

HANDREIKING VOOR HUISARTSENPRAKTIJKEN

BETERE ZORG VOOR THUISWONENDE AMSTERDAMSE OUDEREN

UPDATE
Versie 2022



Programma 'Beter Oud in Amsterdam',
gestructureerde en integrale ouderenzorg in de eerstelijns.

Colofon

Auteurs

Mathilde Dijk, senior adviseur bij Elaa
Sabina Mak, senior adviseur bij Elaa

Redactie update maart 2020

Carin Sieling, communicatieadviseur bij Elaa

Eindredactie

Brenda Scholten

Cartoons

Auke Herrema

Vormgeving

Taluut



Voorwoord

Thuiswonende ouderen doen een steeds groter beroep op de eerstelijnszorg. Dit vraagt om een vooruitziende aanpak van de huisartsenzorg. Doel is om de kwetsbare oudere zo lang mogelijk verantwoord zelfstandig thuis te laten wonen, met een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven waarbij crisissituaties zoveel mogelijk worden voorkomen. Wat kunnen Amsterdamse huisartsenvoorzieningen doen om grip te houden op deze doelgroep?

De ambitie van de Amsterdamse Huisartsen alliantie is: 'Het verbeteren van integrale zorg voor kwetsbare ouderen in en vanuit de huisartsenvoorziening.'

Een aantal huisartsen in Amsterdam waren hier al mee gestart tijdens het Nationaal Programma Ouderen (NPO 2008-2016) van ZonMw. Het NPO is gestopt en overgegaan in het landelijk consortium BeterOud. Op stedelijk niveau werkt de Amsterdamse Huisartsen alliantie (AHA) de komende jaren hard aan de verbetering van integrale ouderenzorg waarbij de praktijkondersteuner ouderen (POH-O) een spilfunctie vervult. Hier is financiering voor vanuit Zilveren Kruis. De AHA en Elaa hebben ervoor gekozen om voor de uitrol van het programma de herkenbare titel 'Beter Oud in Amsterdam' te behouden.

Doel van de handreiking

Deze handreiking heeft als doel om Amsterdamse huisartsenvoorzieningen een globaal beeld te geven van wat erbij komt kijken wanneer men aan de slag gaat met het opzetten van gestructureerde en integrale ouderenzorg.

De handreiking beschrijft in zeven stappen **WAT** gestructureerde en integrale zorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen betekent, **WAAROM** deze belangrijk zijn en geeft tips en suggesties **HOE** deze zorg kan worden geboden. In de praktijk zullen professionals die met het programma aan de slag gaan soms behoefte hebben aan meer specifieke informatie, bijvoorbeeld over 'Hoe registreer ik goed'. Deze informatie is te vinden in de factsheets die staan op de website van [AHA](#) en [Elaa](#).

Groeidocument

Door alle ontwikkelingen in de zorg, passen we de handreiking regelmatig aan. Via verschillende nieuwsbrieven informeren we iedereen over updates. Het brondocument staat op de website van Elaa. Voor correcties, suggesties of aanvullingen op de handreiking neem contact op met de coördinator van je organisatie of Elaa.

- | | | |
|---------------|-------------------|--|
| ▪ CHAGZ | Hilda Brouwer | |
| ▪ MedZZO | Ineke Zekveld | |
| ▪ ROHA | Martin Kuper | |
| | Thessa Bronwasser | |
| ▪ SAG | Marijke Koggel | |
| ▪ De Baarsjes | Duveken van Voors | |
| ▪ Noorderzorg | Renee Oelderik | |
| ▪ Elaa | Sabina Mak | s.mak@elaa.nl |
| | Mathilde Dijk | m.dijk@elaa.nl |

Dankwoord

Met dank aan alle Amsterdamse huisartsen, praktijkondersteuners, coördinatoren, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, apothekers, ouderen-vertegenwoordigers, onderzoekers en andere betrokkenen die hebben meegewerkt aan het tot stand komen van deze handreiking (en updates).

Gestructureerde integrale ouderenzorg – wat is dat precies?

De zin 'gestructureerde en integrale ouderenzorg voor kwetsbare ouderen' is nu al een paar keer gevallen. Wat bedoelen we hier precies mee?

We lichten een aantal belangrijke definities toe:

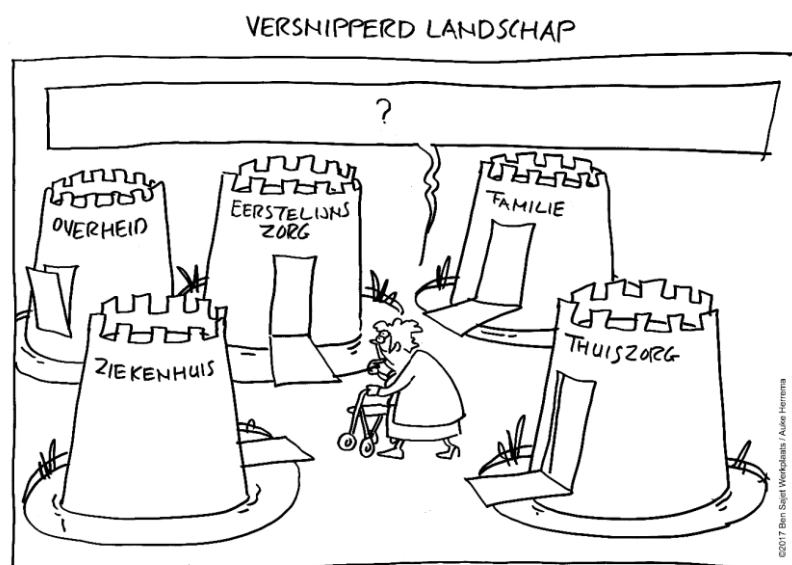
Integraal betreft zorg vanuit het perspectief van de oudere, die graag als een compleet persoon benaderd wil worden, waarbij zowel fysiek als psychosociaal functioneren in ogenschouw worden genomen en waarbij niet alleen beperkingen, maar ook mogelijkheden en wensen worden geïnventariseerd.

Geïntegreerd betreft zorg waarbij alle voor de oudere relevante disciplines samenhangende zorg bieden.

Gestructureerd betekent dat interne en externe organisatie een planmatige aanpak hanteert. Hoe krijg je goed zicht op kwetsbare personen en op wat hun mogelijkheden, beperkingen en wensen zijn? Hoe kan je beter samenwerken met andere disciplines?

Proactieve zorg is het vroegtijdig signaleren van en acteren op 'problemen' om latere escalatie te voorkomen.

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale beperkingen in het functioneren. Het vergroot de kans op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)¹. We hanteren een leeftijd vanaf 75+ (65+ achterstandsgebieden) waarbij proactief op kwetsbaarheid wordt gescreend.



¹ Publicatie SCP 'Kwetsbare Ouderen' 19-01-2011. Hoofdstuk 3, pagina 9

Programma Beter Oud in Amsterdam

Het programma heeft de volgende aanpak: Inzetten op integrale zorg voor kwetsbare ouderen. Er zijn 4 belangrijke pijlers:

1. **Deskundigheid en scholing POH-Ouderen**
2. **Samenwerkingsafspraken stedelijk en regionaal gevuld**
3. **Monitoring en registratie**
4. **Gegevensuitwisseling en ICT**

Door in te zetten op beter en eerder in beeld en zorg: wordt crisis verminderd en is JZOJP mogelijk. Door in te zetten op een POH-Ouderen wordt zorg integraal en meer gestructureerd, is er meer (netwerk)samenwerking en zijn ouderen eerder en beter in beeld.

Terugblik: de basis staat 2019-2021

- Met de eerder in beeld in kaart kwetsbare ouderen.
- Met de goede infrastructuur en inzet van POH-Ouderen.
- Met deskundigheid en scholing.
- Met samenwerking relevante stedelijke partners.

Vooruitblik: verdiepen borgen 2022-2024

- Met de bestaande projecten en speerpunten Vitaal & Gezond.
- Met de professionals zoals huisarts, wijkverpleging, casemanager en SO en apotheek.
- Meer aandacht voor transmurale zorg.
- Met kwetsbare ouderen en naasten en mantelzorgers.
- Met zorg, welzijn en informele zorg stedelijk en in de wijk.

Toekomst: 2025

- Met herkenbare geriatrische netwerken per stadsdeel.
- Met gelijkgerichte netwerkfinanciering.
- Met herkenbare professionals en afspraken in de wijk.
- Met een logisch en ingebedde samenwerking sociaal en medisch zichtbaar in de wijk.
- Met goede transmurale samenwerking, vooral door de POH-Ouderen.
- Met toegankelijke informatie voor SEH en HAP (LSP en cBoards).

De Amsterdamse Huisartsen alliantie (AHa) verwacht dat huisartsenpraktijken die meedoen aan het programma Beter Oud in Amsterdam, samen met de POH-Ouderen het volgende ingang zetten en bewaken in 2022:

Randvoorwaarden om mee te doen

Basis van de aanpak kwetsbare ouderen, is de propositie Programma kwetsbare ouderen. Het programma loopt nu drie jaar en kent een duurzaam vervolg. De geleerde lessen en een startpakket zijn te vinden op [Beter Oud in Amsterdam - Elaa](#). Om te kunnen meedoen is het nodig om lid te zijn van een AHa-zorggroep en verwachten we:

- Bereidheid om ervaringen te delen met andere huisartspraktijken en mee te doen met een jaarlijkse monitor.
- Inzet c.q. gebruik maken van een POH-Ouderen met HBO werk- en denkniveau.
- Het streven dat een POH-Ouderen 16 uur per week als zodanig werkzaam is (zie bijlage 1).
- Afspraken rond 5 dagen per week 08.00 – 17.00 uur bereikbaarheid en beschikbaarheid van een (waarnemend) POH-Ouderen (of een huisarts die de tijd en kennis heeft om de rol van POH-Ouderen te kunnen waarnemen).

We verwachten dat je als huisartspraktijk samen met je POH-Ouderen het volgende in gang zet en bewaakt in 2022:

- Iedere kwetsbare oudere toestemming vragen voor LSP.
- Iedere 75-plusser en 65- tot 75-jarige (achterstandspostcode) in kaart hebben: daarvan iedere kwetsbare oudere in beeld en registratie in het HIS. [Registratie Afspraken Ouderenzorg Amsterdam 21april2020.pdf \(elaa.nl\)](#).
- Maken van een (zorg)plan voor iedere kwetsbare oudere met een duidelijke verantwoordelijke.
- Voeren van ACP-gesprekken met kwetsbare ouderen en de daarbij behorende wensen uniform vastleggen in het HIS.
- Een nieuwe POH-Ouderen volgt binnen een jaar de opleiding POH-Ouderen.
- Werkafspraken over efficiënte informatie-uitwisseling en meedoen met het stedelijke communicatietool, in 2022 cBoards.
- Signaleren valrisico en initiëren passende interventies².
- Signaleren behoefte aan mantelzorgondersteuning³.
- Structureel MDO met samenwerkingspartijen zoals wijkverpleging, maatschappelijk werk, casemanager dementie, SO(G), Apotheek, Welzijn op Recept, buurtteams, ergotherapeut, fysiotherapeut.
- Samenwerkingsafspraken op maat met alle relevante partijen, afstemming van deze afspraken binnen de huisartsenwijkgroep.
- Kennis over de Wet Zorg en Dwang, en huisartsen kennen de stedelijke handreiking RM-procedure (voor casemanagers dementie, SO's en huisartsen/POH-Ouderen).
- Samenwerking met ziekenhuizen, revalidatiecentra etc.: goede overdracht bij opname, goede overdracht bij ontslag naar huis inclusief bewaken van het (medisch) beleid, o.a. medicatie.

² Zoals opgenomen in de module kwetsbare ouderen en in de TRAZAG

³ Zoals opgenomen in de module kwetsbare ouderen en in de TRAZAG

Belangrijke personen en partijen voor de borging van het programma Beter Oud in Amsterdam

Voor een succesvolle implementatie en borging van een groot programma zoals Beter Oud in Amsterdam zijn verschillende personen en partijen nodig. De lijst hieronder is niet compleet. Andere belangrijke rollen, zoals de wijkverpleegkundige en apotheker, komen terug in het stappenplan van deze handreiking.

Amsterdamse Huisartsen alliantie (AHa)

De AHa is het samenwerkingsverband van (bijna) alle huisartsen in Amsterdam, Badhoevedorp, Duivendrecht en Diemen. Samen werken we aan het versterken van de organisatie en infrastructuur (O&I) van de eerstelijnszorg in de regio. De AHa heeft een aantal thema's benoemd waar zij gezamenlijk in willen optrekken. Eén van de belangrijkste thema's op de agenda is het verbeteren van de zorg voor kwetsbare ouderen in en vanuit de huisartsenpraktijk. De AHa streeft naar een hoge kwaliteit en integrale gestructureerde ouderenzorg in Amsterdam.

Stuurgroep ouderen van de AHa

De stuurgroep ouderen van de Amsterdamse Huisartsen alliantie:

- Schakelt op bestuurlijke samenwerkingstafels, preferente aanbieders wijkverpleging/VVT, gemeente, verzekeraar Zilveren Kruis, over stedelijke randvoorwaarden. Onder andere samenwerkingsafspraken, scholing en financiering POH-Ouderen (mandaat namens de AHa).
- Is verantwoordelijk voor het nemen van besluiten binnen een stedelijke lijn.
- Zorgt voor publicatie van de besluitvorming rond de stedelijke lijn op de website van de AHa, Elaa en de zorggroepen.
- Monitort ontwikkelingen in de ouderenzorg.
- Schaalt knelpunten op naar het Algemeen Bestuur van de AHa.

Werkgroep ouderen van de AHa

In opdracht van de stuurgroep ouderen ontwikkelt de projectgroep ouderen stedelijke randvoorwaarden.

AHa adviesgroep ouderen

In opdracht van de Amsterdamse Huisartsen alliantie geeft deze inhoudelijke adviesgroep, gevraagd en ongevraagd advies en reflectie rond kwetsbare ouderen en het programma Beter Oud Amsterdam. Deelnemers zijn zorginhoudelijk geïnteresseerde huisartsen en kaderhuisartsen ouderen. Ca. 5-8 geïnteresseerde en deskundige huisartsen van verschillende zorggroepen en uit verschillende stadsdelen, met een SO(G) en prof. dr. Hein van Hout vanuit de academie.

Elaa (ROS Amsterdam en Almere)

In opdracht van de stuurgroep ouderen is Elaa stedelijk en regionaal projectleider en procesbegeleider.

Zorggroepen

De zorggroepen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering conform de stedelijke afspraken en voor de financieel-organisatorische afwikkeling.

Coördinator ouderen per zorggroep/GEZ

Voor de implementatie en borging van het programma Beter Oud in Amsterdam in de eigen zorggroep/GEZ is het raadzaam iemand aan te wijzen die 'de kar trekt', het overzicht bewaakt en waar mensen terecht kunnen voor vragen.

Huisartsen wijkgroepen

Bij de implementatie maken we gebruik van de bestaande structuren van wijkgroepen. De wijkgroepen vormen naast de huisartsenpraktijk een gremium waar op wijkniveau afspraken gemaakt kunnen worden met de relevante samenwerkingspartijen. Op dit moment zijn er 34 wijkgroepen actief. Een actueel overzicht van alle wijkgroepen staat op de website van de AHa. <https://www.amsterdamsehuisartsen.nl/wijkgroepen>

Aanbieders Zorg in de Wijk

Begin 2018 is de wijkverpleging door Zilveren Kruis bij elf partijen in Amsterdam gecontracteerd. Deze partijen hebben zich verenigd in een bestuurlijk overleg 'Zorg in de Wijk'⁴ en hebben zich gecommitteerd om goede zorg te leveren en pakken hiervoor gezamenlijke projecten op.

Apotheek

Het Farmaceutische Bureau Amsterdam (FBA) is een belangen organisatie van en voor apotheken in de regio Amsterdam. Het FBA vertegenwoordigt en ondersteunt aangesloten apotheken en ziekenhuisapotheken in Amsterdam, Amstelveen, Abcoude, Diemen, Duivendrecht, Aalsmeer en Uithoorn.

We werken als vanzelfsprekend samen met de apotheker rond kwetsbare ouderen. Zo zijn er Farmacotherapeutisch Overleggen (FTO). FTO-groepen zijn toetsgroepen op het gebied van farmacotherapiebeleid en intervisie. Deze bestaan uit huisartsen en een apothekers. *POH-Ouderen doen jaarlijks het voorwerk en de afronding ten behoeve van realisatie van de medicatiebeoordeling door huisarts en apotheker. POH-Ouderen is samen met huisarts en apotheek op de hoogte van het werkelijk gebruik.*

Amsterdam Vitaal en Gezond (AVG)

Ambitie Vitaal & Gezond: dat alle Amsterdammers samenleven in een gezonde metropool waarin ruimte is om te groeien, te bewegen en gezond te leven. Zorg is daarin toegankelijk en beschikbaar voor ieder die dat nodig heeft. De zorgprofessionals werken er met plezier en krijgen de waardering die ze verdienen. www.vitaalgezond.amsterdam De coalitie ouderen binnen dit programma richt zich o.a. op de verbinding tussen formeel en informeel, regiovisie subacute keten, maatschappelijke dialoog en wonen.

⁴ Buurtzorg, Cordaan, Amstelring Wijkzorg, Zorggroep Amsterdam Oost, Eveen, Zonnehuisgroep Amstelland, Sigma Zorg, Madeliefje thuiszorg in combinatie met Roza, Zorg Front, Sara en De Lindeboom, Stichting Leger des Heils

Stappenplan naar gestructureerde integrale eerstelijnsouderenzorg

Huisartsen krijgen steeds meer te maken met oudere patiënten, die in meer of mindere mate kwetsbaar zijn en complexe problematiek kennen. Dit vraagt om een proactieve houding van huisartsenvoorzieningen, samenwerking en afstemming met andere zorgverleners. POH-O heeft nauw contact met eventueel aanwezige wijkverpleegkundige, casemanager dementie en/of andere ondersteunende dienst, die vaak beter weten wat er thuis bij de patiënt en mantelzorgers speelt. De huisarts/POH-O behoudt het overzicht.

Deel 1: Signaleringen en vaststellen kwetsbaarheid

- Stap 1: Huisarts en POH-O brengen ouderen in kaart.
- Stap 2: POH-O gaat in gesprek met de (mogelijk) kwetsbare oudere en mantelzorgers en brengt de oudere in beeld.
- Stap 3: Huisarts en POH-O bepalen of er sprake is van kwetsbaarheid en de complexiteit van de problematiek.

Deel 2: Zorg en coördinatie bij ouderen met complexe kwetsbaarheid

- Stap 4: POH-O organiseert een MDO
- Stap 5: POH-O legt afspraken vast in een beknopt zorgplan.
- Stap 6: POH-O zet zorg en ondersteuning voor de kwetsbare oudere in.
- Stap 7: POH-O monitort de ingezette zorg en ondersteuning.

DEEL 1 SIGNALERING EN VASTSTELLEN KWETSBAARHEID

STAP 1 HUISARTS EN POH-O BRENGEN OUDEREN IN KAART

De huisarts en POH-O brengen alle 75+ patiënten in kaart. Er zijn verschillende manieren om kwetsbaarheid bij ouderen te identificeren. Oudere patiënten, waarbij een vermoeden bestaat van kwetsbaarheid, komen proactief onder de aandacht door:

- Één à twee keer per jaar actief een selectie te maken van patiënten van 75 jaar⁵ en ouder op basis van bepaalde kenmerken uit het HIS-bestand (bijvoorbeeld al langer dan een jaar geen contact gehad met de huisartsenvoorziening). Hiervoor zijn ook hulpprogramma's te gebruiken (zoals extractie ouderenmodule VipCalculus en/of via diverse KIS-systemen).
- Als de huisarts al langer vanuit de praktijk werkt, is hij of zij vaak wel op de hoogte welke ouderen kwetsbaar zijn of juist niet. En voor welke (nieuwe) ouderen dit onbekend is. Als handvat kan de huisarts letten op de volgende criteria die ouderen kwetsbaar maken⁶.
 - Multimorbiditeit.
 - Eén of meer *geriatric giants* (mobiliteits-, psychische- en/of communicatiestoornissen, ondervoeding, geheugenproblemen en incontinentie).
 - Het ontbreken van een sociaal netwerk.
 - Frequent praktijkbezoek.
 - Recent verlies van een partner.
 - Alleenstaand zijn.
 - Een lage opleiding.
 - Laaggeletterdheid.
 - Een recente ziekenhuisopname.
 - Een overbelaste mantelzorger.
 - Frequent bezoek aan de huisartsenpost en/of SEH.
- Signaleren van kwetsbaar gedrag tijdens reguliere contactmomenten in de huisartsenpraktijk.
- Signalen van welzijnscoaches, mantelzorgers, apotheker, wijkverpleging, paramedici, specialisten of vanuit de wijk.

Of er daadwerkelijk sprake is van kwetsbaarheid en wat de complexiteit van de gezondheidsproblemen van de kwetsbare ouderen zijn, wordt door de POH-O verkend in een gesprek met de oudere en mantelzorger. De keuze bij wie de POH-O langs gaat op huisbezoek gaat altijd in samenspraak met de huisarts.

⁵ Of 65+ bij bepaalde doelgroepen, zoals lage sociaaleconomische status of migranten ouderen op basis van *casefinding*.

⁶ Er zijn geen 'harde' criteria om kwetsbaarheid vast te stellen. Toch zijn er een aantal factoren die - vooral in combinatie met elkaar - ouderen kwetsbaar maken (LESA kwetsbare ouderen, juni 2017)

STAP 2 POH-O GAAT IN GESPREK MET DE (MOGELIJK) KWETSBARE OUDERE EN MANTELZORGER EN BRENGT DE OUDERE IN BEELD

Uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat identificatie en begeleiding van de meest kwetsbare ouderen in de thuissituatie leidt tot beter behoud van zelfredzaamheid, tegen gelijkblijvende of lagere zorgkosten (Van Hout, H. 2016). Goede zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen kan veel leed en/of onnodige crisissituaties voorkomen. Uitgangspunt is dat ouderen zélf keuzes maken over de aard en mate van ondersteuning en zorg. De POH-O ondersteunt de oudere bij het maken van die keuzes, o.a. door zich te verdiepen in de wensen en behoeften van de oudere.

De huisarts en/of de POH-O vraagt de oudere patiënt, die in stap 1 naar voren komen als mogelijk kwetsbaar, of een POH-O op huisbezoek mag komen.

Doel van het gesprek

Wanneer de POH-O de oudere nog niet kent, zijn belangrijke doelen van dit eerste gesprek: kennismaken, zorgen voor vertrouwen en zicht krijgen op het huidige netwerk van de oudere. Daarnaast neemt de POH-O een screeningsinstrument af om kwetsbaarheid vast te kunnen stellen.

In het gesprek met de oudere en mantelzorger gaat het niet alleen over mogelijke kwetsbaarheid en gezondheidsproblemen, maar juist over de wensen, behoeften, verlangens en prioriteiten van de oudere: Welke aspecten maken uw leven de moeite waard? Waar kijkt u naar uit? Wat raakt u nog? En wat zijn de zorgen? Waar ligt u wakker van? Deze informatie is leidend wanneer er later in het zorgproces mogelijk een zorgplan wordt opgesteld.

Ouderen vooraf goed informeren

Het is belangrijk dat de oudere en mantelzorger zich goed kunnen voorbereiden op het doel van het gesprek. Gebruik hiervoor de informatiebrief (deze is te vinden op de kennisbank op de website van Elaa).

Screeningsinstrument afnemen

Er zijn verschillende screeningsinstrumenten om kwetsbaarheid bij ouderen vast te stellen. In de regio Amsterdam is het advies om als screeningsinstrument de Trazag startlijst of Prisma⁷ te gebruiken. Op onderdelen kunnen gericht deelinstrumenten worden gebruikt, zoals een MMSE bij het vermoeden van cognitieve problemen ([RUDAS bij ouderen met een migratieachtergrond en/of lage SES](#)), of voor het signaleren van een verhoogd valrisico.



Proactief in gesprek over de zorg voor later (ACP)

Tijdens het eerste huisbezoek kan het gesprek al gaan over wensen in de laatste levensfase, omdat dit onderwerp terugkomt in de vragenlijst van de screening. Dit wordt ook wel *advance care planning* (vroegtijdige zorgplanning) genoemd. Deze gesprekken vragen vaak wat langer de tijd. Als de POH-O merkt dat de oudere daar behoefte aan heeft, kan er een tweede gesprek met de POH-O worden ingepland en vervolgens met de huisarts.

TIPS

- Vraag voorafgaand aan het gesprek een actueel medicatieoverzicht vanuit de apotheek op.
- Controleer bij de ouderen die worden bezocht of het dossier op orde is (medische voorgeschiedenis, medicatielijst, gegevens contactpersoon, toestemming LSP).
- Ook kan mondeling alvast gevraagd worden naar toestemming voor het uitwisselen van gegevens met andere zorgverleners en/of de familie.

STAP 3 HUISARTS EN POH-O BEPALEN OF ER SPRAKE IS VAN KWETSBAARHEID, EN DE COMPLEXITEIT VAN DE PROBLEMATIEK

POH-O zet alle relevante bevindingen uit het gesprek (en uit eventueel aanvullende onderzoeken) in één overzicht. In Amsterdam is het advies om hiervoor het SFMPC-model te gebruiken. SFMPC staat voor: Functioneren van de oudere op Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatief.

De POH-O en de huisarts gaan, eventueel op basis van het SFMPC-overzicht, samen na of er sprake is van kwetsbaarheid, en zo ja hoe complex de gesignaleerde problemen zijn. Dit geeft richting aan de vervolgstappen in het zorgproces:

- Bij ouderen waarbij nog **geen sprake is van kwetsbaarheid**, kan bijvoorbeeld aandacht worden besteed aan preventie.
- Bij ouderen met een **verhoogd risico** (chronisch ziek, afnemende functies) kan zo mogelijk de zorg en/of ondersteuning worden uitgebreid.
- Bij ouderen met **complexe problematiek** is samenhangende zorg nodig. Lees hier meer over in deel 2 (stap 4 t/m 7) van het stappenplan.

Als er geen sprake is van complexe problematiek, maar wel van (beginnende) kwetsbaarheid, bespreekt de POH-O met de huisarts hoe het beste de vinger aan de pols kan worden gehouden om eventuele toekomstige problemen vroegtijdig te signaleren. Dit wordt besproken met de oudere, mantelzorger en/of aanwezige hulpverleners.

Ouderengeneeskunde aan huis (NOA)

Per 1 september 2022 start het Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam (NOA), de nieuwe medische dienstverlening speciaal voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie. Amsterdamse huisartsen kunnen vanaf dan, bij complexe problematiek, een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) betrekken. De SO en haar team zijn expert op het gebied van complexe (multi)morbiditeit. De dienstverlening is laagdrempelig en bedoeld om vroegtijdig te ondersteunen en adviseren, het liefst voordat er een acute situatie ontstaat. De diensten die door het NOA worden aangeboden zijn een collegiaal overleg, deelname aan MDO en een thuisconsult. Voorbeelden van verwijsvragen zijn: cognitieve screening, algehele functionele achteruitgang, probleemgedrag en/of een medicatie-review. Er wordt straks wijkgericht gewerkt zodat huisartspraktijken steeds hetzelfde team kunnen verwachten. Vanaf 1 september kan er via ZorgDomein worden verwezen naar het NOA eerste lijn. Zie voor meer informatie: www.NOAeerstelij.nl

TIP

Alle bevindingen en afspraken worden door de POH-O direct in het HIS verwerkt in het SOEP onder de juiste ICPC codes.

	ICPC
Bepalen kwetsbaarheid	A49.01
Kwetsbare oudere	A05
Levens einde gesprek	A20
Medicatiebeoordeling	A49.02
Eenzaamheid	Z04.03
Geheugenproblematiek	P20
Ziekenhuisopname	Wordt nog besproken

Voor meer informatie over ICPC-codes, zie factsheet stedelijke registratiewijzer op website Aha.

DEEL 2 ZORG EN COÖRDINATIE BIJ OUDEREN MET COMPLEXE KWETSBAARHEID (A05)

Kwetsbaarheid bij ouderen kan leiden tot complexe problematiek waarbij samenhang in de zorg, afstemmen van regie en samenwerking noodzakelijk zijn. Hiervoor is het van belang dat de POH-O een geriatrisch netwerk opbouwt en onderhoud in het gebied, zodat de POH-O weet wie hij of zij in kan zetten.

Hierover gaat dit tweede deel van het stappenplan (stap 4 t/m 7).

STAP 4 POH-O ORGANISEERT EEN MDO

Patiënten waarbij sprake is van complexe kwetsbaarheid kunnen worden ingebracht in een MDO.

Organiseren multidisciplinair overleg (MDO)

Praktijken die meedoen aan het programma Beter Oud in Amsterdam hebben een MDO met samenwerkingspartijen zoals wijkverpleging, buurtteams, maatschappelijk werk, en zo nodig, casemanager dementie, SO(G), Welzijn op Recept, de specialist ouderengeneeskunde, apotheek, fysio- en/of ergotherapeut, diëtiste, etc.

De rol van een POH-O bij een structureel MDO is essentieel. Niet alleen voor de organisatie van een MDO (uitnodigingen versturen, agenda opstellen, ruimte regelen, etc.) maar ook de inhoudelijke voorbereiding. Bij een structureel MDO, waar meerdere patiënten met verschillende disciplines worden besproken, inventariseert de POH-O welke patiënten aan de orde moeten komen. Vervolgens stemt de POH-O met de patiënt en mantelzorger af dat hij of zij wordt besproken in het MDO. Ook verzamelt de POH-O alle belangrijke informatie van ondersteunende- en/of zorgdiensten van de patiënten die worden besproken en brengt deze informatie in tijdens het overleg.

TIPS

- Een POH-O kent alle belangrijke partijen waarmee samengewerkt wordt in de zorg- en ondersteuning van ouderen in zijn of haar gebied (geriatrisch netwerk).
- Het MDO kan ook via Skype of andere vorm van beeldbellen.
- Via één gezamenlijke communicatietool, zoals cBoards, alle betrokkenen elkaar tussentijds informeren.

DEEL 2 ZORG EN COÖRDINATIE BIJ OUDEREN MET COMPLEXE KWETSBAARHEID

STAP 5 POH-O LEGT AFSPRAKEN VAST IN EEN BEKNOPT ZORGPLAN.

Voor de patiënt en mantelzorger is fijn als er één à twee personen het overzicht houden, de regie hebben en wie met wie zij direct contact kunnen leggen. Vanuit de huisartsenvoorziening is dit de POH-O en daarbuiten bijvoorbeeld de buurtteammedewerker, wijkverpleegkundige of de casemanager dementie. Die keuze hangt af van de accenten in het zorgplan, de mate van betrokkenheid in het zorgproces en de wens van de oudere zelf.

Beknopt zorgplan

De POH-O of wijkverpleegkundige stemt de afspraken uit het MDO af met de oudere patiënt en mantelzorger. De afspraken, na overeenstemming met oudere/ mantelzorger, worden vastgelegd in een beknopt zorgplan (stuurt deze via zorgmail dit naar alle betrokkenen).

Facultatief: Zorgplan omzetten naar 'individueel zorgplan' voor de oudere en mantelzorger

Om de betrokkenheid en inzet van de patiënten en mantelzorgers, in het zorgproces te bevorderen, kan het zorgplan worden omgezet in een individueel zorgplan (voor de oudere en naasten). Een individueel zorgplan is een soort persoonlijk draaiboek waarin staat wat de oudere zelf kan doen om de doelen te behalen (bijvoorbeeld meer drinken, dagelijks bewegen, contact leggen in de buurt, etc.). Dit plan is dus niet verplicht maar kan een hulpmiddel zijn als patiënten extra motivatie of ondersteuning nodig bij de dingen die zij zelf moeten doen.

TIP

Een individueel zorgplan kan verschillende verschijningsvormen hebben: papier of digitaal, met alleen tekst of ook met beeld (zie voorbeeld zorgvoorbeter.nl). Het moet herkenbaar zijn voor de oudere patiënt (bijvoorbeeld een A4 wat op de koelkastdeur kan worden geplakt).

STAP 6 POH-O ZET ZORG EN ONDERSTEUNING VOOR DE KWETSBARE OUDERE IN.

In het zorgplan is vastgelegd wie welke actie gaat uitvoeren. Regelmatige afstemming tussen de POH-O en wijkverpleegkundige, casemanager, buurtteammedewerker, SO en/of ondersteunende dienst(en) is in deze fase heel belangrijk. Net als bij een MDO kun je dit overleg ook structureel inplannen (bijvoorbeeld 1x per 6 weken alle patiënten doornemen) en/of ad hoc doen wanneer het nodig is.

STAP 7 POH-O MONITORT DE INGEZETTE ZORG EN ONDERSTEUNING

De behoeften, verlangens en prioriteiten van de oudere kunnen in de loop der tijd veranderen, bijvoorbeeld door verbetering of verslechtering van de lichamelijke en/of geestelijke functies. Hierop moet de zorg en/of ondersteuning worden aangepast.

Na een vooraf vastgestelde periode, of wanneer er tussentijds sprake is van een belangrijke wijziging, wordt de zorg met de betrokken zorgverleners gemonitord, bijvoorbeeld in een MDO. De POH-O organiseert deze evaluatie, eventueel samen met de wijkverpleegkundige of casemanager dementie (die de inhoud inbrengt). De POH-O informeert alle betrokkenen over het nieuwe zorgplan.

Bijstellen van de zorg

De evaluatie kan aanleiding geven om de zorg, en dus ook het zorgplan, bij te stellen. Bepaalde delen van het screeningsinstrument kunnen zo nodig herhaald worden.

Daarna worden, indien nodig, nieuwe doelen en acties vastgelegd. Uiteraard weer in samenspraak met de oudere en mantelzorger. Stel samen direct een nieuwe evaluatiedatum van het zorgplan vast.

Bronnen

In deze handreiking gebruiken we – met toestemming – informatie uit het boek 'Protocollaire Ouderenzorg' van Laego, Vilans, V&VN en NHG (2015). Bij de laatste herziening hebben we de Amsterdamse handreiking naast de landelijke handreiking 'kwetsbare ouderen thuis' (mei, 2019) gelegd en hieruit de laatste ontwikkelingen, en terminologie, meegenomen. Deze informatie hebben we verrijkt en aangescherpt met de kennis en ervaringen uit vier proeftuinen van het project Beter Oud in Amsterdam en uit onderzoek (La Grouw, van Hout, 2016), inclusief interviews met ouderen uit het door ZonMw (NPO) gefinancierde project Beter Oud in Amsterdam.

- 'Eerstelijns- en wijkgerichte ouderenzorg: onderbouwing voor een integrale vernieuwingsstrategie in Amsterdam.' Deelrapport in het kader van de voorstudie 'Vernieuwing van gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen', gefinancierd door de Stichting Preventie, Vroegdiagnostiek en eHealth. van Hout 2016.
- 'Faciliterende en belemmerende factoren bij de implementatie van Beter Oud in vier Amsterdamse huisartspraktijken'. Verslag, La Grouw en Van Hout, 2017.
- Artikel Yvonne La Grouw voor Beter Oud: Kan spoedeisende hulp bij ouderen voorkomen worden? 11 mei 2018.
- Boek 'Protocollaire ouderenzorg', S. van Maurik-Brandon, V.H. ten Dam, P.L.J. Dautzenberg. NHG, V&VN, Leago, Vilans. 2015.
- Handreiking 'kwetsbare ouderen thuis' (mei, 2019).
- Landelijke website Beter Oud.
- Propositie POH-Ouderen binnen integrale ouderenzorg Amsterdam.
- Sociaal loket Amsterdam.
- Vijfde Els Borst-lezing door Joris Slaets: Kwaliteit van Zorg: wie mag het zeggen (2017).
- Website gemeente Amsterdam.
- Website HKAA.
- Website Hogeschool van Amsterdam.
- Website Inholland.
- Website Kennisplein Chronische Zorg.
- Website Mantelzorgondersteuning Amsterdam.
- Website Waardigheid en Trots.
- Website Zorg en Welzijn.