

## Instructiekaart organisatie ouderenzorg

Het organiseren van gestructureerde samenwerking rondom de complexe ouderen in de eerste lijn is een voorwaarde om te komen tot geïntegreerde zorg thuis.

### De regierol van de huisarts

De huisarts heeft de regierol. Vanuit onze huidige visie op gezondheid benaderen we de patiënt integraal. Mensen worden in hun totaliteit gezien. Integrale, multidisciplinaire zorg is noodzakelijk om vaak samenhangende problemen effectief aan te pakken. De huisarts coördineert de zorg die andere professionals verlenen in de huisartsenpraktijk. Tevens is de huisarts de verbindende factor in de samenwerking met andere zorgprofessionals en mensen die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt.

### Afstemming in diverse overleggen

Samenhangende (geïntegreerde) zorg rondom deze complexe doelgroep komt niet vanzelf tot stand, maar ontwikkelt zich geleidelijk vanuit een gemeenschappelijke kijk op structuur en regie vanuit de huisartsenpraktijk. Voor de meer complexe problematiek is het van belang om de expertise en samenwerking met professionals in de wijk te zoeken.

**Kernteamoverleg in huisartsenpraktijk:** Huisarts en praktijkondersteuner (POH)<sup>1</sup> bespreken met enige regelmaat de oudere patiënten die bekend zijn in de chronische zorg of de kwetsbare groep die uit screening en casefinding naar voren is gekomen. De POH is meestal het aanspreekpunt voor zowel oudere als voor de huisarts.

**Gestructureerd periodiek overleg (GPO):** Het kernteam in de huisartsenpraktijk is uitgebreid met bijvoorbeeld wijkverpleegkundige en/of apotheker (in verband met het medicatiereview). Bij voorkeur ook met een specialist ouderengeneeskunde en casemanager dementie (indien al aanwezig bij oudere). Het kernteam is nu een kernteam+ en bespreekt de complexere problematiek. Kennismaken met elkaars expertise en komen tot een duidelijke taakverdeling onder de deelnemers aan dit overleg is van essentieel belang. Het aanspreekpunt voor de oudere en huisarts wordt per oudere vastgesteld.

---

<sup>1</sup> Waar gesproken wordt van een praktijkondersteuner (poh), kan ook een praktijkverpleegkundig of een verpleegkundig specialist zijn.

**Multidisciplinair overleg (MDO):** Wanneer het vanwege de complexiteit van de problematiek noodzakelijk is om het aantal deelnemers aan het kernteam+ verder uit te breiden (bijvoorbeeld met praktijkondersteuner GGZ, ergotherapeut, fysiotherapeut (met specialisatie geriatrie), diëtist, ouderenpsycholoog, klinisch geriater en/of medewerkers uit het sociale domein) dan spreken we van een multidisciplinair overleg. Meer nog dan bij het GPO vraagt een dergelijk overleg een duidelijke taakverdeling en structuur.

### Zorgcoördinator

Om het cyclische proces goed vorm te kunnen geven en de oudere een vast aanspreekpunt te kunnen bieden is het van belang een zorgcoördinator aan te wijzen. De rol van de zorgcoördinator kan vervuld worden door de POH (onder supervisie van de huisarts), de wijkverpleegkundige of de casemanager dementie als hij/zij betrokken is bij de oudere. De taken van de zorgcoördinator zijn:

- Bewaken van het proces rondom het tot stand komen van het individueel zorgplan
- Monitoren van de vastgestelde doelen en zorgafspraken en zorgplan actueel houden
- Regelmatig contact opnemen met de oudere en een vinger aan de pols houden op cruciale momenten zoals bij overdracht zorg tussen zorgverleners of instellingen
- Ondersteunen van het zelfmanagement van de oudere
- Geven van advies, begeleiding en ondersteuning (eventueel ook aan de mantelzorger)