

NOTITIE TRANSMURALE WERKGROEP KWETSBARE OUDEREN

Een aanzet tot betere transmurale zorg voor de kwetsbare oudere in het werkgebied van het Medisch Coördinerend Centrum Leeuwarden

maart 2010

M.J. van Leeuwen, huisarts

G.J. Vermeer, medisch coördinator MCC Leeuwarden

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING

DE TRANSMURALE WERKGROEP KWETSBARE OUDERE

1. doelstelling
2. samenstelling werkgroep
3. doelgroep
4. evaluatie en bijstelling van de gemaakte afspraken

ACTIVITEITEN VAN DE WERKGROEP

1. inventarisatie van knelpunten
2. samenwerkingsafspraken ter verbetering van de communicatie tussen de beroepsbeoefenaren
3. versterking van de eerste lijn

BRONNEN

INLEIDING

In Nederland woonden in 2005 3 miljoen 60-plussers, in 2030 zullen dat er 5 miljoen zijn. Het aantal zelfstandig wonende ouderen wordt groter. Met het ouder worden, wordt het risico op het krijgen van één of meer chronische ziekten groter. Daardoor ontstaan meer beperkingen met negatieve invloed op het welbevinden.

Ruim 60% van de 65-plussers heeft twee of meer chronische aandoeningen. Dit percentage stijgt bij het ouder worden. Van de 85-jarigen heeft minstens 85% meer dan 2 chronische aandoeningen.

In de leeftijdsgroep vanaf 65 jaar wordt 25–30% als kwetsbaar bestempeld.

Het aantal kwetsbare ouderen zal in de komende 30 jaar verdubbelen. (van 500.000 tot 1.000.000).

Met het begrip *kwetsbaarheid (frailty)* wordt bedoeld: “Een verlies van hulpbronnen in verschillende domeinen van het functioneren, dat leidt tot een verminderde reservecapaciteit voor het omgaan met stress. Kwetsbaarheid wordt geoperationaliseerd in fysieke (mobiliteit, fysieke fitheid, visus, gehoor, gewichtsafname, multimorbiditeit), psychisch (cognitie, depressie, angst) en sociale aspecten van functioneren (eenzaamheid).

Voor de regio Friesland Noord is het aantal 65 plussers 15% van de bevolking. Dit aantal zal de komende jaren toenemen.

Daarmee zal de zorgvraag groter worden in alle echelons.

Om aan deze vraag te kunnen voldoen is een integrale diagnostiek en behandeling nodig met goede interdisciplinaire communicatie en samenwerking.

Bij kwetsbare ouderen ligt het accent bij diagnostiek, behandeling en begeleiding anders.

In de zorg voor ouderen met complexe problematiek moet het welbevinden en het behoud van (gedeeltelijke) zelfredzaamheid leidend zijn.

De landelijke ontwikkelingen zijn in Friesland niet onopgemerkt gebleven. In verschillende facetten van de zorg loopt men ook hier al tegen de complexer wordende zorgvraag aan, niet in de laatste plaats op medisch gebied.

In februari 2008 is in het adherentiegebied van het MCL op initiatief van het Medisch Coördinerend Centrum (MCC) Leeuwarden een transmurale werkgroep “Kwetsbare ouderen” gestart. Bewust is in de samenstelling van de werkgroep gekozen voor beroepsbeoefenaren werkzaam op de medische as, die betrokken zijn bij diagnostiek en behandeling van de oudere met complexe problematiek.

DE TRANSMURALE WERKGROEP KWETSBARE OUDEREN

1. Doelstelling werkgroep

“Een gezamenlijke visie en aanpak ontwikkelen over medische zorg aan kwetsbare ouderen, met goede afstemming binnen de 1^o en 2^o lijn, uitgaande van de bestaande structuren en samenwerkingsverbanden, teneinde de kwaliteit van de medische zorg te verbeteren”.

De volgende aspecten zijn onmiskenbaar van belang in de medische zorg voor kwetsbare ouderen, maar behoeven de nodige aandacht:

- vroegsignalering
- casemanagement
- ketenzorg

De werkgroep heeft zich ten doel gesteld na inventarisatie en analyse van knelpunten en tekortkomingen op deze drie gebieden met concrete aanbevelingen en samenwerkingsafspraken te komen. De mogelijkheid om op projectbasis initiatieven te ontplooiën en die daarna uit te laten waaieren in het werkgebied of zelfs de gehele provincie wordt onderzocht.

Daarnaast zal de werkgroep ook op langere termijn actief blijven om afspraken regelmatig te evalueren en zo nodig bij te stellen.

Samenwerking met andere partners in de zorg zoals (thuis)zorginstellingen wordt nagestreefd.

Versterking van de 1^o lijn en behoud van de regierol van de huisarts zijn leidende principes voor de werkgroep, waarbij dus van de huisartsen relatief de grootste inspanning wordt verwacht om dit aspect waar te maken. Een subwerkgroep “versterking van de eerste lijn” die uitsluitend uit huisartsen bestaat is gevormd.

Leidraad (zie bronnen):

- het rapport “Medische ouderenzorg in de toekomst”
- het NHG-Standpunt “Huisartsgeneeskunde voor ouderen”
- visie van de verpleeghuisartsen en GGZ-ouderen op ouderenzorg

2. Samenstelling werkgroep

- drie huisartsen, namens de Transmurale Commissie van de Friese Huisartsen Vereniging afdeling Noord: mw. dr. A.J. Berendsen (vanaf december 2008) mw. V. Coenegracht en mw. M.J. van Leeuwen.
- een specialist ouderengeneeskunde, namens de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, afdeling Friesland: dhr. P.Baars
- twee klinisch geriaters werkzaam in het MCL: mw. E. Huinink, mw. dr. D.Z.B. van Asselt
- een ouderenpsycholoog van GGZ ouderen Friesland Noord: dhr. P. Andreoli; vanaf 2010 dhr. B. Wiegens
- MCC Leeuwarden: mw. G.J. Vermeer, medisch coördinator
- In de subwerkgroep “versterking van de eerste lijn” zitten naast de huisartsen-werkgroepleden nog de huisartsen: mw. W. Zarza, J. Lievense en K. Iest

3. Doelgroep

De werkgroep volgt de definiëring in het NHG Standpunt: "Kwetsbare ouderen zijn ouderen met complexe problematiek, die diverse aandoeningen hebben en waarbij verschillende hulpverleners actief zijn".

Onder complexe problematiek wordt verstaan: cognitieve beperkingen, handicaps, psychosociale problematiek, multimorbiditeit, polyfarmacie, maatschappelijk isolement. Vaak is er interactie tussen deze factoren.

Bij de groep kwetsbare ouderen is er verminderde reservecapaciteit voor het omgaan met stress.

Voor de huisarts(enpraktijk) wordt momenteel op verschillende plaatsen onderzoek gedaan of het zinnig is om bij patiënten ouder dan 65 jaar na te gaan of er bij de patiënt sprake is van kwetsbaarheid ("frailty").

4. Evaluatie

De werkgroep zal de komende jaren actief blijven. In 2010 zullen de in deze notitie voorgestelde samenwerkingsafspraken geïmplementeerd worden en zal de subwerkgroep "versterking van de eerste lijn" met concrete aanbevelingen komen. Stelselmatig zal de werkgroep hierover rapporteren in de Nieuwsbrief van het MCC.

ACTIVITEITEN VAN DE WERKGROEP

1. Inventarisatie van in de praktijk ervaren knelpunten
2. Samenwerkingsafspraken tussen de medische beroepsbeoefenaren
3. Versterking van de eerste lijn

1. Inventarisatie van de in de praktijk ervaren knelpunten

Onderstaande lijst is een niet volledige opsomming van door de werkgroep vastgestelde problemen en tekortkomingen

- Vroegsignalering bij ouderen vindt binnen de huisartspraktijk niet stelselmatig plaats. Landelijk lopen er diverse onderzoeksprojecten naar het belang van screening binnen de eerste lijn.
- De huisarts werkt niet consequent met het in kaart brengen van de “4 geriatrische assen” te weten: de somatische, de psychische, de sociale en de functionele as.
- Afspraken over casemanagement in de thuissituatie en in het verzorgingshuis ontbreken vaak.
- De kennis, vaardigheden en attitude van professionals in de huisartsenpraktijk t.a.v. de oudere patiënt schieten nogal eens te kort.
- De werkdruk zal onbeheersbaar snel oplopen als het takenpakket van de huisarts op deze punten wordt uitgebreid.
- De zorgcoördinatie van thuiszorg en verzorgingshuis is vaak versnipperd en soms ondeskundig.
- De rol van de specialist ouderengeneeskunde in de 1^e lijn als consulent en in het verzorgingshuis als medebehandelaar, is niet afgebakend. Regelmatig ontstaat de situatie van “twee kapiteins op een schip”.
- Er is onbekendheid bij andere artsen wat de competenties zijn van de specialist ouderengeneeskunde rond ouderen die intensieve behandeling ondergaan, zoals b.v. dagbehandeling.
- Er is geen regionale afspraak over welke specialist ouderengeneeskunde bij welke huisartsenpraktijk hoort.
- Er bestaat nogal eens onduidelijkheid wat de specifieke taak is van de GGZ ten aanzien van ouderen.
Soms is er sprake van dubbele actie: GGZ diagnostiek en klinisch geriatrische.
- De informatie behoefte van de huisarts sluit niet aan bij de ontslagbrief van de klinische geriatrie.
- Er is te weinig acute opname capaciteit op de afdeling Klinische Geriatrie.
- Bij overige medisch specialisten en verpleegkundigen binnen het ziekenhuis ontbreekt nogal eens de kennis over en wordt een niet adequate attitude ten opzichte van de oudere mens aangenomen.
- Er is vaak onvoldoende communicatie tussen de medische beroepsbeoefenaren.
- De wensen rond het levenseinde zijn niet altijd besproken of bekend.

2. Samenwerkingsafspraken tussen de medische beroepsbeoefenaren

Een deel van de werkgroep heeft zich gebogen over de doelgroepen en taken van de 4 medische beroepsgroepen (huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, GGZ-ouderen en klinische geriatrie).

Verwijzing en daarbij horende contacten/berichtgeving is in kaart gebracht. Punten van verduidelijking en verbetering zijn aangebracht.

De werkgroep verwacht dat met gebruik van deze “Afspraken over communicatie rond kwetsbare ouderen” de onderlinge communicatie wordt verbeterd.

Er is ook een overdrachtsformulier (analoog aan het “voorlopig bericht van ontslag” in het MCL) ontwikkeld voor gebruik door de specialist ouderengeneeskunde en de GGZ-ouderen.

Deze “Afspraken over communicatie rond kwetsbare ouderen” wordt als MCC werkafpraak gepubliceerd in de MCC Nieuwsbrief, de Transmurale Map en op de MCC website.

In nascholing zal aandacht besteed worden aan deze afspraken.

WERKAFSPRAKEN OVER COMMUNICATIE ROND KWETSBARE OUDEREN

Huisartsenpraktijk (huisarts en/of POH)

levert 1^e lijns zorg, d.w.z. doet diagnostisch onderzoek en behandeling t.b.v. alle inwoners in thuissituatie en verzorginghuis. Een deel van de populatie behoort tot de groep kwetsbare ouderen.

Specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts)

levert voornamelijk zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken met:

- complexe problemen
- met één of meerdere aandoeningen
- ongeacht verblijfplaats, uitgezonderd patiënten die klinische diagnostiek en behandeling nodig hebben (b.v. somatisch: naar klinische geriatrie of psychiatisch: naar ouderenpsychiatrie)

De specialist ouderenzorg kan werkzaam zijn in een verpleeghuis, als consulent in de huisartsenpraktijk en in een verzorgingshuis als medebehandelaar bij cliënten met aanvullende verpleeghuiszorg of als consulent.

Ouderenpsychiatrie (GGZ ouderen) (psychiater en/of SPV)

levert zorg aan ouderen boven de 65 jaar met:

- een in principe behandelbare psychiatrische aandoening
- ernstige psychosociale problematiek
- psycho-organische stoornissen (dementie), waarbij de psychiatrische gedragsstoornis op de voorgrond staat

De psychiatrische zorg kan verleend worden: ambulante, intensieve begeleiding in samenwerking met de thuiszorg, poliklinisch contact, deeltijdbehandeling of door klinische opname of in een beschermde woonvoorziening.

Consultatie is mogelijk in een verpleeg- of verzorgingshuis, op de afdeling klinische geriatrie en in thuiszorgteams.

De GGZ-ouderen is aanwezig bij het MDO op de klinische geriatrie, inclusief de geheugenpolikliniek.

Klinische geriatrie (klinisch geriater en/of nurse practitioner)

levert in het ziekenhuis zorg, d.w.z. diagnostiek en behandeling aan:

kwetsbare oudere patiënten met een hoge leeftijd en multimorbiditeit op somatisch, psychisch, functioneel en sociaal gebied. Is consulent voor alle bij andere specialismen in het ziekenhuis opgenomen kwetsbare ouderen.

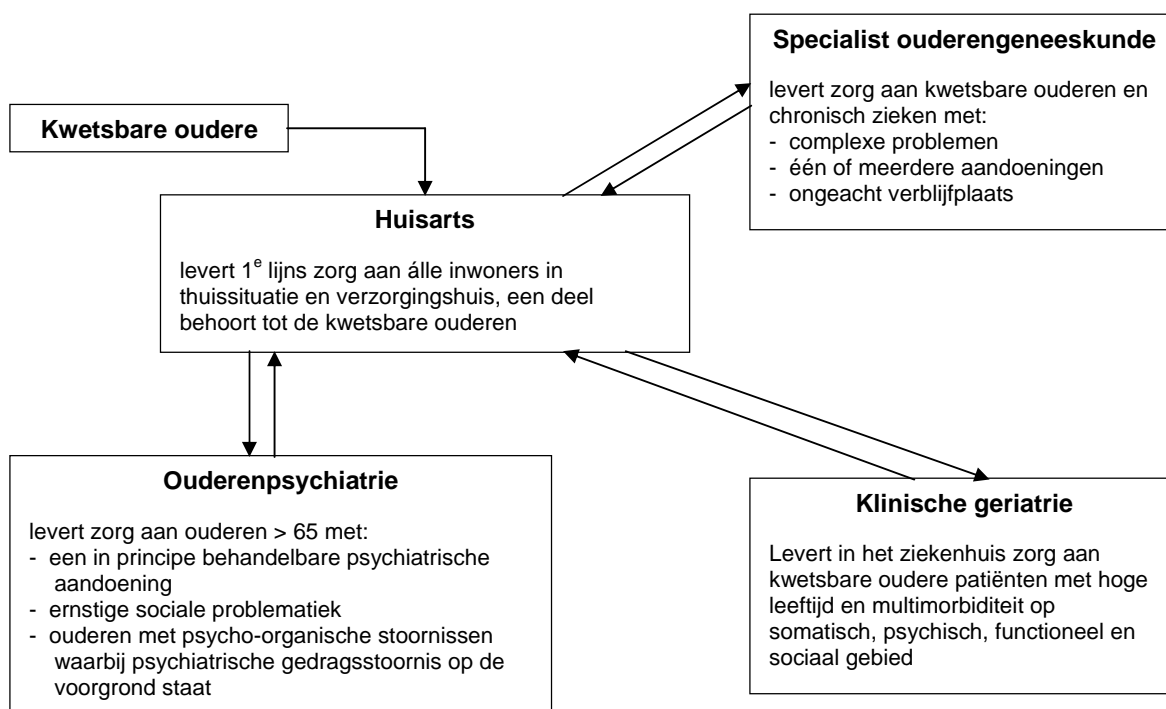
Doet poliklinische diagnostiek en behandelingen op het Dag Onderzoeks Centrum (DOC)

Niet horend bij de klinische geriatrie: een zorgvraag zonder diagnostische vraag en enkelvoudige psychiatrische problematiek.

Een kwetsbare oudere patiënt kan via verwijzing door de huisarts terecht komen bij:

- de specialist ouderenzorg: consult op verzoek van de huisarts (huisarts neemt telefonisch contact op) of opname in verpleeghuis
- de ouderenpsychiater voor diagnostiek en behandeling van de psychiatrische aandoening (elektronische verwijzing via Zorgdomein naar GGZ)
- de klinisch geriater voor diagnostiek en/of therapeutisch advies (elektronische verwijzing via Zorgdomein)

Onderstaand organogram geeft de centrale positie weer van de huisarts bij de zorg aan kwetsbare ouderen.



Ook klinisch geriater, specialist ouderenzorg of ouderenpsychiater kunnen voor de patiënt bij één van de bovengenoemde specialisten een consult aanvragen. Er kan (vaak daarna) een doorverwijzing worden gedaan.

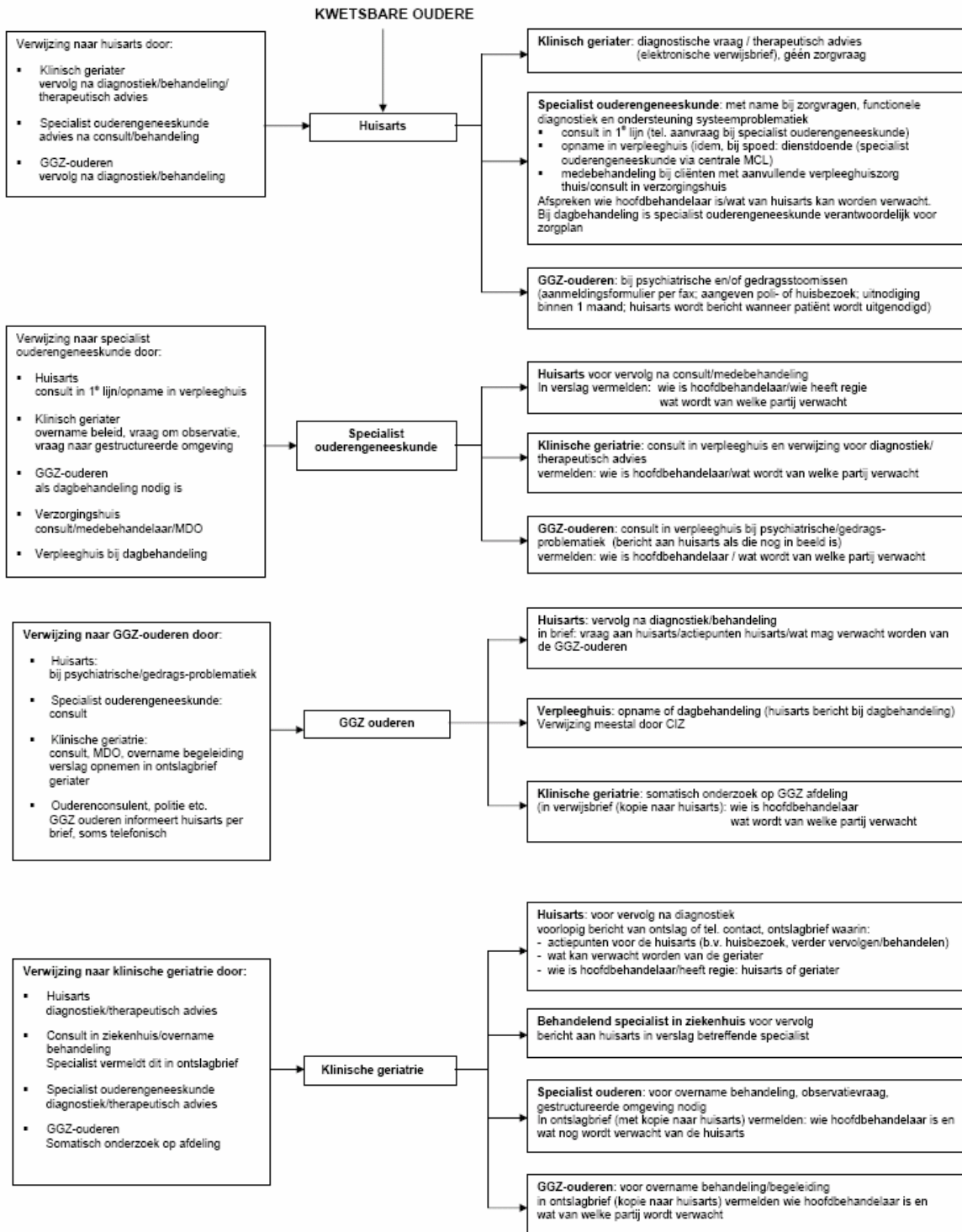
De huisarts dient over consult en doorverwijzing te worden geïnformeerd.

In de ontslagbrief (zie voorbeeld 'Voorbericht van ontslag') dient nadrukkelijk vermeld te worden:

- **conclusie**
- **afspraken bij ontslag/wat is geregeld**
- **wie is hoofdbehandelaar, medebehandelaar of consulent/wie heeft de regie**
- **wat wordt van welke partij verwacht**

Tussen hoofd- en medebehandelaar is voortdurend informatieoverdracht

VERWIJZINGEN van en naar HUISARTS, SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE, GGZ-OUDEREN, KLINISCH GERIATER



VOORBERICHT VAN ONTSLAG
Afdeling Geriatrie MCL

FAXNR. HA

PARAAF

Naam patiënt	Mw./Dhr.	
Geboortedatum		
Opnameperiode	Van	Tot
Ontslagen naar	<input type="checkbox"/> Huis <input type="checkbox"/> Anders	
Specialist		
Arts-assistent		

Reden van opname:

Belangrijkste conclusie bij ontslag:

Medicatie bij ontslag: zie bijgevoegde medicatielijst

Bijzonderheden:

Nazorg

Geregelde zorg	<input type="checkbox"/> Thuiszorg <input type="checkbox"/> GGZ ouderen <input type="checkbox"/> Casemanagement dementie <input type="checkbox"/> TINZ, steunpunt dementie <input type="checkbox"/> GGZ ouderen <input type="checkbox"/> Dagbehandeling <input type="checkbox"/> Fysiotherapie <input type="checkbox"/> Voeding / dieet <input type="checkbox"/> Anders
----------------	---

Poliklinische controle

- Ja, over weken bij
 Nee, wij dragen de zorg aan u over

Verzoek / advies aan huisarts:

Graag huisbezoek

- Nee
 Ja, i.v.m.:

Definitieve ontslagbrief volgt zo spoedig mogelijk.

Voor collegiaal overleg zijn wij te bereiken op telefoonnummer (058) 286 68 40, keuze 1 (afdeling)

3. Versterking van de eerste lijn

Een sterke eerste lijn is een absolute randvoorwaarde voor goede medische zorg voor kwetsbare ouderen. Zowel de gezondheidsraad, de politieke beleidsmakers als de eigen beroepsorganisaties voor huisartsen (LHV en NHG) zien het belang en de noodzaak hiervan in. De gezondheidszorg dreigt in toenemende mate te versnipperen en vooral de regierol van de huisarts wordt als onmisbaar geacht. Evenwijdig hieraan loopt de wens van de meeste ouderen om zich zo lang mogelijk zelf te kunnen redden. Er wordt vanuit diverse invalshoeken gepleit voor een meer proactieve houding van huisartsen, op het gebied van ouderenzorg. Onduidelijk is op dit moment nog hoe de extra hoeveelheid werk die dit voor de huisarts met zich meebrengt ingevuld en gefinancierd zal worden. Het is echter te verwachten dat extra personeelsformatie ten behoeve van de eerste lijn en in nauwe samenwerking met de huisarts absoluut noodzakelijk wordt. Praktijkondersteuning door een verpleegkundige met een op ouderengeneeskunde toegesneden opleiding lijkt het meest voor de hand liggend.

Uitgezocht moet worden of lokale thuiszorgorganisaties in staat zijn meer deskundigheid op de werkvloer in te zetten en op die manier de samenwerking op een hoger plan te tillen.

Om te brainstormen en beleid te ontwikkelen over hoe lokale initiatieven op het gebied van de eerste lijn kunnen worden ontplooid en hoe bestaande initiatieven eventueel op andere locaties uitgerold kunnen worden is er een subwerkgroep gevormd, die bestaat uit huisartsen binnen het adherentiegebied van het MCL.

Deze werkgroep zal in kaart brengen welke prioriteiten er liggen en welke randvoorwaarden moeten worden ingevuld op het gebied van

- vroegsignalering
- casemanagement
- ketenzorg

Het is uitdrukkelijk de bedoeling om in 2010 met concrete plannen te komen en tot een (pilot) projectvoorstel te komen.

Hieronder volgt een ruwe opsomming van mogelijke onderwerpen die door de huisartsenwerkgroep als uitgangspunt kunnen gelden.

Vroegsignalering

- Selectie of screening van kwetsbare ouderen binnen de huisartsenpraktijk?
- Hoe bij de geselecteerde groep in kaart brengen van lichamelijke conditie, geestelijk en cognitief functioneren, zintuigen, mobiliteit, sociaal netwerk
- Hoe registratie, bij voorbeeld d.m.v. een ruiters of aanmaken probleem/episode in het medisch dossier waaruit blijkt in welke mate sprake is van kwetsbaarheid
- Onderzoek naar cognitieve stoornissen binnen de eerste lijn
- Follow up van uit het ziekenhuis ontslagen patiënten, die onmiskenbaar kwetsbaar zijn

Deze werkwijze vraagt om (extra) overleg in de huisartsenpraktijk tussen de huisarts, praktijkondersteuner en assistente.

Casemanagement

- Welke casemanagementsactiviteiten zijn er nu?
- Hoe vaststellen wie de hoofdbehandelaar is (in principe is dat de huisarts)
- Periodiek een multidisciplinair overleg beleggen met andere zorgverleners en familie, b.v. twee maal per jaar en indien nodig op afroep
- Behandeldoelen formuleren en in een multidisciplinair dossier vastleggen
- Bij verminderde wilsbekwaamheid een vertegenwoordiger ten behoeve van de patiënt benoemen
- De wens niet reanimeren of ziekenhuis-/IC opnames registreren
- Beslissingen rond het levenseinde bespreekbaar maken en vastleggen

Ook hierbij is structureel overleg binnen en buiten de huisartsenpraktijk noodzakelijk. Overlegvormen vragen van de huisarts en/of praktijkondersteuner een grote tijdsinvestering.

Ketenzorg

- Bij ziekenhuisopname van een bekende kwetsbare oudere actief contact zoeken met behandelaar(s) en zorg dragen voor een goede verwijsbrief. (bij acute opname buiten praktijkuren van de eigen huisarts alsnog verwijsbrief met huisartsen-informatie?)
- Huisbezoek binnen hoeveel dagen na ontslag
- Controle of gemaakte afspraken zijn nagekomen
- Regelmatig evaluatie van de medicatie samen met de apotheker

Op de volgende pagina volgt een voorbeeld van een instrument dat in de huisartsenpraktijk gebruikt zou kunnen worden.

TraZAG startdocument

startdocument			
1	Heeft de patiënt hulp nodig bij het doen van het huishouden (koken, poetsen, boodschappen etc)?	Ja	Verdere diagnostiek mogelijk via formulier 2
		Nee	
2	Heeft de patiënt hulp nodig bij het uitvoeren van de ADL (zich wassen, kleden, toiletgang etc)	Ja	Verdere diagnostiek mogelijk via formulier 3
		Nee	
3A	Is de patiënt de laatste drie maanden afgevallen?	Ja	Verdere diagnostiek mogelijk via formulier 4
		Nee	
3B	Heeft de patiënt problemen met eten en/of drinken?	Ja	Verdere diagnostiek mogelijk via formulier 4
		Nee	
4A	Is de patiënt de laatste zes maanden meer dan twee maal gevallen?	Ja	Verdere diagnostiek mogelijk via formulier 5
		Nee	
4B	Heeft de patiënt moeite met gaan, staan, bewegen?	Ja	Verdere diagnostiek mogelijk via formulier 5
		Nee	
5	Heeft de patiënt het afgelopen jaar vaker de huisarts bezocht, of is hij/zij opgenomen geweest in het ziekenhuis?	Ja/Nee	
6	Gebruikt de patiënt meer dan vier verschillende medicijnen, inclusief zelfzorgmiddelen?	Ja	Verdere diagnostiek mogelijk via formulier 6
		Nee	
7A	Heeft de patiënt problemen met zijn/haar visus?	Ja	Verdere diagnostiek mogelijk via formulier 7
		Nee	
7B	Heeft de patiënt problemen met zijn/haar gehoor?	Ja	Verdere diagnostiek mogelijk via formulier 7
		Nee	
8	Heeft de patiënt problemen met het geheugen?	Ja	Verdere diagnostiek mogelijk via formulier 8
		Nee	
9	Heeft de patiënt last van een sombere stemming, last van een depressie?	Ja	Verdere diagnostiek mogelijk via formulier 9
		Nee	

TraZAG startdocument, patiënten versie

startdocument		
1	Heeft u meer hulp nodig bij het doen van het huishouden (bijv koken, schoonmaken) dan drie maanden geleden?	Ja/Nee
2	Heeft u meer hulp nodig bij het uitvoeren van de dagelijkse verzorging dan drie maanden geleden?	Ja/Nee
3A	Bent u de afgelopen drie maanden onbedoeld gevallen?	Ja/Nee
3B	Heeft u problemen met eten en drinken?	Ja/Nee
4A	Bent u de afgelopen zes maanden twee of meer keer gevallen?	Ja/Nee
4B	Heeft u problemen met lopen?	Ja/Nee
5	Bent u het afgelopen jaar vaker ziek geweest dan voorheen?	Ja/Nee
6	Gebruikt u meer dan vier verschillende medicijnen?	Ja/Nee
7A	Heeft u problemen met het zien?	Ja/Nee
7B	Heeft u problemen met het gehoor?	Ja/Nee
8	Heeft u problemen met het geheugen? Ofwel bent u vergeetachtiger geworden?	Ja/Nee
9	Bent u de laatste tijd (drie maanden) somberder gestemd dan voorheen, ofwel depressief geweest?	Ja/Nee

BRONNEN

Landelijke publicaties (met vermelding kernpunten):

- **'Medische Ouderenzorg in de Toekomst, Anticiperen op ziekte en welbevinden'**
Scenariostudie; STG Health Management Forum, Leiden oktober 2007

Kern: voor goede zorg in inzet nodig op vier terreinen:

1. *vroegtijdige signalering van gezondheidsrisico's bij ouderen met multimorbiditeit*
2. *betere regie over de zorg aan deze groep ouderen*
3. *meer specialistische adviezen aan 1^e lijn*
4. *beter toepassen van specialistische kennis over complexe multimorbiditeit in de kliniek*

Op *regionaal* niveau moeten afspraken worden gemaakt over zorgtrajecten door alle betrokken beroepsbeoefenaren en organisaties en de verzekeraars.

Belangrijk hierbij is een toegankelijk en actueel (elektronisch) *dossier, scholing* over multimorbiditeit in interdisciplinaire setting, stimuleren van wetenschappelijk onderzoek en de aanwezigheid van randvoorwaarden

- **'NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg, Huisartsgeneeskunde voor ouderen'**
vastgesteld tijdens ALV van 31 mei 2007.

Kern: De zorg voor ouderen met complexe problematiek vraagt om samenhangend zorgnetwerk met de huisarts in de regierol. Er moeten afspraken worden gemaakt over toegankelijkheid, zorginhoud, communicatie en samenwerking.

Er moeten afspraken worden gemaakt tussen huisarts en 2e lijn over consultatieve functies.

- **Brief 'Multimorbiditeit en ouderenzorg' van de staatssecretaris van VWS**
mevr Dr. J. Bussemaker aan de tweede kamer, 12 november 2007

De conclusie hieruit is dat er onvoldoende kennis is bij de zorgverleners, dat de zorgverleners reactief werken en niet samenwerken.

Het advies is om gebruik te maken van bestaande netwerken en regionale afspraken te maken en regionale samenwerkingsverbanden.

- **'Ouderdom komt met gebreken', advies van de Gezondheidsraad en Raad voor Gezondheidsonderzoek aan de staatssecretaris van VWS**
- **'concept Nationaal programma ouderenzorg 2008 – 2011' van ZonMw**
- **'Kwetsbare Ouderen Westelijke Mijnstreek, Zorg uit voorzorg'**
projectvoorstel ter realisatie van een integraal, samenhangend aanbod voor kwetsbare ouderen in de regio Westelijke Mijnstreek, 04.12.2007
- **'Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis', handreiking, samenhangende zorg in de eerstelijns**
LHV, KNMP, NHG, NVVA, 2009

Artikelen

- de serie “Huisartsgeneeskunde voor ouderen”, Huisarts en Wetenschap 2008
- “Meer dan gezondheid”, Medisch Contact 28 maart 2008
- “Extra ondersteuning voor de huisarts”, Nursing april 2008
- “Ketens met karakter”, Medisch Contact 9 mei 2008
- “Ouderenzorg nieuwe stijl”, Medisch Contact 28 november 2008
- “Huisbezoeken aan ouderen met gezondheidsproblemen”, NTvG 4 april 2009
- “Bedden in de buurt”, Medisch Contact 16 april 2009
- “Nieuwe tijd, nieuw specialisme”, Medisch Contact 7 mei 2009
- “Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid”, Huisarts en Wetenschap 9 augustus 2009
- “Is functionele preventie weer een nieuwe taak voor de huisarts?”, H&W, 9 augustus 2009
- “Meer rust in de praktijk”, interview met Saskia Oostdijk over ouderen­zorg, Medisch Contact 11 oktober 2009

uit publicaties over patiëntveiligheid:

In kader van patiëntveiligheid moet in 2009-2010 elk ziekenhuis een beleid hebben rond ouderen met risico's op complicaties (zoals delirium, vallen, functionele achteruitgang) (standpunt minister VWS)