

## Landelijke Adviesgroep EerstelijnsGeneeskunde voor Ouderen

### In deze nieuwsbrief:

#### Pagina 1

Uitgelicht: Het eerstelijnsverblijf.  
Boek 'Protocollaire Ouderenzorg'.

#### Pagina 2

Piketpaaltjes in de ouderenzorg;  
feiten, organisatie, financiering.

#### Pagina 3

Afstuderen kaderopleiding Specialist  
Oudergeneeskunde eerste lijn.

#### Pagina 4

'IAGG-er congress Dublin'.

### Agenda en actueel nieuws

Bekijk de agenda en het actuele  
nieuws op onze website.

Klik op de link:

[Agenda en actueel nieuws](#)

### Colofon

*Samenstelling nieuwsbrief:*

Claudia de Waard

*Vormgeving:* Leander Teepe

*Laego bestuur:*

Frank van Kemenade, *voorzitter*

Claudia de Waard, *secretaris*

Herman Wisselink, *penningmeester*

Corrie Jongsma, Shanti van Maurik-Brandon, Willem Vos, Annet Wind,

Fabienne de Witte, Mirjam Sijp

(secr. NHG), *bestuursleden*

*Commissie van aanbeveling:*

prof. dr. Jacobijn Gussekloo, hoogleraar eerstelijnsgeneeskunde LUMC;

prof. dr. Marjolein Berger, hoogleraar

huisartsgeneeskunde UMCG;

dr. Marc Bruijnzeels, directeur

Jan van Es instituut.

### Contact

Website: [www.laego.nl](http://www.laego.nl)

E-mail: [laego@nhg.org](mailto:laego@nhg.org)

## Uitgelicht: Het eerstelijnsverblijf

Door: Herman Wisselink

Onder aanvoering van Verenso is een club mensen, waaronder een NHG-Laego-afgevaardigde, bezig met het afwegingsinstrument voor het eerstelijnsverblijf. We zijn het er allemaal over eens, dat dat eerstelijnsverblijf er moet komen, maar hoe het er precies uit moet zien en voor wie, daar is deze exercitie voor bedoeld. Het afwegingsinstrument zit nu in de laatste fase; op 5 november vond de laatste vergadering erover plaats.

Zoals het nu lijkt zullen we twee soorten eerstelijnsverblijven krijgen, een laag-complex en een-hoog complex. Het laagcomplexe eerstelijnsverblijf is voor die situaties die goed te overzien zijn – geen ingewikkelde situaties en een probleem, waardoor de patiënt op dit moment niet thuis kan zijn; de herstelduur is te overzien. En hoog complex wanneer de patiënt in een gespecialiseerde omgeving moet worden opgevangen. De duur van het verblijf is maximaal tien weken met de mogelijkheid om nog eens acht weken te verlengen. Een punt van aandacht hierbij voor de ouderen is de afgrenzing van de hoog-complexe zorg met de geriatrische revalidatiezorg, die voor dezelfde doelgroep is ingericht met een revalidatiedoelstelling.

Hoe het precies vorm moet krijgen,

moet regionaal worden bepaald. Eén van de aanbevelingen is om in elke regio een aanspreekpunt te hebben, die bemand wordt door transferverpleegkundigen die 24/7 gevraagd kunnen worden de transfer te regelen. Indien het niet lukt om een spoedplaatsing te realiseren zou tijdelijk 24-uurs V&V-zorg moeten kunnen worden ingezet. Een andere aanbeveling is om in het pakket van de eerstelijnsverblijf standaard fysiotherapie mee te nemen, zodat de herstelduur niet vertraagd worden, omdat er geen fysiotherapie voor de patiënt is meeverzekerd.

Het lijkt erop, dat de regeling in 2016 gaat functioneren. Als Laego-bestuur zijn we daar blij mee, omdat daarmee een gat in de huidige regelingen weer gerepareerd wordt.

## Boek 'Protocollaire Ouderenzorg'

Door: Shanti van Maurik-Brandon

In samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft Laego het boek Protocollaire Ouderenzorg gerealiseerd. Het boek is de volledig vernieuwde opvolger van de NHG-PraktijkWijzer Ouderenzorg (uitgave 2010).



Shanti van Maurik-Brandon

Diverse auteurs hebben hard gewerkt aan het tot stand brengen van dit boek. Begin 2014 zijn Willemijn de Graaf en ik begonnen met de eerste ideeën om het boek uit te gaan brengen. Onze

belangrijkste doelstellingen waren: een brede invulling van wat er al beschikbaar is, en inhoudelijk voor allerlei verschillende soorten huisartsenpraktijken toepasbaar.

Het was geen gemakkelijke klus om de verschillende ideeën en mogelijkheden voor ouderenzorg toch in een boek te vatten. Maar we mogen na anderhalf jaar trots zijn op het uiteindelijk resultaat. De inhoudsopgave geeft meteen al het grote scala aan onderwerpen weer: van de visie van Laego tot ouderenzorg specifieke casuïstiek en zorgplan maken.

Het boek is gekoppeld aan de website van het NHG waar verdere achtergrondinformatie en documenten zijn te vinden. Het boek inspireert tot een bewuste verbetering van de ouderenzorg in iedere praktijk.

We hopen uiteraard dat u allen dit boek bestelt en voor het uitdragen en in de praktijk brengen van ouderenzorg gebruikt. De eerste reacties zijn positief,



vooral het digitale gedeelte bij het boek is een echte aanwinst.

U kunt Protocollaire Ouderenzorg bestellen via de webwinkel van het NHG, zie onderstaande links.

Namens alle auteurs  
Shanti van Maurik-Brandon

Achtergrondinformatie en documenten:  
<https://www.nhg.org/themas/publicaties/protocollaire-ouderenzorg>

Webwinkel NHG: <https://www.nhg.org/winkel/producten/boek-protocollaire-ouderenzorg>

## Piketpaaltjes in de ouderenzorg; feiten, organisatie, financiering

Door: Annet Wind

Op vrijdagmiddag 5 juni jongstleden vond alweer het zevende Laego-symposium plaats. Dit ter gelegenheid van het afstuderen van groep twaalf van de NHG-kaderopleiding ouderengeneeskunde.

Het was traditiegetrouw een mooie zonnige, warme middag in Hotel Haagsche Schouw, Leiden. Er waren circa 60 deelnemers: 23 afstuderende kaderhuisartsen en hun fans, Laego-leden en genodigden van NHG, LHV, InEen en het Zorginstituut Nederland.

Het thema van deze middag was: 'Piketpaaltjes in de ouderenzorg; feiten, organisatie, financiering'. Na

het welkomstwoord van hoogleraar Mattijs Numans, afdelingshoofd van de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde (PHEG) van het LUMC, hielden drie sprekers een korte inleiding.

Henk Boogaart, groepsbegeleider en kaderhuisarts ouderengeneeskunde, motiveerde enkele organisatorische piketpalen in de eerstelijnszorg voor

ouderen: casefinding van kwetsbaren, wijkgebonden zorg georganiseerd rondom de huisartsenpraktijk, met zorg én ondersteuning volgens het vlindermodel, onder regie van het Gestructureerd Periodiek Overleg (GPO) met naast de huisarts de onafhankelijke verpleegkundige en de ouderenadviseur van de gemeente.

Professor Jacobijn Gussekloo, huisarts en hoofd onderzoek binnen PHEG, liet vervolgens zien dat binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg de resultaten met betrekking tot proactieve samenhangende zorg positief zijn op het gebied van uitvoerbaarheid, tevredenheid en financiën, maar dat er geen effect op het functioneren van ouderen en hun kwaliteit van leven



Afgestudeerden groep 12, NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde

is aangetoond, onder andere doordat veel onderzoek gebaseerd was op screening van de populatie. Ook zij pleit voor casefinding.

Vervolgens liet Marc Bruijnzeels, directeur Jan van Es instituut, zien dat we niet moeten afwachten wat de zorgverzekeraars doen. Houdbare goede zorg kan immers niet zonder investeringen van zowel de zorgverzekeraars als óók de zorgverleners. De huidige financieringsstructuur heeft het probleem dat sturing op macro-niveau plaatsvindt, maar dat de effecten op microniveau zichtbaar zijn. Dat betekent dat financiering en kwaliteit ontkoppeld worden, terwijl je die twee juist graag zou verbinden. Hij pleit voor een geïntegreerde financiering (van een abonnementstarief en een verrichtingen tarief), waarbij samenwerking en kwaliteit gestimuleerd wordt.

Na deze inspirerende voordrachten gingen de deelnemers zelf aan de slag met de opdracht: Wat zijn voor jou de piketpalen waarlangs jij de ouderenzorg wilt organiseren? De belangrijkste uitkomsten:

1. Met stip: Zet de wens van de oudere patiënt centraal. Dat betekent maatwerk, waarbij we invulling geven aan de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde: het leveren van integrale, persoonsgerichte en continue zorg. Ook de functionele benadering en advance care planning (ACP) passen hierbij.
2. Wees alert op signalen van problemen, achteruitgang en ziekte. Doe er vervolgens iets mee, door het gesprek met de patiënt hierover aan te gaan.

3. Zorg voor een koppeling tussen zorg en welzijn, à la het vlindermodel. De regie hierin kan wisselen per situatie / persoon. Het GPO, e-GPO en wijkgericht werken helpen hierin.
4. Werk met een vast team, waarin de praktijkverpleegkundige ouderenzorg (HBO-niveau) en/of een (onafhankelijke) wijkverpleegkundige ouderenzorg zitten, net als een vaste specialist ouderengeneeskunde.
5. Doe via publieksvoorlichting aan verwachtingenmanagement, waarbij we ouderen niet teveel 'pamperen' en ze niet teveel casemanagers / casemanagement krijgen. Stel ook de vraag wat kunt u doen voor een ander?
6. Zet in op meerjarige financiering van regionale ouderenzorg, ook voor een praktijkverpleegkundige ouderenzorg.

Er was duidelijk consensus bij het merendeel van de aanwezigen over

deze belangrijke piketpalen. Het is natuurlijk ook mooi dat ze volledig passen binnen het visiedocument van Laego (2014), dat hierdoor nog meer draagvlak heeft gekregen. De kersverse kaderhuisartsen ouderengeneeskunde zullen zich in hun eigen regio sterk maken voor de uitdraging en realisering van deze punten.

Recent is een groep veertien gestart met de NHG-kaderopleiding ouderengeneeskunde.

In september 2016 hopen we weer met een nieuwe groep te kunnen starten.

Benieuwd of er ook in uw regio een kaderhuisarts ouderengeneeskunde is? Kijk dan op: <https://laego.nhg.org/kaderhuisartsen-ouderengeneeskunde> of neem contact op met Claudia de Waard, secretaris Laego, telefoon 071-526 8441 of e-mail [laego@nhg.org](mailto:laego@nhg.org)



## Afstuderen kaderopleiding Specialist Ouderengeneeskunde eerste lijn

Op 25 september jongstleden heeft de tweede groep de kaderopleiding specialist ouderengeneeskunde eerste lijn met goed gevolg afgerond. Specialisten ouderengeneeskunde, die de afgelopen anderhalf jaar veel geleerd hebben en de expertise van het vak met enthousiasme in de eerste lijn verder vorm gaan geven.

De geregistreerde kaderartsen mogen zich 'specialist ouderengeneeskunde én kaderarts eerstelijns' noemen. Het

aantal kaderartsen eerste lijn komt hiermee in totaal op dertig. De rol van de specialist ouderengeneeskunde

verandert en daarmee ook hun werkveld. De kaderopleiding is bedoeld voor alle specialisten ouderengeneeskunde die zich verder willen bekwamen in en toeleggen op het werken in de eerste lijn. Samenwerken met de huisarts (andere eerstelijns hulpverleners en welzijnswerkers) in het belang van de oudere, thuiswonende patiënt is daarbij essentieel.

De opleiding duurt anderhalf jaar, en wordt alleen in Leiden gegeven. Op 19 november 2015 start de derde groep.

## IAGG-er congress Dublin 2015

Door: Caroline Groffen

Eind april 2015 was ik samen met een grote delegatie van PHEG-LUMC aanwezig op het Europese congres van de Internationale Associatie van Gerontologie en Geriatrie. De afdeling werd vertegenwoordigd door huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, senior onderzoekers en jonge promovendi; academisch werkzaam of in de (perifere) kliniek.

Het betrof een vierdaags congres over ouderenzorg in de breedste zin van het woord. Er waren sprekers van alle continenten, die onderzoeken presenteerden vanuit zeer verschillende perspectieven.

Het is op zo'n groot congres even zoeken; hoe ga ik deze kennisovervloed in behapbare porties verdelen?

Ik heb na lezing van het programma voor elk tijdblok een keuze gemaakt, met een mix van lezingen van key-note speakers, presentaties van jonge onderzoekers en het bijwonen van thematische symposia, waar dan onderzoekers uit verschillende landen thema's als dementienetwerken, omgaan met zorgmijders, verbeteren uitkomsten van geriatrische revalidatie etcetera toelichten. Opvallend was dat in het kader van polyfarmacie, een zaal drie dagen gevuld was rondom dit onderwerp. Daarnaast waren er nog 148 posterpresentaties, te lezen in de pauzes.

Je begrijpt dat het niet te doen is om een uitgebreide beschrijving te geven. Ter illustratie wil ik graag enkele leerpunten van me noemen:

- In Ierland, het organiserend land, ligt de nadruk van ouderenzorg op

de zorg voor thuiswonende ouderen. Ierland heeft een traditie van medische innovaties op farmaceutisch gebied, smart aging en produceert voor de gehele wereld een belangrijk deel van de gewrichtsimplantaten 'osteo-diaspora'.

- Uitdagingen in Ierland zijn het bestrijden van eenzaamheid, het samenwerken van professionals in verschillende echelons en het organiseren van goede zorg voor personen met dementie.
- Onderzoeksgroepen uit Ierland, Tsjechië, Duitsland en Zweden onderschrijven goede ervaringen met de opzet en implementatie van dementienetwerken; zie ook [www.dementia.ie](http://www.dementia.ie). Nadruk ligt op zorg op maat, met ruimte voor individuele wensen.
- Case-management is belangrijk voor begeleiding en de voorlichting aan personen met dementie en hun naasten.
- In Israël, de VS, Engeland en Ierland

doen professionals moeite zorgmijders met zelfverwaarlozing te bereiken. De gedeelde vraag is: wie is de probleemhouder, hoe communiceer je met de oudere en het team; aan wiens standaard moet de oudere voldoen?

- Bij geriatrische revalidatie is valangst een beperkende factor; een stappen-teller of andere moderne toepassingen kunnen stimulerend werken.
- Steroiden, PPI's en furosemide kunnen osteoporose bevorderen; na vijf jaar bisfosfonaten controle botdensitometrie; indien nog osteoporose dan bisfosfonaten om de twee weken of toedienen PTH.

Mocht je geïnspireerd zijn en meer informatie uit andere landen willen opzoeken, kijk dan op <http://www.iaggdublin2015.org>

*Caroline Groffen, kaderhuisarts ouderengeneeskunde en groepsbegeleider NHG-Kaderopleiding ouderengeneeskunde*

