

# BETERE ZORG VOOR THUISWONENDE AMSTERDAMSE OUDEREN



Auteurs: Wim Klein Nagelvoort (Elaa), Sabina Mak (Ben Sajet Centrum)  
Eindredactie: Brenda Scholten  
Cartoons: Auke Herrema  
Vormgeving: Taluut  
Drukwerk: Drukkerij Peters



# Inhoud

---

Inhoud handreiking:	3
• Voorwoord en leeswijzer	4
• Poster: Aandachtspunten en adviezen voor huisarts, POH en wijkverpleegkundigen vanuit de ouderen	6
• Gestructureerde integrale ouderenzorg – wat is dat precies?	8
• Schematische weergave stappenplan	10
• Stappenplan naar gestructureerde integrale eerstelijns ouderenzorg	11
• Lessons learned, aanbevelingen vanuit de prille praktijk	17

---

Bijlagen:	
• Bijlage 1: Achtergrond en doelstelling Beter Oud in Amsterdam	20
• Bijlage 2: Intern projectleider implementatie en borging	22

Belangrijke thema's verder toegelicht:

• Bijlage 3: Financiering van integrale eerstelijns ouderenzorg	23
• Bijlage 4: Informatiebrief en informatieblad voor de oudere	25
• Bijlage 5: Advance care planning	27
• Bijlage 6: Warme zorgoverdracht (onder zorgaanbieders)	28
• Bijlage 7: Informatie over mantelzorgondersteuning	29
• Bijlage 8: Samenwerking met welzijn	29
• Bijlage 9: Samenwerking met specialist ouderengeneeskunde	30
• Bijlage 10: Samenwerking met apotheker	31

Praktische zaken:

• Bijlage 11: Opleidingen en cursussen	32
• Bijlage 12: Begrippenlijst en afkortingen	33
• Bijlage 13: Bronnenlijst	35
• Bijlage 14: Betrokkenen	36

---



# Voorwoord en leeswijzer

De meeste ouderen willen zo lang mogelijk, op een veilige en prettige manier, thuis blijven wonen. Door de vergrijzing en het sluiten van verzorgingshuizen doen ouderen een groter beroep op de eerstelijnszorg.

Door ouderenzorg op een gestructureerde en samenhangende manier te organiseren zijn we in staat om mensen langer zelfredzaam thuis houden.

## **Voor wie is deze handreiking geschreven?**

De handreiking is bedoeld voor Amsterdamse huisartsenpraktijken waarbinnen men de ouderenzorg meer structuur en samenhang wil geven.

## **Doel: op weg helpen**

Deze handreiking helpt huisartsenpraktijken op weg bij het verder verbeteren van hun ouderenzorg. Hoe pak je dit praktisch aan? En hoe financier je extra taken?

## **Leeswijzer**

Deze handreiking start met de aandachtspunten voor professionals vanuit ouderen, en beschrijft daarna wat gestructureerde en integrale ouderenzorg inhoudt.

Dan volgt een negenstappenplan, dat helpt bepalen welke vervolgstap een praktijk kan zetten. Deze stappen vormen de kern van deze handreiking.

We besluiten het stappenplan met 'lessons learned' op basis van ervaringen die inmiddels zijn opgedaan met de nieuwe werkwijze: praktische punten die het succes van de nieuwe aanpak vergroten.

## **Amsterdamse thema's**

Tot slot belichten we in de bijlagen een aantal thema's. Om deze handreiking handzaam te houden, lichten we alleen thema's toe die aansluiten bij de Amsterdamse situatie.

De overige thema's worden uitgebreid beschreven in het handboek Protocollaire Ouderenzorg | NHG, V&VN, Leago, Vilans, 2015.

Recente ontwikkelingen in de eerstelijns ouderenzorg die nog niet officieel in Amsterdam zijn doorgevoerd, worden niet in de handreiking meegenomen, zoals O&I financiering en de nieuwe opleiding tot praktijkverpleegkundige huisartsenzorg. Via verschillende nieuwsbrieven houden we u op de hoogte van updates op deze handreiking. Het brondocument staat op de website van Elaa ([www.elaa.nl](http://www.elaa.nl)) en wordt door hen bijgehouden.

De schrijvers van deze handreiking wensen u heel veel succes bij het zetten van de volgende stap in de zorg voor de kwetsbare ouderen uit uw praktijk.

We staan open voor reacties op deze handreiking. Heeft u correcties, suggesties of aanvullingen? Neemt u gerust contact op via [info@elaa.nl](mailto:info@elaa.nl)

Hartelijke groet,

Sabina Mak (Ben Sajat Centrum) & Wim Klein Nagelvoort (Elaa)

Met veel dank aan alle betrokkenen die hebben meegewerkt aan het tot stand komen van deze handreiking.



In deze handreiking gebruiken we – met toestemming – informatie uit het boek 'Protocollaire Ouderenzorg' van Laego, Vilans, V&VN en NHG (2015) en de handreiking 'kwetsbare ouderen'.

Deze informatie hebben we verrijkt en aangescherpt met de kennis en ervaringen uit vier proeftuinen en uit onderzoek (La Grouw, van Hout, 2016), inclusief interviews met ouderen uit het door ZonMw (NPO) gefinancierde project Beter Oud in Amsterdam: gestructureerde en integrale eerstelijns ouderenzorg.





**Aandachtspunten  
huisarts, POH en wij  
vanuit o**

**1. Informeer mij over het doel van een (eerste) huisbezoek of gesprek**



Maak via een brief of folder duidelijk wie je bent, wat je komt doen en wat het doel is. Dan kunnen de ouderen en naasten zich gericht voorbereiden en het gesprek beter nabespreken.

**2. Zie mij als een volwaardige gesprekspartner**



Ouderen en/of hun naasten kunnen vaak goed meedenken over de gewenste zorg en over prioriteiten. Bied hun die ruimte en ondersteun hen hierin.

**3. Besef: ik ben wellicht digitaal vaardig**

Digitale middelen kunnen (in de toekomst) nog veel nuttiger worden. Denk aan online vragenlijsten, screenen of informeren.



'Ouderen hebben zelf ook een verantwoordelijkheid om zorgvuldig na te denken over hun toekomst.'

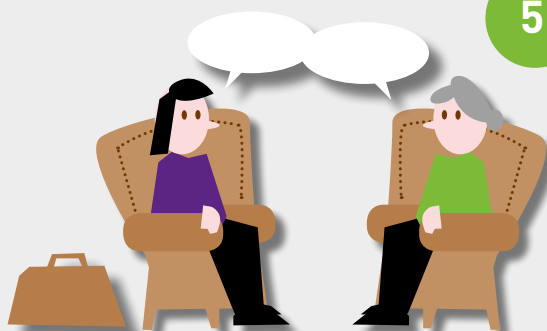
**4. Kijk naar mij als een persoon; kijk verder dan mijn ziekte of beperking**



Stel een vraag als: 'Naast uw hartfalen, hoe is het verder met u?' Toon ook aandacht voor sociale aspecten zoals eenzaamheid, (nieuwe) levensvragen, etc.

'Mijn  
een  
in m  
colle  
de k  
mij v

**5. Praat gewóón tegen mij**

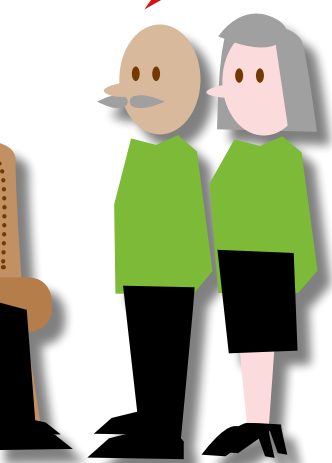


Gebruik vragen- of screeningslijsten alleen als handvat voor het gesprek. 'Vertaal' de vragen, maak ze begrijpelijk en nodig mensen uit te reageren. Gebruik geen vaktermen zoals 'zorgdoel'; deze sluiten niet aan bij de belevingswereld van ouderen.

# WIJ BELANGRIJK!

## en adviezen voor wijkverpleegkundigen ouderen

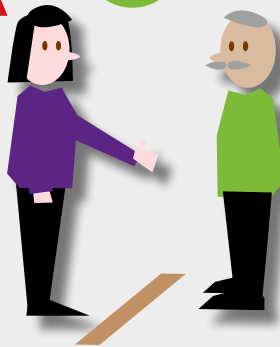
'Ik wil mij niet zo nietig voelen.  
De relatie met mijn zorgverlener  
zou gelijkwaardig moeten zijn.'



Wensen passen vaak niet in  
protocol. Artsen moeten zich  
verplaatsen en van proto-  
col af durven te wijken, want  
kwaliteit van leven staat voor  
'voorop'.

Bron: Deze poster is ontwikkeld, in samenwerking met het Ben Sajet Centrum, tijdens het project Beter Oud in Amsterdam. Input voor deze poster is gegeven door de ouderenvertegenwoordigers Agnes Cornelis, Joke van Diepen, - Marianne van den Hoek, Renny van Delden. En daarbij de resultaten uit diverse interviews met kwetsbare ouderen in hun eigen thuisituatie door onderzoekers Yvonne La Grouw (VU) en Hein van Hout (VUmc).

6.



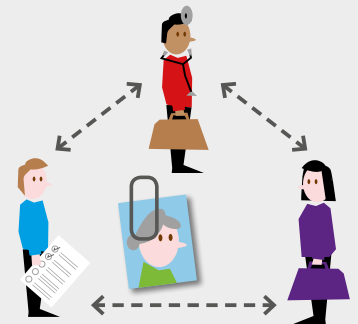
### Help me over de drempel naar de huisarts

Veel ouderen gaan niet graag naar de huisarts, vooral niet voor alledaagse ouderdomsklachten ('de huisarts is zo druk en in tien minuten kan ik mijn verhaal niet kwijt'). Een eenvoudig toegankelijke contactpersoon (POH of wijkverpleegkundige) kan helpen dit te doorbreken.

7.

### Stem mijn zorg zoveel mogelijk af met andere zorgverleners

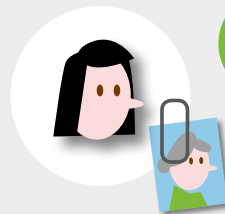
Rondom hoog kwetsbare ouderen staan vaak verschillende zorgverleners. Afstemming is dan noodzakelijk voor samenhang en taakverdeling in de zorg.



8.

### Het liefst hebben mijn naasten en ik met één gezicht te maken

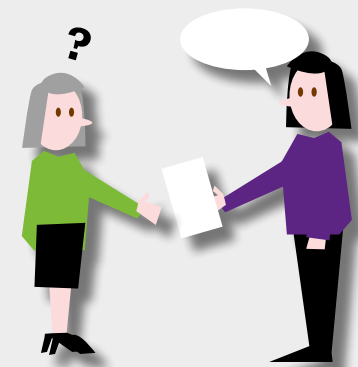
Kwetsbare ouderen en hun naasten bouwen bij voorkeur een vertrouwensband op met één – laagdrempelige – contactpersoon.



9.

### Help mij bij het vinden van de juiste informatie

(Heel kwetsbare) ouderen hebben moeite met het vinden van informatie die hen geruststelt en/of hun herstel kan bevorderen. Daarom moeten zorgverleners hun informatie aanreiken en deze eventueel toelichten.



10.

### Help mij het gesprek aan te gaan over de laatste fase van mijn leven

Vroegtijdige zorgplanning (advance care planning) is vaak een beladen onderwerp voor ouderen én voor zorgverleners. Ouderen zullen er zelf niet snel over beginnen. Ze stellen zo'n gesprek liever uit, vaak tot het te laat is...



# Gestructureerde integrale ouderenzorg – wat is dat precies?

De term 'gestructureerde integrale ouderenzorg' is nu al een paar keer gevallen. Wat bedoelen we hier precies mee?

Bij kwetsbare ouderen hangen fysieke en psychosociale mogelijkheden en behoeftes sterk samen. In het project Beter Oud in Amsterdam besteden we hier integraal aandacht aan. We laten de verschillende professionals die betrokken zijn bij een kwetsbare oudere beter samen werken. Hoe u dit als praktijk tot uitvoering brengt, leest u in deze handreiking. Eerst lichten we een aantal definities toe:

**Integraal** betreft zorg vanuit het perspectief van de oudere, die graag als een complete persoon benaderd wil worden, waarbij wonen, welzijn én zorg aan bod komen.

**Geïntegreerd** betreft zorg waarbij verschillende disciplines een samenhangend zorgbehandelplan uitvoeren.

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

**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)<sup>1</sup>. In dit project hanteren we een leeftijd van 75+ maar voor sommige groepen zoals oudere migranten kan dat 10-15 jaar lager liggen.



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





### De eerstelijnsverpleegkundige

Gestructureerde integrale ouderenzorg vraagt dus om een heel ander type zorgtaken dan het verrichten van zorghandelingen als kousen aantrekken of wonden verzorgen, die belangrijk zijn voor het behoud van de regie.

Niet alle professionals hebben de juiste achtergrond en competenties om deze zorgtaken uit te voeren. Daarom wijst het programma *Beter Oud in Amsterdam* deze taken bewust alleen toe aan 'een eerstelijnsverpleegkundige'. Zo noemen we ook in deze handreiking degene die de taken uitvoert. Maar in de praktijk kunnen meerdere professionals de taken uitvoeren; in de Amsterdamse praktijken is dit meestal een POH-ouderer of soms een (wijk)verpleegkundige. Deze eerstelijnsverpleegkundige werkt vanuit een huisartsenpraktijk nauw samen met de rest van het werkveld op het gebied van ouderenzorg (wijkverpleegkundige, thuiszorg, specialist ouderengeneeskunde, maatschappelijk werk, informele zorg en andere zorg- en welzijnsprofessionals). Meer informatie over dit profiel, kunt u opvragen bij Elaa.

### Taken eerstelijnsverpleegkundige

De eerstelijnsverpleegkundige is verantwoordelijk voor (het uitzetten van) de volgende taken:

- ondersteunen bij het in beeld krijgen van de meest kwetsbare ouderen;
- wensen, keuzes en risico's van kwetsbare ouderen (tijdens huisbezoeken) inventariseren en beoordelen;
- samen met de oudere en eventueel een mantelzorgverlener een individueel zorgplan opstellen en dit plan monitoren (alleen bij kwetsbare ouderen);
- complexe casuïstiek inbrengen en bespreken in het multidisciplinair overleg (vast kernteam: huisarts, POH-ouderer, specialist ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundige, soms aangevuld met andere betrokkenen);
- medicatieveiligheid borgen;
- (niet)behandelwensen van de oudere (behoefte aan advanced care planning, vroegtijdige zorgplanning) signaleren en bij de huisarts onder de aandacht brengen;
- samenwerken met het sociaal domein en mantelzorg ondersteunen;
- (tijdelijke) ondersteuning en/of opvang bij acuut optredende verslechtering organiseren. Bijvoorbeeld het regelen van thuiszorg, mantelzorgondersteuning en zo nodig een ELV-bed of 'spoedbed' (crisiszorg);
- de continuïteit van de transferzorg bij kwetsbare ouderen borgen en checken (heeft betrekking bij opname en ontslag).
- met de oudere – tussentijds – evalueren in termen van o.a. zelfredzaamheid, eigen regie (dilemma's en keuzes), kwaliteit van leven, toekomstperspectief, eventuele botsende meningen en verlangens.

Er zijn drie manieren om de zorgtaken te beleggen:

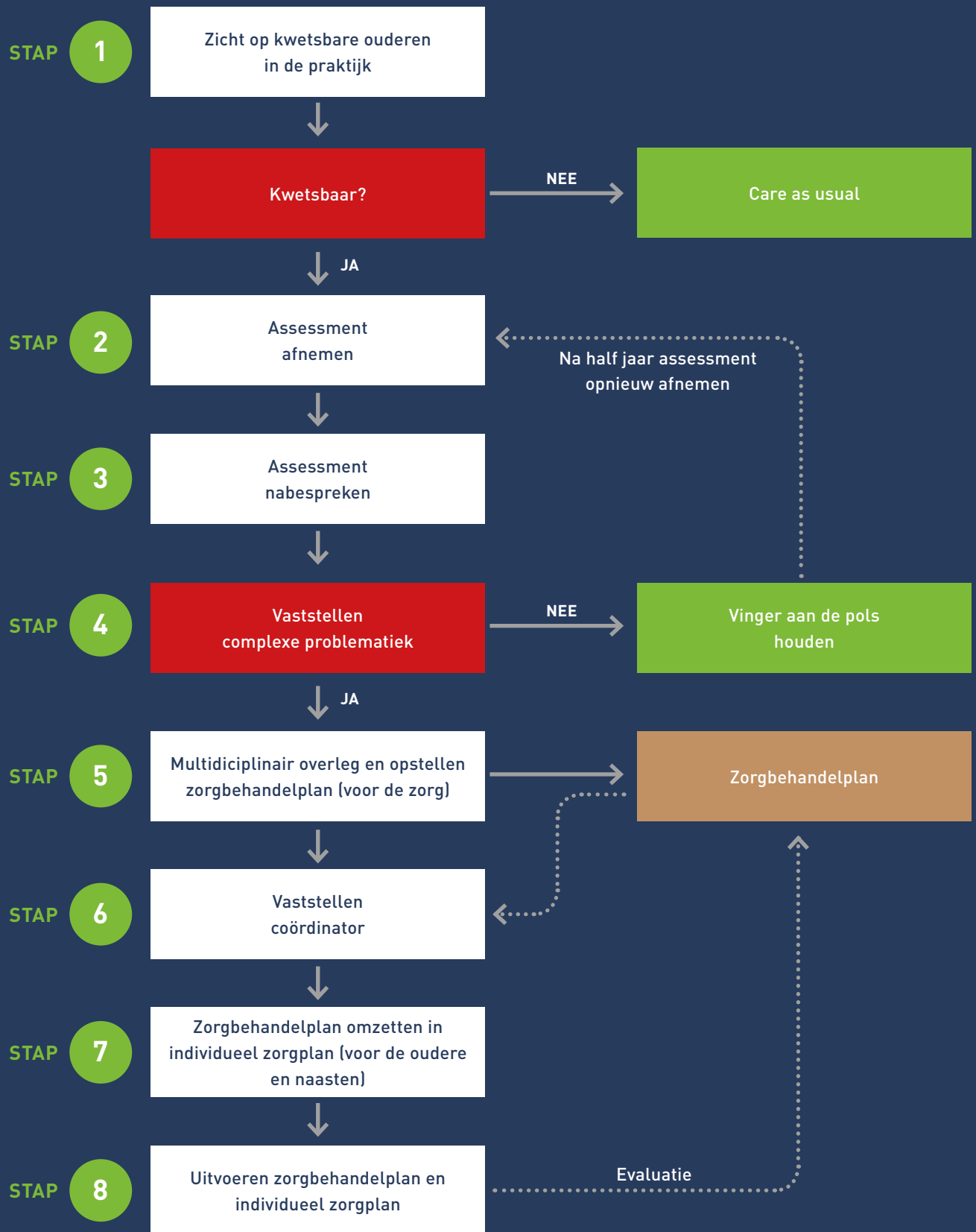
1. via de POH-ouderer, die in dienst is van één of meerdere praktijken;
2. via de wijkverpleegkundige, die is gekoppeld aan een huisartsenpraktijk;
3. een combinatie van beiden, waarbij zowel de POH-ouderer als de wijkverpleegkundige een deel van de taken uitvoert.

2 Deze persoon hoeft niet per se een verpleegkundige met BIG-registratie te zijn. Dit kan bijvoorbeeld ook een oud- wijkverpleegkundige zijn die zijn of haar BIG-registratie kwijt is geraakt.

3 Wij gebruiken in deze handreiking de naam eerstelijnsverpleegkundige voor een professional op Hbo-niveau met een specialisatie of vervolgopleiding ouderenzorg.



# Schema stappenplan handreiking BOA



# STAPPENPLAN

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).

## DEEL 1 SIGNALERING EN ZORGDIAGNOSTIEK

STAP

1

### ZORG VOOR ZICHT OP (MOGELIJK) KWETSBARE OUDEREN IN DE PRAKTIJK

#### Waarom is deze stap belangrijk? En voor wie?

Goede zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen kan veel leed en/of onnodige crisissituaties voorkomen. Dat is niet alleen voor de ouderen en hun naasten van belang, maar ook voor u als huisarts is het prettiger grip op uw ouderenpopulatie te houden. Dan kunt u hier vroegtijdig op anticiperen, bijvoorbeeld door een eerstelijnsverpleegkundige aan te stellen.

Er zijn verschillende manieren om kwetsbaarheid bij ouderen te identificeren. In Beter Oud in Amsterdam kiezen we voor een gebruiksvriendelijke, efficiënte en kosteneffectieve methode: de combinatie van selectieve screening en casefinding.

- Bij selectieve screening wordt op basis van bepaalde kenmerken in het HIS-bestand gekeken wie mogelijk kwetsbaar is. Hiervoor zijn ook hulpprogramma's te gebruiken (zoals extractie ouderenmodule VIP-calculus en/of via diverse KIS systemen).
- Casefinding: een huisarts die al meerdere jaren dezelfde praktijk draait, heeft vaak redelijk goed zicht op de kwetsbare personen in de eigen praktijk. Ook kunnen bijvoorbeeld naasten die zich zorgen maken aan de bel trekken over een kwetsbare oudere. Daarnaast is het belangrijk alert te zijn bij life events, zoals bij overlijden van een naaste of bij een verhuizing.

Om het oordeel over de kwetsbaarheid te onderbouwen, kan een korte betrouwbare en valide screening gebruikt worden. De PRISMA7 is hiervoor heel geschikt. Op de landelijke website van Beter Oud ([www.beteroud.nl](http://www.beteroud.nl)) staan meer voorbeelden van screeningsinstrumenten.

#### TIP

Begin bij selectieve screening met een strenge selectie in het HIS. Selecteer bijvoorbeeld op basis van het aantal gebruikte medicijnen<sup>4</sup>. Zo voorkomt u dat u bij de start te veel tijd verliest aan het in kaart brengen van ouderen die nog goed zelfredzaam zijn. Het doel van het opzetten van deze zorg is immers om de meest kwetsbare groep ouderen de juiste ondersteuning te bieden.

<sup>4</sup> Uit een empirisch onderzoek van Hein van Hout (VUmc) bleek dat 7 of meer medicijnen een betere selectie geeft dan >5 of >6. Definitie polyfarmacie (>5) levert een (te) grote en aspecifieke groep op.



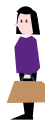
*Maria de Graaf is al bijna vijftien jaar huisarts in Amsterdam Oost. De laatste jaren wordt ze steeds vaker geconfronteerd met crises van ouderen die uit het ziekenhuis komen of bij wie het thuis niet meer gaat. Ze maakt zich zorgen over de toekomst, want dit probleem zal alleen maar groter worden. Hoe kan ze meer grip krijgen op deze populatie? En hoe kan ze dit organiseren en financieren? De praktijk staat al onder druk...*

*Maria besluit alvast samen met haar POH-er Jenny door het HIS-bestand te gaan. Dit geeft in één klap veel inzicht: er blijken inderdaad een flink aantal ouderen mogelijk kwetsbaar, in totaal maar liefst 86 personen. Haar zorg is dus niet voor niks. Hier móét ze iets mee doen.*



*Dhr. Bulut (77 jaar) woont alleen. Hij is dol op zijn kat Kedi, maar heeft niet veel sociale contacten. Zijn vrouw is vier jaar geleden plotseling overleden na een hersenbloeding. Zij deed alles in huis: het huishouden, koken en ze zorgde dat ze er geregeld op uit trokken. Hun vier kinderen wonen in het buitenland en komen één keer per jaar op bezoek. Bij zijn laatste bezoek viel het een zoon op dat zijn vader opeens hard achteruit was gegaan. Hij was flink afgefallen, reageerde wat verward op vragen en bleek bijna niet meer buiten te komen. Na lang wikken en wegen besloot de zoon toch maar eens contact op te nemen met de huisarts van zijn vader, Maria de Graaf.*





### Waarom is deze stap belangrijk? En voor wie?

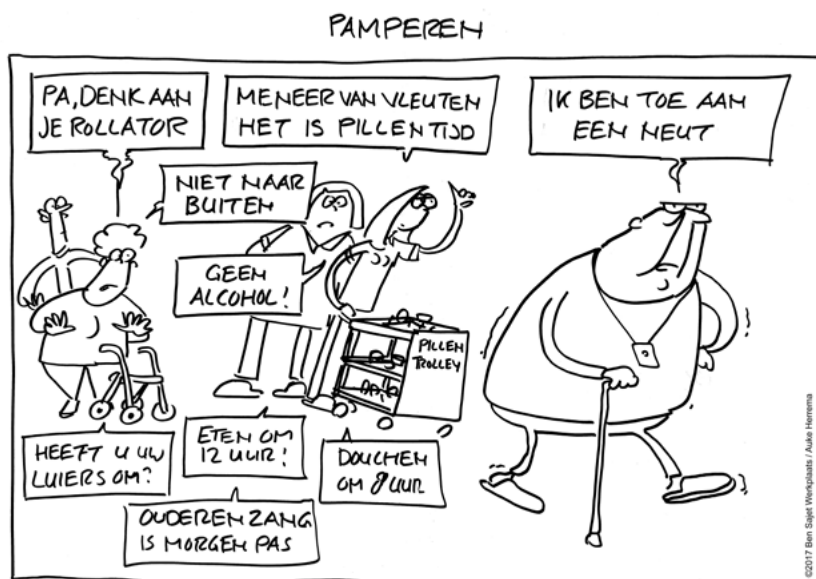
Uitgangspunt van integrale ouderenzorg is dat ouderen zélf keuzes maken over de aard en mate van ondersteuning. De eerstelijnsverpleegkundige ondersteunt de oudere bij het maken van die keuzes, o.a. door zich te verdiepen in de behoeften en verlangens van de oudere.

**Huisarts Maria** bespreekt het telefoontje met Jenny. Zij besluiten om dhr. Bulut per brief te vragen of Jenny, de verpleegkundige van de huisartsenpraktijk, eens mag langskomen voor een vertrouwelijk gesprek over zijn gezondheid en over hoe hij thuis leeft. Jenny belt een week later met dhr. Bulut om te vragen of en wanneer ze langs mag komen.

De eerstelijnsverpleegkundige vraagt de oudere om langs te komen of gaat op huisbezoek bij ouderen die in stap 1 naar voren komen als kwetsbaar. De eerstelijnsverpleegkundige voert tijdens deze ontmoeting een integraal assessment uit. In het assessment<sup>5</sup> gaat het niet alleen over gezondheidsproblemen, maar juist over de wensen, behoeften, verlangens<sup>6</sup> en prioriteiten van de oudere: welke aspecten maken het leven de moeite waard ('Waar kijkt u naar uit?' 'Wat raakt u nog?') en waar zijn zorgen ('Waar ligt u wakker van?').

### TIP

Gebruik de voorbeeldbrief en informatiebladen in bijlage 4 om vooraf naar de oudere toe te sturen en naderhand mee te geven. De oudere kan zich hierdoor beter voorbereiden op het gesprek.



<sup>5</sup> In Amsterdam wordt hiervoor vaak de TraZAG gebruikt, maar er zijn ook andere opties die meer functionaliteit bieden (zie werkboek 'Kwetsbare ouderen', blz. 13).


<sup>6</sup> 5e Els Borst Lezing, Kwaliteit van zorg: wie mag het zeggen? Joris Slaets (2017).



**STAP****3****BESPREEK HET ASSESSMENT NA****Waarom is deze stap belangrijk? En voor wie?**

Deze stap is essentieel wanneer u geïntegreerde zorg aan wil bieden. Oudere en mantelzorgers hoeven hierdoor niet zelf op zoek, maar worden ondersteund bij het vinden van de juiste expertise bij hun zorgvraag.

De eerstelijnsverpleegkundige bespreekt de bevindingen uit het integrale assessment na met de huisarts en zij gaan samen na of er voldoende informatie verzameld is. Uit dit gesprek kan blijken dat extra expertise nodig is, bijvoorbeeld door middel van een consult door een casemanager dementie, een specialist ouderengeneeskunde of een geriater.



*Dhr. Bulut belt die avond met zijn dochter en vertelt haar over het telefoontje van Jenny: 'Ik weet niet goed wat ze komt doen. Ik ben toch nog geen oude bejaarde? Ja, sommige dingen zijn wel lastiger. Het zou fijn zijn als iemand de kattenbak komt verschonen. En eten is gedoe. Die mevrouw zei dat we het ook over mijn doelen gaan hebben. Maar ik heb geen doelen; ik leef met de dag! Ik kan me toch niet bezighouden met wat me kan overkomen? Dan heb je geen leven meer. Ik weet het niet, hoor.'*

**STAP****4****BEPAAAL OF ER SPRAKE IS VAN COMPLEXE PROBLEMATIEK****Waarom is deze stap belangrijk? En voor wie?**


Door deze stap kan de huisarts risico's op verslechtering in functioneren beter inschatten. En daardoor gericht interventies bieden of eerder doorverwijzen, om deze risico's te verkleinen. Hierdoor wordt de kwetsbare oudere zo min mogelijk (onnodig) belast.

Voor een zo volledig mogelijk beeld van de potentieel kwetsbare wordt vaak het SFMPC-model<sup>7</sup> gebruikt. Uit de gebundelde informatie moet blijken of er sprake is van kwetsbaarheid en zo ja, hoe complex de gesignaleerde problemen zijn.

Bij (beginnende) kwetsbaarheid beslissen huisarts en eerstelijnsverpleegkundige, samen met de oudere en de mantelzorger, hoe ze het best de vinger aan de pols kunnen houden om eventuele toenemende kwetsbaarheid vroeg te signaleren. Het verwijzen naar welzijn kan bijvoorbeeld een goede stap zijn. Huisarts en eerstelijnsverpleegkundige houden dan tussentijds contact met de instantie waarnaar ze hebben doorverwezen.

Het is bij beginnend kwetsbare ouderen verstandig om het assessment afhankelijk van de mate van kwetsbaarheid na een half jaar te herhalen.

Is er sprake van complexe problematiek bij kwetsbaarheid (oftewel is de oudere hoog kwetsbaar), vervolg dan het stappenplan -> **STAP 5**.



*Eerstelijnsverpleegkundige Jenny schrok van de toestand waarin ze dhr. Bulut aantrof. Ze zag dat hij zich niet goed verzorgde, zijn haar zat door de war, er zaten vlekken op zijn kleding. Hij sprak redelijk goed Nederlands, maar praatte soms warrig en ze moest veel herhalen. Jenny vermoedde dat meneer last had van uitdroging, kijkend naar de huid van zijn armen en zijn klachten (o.a. hoofdpijn). Terug in de praktijk bespreekt ze haar bevindingen met Maria. Ze besluiten contact op te nemen met de specialist ouderengeneeskunde voor meer informatie over de verwarring in relatie tot de mogelijke uitdroging en om te bespreken welke vervolgstappen zij kunnen ondernemen.*

<sup>7</sup> SFMPC staat voor: somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatief, zie het model op pagina 19 van de handreiking 'kwetsbare ouderen'.



## DEEL 2 ZORG EN COÖRDINATIE BIJ HOOG KWETSBARE OUDEREN

Kwetsbaarheid bij ouderen kan leiden tot complexe problematiek, die dan speelt op meerdere levensgebieden. We noemen deze ouderen in deze handreiking 'hoog kwetsbare ouderen'. Er sprake is van een combinatie van kwetsbaarheid, multimorbiditeit, functionele beperkingen en de gevolgen van de behandeling(en), bijvoorbeeld polyfarmacie. Ook het zorgaanbod is daardoor complex, omdat er (vaak) meer zorgverleners betrokken zijn. Dat vraagt om samenhang in de zorg, waarbij een goede regie en samenwerking noodzakelijk zijn. Hierover gaat dit tweede deel van het stappenplan.

### STAP

### 5

#### STEL EEN ZORGBEHANDELPLAN OP (VOOR DE BETROKKEN ZORVERLENERS)

##### Waarom is deze stap belangrijk? En voor wie?

Deze stap brengt overzicht en samenhang in de zorg voor de oudere. Het zorgbehandelplan moet ervoor zorgen dat de betrokken zorgverleners allemaal op de hoogte zijn van de wensen, behoeften en prioriteiten van de kwetsbare oudere, en dat ze weten wie waarvoor verantwoordelijk is. Ook belangrijk: ze kunnen elkaar hierop aanspreken. Voor de kwetsbare oudere en zijn of haar naasten is het belangrijk dat de wensen op papier staan en dat de betrokken zorgverleners volgens deze wensen handelen en deze respecteren.

Als meer zorgverleners worden betrokken, stelt de eerstelijnsverpleegkundige op basis van alle beschikbare informatie een zorgbehandelplan<sup>8</sup> op. De eerstelijnsverpleegkundige deelt dit plan altijd met alle betrokken zorgverleners. Het zorgbehandelplan helpt zorgverleners optimaal samen te werken aan het realiseren van de doelen, behoeften en wensen van de oudere. Hiertoe staat in het zorgbehandelplan beschreven wat hierin ieders rol en taak is.

Hoog kwetsbare ouderen worden altijd besproken in een multidisciplinair overleg, waar alle betrokken zorgverleners bij zijn (bijvoorbeeld het MDO). Het doel hiervan is enerzijds het gezamenlijk afstemmen van de zorg voor de kwetsbare oudere, en anderzijds elkaar leren kennen en elkaar weten te vinden in de zorg voor de hoog kwetsbare oudere.

##### TIP

Zet altijd de namen en contactgegevens van de alle betrokken zorgverleners in het zorgbehandelplan.

##### Eerstelijnsverpleegkundige

*Jenny denkt dat dhr. Bulut niet alleen (medische) zorg nodig heeft, maar ook wel wat aanspraak kan gebruiken. Ook kan hij baat hebben bij wat hulp bij de dagelijkse dingen, zoals de kattenbak van Kedi.*

*Via het wijkzorgnetwerk kent Jenny mensen die contact hebben met de moskee. Via hen regelt ze dat er iemand op bezoek komt bij dhr. Bulut. Zij kunnen dan samen bekijken waar meneer behoefte aan heeft en wie hierin vanuit de gemeenschap iets zou kunnen betekenen.*



<sup>8</sup> Een voorbeeld van een zorgbehandelplan is opgenomen in de LAEGO-kaart voor proactieve zorg op pagina 19 van de handreiking 'kwetsbare ouderen'.



## STAP

## 6

## SPREEK DUIDELIJK AF WIE DE COÖRDINATIE HEEFT

**Waarom is deze stap belangrijk? En voor wie?**

Een oudere met complexe problematiek heeft vaak te maken met meer hulp- en zorgverleners. De meeste kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers vinden het prettig als er één – laagdrempelig – aanspreekpunt is; 'één gezicht' met wie zij een vertrouwensband kunnen opbouwen. Ook voor betrokken professionals werkt dit beter.

Het is verstandig om één centrale hulpverlener aan te wijzen die alles overziet en de eerste aanspreekpersoon is voor de oudere en de naasten. Die rol kan vervuld worden door een POH'er, een wijkverpleegkundige, een dementieverpleegkundige, maar ook door een maatschappelijk werker. De keuze voor deze zorgcoördinator hangt af van de accenten in het zorgbehandelplan, de mate van betrokkenheid en de voorkeur van de oudere.

De zorgcoördinator vormt samen met de huisarts de regie-tandem: de huisarts heeft de medische eindverantwoordelijkheid, de zorgcoördinator is verantwoordelijk voor het operationele deel. Zij of hij is bovendien het eerste aanspreekpunt voor alle betrokkenen.

**TIP**

Stem met de oudere af wie de zorgcoördinator is en geef de oudere een kaartje met alle contactgegevens.

*Dhr. Bulut: 'In mijn zorgbehandelplan zie ik zó veel namen van mensen die me helpen, die kan ik allemaal niet onthouden. Ik onthoud alleen Jenny. Haar kan ik goed bereiken en zij helpt mij altijd wel weer verder.'*



## STAP

## 7

## ZET HET ZORGBEHANDELPLAN OM IN EEN INDIVIDUEEL ZORGPLAN (VOOR DE OUDERE)

**Waarom is deze stap belangrijk? En voor wie?**

De oudere en haar/zijn naasten spelen uiteraard een belangrijke rol bij het behalen van de doelen. In een individueel zorgplan staat wat zij kunnen doen om hun doelen te behalen. Zij stellen dit plan zélf op, op een voor hen aansprekende manier. Het maken van dit eigen plan leidt hierdoor tot meer draagvlak bij de oudere om met de gekozen acties aan de slag te gaan.

Het zorgbehandelplan is er voor de betrokken zorgprofessionals. De tekst in dit plan sluit niet aan bij de leefwereld van een oudere. Daarom is het goed om daarnaast een individueel zorgplan op te stellen. De oudere stelt dit plan in principe zelf op, eventueel met hulp van de zorgcoördinator. In dit plan staan:

- wensen, behoeften, verlangens en prioriteiten van de oudere;
- afspraken over hoe deze te realiseren of hoe hier mee om te gaan.

Het individueel zorgplan kan verschillende verschijningsvormen hebben; papier of digitaal, met tekst of ook met beeld.

**TIP**

Een mooi en eenvoudig voorbeeld van een individueel zorgplan vindt u op de website van het Kennisplein Chronische Zorg of via deze [link](#).


*Dhr. Bulut: 'Vroeger maakte mijn vrouw altijd thee en dronken we de pot samen leeg, maar na haar overlijden vergat ik gewoon om te drinken. Daar heeft Jenny iets op bedacht. Ik vul nu elke ochtend een grote thermoskan met thee, en die zet ik op mijn salontafel. Die kan moet aan het einde van de dag leeg zijn. Nu haal ik dat elke dag met gemak.'*



**STAP****8****VOER HET ZORGBEHANDELPLAN/INDIVIDUEEL ZORGPLAN UIT****Waarom is deze stap belangrijk? En voor wie?**

Met een goed zorgbehandelplan en een individueel zorgplan zijn we er nog niet. Tijdens deze stap wordt duidelijk of de zorg en/of ondersteuning daadwerkelijk goed aansluit bij de wensen, behoeften en verlangens van de kwetsbare oudere en haar/zijn naasten.

In het zorgbehandelplan is vastgelegd wie welke actie gaat uitvoeren. Iedere betrokkene (dus ook de oudere zelf en de mantelzorger) heeft een aandeel. De zorgcoördinator onderhoudt regelmatig contact met de oudere en met alle betrokken zorgverleners. De zorgcoördinator ondersteunt ook het zelfmanagement van de oudere.



**Huisarts Maria:** 'Reageren heeft plaats gemaakt voor anticiperen, Omdat we nu zo'n goed en breed beeld hebben van de kwetsbare ouderen in de praktijk, worden we minder snel verrast. Vroeger werden we vaker geconfronteerd met een zeer problematische situatie, die nog dezelfde dag moest worden opgelost. Denk aan een mantelzorger die het niet langer aankan. Dan moeten er ineens alle toeters en bellen aan te pas komen om per direct een spoedopname te regelen. Dat levert voor iedereen veel stress op: ons, maar ook de oudere en zijn naasten. Nu we op een nieuwe manier werken, zien we dat de zorgvraag zich geleidelijk ontwikkelt. We kunnen nu op tijd middelen inzetten om te voorkomen dat een situatie ernstiger of onhanteerbaar wordt.'

**STAP****9****EVALUEER HET ZORGBEHANDELPLAN/ INDIVIDUEEL ZORGPLAN****Waarom is deze stap belangrijk? En voor wie?**

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 worden het zorgbehandelplan en het individueel zorgplan geëvalueerd, bijvoorbeeld in een MDO. Dit om te beoordelen of de acties effect hebben en of de situatie van de kwetsbare oudere is veranderd. De zorgcoördinator plant en organiseert deze evaluatie. Bepaalde delen van het assessment kunnen zo nodig herhaald worden.

De evaluatie kan aanleiding geven de zorg bij te stellen. Indien nodig worden er nieuwe doelen en acties vastgelegd, samen met de oudere. Stel meteen een nieuwe evaluatiedatum vast.

Verandert er tussentijds iets in de situatie van de kwetsbare oudere, overleg dan of een eerdere evaluatie en/of bijstelling nodig is. Dit kan ook als een geplande actie niet tot het gewenste resultaat leidt.





# Lessons learned – aanbevelingen vanuit de prille praktijk

De eerste ervaringen met gestructureerde integrale ouderenzorg in Amsterdam hebben geleid tot de volgende aanbevelingen, die bijdragen aan het succes van deze werkwijze.

Aanbevelingen vanuit de praktijk voor de praktijk:

## 1. Bouw een netwerk op

Samenwerken begint met elkaar kennen. Zoek mensen op die u nog niet (voldoende) kent: wijkteam, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werker, etc. Binnen het project formeerden we een stedelijke werkgroep die regelmatig bij elkaar kwam om tips en trucs uit te wisselen. Dat bleek erg motiverend te werken. Oriënteer u ook op de informele zorg in uw werkgebied; een vertrouwde vrijwilliger kan immers zoveel rust en veiligheid bieden.

## 2. Zorg voor een goed ingericht HIS

Actueel zicht op de groep kwetsbare ouderen in uw praktijk is de basis voor structurele zorg. Een HIS dat niet op orde is, leidt tot ongericht werken zonder goede basis. U kunt dan nog steeds goed werk doen voor individuele kwetsbare ouderen, maar er is dan geen sprake van structurele ouderenzorg.

Uit onderzoek in het project Beter Oud in Amsterdam blijkt dat huisartsen, eerstelijnsverpleegkundigen en specialisten ouderengeneeskunde het in beeld brengen van hoog kwetsbare ouderen waardevol vinden. Het stelt hen in staat in te schatten wanneer interventies nodig kunnen zijn.

## 3. Zorg voor voldoende afstemming tussen disciplines

In het NPO en het onderzoek bij het project Beter Oud in Amsterdam bleek dat het opstarten van een Multidisciplinair Overleg (MDO) een waardevolle manier is om aan de slag te gaan met structurele integrale ouderenzorg. Deelnemende zorgverleners (POH, huisarts, wijkverpleegkundige, SO) ervaren dat de kwaliteit van zorg verbetert, wanneer zij kennis en expertise met een andere zorg- of hulpverlener uitwisselen. Nodig eventueel ook een oudere, een mantelzorger en/of een belangrijke vrijwilliger uit voor het overleg. Wees wel kritisch op het initiëren van een nieuwe overlegvorm, want als er al (veel) andere overleggen in de wijk en de praktijk zijn, is het de vraag of een MDO iets toevoegt. Andere optie: een paar bestaande overleggen vervangen door het MDO.

## 4. Zorg voor (digitale) ontsluiting van medische gegevens

Goede informatieoverdracht is cruciaal. Dat gebeurt tegenwoordig meestal digitaal. Echter, soms is een 'ouderwetse' papieren overdracht en communicatie via een dossier bij de patiënt thuis geen slechte oplossing, zeker in situaties waar digitale informatiesystemen niet op elkaar aansluiten (helaas nog vaak de praktijk). Zeker voor de patiënt kan dit zelfs prettig zijn, bijvoorbeeld als zij/hij nog even iets na wil lezen.

Voor situaties waarin wel digitaal informatie wordt overgedragen, zijn er grofweg twee systemen:

1. Gekoppeld aan het HIS. Voordeel: u kunt de informatie direct uit het HIS halen. Nadeel: de koppeling van het HIS met andere systemen is beperkt.



2. Niet gekoppeld aan een HIS. Voordeel: koppelmogelijkheden zijn dan groter. Ook kunnen de oudere zelf en/of mantelzorgers redelijk gemakkelijk aansluiten. Nadeel: de informatie moet specifiek/persoonlijk worden ingevoerd. In de toekomst ontstaat waarschijnlijk een situatie waarbij iedereen een beveiligde Persoonlijke Gezondheids Omgeving (PGO) heeft, met haar/zijn (medische/WMO/ hulpmiddelen) informatie. De patiënt kan dan – tijdelijk of een bepaalde periode – zorgverleners toegang geven tot (delen van) haar/zijn dossier. Het is belangrijk dat de huisarts bij het LSP en/of de Amsterdamse White Box is aangesloten, maar voor disciplinaire afstemming en voor goede integrale eerstelijns ouderenzorg bij kwetsbare ouderen zijn deze tools te algemeen en daardoor minder interessant. Hiervoor zijn tools zoals de OZO, care-sharing of EGPO beter geschikt.

Belangrijk is dat élke communicatie met en over de patiënt veilig is en plaats vindt met toestemming van de patiënt.

##### **5. Regel praktijkoverstijgende sturing**

Uit internationaal onderzoek (o.a. SUSTAIN) en het NPO blijkt dat het belangrijk is om een interne trekker of projectleider te hebben die het programma implementeert en borgt. Hoe de rol van een projectleider eruit kan zien, leest u in bijlage 2.



## BIJLAGEN

- Bijlage 1: Achtergrond en doelstelling Beter Oud in Amsterdam
- Bijlage 2: Intern projectleider implementatie en borging

Belangrijke thema's verder toegelicht:

- Bijlage 3: Financiering van integrale eerstelijns ouderenzorg
- Bijlage 4: Informatiebrief en informatieblad voor de oudere
- Bijlage 5: Advance care planning
- Bijlage 6: Warme zorgoverdracht (onder zorgaanbieders)
- Bijlage 7: Informatie over mantelzorgondersteuning
- Bijlage 8: Samenwerking met welzijn
- Bijlage 9: Samenwerking met specialist ouderengeneeskunde
- Bijlage 10: Samenwerking met apotheker

Praktische zaken:

- Bijlage 11: Opleidingen en cursussen
- Bijlage 12: Begrippenlijst en afkortingen
- Bijlage 13: Bronnenlijst
- Bijlage 14: Betrokkenen



# NPO en achtergrond, aanleiding en doelstelling Beter Oud in Amsterdam

## **Achtergrond NPO (nu BeterOud)**

Het Nationaal Programma Ouderen (NPO) is opgezet vanuit het ministerie van VWS en van 2008 tot 2016 uitgevoerd door ZonMw. Het NPO stimuleerde de ontwikkeling van nieuwe manieren om ouderenzorg in te richten en bracht al deze initiatieven bij elkaar. In fase 2 werden succesvolle initiatieven verder toegepast. Op 30 november 2016 heeft staatssecretaris Van Rijn tijdens de conferentie 'Een nieuwe generatie ouderen(zorg)' het NPO officieel overgedragen aan het consortium 'BeterOud'. Vanaf 2017 is dit nieuwe consortium met verschillende partijen aan de slag gegaan om de kwaliteit van leven van ouderen verder te verbeteren en om vernieuwingen in de zorg te introduceren.

## **NPO en het programma Beter Oud in Amsterdam**

In transitie-experimenten van het NPO in Amsterdam is door VUmc en AMC vooral ingezet op de integrale eerstelijnszorg; deze taken werden vóór de integrale gestructureerde eerstelijns ouderenzorg verricht door of de POH (ouderen) van de huisarts of door een wijkverpleegkundige die aan een huisartspraktijk werd gekoppeld. De extra taken werden bekostigd vanuit subsidiegelden.

Ondanks dat de praktijk heel positief was over deze integrale aanpak, zijn de meeste praktijken hier na afloop van de NPO-studies mee gestopt. Reden: de extra taken van de POH of wijkverpleegkundige werden onvoldoende vergoed uit de reguliere bekostiging en meestal ontbrak een ondersteuningsstructuur voor de integrale aanpak.

Alleen in Amsterdam Zuid heeft men de zorg weten te continueren. Daar is het geriatrisch zorgmodel stevig geborgd en loopt de zorg goed (deze doet nu dienst als goed voorbeeld binnen het programma Beter Oud in Amsterdam).

Het blijkt in de praktijk ook veel lastiger om de integrale zorgtaken door de wijkverpleegkundige naast/met de huisarts op te pakken (door de transitie). Kortom, de integrale zorg voor kwetsbare ouderen kon in Amsterdam een flinke boost gebruiken. Daarom is met financiële steun van ZonMW en de Regiotafel (van Zilveren Kruis) eind 2016 het project Beter Oud in Amsterdam gestart.

## **Aanleiding programma Beter Oud in Amsterdam**

Verschiedende organisaties in de eerstelijns gezondheidszorginstellingen (huisartsen en thuiszorgaanbieders) én belangenbehartigende ouderen, verenigd in het NPO Platform Amsterdam e.o. zijn ervan overtuigd dat ouderen in kwetsbare situaties beter af zijn met een meer integrale aanpak. Maar een structurele bekostiging hiervoor is nog niet gerealiseerd.

Ook is de transitie van de wijkverpleging naar meer wijkgerichte zorg onvoldoende gecombineerd met een afstemming van taken tussen huisartsen, POH, wijkverpleegkundigen en algemeen welzijn.

Taken die passen bij een integrale eerstelijns ouderenzorg, zoals casefinding, (na)zorg, overleg en coördinatie over de domeinen van zorg, welzijn en wonen heen, evenals de financiering voor deze taken, zijn op dit moment nog verdeeld over de verschillende genoemde domeinen.



Bovendien ontbreekt in de praktijk nog een adequate afstemming met andere ontwikkelingsprojecten (wijkzorg, Age Friendly City, preventieprojecten, informele welzijn en zorg, belangenbehartiging ouderen), net zoals een ondersteunende structuur op organisatieniveau (micro, meso, macro) die nodig is om deze zorg daadwerkelijk te borgen, uit te voeren en te evalueren.

Een breed scala aan organisaties neemt nu deel aan het project Beter Oud in Amsterdam. Binnen het project hebben CHAGZ, GAZO en SAG zich gebogen over de vraag: welke taken horen bij een eerstelijnsverpleegkundige, gezien de positie van de verpleegkundige naast de huisarts?

De doelstelling van het programma Beter Oud in Amsterdam is tweeledig:

1. Het verbeteren van de integrale eerstelijnszorg voor ouderen met een hoge kwetsbaarheid in Amsterdam, zodat deze ouderen langer zelfredzaam blijven. Hiermee proberen we meteen vermijdbare en onwenselijke incidenten (zoals SEH/HAP-bezoek en ziekenhuisopnames) te voorkomen, of ervoor te zorgen dat ouderen bij dergelijke situaties beter voorbereid en toegerust te zijn.
2. Het realiseren van een structurele financiële bekostiging voor deze integrale eerstelijns ouderenzorg, zodat deze aanpak kan worden geborgd in het zorg- en welzijnsstelsel.



## Projectleider voor implementatie en borging

Om integrale eerstelijns ouderenzorg in de praktijk te implementeren, borgen én door te ontwikkelen is het belangrijk intern iemand aan te wijzen die 'de kar trekt'.

Belangrijke kerntaken van deze projectleider zijn:

- Zorgen voor zoveel mogelijk éénvoudigheid bij de uitvoering van het geschetste model en de geschetste taken.
- Doorontwikkelen van de functie 'eerstelijnsverpleegkundige', het integrale zorgmodel (bijvoorbeeld ACP, etc.).
- Ondersteunen van de eerstelijnsverpleegkundigen.
- Organiseren van intervisie met alle eerstelijnsverpleegkundigen.
- Netwerken, d.w.z. de functie 'eerstelijnsverpleegkundige' zichtbaar maken bij gemeente/Zorg/WMO/Welzijn, welzijns- en zorgorganisaties en in externe overleggen.
- Trainen en coachen, en inspelen op vragen en wensen die huisartsen hebben over (kwetsbare) ouderenzorg; fungeren als vraagbaak.
- Besluitvorming op beleidsniveau met betrekking tot de implementatie en bekostiging van de eerstelijns integrale zorg.
- Organiseren van (bij)scholing. Op de hoogte brengen van relevante symposia, cursussen en andere innovatieve (zorg)ontwikkelingen.

Heeft u geen interne projectleider voor de implementatie in uw praktijk? Vraag dan ondersteuning aan [Elaa](#).



## Hoe financier je deze integrale eerstelijns ouderenzorg?

De financiering van geïntegreerde eerstelijns ouderenzorg is ingewikkeld, omdat het hier gaat om samenwerking op het snijvlak van twee verschillende financieringsstromen. De huisarts wordt grotendeels per patiënt gefinancierd (inschrijftarief), terwijl de wijkverpleegkunde op basis van handelingen wordt gefinancierd.

Twee problemen spelen hierbij een rol:

- de taken van deze twee typen zorgverleners zijn moeilijk af te bakenen (waar houdt de financiering van de een op en begint die van de ander?);
- de samenwerking tussen deze twee typen zorgverleners is moeilijk te financieren.

Relevante tarieven voor de ouderenzorg door huisartsen zijn onder meer:

- prestatie samenwerking kwetsbare ouderen;
- vergoeding POH-S;
- opslag op het inschrijftarief voor 65+, 75+ en 85+;
- consulten.

Helaas kunnen we niet stellen dat deze tarieven de integrale zorg volledig dekken. Ze vormen een uitgangspunt voor het gesprek dat zorgaanbieders en verzekeraar dienen te voeren.

### **Vijf belangrijke punten bij de financiering**

Vijf punten zijn van belang bij het vormgeven van bekostiging van integrale ouderenzorg.

1. Het is belangrijk om een aparte commissie aan te stellen die zich over de financiering buigt. In die commissie moeten vertegenwoordigers vanuit de zorgaanbieders zitten die een goed zicht hebben op de kosten, én vertegenwoordigers van de verzekeraar die een goed zicht hebben op de zorginhoud. Bij voorkeur heeft de commissie een onafhankelijke voorzitter. Die voorzitter fungeert als de neutrale 'vertaler' van de inbreng van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
2. Het is belangrijk om meteen bij aanvang van een project het gesprek met de zorgverzekeraar op te starten. Zo kun je het gesprek over de financiering verbinden aan het gesprek over de inhoud.
3. Vervolgens is het belangrijk om zo snel mogelijk te inventariseren wat de financieringsbehoefte is (bij de zorgaanbieders) en wat de al bestaande financieringsmogelijkheden zijn (bij de verzekeraar). Pas daarna begint het eigenlijke gesprek.
4. Wees je er bij het eigenlijke gesprek van bewust dat de partners wel een gezamenlijke doelstelling hebben (geïntegreerde ouderenzorg), maar niet een gezamenlijk beeld over hoe dat in te vullen. Over dat laatste moet het gesprek blijven gaan. De partners doen er goed aan om hun eigen voorkeuren steeds te toetsen aan de voorkeuren van de ander: waarom zou de verzekeraar mijn financieringsbehoefte willen dekken? Waarom zouden huisarts en wijkverpleging eigenlijk willen investeren in samenwerking?



5. Wees je er bij het gehele traject van bewust dat een volledig integraal financieringsmodel vaak te ambitieus is. Het is al een hele stap als je per partner de financiering zo weet in te richten dat die de samenwerking ondersteunt.

Binnen het project Beter Oud in Amsterdam hebben we 2017 gebruikt om dit gesprek te voeren en om toe te werken naar bekostiging van integrale eerstelijns ouderenzorg. Hier gaan we begin 2018 mee verder.





# Voorbeeld Informatiebrief van de huisarts en informatieblad na huisbezoek

Vul deze brief zelf in (met uw eigen logo, de naam van uw praktijk en de naam van de eerstelijns-verpleegkundige).

Een Word-bestand kunt u ook vinden op de website van Elaa ([www.elaa.nl](http://www.elaa.nl))

## Informatiebrief over huisbezoek

Amsterdam, [DATUM]

Logo praktijk

Onderwerp: Huisbezoek

Geachte ....., beste .....,

Ouderen wonen tegenwoordig langer zelfstandig thuis. Daardoor heeft u uw huisarts misschien vaker en harder nodig dan vroeger.

[NAAM HUISARTSENPRAKTIJK] wil oudere patiënten (75-plussers) graag goed ondersteunen. Dat doe ik, uw huisarts, samen met mijn praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige. Wij werken nauw samen met alle andere hulpverleners uit uw wijk.

Mijn praktijkondersteuner [NAAM] wil graag bij u langskomen om eens rustig te praten over uw huidige gezondheid en leven. Natuurlijk op een moment dat het u schikt.

### Huisbezoek door praktijkondersteuner

[NAAM] zal u vragen naar uw gezondheid én hoe u leeft. Ze zal vragen naar uw wensen en behoeften en wat u op dit moment in uw leven belangrijk vindt. Het gesprek duurt ongeveer een uur. Uiteraard is het gesprek vertrouwelijk.

Misschien blijkt uit het gesprek dat u toch wat extra hulp of ondersteuning kan gebruiken. Dan kan [NAAM] dit voor u regelen, uiteraard in overleg met u. Zo kunt u zo gezond en prettig mogelijk zelfstandig blijven.

### Afspraak maken

Binnenkort belt [NAAM] u voor het maken van een afspraak. Het is verstandig dat er nog iemand bij het gesprek aanwezig is. Bijvoorbeeld uw partner, een kind of iemand die u helpt. Kan er niemand uit uw omgeving bij het gesprek zijn? Dan kunt u een cliëntondersteuner aanvragen bij uw stadsdeel. Hij of zij luistert en denkt met u mee en geeft u, zo nodig, advies.

### Gewone spreekuur

Heeft u op dit moment klachten? Wacht dan niet tot het huisbezoek! U kunt dan beter een afspraak maken voor het gewone spreekuur.

U kunt ook contact opnemen met de praktijkondersteuner (zie contactgegevens onderaan deze brief). Dan kunnen we misschien sneller op huisbezoek komen.

### Vragen

Ik hoop dat u nu genoeg informatie heeft over het huisbezoek. Heeft u nog vragen? Belt u dan gerust met mij of met de praktijkondersteuner [NAAM].

Haar/zijn tel.nr is [TELEFOONNUMMER] en zij/hij is [BEREIKBARE TIJDEN/DAGEN] in de praktijk aanwezig.

Met vriendelijke groet,  
[NAAM HUISARTS]

[CONTACTGEGEVENS EN BEREIKBAARHEIDSGEGEVENS VAN DE PRAKTIJK]



---

## Voorbeeld informatieblad om achter te laten na het huisbezoek

Logo praktijk

Vandaag [DATUM] is [NAAM] bij u op bezoek geweest. Zij/hij is de praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige van [NAAM PRAKTIJK].

[NAAM] is gespecialiseerd in de zorg voor en ondersteuning van ouderen van 75 jaar en ouder. Zij/hij werkt daarbij nauw samen met mij, uw huisarts. Maar ook met andere hulpverleners uit de wijk, zoals bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundigen, thuiszorg, wijkzorg, casemanager dementie, maatschappelijk werk(er) en vrijwilligers.

### Doel van het huisbezoek

Tijdens het huisbezoek heeft [NAAM] u gevraagd naar uw gezondheid en hoe u leeft. U heeft verteld wat uw wensen zijn en wat u belangrijk vindt. U heeft samen gekeken naar mogelijke oplossingen voor dingen die lastig zijn. Zo kunt u hopelijk zo gezond en prettig mogelijk zelfstandig blijven.

[NAAM] bespreekt het gesprek met mij, als uw huisarts. Het resultaat van dat gesprek neemt [NAAM] weer met u door.

[NAAM] en u hebben het o.a. over het volgende gehad:

- Hoe u leeft en hoe u woont. Heeft u bijvoorbeeld wensen? Of zijn er aanpassingen aan de woning nodig?
- Uw gezondheid: hoe ervaart u uw gezondheid? Kunt u goed bewegen? Kunt u zich goed verplaatsen? Doet u bijvoorbeeld nog uw eigen boodschappen?
- Uw medicijnen.
- De veiligheid in uw huis.
- Heeft u mensen om u heen voor een praatje, voor gezelligheid en voor hulp?
- Welke hulp heeft u? Bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, thuiszorg/verzorging (douchen/ontbijt), maakt u gebruik van de maaltijdservice, enz.
- Wat gaat er goed? Wat kan beter?
- Wat zijn uw wensen? Waaraan heeft u behoefte? Wat vindt u het belangrijkste?

[NAAM] en u hebben wat langer gepraat over:

.....  
.....  
.....

[NAAM] en u hebben daarover afgesproken:

.....  
.....  
.....

De volgende afspraak is op: .....

### Vragen

Heeft u nog vragen? Of bent u vergeten iets te noemen? Belt u dan gerust contact op met [NAAM].

Haar/zijn tel.nr is [TELEFOONNUMMER] en zij/hij is [BEREIKBARE TIJDEN/DAGEN] in de praktijk aanwezig.

Met vriendelijke groet,  
[NAAM HUISARTS]

[CONTACTGEGEVENS EN BEREIKBAARHEIDSINFORMATIE VAN DE PRAKTIJK]



## Advance Care Planning oftewel vroegtijdige zorgplanning

### Wat verstaan we onder 'vroegtijdige zorgplanning'?

Bij vroegtijdige zorgplanning (ACP, Advance Care Planning) benoemen wilsbekwame mensen wat zij belangrijk vinden. Ze denken tijdig na over wat het betekent als ze een ernstige ziekte krijgen. Ze formuleren hoe ze medisch behandeld en verzorgd willen worden, en bespreken dat met familie en zorgverleners. ACP gaat in op de zorgen op lichamelijk, psychologisch, sociaal en spiritueel gebied .

### Verskil tussen ACP en een wilsverklaring

In een wilsverklaring legt een wilsbekwame persoon vast welke behandelingen zij/hij in de toekomst wel en niet wil, voor als zij/hij dit niet meer kenbaar kan maken. Iemand kan ook vastleggen wie de wettelijk vertegenwoordiger wordt. Andere voorbeelden van wilsverklaringen zijn de niet-reanimeerverklaring en de euthanasieverklaring.

ACP is iets anders dan een wilsverklaring opstellen. ACP draait om levensdoelen. Wat verstaat de oudere onder kwaliteit van leven? In hoeverre wil zij/hij die kwaliteit op het spel zetten bij 'risicovolle' behandelingen? Gevolg van ACP kan zijn dat een wilsverklaring wordt opgesteld. Toch is dat niet het enige of belangrijkste doel van ACP.

### Deze handreiking en ACP

Er is veel overlap tussen ACP en het stappenplan voor ouderenzorg uit deze handreiking. De eerstelijnsverpleegkundige kan een belangrijke rol vervullen in ACP, bijvoorbeeld tijdens het assessment (stap 2). Daarin komt aan bod wat het leven de moeite waard maakt voor de oudere. Het is dan logisch door te schakelen naar ACP door bijvoorbeeld door te vragen op 'Zijn er zaken waar u zich zorgen over maakt?' of 'Wat als dat moeilijker wordt?'. Een aantal huisartspraktijken in Noord-Holland en Flevoland doen mee aan een onderzoek naar ACP .

Medio 2018 komen de materialen voor ACP, zoals een werkboek en behandelwensenformulier, beschikbaar op de [website](#) van Consortium palliatieve zorg Noord-Holland en Flevoland.

Neemt u voor meer informatie contact op met Monique de Wit-Rijnierse ([m.dewit-rijnierse@zonh.nl](mailto:m.dewit-rijnierse@zonh.nl))

### Link naar korte film over gesprek over laatste levensfase

Hoe ga je als patiënt en huisarts met elkaar in gesprek over de laatste levensfase? Amsterdamse patiënten en huisartsen maakten hierover een film met als doel dat het gesprek tussen patiënt en huisarts makkelijker gevoerd kan worden. En dat daarmee dit onderwerp echt een item wordt in de patiënt-artsrelatie.

Zie [website Elaa](#)

10 Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. Judith A C Rietjens, et al, on behalf of the European

11 Association for Palliative Care. Lancet Oncol 2017; 18: e543-51.

Gefinancierd door ZONMw, binnen het programma Palliantie.



## Transmurale zorgbrug: ‘warme zorgoverdracht’ tussen zorgaanbieders

Mensen verblijven steeds korter in ziekenhuizen. Dat vraagt om betere nazorg en begeleiding thuis in de eerste lijn, zeker voor kwetsbare ouderen. Hiervoor ontwikkelden prof. dr. Sophia de Rooij en prof. dr. Bianca Buurman de Transmurale Zorgbrug. Deze werkwijze combineert proactieve zorg tijdens de ziekenhuisopname met een gecoördineerd, verpleegkundig nazorgprogramma. De Transmurale Zorgbrug wordt ook in Amsterdam geïmplementeerd.

### **De wens van de oudere staat centraal**

Om te beginnen wordt tijdens de ziekenhuisopname een verhoogd risico op functieverlies proactief opgespoord. Bij zo'n verhoogd risico wordt samen met de patiënt naast de medische ook de psychologische, sociale en functionele status structureel in kaart gebracht. Hierbij kan in de huidige praktijk nog veel meer gebruik worden gemaakt van de informatie die vanuit de eerstelijns gezondheidszorg beschikbaar is. De huisarts kan deze actief meesturen, wanneer een patiënt wordt opgenomen. De oudere prioriteert vervolgens welke problemen zullen worden opgepakt, zowel in het ziekenhuis als later, thuis.

### **Warme overdracht**

Met de Transmurale Zorgbrug wordt de oudere vóór ontslag uit het ziekenhuis bezocht door diegene die na ontslag de zorgcoördinatie op zich neemt (wijkverpleegkundige of POH-ouderen), waarna de ‘warme overdracht’ plaatsvindt.

### **Huisbezoeken**

Na ontslag bezoekt de verpleegkundige de oudere een aantal keer thuis en ondersteunt haar/hem bij het herstel. Het eerste huisbezoek is zo snel mogelijk na ontslag uit het ziekenhuis; het streven is binnen twee dagen. De huisarts wordt over de Transmurale Zorgbrug geïnformeerd. Na afloop van de huisbezoeken kan de verpleegkundige overdragen aan de huisarts.

### **Transmurale Zorgbrug en Beter Oud in Amsterdam**

Om de zorg in en na opname in het ziekenhuis goed aan te laten sluiten op de situatie van de oudere, is een nauwe samenwerking tussen eerste en tweede lijn essentieel. Dat geldt ook voor de samenwerking binnen de eerste lijn, tussen de wijkverpleegkundige, de huisarts en POH-ouderen. Afhankelijk van de situatie kan bijvoorbeeld de POH ook huisbezoeken doen, of met het ziekenhuis de invulling van het zorgbehandelplan afstemmen.

### **Meer weten**

Er zijn regelmatig bijeenkomsten waarbij de implementatie van Transmurale Zorg centraal staat, zowel nationaal als regionaal. Neem contact op met Linda Hartel, [l.hartel@amc.uva.nl](mailto:l.hartel@amc.uva.nl) voor meer informatie.



## Informatie over mantelzorgondersteuning

Ten aanzien van het integrale aspect van het project is de rol van de mantelzorg van grote betekenis. In Amsterdam is er voor mantelzorgers en zorgverleners de volgende informatie beschikbaar over mantelzorgondersteuning:

- Er is een 'vereenvoudigd hulpmiddel' (hulp en ondersteuning voor mantelzorgers) te vinden op de website van de [gemeente Amsterdam](#). De mantelzorger kan hier vinden welke voorzieningen er zijn om de zorg te verlichten of om af en toe de zorg over te dragen.
- De wegwijzer Mantelzorgondersteuning Amsterdam ([zie website van Markant](#)) is een hulpmiddel waarmee zorgverleners inzicht krijgen over ondersteuningsmogelijkheden voor de mantelzorger. Dit betreft zowel ondersteuning voor de mantelzorger zelf, als voorzieningen voor de zorgvrager waarmee de mantelzorger (tijdelijk) wordt ontlast.

## Samenwerking met welzijn

Samenwerking tussen de eerste lijn (vooral de huisartsenpraktijk) en welzijn is een uitdaging. Dat blijkt ook uit het eerder aangehaalde onderzoek van La Grouw en Van Hout (2017). Zie bijvoorbeeld dit citaat uit het onderzoek:

*"Daarnaast geven zorgverleners aan dat de samenwerking met welzijn nog niet soepel verloopt: men weet niet wanneer welzijn ingezet kan en mag worden en welke organisaties daarvoor zijn. Elkaar goed kennen, vertrouwen, weten wat iemand te bieden heeft en waar hij/zij te vinden is wordt daarentegen als essentieel ervaren in het organiseren van integrale zorg".*

De huisarts is gebaat bij een vaste contactpersoon vanuit welzijn en/of maatschappelijke dienstverlening, die het gehele welzijnsaanbod ontsluit. De huisarts heeft geen tijd voor en geen overzicht over het hele aanbod. Vaak kan een POH (GGZ of Ouderen) of maatschappelijk werker een deel hiervan opvangen, maar dat is lang niet altijd het geval.

Een methodiek die we hiervoor kunnen inzetten is WOR (Welzijn Op Recept). Maar dit is een kostbare interventie, omdat die zich richt op moeilijk plaatsbare patiënten die veel begeleiding nodig hebben bij het vinden van passend aanbod.

Het grootste deel van de patiëntenpopulatie kan met een veel minder intensieve vorm van begeleiding worden geholpen. Het aanstellen van welzijnscoaches in de wijk kan een oplossing zijn. De Wijkallianties zijn verantwoordelijk voor de begeleiding naar het sociaal domein en WMO zorg.

Elaa heeft in opdracht van de gemeente Amsterdam, in 2017 huisartsen gevraagd naar hun ervaringen met de WMO. Via deze [link](#) of op de website van Elaa leest u hier meer over.

TIP Sociaal loket Amsterdam. Via deze [link](#) (of op de website [www.amsterdam.nl](http://www.amsterdam.nl)) vindt u een overzicht van alle sociaal loketten binnen Amsterdam.



## Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde

Het consulteren van een specialist ouderengeneeskunde (bij voorkeur uit de wijk, indien mogelijk) kan bijdragen aan meer effectieve zorg voor ouderen in de eerste lijn. Dit komt de kwaliteit van zorg en het generalistische, persoonlijke en continue karakter van de huisartsenzorg ten goede en kan dat karakter zelfs versterken. Veel huisartsen in Amsterdam weten nog niet goed genoeg dat zij de specialist ouderengeneeskunde kunnen consulteren. Het blijkt dat men niet weet hoe dat in de praktijk werkt, hoe het financieel geregeld is of hoe de taken en verantwoordelijkheden verdeeld zijn tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde.

### Voor wat voor zorg?

Bij complexe zorg waar meer ziektes of brede problematiek spelen, is de huisartsenzorg niet altijd voldoende. Complexe zorg is nodig bij multipathologie, atypisch verloop van (chronische) ziekten, onverklaarbare problematiek zoals vallen, gedragsproblemen, dementieklachten, polyfarmacie, slaapproblemen, etc. De specialist ouderengeneeskunde kan dan de huisarts ondersteunen door het verlenen van een consult (MDO waar noodzakelijk/bij voorkeur), een geriatrisch assessment, het analyseren van polyfarmacie, mede-/nabehandeling/nazorg en zij kan eventueel tijdelijk de regie op zich nemen. Op verzoek kan de specialist ouderengeneeskunde ook thuis worden geraadpleegd.

### Wat is ieders rol en taak?

De huisarts draagt zorg voor de algemene geneeskundige zorg en de coördinatie van de zorg. De specialist ouderengeneeskunde zorgt voor specifieke en complexe ouderenzorg. In de samenwerking gaat het vooral over het goed afstemmen van de gewenste zorg en wie wat doet of gaat doen. Dit staat goed beschreven in de handreiking van de LHV, NHG en Verenso.

Ook zijn er [afspraken](#) over de samenwerking tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde in Amsterdam gemaakt.

Voor meer informatie over samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, zie de website van Waardigheid en Trots (wegwijzer zorgvernieuwing bekostiging SO) of deze [link](#).



## Samenwerking met apotheker

Het lijkt een logische stap om apothekers op te nemen in een multidisciplinair overleg, alleen krijgt de apotheker voor deze deelname geen vergoeding. Het blijft hierdoor zoeken naar een goede manier om de apotheker te betrekken bij de geïntegreerde ouderenzorg.

De apotheker stemt regelmatig af met de huisarts over patiënten met polyfarmacie (FTO); hiervoor ontvangen de huisarts en de apotheker beide wel een vergoeding. Er bestaan meer structurele overleggen waarbij de apotheker aanschuift.

Kijk daarom goed bij welke multidisciplinaire overleggen de apotheker een meerwaarde heeft en maak zo veel mogelijk gebruik van de bestaande overlegstructuren. Vermijd vooralsnog de organisatie van nieuwe overlegvormen voor de apotheker. Kan een FTO in een MDO geïntegreerd worden of is een FTO naast een MDO de meest geëigende vorm?

Ga zo efficiënt mogelijk om met beschikbare tijd, zodat de apotheker haar rol bij de integrale zorg rondom ouderen zo goed mogelijk kan vervullen.



## Opleidingen en cursussen

### InHolland

Hieronder vindt u de vervolgopleidingen die InHolland op dit moment (begin 2018) aanbiedt.

- Praktijkondersteuning in de huisartsenpraktijk POH somatiek (post-hbo, 1 jaar)
- Praktijkondersteuning in de huisartsenpraktijk POH somatiek (post-hbo, 2 jaar)
- Praktijkondersteuning intensieve zorg (post-hbo)
- Ouderenzorg in de eerste lijn (post-hbo)
- Transmurale ouderenzorg
- Dementie verpleegkundige (post-hbo)
- Excellerende wijkverpleging (post-hbo)
- Excellerende wijkverpleging, voortraject voor niveau 4 opgeleiden

Het actuele informatie over het opleidingenaanbod vindt u op de [website](#) van InHolland.

### Hogeschool van Amsterdam

De Hogeschool van Amsterdam biedt op dit moment onderstaande opleidingen aan als onderdeel van de opleiding hbo-verpleegkunde.

- Binnen de opleiding Verpleegkunde:
  - Complexe wijkverpleegkundige zorg (minor; keuzeonderdeel)
- Post-hbotrainingen verpleegkunde, onder andere:
  - Transmurale Zorgbrug Ouderen
  - Cardiologische Zorgbrug

Voor actuele informatie over het opleidingenaanbod van de Hogeschool van Amsterdam bezoekt u de [website](#) van de Hogeschool van Amsterdam.

### Stages

In 2018 werken we een plan uit om studenten van bovenstaande opleidingen opdrachten als afstudeerstages uit te laten voeren in de praktijk. Het gaat dan om opdrachten die zijn gerelateerd aan integrale eerstelijns ouderenzorg.





## Begrippenlijst en afkortingen

### Afkortingen:

**ACP:** Advance care planning: een proces waarbij de patiënt met haar/zijn behandelend arts wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en vastlegt.

**AMC:** Academisch Medisch Centrum, universitair ziekenhuis, verbonden aan de universiteit van Amsterdam.

**BIG:** Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Het BIG-register geeft duidelijkheid over de bevoegdheid van een zorgverlener.

**CHAGZ:** Coöperatie Huisartsen Amsterdam Groot-Zuid.

**EGPO:** Elektronisch Gestructureerd Patiënten Overleg.

**Elaa:** De ROS die is ontstaan uit de fusie van de ROS in Amsterdam (1ste Lijn Amsterdam) en de ROS in Almere (ROSAImere).

**FTO:** Farmacotherapeutisch Overleg.

**GAZO:** Stichting Gezondheidscentra Amsterdam Zuid-Oost.

**GGZ:** Geestelijke GezondheidsZorg.

**HAP:** Huisartsenpost, voor huisartsenzorg buiten kantooruren.

**HIS:** Huisartsen informatiesysteem.

**HvA:** Hogeschool van Amsterdam.

**Laego:** Landelijk netwerk van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde.

**LHV:** Landelijke Huisartsen Vereniging.

**LSP:** Landelijk Schakel Punt. Dit is een zorginfrastructuur, waarbij zorgaanbieders kunnen aansluiten om medische gegevens van hun patiënten digitaal met elkaar te delen.

**MDO:** Multi Disciplinair Overleg.

**NHG:** Nederlands Huisartsen Genootschap.

**NPO:** Nationaal Programma Ouderen.

**OZO:** OZOverbindzorg staat voor (digitaal)samenwerking en delen van zorg.

**PGO:** Persoonlijke GezondheidsOmgeving

**POH:** PraktijkOndersteuner Huisartsen. Kan specifiek voor ouderen of GGZ zijn, maar ook voor algemene ketenzorg (POH-somatiek).

**PRISMA7:** Een screeningsinstrument bestaande uit zeven vragen, bedoeld om binnen de huisartsenpraktijk kwetsbaarheid bij ouderen vast te stellen.

**ROS:** een Regionale OndersteuningsStructuur met als doel de eerstelijns zorg te verbinden, te verbeteren en te versterken.

**SAG:** Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra.

**SCP:** Sociaal Cultureel Planbureau.

**SEH:** Spoedeisende Hulpafdeling van een ziekenhuis.

**SFMPC:** model om mate van kwetsbaarheid vast te stellen op de domeinen Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch en communicatief.

**SO:** Specialist Ouderenzorg.

**TraZAG:** Transmuraal Zorg Assessment Geriatrie: brengt het functioneren van ouderen in kaart, signaleert probleemgebieden en geeft handvatten voor aanpassing van de zorg.

**V&VN:** Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland.

**Verenso:** de verenging van specialisten ouderenzorg.

**Vilans:** het kenniscentrum voor de langdurige zorg.

**VUmc:** universitair ziekenhuis, verbonden aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.

**VWS:** ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

**WMO:** Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

**ZonMw:** ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.



# Begrippenlijst en afkortingen

## Begrippen:

**Assessment:** Instrument dat wordt ingezet voor toetsing en beoordeling.

**Atypisch verloop:** Verloop van een ziektebeeld wat anders is dan verwacht.

**Geriatrisch assessment:** De combinatie van (hetero)anamnese, algemeen lichamenlijk, neurologisch en psychiatrisch onderzoek aangevuld met relevante gevalideerde meetinstrumenten, met als resultaat een actuele probleemlijst geordend volgens de SFMPC-methodiek.<sup>12</sup>

**Multimorbiditeit:** Combinatie van meerdere (chronische) ziekten.

**Polyfarmacie:**  $\geq$  5 geneesmiddelen op ATC3-niveau die chronisch gebruikt worden door een patiënt.<sup>13</sup>

**Post-hbo:** Opleiding aansluitend op een hbo-opleiding

**Sociaal domein:** Het brede sociaal domein omvat zorg (WMO), jeugd (jeugdwet) en werk (participatiewet). In deze handreiking beperken we ons tot de samenwerking tussen de WMO en de eerstelijns gezondheidszorg.

**Transferzorg:** De zorg om de overgang van eerste- naar tweedelijns zorg (en omgekeerd) goed te laten verlopen.

**White Box:** De Amsterdamse versie van het LSP.

---

<sup>12</sup> Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. Judith A C Rietjens, et al, on behalf of the European

<sup>13</sup> Association for Palliative Care. Lancet Oncol 2017; 18: e543–51.  
Gefinancierd door ZONMw, binnen het programma Palliantie.



## Bronnen

- Boek 'Protocollaire ouderenzorg', S. van Maurik-Brandon, V.H. ten Dam, P.L.J. Dautzenberg. NHG, V&VN, Leago, Vilans. 2015,
- [Landelijke website Beter Oud](#)
- [Vijfde Els Borst-lezing](#) door Joris Slaets: Kwaliteit van Zorg: wie mag het zeggen (2017)
- [Website Kennisplein Chronische Zorg](#)
- [Website Mantelzorgondersteuning Amsterdam](#)
- [Website gemeente Amsterdam](#)
- [Sociaal loket Amsterdam](#)
- 'Faciliterende en belemmerende factoren bij de implementatie van Beter Oud in vier Amsterdamse huisartspraktijken'. Verslag, La Grouw en Van Hout, 2017.
- '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 e-Health. van Hout 2016
- [Website Zorg en Welzijn](#)
- [Website HKA](#)
- [Website Waardigheid en Trots](#)
- [Website InHolland](#)
- [Website Hogeschool van Amsterdam](#)



## Betrokkenen

### Betrokken ouderenvertegenwoordigers

- Agnes Cornelis
- Joke van Diepen – Hoogenwerf
- Renny van Delden
- Marianne van den Hoek

### Stuurgroep

- Paulien van Hessen, bestuurder SIGRA, voorzitter
- André Brand, directievoorzitter thuiszorg Cordaan
- Andreas Keck, Bestuurder GAZO
- Marjoleine Koopman, accountmanager thuiszorg Evean
- Liesbeth van der Niet, manager thuiszorg Cordaan
- Bernard Prins, huisarts MC Gelderlandplein
- Trudy Roek locatiemanager Transferafdeling in VUmc en het Willem Dreeshuis, Amstelring
- Nelleke Vogel, raad van bestuur ZHGA
- Marjolein van Harten, senior adviseur SIGRA
- Wim Klein Nagelvoort, senior adviseur Elaa
- Sabina Mak, senior adviseur Ben Sajat Centrum

### Projectgroep

- Sabina Mak, Ben Sajat Centrum, voorzitter
- Duco Bannink, VU/Talma-instituut
- Marjolein van Harten, SIGRA
- Hein van Hout, VU
- Yvonne La Grouw, VU
- Wim Klein Nagelvoort, Elaa
- Rolinka Romkes, MC Gelderlandplein

### Werkgroep bekostiging

- Duco Bannink, VU/Talma-instituut, voorzitter
- Marjolein van Harten, SIGRA
- Jos Leijenhorst, beleidsontwikkelaar wijkverpleging Zilveren Kruis (tot 1-7-2017 betrokken)
- Mirjam Vos-de Soet, beleidsontwikkelaar wijkverpleging Zilveren Kruis (vanaf 1-9-2017)
- Frans Smit, oud-huisarts, bestuurslid HKA
- Wim vd Plas, CHAGZ
- Ben Booij, beleidsadviseur WMO gemeente Amsterdam
- Jan Withaar, manager thuiszorg Evean
- Wim Klein Nagelvoort, Elaa
- Sabina Mak, Ben Sajat Centrum

### Stedelijke werkgroep

- Henriëtte van der Horst, hoogleraar huisartsengeneeskunde VU, voorzitter
- Susanne Smorenborg
- Deelnemers proeftuinen
- Leden projectgroep
- Hogescholen (InHolland, Hogeschool van Amsterdam)
- Betrokken ouderenvertegenwoordigers



**Vanuit het onderwijs**

- Yvonne Zoetigheid, InHolland
- Jos Pullen, Hogeschool van Amsterdam

**Proeftuin de Vaart**

- Ingrid van Westing, huisarts
- Letty de Jong, POH-ouderen
- Anja van der Post, POH-ouderen
- Jeanette Rakhorts, , wijkverpleegkundige Amstelring
- Nico Jongsma, wijkverpleegkundige Cordaan

**Proeftuin Banne-Buiksloot**

- Elvira van Gemerden, huisarts
- Tanja Promes, POH-ouderen
- Jolanda Elschot, wijkverpleegkundige Evean

**Proeftuin MC Gelderlandplein**

- Bernard Prins, huisarts
- Miranda van Rooijen, POH-ouderen
- Joyce Kuijer, wijkverpleegkundige

**Proeftuin Reigersbos**

- Anke Brand, huisarts
- Zinzi Mol, POH ouderen
- Marie-José de Munck, wijkverpleegkundige







