

knmg



**Sterke
medische zorg
voor kwetsbare
ouderen**

KNMG-standpunt

Colofon

Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen

Standpunt van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), vastgesteld door het Federatiebestuur en in werking getreden op 25 maart 2010.

De artsenfederatie KNMG vertegenwoordigt ruim 46.000 artsen en studenten geneeskunde. Van de KNMG maken deel uit de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Vereniging van Specialisten in Ouderengeneeskunde (Verenso), de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) en de Orde van Medisch Specialisten (Orde).

www.knmg.nl/publicatie/kwetsbare-ouderen
www.knmg.nl/dossier/ouderenzorg

Opmaak buro-Lamp, Amsterdam
Foto omslag Boulogne Jonkers, Zoetermeer
Drukwerk Schotanus & Jens, Nieuwegein

Contactgegevens KNMG Postbus 20051 3502 LB Utrecht - www.knmg.nl

Overname van teksten uit deze publicatie is toegestaan onder vermelding van de volledige bronvermelding: Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010.

**Sterke
medische zorg
voor kwetsbare
ouderen**

KNMG-standpunt

Inhoudsopgave

/	Samenvatting	7
1/	Inleiding	13
2/	Verbetering van medische zorg aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie	19
	2.1 Inleiding	19
	2.2 Geïntariseerde knelpunten in de thuissituatie	21
	2.3 Voorgestelde oplossingen voor de thuissituatie	23
	2.4 Consequenties voor benodigde competenties, beroepsprofielen, beroepstructuur en medische opleidingen	34
	2.5 Randvoorwaarden voor implementatie	35
3/	Verbetering van medische zorg aan kwetsbare ouderen in de ziekenhuissituatie	37
	3.1 Inleiding	37
	3.2 Medisch beleid ziekenhuis sluit aan op medisch beleid eerstelijns	38
	3.3 Integrale diagnostiek en behandeling voor kwetsbare ouderen	40
	3.4 Ouderen vanaf 65 jaar worden bij opname gescreend	41
	3.5 Coördinatie en aanspreekpunt in één hand	43
	3.6 Gebundelde kennis in geriatrieteam	45
	3.7 Senior friendly hospital	47
	3.8 Randvoorwaarden voor implementatie	47
4/	Transmurale afspraken thuissituatie - ziekenhuis	49
	4.1 Inleiding	49
	4.2 Transmurale afspraken bij ziekenhuisopname	49
	4.3 Transmurale afspraken bij polikliniekbezoek	50
5/	Onderscheidende competenties binnen de medische ouderenzorg	53
	5.1 Medisch handelen	54
	5.2 Communicatie	55
	5.3 Samenwerking	55
	5.4 Kennis en wetenschap	56
	5.5 Maatschappelijk handelen	56
	5.6 Organisatie	57
	5.7 Professionaliteit	57

6/ Samen op weg naar realisatie	61
6.1 Inleiding	61
6.2 Randvoorwaarden voor realisatie van de toekomstvisie	61
6.3 Eerste aanzet tot implementatieplan	69
6.4 Agenda voor vervolgacties van andere partijen	73
/ Bijlagen	77
1 Definitie en toelichting van begrippen, zoals gebruikt in dit rapport	77
2 Zorgpad ziekenhuisopname kwetsbare oudere	84
3 Competenties medisch specialist voor de kwetsbare oudere patiënt in het ziekenhuis	85
4 Algemene competenties van de medisch specialist	87
5 Samenstelling werkgroepen en stuurgroep	89
6 Geraadpleegde literatuur	91

Samenvatting

KNELPUNTEN IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

In dit rapport doet de medische beroepsgroep voorstellen ter versterking van de medische zorg voor kwetsbare ouderen. Ten behoeve van dit rapport heeft de medische beroepsgroep haar eigen functioneren kritisch bekeken. Wat kunnen artsen doen om de medische zorg aan kwetsbare ouderen te versterken? De verbetervoorstellen in dit rapport zijn gebaseerd op een inventarisatie van de knelpunten die huisartsen, specialisten ouderen geneeskunde en medisch specialisten in de dagelijkse praktijk zelf ervaren. Door vertegenwoordigers van de doelgroep kwetsbare ouderen (Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties, Alzheimer Nederland en een oudere mantelzorger) zijn deze knelpunten aangescherpt en aangevuld. De geïnventariseerde knelpunten blijken vooral betrekking te hebben op de organisatie van de medische zorg voor kwetsbare ouderen. Met name ten gevolge van een suboptimale organisatie is de kwaliteit van de zorgverlening voor deze doelgroep suboptimaal.

VERBETERVORSTELLEN EN BENODIGDE COMPETENTIES

De verbetervoorstellen worden in dit rapport opgesplitst naar de medische zorg in de thuissituatie en het verzorgingshuis (hoofdstuk 2), medische zorg in het ziekenhuis (hoofdstuk 3) en transmurale medische zorg (hoofdstuk 4). De voorstellen voor de thuissituatie vragen vooral om aanpassingen in de werkwijze van huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. De voorstellen voor het ziekenhuis vragen vooral om aanpassingen in de werkwijze van medisch specialisten. De benodigde competenties van artsen voor de aangepaste werkwijzen worden beschreven in hoofdstuk 5. Van alle huisartsen, specialisten ouderen geneeskunde en medisch specialisten (m.u.v. de kinderarts) wordt gevraagd zich te bekwamen in de medische ouderenzorg. Van het CBOG en Capaciteitsorgaan wordt gevraagd om de consequenties van de verbetervoorstellen voor de inhoud van en instroom in de opleidingen van de diverse disciplines te beoordelen.

INHOUD VAN VERBETERVOORSTELLEN VOOR MEDISCHE ZORG IN DE THUISITUATIE

De huisartsenzorg wordt gekenmerkt door een vraaggerichte werkwijze. De patiënt formuleert zijn gezondheidsprobleem en in overleg met de patiënt stelt de huisarts een passende behandeling voor. Deze vraaggerichte werkwijze wordt gewaardeerd door patiënten en vormt een succesfactor voor de huisartsenzorg. Voor de behandeling van kwetsbare oudere patiënten verdient een proactieve werkwijze van de huisarts in het algemeen echter de voorkeur. Een proactieve werkwijze van de huisarts helpt kwetsbare patiënten om hun gezondheidsproblemen tijdig en volledig kenbaar te maken om zodoende tijdig passende zorg te verkrijgen.

De voorgestelde proactieve werkwijze van de huisarts bestaat uit:

- ▶ casefinding op kwetsbaarheid;
- ▶ maken van een multi-domein-probleemanalyse;
- ▶ periodieke screening op polyfarmacie;
- ▶ zo nodig opstellen van een zorgbehandelplan;
- ▶ zo nodig instellen van professionele trajectbegeleiding.

Ondersteunend en complementair aan de proactieve werkwijze van de huisarts, is het voorstel dat de specialist ouderengeneeskunde op veel grotere schaal een rol speelt als consulent van de huisarts en als medebehandelaar en hoofdbehandelaar in het verzorgingshuis. Een voorwaarde om dit te kunnen realiseren is dat de specialisten ouderengeneeskunde gemiddeld genomen een veel groter aantal patiënten behandelen dan nu het geval is (zowel extramuraal als in het verpleeghuis).

Verder wordt voorgesteld dat alle huisartsen en alle specialisten ouderengeneeskunde die zorg verlenen aan patiënten in eenzelfde verzorgingshuis onderling samenwerken. Zoveel mogelijk wordt aan patiënten gevraagd om (eenmalig) van arts te wisselen, om zodoende het aantal betrokken artsen per verzorgingshuis te beperken. In de 'Handreiking samenhangende zorg in de eerste lijn' van LHV, NHG, NVVA, KNMP (Van de Rijdt, 2009, p.44)¹ wordt beschreven hoe dit kan worden aangepakt.

INHOUD VAN VERBETERVOORSTELLEN VOOR MEDISCHE ZORG IN HET ZIEKENHUIS

Een substantieel deel van de problemen van kwetsbare ouderen in de eerstelijns vindt zijn oorsprong in de versnippering van de medisch specialistische zorg aan kwetsbare ouderen in het ziekenhuis en een onvoldoende voorbereid ontslag van deze ouderen uit het ziekenhuis. Door een snelle detectering in het ziekenhuis van kwetsbare ouderen en een multidisciplinaire samenwerking tussen verwijzer en ziekenhuis kunnen deze complicaties voor een groot worden voorkomen. Dit vergt een domeinoverstijgende manier van werken. Er moet een aanpassing van de werkwijze tot stand komen van aandoeningsgericht naar gerichtheid op functiebehoud. Op basis van dit nieuwe paradigma wordt een ‘zorgpad voor kwetsbare ouderen’ in ziekenhuizen voorgesteld.

Kernelementen van het beoogde zorgpad in het ziekenhuis zijn:

- ▶ aansluiten met het medisch beleid in het ziekenhuis op het bestaande medische beleid in de eerstelijns;
- ▶ integrale diagnostiek en behandeling voor kwetsbare ouderen;
- ▶ screenen van ouderen vanaf 65 jaar op kwetsbaarheid;
- ▶ behandeling in de postacute fase door een medisch specialist met geriatrie competenties, die behandelt vanuit een integrale invalshoek op gezondheid en functiebehoud;
- ▶ instellen van een geriatrisch team;
- ▶ realiseren van een ‘senior friendly hospital’.

Na ziekenhuisontslag volgt een fase van geriatrische revalidatie.

Geriatrische revalidatie kan plaatsvinden in het verpleeghuis, in een aparte unit van het ziekenhuis (met verpleeghuisbedden), of in de eerstelijns. De geriatrische revalidatie dient te worden geprofessionaliseerd en uitgebreid. Vanwege zijn rol in de geriatrische revalidatie kan de specialist ouderengeneeskunde deelnemen als consulent aan het Geriatrieteam in het ziekenhuis. Uitvoerende werkzaamheden in het kader van de transfer van de patiënt van het ziekenhuis naar de thuissituatie of naar het verpleeghuis, vormen primair een verpleegkundige taak.

RANDVOORWAARDEN EN STEUN VAN ANDERE PARTIJEN

Om tot de beoogde verbeteringen te kunnen komen dient aan randvoorwaarden te worden voldaan. De opheffing van het financieringsschot tussen ZVW en AWBZ en invoering van tarieven voor niet-patiëntgebonden werkzaamheden (opstellen van zorgplan en deelnemen aan multidisciplinair overleg) vormen belangrijke randvoorwaarden. Voor het implementeren van de voorstellen in dit rapport wordt van de volgende beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen een voortrekkersrol gevraagd:

- ▶ voorstellen over de thuissituatie: LHV, NHG, Verenso;
- ▶ voorstellen over het ziekenhuis: Orde van Medisch Specialisten, NVKG, NIV en overige wetenschappelijke verenigingen.

Het federatiebureau van de KNMG is bereid deze verenigingen hierbij te ondersteunen. Daarnaast is de steun en inzet nodig van andere zorgverlenende disciplines (verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici en apothekers), zorginstellingen (thuiszorgorganisaties, verzorgingshuizen en ziekenhuizen), zorgverzekeraars en AWBZ Zorgkantoren, de nationale en lokale overheid (VWS, CVZ, NZa, gemeenten), en onderzoekers, ontwikkelaars en planners (universiteiten, ZonMw, CBOG en het Capaciteitsorgaan). Maar ook de steun van de ouderenorganisaties zelf is belangrijk.

AFBAKENING VAN HET PROJECT

Met het oog op de uitvoerbaarheid van het project binnen de beschikbare tijd en beschikbare projectfinanciering is besloten de verpleeghuiszorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) buiten het kader van het project te plaatsen. Daar de verpleeghuiszorg en GGZ een belangrijke plaats innemen in de medische zorg voor kwetsbare ouderen, verdienen zij ook een project gericht op versterking van de medische zorg voor kwetsbare ouderen. Daar waar in het voorliggende rapport wordt gesteld dat de arts verantwoordelijk is voor de uitvoering van bepaalde taken, betekent dit niet automatisch dat de arts deze taken zelf ook uitvoert. De medische beroepsgroep ziet wat betreft de uitvoering van de medische zorgverlening aan kwetsbare ouderen een grote taak weggelegd voor (gespecialiseerde) verpleegkundigen en praktijkondersteuners. Bijvoorbeeld op het gebied van de zorgcoördinatie en trajectbegeleiding. Wonen en welzijn staan centraal in het leven van kwetsbare ouderen en medische zorg is 'slechts' voorwaardenscheppend. Omdat de medische beroepsgroep in dit rapport ingaat op de bijdrage die artsen zelf kunnen leveren aan de verbetering van de zorgverlening voor kwetsbare ouderen, worden noodzakelijke verbeteringen op het gebied van wonen welzijn in dit rapport niet beschreven. De medische beroepsgroep roept andere zorgverlenende disciplines op om voor hun zorgverlening aan kwetsbare ouderen een vergelijkbaar rapport op te stellen. Het CBOG kan hierbij een stimulerende en ondersteunende rol vervullen.

1 / Inleiding

Opmerking vooraf

Cursief gedrukte begrippen met een sterretje (*begrip**) worden toegelicht in de begrippenlijst in bijlage 1. Alleen de eerste keer dat een begrip wordt genoemd, wordt het cursief gedrukt met een sterretje erbij.

KNELPUNTEN IN MEDISCHE ZORG VOOR KWETSBARE OUDEREN

Een aantal ontwikkelingen vraagt om ingrijpende veranderingen in de medische zorg voor kwetsbare ouderen:

- ▶ er komen steeds meer ouderen die steeds ouder worden (dubbele vergrijzing);
- ▶ ouderen willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en worden liever niet opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis;
- ▶ ouderen worden steeds mondiger en willen steeds meer zelf meebeslissen over hun zorg.

Door de dubbele vergrijzing en doordat de opname van ouderen in het verpleeg- of verzorgingshuis steeds langer wordt uitgesteld, wonen er steeds meer *kwetsbare ouderen** tot op hoge leeftijd thuis. Ook neemt de gemiddelde *kwetsbaarheid** en leeftijd van patiënten in de verzorgingshuizen toe. Een situatie waarop de eerstelijns medische zorg nog niet is ingesteld. Dit leidt tot knelpunten in de zorgverlening. In 2008 sprak de voormalige voorzitter van de KNMG, Peter Holland, in dit verband over een zorgvacuüm in de medische zorg in de thuissituatie². Door wie en hoe dit zorgvacuüm zou moeten worden opgevuld, was in 2008 echter nog niet duidelijk. Specialisten ouderengeneeskunde (toen nog verpleeghuisartsen), klinisch geriateren en internisten ouderengeneeskunde boden zich aan om als consulent in de thuissituatie te gaan werken. Een mooi gebaar, maar zou het inzetten van een groot aantal consulenten voldoende zijn, om het zorgvacuüm op te vullen, of was er meer of iets anders nodig?

VOORTRAJECT VAN HET KNMG-PROJECT 'TOEKOMST MEDISCHE OUDERENZORG'

In 2008 heeft de KNMG een 'Invitational conference' over de toekomst van de medische zorg voor ouderen in de thuissituatie georganiseerd. Het doel hiervan was te onderzoeken hoe de KNMG tot een standpunt hierover zou kunnen komen. Een belangrijke uitkomst van deze conferentie was dat volgens deelnemende huisartsen een deel van de problemen in de eerste lijn hun oorsprong vonden in het gebrek aan coördinatie van de medische zorg in het ziekenhuis. In plaats van klinisch gerieters en internisten ouderengeneeskunde als consultant in de thuissituatie in te zetten, had het de voorkeur van de huisartsen dat deze medisch specialisten zich op de *zorgcoördinatie** in het ziekenhuis zouden richten. Een andere belangrijke uitkomst van de conferentie was dat een KNMG-standpunt zich niet op alle ouderen maar op kwetsbare ouderen zou moeten richten. Ten slotte deden de deelnemers de aanbeveling om het standpunt strikt af te bakenen en te focussen op verbeteringen die artsen zelf zouden kunnen doorvoeren. Bij de zorg voor kwetsbare ouderen zijn veel verschillende disciplines en zorginstellingen betrokken, de zorg hangt nauw samen met welzijn en wonen en ook geestelijke gezondheidszorg (GGZ) speelt een grote rol. Een KNMG-standpunt dat zich over al deze zaken zou willen uitspreken was volgens de deelnemers aan de conferentie gedoemd te mislukken.

KNMG-PROJECT TOEKOMST MEDISCHE OUDERENZORG

In december 2008 heeft het federatiebestuur van de KNMG op basis van de uitkomsten van de conferentie het project Toekomst Medische Ouderenzorg ingesteld. Doel van het project was het ontwikkelen van een KNMG-standpunt over de toekomst van de medische zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie en het ziekenhuis. Het project kende een stuurgroep (zie bijlage 5) met vertegenwoordigers namens de betrokken beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen, een patiëntenorganisatie en de subsidiënten. Het project kende twee werkgroepen (zie bijlage 5) met inhoudelijk deskundigen. Eén werkgroep richtte zich op de medische zorg aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie en de andere op de medische zorg aan kwetsbare ouderen in het ziekenhuis.

AFBAKENING VAN HET PROJECT

De KNMG heeft het advies van de deelnemers aan de invitational conference ter harte genomen en het project strikt afgebakend. Met het oog op de uitvoerbaarheid van het project binnen de beschikbare tijd en beschikbare projectfinanciering is besloten de verpleeghuiszorg en geestelijke gezond-

heidszorg (GGZ) buiten het kader van het project te plaatsen. Daar de verpleeghuiszorg en GGZ een belangrijke plaats innemen in de medische zorg voor kwetsbare ouderen, verdienen zij echter ook een vergelijkbaar project gericht op versterking van de medische zorg voor kwetsbare ouderen. De stuurgroep van het project heeft besloten om voor de transmurale zorg tussen de thuissituatie en het ziekenhuis (en vice versa) geen derde werkgroep in te stellen, maar de inhoudelijke werkzaamheden met betrekking tot transmurale zorg zelf ter hand te nemen. Verder heeft de stuurgroep besloten om ook de medische zorg in het verzorgingshuis als medische zorg in de thuissituatie te beschouwen.

AMBITIE EN BESCHEIDENHEID

Conform het advies van de deelnemers aan de invitational conference hebben de stuurgroep en werkgroepen zich louter gericht op zaken die zij direct zelf kunnen aanpakken. Daarom zijn benodigde veranderingen op het gebied van wonen en welzijn buiten beschouwing gebleven. Het voorliggende rapport heeft de geneeskunst als invalshoek. De voorgestelde oplossingen voor problemen zijn medisch inhoudelijk en logistiek van aard. Dit betekent nadrukkelijk niet dat artsen denken dat medische zorg het belangrijkste is in het leven van kwetsbare ouderen. Medische zorg is niet meer en niet minder dan voorwaardenscheppend voor de belangrijkste zaken in het leven van kwetsbare ouderen: welzijn en wonen. Door de medische zorg optimaal te organiseren komen ziekte en gebrek minder op de voorgrond te staan in het leven van kwetsbare ouderen en kan medicalisering van de laatste levensfase worden gereduceerd. Tevens ziet de stuurgroep het op orde brengen van de logistieke organisatie van de medische zorg voor kwetsbare ouderen, als een voorwaarde om de inbreng van ouderen zelf in hun eigen behandeling en begeleiding te vergroten. Het voorliggende rapport beschrijft niet het ideaalbeeld van de toekomst van de medische ouderenzorg voor de lange termijn (de komende 20 jaar), maar beschrijft een grote stap voorwaarts in de kwaliteit van de medische ouderenzorg voor de korte en middellange termijn (de komende 5 tot 10 jaar).

KLEINE REVOLUTIE MET HAALBARE VOORSTELLEN

Binnen het project Toekomst Medische Ouderenzorg heeft de medische beroepsgroep getracht de hand in eigen boezem te steken en het eigen functioneren ter discussie te stellen. Dit heeft geleid tot verandervoorstellen die grote verbeteringen in de patiëntenzorg kunnen bewerkstelligen. De verandervoorstellen beschrijven niet de ideale wereld, maar komen

voort uit en bouwen voort op de bestaande praktijk. Dat is de kracht van de voorstellen, maar daarin ligt ook een kwetsbaarheid. Daardoor is het niet moeilijk om de voorstellen te bekritisieren en als suboptimaal te diskwalificeren. De voorstellen beschrijven een kleine revolutie binnen de medische zorg voor kwetsbare ouderen en moeten worden gezien als een eerste haalbare stap naar optimale medische zorg voor kwetsbare ouderen. De medische beroepsgroep roept andere zorgverlenende disciplines op om voor hun zorgverlening aan kwetsbare ouderen een vergelijkbaar rapport op te stellen. Het CBOG kan hierbij een stimulerende en ondersteunende rol vervullen.

WERKZAAMHEDEN VAN ANDEREN

De stuurgroep en werkgroepen hebben dankbaar gebruik gemaakt van de onderzoekswerkzaamheden van anderen op het gebied van de medische ouderenzorg. Tenminste drie initiatieven verdienen een expliciete vermelding. In de eerste plaats het rapport 'Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit' van de Gezondheidsraad uit 2008³. Door definities van de begrippen kwetsbaarheid ('frailty') en *multimorbiditeit** en heldere kwantitatieve analyses kan men via dit rapport grip krijgen op de omvang van de doelgroep kwetsbare ouderen. In de tweede plaats het rapport 'Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. Handreiking samenhangende zorg in de eerste lijn' van LHV, NHG, NVVA, KNMP (Van de Rijdt, 2009). Vanuit multidisciplinaire invalshoek worden in dit rapport haalbare voorstellen gedaan voor verbetering van de medische zorg aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie. Ten slotte dient vermeld te worden het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO)^a. De voorstellen van het KNMG-project Toekomst Medische Ouderenzorg beschrijven vooral **wat** er moet gebeuren: uitvoeren van een *multi-domein-probleemanalyse**, maken van een *zorgplanbehandelplan**, instellen van *professionele trajectbegeleiding**, zorgcoördinatie, enz.. In een groot aantal projecten binnen het NPO wordt uitgetest **hoe** (via welke methode) dat het best kan gebeuren.

a www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl

DE VRIJBLIJVENDHEID VOORBIJ

Papier is geduldig. Ingrijpende veranderingen zijn eenvoudiger op te schrijven dan in de praktijk te realiseren. Dat geldt ook voor het voorliggende rapport. De afgelopen jaren heeft er zoveel onderzoek plaatsgevonden op het gebied van de medische zorg aan kwetsbare ouderen dat op hoofdlijnen bekend is wat er moet gebeuren. De belangrijkste verandering die de medische beroepsgroep met het voorliggende rapport wil bewerkstelligen, is dat de invoering van verbetervoorstellen in de medische zorg voor kwetsbare ouderen thuis en in het ziekenhuis niet meer vrijblijvend is. In een vergrijzende samenleving behoort zorg voor kwetsbare ouderen tot de ‘corebusiness’ van de medische beroepsgroep en daarom is het onaanvaardbaar als deze suboptimaal is georganiseerd. De implementatie van de ideeën die worden aangereikt in de handreiking ‘Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis’ van LHV, NHG, NVVA, KNMP dient in de visie van de stuurgroep niet worden beperkt tot een kleine groep in ouderenzorg gespecialiseerde zorgverleners, maar dient ‘mean stream’ te worden in de eerstelijns. Vanwege het belang dat de stuurgroep hecht aan een brede implementatie van de voorstellen, heeft de stuurgroep besloten tot de stap om het rapport af te sluiten een hoofdstuk: ‘samen op weg naar realisatie’.

LEESWIJZER

- ▶ **Hoofdstuk 1** betreft de inleiding.
- ▶ **Hoofdstuk 2, 3 en 4** betreffen respectievelijk de voorstellen voor verbetering van:
 - de medische zorg in de thuissituatie (inclusief het verzorgingshuis);
 - de medische zorg in het ziekenhuis;
 - de transmurale medische zorg (thuissituatie-ziekenhuis).
- ▶ **Hoofdstuk 5** bespreekt de competenties die nodig zijn om adequaat zorg aan kwetsbare ouderen te kunnen verlenen.
- ▶ **Hoofdstuk 6** bespreekt de randvoorwaarden en plannen voor implementatie.

2

Verbetering van medische zorg aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie

2.1 Inleiding

COMPLEXITEIT VAN HET VRAAGSTUK

De juiste inhoud, organisatie en financiering van de medische zorg voor kwetsbare ouderen is een veelomvattend en complex vraagstuk. Om hiervan een indruk te geven wordt een aantal in het oog springende aspecten opgesomd:

- ▶ op dit moment zijn er 1 miljoen ouderen met multimorbiditeit. De verwachting is dat dit aantal zal stijgen tot 1,5 miljoen in 2020 (Gezondheidsraad 2008, p.31);
- ▶ volgens het LASA-onderzoek (Longitudinal Aging Study Amsterdam)^b is de gemiddelde prevalentie van kwetsbaarheid boven de 65 jaar 14,5% bij mannen en 20,7% bij vrouwen;
- ▶ de medische zorg aan kwetsbare ouderen dient in samenhang te worden gezien met de paramedische zorg, verpleging, verzorging, begeleiding en mantelzorg, maar ook met 'welzijn' en 'wonen';
- ▶ hierdoor zijn zeer veel en zeer diverse hulpverleners en organisaties bij de zorgverlening aan kwetsbare ouderen betrokken (*huisartsenvoorzieningen**, *voorzieningen ouderengeneeskunde**, thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, GGZ-instellingen, zorgverzekeraars, gemeenten, welzijnsorganisaties en woningbouwcorporaties);
- ▶ de financiering van hulpverlening aan ouderen is versnipperd over de Zorgverzekeringswet, AWBZ, WMO en eigen betalingen (eigen risico, eigen bijdragen, private zorg).

AANPAK VAN DE WERKGROEP

Een standpunt over alle bovengenoemde aspecten tegelijkertijd is niet te overzien en daardoor niet sturend voor de praktijk. Om een inhoudelijk KNMG-standpunt over de toekomst van de medische zorg voor kwetsbare ouderen behapbaar en potentieel invloedrijk te maken, is daarom besloten om te focussen op huidige knelpunten in de medische zorgverlening aan kwetsbare ouderen. Werkgroep 1 (zie bijlage 5) heeft dit gedaan door eerst deze knelpunten in de thuissituatie (inclusief het verzorgingshuis)

^b www.cvo.vu.nl/onderzoek > onderzoeksgroepen > LASA

te inventariseren en hier vervolgens structurele (inhoudelijke en organisatorische) oplossingen voor te zoeken. Vervolgens is gesproken over de consequenties van deze oplossingen en de randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan om de oplossingen grootschalig te kunnen invoeren.

VEEL GAAT AL GOED

In paragraaf 2.2 wordt een overzicht gegeven van de knelpunten in de medische zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie en het verzorgingshuis. Hierbij dient de kanttekening te worden geplaatst, dat er ook heel veel goed gaat in deze zorg. Met de beschrijving van deze zorg aan de hand van knelpunten, wordt slechts een beperkt deel van deze zorg beschreven. De lezer wordt verzocht om deze relativerende kanttekening bij het lezen van dit rapport voortdurend in gedachten te houden, zodat ook recht wordt gedaan aan de inspanningen en successen van de hulpverleners in de medische zorg aan kwetsbare ouderen.

VERNIEUWENDE VAN DE VOORSTELLEN

Veel van de geïnventariseerde knelpunten zijn door de betrokken beroeps- en wetenschappelijke verenigingen van artsen al onderkend en zij hebben een beleid ingezet om deze op te lossen (Van de Rijdt, 2009). Een voorbeeld hiervan wordt gevormd door het knelpunt van een tekort aan specifieke geriatrische kennis en vaardigheden van eerstelijns hulpverleners. In reactie hierop hebben de LHV en het NHG een kaderopleiding Ouderengeneeskunde voor huisartsen ingesteld^c. Veel oplossingen die worden voorgesteld zijn verspreid over het land al met succes uitgetoetst en ingevoerd. Vaak in de vorm van tijdelijke (gesubsidieerde) projecten. Het vernieuwende van de voorstellen betreft daarom met name de grote schaal waarop de werkgroepen en stuurgroep een aantal nieuwe werkwijzen structureel wil invoeren.

c NHG Kaderopleiding Ouderengeneeskunde.
<http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/Artikel-Kenniscentrum/Kaderopleidingen-voor-huisartsen.htm>

2.2 Geïnterviewde knelpunten in de thuissituatie

KNELPUNTEN BIJ DE TIJDIGE SIGNALERING VAN PROBLEMEN EN INSCHAKELING VAN HULP

- ▶ Te late signalering van (medische) problemen door de patiënt zelf, mantelzorgers en eerstelijns hulpverleners.
- ▶ Ouderen ervaren dat huisartsen door een hoge werkdruk vaak onvoldoende tijd kunnen vrijmaken om in het tempo van de ouderen rustig alle problemen te inventariseren en alternatieve oplossingen te bespreken.
- ▶ Patiënten en mantelzorgers slagen er niet in om in geval van (medische) problemen zelf tijdig de juiste hulp te regelen. Ontbreken van een professionele hulpverlener die zich in dat geval opwerpt als trajectbegeleider/casemanager.
- ▶ Ontbreken van een systematische probleemanalyse en/of bijbehorende verslaglegging van deze probleemanalyse bij verdenking op kwetsbaarheid.
- ▶ Ontbreken van een gevalideerd en gebruikersvriendelijk (elektronisch) instrumentarium geschikt voor gebruik in de huisartsenvoorziening voor het:
 - maken van een systematische probleemanalyse en de bijbehorende verslaglegging;
 - opstellen en uitvoeren van een *zorgbehandelplan**;
 - instellen en uitvoeren van trajectbegeleiding/casemanagement.
- ▶ Ontbreken van een vergelijkbaar instrumentarium voor gebruik in de voorziening ouderengeneeskunde ten behoeve van patiënten in de thuissituatie of in het verzorgingshuis.

KNELPUNTEN IN DE COÖRDINATIE VAN DE ZORG (Koopmans, 2008)⁴

- ▶ Bij ad hoc (spoedeisende) zorgverlening (bijvoorbeeld vanuit de Huisartsenpost of Spoed Eisende Hulp van het ziekenhuis) ontbreekt relevante informatie voor zorgverleners over de medische voorgeschiedenis, de ingestelde behandelingen, het zorgbehandelplan, de contactgegevens van familie en zorgverleners, etc.
- ▶ Kwetsbare oudere patiënten hebben vrijwel altijd met meerdere behandelaren te maken die ook medicijnen voorschrijven. Daarbij ontbreekt in veel gevallen onderlinge afstemming. Voor de hulpverleners leidt dat tot onduidelijkheid, en bij de patiënt kan het leiden tot iatrogene schade.
- ▶ Fragmentatie van het zorgaanbod.

- ▶ Gebrek aan samenhang tussen zorg, welzijn en wonen, voor zo ver dit een relatie heeft met medische aspecten.
- ▶ Afstemming medische ANW-zorg (Avond Nacht Weekend) en thuiszorg.
- ▶ Het actief zijn van meerdere thuiszorgorganisaties per huisartsen-praktijk vormt een belemmering voor de samenwerking.
- ▶ Het actief zijn van veel verschillende artsen per verzorgingshuis vormt een belemmering voor de onderlinge samenwerking van de artsen en de samenwerking met andere zorgverleners in het verzorgingshuis.

KNELPUNTEN IN DE CONTINUÏTEIT VAN DE ZORGVERLENING IN PERSOON

- ▶ Kwetsbare ouderen worden steeds vaker geconfronteerd met wisselende zorgverleners: wisselende artsen, verpleegkundigen en verzorgenden. Het belang van de continuïteit van de zorgverlener in persoon is een kwaliteitsaspect dat door zorginstellingen en zorgverleners onvoldoende wordt onderkend.

KNELPUNTEN BIJ DE VOORZORG (PREVENTIE) EN NAZORG (Gezondheidsraad, 2009)⁵

- ▶ Gebrek aan proactieve houding van eerstelijns hulpverleners en mantelzorgers door dilemma van autonomie versus bemoeizorg.
- ▶ Tekortschietende nazorg en secundaire en tertiaire preventie.

KNELPUNTEN BIJ DE BENODIGDE KENNIS EN VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE

- ▶ Defaitisme en *ageism** onder eerstelijns hulpverleners over de zinvolheid en mogelijkheden van geneeskundige zorg voor kwetsbare ouderen.
- ▶ Nog onvoldoende kennis over kwetsbaarheid en dementie bij hulpverleners.
- ▶ Gebrek aan wetenschappelijk onderzoek en wetenschappelijke richtlijnen over de eerstelijns medische zorg aan kwetsbare ouderen.

KNELPUNTEN BIJ HET DECLAREREN VAN SPECIFIEKE WERKZAAMHEDEN

- ▶ Knelpunten bij het honoreren van de volgende werkzaamheden van huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde ten behoeve van patiënten:
 - het maken van een systematische probleemanalyse en de bijbehorende verslaglegging;
 - uitvoeren van diagnostische activiteiten;
 - opstellen, uitvoeren, cyclisch evalueren en bijstellen van een zorgbehandelplan;
 - instellen en uitvoeren van trajectbegeleiding/casemanagement;
 - deelname aan *hometeam**;
 - instrueren en begeleiden van verplegenden, verzorgenden en

- mantelzorgers met name bij de signaleringsfunctie;
- het geven van intercollegiale consulten.
- ▶ Hoge werkdruk en werktempo dat niet aansluit bij de behoefte van ouderen aan rustig en uitgebreid overleg.

2.3 Voorgestelde oplossingen voor de thuissituatie

In de vorm van een Plan van Eisen aan de medische zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie en het verzorgingshuis, worden in dit hoofdstuk de oplossingen gegeven voor de in het vorige hoofdstuk benoemde knelpunten.

In het vorige hoofdstuk zijn deze knelpunten als volgt geclusterd:

- ▶ bij de tijdige signalering van problemen en inschakeling van hulp;
- ▶ in de coördinatie van de zorg;
- ▶ in de continuïteit van de zorgverlening in persoon;
- ▶ bij de voorzorg (preventie) en nazorg;
- ▶ bij de benodigde kennis en vaardigheden;
- ▶ bij het declareren van specifieke werkzaamheden.

Getracht is om de voorgestelde oplossingen te koppelen aan deze knelpunten. Daar de meeste oplossingen bijdragen aan de oplossing van drie of meer van deze knelpunten, levert dit een onoverzichtelijk geheel op. In deze rapportage wordt een een-op-een-koppeling van knelpunten aan oplossingen daarom achterwege gelaten.

In deze paragraaf zijn de oplossingen als volgt geclusterd:

- ▶ medische zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie (§ 2.3.1);
- ▶ medische zorg voor kwetsbare ouderen in het verzorgingshuis (§ 2.3.2);
- ▶ bemoeizorg voor kwetsbare ouderen (§ 2.3.3);
- ▶ informatiestromen over zorg aan kwetsbare ouderen (§ 2.3.4).

Er is een verschil in geriatrische competenties tussen de huisarts, de huisarts met extra geriatrische deskundigheid, en de specialist ouderengeneeskunde. De mate van kwetsbaarheid en complexiteit van de problematiek van de patiënt, in relatie tot de beschikbare expertise in de huisartsenvoorziening, is bepalend voor het inzetten van de specialistische expertise van de specialist ouderengeneeskunde in de thuissituatie en het verzorgingshuis.

2.3.1 Medische zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie

OPLOSSING 1 HUISARTSENVORZIENING FUNGEERT ALS CENTRAAL AANSPREEKPUNT

De huisartsenvoorziening fungeert als centraal aanspreekpunt voor alle gezondheids- en functioneringsproblemen van kwetsbare ouderen in de thuissituatie. Als er **geen** professionele trajectbegeleiding is ingesteld, vallen kwetsbare patiënten die thuis verblijven, en hun familieleden, in geval van problemen in de zorgverlening rechtstreeks terug op de huisartsenvoorziening. Als er **wel** professionele trajectbegeleiding is ingesteld, vallen kwetsbare patiënten die thuis verblijven, en hun familieleden, in geval van problemen in de zorgverlening of trajectbegeleiding, eerst terug op de trajectbegeleider. Bij **acute medische problemen** dient de patiënt wel rechtstreeks contact met de huisartsenvoorziening op te (kunnen) nemen, zodat geen 'delay' ontstaat.

De huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde achten het van groot belang dat er in het ziekenhuis één coördinerend, in klinische ouderenzorg gespecialiseerde arts is, die dient als aanspreekpunt voor de huisarts en specialist ouderengeneeskunde voor alle vragen over een bepaalde kwetsbare oudere patiënt. Dit is eveneens een wens van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en de Vereniging van Specialisten in Ouderengeneeskunde (Verenso).

OPLOSSING 2 CASEFINDING, MULTI-DOMEIN-PROBLEEMANALYSE EN ZORGBEHANDELPLAN

De huisarts is verantwoordelijk voor *casefinding** (≠ *screening**) op kwetsbaarheid onder de oudere patiënten die zijn ingeschreven in de huisartsenvoorziening^d. De casefinding vindt plaats als de huisarts vermoedt of een signaal ontvangt, dat bij een bepaalde patiënt mogelijk sprake is van kwetsbaarheid. De casefinding bestaat uit een multi-domein-probleemanalyse gericht op het verkrijgen van een indruk van het functioneren van de patiënt op het somatische, functionele, maatschappelijke, psychische en communicatieve domein. Het verslag van deze probleemanalyse vormt de basis voor een zo nodig op te stellen zorgbehandelplan.

^d Het lijkt voor de hand te liggen dat er veel gezondheidswinst te behalen is als de huisarts actief alle ingeschreven patiënten van bijvoorbeeld 80 of 85 jaar en ouder gaat **screenen** op kwetsbaarheid, maar een aantal onderzoeken heeft steeds laten zien dat dit onvoldoende rendement oplevert. Bovendien moet de huisarts, mede gezien de werkdruk, selectief met zijn/haar energie en tijd omgaan. De werkgroep beveelt dan ook aan dat er (door het NHG, NIVEL en universiteiten) wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan naar het nuttig rendement van casefinding en van screening op kwetsbaarheid in de huisartsenpraktijk.

Voor de multi-domein-probleemanalyse zou bijvoorbeeld gebruik kunnen worden gemaakt van het Easycare-instrument, het TRAZAG-instrument, of de SFMPC-analyse. Zo lang geen nationale of regionale standaarden zijn vastgesteld, kunnen praktijken zelf een instrument kiezen.

OPLOSSING 3 OPSTELLEN ZORGBEHANDELPLAN EN INSTELLEN PROFESSIONELE TRAJECTBEGELEIDING

Een zorgbehandelplan bestaat uit een medisch behandelplan en een zorgplan, waarvan de doelstellingen op elkaar zijn afgestemd. De *signaleringsfunctie** dient expliciet in het zorgbehandelplan te worden belegd. Een zorgbehandelplan omvat (Van de Rijdt, 2009, p.44, 86):

- ▶ een beschrijving en analyse van alle problemen;
- ▶ de hoofddoelstellingen voor de behandeling en zorg: welke verbeteringen zouden bereikt moeten worden, welke functieverlies of schade voor de patiënt moet bewaakt en zoveel mogelijk voorkomen worden;
- ▶ de uitwerking van die hoofddoelstellingen (door de huisarts) in het **medisch behandelplan**, waarin medicaties, controles, paramedische behandeling, verpleegkundige handelingen op indicatie van de arts etc.;
- ▶ de uitwerking van de hoofddoelstellingen (door de thuiszorg) in het **zorgplan**, waarin verzorging, begeleiding, activering, welzijn en dergelijke;
- ▶ de ijkmomenten voor de evaluatie en wijze van evaluatie: wie zijn betrokken bij een evaluatie en hoe en door wie worden de gegevens voor de evaluatie verzameld.

In geval van kwetsbaarheid gaat de huisarts altijd na of een zorgbehandelplan dient te worden opgesteld en of professionele trajectbegeleiding gewenst is. Het staat de huisarts vrij hiervoor een andere deskundige in te schakelen, bijvoorbeeld in complexe gevallen de specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist.

Gekozen wordt voor de benaming ‘zorgbehandelplan’ in plaats van ‘zorgplan’, omdat bij het opstellen van het plan ook moet worden nagegaan of aandoeningen en handicaps verholpen (behandeld) kunnen worden. Een belangrijk aandachtspunt in het zorgbehandelplan wordt gevormd (dit lijkt paradoxaal, maar is het niet) door afspraken over de behandelbependingen die gelden voor een bepaalde patiënt (bijvoorbeeld: niet reanimeren, geen ziekenhuisopname, etc.).

Onder trajectbegeleiding wordt verstaan het actief monitoren en begeleiden van een patiënt op problemen die om een interventie vragen. Aan professionele trajectbegeleiding dient altijd een zorgbehandelplan ten grondslag te liggen. De professionele trajectbegeleider handelt binnen het kader van het zorgbehandelplan en participeert in het hometeam. Het kunnen functioneren als professionele trajectbegeleider vraagt om scholing op dit specifieke gebied.

Voor patiënten met een AWBZ-indicatie voor thuiszorg is het de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de huisarts en thuiszorginstelling dat, als dit geïndiceerd is, een zorgbehandelplan wordt opgesteld en/of trajectbegeleiding wordt ingesteld. Het opstellen van het medisch behandelplan is de verantwoordelijkheid van de huisarts. Het opstellen van het zorgplan is de verantwoordelijkheid van de thuiszorginstelling. Als een zorgplan ontbreekt, spreekt de huisarts (de directie van) de thuiszorginstelling hierop aan. De huisarts kan hierbij wijzen op de normen voor verantwoorde zorg in het 'Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis' (ActiZ, 2007)⁶. Als een zorgplan ontbreekt, ontslaat dit de huisarts niet van zijn verantwoordelijkheid voor het opstellen van een medisch behandelplan en instellen van trajectbegeleiding.

Voor patiënten zonder een AWBZ-indicatie voor thuiszorg is het de verantwoordelijkheid van de huisarts dat, als dit is geïndiceerd, een zorgbehandelplan wordt opgesteld en trajectbegeleiding wordt ingesteld.

In geval van dementie, en in geval van kwetsbaarheid gecombineerd met multi-domein-falen (problematiek op het somatische, functionele, maatschappelijke, psychische en/of communicatieve domein), wordt altijd een zorgbehandelplan opgesteld en professionele trajectbegeleiding aangeboden. Ook als de mantelzorgers bijna de gehele trajectbegeleiding voor hun rekening kunnen nemen. Het is de beslissing van de patiënt deze trajectbegeleiding al dan niet te aanvaarden. Als de patiënt de professionele trajectbegeleiding weigert, worden de risico's hiervan en mogelijke alternatieven met de patiënt besproken.

OPLOSSING 4 **STANDAARDISERING EN AUTOMATISERING MULTI-DOMEIN-PROBLEEMANALYSE EN ZORGBEHANDELPLAN**

Aan het instrumentarium voor het uitvoeren van een multi-domein-probleemanalyse en het opstellen van een zorgbehandelplan worden ten behoeve van het gebruik in de huisartsenvoorziening de volgende eisen gesteld.

Het instrumentarium:

- ▶ is zoveel mogelijk gevalideerd met het oog op de kwaliteit en efficiency van de zorgverlening;
- ▶ is gestandaardiseerd met het oog op de kwaliteitsborging, benodigde multidisciplinaire samenwerking, en efficiency;
- ▶ is gebruiksvriendelijk **geautomatiseerd** met het oog op de efficiency en informatie-uitwisseling;
- ▶ is geschikt voor gebruik in de huisartsenvoorziening:
 - is tijdsefficiënt en conflicteert niet met het reguliere instrumentarium voor verslaglegging in de huisartsenvoorziening: het instrument voor de probleemanalyse is elektronisch gekoppeld aan het instrument voor het zorgbehandelplan en beide instrumenten zijn geïntegreerd in het elektronisch informatiesysteem van de huisarts (HIS: Huisartsen Informatie Systeem). Door het invullen van de multi-domein-probleemanalyse in het elektronisch informatiesysteem van de huisarts, genereert dit systeem automatisch een verslag, waarvan de gegevens desgewenst automatisch kunnen worden ingelezen in een op te stellen zorgbehandelplan.
 - kan worden gebruikt door iedereen in de huisartsenvoorziening die daartoe bekwaam en bevoegd is (bijvoorbeeld de praktijkondersteuning van de huisarts);
 - levert relevante aanknopingspunten voor interventie op;
 - het verslag van de multi-domein-probleemanalyse en het zorgbehandelplan:
 - kunnen elektronisch worden bewaard en gewijzigd;
 - kunnen worden uitgeprint;
 - kunnen elektronisch worden verzonden aan derden;
 - kunnen elektronisch beschikbaar worden gesteld aan derden, die daartoe worden geautoriseerd.

Voor de voorziening ouderengeneeskunde is een vergelijkbaar instrumentarium benodigd **ten behoeve van patiënten thuis of in het verzorgingshuis**. Inhoudelijke en elektronische aansluiting bij het instrumentarium dat wordt gebruikt in de huisartsenvoorziening en in het verpleeghuis is wenselijk. Momenteel zijn er voor de huisartsenvoorziening en voor de voorziening ouderengeneeskunde nog geen instrumenten beschikbaar, die voldoen aan de bovengenoemde eisen. De werkgroep doet de aanbeveling deze instrumenten met spoed voor gebruik in de huisartsenvoorziening en voorziening ouderengeneeskunde te ontwikkelen (Perry, 2009). Bij voorkeur gebeurt dit voor de huisartsenvoorziening en voorziening ouderengeneeskunde gelijktijdig en in samenhang.

OPLOSSING 5 GEMEENSCHAPPELIJKE ELEKTRONISCH DOMEIN

De werkgroep pleit voor een gemeenschappelijk elektronisch domein voor:

- ▶ het maken van een multi-domein-probleemanalyse en de bijbehorende verslaglegging;
- ▶ opstellen en uitvoeren van een zorgbehandelplan;
- ▶ instellen en uitvoeren van professionele trajectbegeleiding.

Dit elektronische domein dient toegankelijk te zijn voor al degenen die bij de ouderenzorg in de thuissituatie betrokken zijn.

OPLOSSING 6 SAMENWERKING IN HOMETEAM (Van de Rijdt, 2009, p.92)

Iedere huisartsenpraktijk werkt ter realisatie van de voorgaande oplossingen structureel (samen) met een *hometeam** (voor kwetsbare ouderen), waarin in ieder geval een huisarts en de thuiszorg participeren.

De werkgroep realiseert zich dat 'hometeam' geen gangbare term meer is, maar voor de term DOC-team (Dementie Onderzoek en Casemanagement-team) is in de werkgroep geen draagvlak. Het gaat immers niet alleen over patiënten met dementie. De term MDO (Multi Disciplinair Overleg) acht de werkgroep teveel verkleefd met de intramurale zorg.

Het lijkt het beste dat het hometeam vorm wordt gegeven naar het model van het Multi Disciplinair Overleg (MDO), want dan voeren degenen die aan het hometeam deelnemen, ook zelf (delen van) het zorgbehandelplan uit. In voorkomende gevallen kan dat overleg overigens ook per mail of telefonisch plaatsvinden.

Verder is het de bedoeling dat het hometeam het zorgbehandelplan opstelt, maar daarna is het werk nog niet gedaan, want er zal met enige regelmaat in het hometeam moeten worden nagegaan of de uitvoering van het zorgbehandelplan nog steeds op het goede spoor zit. Dat vergt een substantiële tijdsinvestering van de deelnemers aan het hometeam. Daar wordt tegenover gesteld dat die tijdsinvestering vaak meevalt, zeker als het mogelijk is om meerdere patiëntbesprekingen op elkaar te laten aansluiten. Bovendien lukt het meestal wel om met het hometeam in een half uur vier patiënten te bespreken. Een belangrijk positief punt is ook, dat de deelnemers van elkaar kunnen leren.

In het hometeam hebben tenminste zitting:

- ▶ de **huisarts** die verantwoordelijk is voor het **medisch behandelplan** van de patiënt;
- ▶ de **zorgverlener** die verantwoordelijk is voor het **zorgplan** van de patiënt (bijvoorbeeld de praktijkondersteuner, de verpleegkundige van

- de thuiszorg of van het verzorgingshuis, of de trajectbegeleider)
- ▶ als er sprake is van een trajectbegeleider neemt deze sowieso deel aan het hometeam; ook als een andere hulpverlener verantwoordelijk is voor het zorgplan.

OPLOSSING 7 PERIODIEKE SCREENING VAN KWETSBARE OUDEREN OP POLYFARMACIE

De huisarts is er verantwoordelijk voor dat alle kwetsbare ouderen in zijn/haar praktijk tenminste jaarlijks worden gescreend op polyfarmacie. De huisarts is er verantwoordelijk voor dat in geval van polyfarmacie periodiek (tenminste jaarlijks) wordt beoordeeld of optimalisering van het medicatiebeleid gewenst is.

Als wordt vastgesteld dat optimalisering van het medicatiebeleid gewenst is, zal de huisarts dit realiseren. De Huisartsen Informatie Systemen (HIS) bieden in het algemeen al voldoende informatie over medicatie. Voor optimalisatie van de medicatie zijn diverse gevalideerde methoden beschikbaar, waaronder een stappenschema van de hand van Van Marum dat is afgeleid van de Medication Appropriateness Index (MAI).

Voorbeeld van stappenschema ter optimalisatie van medicatie (Van Marum, 2007)⁷

- 1 *Ga na of er een geneesmiddel ontbreekt waar een indicatie voor is.*
- 2 *Ga na of een patiënt bepaalde voorgeschreven medicatie niet gebruikt.*
- 3 *Ga na of er voor elk geneesmiddel nog een geldende indicatie is.*
- 4 *Ga na over er bijwerkingen aanwezig zijn of zijn geweest.*
- 5 *Benoem klinisch relevante interacties van de geneesmiddelen die de patiënt gebruikt.*
- 6 *Stel vast of de dosis en de doseerfrequentie adequaat zijn aangepast.*

Bij de genoemde **screening** op polyfarmacie en optimalisatie van het medicatiebeleid kan de huisarts zich desgewenst laten ondersteunen door andere deskundigen en/of een deel van de uitvoering aan hen uitbesteden. Voor de behandelend artsen dient, zowel in de eerste als tweede lijn, real-time informatie beschikbaar te zijn over de medicatie, in ieder geval van kwetsbare ouderen.

2.3.2 Medische zorg voor kwetsbare ouderen in het verzorgingshuis

OPLOSSING 8 GESTANDAARDISEERDE PROBLEEMANALYSE EN ZORGBEHANDELPLAN

Voor alle patiënten die zijn geïndiceerd voor wonen in het verzorgingshuis, wordt bij binnenkomst en tenminste eenmaal per jaar (bij voorkeur tweemaal per jaar) een multi-domein-probleemanalyse gemaakt, waarvan gestandaardiseerd verslag wordt gelegd. **Voor alle patiënten in het verzorgingshuis** wordt een zorgbehandelplan opgesteld. Een zorgbehandelplan bestaat uit een medisch behandelplan en een zorgplan, waarvan de doelstellingen op elkaar zijn afgestemd. De signaleringsfunctie dient expliciet in het zorgbehandelplan te worden belegd.

Het is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de arts van de patiënt (huisarts of specialist ouderengeneeskunde) en het verzorgingshuis dat een zorgbehandelplan wordt opgesteld en, als dit is geïndiceerd, professionele trajectbegeleiding wordt ingesteld.

Het opstellen van het medisch behandelplan is de verantwoordelijkheid van de arts. De huisartsen en/of specialisten ouderengeneeskunde in het verzorgingshuis **spreeken per patiënt af** wie van hen verantwoordelijk is voor het opstellen van het medisch behandelplan.

Het opstellen van het zorgplan is de verantwoordelijkheid van het verzorgingshuis. Als een zorgplan ontbreekt, spreekt de arts (de directie van) het verzorgingshuis hierop aan.

De arts kan hierbij wijzen op de normen voor verantwoorde zorg in het 'Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis', **dat ook op verzorgingshuizen van toepassing is** (ActiZ, 2007). Als een zorgplan ontbreekt, ontslaat dit de arts niet van zijn verantwoordelijkheid voor het opstellen van een medisch behandelplan en instellen van trajectbegeleiding.

OPLOSSING 9 SIGNALEREN VAN EPIDEMIEËN EN DAARNAAR HANDELEN

Het signaleren van epidemieën en daarnaar handelen moet geregeld zijn door de huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde voor patiënten in een verzorgingshuis. Dit is een vorm van instellingszorg die nu in veel verzorgingshuizen nog niet wordt gegeven, omdat de verzorgingshuizen door huisartsen niet als zorginstelling worden beschouwd.

OPLOSSING 10 MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG IN VERZORGINGSHUIZEN (HOMETEAM)

Het is de verantwoordelijkheid van het verzorgingshuis dat ten behoeve van de patiënten in het verzorgingshuis een multidisciplinair overleg, conform het **hometeam** in de thuissituatie, wordt gerealiseerd, zodat ook in de verzorgingshuizen alle voorgestelde oplossingen (gestandaardiseerde probleemanalyse, opstellen zorgbehandelplan en instellen trajectbegeleiding) kunnen worden gerealiseerd. Als een zorgplan ontbreekt, spreekt de arts die verantwoordelijk is voor het medisch behandelplan van de patiënt (de directie van) het verzorgingshuis hierop aan. De arts kan hierbij wijzen op de normen voor verantwoorde zorg in het 'Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis', **dat ook op verzorgingshuizen van toepassing is** (ActiZ, 2007).

In het hometeam hebben tenminste zitting (Van de Rijdt, 2009, p.45):

- ▶ de **arts** (huisarts of specialist ouderengeneeskunde) die verantwoordelijk is voor het **medisch behandelplan** van de patiënt;
- ▶ de **zorgverlener** die verantwoordelijk is voor het **zorgplan** van de patiënt (bijvoorbeeld de praktijkondersteuner, de verpleegkundige van de thuiszorg of van het verzorgingshuis, of de trajectbegeleider)
- ▶ als er sprake is van een trajectbegeleider neemt deze sowieso deel aan het hometeam; ook als een andere hulpverlener verantwoordelijk is voor het zorgplan.

OPLOSSING 11 INSTRUEREN VAN EN AFSTEMMEN MET VERZORGENDEN EN HELPENDEN (Van de Rijdt, 2009, p.43 e.v.)

De eigen arts van de patiënt (huisarts of specialist ouderengeneeskunde) dient bekwaam te zijn in het maken van afspraken met en zo nodig instrueren van de verzorgenden en helpenden die in het verzorgingshuis werken. De arts is verantwoordelijk voor het maken van goede afspraken met verzorgenden en helpenden over het signaleren van gezondheidsproblemen. Zo nodig geeft de arts instructies en/of scholing. De groep bewoners van het verzorgingshuis wordt steeds complexer en kwetsbaarder, terwijl het gemiddelde opleidingsniveau van de verzorgenden en helpenden is gedaald. De arts mag er daarom niet op vertrouwen dat verzorgenden en helpenden zonder goede afspraken en/of instructie hierover gezondheidsproblemen adequaat zullen signaleren. Als de behandelend arts een indirecte hulpverleningsrelatie aangaat, door afspraken over de uitvoering van zorg en observaties, met een medewerker van een verzorgingshuis, heeft hij een verantwoordelijkheid voor het inschatten van de kwaliteit van de verzorging. De arts kan de praktijkondersteuner (PO), gespecialiseerde verpleegkundige, etc. een rol geven in het verzorgingshuis.

Bij de signaleringsfunctie is het van belang onderscheid te maken tussen:

- 1 Het **waarnemen** van veranderingen in het functioneren, de gezondheid, of welzijn van de kwetsbare oudere (het opvangen van signalen);
- 2 Het **interpreteren** van deze waarneming (het interpreteren van signalen).

Helpenden (niveau 1 en 2) vangen wel signalen op, maar geven aan moeite te hebben deze signalen (juist) te interpreteren. Zij vragen om een **klankbord** waar zij hun waarnemingen kwijt kunnen en waar deze adequaat worden geïnterpreteerd. Als zij hun waarnemingen bij een verpleegkundige of arts kwijt kunnen, is het in het algemeen niet noodzakelijk dat zij hun waarnemingen zelf leren interpreteren. Daar is verpleegkundige en/of medische kennis voor nodig waarover zij vaak niet beschikken.

Het de verantwoordelijkheid van de huisartsenvoorziening dat in de bovengenoemde 'klankbordfunctie' voor helpenden wordt voorzien. Als de arts van de patiënt een specialist ouderengeneeskunde is, is dit de verantwoordelijkheid van de voorziening ouderengeneeskunde.

OPLOSSING 12 **SAMENWERKING TUSSEN ARTSEN IN HET VERZORGINGSHUIS**

Alle huisartsen en alle specialisten ouderengeneeskunde die zorg verlenen aan patiënten in eenzelfde verzorgingshuis werken ter realisatie van de bovengenoemde oplossingen onderling samen. Zoveel mogelijk wordt aan patiënten gevraagd om (eenmalig) van arts te wisselen, om zodoende het aantal betrokken artsen per verzorgingshuis te beperken. (Van de Rijdt, 2009, p.44)

2.3.3 Bemoeizorg voor kwetsbare ouderen

OPLOSSING 13 ONTWIKKELING VAN RICHTLIJNEN VOOR BEMOEIZORG

Kenmerkend voor ‘zorgwekkende zorgmijders’ (Handboek sociale geriatrie, 2006)⁸ is dat er signalen uit de omgeving komen dat zij zorg nodig hebben, terwijl zij er zelf niet om vragen en/of bij herhaling zorg weigeren. Eerstelijns hulpverleners zijn zich niet altijd voldoende bewust dat zorgmijders door een cognitieve stoornis of wilsonbekwaamheid geen adequate zorg krijgen. De hulpverlener moet een afweging tussen autonomie en adequate zorg maken. De werkgroepleden verschillen onderling sterk van mening welke bemoeizorg aanvaardbaar en wenselijk is en welke niet. De huisarts is ervoor verantwoordelijk dat (mogelijke) zorgwekkende zorgmijders, die binnen de huisartsenzorg bekend zijn, de aangewezen bemoeizorg ontvangen.

2.3.4 Informatiestromen over kwetsbare ouderen

OPLOSSING 14 BUNDELING VAN VERSNIJPERDE INFORMATIESTROMEN

Over de (poli)klinische behandelingen en de opvang na ziekenhuiszorg moet een bundeling van gegevens voor de arts van de patiënt (huisarts of specialist ouderengeneeskunde) plaatsvinden. Vice versa moet ook een bundeling van gegevens over eerstelijns behandelingen en het eerstelijns zorgbeleid ten behoeve van het ziekenhuis plaatsvinden.

OPLOSSING 15 TENMINSTE BESCHIKBAARHEID UP-TO-DATE KERNDOSSIER

De hoofdbehandelaar (huisarts of specialist ouderengeneeskunde) is er verantwoordelijk voor dat in geval van kwetsbaarheid tenminste een up-to-date kerndossier (1 A4-tje) toegankelijk en beschikbaar is, met daarin kerninformatie (probleemlijst, medicatie, calamiteitenbeleid met inbegrip van reanimatiebeleid). Er is voor deze formulering gekozen omdat de vorm van het dossier kan verschillen (schriftelijk, elektronisch ed.). Met name de toegankelijkheid en beschikbaarheid van kerndossiers in geval van spoedeisende hulp thuis of in het verzorgingshuis (ook een vorm van thuis) verdient aandacht. Een mogelijkheid is om het dossier bij het bed van de patiënt te bewaren. De borging van de privacy verdient hierbij aandacht. De mogelijke vormen van dossiers moeten nader worden uitgewerkt, al naar gelang de mogelijkheden van de locatie waar de patiënt verblijft (thuis, verzorgingshuis).

2.4 Consequenties voor benodigde competenties, beroepsprofielen, beroepenstructuur en medische opleidingen

Specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen hebben in de eerste lijn te onderscheiden taken. Dit betekent ook dat zij te onderscheiden competenties moeten hebben. De specialist ouderengeneeskunde is extra gespecialiseerd in geriatrische problematiek. Hij verleent zorg vanuit een integrale benadering waarbij niet alleen de patiënt, maar ook het zorgsysteem in ogenschouw wordt genomen. Hij doet medisch geriatrisch onderzoek, zorgdiagnostiek en zorgprognostiek. Stelt een zorgplan op en werkt cyclisch.

Nauwe samenwerking tussen huisartsen en specialist ouderengeneeskunde is voor het slagen van een goede eerstelijns zorg van belang. Hierin zal de komende jaren veel geïnvesteerd moeten worden. Hiertoe dienen samenwerkingsmodellen te worden ontwikkeld voor in het verzorgingshuis en in de thuissituatie, waarbij ook wordt aangegeven welke financieringsmodellen mogelijk zijn. Beide beroepsgroepen moeten elkaar beter leren kennen en waarderen. In de opleiding kan hieraan al gewerkt worden, maar ook in bij- en nascholingsprogramma's en op de werkvloer.

Beide beroepsgroepen moeten mogelijkheden tot maximale taakdelegatie naar met name verpleegkundigen hebben. Dit betekent ook dat verpleegkundigen beter en eerder kennis moeten maken met de geriatrie, o.a door het investeren in stageplekken voor verpleegkundigen in opleiding.

Op basis van de in paragraaf 2.3 voorgestelde oplossingen en de bovenstaande overwegingen kunnen de volgende doelstellingen worden geformuleerd, die sturend zijn voor de benodigde competenties, beroepsprofielen, beroepenstructuur en medische opleidingen:

- ▶ huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en praktijkondersteuners dienen kennis te verwerven over en/of zich te bekwamen in:
 - kennis over ouderdomsaandoeningen en omgang met kwetsbare ouderen thuis en in het verzorgingshuis;
 - toepassen van een multi-domein-probleemanalyse in de eerstelijns;
 - het maken van een medisch behandelplan en zorgbehandelplan in de eerstelijns;
 - instellen van professionele trajectbegeleiding in de eerstelijns;
 - leiden van of deelname aan een hometeam in de eerstelijns;
 - instrueren van verzorgenden en helpenden in de thuissituatie en het verzorgingshuis;

- signaleren van epidemieën en daarnaar handelen voor patiënten in het verzorgingshuis.
- voor huisartsen betekenen de bovenstaande activiteiten een uitbreiding van de tijdsbesteding per kwetsbare patiënt;
- voor specialisten ouderengeneeskunde betekenen de bovenstaande activiteiten een sterke inperking van de tijdsbesteding per kwetsbare patiënt in vergelijking tot de verpleeghuiszorg.

De volgende maatregelen worden aanbevolen, die bijdragen aan de benodigde kennis en vaardigheden van huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde, en hun samenwerking bevorderen:

- ▶ kaderopleiding ouderengeneeskunde voor huisartsen;
- ▶ kaderopleiding eerstelijns medische zorg voor specialisten ouderengeneeskunde;
- ▶ verplichte verpleeghuisstage voor artsen in opleiding tot huisarts;
- ▶ verplichte huisartsenstage voor artsen in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.

2.5 Randvoorwaarden voor implementatie

Zie voor de randvoorwaarden voor het realiseren van de voorstellen voor de thuissituatie paragraaf 6.2.

3

Verbetering van medische zorg aan kwetsbare ouderen in de ziekenhuissituatie

3.1 Inleiding

Veel oudere patiënten hebben tijdens het verblijf in het ziekenhuis een verhoogde kans op complicaties zoals een infectie, ondervoeding, delier (plotselinge verwardheid), doorligwonden, bijwerkingen van medicatie of een val. Veel van deze complicaties hebben lichamelijke en geestelijke achteruitgang van de oudere patiënt tot gevolg. Maar liefst 15% tot 50% van alle in het ziekenhuis opgenomen oudere patiënten krijgt te maken met deze achteruitgang. Dit zijn 50.000 à 165.000 ouderen per jaar.

Daarnaast worden jaarlijks in Nederland 19.000 patiënten opgenomen in het ziekenhuis voor een aanleiding die eigenlijk voorkomen had kunnen worden. Veelal zijn dit onnodige heropnames van ouderen.

De bovengenoemde gebeurtenissen leiden tot onnodig functieverlies bij ouderen. Ouderen worden hierdoor afhankelijker van zorg en hun mogelijkheden om zelfstandig te wonen, worden bedreigd. Een substantieel deel van de problemen van kwetsbare ouderen in de eerstelijns vindt zijn oorsprong in de versnippering van de medisch specialistische zorg aan kwetsbare ouderen in het ziekenhuis en een onvoldoende voorbereid ontslag van deze ouderen uit het ziekenhuis.

De werkgroep is van mening dat door een snelle detectering in het ziekenhuis van kwetsbare ouderen en een multidisciplinaire samenwerking tussen *verwijzer** en ziekenhuis deze complicaties voor een groot deel voorkomen kunnen worden. Dit vergt een domeinoverstijgende manier van werken. Er moet een cultuurverandering tot stand komen van aandoeningsgericht naar gerichtheid op functiebehoud.

Op basis van dit nieuwe paradigma heeft de werkgroep een ‘zorgpad voor kwetsbare ouderen’ (zie bijlage 2) in ziekenhuizen ontworpen op basis van de volgende uitgangspunten:

- 1 het medisch beleid in het ziekenhuis borduurt voort waar mogelijk en sluit weer aan op het bestaande medisch beleid in de eerste lijn;
- 2 integrale diagnostiek en behandeling voor kwetsbare ouderen;
- 3 ouderen vanaf 65 jaar worden bij opname gescreend op tekenen van kwetsbaarheid^e;
- 4 coördinatie en aanspreekpunt voor kwetsbare oudere in één hand;
- 5 gebundelde multidisciplinaire kennis in *geriatricteam**;
- 6 ziekenhuizen worden ouderenvriendelijk.

Deze zes uitgangspunten worden achtereenvolgens uitgewerkt in de paragrafen 3.2 t/m 3.7 van hoofdstuk 3.

3.2 Medisch beleid ziekenhuis sluit aan op medisch beleid eerstelijns

De eerstelijnszorg en tweedelijnszorg vormen een continuüm. Dit impliceert dat bij elke opname het beleid in het ziekenhuis aansluit op het bestaande beleid in de eerstelijns. Bij de behandeling staan het welbevinden en de kwaliteit van leven van de patiënt centraal. Bij elke ziekenhuisopname is het doel van de diagnostiek en behandeling bij kwetsbare ouderen tenminste functiebehoud en zo mogelijk functieverbetering. Daarom is het bij de diagnostiek en behandeling van kwetsbare ouderen belangrijk om niet alleen naar de afzonderlijke beperkingen en lichamelijke aandoening(en) te kijken, maar ook naar de sociale en geestelijke aspecten en deze in samenhang te zien met elkaar.

Dit betekent tevens dat vanaf het moment van opname het ontslag uit het ziekenhuis voorbereid wordt. Dit uitgangspunt wordt vastgelegd in een duidelijk omschreven ontslagprocedure en nazorgtraject voor kwetsbare patiënten, inclusief het nazorgtraject op de polikliniek. De agenda van de patiënt is hierin leidend. Het ontslag wordt pas daadwerkelijk in gang

^e De keuze voor 65 jaar is gebaseerd op consensus; de literatuur biedt hierover geen uitsluitsel. Een leeftijdsgrens is transparant en praktisch goed hanteerbaar. De stuurgroep Toekomst Medische Ouderenzorg heeft besloten de keuze van de werkgroep voor een leeftijdsgrens van 65 jaar niet te wijzigen, omdat een beter alternatief niet voorhanden is.

gezet nadat de overdracht van zorg en behandeling met de verwijzer is afgestemd.

Daarom zal de behandelaar regelmatig overleg voeren met de verwijzer:

- ▶ direct na vaststelling in het ziekenhuis van kwetsbaarheid met het oog op terugkeer naar huis;
- ▶ voorafgaande aan ontslag of overplaatsing naar huis of naar een andere zorginstelling;
- ▶ bij een wens op het gebied van een levenstestament of een non-reanimatieverklaring;
- ▶ in geval van onverwachte ontwikkelingen tijdens de behandeling in het ziekenhuis.

Effectieve multidisciplinaire samenwerking vereist een goede informatie-uitwisseling tussen betrokken zorgverleners. Juist bij multimorbiditeit en polyfarmacie moeten professionals goed van elkaars behandeling en begeleiding op de hoogte zijn. Het elektronisch medicatiedossier (EMD) en het elektronisch patiëntendossier (EPD) spelen hierbij een belangrijke rol. Artsen in het ziekenhuis hebben 24 uur per dag toegang tot het dossier van de verwijzer over de patiënt (zie verder het overzicht van transmurale afspraken dat in hoofdstuk 4 van dit rapport is opgenomen).

Voor de behandelaar is de verwijzer het aanspreekpunt in de eerste lijn. Dit stelt hoge eisen aan de onderlinge bereikbaarheid én de kwaliteit van de verwijs- en terugverwijsbrief. Uit het promotieonderzoek van A.J. Berendsen (2008)⁹ blijkt dat verwijzers en medisch specialisten ontevreden zijn over de wederzijdse telefonische bereikbaarheid. Het verschil in dagindeling tussen verwijzers en specialisten speelt hierin een rol. Medisch specialisten willen een korte brief waarin een duidelijke vraag van de verwijzer, het medicatiegebruik en de voorgeschiedenis van de patiënt zijn opgenomen. Verwijzers vinden dat het vaak te lang duurt voordat zij de terugverwijsbrief van de medisch specialist ontvangen. Zij willen ook graag een beknopte brief waarin zijn vermeld: diagnose, hulpdiagnostiek (zoals laboratorium en röntgen), wat er gebeurd is, wat met de patiënt besproken is en het vervolgbeleid. Onder het vervolgbeleid valt ook de juiste informatie over leefregels.

3.3 Integrale diagnostiek en behandeling voor kwetsbare ouderen

DAGONDERZOEKSCENTRA EN THEMAPOLI'S

In ieder ziekenhuis kan de kwetsbare oudere patiënt met multimorbiditeit bij één loket terecht voor integrale diagnostiek en behandeling. De regie wordt hier gevoerd door een *medisch specialist met klinische en geriatrische competenties**. Deze zorgt dat de medische zorg (diagnostiek en behandeling) rondom de patiënt georganiseerd is, draagt zorg voor de integrale (medische) zorgverlening en maakt afspraken met de verwijzer over afstemming en samenhang van de geleverde zorg. Hierbij wordt gedacht aan geriatrische dagonderzoekscentra en aan themapoli's, zoals voor mobiliteit/vallen en geheugenonderzoek, waarbij op een dag de gehele diagnostiek gedaan wordt, uitslagen, conclusies en behandeladviezen met patiënt en familie besproken worden en de behandeling gestart wordt. De patiënt hoeft dan niet op verschillende dagen voor verschillende onderzoeken en bij verschillende medisch specialisten te komen.

KLINISCHE AFDELING VOOR INTEGRALE DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

Kwetsbare oudere patiënten met ernstige (semi)acute somatische problemen in combinatie met psychiatrische of functionele problemen worden voor diagnostiek en behandeling opgenomen op een klinische afdeling waar een medisch specialist met klinische en geriatrische competenties de regie voert. Deze klinische afdeling beschikt over een multidisciplinair team met onder andere activiteitenbegeleiding, geriatriefysiotherapeuten, ergotherapie, diëtetiek en faciliteiten, die het vanaf de dag van opname mogelijk maken om functieverlies zoveel mogelijk te voorkomen en die veiligheid biedt voor deze patiëntengroep met name voor patiënten met een verhoogd valrisico en/of gedragsproblemen.

3.4 Ouderen vanaf 65 jaar worden bij opname gescreend

Bij binnenkomst in het ziekenhuis worden alle patiënten vanaf 65 jaar gescreend met behulp van een screeningsinstrument. Doel hiervan is een vroegtijdige herkenning van kwetsbare patiënten en een snelle start van maatregelen die gericht zijn op het voorkomen van ziekenhuis complicaties. Deze zorg is gericht op functiebehoud, in het bijzonder zelfredzaamheid, en bestaat uit:

- ▶ uitgebreid overleg met verwijzer;
- ▶ een systematische beoordeling van de problemen (in het somatische, psychische, functionele en sociale domein) van patiënten met een verhoogd risico op functieverlies en andere complicaties in het ziekenhuis;
- ▶ het opstellen van een multidisciplinair en integraal zorg- en behandelplan voor patiënten met een verhoogd risico op functieverlies;
- ▶ interventies op maat, gericht op de specifieke somatische, psychische, functionele of sociale problemen van deze patiënten;
- ▶ het bewaken van het ontslagmoment en het overleg met de verwijzer over het vervolgtraject van patiënten met een verhoogd risico;
- ▶ aangeven aan welke voorwaarden moet zijn voldaan voordat ontslag kan plaatsvinden.

In Nederland circuleren in de tweede lijn meerdere instrumenten die kwetsbaarheid beogen vast te stellen zoals de COMPRI (Care Complexity Prediction Instrument; Huyse, 2001) en de GFI (Groningen Frailty Indicator). Deze instrumenten zijn echter niet specifiek ontworpen of onderzocht op hun prognostische waarde voor het voorspellen van functieverlies bij ouderen. Twee andere, Amerikaanse screeningsinstrumenten, namelijk de HARP (Hospital Admission Risk Profile; Sager, 1996) en de ISAR (McCusker, 1999)¹⁰ zijn samen met de COMPRI, in een Nederlandse ziekenhuispopulatie met elkaar vergeleken. Hierbij is onderzocht wat hun voorspellende waarde was ten aanzien van het ontstaan van ADL functieverlies en/of sterfte binnen 3 maanden na ziekenhuisontslag. Uit deze en een hierop volgende prospectieve studie bleek voor de Nederlandse situatie aangepaste ISAR een goede, valide screeningsmethode (DEFENCE II-studie, ZonMw)^f. Er bestaat tot op heden echter geen prospectief gevalideerd triage instrument dat aangeeft

^f De ISAR is alleen onderzocht en valide gebleken in populaties met een acute zorgvraag zoals ouderen die de spoedeisende hulp bezoeken en/of worden opgenomen in een ziekenhuis. Een gevalideerd risicostatificatie instrument dat het risico op functieverlies beoordeelt, is voor de Nederlandse eerstelijnszorg nog niet beschikbaar.

welke ouderen ook echt profijt hebben van integrale zorg in de tweedelij. In het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) worden diverse van deze instrumenten ontwikkeld en gevalideerd. Screening (herkennen van kwetsbaarheid) moet in die zin worden onderscheiden van triage op een specifieke zorgvorm. Naast eigenschappen van de patiënt (kwetsbaarheid) kan bij de selectie voor integrale zorg ook de complexiteit van de medische zorgsituatie en -vraag en het welzijn een goede reden zijn voor toepassing van integrale zorg.

Bij de keuze van het screeningsinstrument zal een balans gevonden moeten worden tussen de *sensitiviteit en specificiteit van het screeningsinstrument** (RIVM, 2010)¹¹. Een ideale test heeft een betrouwbaarheid van 100%, dat wil zeggen een sensitiviteit van 100% (geen foutnegatieve uitslagen) en een specificiteit van 100% (geen foutpositieve uitslagen). Een screeningsinstrument is zelden of nooit 100% betrouwbaar. Factoren die worden meegewogen bij de keuze voor één of meer screeningsinstrumenten zijn de:

- ▶ relevantie van de uitkomsten voor diagnostiek, behandeling en begeleiding;
- ▶ sensitiviteit van de beschikbare instrumenten;
- ▶ specificiteit van de beschikbare instrumenten;
- ▶ prevalentie van de aandoening in de te screenen populatie;
- ▶ consequenties van foutnegatieve screeningsuitslagen;
- ▶ consequenties van foutpositieve screeningsuitslagen;
- ▶ kosten van de screening;
- ▶ specifieke lokale situatie.

3.5 Coördinatie en aanspreekpunt in één hand

In het model van de werkgroep zijn vanaf het moment dat een oudere positief is gescreend op *kwetsbaarheid** minimaal twee medisch specialisten bij de zorg betrokken: de orgaanspecialist en de generalist (*een medisch specialist met klinische en geriatische competenties**). Om versnippering te voorkomen en de samenwerking te borgen, zijn deze twee gedurende het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis onlosmakelijk met elkaar verbonden; zij hebben duidelijk afgesproken en in het patiëntdossier vastgelegd wie wanneer (KNMG, 2010)¹²:

- a het aanspreekpunt is voor vragen van de patiënt (en familie);
- b de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt;
- c belast is met coördinatie van de zorgverlening aan de patiënt.

Om de rol- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen de orgaanspecialist en generalist te verduidelijken wordt onderscheid gemaakt tussen de acute en postacute zorgfase. In de acute fase staat primair de behandeling centraal van de aandoening waarvoor de patiënt is opgenomen. In de acute fase is de orgaanspecialist (a) aanspreekpunt, (b) inhoudelijk eindverantwoordelijk en (c) verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie.

Wanneer de acute fase van de ziekte waarvoor de patiënt werd opgenomen overgaat in de periode van herstel, is er bij kwetsbare ouderen een ‘tussenperiode’, ook wel de postacute zorgfase. Deze fase kan al na enkele dagen intreden. Het is de fase waarin het herstel gericht is op het aanspreken van een revalidatiepotentieel: **de patiënt is nog niet gestabiliseerd**, herstel is in gang gezet, maar er is nog actief medisch specialistisch en paramedisch beleid nodig omdat de patiënt in deze fase gevoelig is voor ‘doorschieten’ van therapie en het oplopen van complicaties, terwijl er al wel gestart wordt met zaken als mobiliseren, bijvoeding, of activeren. In de postacute fase worden de rollen omgedraaid en wordt de generalist (a) aanspreekpunt, (b) inhoudelijk eindverantwoordelijk en (c) verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie. De orgaanspecialist blijft bij de zorgverlening betrokken vanwege zijn vakinhoudelijke expertise. Uiteraard zijn alternatieve organisatievormen mogelijk onder de voorwaarde dat is geborgd, dat de patiënt de benodigde *geriatische ziekenhuiszorg** ontvangt.

Geriatrische ziekenhuiszorg wordt in het kader van dit rapport gedefinieerd als geprotocolleerde multidisciplinaire ziekenhuiszorg, waarbij de volgende zorg geïntegreerd (in nauwe samenhang) wordt aangeboden:

- ▶ geriatrische medisch specialistische zorg;
- ▶ orgaanspecialistische medisch specialistische zorg;
- ▶ geriatrische paramedische zorg;
- ▶ geriatrische verpleegkundige zorg;
- ▶ geriatrische psychosociale zorg (bijvoorbeeld zorg van psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, verpleegkundige, medisch specialist, enz.);
- ▶ *geriatrische transferzorg** (zorg ter voorbereiding van en tijdens het ontslag uit het ziekenhuis).

Pas wanneer er sprake is van **stabilisatie** is de patiënt al dan niet in staat de fase van *geriatrische revalidatie** in te gaan. Er volgt ontslag uit het ziekenhuis met geriatrische revalidatie, die op verschillende plekken verleend kan worden: aan huis, in het verzorgingshuis, het verpleeghuis, in een dagbehandeling of een revalidatie-unit van een verpleeghuis. De patiënt wordt op grond van individuele doelen ten aanzien van geriatrische revalidatie en het potentieel om deze doelen te behalen naar een van deze omgevingen verwezen, waarbij uitdrukkelijk het sociale- en het zorgsysteem van de patiënt in een vroeg stadium betrokken worden.

Ter voorbereiding van het zorg- en behandelbeleid na het ziekenhuisverblijf kan de generalist andere zorgverleners betrekken, zoals de ouderenpsychiater, of de specialist ouderengeneeskunde in de rol van consultant voor de geriatrische revalidatie. In de regel wordt de geriatrische transferzorg uitgevoerd door een verpleegkundige. Het resultaat hiervan is dat de herstelperiode in de stabiele fase naadloos aansluit op de periode in het ziekenhuis. Zie onder andere Mosqueda (1993)¹³ en Munin (2005)¹⁴.

Om met kracht en gezag het medisch beleid uit te kunnen stippelen moet de generalist over klinische en geriatrische competenties beschikken. In bijlage 3 is een overzicht opgenomen van de competenties van de generalist. Vanzelfsprekend is de generalist vanaf het eerste begin 'in the lead' als de patiënt rechtstreeks naar deze medisch specialist is verwezen. Dit zijn verwijzingen waarbij geen sprake is van orgaangerelateerde aandoeningen of een trauma.

De beschreven regieverdeling tussen orgaanspecialist en generalist is primair geënt op patiënten die zijn opgenomen in de kliniek. In hoeverre dit regiemodel toepasbaar is in de polikliniek en dagbehandeling dient nader te worden onderzocht.

3.6 Gebundelde kennis in geriatrieteam

Voor een optimale patiëntenzorg maken de orgaanspecialist en generalist (*een medisch specialist met klinische en geriatische competenties**) deel uit van een geriatrieteam. Dit is een multidisciplinair ziekenhuisteam waarbinnen de bij *geriatische ziekenhuiszorg** betrokken zorgverleners nauw samenwerken, om een geïntegreerd aanbod van geriatische ziekenhuiszorg tot stand te brengen. Het geriatrieteam kan worden uitgebreid met bijvoorbeeld een ouderenpsychiater, of met een specialist ouderengeneeskunde als consulent voor de *geriatische revalidatie**. Het geriatrieteam is verantwoordelijk voor een dagelijkse monitoring van het meest geschikte ontslagmoment; het team zet deze monitoring in gang zodra de patiënt is opgenomen. Een beslissing over het ontslagmoment wordt alleen genomen na overleg en afstemming met de verwijzer.

In het geriatrieteam vervult de verpleegkundig specialist^g geriatrie als spin in het web een belangrijke rol. Deze verpleegkundige organiseert en bewaakt de meest optimale omstandigheden voor de zorg- en behandelplannen. Zoals bij iedere situatie waarin zorgverleners van meerdere disciplines bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken, is het van belang, dat één van hen het geheel overziet en bewaakt. In de ziekenhuis-situatie ligt het voor de hand deze verantwoordelijkheid te beleggen bij de medisch specialist. Deze is immers degene die de zorgvraag en alle aspecten van diagnose en behandeling overziet. Complexiteit van problemen van de patiënt (case complexity) brengt ook complexiteit van de zorg met zich mee (care complexity) (Graas, 2008)¹⁵. De verantwoordelijkheid voor de case complexity ligt primair bij de arts. Deze is verantwoordelijk voor de keuzen in en de integratie van behandelingen indien daarbij meer professionals zijn betrokken. De arts laat zich hierbij informeren door de verpleegkundige, die primair verantwoordelijk is voor care complexity.

^g Sinds maart 2009 is 'verpleegkundig specialist' de wettelijk beschermde titel voor 'nurse practitioner' (www.verpleegkundigspecialisme.nl)

Ter illustratie een praktijkcasus over een kwetsbare oudere in het ziekenhuis

De heer P., 94 jaar, wordt op 23.15 uur opgenomen in verband met een collumfractuur (dijbeenbreuk). Hij is sinds 20 jaar weduwnaar en woont zelfstandig, daarbij bijgestaan door zijn twee kinderen. In verband met angina pectoris (hartaandoening) gebruikt hij acetylsalicylzuur (bloedverdunnend), isosorbidedinitraat (vaatverwijdend), furosemide (vochtafdrijvend), en nitroglycerine (vaatverwijdend) zo nodig. Hij heeft een gehoorapparaat, maar vanwege 'het lawaai' weigert hij deze te gebruiken. Het afgelopen jaar heeft hij een lichte geheugenstoornis ontwikkeld. Zijn dochter komt een keer per week langs om de administratie en boodschappen te doen en helpt hem met licht huishoudelijk werk.

Omstreeks 21.00 uur struikelde hij tijdens het badkamer bezoek over de drempel. Nadat hij zijn alarmering had ingeschakeld, kwam zijn dochter. De dienstdoende huisarts werd ingeschakeld en de heer P. werd naar het ziekenhuis vervoerd. De huisarts gaf een brief mee met daarin onder andere informatie over een gesprek van enige maanden geleden dat de heer P met zijn eigen huisarts had en waarin hij had aangegeven niet gereanimeerd te willen worden.

Op de afdeling spoedeisende hulp wordt door de AIOS-traumatologie een collumfractuur gediagnosticeerd. Besloten wordt na overleg met de cardioloog om hem de volgende ochtend te operen. Nog voor de operatie wordt de heer P. op de SEH (Spoed Eisende Hulp) door een verpleegkundige gescreend op tekenen van kwetsbaarheid. Omdat hij positief wordt gescreend, wordt systematisch aanvullende informatie verzameld door de geriatrieverpleegkundige en blijkt een verhoogd risico op decubitus (doorligwonden), ondervoeding, delier (plotselinge ernstige verwardheid) en vallen. Op de afdeling, in afwachting van de operatie, bezoekt de medisch specialist met geriatrie competenties de heer P. om te beoordelen of er reeds sprake is van een delier. Deze medisch specialist spreekt met de traumatoloog het te volgen beleid af. Gezien de kans op een postoperatief delier wordt de familie de mogelijkheid tot rooming in aangeboden.*

3.7 Senior friendly hospital

Goede geriatrische medische zorg kan niet zonder een ziekenhuis dat ‘senior friendly’ is ingericht. Deze ziekenhuizen bieden een omgeving waarin zo spoedig mogelijk herstel en start van revalidatie mogelijk is. Het herstel moet plaatsvinden op somatisch, psychisch, functioneel en sociaal gebied. In deze ziekenhuizen is met de inrichting van de omgeving en bemensing verregaand rekening gehouden met de beperkingen die de ouderdom met zich meebrengt. Hiervoor is het noodzakelijk dat zowel de fysieke omgeving (zoals lichtinval, kleurgebruik en de toepassing van beweging- en veiligheidsbevorderende voorzieningen), de opleiding van het personeel, als de sfeer (onder andere de inzet van vrijwilligers, de mogelijkheid tot rooming in) in het ziekenhuis hierop zijn afgestemd. Belangrijke beslissingen worden steeds getoetst aan deze uitgangspunten. Hierbij is het noodzakelijk dat het ziekenhuis beschikt over een functie geriatric met ten minste een poliklinische, dagklinische, consult- en opnamefunctie.

In dit concept is tevens binnen dan wel buiten het ziekenhuis een opname-mogelijkheid voor patiënten met een vertraagd herstel. Deze afdelingen zijn ingericht op het tragere herstelproces van kwetsbare ouderen met als doel te voorkomen dat de patiënt na de acute diagnostiek te snel weer naar huis wordt gestuurd. De verantwoordelijke arts zal zich daarom niet alleen richten op een zo snel mogelijk ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis, maar daarbij rekening houden met het vervolgtraject.

De ligduur in ziekenhuizen is steeds korter geworden vanuit de gedachte dat mensen daardoor mobieler blijven en gevrijwaard worden van ziekenhuisinfecties. Er is echter onvoldoende besef dat sommige ouderen een trager herstelproces doormaken. Voorkomen moet worden dat deze ouderen te snel worden ontslagen als de (medische) zorg niet goed geregeld is. Het is een schakel, die nu formeel ontbreekt in de Nederlandse gezondheidszorg en die – in de postacute fase van ziekte – in (of zeer dichtbij) het ziekenhuis gelokaliseerd zou moeten zijn, omdat er nog snelle beschikbaarheid van diagnostische en therapeutische functies nodig is.

3.8 Randvoorwaarden voor implementatie

Zie voor de randvoorwaarden voor het realiseren van de voorstellen voor de ziekenhuissituatie paragraaf 6.2.

4 Transmurale afspraken thuisituatie - ziekenhuis

4.1 Inleiding

De zorgvraag neemt toe en wordt steeds complexer. Omdat ouderen langer zelfstandig willen wonen, moet meer zorg extramuraal worden geboden. Om de medische expertise goed in te kunnen zetten is het van groot belang dat de betrokken artsen, dwars door de muren van de instellingen heen, met elkaar afspraken maken om samen voor de patiënt te zorgen waarbij ieder binnen een gedeelde verantwoordelijkheid zijn eigen verantwoordelijkheid behoudt en waarmaakt (KNMG, 2010).

4.2 Transmurale afspraken bij ziekenhuisopname

- ▶ De patiënt wordt ingestuurd met een verwijsbrief, die een samenvatting van het zorgbehandelplan bevat (op papier of elektronisch). Deze verwijsbrief bevat:
 - reden en doel van verwijzing;
 - relevante voorgeschiedenis;
 - comorbiditeit;
 - medicatie;
 - allergieën/bijwerkingen;
 - intoxicaties;
 - mate van zelfredzaamheid (ADL);
 - woonsituatie;
 - welke zorg al aanwezig is;
 - eventueel andere betrokken behandelaars;
 - contactpersonen en contactgegevens in de eerstelijns;
 - afspraken over behandelbeperkingen (bijvoorbeeld een levens-testament, of non-reanimatieverklaring);
 - intercollegiale telefoonnummer van de verwijzer^h.
- ▶ Er zijn afspraken gemaakt over:
 - hoe de verwijzer beschikbaar is voor overleg;
 - welke arts in het ziekenhuis het aanspreekpunt is voor de verwijzer en hoe die arts te bereiken is;

^h In geval van spoed kan de verwijzende arts een andere arts zijn dan de behandelend arts van de patiënt. Daar waar verwijzer staat, wordt op de behandelend arts van de patiënt bedoeld.

- hoe en hoe vaak het overleg plaatsvindt tussen verwijzer en de arts die verantwoordelijk is voor het medisch beleid in het ziekenhuis;
- de wijze waarop het zorgdossier wordt bijgehouden.
- ▶ In het algemeen gelden de volgende afspraken:
 - op de dag van opname en op de dag van ontslag wordt een kort opnamebericht respectievelijk ontslagbericht aan de verwijzer gestuurd met daarin duidelijk de naam en het intercollegiale telefoonnummer van de medisch specialist die in het ziekenhuis het aanspreekpunt is voor de verwijzer;
 - ingrijpende veranderingen in het medisch beleid/zorgbehandelplan worden altijd met de verwijzer overlegd;
 - bij ontslag worden veranderingen in het medisch beleid/zorgbehandelplan duidelijk aangegeven.

4.3 Transmurale afspraken bij polikliniekbezoek

- ▶ De patiënt wordt verwezen met een verwijsbrief, die een samenvatting van het zorgbehandelplan bevat (op papier of elektronisch). Deze verwijsbrief bevat minimaal het volgende:
 - reden en doel van verwijzing;
 - relevante voorgeschiedenis;
 - comorbiditeit;
 - medicatie;
 - ADL;
 - woonsituatie;
 - afspraken over behandelbeperkingen;
 - intercollegiaal telefoonnummer van de verwijzerⁱ.
- ▶ Na het eerste polikliniekbezoek volgt zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 10 dagen, een voorlopig bericht waarin veranderingen in het medisch beleid/zorgbehandelplan duidelijk worden aangegeven.
- ▶ Als de patiënt op de polikliniek terug moet komen wordt na elk polikliniekbezoek, of anders in ieder geval minimaal 1x per 2-3 maanden, een bericht gestuurd waarin duidelijk is aangegeven wat het medisch beleid is gerelateerd aan het zorgbehandelplan.
- ▶ Ingrijpende veranderingen in het medisch beleid/zorgbehandelplan worden altijd met de verwijzer overlegd.

ⁱ In geval van spoed kan de verwijzende arts een andere arts zijn dan de behandelend arts van de patiënt. Daar waar verwijzer staat, wordt op de behandelend arts van de patiënt bedoeld.

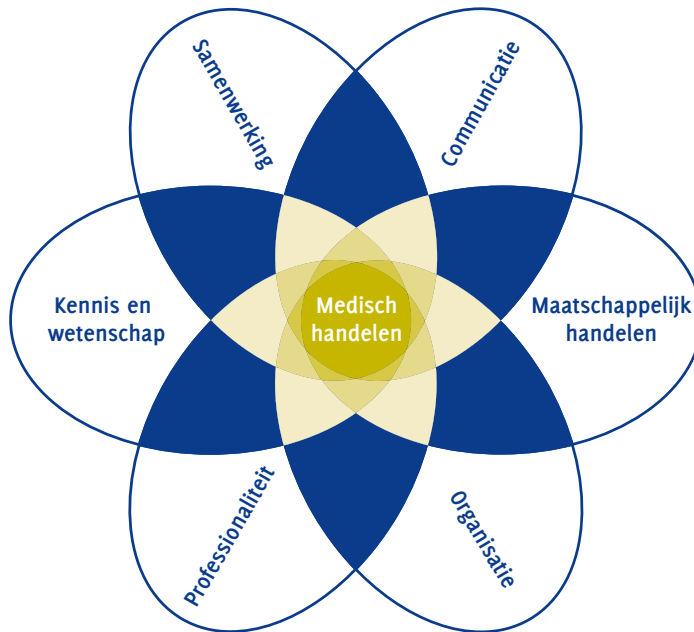
4.4 Transmurale afspraak bij waarneming

Deze afspraak geldt specifiek voor de situatie waarin de patiënt verwezen wordt door een waarnemer/dienstdoende arts (een eerstelijns arts anders dan de eigen huisarts). Bij opname via een waarnemer/dienstdoende arts neemt de behandelend medisch specialist op de eerste werkdag na opname telefonisch contact op met de behandelend arts van de patiënt (de eigen huisarts) ter bespreking van het zorgbehandelplan en completering van de verwijsgegevens.

5

Onderscheidende competenties binnen de medische ouderenzorg

De competenties die worden gehanteerd voor de medische ouderenzorg moeten nauw aansluiten op de algemene kerncompetenties voor de erkende specialismen, zoals vastgesteld door de Colleges van de KNMG (CHVG, CCMS en CSG)^j. De KNMG Colleges hebben zich hierbij gebaseerd op het model van de Canadian Medical Education Directives for Specialists 2000 (CanMEDS 2000)^k. CanMEDS brengt verbreding van de opleiding met zich mee waarbij naast medisch handelen ook nog zes andere thema's aan bod komen (zie figuur).



De KNMG heeft de CanMEDS voor de erkende specialismen in Nederland uitgewerkt met steeds vier kerncompetenties per thema, in totaal 28 stuks (zie bijlage 4). Dit gedachtegoed sluit goed aan bij de multidisciplinaire samenwerking die essentieel is voor de medische ouderenzorg en de aansluiting van de medische as op andere disciplines. De afzonderlijke disciplines binnen de medische ouderenzorg hebben hun opleidingen reeds

^j Zie www.knmg.nl > Opleiding en registratie.

^k CanMEDS 2000 project van The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada: Annales CRMCC 1996;29:206-16, later herzien in het CanMEDS 2005 Framework: www.google.com: CanMEDS 2005.

aangepast op de competentiegebieden van de CanMEDS. Daarom worden hier slechts extra accenten gelegd op die overstijgende competenties die essentieel zijn in de KNMG-visie op de medische ouderenzorg en gelden voor iedere practicus, ongeacht zijn plaats en rol in de medische ouderenzorg. Daarbij is gebruik gemaakt van en aangesloten bij de volgende bronnen:

- ▶ NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen, 2007;
- ▶ NIV Opleidingseisen voor het aandachtsgebied ouderengeneeskunde binnen de interne geneeskunde (2004);
- ▶ NVKG, Vernieuwd Opleidingsplan Klinische geriatrie, april 2008;
- ▶ NVVA, De competenties van de verpleeghuisarts, 2004.

5.1 Medisch handelen

In het competentiegebied Medisch Handelen gaat het om het kerngebied van de medische ouderenzorg. De overige competentiegebieden kunnen hiervan niet los gezien. In de beschrijving is een combinatie gemaakt van de stappen diagnose - behandeling - preventie en de stappen van een cyclisch zorgproces. Verder wordt er een hoofdonderscheid gemaakt tussen de directe patiëntenzorg en het verlenen van consultaties.

Medisch handelen

- a hanteert diagnostische en therapeutische vaardigheden ten behoeve van een doeltreffende, doelmatige en patiëntgerichte ouderenzorg in een integraal, multidisciplinair, probleemgericht en cyclisch zorgproces, met in achtname van de geldende kwaliteitsstandaarden (richtlijnen, protocollen, evidence based medicine);
- b maakt een zorgbehandelplan dat bruikbaar is binnen de eerstelijnszorg;
- c houdt zichzelf op de hoogte van relevante ontwikkelingen in de (medische) ouderenzorg en weet die te vertalen naar de eigen praktijkvoering;
- d 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);
- e naast behandeling waar mogelijk, heeft de medicus aandacht voor behoud of herstel van functionaliteit, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven van de oudere patiënt. Samen met de patiënt wordt daarin steeds weer een afweging van individuele mogelijkheden en prioriteiten gemaakt;

- f organiseert, verleent en verkrijgt effectieve consultatiemogelijkheden en kan doeltreffend opereren in een consultatieve omgeving.

5.2 Communicatie

Het competentiegebied Communicatie omvat alle communicatie en samenwerking met de oudere patiënt en diens systeem.

Communicatie

- a bouwt effectieve therapeutische relaties met patiënten en hun systeem op, rekening houdend met de diversiteit in etnische en culturele achtergronden;
- b betracht in de communicatie extra zorgvuldigheid en aandacht, rekening houdend met eventuele verminderde cognitieve, zintuiglijke en communicatieve functies van ouderen;
- c creëert een omgeving, die gekenmerkt wordt door begrip, interesse, empathie, vertrouwen en vertrouwelijkheid;
- d verkrijgt en bespreekt relevante informatie bij de patiënt, diens systeem of bij andere hulpverleners en stelt vast of en in hoeverre de patiënt de informatie en het advies heeft begrepen en de reikwijdte daarvan kan overzien;
- e doet op een accurate wijze verslag van het gesprek met de patiënt in het medisch dossier.

5.3 Samenwerking

Het competentiegebied Samenwerking omvat het samenwerken met alle zorgverleners, die betrokken zijn bij de patiënten(zorg).

Samenwerking

- a overlegt doelmatig met multidisciplinair teams over het zorgbehandelplan;
- b draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg, zowel in de medische als met andere disciplines waaronder verpleegkundigen en verzorgenden, onder andere door het maken van afspraken over toegankelijkheid, zorginhoud, samenwerking en communicatie;

- c maakt afspraken over samenwerking en onderkent hierbij de grenzen van de professionele rollen en deskundigheid, bij zowel zichzelf als andere professionals;
- d betreft de patiënt en zijn naasten bij de besluitvorming en integreert expliciet de mening van de hen in zorgbehandelplannen.

5.4 Kennis en wetenschap

De competenties, die vallen onder het eerste competentiegebied Medisch Handelen, zoals diagnosticeren en behandelen vragen om veel (parate) kennis. Het competentiegebied Kennis en Wetenschap richt zich op het proces van kennis verwerven en het omgaan met kennis.

Kennis en wetenschap

- a beoordeelt de informatie van het eigen vakgebied kritisch ten behoeve van de eigen klinische oordeels- en besluitvorming;
- b bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis door het meewerken aan gemeenschappelijke researchprojecten, kwaliteitsborging of de ontwikkeling van richtlijnen voor de beroepspraktijk;
- c ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan op het terrein van de zorg voor ouderen.

5.5 Maatschappelijk handelen

Het competentiegebied Maatschappelijk Handelen richt zich op de maatschappelijke context van het medisch handelen en op vormen van belangenbehartiging ten behoeve van de patiënten.

Maatschappelijk handelen

- a heeft een maatschappelijke rol als het gaat om de bevordering van de geestelijke en lichamelijke gezondheid van ouderen in de samenleving. Sociale ontwikkelingen, milieufactoren en leefstijl kunnen het welzijn van ouderen bedreigen en vragen om een passend antwoord van de medische ouderenzorg en diens individuele beoefenaren;
- b brengt de specifieke doelgroep van ouderen in het werkgebied in kaart, inventariseert welke andere zorgverleners in dit gebied actief zijn en maakt samen met hen een plan van aanpak voor de opzet en

- uitvoering van het beleid voor ouderen;
- c participeert in het gebiedsgerichte versterken van de kwaliteit van leven van ouderen op de verschillende domeinen van zorg, wonen, sociaal en geestelijk welzijn, ook in relatie tot de wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- d kent en herkent de determinanten om de gezondheid van oudere patiënten te bevorderen;
- e herkent en reageert op die kwesties waar belangenbehartiging namens patiënten, beroepen of de samenleving gewenst is.

5.6 Organisatie

Het competentiegebied Organisatie betreft zowel het organiseren als een activiteit van de arts, als het werken in een organisatie.

Organisatie

- a werkt effectief en doelmatig binnen wisselende multidisciplinaire teams;
- b weet zijn zorgaanbod te positioneren (triage van de zorgvraag) en te begrenzen zodanig dat de geboden zorg maximaal doelmatig wordt ingezet;
- c gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg, scholing en andere activiteiten.

5.7 Professionaliteit

Het competentiegebied Professionaliteit zien we vooral betrekking hebbend op de kwaliteitseisen, die gesteld worden aan het beroepsuitoefening. Dit betekent dat dit aspect nog minder dan de andere competentiegebieden los gezien kan worden van de overigen. Verder is het juridisch en ethisch verantwoord handelen bij dit competentiegebied onder gebracht.

Professionaliteit

- a levert hoogstaande zorg op een integere, oprechte en betrokken wijze, met inachtneming van de medische, professionele en juridische verplichtingen;
- b Houdt persoonlijke en professionele rollen in evenwicht en gaat binnen het kader van de beroepsethiek bewust om met voorkomende verschillen in normen en waarden;

- c Komt tot zelfreflectie, spreekt anderen aan en laat zich zelf door anderen aanspreken op de kwaliteit van de medische zorg en het persoonlijke handelen daarin en kan zijn gedrag aanpassen aan de ontvangen feedback;
- d gaat effectief om met ethische dilemma's, zoals afwegingen inzake de kwaliteit en kwantiteit van leven;
- e respecteert de wilsuitingen van de competente patiënt, ook als deze niet in overeenstemming zijn met het medisch advies. Tevens worden de wilsuitingen van een niet-beslisvaardige patiënt verzameld en op passende wijze meegewogen in de besluitvorming en, waarbij de mening van de (wettelijk) vertegenwoordiger zwaarwegend is.

6 / Samen op weg naar realisatie

6.1 Inleiding

De stuurgroep Toekomst Medische Ouderenzorg heeft anderhalf jaar gewerkt aan de visie zoals die in de voorgaande hoofdstukken uiteen gezet is. De stuurgroep voelt zich ook zeer betrokken bij en medeverantwoordelijk voor de werkelijke realisatie van deze toekomstvisie en alle stappen die daarvoor nodig zijn. Niet alleen binnen de eigen medische kring, maar juist ook naar de andere betrokken organisaties en disciplines die essentieel zijn voor een succesvolle (medische) ouderenzorg. Daarom worden in dit slothoofdstuk voorstellen gedaan voor de randvoorwaarden om de toekomstvisie te realiseren. Ten tweede wordt een eerste aanzet gegeven voor de bouwstenen waaruit het implementatieplan van de beroepsverenigingen kan worden opgebouwd.

6.2 Randvoorwaarden voor realisatie van de toekomstvisie

6.2.1 Randvoorwaarden op het gebied van de inhoud van de zorg

RANDVOORWAARDE 1 ZELF ONTSCHOTTEN

Betrokken partijen zijn bereid om over de grenzen van bestaande domeinen en disciplines heen te denken en bestaande taakverdelingen ter discussie te stellen.

RANDVOORWAARDE 2 ZORGSTANDAARD VOOR KWETSBAAR OUDEREN

Voor de inhoudelijke onderbouwing van randvoorwaarde 1 wordt een zorgstandaard voor kwetsbare ouderen opgesteld. De eindrapportages van het KNMG-project Toekomst Medische Ouderenzorg vormen hiervoor een deel van de input vanuit de medische beroepsgroep. Bij het ontwikkelen van een zorgstandaard voor kwetsbare ouderen is uitdrukkelijk de inhoud (integraal aanbod van medische-, paramedische-, verpleegkundige-, en psychosociale zorg) leidend en niet de financiering van de inhoud (modulaire opbouw van integrale zorg).

RANDVOORWAARDE 3 PILOTS EN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

De inhoudelijke en organisatorische voorstellen in dit rapport berusten op een combinatie van consensus tussen ervaren professionals en beschikbare wetenschappelijke evidentie. Gezien de nog beperkte beschikbaarheid van wetenschappelijke evidentie voor de in dit rapport gedane voorstellen, is het belangrijk dat, voorafgaand aan grootschalige invoering van de voorstellen, pilots plaatsvinden die goed wetenschappelijk worden onderzocht. Voor een deel van de voorstellen in dit rapport bieden projecten die momenteel worden uitgevoerd in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) naar verwachting aanvullende wetenschappelijke evidentie.

RANDVOORWAARDE 4 RICHTLIJNEN VOOR BEMOEIZORG AAN KWETSBARE OUDEREN

In de psychiatrie bestaan richtlijnen voor bemoeizorg. Deze richtlijnen zijn echter gericht op cliënten met psychotische problemen. Er is niet voorzien in richtlijnen voor kwetsbare geriatrische patiënten die het hulpverleningscircuit mijden, maar met de regelmaat van de klok in het ziekenhuis komen. De ontwikkeling van richtlijnen voor de bemoeizorg voor kwetsbare ouderen wordt daarom aanbevolen. Deze richtlijnen beperken zich nadrukkelijk niet tot ouderen met dementie, maar gaan over alle kwetsbare ouderen.

RANDVOORWAARDE 5 AUTOMATISERING VAN MULTI-DOMEIN-PROBLEEMANALYSE EN ZORGBEHANDELPLAN

De informatiesystemen van medische professionals zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en de andere relevante disciplines ondersteunen het maken van een multi-domein-probleemanalyse en zorgbehandelplan. Hierbij is het mogelijk dat de multi-domein-probleemanalyse en het zorgbehandelplan van de systemen van afzonderlijke disciplines (bijvoorbeeld de huisarts en specialist ouderengeneeskunde) geëxporteerd kunnen worden naar een gezamenlijk Keten Informatie Systeem (KIS).

RANDVOORWAARDE 6 DIGITALE GEGEVENSUITWISSELING VOOR MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Hulpverleners in de eerstelijns - huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, POH, wijkverpleging, fysiotherapie, trajectbegeleiders, etc. - beschikken over een elektronisch platform dat het mogelijk maakt om samen een zorgbehandelplan te maken, waaraan zij vanaf hun eigen werkplek kunnen werken. Dit betekent dat het elektronisch patiëntendossier (EPD) compatibel is tussen eerstelijns en tweedelijns, de apotheker en (delen ervan) ook met paramedische werkers transmuraal in verzorgings- en verpleeghuis.

RANDVOORWAARDE 7 **ACTIEF STUREN DOOR RADEN VAN BESTUUR/DIRECTIES VAN ZORGINSTELLINGEN**

De Raden van Bestuur/directies van de zorginstellingen (ziekenhuizen, verzorgingshuizen, huisartsenvoorzieningen, voorzieningen ouderengeneeskunde en thuiszorgorganisaties) dragen zorg voor de totstandkoming van een integraal geriatrisch zorgaanbod. Als professionals niet zelf tot afstemming komen, nemen de Raden van Bestuur/directies de regie ter hand. Zo draagt bijvoorbeeld de Raad van Bestuur van ieder ziekenhuis er zorg voor dat een of meer medisch specialisten met klinische en geriatrische competenties zorg dragen voor de coördinatie van de zorgverlening ('cure en care') aan kwetsbare ouderen in de postacute ziekenhuisfase. Ook in de eerstelijns zijn managementstructuren soms nodig om te zorgen voor het sluiten en naleven van de benodigde afspraken rondom de totale zorg aan kwetsbare ouderen.

RANDVOORWAARDE 8 **CONTINUÏTEIT IN HULPVERLENENDE PERSONEN**

Continuïteit in hulpverlenende personen is voor geriatrische patiënten een belangrijk kwaliteitsaspect van de zorgverlening. Ook voor de samenwerking tussen de betrokken zorgverlenende disciplines is continuïteit van hulpverlenende personen van belang. Steeds wisselende gezichten geven onrust en ondergraven samenwerkingsafspraken tussen professionals. Door de versnippering als gevolg van marktwerking vormt met name de thuiszorg op dit punt een probleem. Voor een goede samenwerking tussen disciplines wordt van thuiszorgorganisaties gevraagd dat steeds dezelfde verplegenden en verzorgenden aan samenwerkingsverbanden, zoals het *hometeam**, kunnen deelnemen.

6.2.2 Randvoorwaarden op het gebied van opleiding en nascholing

RANDVOORWAARDE 9 UITBREIDING OPLEIDINGSCAPACITEIT MEDISCHE OUDERENZORG

Het huidige aantal artsen gespecialiseerd in medische ouderenzorg is te klein in verhouding tot de (toenemende) behoefte aan complexe medische zorg thuis, in verzorgings- en verpleeghuizen en ziekenhuizen. De opleidingscapaciteit schiet te kort om de gevolgen van doorzettende vergrijzing in de medische ouderenzorg het hoofd te kunnen bieden. Voor uitvoering van de voorstellen wordt het aantal specialisten ouderengeneeskunde, klinisch geriateren en internisten ouderengeneeskunde fors uitgebreid. De KNMG wil voorkomen dat dit wordt gezien als ‘preken voor eigen parochie’ en graag meewerken aan de objectivering van de benodigde capaciteit op de korte en langere termijn.

RANDVOORWAARDE 10 ALLE AANKOMENDE ARTSEN BETER OPLEIDEN IN MEDISCHE OUDERENZORG

In de vervolgopleiding tot huisarts en medisch specialist (m.u.v. kinderarts) wordt consequent aandacht besteed aan het verwerven van de benodigde competenties (kennis, vaardigheden en attitude) voor de medische zorgverlening aan (kwetsbare) ouderen. Deze competenties worden in de opleiding getoetst. Na afronding van de opleiding beschikken alle huisartsen en medisch specialisten (m.u.v. kinderartsen) over de geriatrische competenties relevant voor hun (sub)specialisme.

Alle artsen (m.u.v. kinderartsen) worden geschoold in de geneeskunde voor (kwetsbare) ouderen. Hiertoe volgen alle:

- ▶ studenten in de basisopleiding tot arts een co-schap in de medische ouderenzorg;
- ▶ artsen in de vervolgopleiding tot huisarts een blok bij het specialisme ouderengeneeskunde;
- ▶ artsen in de vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde een blok bij het specialisme huisartsgeneeskunde;
- ▶ artsen in de vervolgopleiding tot medisch specialist (m.u.v. de kinderartsen) een blok in de medische ouderenzorg.

RANDVOORWAARDE 11 UITBREIDING OPLEIDINGSCAPACITEIT PRAKTIJKONDERSTEUNERS EN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN VOOR OUDERENZORG

De opleidingscapaciteit van praktijkondersteuners en van wijkverpleegkundigen gespecialiseerd in ouderenzorg wordt uitgebreid. De functies van de wijkverpleging (thuiszorg) en de praktijkondersteuner zijn niet inwissel-

baar. Het invoeren van één brede verpleegkundige functie ten behoeve van de zorgverlening aan kwetsbare ouderen leidt naar verwachting tot onvoldoende ondersteuning van de huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde (buiten het verpleeghuis).

RANDVOORWAARDE 12 **UITBREIDING OPLEIDINGSCAPACITEIT TRAJECTBEGELEIDERS VOOR KWETSBARE OUDEREN**

De professionele trajectbegeleider is een HBO-opgeleide verpleegkundige met specialisatie trajectbegeleiding in brede zin. Het is een (wijk)verpleegkundige met extra competenties die bij kwetsbare ouderen gedurende lange trajecten trajectbegeleiding combineert met persoonlijke hulp voor de oudere en zijn mantelzorger. Voor trajectbegeleiding zijn bemoeizorg, bijdrage aan het zorgbehandelplan, beschikbaarheid, signalering, teaminbedding/coördinatie essentieel. Onder persoonlijke hulp vallen persoonlijke begeleiding bij verwerking en bij medische behandeling, gedragsverandering/psycho-educatie, familie- of systeemgesprekken, zorgbemiddeling, crisisinterventies, BOPZ en internetbehandeling. De opleidingscapaciteit voor trajectbegeleiders (casemanagers) dient te worden uitgebreid

RANDVOORWAARDE 13 **ALLE PRAKTISERENDE ARTSEN VOLGEN BIJ- EN NASCHOLING IN MEDISCHE OUDERENZORG**

Alle praktiserende huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en medisch specialisten (m.u.v. kinderartsen) volgen bij- en nascholing in medische zorg voor kwetsbare ouderen over de volle breedte van hun vakgebied. Een substantieel aantal huisartsen bekwaamt zich tot huisarts met **extra** geriatrische deskundigheid. Alle specialisten ouderengeneeskunde scholen zich bij in het werken in de eerstelijns gezondheidspraktijk.

6.2.3 Randvoorwaarden op het gebied van geriatrische bedden capaciteit

RANDVOORWAARDE 14 **UITBREIDING VAN DE GERIATRISCHE BEDDENCAPACITEIT**

Om de voorstellen voor geriatrische ziekenhuiszorg te kunnen invoeren moet een oplossing worden gevonden voor de beddenproblematiek in het ziekenhuis (zie randvoorwaarde 21). Op het moment dat de regie verschuift van de orgaanspecialist naar de generalist verschuift de patiënt bij voorkeur naar de afdeling van de betreffende generalist (zie paragraaf 3.3). De reden is dat regievoering door een generalist op een afdeling waar de gehele zorg georganiseerd is rondom regievoering door een orgaanspecialist tot frictie tussen uiteenlopende organisatieprincipes (specialistische versus generalistische verpleging en verzorging) kan leiden. Hieraan verwant is

het probleem dat bij acute zorg die zich kenmerkt door een ‘hoge turnover van patiënten’ en snel ontslag, zoals bijvoorbeeld bij cardiologie, door de hoge druk op de bedden slechts weinig tijd kan worden besteedt aan het oplossen van bijkomende geriatrische problematiek. De begeleiding door een generalist met geriatrische competenties zal hoe zeer deze de zorg ook ten goede komt, zeker een vertraging in het ontslagbeleid betekenen. Dat kan slechts geaccepteerd worden als er oplossingen zijn voor onder andere de druk op de bedden.

6.2.4 Randvoorwaarden voor renderende medische ouderenzorg

RANDVOORWAARDE 15 BELEMMERINGEN IN FINANCIERINGSSTRUCTUREN WEGNEMEN

De financieringsstructuren voor de totale medische ouderenzorg in de thuis- en ziekenhuissituatie, inclusief de grensvlakken en transitie daartussen, worden zodanig ingericht dat ze de realisatie van deze Toekomstvisie Medische Ouderenzorg in ieder geval niet in de weg staan en het liever nog actief stimuleren. De financiering van de medische zorg voor kwetsbare ouderen valt onder één zorgverzekering. Hiertoe wordt de verpleeghuisgeneeskunde overgeheveld van de AWBZ naar de ZVW.

RANDVOORWAARDE 16 PATIËNTGERICHTE FINANCIERING VAN MEDISCHE OUDERENZORG

De tariefsystemen in de eerstelijns en het ziekenhuis zijn momenteel gebaseerd op de aandoeningen en belonen de bijbehorende verrichtingen (diabetes, COPD, cardiovasculaire aandoeningen, hartfalen, etc.). Overlegtijd met de patiënt, het cliëntsysteem en andere zorgverleners (multidisciplinair overleg) wordt momenteel onvoldoende of niet vergoed. Extra overlegtijd is geen verrichting en valt nu qua financiering dus tussen de wal (abonnementshonorarium) en het schip (functionele bekostiging van chronische zorgvormen).

De tariefsystemen dienen het mogelijk te maken om afhankelijk van de complexiteit meer tijd per patiënt te besteden. De financieringsstructuur dient stimuli te bevatten voor de juiste zorgverlening aan kwetsbare ouderen en rekening te houden met:

- a screening op frailty;
- b het langzamere tempo van de oudere patiënt;
- c overleg met patiëntsysteem;
- d het maken van een multi-domein-probleemanalyse;

- e toepassing van een functionele benadering;
- f opstellen en uitvoeren van een zorgbehandelplan;
- g zorgcoördinatie, onder andere via professionele trajectbegeleiding;
- h multidisciplinair overleg (in hometeam en geriatrieteam);
- i instrueren en begeleiden van verzorgenden en helpenden in het verzorgingshuis met name bij de signaleringsfunctie.

De tariefstructuur voor ziekenhuizen wordt zodanig ingericht dat deze voortijdig ontslag uit het ziekenhuis ontmoedigt, heropnames in het ziekenhuis niet stimuleert, en de inzet van verpleegkundig specialisten te stimuleert.

RANDVOORWAARDE 17 ZORGSTANDAARDTARIEF OF AANNEEMSOM

Het totale zorgarrangement dient te worden uitgeschreven. In dit arrangement dienen de componenten te worden ingebouwd zoals die in de vorige randvoorwaarde (a t/m i) zijn benoemd. Overigens moet dit niet doorslaan in minutieuze beschrijving van alle afzonderlijke componenten in een soort modulaire opbouw van de financiering. Dat draagt het risico in zich van tariefgestuurde zorg. De gedachte gaat uit naar een soort zorgstandaardtarief of aanneemsom waarbinnen professionals het vertrouwen krijgen om een inschatting te maken welke zorg nodig is en op basis daarvan te handelen. Het is van belang om hiervan een solide businesscase te maken.

RANDVOORWAARDE 18 TARIEVEN VOOR SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE IN EERSTELIJN

De werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde in het verzorgingshuis en in de thuissituatie dienen declarabel te zijn. Hij moet hier zowel als consulent en als hoofdbehandelaar kunnen optreden. Dit betekent dat de voorziening c.q. specialist ouderengeneeskunde gefinancierd moet worden vanuit de Zorgverzekeringswet. Er moeten tarieven komen (bijvoorbeeld een DBC) voor consulteren en het behandelen en monitoren van kwetsbare ouderen vanuit de voorziening ouderengeneeskunde. De financiering van deze tweedelijns voorziening betreft tevens de vergoeding voor praktijkondersteuners (POH), teneinde goede taakdelegatie te bevorderen.

RANDVOORWAARDE 19 TARIEVEN VOOR DEELNAME AAN HOMETEAM

De deelname van verpleegkundigen en verzorgenden van de thuiszorg aan het hometeam dient declarabel te zijn voor de thuiszorg. Ook de andere deelnemers aan het hometeam dienen hun deelname te kunnen declareren.

RANDVOORWAARDE 20 FINANCIERING PRAKTIJKONDERSTEUNING VOOR KWETSBARE OUDEREN

De juiste zorg op het juiste moment door de juiste zorgprofessional vergt maximale taakherschikking. De inzet van praktijkondersteuning is nodig om dit doel te realiseren. De stuurgroep pleit er voor dat alle huisartsenvoorzieningen en voorzieningen ouderengeneeskunde kunnen beschikken over een praktijkondersteuner gespecialiseerd in ouderenzorg. De werkzaamheden van praktijkondersteuners van huisartsen dienen declarabel te zijn, ook in verzorgingshuizen. POH is een koepelterm voor de praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen. De POH-financiering is nu gericht op eerstelijns medische zorg voor chronische aandoeningen (diabetes, COPD, cardiovasculaire aandoeningen, hartfalen, etc.), maar moet ook kunnen worden ingezet voor de ‘functionele benadering’ van ouderenzorg (kwetsbaarheid, dementie).

RANDVOORWAARDE 21 BUDGET-IMPACT-ANALYSE EN IMPLEMENTATIEHANDREIKING

Naar verwachting hebben de voorstellen voor het ziekenhuis aanzienlijke financiële consequenties, zowel voor de verschillende medische specialisten als voor het ziekenhuis. Er is sprake van zowel substitutie als extra werkzaamheden en van uitbreiding van de geriatrische bedden capaciteit (zie randvoorwaarde 14). Met name verschuift er werk van orgaanspecialisten naar generalisten. De financiële consequenties hiervan dienen middels een budget-impact-analyse uitgezocht te worden alvorens het rapport op grote schaal in te voeren. Tevens dient een handreiking te worden ontwikkeld, hoe de implementatie van de voorstellen in DBC technische zin (of in functionele bekostigingszin) kan worden geregeld.

6.2.5 Randvoorwaarde voor toezicht op kwaliteit van medische ouderenzorg

RANDVOORWAARDE 22 AFSPRAKEN MET TOEZICHTHOUDERS OVER HANDHAVING

Het is belangrijk dat gezien de randvoorwaarden die nog allemaal geregeld moeten worden, niet direct na het verschijnen van het rapport allerlei toezichthoudende instanties al met handhaving starten. Hierover moeten duidelijke afspraken met de toezichthouders worden gemaakt.

6.3 Eerste aanzet tot implementatieplan

Individuele huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, medisch specialisten en hun verenigingen kunnen een deel van de voorgestelde oplossingen zelfstandig realiseren. Maar voor het realiseren van een belangrijk deel van de oplossingen zijn zij mede afhankelijk van de steun en inzet van andere organisaties en beroepsgroepen. De steun en inzet van overheidsorganisaties is bijvoorbeeld nodig voor het analyseren en wegnemen van financiële belemmeringen (VWS en NZa) en voor het faciliteren van het benodigde onderzoek (ZonMw).

De implementatie van de voorstellen in dit rapport kan alleen slagen als alle artsverenigingen die verantwoordelijk zijn voor een goede ouderenzorg, die verantwoordelijkheid ook nemen. Voor het implementeren van de voorgestelde oplossingen wordt van de volgende beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen een **voortrekkersrol** gevraagd:

- ▶ eerstelijns zorg/extramuraal: Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Vereniging Specialisten in Ouderengeneeskunde (Verenso);
- ▶ tweedelijns zorg/ziekenhuis: Orde van Medisch Specialisten, NVKG, NIV en overige wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten.

Van deze clusters van verenigingen wordt gevraagd om een implementatieplan te maken voor hun eigen achterban en dit plan uit te voeren. Voor de transmurale afspraken zijn de twee groepen van verenigingen gezamenlijk verantwoordelijk. De groepen zijn zelf verantwoordelijk voor het vinden van gelden. Mogelijke externe financieringsbronnen zijn onder meer ZonMw (NPO), CBOG, SKMS, VWS en zorgverzekeraars.

Het voorstel is om de huidige stuurgroep Toekomst Medische Ouderenzorg als 'Platform Medische Ouderenzorg' in stand te houden ter begeleiding en coördinatie van de implementatie. Het Platform keurt deelplannen van de afzonderlijke groepen goed en onderzoekt (mogelijke) relaties met bestaande initiatieven (zoals het NPO). Het federatiebureau van de KNMG zal het Platform en de bovengenoemde verenigingen/clusters ondersteunen.

6.3.1 Bouwstenen voor onderzoek

De stuurgroep heeft een eerste aanzet willen geven voor de bouwstenen voor het beoogde implementatieplan, zodat dat voortvarend opgepakt kan worden. Daarbij heeft ze voortgeborduurd vanuit het eerdere onderscheid tussen de twee clusters voor de thuissituatie en de ziekenhuissituatie.

BOUWSTEEN 1 (FUNDAMENTEEL) ONDERZOEK NAAR GESCHIKTE INSTRUMENTEN *Screening op kwetsbaarheid in ziekenhuis ('geriatrische zeef')*

Doelen

- ▶ Vaststellen welke instrumenten voor screening op kwetsbaarheid valide, effectief en praktisch bruikbaar zijn in het ziekenhuis.

Voortrekkers/uitvoerders

- ▶ Ziekenhuiscluster, in samenwerking met NPO, ZonMw.

Multi-domein-probleemanalyse in eerstelijns

Doelen

- ▶ Vaststellen welke instrumenten voor multi-domein-probleemanalyse valide, effectief en praktisch bruikbaar zijn in de eerstelijns.

Voortrekkers/uitvoerders

- ▶ Eerstelijns cluster.

Inhoud van zorgbehandelplan in eerstelijns

Doelen

- ▶ Vaststellen welke instrumenten voor het maken van een zorgbehandelplan valide, effectief en praktisch bruikbaar zijn in de eerstelijns.

Voortrekkers/uitvoerders

- ▶ Eerstelijns cluster.

BOUWSTEEN 2 ONDERZOEK NAAR CONSEQUENTIES VOOR KOSTEN EN FINANCIERING

Doelen

- ▶ Zie financiële randvoorwaarden 15 t/m 21 in paragraaf 6.2.3.

Voortrekkers/uitvoerders

- Beide clusters, in overleg met onder andere NZa.

6.3.2 Bouwstenen voor de praktijk

BOUWSTEEN 3 ONTWERPEN ZORGPAD VOOR GERIATRISCHE REVALIDATIE NA ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS

Doelen

- ▶ Ontwerpen zorgpad voor geriatrische revalidatie na ontslag uit het ziekenhuis.

Voortrekkers/uitvoerders

- ▶ Beide clusters, met Verenso in voortrekkersrol.

BOUWSTEEN 4 ONTWIKKELEN VAN KWALITEITSINDICATOREN VOOR NIEUWE WERKWIJZE

Doelen

- ▶ Ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren voor nieuwe werkwijze.

Voortrekkers/uitvoerders

- ▶ Beide clusters.

BOUWSTEEN 5 STIMULEREN EN ONDERSTEUNEN VAN LOKALE INITIATIEVEN

Overall in het land worden door artsen (huisartsen, medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde) en zorginstellingen (huisartsenvoorzieningen, gezondheidscentra, ziekenhuizen en voorzieningen ouderengeneeskunde) lokale initiatieven genomen, die preluderen op een deel van de voorstellen van het voorliggende rapport.

Doelen

- ▶ Opstellen van een stimuleringsplan voor lokale initiatieven (hoe kunnen we landelijk bevorderen dat lokaal dergelijke initiatieven worden genomen?).
- ▶ Opstellen van een ondersteuningsplan met (inhoudelijke) adviezen voor lokale initiatiefnemers (welke ondersteuning kunnen we vanuit landelijk bieden?).

Voortrekkers/uitvoerders

- ▶ Beide clusters, in overleg met patiënten- en ouderenorganisaties (m.n. Alzheimer Nederland).

BOUWSTEEN 6 AUTOMATISERING VAN INSTRUMENTEN IN DE EERSTELIJN

Doelen

- ▶ Automatisering van multi-domein-probleemanalyse en zorgbehandelplan in eerstelijns.

Voortrekkers/uitvoerders

- ▶ Eerstelijns cluster.

6.3.3 Bouwstenen voor de opleiding

BOUWSTEEN 7 OPSTELLEN COMPETENTIEPROFIEL POH EN POSOG VOOR KWETSBARE OUDEREN

Doelen

- ▶ Opstellen van een competentieprofiel voor de Praktijk Ondersteuner Huisartsen (POH) **voor kwetsbare ouderen**.
- ▶ Opstellen van een competentieprofiel voor de Praktijk Ondersteuner Specialist Ouderen Geneeskunde (POSOG) **voor kwetsbare ouderen**.

Voortrekkers/uitvoerders

- ▶ Eerstelijns cluster, in overleg met onder andere CBOG.

BOUWSTEEN 8 OPSTELLEN VAN NA- EN BIJSCHOLINGSPLANNEN

Artsen in opleiding en praktiserende artsen moeten in de voor medische zorg aan kwetsbare ouderen benodigde competenties worden geschoold (zie hoofdstuk 5).

Doelen

- ▶ Opstellen en implementeren scholingsplan.
- ▶ Opstellen en implementeren nascholingsplan.

Voortrekkers/uitvoerders

- ▶ Beide clusters, in samenwerking met universiteiten.

6.4 Agenda voor vervolgacties van andere partijen

De stuurgroep Toekomst Medische Ouderenzorg is zich bewust dat ze de lat hoog heeft gelegd voor de medische beroepsgroepen die nu zelf een gezamenlijke visie op de medische ouderenzorg hebben ontwikkeld. Bij de realisatie zal heel wat komen kijken, niet alleen in eigen kring, maar juist ook in samenwerking met andere beroepsgroepen en organisaties. Tegelijkertijd beseft de stuurgroep dat er ook nog veel energie en steun nodig zal zijn om vanuit de medische beroepsgroepen gezamenlijk in dialoog te gaan met andere disciplines.

Met de cliëntorganisaties zullen nu de gesprekken gevoerd gaan worden om te bezien of zij zich herkennen in de toekomstvisie. Bij de ontwikkeling is in ieder geval al via de Stichting Alzheimer Nederland input en inbreng geweest vanuit het Landelijk Netwerk dementie en de netwerken rondom de acht universitaire centra in het NPO. Maar nu de toekomstvisie er ligt, begint natuurlijk het echte werk om de medische ouderenzorg goed te doen aansluiten bij de behoeften en wensen van ouderen zelf en van de hen omringende cliëntsystemen.

Met ZonMw, dat stevig was vertegenwoordigd in de stuurgroep, zullen vervolggesprekken komen over het onderzoek dat nodig is om de lacunes in de huidige kennis over de medische ouderenzorg in de thuis- en ziekenhuissituatie op te vullen. Mogelijk kan een tweede ronde van het NPO worden benut om een aantal onderzoeksthema's ter hand te nemen:

- ▶ validatie van meet-, screenings- en monitorinstrumenten rondom kwetsbaarheid. Te denken valt aan prognostische validering van informatie over kwetsbaarheid, comorbiditeit en functioneren en aan diagnostische validering van gangbare bepalingen/testen voor kwetsbare ouderen (d dimeer, BNP, troponine, etc.);
- ▶ onderzoek ten behoeve van evidence based 'practice in geriatrics'. Er is grote behoefte aan gecontroleerd onderzoek (trials) rond de meest voorkomende klinische syndromen en ziekten met voor ouderen passende uitkomstmaten;
- ▶ fundamenteel onderzoek: naar de basale fysiologische processen van kwetsbaarheid (bv. beperkingen autoregulatie) op cellulair-, orgaan- en organisme niveau;
- ▶ health services research: wat zijn de faciliterende en belemmerende factoren om nieuwe evidentie in de ouderenzorg te implementeren en uit te rollen in de verschillende thuis- en ziekenhuissituaties? Onder-

zoek naar de organisatorische en professionele, doelmatige integratie van voorzieningen van zorg en welzijn voor (kwetsbare) ouderen.

Het CBOG en ZonMw zijn bezig met de ontwikkeling van een nieuw programma 'Beroepen en Opleidingen in de gezondheidszorg'. Dit programma lijkt kansrijke aanknopingspunten te bieden om voorstellen uit het voorliggende rapport te onderzoeken en uit te testen in pilotprojecten.

Met het CBOG dat vanaf het begin mede-initiatiefnemer en deelnemer in de stuurgroep was, zullen vervolggesprekken komen om de competenties en opleidingsvraagstukken rondom de medische ouderenzorg verder uit te werken en te gaan aanpakken. Naast de al eerder genoemde randvoorwaarden en bouwstenen voor implementatie, zullen ook de mogelijkheden worden verkend voor:

- ▶ onderzoek van onderwijs en opleiding: wat zijn effectieve en doelmatige manieren om ouderenzorg te onderwijzen in de verschillende stadia van de medische opleidingen?
- ▶ inventarisatie van de wensen en mogelijkheden op het terrein van mogelijkheden innoveren, toewijzen en ramen van beroepen en opleidingen rondom de medische ouderenzorg;
- ▶ starten van enkele innovatieprojecten met (a) nieuwe beroepen in de medische ouderenzorg, zoals de praktijkondersteuner ouderengeneeskunde, en (b) nieuwe professionele samenwerkingsvormen zoals het hometeam in de thuishouding en het geriatrisch team in het ziekenhuis.

Daarbij kan goed worden aangesloten bij de essaybundel 'Gedeelde verantwoordelijkheid; Basis voor een paradigmashift in de opleidingen en de zorg voor ouderen' die het CBOG in februari 2010 heeft uitgebracht¹⁶. Voorts zal nagegaan worden hoe andere relevante partijen zoals de NFU en de medische vervolgopleidingen geïnvolveerd kunnen en willen raken bij de realisatie van de toekomstvisie voor de medische ouderenzorg.

Tenslotte, maar niet als laatste en om de cirkel met het voorwoord rond te maken, zal deze medische toekomstvisie moeten worden verbreed naar andere disciplines en sectoren. Daarbij moet onder andere worden gedacht aan de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de verpleeghuizen en de beroepsgroepen in de verpleging en verzorging voor ouderen, in zowel de thuis- als de ziekenhuissituatie.

Tot hen wil de stuurgroep zich bij wijze van slotwoord heel direct richten:

Beste collegae, de stuurgroep heeft willens en wetens een risico genomen door omwille van de haalbaarheid van het project akkoord te gaan met de afbakening van het project tot de somatische medische zorg in de thuis-situatie en het ziekenhuis. We meenden er goed aan te doen eerst orde in eigen medisch huis te scheppen, zodat we van daaruit met één geluid en een gezamenlijke lijn aan de slag zouden kunnen gaan met al die ons omringende disciplines. Bent u bereid deze keuze achteraf te aanvaarden, nu deze toekomstvisie op de medische ouderenzorg tot u te nemen en met ons te investeren in een succesvol vervolg dat leidt tot implementatie en inbedding in en tegelijkertijd verbreding naar de gehele zorg- en dienst-verlening aan ouderen? De somatische medische zorg in de thuissituatie en het ziekenhuis is daarvan maar een van de puzzelstukjes, maar dat stukje heeft u nu dan wel in een keer compleet!

Bijlagen

1 Definitie en toelichting van begrippen, zoals gebruikt in dit rapport

Ageism

Butler (1980)¹⁷ onderscheidt drie componenten waaruit ageism bestaat en die elkaar versterken:

- ▶ vooringenomen houdingen naar oudere mensen, oudere leeftijden en het ouder worden, waaronder ook de houding van ouderen zelf;
- ▶ discriminerende praktijken tegen oudere mensen;
- ▶ institutionele praktijken en beleid die de stereotype beelden in stand houden.

Casefinding

Het zoeken door de hulpverlener of arts naar risicofactoren of beginnende afwijkingen bij mensen die om andere redenen een hulpverlener of arts bezoeken, met als doel vroegtijdig te kunnen behandelen of erger te voorkomen. (Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn).

Casefinding op kwetsbaarheid in de huisartsenzorg

In geval van casefinding op kwetsbaarheid in de huisartsenzorg worden de patiënten die de huisarts consulteren tevens beoordeeld op de aanwezigheid van 'kwetsbaarheid' en vindt zo nodig nader onderzoek plaats.

Geriatrische revalidatie

Onder geriatrische revalidatie wordt verstaan een samenhangend pakket van evaluatieve, diagnostische en therapeutische interventies gericht op functieherstel of behoud van niveau van functioneren bij ouderen met beperkingen op meerdere domeinen. Het betreft kortdurende zorg (3-6 maanden) op somatische grondslag onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde, in een multidisciplinaire setting, al dan niet met opname of in dagbehandeling.

Geriatricteam

Multidisciplinair ziekenhuisteam waarbinnen de bij geriatrische *ziekenhuiszorg** betrokken zorgverleners nauw samenwerken, om een geïntegreerd aanbod van geriatrische ziekenhuiszorg tot stand te brengen. Het geriatricteam monitort en begeleidt de kwetsbare patiënt vanaf het moment van ziekenhuisopname.

Geriatrische transferzorg

Onder geriatrische transferzorg wordt verstaan de geriatrische zorg ter voorbereiding van en tijdens het ontslag van de geriatrische patiënt uit het ziekenhuis. De uitvoering van deze zorg wordt in de regel belegd bij een verpleegkundige.

Geriatrische ziekenhuiszorg

Onder geriatrische ziekenhuiszorg wordt verstaan geprotocolleerde multidisciplinaire ziekenhuiszorg, waarbij de volgende zorg geïntegreerd wordt aangeboden:

- ▶ geriatrische medisch specialistische zorg;
- ▶ orgaanspecialistische medisch specialistische zorg;
- ▶ geriatrische paramedische zorg;
- ▶ geriatrische verpleegkundige zorg;
- ▶ geriatrische psychosociale zorg (bijvoorbeeld zorg van psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, verpleegkundige, medisch specialist, enz.);
- ▶ geriatrische transferzorg (zorg ter voorbereiding van het ontslag).

Huisarts met extra geriatrische deskundigheid

Huisarts met extra deskundigheid in de behandeling van geriatrische patiënten. Hierbij kan worden gedacht aan een huisarts die de kaderopleiding Ouderengeneeskunde heeft gevolgd.

Huisartsenvoorziening

Eerstelijns voorziening dicht bij de patiënt, waarbinnen huisartsen samenwerken en taakdelegatie en taakdifferentiatie plaatsvindt. Ten behoeve van de medische zorg aan kwetsbare ouderen thuis of in het verzorgingshuis kan de huisarts een beroep doen op of verwijzen naar de specialist ouderengeneeskunde. Binnen de huisartsenvoorziening zijn, in geval van zorgverlening aan kwetsbare ouderen, de huisartsen eindverantwoordelijk voor (KNMG, 2010):

- a het regelen van een centraal aanspreekpunt voor vragen van de patiënt;
- b de inhoud van de zorgverlening aan de patiënt;
- c de coördinatie van deze zorgverlening.

Home team

Multidisciplinair overleg gericht op kwetsbare ouderen die thuis of in het verzorgingshuis wonen. Binnen het hometeam wordt de diagnostiek, behandeling en begeleiding van deze ouderen besproken.

In het hometeam hebben tenminste zitting:

- ▶ de **arts** (huisarts of specialist ouderengeneeskunde) die verantwoordelijk is voor het **medisch behandelplan** van de patiënt;
- ▶ de **zorgverlener** die verantwoordelijk is voor het **zorgplan** van de patiënt (bijvoorbeeld de praktijkondersteuner, de verpleegkundige van de thuiszorg of van het verzorgingshuis, of de trajectbegeleider);
- ▶ als er sprake is van een trajectbegeleider neemt deze sowieso deel aan het hometeam; ook als een andere hulpverlener verantwoordelijk is voor het zorgplan.

Kwetsbaarheid (Lamberts, 1997)¹⁸ (Van de Rijdt, 2009, p.10-11)

De term kwetsbaarheid, ook wel broosheid of frailty, staat voor gelijktijdige afname op meer gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden. Er is sprake van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk. Bij multimorbiditeit neemt de kans op een depressie - en daarmee kwetsbaarheid - aanzienlijk toe.

Kwetsbaarheid ontstaat niet alleen door gezondheidsproblemen en de daaruit voortkomende beperkingen, maar ook door de mate waarin mensen beschikken over sociale vaardigheden, financiële middelen en een sociaal netwerk. Het Sociaal Cultureel Planbureau noemt een laag opleidingsniveau, inkomen onder de armoedegrens en sociaal isolement sterk medebepalend voor het ontstaan van kwetsbaarheid.

Kwetsbaarheid heeft invloed op de kwaliteit van leven en op herstel mogelijkheden bij ziekte. Bij het opsporen van risicogroepen onder ouderen is daarom het meten van kwetsbaarheid belangrijker dan de biologische leeftijd.

Er zijn geen eenduidige cijfers over hoe groot de groep van kwetsbare ouderen is. Uitkomsten lopen uiteen door verschillen in de definiëring van kwetsbaarheid en in de wijze van onderzoek. Volgens het LASA-onderzoek (Longitudinaal Aging Study Amsterdam) is de gemiddelde prevalentie van kwetsbaarheid boven de 65 jaar 14,5% bij mannen en 20,7% bij vrouwen. Kwetsbaarheid neemt toe met het stijgen van de leeftijd. Bij zowel mannen als vrouwen onder de 70 jaar is bij minder dan 10% sprake van kwetsbaarheid. Bij mannen van 90 jaar en ouder is bij 40% het geval, bij vrouwen is dat bij 65%. (Deeg, 2007)¹⁹

Kwetsbare ouderen

Ouderen waarbij sprake is van kwetsbaarheid.

Medisch specialist met klinische en geriatrie competenties

Een klinisch geriater, een internist ouderengeneeskunde, of een andere medisch specialist met klinische en geriatrie competenties.

Multi-domein-probleemanalyse

Gestandaardiseerde basisdiagnostiek voor kwetsbare ouderen, gericht op het verkrijgen van een indruk van het somatische, functionele, maatschappelijke, psychische en communicatieve functioneren van de patiënt (Hertogh, 1999)²⁰ (Van de Rijdt, 2009, p.27). Hiervoor kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van het Easycare-instrument (Perry, 2008)²¹, het TRAZAG-instrument^l, of de SFMPC-analyse^m. Zo lang geen nationale of regionale standaarden zijn vastgesteld, kunnen praktijken zelf een instrument kiezen.

Multimorbiditeit

Tegelijkertijd voorkomen van twee of meer chronische aandoeningen (bijvoorbeeld: artrose, diabetes, COPD, depressie, hartfalen, Parkinson, etc.) bij een persoon. Op dit moment zijn er 1 miljoen ouderen met multimorbiditeit. De verwachting is dat dit aantal zal stijgen tot 1,5 miljoen in 2020 (Gezondheidsraad en RGO, 2007)²² (Gezondheidsraad 2008, p.31).

Patiënt

Daar waar in deze notitie patiënt staat kan ook patiëntensysteem worden gelezen, tenzij duidelijk anders bedoeld. Met name bij de (traject)begeleiding van kwetsbare ouderen is het patiëntensysteem van groot belang.

Patiëntensysteem

Het zorgsysteem rondom de patiënt kan onderverdeeld worden in een formeel, een semiformeel en een informeel zorgsysteem. Het formele zorgsysteem bestaat uit alle professionele hulpverleners rondom de patiënt (huisarts, paramedici, wijkzorg, etc.). Het semiformele zorgsysteem wordt gevormd door diverse maatschappelijke organisaties die ondersteuning bieden (patiëntenverenigingen, kerkelijke organisaties, ouderenorganisaties, etc.). Het informele zorgsysteem kan bestaan uit partners, kinderen, burens, vrienden of anderen. Zij leveren zowel materiële als immateriële ondersteuning. (Handboek sociale geriatrie, 2006, p.34-35). Op basis van deze indeling wordt het patiëntensysteem gedefinieerd als de patiënt en het informele zorgsysteem.

^l TRAZAG = Transmuraal Zorg Assessment Geriatrie

^m SFMPC Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatief.

Professionele trajectbegeleiding

Het actief monitoren en begeleiden van een patiënt op problemen die om een interventie vragen door een professionele hulpverlener (gedacht wordt aan iemand op HBO-niveau of hoger; bijv. een praktijkondersteuner (PO), verpleegkundige van de thuiszorg of het verzorgingshuis, etc.). Aan trajectbegeleiding door een professional ligt altijd een zorgbehandelplan ten grondslag. De professionele trajectbegeleider handelt binnen het kader van het zorgbehandelplan en participeert in het hometeam. In het kader van deze rapportage wordt geen onderscheid gemaakt tussen de begrippen 'trajectbegeleider' en 'casemanager'.

Screening

Vroegtijdige opsporing van risicofactoren voor ziekten om ziekten te voorkomen of vroegtijdige opsporing van ziekten om tijdig te kunnen behandelen en verergering van de ziekte zo veel mogelijk tegen te gaan. (Bron: Thesauris Zorg en welzijn)

Screening op polyfarmacie in de huisartsenvoorziening

In geval van screening op polyfarmacie in de huisartsenvoorziening worden alle bij de huisartsenpraktijk ingeschreven patiënten beoordeeld op de aanwezigheid van polyfarmacie en vindt zo nodig nader onderzoek plaats.

Sensitiviteit en specificiteit van een screeningsinstrument (RIVM, 2010)

De betrouwbaarheid van een bepaalde screeningstest wordt aangegeven aan de hand van de sensitiviteit en specificiteit van de test.

De sensitiviteit van een test is het percentage van de mensen mét de betreffende aandoening dat door de test wordt geïdentificeerd. Deze mensen krijgen een positieve testuitslag. Het deel van de mensen mét de aandoening die niet door de test geïdentificeerd worden krijgen onterecht een negatieve testuitslag. Dit laatste wordt een foutnegatieve of valsnegatieve testuitslag genoemd.

De specificiteit van een test is het percentage van de mensen zónder de betreffende ziekte of aandoening dat door de test wordt aangewezen als negatief. Het deel van de mensen zonder de aandoening dat onterecht een positieve testuitslag krijgt wordt een foutpositieve of valspositieve testuitslag genoemd.

Een ideale test heeft een betrouwbaarheid van 100%, een sensitiviteit van 100% (geen foutnegatieven) en een specificiteit van 100% (geen foutpositieven). In de praktijk is een screeningsinstrument zelden of nooit 100% betrouwbaar.

Signaleringsfunctie

Kwetsbare ouderen geven vaak te laat, onduidelijk, of niet aan dat zij gezondheidsproblemen hebben waarbij professionele zorgverlening aanwezig is. Ook hulpverleners signaleren gezondheidsproblemen regelmatig te laat. Hierdoor kunnen gezondheidsproblemen die om aandacht van de huisarts of specialist ouderengeneeskunde vragen bij hen onbekend blijven. Verpleegkundigen, verzorgenden en mantelzorgers hebben een taak om deze gezondheidsproblemen voor de huisarts of specialist ouderengeneeskunde te signaleren. Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde hebben een taak om verpleegkundigen, verzorgenden en mantelzorgers bij deze signaleringsfunctie te instrueren en begeleiden. Helpenden (niveau 1 en 2) vangen wel signalen op, maar geven aan moeite te hebben deze signalen (juist) te *interpreteren*. Zij vragen om een klankbord waar zij hun waarnemingen kwijt kunnen en waar deze adequaat worden *geïnterpreteerd*.

Verwijzer (naar het ziekenhuis)

Onder verwijzer (naar het ziekenhuis) wordt verstaan: de eerstelijns arts die het behandelplan van de betreffende patiënt beheert. Deze arts is het eerste aanspreekpunt voor de behandelaars in het ziekenhuis.

Voorziening ouderengeneeskunde

Tweedelijns voorziening van waaruit specialisten ouderengeneeskunde en andere in geriatrie gespecialiseerde zorgverleners - zoals praktijkverpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen en paramedici - samenwerken om zorg te verlenen aan kwetsbare ouderen op de plek waar zij verblijven. De voorziening ouderengeneeskunde is voor patiënten thuis en in het verzorgingshuis op dezelfde wijze toegankelijk als de medisch specialistische c.q. ziekenhuiszorg, d.w.z. niet rechtstreeks maar na verwijzing door de huisarts.

Qua werkwijze ten behoeve van patiënten thuis en het verzorgingshuis kan gedacht worden aan de ambulante teams van de sociale geriatrie die, na verwijzing door de huisarts, bij patiënten thuis of in het verzorgingshuis de zorg verlenen. Binnen de voorziening ouderengeneeskunde zijn de specialisten ouderengeneeskunde eindverantwoordelijk voor (KNMG, 2010):

- a het regelen van een centraal aanspreekpunt voor vragen van de patiënt;
- b de inhoud van de zorgverlening aan de patiënt;
- c de coördinatie van deze zorgverlening.

Zorgbehandelplan

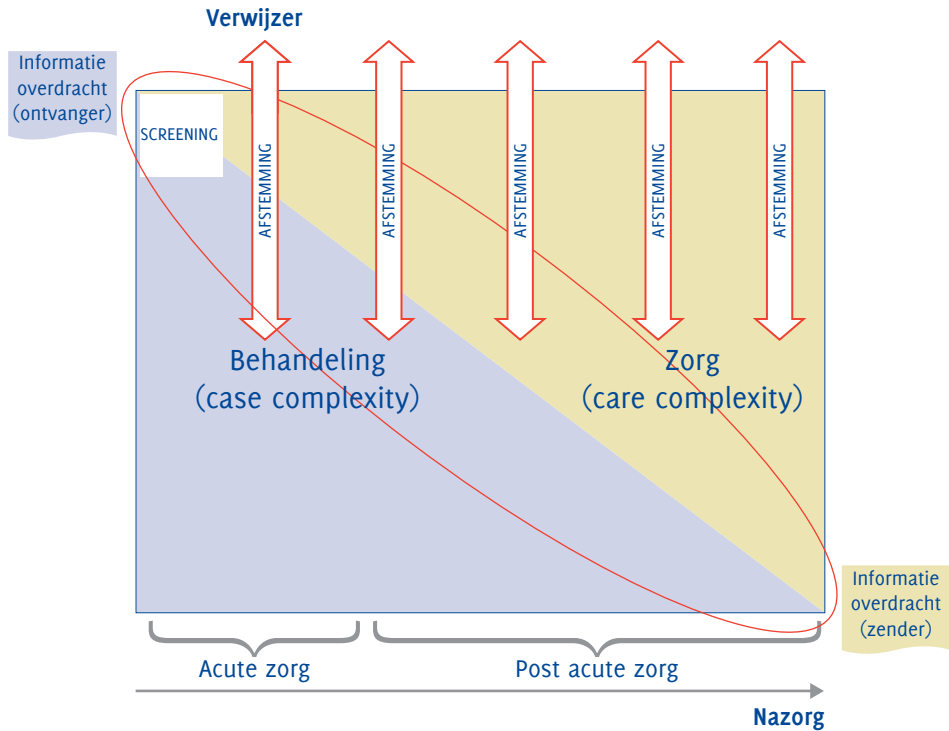
Het zorgbehandelplan kent een gestandaardiseerde indeling. Het bestaat uit een medisch behandelplan en een zorgplan waarvan de doelstellingen op elkaar zijn afgestemd. Het opstellen van het medisch behandelplan is de verantwoordelijkheid van de arts. Het opstellen van het zorgplan is de verantwoordelijkheid van de thuiszorgorganisatie of het verzorgingshuis.

Een belangrijk aandachtspunt in het medisch behandelplan wordt gevormd door afspraken over de behandelbeperkingen die gelden voor een bepaalde patiënt. Bijv. wel/niet reanimeren/beademen; wel/geen ziekenhuisopname.

Zorgcoördinatie (KNMG, 2010)

Coördinatie van de zorgverlening aan de patiënt. De functie van zorgcoördinator impliceert **niet** (het kan wel, maar hoeft niet) dat men het eerste aanspreekpunt voor vragen van de patiënt is en ook **niet** (het kan wel, maar hoeft niet) dat men de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid draagt voor de zorgverlening aan de patiënt.

2 Zorgpad ziekenhuisopname kwetsbare oudere



TOELICHTING

Kenmerken van het zorgpad zijn een snelle detectering van kwetsbare ouderen, gevolgd door een integrale diagnostiek, consultatieve dienstverlening, multidisciplinaire samenwerking en een duidelijke ontslagplanning. Met de verwijzer zijn afspraken gemaakt over afstemming en samenhang van de geleverde zorg. In de tweedelijnsinstelling is vastgelegd wie op welk moment de zorg coördineert en daarmee het aanspreekpunt voor de kwetsbare oudere. Het doel van de integrale zorgverlening is de kwaliteit van leven van de kwetsbare ouderen te handhaven of te verbeteren.

3 Competenties medisch specialist voor de kwetsbare oudere patiënt in het ziekenhuis

Wanneer we inhoudelijk kijken naar de medische competenties die deze arts nodig heeft, dan komen we niet tot de essentie van de competenties waar het om gaat. Immers, van de verwijzer tot en met de cardioloog staat beschreven dat deze hartfalen diagnosticeert en behandelt. Desondanks weten we dat er verschillen zijn in de manier waarop deze artsen diagnosticeren en de therapeutische mogelijkheden waarover zij beschikken. Het valt buiten het bestek van dit stuk om een volledig overzicht van alle competenties te geven. In deze bijlage worden een eerste aanduiding gegeven.

De arts die de rol van arts voor de kwetsbare oudere in het ziekenhuis op zich kan nemen is in ieder geval grotendeels in de 2e lijn opgeleid (ziekenhuis en GGz), waarmee hij/zij:

- ▶ beschikt over klinische en geriatrische competenties; bijvoorbeeld is opgeleid in de interne geneeskunde als basis, daarna geriatrie of intern ouderengeneeskunde en geriatrie GGz/ouderenpsychiatrie;
- ▶ beschikt over adequate diagnostische en therapeutische vaardigheden om zelf een deel van de diagnostiek en behandeling van kwetsbare ouderen te kunnen uitvoeren;
- ▶ in staat is om initiatieven te ontplooiën, die zich richten op de bevordering van de kwaliteit van zorg en deskundigheid van bij medewerkers rond de kwetsbare ouderen;
- ▶ met deze vaardigheden in staat is de diagnostische en therapeutische voorstellen van de orgaanspecialisten op waarde te kunnen schatten en daarmee een gesprekspartner kan zijn in het afwegen van de voor- en nadelen van deze diagnostische en therapeutische adviezen.

Professioneel is hij/zij dus een generalistisch medisch specialist die bij uitstek in staat is de grenzen van eigen competenties onder ogen te zien en daarnaar te handelen. Het vakgebied van de medische zorg voor de kwetsbare oudere is dermate breed, dat er heel nadrukkelijk vaardigheden gevraagd worden en men zich adequaat moet bij- en nascholen.

Hij/zij is een communicator en samenwerker bij uitstek: zowel met collega medisch specialisten, paramedici, verpleegkundigen als andere professionals, zowel binnen als buiten het ziekenhuis.

Hij/zij is goed in staat de regie te voeren van de organisatie van zorg rond de kwetsbare ouderen in het ziekenhuis.

Omdat de geriatrie zich deels nog kenmerkt door '*Evidence Biased Medicine*' vergt het vakgebied ook expliciet vaardigheden om kennis en bewijs, opgedaan uit onderzoek bij jongere patiëntenpopulaties op gewogen wijze te kunnen toepassen op de oudere, kwetsbare populatie. Daarnaast vergt juist het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek bij deze patiëntengroep een verantwoordelijkheid om wetenschappelijk onderzoek op te zetten of mee te werken aan onderzoek zodat er meer 'evidence' ter beschikking komt van wat wel en niet werkt bij deze patiëntengroep.

4 Algemene competenties van de medisch specialist

1. MEDISCH HANDELEN

- 1.1 De specialist bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied.
- 1.2 De specialist past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied goed en goed toe.
- 1.3 De specialist levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg.
- 1.4 De specialist vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe voor patiëntenzorg en onderwijs.

2 COMMUNICATIE

- 2.1 De specialist bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op.
- 2.2 De specialist luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante patiëntinformatie.
- 2.3 De specialist bespreekt medische informatie goed met patiënten en familie.
- 2.4 De specialist doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over patiëntencasus.

3 SAMENWERKING

- 3.1 De specialist overlegt doelmatig met collegae en andere zorgverleners.
- 3.2 De specialist verwijst adequaat.
- 3.3 De specialist levert effectief intercollegiaal consult.
- 3.4 De specialist draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg.

4 KENNIS EN WETENSCHAP

- 4.1 De specialist beschouwt medische informatie kritisch., heeft kennis van basale onderzoeksmethodiek, en bedrijft de geneeskunde waar mogelijk volgens evidence based richtlijnen.
- 4.2 De specialist bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis.
- 4.3 De specialist ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan.
- 4.4 De specialist bevordert de deskundigheid van studenten, agio's, collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg.

5 GENEESKUNDIG MAATSCHAPPELIJK HANDELEN

- 5.1 De specialist kent en herkent de determinanten van ziekte.
- 5.2 De specialist bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel.
- 5.3 De specialist handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen.
- 5.4 De specialist treedt adequaat op bij incidenten in de zorg.

6 ORGANISATIE

- 6.1 De specialist organiseert het werk naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling.
- 6.2 De specialist werkt effectief en doelmatig binnen een gezondheidszorg-organisatie.
- 6.3 De specialist besteedt de beschikbare middelen voor de patiëntenzorg verantwoord.
- 6.4 De specialist gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg, en voor bij- en nascholing.

7 PROFESSIONALITEIT

- 7.1 De specialist levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze.
- 7.2 De specialist vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag.
- 7.3 De specialist kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daar binnen.
- 7.4 De specialist oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep.

5 Samenstelling werkgroepen en stuurgroep

STUURGROEP

THUSSITUATIE, ZIEKENHUISSTUATIE EN TRANSMURALE ZORG

- ▶ Jettie Bont, *huisarts (bestuurslid LHV) /plaatsvervangend Dieter Boswijk, huisarts*
- ▶ Mieke Draijer, *specialist ouderengeneeskunde (voorzitter Raad van Toezicht Verenso) / drs. Wineke Weeder, MSM (bestuurder Verenso) †*
- ▶ prof. dr. Jacobijn Gussekloo, *huisarts (hoogleraar LUMC) /plaatsvervangend Tony Poot, huisarts; dr. Annet Wind, huisarts*
- ▶ dr. Cees Hertogh, *specialist ouderengeneeskunde (senior onderzoeker EMGO, Gerion, VUMC) /plaatsvervangend Frank Hoek, specialist ouderengeneeskunde (hoofd Gerion, VUMC); prof. dr. Miel Ribbe (hoogleraar VUMC)*
- ▶ prof. dr. Robbert Huijsman (*hoogleraar Erasmus MC*) (**voorzitter stuurgroep**)
- ▶ dr. A.M. Lagaay, *internist-ouderengeneeskunde (namens Orde van Medisch Specialisten)*
- ▶ drs. Julie Meerveld (*hoofd Belangenbehartiging en Zorgvernieuwing Alzheimer Nederland*) /plaatsvervangend drs. Marco Blom (*directeur Onderzoek en Beleid Alzheimer Nederland*)
- ▶ dr. Sophia de Rooij, *internist-ouderengeneeskunde (lid NIV) en klinisch geriater*
- ▶ drs. Arno van Rooijen (*hoofd medische opleidingen Antonius Ziekenhuis Nieuwegein*)
- ▶ drs. Franz Roos (*bestuurssecretaris Verenso*)
- ▶ Henk Smid (*directeur ZonMw*) /plaatsvervangend drs. Margriet van Rees (*teammanager Langdurige Zorg ZonMw*)
- ▶ mr. Lidy Vlaskamp (*senior adviseur CBOG*) /plaatsvervangend drs. Olivia Butterman (*beleidsmedewerker CBOG*)
- ▶ drs. Michiel Wesseling (*adviseur Beleid en Advies KNMG*) (**secretaris stuurgroep**)
- ▶ dr. Lode Wigtersma (*directeur Beleid en Advies, KNMG*)
- ▶ Judith Wilmer, *klinisch geriater (bestuurslid NVKG en sinds oktober 2009 voorzitter NVKG)*

WERKGROEP 1

THUISSITUATIE

- ▶ Jettie Bont, *huisarts/plaatsvervangend Bram Stegeman, huisarts*
- ▶ Dieter Boswijk, *huisarts*
- ▶ dr. Pieter Brakman, *emeritus hoogleraar, mantelzorger*
- ▶ Mevrouw Greweldinger (CSO)/*plaatsvervangend drs. Marcel Kaarsgaren (CSO)*
- ▶ dr. Cees Hertogh, *specialist ouderengeneeskunde (senior onderzoeker EMGO, Gerion, VUMC)/plaatsvervangend Frank Hoek, specialist ouderengeneeskunde (hoofd Gerion, VUMC); prof. dr. Miel Ribbe (hoogleraar VUMC)*
- ▶ dr. Gooke Lagaay, *internist-ouderengeneeskunde*
- ▶ Huub Maas, *klinisch geriater/plaatsvervangend Jos van Campen, klinisch geriater*
- ▶ Joes Meens, *specialist ouderengeneeskunde*
- ▶ drs. Julie Meerveld, *Alzheimer Nederland*
- ▶ Frits Oostervink, *geronto-psychiater*
- ▶ Lisan Schrevel, *specialist ouderengeneeskunde*
- ▶ drs. Michiel Wesseling (*KNMG, voorzitter en secretaris werkgroep 1*)
- ▶ dr. Annet Wind, *huisarts*

WERKGROEP 2

ZIEKENHUISITUATIE

- ▶ Aggie Balk, *cardioloog*
- ▶ Trudy Eerenberg, *neuroloog*
- ▶ prof. dr. Jacobijn Gussekloo, *huisarts (hoogleraar eerstelijns geneeskunde)*
- ▶ Peter Jue, *klinisch geriater*
- ▶ prof. dr. Marcel Olde Rikkert (*hoogleraar klinische geriatrie*)
- ▶ Carolien Benraad, *klinisch geriater*
- ▶ Tony Poot, *huisarts*
- ▶ dr. Sophia de Rooij, *internist-ouderengeneeskunde en klinisch geriater*
- ▶ drs. Arno van Rooijen (*voorzitter en secretaris werkgroep 2*)
- ▶ Amnon Weinberg, *specialist ouderengeneeskunde*
- ▶ Judith Wilmer, *klinisch geriater*

6 Geraadpleegde literatuur

- 1 Van de Rijdt-van de Ven A. *Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. Handreiking samenhangende zorg in de eerste lijn*. LHV, NHG, NVVA, KNMP. Utrecht, 2009.
- 2 Holland P. *Medische zorg voor ouderen*. Medisch Contact. Nr. 1, 2 januari 2008.
- 3 Gezondheidsraad. *Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit*. Den Haag, januari 2008.
- 4 Koopmans R. en Schers H. *Heel de oudere. Echte innovatie van ouderenzorg vraagt om paradigmaverandering*. Medisch Contact. 28 maart 2008; 63 nr.13, p.558-561.
- 5 Gezondheidsraad. *Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009; publicatienr. 2009/07.
- 6 ActiZ, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS en ZN. *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (langdurige en/of complexe zorg). Een operationalisering van de visiedocumenten 'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg' en 'Normen voor Verantwoorde zorg Thuis' in een indicatorenset en een sturingsmodel voor langdurige en/of complexe zorg*. Oktober, 2007.
- 7 Marum van R. *Special Ouderen: Medicatie optimaliseren in zes stappen*. MedNet 2007;4(14):19.
- 8 *Handboek sociale geriatrie*. Redactie: Lujendijk H. en Verkaaik A. De Tijdstroom, 2006. Hoofdstuk 2, p.34-35.
- 9 Berendsen J. *Samenwerking tussen huisarts en specialist. Wat vinden de patiënten en de dokters?* Proefschrift uitgegeven door Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008.
- 10 McCusker, J, F. Bellavance, F. Cardin, S. Trepanier, S. Verdon, J. Ardman (1999). *Detection of Older People at Increased Risk of Adverse Health Outcomes After an Emergency Visit: The ISAR Screening Tool*. Journal of the American Geriatrics Society: 47, nr. 10, p. 1229-1237.

- 11 RIVM. *Zelftests: Testeigenschappen*. Nationaal Kompas Volksgezondheid. http://www.rivm.nl/vtv/object_document/06986n35966.html (laatste bezoek: 14 maart 2010).
- 12 KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. Handreiking *Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Utrecht, 26 januari 2010.
- 13 Mosqueda L. *Assessment of Rehabilitation Potential in Geriatric rehabilitation* Clin Ger Med 1993 (4) 689-705.
- 14 Munin M. *Effect of Rehabilitation Site on Functional Recovery After hip Fracture* Arch Phys Med Rehabil 2005 (86) 367-372.
- 15 Graas de T. c.s. Graas, de T. c.s. (2008). *Meer dan gezondheid*. Ouderenzorg vereist een integrale visie en opleiding. Medisch Contact: 63 nr. 13, 554-557.
- 16 CBOG. *Gedeelde verantwoordelijkheid*. Basis voor een paradigmashift in de opleidingen en de zorg voor ouderen. Utrecht, februari 2010.
- 17 Butler R. Ageism. A foreword. *Journal of social issues* 1980;36 (p.8-11).
- 18 Lambert S., Beld van den A en Lely van der A. *The endocrinology of aging*. Science. 1997; 278 (p.419-424).
- 19 Deeg D. e.a. *Het kwetsbare succes van ouder worden*. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde. 2007; 32 (5).
- 20 Hertogh C. Functionele Geriatrie. *Probleemgerichte zorg voor chronisch zieke ouderen*. Maarssen, 1999 (2e druk).
- 21 Perry M, Melis R, Teerenstra S, Draskovic I, Achterberg T, Eijken van M, Lucassen P, en Olde Rikkert M. *An in-home geriatric programme for vulnerable community-dwelling older people improves the detection of dementia in primary care*. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2008; 23 (p.1312-1319).
- 22 Gezondheidsraad en RGO. *Briefadvies Multimorbiditeit bij ouderen*. Brief van de voorzitters Gezondheidsraad en RGO aan de staatssecretaris van VWS d.d. 11 september 2007.



