

ZORG OUD, (G)EEN PROBLEEM?

Het zorgplan als methode en kompas

Annet W. Wind en Jacobijn Gussekloo

Bij ouderen met complexe problemen is het werken met zorgplannen een methode voor het bieden van persoonsgerichte, proactieve en samenhangende zorg. Het zorgplan werkt als een kompas dat aangeeft waar het in de zorg voor deze oudere om moet gaan. Men sluit aan bij de wensen en voorkeuren van de oudere zelf, verbetert waar mogelijk de zelfredzaamheid en betreft hierbij de familie en mantelzorgers. Het zorgplan geeft een overzicht van de belangrijkste problemen op alle domeinen en van de betrokken hulpverleners. In dit artikel beschrijven we diverse kansen en ontwikkelpunten voor het werken met zorgplannen. Kansen zijn gezamenlijke besluitvorming, aandacht voor functioneren en zelfredzaamheid, en het stimuleren van wijkgericht werken. Ontwikkelpunten liggen op het vlak van organisatie van zorg, registratie, scholing en privacy. Het maken van een zorgplan is geen doel op zich, maar een manier van werken die recht doet aan de diversiteit van ouderen en aan de complexiteit van de hulpverlening.

Volgens het Zorginstituut Nederland draagt het maken en volgen van een individueel zorgplan bij aan de consistentie en continuïteit van zorg bij patiënten met chronische ziekten.¹ Daarnaast bevordert het de vertaling van algemene normen voor goede zorg naar individuele doelen per patiënt.¹ De vraag is of dit ook geldt voor de zorg bij kwetsbare ouderen met problemen op meerdere gezondheidsdomeinen die elkaar negatief beïnvloeden, bij wie verschillende hulpverleners betrokken zijn en bij wie soms nauwelijks sprake is van eigen regie. Helpt het om de zorg te richten op wat voor de ouderen zelf belangrijk is? Een van de grootste uitdagingen voor de zorg is hoe we een structuur moeten ontwerpen en implementeren die systematisch mogelijkheden biedt tot het geven van persoonsgerichte zorg.²

Wij zien binnen de ouderenzorg het maken en gebruiken van een individueel zorgplan als een instrument om te komen tot persoonsgerichte, proactieve en samenhangende zorg. Het maken van een zorgplan is zeker geen administratieve handeling die garandeert dat er goede zorg gegeven wordt waarop hulpverleners afgerekend kunnen worden.

In dit artikel beschrijven wij verschillende aspecten van zorgplannen en van het werken ermee. We beperken ons tot de doelgroep van ouderen met complexe problemen, waaronder dementie. Voor een brede en praktische toepassing van het zorgplan in de eerstelijnsouderengeneeskunde beschrijven we een aantal belangrijke aandachtspunten.

MAATWERK

Geneeskundige zorg voor ouderen met complexe problemen is maatwerk. De verschillende ziekten staan als 'problemen' genoteerd in het huisartsregistratiesysteem. In de praktijk kunnen de richtlijnen per ziekte elkaar tegenspreken. De verschillende ziekten beïnvloeden elkaar en geven beperkingen die per persoon verschillend kunnen zijn. Daarnaast hebben problemen van ouderen op andere gezondheidsdomeinen, zoals op het psychologische of sociale domein een belangrijke invloed op hun dagelijks leven. Deze problemen zijn echter veel minder bekend. Dit alles heeft consequenties voor het zorgbeleid. Daarom is medische zorg voor ouderen met complexe problemen altijd persoonsgericht, afgestemd op de mogelijkheden, doelen, wensen en voorkeuren van de betreffende oudere.

LUMC, afd. Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leiden.

Dr. A.W. Wind en prof.dr. J. Gussekloo, huisartsen.

Contactpersoon: Dr. A.W. Wind (a.w.wind@lumc.nl).

Door de verwevenheid van problemen en ziekten en de verminderde reserves en veerkracht van de ouderen en hun naasten, kan een relatief kleine gebeurtenis leiden tot grote problemen. Daarom is proactieve zorg belangrijk. Proactieve zorg is zorg waarbij hulpverleners tijdig maatregelen moeten treffen om toekomstige problemen vóór te zijn of de gevolgen van een gebeurtenis te beperken. Iedereen vindt het vervelend als hulpverleners langs elkaar heen werken, van elkaar niet weten wat ze doen en soms zelfs tegenstrijdige adviezen geven. Bij samenhangende zorg wordt dit zo veel mogelijk voorkomen.

Het 'Chronic care model' is internationaal het meest gebruikte model om persoonsgerichte, proactieve, samenhangende zorg te schematiseren.^{3,4} Voor veel beleidsmakers, zowel nationaal als internationaal, is dit model een vaststaand uitgangspunt. Een brede implementatie ervan blijkt echter vol uitdagingen te zitten.⁵ Ook laten studies naar de werkzaamheid van dit model uiteenlopende resultaten zien.⁶⁻¹⁰ Hiervoor zijn diverse verklaringen zoals verschillen in het gezondheidszorgstelsel waar de studie werd uitgevoerd, verschillen in de doelgroep van de studie, verschillende uitkomstmaten en grote verschillen in de mate van implementatie van het model. Het werken met zorgplannen is een methode voor het toepassen van het Chronic-care-model en wel vooral door de volgende elementen: het bieden van persoonsgerichte en proactieve zorg, het stimuleren van zelfmanagement, en het bevorderen van de afstemming tussen de betrokken en al dan niet professionele hulpverleners.

WERKWIJZE

Allereerst doet een verpleegkundige uit de huisartsenpraktijk of uit de wijk een brede probleeminventarisatie bij een oudere met complexe problemen. Tijdens deze inventarisatie bespreekt de verpleegkundige de problemen van de oudere op de verschillende gezondheidsdomeinen, en geeft de oudere aan wat voor hem of haar het belangrijkste probleem is. Eventueel kan dit in overleg met de betrokken mantelzorgers plaatsvinden. Naar het oordeel van de oudere zelf, afgestemd met dat van de huisarts en verpleegkundige, worden de urgentste problemen opgenomen in het zorgplan. Gezamenlijk formuleren zij per probleem een specifiek en haalbaar doel. Ook spreekt de oudere met de verpleegkundige per probleem interventies af en bepalen zij wie, wat en wanneer gaat doen. Dit kan in onderling overleg afgesproken worden of als er sprake is van complexe problemen in een multidisciplinair overleg. Ook deze afspraken legt de hulpverlener vast in het zorgplan. Ten slotte spreken zij met elkaar af wie het proces aanstuurt en wanneer de afspraken geëvalueerd worden.

De verpleegkundige coördineert de afgesproken acties en ziet erop toe dat ze worden uitgevoerd en dat de resulta-

ten worden teruggekoppeld. Op gezette tijden evalueren de verpleegkundige en de oudere het hele zorgplan: problemen worden weggestreept of toegevoegd en samen formuleren zij nieuwe doelen en acties. Het werken met zorgplannen is zo een cyclisch proces. Ook een familielid of iemand van maatschappelijk werk kan de zorgcoördinatie uitvoeren. Belangrijk is dat de oudere zelf een 'gevoel van regie' blijft behouden door hem mee te laten denken met de prioriteiten van de problemen en met de aanpak. Op deze manier voelt de oudere zich gezien en gehoord.

KANSEN

Het werken met zorgplannen geeft vorm aan de bovengenoemde persoonsgerichte, proactieve en samenhangende zorg. Dit biedt kansen om goede zorg voor ouderen vorm te geven. Wij noemen een aantal voorbeelden.

Zorg die de kern raakt Door het gezamenlijk vaststellen van de belangrijkste problemen en het formuleren van haalbare doelen per probleem wordt duidelijk waar de hulpverlening volgens de ouderen, naasten en hulpverleners om moet gaan. Het gaat om het wat en hoe, maar ook om de grenzen ervan. Dit betekent dat er ook gesprekken en besluiten zijn over wat niet meer zinvol is en niet meer hoeft.¹¹ Hierdoor komen afspraken in het kader van 'advance care planning' ook in het zorgplan terecht.

Praten met in plaats van over ouderen Door steeds de afstemming te zoeken en te vragen naar hun wensen en problemen, worden ouderen zich bewuster van hun eigen rol en mogelijkheden en kan zelfmanagement worden gestimuleerd. Als dit door verminderde eigen regie niet goed mogelijk is, nemen mantelzorgers het over.

Aandacht voor functioneren Het probleemdenken gaat uit van het functioneren en niet van de afzonderlijk ziekten. Ondersteunende maatregelen om het functioneren te verbeteren zijn daarmee vanzelfsprekend.

Korte en heldere lijnen Een crisissituatie is niet altijd te voorkomen. Als die zich voordoet, zijn naasten en mantelzorgers van de ouderen hierop voorbereid door de geschetste werkwijze en het gemaakte zorgplan, en weten de hulpverleners elkaar te vinden.

Betere zorg in de wijk Hulpverleners die op de geschetste manier samenwerken in de zorg voor individuele ouderen én die wijkgericht werken, vinden elkaar ook gemakkelijker bij andere problemen.

ONTWIKKELPUNTEN

We zijn er nog lang niet. Om persoonsgerichte, proactieve, samenhangende zorg goed te laten werken moeten veel aspecten verder ontwikkeld worden. We bespreken hier een aantal ontwikkelpunten.

Organisatie van zorg De huidige organisatie van zorg is

niet toegesneden op deze nieuwe manier van werken.¹² Belangrijke aspecten van deze werkwijze zijn: voldoende tijd, mogelijkheid tot samenwerking en adequate verslaglegging. Er is niet alleen voldoende tijd nodig om de probleeminventarisatie te doen, er is ook overlegtijd nodig, al dan niet in een virtueel multidisciplinair overleg, en tijd om te evalueren en aanpassingen te doen. De samenwerking tussen hulpverleners wordt in het huidige stelsel en met de huidige wetgeving niet bevorderd. Efficiënte verslaglegging en informatie-uitwisseling tussen zorgverleners en tussen ouderen en naasten is een belangrijk aandachtspunt. Voorlopig lijken aparte registraties onvermijdelijk en helpt het als deze gevuld kunnen worden vanuit geautomatiseerde dossiers. Het Nationaal Programma Ouderenzorg heeft in verschillende projecten veel aandacht besteed aan de ICT-ondersteuning hierbij.¹³ Dit vormt een goede aanzet, maar er blijft veel ruimte voor verbetering.¹⁴

Scholing en interventies Alleen het geven van een training over het invullen van een zorgplan is niet genoeg.¹⁵ Het gaat ook om functioneel denken, het stimuleren van zelfmanagement en het motiveren van de patiënt en zijn familie. Dan is een langer traject van opleiding, training, coaching en intervisie nodig. Hulpverleners moeten leren omgaan met discrepanties tussen de wensen van de ouderen en de adviezen van de professionals. Hierbij kan het helpen om te beschikken over meerdere alternatieve interventies.

Rollen en privacy Per oudere dient expliciet gemaakt te worden wie de zorgcoördinatie op zich neemt en wie eindverantwoordelijk is. Dit zijn 2 te onderscheiden rollen. Betrokken hulpverleners mogen informatie met elkaar delen, tenzij ze hetzelfde doel nastreven. Dit ligt gecompliceerder bij het delen van informatie met welzijnswerkers. Met toestemming van de patiënt mag veel, maar het blijft de vraag hoe ver we hierbij gaan.

CONCLUSIE

Het werken met zorgplannen is geen administratieve invuloefening, maar een methode voor het bieden van persoonsgerichte, proactieve en samenhangende zorg aan ouderen met complexe problemen. Een goed opgesteld zorgplan geeft richting aan de hulpverlening en fungeert als kompas, omdat het uitgaat van de persoonlijke doelen en wensen van de patiënten. Bij mensen met complexe problemen is het niet alleen een middel om overzicht te houden over de al dan niet functionele problemen en de betrokken hulpverleners, het dient ook om de zelfredzaamheid te stimuleren. Huisartsen die werken met zorgplannen herkennen en erkennen de meerwaarde ervan: het geeft structuur en richting om die hulpverlening in te zetten die daadwerkelijk van belang is voor de betrokkene. We moeten vermijden dat het opstellen van een zorgplan een doel op zich wordt, want dat doet geen recht aan de onderliggende waardevolle manier van werken.

In de serie Oud, (g)een probleem? publiceren we het komend jaar een groot aantal artikelen over complexe zorg voor ouderen. De serie is deels gebaseerd op uitkomsten van het onderzoeksprogramma Nationaal Programma Ouderen. Jacobijn Gussekloo, hoogleraar huisartsgeneeskunde in het LUMC, en Marcel Olde Rikkert, hoogleraar geriatrie in het Radboudumc, vormen de gastredactie.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 30 maart 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8630

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8630**

LITERATUUR

- Zorginstituut Nederland. Raamwerk Individueel Zorgplan, 2012.
- <https://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/kwaliteitsbibliotheek/zorgstandaarden>.
- Leyshon S, McAdam S. Scene setter: the importance of taking a systems approach to person centred care. *BMJ*. 2015;350:h985.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288:1775-9.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness (part two). *JAMA*. 2002;288:1909-14.
- Vize R. Integrated care: a story of hard won success. *BMJ*. 2012;344:e3529.
- Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med*. 2002;347:1068-74.
- Boersma M, Frijters DH, Knol DL, Ribbe ME, Nijpels G, van Hout HP. Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *CMAJ*. 2011;183:E724-32.
- MacNeil Vroomen JL, Boersma M, Bosmans JE, Frijters DH, Nijpels G, van Hout HP. Is it time for a change? A cost-effectiveness analysis comparing a multidisciplinary integrated care model for residential homes to usual care. *PLoS ONE*. 2012;7:e37444.
- Minkman MM, Schouten LM, Huijsman R, van Splunteren PT. Integrated care for patients with a stroke in the Netherlands: results and experiences from a national Breakthrough Collaborative Improvement project. *Int J Integr Care*. 2005;5:e14.

- 11 Metzelthin SF, van Rossum E, de Witte LP, et al. Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013;347:f5264.
- 12 Niet alles wat kan, hoeft. Passende zorg in de laatste levensfase. Utrecht: KNMG Stuurgroep; 2015.
- 13 Boshuizen D, Spitsbaard-Velmans J, Brinkers M, Leemrijse C. Individueel zorgplan: de lastige praktijk. *Med Contact*. 2015;6:234-5.
- 14 ZWIP, Zorg- en WelzijnsInfoPortaal. www.zwip.nl, geraadpleegd op 30 april 2015.
- 15 Robben SH, Perry M, Huisjes M, et al. Het ZWIP, een digitale overlegtafel voor ouderen en hulpverleners. *Huisarts Wet*. 2014;57:58-62.
- 16 Metzelthin SF, Daniëls R, van Rossum E, et al. A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: a large-scale process evaluation. *Int J Nurs Stud*. 2013;50:1184-96.