

Standpunt ouderenzorg HKA

1. Achtergrond

De Nederlandse bevolking verouderd en blijft steeds vaker zelfstandig thuis wonen. Huisartsen krijgen daardoor steeds meer te maken met oudere patiënten, van wie de meesten vroeger of later met complexe problematiek worden geconfronteerd. Dit betekent dat de zorgvraag van deze patiënten in toenemende mate speciale aandacht van de huisarts vraagt. Er is echter nog weinig bekend over hoe diagnostiek en behandeling bij en zorg voor ouderen het beste vormgegeven kan worden in de eerste lijn.

Per 1 januari 2007 waren in Amsterdam 83.589 mensen ouder dan 65 jaar, dat is 11% van de bevolking, 40.451 mensen waren ouder dan 75 jaar. (in bijlage 1: de verdeling over de stadsdelen).

De bevolkingsdichtheid is groot, er zijn veel verschillende instellingen en organisaties actief op het terrein van zorg. In de afgelopen jaren waren er veel ontwikkelingen in de zorg, waarvan de marktwerking het meest in het ooglopend is en die vooralsnog resulteert in versnippering van de zorg en gebrek aan samenhang.¹

In de ontwikkeling van ketenzorg ligt nu de nadruk op scherp omschreven ziektebeelden als diabetes mellitus, astma/copd en cardiovasculaire risico's.

Aandacht voor gestructureerde zorg voor ouderen is een recente ontwikkeling.

Te verwachten is dat in de toekomst de krapte in de zorg zal toenemen en het aantal mantelzorgers zal afnemen.² Deze ontwikkelingen vragen aandacht en geven ook veel kansen en mogelijkheden voor de 1^{ste} lijnszorg. De HKA wil vanuit dat perspectief werken aan optimalisering van de huisartsen zorg voor ouderen.

Uitgangspunt is dat ouderen zo lang mogelijk zelfredzaam kunnen en willen blijven en daarin ondersteund worden.

Op het gebied van de ouderenzorg is een omvangrijke financiële injectie gegeven vanuit VWS aan universitaire centra om deze zorg te verbeteren. Dit heeft er in Amsterdam toe geleid dat de twee universiteiten grotendeels onafhankelijk van elkaar een netwerk ouderenzorg aan het organiseren zijn. Dit is vanuit het oogpunt van versnippering en communicatie een punt van zorg. De HKA ziet voor zichzelf een rol weggelegd bij de afstemming en invulling van de activiteiten in de netwerken.

Ook de gemeente is actief op het terrein van de ouderenzorg en ontwikkelt woonservicezones, waar ouderen (en andere zorgbehoevenden) vanuit een wijksteunpunt op loopafstand van hun woning alle noodzakelijke zorgvoorzieningen kunnen vinden en ontvangen. Dit brengt met zich mee dat meer zorgbehoevende ouderen thuis blijven wonen en onder verantwoordelijkheid van de huisarts vallen.

Bovendien is er vanuit de gemeente en stadsdelen een toenemende vraag om deelname van huisartsen in samenwerking en projecten gericht op zorgbehoevende burgers.

¹ Ontwikkelingen in de zorg: de verschuiving van intramurale zorg in verzorgings- en verpleeghuis naar zorg aan huis, fusies van zorgorganisaties waardoor een minder wijkgerichte verspreiding van de intramurale zorg, overname van de huisartsenzorg in verzorgingshuizen door verpleeghuisartsen, marktwerking in de zorg, waardoor onder andere vele kleine nieuwe thuiszorgorganisaties zijn ontstaan, terugtrekken van de geestelijke gezondheidszorg uit de eerste lijn

² o.a. door: minder kinderen op meer ouderen zijn, kinderen en ouders niet in dezelfde stad, minder samenhang in de buurt

2. Waarom een standpunt

Om op al deze ontwikkelingen adequaat te kunnen inspelen en de zorg voor de thuiswonende ouderen te optimaliseren heeft de HKA zijn standpunt over de huisartsenzorg voor ouderen in Amsterdam geformuleerd.

Dit standpunt vormt een leidraad voor de positionering van de huisartsen binnen stedelijke ontwikkelingen en voor de samenwerking met de partijen die daarin actief zijn.

Binnen de geriatrische netwerken kunnen initiatieven van de diverse huisartsengroepen een plek krijgen en ervoor zorgen dat de door de universiteiten gestarte projecten ook ten goede komen aan die buurten van Amsterdam waar de grootste concentratie ouderen leeft.

Het standpunt is richtinggevend voor de huisartsenzorg aan ouderen in Amsterdam en geeft de prioritering aan van de activiteiten voor de komende 3 jaar.

Tenslotte vormt het standpunt een leidraad voor protocollering van diverse onderdelen van de ouderenzorg.

De NHG heeft een standpunt geriatricie geformuleerd. Dit standpunt wordt in grote lijnen door de HKA onderschreven.

De huisartsenzorg wordt geleverd door een huisartsenvoorziening die verschillende vormen kan hebben, solo/duo/groepspraktijk of gezondheidscentrum. In de huisartsenvoorziening werken praktijkassistenten, praktijkondersteuners en/of nurse-practitioners onder verantwoordelijkheid van de huisarts

3. Voorwaarden voor goede ouderenzorg

Huisartsenzorg is continue, generalistische en contextgerichte zorg aan patiënten, in dit geval ouderen, in hun eigen leefomgeving. De zorgvraag van de patiënt staat voor de huisarts centraal. Uitgangspunt is dat de zorg voor ouderen met complexe problematiek vraagt om samenhang en daarom gegeven moet worden in een samenhangend zorgnetwerk. Het netwerk dient voor de patiënt en de mantelzorgers overzichtelijk en makkelijk bereikbaar te zijn. De huisarts heeft hierbinnen vanuit zijn overzicht de regierol. De meerwaarde van deze rol komt voort uit de veelal langdurige relatie die de huisarts met de patiënt en zijn familie heeft en wil voortzetten. De regie is gericht op onderlinge afstemming van het beleid van de betrokken artsen en andere hulpverleners.

De extramuralisering van de verpleeghuiszorg brengt met zich mee dat verpleeghuisartsen steeds meer beschikbaar zijn voor problematiek in de thuissituatie. Deze zorg moet goed worden afgestemd met de huisartsenzorg en in afspraken worden geregeld.

Uitgangspunten:

Ouderenzorg vraagt om:

- a. Proactief beleid gericht op behouden van functionaliteit en kwaliteit van leven
- b. Overzichtelijke efficiënte organisatie vanuit het perspectief van de patiënt en mantelzorgers waarbij een evenwicht bestaat tussen de vraag van de patiënt en de effectiviteit van de zorg
- c. Versterking van de zelfredzaamheid van de patiënt
- d. Kwaliteit van zorg

Om de ouderenzorg volgens deze voorwaarden en uitgangspunten te realiseren zal een inhaalslag gemaakt moeten worden, het is op dit moment nog geen realiteit.

Prioriteiten voor de komende 3 jaar

4.1. Afstemming en organisatie van zorg.

Daarbij moeten afspraken gemaakt worden *binnen en buiten* de huisartsenvoorziening
Binnen de huisartsenvoorziening gaat het m.n. om de praktijkondersteuner.

De ouderenproblematiek vraagt om het competentieniveau van een verpleegkundige, bij voorkeur een praktijkondersteuner met geriatrische specialisatie en BIG registratie.

Buiten de praktijk is afstemming nodig met thuiszorg/wijkverpleegkundigen, welzijn/ouderenadviseurs, de somatische ondersteuning van de verpleeghuisarts, de tweede lijn, de verpleegkundige zorgvoorziening en de apotheken. Daarnaast moeten ook afspraken komen met gemeentelijke instellingen als GGD, politie, WMO steunpunt, loket zorg en samenleven.

Bij deze afspraken is de kwaliteit van zorg belangrijker dan marktwerking. Zij zijn transparant, overzichtelijk en gericht op effectiviteit van de zorg.

Deze onderlinge afstemming zal per regio georganiseerd moeten worden omdat dit vanuit het perspectief van de oudere het meest overzichtelijk is en voortborduurde op reeds bestaande samenwerkingsverbanden.

Ook de zorg in verzorgingshuizen behoort tot de huisartsenzorg. In verzorgingshuizen werken daarom soms veel huisartsen voor individuele patiënten. Wenselijk is dat er overeenkomsten komen tussen een beperkt aantal huisartsen en een verzorgingshuis om daar de zorg aan de bewoners te leveren. De keuzevrijheid van de patiënt is belangrijk en in de praktijk blijkt dat, mits goed voorgelicht, de meeste patiënten overstappen naar één van de geadviseerde huisartsen.

Landelijk en gemeentelijk wordt steeds meer gesproken over casemanagement bij ouderen met complexe problemen. Staatssecretaris Bussemaker heeft aangegeven dat in 2011 voor alle dementerenden casemanagement geregeld moet zijn. De huisartsenvoorziening met de POH is hiervoor de aangewezen plaats.

4.2. Opsporen en ondersteunen van complexe ouderen.

Complexe ouderen zijn ouderen die meerdere problemen hebben. Deze kunnen zich afspelen op de verschillende niveaus van het functioneren, somatisch, psychisch, functioneel en sociaal.

De komende 3 jaar wordt de zorg voor de volgende patiënten georganiseerd:

- met aangetoonde dementie
- met *meerdere* chronische aandoeningen
- *polyfarmacie*
- die meerdere keren per jaar vallen

Daartoe zal het nodig zijn om ook de oudere patiënten die weinig hulp vragen beter in kaart te brengen en duidelijkheid te krijgen over wellicht nog niet gediagnosticeerde aandoeningen.

4.3. Organiseren en optimaliseren van acute geriatrische problematiek

Hierbij gaat het om interdisciplinaire afspraken over diagnostiek en behandeling, regiogerichte zorgafspraken. Per regio dient er een programma te zijn gemaakt voor korte termijn opvang en vervolgoptvang. Men hoopt voor het eind van het jaar stedelijk een duidelijke en afdoende regeling inzake spoedopnames (noodbedden) in verpleeghuizen te hebben. Ook aan een regeling voor spoedopnames in verzorgingshuizen wordt gewerkt.

4.4. *Optimaliseren van aansluiting van zorg overdag naar avond, nacht en weekend uren.*
Hierbij gaat het o.a. om de stervensbegeleiding, maar ook bij mogelijk delier, acuut verergeren van reeds bestaande problematiek, acuut tekortschieten van in de mantelzorg, om het tekort aan mantelzorg.

4.5. *Allochtone ouderen*

In 2007 waren in Amsterdam 9997 niet-westers allochtonen ouder dan 65 jaar en 16.260 ouder dan 60 jaar.

Vele eerste generatie allochtonen krijgen eerder met verouderingssymptomen te maken. De behandeling en begeleiding van allochtone ouderen vergen in het algemeen meer tijd dan die van autochtone ouderen. Geïnterviewd moet worden wat er nodig is om goede zorg te bieden aan deze groepen. Zijn er andere competenties, vaardigheden, benaderingswijze, behandeling, voorzieningen nodig. Dit dient in samenwerking met de beide universitaire centra te worden uitgewerkt

Allochtonen beoordelen hun eigen gezondheid als slechter en hebben vaker contact met huisartsen en specialisten dan autochtonen. Hoewel zij vaker medicijnen krijgen voorgeschreven, geven zij zelf minder medicijngebruik aan dan autochtonen (bron (NIVEL tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk 2004).

4. Randvoorwaarden

a. *Financiën: goede zorg kost geld.*

Adequate financiering van het huisartsgeneeskundig aanbod voor ouderen, inclusief de bij de geneeskundige zorg voortkomende begeleiding

Tijd voor de huisarts voor de zorg voor ouderen met complexe problematiek

b. *Personeel: eisen aan kwalificatieniveau van POH*

Voldoende goed opgeleide huisartsen, praktijkverpleegkundigen en praktijkassistenten

Ten behoeve van de inzet van praktijkondersteuners/- verpleegkundigen goede samenwerking met de HBO-opleidingen om scholing op maat te verzorgen.

c. *Protocollering van onderdelen van zorg*

d. *Wetenschappelijk onderzoek*

Onderzoek ter onderbouwing van medisch handelen en protocollen.

Meer onderzoek naar zinvolle interventies (effectief en zelfredzaamheid versterkend)

e. *Automatisering:*

Betere ondersteuning van dossiervorming en onderhoud hiervan.

Naarmate de patiëntenzorg complexer is, wordt er meer gevraagd van dossiervorming en communicatie met andere zorgverleners.

Goed werkende formats voor onderlinge digitale gegevensuitwisseling (elektronisch patiëntendossier, zorgplan), in het bijzonder ook buiten kantooruren (elektronisch waarneemdossier)

Bij alle ketenafspraken en zorgprogramma's moet de ICT goed geregeld worden.

Standpunt ouderenzorg: samenvatting

1. De huisartsenvoorziening dient een proactief beleid te voeren, gericht op behouden van kwaliteit en functionaliteit van leven
2. De zorg dient gericht te zijn op versterking van de zelfredzaamheid van de patiënt
3. De zorg dient dichtbij en vanuit het perspectief van de patiënt en mantelzorgers overzichtelijk te worden georganiseerd met een duidelijk aanspreekpunt voor de patiënt. De huisartsenvoorziening heeft de regie over de ouderenzorg in de eerste lijn.
4. De zorg dient zo georganiseerd te zijn dat de huisarts geneeskundige voorziening zijn regierol optimaal kan uitvoeren.
5. Betere afstemming is binnen en buiten de huisartsenvoorziening absoluut nodig.
6. De kwaliteit van zorg is uitgangspunt voor de zorgverlener en gaat boven marktwerking
7. De huisarts dient ervoor te zorgen dat er goede dossiervorming is over de patiënt, de andere partners onderschrijven dit en stellen de h.a. daartoe in staat.
8. De komende 3 jaar ligt het accent op de organisatie van de zorg voor de volgende patiënten:
 - met aangetoonde dementie
 - met meerdere chronische aandoeningen
 - polyfarmacie
 - die meerdere keren per jaar vallenVoor deze patiënten worden stadsbrede protocollen ontwikkeld, waarin de inhoud van de zorg omschreven is.
9. De HKA zet zich in voor regiogerichte interdisciplinaire afspraken over diagnostiek en behandeling
10. De aansluiting van de zorg overdag dag met avond, nacht- en weekendzorg dient te worden geoptimaliseerd
11. De HKA zal zowel bij gemeente als bij de geriatrische netwerken aandringen op ruime aandacht voor (wetenschappelijk) onderzoek om de problematiek van de zorg voor allochtone ouderen in kaart te brengen
12. Er dient meer onderzoek te komen naar zinvolle interventies in de eerste lijns ouderenzorg. Aan initiatieven zal door huisartsen worden meegewerkt
13. Er worden contacten met de gemeente inzake ouderenzorg opgebouwd, zowel rond woonservicezones als daarbuiten
14. De financiering moet voldoende zijn om adequate en kwalitatief goede zorg in samenwerking met anderen te kunnen leveren

Ouderenzorg HKA
8 augustus 2008