

Nationaal Programma Ouderenzorg

Meer eigen regie, meer zelfredzaamheid en functiebehoud bij kwetsbare ouderen – dat was de insteek van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) dat in 2008 van start ging. Het NPO ontwikkelde een innovatieve, integrale en doelmatige ouderenzorg die toekomstbestendig is. Na vijf jaar zijn de bedoelde gevolgen te merken: er zijn minder, of andere, ondersteuningsvormen en minder onnodige zorg en behandeling. De umc's hebben binnen het NPO baanbrekend werk verricht: ze hebben het initiatief genomen tot regionale geriatrienetwerken waarin ze veel partijen hebben betrokken, en ze houden deze netwerken in stand. In het netwerk sluiten ondersteuningstypen van zorg, welzijn, wonen en financiering op elkaar aan. Ook brengen de umc's hun expertise in op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. Zo omvat deze manier van werken zowel het organisatorisch afstemmen van wat nuttig en nodig is, als ook het vormgeven en uitvoeren van projecten en experimenten.

De grootste winst die het NPO heeft gebracht, is dat voor het eerst in de gezondheidszorg een werkwijze is toegepast waarin de behoeften van de doelgroep zelf – in dit geval de ouderen – centraal stonden. Ouderen zijn goed vertegenwoordigd in de netwerken en zij geven de doorslag in de keuze om een bepaald project of onderzoek wel of niet te doen. Het veranderingsproces dat voor deze werkwijze nodig was en is, kent vier kernwaarden: zeggenschap, samenhang en kwaliteit, doelmatigheid, en voorzorg. Lees hier de meer over de resultaten binnen verschillende projecten.

Herstelzorg

Herstelzorg: naar een snel herstel van het dagelijks functioneren

Binnen het thema 'Herstelzorg' onderzoeken verschillende groepen hoe de zorg kan bijdragen aan het behoud en herstel van functioneren van kwetsbare ouderen na een (acute) ziekenhuisopname.

In onderstaande tabel staat een overzicht van de verschillende projecten die onder de 'NPO Herstelzorg' vallen, inclusief de effecten die daarmee zijn geboekt, voor zover die in het voorjaar van 2013 bekend waren. Sommige afzonderlijke onderdelen, zoals de diverse [screeningsinstrumenten](#) en de inhoud van het [zorgplan](#), worden elders op deze site beschreven. Het overzicht van de professionele partijen per project treft u bij de beschrijving van de resultaten per netwerk.

Netwerk	Herstelzorg onderdeel (naam)	Doel	Soort NPO project	Resultaat
AMC	DEFENCE zorgmodel	Screening, diagnostiek en interventies gericht op behouden of verbeteren van (fysiek) functioneren	Transitie	ZORGMODEL waardoor snelle en doelmatige identificatie van ouderen met verhoogd risico op functieverlies mogelijk is. Vervolgens zorgt een systematisch aanpak voor preventie van vermijdbare ziekenhuiscomplicaties, waardoor functiebehoud wordt nagestreefd. In het Spaarne ziekenhuis is deze werkwijze onderzocht en uit de voorlopige gegevens blijkt een significant beter functioneren na ziekenhuisontslag op 3 maanden.
AMC	ISAR-HP	Screening van oudere ziekenhuispatiënten op een verhoogd risico op functieverlies	Implementatie	ISAR-HP als ultrakort (4 vragen) screeningsinstrument, wordt thans gebruikt in > 10 Nederlandse ziekenhuizen. Zie voor meer informatie www.effectieveouderenzorg.nl
AMC	Toolkit Effectieve Ouderenzorg	Systematische beoordeling (CGA) en interventies gericht op functiebehoud in 1e en 2e liin	implementatie	Toepassen van de praktijkgids van VMS zorg en extra interventies op o.a. stemming, cognitie en polvfarmacie.

AMC	De Transmurale Zorg Brug	Integrale ouderenzorg met als doel behoud van functioneren door goede afstemming tussen 1e en 2e lijn bij de zorg voor acuut in het ziekenhuis opgenomen ouderen	Transitie	Zorg bestaat uit 3 fasen 1. identificatie van kwetsbare ouderen tijdens opname en inzetten van interventies 2. wijkverpleegkundige komt in ziekenhuis voor overdracht 3. wijkverpleegkundige begeleidt oudere na ziekenhuisopname en richt zicht op herstel van functioneren. Momenteel participeren 7 ziekenhuizen in de TZB. Er is veel belangstelling vanuit andere ziekenhuizen.
AMC	Leergang effectieve ouderenzorg	scholingsmodule voor praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige t.b.v. integrale proactieve zorg voor kwetsbare ouderen.	Transitie	Module ouderenzorg is opgenomen in aanbod van InHolland en er start nu 6e leergang. Zie ook www.effectieveouderenzorg.nl toolkit
AMC	ALDS in Passen & Meten	Systematisch en lineair meten van patiënt-relevante uitkomst 'functioneren', wat ook gebruikt kan worden voor het meten van zorgzwaarte, passendheid van zorg en als benchmark voor uitkomst van zorg of interventie	Onderzoek	Bieden van passende zorg aan kwetsbare ouderen onder alle condities met als resultaat een instrument waarmee passende zorg geïndiceerd kan worden. Daarnaast rapporteren van relevante uitkomsten voor de patiënt, zoals fysiek functioneren.
AMC	Patiëntbrief	In begrijpelijke taal overdragen van informatie aan de patiënt en diens naasten bij ontslag uit het ziekenhuis door meegeven van een persoonlijke brief.	Implementatie	Goede informatieoverdracht aan oudere zelf en diens naasten.
LUMC	Risicomanagement	Screening van oudere patiënten op kwetsbaarheid, zodat vervolgens de juiste maatregelen in het risicomanagement kunnen worden genomen en zo nodig een individueel zorgpad kan worden ingezet.	Transitie	In de vier ziekenhuizen die deelnamen aan het HZP wordt sinds september 2012 de VMS+-screeningsmethode toegepast als hulpmiddel bij het toewijzen van de capaciteit van geriatrische teams.
LUMC	Functiegerichte zorgpaden	Het ontwikkelen van functiegerichte instellingsoverschrijdende zorgpaden waarin behoud en herstel van functioneren centraal staan.	Transitie	De zorgpaden voor acuut opgenomen oudere patiënten en voor orthopedisch patiënten die voor een ingreep aan knieën of heupen werden (her-) ingericht. Richtlijnen werden geïnventariseerd, opgesteld, vernieuwd, aangevuld en/of aangescherpt en het kennisniveau van artsen en verpleegkundigen opgeschoefd. Een ketenkwaliteitsmodel werd ontwikkeld voor instellingsoverschrijdende zorgpaden.
LUMC	Borging van de geriatrische functie rondom de patiënt	Het bereiken van goede afstemming van verantwoordelijkheden en behandeling zodat de patiënt op ieder moment van het traject de juiste zorg op de juiste plek ontvangt.	Transitie	Er werd een instrument ontwikkeld voor de Triage, waarmee in het ziekenhuis zo snel mogelijk de juiste vorm van nazorg vastgesteld kan worden. Een Transitieafdeling voor patiënten met cognitieve problematiek werd geopend voor oudere patiënten bij wie in het ziekenhuis een cognitief probleem ontstaat. Een Herinrichting 2e en 1ste lijn vond plaats bij de valpoli.
LUMC	Optimaliseren van transitie	Het verbeteren van de overgangen tussen zorgverleners door ontwikkelen van een, qua vorm en inhoud, uniforme digitale overdracht in de regio. Extra inzet op de verbetering van continueren van zorg in de CVA-zorgketen.	Transitie	Een inhoudelijk eenduidige digitale overdracht in de regio is bereikt door het in samenspraak met alle regionale partijen vaststellen van een Minimale OverdrachtSet (MOS) en het aankopen van een digitale applicatie. Implementatieverpleegkundigen die zijn ingezet in de CVA-keten zorgden voor verbetering van de samenwerking en afstemming van de revaliderende werkwijze in de organisaties in de keten.
Erasmus MC	Zorgprogramma voor Preventie en Herstel (ZPH)	Vroege identificatie van kwetsbare ouderen en interventies gericht op behouden of verbeteren van functioneren	Transitie	Snelle en doelmatige identificatie van ouderen met verhoogd risico op functieverlies mogelijk, gevolgd door een systematisch aanpak gericht op functiebehoud. Centrale rol voor de casemanager.
Erasmus MC	Centrum voor Preventie en Herstel (CPH)	Intensieve herstellzorg na opname gericht op behouden of verbeteren van functioneren	Transitie	Intensieve herstellzorg, met centrale rol voor de casemanager.
ACZIO	ZEN	De cliënt die na kort verblijf in de herstellzorgkliniek terug naar de thuissituatie keert versterken in zijn zelfmanagement; de oudere 'empoweren' in zijn eigen ziektebeeld en kennisinzicht, in zijn beperkingen en vooral resterende mogelijkheden en het eigen persoonlijk sociaal netwerk weten te versterken.	Transitie	Patiënt versterken in zijn zelfmanagement (middels motivational interviewing) en sociaal netwerk (participatie). Samen met de patiënt helder krijgen wat eigen wensen en behoeften zijn, en hoe dit past binnen diens restmogelijkheden. Op basis van de wensen en behoeften een gezamenlijk behandelplan opstellen. Adequate overdracht bewerkstelligen tussen tweede- en eerste lijn.
ACZIO	Op weg naar herstel	Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van een zorgpad geriatrische revalidatiezorg voor de doelgroep overige diagnoses	ACZIO	Op weg naar herstel
ACZIO	MAESTRO	Evaluatie van een multidisciplinair	ACZIO	MAESTRO

Beschrijving en eventuele resultaten van de ontwikkelde NPO-herstelzorg onderdelen

AMC: DEFENCE zorgmodel

Het DEFENCE zorgmodel is een driestapsbenadering ter preventie van functieverlies bij ouderen die acuut worden opgenomen in het ziekenhuis. Het model is ontwikkeld naar aanleiding van een cohortstudie in drie Nederlandse ziekenhuizen. De aanpak zorgt voor snelle en doelmatige identificatie van ouderen met risico op functieverlies, biedt vervolgens een diagnostisch instrument om geriatrische condities in kaart te brengen en wordt afgesloten door een op maat gemaakte geriatrische interventie. De stappen worden hieronder toegelicht.

Stap 1, screening: Alle acuut opgenomen ouderen van 65 jaar of ouder worden gescreend met de ISAR-HP. Dit is een gebruiksvriendelijke vragenlijst bestaande uit 4 ja/nee vragen welke kan worden afgenomen door een afdelingsverpleegkundige. Bij een score van 2 of meer bestaat een verhoogd risico op functieverlies en gaat de oudere door naar stap 2.

Stap 2, diagnostisch geriatrisch assessment (CGA): Het CGA bestaat uit 18 vragen over veelvoorkomende geriatrische problemen. Deze vragen zijn gebaseerd op getoetste meetinstrumenten. Aan het eind van deze vragenlijst beschikt de verpleegkundige over een compleet beeld van de aanwezigheid van geriatrische problematiek bij de oudere.

Stap 3, geriatrische interventie: Naar aanleiding van de bevindingen uit het CGA beslist de verpleegkundige of consultatie van een Geriatrisch Consultatief team nodig is. Samen met het geriatrie team en de oudere wordt bekeken welke problemen er aangepakt gaan worden. Voor bijna alle problemen is een stappenplan met verdere diagnostiek en interventies welke door de verpleegkundige gebruikt kan worden (te vinden op www.effectieveouderenzorg.nl). Doelen, interventies en afspraken worden vastgelegd in een zorgbehandelplan.

Contactpersoon: Bianca Buurman, B.M.vanes@amc.nl of 020-5665991

AMC: De Transmurale Zorgbrug (TZB)

De Transmurale Zorgbrug is het resultaat van de doorontwikkeling van het DEFENCE zorgmodel door de Kring Ouderenzorg AMC & partners. Binnen de Transmurale Zorgbrug krijgen ouderen verbeterde geriatrische ziekenhuiszorg volgens het DEFENCE zorgmodel en wordt vervolgens een brug geslagen naar de eerste lijn, vertegenwoordigd door een wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige maakt tijdens de ziekenhuisopname kennis met de patiënt en krijgt een overdracht met hierin de bevindingen uit het CGA en het zorgbehandelplan. Na ziekenhuisopname wordt de oudere 6 maanden begeleid door de wijkverpleegkundige waarin het hoofddoel herstel in functioneren is. De intensiteit en de inhoud van de huisbezoeken is maatwerk; het zorgbehandelplan en de uitkomsten van het CGA centraal staan, aangevuld door evidence-based standaard interventies per huisbezoek. Gemiddeld vinden er 5 huisbezoeken plaats. Tijdens het eerste huisbezoek ligt de nadruk op de medicatieoverdracht en inventarisatie van ingeschakelde zorg en mantelzorg. In latere bezoeken komen thema's als ondervoeding, het sociale systeem en wonen en welzijn aan de orde. Een van de belangrijkste uitgangspunten van de TZB is de participatie van de oudere zelf, zowel door aan te geven wat hij/zij belangrijk vindt, maar vooral door zelf actief te werken aan herstel. De effecten van de Transmurale Zorgbrug worden momenteel gemeten door middel van een gerandomiseerde multicenter studie (674 ouderen, 3 centra). Het beoogde patiëntenaantal is geïncludeerd en momenteel vindt dataverzameling plaats. Hiernaast hebben zeker 5 ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties interesse getoond in implementatie van de TZB in hun eigen regio, momenteel vinden hiertoe lokaal voorbereidende activiteiten voor plaats.

Contactpersoon: Marina Tol, m.m.schilder@amc.nl, 020-5665991

AMC: Leergang Praktijkondersteuner Ouderenzorg

In 2009 is door de Kring Ouderenzorg AMC & Partners en de Hogeschool InHolland de opleiding praktijkondersteuner ouderenzorg ontwikkeld. Dit is een 10-daagse opleiding bestaande uit 3 modules waarin niveau 5 verpleegkundigen worden opgeleid om doelmatige eerstelijnszorg te bieden aan de oudere patiënt. De inhoud van de modules zijn: 1) Oriëntatie op ouderenzorg, waarbij het accent ligt op de kaders die de basis vormen voor zorgverlening aan ouderen in de thuissituatie. Hierbij is onder andere aandacht voor competenties, probleemgericht denken, screening en diagnostiek van kwetsbare ouderen, het maken van een zorgbehandelplan en een sociale kaart 2) Somatische problematiek, in deze module worden veelvoorkomende somatische problemen behandeld en zit een training communicatieve vaardigheden 3) Psychogeriatrische problematiek, waarbij aandacht is voor psychogeriatrische problemen als cognitieve problemen, angst en eenzaamheid en ook voor mantelzorg en mantelzorgbelasting. Momenteel wordt de opleiding voor de zesde keer aangeboden. Onder andere de verpleegkundigen die participeren binnen het project de Transmurale Zorgbrug hebben deze opleiding gevolgd. De reacties op de

opleiding zijn ronduit positief, waarbij de verpleegkundigen de opleiding een verrijking vinden van hun vak.

Contactpersoon: Jos Pullen: jos.pullen@inholland.nl; of 06 31 00 66 84

AMC: ALDS, de Amsterdam Linear Disability Scale

Functioneren is als patientrelevante uitkomstmaat zowel in het TZB project als in Passen & Meten opgenomen. Passen & meten is een onderzoek naar de juiste indicatiestelling en naar de uitkomsten van herstellzorg en geriatrische revalidatie. Hierbij is gekozen om fysiek functioneren te meten middels de ALDS. De Amsterdam Linear Disability Score (ALDS) is een gecalibreerde, generieke itembank die het specifieke niveau van fysiek functioneren kan meten bij patiënten met uiteenlopende ziekten en aandoeningen, een soort cito-toets voor fysiek functioneren. De itembank is de afgelopen tien jaar in diverse patientengroepen gevalideerd. Een grote groep ervaren onderzoekers van het AMC heeft samen met een grote groep gebruikers dit noodzakelijke voorwerk verricht. De website www.alds.nl biedt een doorkijk naar de verschillende mogelijkheden van de digitale ALDS die ontwikkeld is in nauwe samenwerking met Vital Health Software.

Contactpersoon: via Stichting Effectieve Ouderenzorg: Paul Bessems, p.j.bessems@amc.nl of 020-5665991

AMC: Patiëntbrief

Een ziekenhuisopname is een ingrijpende gebeurtenis voor een patiënt. Na ontslag uit het ziekenhuis heeft de patiënt te maken met nieuwe leefregels, medicatie en vervolgspraken met (verschillende) hulpverleners in het ziekenhuis. Eenmaal thuis zijn er vaak veel onduidelijkheden en heeft de patiënt vragen. De patiëntbrief is een project van het AMC met als doel een goede voorbereiding op het ontslag en een efficiënte overdracht van informatie teneinde ongewenste complicaties, bijvoorbeeld ten gevolge van onjuiste inname van medicatie te voorkomen.

De patiëntbrief is een in begrijpelijke taal geschreven brief voor de patiënt, geschreven door een co-assistent of arts-assistent waarin de patiënt wordt geïnformeerd over welke behandeling en onderzoeken in het ziekenhuis hebben plaatsgevonden, welke medicatie zij moeten nemen, welk dieet en leefregels zij kunnen hanteren en bij wie zij terecht kunnen bij vragen of complicaties na ontslag uit het ziekenhuis. De patiëntbrief wordt tijdens een ontslaggesprek mondeling toegelicht aan de patiënt en zijn of haar mantelzorgers en meegegeven naar huis. De patiëntbrief is onderdeel van het onderwijs voor co-assistenten in het AMC, en wordt in het ziekenhuissysteem opgeslagen en is zo inzichtelijk voor alle hulpverleners en de huisarts. Het geldt niet als vervanging van de reguliere medische overdracht. Momenteel krijgt 65% van de patiënten in het AMC een patiëntbrief mee naar huis. Patiënten zijn zeer tevreden over de patiëntbrief en geven de brief gemiddeld een 8 als rapportcijfer. 60% van de patiënten gebruikt de brief bij een bezoek aan een andere hulpverlener, waarmee de brief de eigen regie en zelfredzaamheid van de patiënt bevordert. De patiëntbrief is in 2012 genomineerd voor de IGZ Patiëntveiligheidsprijs.

LUMC: Risicomanagement

Om kwetsbare ouderen bij een ziekenhuisopname zo snel mogelijk te herkennen, werd een Screening op kwetsbaarheid in het ziekenhuis geïntroduceerd. Op basis van eigen onderzoek werd een methode ontworpen waarin de resultaten van de screening op vier risicogebieden in het kader van het VeiligheidsManagementSysteem (VMS) worden gebruikt om kwetsbare ouderen te herkennen. Zodra de kwetsbare ouderen in beeld zijn, wordt een geriatrisch team gewaarschuwd dat de problemen en risico's uitgebreid in kaart brengt en wordt zo nodig een individueel zorgpad ingericht voor de patiënt.

Lees meer op: www.herstellzorg.nl à Zorgprogramma à onderzoek (<http://www.lumc.nl/con/9085/241521/1012130212505623/>)

LUMC: Functiegerichte zorgpaden

Voor verschillende (grote) doelgroepen werd in het HZP een specifiek zorgpad (her-) ingericht. Richtlijnen werden geïnventariseerd, opgesteld, vernieuwd, aangevuld en/of aangescherpt. In de Acute zorg voor oudere patiënten in het Bronovo ziekenhuis werden vroegsignalering van risico's en complicaties en een proactieve werkwijze geïmplementeerd. Een geriatrisch team werd samengesteld en het kennisniveau van artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis opgeschroefd. Het optimale zorgpad Peri-operatief: van Thuis tot Thuis voor orthopedisch patiënten die voor een ingreep aan knieën of heupen worden opgenomen werd beschreven in de multidisciplinaire samenwerking tussen het Rijnland ziekenhuis, Activite (thuiszorg), huisartsen en fysiotherapeuten. Tot slot werd in het deelproject Sturen op Kwaliteit een ketenkwaliteitsmodel ontwikkeld voor instellingsoverschrijdende zorgpaden. Het model voorziet in kwaliteitsoverleggen met alle professionals uit de keten waarin casussen worden besproken, meetbare indicatoren van kwaliteit worden gevisualiseerd en omgezet naar verbeteracties.

Lees meer op: www.herstellzorg.nl à zorgprogramma (<http://www.lumc.nl/con/9085/241521/>)

LUMC: Borging van de geriatrische functie rondom de patiënt

Om de borging van de geriatrische functie rondom de patiënt veilig te stellen is het belangrijk dat de patiënt op ieder moment van het traject op de juiste plek de juiste zorgvorm ontvangt. In het HZP werd een instrument ontwikkeld voor de Triage, waarmee in het ziekenhuis zo snel mogelijk de juiste vorm van nazorg vastgesteld kan worden. Er werd een Transitieafdeling voor patiënten met cognitieve problematiek

geopend voor oudere patiënten bij wie in het ziekenhuis een cognitief probleem ontstaat. Voor hen bleek geen goede nazorgmogelijkheid te zijn waardoor de deze patiënten onnodig lang in het ziekenhuis lagen met alle schadelijke gevolgen van dien. Op de transitieafdeling in verpleeghuis Mariënhaven van Marente werken de medische, verpleegkundige en fysiotherapeutische staf van het Diaconessenhuis en Mariënhaven nauw samen aan het herstel van functioneren en de diagnose van de cognitieve problematiek. Een Herinrichting 2e en 1ste lijn vond plaats bij de valpoli in een samenwerking tussen de ouderengeneeskunde van het Diaconessenhuis Leiden en de huisartsen van zorggroep Katwijk. Ouderen met valproblematiek werden vaker dan nodig doorverwezen naar een valpoli in de 2e lijn. Door de herinrichting van de valpoli in de 1ste lijn bij de kaderhuisarts ouderengeneeskunde, kan de geriatrische functie rondom de patiënt beter geborgd worden en worden kosten bespaard.

Lees meer op: www.herstelzorg.nl à zorgprogramma (<http://www.lumc.nl/con/9085/241521/>)

LUMC: Optimalisatie van transities

Het goed verlopen van de overgang uit het ziekenhuis naar een vorm van nazorg, waarbij Transmurale overdracht en digitalisering onontbeerlijk zijn, is van cruciaal belang bij het herstel. Een inhoudelijk eenduidige digitale overdracht in de regio is bereikt door het in samenspraak met alle regionale partijen vaststellen van een Minimale OverdrachtSet (MOS) en het aankopen van een digitale applicatie. De bestuurders van de zorgorganisaties zijn vanaf het begin (financieel) verantwoordelijk geweest voor de implementatie van de digitale overdracht in de eigen organisatie. In het HZP zijn Implementatieverpleegkundigen in de CVA-keten ingezet om transities te verbeteren en samenwerking in de keten te bevorderen. De verpleegkundigen zorgden voor opbouw van wederzijds vertrouwen en bekendheid met de nieuwe revaliderende werkwijze door het personeel in de organisaties te trainen on the job.

Lees meer op: www.herstelzorg.nl à zorgprogramma (<http://www.lumc.nl/con/9085/241521/>)

OP WEG NAAR HERSTEL

Doel – Het project Op weg naar herstel is gericht op de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een zorgpad voor ouderen met complexe problematiek die worden opgenomen op een afdeling voor geriatrische revalidatiezorg en vervolgens terugkeren naar de thuissituatie. Het doel van dit project is om door middel van de invoering van het zorgpad de kwaliteit van de zorg te verbeteren en daarmee het functioneren van de revalidant en diens mantelzorger te verbeteren.

Doelgroep – De doelgroep van het zorgpad bestaat uit zelfstandig wonende 70-plussers die na een ziekenhuisopname door complexe problematiek worden opgenomen op een afdeling voor geriatrische revalidatiezorg van een verpleeghuis. Ook de mantelzorgers worden bij het zorgpad betrokken.

Zorgpad – Het zorgpad beslaat het hele traject van ziekenhuisopname en geriatrische revalidatiebehandeling, tot ontslag naar de thuissituatie. De belangrijkste kenmerken van het zorgpad zijn dat een zorgcoördinator wordt aangesteld die zorg aan mensen uit de doelgroep coördineert gedurende het hele zorgtraject. Deze coördinator vormt de schakel tussen betrokken professionals van de verschillende zorgsettings. De coördinator richt zich ondermeer op het verbeteren van de triage in het ziekenhuis voor (geriatrische) revalidatiezorg en het verbeteren van de overdracht tussen de betrokken professionals tijdens transfers tussen de zorgsettings. Tevens draagt de coördinator er zorg voor dat voor de cliënt en mantelzorger in elke setting een duidelijk aanspreekpunt is.

Contactpersoon – Jolanda van Haastregt, 043-3882432, j.vanhaastregt@maastrichtuniversity.nl.

ICT

E-Health innovaties in het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO)

Overzicht van de e-lessen die geleerd zijn uit het NPO tot 2013.

1. Beschrijving en afbakening thema E-Health in NPO

Veel (kwetsbare) ouderen zien, als het om hun medische zorg gaat, door de bomen het bos niet meer. Ze krijgen soms van wel zeven of nog meer artsen en ontvangen van meerdere zorg- en welzijnsinstanties naast medische en verpleegkundige zorg allerlei diensten die het dagelijks leven moeten ondersteunen. Niet alleen de patiënt zelf, ook zijn of haar mantelzorger en de betrokken professionals dreigen veelvuldig het overzicht te verliezen. Het Nationaal Programma Ouderenzorg heeft een ruime sortering aan slimme E-Health innovaties en evaluaties opgeleverd die mee kunnen helpen de barrière van versnipperde en onvoldoende of niet gecoördineerde zorg te slechten en deze

beter en doelmatiger kunnen maken. Bovendien zijn er ICT innovaties ontwikkeld op gebied van preventie en ter ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek. In deze notitie bieden we een beknopt overzicht van de E-Health innovaties uit de acht netwerken van het NPO.

Bij alle te noemen ICT applicaties is veel aandacht geschonken aan een afdoende bescherming van de privacy van persoonsgegevens. Recente voorbeelden rond de ontwikkeling van het landelijke EPD maken voldoende duidelijk dat het privacy aspect een basisvoorwaarde is voor het welslagen van een ICT innovatie. In alle projecten zijn professionele partners aan boord die samen met de ontwikkelaars de kwaliteit op dit punt hebben bewaakt en geborgd. Het overzicht van de professionele partijen treft u bij de beschrijving van de resultaten per netwerk.

In het kader van Nationaal Programma Ouderenzorg is in ieder netwerk wel een aantal projecten vormgegeven waarin ICT een belangrijke rol speelt. We geven hier het overzicht van de functie die ICT heeft gespeeld in deze projecten en van de E-Health innovaties die specifiek voor de projecten zijn ontwikkeld. Tevens geven we weer wat de effecten zijn die met deze applicaties kunnen worden behaald, voor zover die nu (begin 2014) bekend zijn. We gaan hier niet in op alle zorginhoudelijke onderdelen, zoals bijvoorbeeld de inhoud van het zorgplan, omdat dat elders wordt beschreven. We geven wel aan hoe ICT een belangrijke rol vervult in het bereiken van een meer geïntegreerde dienstverlening, waarbij de oudere en diens naasten ook in de IT dienstverlening een actieve en sturende rol blijven innemen conform het algemene uitgangspunt van het NPO. De ICT componenten beschrijven we alleen op functioneel niveau, met een zekere mate van abstractie. Voor details van de daadwerkelijk gebruikte technieken, zowel software als hardware, alsmede voor de evaluatietechnieken van de ontwikkelde tools, verwijzen we graag naar de verschillende ICT-contactpersonen, genoemde websites voor de netwerken en de e-applicaties zelf. In een afzonderlijke paragraaf geven we de actuele stand van zaken wat betreft de effectevaluatie en implementatie per applicatie aan. De notitie sluit af met de eerste conclusies en aanbevelingen over E-Health innovaties uit het Nationaal Programma Ouderenzorg.

2. Beschikbare E-Health innovaties in NPO

In tabel vorm wordt een overzicht geboden van de E-health innovaties die zijn ontwikkeld tbv opsporen, begeleiden en behandelen in de zorg én het bieden van welzijnsdiensten aan kwetsbare ouderen (willekeurige volgorde van UMC's).

Tabel 1.

Netwerk	E-Health tool (naam)	Doel	Soort NPO project	Resultaat
Accio (subregio WM)	Zorg uit Voorzorg en ict: Ondersteuning van het multidisciplinair overleg met informatie en communicatietechnologie	Onderzoek naar de vraag of het gebruik van informatie en communicatietechnologie een ondersteuning kan zijn voor een MC, zo ja, hoe, in welke mate en inzicht hoe deze technologie eruit moet zien	Transitie (pilotstudie binnen transitie)	Een rapportage van Adobe Connect Pro als ict tool voor het faciliteren van MDO's op afstand met literatuurstudie randvoorwaarden.
Accio (subregio WM)	Zorg uit Voorzorg en ict: digitale overdrachts template voor opgenomen kwetsbare oudere	Ontwikkeling van een digitale template voor overdracht van kwetsbare oudere naar het ziekenhuis bij opname.	Transitie (pilotstudie binnen transitie)	Digitale template
Accio (subregio WM)	Zorg uit Voorzorg en ICT: Inzet tablet als communicatiemiddel tussen oudere en zorgprofessional	Pilot naar het inzetten van de tablet bij consultatie en begeleiding op afstand.	Transitie (pilotstudie binnen transitie)	Een ICT tool waarmee ouderen en zorgverleners kunnen communiceren.
Accio (subregio WM)	Zorg uit Voorzorg en ICT: Multidisciplinair patiëntdossier kwetsbare oudere	Implementatie van de multidisciplinaire registratie van bij opname gescreende ouderen en zorgplan	Transitie	Een binnen het ZiekenhuisInformatieSysteem (ZIS) SAP geïmplementeerd dossier en zorgplan
Accio (subregio WM)	Zorg uit Voorzorg en ICT: Toolbox voor screening en interventie van in het ziekenhuis opgenomen kwetsbare ouderen t.b.v. alle relevante disciplines in het ziekenhuis	Implementatie van de ontwikkelde toolbox op intranet van het ziekenhuis	Transitie	Toolbox op intranet
ACZIO	(G)JOUR Maastricht-Heuvelland	Methodiek van vroegsignalering waarmee zorgverleners beter en eerder zicht krijgen op ouderen in een kwetsbare positie	Transitie	-Methodiek en zorg-behandelplannen zijn vertaald in KIS -Via KIS directe koppeling met Geriatrieteam (=expertteam voor huisartsen)
Universiteit Maastricht/ ACZIO	Monitoring en feedback systeem voor fysieke kwetsbaarheid	Monitoren van fysieke kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen en hen ondersteunen in zelfmanagement	Onderzoek	Een monitoring en feedback systeem dat door thuiswonende ouderen gebruikt kan worden om een beter inzicht te krijgen in (veranderingen) in het eigen fysieke functioneren en dat op die manier kan

				ondersteunen in zelfmanagement
Zuyd Hogeschool/ DB ACZIO	Tele-technologische ondersteuning voor zorg en welzijn	Het ontwikkelen van een telecommunicatie platform vanuit de behoeften van kwetsbare ouderen zelf, ter bevordering van zelfredzaamheid en participatie in de maatschappij.	Transitie	Een gebruiksvriendelijke web-based telecommunicatie platform dat gebaseerd is op de behoeften van ouderen in een kwetsbare positie, bestaande uit verschillende zorg- en welzijnsdiensten, en de mogelijkheid tot beeldcontact met familie en/of diensten.
Nijmegen	EASYCare-TOS: Twee Traps Ouderenscreening mbv EASYcare	Screening op kwetsbaarheid	Onderzoek	SREENINGSTOOL in PDA applicatie waardoor snelle en doelmatige identificatie van kwetsbare ouderen mogelijk is.
Nijmegen	Zorg- en Welzijns Informatie Portaal (ZWIP) De "Digitale overlegtafel"	Vermindering van de fragmentatie in de zorg rond kwetsbare ouderen door afstemming en overleg op afstand.	Transitie	DIGITALE OVERLEGTAfel: Implementatie is mogelijk gebleken, ook bij kwetsbare ouderen. ZWIP heeft betaaltitel gekregen als e-health interventie bij verzekeraar CZ.
Nijmegen	Zorg en Welzijns Standaard behorend bij het Care Well Programma in eerste en tweede lijn	Nieuwe werkwijze met gebruik van individueel zorgplan in de eerstelijns	Transitie	DIGITAAL ZORGPLAN: ICT- uitbreiding van het hierboven genoemde ZWIP.
Nijmegen	E-Learning '100 '	Online scholingsmodule voor verpleegkundigen, op de kerngebieden in de zorg voor kwetsbare ouderen.	Transitie	Meerder E-learning modules 'kwetsbare ouderen' in een apart scholingsportaal.
AMC	BriefBot	Verbeteren continuïteit van zorg door decision support systeem voor het versturen van ontslag brieven van de 2de naar de 1ste lijn	Onderzoek	Computer-gebaseerde workflow support systeem bij de poliklinieken
AMC	ICOVE-GP	Verhogen adherentie van huisartsen aan ACOVE kwaliteitscriteria in de eerste lijn	Onderzoek	DIGITAAL DECISION SUPPORT SYSTEEM gebaseerd op een web-gebaseerde clinical rule engine
AMC	ICOVE-ZH	Verhogen adherentie van specialisten aan ACOVE kwaliteitscriteria in de eerste lijn	Onderzoek	DIGITAAL DECISION SUPPORT SYSTEEM dat geïntegreerd is met het ziekenhuis EPD.
AMC	ValNomo	(Grafisch) berekenen van de kans op herhaalde val	Onderzoek	DIGITALE TOOL tbv berekenen van RECIDIEF VALKANS Een predictie model in de vorm van een nomogram
AMC	Val-preventie-wijzer	Een web-tool die op basis van de ValNomo een kans geeft op herhaald vallen aan ouderen en advies geeft over vervolg stappen	Onderzoek	Een web-site die online kans op herhaalde val rekent en op basis hiervan advies in 2 formats kan geven aan gebruikers
AMC	EmpoDucate	Empowerment van ouderen via educatie	Onderzoek	Een WEBSITE VOOR ZELF-EDUCATIE tbv ouderen gebaseerd op de toolkit effectieve ouderenzorg.nl voor CGA (comprehensive geriatric assessment) www.ouderenacademie.nl
AMC	KIS Ouderenmodule	Keten Informatie Systeem dat POH en huisarts beter laat samenwerking rondom proactieve ouderenzorg	Transitie	DIGITAAL KIS toegankelijk voor POH/wijkverpleegkundige en huisarts, verbonden aan EPD/HIS van huisarts
AMC	PATIENTBRIEF	Brief in lektentaal voor de patiënt die uit het ziekenhuis ontslagen wordt	Transitie	PATIENTBRIEF, digitale database en format voor in lektentaal geschreven brief tbv betere overdracht van nieuwe informatie, veranderde leefregels en nieuwe medicatie
AMC	ALDS	Lineaire disability schaal vgs cito-toets methode, scoort ernst van fysieke beperking op lineaire schaal (score 0-100)	Onderzoek & implementatie	ALDS wordt toegepast in project tbc betere indicatie (geriatrische) revalidatie, maar mee took zorgzwaarte, beloop van functioneren en kan dienen als patiënt relevante uitkomst tbv benchmark
AMC	Zoekfilter geriatrie	Eenduidige & eenvoudige zoekstrategie van (wetenschappelijke) literatuur over onderwerpen die samenhangen met geriatrie	Onderzoek	Sensitief en specifiek zoekfilter (zie www.cochrane.nl en PMID: 21946235)
Erasmus MC	GAS (Goal attainment scaling)	Behalen vastgestelde doelen met betrekking tot functiebehoud	Onderzoek	Digitaal systeem waarin te behalen doelen voor de patiënt geregistreerd worden en vordering van de doelen wordt bijgehouden.
Erasmus MC	GemsTracker (Generiek ErasmusMC Survey)	Webbased dataverzamelingsstool voor de zorg	Onderzoek	Een digitaal toegankelijk systeem waarin de logistiek van de studie gevolgd en uitgevoerd kan worden en de voortgang van de patiënt kan worden bijgehouden
GENERO-Walcheren (ism FIIR)	KIS ouderen, GFI en Easycare screening	Screening kwetsbaarheid	Transitie	

GENERO-Walcheren (ism EUR)	KIS ouderen	Individueel zorgplan, polyfarmacie; incontinentie; valpreventie	Transitie	Protocollen zijn vertaald in KIS
Leiden	Zilverdraad: Digitale registratiemodule voor screenings-uitkomsten, zorgplan en overleg tussen huisarts en andere zorgverleners	Ondersteuning bij uitvoering van ouderenzorg in de huisartspraktijk volgens ISCOPE-zorgmodel	Transitie	Internet-based IT-module corresponderend met Huisarts Informatie Systeem
Leiden	Screeningsmodel VMS+	Kwetsbare ouderen bij opname in het ziekenhuis identificeren en het inzetten van de juiste interventies		VMS+ is onderdeel van de verpleegkundige anamnese en ingebouwd in het elektronisch dossier van de patiënt
Leiden	Transmurale overdracht en digitalisering	Het standaardiseren van de informatieoverdracht en het realiseren van een digitaal overdrachtdossier		Vastgestelde regionale minimale overdrachts-set en de uitrol van een digitale applicatie ten behoeve de transmurale digitalisering
Utrecht	U-PRIM: Utrecht Periodieke Risico Identificatie en Monitoring	Screening op kwetsbaarheid	Transitie	Kwartaalrapportages kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk obv HIS-gegevens
Utrecht	U-CARE: Frailty assessment en evidence-based zorgplannen	Screening op kwetsbaarheid, complexiteit van zorg en welbevinden. Gestructureerde zorg	Transitie	Website waar de frailty assessment ingevoerd kan worden waarna de resultaten zichtbaar worden met koppeling naar kwetsbare probleemgebieden
Groningen	De Verzoamelstee	Het gebruikmaken van ICT voorzieningen voor het verhogen van welzijn, kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van ouderen op het platteland	Onderzoek en implementatie	Slaag- en faalfactoren bij e-health op het platteland gebruiken bij de implementatie. Opschaling via effectiviteit; kwaliteit gezien vanuit de burger en integratie ICT diensten
Groningen	Elektronisch Ouderen Dossier SamenOud	Populatie management, triage, anamnese (ICF bast), zorgplan (incl. Goal Attainment Scaling), tijdregistratie en forum	Transitie	Webbased applicatie, zeer gebruikersvriendelijk, ondersteunt oudere en professional in realiseren behoeften
VUmc	RAView (comprehensive geriatric assessment): versie Community Health Assessment (CHA)	Methode om het functioneren en de zorgbehoefte van patiënten in kaart te brengen, evenals de kwaliteit van de zorg	Transitie	Online Comprehensive geriatric assessment met een oproepbare samenvatting over het functioneren van de patiënt en de door een professional geboden kwaliteit van de zorg

Onderstaande geeft in tekst een kort overzicht van alle applicaties per netwerk /UMC (in willekeurige volgorde van UMC's):

1. ACZIO (Maastricht): Zorg uit Voorzorg

Zorg uit Voorzorg als zorgprogramma voorziet in screening en interventie van ouderen in een kwetsbare positie in de eerste lijn en na opname. Het inzetten van Multi-Disciplinair Overleg is hierbij een substantieel onderdeel. De in de tabel (zie boven) opgenomen ICT-oplossingen worden allen ingezet als deel-oplossingen ter ondersteuning van het werken met, de registratie van en communicatie ten aanzien van dit programma.

Inzet tablet als communicatiemiddel tussen oudere en zorgprofessional.

Om de praktijkondersteuner bij de uitvoering van de ouderenzorg te ondersteunen kregen patiënten en zorgverleners ipads. Patiënten en zorgverleners communiceerden via een bel- en videosysteem, genaamd Bria. Op de ipad is een app beschikbaar. Met drie klikken kan een belverbinding tot stand worden gebracht. De ouderenzorg vraagt om een flexibele inzet van ondersteunende hulpmiddelen. Bij ouderen in de thuissituatie is zelden internet aanwezig. Daarom werd binnen de pilot met een 3G verbinding gewerkt. De ipads dienden ter ondersteuning van:

- de communicatie tussen patiënten en praktijkondersteuners;
- (multidisciplinair) overleg tussen praktijkondersteuners, fysio- en ergotherapeuten;
- als informatie- en registratiesysteem buiten de praktijk.

Zorgverleners gaven aan dat een behoefte is aan hulpmiddelen die flexibel binnen de ouderenzorg kunnen worden ingezet. Vooral na een ziekenhuisopname of indien de gezondheidstoestand van de oudere snel verandert. Het voordeel van een beeldverbinding was het visuele contact ten opzichte van telefonisch contact. Indien de gezondheidstoestand stabiel was, werden de ipads bij andere patiënten ingezet. De praktijkondersteuner kon de iPad tijdens huisbezoeken gebruiken. Alle documenten en formulieren van Zorg uit Voorzorg zijn digitaal beschikbaar. Zij kon informatie opzoeken en in de formulieren registeren. De zorgverleners konden op afstand via een beeldverbinding met elkaar overleggen.

2. UM: Monitoring en feedback systeem voor fysieke kwetsbaarheid

Achteruitgang in fysieke indicatoren die gerelateerd zijn aan kwetsbaarheid is een belangrijke voorspeller van beperkingen in het dagelijks

leven bij ouderen. Het monitoring systeem bestaat uit een weegschaal die gewicht en balans meet, een knijpbal die knijpkracht meet, en een smartphone met ingebouwde accelerometer die fysieke activiteit meet. De informatie over deze fysieke indicatoren wordt automatisch naar de mobiele telefoon doorgestuurd via Bluetooth. De gebruikers ontvangen feedback over (veranderingen in) hun eigen fysieke functioneren via het scherm van de mobiele telefoon (dmv geschreven en/of gesproken boodschappen). Deze feedback kan ouderen ondersteunen in hun zelfmanagement. De mobiele telefoon kan de informatie doorsturen naar een database waar zorgprofessionals inzicht kunnen krijgen in de fysieke kwetsbaarheid van hun patiënten. Dit kan hen ondersteunen in het leveren van pro-actieve zorg.

3. Zuyd Hogeschool: Tele-technologische ondersteuning voor zorg en welzijn

Het telecommunicatie platform is web-based en gebaseerd op de behoeften van ouderen in een kwetsbare positie. Het is gebruiksvriendelijk en biedt op een gemakkelijke wijze toegang tot informatie van verschillende zorg- en welzijnsdiensten. Voorbeelden zijn: informatie van de gemeente (o.a. WMO), een beroep doen op een klusjesdienst, gebruik maken van een maaltijdservice, en informatie opvragen van zorginstanties in de regio. Daarnaast kan de oudere beeldcontact hebben met zijn directe omgeving (familie, mantelzorgers en vrienden) en eventuele betrokken zorgverleners en welzijnsdiensten. Als aanvulling op het fysieke consult met een zorgverlener wordt via het platform de mogelijkheid geboden om een consult via beeldcontact hebben. Het platform kan elk moment uitgebreid worden met meer diensten, afhankelijk van de behoeften. Verder is het werkbaar op verschillende hardware, zoals: een PC, laptop, Windows tablet, en een all-in-one touch screen PC.

Contactpersonen: Prof. Dr. Luc de Witte (luc.dewitte@zuyd.nl) en Yan Ping Man (yanping.man@zuyd.nl)

4. ACZIO: GOUD Maastricht-Heuvelland

Binnen het [G]OUD-project is een methodiek van vroegsignalering ontwikkeld, het [G]OUD-assessment, waarmee zorgverleners beter en eerder zicht krijgen op ouderen in een (mogelijk) kwetsbare positie, zowel op het gebied van lichamelijke problematiek, als op het gebied van psychische en sociale problematiek; Als aanvulling op het assessment heeft de protocollengroep een [G]OUD protocol back-office ontwikkeld waarin beschreven staat hoe de antwoorden van de ouderen op de vragen uit het meetinstrument geïnterpreteerd dienen te worden, welke verdere diagnostiek (eventueel) nodig is en welke vervolgacties er genomen dienen te worden. Deze vervolgacties worden vastgelegd in een, waardoor een sluitende keten voor ouderen met complexe zorg is ontstaan. Het [G]OUD assessment en het protocol backoffice zijn geïntegreerd in de regio in het Keten Informatiesysteem Medix (KIS) van ZIO zodat de afgesproken vervolgacties toegepast kunnen worden bij het opstellen van de individuele zorgbehandelplannen.

Dit monitorsysteem MediX stelt de POH's ouderenzorg in staat de gegevens uit het [G]OUD instrument digitaal in te voeren waardoor het systeem automatisch een risico-inventarisatie genereert. Op basis hiervan wordt het zorgbehandelplan ingevuld.

Daarnaast kunnen huisartsen in Maastricht-Heuvelland met vragen over complexe problematiek bij hun thuiswonende oudere patiënten, voor consultatie en advies bij het Geriatrieteam terecht. Deze consultering kan via Medix verlopen. Bovendien dienen in de toekomst alle Zorgbehandelplannen voor ouderen met complexe problematiek die binnen [G]OUD gemaakt worden via MediX ter advisering worden voorgelegd aan het Geriatrieteam.

5. Nijmegen: Zorg- en Welzijns InformatiePortal (ZWIP)

Het inhoudelijke ZWIP concept is ontwikkeld door het UMC St. Radboud en haar partners uit "100 Uw zorg- en welzijns netwerk" (nieuwe naam van het Nijmeegse netwerk). Hierin zitten zowel de screeningstool, de triage software, als de uitvoeringstool tbv het zorgplan. Het is gelukt hiermee een aantal concrete resultaten te boeken:

- Meer dan 600 ouderen en hun naasten werken thans met de ZWIP-overlegtafel
- Meerdere partners in de regio en daarbuiten hebben interesse getoond en zijn in overleg voor implementatie van ZWIP.
- Er worden concrete plannen uitgevoerd om het inhoudelijke concept van een 'personalized community' door te ontwikkelen en verder te implementeren voor de welzijnhulpverleners in het sociale wijkteam en de zorgtrajectbegeleiders dementie.

Ontwikkeld ICT-platvorm

Op basis van de technologie van ICT partner TOPICUS is een platform gekozen en verder aangepast aan de wensen van de oudere gebruiker. Dit platform heeft bewezen veilige koppelingen naar de HISsen en apothekes via het landelijke en de regionale schakelpunten.

Voor de technische realisatie van het concept is een samenwerkingsovereenkomst gesloten met Topicus (en de dochter Prototics). Topicus is vanaf start partner in de ontwikkeling van het ZWIP.

Prototics is een volledige dochter van Topicus en is verantwoordelijke voor het beheer, marketing en sales van ZWIP. We streven gezamenlijk naar verdere non-profit verspreiding in de komende fase van twee jaar. Het ZWIP zal in technische zin deel gaan uitmaken van een keten informatie systeem (KIS) tbv ketenzorg en casemanagement in de eerste lijn.

De "100" E-learning modules zijn net (eind 2012) voltooid en vormen aan deelplatform in het scholingsaanbod. Er wordt nu ervaring opgedaan met gebruikersgroepen alvorens deze modules aan te bieden via de professionele scholingsinstituten (bv ZorgAcademie Nijmegen en via de HAN, Hogeschool Arnhem Nijmegen. Daarbij zal het materiaal continu ge-update worden en aangepast aan de wensen van de

gebruiker.

Contactpersonen ZWIP:

Topicus: Hugo Brand: Hugo.Brand@topicus.nl of 088-77 68 600

Protopics: Frank Schneider Frank.Schneider@protopics.nl of 06-14528141

ICT-“100”: Rene Melis, R.Melis@ger.umcn.nl of 024-366 50 17

Contactpersonen E-learning:

Rolinka Schim vd Loeff: R.SchimvanderLoeff@ger.umcn.nl (tel 024 36 68282) en

Michelle Veugelers: M.Veugelers@iwoo.umcn.nl (024 36 67266).

6. Amsterdam: AMC BriefBot

Vaak worden ziekenhuisontslagbrieven niet of niet tijdig gestuurd naar de huisarts. Het BriefBot software systeem, dat in het AMC ontwikkeld is, leest informatie uit verschillende ziekenhuisinformatiesystemen en bepaalt, afhankelijk van type patiënt, datum laatste bezoek etc, of een ontslagbrief te laat dreigt verzonden te worden. Het systeem stuurt naar de behandelende arts een email met een lijst van patiënten waarvoor een ontslagbrief moet gestuurd worden.

Contactpersonen: Prof. Dr. Ameen Abu-Hanna (a.abu-hanna@amc.uva.nl) en Stephanie Medlock (s.k.medlock@amc.uva.nl).

7. AMC ICOVE-GP

Adherentie aan de ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) criteria in de 1ste lijn is laag. Het ICOVE-GP (Improving Care of Vulnerable Elders - General Practice) is een geavanceerd systeem dat advies aan huisartsen geeft met betrekking tot tientallen door huisartsen geselecteerde ACOVE regels. De architectuur van het systeem bestaat uit 2 onderdelen: het HIS (Huisartsinformatiesysteem) en een CRE (Clinical Rule Engine). Tijdens een consult met een patiënt stuurt het HIS op bepaalde events (het openen van het patiëntendossier, het selecteren van medicatie, etc) via HL7 een bericht met relevante patiënt informatie naar de CRE. De CRE, dat op een afstand op een server draait, beoordeelt de adherentie van de huisarts aan de ACOVE regels. De CRE stuurt vervolgens een bericht terug naar het HIS met allerlei adviezen over de behandeling (onder andere alerts en reminders). Het HIS waarop ICOVE-GP draait is het MIRA systeem van CompuGroup Medical. De CRE is geïmplementeerd door het bedrijf DIGITALIS. ICOVE-NL draait in de 6 gezondheidscentra van Amsterdam ZuidOost (GAZO).

Contactpersonen: Prof. Dr. Ameen Abu-Hanna (a.abu-hanna@amc.uva.nl) en Dr. Saeid Eslami (s.eslami@amc.uva.nl).

8. AMC ICOVE-ZH

Net zoals bij de 1ste lijn, is de adherentie aan de ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) criteria in de 2de lijn ook laag. Het ICOVE-ZH (Improving Care of Vulnerable Elders - Ziekenhuis) is een geavanceerd systeem dat advies aan specialisten geeft met betrekking tot tientallen door internisten en geriateren geselecteerde ACOVE regels. Het systeem is volledig geïntegreerd in het EPD van het ziekenhuis. Tijdens het raadplegen van het EPD beoordeelt het systeem de adherentie aan de ACOVE ziekenhuisregels en toont vervolgens adviezen aan de specialist. ICOVE-ZH is geïmplementeerd in het EPIC ziekenhuisinformatiesysteem en draait in het Spaarne Ziekenhuis.

Contactpersonen: Prof. Dr. Ameen Abu-Hanna (a.abu-hanna@amc.uva.nl) en Stephanie Medlock (s.k.medlock@amc.uva.nl).

9. AMC ValNomo

Het ValNomo calculator is op logistische regressie gebaseerde tool voor het berekenen van de kans op herhaalde val bij ouderen die eerder een bezoek hebben gebracht aan de SEH ten gevolge van een val. De tool wordt beschikbaar gesteld zowel als een online calculator als een grafische nomogram. De tool is gebaseerd op valpoli data van het AMC en gebruikt CTI (Carefall Triage Instrument) gegevens. ValNomo zal toegevoegd worden aan de effectieveouderenzorg website.

Contactpersonen: Prof. Dr. Ameen Abu-Hanna (a.abu-hanna@amc.uva.nl) en Marjan Askari (m.askari@amc.uva.nl).

10. AMC Val-preventie-wijzer

Dit is een specifieke toepassing die de ValNomo gebruikt. Het gaat om een webtool die op basis van de ValNomo de kans berekent op herhaalde val en advies in 2 formats (globaal en specifiek) kan geven aan de gebruikers. Het systeem zal gebruikt worden bij patiënten die de SEH bezoeken naar aanleiding van een val. Thuis kunnen ze de CTI (Carefall Triage Instrument) online invullen. Daarna berekent de website de kans op herhaalde val en geeft advies over het wel of niet bezoeken van de valpoli in het AMC. Deze tool zal geïntegreerd worden in de effectieveouderenzorg website.

Contactpersonen: Prof. Dr. Ameen Abu-Hanna (a.abu-hanna@amc.uva.nl) en Marjan Askari (m.askari@amc.uva.nl).

11. AMC EmpoDucate

Dit is een website dat bedoeld is voor de educatie van ouderen om hun zelfmanagement te faciliteren. Het zal gebaseerd zijn op een selectie van domeinen van de CGA (comprehensive geriatric assessment) toolkit. De usability van de website zal beoordeeld worden aan de hand van lab-experimenten met ouderen. Ook deze tool zal worden aangeboden op de effectieveouderenzorg website.

Contactpersonen: Prof. Dr. Ameen Abu-Hanna (a.abu-hanna@amc.uva.nl) en Stephanie Medlock (s.k.medlock@amc.uva.nl).

12. AMC-Keten informatie Systeem (KIS) ouderenzorg

Voor de toepassing van systematische ouderenzorg in de huisartsenpraktijk is een KIS ouderenzorg ontwikkeld in samenwerking met Caresharing. In dit KIS, dat gelinked kan worden aan het huisartseninformatiesysteem, worden de geriatrische problemen uitgevraagd. Aan alle geriatrische problemen zijn evidence-based interventies gekoppeld die de huisarts of praktijkverpleegkundige kan inzetten. De KIS ondersteunt de huisarts in het verlenen van integrale zorg: in het beginscherm kan in op hetzelfde scherm tegelijkertijd de informatie van diabetes, COPD, Cardiovasculair-risicomanagement en de Ouderenzorgmodule ingezien worden, samen met comorbiditeit (ICPC 2) en medicatie (OZIS).

Contactpersoon: drs Tijs Rietjens, Care Sharing

13. AMC-patiëntbrief

De patiëntbrief is een brief in begrijpelijk Nederlands over ziekte, behandeling, complicaties, medicatie en leefstijl. De oudere krijgt deze brief bij ontslag uit het ziekenhuis mee. Er is een digitale applicatie gemaakt waarmee de patiëntbrief in het elektronisch patiëntendossier kan worden aangemaakt. Daarnaast is er een training ontwikkeld, waarbij co-assistenten (masterstudenten) en arts-assistenten in opleiding deze brief leren schrijven.

Contactpersoon: Kim Verhaegh (k.j.verhaegh@amc.nl)

14. AMC-ALDS (Amsterdam Linear Disability Scale)

Als patient relevante uitkomstmaat is zowel in het TZB project als in Passen&Metten, een onderzoek naar de juiste indicatiestelling en uitkomsten van herstellzorg en geriatrische revalidatie, gekozen voor fysiek functioneren gemeten middels de ALDS. De Amsterdam Linear Disability Score (ALDS) is een gecalibreerde, generieke itembank die het specifieke niveau van fysiek functioneren kan meten bij patiënten met uiteenlopende ziekten en aandoeningen. De itembank is de afgelopen tien jaar in diverse patientengroepen gevalideerd. Een grote groep ervaren onderzoekers van het AMC heeft samen met een grote groep gebruikers dit noodzakelijke voorwerk verricht. De website www.alds.nl biedt een doorkijk naar de legio mogelijkheden van de digitale ALDS die ontwikkeld is in nauwe samenwerking met Vital Health Software.

Contactpersoon: drs Paul Bessems, p.j.bessems@amc.nl of prof dr Sophia de Rooij (s.e.derooijamc.nl)

15. Rotterdam: ErasmusMC-GAS (Goal attainment scaling)

Om persoonlijke behandelplannen vast te stellen wordt er in het ZPH gebruik gemaakt van een digitale versie van de GAS methode. De Goal Attainment Scaling is een score die alle patiënten bij triage krijgen voor de 6 dimensies die de belangrijkste determinanten van functieverlies dekken. De scores variëren van 1-2 (volledig functioneel afhankelijk) tot 7 (onafhankelijk). De scores kunnen in het systeem direct worden ingevoerd en bijgehouden gedurende de opname van de patiënt. In multidisciplinair overleg wordt een doel GAS score bedacht die doorgaans 1-2 punten hoger ligt dan de startscore. Bij wekelijkse patiëntbesprekingen wordt een tussentijdse GAS score vastgesteld. Door de scores digitaal te verwerken zijn ze voor iedereen toegankelijk en kunnen alle disciplines zien wat het te behalen doel is. Dit maakt het mogelijk om interventies tijdig bij te stellen als de doelscore niet gehaald wordt en zorgt dat wordt toegewerkt naar haalbare doelen voor de patiënt.

Contactpersoon: Ton Bakker (t.bakker@swbalans.nl).

16. ErasmusMC-GemsTracker

De zorg rondom ouderen is vaak complex en bestaat uit vele betrokken partijen. Ook in de onderzoekssituatie is het van groot belang om overzicht te houden welke data al is verzameld en om het overzicht te houden over het verloop van de studie. GemsTracker is een webbased dataverzamelingstool ontwikkeld voor de zorg. In deze dataverzamelingstool heeft men een centraal overzicht van de complexe logistiek rondom patiënten in de zorgpraktijk en/of in onderzoeksomgeving. GemsTracker is opensource en bestaat uit een toolkit waarmee snel en makkelijk voor iedere situatie de juiste verzamelingstool ontworpen kan worden. Momenteel wordt het in het ZPH onderzoek gebruikt voor de studielogistiek. In het systeem wordt bijhouden welke patiënten in aanmerking komen voor het ZPH onderzoek wie benaderd zijn/meedoen wie welke vragenlijsten gehad heeft en ingevuld etc. Daarnaast worden alle vragenlijsten via dit systeem direct digitaal ingevoerd en verwerkt tot databestand. Dit systeem kan ook gebruikt worden om de complexe zorg rondom ouderen overzichtelijker te houden voor alle betrokkenen binnen het ziekenhuis en/of de thuisituatie. Het systeem wordt momenteel naast onderzoek ook gebruikt als kwaliteitsmonitor bij het IKNL.

Contactpersoon: Ton Gerritsen (t.gerritsen@erasmusmc.nl)

17. GENERO – Ketenzorg Ouderen Walcheren

In overleg met ICT-leverancier Prototopics is het keteninformatiesysteem dat wordt gebruikt voor de patiënten met chronische aandoeningen zijnde dm, hart- en vaatziekten en copd aangepast voor de ouderenzorg. Op deze wijze blijft de totale patiënt in beeld.

Alle zorgverleners die in het multidisciplinair overleg worden geconsulteerd hebben toegang tot het KIS ouderenzorg ten behoeve van de betrokken patiënt.

Contactpersoon: Marieke van Werkhoven : mvanwerkhoven@ketenzorgzeeland.nl

19. Leiden: Zilverdraad

Voor de ondersteuning van de zorg voor ouderen in de huisartspraktijk is een internet-based ICT-module, *Zilverdraad*, gebaseerd op het zorgmodel gebruikt in de ISCOPE (Integrated Systematic Care for Older People)-studie. In *Zilverdraad* kunnen screening en zorgplannen geregistreerd worden en kan gecorrigeerd worden met andere betrokken zorgverleners, de oudere zelf en diens mantelzorger. In deze module kan elke vorm van screening naar keuze gebruikt worden. Het zorgplan is vormgegeven volgens het NHG-Laego concept (<http://nhg.artsennet.nl/expertgroepen/Laego/Visie-en-missie.htm>). *Zilverdraad* is ontwikkeld door de Stichting Zorgdraad.

Zilverdraad ondersteunt een integrale aanpak van de zorg en samenwerking tussen de zorgpartners. *Zilverdraad* werkt op basis van een regionale aanpak waarbij zorggroepen hun eigen programma kunnen automatiseren. De huisarts is de centrale zorgverlener en kan toegang geven aan andere zorgverleners. De oudere en/of mantelzorger zelf heeft eveneens toegang en heeft een regulerende rol in de toegang van andere zorgverleners anders dan de huisarts. De oudere en/of mantelzorger kan via *Zilverdraad* corresponderen met zorgverleners. De module biedt de mogelijkheid meetgegevens terug te schrijven naar het Huisarts Informatie Systeem.

Zilverdraad is ontwikkeld op niet-commerciële basis en kan tegen een licentievergoeding verkregen worden. Daarnaast is het mogelijk *Zilverdraad* te implementeren waarbij externe financiering wordt gezocht en eventueel implementatie-onderzoek door de afdeling Public health en eerstelijns geneeskunde van het LUMC wordt verricht.

Contactpersoon: Jeanet Blom: J.W.Blom@lumc.nl (tel 071 5268444).

20. Leiden: Screeningsmodel VMS+

Het screeningsmodel van het VMS+ is geïmplementeerd in alle drie de ziekenhuizen. Deze screening is in twee ziekenhuizen volledig ingebouwd in de ICT en in 1 ziekenhuis zal men eind van het jaar tot ICT implementatie zijn overgegaan.

Alle patiënten van 70 jaar en ouder moeten bij opname in het ziekenhuis gescreend worden op het risico op delier, ondervoeding, vallen en ADL beperkingen tijdens de ziekenhuisopname. Uit onze analyses is gebleken dat wanneer de uitslagen van de screening op de verschillende onderdelen van het VMS gecombineerd worden tot een score van 0-4 voor het aantal risicogebieden, deze score ook achteruitgang van zelfredzaamheid in de maanden na opname voorspelt. Op basis hiervan is een "vlaggenplan" vastgesteld. Het blijkt dat patiënten veelal kwetsbaar zijn bij drie of meer rode vlaggen bij patiënten <80 jaar of bij één rode vlag bij patiënten >80 jaar. Een gespecialiseerd team binnen het ziekenhuis spreekt voor deze patiënten de interventies af en stippelt een individueel zorgpad uit. We noemen deze manier van screening VMS+. De ICT is ingericht op deze formule van risico zodat direct zichtbaar is welke patiënten als kwetsbaar aanmerkt dienen te worden waarbij direct over gegaan kan worden tot interventies.

21. Leiden: Transmurale overdracht en digitalisering

Binnen de regio is tussen de partners overeenstemming bereikt over een Minimale Overdracht Set (MOS). In nauw overleg met Sleutelnet is gekozen voor het programma POINT (Punt voor Overdracht, Informatie, Naslag en Transfers) van het bedrijf Techxx om het transfer- en overdrachtsproces te digitaliseren. Voorwaarde was dat de MOS als regionale overdrachtsset werd opgenomen in POINT. In 1e instantie gaat het om de digitale overdracht van ziekenhuis naar VV&T instellingen. De implementatie van POINT is onder te verdelen in 2 fasen.

Fase 1 omvat de invoering van POINT op de klinische afdelingen in de 3 ziekenhuizen en de 3 deelnemend. VV&T instellingen en het bewerkstelligen van de uitwisseling van het digitale overdrachtdossier POINT. Dit betekent het aanleggen van een regionale infrastructuur voor transfers en zorgoverdracht, ondersteunen van het logistieke proces en het organiseren en faciliteren van samenwerking tussen de deelnemende partijen. De MOS wordt handmatig ingevuld op de NAW gegevens na, deze worden automatisch geladen. In fase 2 wordt nagestreefd dat de MOS volledig automatisch wordt meegenomen (verpleegkundige en medische gegevens). Beschikbare informatie in de diverse ziekenhuissystemen wordt automatisch opgenomen in het dossier van de patiënt/cliënt. Tot slot kunnen de huisartsen via Sleutelnet met beveiligd e-mail worden geïnformeerd bij overplaatsing van een patiënt.

22. Utrecht: Ouderenzorgproject Midden Utrecht (Om U) – UPRIM interventie

De U-PRIM is een software applicatie die geïnstalleerd wordt in de huisartsenpraktijk. Elk kwartaal screent de U-PRIM de HIS-gegevens van alle patiënten van 60 jaar en ouder. Van de gehele groep worden de volgende gegevens gerapporteerd:

- Leeftijd
- Geslacht
- Frailty Index score: de Frailty Index bestaat uit een lijst met 36 'gezondheidsdeficits'. Deze deficits bestaan elk uit één of meer ICPC-codes (klachten, symptomen, beperkingen, diagnoses) die relevant zijn voor de oudere patiënt. U-PRIM screent op deze deficits, en de frailty index score is het aantal deficits dat bij een patiënt aanwezig is, gedeeld door het totaal aantal van 36 deficits waarop gescreend wordt. Dit resulteert in een dynamische score tussen 0 en 1.
- Polyfarmacie: het aantal medicijnen in chronisch gebruik in het afgelopen jaar.
- Consultatie interval: het aantal dagen sinds het laatste contact met de huisartsenpraktijk.

Het is mogelijk om de patiënten op elk van deze items te ordenen, zodat naar eigen inzicht prioriteiten kunnen worden gesteld. De huisarts kan vervolgens proactieve zorg bieden volgens de huidige richtlijnen, en daarnaast kan bij aanwezigheid van een praktijkverpleegkundige ouderenzorg in de praktijk de U-CARE interventie worden ingezet op een selectie ouderen uit de U-PRIM rapportage. Op basis van verdere validering en resultaten van het onderzoek wordt een inhoudelijk en logistiek doorontwikkelde versie van U-PRIM aangeboden voor implementatie in het veld. Hiervoor wordt samengewerkt met Insider software.

Contactpersonen: Irene Drubbel: I.Drubbel@umcutrecht.nl (088-7553612) en Mattijs Numans: M.E.Numans@umcutrecht.nl

23. Ouderenzorgproject Midden Utrecht (Om U) – U-CARE interventie

De U-CARE interventie bestaat uit drie stappen die worden ingezet nadat de eerste selectie van patiënten is gemaakt met behulp van het U-PRIM instrument. Een multifactoriële frailty assessment gaat de mate van kwetsbaarheid, complexiteit van zorg en welbevinden na van de patiënt. Patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld, sturen deze terug naar de huisartsenpraktijk. Hier voert de praktijkverpleegkundigen ouderenzorg de vragenlijst in op de website en krijgt vervolgens direct een overzicht met de resultaten van het assessment en op welke probleemgebieden de patiënt kwetsbaar is. Op de website staat voor 11 probleemgebieden een lijst met evidence-based en best-practice interventies die de verpleegkundigen kan inzetten en kan aanvinken. Deze lijst is gebundeld in handige flowcharts per probleemgebied. Enkele geïnteresseerde huisartsenpraktijken uit het land hebben eveneens een account aangevraagd om toegang te krijgen tot de website.

Het hele programma, inclusief de flowcharts zijn gebundeld in de U-CARE toolkit. Deze toolkit is binnenkort online beschikbaar op www.nuzo-utrecht.nl en www.platformouderenzorg.nl. Het U-CARE programma met het bijbehorende instrumentarium wordt reeds aangeboden in de opleiding POH module ouderenzorg van de Hogeschool Utrecht (HU) en in de post-Hbo opleiding Verpleegkunde Geriatrie Gerontologie van de HU.

Contactpersonen: Nienke Bleijenberg: N. Bleijenberg@umcutrecht.nl (088-7553612) en Hester ten Dam: Hestertendam@hotmail.com

24. Groningen: De Verzoamelstee

Het gebruikmaken van ICT voorzieningen voor het verhogen van welzijn, kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van ouderen op het platteland.

In het project worden ouderen in drie kleine dorpen in contact gebracht met ICT-gebruik en wordt gekeken op welke manier aan ouderen op het platteland de mogelijkheid gegeven kan worden om langer in hun omgeving te blijven wonen. Ouderen willen langer thuis blijven wonen en ICT heeft een rol daarin. Door middel van onderzoek worden de do's en don't's van e-health implementatie onderzocht en in de praktijk gebracht.

Vanuit De Verzoamelstee is het belangrijk om echte samenwerking te zoeken met mensen die belangrijk zijn in de lokale gemeenschap. Ook is de uitvoering van De Verzoamelstee deels belegd bij dorpsbewoners waardoor op dit moment zich steeds meer vrijwilligers gaan inzetten voor De Verzoamelstee. Ouderen hebben een duidelijke visie op de technologische ontwikkelingen die aansluit bij het onderzoek en ervaringen.

Contactpersonen: Lurette Brouwer 06 11 959 473 info@benznetwerk.nl en Eveline Hage: m.l.hage@rug.nl 050 363 38 42

25. SamenOud Elektronisch Ouderen Dossier

In opdracht van SamenOud heeft Bossers en Cnossen (BnC) het Elektronisch Ouderen Dossier (EOD) ontwikkeld. Deze web-applicatie bouwt voort op de eerder door BnC ontwikkelde applicatie voor het triage instrument, onderdeel van het transitie experiment 'Analyse van zorgbehoeften en organiseren van zorg en ondersteuning vanuit het perspectief van de oudere'.

Het EOD ondersteunt het populatiemanagement van de Ouderenzorg Teams bij het aanbieden van passende en samenhangende, preventieve en proactieve zorg en begeleiding. Belangrijkste onderdelen van het EOD zijn: 1) de panelview, 2) het individuele dossier met daarin triage/profiel, anamnese, zorgleefplan, mantelzorg lastmeter en het logboek, 3) de management module met agendabeheer, tijdregistratie en een forum.

Het panelview biedt het Ouderenzorg team inzicht in de triage gegevens van de ouderen voor complexiteit, kwetsbaarheid en welbevinden.

Verschillende filtermogelijkheden maken specifieke selecties van subgroepen ouderen mogelijk. De individuele dossiers kunnen vanuit dit overzicht geopend of toegevoegd worden aan de agenda van het team overleg.

In de profielweergave, waar de antwoorden van het screeningsinstrument grafisch worden weer gegeven, kunnen ook antwoorden op de afzonderlijke items bekeken worden. De anamnese – met de onderwerpen uit de ICF basis set voor ouderen – helpt de oudere samen met de casemanager de ernst van de gezondheidsproblemen verder in kaart te brengen. Onderwerpen waar de oudere samen met het Ouderenzorg Team verder aan wil werken worden met één klik vanuit de anamnese toegevoegd aan het zorgleefplan. In het zorgleefplan worden de onderwerpen verder uitgewerkt met gebruik making van Goal Attainment Scaling. Algemene notities worden beschreven in het logboek en met reminders kunnen notities aan de actielijst toegevoegd worden. Om ook zicht te houden op de mantelzorg is de Caregiver Strain Index geïntegreerd in het dossier. Tevens is het mogelijk andere vragenlijsten toe te voegen.

Het EOD blijft in ontwikkeling, en alle verbeteringen en toevoegingen die BnC in opdracht van organisaties uitvoert, worden beschikbaar gesteld aan huidige en toekomstige gebruikers van de applicatie. Tegen een geringe vergoeding per dossier per maand kan men gebruik maken van deze applicatie.

Contactpersonen: Bossers en Cnossen: [Karin Meijers](#) 050 850 6900

SamenOud: [Ronald Uittenbroek](#) 050 363 2023

26. Amsterdam: VUmc: RAI-CHA

In het project 'De kwetsbare oudere centraal in samenhangende zorg' neemt de POH op de laptop een uitgebreide anamnese af om domeinen van het functioneren systematisch in kaart te brengen. Zij maakt hiervoor gebruik van het online Resident Assessment Instrument (RAI; Hirdes et al., 1999). Het Resident Assessment Instrument (RAI) is een methode om het functioneren en de zorgbehoefte van patiënten in kaart te brengen, evenals de kwaliteit van de zorg. RAIview biedt per setting van de gezondheidszorg een vragenlijst. De vragenlijst die wij in het project gebruiken, RAI-Community Health Assessment (RAI-CHA), omvat de domeinen cognitie, communicatie, stemming en gedrag, psychosociaal welzijn, algemeen dagelijks functioneren, continëntie, ziektediagnosen, gezondheidstoestand (o.a. vallen, pijn, leefstijl), mondgezondheid en voeding, medicatie, en lopende behandelingen. De POH moet zelf waar nodig doorvragen aan de hand van haar kennis over de richtlijnen. Na het invullen van de vragen over alle domeinen krijgt zij een samenvatting in beeld van (potentiële) zorgbehoeften, hun etiologie en onderlinge verwevenheid. Deze samenvatting dient als hulpmiddel bij het opstellen van een zorgplan. Ieder half jaar ontvangen praktijkondersteuners een reminder van het systeem dat het tijd is om weer op huisbezoek te gaan en RAI-CHA af te nemen. RAIview vergelijkt de verschillende halfjaarlijkse metingen met elkaar.

Praktijkondersteuners van de huisarts hebben een training nodig om met RAI te kunnen werken.

Aan het gebruik van RAIview zijn kosten verbonden. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met NedRai, via:

helpdesk@crossingchannels.nl of info@zorgdna.nl.

Resultaten en effecten E-Health innovaties in NPO

Van een aantal E-Health innovaties is reeds het een en ander te melden van de wetenschappelijke evaluatie. Van andere innovaties is de evaluatie nog niet afgerond. De stand van zaken wat betreft evaluatie en doorontwikkeling wordt onderstaand per project weergegeven:

Maastricht (ACZIO): Monitoring en feedback systeem voor fysieke kwetsbaarheid

Uit een pilot studie is naar voren gekomen dat ouderen met het monitoring systeem overweg kunnen en dat zij de dagelijkse feedback over hun eigen fysieke functioneren waarderen. Het gebruiksgemak van het systeem kan echter nog verder geoptimaliseerd worden door een aantal technische tekortkomingen te verbeteren.

Daarnaast hebben verschillende validatie studies aangetoond dat de balans metingen van de weegschaal goed overeenkomen met klinische balans testen en dat de smartphone een valide inschatting geeft van het aantal minuten dat een oudere persoon licht intensieve activiteiten verricht.

De acceptatie en toegevoegde waarde van het monitoring en feedback systeem voor ouderen en hun zorgverleners wordt momenteel onderzocht in een haalbaarheidsstudie met 6 maanden follow-up. Deze studie zal ook een eerste inzicht geven in de mogelijkheden om klinisch relevante verschillen in fysieke indicatoren van kwetsbaarheid op te sporen met het monitoring systeem.

ACZIO, Zuyd Hogeschool: Tele-technologische ondersteuning voor zorg en welzijn:

In de eerste pilot studie is het prototype van het platform uitgetest door een ouderenpanel. Uit de evaluatie bleek dat het platform er helder uitziet, in termen van grootte, kleur, contrast, weinig tekst, maar juist veel iconen. Tevens biedt het een duidelijke menustructuur, waardoor

anziet, in termen van grootte, kleur, contrast, weinig tekst, maar juist veel iconen. Tevens biedt het een duidelijke hiërarchische structuur, waardoor de gebruiker weet wat hij kan verwachten met betrekking tot de informatie achter elke dienst en bijbehorende submenu's. Een paar technische tekortkomingen dienden opgelost te worden om de gebruiksvriendelijkheid van het platform te verbeteren. Eén daarvan was de kwaliteit van het beeldcontact. In de tweede pilot studie wordt de verbeterde versie van het platform onder 10 ouderen in een kwetsbare positie uitgetest. De resultaten worden momenteel geëvalueerd, waarna het platform geoptimaliseerd wordt voor de laatste pilot studie. Het gebruik, de gebruiksvriendelijkheid, en de meerwaarde van het platform worden in de laatste pilot, gedurende 6 maanden, gemeten onder 50 ouderen in een kwetsbare positie.

ACZIO, project [G]OUD Maastricht-Heuvelland

Belangrijke randvoorwaarden bij de uitvoering van deze vorm van gestructureerde ouderenzorg zijn: automatisering d.w.z. koppeling van het instrument aan het KIS (Keten Informatie Systeem). Sinds de start van het project zijn er in de regio Maastricht-Heuvelland 971 ouderen bezocht m.b.v. de [G]OUD basisvragenlijst. Dit betekent dat de situatie van deze ouderen in kaart gebracht is in MEDiX. Inhoudelijk is men tevreden over de resultaten die [G]OUD oplevert voor de praktijk en voor de ouderen: huisartsen zien een verbetering van de zorg aan hun oudere patiënten en ervaren een (subjectief) vermindering van hun werkdruk. De kwetsbare patiënten (en hun mantelzorgers) zijn goed in kaart gebracht op zowel lichamelijk, sociaal en psychisch vlak, en krijgen gepaste zorg. Nog onbekende problematiek wordt onderkend;

Dankzij de ingevoerde [G]OUD-consulten in Medix is het mogelijk de gezondheidsstatus van 75-plussers in de regio op fysiek, psychisch en sociaal vlak te onderzoeken en de frequenties van de verschillende problematieken in kaart te brengen. Op basis van deze gegevens kan beleid (en project) verder ontwikkeld en verfijnd worden. Op individueel niveau is het mogelijk de patiënt te monitoren.

Nijmegen: Zorg- en Welzijns InformatiePortaal (ZWIP)

In de regio Nijmegen gebruiken nu meer dan 600 ouderen ZWIP. De verspreiding is gelopen via huisartsen en wijkverpleegkundigen, waardoor ook de eraan gekoppelde triage module (EASYcare-TOS) en het Zorgplan ingeburgerd raken.

Uit de evaluatie van de scholing in en het gebruik van ZWIP bleek dat de samenwerking tussen de hulpverleners inderdaad toeneemt en verbetert en dat ZWIP na opstart het multidisciplinair overleg kan vervangen.

Binnen de groeiende groep kwetsbare ouderen bestaan grote verschillen in het gebruik en ervaren nut van de ICT applicatie ZWIP. Sommige ouderen hebben veel baat bij ZWIP, met name ouderen met meerdere chronische ziekten (Proefschrift Robben; zie ook www.ZWIP.nl). Anderen, met name nog niet aan ICT gewend zijnde ouderen en ouderen zonder complexe multimorbiditeit, maken er weinig gebruik van. Daardoor is uitgekristalliseerd dat voor een goed en doelmatig gebruik van ZWIP een complexe zorgsituatie rond een bepaalde oudere een vereiste is.

Momenteel wordt de effectiviteit van ZWIP verder geëvalueerd. Uit deze evaluatie moet blijken, of ZWIP nog aangepast en verbeterd kan worden en wat nadere kenmerken zijn van de groep voor wie het vooral geschikt is.

Deze doorontwikkeling gaat hand in hand met de verspreiding, waarbij continu feedback wordt gevraagd van de (oudere) gebruikers.

Leiden: Zilverdraad

Dit systeem wordt momenteel getest door een aantal huisartsen en een gezondheidscentrum. Op basis van de ervaringen hiermee zal het verder worden aangepast en verfijnd. Vervolgens wordt het ingezet in een grote pilot-studie in Zoetermeer, door de Stichting Georganiseerde Eerstelijnszorg Zoetermeer. Deze pilot-studie zal geëvalueerd worden door de afdeling Public Health en eerstelijns geneeskunde van het LUMC. De pilot-studie zal informatie geven voor verdere ontwikkeling. Tegelijkertijd wordt gewerkt aan verdere verspreiding.

Rotterdam: GENERO: Ketenzorg Ouderen Walcheren

Het informatiesysteem is tijdens de projectperiode in drie jaar gebouwd en is de toegankelijkheid steeds verder uitgebreid. Nadat eerst de specialist oudergeneeskunde en de geriater toegang hebben gekregen, is later de toegang gerealiseerd voor de fysiotherapeut, wijkverpleegkundige, diëtiste en apotheker. Afhankelijk van de eigen ICT-systemen werd en wordt er in meer of mindere mate gebruikgemaakt van de toegang tot het KIS.

De oudere heeft nog geen toegang. Op basis van de komende ontwikkeling van het ZWIP geïntegreerd in het KIS is besloten geen eigen patiëntenportaal te ontwikkelen. De planning is om het KIS uit te breiden met het ZWIP.

De koppeling met het WMO-loket van de drie gemeenten op Walcheren (Middelburg, Veere, Vlissingen) is onderwerp van gesprek. Mogelijk dat met inzet van het ZWIP hier ook een ICT-slag kan worden gemaakt.

Utrecht: Ouderenzorgproject Midden Utrecht (Om U)

In Utrecht, de Bilt, Bilthoven en Maarssebroek maken 38 huisartsenpraktijken gebruik van U-PRIM en zijn 13 aantal praktijken bezig met het uitvoeren van het totale Om U (U-PRIM+UCARE) programma.

Utrecht, Evaluatie U-PRIM:

In alle praktijken is de ICT-structuur geïmplementeerd. Praktijken gebruiken de rapportages op verschillende manieren, bijvoorbeeld als startpunt voor interventies van de praktijkverpleegkundige ouderenzorg, in het polyfarmacie-overleg met de apotheker, of om de patiënten met het grootste consultatie interval proactief te benaderen. Een groot pluspunt is dat de rapportage gebaseerd is op routinezorggegevens uit het HIS, en dat er dus geen extra informatie voor hoeft te worden verzameld. Daarnaast is de U-PRIM rapportage flexibel naar eigen inzicht te prioriteren.

Momenteel wordt de U-PRIM rapportage verder doorontwikkeld, waarbij onder andere de frailty index score aangepast wordt. Ook worden aanvullende functionaliteiten onderzocht, zoals verdere integratie in het HIS en het kunnen doorklikken naar detailinformatie. Hierbij wordt feedback gevraagd van de gebruikers in de huisartsenpraktijk.

Evaluatie U-CARE:

Huisartsen en praktijkverpleegkundigen hebben positieve ervaringen met de uitvoering van het U-CARE programma. Patiënten zijn beter in beeld, door de geïntegreerde zorg worden acute ontsporingen voorkomen, en U-CARE biedt voor alle veel voorkomende geriatrische problemen structurele zorgpaden. Het uitvoeren van het programma kost huisartsen minder tijd dan zij verwacht hadden.

Praktijkverpleegkundigen ouderenzorg vonden de nieuwe manier van proactief werken in het begin lastig, maar na enige tijd was men aan de nieuwe werkwijze gewend. Ervaren 'Om U' verpleegkundigen trainen andere praktijkverpleegkundigen in de regio om volgens de Om U methodiek te werken.

Evaluatie Om U:

Gestructureerde, proactieve huisartsenzorg, bestaand uit identificatie van kwetsbare ouderen gevolgd door een gestructureerd zorgprogramma door de praktijkverpleegkundige ouderenzorg, leidt tot beter behoud van dagelijks functioneren. De werkwijze is efficiënt in te passen in de dagelijkse praktijk, en wordt positief ontvangen door huisartsen, praktijkverpleegkundigen, patiënten en hun familie.

Een uitgebreid overzicht van de resultaten van het Om U project zal gepubliceerd worden in een wetenschappelijk artikel.

Groningen: De Verzoamelstee

Het behoefteonderzoek liet zien dat het eerste waar mensen tegenaan lopen in de dorpen als het gaat om thuis te kunnen blijven wonen zijn het onderhoud van het woonhuis en de tuin.. Dit is vaak veel belangrijker dan het contact met de huisarts, de thuiszorg of het gemeentelijk Wmo loket . Voor het project waren dit verrassende resultaten. Oorspronkelijk wilde het project namelijk enkele voorbedachte ICT functies introduceren, waaronder beeldbellen met de huisarts en toegang tot het Wmo loket.. Inmiddels is er een succesvolle aanpak ontwikkeld om moeilijk bereikbare doelgroepen bij ICT-implementatie project te betrekken. Ontwikkeling Trackbook en Noaberschap. En wisselen dorpen hun ervaringen met elkaar.

De ervaring laat zien dat goed nagedacht moet worden wie er eigenlijk in het project moet participeren, wie is de doelgroep? Wat zijn de werkelijke behoeften. Kan ICT daarin en rol spelen of is er iets anders voor nodig. En als ICT inderdaad een rol kan spelen wat is er dan nodig om ICT adoptie te bevorderen en het project te laten slagen?

Een literatuurstudie afgerond en gepubliceerd mbt de slaag & faalfactoren bij e-health op het platteland.zie daarvoor:

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/19>.

SamenOud Elektronisch Ouderen Dossier

GEDurende het afgelopen interventiejaar is het EOD intensief gebruikt door de vijftien Ouderenzorg Teams om de zorg en begeleiding aan ruim 700 ouderen vorm mede te geven. Komend interventiejaar zullen ook de ouderen uit de controlegroep zorg en begeleiding volgens SamenOud aangeboden krijgen. In het 2e kwartaal van dit jaar is het de verwachting dat meer dan 1400 dossiers in het EOD staan.

Het EOD is een applicatie die als zeer functioneel, overzichtelijk en gebruiksvriendelijk wordt ervaren door alle betrokken professionals. De web-applicatie wordt via verschillende technologieën gebruikt, zoals Tablet, Chromebook, Laptop, Smartphone en PC. De oudere zelf heeft nog geen toegang en de integratie met het HIS staat hoog op het verlanglijstje. Het EOD blijft zich ontwikkelen en input vanuit de professionals is daarbij een grote drijfveer. Het verder integreren van decision support is een van de vervolg stappen, samen met het verder uitbreiden van de panelview cq filter mogelijkheden op bijvoorbeeld valrisico, onder en overgewicht etc om zo het populatiemanagement nog beter kunnen ondersteunen.

Amsterdam: VUmc

Praktijkondersteuners van 34 huisartsenpraktijken in Amsterdam-Zuid en Westfriesland hebben tussen mei 2010 en december 2012 met RAI-CHA gewerkt. Op basis van de ervaringen hiermee kan RAI-CHA verder worden aangepast en verfijnd. In de regio Westfriesland wordt het werken met RAI verder verspreid onder alle huisartsen. Ze huisartsenorganisatie heeft besloten om RAI te blijven gebruiken als *comprehensive geriatric assessment voor vroegsignalering van zorgproblemen bij ouderen. BOHs van het transitieproject 'De kwetsbare*

comprehensive geriatric assessment voor vroegtijdige signalering van zorgproblemen bij ouderen. IONS van het transitieproject 'De kwetsbare ouderen centraal in samenhangende zorg' werkten met RAI-CHA. In het transitieproject 'De kwetsbare ouderen centraal in samenhangende zorg' wordt onderzocht wat het effect is van het chronisch zorgmodel op de kwaliteit van leven en de door ouderen ervaren kwaliteit van de zorg (de cliëntgerichtheid, de afstemming van de zorg, en het aantal vervulde en onvervulde zorgbehoeften). Ook het effect op het (I)ADL functioneren wordt onderzocht. Daarnaast evalueren de onderzoekers de doelmatigheid (kosten en effecten) en de implementatie van de nieuwe aanpak (waaronder het gebruik van RAI-CHA). Tevens wordt onderzocht in hoeverre de POH zorgproblemen via het comprehensive geriatric assessment (RAI-CHA) signaleert die eerder nog niet bekend waren bij de huisarts (tijdens het 1e huisbezoek en tijdens de daaropvolgende halfjaarlijkse follow-up bezoeken). Resultaten van het onderzoek worden in het najaar van 2013 verwacht.

Eerste conclusies en aanbevelingen E-Health Innovaties NPO

Belangrijke onderdelen van de gefragmenteerde zorg voor kwetsbare ouderen kunnen verbeterd en ondersteund worden door gebruik van ICT in deze zorg, zowel voor de oudere zelf als voor de zorgverlener. Ook in het NPO zijn op dit gebied relevante innovaties gerealiseerd, waarbij zowel relevante resultaten als belangrijke lessen voor verdere toepassing van ICT zijn geboekt.

Bij gebruik door ouderen en mantelzorgers moet met name rekening gehouden worden met de grote heterogeniteit onder ouderen en de behoefte aan (aanvullende) instructie en training in het gebruik van ICT. Participatie van gebruikerspanels van ouderen bij de ontwikkeling en opschaling is een onmisbare factor gebleken.

Hier hebben vrijwel alle genoemde projecten veel aandacht aan besteed. De structuur van de netwerken en de gebruikersparticipatie hierin hebben hun vruchten afgeworpen bij deze E-innovaties. Wanneer we kritisch kijken naar de gebruikersgroepen voor de verschillende e-Health innovaties zijn er in feite maar enkele waar de oudere medegebruiker is en nog minder waar de oudere gebruiker centraal staat en waar niet één enkel probleem (bv vallen) maar een geïntegreerd e-health portal wordt aangeboden voor zorg en welzijn.

Te noemen zijn als resultaten die met name aan die laatste voorwaarden voldoen: Verzoamelstee (nog in ontwikkeling); SamenOud (beide uit Groningen/Friesland); Zorg en Welzijns InformatiePortaal (ZWIP: Nijmegen) en de (G)OUD applicatie (Limburg). Al deze ontwikkelingen vragen nog doorontwikkeltijd en verder piloten voordat marktpartijen dit geheel over kunnen nemen.

Tevens is gebleken dat ouderen gemiddeld graag naast de ICT innovaties het persoonlijke contact met professionals en vrijwilligers willen handhaven, waardoor ICT (vrijwel) geen zorg blijkt te kunnen vervangen.

Het doelmatige gebruik van op maat gemaakte ICT interventies, naast en ondersteund door goed getrainde professionals en informele hulpdiensten (van bv vrijwilligers) zal gezien de opgedane ICT ervaringen een onmisbare peiler worden voor de adequate verspreiding van innovaties in de zorg voor kwetsbare ouderen.

Vanwege de specifieke elementen in het zorg en welzijnsaanbod aan kwetsbare ouderen, de geheel eigen implementatiedynamiek en de onduidelijkheden over de effecten en efficiëntie bij brede toepassing, vraagt het thema 'ICT innovaties voor kwetsbare ouderen' aparte ondersteuning en stimulering de komende jaren. Juist op dit gebied moeten krachtige liaisons van academie, gebruikerspanels van ouderen en ICT-partijen ondersteund worden om het beste uit deze stakeholders te kunnen bundelen.

Zowel door de ICT structuur, als de innovatieve inhoud van de applicaties is duidelijk dat de drie tot vier jaar looptijd van de projecten volstrekt onvoldoende is voor goede doorontwikkeling en implementatie van E-Health innovaties. De praktijk van E-Health leert dat er een traject van zo'n tien jaar nodig is van ontwikkeling tot grootschalig gebruik. Dat geldt zeker voor ICT innovaties in de zorg, juist vanwege de versnipperdheid en de moeizame financiering van dergelijke innovaties.

De werkelijkheid staat nog ver af van het ideaalbeeld van een geïntegreerde zorg- en welzijnsaanbod: dat is de grote motivatie en energiebron voor doorontwikkeling van de E-Health applicaties uit het NPO. Er dient dus met kracht verder doorgewerkt te worden aan het realiseren van een zorgpraktijk waarin de activiteiten van diverse hulpverleners geïntegreerd of in ieder geval afgestemd, waarin ook preventie en zorg een op individueel niveau samenhangend pakket zijn geworden, en waarin professionele zorg, informele zorg en zelfzorg zijn afgestemd. Dit is de stip op de horizon waaraan de hier genoemde E-Health innovaties een belangrijke bijdrage kunnen leveren.

Informatie technologie kan op tal van vitale plaatsen in de zorg en de welzijnsdienstverlening aan kwetsbare ouderen een belangrijke rol spelen en de zorg meer geïntegreerd en dus beter, sneller, transparanter en doelmatiger maken. De start die in het NPO met deze rijke verzameling aan innovaties is gemaakt verdient het, gezien de uitdagingen die er liggen in de zorg en het welzijn, om verder te worden gecontinueerd. E-Health innovaties, generiek of specifiek voor ouderen, moeten worden doorontwikkeld en geïmplementeerd daar waar deze inderdaad relevante praktijkvragen uit dit domein op doelmatige wijze beantwoorden. Dit vraagt een duurzamer stimulans van overheid, verzekeraars, aanbieders van zorg en welzijn en andere marktpartijen.

5. Voor verdere lezing:

Robben. Sarah H.M. On a quest to reduce fragmentation in the care of frail older people. Proefschrift UMC St Radboud. okt 2012. Promotores:

Bleijenberg N, Drubbel I, Ten Dam VH, Numans ME, Schuurmans MJ & De Wit NJ (2012). Proactive and integrated primary care for frail older people: Design and methodological challenges of the Utrecht Primary care PROactive Frailty Intervention Trial (U-PROFIT). *BMC Geriatrics*, 12(1), 16.

Drubbel I, de Wit NJ, Bleijenberg N, Eijkemans RJC, Schuurmans MJ, Numans ME. (2013). Prediction of Adverse Health Outcomes in Older People Using a Frailty Index Based on Routine Primary Care Data. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*.

Literatuurstudie slaag & faalfactoren bij e-health op het platteland: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/19>.

Vroegopsporing/screenen

Inleiding

Niet afwachten tot ouderen met problemen naar de praktijk komen, maar actief de ouderen opsporen bij wie complexe problemen te verwachten zijn. Dat is het doel van de verschillende projecten rond vroegopsporing binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg. Op de volgende pagina's vindt u een uitgebreidere beschrijving van de verschillende projecten rond het signaleren van kwetsbare ouderen in de eerste lijn.

In 2007 publiceerde het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) haar standpunt Toekomstvisie Huisartsgeneeskunde voor Ouderen. Dit standpunt geeft aan dat de huisarts naast de continue, integrale en persoonlijke zorg meer te bieden heeft aan ouderen. Een van de belangrijke vernieuwende aspecten van de huisartsenzorg volgens dit rapport is een meer proactieve instelling van de huisarts (HA) en praktijkmedewerkers zoals de praktijkondersteuner (POH) of praktijkverpleegkundige (PVK). Dit houdt in dat de huisarts niet alleen reageert op klachten van ouderen, maar ook actief problemen signaleert en deze vroegtijdig aanpakt.

Een proactieve aanpak van problemen bij ouderen vereist identificatie van problematiek. Binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg zijn in verschillende transitie-experimenten identificatiemethoden voor kwetsbaarheid ontwikkeld om ouderen op te sporen voor wie meer aandacht en zorg nodig is. In de transitie-experimenten van het Nationaal Programma Ouderenzorg wordt de zin van identificatie van kwetsbaarheid en de werkzaamheid en kosteneffectiviteit van de verschillende methoden bestudeerd. Elke methode is anders wat betreft inhoud en/of logistiek. De volledige resultaten ((kosten-) effectiviteit) van de projecten zijn nog niet bekend. Zodra deze bekend zijn, zal een synthese hiervan gemaakt worden.

In afwachting van de resultaten is het doel van dit artikel een overzicht te geven van de ontwikkelde identificatiemethoden in de eerste lijn wat betreft doel, logistiek en karakteristieken van ouderen die opgespoord worden.

Doelen

Er is een grote variatie in de doelen van identificatiemethoden die gebruikt zijn. De meeste projecten hebben als doel om individuele kwetsbare ouderen op te sporen die extra aandacht en zorg/welzijn nodig hebben. Met kwetsbare ouderen wordt veelal bedoeld: ouderen met een complexe zorgbehoefte of ouderen met complexe problematiek. Deze ouderen hebben vaak meerdere problemen en een verhoogd risico op functieverlies. Het NHG hanteert de volgende definitie voor complexe problematiek: er is sprake van de aanwezigheid van meerdere problemen, die negatief met elkaar interacteren. De identificatiemethoden hebben het doel deze ouderen daarna een specifieke interventie aan te bieden. Volgens de toekomstvisie van het NHG biedt deze interventie zorg in vier domeinen: lichamelijke gezondheid, wonen en leefomgeving, sociale redzaamheid en geestelijk welzijn. De identificatiemethoden sluiten hier zoveel mogelijk op aan. De meeste instrumenten sluiten aan bij de domeinen lichamelijke gezondheid, sociale redzaamheid en geestelijk welzijn. Wonen en leefomgeving komt verder meestal bij de uitgebreide beoordeling aan bod.

De plaats van uitvoering was bij deze projecten de huisartspraktijk.

Methoden

Screenen in de huisartspraktijk om kwetsbaarheid bij ouderen op te sporen.

De projecten gebruikten alle een vorm van korte screening met aansluitend een uitgebreidere inventarisatie van de zorgbehoefte (tabel 1 en

De projecten gebruiken alle een vorm van korte screening met aansluitend een uitgebreidere inventarisatie van de zorgbehoefte ([tabel 1](#) en [tabel 2](#)). Alle projecten voerden een eerste screening uit aan de hand van de lijst met ingeschreven ouderen, behalve het project GOUD dat ouderen screent op het moment van een huisbezoek door de POH op basis van een aantal selectiecriteria. De startleeftijd van screening varieerde van 60 tot 75, waarbij de regio's met een hoger percentage allochtonen op een vroegere leeftijd met screenen starten. Een aantal projecten hanteerden een aantal exclusiecriteria. Dit betrof in de meeste gevallen ouderen met bekende cognitieve problemen, ouderen met een korte levensverwachting of ouderen in een verpleeghuis of met een indicatie hiervoor.

De initiële screening screent ouderen op het bestaan van meerdere gezondheidsproblemen en daarmee op het risico op snelle achteruitgang in gezondheid of functioneren. Voor een aantal projecten bestaat de eerste screening uit een vragenlijst per post. Hierbij bestaan de werkzaamheden uit selecteren van ouderen vanaf een bepaalde leeftijd, checken van de vragenlijst of iedereen op de lijst deze vragenlijst toegestuurd moet worden, verzending met eventuele herinnering over de post en nabellen. Bij andere projecten bestaat de eerste screening uit het oordeel van de huisarts. Bij deze projecten bestaan de screeningsactiviteiten uit het kritisch doornemen van de selectie-lijst, al dan niet aan de hand van enkele aandachtspunten. Het project OM-U hanteert een identificatie-methode die uitgevoerd wordt met behulp van een computer-algoritme.

Aan de hand van de uitslag van de initiële screening volgt een uitgebreidere inventarisatie ([tabel 2](#)). Deze wordt uitgevoerd aan de hand van instrumenten die in meer of mindere mate uit gesloten of open vragen bestaan. Aan de hand van de uitkomsten van deze inventarisatie wordt wel of niet overgegaan tot het opstellen van een zorg-behandelplan per probleem of een algeheel zorg-behandelplan.

De tijdsinvestering voor de uitgebreide inventarisatie is voor alle projecten ongeveer gelijk. De belasting voor een praktijk wat betreft dit deel hangt dus af van het aantal ouderen in de praktijk en het percentage ouderen wat als kwetsbaar uit de screening komt. Meestal gebeurt deze uitgebreidere inventarisatie door de HA/POH/PVK.

De meeste methoden selecteren ongeveer 25–35% van de ouderen uit de gescreende groep. De uitkomst van de methode komt niet altijd overeen met het oordeel wat de huisarts vooraf had gegeven. Verschillen en oorzaken hiervoor worden nog nader onderzocht.

De mediane leeftijd van de als kwetsbaar geïdentificeerde ouderen ligt tussen de 77 en 83 jaar. Bij OM U iets lager mogelijk door de lagere inclusieleeftijd (60+). Verder onderzoek naar verschillen tussen de verschillende instrumenten moet nog plaatsvinden.

De keuze voor het ene of het andere screeningsinstrument

Het maken van een keuze voor een screeningsinstrument.

Bij het maken van een keuze voor een screeningsinstrument kunnen verschillende argumenten een rol spelen: doel en inhoud van de identificatie van kwetsbaarheid, belasting en kosten voor de praktijk, aansluiting bij regionale zorgpartners en zorginitiatieven.

1. Doel en inhoud van de identificatie.

De beoogde doelen zijn: selectie van patiënten met risico op achteruitgang, selectie en identificeren van problemen of selectie waarbij een zorgbehandelplan volgt.

- Gewenste uitgebreidheid van verzamelde informatie bij eerste screening.

Sommige identificatie-instrumenten hanteren slechts enkele vragen, bv omdat die vragen voorspellend zijn voor achteruitgang in functioneren (bv. ISAR-PC of PRISMA-7). Deelnemers met een verhoogd risico kunnen dan vervolgens uitgebreider in kaart worden gebracht. Andere instrumenten zijn meer uitgebreid omdat ze ook bij de vroegopsporing identificatie van problemen op meerdere gezondheidsdomeinen voor ogen hebben.

Een aantal identificatie-instrumenten hebben een individueel doel waarbij de opgespoorde oudere op dat moment een interventie wordt aangeboden, anderen hebben veel meer tot doel het in kaart brengen van de populatie ouderen waarvoor een huisartsvoorziening zorg draagt, zodat de huisartsvoorziening weet waar de risicopatiënten (kunnen) zitten en welk beleid gemaakt dient te worden.

- Uitgangspunt kennis of beschikbare informatie van HA/POH/PVK/wijkverpleegkundige (WVK)/ouderenadviseur (OA), of informatie aangereikt door oudere zelf.

Bij het oordeel kan informatie uit het HIS gebruikt worden, maar komt geen nieuwe informatie aan het licht, waarbij het wel zo kan zijn dat de oudere toch meer zorg voor reeds bekende problemen zou willen ontvangen. Het nadeel van vragenlijsten is dat het een selectie van responderende ouderen betreft.

- Interesse vooral voor somatische problematiek of op zoek naar psychische/sociale problematiek.

Het is mogelijk dat het ene screeningsinstrument meer aandacht besteed aan bv. sociale problematiek en het andere meer aan bv. somatische problematiek. Of het werkelijk ook zo is dat de door het ene instrument geselecteerde ouderen verschillen van ouderen die door

een ander instrument geselecteerd zijn, wordt nog onderzocht.

2. Belasting en kosten voor de praktijk.

- Beschikbare financiën en tijd om screening uit te voeren.

Een eerste beoordeling door de HA/PVK/POH kost tijd maar bespaart verzenden en nabellen. Het risico kan zijn dat de blinde vlekken van de huisarts blijven bestaan terwijl die blinde vlekken mogelijk weggenomen worden bij een vragenlijst gestuurd aan alle ouderen in de praktijk. Onderzoek of dit werkelijk zo is, moet nog plaatsvinden. Het verschilt per project.

Overigens regelt de wet publieke gezondheid in artikel 5a voor het ouderengezondheidszorg dat de gemeenten verantwoordelijk zijn voor systematische signalering van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen. Daar ligt wellicht een oplossingsrichting voor financiering.

- Vergoedingsmodules van regionale zorgverzekeraars.

De meeste zorgverzekeraars kennen een module ouderenzorg waarbij een vorm van case-finding en een vorm van zorgplan wordt vergoed.

- Percentage geselecteerde ouderen waarbij vervolgens een uitgebreide inventarisatie uitgevoerd moet worden.

De meeste methoden selecteren ongeveer 25–35% van de ouderen uit de gescreende groep.

- Beschikbare automatisering en ondersteuning.

Bij een aantal projecten is IT-ondersteuning ontwikkeld. Dit betreft zowel de korte screening als de uitgebreide inventarisatie. Bij deze applicaties zijn vaak ook faciliteiten ingebouwd ter ondersteuning van het multidisciplinair overleg. De oudere zelf heeft bij de meeste systemen toegang en regie.

3. Aansluiting bij regionale zorgpartners.

- Aansluiten bij reeds gebruikte instrumenten in de regio.

Indien de regio voorkeur heeft voor een bepaald instrument kan dit van belang zijn, bv. wanneer dit instrument ook ingezet wordt bij aansluiting bij zorgpartners in de eerstelijns of de aansluiting van de eerstelijns met de tweedelijns. Bv. het project SamenOud gebruikt hetzelfde triage-instrument dat gebruikt wordt binnen het andere transitie-experiment van het UMCG en FIT sluit met de vroegopsporingsmethode en uitgebreide inventarisatie aan op de tweede lijn.

In Amsterdam wordt door Huisartsen Kring Amsterdam samen met de Eerste lijn Amsterdam een aantal modellen op basis van de ACT en FIT projecten naast elkaar gebruikt en op elkaar afgestemd. In West-Friesland maakt men in de verzorgingshuizen en thuiszorg al gebruik van RALview waardoor het voor de huisartsen mogelijk aantrekkelijk is om te volgen.

- Uitkomsten van de methode moeten ook bruikbaar zijn voor het plannen en organiseren van het lokale zorgaanbod voor de gehele ouderenpopulatie.

Hierbij is mogelijk een uitgebreider instrument dat een beeld geeft over alle domeinen van gezondheid van belang om een goed beeld te krijgen van de gezondheidssituatie van de ouderen.

De onbeantwoorde vragen voor de toekomst

Nog openstaande vragen wat betreft identificatie van kwetsbaarheid in de huisartspraktijk.

Het is nog niet goed duidelijk hoe kwetsbaarheid bij ouderen in de huisartspraktijk te definiëren en wat goede vervolgstapen zijn. De resultaten zijn nog niet allemaal bekend, maar voorspog leidt dit niet duidelijk tot een verbetering van functioneren en zelfredzaamheid van de ouderen.

Wellicht moet minder accent gelegd worden op zorg, zoals de eerstelijnsinterventies zoals die binnen NPO zijn ontwikkeld (gelet op de huidige stand van de zorg in Nederland) en meer op welzijn, mobiliteit en (fysieke) activiteit.

De transitieprojecten van het Nationaal Programma Ouderenzorg zijn op zoek naar de antwoorden op de volgende vragen met betrekking tot identificatie van kwetsbaarheid bij ouderen in de huisartspraktijk:

- Welke methoden van identificatie hebben de voorkeur? Verschilt dit per belanghebbende (huisarts, POH, oudere, andere professionals)?
- Wat zijn afkappunten voor de verschillende instrumenten en voor leeftijd om kwetsbaarheid te detecteren?
- Wat zijn de verschillen tussen identificatie met behulp van vragenlijsten of andere gestandaardiseerde methoden en een methode op basis van het pluis–niet pluis–gevoel van de huisarts wat betreft karakteristieken van opgespoorde ouderen?
- Welke groepen worden wel en niet bereikt met identificatie van kwetsbaarheid?
- Is het vroegopsporen van kwetsbare ouderen met een aansluitende interventie effectief in het verbeteren van functioneren of welbevinden van ouderen? Voor welke ouderen werkt identificatie met aansluitende interventie wel /niet?

- wat is de invloed van identificatie van kwetsbaarheid op zorggebruik en gerelateerde kosten? Hoe vernouwen zich effecten en kosten?
- Welke interventie heeft de voorkeur? Welke elementen van de verschillende interventies zijn belangrijk voor het effect?
- Hoe waarderen de ouderen deze zorg zelf?
- Wanneer en voor welke groep is welke methode het meest geschikt?
- Hoe waarderen de ouderen deze zorg (identificatie van kwetsbaarheid, 'diagnose' kwetsbaarheid, interventie) zelf?
- Wanneer zijn huisartsen tevreden over pro-actieve zorg?

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) wil in de komende jaren deze antwoorden geven. Op [de website van het NPO](#) zijn instrumenten, publicaties, contactpersonen en andere informatie over de verschillende instrumenten te vinden.

Overzichtstabel: Korte initiële vroegopsporing in de huisartspraktijk

Tabel 1: Identificatie

Project	Methode identificatie
	<i>Identificatie met behulp van een vragenlijst over de post</i>
ISCOPE	ISCOPE (Integrated Systematic Care for Older PEople) – vragenlijst met 23 vragen opgedeeld in 4 domeinen van gezondheid: dagelijks functioneren, gezondheid en ziekte, psychologisch domein, sociaal domein.
Zorg uit Voorzorg / Ketenzorg Walcheren	GFI (Groningen Frailty Indicator) – vragenlijst
FIT (Functiebehoud in transitie)	ISAR-PC (Identification of Seniors At Risk) – vragenlijst met drie vragen die voorspellend zijn voor een achteruitgang in het functioneren.
Analyse zorgbehoefte	3 vragenlijsten (IM-E-SA (Intermed Self Assessment) + GFI +GWI (Groningen Well-being Indicator)) die ouderen in 5 groepen indelen: vitaal, psycho-sociale problematiek, fysieke problematiek, combinatie van problemen, extreem kwetsbaar.
	<i>Identificatie door middel van een beoordeling van de gegevens uit het HIS</i>
ACT (frail older adults: care in transition)	Identificatie van ouderen gebaseerd op polyfarmacie (>5 medicijnen in de afgelopen 3 maanden) en een samengestelde definitie van kwetsbaarheid (1 of meer beperkingen op fysiek, psychologisch en/of sociaal gebied). Aansluitend de vragenlijst PRISMA-7 (Program on Research for Integrating Services for the Maintenance of Autonomy case-finding tool for disability) over de telefoon.
Easycare TOS	Identificatie van ouderen gebaseerd op klinische beoordeling van impliciete (tacit) en expliciete voorkennis door de huisarts over de patiënt, gestructureerd met een lijst met 14 items over gezondheid, welzijn, functioneren en sociaal netwerk van de oudere. Indien de huisarts van de oudere onvoldoende zeker is om een oordeel over kwetsbaarheid te kunnen vellen volgt een aanvullend onderzoek met de Easycare-vragenlijst tijdens huisbezoek door een (wijk) verpleegkundige. Deelt populatie ouderen op basis hiervan in als: niet kwetsbaar, kwetsbaar, en kwetsbaar met complexe zorgsituatie.
	<i>Identificatie door middel van een beoordeling van de gegevens uit het Huisarts Informatie Systeem met behulp van computer-algoritme</i>
OM U	Identificatie van ouderen uit het Huisarts Informatie Systeem met U-PRIM software welke gebruik maakt van 3 selectie criteria: multimorbiditeit gedefinieerd met de Frailty Index Score, polyfarmacie en geen contact met huisartspraktijk sinds 3 jaar met uitzondering van de griepvaccinatie. Eventueel aangevuld met GFI, IM-E-SA, GWI
	<i>Identificatie tijdens een huisbezoek</i>
[G]OUD	Huisbezoek door de praktijk verpleegkundige die een gestructureerde geriatrische beoordeling doet met behulp van het [G]OUD-instrument.
SamenOud	IM-E-SA + GFI vragenlijst die ouderen in drie groepen indelen: robuust, kwetsbaar, complexe zorg behoevend.

Overzichtstabel: Uitgebreide inventarisatie aansluitend op korte screening

Tabel 2. Uitgebreide inventarisatie.

Project	Methode uitgebreide inventarisatie
ISCOPE	SFMPC–probleeminventarisatie voorafgaand aan zorgplan volgens model NHG–LAEGO
Zorg uit Voorzorg Ketenzorg Walcheren	Multifactoriële assessment (ontwikkeld door project) Easycare
FIT (Functiebehoud in transitie)	Multifactoriële assessment (Comprehensive Geriatric Assessment ontwikkeld door het project)
Analyse zorgbehoefte	Aanbod zorgpaden o.b.v. 5 profielen vastgesteld door initiële screening
ACT (frail older adults: care in transition)	RAI–CHA
Easycare TOS	Easycare–vragenlijst
OM U	Assessment m.b.v. toolkit ontwikkeld door project
[G]OUD	‘Verdiepingsconsult [G]OUD’
SamenOud	Anamnese adhv 30 categorieën uit de International Classification of Functioning, Disability and Health

Zorgplannen

Vraagstelling, werkwijze, conclusie

Vraagstelling

Hoe zien de zorgplannen die binnen de verschillende projecten van het Nationaal Programma Ouderenzorg gebruikt zijn eruit, en waarin onderscheiden ze zich van elkaar?

Beschrijving en afbakening thema

Een zorgplan is een document waarin een overzicht gegeven wordt van belangrijke (en te beïnvloeden) problemen van de patiënt, diens wensen / behandeldoelen en de afgesproken acties / interventies (door de patiënt zelf en door hulpverleners). Vaak staat er ook in wanneer en hoe deze acties geëvalueerd worden. Tevens kan het individueel zorgplan voor patiënten een belangrijk hulpmiddel zijn om tot gedragsverandering te komen. Met een individueel zorgplan kan de patiënt zelf richting geven aan het zorgproces (zelfmanagement) en geeft de patiënt aan op welke onderdelen hij/zij ondersteuning nodig heeft van een professional.

In verschillende projecten die uitgevoerd zijn binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg is gewerkt met zorgplannen. Dit kan eventueel voorafgegaan zijn door screening of casefinding waarbij ouderen geselecteerd zijn die in aanmerking komen voor een zorgplan. Vaak zijn deze onderdelen niet los van elkaar te zien bij de beoordeling van de effectiviteit op de zelfredzaamheid van de ouderen. In dit onderdeel worden echter de zorgplannen van de projecten naast elkaar gezet zonder daarbij in te gaan op de inclusiemethode.

Werkwijze inventarisatie

Medewerkers en projectleiders van de verschillende eerstelijns projecten die met zorgplannen hebben gewerkt hebben verschillende vragen beantwoord over het gebruik van zorgplannen binnen hun project. In deze rapportage geven we, in alfabetische volgorde, kort de werkwijze en de procesresultaten per project weer ten aanzien van het werken met zorgplannen. Soms waren er grote overeenkomsten tussen de projecten, soms juist opvallende verschillen. Punten waarover men het min of meer eens was zijn beschreven in de paragraaf ‘overeenkomsten’. De verschillen tussen de projecten mbt het werken met zorgplannen zijn weergegeven in de tabellen 1 t/m 3.

Overeenkomsten tussen de projecten

Doel zorgplan

Er waren opvallende overeenkomsten tussen de projecten mbt het doel van het zorgplan. Het doel kan omschreven worden als:

1. het vergroten van de kwaliteit van leven van ouderen door
2. het aanpakken van ervaren problemen op het gebied van zorg en welzijn,
3. gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid en de eigen regie.

Inhoud van het zorgplan

Alle projecten hanteren de volgende inhoud: probleem, doel, acties / interventies en evaluatie. Zie figuur 1 hieronder. In de linkerkolom staan de meest urgente problemen. Deze urgentie wordt bepaald door de oudere zelf, in samenspraak met de verpleegkundige en huisarts. Ook de meetbare en haalbare doelen worden gezamenlijk vastgesteld. De acties en interventies worden veelal in een interdisciplinair overleg vastgesteld en daarna besproken met de oudere zelf. De evaluatiedatum hangt af van alle eerdere items en kan verschillen per probleem.

ZORGBEHANDELPLAN

Het zorgbehandelplan brengt samenhang in de zorg en is een middel voor regievoering. U of uw praktijkondersteuner stelt het op in overleg met de oudere patiënt en diens familie, in samenwerking met verzorging/verpleging en betrokken paramedici. U formuleert eerst een hoofddoel: gaat het om herstel of behoud van functioneren of is achteruitgang onvermijdelijk (symptoombehandeling)? De problemen zet u op volgorde van urgentie en u formuleert per probleem een haalbaar doel, de gewenste interventie en evaluatiedatum. Geoteend wordt ook wie wat doet en wie de zorgcoördinator is.

Zorgbehandelplan van de heer/mevrouw

Hoofddoel:

Casemaatregelen: Zorgcoördinator:

PROBLEEM	DOEL	ACTIE HUISARTSENZORG (WAT, WIE)	ACTIE KETENPARTNERS (WAT, WIE)	EVALUATIEDATUM

FRADIE

Als acroniem bij de te nemen stappen voor pro-actieve zorg bij ouderen met complexe problematiek kunt u FRADIE hanteren: Functioneren inventariseren (SFMPC), Risico's inschatten, Afstemmen met de patiënt, Doelen formuleren (algemeen en specifiek), Interventies plannen en uitvoeren en Evalueren.

Het opstellen van het zorgplan

In alle projecten werd dit gedaan door de verpleegkundige (praktijk- of wijk-) die ook de probleeminventarisatie heeft gedaan. Dit concept zorgplan is vaak in eerste instantie besproken met de huisartsen en de oudere zelf, en wordt eventueel in tweede instantie besproken in een multidisciplinair team. Per project verschilt de inzet van dit multidisciplinair team, zie [tabel 1](#).

Het uitvoeren en evalueren van de acties

Het uitvoeren van de acties gebeurt door de oudere zelf, diens mantelzorger(s) en de aangewezen hulpverleners. De verpleegkundige zorgt ervoor dat de uitvoering op de afgesproken tijd geëvalueerd wordt.

Verschillen tussen de projecten

De projecten verschilden op een aantal punten mbt het werken met zorgplannen, zoals de doelgroep, het moment van bespreken van het zorgplan met de patiënt en de plaats van het MDO. In [tabel 1](#) wordt de globale opzet weergegeven per project. Ook de scholing en coaching van de verpleegkundigen en huisartsen werden verschillend vorm gegeven, zie [tabel 2](#).

Daarnaast verschilden de projecten in de mate van digitale ondersteuning. Dit is een belangrijk punt voor alle projecten, zie [tabel 3](#).

Weging van de resultaten

Er is consensus over het belang van zelfredzaamheid bij de beschrijving van klachten en problemen in het zorgplan. Dit wordt de functionele benadering genoemd en biedt vaak meer aanknopingspunten voor zorg en ondersteuning dan de klassieke ziektegerichte benadering. Het gaat hierbij om beïnvloeding van de gevolgen van ziekten en beperkingen. Tevens is er consensus over de doelen van het zorgplan. Er zijn accentverschillen, mn tav de eigen regie door de oudere zelf en het betrekken / ontlasten van mantelzorgers. Praktisch willen de meesten de ouderen en mantelzorgers bij het opstellen van het zorgplan betrekken en wordt het opgesteld door een verpleegkundige / POH. In alle zorgplannen worden doelen en acties + uitvoerders beschreven. Het zorgplan is multidisciplinair van karakter. Vaak wordt het format uit de NHG-praktijkwijzer gebruikt (= Laego-format).

Verschillen zijn er m.b.t. de doelgroep (thuiswonende ouderen met een verhoogd risico op functieverlies, kwetsbare ouderen, ouderen in het ziekenhuis, verschillende leeftijdsgrenzen), de tijdsbesteding (opstellen zorgplan 1,5 - 2 uur per persoon), de scholing en coaching, de gebruikte instrumenten en het al of niet protocolleren van vervolgacties. Ook het voeren van wel of geen MDO (soms op indicatie, soms standaard) en de (mogelijkheid van) ICT ondersteuning verschillen.

Het blijkt dat het werken met zorgplannen over het algemeen uitvoerbaar is, al zijn voldoende tijd en ondersteuning belangrijke factoren. Het functioneel denken, met het accent op zelfredzaamheid, lukt redelijk tot goed. Ouderen voelen zich gezien en gehoord. Huisartsen ervaren meer grip op de situatie en vinden het belangrijk meer zicht te hebben op het functioneren en de wensen van de ouderen zelf.

Verpleegkundigen doen de probleeminventarisatie en stellen het concept zorgplan op. Het uitvoeren van een MDO is in de praktijk lastig vorm te geven. Het MDO helpt praktijkondersteuners om functioneel en multidisciplinair te denken. Het grootste struikelpunt is echter de ICT: het registreren en aanpassen van het zorgplan en het onderling uitwisselen van informatie vergt veel extra inspanningen van de betrokkenen.

Conclusie

Het zorgplan of zorgbehandelplan is een geaccepteerde en bruikbare manier om de functionele problemen, acties en interventies te beschrijven bij ouderen met problematiek op verschillende domeinen. Afstemming met de oudere en hun mantelzorgers en opstelling door verpleegkundigen / POHs is gebruikelijk. Het zorgplan wordt gebruikt als voorbereiding en verslaglegging van een MDO, maar ook als los overzicht. Het kost aardig wat tijd, maar helpt om overzicht en grip te krijgen. Goede afspraken, structurele overlegmoment tussen de huisarts en PVK/POH en voldoende tijd en ICT ondersteuning zijn essentieel.

Beschrijving van doel en werkwijze van de projecten

Werkwijze en procesresultaten per project.

ACT (Amsterdam VUmc): De POH deed een huisbezoek nadat ze gegevens had verzameld uit het HIS (diagnoses, medicatiegebruik). De POH nam tijdens het huisbezoek RALview af (een webbased anamnese die ondersteunt bij het systematisch in kaart brengen van alle domeinen van het functioneren) en observeerde de oudere en diens leefomgeving. Per gesignaleerde CAP (=zorgprobleem volgens systematiek RALview) gaf zij aan: bekend probleem bij de huisarts (ja/nee), PES (probleem, etiologie, symptomen), doelstelling, wensen/vragen, acties, betrokken hulpverleners of organisaties, evaluatie (wijze van evalueren), doel behaald (ja/nee); voortgangsrapportage; rapportage multidisciplinair overleg.

Resultaten uit de procesanalyse hebben we niet ontvangen.

FIT (Amsterdam, AMC): Het FIT zorgmodel is een getrapte methode, waarbij eerst bij alle thuiswonende ouderen werd gekeken naar de aanwezigheid van een verhoogd risico op functieverlies. Een verhoogd risico op functieverlies werd bepaald met de ISAR PC, die bestaat uit vier korte schriftelijke vragen. Vervolgens werd bij de ouderen met een verhoogd risico op functieverlies een compleet geriatrisch assessment (CGA) afgenomen. Na afname van het CGA maakte de verpleegkundige een overzicht van de geconstateerde problemen en werden deze door de oudere en de huisarts geprioriteerd. Vervolgens werd bepaald welke problemen er wel of niet aangepakt werden. Voor (bijna) ieder aan te pakken probleem was er een stappenplan dat de verpleegkundige kon gebruiken voor verdere diagnostiek en het bepalen van interventies. Na overleg met de huisarts en de oudere werd de uitwerking van het probleem volgens de PES structuur uitgewerkt en werden doelen, interventies en afspraken vastgelegd in een zorgbehandelplan.

Procesanalyse: Bij ongeveer 50% van ouderen die bezocht zijn door de praktijkondersteuner ouderenzorg of wijkverpleegkundige is er een zorgbehandelplan gemaakt. Indien er geen zorgplan was, hebben we gekeken naar wat de reden hiervan was. In de helft van de gevallen werd dit bepaald door de oudere zelf, er kwamen dan wel problemen uit het CGA naar voren, maar een oudere wilde vervolgens niets met deze problemen doen. Door prioritering van problemen door de oudere zelf is het aantal problemen wat uiteindelijk in een zorgplan komt lager dan het aantal problemen wat geïdentificeerd wordt door middel van het CGA.

(G)OUD (Limburg): Casefinding en diagnostiek vond plaats a.d.h.v. kwetsbaarheidscriteria uit het HIS en een eigen assessment. Indien er sprake was van complexe problematiek dan volgde het opstellen van een multidisciplinair zorgbehandelplan en bespreking in het kernteam. Daar werd een inventarisatie en prioritering van de problematiek weergegeven; welke problemen gesignaleerd zijn, aan welke problemen aandacht werd gegeven en met welke doelen en door wie de vervolgactie ingezet werd en wanneer deze werd geëvalueerd.

We hebben geen resultaten van de procesanalyse ontvangen.

ISCOPE (Leiden): Ouderen in de huisartspraktijk die door middel van screening met de ISCOPE-vragenlijst geïdentificeerd waren, kwamen in aanmerking voor een zorgplan. Het zorgplan werd opgesteld door de huisarts of POH-ouderenzorg (in overleg met de huisarts), samen met de oudere en eventueel diens mantelzorger. Er werd gebruik gemaakt van de gegevens uit de screeningsvragenlijst en het HIS. Daarnaast overlegde de huisarts of POH met andere betrokken hulpverleners indien nodig.

Procesanalyse: Elke deelnemende huisarts in de interventiegroep kreeg de opdracht voor 10 ouderen met complexe problematiek een zorgplan te maken. Deze 10 betrof een willekeurige steekproef uit de totale groep ouderen met complexe problematiek (25% van de populatie 75-plussers). Van de 30 huisartsen in de interventiegroep hebben 20 huisartsen dit zonder probleem uitgevoerd. Tien huisartsen kostte het moeite zorgplannen te maken en drie huisartsen van hen hebben helemaal geen zorgplan gemaakt. Bij 78% (225/288) van de ouderen met complexe problematiek waarvoor een zorgplan gemaakt moest worden, is dit inderdaad gebeurd. Bij 43/288 is geen zorgplan gemaakt door gebrek aan tijd of ondersteuning. Voor 20/288 is het niet gebeurd door patiënt-gerelateerde factoren, zoals overlijden, verhuizing, verpleeghuisopname, etc. In de ISCOPE-studie is gebleken dat huisartsen goed zien waar de zelfredzaamheid verbeterd kan worden. Slechts 9% van de problemen werden gedefinieerd in termen van ziektediagnoses. Meestal werden de problemen gedefinieerd als klachten / symptomen of handicap / beperkingen. In focusgroepen onder huisartsen die wel zorgplannen hadden gemaakt en huisartsen die geen zorgplannen hadden gemaakt kwamen de volgende bevorderende en belemmerende factoren naar voren:

- Bevorderende factoren: grip op situatie, oog voor functioneren ouderen, wens ouderen zelf in beeld.
- Belemmerende factoren: tijdsinvestering, financiering / ondersteuning, planmatig werken past niet in routine, vormgeven multidisciplinair overleg lastig.

OmU (Utrecht): Na gestructureerde afname van screeningsvragenlijsten en uitgebreid geriatrisch assessment bij de kwetsbare patiënt thuis, werd in overleg met de patiënt en diens mantelzorger het zorgplan opgesteld door de speciaal hiertoe opgeleide praktijkverpleegkundige. Het zorgplan werd overlegd met de huisarts en indien nodig, met andere disciplines. Gesignaleerde problemen werden omschreven en werden aangepakt met behulp van hiertoe ontwikkelde Evidence Based Zorgplannen per probleemgebied. Per probleem werd een nieuwe episode aangemaakt, volgens de afgesproken ICPC codes (passend bij de stroomschema's als onderdeel van de Evidence Based Zorgplannen).

Procesanalyse: Bij alle kwetsbare patiënten ($GFI \geq 4$) werd een zorgplan opgesteld. In Om U is onderzocht welke problemen vaak voorkwamen bij kwetsbare ouderen en welke verpleegkundige interventies uit de EB zorgplannen er zijn uitgevoerd. De meest voorkomende probleemgebieden waren polyfarmacie (95.6%) (was ook een inclusiecriteria), eenzaamheid (60.8%), en cognitieve problemen (59.4%). De meeste verpleegkundige interventies waren ingezet bij ouderen die een risico hadden om te vallen of ouderen met urine incontinentie; de minste bij ouderen met voedingsproblemen. De intensiteit en hoeveelheid ingezette verpleegkundige interventies waren afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, het type probleem en het type (vervolg) actie van de verpleegkundige (i.e. snel en simpel versus meer tijdrovende acties).

Samen Oud (Groningen): Bij elke oudere die individueel begeleid wordt door het Ouderenzorg Team is de anamnese afgenomen en een zorgplan opgesteld met een of meerdere wensen en behoeften (tenzij de oudere heeft afgezien van deze individuele begeleiding). Elk onderwerp heeft een begin-, doel-, haalbaarheid- en eindscore gekregen.

Procesanalyse: Het scoren bleek in de praktijk een van de meest lastige onderdelen van het zorgplan. De score staat namelijk gelijk aan de ernst van het onderwerp: hoe ernstiger de mate van beperking, hoe hoger de score. Ouderen en professionals redeneerden in het begin veelal andersom (hogere score is meer positief; zoals bij rapportcijfers het geval is). Om dit te ondersteunen hebben we een meetlat (VAS) met smileys gebruikt en wordt een VAS ingebouwd in de applicatie. De projectleiders hebben de casemanager intensief begeleid in het werken met deze zorgplannen middels scholing, coaching on the job en 'auditachtige' bijeenkomsten. Het bewust tijd inruimen om de zorgplannen uit te werken is een vereiste, ook daar is veel op gestuurd door de projectleiders. De webbased applicatie heeft af en toe wel te lijden onder slechte dekking van het mobiele netwerk in de buitengebieden, dan wel de moderne betonnen constructies van gebouwen. Het zorgplan wordt nu vooral gebruikt door de casemanagers. Het dossier, de digitale agenda en panelview, wordt gebruikt door het gehele OT. Integratie met het HIS is voor veel huisartsen een vereiste om meer met deze applicatie te gaan werken.

Zorg- en WelzijnsStandaard (Nijmegen): Identificatie van kwetsbare ouderen vond plaats m.b.v. het Easycare Instrument dat een tweetraps screening bevat. Bij ouderen die na de screening kwetsbaar of mogelijk kwetsbaar bleken, werd een uitgebreide vragenlijst bij de oudere thuis afgenomen door de wijkverpleegkundige/ praktijkondersteuner (POH). Deze informatie werd door de wijkverpleegkundige/POH vertaald naar problemen en/of aandachtspunten op de SFMPC-domeinen. In overleg met de oudere (en diens mantelzorger) werd hierin een prioritering aangebracht. In een multidisciplinair overleg (MDO) dat binnen 14 dagen na het huisbezoek volgde, werden de problemen en/of aandachtspunten besproken en vertaald naar concrete behandeldoelen en acties, afgestemd op de behoeften van de oudere (en diens mantelzorger). Voor iedere oudere werd minimaal halfjaarlijks een MDO belegd om het zorgplan te evalueren en zo nodig bij te stellen.

Procesanalyse: Voor wijkverpleegkundigen en de meeste POHs (die gewend zijn aan verpleegkundige zorgplannen) is het werken met een *multidisciplinair* zorgplan met een integrale SFMPC-benadering van problemen en/of aandachtsgebieden een nieuwe bezigheid. Het aanleren van deze methodiek vraagt naast scholing ook coaching-on-the-job. Het in het MDO gezamenlijk formuleren van problemen, doelen en acties helpt hen bij het opstellen van het zorgplan. Voor de huisartsen is het feit dat het zorgplan niet in het HIS is geïntegreerd een belemmering. Ook het opdelen van problemen in de SFMPC-methodiek is voor de huisartsen wennen. Het zorgplan biedt de specialist ouderengeneeskunde de mogelijkheid om mee te denken over problemen van de oudere en geschikte interventies, ook vanuit een consultatieve rol. De ouderenadviseurs (welzijnswerkers) benutten deze mogelijkheid van het zorgplan minder goed. Ouderen geven in de procesevaluatie aan dat met hen is gesproken over hun eigen mogelijkheden en beperkingen, prioriteiten, behandelmogelijkheden, medicatie en betekenisvolle activiteiten. Zij weten echter niet dat er voor hen een zorgplan is gemaakt en hebben geen kopie van het zorgplan ontvangen.

Zorg uit Voorzorg (Limburg): Identificatie gebeurde met de Groningen Frailty Indicator (GFI). Bij kwetsbare ouderen werd vervolgens een uitgebreid assessment afgenomen gericht op wensen en problemen in activiteiten, oorzaken van problemen en risicofactoren, eventueel gevolgd door assessments van andere disciplines (huisarts, ergotherapeut, fysiotherapeut of anderen). In een interdisciplinair team werd het teamperspectief op behandeling geformuleerd op basis van een analysemodel, waarbij de wensen van de cliënt centraal stonden. De POH bezocht vervolgens de oudere (en de eventuele mantelzorger) om de doelen en het actieplan vast te stellen. Daarbij was de insteek dat de oudere en/of mantelzorger zelf, waar mogelijk acties oppakken.

Procesanalyse: Om de ervaringen en praktische uitvoerbaarheid in kaart te brengen zijn tijdens een uitgebreide procesevaluatie gegevens verzameld bij deelnemende ouderen in de interventiegroep en bij betrokken hulpverleners (praktijkondersteuners, huisartsen, ergotherapeuten en fysiotherapeuten). Hulpverleners gaven aan dat het protocol structuur geeft aan de ouderenzorg in de eerste lijn en de

aandacht voor preventie verhoogt. Ook ouderen waren positief over ZuV. Ze voelden zich begrepen en hebben steun ervaren bij het omgaan met hun problemen en het bereiken van hun doelen. Echter, de analyse van de logboeken laat zien dat sommige onderdelen van het ZuV protocol niet goed gevolgd zijn:

- de probleemanalyse en het voorlopige plan van aanpak zijn vaak niet tijdens een bilateraal overleg of een teambijeenkomst besproken zoals in het ZuV protocol aangegeven;
- slechts de helft van de deelnemende ouderen heeft een tweede huisbezoek ontvangen om het plan van aanpak te bespreken;
- de zogenaamde toolbox onderdelen zijn niet vaak gebruikt; en
- er was sprake van een beperkt aantal evaluatie- en follow-up momenten.

De hulpverleners rapporteerden dat sommige onderdelen van het ZuV protocol tijdrovend en moeilijk toepasbaar waren en dat meer intensieve scholing en training vereist is.

Overzichtstabel: Overzicht gebruik zorgplannen in verschillende NPO-projecten

Tabel 1. Overzicht gebruik zorgplannen in verschillende NPO-projecten

Studie	Doelgroep	Wie stelt het op	Hulpverleners	Oudere betrokken	Tijdsinvestering hulpverleners	Tijdsinvestering oudere/mantelzorger
ACT VUmc Amsterdam	65-plussers die kwetsbaar zijn volgens hun ha	POH-ouderenzorg, in dialoog met de 65-plusser en de huisarts	Huisarts, POH-ouderenzorg, Overige (nieuw) bij de zorg betrokken professionals	ja	Circa 9 uur per cliënt.	Circa 2 uur per half jaar
FIT AMC Amsterdam	Thuiswonende ouderen (> 70 jaar) met verhoogd risico op functieverlies (obv ISAR-PC \geq 2)	Wijkverpleegkundige of POH-ouderenzorg in samenspraak met oudere en huisarts	Huisarts, POH/Wijkverpleegkundige Afhankelijk van problemen, fysiotherapeut, welzijnswerker, diëtist, ouderenadviseur	Ja	Afname CGA en inventarisatie problemen: 60 min. Voor het opstellen van zorgplan: 15-30 min.	Bespreken zorgplan: 10 min. POH bezoekt oudere gemiddeld drie keer op jaarbasis thuis
(G)OUD Maastricht / Heuveland	Ouderen vanaf 75 jaar	Praktijkondersteuner	Kernteam: HA/POH/WVK (Digitaal) advies t.a.v. zorgplan: Geriatrieteam (SOG en specialisten uit 2e lijn)	Bespreken zorgplannen Deelname Huis voor de zorg	Deel I : HA:11min, POH:124 Deel II: Ha:70min, POH:294min	POH bezoekt oudere gemiddeld zes keer op jaarbasis thuis
ISCOPE Leiden	75-plus met complexe problematiek	Huisarts of POH i.s.m. huisarts	Huisarts en POH dragen zorg voor uitvoering en evaluatie	Ja bij opstelling en prioritering	Zorgplan opstellen: \pm 2 uur. Dan vervolggacties en evaluatie.	Gesprek om zorgplan op te stellen: 0,5-1 uur
OM U Utrecht	Kwetsbare 60+	Praktijkverpleegkundige	Praktijkverpleegkundige en huisarts	Ja	2 uur	1 uur
SamenOud Groningen	75+	Casemanager (WVK en ouderenadviseur) samen met de oudere en het Ouderenzorg Team	Casemanagers (WVK of ouderenadviseur), huisarts, specialist ouderengeneeskunde	Ja	+/- 4 uur opstellen zorgleefplan (interventie 15 - 30 uur per jaar per oudere)	2-3 uur
Zorg- en Welzijns Standaard Nijmegen	Kwetsbare ouderen 70+	Wijkverpleegkundige / POH	Huisarts en wvk/POH, ouderenadviseur en SO. Overige zorgverleners op indicatie	Ja bij opstelling en prioritering	Wvk/POH gem per jr 2x45 min. Anderen 2x 10 min voorber en 2x12 min MDO	Gesprek Easycare trap 2: 45 minuten Vervolggesprek: 2x per jaar 0,5 uur
Zorg uit voorzorg Zuid- Limburg	70+ thuiswonende kwetsbare oudere volgens GFI score	Interdisciplinair plan: alle betrokken disciplines Individueel plan: Praktijkondersteuner samen met oudere en evt. mantelzorger	POH, HA Eventuele paramedici en/ of andere hulpverlener	Ja	Interdisciplinair: Deelname MDO's (60 min). POH: opstellen zorgplan: 10-30 min en bespreken met oudere (huisbezoek), 30 min	Bespreken zorgplan (30 min)

Overzichtstabel: Scholing in coaching in het kader van zorgplannen

Tabel 2: Scholing en coaching per project mbt het werken zorgplannen.

Project	Vorm scholing	Aantal	Uren	Follow up	Coaching	Overige kwaliteits-bewaking
---------	---------------	--------	------	-----------	----------	-----------------------------

ACT	Opfriscursus, RAI – zorgplan, voor POHs			In de praktijk	Door geriatrisch vpk	Intervisie bijeenkomsten
FIT	POH/PVK: post-HBO opleiding met 3 modules: inleiding, somatische en pg problematiek. HA en POH: praktijkbezoek	10 dgn	10 x 6 + 8 x 1,5 1,5		Ja, interventie	8 interventie bijeenkomsten van 1,5 uur Praktijkbezoek
(G)Oud	Nascholingsdagen: netwerken en sociale kaart, verdieping mbt zorgplannen	2 dgn + 1 dag	? 4	ja	On the job door speciale medewerker	Steekproefsgewijs mee op huisbezoek + nazorg
ISCOPE	Scholing voor HA + POH/PVK, oefenen ZBP + sociale kaart	3	3 x 2			
Om U	Workshop voor ha en praktijkverpleegkundige Scholing praktijkverpleegkundigen: 6 bijeenkomsten en zelfstudie	1 6	3 48 scholing + 24 zelfstudie			Maandelijks interventie
Samen Oud	Bijeenkomsten casemanagers (wvk of ouderenadviseurs)	4 dgn (tot 9 dgn)				Minisessies op maat
Zorg uit voorzorg	Scholing voor ha, POHs en paramedici			In de praktijk	Door praktijk begeleiders	POH-lunch-bijeenkomsten
Zorg- en Welzijns Standaard	Easycare en ZWIP scholing zorg-professionals Coaching 'competent in Easycare scholing voor POH's, wijkVPK, casemanagers	2 3x tel coaching op eigen cases 1	3,5 20 3,5	In de praktijk	Projectcoördinator ZWS of geriatrisch vpk Specialist ouderen-geneeskunde verbonden aan MDO-team	Monitoring zorgplannen in Zorgportaal/ZWIP door project-coördinator

Overzichtstabel: Digitale ondersteuning per project

Tabel 3. Digitale ondersteuning per project.

ACT	Het assesment vindt plaats aan de hand van de RAIview. Dit instrument geeft probleemsignaleringen die kunnen worden opgenomen in het zorgplan. De RAI bevat een digitaal zorgplan dat ingelezen kan worden in het HIS van de huisarts en voor de oudere persoon op papier wordt uitgeprint.
FIT	IT-bedrijf Caresharing heeft een speciale ouderenmodule ontwikkeld voor het KIS. Huisartsen gebruiken al een HuisartsenInformatieSysteem (HIS) en een KetenInformatieSysteem (KIS). Deze KIS ouderenmodule is gekoppeld aan de gegevens uit het HIS.
(G)OUD	Voor een oudere met complexe problematiek die in Deel II van de Keten terecht komt, dient een multidisciplinair zorgbehandelplan aangemaakt te worden in MediX (het KIS van regio Maastricht-Heuvelland) op basis van de gegevens uit Deel I.
ISCOPE	De stichting 'Zorgdraad' heeft een IT-module ontwikkeld voor de registratie van het zorgplan. Enkele HIS-systemen bevatten ook mogelijkheden voor registratie (bv. Medicom), alhoewel die niet specifiek zijn toegesneden op de ISCOPE-methodiek.
OmU	Sommige praktijken voeren het zorgplan in het HIS in, andere houden het op papier. Echter alle probleemgebieden komen met een eigen ICPC in het HIS.
Samen Oud	Webbased, ontwikkeld door Bossers en Cnossen. In het veld wordt door de professionals gebruik gemaakt van laptops en Samsung Chromebooks.
Zorg-en Welzijns- Standaard	Ouderen (en hun mantelzorgers) hebben toegang tot de digitale omgeving waarin het zorgplan opgeslagen wordt, het Zorg- en WelzijnsInformatiePortaal (ZWIP).Tevens heeft de oudere zeggenschap over welke hulpverleners hij/zij toegang verleent tot zijn/haar ZWIP. Integratie van zorgplan in KIS wordt in uitrol geborgd.

Aandachtspunten

De verschillende projectleiders hebben de volgende (vaak overeenkomende) aandachtspunten geformuleerd voor het werken met zorgplannen.

- Tijd en prioriteit** voor probleeminventarisatie, opstellen zorgplan, overleg met alle betrokkenen. Deze werkwijze vergt een andere praktijkorganisatie.
- Aansluiten bij de wensen en behoeften van de ouderen.** De opgestelde doelen en voorgestelde interventies sluiten soms onvoldoende bij de behoefte van de patiënt aan. Daarnaast wordt het soms als moeilijk ervaren om de zorgplannen bij de patiënt achter te laten.
- Uniforme registratie van het zorgplan en integratie met het HIS** (huisartsen informatie systeem). Nu vaak losse registratie, onvoldoende uniformiteit mbt ICPC codering, dubbel werk om zaken ook in het HIS te noteren. Onvoldoende ruimte voor achtergrondinformatie en aandachtspunten in het KIS (ketenzorg informatie systeem).
- Multidisciplinaire samenwerking**, werkafspraken tussen hulpverleners, informatie delen met patiënt, mantelzorgers en professionele hulpverleners

naar verenigings.

5. **Follow up en inhoudelijke evaluatie.** Ook dit is lastig te registreren en stuit op organisatorische knelpunten.
6. **Scholing en coaching,** vooral in de beginfase. Zowel mbt het werken met zorgplannen, als het multidisciplinair werken, het ruimte geven aan de ouderen en het stimuleren van zelfmanagementvaardigheden.