

# De oudere centraal

**Eerst was er het onderzoek van VU medisch centrum in Amsterdam. Dit project, dat in september 2010 van start ging in twintig huisartsenpraktijken in Westfriesland, duurde tot oktober 2012. Het primaire doel was om te kijken of invoeren van het 'geriatrisch zorgmodel' tot betere zorg en een betere kwaliteit van leven bij kwetsbare ouderen leidt. Ja, was daarop het ondubbelzinnige antwoord. Inmiddels werken er vijfenveertig praktijken met het model en kreeg het project van zorgverzekeraar VGZ een 'go' zodat het als voorbeeld voor de rest van Nederland kan dienen. De praktijkondersteuners is de spil in het project; het geriatrisch team de aanjager.**

In 2010 was het langzaam veranderende plaatje op het gebied van zorg in relatie tot ouderen het uitgangspunt van het project 'De kwetsbare oudere centraal in samenhangende zorg'. Nederland vergrijst, we worden gemiddeld ouder en met dat ouder worden kwetsbaarder. Daarnaast willen we het liefst zolang mogelijk thuis wonen, iets waar ook de overheid in toenemende mate op inzet.

enthousiaste Gea Klercq, van huis uit praktijkverpleegkundige. 'Ons doel is om versnipperde, onsamenhangende zorg tegen te gaan en de kwaliteit, de scholing maar ook het kennisniveau over ouderen op te krikken. Zo is 30 tot 40 procent van de gezondheidsrisico's van zelfstandig wonende ouderen bij huisartsenpraktijken vaak niet bekend. Ook moeten zorgprofessionals onderling dezelfde taal

*'Ons doel is om versnipperde, onsamenhangende zorg tegen te gaan'*

Om de stijging van de zorgvraag en de daarmee gepaard gaande kostenstijging het hoofd te bieden, zou de sleutel bij de huisartsenzorg liggen, vond onder meer de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Maar dan moesten er wel eerst wat dingen veranderen; er bleken de nodige knelpunten te zijn.

### **Versnipperde zorg**

'Samen met Marijke Boersma, specialist ouderenzorg en huisarts, vorm ik het geriatrisch team in Westfriesland. We proberen bij huisartsen en praktijkondersteuners het geriatrisch zorgmodel neer te zetten', aldus een

leren spreken, gegevens over organisaties en/of instituten beter uitwisselen, de rol van verzorgend personeel en patiënten/ cliënten versterken en een kwaliteitskader bieden.'

### **Nieuwe insteek**

Preventief werken is het eerste waar het geriatrisch team op aanstuurt. Gea Klercq: 'Omdat kwetsbare ouderen steeds langer thuis blijven wonen, moet je kunnen inspelen op wat er komen gaat. Dit is een nieuwe insteek voor huisartsen en praktijkondersteuners. Ze zijn gewend aan reactief werken en moeten nu ineens anders gaan denken en handelen. Ik zeg



Gea Klercq

altijd: een goede probleemanalyse is het halve werk. Maar dat is nog helemaal niet zo gemakkelijk. Ouderen geven mondjesmaat aan wat hen scheelt. Veel klachten wijten ze aan de ouderdom, terwijl er vaak nog best wel wat aan te doen is.' Om beter inzicht te krijgen, wordt het Resident Assessment Instrument (RAI) ingezet, een uitgebreide vragenlijst die de praktijkondersteuner aan huis kan afnemen (zie ook kader). Gea Klercq: 'De probleemsignaleringen die hieruit voortkomen en de in te zetten interventies worden met de betreffende oudere - en zijn mantelzorger(s) - uitvoerig besproken en verwerkt in een zorgplan op maat.'

## 'Huisartsenpraktijken moeten overschakelen van reactief naar preventief werken'

### Training en coaching

De praktijkverpleegkundige van het geriatriesch team traint en coacht zowel de huisarts als de praktijkondersteuner. De eerste training is erop gericht hoe je kwetsbare ouderen in beeld krijgt. Hiervoor heb je twee manieren, die meestal beide worden toegepast: de huisarts draagt patiënten aan en/of de praktijkondersteuner speurt ze op met de vragenlijst PRISMA-7. Van de geselecteerde ouderen wordt dan thuis een RAI afgenomen. Gea Klercq: 'Ik oefen de praktijkondersteuner in de manier waarop je de oudere tegemoet treedt en zijn vertrouwen kan winnen. Maar ook hoe je gezamenlijk met de oudere en/of de mantelzorger de vragen in RAI invult. Uitgangspunt is het samen kijken wat de oudere zelf nog kan oplossen, met of zonder steun van familie en/of de omgeving. Praktijkondersteuners beschikken meestal over een goede sociale kaart waarmee de verbindingen met welzijn en gemeenten (buurtteams, WMO) snel zijn gemaakt.'

### Multidisciplinair Overleg (MDO)

Als de praktijkondersteuner daar om vraagt gaat Gea Klercq ook mee op huisbezoek, ter ondersteuning en coaching (training on the job). Praktijkondersteuners leren uitkomsten te interpreteren en te bespreken met de huisarts, de oudere en/of mantelzorger(s) en het maken van zorgplannen, die ook in het Hs komen te staan. Bij complexe problematiek kan de praktijkondersteuner een Multidisciplinair Overleg (MDO) aanvragen. Gea Klercq: 'In de beginfase verzorg ik de agenda, nodig ik alle disciplines uit en zal ik de voorzittersrol op mij nemen. Voor elke oudere wordt dan tien tot vijftien minuten uitgetrokken. Ook deze gesprekken vinden plaats aan de hand van de problemen die uit het RAI zijn voortgekomen. Op een gegeven moment neemt de praktijkondersteuner de voorzittersrol van mij over en gaat ze het zelfstandig doen. Wel blijf ik desgevraagd

coachen en adviseren. Wij streven er naar om drie keer per jaar intervisiegesprekken in te plannen. Dit beoordelen de praktijkondersteuners als zeer zinnig en leerzaam. Tegelijkertijd blijven wij als geriatriesch team goed geïnformeerd over het leerproces en eventuele knelpunten.' ■

*Dit artikel, de grote kaders inclusief, is samengesteld uit informatie en stukken die door Gea Klercq, Marijke Boorsma,*

*Anouk Meijer en Vivian Kenter-Hupkes zijn aangeleverd.*

*Gea Klercq was werkzaam in de verpleeghuiszorg toen ze in 2005 besloot praktijkverpleegkundige te worden. In 2010 maakte ze de overstap naar de eerstelijnszorg, eerst vanuit het Nationaal Programma Ouderen en vervolgens vanuit het geriatriesch team Westfriesland.*

## 'Zonder praktijkondersteuning is het niet te doen'

**Anouk Meijer is praktijkhoudend huisarts in Oosterblokker: Medisch Centrum Oost. 'Huisartsen hebben behoefte aan handvatten voor de vaak complexe ouderenzorg. Je wil je patiënt zo aangenaam mogelijk oud laten worden met respect voor wie ze zijn en waren. Het RAI is daarbij een goed hulpmiddel.'**

'Al in een vroeg stadium kwam ik in aanraking met het project 'De kwetsbare oudere centraal in samenhangende zorg'. Onze praktijk was volgens mij zelfs de eerste die zich bij de pilot aansloot. Op zich niet zo vreemd; ik kende één van de onderzoekers persoonlijk. Marijke Boorsma was verpleeghuisarts en opleider in het verzorgingshuis waar ik stage liep. Als zij spreekuur hield, mocht ik observeren; mijn affiniteit met ouderenzorg is hier ontstaan. Marijke was ook twee jaar als arts werkzaam in mijn eigen praktijk, tot ze promoveerde en samen met Gea Klercq het geriatriesch team



Anouk Meijer (links) met haar praktijkondersteuner Vivian Kenter-Hupkes.

ging vormen. Zelf heb ik de kaderopleiding Ouderengeneeskunde in 2014 afgerond. Vanwege mijn persoonlijke interesse maar ook omdat ik een zogeheten 'grijze praktijk' heb; onze praktijkpopulatie bestaat voor 11 procent uit mensen die ouder zijn dan 75 jaar. Mensen worden sowieso ouder natuurlijk - onze oudste patiënte is bijvoorbeeld 102 jaar. Bovendien bevindt zich in het verzorgingsgebied van onze praktijk een verzorgingshuis. Dit gegeven, samen met de hogere zorgindicatie (wat concreet

inhoudt dat een steeds groter deel van de zorg naar de eerstelijns wordt teruggeleid), en het streven om mensen langer zelfstandig te laten wonen, betekent dat huisartsen in toenemende mate te maken krijgen met (vaak complexe) ouderenproblematiek.'

### Geen richtlijnen

'De trend is dat huisartsenpraktijken met minder geld steeds meer moeten doen. Maar laat nou juist die meervoudige ouderenproblematiek veel tijd en inzet kosten. En gezoek, want het ontbreekt vaak aan wetenschappelijk onderbouwde kennis. De mensheid wordt nog maar kort zo oud. Het is daarom wel logisch dat er verhoudingsgewijs weinig onderzoek in deze populatie is gedaan. Gelukkig begint dat besef ook tot de huisartsenopleidingen door te dringen. Onderzoeken zijn standaard geënt op een (blanke) man van gemiddeld veertig jaar oud en één meter tachtig lang. Terwijl allang bekend is dat kinderen, vrouwen en mannen anders reageren op medicijnen en behandelingen; ze kunnen zelfs verschillende symptomen bij dezelfde ziekte vertonen. Je kunt dus op je vingers natellen dat er weer een geheel andere dynamiek ontstaat als hier de factor ouderdom aan wordt toegevoegd. Zo kwam men er pas onlangs achter dat je bij mensen die ouder zijn dan 85 jaar beter de bloeddruk niet moet terugbrengen naar het niveau dat in het algemeen als 'gezond' gekenschetst wordt. Dit omdat ouderen met een sterkere verlaagde bloeddruk eerder sterven. Ouderen en hun problemen zijn dus nog een relatief onbekend terrein. Er bestaan ook nog maar weinig richtlijnen. We zijn al doende zoekende en al zoekende doende.'

### RAI biedt houvast

'RAI biedt een soort van houvast. Ik denk dat het een goed instrument is om de gezondheids- en welzijnsaspecten van kwetsbare ouderen beter in beeld te krijgen. Dat het zoveel kwetsbaarheden aantoont, er zijn geloof ik achttien categorieën, vind ik soms wel een beetje veel. Maar ik heb inmiddels begrepen dat dit naar meer behapbare categorieën wordt teruggebracht. Dat is zeker voor de huisarts, die al zo met tijd moet woekeren, beter. Omdat ik als solistisch werkend huisarts overall een goed inzicht heb in wat er in mijn praktijk speelt, kan ik mensen die voor RAI in aanmerking komen, grotendeels zelf aandragen. Maar we speuren ook (pro)actief, door middel van de screeningslijst PRISMA-7. Ik heb het geluk dat ik een zelfstandig werkende en initiatiefrijke praktijkondersteuner heb die alles regelt en doet, waardoor het vlot en goed verloopt. Ik zou niet weten hoe het beter moet of kan, zeker nu keer op keer blijkt dat we de kwetsbare ouderen in de praktijk goed in beeld hebben en daardoor zorg op maat kunnen bieden. Het neemt voor mij als huisarts niet te veel tijd in beslag; de samenwerking is mooi in balans.'

### Sparren

'Het geriatrisch team is zeker een steun in de rug. Het is aanwezig bij het multidisciplinair overleg (MDO), adviseert mij en de praktijkondersteuner, geeft tips en trainingen. Het team begrijpt en kent de problematiek en weet veel over hoe je daar mee om kunt gaan. Als huisarts ben je soms betrokken bij keuzes die sterk ingrijpen in het leven van een ander, en dan is het wel fijn om te kunnen sparren en te overleggen, de bevestiging dat je het goed ziet of doet is soms ook al fijn. Ik ben erg voor 'samen denken en doen'. Twee weten meer dan één. Ik ben bijvoorbeeld ook erg blij dat we in deze regio een Palliatieve Zorg Helpdesk hebben, zodat huisartsen er minder alleen voor staan als het gaat om de laatste periode in het leven van hun patiënt. Nog mooier zou zijn als er ook een helpdesk komt waar huisartsen terecht kunnen voor specifiek vragen en twijfels over (complexe) ouderenzorg. Hier ligt een schone taak voor de verpleeghuisartsen in Nederland. Ikzelf zou er graag mijn steentje aan bijdragen.' ■

*Anouk Meijer is sinds oktober 2008 huisarts in Oosterblokker. Daarvoor was zij tien jaar werkzaam als arts op de spoedeisende hulp in Hoorn.*

## RAI signaleert mogelijke problemen

**'RAI signaleert al direct na afname een overzicht van mogelijke problemen op negentien (lichamelijke, geestelijke en/of sociale) gebieden, op basis waarvan de praktijkondersteuner een individueel zorgplan opstelt. Naast doelmatig werken, is dit ook beter voor de oudere zelf: hij of zij krijgt alleen de zorg die hij nodig heeft en ook wil.'** Marijke Boorsma, gespecialiseerd in ouderenzorg, vormt in Westfriesland samen met Gea Klercq het geriatrisch team. Maar wat is RAI precies, en hoe werkt het?

'RAI staat voor Resident Assessment Instrument. Met dit instrument kun je alle gezondheids- en welzijnsaspecten van kwetsbare burgers in kaart brengen. Het werd eind jaren tachtig in de Verenigde Staten ontwikkeld om de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen te verbeteren. Sindsdien zijn er door een internationale groep van wetenschappers, artsen en verpleegkundigen diverse 'spin offs' opgezet voor andere domeinen van zorg. Zo wordt het instrument ingezet bij thuiszorg, langdurige zorg, palliatieve zorg en verstandelijk gehandicapte zorg, maar ook bij jeugd- en gezinszorg en de geestelijke gezondheidszorg. De instrumenten worden voortdurend getest bij grote groepen patiënten in ruim dertig landen en zo nodig bijgesteld ([www.interrai.org](http://www.interrai.org)). Het instrument wordt alom gewaardeerd. Bij een onderzoek naar de effecten van RAI, uitgevoerd door VUmc (Amsterdam), constateerde men een indrukwekkende verbetering van dertien van de vierentwintig kwaliteitsindicatoren. Ook bleek dat de competentie van de verzorgenden toenam en de samenwerking met de huisartsen verbeterde (Boorsma, 2011). Tijdens een onderzoek van KU Leuven kwam RAI uit vierhonderd instrumenten als beste naar voren. In België moeten vanaf 2017 alle ziekenhuizen, thuiszorg en verpleeg- en





## 'RAI levert betrouwbare informatie over de zorgzwaarte'

verzorgingshuizen standaard met RAI aan het werk zijn.'

### Hoe werkt het?

'Het beoordelings- en observatie-instrument bestaat uit een vragenlijst die alle geriatrie domeinen, verdeeld over negentien secties, bestrijkt. De antwoorden geven een totaalbeeld van iemands lichamelijke, geestelijke en sociale situatie. Achter de vragenlijst zit een zeer gebruiksvriendelijke evidence based rekenmethode of algoritme, dat direct een overzicht genereert van probleemsignaleringen waarvoor een speciale zorgplanning noodzakelijk kan zijn. Deze geïdentificeerde probleemgebieden vormen aanleiding om een gesprek aan te gaan met de oudere en partner/mantelzorger. De oudere kan dan aangeven waar hij zelf het liefst aan wil werken. Op basis van die keuze wordt een zorgplan op maat gemaakt ([www.nedrai.org](http://www.nedrai.org)).'

### Waarin verschilt RAI van andere instrumenten?

'RAI is tot nu toe het enige instrument met een uitgebreid geteste rekenmethode of algoritme. Juist dit op zich kille gegeven blijkt een grote steun in rug bij het

nemen van afgewogen beslissingen over op het individu toegespitste vervolgbehandelingen. Het algoritme werkt alleen als de hele vragenlijst is doorgenomen. Ongeacht wie van de (hiervoor getrainde) zorgprofessionals de vragenlijst afneemt, zullen er dus altijd dezelfde, betrouwbare signaleringen uitkomen. De inzet van RAI bevordert de samenhang in de zorg doordat men één en dezelfde taal spreekt en dubbelwerk kan voorkomen, net als het meermaals lastig vallen van de oudere. Ook levert RAI betrouwbare (gestandaardiseerde) cijfers over de zorgzwaarte en kwaliteitsindicatoren. Met name zorginstellingen kunnen hierdoor met elkaar vergeleken worden en (eventueel) kwaliteitverbeterprojecten opstarten.'

### Het afnemen van de vragenlijst

'In samenwerking met KU Leuven is een mobiel platform ontwikkeld dat draait op tablets. Hiermee kun je handig, snel én plezierig zowel on- als offline werken. De vragenlijst is grafisch en visueel vormgegeven met figuurtjes en kleuren. Op ieder moment kun je de uitkomsten raadplegen en delen met andere hulpverleners en de oudere zelf. Doordat de gegevens deelbaar én altijd

beschikbaar zijn, kun je de oudere goed volgen, ook als hij van thuis tijdelijk naar het ziekenhuis of verzorgingshuis gaat en andersom.'

### Geanonimiseerde opslag

'De data van RAI worden geanonimiseerd opgeslagen voor wetenschappelijk onderzoek.

Elk deelnemend land heeft een of meerdere interrai fellows aan de universiteiten die dat land vertegenwoordigen in de internationale wetenschapsgroep. In ons land is dat het VUmc in Amsterdam en Hein van Hout is de fellow ([hjp.vanhout@vumc.nl](mailto:hjp.vanhout@vumc.nl)). In België is dat het KU Leuven met als fellow professor Anja de Clercq.' ■

*Marijke Boersma studeerde in 1974 af aan de VU in Amsterdam. Als arts verrichtte ze in de loop der jaren uiteenlopende werkzaamheden, wat haar onder meer naar Afrika voerde. Vanaf 1990 werkte ze als (verpleeg)huisarts. Ook was ze als onderzoeker jarenlang verbonden aan de VUmc, waar ze promoveerde op ouderenzorg, en zette ze zich in voor goede palliatieve zorg in Westfriesland. De laatste jaren vormt ze met Gea Klercq het geriatrie team in Westfriesland.*





## ‘Het doel is ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen’

**Vivian Kenter-Hupkes werkt sinds 2007 als praktijkondersteuner, sinds 2009 in Medisch Centrum Oost in Oosterblokker. Ze startte met het diabetesprekeuur en breidde haar werkzaamheden geleidelijk uit naar CVRM, COPD/astma en osteoporose. Van 2010 tot en met 2012 werkte ze mee aan het pilotonderzoek ‘De oudere centraal in samenhangende zorg’ van het Nationaal Programma Ouderen. Ze volgde hiervoor diverse scholingen en kreeg trainingen en begeleiding van het geriatrisch team.**

‘De implementatie van het geriatrisch zorgmodel was zeker geen fluitje van een cent. Eerst moest er aan een aantal basale randvoorwaarden voldaan worden: tijd, consensus, techniek, kennis en financiële dekking. Tijd voor huisbezoek en overleg met mantelzorgers, huisarts en andere disciplines; consensus over de nieuw

werkwijze; een laptop of tablet met internetverbinding; kennis van standaarden dementie, depressie, delier, urine incontinentie, vallen (et cetera), maar ook van de sociale kaart en niet te vergeten: vergoeding van de zorgverzekeraars.’

minder kwetsbaar waren dan eerst. Een prachtig resultaat! In een spreadsheet selecteerden we de hele groep van 75 jaar en ouder. De huisarts liep deze als eerste na. Ze haalde er zowel de meest kwetsbaren als de meest vitalen

## ‘Het afnemen van de RAI-vragenlijst ervaren mensen als een gewoon gesprek’

### Verbeterplan en PRISMA-7

‘Nadat we het pilotprogramma naar tevredenheid hadden afgerond, besloten we een doorstart te maken. De eerste stap was het ontwikkelen van een verbeterplan, waarbij mijn huisarts (Anouk Meijer) en ik de mensen opnieuw beoordeelden op kwetsbaarheid. Hieruit bleek onder meer dat de ouderen uit het pilotonderzoek door onze interventies

uit. De PRISMA-7 namen de assistente en ik telefonisch af. Deze relatief eenvoudige vragenlijst werkt goed als eerste screening. Van de 168 ouderen was 11.3 procent kwetsbaar. In totaal vonden we 19 kwetsbare ouderen via de PRISMA-7, 22 kwetsbare ouderen via de selectie van de huisarts, 47 kwetsbare ouderen die al eerder in kaart waren gebracht en 42 kwetsbare ouderen in

## Stappenplan van Vivian Kenter-Hupkes

- Telefonische maak ik een afspraak voor een huisbezoek van één uur, met het verzoek ook de medicatie klaar te leggen. Ik neem één keer per jaar de RAI af. Dat is meestal voldoende. Als ik merk dat er veel veranderingen zijn of als de huisarts dit aangeeft neem ik nogmaals de RAI af
- Voorbereiding: medicatielijst van apotheek opvragen, diagnoses in HIS bestuderen, nakijken wanneer het laatste bloedonderzoek is geweest - vooral in verband met kalium, natrium en de nierfunctie. Is het langer dan één jaar geleden dan wordt opnieuw geprikt
- RAI-afname doe ik met een tablet met internetverbinding. Ik spreek met de oudere af dat ik na veertien dagen weer langs kom voor een korter bezoek (20/30 minuten) om de signaleringen uit de RAI te bespreken; ik wil die immers eerst met de huisarts nalopen. Als het even kan combineer ik dit met een chronische ziektecontrole
- Terug in de praktijk vul ik ontbrekende gegevens aan. Ook registreer ik op het zorgplan en in het HIS hoe de contactpersoon of mantelzorger bereikt kan worden. Signaleringen bespreek ik met de huisarts. Ze kunnen gaan over de cognitie, adl; hdl, mobiliteit, sociaal activiteiten, hygiëne, veiligheid, medicatie, stemming/cognitie; incontinentie, voeding; valpreventie; visus en gehoor; mantelzorg. Tijdens de afname komt er vaak meer naar boven, bijvoorbeeld over ruzie in de familie, sociale druk, schaamte om met rollator te lopen, wensen op het

gebied van de laatste levensfase. De RAI is vrij compleet. Ik mis nog wel onderwerpen als religie en seksualiteit, ook zou het nog meer aangepast kunnen worden aan de eerstelijnszorg. Sommige onderdelen zijn meer gericht op verpleeghuizen; fixatie ben ik bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk nog niet tegengekomen

- Ik maak een begin van het zorgplan met een korte samenvatting van de RAI-vragenlijst
- Met de oudere neem ik de samenvatting door: wat vinden ze ervan en hebben ze aanvullingen? Naar aanleiding van de signaleringen probeer ik samen met de oudere een doel te formuleren. Soms is het doel: voorkomen van achteruitgang en is de actie: monitoren. Vaak zijn ouderen niet op de hoogte wat er allemaal kan. Ik heb een grote sociale kaart in beeld. Ook de lijntjes naar andere zorgverleners/disciplines zijn kort. Als ik denk dat een MDO nodig is vraag ik of de mantelzorger daarbij aanwezig mag zijn
- Terug op de praktijk maak ik het zorgplan en zet ik in overleg met de huisarts eventuele interventieacties in: baxterrol, wijkzorg, ergo- of fysiotherapie, zonnebloem, steunpunt zorg en welzijn voor buddy of maatje, noem maar op. Het zorgplan sla ik als pdf-bestand op in het HIS. Op een spreadsheet registreer ik de parameters van de zorgverzekeraar
- Eén keer per jaar wordt de oudere besproken op het MDO. Het doel is: afstemmen van de zorg. Ik plan er

altijd vijf of zes achter elkaar, een MDO neemt ongeveer vijftien tot twintig minuten per oudere in beslag. Bij de planning hou ik rekening met de diverse disciplines, zodat ze niet te lang hoeven te wachten op hun volgende case. Het geriatrisch team nodigt de disciplines uit. Ik inviteer de mantelzorgers. Hun aanwezigheid hebben een toegevoegde waarde. Zoals de keer dat een dochter vertelde dat zij zich pas echt zorgen zou maken als vader niet meer klaagde; hij deed dat namelijk zijn hele leven al. De mantelzorgers kijken vaak op van het aantal disciplines dat zich met hun vader of moeder bemoeit. Zij voelen zich hierdoor gesteund. Een grote meerwaarde is de aanwezigheid van de apotheker bij het MDO; nu kan meteen de (poly)farmacie besproken worden

- Het zorgplan wordt na het MDO altijd met de oudere doorgenomen. Afhankelijk van de actie en stabiliteit plan ik het vervolghuisbezoek - meestal is dat drie maanden later. Het borgen en evalueren van het zorgplan is belangrijk. Soms loopt het niet naar wens en worden de doelen bijgesteld of opnieuw afgestemd met de bijbehorende interventie
- Al met al ben ik per RAI een kleine twee uur bezig; afspraak maken, voorbereiden, heen en weer rijden, één uur bij de oudere zelf, overleg huisarts, overleg disciplines, inzetten van interventie, maken van zorgplan, administratie voor de zorgverzekeraar en registratie in het HIS

het verzorgingshuis. Na overleg met de huisarts bleven er in totaal zestig mensen over die in aanmerking kwamen voor een RAI-afname. Van echtparen waarvan één persoon al was ingestroomd, namen we de andere automatisch mee. Van de 47 al eerder in kaart gebrachte personen en van wie bleek dat ze door de interventies

minder kwetsbaar waren geworden, besloten we geen RAI af te nemen. Wel worden ze structureel door mij bezocht.'

### RAI-afname

'Ik heb ondertussen driehonderdvijftig keer de RAI afgenomen en de vragenlijst zit er goed in. De ervaring en de kennis

die ik opdoe neem ik automatisch mee naar andere zorggebieden en vice versa. Ik probeer twee RAI-afnames per week in te plannen. Het is zo in mijn werkzaamheden geïntegreerd dat het moeilijk is het aantal uren aan te geven dat ik er wekelijks mee bezig ben. Ik schat acht tot tien uur. Het afnemen van de RAI gaat op een natuurlijk

manier tijdens een gewoon gesprek, vaak hebben mensen niet eens in de gaten dat ze een vragenlijst beantwoorden. Het leuke is dat ik een vaste plek aan tafel

protocol aan mogelijkheden, volledig wetenschappelijk onderbouwd. Ik denk dat een geschoolde praktijkassistente de RAI goed zou kunnen afnemen. De

praktijkondersteuner steeds meer een coördinerende rol in zorg en welzijn rondom de oudere. Ook de mantelzorger kan met problemen bij de huisartsenpraktijk terecht. Zo belde laatst de zoon van een zelfstandige wonende maar dementerende moeder mij op: de koelkast was stuk en er stond bedorven voedsel in; wat nu? Ik kon hem geruststellen en naar het thuiszorgdementieteam doorverwijzen.'

#### Prisma 7: telefonisch afname:

1.	Bent u ouder dan 85 jaar?	Ja	Nee
2.	Man?	Ja	Nee
3.	Heeft u gezondheidsproblemen die u beperken in uw activiteiten?	Ja	Nee
4.	Heeft u regelmatig hulp van anderen nodig?	Ja	Nee
5.	In geval van nood, kunt u dan rekenen op een naaste?	Ja	Nee
6.	Gebruikt u regelmatig een stok, rollator of rolstoel?	Ja	Nee
7.	Heeft u in het algemeen gezondheidsproblemen die u dwingen thuis te blijven?	Ja	Nee

Score ja=1 punt (behalve bij vraag 5, dan is nee 1 punt)

Bij een oudere van 3 of meer punten kan iemand mee doen aan de RAI-vragentest

heb en zij vaak precies weten hoe ik mijn koffie drink. En de afspraak maken gebeurt natuurlijk op zijn Westfries: 'Moidje kom maar achterom hoor!'

zorgdoelen met de oudere afstemmen voor het individuele zorgplan is dan meer een competentie van de praktijkondersteuner.'

#### Gebruiksvriendelijk

'De RAI is zeer gebruiksvriendelijk. In verpleeghuizen waar de RAI wordt gebruikt, neemt de verzorgende (niveau 3) deze af. Op signaleringen kan je doorklikken en kom je op het

#### Coördinerende rol

'Alle ingezette interventies zijn er op gericht ouderen zo lang mogelijk de regie over hun leven te laten houden. Ik merk dat ze hier zelf zeer tevreden over zijn. Bijna ongemerkt krijgt de

#### Geriatrisch team

'Het is fijn dat mijn werkgever tevens kaderhuisarts ouderengeneeskunde is, we zijn goed op elkaar ingespeeld. Het geriatrische team kunnen wij nog steeds raadplegen. Vanwege de tijd en de vergoeding zijn de intervisiebijeenkomsten van alle praktijkondersteuners die aan de pilot meededen helaas minder geworden. Met praktijkondersteuners van andere praktijken wissel ik nog wel geregeld ervaringen uit. In relatie tot het geriatrisch zorgmodel heb ik in vrij korte tijd een structuur opgebouwd die voor mij en de huisarts goed werkt. Ik ben heel erg benieuwd hoe anderen het doen!' ■