

## Visiedocument 2014

# Eerstelijnsgerichte zorg voor ouderen; lokale, persoonsgerichte, passende, proactieve, samenhangende zorg én ondersteuning

---

*A.W. Wind<sup>a</sup>, A.J. Poot<sup>b</sup>*

### Samenvatting

Er zijn veel redenen om toe te werken naar een systeem van lokale, persoonsgerichte, passende, proactieve en samenhangende zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen. Omdat bij ouderen met multimorbiditeit en complexe problematiek de kwaliteit van leven voorop staat en deze veelal bepaald wordt door zelfredzaamheid en sociale participatie, werken huisartsen, praktijk- en/of wijkverpleegkundigen nauw samen met welzijnswerkers. Door de toenemende complexiteit van zorg is goede samenwerking, adequate verslaglegging en informatie uitwisseling noodzakelijk.

De medische zorg wordt geleverd vanuit eerstelijnscentra, waarin huisartsen ook nauw samenwerken met paramedici, WMO-consulenten, casemanagers en vele anderen. De ondersteuning wordt zoveel mogelijk geleverd door de eigen omgeving van de oudere, aangevuld met vrijwilligers uit buurtcentra en andere welzijnsvoorzieningen. De ontwikkelingen op het gebied van domotica en veiligheid vergroten de zelfredzaamheid. Als de lijnen kort zijn kunnen signalen adequaat doorgegeven worden en kunnen er tijdig preventieve acties worden ondernomen, met inachtneming van de privacy en respect voor eigen keuzes van ouderen. Naar verwachting draagt deze manier van werken ook bij aan het betaalbaar houden van ons stelsel en aan het werkplezier voor alle betrokkenen.

Laego, het netwerk van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde, wil deze ontwikkelingen stimuleren door het draagvlak voor deze veranderingen te vergroten en te adviseren over de uitvoering. Kaderhuisartsen ouderengeneeskunde initiëren en ondersteunen de daadwerkelijke uitvoering.

---

<sup>a</sup> dr Annet W Wind, kaderhuisarts ouderengeneeskunde, coördinator NHG-kaderopleiding ouderengeneeskunde, afd PHEG LUMC, bestuurslid Laego

<sup>b</sup> drs Tony J Poot, kaderhuisarts ouderengeneeskunde, projectleider MOVIT, afd PHEG LUMC

## 1. Inleiding

Demografische en maatschappelijke ontwikkelingen zorgen voor een sterke toename van kwetsbare ouderen in de eerste lijn<sup>1</sup>. Tegelijk zijn er belangrijke verschuivingen in de financiering van zorg en moet er bezuinigd worden. Er wordt een sterk appel gedaan op ‘eigen kracht’ en informele zorg. De zorgvragende ouderen, hun mantelzorgers en de zorgaanbieders staan voor de uitdaging om deze ontwikkelingen het hoofd te bieden en wel zodanig dat de kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen behouden blijft en waar mogelijk verbeterd wordt. Bij ouderen met multimorbiditeit schiet een ziektegerichte benadering tekort en wordt gestreefd naar een integrale functionele benadering, waarbij de focus niet alleen ligt op medische problemen (ziekte en behandeling), maar juist ook op gezond gedrag en preventie. Uit het oogpunt van kwaliteit van leven zijn zaken als sociale participatie, welzijn en wonen zeer belangrijk. De oudere bepaalt de prioriteiten hierin en welke aanvullende rol zorg en behandeling kunnen spelen. Wat betekent dit alles voor de eerstelijns ouderengeneeskunde en wat is de rol van Laego hierin?

Laego staat voor Landelijke Adviesgroep Eerstelijns Geneeskunde voor Ouderen en is het netwerk van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde. Kaderhuisartsen zijn gespecialiseerde huisartsen met een trekkersfunctie in de eigen regio. Zij lopen voorop in ontwikkelingen, geven scholingen en begeleiden projecten, ter verbetering van de zorg met betrekking tot hun aandachtsgebied (zie Laego.nl).

Met dit document expliciteren we de visie van Laego op de ontwikkelingen in het veld en beschrijven we de rol van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde. Deze visie sluit aan bij de Toekomstvisie huisartsenzorg 2022 NHG/LHV<sup>2</sup>. In paragraaf 2 van dit document schetsen we de huidige situatie en in paragraaf 3 en 4 beschrijven de veranderingen binnen de zorgsector en veranderingen in de ondersteuningssector. In paragraaf 5 en 6 schetsen we consequenties voor ouderen en de gewenste oplossingsrichting: een integratie van zorg en welzijn op lokaal niveau. Vervolgens geven we in paragraaf 7 enkele voorwaarden voor uitvoering aan. In paragraaf 8 beschrijven we de rol van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde en Laego. We concretiseren deze visie aan de hand van een casus en eindigen met een samenvatting en conclusie.

Onderdeel van deze visie is dat het aanbod in ondersteuning en zorg moet passen bij vraagwensen van ouderen, zoals bijvoorbeeld geëxpliciteerd in “kwaliteitscriteria voor ondersteuning en zorg aan ouderen” van CSO, Zorgbelang Nederland en Pharos.<sup>3</sup>

## 2. Demografische en maatschappelijke ontwikkelingen

Er zijn drie belangrijke ontwikkelingen te onderscheiden, die bepalend zijn voor de huidige problematiek: de vergrijzing (met toename van multimorbiditeit en complexiteit van zorg), de noodzakelijke bezuinigingen (met substitutie van zorg naar de eerste en nulde lijn) en de veranderende kenmerken van de ouderen zelf (diversiteit, eigen regie, zelfstandig wonen, zelf kiezen).

Ten eerste de vergrijzing. Door allerlei ontwikkelingen leven we langer, langer in gezondheid én langer met beperkingen. Het percentage mensen van 65 jaar en ouder is momenteel 15% en stijgt tot 25% in 2025. Het hoogste percentage wordt bereikt in 2040. Het aantal oudere mensen met multimorbiditeit groeit van 1 miljoen nu tot naar verwachting 1,5 miljoen in 2020. Multimorbiditeit hangt bij stijgende leeftijd samen met toename in kwetsbaarheid. Bij deze kwetsbare ouderen zijn verschillende functies beperkt. Veel voorkomende problemen, die elkaar tevens onderling beïnvloeden zijn: mobiliteitsproblemen (o.a. duizeligheid, verminderde spierkracht), incontinentie, cognitieve problemen, fysieke beperkingen, psychosociale problematiek, maatschappelijk isolement

en verminderde zintuigfuncties, vooral visus en gehoor. De bijbehorende zorgbehoefte verschilt per persoon en is afhankelijk van de persoonlijke omstandigheden. Dit gegeven, het feit dat de problemen elkaar beïnvloeden en het grote aantal betrokken hulpverleners maakt de zorg complex en vergt een flexibele en op de persoon afgestemde aanpak.

Ten tweede vinden er belangrijke verschuivingen plaats in de financiering en organisatie van onze zorg. Deze verschuivingen zijn: het wijzigen van de AWBZ<sup>c</sup> en het verschuiven van delen ervan naar ZVW<sup>d</sup> en WMO<sup>e</sup>, de scheiding van wonen en zorg, meer eigen bijdragen en meer inzet van het eigen netwerk en vrijwilligers. Het zelfmanagement en de eigen regie zijn hierbij leidend<sup>4</sup>, al vragen we ons af of de mogelijkheden van de eigen regie niet overschat worden. Een deel van de bevolking beschikt niet over een adequaat vangnet voor alle ondersteunende taken en afname van eigen regie hoort bij kwetsbaarheid. Er moet bezuinigd worden, er is substitutie van dure tweedelijnszorg naar de goedkopere eerste lijn en van de eerste lijn naar de nulde lijn. Daarnaast wordt intramurale chronische zorg gemarginaliseerd. De wens is dat de rol van gemeenten groter wordt, dat er meer accent op preventie komt, door wijkgerichte mogelijkheden te creëren voor een gezonde leefstijl en door vroegtijdige signalering van problemen. In regio's waar de bevolking krimpt en de vergrijzing en ontgroening al duidelijk zichtbaar zijn, bestaat al langere tijd de noodzaak tot innoveren in wonen, zorg en welzijn.

Ten derde vindt er een sociologische verschuiving plaats. De komende generatie ouderen is anders dan de vorige. De beeldvorming met betrekking tot ouderen is aan het veranderen: van afhankelijk en kwetsbaar naar zelfbewust en autonoom. De diversiteit in etnische achtergronden neemt ook onder ouderen toe. En een steeds groter deel van de ouderen hebben een hoger gemiddeld opleidingsniveau met bijbehorende verwachtingen, wensen en mogelijkheden<sup>5</sup>. Zij hebben een grotere behoefte aan zelfstandigheid en individualiteit en beschikken over uitgebreidere sociale netwerken en financiële middelen. Zij zijn minder autoriteitgevoelig en vinden hun weg in de grote hoeveelheid beschikbare informatie. Hun pensionering kan van groot maatschappelijk belang zijn, als zij bereid zijn om zich in te zetten voor anderen. Deze bereidheid hangt samen met de ruimte die zij ervaren voor een eigen invulling ervan en de waardering van vrijwilligerswerk. Van instanties die invulling geven aan zorg en ondersteuning wordt grote flexibiliteit en maatwerk verwacht.

### **3. Veranderingen in de zorgsector**

Bovenstaande demografische en maatschappelijke veranderingen hebben grote consequenties voor de zorgsector. Zorg voor ouderen met multimorbiditeit vergt een andere focus en aanpak. De zorg moet goed aansluiten op de wensen van de oudere zelf en onder- en overbehandeling dient zoveel mogelijk voorkomen te worden. Door de toenemende complexiteit van zorg is goede samenwerking, adequate verslaglegging en informatie uitwisseling noodzakelijk. Dit alles bij een steeds grotere werklust en werkdruk in de eerste lijn.

#### 3.1 Persoonsgerichte zorg

Bij ouderen met multimorbiditeit is een paradigmashift noodzakelijk van ziektegerichte naar persoonsgerichte zorg. Persoonsgerichte zorg betekent dat de huisarts rekening houdt met de

---

<sup>c</sup> AWBZ = algemene wet bijzondere ziektekosten, zal in 2015 waarschijnlijk veranderen in de Wet Langdurige Thuiszorg.

<sup>d</sup> ZVW = zorgverzekeringswet

<sup>e</sup> WMO = wet maatschappelijke ondersteuning

individuele kenmerken van de patiënt en diens context. Onder context verstaan we de levensloop en de leef- en werkwijze van de patiënt. De huisarts integreert contextkennis met lichamelijke, psychische en sociale aspecten die van invloed kunnen zijn op gezondheid en ziekte.<sup>6</sup> Met de gebruikelijke ziektegerichte benadering komt men bij patiënten met multimorbiditeit en complexe problematiek niet uit: bij een combinatie van aandoeningen spreken de te volgen richtlijnen elkaar regelmatig tegen en dreigen er bij behandeling soms gevaarlijke interacties tussen geneesmiddelen. Daarbij beïnvloeden de verschillende aandoeningen elkaar en is zo'n benadering niet vol te houden voor de ouderen zelf. Er is persoonsgerichte zorg nodig, waarbij de oudere zelf zijn/haar doelen bepaalt. Deze benadering is het uitgangspunt in de visie op ouderengeneeskunde van zowel NHG<sup>7f</sup> als KNMG<sup>8g</sup>: We moeten toe naar *een systeem waarin, uitgaande van de wensen en mogelijkheden van ouderen zelf, proactieve zorg geleverd wordt vanuit een kleinschalig geriatrisch team onder regie van een generalist*. Er moet dus maatwerk geleverd worden, afgestemd op de persoon. De informele zorgverleners en professionele hulpverleners stellen hun beleid en handelen af op deze wensen, mits verantwoord.

Binnen de medische beroepsgroep is deze benadering verwoord door Cees Hertogh in zijn boek *Functionele geriatric*<sup>9</sup>. Deze benadering richt zich op het herstel van functioneren of het behoud ervan. Hij benadrukt een brede probleeminventarisatie door middel van functionele diagnostiek en het opstellen van een functionele probleemlijst, waarin onderscheid wordt gemaakt tussen lichamelijke, functionele, maatschappelijke en psychische (aspecten van) hulpbehoeften. Hierna volgt *proactieve zorg*: risico's inschatten door vooruit te kijken en nú handelen om straks problemen voor te zijn. Wanneer een interventie een gereede kans op verbetering heeft, volgt - na afstemming met de oudere en diens mantelzorgers - een plan hiervoor, zoals gezegd gericht op het voorkomen van functieverlies en het beperken van schade bij incidenten. Deze interventie (zorg en/of behandeling) wordt dicht bij huis aangeboden, multidisciplinair en integraal, door de aanbieder die het beste past bij de gestelde hulpvraag. Er wordt een *individueel zorgplan* opgesteld en uitgevoerd onder regie van de huisarts, in samenwerking met andere hulpverleners, gebruikmakend van hun expertise. Een zorgplan is de dynamische set van afspraken van de patiënt en de zorgverlener(s) over zorg en zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt en komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand.<sup>10</sup>

### 3.2 Aansluiten bij de wensen van de oudere zelf en voorkomen van overbehandeling

Het zorgplan, met daarin de geformuleerde doelen en voorgestelde interventies, wordt afgestemd met de oudere en diens familie. Hierbij bepaalt de oudere zelf wat voor hem of haar het meest belangrijk is. Voor veel ouderen is dat zelfstandig blijven met behoud van zelfredzaamheid. Leven met beperkingen is vaak makkelijker te accepteren dan verlies van autonomie. Er is sprake van overbehandeling als van een onderzoek of behandeling op voorhand onvoldoende winst te verwachten is of als ze indruisen tegen de wensen van de oudere zelf. Om hierin juiste beslissingen te kunnen nemen is het nodig dat ouderen en hun naasten goed geïnformeerd worden over mogelijkheden en voor- en nadelen van de verschillende opties. Vervolgens wordt gezamenlijk een besluit genomen, het zogenoemde *shared decision making*. Tevens vragen we ouderen naar hun wensen en verwachtingen met betrekking tot de tijd die hen rest. Veel ouderen leven met dit eindigheidsperspectief en willen er graag met hun huisarts over praten<sup>11</sup>. Er is niet alleen aandacht nodig voor kwaliteit van leven, maar juist ook aandacht voor kwaliteit van sterven. Het NHG heeft in samenwerking met Verenso<sup>h</sup> en de V&VN<sup>i</sup> een richtlijn<sup>12</sup> en LESA<sup>13</sup> uitgebracht over anticiperende

<sup>f</sup> NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap

<sup>g</sup> KNMG = Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

<sup>h</sup> Verenso = Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde en sociaal geriaters

besluitvorming bij kwetsbare ouderen. Hierin wordt gepleit voor *advance care planning*, een begrip dat veel breder is dan uitsluitend afspraken over wel of niet reanimeren.

### 3.3 Samenwerking en verslaglegging

De zorg voor ouderen met complexe problematiek vergt goede afstemming van zorg, het delen van informatie - waarbij met name ook de kennis en het overzicht van huisartsen met betrekking tot de medische voorgeschiedenis, de sociale context en medicatie wordt benut - én overeenstemming over de behandeldoelen. Diverse instanties leveren hulpverleners met min of meer specifieke taken: casemanagers van de GGZ-ouderen, zorgcoördinatoren en wachtlijstbemiddelaars van thuiszorgorganisaties, ouderenadviseurs van de gemeente, WMO-consulenten, wijkverpleegkundigen, etc. Het is vaak niet duidelijk wie wat precies doet en waarop wie aanspreekbaar is.<sup>14</sup> Alle goede bedoelingen ten spijt leidt deze specialisatie en fragmentatie in het zorgaanbod tot onduidelijkheid en verwarring en is er behoefte aan het bevorderen van de interdisciplinaire samenwerking.

Ouderen met multimorbiditeit hebben doorgaans contact met meerdere specialisten in de tweede lijn. Helaas is het vaak zo dat er weinig onderlinge afstemming is over het beleid. Laego pleit, evenals de KNMG, voor een generalist in het ziekenhuis als hoofdbehandelaar. Tevens is het belangrijk dat huisartsen ook hierbij invulling geven aan hun regiefunctie door de specialisten goed te informeren over ontwikkelingen met betrekking tot de betrokken oudere en diens naasten en samen met de oudere de gewenste koers bewaken. Van specialisten mag worden verwacht dat zij in hun beleid rekening houden met de kwetsbaarheid en het verminderd functioneren van kwetsbare ouderen en huisartsen adequaat en tijdig informeren over het voorgenomen beleid. Idealiter betrekken zij bij de besluitvorming niet alleen de oudere zelf (en diens naasten), maar ook diens huisarts.

In de huisartsenvoorziening vindt men naast de huisarts ook de praktijkondersteuner / praktijkverpleegkundige (POH/PVK) en assistentes<sup>15</sup>. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid dat het elektronisch patiëntendossier adequaat bijgehouden wordt. Hierin hebben ook de apotheker, medisch specialisten en andere hulpverleners een belangrijke taak, bijvoorbeeld door de huisarts tijdig te informeren en regelmatig verslag te doen. In het dossier staan naast de gebruikelijke onderdelen (NAW-gegevens, journaal, probleemlijst en medische voorgeschiedenis, actueel medicatieoverzicht, meetwaarden, intoleranties, contra-indicaties) bij kwetsbare ouderen ook vermeld een contactpersoon van de oudere, betrokken hulpverleners (naam en telefoon nummer van de wijkverpleegkundige, EVVer<sup>j</sup>, casemanager) en wensen met betrekking tot het levenseinde. Idealiter heeft de oudere zelf toegang tot relevante onderdelen van zijn/haar dossier en kan hij/zij waar nodig aanvullingen en correcties aangeven. Huisarts en POH/PVK hebben laagdrempelig overleg met de andere betrokken hulpverleners en zorgen actief voor informatie uitwisseling en afstemming. Dit kan door een (al dan niet digitaal) MDO<sup>k</sup> oftewel een GPO<sup>l</sup>, waarbij gebruik gemaakt wordt van elektronische systemen voor gegevensuitwisseling. Wanneer een huisarts er zelf niet goed uitkomt bij een kwetsbare oudere, kan een consultatie gevraagd worden bij een specialist of kaderhuisarts ouderengeneeskunde. In veel gevallen zal een telefonische consultatie volstaan. Indien nodig kan de

---

<sup>i</sup> V&VN = Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland

<sup>j</sup> EVV = eerst verantwoordelijk verzorgende. Contactverzorgende in verzorgingshuizen.

<sup>k</sup> MDO = multidisciplinair overleg. Vaak met huisarts, POH/PVK, EVV, specialist ouderengeneeskunde en eventueel met apotheker, psycholoog, fysiotherapeut, diëtist, e.a.

<sup>l</sup> GPO = gestructureerd periodiek overleg. Vergelijkbaar met het MDO, maar efficiënter: strakkere tijdsplanning, voorbereiding en verslaglegging.

specialist ouderengeneeskunde een huisbezoek afleggen en een directe beoordeling doen. De LHV<sup>m</sup> heeft aangegeven dat zorg voor ouderen met ZZP<sup>n</sup> 5 en hoger geen huisartsgeneeskundige basiszorg is, maar valt onder het bijzonder aanbod<sup>16</sup>. Dat betekent dat er aanvullende competenties en financiering nodig zijn om deze zorg te kunnen bieden. Bij het ontbreken hiervan, zou de zorg voor deze ouderen niet door de huisarts gegeven kunnen worden, maar door een specialist ouderengeneeskunde die in de eerste lijn werkzaam is.

### 3.4 Werklast en werkdruk

Specifiek voor de huisartsenzorg is er een snelle toename van zorgvraag in de praktijk. Dit uit zich in een toename van complexe zorgvragen, deels op het terrein dat voorheen tot de verpleeghuiszorg behoorde<sup>17</sup>. In totaal neemt de werklast voor de normpraktijk sinds 2011 door de hiervoor beschreven ontwikkelingen naar schatting met ca. 4 a 5% per jaar toe. Bij ongewijzigd beleid zet deze ontwikkeling zich nog minstens 10 a 15 jaar voort. De huisartsen normpraktijk bereikt met de huidige wijze van praktijkvoering en werkorganisatie dan ook haar grenzen of is daar in de meer vergrijzende gebieden dikwijls al overheen. De inzet van verpleegkundige ondersteuning voor complexe ouderenzorg is onmisbaar, of dit nu een eigen praktijkverpleegkundige is, of nauwe samenwerking met een wijkverpleegkundige. Deze inzet is echter landelijk nog lang niet uitgekristalliseerd en daarmee ook nog geen afdoende oplossing voor de snel toenemende werkdruk. Met de recente beleidsvoornemens van de overheid op het terrein van intramurale ouderenzorg, en ook de AWBZ- en WMO-gefinancierde zorg voor ouderen, zal de werkdruk voor de huisarts nog snel verder toenemen. Nu al blijkt er een sterke toename van complexe zorg in thuissituatie vergelijkbaar met ZZP 4-7, deels zonder dat er een indicatiestelling heeft plaatsgevonden, dus zonder dat de zorgaanbieders daarvoor een adequate vergoeding ontvangen om de juiste zorg te organiseren. Bij ongewijzigd beleid zal het huidige relatief goede systeem van eerstelijns geneeskunde vastlopen en de kwaliteit ernstig onder druk komen te staan.

## **4. Veranderingen in de ondersteuningssector**

Als we kwaliteit van leven voorop stellen en uitgaan van de wensen en doelen van de ouderen zelf, dan zullen we moeten accepteren dat 'ziekte en zorg' daar maar een (klein) onderdeel van zijn. Het blijkt dat zoveel mogelijk zelfstandig functioneren veel belangrijker is, en dat het daarbij vooral gaat om participeren<sup>18</sup>. Sociale contacten en deelname aan de maatschappij zijn belangrijker dan de behandeling van ziekten, al zijn die zaken natuurlijk ook niet van elkaar gescheiden. Leefstijl en preventie beïnvloeden beide. Daarnaast spelen andere voorwaardelijke zaken op terreinen als inkomen, wonen, mobiliteit en vrijetijdsbesteding.

De gewenste veranderingen behelzen de volgende uitgangspunten<sup>19</sup>, die in wisselende mate nu al toegepast worden: Ouderen verblijven in hun eigen woonomgeving en voeren de regie over hun eigen bestaan. Ze gebruiken hun eigen netwerk en middelen en worden waar nodig ondersteund bij het vinden en benutten hiervan. Gemeenten brengen sociale en maatschappelijke voorzieningen onder de aandacht van ouderen als middel om zelfredzaamheid en gezondheid te onderhouden en bevorderen. Eigen regie en verantwoordelijkheid van de oudere persoon staan steeds voorop. Inzet en beleid van professionele krachten is gericht op de ondersteuning hiervan: op het vroegtijdig en op juiste wijze oppakken van vragen om hulp en zorg, het voorkomen van achteruitgang en het vergroten van de eigen mogelijkheden ('eigen kracht') en in het informele netwerk rond zorgvragers

---

<sup>m</sup> LHV = Landelijke Huisartsen Vereniging

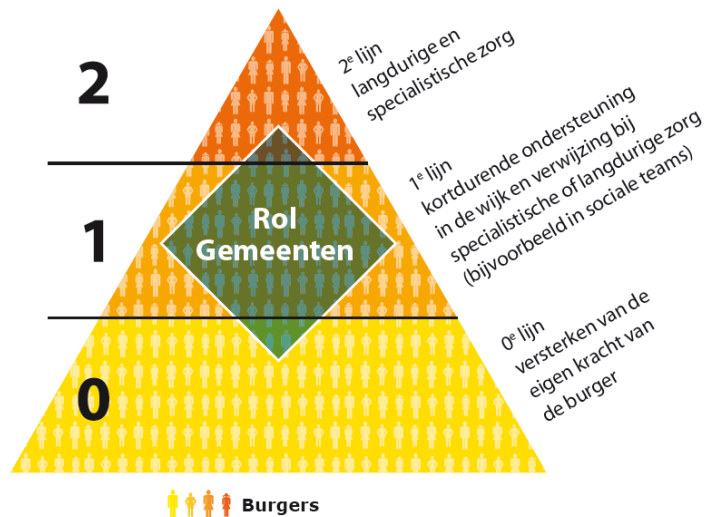
<sup>n</sup> ZZP = zorgzwaarte pakket

('samenkracht'). Met name bij functionele en maatschappelijke hulpvragen wordt zoveel mogelijk ondersteuning en zorg door mantelzorgers en vrijwilligers ingezet<sup>4</sup>.

Gemeenten zijn volop bezig met de uitwerking van deze veranderingen. Zo heeft men de Divosa piramide ontwikkeld<sup>20</sup> die inzicht geeft in hoe de gemeente haar werkterrein ziet binnen de lijnen van de gezondheidszorg:

## DE PIRAMIDE; een kijk op de uitvoering in het sociale domein

### Taken en verantwoordelijkheden in het lokale sociale domein



De precieze invulling van deze taken verschilt per gemeente. Wijkgericht werken is wel een uitgangspunt en samenwerken met bestaande instanties ook.

## 5. Consequenties

Wat betekenen deze veranderingen voor ouderen met toenemende gezondheidsproblemen? Grote groepen ouderen zullen uitstekend in staat blijken om hun weg te vinden in dit veranderende veld. Toch zien we drie grotere algemene vraagstukken.

Als eerste het gevaar van een tweedeling in de samenleving: ouderen met voldoende financiële middelen en/of handelingsbekwaamheid weten voor zichzelf op tijd de juiste hulp en zorg in te schakelen en houden daarover zelf ook regie. Een toenemende groep van oudere zorgbehoevenden is hier echter minder of niet toe in staat en ontvangt mogelijk niet de zorg en hulp die nodig is. De maatschappelijke vraag is hoe we deze dreigende tweedeling weten te voorkomen en hoe we daar in de eerstelijns zorgpraktijken mee om moeten gaan.

Ten tweede is de vraag hoe zorg- en hulpbehoefte zoveel mogelijk in de kiem afdoende opgepakt kunnen worden om vermijdbare verergering te voorkomen. Hoe kan bijvoorbeeld eenzaamheid en psychische nood vroegtijdig gesignaleerd worden om zo te zorgen dat deze niet leiden tot psychosomatische problemen en dreigende medicalisering?

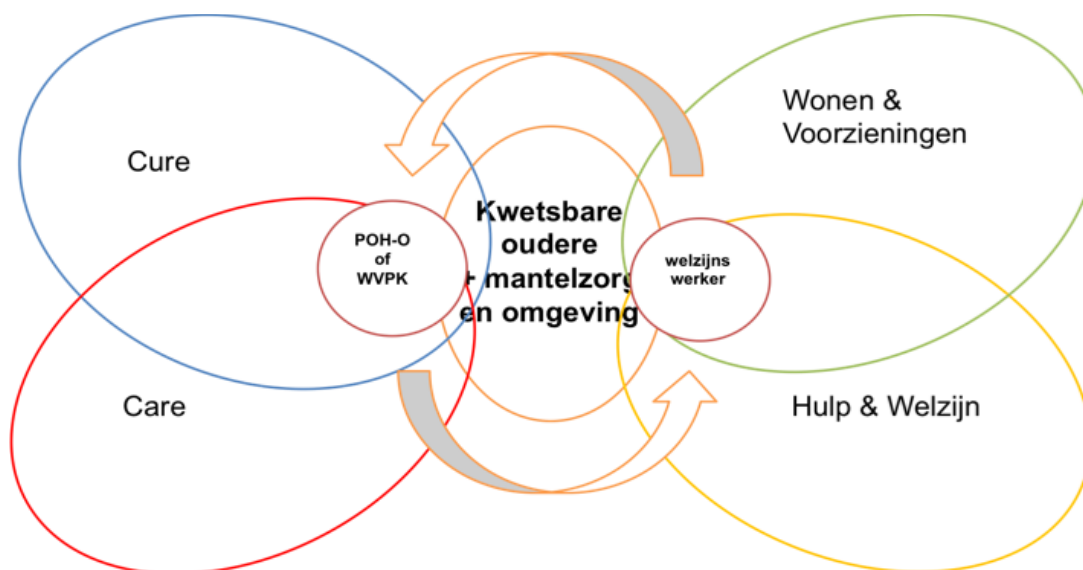
Ten derde is het zaak om ervoor te zorgen dat ook kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers door de bomen het bos blijven zien. Hoe verminderen en voorkomen we een 'overkill' aan hulpverlenercontacten als ouderen kwetsbaarder worden en meerdere hulpvragen tegelijk gaan stellen? Hoe regelen we goede afstemming van de opvang van hulpvragen van het eerste moment

dat ze gesteld worden? Hoe kan optimale stroomlijning tussen de verschillende hulp- en zorgaanbieders, informeel en formeel daarbij plaatsvinden? Hoe zetten we hulp en zorg daarbij zo in dat deze bijdragen aan de autonomie en eigen verantwoordelijkheid van de oudere zelf en zo dat deze ook maatschappelijk optimaal plaatsvinden? Hoe kan technologie een toenemende rol spelen bij het ondersteunen van de autonomie van de oudere?

## 6. Oplossingsrichting: integratie op lokaal niveau, focus op preventie en tijdige signalering

De oplossingsrichting moet inhoudelijk gezocht worden in een andere manier van denken en handelen. Dat betekent functioneel en persoonsgericht in plaats van ziektegericht, proactief in plaats van reactief, passende zorg, gericht op behoud en versterking van eigen kracht en “samenkracht”. Een oplossing die gericht is op welzijn en kwaliteit van leven alsmede op continuïteit en samenhang in hulp-, welzijns- en zorgaanbod.

Het is noodzakelijk dat ondersteuning en zorg dicht bij huis georganiseerd wordt: om de afstand tot deze voorzieningen klein te houden en om de menselijk maat terug te laten keren. Als men elkaar kent, kunnen opgemerkte veranderingen makkelijker doorspeeld worden naar de aangewezen hulpverleners. Dat betekent dat de huidige scheiding tussen zorg en welzijn doorbroken moet worden<sup>21</sup>. Professionele aanbieders van zorg en ondersteuning werken op lokaal niveau samen. Cliëntgerichtheid en continuïteit zijn hierbij leidend. De oudere zelf bepaalt de doelen, medewerkers van ondersteuning en zorg pakken deze gezamenlijk op. Een passend model hierbij is het zogenaamde *vlindermodel*<sup>22</sup>, waarbij er veel overleg is tussen een verpleegkundige die het zorgdomein bedient en een medewerker van de WMO die het ondersteuningsveld overziet:<sup>o</sup>



Binnen de samenwerking tussen zorg en ondersteuning zijn kwaliteit en kosteneffectiviteit gemeenschappelijke prioriteiten. Afstemming op organisatorisch gebied tussen de zorgorganisaties vindt zowel plaats op het niveau van patiëntengroepen als rond de individuele oudere. De professionele aanbieders van zorg en ondersteuning zijn geïnformeerd over de mogelijkheden op het gebied van sociale activiteiten, preventie, vroegsignalering en informele hulp in de nabije omgeving.

<sup>o</sup>POH-O = praktijk ondersteuner huisarts ouderenzorg

WVPK = Wijkverpleegkundige



Ze onderhouden tevens functionele contacten met vertegenwoordigers van ouderenbelangengroepen. Deze groepen bepalen mede de inhoud van het hulpaanbod.

Belangrijke lokale centra zijn het buurtcentrum en de huisartsenvoorziening. Voor vragen op het gebied van welzijn en ondersteuning kan men in de buurtcentra terecht. Voor vragen op het gebied van ondersteuning bij beperkingen bij het WMO-loket. Voor medische vragen komt men bij de huisarts. Deze is regisseur met betrekking tot de medische zorg. De evaluatie van de zorg wordt door de verpleegkundige gedaan. Bij toenemende complexiteit van de zorgvragen en zorgzwaarte neemt het belang van medische regie toe en daarmee de rol van de huisartsenvoorziening.

Medewerkers van het buurtcentrum en de huisartsenvoorziening letten op signalen van sociale, functionele en/of cognitieve problemen. Ouderen met medische problemen worden gestimuleerd om contact op te nemen met de huisarts. Eventueel kunnen deze signalen direct aan de huisartsenpraktijk worden doorgegeven, mits de betrokkene hierover geïnformeerd wordt. Omgekeerd kunnen medewerkers van de huisartsenpraktijk ouderen wijzen op de voorzieningen in het buurtcentrum, waar ouderen voor allerlei zaken terecht kunnen, zoals maaltijdvoorzieningen, klussendiensten, ontspanningsactiviteiten en gespreksgroepen.

Vitaliteit en zelfredzaamheid van ouderen zijn, misschien wel meer dan bij jongere volwassenen, aan veranderingen en fluctuaties onderhevig. Het hulpaanbod moet flexibel zijn om ouderen te helpen langer zelfstandig te kunnen leven. Ook vloeiende overgangen tussen functies, instellingen en echelons en de mogelijkheid van tijdelijke opnames en specialistische interventies thuis helpen hierbij.

Ondertussen gaan de ontwikkelingen op het gebied van ICT en domotica door en zullen ze een steeds meer hun weg vinden naar de praktijk. Dit is in het belang van de patiëntveiligheid. Laego verwacht dat zowel het regionale LSP<sup>p</sup> als ontwikkelingen met betrekking tot het e-consult, informatiesharing en robotica de zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen zullen verbeteren. Het privacy aspect behoeft daarbij expliciete aandacht. Het maatschappelijk debat hierover is gaande.

Waar ligt de grens tussen preventie en vroegdiagnostiek enerzijds en bemoeizorg en medicalisering anderzijds? Medicalisering kan voorkomen worden zoveel mogelijk uit het medisch domein te blijven, door meer vanuit welzijn te denken en te doen. Van bemoeizorg is vooral sprake als er zorg ingezet wordt tegen de wil van de betrokken oudere. Soms is dat in diens belang, maar vaak ook niet. Bemoeizorg kan beperkt worden door uit te gaan van de wensen van de oudere zelf en na goede voorlichting diens keuze te respecteren, mits sociaal en medisch verantwoord. Zicht op de eigen normen en waarden en ruimte voor andere keuzes en opvattingen helpt daarbij.

Innovatieve projecten waarin wonen, welzijn en zorg worden samengebracht, onder actieve regie van ouderen zelf, worden aandachtig gevolgd. Laego voorziet groeiende samenwerking met alle relevante wetenschappelijke, maatschappelijke en zorg- en welzijnsorganisaties.

## **7. Voorwaarden voor uitvoering en terminologie**

De voorgestelde aanpak vergt niet alleen aanpassingen van de oudere en diens naasten, maar ook van 'ondersteuning' en 'zorg'. Medewerkers van beide gebieden zoeken contact met elkaar, proberen zich in te leven in de denkwereld van de ander en proberen een gezamenlijke taal te vinden. Daarvoor dienen zij op de hoogte te zijn van wat andere beroepsgroepen aan vaardigheden en competenties te bieden hebben. Dit vergt van huisartsen niet alleen scholing en een aangepaste

---

<sup>p</sup> LSP = landelijk schakelpunt. Zorgt voor elektronische uitwisseling van medische gegevens.

praktijkorganisatie, maar ook een andere attitude en werkwijze. De meeste huisartsen zijn niet opgeleid tot teamplayer en zijn niet gewend om een vraaggerichte, individuele benadering te combineren met een proactieve, populatiegerichte aanpak. Uitvoering is mogelijk wanneer de huisarts niet alles zelf doet, maar meer als regisseur optreedt, ruimer gebruik leert maken van delegatie, consultatie en samenwerking. Onder *regie* verstaan we het sturing geven aan het zorgproces door het uitzetten van de beleidslijnen en behandeldoelen en het stimuleren van alle betrokkenen om hun bijdrage te leveren. De regisseur is een generalistisch arts en medisch eindverantwoordelijke. De regisseur heeft nauw contact met de *zorgcoördinator*. Hieronder verstaan we het regelen en afstemmen van gelijktijdige of opeenvolgende zorg-, hulp- en/of dienstverlening rondom een patiënt met alle betrokken zorg-, hulp- en dienstverleners. De zorg coördinator zorgt voor tijdige informatie-uitwisseling tussen de betrokkenen, houdt het zorgbehandelplan bij en plant indien nodig een MDO of GPO. De taak van zorgcoördinator kan overlappen met die van *casemanager* of *trajectbegeleider*. Een casemanager wordt benoemd indien de situatie bijzonder gecompliceerd is, met name wanneer de patiënt qua attitude en gedrag in belangrijke mate deel van het probleem is geworden, zoals bij patiënten met dementie en/of psychiatrische problemen. Een casemanager heeft veelvuldig contact met de oudere en diens naasten, geeft voorlichting over ziektebeloop en omgangsadviezen en informeert de regisseur regelmatig over de situatie.

Voor iedere kwetsbare oudere met complexe problematiek wordt een zorgcoördinator en/of een casemanager aangesteld en wordt de zorg afgestemd tijdens een (al dan niet digitaal) MDO of GPO. Oudere patiënten worden proactief benaderd en in het zorgplan worden functionele bedreigingen aangepakt en de zelfredzaamheid van ouderen gemonitord en bevorderd.

Deze ontwikkelingen worden anno 2014 ernstig belemmerd door financiële schotten en het domeindenken tussen de sectoren en hulpverleners onderling, alsmede door de marktwerking. Op landelijk niveau en per regio moeten zaken anders geregeld worden. Er moeten afspraken worden gemaakt tussen de verschillende organisaties op bestuurlijk niveau, gestimuleerd door de gemeenten en de zorgverzekeraars. Ook ACM<sup>q</sup> en NZa<sup>r</sup> moeten hierin meedenken.

## 8. Rol kaderhuisartsen ouderengeneeskunde en Laego

In al deze ontwikkelingen nemen kaderhuisartsen ouderengeneeskunde een bijzondere plaats in. Zij kunnen vanuit 'zorg' bijdragen aan de gewenste inhoudelijke en organisatorische veranderingen door bijvoorbeeld vanuit een zorggroep als innovator en initiator te fungeren voor een regio. Zij zijn de inhoudsdeskundigen voor zorg en organisatie. Kaderhuisartsen ouderengeneeskunde zetten zich in voor de praktijkoverstijgende organisatie van zorg, dus lokaal en/of regionaal. Zij zoeken afstemming en maken werkafspraken met andere zorgaanbieders, met gemeenten, GGD, vrijwilligersorganisaties, e.d. Kaderhuisartsen ouderengeneeskunde doen dat in de rol van consultant of adviseur bij de uitvoering van de gewenste veranderingen.

Kaderhuisartsen ouderengeneeskunde hebben kennis van veel voorkomende ziekten op oudere leeftijd en de effectiviteit van behandelingen daarvan. Zij werken evidence based en kunnen desgewenst de laatste wetenschappelijke stand van zaken nagaan. Zij zijn opgeleid om collega's te ondersteunen in hun medisch beleid door het geven van gevraagde adviezen en consultaties. Zij kunnen onderwijs aan (praktijk)verpleegkundigen, verzorgenden of collega huisartsen geven of begeleiden.

---

<sup>q</sup> ACM = Autoriteit Consument & Markt

<sup>r</sup> NZa = Nederlandse Zorg autoriteit

De ambities met betrekking tot deze taken verschillen per kaderhuisarts ouderengeneeskunde en hangen samen met de regionale organisatie en mogelijkheden voor financiering. De kaderhuisartsen ouderengeneeskunde zijn per provincie te vinden op [Laego.nl](http://Laego.nl).

Laego is het netwerk van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde en ondersteunt hen. Laego geeft gevraagd en ongevraagd advies aan beleidsmakers, zowel binnen als buiten de eigen beroepsgroep en stelt zich onafhankelijk op. Tegelijk werkt ze nauw samen met medewerkers van zowel het NHG als de LHV. Laego stelt de hulpbehoevende oudere centraal en wil bijdragen aan en draagvlak creëren voor die gewenste veranderingen die bijdragen aan de kwaliteit van leven van deze ouderen. Laego is aanspreekpunt voor andere organisaties die in dit transitietraject zitten. Ze toont tevens verantwoordelijkheid en leiderschap door zich uit te spreken voor of tegen bepaalde ontwikkelingen en mee te denken over haalbare en toekomstbestendige oplossingen.

---

<sup>1</sup> Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009/07

<sup>2</sup> NHG/LHV toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar de menselijke maat, huisartsenzorg 2022. Utrecht: NHG/LHV; 2012

<sup>3</sup> CSO, Zorgbelang, Stichting Pharos. Ouderen over ondersteuning en zorg. Kwaliteitscriteria voor ondersteuning en zorg vanuit ouderenperspectief met extra aandacht voor kwetsbare ouderen, waaronder migrantenouderen. Utrecht, 2013

<sup>4</sup> Raad voor Volkgezondheid en Zorg. Regie aan de poort. De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving. Den Haag: RVZ, 2012

<sup>5</sup> RIVM. Gezond ouder worden in Nederland, 2011

<sup>6</sup> Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde. NHG/LHV, 2011/2012

<sup>7</sup> NHG-standpunt Toekomstvisie huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG; 2007

<sup>8</sup> KNMG-standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: KNMG; 2010

<sup>9</sup> Hertogh CMPM. Functionele geriatrie. Probleemgerichte zorg voor chronisch zieke ouderen. Maarssen: Elsevier / De Tijdstroom; 1997

<sup>10</sup> Plan van eisen generiek Individueel ZorgPlan. Vilans, NPCF, NHG. 2014

<sup>11</sup> Kaspers P. End-of-life care and preferences for (non)treatment decisions in older people during their last three months of life. Dissertatie, Amsterdam, VU, 2013

<sup>12</sup> NHG/Verenso/V&VN. Multidisciplinaire richtlijn Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. Utrecht, 2013

<sup>13</sup> NHG/Verenso/V&VN. LESA Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. Utrecht, 2013

<sup>14</sup> Wind AW, Gercama A. Verantwoordelijk samenwerken in de eerstelijns. Ned Tijdschr Geneesk 2010;154:A1763:1-3.

<sup>15</sup> NHG/LHV-standpunt Het (ondersteunend) team in de huisartsenvoorziening. Utrecht, 2011

<sup>16</sup> LHV. Uitwerking aanbod huisartsenzorg voor ouderen (herziene versie). Utrecht, dec 2013

<sup>17</sup> NHG/LHV toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar de menselijke maat, huisartsenzorg 2022. Utrecht: NHG/LHV; 2012

<sup>18</sup> Kooiker, SE. Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven. Achtergrondrapport bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2010 Van gezond naar beter. Den Haag: RIVM; 2011

<sup>19</sup> CSO, NFU en ZonMw. Toekomstige ouderenzorg; kernwaarden, opbrengsten en perspectief. Visiedocument, 2012

<sup>20</sup> DIVOSA en Radar. DE PIRAMIDE; een kijk op de uitvoering in het sociale domein Taken en verantwoordelijkheden in het lokale sociale domein. Utrecht, 2010

<sup>21</sup> NYFER. Integrale zorg in de buurt. Utrecht: NYFER, 2012

<sup>22</sup> Het vlindermodel is ontwikkeld onder leiding van drs. Mart Stel, adviseur bij ZONH, Alkmaar, 2013

### **Concretisering door een praktijkvoorbeeld**

U bent 85 jaar, alleenstaand, heeft goed contact met de kinderen, die allebei verder weg wonen. De kleinkinderen ziet u te weinig. U heeft diabetes, artrose in heup en knie, maculadegeneratie en een slechte nierfunctie. Uw geheugen is niet meer wat het vroeger was. Vorig jaar is de diagnose ziekte van Alzheimer gesteld. Een van de kinderen regelt samen met u de financiën. Douchen en de boodschappen doet u zelf. Vaak helpt uw dochter u met het maken van een lijstje, via de computer. U kookt niet meer zelf, u gaat liever eten in het buurtrestaurant. U wordt elke ochtend gebeld omdat u deel uitmaakt van een telefooncirkel.

U woont in een comfortabele gelijkvloerse woning, in het gebouw is een brede lift. U heeft 1 x per week huishoudelijke hulp, via de WMO. In huis kunt u zich aardig redden, buiten loopt u met een rollator (zelf gekocht). Als u uw huis verlaat zonder mobiele telefoon, sleutels of portemonnee gaat er een alarm af. Als u ergens heen wilt, gaat u met de bus, die een lage instap heeft. Maar nadat u verdwaalde toen u de naburige stad in wilde, gaat u maar niet meer. U weet dat als u langer dan 2 uur van huis bent, u gebeld wordt door iemand van het buurtcentrum. Deze kan dan ook zien waar u bent, via de GPS-functie op uw telefoon.

U gebruikt veel medicijnen. Deze worden elke week in een rol aangeleverd door de apotheek, uw mobiele telefoon waarschuwt u wanneer u deze moet innemen. U heeft goed contact met uw huisarts en nog beter met haar praktijkverpleegkundige. Deze ziet u elke 3 maanden in verband met de diabetescontrole. Ze neemt dan ook even de tijd voor andere zaken. De volgende afspraak zet ze in uw mobiel en deze waarschuwt u op tijd dat u naar haar toe moet gaan.

In het buurtcentrum naast de HOED van uw huisarts zit de fysiotherapeut. Onder zijn leiding gymt u elke week. Nadat u vorig jaar gevallen was heeft de huisarts u dit aangeraden. Toen is ook de ergotherapeut bij u thuis geweest en zijn er wat veranderingen doorgevoerd: extra handgrepen geplaatst in de douche, meer ruimte in de kamer, het oude kleedje moest weg. Gelukkig droeg u het alarm toen u viel. Eens per jaar neemt de praktijkverpleegkundige een hele vragenlijst met u door en bespreken jullie samen huidige en toekomstige problemen en wensen. Als het kan neemt u dan een van de kinderen mee. Dat men daar weet wat u belangrijk vindt geeft u een veilig gevoel. Ook bespreekt de praktijkverpleegkundige altijd het door u opgestelde levenstestament. Hier staat wat uw wensen zijn met betrekking tot wel / niet behandelen.

De WMO-consulent ziet u niet meer. U heeft wel haar naam en telefoonnummer. Af en toe komt er iemand bij u thuis namens de GGZ. Deze casemanager neemt altijd folders mee over het Alzheimercafé en vakanties en zo. Misschien moest u daar maar eens een keer aan meedoen. Het schijnt dat iemand je dan komt ophalen en dat alles voor je geregeld is. Natuurlijk heeft u toestemming gegeven voor het delen van uw gegevens met de apotheek, de huisartsenpost en het ziekenhuis. Ze moeten toch weten wat u mankeert als u dat zelf niet kunt aangeven? U weet ook dat uw huisarts regelmatig contact heeft met de andere hulpverleners. Gelukkig maar, u hoeft nu niet steeds weer hetzelfde verhaal te vertellen.

De buurt is wel veranderd de laatste jaren. Het grote oude verzorgingshuis is afgebroken. Op die plaats is nu een plein met de huisartsenpraktijk (een HOED), winkels, kapper, het buurtcentrum en het restaurant. De tuin van het bejaardenhuis is een parkje geworden. Vanuit uw raam heeft u er zicht op en op de lagere school die erachter ligt. In het buurtcentrum kun je koffiedrinken, lezen, spelletjes doen en is er een ruimte voor fitness, muziek en dans. U komt er graag. Er is een vast team van vrijwilligers, veelal net gepensioneerd en ze kennen u bij naam. Het zou hen zeker opvallen als het niet meer zo goed met u zou gaan. Ook dat geeft u een veilig gevoel.