

Commentaar LESA Zorg voor kwetsbare ouderen

Samenwerken vanuit één plan met persoonlijke doelen

Zorg voor kwetsbare ouderen levert niemand alleen. Het gaat om kwaliteit van leven van de oudere op verschillende levensterreinen en hulpverleners vanuit zorg en welzijn vullen elkaar aan. Tegelijk weet iedere professional dat samenwerken niet altijd gemakkelijk is en dat werkafspraken helpen. De nieuwe LESA Zorg voor kwetsbare ouderen geeft aan hoe de samenwerking tussen huisarts, praktijkverpleegkundige (of praktijkondersteuner) en wijkverpleegkundige vorm krijgt. Met als doel het leveren van geïntegreerde, persoonsgerichte zorg: de juiste zorg, op de juiste plaats, door de juiste persoon.

In de LESA staan zowel de inhoud als de vorm van de beoogde samenwerking helder beschreven. Het kernteam (huisarts, praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige) overlegt in een gestructureerd periodiek overleg (GPO) en levert generalistische zorg, met een verbinding tussen *care*, *cure* en het sociale domein. Een van de spelers maakt een brede probleem-inventarisatie, inclusief *advance care*-planning en via *shared decision making* wordt een zorgplan opgesteld. Deelnemers aan het multidisciplinair overleg (MDO) bespreken het zorgplan. Dit alles met zoveel mogelijk behoud van eigen regie en sociale participatie van de oudere.

Deze inhoud sluit mooi aan bij de visie van het NHG, de LHV, InEen en Laego, die naar verwachting in juni 2017 vastgesteld wordt: passende en werkbaar zorg. Mooie woorden, maar het gaat natuurlijk om de praktijk. In hoeverre gaat het lukken om deze werkwijze vorm te geven? Wat levert het op? En hoe gaan we de grote valkuil, aanbod-denken, vermijden? Hoe werken we daadwerkelijk persoonsgericht bij deze groep met complexe problematiek?

PASSENDE PERSOONSGERICHTE ZORG

Zoveel ouderen, zoveel wensen en behoeften. Tegelijk is iedere hulpverlener goed in een bepaald aanbod. Er is een flink verschil tussen wat hulpverleners vinden dat goed is voor een oudere en de behoeften van ouderen zelf.¹ Hoe kom je tot een passend en persoonsgericht aanbod? Dat kan alleen als de persoonlijke behoeften en voorkeuren van de betreffende ouderen duidelijk zijn. Voor ouderen zullen dit vaak behoeften zijn die hen in staat stellen om contacten te onderhouden en een zinnige dagbesteding te hebben.² Voor veel mensen is het lastig om de vraag 'wat is voor u het meest van belang?' te beantwoorden. Het is noodzakelijk dat hier meer tijd en aandacht voor komt en er bijvoorbeeld keuzehulpmiddelen komen. Ook de positie, wensen en behoeften van mantelzorgers verdienen aandacht. Het team formuleert vervolgens doelen bij deze persoonlijke behoeften en spreekt acties af. Dat gebeurt in goede onderlinge afstemming, met vertrouwen in elkaar en met concrete evaluaties, zodat we zicht krijgen op de passendheid en effectiviteit van ons handelen.

Samenwerking tussen hulpverleners vanuit zorg en welzijn en praktische afstemming krijgen concreet vorm door

het werken vanuit één plan, zoals de LESA beschrijft. Per oudere wordt een casemanager of coördinator aangesteld. Deze onderhoudt laagdrempelig contact met de oudere en diens mantelzorgers, draagt zorg voor de registratie en actualisatie van het plan en houdt de betrokken hulpverleners scherp. Dit is een cyclisch proces en vergt op gezette tijden evaluatie en bijstelling van het plan. Het zou mooi zijn als alle partijen investeren in veilige en handige informatie-uitwisseling en praktische bereikbaarheid.

OPBRENGST

Wat levert zo'n systematische integrale werkwijze op? Diverse NPO-onderzoeken konden de effectiviteit ervan niet aantonen. Terecht wordt deze werkwijze nog niet overboord gegooid. Veel hulpverleners merken dat zij meer grip hebben op de problematiek en minder achter de feiten aan lopen.^{3,4} Er zijn diverse redenen voor het ontbreken van effect binnen de verschillende NPO-onderzoeken.^{4,5} Enkele adviezen die hieruit voortkomen zijn: selecteer de juiste (kwetsbare, hoogrisico)groep; sluit goed aan bij de behoeften van ouderen; evalueer met de juiste uitkomstmaten; investeer in samenwerking. De beoogde werkwijze kan pas goed van de grond komen als er regionale samenwerkingsafspraken zijn die werken. Deze LESA helpt om deze afspraken goed te verankeren. Uit de praktijk moet blijken of het werkt. Neem daarom de tijd voor gezamenlijke evaluatie, op patiëntniveau, op wijkniveau en op regioniveau. De 145 kaderartsen eerstelijns ouderengeneeskunde (zowel huisartsen als specialisten ouderengeneeskunde), verspreid over heel Nederland (zie Laego.nl), helpen bij dit hele proces.

Samenvattend biedt deze LESA concrete handvatten om de samenwerking met wijkverpleegkundigen op een regionale schaal te structureren. Samenwerkingsafspraken met hulpverleners uit het sociaal domein worden hierin meegenomen. Het belangrijkste is dat de persoonlijke doelen van de oudere leidend zijn bij het gezamenlijk beleid en dat er op een inspirerende manier samengewerkt wordt, vanuit één plan. ■

LITERATUUR

1. Suijker JJM. Care for older people in Dutch general practice. Results from the FIT study [proefschrift]. Amsterdam: UvA, 2016.
2. CSO, NfU en ZonMw. Toekomstige ouderenzorg; kernwaarden, opbrengsten en perspectief. 2012.
3. Blom JW, Den Elzen W, Van Houwelingen AH, Heijmans M, Stijnen T, Van den Hout W, Gussekloo J. Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive, goal-oriented, integrated care model in general practice for older people. A cluster randomised controlled trial: Integrated Systematic Care for older People - the ISCOPE study. *Age Ageing* 2016;45:30-41.
4. Van Rossum E, Van Hout H. Pro-actieve zorg voor kwetsbare ouderen: terug bij af? *Huisarts Wet* 2016;59:451-3.
5. Koffeman AR. Complexe interventies bij ouderen. Hoe bepaal je het effect? *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:D816.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde, Leiden: dr. A.W. Wind, hoofd NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde • Correspondentie: A.W.Wind@lumc.nl • Belangenverstrengeling: niets gemeld.