

25 Verbeterpunten Standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen

Het KNMG-standpunt ‘Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen’ beschrijft verbetervoorstellen voor de zorg die artsen verlenen aan kwetsbare ouderen. Deze verbetervoorstellen zijn door huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en medisch specialisten zelf aangedragen. De uitgebreide omschrijving en toelichting die u vindt in het standpunt, zijn samen te vatten tot de volgende 25 verbeterpunten. Het volledige standpunt en meer informatie over ouderenzorg vindt u in een speciaal daartoe ingericht webdossier van de KNMG.¹

Kwetsbare oudere verblijft thuis

1. De *huisarts is het centrale aanspreekpunt voor kwetsbare ouderen*, tenzij er een trajectbegeleider is aangewezen. De huisarts is altijd het centrale aanspreekpunt bij acute medische problemen. Binnen alle ziekenhuizen fungeert een *in klinische ouderenzorg gespecialiseerde arts als aanspreekpunt voor huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde*.
2. Huisartsen beoordelen potentieel kwetsbare ouderen (*casefinding op kwetsbaarheid*) door middel van een *multidomeinanalyse* (fysiek, mentaal, sociaal).
3. Er wordt *voor elke kwetsbare oudere een zorg&behandel-plan* opgesteld waarin de doelstellingen van verzorging (thuiszorg) en behandeling (huisarts) worden omschreven en op elkaar worden afgestemd .
4. *Standaardisering en automatisering* van multidomeinanalyse en zorg&behandel-plan ten behoeve van gebruik in de huisartsenpraktijk.
5. Er is *één gemeenschappelijk elektronisch domein voor iedereen die bij de ouderenzorg in de thuissituatie betrokken is*, waarbinnen multidomeinanalyse, zorg&behandel-plan en trajectbegeleiding worden opgesteld en/of vastgelegd.
6. Er is een structurele samenwerking (“*hometeam*”) tussen de verantwoordelijke voor het behandelplan (de huisarts), de verantwoordelijke voor het zorgplan (bijvoorbeeld de praktijkondersteuner, de verpleegkundige van de thuiszorg of van het verzorgingshuis, of de trajectbegeleider) en een eventueel verder betrokken trajectbegeleider. Binnen deze samenwerking worden alle zorg&behandel-plannen opgesteld en geüpdatet.
7. *Alle kwetsbare ouderen worden tenminste eens per jaar gescreend op polyfarmacie*, op verantwoordelijkheid van de huisarts wordt dit in alle huisartspraktijken georganiseerd. Tevens zorgt de huisarts dat bij *alle bestaande gevallen van polyfarmacie tenminste eens per jaar medicatieoptimalisatie* wordt uitgevoerd.
8. De huisarts is verantwoordelijk voor het aanbod van *bemoeizorg bij (mogelijke) zorgwekkende zorgmijders* in de huisartsenvoorziening.

Kwetsbare oudere verblijft in verzorgingshuis

9. Alle bewoners van een verzorgingshuis worden regelmatig en *systematisch gescreend* op kwetsbaarheid en er wordt *voor iedere bewoner een zorg&behandel-plan* opgesteld. Huisarts en specialist ouderengeneeskunde spreken onderling af wie verantwoordelijk is voor het behandelplan. Het verzorgingshuis is verantwoordelijk voor het zorgplan. Als het zorgplan ontbreekt, spreekt huisarts / specialist ouderengeneeskunde het verzorgingshuis hierop aan.

¹ www.knmg.nl/ouderenzorg

10. Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde maken *afspraken over het signaleren van epidemieën in verzorgingshuizen*, en zij handelen op signalen.
11. Het is de verantwoordelijkheid van het verzorgingshuis dat er een *multidisciplinair overleg, conform het hometeam in de thuissituatie, wordt gerealiseerd in elk verzorgingshuis*, 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.
12. De eigen arts van de patiënt is verantwoordelijk dat *waarnemingen van verzorgenden meewegen in zorg&behandel-plan*. Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde maken goede afspraken met verzorgenden en helpenden over het signaleren van gezondheidsproblemen en bieden een klankbord waar een arts of verpleegkundige de gezondheidsgerelateerde waarnemingen van verzorgenden interpreteren.
13. Alle huisartsen en alle specialisten ouderengeneeskunde die zorg verlenen aan patiënten in eenzelfde verzorgingshuis werken ter realisatie van de bovengenoemde oplossingen onderling samen. Patiënten wordt gevraagd om *bij opname in verzorgingshuis (eenmalig) van arts te wisselen*, om zodoende het aantal betrokken artsen per verzorgingshuis te beperken.

Kwetsbare ouderen ontvangen zorg in ziekenhuis (opname of poliklinisch)

14. 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.
15. De hoofdbehandelaar van zelfstandig wonende kwetsbare oudere patiënten (huisarts of specialist ouderengeneeskunde) is er verantwoordelijk voor *elke kwetsbare ouderen een up-to-date kerndossier* (1 A4-tje) bijgehouden wordt, met daarin kerninformatie (probleemlijst, medicatie, calamiteitenbeleid met inbegrip van reanimatiebeleid). Dit kerndossier dient beschikbaar te zijn in acute situaties. De mogelijke vormen van dossiers moeten nader worden uitgewerkt, al naar gelang de mogelijkheden van de locatie waar de patiënt verblijft (thuis, verzorgingshuis).
16. Het *medisch beleid tijdens een ziekenhuisopname volgt het bestaande medische beleid in de eerste lijn*. Er is een duidelijk omschreven ontslagprocedure en nazorgtraject voor kwetsbare patiënten, inclusief het nazorgtraject op de polikliniek. Een patiënt wordt pas ontslagen wanneer zorg en behandeling met de verwijzer zijn afgestemd. Artsen in het ziekenhuis hebben 24 uur per dag toegang tot het patiëntendossier van de verwijzer.
17. Ieder ziekenhuis biedt *één loket voor integrale zorg onder regie van een medisch specialist met klinische en geriatische 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.
18. 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 geriatische competenties de regie voert*.
19. Bij binnenkomst in het ziekenhuis worden *alle patiënten vanaf 65 jaar op kwetsbaarheid 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 ziekenhuiscomplicaties. De zorg is gericht op functiebehoud, in het bijzonder behoud van zelfredzaamheid.

20. Bij elke kwetsbare oudere patiënt in het ziekenhuis zijn tenminste *de orgaanspecialist en een generalist met klinische en geriatische competenties* betrokken. Zij spreken af wie het aanspreekpunt voor patiënt en familie is, wie eindverantwoordelijkheid draagt, en wie belast is met de zorgcoördinatie. In het KNMG-model draagt de orgaanspecialist deze drie verantwoordelijkheden in de acute situatie, en de generalist (een medisch specialist met klinische en geriatische competenties) in de postacute fase.
21. Ziekenhuizen stellen *geriatrieteams* in: multidisciplinaire teams waarbinnen de bij geriatische ziekenhuiszorg betrokken zorgverleners nauw samenwerken, om een geïntegreerd zorgaanbod tot stand te brengen. Het geriatrieteam kan worden uitgebreid met externe consultants, zoals een ouderenpsychiater of een specialist ouderengeneeskunde. 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. De verpleegkundig specialist geriatrie vervult een sleutelrol in het geriatrieteam door het bewaken van de optimale omstandigheden voor het uitvoeren van de zorg- en behandelplannen.
22. Ziekenhuizen bieden een *senior-vriendelijke omgeving* waarin zo spoedig mogelijk herstel op somatisch, psychisch, functioneel en sociaal gebied mogelijk is. In deze omgeving wordt verregaand rekening gehouden met de beperkingen die de ouderdom met zich meebrengt. Belangrijke beslissingen worden steeds getoetst aan deze uitgangspunten. Hierbij is het noodzakelijk dat het ziekenhuis beschikt over een functie geriatrie met ten minste een poliklinische, dagklinische, consult- en opnamefunctie.

Informatie-uitwisseling tussen verwijzer (eerste lijn) en behandelaar (tweede lijn)

23. De verwijzer verzorgt een (schriftelijke of elektronische) *verwijsbrief bij ziekenhuisopname*, met relevante informatie over de (behandeling van de) patiënt en afspraken tussen verwijzer en behandelaar over (wijze en frequentie) van onderlinge communicatie, overleg, afstemming en dossiervorming. Tenminste wordt de verwijzer op de dagen van opname en ontslag daarvan in kennis gesteld, worden ingrijpende wijzigingen in medisch beleid / zorg&behandel-plan altijd met verwijzer overlegd en worden bij ontslag veranderingen in medisch beleid / zorg&behandel-plan duidelijk aangegeven.
24. De verwijzer verzorgt een (schriftelijke of elektronische) *verwijsbrief bij polikliniekbezoek*, met relevante informatie over de (behandeling van de) patiënt. De verwijzer wordt binnen 10 dagen na het eerste polikliniekbezoek geïnformeerd over veranderingen in medisch beleid/ zorg&behandel-plan. Bij vervolgpoliklinische bezoeken tenminste eens per 3 maanden. Ingrijpende wijzigingen in het medisch beleid / zorg&behandel-plan worden altijd met de verwijzer overlegd.
25. Als een kwetsbare oudere patiënt wordt *opgenomen tijdens waarneming* in de eerste lijn, neemt de medisch specialist neemt de eerstvolgende dag na opname telefonisch contact op met de huisarts / specialist ouderengeneeskunde van de patiënt om het zorg&behandel-plan af te spreken en de verwijsgegevens te completeren