, Van Leeuwen KM, Schellevis FG, Nijpels G, Jansen AP. From concept to content: assessing the implementation fidelity of a chronic care model for frail, older people who live at home. *BMC Health Serv Res*. 2015 Jan 22;15:18.
- Robben S, van Kempen J, Heinen M, Zuidema S, Olde Rikkert M, Schers H, Melis R. Preferences for receiving information among frail older adults and their informal caregivers: a qualitative study. *Fam Pract*. 2012 Dec;29(6):742-7.
- Ruikes FG, Meys AR, van de Wetering G, Akkermans RP, van Gaal BG, Zuidema SU, et al. The CareWell-primary care program: design of a cluster controlled trial and process evaluation of a complex intervention targeting community-dwelling frail elderly. *BMC Fam Pract*. 2012 Dec 5;13:115
- Ruikes FG, Zuidema SU, Akkermans RP, Assendelft WJ, Schers HJ, Koopmans RT. Multicomponent Program to Reduce Functional Decline in Frail Elderly People: A Cluster Controlled Trial. *J Am Board Fam Med*. 2016 Mar-Apr;29:209-17.
- Spoorenberg SL, Uittenbroek RJ, Middel B, Kremer BP, Reijneveld SA, Wynia K. Embrace, a model for integrated elderly care: study protocol of a randomized controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, service use, costs, and quality of care. *BMC Geriatr*. 2013 Jun 19;13:62.
- Stijnen, Duimel-Peeters, Jansen, Vrijhoef, Early Detection of Health Problems in Potentially Frail Community-Dwelling Older People by General Practices - Project [G]OLD: Design of a Longitudinal, Quasi-Experimental Study, *BMC Geriatrics* 13:7.
- Suijker JJ, Buurman BM, Ter Riet G, Van Rijn M, De Haan RJ, De Rooij SE, et al. Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: protocol of a cluster randomized trial, *BMC Health Serv Res*. 2012 Apr 1;12:85.
- Suijker JJ, van Rijn M, Buurman BM, Ter Riet G, Moll van Charante EP, de Rooij SE. Effects of Nurse-Led Multifactorial Care to Prevent Disability in Community-Living Older People: Cluster Randomized Trial. *PLoS One*. 2016 Jul 26;11:e0158714.
- Uittenbroek RJ, Kremer HP, Spoorenberg SL, Reijneveld SA, Wynia K. Integrated Care for Older Adults Improves Perceived Quality of Care: Results of a Randomized Controlled Trial of Embrace. *J Gen Intern Med* 2017 May;32:516-523.
- van Kempen JA, Robben SH, Zuidema SU, Olde Rikkert MG, Melis RJ, Schers HJ. Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. *Br J Gen Pract*. 2012 Aug;62:e554-60.
- van Leeuwen KM, Bosmans JE, Jansen AP, Hoogendijk EO, Muntinga ME, van Hout HP, et al. Cost-Effectiveness of a Chronic Care Model for Frail Older Adults in Primary Care: Economic Evaluation Alongside a Stepped-Wedge Cluster-Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Dec;63:2494-2504.
- Wind AW, Gussekloo J. Het zorgplan als methode en kompas. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2015;159:A8630
- Wind AW. Uw huisarts als coach en teamplayer. *Geron* (2015) 17: 14.



## Bronnen

- Beter Oud. [www.beteroud.nl/ouderen](http://www.beteroud.nl/ouderen)
- CBS Statline. Personen in huishoudens naar leeftijd en geslacht. 2013. <http://statline.cbs.nl>
- CBS. Demografie van de vergrijzing. 2012. [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)
- CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, InEen, LHV, NHG, NVDA, NVvPO, SH, V&VN. Rapport POH Transitie. 2017. [www.lhv.nl](http://www.lhv.nl)
- Common Eye. Lenzen op Samenwerking. 2011. [http://ce\\_-\\_lenzen\\_op\\_samenwerking.pdf](http://ce_-_lenzen_op_samenwerking.pdf)
- CSO, Zorgbelang, Stichting Pharos. Ouderen over ondersteuning en zorg. 2013. [www.beteroud.nl](http://www.beteroud.nl)
- Diagnose Team. Diagnose Zorginnovatie. 2015. [www.diagnosezorginnovatie.nl](http://www.diagnosezorginnovatie.nl)
- Gezondheidsraad. Medische producten: nieuw en nodig! 2011. [www.gezondheidsraad.nl](http://www.gezondheidsraad.nl)
- Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. 2009. [www.gezondheidsraad.nl](http://www.gezondheidsraad.nl)
- H&W. Advance Care Planning bij kwetsbare ouderen. 2014. [www.henw.org](http://www.henw.org)
- H&W. Is functionele preventie weer een nieuwe taak voor de huisarts? 2009. [www.henw.org](http://www.henw.org)
- KNMG. Beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden. 2014. [www.knmg.nl](http://www.knmg.nl)
- KNMG. Niet alles wat kan, hoeft. 2015. [www.knmg.nl](http://www.knmg.nl)
- KNMG. Spreken over het levenseinde. 2017. [www.knmg.nl](http://www.knmg.nl)
- Laego. Eerstelijns geneeskunde voor ouderen; lokale, persoonsgerichte, passende, proactieve, samenhangende zorg én ondersteuning. 2014. <https://laego.nhg.org>
- LHV. Aanbod huisartsenzorg voor ouderen. 2016. [www.lhv.nl](http://www.lhv.nl)
- Medisch Contact. Herstel van kwetsbare ouderen kan beter. 2015. [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl)
- Min VWS. Zorg- en verblijfsvormen kwetsbare ouderen. 2016. [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)
- MinVWS. Kortdurend verblijf in zorginstelling per 2017 in basispakket. 2016. [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)
- MinVWS. Levenseinde en euthanasie. 2017. [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)
- MinVWS. stand-van-zaken-eerstelijnsverblijf-in-de-zorgverzekeringwet. 2016. [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)
- Movisie en Vilans. Beteroud.nl: Thema's projecten Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). 2017. [www.beteroud.nl](http://www.beteroud.nl)
- NHG, NPCF en Vilans. Plan van eisen generiek Individueel ZorgPlan. 2014. [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
- NHG, NVKG, OMS. Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. 2012. <https://www.nhg.org>
- NHG, NVKG, OMS. STOPP-criteria van potentieel ongeschikte medicijnen voor oudere patiënten. 2012. [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
- NHG, V&VN LESA ouderen zorg, verschijnt bij H&W 6, 2 juni 2016
- NHG. De virtuele overlegtafel bij multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn. 2017. [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
- NHG. Huisartsgeneeskunde voor ouderen. 2007. [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
- NHG. NHG-Standpunt Huisarts en spoedzorg. 2013. [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
- NHG. NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde. 2011. [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
- NHG. Protocolaire Ouderenzorg. 2015. <https://www.nhg.org>
- NHG. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen (HASP). 2016. [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
- NHG. Standpunt huisarts en palliatieve zorg. 2009. [www.nhg.org](http://www.nhg.org)
- NIVEL. De waarde van de klinische geriatrie volgens huisartsen en mantelzorgers. 2009. [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)
- NIVEL. Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking, ouderen en de algemene bevolking Rapportage participatiemonitor. 2013. [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

- NIVEL. Ouderen van de toekomst. 2014. [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)
- NIVEL. Zorgregistraties eerstelijns: contacten huisartsenpraktijk. 2014. [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)
- NIVEL. Monitor: Zorggebruik in de huisartspraktijk. 2016. [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)
- NPCF, STOOM. Toekomst Zorg Thuis 2020. Nieuwe trends, nieuwe kansen. 2010. [www.zorgkennis.net](http://www.zorgkennis.net)
- NTVG. De informatiebehoefte van de verwezen patiënt. 2010. [www.ntvg.nl](http://www.ntvg.nl)
- NTVG. Huisarts ziet vooral medische kwetsbaarheid van ouderen. 2014. [www.ntvg.nl](http://www.ntvg.nl)
- Pallas. Zorg en welzijn: wensen en behoefte van ouderen en mantelzorgers. 2008. [www.erasmusmc.nl](http://www.erasmusmc.nl)
- Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet. De veertien kernpunten van onze aanpak. 2015. <http://praktijkouderengeneeskunde.nl>
- Pubmed. Involvement of the Dutch general population in advance care planning: a cross-sectional survey. 2014. [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)
- RIVM. Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen: wat is nodig om beter aan te sluiten bij hun wensen en behoeften? 2016. [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)
- SCP. Kwetsbaar alleen. De toename van het aantal kwetsbare alleenwonende ouderen tot 2030. 2011. [www.scp.nl](http://www.scp.nl)
- SCP. Kwetsbare ouderen. 2011. [www.scp.nl](http://www.scp.nl)
- Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. November 2012. [www.tkv2022.nl](http://www.tkv2022.nl)
- Verenso. Gedeelde besluitvorming met ouderen. 2015. [www.verensotijdschrift.nl](http://www.verensotijdschrift.nl)
- Vilans. Gedeelde besluitvorming. 2015. [www.kennispleinchronischezorg.nl](http://www.kennispleinchronischezorg.nl)
- Vilans. Hoe werken wijkverpleegkundigen samen met het sociale domein? 2015. [www.vilans.nl](http://www.vilans.nl)
- VU. Out-of-hours palliative care by general practitioners. 2012. <https://research.vu.nl>
- Wonca. Huisartsgeneeskunde: de Europese definitie. 2002. [www.woncaeuroe.org](http://www.woncaeuroe.org)

## Bijlage 1

# Mogelijk betrokken professionele zorgverleners bij ouderen met complexe problematiek

### Alfabetische volgorde (niet uitputtend)

Activiteitenbegeleider  
Apotheker  
Audicien  
Casemanager dementie  
Consultatieteam Palliatieve Zorg  
Diëtist  
(Ouderen) ergotherapeut  
(Geriatrisch) fysiotherapeut  
Geestelijk verzorgende  
Geriatric verpleegkundige  
Gespecialiseerd verpleegkundige  
Ggz-professional (zoals psycholoog, psychiater, psychotherapeut)  
Klinisch geriater  
Logopedist  
Mantelzorgconsulent/mantelzorgmakelaar  
Mondzorgverlener (tandarts (-geriatrie), mondhygiënist, tandprotheticus)  
Oefentherapeut  
Opticien, optometrist en andere visusprofessionals  
Ouderenadviseurs  
POH-ggz  
(Ouderen) psychiater  
Sociaal werker  
Specialist ouderengeneeskunde  
Wijkagent

### Organisaties

Welzijnsorganisaties (inclusief schuldhulpverlening)  
Wijkteam gemeente  
Wmo-loket

## Bijlage 2

### Aan de slag

Hieronder staat een overzicht van *een aantal* praktische sites, publicaties en materialen die u kunnen ondersteunen bij de dagelijkse zorg voor kwetsbare ouderen.

#### DOSSIERS

- **NHG dossier Ouderen**  
Zorg voor ouderen brengt veelal specifieke problematiek met zich mee. In dit webdossier vindt u uiteenlopende informatie over huisartsenzorg voor ouderen. Uiteenlopend van het Standpunt huisartsgeneeskunde voor ouderen, richtlijnen, scholing, informatie voor patiënten en hele praktische hulpmiddelen voor ondersteuning in de praktijk tot interessante links.
- **LHV dossier Ouderenzorg**  
Als huisarts heeft u te maken met een toenemend aantal kwetsbare oudere patiënten die langer thuis blijven wonen. Alleen de meeste kwetsbare patiënten die permanent toezicht en 24-uurzorg nodig hebben, komen in aanmerking voor verblijf in een instelling. In dit dossier leest u wat dit betekent voor de zorg die u kunt bieden aan oudere patiënten.
- **InEen programma multidisciplinaire zorg**  
De ontwikkeling van multidisciplinaire zorg is volop in beweging. Op meerdere niveaus wordt aan het thema gewerkt. Het door ontwikkelen van de multidisciplinaire zorg is één van de prioriteiten uit het Bestuurlijk Akkoord eerste lijn. Met het programma multidisciplinaire zorg geeft InEen samen met de leden een impuls aan de activiteiten op dit terrein.
- **Laego praktijk en projecten**  
Er zijn veel redenen om toe te werken naar een systeem van lokale, persoonsgerichte, passende, proactieve en samenhangende zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen. Kaderhuisartsen en kader specialisten ouderengeneeskunde, stimuleren deze ontwikkelingen door het draagvlak voor deze veranderingen te vergroten en te adviseren over de uitvoering. Dit dossier bevat projecten over proactieve samenhangende zorg, kwaliteit en samenwerkingen en toolkits en handreikingen.

#### HANDREIKINGEN EN ANDERE MATERIALEN

- **Protocollaire Ouderenzorg in de praktijk**  
De uitgave Protocollaire Ouderenzorg (versie 2015) is een praktisch boek dat u aan de hand van zorgplannen, diagnose- en interventieschema's en casuïstiek kennis laat maken met de kenmerkende, complexe problematiek binnen de ouderen zorg. In de uitgave komen daarnaast ook onderwerpen als het levenseinde, de mantelzorgondersteuning en de medicatiebeoordeling uitgebreid aan bod.
- **LHV aanbod huisartsenzorg voor ouderen**  
De omschrijvingen van basis-, aanvullend en bijzonder aanbod
- **Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde**  
Een leidraad voor het maken van afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling in de samenwerking voor ouderen met een complexe zorgvraag met een overzicht van de financieringsmogelijkheden.
- **Format voor probleeminventarisatie en zorgplan**  
Om proactieve samenhangende zorg te bieden aan ouderen met complexe problematiek zijn er hulpmiddelen ontwikkeld: een functionele probleeminventarisatie aan de hand van het SFMPC-model, het zorgbehandelplan en een samenvatting van de te nemen stappen: FRADIE.

- **Regelhulp, wegwijzer naar zorg en ondersteuning**  
Regelhulp is een wegwijzer van de overheid voor iedereen die zorg en ondersteuning nodig heeft. Deze website bevat actuele en betrouwbare informatie op het gebied van zorg, ondersteuning, jeugdhulp en financiële regelingen bij ziekte of beperking.
- **Zorg voor Veilig**  
Hier vindt u aanknopingspunten voor de verbetering van patiëntveiligheid in de samenwerkende eerste lijn. Het maakt niet uit of u net begint of al langer bezig bent en of u professional, manager of beleidsmedewerker bent. Er is altijd iets van uw gading te vinden.
- **De handreiking Patiëntveiligheid in de huisartsenzorg (versie november 2010)** geeft zorgprofessionals in de huisartsenzorg inzicht in het complexe gebied van de veilige zorg voor patiënten. Behalve voor huisartsen en doktersassistenten is de handreiking ook voor praktijkondersteuners en managers bedoeld.
- **Handreiking voor regionale samenwerkingsafspraken HAP + acute ouderenzorg**  
'Overdrachtsmomenten' zijn kwetsbare momenten tijdens de zorg voor patiënten. Dit geldt zeker bij spoedzorg en nog sterker bij spoedzorg in de (aanloop naar) avond-nacht en weekenden (anw). Daarom hebben ActiZ en InEen een handreiking ontwikkeld voor regionale afspraken tussen de huisartsenpost en de acute ouderenzorg. Deze handreiking geeft een handvat voor het vastleggen, onderhouden en verbeteren van regionale samenwerkingsafspraken.
- **Handreiking Tijdig spreken over het levenseinde**  
Het gesprek tussen de patiënt en de dokter over de laatste fase van het leven begint vaak te laat. En gaat daardoor niet zelden gepaard met teleurstellingen, onbegrip en het gevoel te laat te zijn om nog wezenlijke besluiten te nemen. Een tijdig gesprek over het naderend overlijden is niet makkelijk, maar wel belangrijk. Het voorkomt misverstanden over de hulpverlening bij het sterven. De KNMG biedt artsen en patiënten houvast met een handreiking.
- **Laego Toolkit Advance Care Planning m.b.t. het levenseinde**  
Bevat informatie voor de huisarts over 'Wat moet ik lezen', 'Wat moet ik regelen', 'Welke cursus moet ik volgen', 'Hoe benader ik patiënten', 'Welke informatie geef ik de patiënt' en 'Hoe leg ik het vast'.
- **Werkmap Huisarts en Gemeente**  
Steeds meer zorg wordt dichterbij de buurt van patiënten georganiseerd, met de huisarts als spil van de eerstelijnszorg. Gemeenten spelen een steeds grotere rol in lokale zorg en ondersteuning aan burgers en dat maakt dat huisarts en gemeente elkaar vaker tegenkomen en moeten samenwerken. De digitale werkmap 'Huisarts & Gemeente, samen werken in de wijk' helpt de samenwerking tussen huisarts en gemeente te ondersteunen en te verbeteren.

## VOORLICHTING

- **Thuisarts.nl**  
Thuisarts.nl is bedoeld voor mensen die informatie zoeken over gezondheid en ziekten. De informatie op deze website kan gebruikt worden:
  - om gezond te blijven;
  - om klachten zelf aan te pakken;
  - als u zich afvraagt wanneer u naar de huisarts moet gaan;
  - als u zich wilt voorbereiden op een gesprek met uw huisarts;
  - als u de uitleg en adviezen nog eens na wilt lezen na een bezoek aan uw huisarts;
  - als u op zoek bent naar meer informatie over een onderwerp.
 Huisartsen gebruiken Thuisarts.nl als ondersteuning bij hun voorlichting aan patiënten voor, tijdens en na het consult.

## SCHOLING

- **Scholingsaanbod NHG**

- NHG Leergang Ouderengeneeskunde
- Kaderopleiding Ouderengeneeskunde
- EKC-vervolgcursus Polyfarmacie, hoe voorkomen we problemen?
- Stip-cursus polyfarmacie
- Stip-cursus Samenwerking rond Dementie
- NHG Verkorte StiP-cursus 'Tijdig spreken over het levenseinde' (twee modulen)
- Onderwijsmateriaal Delier
- Toetsgroepmateriaal: De vallende oudere

- **LHV Academie**

- Juridische aspecten rondom ouderenzorg

- **E-learning NHG**

- Ouderenzorg (PIN 18/8)  
Met het nascholingsprogramma Ouderenzorg brengt u uzelf weer helemaal op de hoogte van de laatste ontwikkelingen op het gebied van ouderenzorg. Het nascholingsprogramma is erop gericht om de zorg voor (kwetsbare) ouderen met complexe hulpvragen te coördineren en te verbeteren. NHG-lid? Dan staat dit product al voor u klaar bij 'Mijn e-Producten'. (NPO-product)
- Standaard M77 Delier bij ouderen  
De NHG-Standaarden maken het mogelijk om indicaties, diagnoses en behandelingen per aandoening snel te raadplegen.
- Polyfarmacie bij ouderen (PIN 16/4)  
Doelstelling van dit nascholingsprogramma is bewustwording van de mogelijke schadelijke effecten en risico's van polyfarmacie bij ouderen. Ook wordt er aandacht besteed aan de rol van de huisarts bij de begeleiding van deze kwetsbare groep.
- e-Learning voor de POH - Ouderenzorg  
Ouderenzorg is maatwerk. Aan de hand van deze e-learning ontwikkelt u een persoonsgerichte benadering van uw oudere patiënten.
- Zoönosen (PIN 19/09)  
Zoönosen: veel vaker op ons bord dan we denken, maar gelukkig loopt het meestal goed af. Met name 'YOPI's' (young, old, pregnant, immunodeficient: kinderen, ouderen, zwangeren en immuungecompromiteerden) zijn kwetsbaar voor zoönosen;
- e-Learning voor de POH - Dementie  
Met de e-learning 'Dementie' leren praktijkondersteuners en verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de thuiszorg signalen van dementie herkennen. Daarnaast leren zij meer over medicatie die wordt gebruikt bij de behandeling van dementie en hoe deze goed en veilig gebruikt worden.

- **Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk**

Het Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk begint met de grondslagen van effectieve communicatie. Daarna komen diverse thema's rond arts-patiëntcommunicatie in het dagelijkse consult aan bod, gevolgd door een gedeelte over communicatie binnen de eigen huisartsenpraktijk en met andere zorgverleners. Elke paragraaf kent een vaste, heldere structuur en bevat tevens een casus en kernpunten voor de praktijk.



- **Palliatieve zorg in de huisartsenpraktijk**

Het boek 'Palliatieve zorg in de huisartsenpraktijk' is breed opgezet met de nieuwste inzichten voor de zorg van uw patiënten in hun laatste levensfase. Het sluit aan op de praktijk van alledag en gaat dieper in op uw sleutelrol als huisarts bij palliatieve zorg. De basis voor dit boek zijn de Richtlijnen Palliatieve zorg van IKNL en het Standpunt Palliatieve zorg van het NHG.

## ZORGONDERSTEUNING

- **Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen**

De Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen is ontwikkeld op initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en gepubliceerd in 2012. Inclusief START- en STOPP-criteria bij ouderen

- **ICT Richtlijnen**

Het NHG ontwikkelt richtlijnen en standaarden voor de automatisering in uw praktijk. Dit gebeurt middels communicatie richtlijnen, bijvoorbeeld over goede gegevensuitwisseling en adequate dossiervorming met het EPD. Daarnaast vindt standaardisatie plaats via onder meer het HIS-Referentiemodel en diverse NHG-Tabellen. Ook andere informatiesystemen, zoals die van zorggroepen, laboratoria en apotheken, maken gebruik van deze tabellen. Deze standaardisatie bevordert de communicatie tussen verschillende systemen en ook de communicatie tussen gebruikers van één HIS.

- **Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA's)**

Een LESA heeft tot doel landelijke uitgangspunten te formuleren voor het maken van werksafspraken in de regio.

- Zorg voor kwetsbare ouderen
- Dementie met de (wijk)verpleegkundigen
- Dementie met specialisten ouderengeneeskunde
- Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis
- Ondervoeding

- **Advies registratie zorg rond (kwetsbare) ouderen en polyfarmacie volgens ADEPD 2013**

In de richtlijn ADEPD is een registratie advies door de werkgroep opgesteld voor ouderenzorg en polyfarmacie.

Voor de inventarisatiefase van zorg aan ouderen luidt het advies om een episode Ouderenzorg aan te maken. In de 2013 versie van ICPC is hiervoor een nieuwe subcode (A49.01) specifiek voor ouderenzorg aangemaakt. Noteer in deze episode de resultaten van het meten met allerlei vragenlijsten en uw (eind)conclusie.

- **BeterOud**

BeterOud is ontwikkeld door Movisie en Vilans. Het is mogelijk gemaakt door ZonMw en komt voort uit het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Zelf aan de slag met innovaties.

- **Wie is wie in de wijk**

De infographic 'Wie is wie in de wijk?' biedt inzicht in wie belangrijke spelers zijn én wat hun belangrijkste taken zijn.



© Nederlands Huisartsen Genootschap

Mercatorlaan 1200

3528 BL Utrecht


Postbus 3231

3502 GE Utrecht

030 - 282 35 00

[info@nhg.org](mailto:info@nhg.org)

[www.nhg.org](http://www.nhg.org)

 [@nhgnieuws](https://twitter.com/nhgnieuws)

 [company/nederlands-huisartsen-genootschap](https://www.linkedin.com/company/nederlands-huisartsen-genootschap)